



Surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones



Surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones

Une réalisation du secteur Vigie et protection
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Auteurs

Aïssatou Fall
Alix Adrien
Pascale Leclerc
Joseph Cox

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible en ligne à la section "Publications" du site Web de la Direction de santé publique : www.dsp.santemontreal.qc.ca

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2014)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-439-9 (version Imprimée)
ISBN 978-2-89673-440-5 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2014

REMERCIEMENTS

L'enquête de surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones (enquête SSG-AFCAR) a été réalisée grâce à la collaboration de nombreuses personnes et organisations. Sa mise en œuvre a été couronnée de succès grâce à la collaboration de chercheurs, d'un comité consultatif communautaire, des coordonnateurs de l'enquête, des intervieweurs, des professionnels de l'Agence de la santé publique du Canada et d'organisations communautaires.

Nous souhaitons remercier toutes les parties prenantes qui ont contribué à la réalisation de ce projet :

Équipe de recherche

Alix Adrien, Chercheur principal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal (DSP de l'Agence de Montréal)
Pascale Leclerc, Co-chercheur, DSP de l'Agence de Montréal
Joseph Cox, Co-chercheur, DSP de l'Agence de Montréal
Aïssatou Fall, Coordinatrice de recherche, DSP de l'Agence de Montréal
Jérémie Butoyi, Coordonnateur terrain, DSP de l'Agence de Montréal
Susanna Ogunnaike-Cooke, Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
Jill Tarasuk, ASPC
Erin Rutherford, ASPC
Robert Remis, Université de Toronto
Raphael Bitéra, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Marie Niyongere, représentante de la communauté africaine subsaharienne
Janice Dayle, représentante de la communauté caribéenne anglophone
Aurélié Hot, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-SIDA)

Comité consultatif communautaire

Alix Adrien, DSP de l'Agence de Montréal
Aïssatou Fall, DSP de l'Agence de Montréal
Jérémie Butoyi, DSP de l'Agence de Montréal
Marie Niyongere, Centre d'action SIDA Montréal-Femmes (CASM)
Janice Dayle
Joseph Jean-Gilles, GAP-VIES
Adina Ungureanu, Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et services sociaux
Geneviève Némouthé, COCQ-SIDA
Aurélié Hot, COCQ-SIDA
Cora-Lee Conway
Michael Farkas
Marcel Rachid
Dorothy Williams, Black Community Resource Centre (BCRC)

Intervieweurs

Mamadou Bady Balde
Mamvula Dada Bakombo
Camille Kouessi Dagbo
Gorgui Diouf
Elhadji Mamadou Dioukhane
Samira Edwards
Irénikatché M. Hazoumé
Mawudjro Johnson-Zigbe
Samuels Keithus
Janice Dayle
Liliane Mefanche
Yannick André Tala Talom
Marion Tétégan

Centre de la lutte contre les Maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada (CLCMTI, ASPC)

Chris Archibald
Susanna Ogunnaike-Cooke
Jill Tarasuk
Erin Rutherford
Stephen Cule
Tory Atwood

Laboratoire national de Microbiologie, Agence de la santé publique du Canada

Laurie Malloch

Organismes communautaires, églises, associations des Québécois d'origine africaine et caribéenne anglophone résidant sur l'île de Montréal**Financement**

Agence de la santé publique de Canada
Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Équipe chargée de la rédaction du présent rapport

Aïssatou Fall, analyse des données et rédaction du rapport
Alix Adrien, Auteur
Pascale Leclerc, Auteure
Joseph Cox, Auteur

MOT DU DIRECTEUR

Au Québec, la surveillance de l'état de santé et de ses déterminants est au cœur des pratiques de santé publique depuis plusieurs décennies. Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont particulièrement vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Cependant, nous disposons de peu d'information nous permettant de mettre sur pied des interventions pertinentes à leur endroit.

Ce projet de surveillance, mené sur l'île de Montréal entre juin 2013 et février 2014, est une enquête comportementale et biologique, transversale, anonyme et volontaire. Les principaux objectifs de l'enquête de surveillance de seconde génération auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones (enquête SSG-AFCAR) étaient de décrire la prévalence du VIH et d'autres ITSS et d'identifier des comportements à risque associés. Cette enquête est la première à offrir une caractérisation de l'épidémie du VIH dans ces communautés. Elle a bénéficié d'un taux de participation élevé, ce qui a permis de rejoindre 1 602 participants.

C'est avec plaisir que la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal vous adresse ce rapport qui présente les principaux résultats de l'enquête SSG-AFCAR. Il fournit des renseignements importants pour l'élaboration de politiques, de programmes et d'interventions visant à prévenir et à contrôler l'infection par le VIH et d'autres ITSS auprès des Montréalais originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones.

Je tiens à remercier, toutes les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones résidant sur l'île de Montréal qui ont pris le temps de participer à cette enquête. Mes remerciements vont également aux organismes communautaires, églises, associations des Québécois d'origine africaine et caribéenne anglophone pour leur soutien tout au long de ce projet. L'engagement des communautés laisse présager une appropriation de ces données pour qu'elles soient rapidement traduites en actions de prévention. Rappelons que la promotion, la prévention et la protection contribuent à notre mission de garder notre monde en santé.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé', written in a cursive style.

Richard Massé

RÉSUMÉ

Les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeurent un enjeu de santé publique au Québec. En 2013, la région de Montréal enregistrait à elle seule 61,5 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics du VIH et la majorité des cas survenus chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les personnes nées dans ces pays continuent à être surreprésentées parmi les personnes infectées par le VIH au Canada. Même si, l'infection par le VIH et le sida font l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, ces données ne permettent pas de documenter les comportements à risque chez les populations les plus exposées. Par conséquent, des systèmes de surveillance de seconde génération ou « systèmes renforcés » de collecte de données liant les données comportementales aux données biologiques de l'infection par le VIH et par d'autres infections connexes (hépatite C, syphilis, etc.) sont nécessaires.

Le présent rapport porte sur les résultats de l'enquête de surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones (enquête SSG-AFCAR) conduite sur l'île de Montréal, pour la période allant de juin 2013 à février 2014. Il s'agit d'une enquête comportementale et biologique, transversale, anonyme et volontaire mise en œuvre par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal (DSP de l'Agence de Montréal) en collaboration avec l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

Pendant la période d'étude, 1 602 participants dont 1 105 Montréalais originaires de l'Afrique subsaharienne et 497 Caribéens anglophones satisfaisant aux critères de sélection ont été recrutés sur l'île de Montréal. Les sites de recrutement correspondaient aux cadres utilisés par les deux communautés pour des interactions sociales. Il pouvait s'agir d'emplacements fixes ou temporaires lors d'événements organisés ou dans des lieux précis. Un peu plus de la moitié des participants recrutés (51,7 %), dans les deux communautés ciblées, l'ont été grâce aux circuits avec véhicule qui permettaient d'aller à leur rencontre aux voisinages : des magasins d'alimentation et de produits ethniques, des salons de coiffure, des centres commerciaux, des stations de métro, des supermarchés, des restaurants et des parcs.

Parmi les 1 105 Montréalais originaires de l'Afrique subsaharienne recrutés, 60,5 % (668/1 105) étaient des hommes, tandis que pour les Montréalais originaires des Caraïbes anglophones, 53,5 % (266/497) étaient des femmes.

La prévalence du VIH pour l'ensemble des participants était de 1,4 % [IC à 95 % : 0,9-2,1], les femmes africaines subsahariennes avaient la prévalence la plus élevée soit 2,4 % [IC à 95 % : 1,2-4,2]. Au total, 22 tests séropositifs pour le VIH (18 chez les Africains subsahariens et 4 chez les Caribéens anglophones) ont été mis en évidence et parmi ceux qui ont obtenu un résultat positif pour le VIH, 68,2 % (15/22) ignoraient qu'ils étaient séropositifs. L'âge était significativement associé au VIH ($p < 0,0001$), la majorité des tests VIH positifs a été dépistée chez les 30-49 ans [86,4 % (19/22)].

La séroprévalence du VHC chez l'ensemble des participants était de 0,5 % [IC à 95 % : 0,2-1,01 %], pour un total de 8 tests séropositifs pour le VHC. En outre, un cas de coinfection VIH et VHC a été mis en évidence chez une Africaine subsaharienne. Les résultats de la syphilis seront disponibles ultérieurement.

Au total, 80,4 % (866/1077) des Africains subsahariens vs 61,3 % (302/493) des Caribéens anglophones avaient déjà passé un test de dépistage du VIH et un peu plus de la moitié l'avaient subi au cours des deux années précédentes.

La fréquence des rapports sexuels à haut risque était importante dans les deux communautés ciblées, soit le multipartenariat (avec des partenaires réguliers ou occasionnels), le faible recours au condom lors des rapports sexuels à haut risque surtout chez les femmes. L'Enquête a permis de constater une fréquence non négligeable des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées chez certains participants lors d'un voyage récent dans un pays où le VIH est endémique, les femmes se retrouvaient davantage dans cette situation. Ces comportements à risque ont un impact significatif sur la propagation de l'épidémie du VIH, car les personnes concernées par ces pratiques courent un risque plus grand de contracter ou de transmettre le VIH.

Les participants originaires d'Afrique subsaharienne connaissaient davantage les modes de transmission du VIH par rapport aux Caribéens anglophones. Certaines croyances demeurent, comme le fait qu'une personne paraissant en bonne santé ne peut être séropositive ou que le VIH se transmet par les piqures de moustiques. Il est aussi important de corriger les principales idées fausses sur la transmission du VIH que de favoriser une connaissance exacte des vrais modes de transmission du virus.

Par ailleurs, 60,7 % (963/1587) des participants recrutés dans les deux communautés n'avaient pas de médecin de famille. Parmi tous les participants qui avaient eu besoin de soins médicaux au cours des 12 mois précédant, 15,1 % (223/1473) ont déclaré avoir eu de la difficulté à bénéficier de ces soins de santé pendant cette période [soit, 15,7 % d'Africains subsahariens et 10,1 % de Caribéens anglophones].

Au terme de cette enquête de surveillance, certains sous-groupes dans les deux communautés ciblées se distinguaient au niveau des attitudes et comportements sexuels à risque, des connaissances des modes de transmission du VIH et sont donc plus vulnérables face au VIH/sida: les femmes, le groupe d'âge des 30-49 ans, les personnes peu scolarisées et en situation de précarité sociale. Ces sous-groupes devraient constituer les cibles prioritaires des actions de promotion, de prévention et de protection contre le VIH/sida.

Au Québec et ailleurs au Canada, le caractère majoritaire de la transmission hétérosexuelle de l'infection par le VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, de même que la prépondérance de l'infection chez les femmes sont des constantes. Dans l'enquête SSG-AFCAR tous les cas de VIH positifs (n=22) sont survenus chez des hétérosexuels et un peu plus de la moitié des cas [54,5 % (12/22)] chez des femmes.

Ces résultats pourraient servir de point de référence pour surveiller les tendances dans la prévalence de l'infection par le VIH, le VHC, de même que les habitudes en matière de dépistage et les comportements associés à l'acquisition et à la transmission de ces infections chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique en général, mais plus spécifiquement dans les communautés africaines subsahariennes et caribéennes anglophones. Par ailleurs, les résultats obtenus devraient contribuer à orienter l'élaboration de politiques, de programmes et d'interventions visant à prévenir et à contrôler l'infection par le VIH et d'autres ITSS en ciblant les besoins des communautés ethnoculturelles résidant sur l'île de Montréal.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
MOT DU DIRECTEUR	iii
RÉSUMÉ.....	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	xii
 INTRODUCTION	 1
 1. CONTEXTE	 2
1.1. Contexte épidémiologique du VIH/Sida	2
1.2. Système de surveillance épidémiologique du VIH.....	5
1.3. Objectifs	6
1.4. Étude de faisabilité de l'enquête SSG-AFCAR	7
 2 MÉTHODOLOGIE	 9
2.1 Population cible et critères d'inclusion.....	9
2.2 Taille de l'échantillon pour l'île de Montréal.....	10
2.5. Stratégies et sites de recrutement	12
2.6. Collectes de données	12
2.7. Considérations éthiques	15
2.8. Analyse des données	16
 3. Résultats	 18
3.1. Synthèse des résultats de la collecte de données	18
3.2. Caractéristiques sociodémographiques.....	22
3.3. Comportements sexuels	31
3.4. Historique de voyage	42
3.5. Antécédents de dépistages du VIH et d'autres ITSS.....	44
3.6. Prévalence du VIH dans l'enquête SSG-AFCAR.....	50
3.7. Séroprévalence de l'infection à VHC.....	53
3.8. Sources d'information, connaissances et croyances sur l'infection par le VIH	54
3.9. Accès et recours aux systèmes et services de santé	59
3.10. Taux de prévalence du VIH selon certaines caractéristiques	62
 4. POINTS FORTS/LIMITES	 65
 5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS, PROFIL DE RISQUE ET PISTES D'INTERVENTION	 67
5.1. Vulnérabilités communes aux deux communautés.....	67
5.2. Communautés originaires d'Afrique subsaharienne	69
5.3. Communautés originaires des Caraïbes anglophones	70
 6. AUTRES PISTES D'INTERVENTION ET RECOMMANDATIONS	 71
6.1. Réalité et besoins des communautés concernées.....	72

6.2.	Engagement et sensibilisation des professionnels et des gestionnaires de la santé	72
6.3.	Responsabilités politiques	72
CONCLUSION		73
RÉFÉRENCES.....		74
ANNEXES.....		77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Répartition de la population cible (15-49 ans) sur l'île de Montréal selon la région géographique de provenance	10
Tableau 2 :	Répartition des cas de refus et des principaux motifs	18
Tableau 3 :	Période de collecte des données, taille de l'échantillon et proportion de goutte de sang séché (GSS)	19
Tableau 4 :	Comparaison de l'échantillon avec les données du recensement de 2006	20
Tableau 5 :	Répartition des différentes modalités de recrutement	21
Tableau 6 :	Répartition des participants selon le sexe et le groupe d'âge	22
Tableau 7 :	Répartition des participants selon la région géographique de naissance	23
Tableau 8 :	Répartition des participants selon la période et le statut d'immigration	24
Tableau 9 :	Répartition des participants selon leur orientation sexuelle et leur statut matrimonial	26
Tableau 10 :	Répartition des participants selon le niveau d'instruction le plus élevé atteint	26
Tableau 11 :	Répartition des participants selon leur situation professionnelle	27
Tableau 12 :	Répartition des participants selon le revenu annuel du ménage	27
Tableau 13 :	Répartition des participants selon le territoire de CSSS de résidence	28
Tableau 14 :	Répartition des participants selon leur type d'habitation	29
Tableau 15 :	Répartition des participants selon le nombre de partenaires sexuels à vie, hommes et femmes avec pénétration vaginale ou anale	31
Tableau 16 :	Répartition des participants selon l'âge à la première relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale	32
Tableau 17 :	Nombre de partenaires sexuels à vie originaire d'Afrique subsaharienne, des Caraïbes ou de l'Asie du Centre/Sud	32
Tableau 18 :	Relations sexuelles (vaginales ou anales) au cours de la dernière année	33
Tableau 19 :	Utilisation de condom (masculin ou féminin) lors de la dernière relation sexuelle quel que soit le type de partenaire sexuel	33
Tableau 20 :	Nombre de partenaires sexuels avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 mois précédents	34
Tableau 21 :	Nombre de partenaires sexuels réguliers avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 mois précédents	34
Tableau 22 :	Utilisation du condom avec des partenaires sexuels réguliers cours des 12 mois précédents	35
Tableau 23 :	Nombre de partenaires sexuels occasionnels avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 mois précédents	35
Tableau 24 :	Utilisation du condom avec des partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 mois précédents	36
Tableau 25 :	Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire sexuel occasionnel	36
Tableau 26 :	Statut sérologique du VIH du dernier partenaire sexuel régulier ou occasionnel	37
Tableau 27 :	Relations sexuelles en échange de biens ou services au cours des 12 mois précédents	38
Tableau 28 :	Utilisation d'alcool ou de drogue, pendant un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 derniers mois	38
Tableau 29 :	Antécédents d'injection de drogues	39
Tableau 30 :	Assèchement vaginal chez les femmes lors des relations sexuelles, au cours des 12 derniers mois	40
Tableau 31 :	Pratique de l'excision chez les femmes	40

Tableau 32:	Pratique de la circoncision chez les hommes	41
Tableau 33:	Voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH au cours des cinq dernières années.....	42
Tableau 34:	Relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale au cours d'un voyage avec un partenaire vivant dans un pays à forte endémicité pour le VIH	42
Tableau 35:	Utilisation du condom au cours d'un rapport sexuel lors d'un voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH.....	43
Tableau 36 :	Antécédents de dépistage du VIH	44
Tableau 37:	Antécédents de dépistage du VIH au cours de la dernière grossesse.....	45
Tableau 38:	Raisons pour ne jamais avoir passé un test de dépistage du VIH au cours des deux dernières années	45
Tableau 39:	Statut autodéclaré à l'égard du VIH.....	46
Tableau 40:	Ancienneté du statut séropositif autodéclaré à l'égard du VIH, circonstance et lieu de la contamination	46
Tableau 41:	Suivi et traitement contre le VIH.....	47
Tableau 42:	Antécédents déclarés d'ITSS diagnostiquées et de tuberculose	48
Tableau 43:	Séroprévalence du VIH et séropositivité connue	50
Tableau 44:	Séroprévalence du VHC, coinfection VIH et VHC.....	53
Tableau 45:	Sources d'information au sujet du VIH/sida.....	54
Tableau 46:	Connaissances et croyances au sujet du VIH	55
Tableau 47:	Type d'accès aux systèmes de santé.....	59
Tableau 48:	Difficultés d'accès aux systèmes de santé.....	60
Tableau 49:	Antécédents de vaccination et de diagnostics contre certaines maladies.....	61
Tableau 50:	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques et comportements	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Nombre estimé de nouvelles infections par le VIH selon la catégorie d'exposition	3
Figure 2 :	Prévalence du VIH en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes chez les adultes (15-49 ans)	4
Figure 3 :	Régions et pays de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones.....	11
Figure 4 :	Papier à base de fibres de coton conçu pour le prélèvement de liquides organiques	13
Figure 5 :	Trousse pour le prélèvement de gouttes de sang séché	13
Figure 6 :	Prélèvements de gouttes de sang séché sur le rayon de séchage	14
Figure 7 :	Répartition des sites de recrutement dans les deux communautés ciblées	21
Figure 8 :	Répartition des participants recrutés selon la région et le pays de provenance	23
Figure 9 :	Répartition des participants recrutés selon la période d'immigration.....	25
Figure 10 :	Répartition du nombre de cas de VIH positif selon la région géographique de naissance	51
Figure 11 :	Proportion des résultats positifs au test du VIH selon le sexe, le groupe d'âge et le statut marital.....	52
Figure 12 :	Proportion des connaissances et suppositions concernant la transmission du VIH dans les deux communautés	57
Figure 13 :	Proportion des connaissances et suppositions concernant la transmission du VIH dans les deux communautés selon le groupe d'âge	57
Figure 14 :	Proportion des connaissances et suppositions concernant la transmission du VIH dans les deux communautés selon le plus haut niveau d'instruction	58

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACCÉSSS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et services sociaux
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BCRC	Black Community Resource Centre
CASM	Centre d'Action sida Montréal
CER	Comité d'éthique pour la recherche
CLMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
CLSC	Centre local de services communautaires
COCQ-SIDA	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EIA	Dosage immuno-enzymatique
GAP-VIES	Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida
GSS	Goutte de sang séché
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
Het-endémique	Hétérosexuels de régions endémiques
IF	Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISS	inégalités sociales de santé
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
LMN	Laboratoire national de microbiologie
LNVR	Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie
OC	Organisme communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
PE	Pays endémique
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSG-AFCAR	Surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones
TPPA	Test d'agglutination des particules de <i>Treponema pallidum</i>
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les personnes nées dans les pays où le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est endémique continuent à être surreprésentées parmi les personnes infectées par le VIH au Canada.^{1 2} D'après le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), ces pays sont principalement situés dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne qui reste sévèrement touchée par l'épidémie et concentrait 70 % de l'ensemble des nouvelles infections par le VIH en 2013.³

Au Canada, en 2011 le taux estimé de nouvelles infections chez les personnes provenant de pays où le VIH est endémique était neuf fois plus élevé que chez les autres Canadiens⁴ et la transmission par voie hétérosexuelle est une caractéristique prépondérante de l'épidémie du VIH/sida au sein de cette population. Selon les différentes catégories d'exposition au VIH, celle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) demeure la principale catégorie à risque au Canada en 2012, suivi des contacts hétérosexuels et des utilisateurs de drogues par injection (UDI).¹ On note une proportion croissante des nouvelles infections par le VIH classées dans la sous-catégorie d'exposition représentant les hétérosexuels de régions endémiques (Het-endémique), soit 13,2 % des Het-endémiques parmi les 32,6 % cas déclarés par contacts hétérosexuels.¹

Au Québec, en 2013, les deux tiers des cas d'infections par le VIH par voie hétérosexuelle étaient originaires des Caraïbes (essentiellement d'Haïti) ou d'Afrique subsaharienne.⁵ La région de Montréal enregistrait à elle seule 61,5 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics du VIH et la majorité des cas survenus chez les immigrants provenant de pays où le VIH est endémique.⁵

Par nature, la surveillance de routine fournit un ensemble de renseignements sur les personnes ayant récemment reçu un diagnostic de VIH⁵ et sur les cas de sida.⁶ Ces données permettent d'effectuer une analyse des tendances chez les personnes infectées par le VIH; mais ne sont pas conçues pour documenter les comportements à risque chez les populations les plus exposées. Par conséquent, des systèmes supplémentaires de collecte de données sont nécessaires. L'enquête de surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones (enquête SSG-AFCAR) est une enquête comportementale et biologique, transversale, anonyme et volontaire qui a été mise en place pour combler cette lacune. Elle s'intègre au système de surveillance de seconde génération E-Track⁷, qui est un système de surveillance national de santé publique du VIH et d'autres infections connexes chez les populations originaires de pays où le VIH est endémique, mis en œuvre dans différents sites sentinelles, dont Montréal (enquête SSG-AFCAR), Ottawa et Toronto en collaboration avec l'ASPC.

L'enquête SSG-AFCAR contribue au mandat de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal (DSP de l'Agence de Montréal) dont la responsabilité dans le cadre du programme régional de prévention des ITSS est de surveiller les facteurs de risques pour la santé, de mettre en place des mesures d'intervention efficace afin d'améliorer les stratégies de prévention du VIH/sida et de protection en direction des populations les plus vulnérables.

Le présent rapport porte sur les résultats de l'enquête SSG-AFCAR conduite sur l'île de Montréal, pour la période allant de juin 2013 à février 2014, chez les communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones. La communauté montréalaise d'origine haïtienne, ayant participé à deux précédentes enquêtes épidémiologiques,^{8 9 10} ne faisait pas partie de la population ciblée par cette enquête.

Le rapport donne un aperçu du contexte épidémiologique du VIH/Sida, décrit la méthodologie et expose les principaux résultats du système de surveillance comportementale et biologique mené par la DSP de l'Agence de Montréal en collaboration avec l'ASPC. Il se termine par une discussion et des recommandations formulées à l'endroit des différents acteurs et partenaires.

1. CONTEXTE

1.1. Contexte épidémiologique du VIH/Sida

L'ONUSIDA estime qu'en 2013, le nombre total de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde était de 35,0 millions (étendue : 33,2 à 37,2 millions), ce qui représente une augmentation par rapport à 2001 (soit 29,8 millions, étendue : 28,1 à 31,9 millions).³ Il existe d'importantes variations géographiques dans la prévalence, l'incidence et les modes de transmission du VIH. Cependant, l'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée puisqu'on estime que près de 1,5 million de personnes (étendue : 1,3 à 1,6 million) ont été infectées en 2013, la prévalence du VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans était de 4,7 % [4,4 %–4,9 %].³ Tandis que, dans les Caraïbes on estime que 12 000 personnes (étendue : 9 400 à 14 000) ont été infectées en 2013, la prévalence du VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans était de 1,1 % [0,9 %–1,2 %].³

On parle de pays où le VIH est endémique (voir la liste à l'Annexe 1)² lorsque la prévalence du VIH chez les adultes (de 15 à 49 ans) est supérieure à 1 % et lorsqu'un des critères suivants est rempli :

- au moins 50 % des cas de VIH sont attribués à la transmission hétérosexuelle
- le ratio hommes/femmes est de 2 : 1 pour les infections prévalentes; ou
- la prévalence du VIH est supérieure ou égale à 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux.

Le VIH/sida demeure une préoccupation au **Canada**. Entre 2008 et 2011, le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH/sida est passé de 64 000 (étendue : 53 000 à 75 000) à 71 300 (étendue : 58 600 à 84 000), ce qui représente une hausse de 11,4 %.⁴ Le taux de prévalence estimé au Canada en 2011 était de 208,0 pour 100 000 habitants (étendue : de 171,0 à 245,1 pour 100 000 habitants).¹¹ Les estimations nationales établies par l'ASPC suggèrent qu'un nombre estimé de 535 (étendue : 370 à 700) nouvelles infections serait attribué à la sous-catégorie d'exposition représentant les hétérosexuels de régions endémiques en 2011. Cette sous-catégorie est en croissance (Voir figure 1) et représentait 16,9 % des nouvelles infections au Canada en 2011,^{4,11} alors qu'environ 2,2 % de la population canadienne est née dans un pays où le VIH est endémique selon le recensement de 2006.¹¹ Lorsqu'on prend en compte les Canadiens de la seconde génération ayant au moins un parent né dans un pays où le VIH est endémique, la proportion de la population totale des personnes originaires de ces pays passe à 2,7 %.²

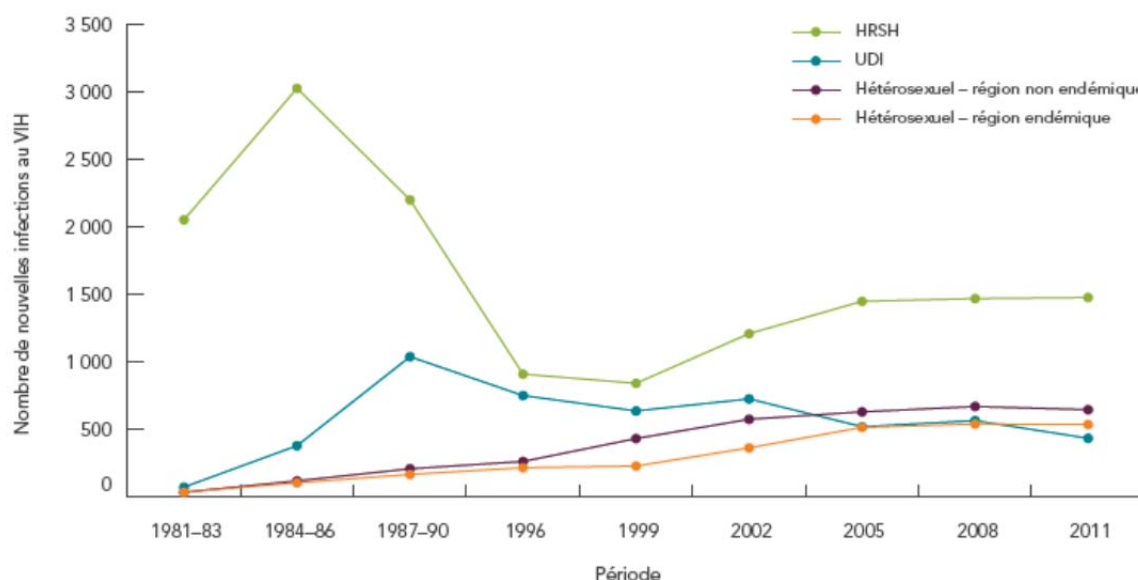


Figure 1 : Nombre estimé de nouvelles infections par le VIH selon la catégorie d'exposition

Source : Agence de santé publique du Canada ⁴

Au **Québec**, on estime que 19 300 personnes (étendue : 15 600 à 23 000) étaient infectées par le VIH en 2011 (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida).¹² L'infection par le VIH y fait l'objet d'une collecte de données épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population depuis avril 2002. Les données du programme n'estiment ni la prévalence ni l'incidence de l'infection dans la province, elles portent sur les cas confirmés au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Ainsi, d'avril 2002 à décembre 2013, 4 316 nouveaux diagnostics^{5 a} d'infection par le VIH ont été enregistrés au Québec, dont 63,8 % (2752/4316) à Montréal.⁵ La proportion de spécimens analysés dans le réseau public et dont le résultat a été confirmé positif par le LSPQ se maintient à moins de 1 %.⁵ En 2013, les principales catégories d'exposition dans lesquelles se rangent les 358 nouveaux diagnostics enregistrés au Québec sont les suivantes: 63,1 % sont des HARSAs; 15,9 % des hétérosexuels provenant de pays où le VIH est endémique (Het-endémique); 12,0 % d'autres hommes et femmes hétérosexuels non originaires de ces pays, 4,7 % des utilisateurs de drogues par injection (UDI) et 2,0 % autres.⁵

Les cas sont concentrés dans la région de **Montréal**, qui compte 25 % de la population du Québec, mais déclare 61,5 % (220/358) des nouveaux diagnostics survenus en 2013, dont 18,6 % (41/220) dans la catégorie Het-endémique.⁵ À Montréal, parmi les nouveaux diagnostics survenus en 2013, 65,7 % (23/35) des femmes et 9,7 % (18/185) des hommes sont originaires des Caraïbes (essentiellement d'Haïti) ou de l'Afrique subsaharienne.⁵ En outre, 78,0 % des Het-endémiques n'avaient jamais eu de test de dépistage du VIH auparavant.⁵ Une proportion relativement élevée des personnes nouvellement diagnostiquées le sont à un stade tardif de la maladie (moins de 200 lymphocytes CD4/ μ L).¹³ Une part importante des cas d'infections par le VIH serait attribuable aux personnes elles-mêmes infectées récemment et en période de primo-infection.^{13 14}

^a Un « nouveau diagnostic » est un cas chez lequel on n'a aucun antécédent de test de détection du VIH ou chez lequel tous les tests antérieurs sont négatifs.

En **Afrique subsaharienne** des progrès significatifs ont été réalisés en termes de réduction du nombre des nouveaux cas d'infection par le VIH et des décès liés au sida. Le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les adultes (15-49 ans) a diminué de 33 % entre 2005 et 2013.¹⁵ Cependant, des tendances alarmantes persistent dans de nombreuses régions.¹⁶ En 2013, l'Afrique subsaharienne concentrait 70 % de l'ensemble des nouvelles infections par le VIH [soit 1,5 million (étendue : 1,3–1,6)], 71 % des personnes vivant avec le VIH [soit 24,7 millions (étendue : 23,5–26,1) ; dont 58 % de femmes] et 72 % des décès liés au sida [soit 1,1 million (étendue : 1,0–1,3)].¹⁵ Cependant, les niveaux de prévalence peuvent varier considérablement selon les sous-régions (occidentale, centrale, orientale, australe) [Voir figure 2],¹⁶ d'un pays à l'autre, mais aussi parfois à l'intérieur d'un même pays.¹⁶ L'Afrique australe et orientale qui regroupent 6 % de la population totale concentrait en 2012, 52 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH [soit 18,5 millions (étendue : 7,5–19,5)] et presque la moitié des personnes nouvellement infectées dans le monde. En Afrique occidentale, les taux de prévalence se situent entre 1,5 % et 3 %. Comparativement au reste de l'Afrique, les pays de l'Ouest et du Centre sont toujours apparus moins touchés par l'épidémie, mais dans certains de ces pays la prévalence peut atteindre des niveaux relativement importants.^{15 16}

Les **Caraïbes** restent la région où on observe la prévalence la plus élevée en dehors de l'Afrique [1,1 % (étendue : 0,9-1,2)].¹⁵ Cependant, l'épidémie a considérablement ralenti depuis le milieu des années 1990 et les nouvelles infections par le VIH ont baissé de 40 % depuis 2005.¹⁵ En 2013, l'ensemble des nouvelles infections par le VIH était de 12 000 (étendue : 9 400–14 000), tandis que 250 000 (étendue : 230 000–280 000) personnes vivaient avec le VIH (PVVIH) et 11 000 (étendue : 8 300–14 000) décès étaient liés au sida.¹⁵ Au total, 57 % des nouvelles infections dans les Caraïbes se retrouvaient en Haïti [en 2012 : 8 500 (étendue : 6 900–11 000) nouvelles infections; 150 000 (étendue : 130 000–160 000) PVVIH; prévalence de 2,1 % (étendue : 1,9–2,3)] et 12 % à la Jamaïque [en 2012 : 1 400 (étendue : <1000–2000) nouvelles infections; 28 000 (étendue : 23 000–34 000) PVVIH; prévalence de 1,7 % (étendue : 1,4–2,0)].^{15 16}

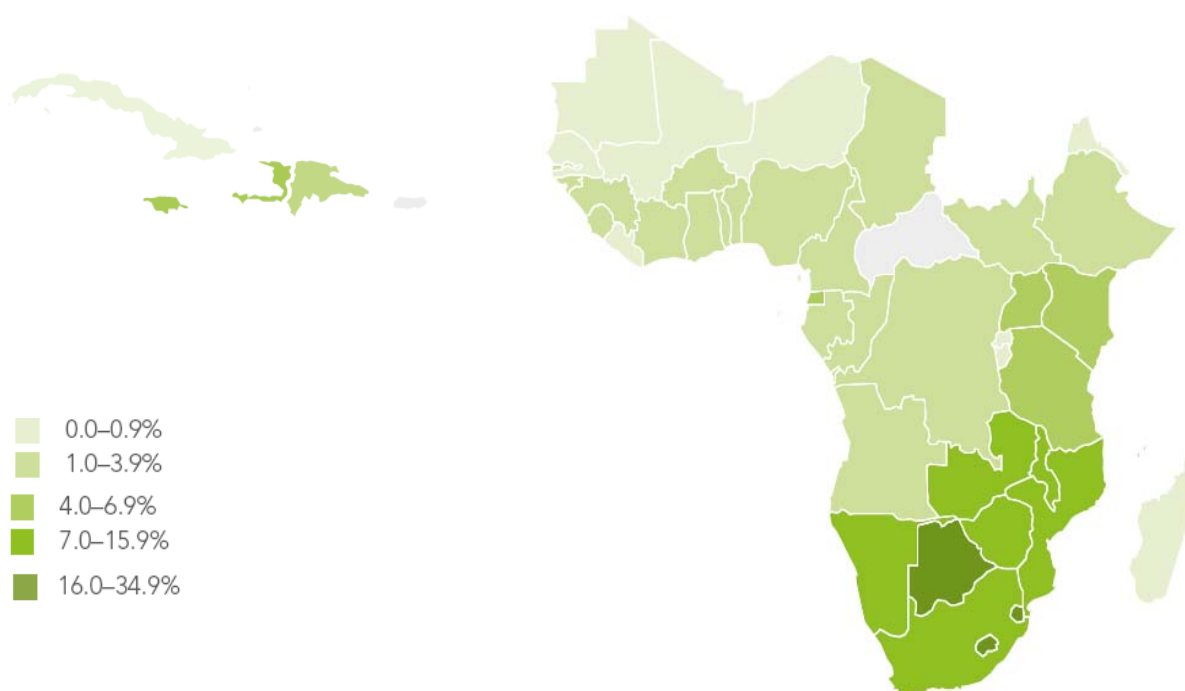


Figure 2 : Prévalence du VIH en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes chez les adultes (15-49 ans)

1.2. Système de surveillance épidémiologique du VIH

Au Québec, la surveillance de l'état de santé constitue un aspect fondamental de l'exercice de la santé publique. L'importance d'apprécier de façon continue la santé de la population place cette activité au cœur du mandat des Directions régionales de santé publique. Aussi, implanter des activités de santé publique exige de dresser régulièrement des portraits traitant de la santé des populations et des facteurs qui y sont associés, d'observer les tendances temporelles et spatiales et de cerner les problèmes prioritaires.

L'épidémiologie du sida et de l'infection par le VIH au Québec peut être décrite selon :

- Le nombre de cas de sida déclarés : les données de surveillance passive proviennent du Programme de surveillance du sida du Québec;^{6 17}
- Le nombre de cas de mortalité associée au sida : les données proviennent de l'Institut de la statistique du Québec;
- Le nombre de cas d'infection par le VIH : les données sont collectées par le Programme de surveillance de l'infection par le VIH.⁵

Au Québec, le VIH et le sida sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO) seulement si la personne infectée ou atteinte a donné du sang, des organes ou des tissus, ou si elle a reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.¹⁸ Cependant, l'infection par le VIH et le sida font l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, en vertu des articles 10 à 14 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique.¹⁸ Par ailleurs, les déclarations pour le VIH et le sida ne sont pas nominales. C'est dans ce cadre que depuis avril 2002, les laboratoires publics et privés effectuent les analyses pour détecter l'infection par le VIH et transmettent au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), pour confirmation finale, tous les spécimens dont les résultats sont positifs, indéterminés ou non concluants. Le processus de collecte de renseignements épidémiologiques à la suite d'un résultat d'analyse anti-VIH qui s'avère positif est amorcé par l'intervenant de santé publique affecté à cette tâche au LSPQ. Il se fait exclusivement à l'occasion d'un entretien téléphonique entre cet intervenant et le médecin ou le professionnel de la santé qui a demandé le test du VIH dont le résultat est positif. La collecte de renseignements épidémiologiques sur les cas de sida doit être faite par le médecin ayant posé le diagnostic d'une maladie indicatrice de sida, à l'aide du formulaire SP-100 « Surveillance du sida à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population ».^{18 19}

Ainsi, les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH/sida permettent, entre autres, d'estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui consultent les services de santé pour le dépistage de leur infection, d'identifier la proportion des personnes dépistées à un stade avancé de la maladie (dépistage tardif) et de décrire la répartition des cas parmi les populations vulnérables.

Par nature, la surveillance de routine des cas fournit un ensemble de renseignements sur les personnes ayant récemment reçu un diagnostic de VIH et reflète le risque accru d'infection par le VIH dans certains sous-groupes. Cependant, les systèmes de surveillance des cas de VIH ne sont pas conçus pour fournir des renseignements sur les comportements à risque chez les sous-groupes les plus exposés, de même que certaines populations à risque qui ont peu accès au système de santé, d'où la nécessité de recourir à des systèmes supplémentaires de collecte de données.

Selon les recommandations de l'ONUSIDA et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001),²⁰ la surveillance du VIH de seconde génération intègre de manière systématique des renseignements provenant de plusieurs sources, afin de fournir une image plus complète de l'épidémiologie et des tendances en matière de VIH dans un territoire ou une zone régionale donnée. Aussi, appelés « systèmes renforcés »²⁰ ils viennent compléter les données épidémiologiques en ITSS en liant les données comportementales aux données biologiques de l'infection par le VIH et par les autres infections connexes (hépatite C, syphilis, etc.). Ils permettent d'axer la collecte des données sur les populations risquant le plus d'être nouvellement

infectées par le VIH (populations à haut niveau de comportement à risque ou jeunes au début de leur vie sexuelle),²⁰ de mieux comprendre les tendances de l'épidémie, les comportements qui la sous-tendent afin de planifier et d'améliorer les programmes de prévention de la transmission du VIH, de dépistage et de prise en charge précoces des cas tout en ciblant les populations les plus vulnérables.

Au Canada, les principes fondamentaux d'une surveillance du VIH de seconde génération sont obtenus grâce à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion de données issues de la surveillance biologique et comportementale. Jusqu'à présent, les systèmes conçus et mis en œuvre comprennent le système I-Track, axé sur les personnes qui s'injectent des drogues, le système M-Track qui se concentre sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et le système P-Track qui s'adresse aux PVVIH. Une enquête-pilote du système A-Track centrée sur les Autochtones a été déployée à Regina, en Saskatchewan, pendant l'hiver 2011 et le printemps 2012.⁷ En outre, l'ASPC mène une surveillance de seconde génération des ITSS chez d'autres populations distinctes à risque : la surveillance accrue des jeunes de la rue (15 à 24 ans) au Canada (SAJR / E-SYS) et des femmes à risque qui sont deux autres populations clés identifiées dans l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada (IF).

E-Track est un système de surveillance du VIH de seconde génération, obtenu grâce à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion de données issues de la surveillance biologique et comportementale des populations originaires de pays où le VIH est endémique. Aussi, différents sites sentinelles, dont Montréal, Ottawa et Toronto ont été choisis dans le cadre d'un système de surveillance national de santé publique du VIH et d'autres infections connexes.⁷ L'enquête SSG-AFCAR est la première enquête E-Track au Canada. Chacun des systèmes de surveillance est mis en œuvre en collaboration avec un large éventail de partenaires et d'intervenants y compris les ministères provinciaux de la Santé, les services de santé locaux, les chercheurs, les comités nationaux ou provinciaux et les associations communautaires.

En dehors, de deux études comportementales et biologiques effectuées auprès des Québécois d'origine haïtienne en 1994-1996⁸ puis en 2007-2008^{9 10} par des chercheurs de la DSP de l'Agence de Montréal, de GAP-VIES (Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida) et de l'ASPC, aucune étude de surveillance n'a été menée auprès d'autres communautés ethnoculturelles vivant au Québec. L'étude de 1994-1996 avait mis en évidence une prévalence du VIH de 1,3 % chez les Québécois d'origine haïtienne.⁸

À Montréal, la première phase d'E-Track, l'enquête SSG-AFCAR, a porté sur les communautés originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones. Les aspects méthodologiques utilisés dans le cadre de sa mise en œuvre sont décrits dans la section 2.

1.3. Objectifs

En tant que système de surveillance comportementale et biologique, l'**objectif général** de l'enquête SSG-AFCAR est de mieux comprendre les tendances de l'épidémie du VIH, des infections connexes (hépatite C et syphilis) et de leurs déterminants dans les communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones, afin d'améliorer les programmes de prévention de la transmission du VIH, de dépistage et d'offrir aux populations concernées des services appropriés.

Les **objectifs principaux** de l'enquête SSG-AFCAR, dans les communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones, sont les suivants :

- Décrire la prévalence du VIH et d'autres infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).
- Décrire les comportements sexuels, la consommation de drogues et d'autres comportements à risque pour le VIH et les autres ITSS.

- Décrire les comportements en matière de dépistage du VIH et d'autres ITSS pertinentes.
- Décrire les connaissances en matière d'état sérologique et de recours aux soins pour le VIH.
- Décrire les connaissances de base des modes de transmissions du VIH.
- Décrire l'accès et le recours au système et services de santé.

Objectifs secondaires

- Décrire les facteurs associés au VIH et aux autres ITSS.
- Décrire les facteurs associés aux comportements à risque en matière de VIH et d'autres ITSS.

Le présent rapport vise à fournir des résultats descriptifs, la section des résultats porte essentiellement sur les objectifs principaux. (Voir section 3)

Avant la réalisation de l'enquête SSG-AFCAR à Montréal, une phase exploratoire a été conduite pour évaluer la faisabilité et la mise en place d'un tel projet de surveillance de seconde génération. Cette étude est décrite dans la section qui suit.

1.4. Étude de faisabilité de l'enquête SSG-AFCAR

La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-SIDA) a mené avec la collaboration de la DSP de l'Agence de Montréal et grâce au financement de l'ASPC, une étude de faisabilité pour cerner les facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver la réalisation d'une enquête de surveillance seconde génération du VIH dans les communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones.²¹

Une approche participative communautaire a permis de favoriser l'implication communautaire dans les étapes du processus décisionnel pour la planification et la mise en œuvre de l'enquête SSG-AFCAR à Montréal, à travers des réunions, des entretiens et un atelier de consultation communautaire.

Un comité consultatif communautaire formé de représentants communautaires appartenant aux deux communautés ciblées pour Montréal, d'organismes communautaires, d'acteurs de santé publique (au niveau local, régional et national) a été créé en 2010.

Ce comité était composé des personnes ressources, des représentants et des organisations ci-dessous :

- Centre de la lutte contre les Maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada (CLCMTI, ASPC);
- DSP de l'Agence de Montréal;
- Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le Sida (COCQ-Sida);
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
- Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida (GAP-VIES)
- Centre d'Action sida Montréal (CASM);
- Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et services sociaux (ACCÉSSS);
- Table ronde du Mois de l'histoire des Noirs;
- Black Community Resource Centre (BCRC);
- Source de vie pour les nations (SVN);
- Desta - Lion Wolf School;
- Dr Robert Remis, professeur d'épidémiologie à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto.

Le mandat de ce comité consistait à conseiller l'équipe de recherche sur :

- Les éléments à inclure dans le protocole de base;
- Les activités clés à mener (p. ex. : analyses documentaires, consultations, etc.) pour explorer l'acceptabilité des communautés culturelles concernant le système de surveillance proposé;
- Les canaux à privilégier pour la participation communautaire;
- Les stratégies d'échantillonnage, les thèmes de questionnaires et l'obtention du soutien préliminaire de la communauté;
- La mobilisation des organismes communautaires pour la promotion de l'enquête, l'identification des sites de recrutement, etc.
- Le processus et les critères de sélection des équipes d'enquête locales [chercheurs, collaborateurs, coordonnateur(s) de recherche, intervieweurs et groupes consultatifs communautaires];
- L'élaboration de stratégies pour surmonter les obstacles rencontrés au cours de la collecte de données dans le cadre de l'enquête;
- L'analyse des résultats préliminaires des données, les questions de recherche clé auxquelles répondre au cours des analyses de données et les stratégies de diffusion des données et les messages destinés aux communautés.

L'étude de faisabilité a permis de conclure, sur la base des données collectées (à travers les entrevues individuelles, les réunions du Comité Consultatif et l'atelier de consultation communautaire), à l'acceptabilité et à la faisabilité du projet de surveillance du VIH de seconde génération auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones. Elle a aussi permis d'identifier des lieux de rencontre et la répartition des différentes communautés concernées sur l'île de Montréal, tout en relevant les atouts, les éventuels défis et obstacles à surmonter dans la mise en œuvre effective de l'enquête SSG-AFCAR.²¹

Parmi les atouts identifiés, on retrouvait le fait que les communautés concernées disposent de lieux de rencontres communautaires et religieux représentatifs, de même qu'elles bénéficient de l'adhésion de certains leaders communautaires et religieux influents. Par contre, le risque de stigmatisation constituait un des défis à surmonter en menant des activités de sensibilisation et de promotion auprès des communautés ciblées, tout en mobilisant et en impliquant les leaders communautaires.²¹

La mise en œuvre de l'enquête SSG-AFCAR a donc permis de favoriser l'implication communautaire à toutes les étapes du processus (planification, déroulement, évaluation), de renforcer les capacités à joindre les communautés ethnoculturelles ciblées et d'intégrer les informations acquises dans le cadre des consultations et de la collaboration avec les personnes ressources tout au long du processus de conception, de mise en œuvre de l'enquête SSG-AFCAR et enfin de transfert et d'acquisition des connaissances.

2 MÉTHODOLOGIE

L'enquête SSG-AFCAR est une enquête comportementale et biologique, transversale, anonyme et volontaire. Les participants étaient principalement recrutés à l'aide de méthodes obéissant aux principes d'échantillonnage "espace-temps" ou "lieux-moments". En effet, le recrutement se faisait en fonction des lieux, jours et heures de rassemblement de la population cible. La participation était volontaire, les réponses aux questionnaires étaient anonymes et le consentement éclairé des participants était requis.

L'enquête comprenait un volet comportemental et un volet biologique facultatif. Le volet comportemental documentait : les caractéristiques sociodémographiques; les comportements sexuels; les antécédents de voyage; les substances psychoactives consommées; l'accès et le recours au service et aux systèmes de santé; les tests de dépistage effectués; les soins et les traitements reçus pour le VIH; ainsi que les connaissances et croyances en matière de VIH. Les réponses ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire complété par le participant et/ou par un intervieweur.

Le volet biologique correspondait à un échantillon de sang séché (GSS), recueilli par piqûre au bout du doigt par un intervieweur, pour la détection des infections suivantes : le VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) et la syphilis.

2.1 Population cible et critères d'inclusion

Comme nous l'avons mentionné précédemment, au Québec en 2013, les deux tiers des cas d'infections par le VIH par voie hétérosexuelle étaient originaires des Caraïbes (essentiellement d'Haïti) ou d'Afrique subsaharienne. La communauté haïtienne ayant participé à deux études précédentes a été exclue de l'enquête SSG-AFCAR. Aussi, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones résidant sur l'île de Montréal étaient la population cible pour cette étude.

Les fonds de recherche disponibles limités ne permettaient pas de faire deux études distinctes pour ces deux populations. Ils ne permettaient pas non plus de recruter suffisamment de personnes de la population caribéenne anglophone pour obtenir une estimation robuste de la prévalence du VIH étant donné le nombre limité de cas de séropositivité attendu dans cette communauté. Nous avons choisi de mener l'étude avec les deux populations car il était important de documenter les comportements sexuels à risque et les autres facteurs de risque associés à l'infection par le VIH dans cette communauté. Nous voulions également éviter l'impact négatif engendré par l'interprétation erronée que les populations exclues de l'enquête, alors qu'elles avaient été incluses dans l'étude de faisabilité, l'étaient parce qu'elles sont moins exposées à l'infection par le VIH. L'étude ne visait pas à comparer les deux populations entre elles, mais plutôt à décrire chacune.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Résider sur l'île de Montréal;
- Être âgé entre 15 et 49 ans;
- Être de la première génération, c'est-à-dire être né en Afrique subsaharienne ou dans les Caraïbes anglophones;
- Être capable de parler et de comprendre l'anglais ou le français;
- Être en mesure de donner un consentement éclairé.

2.2 Taille de l'échantillon pour l'île de Montréal

La taille de l'échantillon de l'enquête SSG-AFCAR a été estimée en tenant compte des éléments suivants :

- La prévalence estimée des principaux facteurs comportementaux d'intérêt ainsi que la prévalence du VIH dans les pays d'Afrique subsaharienne (occidentale, orientale, centrale et australe) et des Caraïbes anglophones :
 - La taille de l'échantillon nécessaire pour déceler la prévalence supposée du VIH avec un degré de précision « raisonnable » fondée sur la prévalence connue du VIH dans les pays et la région géographique d'origine.
 - La taille de l'échantillon nécessaire pour déceler une prévalence supposée de 50 % pour les principaux facteurs comportementaux d'intérêt avec un degré de précision « raisonnable ».
- La population cible âgée de 15 à 49 ans et la détermination des pays d'origine prioritaires selon les données du recensement de 2006.
- La disponibilité des ressources financières.

En tenant compte des critères précédents, la taille de l'échantillon à recruter était de 1 100 personnes originaires d'Afrique subsaharienne et de 500 personnes originaires des Caraïbes anglophones, pour un total de 1 600 personnes à recruter pour l'enquête SSG-AFCAR. (Tableau 1)

Selon le recensement de 2006,²² cet échantillonnage correspond chez les 15-49 ans à 5 % (1 100/24 300) des immigrants originaires d'Afrique subsaharienne et à 3 % (500/16 040) des immigrants originaires des Caraïbes anglophones; ces deux communautés représentent respectivement 4,3 % (24 300/560 380) et 2,9 % (16 040/560 380) de l'ensemble des immigrants de première génération résidant sur l'île de Montréal.

Tableau 1: Répartition de la population cible (15-49 ans) sur l'île de Montréal selon la région géographique de provenance

	Population cible au recensement de 2006	Échantillon à recruter pour l'enquête SSG-AFCAR	
	N	n	%
Afrique centrale	8 655	392	35,6
Afrique occidentale	7 645	346	31,5
Afrique orientale	7 515	340	30,9
Afrique australe	485	22	2,0
Total Afrique subsaharienne	24 300	1 100	
Total Caraïbes anglophones	16 040	500	
Total population		1 600	

En raison de l'hétérogénéité de la population cible et des difficultés pratiques liées à l'obtention d'un échantillon représentatif des deux communautés ciblées, le recrutement des participants était centré sur les personnes originaires de pays dont les ressortissants sont majoritaires ($\geq 1\,000$ personnes) sur l'île de Montréal selon les données du recensement de 2006. Cependant, les personnes originaires d'autres pays des régions ciblées (dont les ressortissants sont minoritaires sur l'île de Montréal) et qui satisfaisaient aux critères d'inclusion étaient également admissibles à l'enquête. Par ailleurs, pour améliorer la généralisation de nos résultats, nous avons tenu compte de leur répartition selon le sexe, le groupe d'âge, le territoire de Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et de Centre local de services communautaires (CLSC) de résidence sur l'île de Montréal.

Les données démographiques (recensement 2006)²² et épidémiologiques mettaient en évidence que :

- 82,4 % des personnes d'origine africaine habitent la région métropolitaine de recensement de Montréal. Les deux tiers (66,3 %) résident dans la région administrative de Montréal et les trois arrondissements de la ville de Montréal où se concentre davantage la population d'origine africaine sont ceux de Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce, d'Achuntsic-Cartierville et de Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension. Par ailleurs, la majeure partie (82,9 %) des membres de la communauté africaine, âgés de 15 ans et plus, sont de la première génération.
- La très grande majorité des Caribéens (93,3 %) habitent la région métropolitaine de recensement de Montréal. Plus des deux tiers (68,9 %) résident dans la région administrative de Montréal et les trois arrondissements de la ville de Montréal où se concentre davantage la population caribéenne anglophone sont ceux de Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce, suivi des arrondissements de LaSalle et de Pierrefonds-Senneville. Par ailleurs, plus de deux tiers (68,6 %) des membres de la communauté caribéenne, âgés de 15 ans et plus, sont de la première génération.
- Enfin, la majorité des personnes originaires de pays où le VIH est endémique résident à Montréal.

La carte de l'ensemble des pays africains subsahariens et caribéens anglophones ciblés est présentée dans la figure 3.

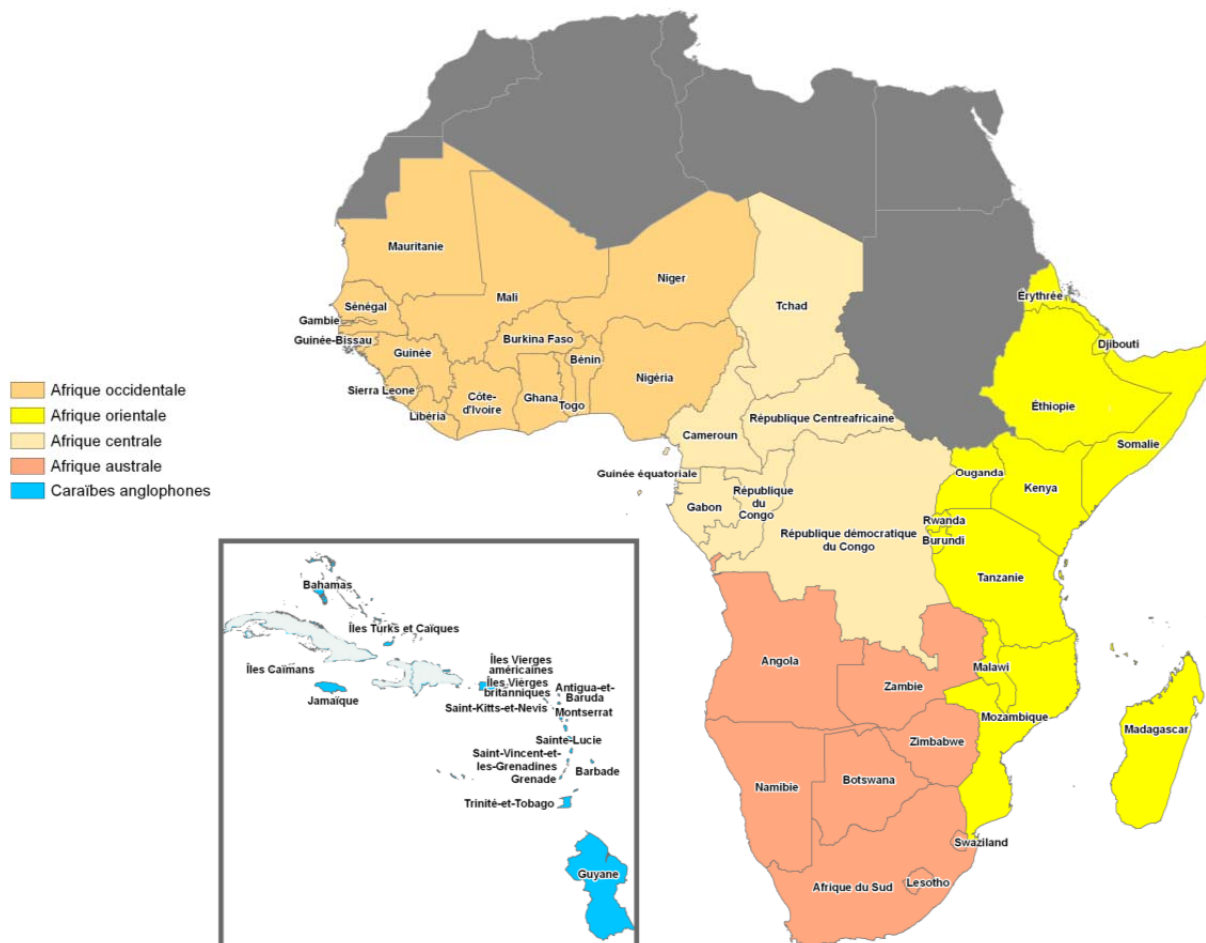


Figure 3 : Régions et pays de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones

2.5. Stratégies et sites de recrutement

Les stratégies de recrutement étaient tributaires du temps, du budget, des contraintes relatives à l'accès aux communautés ciblées et donnaient la priorité à des lieux ou à des activités permettant de recruter des personnes originaires de pays appartenant aux deux communautés.

Différentes stratégies ont été utilisées pour choisir les sites de recrutement de la population cible. Elles comprenaient :

- L'examen des journaux, des magazines, des médias en ligne locaux ou toute autre source de renseignements pertinents;
- Le réseautage, les entrevues et le maintien de contacts réguliers avec les leaders communautaires, les représentants d'organismes communautaires, les propriétaires de commerce et autres personnes ressources;
- La consultation des membres des deux communautés à chaque opportunité.

Les sites de recrutement correspondaient aux cadres utilisés par les deux communautés pour des interactions sociales. Il pouvait s'agir d'emplacements fixes ou temporaires lors d'événements organisés ou dans des lieux précis.

Les différents sites de recrutement fréquentés par la population cible étaient les suivants :

- Sites fixes : organismes communautaires [ex. : Black Community Resource Centre (BCRC) situé dans le Centre de Ressources Communautaires de Côte-des-Neiges (CRC)].
- Stratégies mobiles (véhicule) : magasins d'alimentation et de produits ethniques, salons de coiffure, centres commerciaux, stations de métro, supermarchés, restaurants, parcs.
- Églises.
- Associations/Groupes : regroupements de ressortissants appartenant aux mêmes pays.
- Écoles pour adultes/Universités.
- Événements sociaux : culturels, sportifs, festivals

La période de recrutement allait de juin 2013 à février 2014. Des séances de promotion de l'enquête SSG-AFCAR ont été effectuées avant et pendant la période de recrutement auprès de la population cible, des leaders, des organismes communautaires et de divers regroupements de ressortissants appartenant aux mêmes pays d'origine. Aussi, des signets et des cartes de visite précisant les critères d'inclusion et un numéro de téléphone pour la prise d'un rendez-vous afin de participer à l'étude ont été mis à disposition dans les différents sites fréquentés et distribués aux populations ciblées.

2.6. Collectes de données

2.6.1. Questionnaire

Le questionnaire l'enquête E-Track a été créé par un groupe de travail d'experts de différentes régions du Canada (Ottawa, Montréal, Toronto), en tenant compte de celui développé pour les enquêtes réalisées à Montréal auprès des Québécois d'origine haïtienne en 2007 et 2008.^{9 10} Il contenait des questions sur : les caractéristiques sociodémographiques; les comportements sexuels; l'usage de drogues; les pratiques en matière de dépistage du VIH, du VHC et d'autres ITSS; les connaissances et les attitudes relatives à l'infection par le VIH et par d'autres ITSS; le recours et l'accès aux soins et services de santé.

Pour l'enquête SSG-AFCAR, les données ont été uniquement recueillies à l'aide d'un questionnaire électronique en anglais ou en français autoadministré, complété avec l'aide d'un intervieweur ou complété entièrement par ce dernier. Un code d'identification séquentiel unique anonyme a été attribué à chaque participant. Le même code était inscrit sur la fiche d'échantillon du prélèvement de

GSS et sur la fiche de consentement éclairé de chacun des participants signée par l'intervieweur après avoir reçu le consentement verbal du participant. Par ailleurs, afin d'identifier les doublons, un code identifiant encrypté alphanumérique unique à 12 caractères a été généré (à partir des initiales, de la date de naissance et du sexe) pour chaque participant à l'aide d'un logiciel unidirectionnel sur le site du recrutement.

2.6.2. Prélèvement et analyse d'échantillons biologiques

Les intervieweurs devaient obtenir le consentement éclairé des participants, afin de prélever des échantillons de gouttes de sang séché (GSS) par ponction capillaire au bout du doigt, pour le dépistage du VIH, du VHC et de la syphilis. Les échantillons seront conservés pour des analyses futures, sauf lorsqu'un refus explicite avait été donné au moment de l'enquête. Les participants pouvaient également choisir de ne pas donner une GSS.

L'échantillon biologique a été prélevé sur un papier à base de fibres de coton (fiche d'échantillon Whatman 903MD DBS) conçu pour le prélèvement de liquides organiques. (Figure 4) La zone au bout du doigt qui devait être ponctionnée a été nettoyée avec un tampon imbibé d'alcool, et une microlancette a ensuite été utilisée pour effectuer une ponction de sang dans la zone nettoyée. (Figure 5) La fiche d'échantillon a été remplie avec des gouttes de sang (Figure 6) et le point de ponction a été recouvert d'un bandage.

Spec# : = Code séquentiel :

Collection Date : = Date de prélèvement :

Figure 4 : Papier à base de fibres de coton conçu pour le prélèvement de liquides organiques



Figure 5 : Trousse pour le prélèvement de gouttes de sang séché



Figure 6 : Prélèvements de gouttes de sang séché sur le rayon de séchage

Les échantillons biologiques ont été étiquetés au point de prélèvement en utilisant un code d'identification séquentiel unique anonyme qui correspondait au code inscrit sur le questionnaire du participant. Les échantillons codés ont été transportés aux Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie (LNVR) à Ottawa pour un dépistage du VIH et du VHC et ont été transmis par la suite au Laboratoire national de microbiologie (LNM) à Winnipeg pour le dépistage de la syphilis.

Les échantillons de GSS ont été soumis à un les tests de dépistage du VIH par dosage immuno-enzymatique Bio-Rad GS rLAV HIV-1 EIA. Des tests de confirmation ont ensuite été effectués par Bio-Rad Genetic Systems^{MC} HIV-1 Western Blot. Un résultat positif indiquait une infection actuelle par le VIH. Le dépistage du VIH (EIA) et le test de confirmation (transfert de Western) ont été approuvés par Santé Canada comme tests diagnostiques applicables aux échantillons de GSS.

Pour le dépistage du VHC, on a utilisé l'Ortho^{MD} HCV version 3.0 EIA. Des tests de confirmation n'ont pas été effectués dans le cas des échantillons réactifs. Un résultat positif indique la présence d'anticorps contre le VHC mais ne permet pas de distinguer s'il s'agit d'une infection aiguë, d'une infection chronique ou d'une infection résolue.

Pour le dépistage de la syphilis, on a eu recours au test Serodia^{MD} d'agglutination des particules de *Treponema pallidum* (TPPA). Comme pour le VHC, des tests de confirmation n'ont pas été réalisés dans le cas des échantillons positifs. Un résultat positif indique une infection syphilitique passée ou présente. Les résultats du dépistage de la syphilis seront présentés ultérieurement dans un addendum.

Vu que le système de surveillance est anonyme, les participants n'ont pas reçu les résultats de leurs tests. On les a néanmoins encouragés à effectuer des tests de dépistage du VIH et d'autres ITSS dans les différents points de service de dépistage. Les intervieweurs ont remis des dépliants contenant les coordonnées de fournisseurs de soins de santé et de centres de dépistage locaux aux participants.

2.6.3. Gestion des données

Processus d'entrée et de nettoyage des données

Le CLMTI assumait la responsabilité de gérer l'ensemble des données, y compris les résultats de laboratoire. Ces derniers ont été gérés par les LNVR, le LNM et le CLMTI, et ont été transmis à la DSP de l'Agence de Montréal dès qu'ils étaient disponibles. Des méthodes standardisées d'enregistrement de données ont été employées pour l'ensemble des données.

Personnel d'enquête et formation

Le **chercheur principal à Montréal** était chargé d'assurer la direction générale et la gestion de l'étude à l'intérieur de son site sentinelle, notamment de mettre la dernière main au questionnaire, d'engager du personnel pour l'équipe d'étude locale, de superviser la mise en œuvre de l'enquête, d'assurer la

liaison avec les intervenants communautaires et l'ASPC, de veiller à la sécurité et à la qualité des données, de diriger l'application des plans d'analyse et de rédiger un rapport.

Un **coordonnateur** a été désigné pour superviser les opérations quotidiennes liées à l'enquête SSG-ACAR, pour planifier et coordonner le travail de **l'équipe terrain (coordonnateur terrain et intervieweurs)**. Le coordonnateur faisait le point régulièrement avec le chercheur principal, les co-chercheurs et l'équipe de l'ASPC sur l'état d'avancement de l'enquête.

Les intervieweurs étaient chargés du recrutement et de l'obtention du consentement éclairé de tous les participants de l'enquête. Ils étaient également responsables du prélèvement d'échantillons de GSS et devaient répondre aux questions des participants et fournir les coordonnées des services connexes. Tous les intervieweurs (n=13) étaient originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones. Les questionnaires ont été administrés sur les lieux de recrutement sélectionnés et dans la mesure du possible l'approche genre a été privilégiée lorsque nécessaire, soit le fait de travailler en binôme (une femme/un homme) et d'interroger des participants du même sexe.

Tous les membres de l'équipe ont reçu une formation d'une semaine sur le protocole et la marche à suivre avant la mise en œuvre de l'enquête. La formation a eu lieu à la DSP de l'Agence de Montréal. Les sujets abordés lors de la formation étaient les suivants : éthique, recrutement, méthodes d'échantillonnage, administration des questionnaires, précautions universelles, techniques de prélèvement de GSS et contenu des comptes rendus. Les questions relatives à la sécurité des employés ont également été abordées avec l'équipe d'étude de Montréal.

Le **coordonnateur national d'E-Track**, un épidémiologiste de l'ASPC, apportait une aide à l'équipe de Montréal pour la mise en œuvre de l'enquête, la formation de l'équipe d'enquête locale, la gestion des besoins quotidiens du système de surveillance dans son ensemble et pour répondre à toute question.

2.7. Considérations éthiques

Le protocole du projet de surveillance, le questionnaire, les fiches de consentement et d'information, de même que les procédures à suivre ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche (CER) de Santé Canada/ASPC.

Le Québec se distingue de certaines autres provinces en ce qui a trait à la nécessité d'avoir ou non l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche pour les projets de surveillance (nous préférons parler de projet de surveillance plutôt que d'étude de surveillance). Entre autres, parce que « (...) *c'est le but visé par ces projets (suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et leurs déterminants), distincts des méthodes potentiellement semblables qu'elles emploient, qui différencie ces activités de celles qui nécessitent une évaluation éthique* ». ²³ C'est à la lumière de ces réflexions que le Comité d'éthique de la recherche du Centre universitaire de santé McGill (CER-CUSM) a jugé que l'enquête SSG-AFCAR ne remplissait pas tous les critères pour être examiné par un comité d'éthique de la recherche.

Cette interprétation correspond à ce qui est énoncé par l'Unité de l'éthique de la recherche du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec dans le document intitulé « Note de clarification relative aux compétences matérielles et territoriales des comités d'éthique de la recherche » publiée en 2007²⁴. L'Unité de l'éthique y fait la distinction entre la recherche et d'autres activités parallèles ou proches de la recherche, les projets liés à la recherche requérant une évaluation par un comité d'éthique de la recherche, mais pas ceux liés aux autres activités.

Toutefois, certains indicateurs mesurés dans le cadre du présent projet sont inscrits au Plan régional de surveillance de Montréal (PRSM) 2011-2015. Le Comité d'éthique de santé publique (CESP), lors de son évaluation du PRSM, a souligné la nécessité d'éviter la stigmatisation de la population visée par

l'enquête SSG-AFCAR.²⁵ Afin de tenir compte de la préoccupation du CESP qui consistait à éviter tout effet négatif sur les populations ciblées en lien avec la diffusion des résultats du projet, une base de collaboration étroite a été maintenue avec les membres des communautés africaines subsahariennes et Caribéennes anglophones, ainsi qu'avec des organismes œuvrant auprès d'eux.

La participation à l'enquête était volontaire et anonyme. Les questionnaires ont été administrés et les GSS prélevées uniquement après l'obtention d'un consentement éclairé. Pour préserver l'anonymat des participants, le formulaire de consentement a été signé par les intervieweurs.

Chaque participant avait un code identifiant séquentiel anonyme permettant de lier son questionnaire à ses résultats biologiques. En outre, pour éviter les doublons, un code identifiant encrypté (basé sur les initiales, la date de naissance et le sexe) a été généré pour chaque participant à l'aide d'un logiciel unidirectionnel sur le site du recrutement.

Les participants ont reçu une fiche d'information qui fournit un résumé des renseignements contenus dans le formulaire de consentement ainsi que les coordonnées des comités d'éthique de la recherche et celles du coordonnateur de l'enquête, et une modeste somme (20 \$) pour couvrir le temps passé et rembourser les frais de déplacement.

Les participants n'ont pas reçu les résultats de leurs tests. Les intervieweurs ont effectué un counseling et remis les coordonnées de fournisseurs de soins de santé et de centres de dépistage locaux aux participants, en les encourageant à effectuer des tests de dépistage du VIH et d'autres ITSS dans les différents points de service de dépistage.

La formation des interviewers insistait particulièrement sur l'importance du respect de la confidentialité des données recueillies et ceci a été renforcé tout au long de l'enquête.

La base de données du projet de surveillance est protégée par un mot de passe et tous les documents seront conservés sous clé pour une durée maximale de cinq années.

2.8. Analyse des données

Dans le présent rapport, les analyses effectuées sont principalement descriptives et donnent un aperçu simple et complet des données recueillies dans le cadre de l'enquête SSG-AFCAR. Parmi les personnes éligibles contactées, le taux de refus, le nombre de questionnaires complétés (volet comportemental et/ou biologique) ont été quantifiés.

Des analyses descriptives univariées ont été effectuées pour caractériser les participants recrutés dans les communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones. Des tableaux de fréquence ont été utilisés pour les variables catégorielles et des mesures de tendance centrale et de dispersion l'ont été pour les variables continues. Ces analyses portaient sur : les caractéristiques sociodémographiques, les comportements sexuels, l'historique de voyage en pays endémique pour le VIH, les antécédents de dépistage pour le VIH et les autres ITSS, l'accès aux traitements liés au VIH, la connaissance des modes de transmission du VIH et enfin l'accès aux soins de santé.

La séroprévalence du VIH et du VHC a été évaluée pour la population d'étude, pour chacune des communautés ciblées et pour d'autres sous-groupes. Les résultats de la séroprévalence de la syphilis seront disponibles ultérieurement.

Des analyses bivariées ont été effectuées pour rechercher les facteurs de risque associés à la séroprévalence du VIH, mais également, pour rechercher des associations entre les caractéristiques sociodémographiques et les comportements à risque. Le test de Chi² a été utilisé pour comparer les proportions et le test t de Student pour comparer les moyennes.

Des rapports de cotes non ajustés (OR) et leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été calculés afin de mesurer la force des associations.

Le seuil de signification statistique pour toutes les analyses a été établi à 5 % sur la base d'hypothèses alternatives bilatérales.

Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel IBM® SPSS® Statistics 22 pour Windows.

2.8.1 Présentation des résultats

Les données sont présentées sous forme de tableaux en fonction des deux communautés ciblées (lorsque les nombres sont suffisants pour permettre une analyse).

Les catégories de réponse sont présentées en ordre décroissant de fréquence sauf dans le cas des variables ordinales et la catégorie « Autre » vient toujours en dernier.

Dans le présent rapport, aucune technique statistique n'a été employée pour tenir compte des données manquantes, vu que la plupart des analyses sont limitées à des tableaux croisés. Les données manquantes sont plutôt présentées dans une rangée indépendante de chaque tableau (dans la mesure du possible). Les dénominateurs utilisés dans le calcul des proportions n'incluent pas les questions où il manque des valeurs (sauf indication contraire). Pour s'assurer que les données présentées dans les tableaux sont bien interprétées, chaque tableau mentionne le sous-groupe spécifique de répondants auquel l'analyse s'applique appelée le sous-groupe « Admissible » dans le rapport. La rangée « Total » dans chaque tableau décrit la taille totale de l'échantillon « admissible ».

Les résultats présentés dans le rapport reflètent les grandes lignes du questionnaire de l'enquête SSG-AFCAR (Annexe 2).

3. RÉSULTATS

3.1. Synthèse des résultats de la collecte de données

Entre le 28 juin 2013 et le 08 février 2014, 1 958 personnes éligibles ont été approchées et 1 602 ont effectivement participé à l'enquête SSG-AFCAR, ce qui correspond à un taux de participation de 81,8 % (1 602/1 958).

Le nombre de personnes éligibles qui ont refusé de prendre part à l'enquête SSG-AFCAR s'élevait à 341. Tandis que, le nombre d'abandon et de duplication s'élevait à 15.

Par ailleurs, du fait du contexte de promotion de l'enquête SSG-AFCAR et de certains lieux de recrutement (ex. : rue, église, etc.) le nombre total de personnes non éligibles approchées pendant la durée de l'enquête, pour en faire la promotion (nature et critères d'éligibilité) n'a pas pu être établi.

La majorité des cas de refus [76,7 % (241/314)] ont été documentés pour le sexe, le groupe d'âge et les principaux motifs du refus. (Tableau 2)

Tableau 2 : Répartition des cas de refus et des principaux motifs

(ADMISSIBLES : Tous les cas de refus)

Cas de refus	n(%)
Communautés	
Afrique subsaharienne	167 (69,3)
Caraïbes anglophones	74 (30,7)
(n)	241
Sexe	
Homme	124 (51,5)
Femme	117 (48,5)
(n)	241
Groupe d'âge	
<15 ans	2 (0,8)
20-29 ans	82 (34,0)
30-39 ans	122 (50,6)
40-49 ans	35 (14,5)
(n)	241
Motifs de refus (non mutuellement exclusifs)	
Ne voulait pas fournir un échantillon de sang	120 (35,2)
Afrique subsaharienne	73 (60,8)
Caraïbes	47 (39,2)
Manque de temps	79 (23,2)
Va prendre un rendez-vous	51 (15,0)
Sceptique/Manque de confiance	36 (10,6)
Ne voulait pas répondre aux questions	26 (7,6)
Peur d'être identifiés	13 (3,8)
Besoins de demander une autorisation	4 (1,2)

Le principal motif de refus était lié au fait de ne pas vouloir fournir une goutte de sang séché (GSS) [35,2 % (120/241)].

Les personnes éligibles étaient invitées à participer aux deux volets de l'enquête, soit au questionnaire comportemental et au prélèvement d'un échantillon de goutte de sang séché (GSS). (Tableau 3) Tous les participants (N=1 602) ont complété un questionnaire électronique en français en ou anglais, en la présence d'un intervieweur, soit : en l'administrant eux-mêmes [15,2 % (244/1 602)], avec l'aide de l'intervieweur [32,3 % (518/1 602)], ou administré entièrement par l'intervieweur [52,4 % (840/1 602)]. La durée moyenne de passation du questionnaire (n=1 577) a été de 24,2 minutes [étendue : 10 à 98 min; médiane : 22 min].

Tableau 3 : Période de collecte des données, taille de l'échantillon et proportion de goutte de sang séché (GSS)

Période de mise en œuvre de l'enquête SSG-AFCAR	Nombre total de participants n	Questionnaires complétés n (%)	GSS fournies n (%)
28 Juin 2013 au 08 Février 2014	1 602	1 602 (100,0)	1 546 (96,5 %)

Parmi les 1 602 participants, 96,5 % (1 546/1 602) ont fourni un échantillon de goutte de sang séché (GSS) pour les analyses biologiques. (Tableau 3)

Au total, 69,0 % (1 105/1 602) des participants étaient originaires d'Afrique subsaharienne et 31,0 % (497/1 602) des Caraïbes anglophones.

La comparaison des participants recrutés avec les données du recensement de 2006 est présentée selon la région géographique de naissance, le sexe et le groupe d'âge dans le tableau 4.

Tableau 4 : Comparaison de l'échantillon avec les données du recensement de 2006

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne		Caraïbes anglophones	
	Enquête SSG-AFCAR N=1 105 % [IC à 95 %]	Recensement de 2006 N=24 300 % [Différence]	Enquête SSG-AFCAR N=497 % [IC à 95 %]	Recensement de 2006 N=16 400 % [Différence]
Proportion selon la région				
Afrique centrale	39,5 [37,2-42,4]	35,6 [+3,9]	—	—
Afrique occidentale	37,1 [34,8-40,0]	31,5 [+5,6]	—	—
Afrique orientale	20,8 [18,9-23,2]	30,9 [-10,1]	—	—
Afrique australe	2,5 [1,8-3,5]	2,0 [+0,5]	—	—
Sexe				
Proportion d'hommes	60,5 [58,1-63,3]	52,9 [+7,6]	46,5 [42,9-50,9]	42,6 [+3,9]
Groupe d'âge				
15-24 ans	29,2 [27,0-31,9] →	16,8 [+12,4]	33,2 [29,8-37,3] →	15,3 [+17,9]
25-34 ans	35,5 [33,2-38,3] →	28,1 [+7,4]	26,6 [23,4-30,4]	24,9 [+1,7]
35-44 ans	27,2 [25,1-29,9]	30,8 [-3,6]	27,4 [24,2-31,3]	31,2 [-3,8]
45-49 ans	8,1 [6,7-9,7]	—	12,9 [10,5-15,8]	—

En comparaison avec les données du recensement de 2006, les personnes originaires d'Afrique orientale ont été moins recrutées. La répartition des participants originaires des autres sous-régions africaines n'est pas très différente des données du recensement.

Par ailleurs, du fait de l'utilisation de certaines stratégies de recrutement (circuits avec véhicule), un peu plus d'hommes que de femmes ont été recrutés dans les deux communautés ciblées. Il en est de même pour les groupes d'âge de 15-24 ans et de 25-34 ans.

Il faut cependant signaler que, selon le recensement de 2006, la communauté africaine subsaharienne (15-49 ans) compte un peu plus d'hommes (52,9 %) que de femmes (47,1 %) et que l'inverse est observé pour la communauté caribéenne anglophone [57,4 % de femmes vs 42,6 % d'hommes].

La figure 7 présente le nombre et la proportion de participants recrutés selon les différentes stratégies de recrutement.

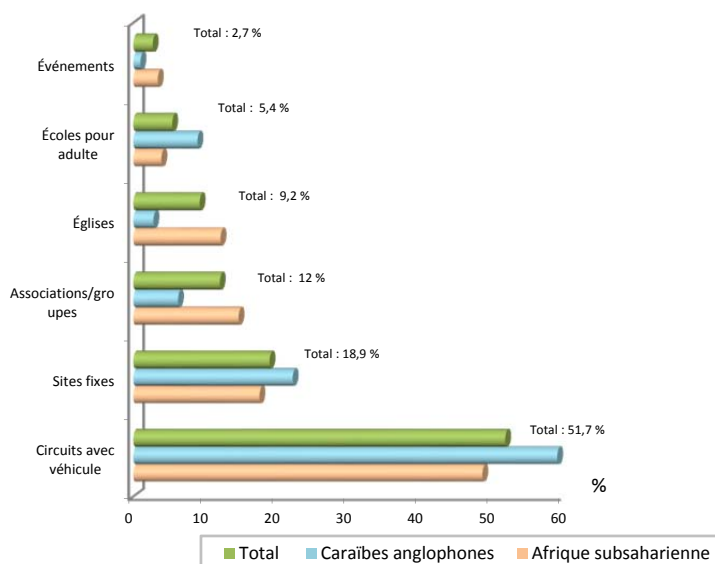


Figure 7 : Répartition des sites de recrutement dans les deux communautés ciblées

Un peu plus de la moitié des participants recrutés (51,7 %), dans les deux communautés ciblées, l'ont été grâce aux circuits avec véhicule qui permettaient d'aller à leur rencontre aux voisinages : des magasins d'alimentation et de produits ethniques, des salons de coiffure, des centres commerciaux, des stations de métro, des supermarchés, des restaurants et des parcs.

La répartition des différentes modalités de recrutement des participants est décrite dans le tableau 5.

Tableau 5 : Répartition des différentes modalités de recrutement

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne N=1 105 n (%)	Caraïbes anglophones N=497 n (%)	Total N=1602 n(%)
Sur le site de recrutement	610 (55,2)	231 (46,5)	841 (52,5)
De bouche à oreille	457 (41,4)	244 (49,1)	701(43,8)
Sur recommandation	86 (7,8)	46 (9,3)	132 (8,2)
Organisations communautaires	56 (5,1)	3 (0,6)	59 (3,7)
Autre	11 (1,0)	2 (0,4)	13 (0,8)

Les participants pouvaient préciser plusieurs modalités. La catégorie « Autre » incluait la prise de rendez-vous téléphonique et/ou l'information reçue suite à la lecture des signets d'informations distribués.

3.2. Caractéristiques sociodémographiques

Parmi les 1 105 Montréalais originaires de l'Afrique subsaharienne recrutés, 60,5 % (668/1 105) étaient des hommes, tandis que pour les Montréalais originaires des Caraïbes anglophones, 53,5 % (266/497) étaient des femmes.

Groupe d'âge

L'âge moyen de l'ensemble des participants (N=1 602) était de 30,75 ans ($\pm 9,5$) [étendue : 15 à 49 ; médiane=31 ans]. Chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, la moyenne d'âge était plus élevée chez les hommes que chez les femmes [31,09 vs 29,49 ans; $p=0,004$]. (Tableau 6)

La répartition des groupes d'âge était différente lorsqu'on compare les deux communautés ciblées ($p<0,0001$), mais aussi dans chacune d'entre elles selon le sexe. Le tiers des participants était dans le groupe d'âge des 15-24 ans [30,5 % (488/1 602), soit 29,2 % (323/1 105) des Africains subsahariens et 33,2 % (165/497) des Caribéens anglophones]. Les tranches d'âge de 25-29 ans et 30-34 ans étaient plus importantes chez les Africains subsahariens, tandis que celles des 40-44 et de 45-49 ans étaient plus importantes chez les Caribéens anglophones. (Tableau 6)

Tableau 6 : Répartition des participants selon le sexe et le groupe d'âge

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Âge						
Moyen [SD]	30,46 [$\pm 9,11$]	31,09 [$\pm 9,15$] **	29,49 [$\pm 8,90$]	31,39 [$\pm 10,31$]	30,91 [$\pm 10,68$]	31,80 [$\pm 9,97$]
Groupe d'âge						
15-19	182 (16,5) ***	107 (16,0) *	75 (17,2)	89 (17,9)	46 (19,9) *	43 (16,2)
20-24	141 (12,8)	77 (11,5)	64 (14,6)	76 (15,3)	41 (17,7)	35 (13,2)
25-29	179 (16,2)	91 (13,6)	88 (20,1)	45 (9,1)	18 (7,8)	27 (10,2)
30-34	213 (19,3)	135 (20,2)	78 (17,8)	87 (17,5)	32 (13,9)	55 (20,7)
35-39	195 (17,6)	130 (19,5)	65 (14,9)	68 (13,7)	38 (16,5)	30 (11,3)
40-44	106 (9,6)	71 (10,6)	35 (8,0)	68 (13,7)	24 (10,4)	44 (16,5)
45-49	89 (8,1)	57 (8,5)	32 (7,3)	64 (12,9)	32 (13,9)	32 (12,0)
(n)	1105	668	437	497	231	266

Dans chaque tableau les proportions de la colonne « Total Afrique subsaharienne » sont comparées à celles de la colonne « Total Caraïbes anglophones ».

Par ailleurs, dans chaque communauté les proportions de la colonne « Hommes » sont comparées à celles de la colonne « Femmes ».

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Région et pays de provenance

Les régions géographiques de naissance des Africains subsahariens sont présentées dans le tableau 7.

Tableau 7 : Répartition des participants selon la région géographique de naissance

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Homme n (%)	Femme n (%)	Total n (%)
Afrique subsaharienne			
Afrique centrale	268 (40,1)	169 (38,7)	437 (39,5)
Afrique occidentale	252 (37,7)	158 (36,2)	410 (37,1)
Afrique orientale	130 (19,5)	100 (22,9)	230 (20,8)
Afrique australe	18 (2,7)	10 (2,3)	28 (2,5)
(n)	668	437	1 105
Caraïbes anglophones			
(n)	231	266	497

Pour les Caraïbes anglophones, 497 participants originaires de 12 pays ont été recrutés. Tandis que, 1 105 participants originaires de 36 pays d'Afrique subsaharienne ont participé à l'enquête SSG-AFCAR, soit 6 pays d'Afrique centrale [39,5 % (437/1 105)]; 13 pays d'Afrique occidentale [37,1 % (410/1 105)]; 10 pays d'Afrique orientale [20,8 % (230/1 105)] et 7 pays d'Afrique australe [2,5 % (28/1 105)]. (Figure 8)

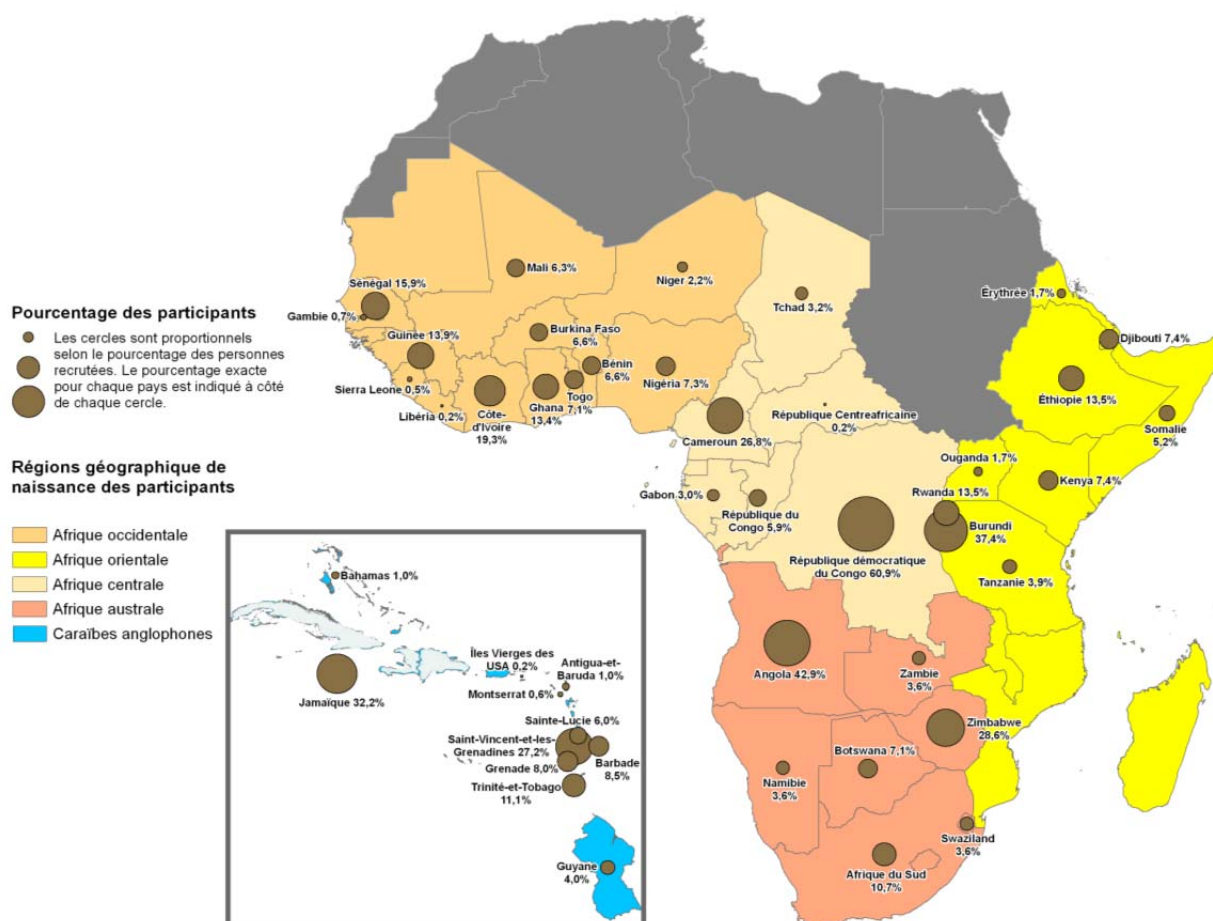


Figure 8 : Répartition des participants recrutés selon la région et le pays de provenance

Période et statut d'immigration

L'immigration au Canada des personnes originaires d'Afrique subsaharienne [étendue : 1969 à 2013; médiane=2009; mode=2013] était plus récente ($p<0,0001$) que l'immigration des personnes originaires des Caraïbes anglophones [étendue : 1966 à 2013; médiane=2000; mode=2000], avec respectivement 86,3 % (951/1 102) vs 50,2 % immigration postérieure à l'année 2000. (Tableau 8 et Figure 9) En outre, l'immigration des femmes caribéennes est plus récente que celles des hommes ($p=0,034$). (Tableau 8)

Comparativement aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne, la majorité des Caribéens anglophones étaient des citoyens canadiens [91,7 % vs 85,0 %; $p=0,0001$]. (Tableau 8)

Les proportions de personnes ayant un statut de réfugié étaient presque identiques dans les deux communautés [2,4 % (26/1 105) pour les Africains subsahariens (dont 19 hommes et 7 femmes) vs 2,0 % (10/492) pour les Caribéens anglophones (dont 7 hommes et 3 femmes)].

Par ailleurs, la majorité des personnes recrutées dans les deux communautés avaient passé la plus grande partie de leur enfance (de 0 à 18 ans) dans leurs pays de naissance, cela concernait davantage les Africains subsahariens que les Caribéens anglophones [soit 86,5 % (953/1 102) vs 73,2 % (364/497); $p<0,0001$].

Tableau 8 : Répartition des participants selon la période et le statut d'immigration

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Période d'immigration						
<1990	19 (1,7) ***	13 (2,0)	6 (1,4)	114 (23,2)	65 (28,3) *	49 (18,7)
1990-1999	132 (12,0)	68 (10,2)	64 (14,7)	131 (26,6)	54 (23,5)	77 (29,4)
≥2000	951 (86,3)	585 (87,8)	366 (83,9)	247 (50,2)	111 (48,3)	136 (51,9)
(n)	1102	666	436	492	230	262
Manquante	3 (0,3)	2 (0,3)	1 (0,2)	5 (1,0)	1 (0,4)	4 (1,5)
Total	1105	668	437	497	231	266
Statut d'immigration						
Citoyen canadien /Résident permanent	939 (85,0) ***	564 (84,4)	375 (85,8)	451 (91,7)	209 (90,9)	242 (92,4)
Permis de travail/ Visa temporaire ou étudiant	103 (9,3)	59 (8,8)	44 (10,1)	13 (2,6)	6 (2,6)	7 (2,7)
Réfugié/Autres	63 (5,7)	45 (6,7)	18 (4,1)	28 (5,7)	15 (6,4)	13 (5,0)
(n)	1105	668	437	492	230	262
Manquante	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,0)	1 (0,4)	4 (1,5)
Total	1105	668	437	497	231	266

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

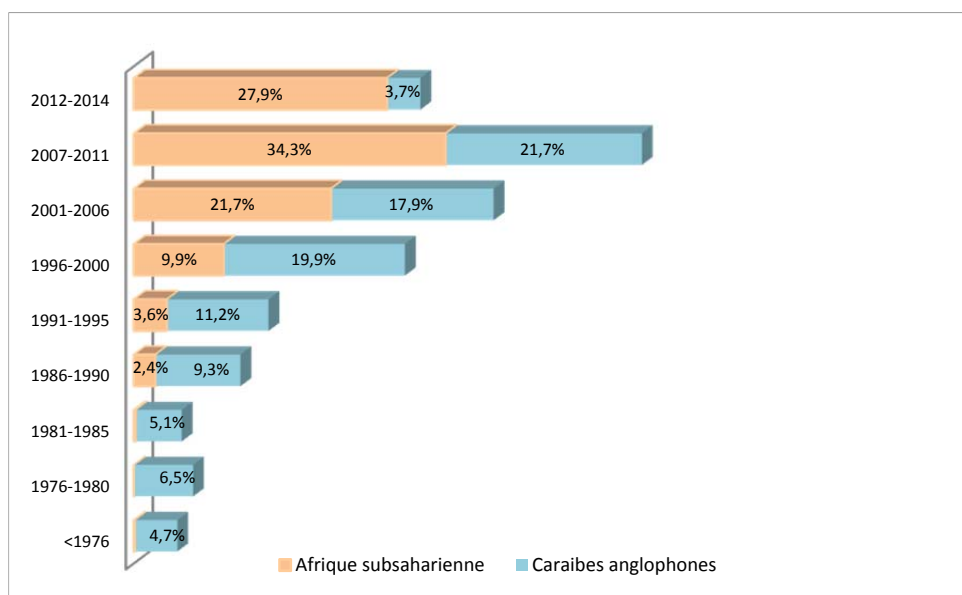


Figure 9 : Répartition des participants recrutés selon la période d'immigration

Ethnicité et religion

Au total, 97,9 % (1 568/1 602) des participants des deux communautés s'identifient comme étant noirs.

La plupart des Caribéens anglophones appartiennent à la religion protestante [(38,0 % (189/497)], chrétienne [(19,9 % (99/497)], catholique [(17,7 % (88/497)] ou à aucune religion [(11,5 % (57/497))]. Tandis que les Africains subsahariens sont catholiques [(31,0 % (343/1 105)], protestants [(26,3 % (291/1 105)], musulmans [(22,4 % (248/1 105)] ou chrétiens [(13,1 % (145/1 105))]. Dans les deux communautés, les participants qui se disaient chrétiens ne s'identifiaient pas comme des catholiques.

Orientation sexuelle et situation matrimoniale

Presque la totalité des participants appartenant aux deux communautés [96,8 % (1 551/1 602)] ont indiqué qu'ils étaient hétérosexuels, soit 97,6 % des Africains subsahariens vs 95,0 % des Caribéens anglophones. (Tableau 9) Les autres participants se définissaient comme bisexuels [1,9 % (30/1 602)], homosexuels [0,6 % (9/1 602)] ou d'une orientation « Autre » [0,7 % (12/1 602)], la répartition de ces sous-groupes était différente dans les deux communautés ciblées ($p=0,017$) et selon le sexe pour les Caribéens anglophones ($p=0,049$). (Tableau 9)

En ce qui concerne le statut matrimonial, 36,8 % (1 551/1 101) des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et 10,9 % (54/496) des Caribéens anglophones étaient mariés. Pour certains d'entre eux, le conjoint vivait en dehors du Canada, soit 6,4 % (70/1 101) des Africains subsahariens et 0,6 % (3/496) des Caribéens anglophones.

Les proportions de personnes non en couple (célibataires), en couple cohabitant ou non étaient significativement différentes dans les deux communautés ($p=0,0001$). (Tableau 9)

Tableau 9 : Répartition des participants selon leur orientation sexuelle et leur statut matrimonial

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Orientation sexuelle						
Hétérosexuels	1079 (97,6) *	651 (97,5)	428 (97,9)	472 (95,0)	225 (97,4) *	247 (92,8)
Bisexuels	13 (1,2)	8 (1,2)	5 (1,1)	17 (3,4)	3 (1,3)	14 (5,3)
Homosexuels	6 (0,5)	4 (0,6)	2 (0,5)	3 (0,6)	2 (0,9)	1 (0,4)
Autre ^a	7 (0,6)	5 (0,7)	2 (0,5)	5 (1,0)	1 (0,4)	4 (1,5)
(n)	1105	668	437	497	231	266
Manquante	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	1105	668	437	497	231	266
Statut marital						
Non en couple	564 (51,2) ***	351 (52,8)	213 (48,9)	301 (60,7)	136 (58,9)	165 (62,3)
En couple cohabitant	370 (33,6)	211 (31,7)	159 (36,5)	105 (21,2)	50 (21,6)	55 (20,8)
En couple non cohabitant	167 (15,2)	103 (15,5)	64 (14,7)	90 (18,1)	45 (19,5)	45 (17,0)
(n)	1101	665	436	496	231	265
Manquante	4 (0,4)	3 (0,4)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Total	1105	668	437	497	231	266

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

^a Orientation sexuelle « Autre » : asexué ; pansexuel ; en questionnement

Niveau d'instruction

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne avaient un niveau d'instruction plus élevé que les Caribéens anglophones. En effet, 70,1 % (771/1 100) vs 37,9 % (188/496) avaient un niveau supérieur ou égal aux études secondaires ($p=0,0001$), cette situation concerne significativement plus d'hommes que de femmes chez les Africains [73,2 % (485/663) d'hommes vs 65,4 % (286/437) de femmes; $p=0,006$] et le contraire chez les Caribéens anglophones [29,9 % (69/231) d'hommes vs 44,9 % (119/265) de femmes; $p=0,001$]. (Tableau 10).

Tableau 10: Répartition des participants selon le niveau d'instruction le plus élevé atteint

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Études élémentaires/ primaires	329 (29,9) ***	178 (26,8) ***	151 (34,6)	308 (62,1)	162 (70,1) **	146 (55,1)
Études secondaires	301 (27,4)	163 (24,6)	138 (31,6)	160 (32,3)	62 (26,8)	98 (37,0)
Études collégiales /universitaires	279 (25,4)	179 (27,0)	100 (22,9)	23 (4,6)	7 (3,0)	16 (6,0)
Études supérieures	191 (17,4)	143 (21,6)	48 (11,0)	5 (1,0)	0 (0,0)	5 (1,9)
(n)	1100	663	437	496	231	265
Manquante	5 (0,5)	5 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Total	1105	668	437	497	231	266

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Situation professionnelle et revenu du ménage

La répartition du statut professionnel était significativement différente ($p=0,0001$) dans les deux communautés et selon le sexe chez les Africains subsahariens. Au moment de l'enquête, il y avait plus d'étudiants chez les Africains subsahariens : 43 % vs 29,3 %; plus de personnes sans emploi chez les Caraïbéens anglophones : 22,2 % vs 12,2 %. (Tableau 11)

Tableau 11 : Répartition des participants selon leur situation professionnelle

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Employé à temps plein ou partiel	490 (44,8) ***	320 (48,3) *	170 (39,4)	239 (48,6)	122 (52,8)	117 (44,8)
Étudiants	470 (43,0)	268 (40,4)	202 (46,9)	144 (29,3)	58 (25,1)	86 (33,0)
Non employé	134 (12,2)	75 (11,3)	59 (13,7)	109 (22,2)	51 (22,1)	58 (22,2)
(n)	1094	663	431	492	231	261
Manquante	11 (1,0)	5 (0,8)	6 (1,4)	5 (1,0)	0 (0,0)	5 (1,9)
Total	1105	668	437	497	231	266

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Parmi les personnes qui ont déclaré leur revenu familial annuel, un peu plus de la moitié [51,7 % (710/1 374)] avaient un revenu annuel $<15\ 000$ \$, soit 53,1 % (530/998) des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et 47,9 % (180/376) des Caraïbéens anglophones. Cependant, ces derniers avaient des revenus supérieurs à ceux des Africains subsahariens ($p=0,001$). (Tableau 12)

Au total, 41,3 % (561/1 357) des participants ont déclaré qu'au cours des douze derniers mois, considérant le revenu de leur ménage, ils avaient « plus ou moins difficilement/très difficilement » pu répondre à leurs besoins en matière de logement et d'alimentation, c'était le cas pour 40,0 % (394/987) des Africains subsahariens vs 45,1 % (167/370) des Caraïbéens anglophones ($p=0,084$, non significatif).

Tableau 12 : Répartition des participants selon le revenu annuel du ménage

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Moins de 5 000 \$	279 (28,0) **	160 (26,2)	119 (30,7)	67 (17,8)	35 (20,2)	32 (15,8)
5 000 \$ à 14 999 \$	251 (25,2)	157 (25,7)	94 (24,3)	113 (30,1)	53 (30,6)	60 (29,6)
15 000 \$ à 29 999 \$	228 (22,8)	142 (23,2)	86 (22,2)	83 (22,1)	41 (23,7)	42 (20,7)
30 000 \$ à 49 999 \$	143 (14,3)	98 (16,0)	45 (11,6)	79 (21,0)	34 (19,7)	45 (22,2)
50 000 \$ à 69 999 \$	52 (5,2)	26 (4,3)	26 (6,7)	20 (5,3)	6 (3,5)	14 (6,9)
70 000 \$ et plus	45 (4,5)	28 (4,6)	17 (4,4)	14 (3,7)	4 (2,3)	10 (4,9)
(n)	998	611	387	376	173	203
Manquante	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ne sais pas	89 (8,1)	43 (6,4)	46 (10,5)	115 (23,1)	56 (24,2)	59 (22,2)
Refus	17 (1,5)	13 (1,9)	4 (0,9)	6 (1,2)	2 (0,9)	4 (1,5)
Total	1105	668	437	497	231	266

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Logement, environnement familial

Le principal territoire de CSSS où résidaient les deux communautés était celui de la Montagne [21,8 % (332/1 520)], avec 19,7 % (211/1 072) des Africains subsahariens et 27,1 % (121/447) des Caribéens anglophones recrutés. Les principaux territoires de CSSS où résidaient les Caribéens anglophones [Ex. : 22,8 % à Dorval-Lachine-Lasalle et 20,6 % à Cavendish] étaient différents ($p<0,0001$) de ceux où résidaient les Africains subsahariens [Ex. : 18,5 % à Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et 10,2 % à Lucille-Teasdale]. (Tableau 13)

Tableau 13 : Répartition des participants selon le territoire de CSSS de résidence

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
CSSS de la Montagne	211 (19,7) ***	124 (19,0)	87 (20,7)	121 (27,1)	48 (23,1)	73 (30,5)
CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	96 (8,9)	53 (8,1)	43 (10,2)	102 (22,8)	52 (25,0)	50 (20,9)
CSSS Cavendish	71 (6,6)	43 (6,6)	28 (6,7)	92 (20,6)	41 (19,7)	51 (21,3)
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	199 (18,5)	128 (19,6)	71 (16,9)	15 (3,4)	5 (2,4)	10 (4,2)
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	96 (8,9)	63 (9,6)	33 (7,9)	66 (14,8)	36 (17,3)	30 (12,6)
CSSS Lucille-Teasdale	109 (10,2)	67 (10,3)	42 (10,0)	4 (0,9)	2 (1,0)	2 (0,8)
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	94 (8,8)	56 (8,6)	38 (9,0)	29 (6,5)	16 (7,7)	13 (5,4)
CSSS d'Achats et Montréal-Nord	62 (5,8)	40 (6,1)	22 (5,2)	2 (0,4)	1 (0,5)	1 (0,4)
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel	54 (5,0)	31 (4,7)	23 (5,5)	4 (0,9)	3 (1,4)	1 (0,4)
CSSS Jeanne-Mance	31 (2,9)	21 (3,2)	10 (2,4)	9 (2,0)	2 (1,0)	7 (2,9)
CSSS de la Pointe-de-l'Île	30 (2,8)	15 (2,3)	15 (3,6)	3 (0,7)	2 (1,0)	1 (0,4)
CSSS du Cœur-de-l'Île	20 (1,9)	12 (1,8)	8 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
(n)	1073	653	420	447	208	239
Manquante	32 (2,9)	15 (2,2)	17 (3,9)	50 (10,1)	23 (10,2)	27 (10,2)
Total	1105	668	437	497	231	266

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Dans les deux communautés, huit participants sur dix étaient locataires d'une maison, d'un appartement ou d'un condo [80,6 % (1 287/1 596)], cela concernait davantage les Africains subsahariens [81,6 % (898/1 101)] que les Caribéens anglophones [78,6 % (389/495)], qui étaient plus souvent propriétaires 8,5 % vs 4,1 % des Africains subsahariens ($p=0,009$). (Tableau 14)

Par ailleurs, 87,8 % (1 394/1 588) des participants des deux communautés avaient un logement stable au cours des douze derniers mois (≤ 01 déménagement). Les Caribéens anglophones ont déclaré plus souvent avoir déménagé que les Africains subsahariens (16,3 % vs 10,4 %; $p=0,001$) au cours de la dernière année.

Tableau 14 : Répartition des participants selon leur type d'habitation

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Type de Logement						
Locataire	898 (81,6) **	546 (82,2)	352 (80,5)	389 (78,6)	172 (74,8)	217 (81,9)
Chez les parents, membres de la famille ou amis	149 (13,5)	89 (13,4)	60 (13,7)	60 (12,1)	36 (15,7)	24 (9,1)
Propriétaire	45 (4,1)	22 (3,3)	23 (5,3)	42 (8,5)	21 (9,1)	21 (7,9)
À l'hôtel/ Motel/ Maison de transition	8 (0,7)	6 (0,9)	2 (0,5)	3 (0,6)	0 (0,0)	3 (1,1)
Sans domicile fixe	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,0)
(n)	1101	664	437	495	230	265
Manquante	4 (0,4)	4 (0,6)	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)
Total	1105	668	437	497	231	266
Nombre de déménagement (12 derniers mois)						
≤1	983 (89,6) **	584 (88,5)	399 (91,3)	411 (83,7)	183 (80,3)	228 (86,7)
≥2	114 (10,4)	76 (11,5)	38 (8,7)	80 (16,3)	45 (19,7)	35 (13,3)
(n)	1097	660	437	491	228	263
Manquante	8 (0,7)	8 (1,2)	0 (0,0)	6 (1,2)	3 (1,3)	3 (1,1)
Total	1105	668	437	497	231	266

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Synthèse des caractéristiques sociodémographiques

Au total, 1 602 participants dont 1 105 Montréalais originaires de 36 pays de l'Afrique subsaharienne et 497 Caribéens anglophones originaires de 12 pays satisfaisant aux critères de sélection avaient été recrutés sur l'île de Montréal, pendant la période allant du 28 juin 2013 au 08 février 2014. Un peu plus d'hommes africains subsahariens avaient été recrutés (60,5 %), tandis que 53,5 % des Caribéens anglophones étaient des femmes.

Presque la totalité des participants (98 %) dans les deux communautés s'identifiait comme étant Noirs. Tout en reconnaissant qu'ils existent des points communs entre les communautés noires en général, il faut noter l'existence d'une diversité sur les plans ethnique, culturel, linguistique et religieux,² mais aussi sociodémographique, au sein des communautés africaines subsahariennes elles-mêmes et avec les communautés caribéennes anglophones ou francophones. C'est l'une des raisons pour lesquelles les résultats ont été présentés distinctement pour les deux communautés ciblées, mais également dans le souci d'adapter les mesures d'intervention aux spécificités identifiées.

Le profil sociodémographique des participants de l'enquête SSG-AFCAR est similaire aux données du recensement de 2006, lorsqu'on le compare à la population québécoise originaire de ces pays, en ce qui concerne l'âge, le niveau d'instruction, le statut d'emploi et le revenu.²²

L'âge moyen de tous les participants était de 30,7 ans et la médiane de 31,0 ans. La répartition des groupes d'âge était différente dans les deux communautés ciblées (p<0,0001), mais aussi dans chacune d'entre elles selon le sexe. Le tiers des participants était dans le groupe d'âge des 15-24 ans [30,5 % (488/1 602)].

La majorité des participants étaient hétérosexuels, soit 97,6 % des Africains subsahariens vs 95,0 % des Caribéens anglophones. Par ailleurs, chez les Caribéens anglophones par rapport aux Africains subsahariens, il y avait significativement plus de participants non en couple (60,7 % vs 51,2 %), ou en couple non cohabitant (18,1 % vs 15,2 %).

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne avaient un niveau d'instruction plus élevé que les Caribéens anglophones. En effet, 70,1 % vs 37,9 % avaient un niveau supérieur ou égal aux études secondaires ($p < 0,0001$).

Parmi les participants qui avaient déclaré leur revenu familial annuel, plus de la moitié [51,7 % (710/1374)] avaient un revenu annuel $< 15\,000$ \$. Les Caribéens anglophones avaient des revenus supérieurs à ceux des Africains subsahariens ($p = 0,001$). En outre, un peu plus du tiers des participants [41,3 % (561/1357)] ont déclaré qu'ils avaient « plus ou moins difficilement/très difficilement » pu répondre à leurs besoins en matière de logement et d'alimentation au cours des douze derniers mois.

Pour 86,3 % des Africains subsahariens vs 50,2 % des Caribéens anglophones, les dates d'immigration étaient postérieures à l'année 2000 ($p < 0,0001$), donc plus récentes. Le statut d'immigrant récent se traduit souvent par une plus grande précarité sociale et économique dont il faut tenir compte lors de l'élaboration de programmes de prévention.

3.3. Comportements sexuels

3.3.1. Vie sexuelle générale

Le tableau 15 présente le nombre de partenaires sexuels à vie, hommes et femmes avec pénétration vaginale ou anale, dans chacune des deux communautés ciblées. Dans l'ensemble, 11,1 % (167/1 498) des participants ont déclaré n'avoir jamais eu de relation sexuelle au cours de leur vie [12,9 % (133/1 031) des Africains subsahariens vs 7,3 % (34/467) des Caraïbéens anglophones].

Les Caraïbéens anglophones ont eu davantage de partenaires sexuelles à vie ($p < 0,0001$) que les Africains subsahariens, il en est de même pour les hommes comparativement aux femmes dans les deux communautés ($p < 0,0001$).

Bien que, 13,1 % (196/1 498) de l'ensemble des participants ont indiqué seulement un partenaire sexuel à vie, plus de la moitié ont dit avoir eu quatre partenaires sexuelles ou plus [53,3 % (798/1 498), soit 47,4 % (489/1 031) des Africains subsahariens vs 66,2 % (309/467) des Caraïbéens anglophones].

Tableau 15: Répartition des participants selon le nombre de partenaires sexuels à vie, hommes et femmes avec pénétration vaginale ou anale

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Aucun	133 (12,9) ***	58 (9,4) ***	75 (18,0)	34 (7,3)	12 (5,5) ***	22 (8,8)
Un	165 (16,0)	71 (11,6)	94 (22,5)	31 (6,6)	8 (3,7)	23 (9,2)
2 à 3	244 (23,7)	107 (17,4)	137 (32,9)	93 (19,9)	14 (6,5)	79 (31,6)
4 à 10	335 (32,5)	232 (37,8)	103 (24,7)	156 (33,4)	64 (29,5)	92 (36,8)
≥11	154 (14,9)	146 (23,8)	8 (1,9)	153 (32,8)	119 (54,8)	34 (13,6)
(n)	1031	614	417	467	217	250
Ne sais pas	43 (3,9)	35 (5,2)	8 (1,8)	16 (3,2)	10 (4,3)	6 (2,3)
Refus	31 (2,8)	19 (2,8)	12 (2,7)	14 (2,8)	4 (1,7)	10 (3,8)
Total	1105	668	437	497	231	266

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

L'âge moyen à la première relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale était plus élevé chez les Africains subsahariens [18,4 ans (étendue : 7 à 40 ans)] que chez les Caraïbéens anglophones [15,8 ans (étendue : 6 à 40 ans); $p<0,0001$]. Par ailleurs, dans les deux communautés les hommes étaient plus précoces que les femmes ($p<0,0001$). (Tableau 16)

Environ 70 % [69,9 % (341/488)] des jeunes femmes et des jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans avaient eu un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale, dont le tiers [30,5 % (104/325)] avant l'âge de 15 ans.

Tableau 16: Répartition des participants selon l'âge à la première relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale

(ADMISSIBLES : Les répondants ayant déjà eu une relation sexuelle à vie avec pénétration vaginale ou anale)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Âge à la 1^{ère} relation sexuelle						
Moyenne (SD)	18,4 (±3,9) ***	18,0 (±4,1) ***	19,1 (±3,6)	15,8 (±3,8)	14,4 (±3,5) ***	17,0 (±3,7)
Médiane	18	17	18	16	14	16
Étendue	7 - 40	7 - 40	9 - 35	6 - 40	6 - 40	8 - 36
(n)	918	572	346	444	208	236
Nesais pas	27 (2,8)	22 (3,6)	5 (1,4)	10 (2,2)	8 (3,7)	2 (0,8)
Refus	27 (2,8)	16 (2,6)	11 (3,0)	9 (1,9)	3 (1,4)	6 (2,5)
Total	972	610	362	463	219	244

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Plus de la moitié (57,7 %) des Africains subsahariens et un peu plus du tiers (32,2 %) des Caraïbéens anglophones n'avaient eu que des partenaires sexuels originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes. (Tableau 17)

Tableau 17: Nombre de partenaires sexuels à vie originaire d'Afrique subsaharienne, des Caraïbes ou de l'Asie du Centre/Sud

(ADMISSIBLES : Les répondants ayant déjà eu une relation sexuelle à vie avec pénétration vaginale ou anale)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Aucun	60 (6,6) ***	41 (7,2) ***	19 (5,5)	43 (9,8)	22 (10,8) ***	21 (8,9)
Certains partenaires	326(35,7)	274 (48,3)	52 (15,0)	254 (58,0)	155 (76,4)	99 (42,1)
Tous les partenaires	527 (57,7)	252 (44,4)	275 (79,5)	141 (32,2)	26 (12,8)	115 (48,9)
(n)	913	567	346	438	203	235
Manquante	59 (6,1)	43 (7,0)	16 (4,4)	25 (5,4)	16 (7,3)	9 (3,7)
Total	972	610	362	463	219	244

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

La majorité des participants actifs sexuellement [84,5 % (1 146/1 357)] ont déclaré avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales au cours de la dernière année, la différence était significative entre les hommes et les femmes chez les Africains subsahariens (86,1 % vs 80,1; $p=0,016$) et chez les Caraïbéens anglophones (91,8 % vs 80,3; $p=0,001$). Cependant, 16,2 % des Africains subsahariens et 14,3 % des Caraïbéens anglophones ont déclaré n'avoir pas eu de rapport sexuel au cours des 12 derniers mois. (Tableau 18)

Tableau 18: Relations sexuelles (vaginales ou anales) au cours de la dernière année

(ADMISSIBLES : Les répondants ayant déjà eu une relation sexuelle à vie avec pénétration vaginale ou anale)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Oui	767 (83,8)	490 (86,1) *	277 (80,1)	379 (85,7)	191 (91,8) **	188 (80,3)
Non	148 (16,2)	79 (13,9)	69 (19,9)	63 (14,3)	17 (8,2)	46 (19,7)
(n)	915	569	346	442	208	234
Manquante	57 (5,9)	41 (6,7)	16 (4,4)	21 (4,5)	11 (5,0)	10 (4,1)
Total	972	610	362	463	219	244

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Parmi les participants qui ont eu des rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale au cours de la dernière année, 55,3 % (634/1 146) n'avaient pas utilisé de condom (masculin ou féminin) lors de leur dernière relation sexuelle quel que soit le type de partenaire sexuel. Plus de femmes originaires d'Afrique subsaharienne que d'hommes étaient dans cette situation (64,6 % vs 52,9 %; $p=0,002$). (Tableau 19)

Tableau 19: Utilisation de condom (masculin ou féminin) lors de la dernière relation sexuelle quel que soit le type de partenaire sexuel

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec un partenaire au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Oui	329 (42,9)	231 (47,1) **	98 (35,4)	183 (48,3)	96 (50,3)	87 (46,3)
Non	438 (57,1)	259 (52,9)	179 (64,6)	196 (51,7)	95 (49,7)	101 (53,7)
(n)	767	490	277	379	191	188
Manquante	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	767	490	277	379	191	188

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Un peu plus du tiers [36,7 % (416/1 132)] des participants avait eu des partenaires sexuels multiples (≥ 2 partenaires) au cours de la dernière année. La différence était significative entre les deux communautés ciblées, les Caraïbéens anglophones avaient eu plus de partenaires sexuels que les Africains subsahariens ($p<0,0001$), de même qu'entre les hommes et les femmes dans chacune d'entre elles ($p<0,0001$). (Tableau 20)

Tableau 20: Nombre de partenaires sexuels avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec un partenaire au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Un	516 (68,1) ***	275 (57,2) ***	241 (87,0)	200 (53,5)	65 (34,8) ***	135 (72,2)
2 à 3	164 (21,6)	133 (27,7)	31 (11,2)	100 (26,7)	63 (33,7)	37 (19,8)
4 à 10	71 (9,4)	66 (13,7)	5 (1,8)	55 (14,7)	41 (21,9)	14 (7,5)
≥ 11	7 (0,9)	7 (1,5)	0 (0,0)	19 (5,1)	18 (9,6)	1 (0,5)
(n)	758	481	277	374	187	187
Manquante	9 (1,2)	9 (1,8)	0 (0,0)	5 (1,3)	4 (2,1)	1 (0,5)
Total	767	490	277	379	191	188

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

3.3.2. Partenaires sexuels réguliers

Au cours de la dernière année, 81,6 % (620/760) des Africains subsahariens vs 72,8 % (273/375) des Caraïbéens anglophones avaient eu un partenaire sexuel régulier avec pénétration vaginale ou anale, tandis que 13,7 % (104/760) des Africains subsahariens vs 22,7 % (85/375) des Caraïbéens anglophones en avaient eu plusieurs ($p=0,001$). Dans les deux communautés ciblées, les hommes avaient eu davantage de partenaires sexuels réguliers que les femmes ($p<0,0001$). (Tableau 21)

Tableau 21: Nombre de partenaires sexuels réguliers avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec un partenaire au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Aucun	36 (4,7) **	32 (6,6) ***	4 (1,4)	17 (4,5)	9 (4,8) ***	8 (4,3)
Un	620 (81,6)	357 (73,9)	263 (94,9)	273 (72,8)	115 (61,2)	158 (84,5)
Plusieurs	104 (13,7)	94 (19,5)	10 (3,6)	85 (22,7)	64 (34,0)	21 (11,2)
(n)	760	483	277	375	188	187
Manquante	7 (0,9)	7 (1,4)	0 (0,0)	4 (1,1)	3 (1,6)	1 (0,5)
Total	767	490	277	379	191	188

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Presque, 80 % (577/722) des Africains subsahariens et 78,5 % (281/358) des Caraïbéens anglophones ont déclaré ne pas toujours utiliser des condoms avec leurs partenaires sexuels réguliers (différence non significative). (Tableau 22)

Par rapport aux hommes, une proportion plus importante de femmes africaines subsahariennes n'utilisaient pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels réguliers, soit 86,0 % (233/271) des femmes vs 76,3 % (344/451) des hommes; $p=0,002$. Les femmes africaines subsahariennes en couple (cohabitant ou non) étaient davantage dans cette situation, soit 73,4 % (171/233) des femmes. (Données non présentées)

Tableau 22: Utilisation du condom avec des partenaires sexuels réguliers cours des 12 mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec au moins un partenaire r au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Toujours^a	145 (20,1)	107 (23,7) **	38 (14,0)	77 (21,5)	39 (21,8)	38 (21,2)
Pas toujours^b	577 (79,9)	344 (76,3)	233 (86,0)	281 (78,5)	140 (78,2)	141 (78,8)
(n)	722	451	271	358	179	179
Manquante	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	724	451	273	358	179	179

- Toujours : Le condom était utilisé « Tout le temps »

- Pas toujours : Les participants ont répondu « Jamais », « Rarement », « La plupart du temps » ou « Presque tout le temps ».

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

3.3.3. Partenaires sexuels occasionnels

Parmi ceux qui avaient eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale au cours de la dernière année, plus du tiers avaient eu au moins un partenaire sexuel occasionnel, soit 32,5 % (247/759) des Africains subsahariens vs 46,0 % (177/374) des Caraïbéens anglophones. Par ailleurs, un nombre plus élevé de partenaires sexuels occasionnels était observé chez les hommes en général et davantage chez les hommes caraïbéens anglophones par rapport aux femmes ($p<0,0001$). (Tableau 23)

Tableau 23: Nombre de partenaires sexuels occasionnels avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec un partenaire au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Aucun	512 (67,5) ***	278 (57,7) ***	234 (84,5)	202 (54,0)	69 (36,9) ***	133 (71,1)
Un	125 (16,5)	91 (18,9)	34 (12,3)	71 (19,0)	41 (21,9)	30 (16,0)
Plusieurs	122 (16,1)	113 (23,4)	9 (3,2)	101 (27,0)	77 (41,2)	24 (12,8)
(n)	759	482	277	374	187	187
Manquante	5 (0,7)	5 (1,0)	0 (0,0)	5 (1,3)	4 (2,1)	1 (0,5)
Total	764	487	277	379	191	188

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Un peu plus de la moitié des Caraïbéens anglophones [51,4 % (90/175)] vs le tiers [37,8 % (95/251)] des Africains subsahariens n'utilisait pas toujours le condom au cours des 12 mois précédents, lors de rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale, avec leurs partenaires sexuels occasionnels ($p=0,005$). Chez les Africains subsahariens, cette situation concernait significativement plus les femmes que les hommes (51,2 % vs 35,1 %; $p=0,048$). (Tableau 24)

Tableau 24: Utilisation du condom avec des partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Toujours	156 (62,2) **	135 (64,9) *	21 (48,8)	85 (48,6)	63 (52,1)	22 (40,7)
Pas toujours	95 (37,8)	73 (35,1)	22 (51,2)	90 (51,4)	58 (47,9)	32 (59,3)
(n)	251	208	43	175	121	54
Manquante	1 (0,4)	1 (0,5)	0 (0,0)	2 (1,1)	1 (0,8)	1 (1,8)
Total	252	209	43	177	122	55

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Parmi les participants qui avaient eu des partenaires sexuels occasionnels au cours de la dernière année, 40,0 % (14/35) des femmes vs 19,1 % (40/209) des hommes africains subsahariens ($p=0,006$), de même que 45,3 % (24/53) des femmes vs 23,1 % (28/121) des hommes caraïbéens anglophones ($p=0,003$) n'avaient pas utilisé de condom lors du dernier rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale avec un partenaire occasionnel. (Tableau 25)

Tableau 25: Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle avec un partenaire sexuel occasionnel

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec au moins un partenaire occasionnel au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Oui	190 (77,9)	169 (80,9) **	21 (60,0)	122 (70,1)	93 (76,9) **	29 (54,7)
Non	54 (22,1)	40 (19,1)	14 (40,0)	52 (29,9)	28 (23,1)	24 (45,3)
(n)	244	209	35	174	121	53
Manquante	8 (3,2)	0 (0,0)	8 (18,6)	3 (1,7)	1 (0,8)	2 (3,6)
Total	252	209	43	177	122	55

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

3.3.4. Statut sérologique du VIH du dernier partenaire sexuel

Au total, 1,4 % (13/938) des participants avaient déclaré que le statut sérologique du VIH de leur dernier partenaire sexuel régulier ou occasionnel était séropositif pour le VIH. (Tableau 26)

Tableau 26: Statut sérologique du VIH du dernier partenaire sexuel régulier ou occasionnel

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec un partenaire régulier ou occasionnel au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Séronégatif	622 (98,3)	387 (97,7)	235 (99,2)	303 (99,3)	149 (99,3)	154 (99,4)
Séropositif	11 (1,7)	9 (2,3)	2 (0,8)	2 (0,7)	1 (0,7)	1 (0,6)
(n)	633	396	237	305	150	155
Ne sais pas	127 (16,6)	89 (18,3)	38 (13,7)	73 (19,3)	40 (20,9)	33 (17,6)
Manquante	4 (0,5)	2 (0,4)	2 (0,7)	1 (0,3)	1 (0,5)	0 (0,0)
Total	764	487	277	379	191	188

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

3.3.5. Relations sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services

Au total, 4,5 % (52/1 145) des participants ont dit avoir donné de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale au cours de la dernière année. Dans les deux communautés ciblées, les hommes avaient davantage donné de l'argent en échange de relations sexuelles que les femmes, chez les Africains subsahariens 6,3 % des hommes vs 0,4 % des femmes (p<0,0001) et chez les Caribéens anglophones 8,4 % des hommes vs 2,1 % des femmes (p=0,007). (Tableau 27)

Par ailleurs, 2,0 % (23/1 142) des participants ont déclaré avoir reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale au cours de la dernière année. Une proportion plus importante de Caribéens anglophones avaient été dans cette situation par rapport aux Africains subsahariens, soit 4,2 % vs 0,9 %; p<0,0001. Les hommes caribéens étaient davantage concernés que les femmes (6,8 % vs 1,6 %; p=0,012). (Tableau 27)

Tableau 27: Relations sexuelles en échange de biens ou services au cours des 12 mois précédents

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Don d'argent, de drogues ou d'autres biens en échange de relations sexuelles	32 (4,2)	31 (6,3) ***	1 (0,4)	20 (5,3)	16 (8,4) **	4 (2,1)
(n)	766	489	277	379	191	188
Manquante	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	767	490	277	379	191	188
Réception d'argent, de drogues ou d'autres biens en échange de relations sexuelles	7 (0,9) ***	6 (1,2)	1 (0,4)	16 (4,2)	13 (6,8) *	3 (1,6)
(n)	763	487	276	379	191	188
Manquante	4 (0,5)	3 (0,6)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	767	490	277	379	191	188

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

3.3.6. Usage d'alcool ou de drogues à des fins récréatives

Le tiers des participants avait utilisé de l'alcool pendant une relation sexuelle au cours des 12 derniers mois [30,3 % (345/1 140), soit 19,7 % (150/762) des Africains subsahariens vs 51,6 % (195/378) des Caraïbéens anglophones; p<0,0001]. (Tableau 28)

Des proportions plus importantes de Caraïbéens anglophones que d'Africains subsahariens et significativement plus d'hommes que de femmes dans les deux communautés, avaient utilisé de l'alcool, de la marijuana ou d'autres drogues pendant un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 derniers mois. (Tableau 28)

Tableau 28: Utilisation d'alcool ou de drogue, pendant un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 derniers mois

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec au moins un partenaire au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Alcool	150 (19,7) ***	123 (25,2) ***	27 (9,9)	195 (51,6)	120 (62,8) ***	75 (40,1)
(n)	762	488	274	378	191	187
Manquante	5 (0,7)	2 (0,4)	3 (1,1)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,5)
Total	767	490	277	379	191	188
Marijuana / Haschich	60 (7,9) ***	53 (10,9) ***	7 (2,6)	158 (41,8)	104 (54,5) ***	54 (28,9)
(n)	762	488	274	378	191	187
Manquante	5 (0,7)	2 (0,4)	3 (1,1)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,5)
Total	767	490	277	379	191	188

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Cocaïne/crack/free base	1 (0,1) ***	1 (0,2) ***	0 (0,0)	10 (2,7)	6 (3,2) **	4 (2,1)
(n)	762	488	274	377	190	187
Manquante	5 (0,7)	2 (0,4)	3 (1,1)	2 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)
Total	767	490	277	379	191	188
Autres drogues à usage récréatif^a	3 (0,4) ***	2 (0,4)	1 (0,4)	30 (8,0)	16 (8,4)	14 (7,5)
(n)	762	488	274	377	190	187
Manquante	5 (0,7)	2 (0,4)	3 (1,1)	2 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)
Total	767	490	277	379	191	188

^a Popper; Viagra; Ecstasy; Crystal meth; GHB; Drogues psychédéliques et autres amphétamines.

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Parmi les participants recrutés, quatre avaient un antécédent d'utilisation de drogue par injection (dont 3 Africains subsahariens et un Caraïben anglophone), seulement l'un d'entre eux en avait fait usage dans les six derniers mois (soit un Africain subsaharien). (Tableau 29)

Tableau 29: Antécédents d'injection de drogues

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Injection d'une drogue quelconque						
Jamais	1098 (99,7)	662 (99,7)	436 (99,8)	494 (99,8)	229 (99,6)	265 (100,0)
Oui						
il y a plus de 6 mois	2 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,0)
dans les 6 derniers mois	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
(n)	1101	664	437	495	230	265
Manquante	4 (0,4)	4 (0,6)	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)
Total	1105	668	437	497	231	266

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

3.3.7. Autres pratiques sexuelles

Très peu de femmes sexuellement actives au cours de la dernière année ont eu recours à un assèchement vaginal, soit 2,6 % (12/461). (Tableau 30)

Tableau 30: Assèchement vaginal chez les femmes lors des relations sexuelles, au cours des 12 derniers mois

(ADMISSIBLES : Répondantes qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec au moins un partenaire au cours des 12 mois précédents)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)	Caraïbes anglophones n=497 n (%)
	Total	Total
Oui	5 (1,8)	7 (3,8)
Non	270 (98,2)	179 (96,2)
(n)	275	186
Manquante	2 (0,7)	2 (1,1)
Total	277	188

Dans l'ensemble, 6,3 % (44/702) des femmes africaines et caribéennes étaient excisées. La pratique de l'excision était plus répandue chez les Africaines subsahariennes que chez les Caribéennes anglophones recrutées, soit 9,2 % vs 1,5 %, $p<0,0001$. (Tableau 31)

Tableau 31: Pratique de l'excision chez les femmes

(ADMISSIBLES : toutes les femmes)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)	Caraïbes anglophones n=497 n (%)
	Total	Total
Oui	40 (9,2) ***	4 (1,5)
Non	397 (90,8)	261 (98,5)
(n)	437	265
Manquante	0 (0,0)	1 (0,4)
Total	437	266

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

La grande majorité des hommes africains subsahariens était circoncis, soit 90,6 % vs 35,4 % des Caribéens anglophones ($p<0,0001$). (Tableau 32)

Tableau 32: Pratique de la circoncision chez les hommes

(ADMISSIBLES : tous les hommes)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)	Caraïbes anglophones n=497 n (%)
	Total	Total
Oui	599 (90,6) ***	81 (35,4)
Non	62 (9,4)	148 (64,6)
(n)	661	229
Manquante	7 (1,0)	2 (0,9)
Total	668	231

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

3.4. Historique de voyage

3.4.1. Voyage dans les pays à forte endémicité pour le VIH, au cours des cinq dernières années

Au cours des cinq dernières années, 36,5 % (583/1 597) des participants avaient effectué un voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH, soit 38,3 % des Africains subsahariens vs 32,5 % des Caraïbéens anglophones ($p=0,024$). (Tableau 33)

Tableau 33: Voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH au cours des cinq dernières années

(ADMISSIBLES : Tous les répondants)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Oui	422 (38,3) *	256 (38,6)	166 (38,0)	161 (32,5)	69 (29,9)	92 (34,7)
Non	679 (61,7)	408 (61,4)	271 (62,0)	335 (67,5)	162 (70,1)	173 (65,3)
(n)	1101	664	437	496	231	265
Manquante	4 (3,2)	4 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Total	1105	668	437	497	231	266

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Parmi les participants qui avaient effectué un voyage au cours des cinq dernières années dans un pays à forte endémicité pour le VIH, 33,7 % (136/404) des Africains subsahariens vs 27,2 % (43/158) des Caraïbéens anglophones y avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire habitant dans l'un de ces pays. C'était davantage le cas pour les hommes que pour les femmes chez les Africains subsahariens ($p<0,0001$) et chez les Caraïbéens anglophones ($p=0,026$). (Tableau 34)

Tableau 34: Relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale au cours d'un voyage avec un partenaire vivant dans un pays à forte endémicité pour le VIH

(ADMISSIBLES : Tous les répondants ayant effectué un voyage au cours des cinq dernières années)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Oui	136 (33,7)	104 (42,8) ***	32 (19,9)	43 (27,2)	26 (38,2) *	17 (18,9)
Non	233 (57,7)	129 (53,1)	104 (64,6)	104 (65,8)	38 (55,9)	66 (73,3)
Jamais eu de relation sexuelle	35 (8,7)	10 (4,1)	25 (15,5)	11 (7,0)	4 (5,9)	7 (7,8)
(n)	404	243	161	158	68	90
Manquante	18 (4,3)	13 (5,1)	5 (3,0)	3 (1,9)	1 (1,4)	2 (2,2)
Total	422	256	166	161	69	92

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Parmi les participants qui avaient eu des rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale, lors d'un voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH avec un partenaire sexuel y habitant, un peu plus de la moitié [56,4 % (101/179)] n'avait pas toujours utilisé un condom durant les rapports sexuels. (Tableau 35)
 Dans les deux communautés, les femmes se retrouvaient davantage dans cette situation :

- pour les femmes africaines subsahariennes : 84,4 % (27/32) vs 52,9 % (55/104) des hommes ($p=0,001$);
- pour les femmes caribéennes anglophones : 64,7 % (11/17) vs 30,8 % (8/26) des hommes ($p=0,028$).

Tableau 35: Utilisation du condom au cours d'un rapport sexuel lors d'un voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec au moins un partenaire au cours d'un voyage dans un pays endémique)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Toujours	54 (39,7)	49 (47,1) **	5 (15,6)	24 (55,8)	18 (69,2) *	6 (35,3)
Pas toujours	82 (60,3)	55 (52,9)	27 (84,4)	19 (44,2)	8 (30,8)	11 (64,7)
(n)	136	104	32	43	26	17
Manquante	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	136	104	32	43	26	17

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

3.5. Antécédents de dépistages du VIH et d'autres ITSS

3.5.1. Antécédents de dépistage du VIH

Une plus grande proportion d'Africains subsahariens avait déjà passé un test de dépistage du VIH par rapport aux Caraïbéens anglophones, soit 80,4 % (866/1077) vs 61,3 % (302/493); $p < 0,0001$. Cependant, chez les Caraïbéens cette situation concerne significativement plus les femmes que les hommes (68,9 % vs 52,4 %; $p < 0,0001$). (Tableau 36)

Par ailleurs, un peu plus de la moitié de tous ceux qui avaient déjà passé un test de dépistage du VIH l'avaient subi au cours des deux années précédentes [67,8 % des Africains subsahariens et 68,8 % des Caraïbéens anglophones].

Tableau 36 : Antécédents de dépistage du VIH

(ADMISSIBLES : Tous les répondants)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Ont déjà été testés pour le VIH						
Oui	866 (80,4) ***	513 (78,7)	353 (83,1)	302 (61,3)	120 (52,4) ***	182 (68,9)
Non	211 (19,6)	139 (21,3)	72 (16,9)	191 (38,7)	109 (47,6)	82 (31,1)
(n)	1077	652	425	493	229	264
Manquante	28 (2,5)	16 (2,4)	12 (2,7)	4 (0,8)	2 (0,9)	2 (0,8)
Total	1105	668	437	497	231	266
Ont été testés pour le VIH au cours des 2 dernières années						
(ADMISSIBLES : répondants qui ont été testés)						
Oui	579 (67,8)	353 (66,3)	244 (69,9)	205 (68,8)	81 (68,6)	124 (68,9)
Non	275 (32,2)	170 (33,7)	105 (30,1)	93 (31,2)	37 (31,4)	56 (31,1)
(n)	854	505	349	298	118	180
Manquante	12 (1,4)	8 (1,6)	4 (1,1)	4 (1,3)	2 (1,7)	2 (1,1)
Total	866	513	353	302	120	182

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Au moment de l'enquête, 91,4 % (202/221) des femmes africaines subsahariennes recrutées avaient été dépistées pour le VIH lors de leur dernière grossesse par rapport à 83,5 % (111/133) des Caraïbéennes anglophones ($p=0,024$). Dans l'ensemble, 70,9 % (222/313) de toutes les femmes dépistées lors de leur dernière grossesse l'avaient été au Canada. (Tableau 37)

Tableau 37: Antécédents de dépistage du VIH au cours de la dernière grossesse

(ADMISSIBLES : Femmes)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)	Caraïbes anglophones n=497 n (%)
	Total	Total
Dépistage du VIH lors de la dernière grossesse		
Oui	202 (91,4) *	111 (83,5)
Non	19 (8,6)	22 (16,5)
(n)	221	133
Jamais été enceinte	98 (22,4)	45 (16,9)
Aucun rapport sexuel	75 (17,2)	22 (8,3)
Manquante	43 (9,8)	66 (24,8)
Total	437	266

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tableau 38: Raisons pour ne jamais avoir passé un test de dépistage du VIH au cours des deux dernières années

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont dit ne jamais avoir passé de test de dépistage du VIH)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Total	Homme	Total	Femme
Vous n'y avez jamais pensé	111 (40,4)	66 (38,8)	45 (42,9)	31 (33,3)	10 (27,0)	21 (37,5)
Vous êtes en bonne santé, vous pensez donc ne pas avoir besoin de faire le test	96 (34,9)	69 (40,6)	27 (25,7)	15 (16,1)	9 (24,3)	6 (10,7)
Vous pensez que vos risques d'infection par le VIH sont faibles	72 (26,2)	42 (24,7)	30 (28,6)	26 (28,0)	11 (29,7)	15 (26,8)
Vous pensez connaître votre état sérologique	54 (19,6)	33 (19,4)	21 (20,0)	19 (20,4)	12 (32,4)	7 (12,5)
Vous pensez ne pas pouvoir attraper le VIH	34 (12,4)	23 (13,5)	11 (10,5)	3 (3,2)	1 (2,7)	2 (3,2)
Vous avez peur de faire le test	18 (6,5)	11 (6,5)	7 (6,7)	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (1,8)
Vous pensez que le fait d'être séropositif affecterait votre vie personnelle ou professionnelle	6 (2,2)	4 (2,4)	2 (1,9)	2 (2,2)	0 (0,0)	2 (3,6)
Vous avez fait l'objet d'un test dans le cadre de votre examen médical d'immigration au Canada	13 (4,7)	7 (4,1)	6 (5,7)	13 (14,0)	3 (8,1)	10 (17,9)
Si le test indique que vous êtes séropositif, vous pensez que rien ne peut être fait	3 (1,1)	2 (1,2)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Vous avez eu de difficultés à vous faire tester	2 (0,7)	2 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Vous pensez que le test n'est pas fiable	4 (1,5)	3 (1,8)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
(n)	275	170	105	93	37	56

3.5.2. Statut autodéclaré à l'égard du VIH et suivi

Les participants, qui avaient déjà passé un test de dépistage du VIH et qui connaissaient leur résultat, ont majoritairement indiqué que le résultat de leur plus récent test de dépistage du VIH était négatif [97,9 % (1 132/1 156)]. (Tableau 39)

Cependant, **sept Africains subsahariens** (deux hommes et cinq femmes) **ont déclaré que le résultat de leur plus récent test était positif pour le VIH**. Aucun cas de VIH autodéclaré chez les Caraïbéens anglophones.

Tableau 39: Statut autodéclaré à l'égard du VIH

ADMISSIBLES : Répondants qui ont déjà passé un test de dépistage du VIH)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Séropositifs	7 (0,8)	2 (0,4)	5 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Séronégatifs	838 (97,9)	496 (98,0)	342 (97,7)	294 (98,0)	117 (98,3)	177 (97,8)
Statut inconnu ^a	11 (1,3)	8 (1,6)	3 (0,9)	6 (2,0)	2 (1,7)	4 (2,2)
(n)	856	506	350	300	119	181
Manquante	10 (1,2)	7 (1,4)	3 (0,8)	2 (0,7)	1 (0,8)	1 (0,5)
Total	866	513	353	302	120	182

^a Inclut les répondants qui ont indiqué ne pas connaître le résultat de leur dernier test ainsi que les répondants qui n'ont pas reçu le résultat de leur plus récent test.

Parmi les sept Africains subsahariens autodéclarés séropositifs pour le VIH, six d'entre eux connaissaient leur statut depuis plus de quatre ans et les circonstances de la contamination sont précisées pour 4 personnes sur sept. Par ailleurs, pour six personnes sur sept la contamination a eu lieu à l'extérieur du Canada. (Tableau 40)

Tableau 40: Ancienneté du statut séropositif autodéclaré à l'égard du VIH, circonstance et lieu de la contamination

(ADMISSIBLES : Répondants autodéclarés séropositifs pour le VIH)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)		
	Total	Homme	Femme
Ancienneté du statut autodéclaré à l'égard du VIH			
< 1 an	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
≥1 an - mais <4 ans	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (20,0)
≥ 4 ans	6 (85,7)	2 (100,0)	4 (80,0)
(n)	7	2	5
Circonstance de la contamination			
Relation sexuelle avec un homme séropositif	2 (28,6)	0 (0,0)	2 (40,0)
Relation sexuelle avec une femme séropositive	2 (28,6)	2 (100,0)	0 (0,0)
Non précisé	3 (42,9)	0 (0,0)	3 (60,0)
(n)	7	2	5
Lieu de la contamination			
Au Canada	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (20,0)
Dans un autre pays	6 (85,7)	2 (100,0)	4 (80,0)
(n)	7	2	5

Parmi les sept Africains subsahariens autodéclarés séropositifs pour le VIH, seule une participante avait arrêté son traitement pour des raisons médicales. Tandis que, les six autres étaient sous traitement antirétroviral. (Tableau 40) Par ailleurs, deux femmes sur cinq ont eu recours à des traitements alternatifs ou traditionnels pour l'infection par le VIH. (Tableau 41)

Par ailleurs, deux participants [28,6 % (2/7); dont une femme et un homme] autodéclarés séropositifs pour le VIH avaient des partenaires sexuels réguliers sérodiscordants ou séroconcordants pour le VIH avec lesquels ils n'utilisaient pas toujours le condom. (Résultats non illustrés)

Tableau 41: Suivi et traitement contre le VIH

(ADMISSIBLES : Répondants autodéclarés séropositifs pour le VIH)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)		
	Total	Homme	Femme
Délai entre la confirmation du diagnostic et la consultation médicale			
Dans les 3 mois suivant le diagnostic	3 (42,9)	0 (0,0)	3 (60,0)
Entre 4 et 6 mois après le diagnostic	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (20,0)
Entre 7 et 12 mois après le diagnostic	1 (14,3)	1 (50,0)	0 (0,0)
Plus d'un an après le diagnostic	2 (28,6)	1 (50,0)	1 (20,0)
(n)	7	2	5
Suivi actuellement pour le VIH			
Oui	7 (100,0)	2 (100,0)	5 (100,0)
Non	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
(n)	7	2	5
Déjà pris des médicaments contre le VIH			
Oui	6 (85,7)	2 (100,0)	4 (80,0)
Non	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (20,0)
(n)	7	2	5
Prise actuelle de médicaments contre le VIH			
Oui	6 (85,7)	2 (100,0)	4 (80,0)
Non	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (20,0)
(n)	7	2	5
Lieu du début du traitement			
Au Canada	5 (71,4)	1 (50,0)	4 (80,0)
Dans un autre pays	1 (14,3)	1 (50,0)	0 (0,0)
(n)	6	2	4
Manquante	1	0	1 (14,3)
Total	7	2	5

3.5.3. Antécédents déclarés d'autres ITSS et de tuberculose

Le tableau 38 présente dans le détail les antécédents d'ITSS. Les proportions des participants qui ont indiqué avoir souffert de diverses ITSS variaient selon les infections. Pour l'ensemble des participants, 11,9 % (59/497) des Caraïbéens anglophones vs 3,4 % (38/1105) des Africains subsahariens avaient déclaré un antécédent de chlamydia, de gonorrhée ou de syphilis ($p < 0,0001$), c'était le cas chez 5,3 % (26/488) des 15-24 ans. (Tableau 42)

Tableau 42: Antécédents déclarés d'ITSS diagnostiquées et de tuberculose

(ADMISSIBLES : Tous les répondants)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Hépatite C						
Non	1078 (98,7)	649 (98,8)	429 (98,6)	485 (98,8)	223 (98,2)	262 (99,2)
Oui, au cours des six derniers mois	7 (0,6)	2 (0,3)	5 (1,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Oui, il y'a plus de 6 mois	7 (0,6)	6 (0,9)	1 (0,2)	5 (1,0)	4 (1,8)	1 (0,4)
(n)	1092	657	435	491	227	264
Manquante	13 (1,2)	11 (1,6)	2 (0,5)	6 (1,2)	4 (1,7)	2 (0,8)
Total	1105	668	437	497	231	266
Hépatite B						
Non	1067 (97,4)	642 (97,3)	425 (97,7)	486 (99,0)	224 (98,7)	262 (99,2)
Oui, au cours des six derniers mois	7 (0,6)	3 (0,5)	4 (0,9)	2 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,8)
Oui, il y'a plus de 6 mois	21 (1,9)	15 (2,3)	6 (1,4)	3 (0,6)	3 (1,3)	0 (0,0)
(n)	1095	660	435	491	227	264
Manquante	10 (0,9)	8 (1,2)	2 (0,5)	6 (1,2)	4 (1,7)	2 (0,8)
Total	1105	668	437	497	231	266
Syphilis						
Non	1084 (98,8)	652 (98,6)	432 (99,1)	486 (98,8)	225 (98,7)	261 (98,9)
Oui, au cours des six derniers mois	5 (0,5)	3 (0,5)	2 (0,5)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Oui, il y'a plus de 6 mois	8 (0,7)	6 (0,9)	2 (0,5)	5 (1,0)	3 (1,3)	2 (0,8)
(n)	1097	661	436	492	228	264
Manquante	8 (0,7)	7 (1,0)	1 (0,2)	5 (1,0)	3 (1,3)	2 (0,8)
Total	1105	668	437	497	231	266
Gonorrhée						
Non	1077 (98,3)	648 (98,2)	429 (98,4)	467 (95,1)	215 (94,3)	252 (95,8)
Oui, au cours des six derniers mois	4 (0,4)	2 (0,3)	2 (0,5)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Oui, il y'a plus de 6 mois	15 (1,4)	10 (1,5)	5 (1,1)	23 (4,7)	13 (5,7)	10 (3,8)
(n)	1096	660	436	491	228	263
Manquante	9 (0,8)	8 (1,2)	1 (0,2)	6 (1,2)	3 (1,3)	3 (1,1)
Total	1105	668	437	497	231	266

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Verrues génitales ou anales						
Non	1088 (99,2) *	657 (99,4)	431 (98,9)	484 (98,4)	222 (97,4)	262 (99,2)
Oui, au cours des six derniers mois	5 (0,5)	1 (0,2)	4 (0,9)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Oui, il y'a plus de 6 mois	4 (0,4)	3 (0,5)	1 (0,2)	7 (1,4)	6 (2,6)	1 (0,4)
(n)	1097	661	436	492	228	264
Manquante	8 (0,7)	7 (1,0)	1 (0,2)	5 (1,0)	3 (1,3)	2 (0,8)
Total	1105	668	437	497	231	266
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>						
Non	1065 (97,2) ***	645 (97,7)	420 (96,3)	444 (90,4)	214 (93,9)	230 (87,5)
Oui, au cours des six derniers mois	8 (0,7)	4 (0,6)	4 (0,9)	4 (0,8)	1 (0,4)	3 (1,1)
Oui, il y'a plus de 6 mois	23 (2,1)	11 (1,7)	12 (2,8)	43 (8,8)	13 (5,7)	30 (11,4)
(n)	1096	660	436	491	228	263
Manquante	9 (0,8)	8 (1,2)	1 (0,2)	6 (1,2)	3 (1,3)	3 (1,1)
Total	1105	668	437	497	231	266
Herpès génital						
Non	1084 (98,9)	654 (99,1)	430 (98,6)	483 (98,4)	223 (98,2)	260 (98,5)
Oui, au cours des six derniers mois	4 (0,4)	2 (0,3)	2 (0,5)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Oui, il y'a plus de 6 mois	8 (0,7)	4 (0,6)	4 (0,9)	7 (1,4)	4 (1,8)	3 (1,1)
(n)	1096	660	436	491	227	264
Manquante	9 (0,8)	8 (1,2)	1 (0,2)	6 (1,2)	4 (1,7)	2 (1,2)
Total	1105	668	437	497	231	266
Virus du Papillome humain						
Non	1088 (99,3)	657 (99,4)	431 (99,1)	485 (98,6)	225 (98,7)	260 (98,5)
Oui, au cours des six derniers mois	3 (0,3)	1 (0,2)	2 (0,5)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Oui, il y'a plus de 6 mois	5 (0,5)	3 (0,5)	2 (0,5)	6 (1,2)	3 (1,3)	3 (1,1)
(n)	1096	661	435	492	228	264
Manquante	9 (0,8)	7 (1,0)	2 (0,5)	5 (1,0)	3 (1,3)	2 (0,8)
Total	1105	668	437	497	231	266
Lymphogranulome vénérien (LGV)						
Non	1090 (99,5)	656 (99,4)	434 (99,5)	487 (99,0)	225 (98,7)	262 (99,2)
Oui, au cours des six derniers mois	2 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)
Oui, il y'a plus de 6 mois	4 (0,4)	3 (0,5)	1 (0,2)	4 (0,8)	3 (1,3)	1 (0,4)
(n)	1096	660	436	492	228	264
Manquante	9 (0,8)	8 (1,2)	1 (0,2)	5 (1,0)	3 (1,3)	2 (0,8)
Total	1105	668	437	497	231	266
Tuberculose						
Non	1069 (97,6)	644 (97,6)	425 (97,7)	483 (98,4)	222 (98,2)	261 (98,5)
Oui, au cours des six derniers mois	6 (0,5)	3 (0,5)	3 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Oui, il y'a plus de 6 mois	20 (1,8)	13 (2,0)	7 (1,6)	8 (1,6)	4 (1,8)	4 (1,5)
(n)	1095	660	435	491	226	265
Manquante	10 (0,9)	8 (1,2)	2 (0,5)	6 (1,2)	5 (2,2)	1 (0,4)
Total	1105	668	437	497	231	266

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

3.6. Prévalence du VIH dans l'enquête SSG-AFCAR

Parmi, les 1 602 participants recrutés, 96,5 % (1 546/1 602) ont fourni un échantillon de GSS pour les analyses biologiques et un seul échantillon s'est avéré insuffisant pour la réalisation du test de dépistage du VIH. (Tableau 43)

La prévalence générale du VIH chez les participants de l'enquête SSG-AFCAR qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour les tests de laboratoire était de **1,4 % [IC à 95 % : 0,9-2,1 %]**, pour un total de **22 échantillons positifs pour le VIH**.

Pour l'ensemble des participants recrutés dans la **communauté africaine subsaharienne**, la prévalence du VIH était de **1,7 % [IC à 95 % : 1,1-2,6 %]**, pour un total de **18 tests séropositifs pour le VIH**. Les prévalences du VIH selon le sexe étaient :

- Chez les hommes : **1,2 % [IC à 95 % : 0,6-2,4 %]**, pour un total de **8 tests séropositifs pour le VIH**.
- Chez les femmes : **2,4 % [IC à 95 % : 1,2-4,2 %]**, pour un total de **10 tests séropositifs pour le VIH**.
- Par ailleurs, un peu plus du tiers des participants séropositifs pour le VIH **[38,9 % (7/18)]** connaissait leur statut sérologique. (Tableau 43)

Pour l'ensemble des participants recrutés dans la **communauté caribéenne anglophone**, la prévalence était de **0,8 % [IC à 95 % : 0,3-2,1 %]**, pour un total de **4 tests séropositifs pour le VIH**. Les prévalences du VIH selon le sexe étaient :

- Chez les hommes : **0,9 % [IC à 95 % : 0,2-3,2 %]**, pour un total de **2 tests séropositifs pour le VIH**.
- Chez les femmes : **0,8 % [IC à 95 % : 0,2-2,8 %]**, pour un total de **2 tests séropositifs pour le VIH**.
- Aucun cas de sérologie VIH positif autodéclaré. (Tableau 43)

Tableau 43: Séroprévalence du VIH et séropositivité connue

(ADMISSE EN CE QUI CONCERNE LA SÉROPRÉVALENCE : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour un test de laboratoire.
(ADMISSE EN CE QUI CONCERNE LA CONNAISSANCE DU STATUT : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour un test de laboratoire et ont indiqué leur statut sérologique)

	Total SSG-AFCAR	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
		Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Séroprévalence du VIH ^a							
Séropositivité	22 (1,4)	18 (1,7)	8 (1,2)	10 (2,4)	4 (0,8)	2 (0,9)	2 (0,8)
IC à 95 %	[0,9-2,1]	[1,1-2,6]	[0,6-2,4]	[1,2-4,2]	[0,3-2,1]	[0,2-3,2]	[0,2-2,8]
Séronégativité	1523 (98,6)	1055 (98,3)	642 (98,8)	413 (97,6)	468 (99,2)	215 (99,1)	253 (99,2)
(n)	1545	1073	650	423	472	217	255
Pas de GSS	56 (3,5)	31 (2,8)	18 (2,7)	13 (3,0)	25 (5,0)	14 (6,1)	11 (4,1)
Quantité insuffisante	1 (0,1)	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	1602	1105	668	437	497	231	266
Connaissance de leur séropositivité ^b							
Connaissaient	7 (31,8)	7 (38,9)	2 (25,0)	5 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ignoraient	15 (68,2)	11 (61,1)	6 (75,0)	5 (50,0)	4 (100,0)	2 (100,0)	2 (100,0)
(n)	22	18	8	10	4	2	2

^a Un résultat positif indique une infection actuelle par le VIH (d'après les résultats de l'analyse des GSS)

^b Les répondants qui ont obtenu un résultat de laboratoire positif d'après l'analyse des GSS (échantillon biologique) et qui ont indiqué que leur plus récent test était positif ont été classés dans la catégorie « Connaissaient leur séropositivité ». Les répondants qui n'avaient jamais subi de test ou qui n'avaient pas reçu le résultat de leur plus récent test de même que les répondants qui ne connaissaient pas le résultat de leur dernier test ou ont indiqué que leur dernier test était négatif, mais avaient obtenu un résultat positif à l'analyse des GSS (échantillon biologique) ont été classés dans la catégorie « Ignoraient leur séropositivité »

Pour l'Afrique subsaharienne, la répartition des proportions de tests VIH positifs (n=18) (Figure 10) et de la prévalence du VIH en fonction de la région géographique de naissance était la suivante :

- **Afrique centrale** (n=427): **44,4 % (8/18)** des tests VIH positifs; Prévalence du VIH : **1,9 % [IC à 95 % : 0,8-3,6 %]**.
- **Afrique occidentale** (n=398): **22,2 % (4/18)** des tests VIH positifs; Prévalence du VIH : **1,0 % [IC à 95 % : 0,4-2,6 %]**.
- **Afrique orientale** (n=222): **22,2 % (4/18)** des tests VIH positifs; Prévalence du VIH : **1,9 % [IC à 95 % : 0,7-4,6 %]**.
- **Afrique australe** (n=26): **11,1 % (2/18)** des tests VIH positifs; Prévalence du VIH : **7,7 % [IC à 95 % : 2,1-24,1 %]**.

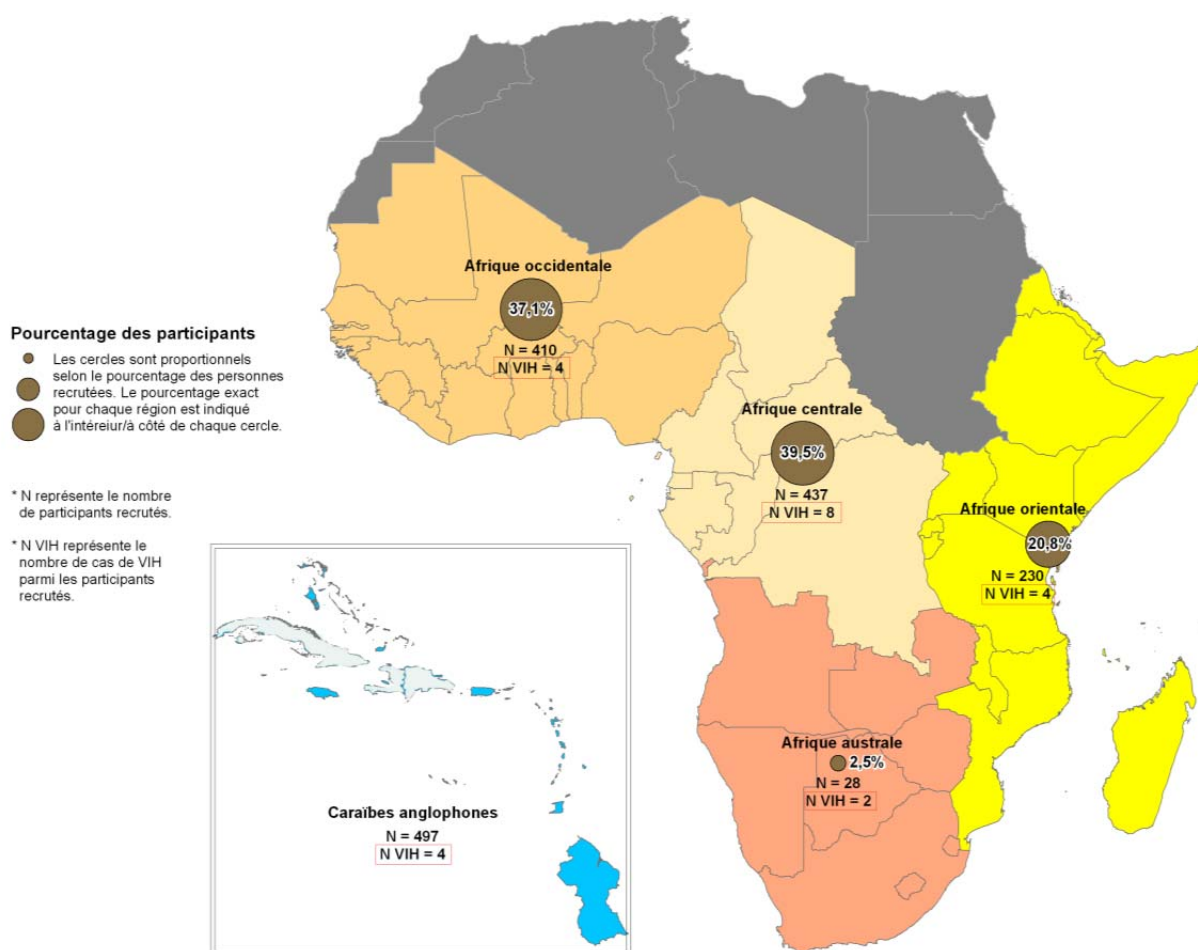


Figure 10 : Répartition du nombre de cas de VIH positif selon la région géographique de naissance

La majorité des tests VIH positifs étaient dépistés chez les 40-49 ans [34,9 % (12/22)], suivis des 30-39 ans [31,8 % (7/22)]. La totalité des femmes séropositives pour le VIH se retrouvait dans ces deux groupes d'âge. L'âge était significativement associé au VIH [OR=1,10; IC à 95 % : 1,05-1,16; $p<0,0001$]. Comparativement, au groupe d'âge de référence des 15-29 ans celui des 40-49 était plus à risque pour le VIH. (Figure 11)

Par ailleurs, dans les deux communautés ciblées, 58,3 % (7/12) des tests VIH positifs étaient survenus chez les femmes qui n'étaient pas en couple.

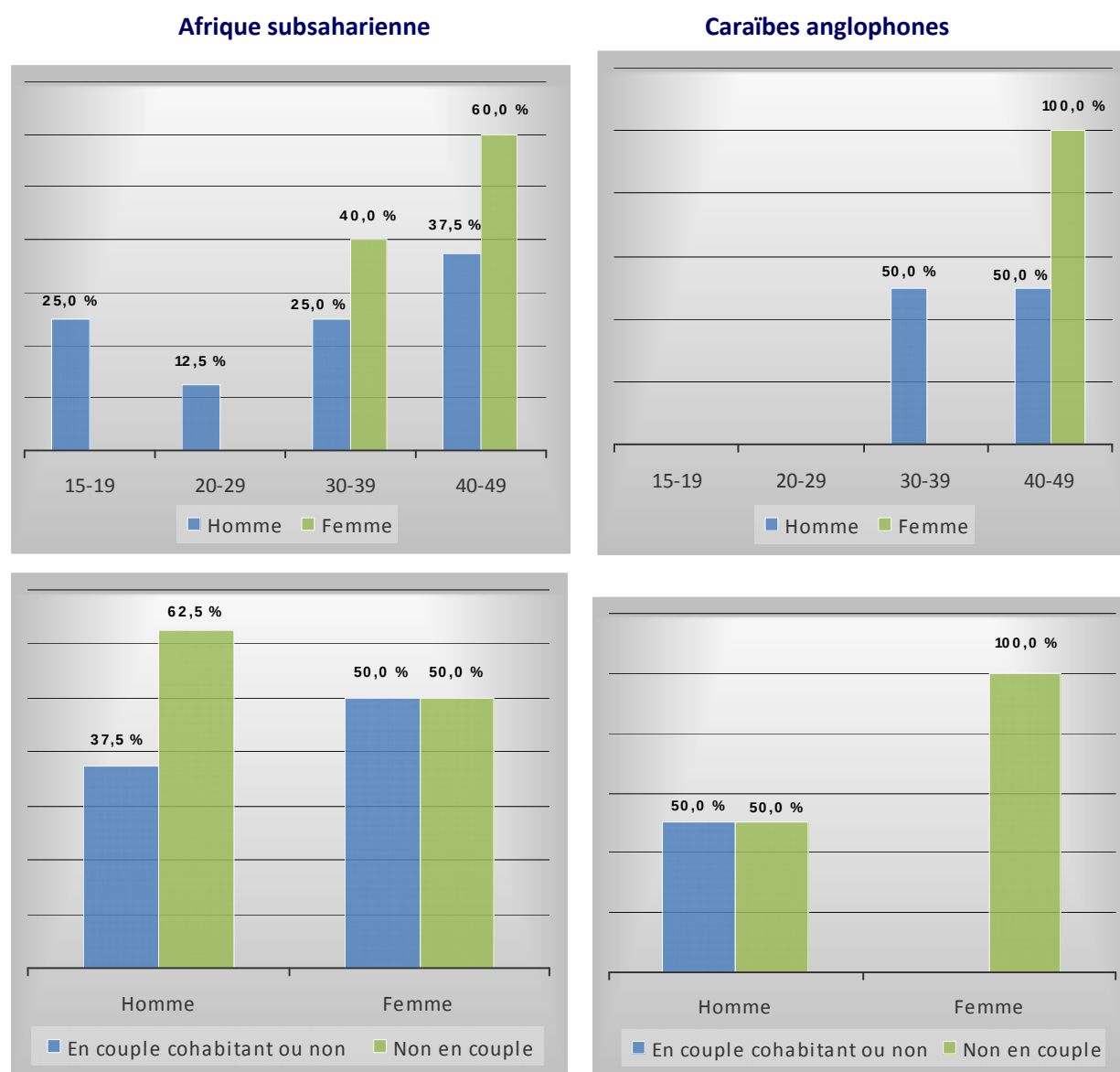


Figure 11 : Proportion des résultats positifs au test du VIH selon le sexe, le groupe d'âge et le statut marital

3.7. Séroprévalence de l'infection à VHC

La prévalence de l'infection avec VHC chez les participants de l'enquête SSG-AFCAR qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour les tests de laboratoire était de **0,5 % [IC à 95 % : 0,2-1,01 %]**, pour un **total de 8 tests séropositifs pour le VHC**. (Tableau 44)

Pour l'ensemble des participants recrutés dans la **communauté africaine subsaharienne**, la prévalence du VHC était de **0,6 % [IC à 95 % : 0,2-1,2 %]**, pour un **total de 6 tests séropositifs pour le VHC**, dont 4 chez les femmes. (Tableau 44)

Pour l'ensemble des participants recrutés dans la **communauté caribéenne anglophone**, la prévalence du VHC était de **0,4 % [IC à 95 % : 0,1-1,5 %]**, pour un **total de 2 tests séropositifs pour le VHC**.

Un cas de coinfection VIH et VHC a été mis en évidence chez une Africaine subsaharienne.

Tableau 44: Séroprévalence du VHC, coinfection VIH et VHC

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour le dépistage)

	Total SSG-AFCAR	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
		Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Séroprévalence du VHC ^a							
Séropositivité ^a	8 (0,5)	6 (0,6)	2 (0,3)	4 (0,9)	2 (0,4)	1 (0,5)	1 (0,4)
[IC à 95 %]	[0,2-1,01]	[0,2-1,2]	[0,08-1,1]	[0,3-2,4]	[0,1-1,5]	[0,08-2,5]	[0,06-2,1]
Séronégativité	1538 (99,5)	1068 (99,4)	648 (99,7)	420 (99,1)	470 (99,6)	216 (99,5)	254 (99,6)
(n)	1545	1073	650	423	472	217	255
Pas de GSS	56 (3,5)	31 (2,8)	18 (2,7)	13 (3,0)	25 (5,0)	14 (6,1)	11 (4,1)
Quantité insuffisante	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,0)
Total	1602	1105	668	437	497	231	266
Coinfection VIH et VHC							
Oui	1 (12,5)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
(n)	8	6	2	4	2	1	1

^a Un résultat positif indique une infection actuelle ou passée par le VHC et ne permet pas de distinguer les infections aiguës des infections chroniques ou résolues

3.8. Sources d'information, connaissances et croyances sur l'infection par le VIH

Les informations sur le VIH/sida provenaient davantage des médias de masse (télévision, journaux, radio, etc.) que du milieu médical et des services de santé publique. (Tableau 45)

Tableau 45: Sources d'information au sujet du VIH/sida

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Télévision	802 (73,2) ***	494 (74,8)	308 (70,6)	320 (64,5)	154 (67,0)	166 (62,4)
Journaux	579 (52,8) ***	360 (54,5)	219 (50,2)	202 (40,7)	99 (43,0)	103 (38,7)
Radio	527 (51,9) ***	357 (54,1)	212 (48,6)	192 (38,7)	97 (42,2)	95 (35,7)
Amis	565 (51,6) *	357 (54,1) *	208 (47,7)	226 (45,6)	111 (48,3)	115 (43,2)
École	520 (47,4) ***	309 (46,8)	211 (48,4)	156 (31,5)	76 (33,0)	80 (30,1)
Médias sociaux	480 (43,8)	300 (45,5)	180 (41,3)	205 (41,3)	95 (41,3)	110 (41,4)
Publicité	466 (42,5) ***	281 (42,6)	185 (42,4)	137 (27,6)	61 (26,5)	76 (28,6)
Famille	463 (42,2)	282 (42,7)	181 (41,5)	196 (39,5)	101 (43,9)	95 (35,7)
Site Web	457 (41,7) *	276 (41,8)	181 (41,5)	178 (35,9)	81 (35,2)	97 (36,5)
Médecins/Autres professionnels de la santé	439 (40,1)	251 (38,0)	188 (43,1)	141 (28,4)	56 (24,3)	85 (32,0)
Clinique/Hôpital/CLSC	344 (31,4) ***	210 (31,8)	134 (30,7)	104 (21,0)	46 (20,0)	58 (21,8)
Travail	325 (29,7) ***	203 (30,8)	122 (28,0)	95 (19,2)	42 (18,3)	53 (19,9)
Conférence/Séminaires	243 (22,2) ***	158 (23,9)	85 (19,5)	43 (8,7)	19 (8,3)	24 (9,0)
Services de santé publique locaux ou provinciaux	210 (19,2) ***	136 (20,6)	74 (17,0)	43 (8,7)	20 (8,7)	23 (8,6)
Organisme communautaire	200 (18,2) ***	128 (19,4)	72 (16,5)	43 (8,7)	19 (8,3)	24 (9,0)
Églises	190 (17,3) **	111 (16,8)	79 (18,1)	54 (10,9)	27 (11,7)	27 (10,2)
Agence de santé publique du Canada	147 (13,4)	96 (14,5)	51 (11,7)	54 (10,9)	27 (11,7)	27 (10,2)
Aucune information	38 (3,5)	21 (3,2)	17 (3,9)	24 (4,8)	11 (4,8)	13 (4,9)

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

La majorité des participants ont pu répondre correctement à certaines questions relatives à la prévention et à la transmission du VIH. Les participants originaires d'Afrique subsaharienne avaient un meilleur niveau de connaissances des modes de transmission du VIH que les Caraïbéens anglophones. (Tableau 46 et Figure 12)

Cependant, 31,1 % (496/1595) des participants [25,0 % des Africains subsahariens vs 44,6 % des Caraïbéens anglophones] ont répondu incorrectement où ne connaissaient pas la réponse sur le risque d'infection par le VIH suite à la piqure de moustique, il en était de même pour 17,7 % (282/1596) des participants [10,4 % des Africains subsahariens vs 33,9 % des Caraïbéens anglophones] pour la question sur le risque de contamination par le VIH après le partage d'un repas avec une personne infectée. Bien que pratiquement tous les répondants aient compris que les personnes infectées par le VIH pouvaient paraître en santé, 6 % (96/1596) [5,1 % des Africains subsahariens vs 8,1 % des Caraïbéens anglophones] n'ont pas su répondre à la question ou n'en connaissaient pas la réponse. (Tableau 46)

Tableau 46: Connaissances et croyances au sujet du VIH

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté peut réduire le risque de transmission du VIH						
Oui ^a	957 (87,0) ***	584 (88,0)	373 (85,6)	375 (75,6)	171 (74,3) **	204 (76,7)
Non	105 (9,5)	64 (9,6)	41 (9,4)	90 (18,1)	36 (15,7)	54 (20,3)
Ne sais pas	38 (3,5)	16 (2,4)	22 (5,0)	31 (6,3)	23 (10,0)	8 (3,0)
(n)	1100	664	436	496	230	266
Manquante	5 (0,5)	4 (0,6)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,0)
Total	1105	668	437	497	231	266
L'utilisation de condoms réduit les risques de transmission du VIH						
Oui ^a	1001 (91,2) ***	623 (94,1) ***	378 (86,9)	416 (83,9)	191 (83,0)	225 (84,6)
Non	66 (6,0)	25 (3,8)	41 (9,4)	56 (11,3)	23 (10,0)	33 (12,4)
Ne sais pas	30 (2,7)	14 (2,1)	16 (3,7)	24 (4,8)	16 (7,0)	8 (3,0)
(n)	1097	662	435	496	230	266
Manquante	8 (0,7)	6 (0,9)	2 (0,5)	1 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,0)
Total	1105	668	437	497	231	266
Une personne qui a l'air d'être en bonne santé peut avoir le VIH						
Oui ^a	1044 (94,9) *	632 (95,2)	412 (94,5)	456 (91,9)	210 (91,3)	246 (92,5)
Non	37 (3,4)	21 (3,2)	16 (3,7)	31 (6,3)	13 (5,7)	18 (6,8)
Ne sais pas	19 (1,7)	11 (1,7)	8 (1,8)	9 (1,8)	7 (3,0)	2 (0,8)
(n)	1100	664	436	496	230	266
Manquante	5 (0,5)	4 (0,6)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,0)
Total	1105	668	437	497	231	266

	Afrique subsaharienne n=1105 n (%)			Caraïbes anglophones n=497 n (%)		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Une personne peut être infectée par le VIH à cause de piqûres de moustique						
Oui	156 (14,2) ***	99 (14,9)	57 (13,1)	124 (25,1)	70 (30,6) *	54 (20,3)
Non ^a	825 (75,0)	500 (75,3)	325 (74,5)	274 (55,4)	113 (49,3)	161 (60,5)
Ne sais pas ^b	119 (10,8)	65 (9,8)	54 (12,4)	97 (19,6)	46 (20,1)	51 (19,2)
(n)	1100	664	436	495	229	266
Manquante	5 (0,5)	4 (0,6)	1 (0,2)	2 (0,4)	2 (0,9)	0 (0,0)
Total	1105	668	437	497	231	266
Une personne peut être contaminée par le VIH si elle partage un repas avec une personne qui est infectée						
Oui	60 (5,5) ***	45 (6,8)	15 (3,4)	112 (22,6)	48 (20,9)	64 (24,1)
Non ^a	986 (89,6)	585 (88,1)	401 (92,0)	328 (66,1)	153 (66,5)	175 (65,8)
Ne sais pas ^b	54 (4,9)	34 (5,1)	20 (4,6)	56 (11,3)	29 (12,6)	27 (10,2)
(n)	1100	664	436	496	230	266
Manquante	5 (0,5)	4 (0,6)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,0)
Total	1105	668	437	497	231	266
Actuellement il existe un remède contre le VIH, c'est-à-dire un traitement qui permet de l'éliminer complètement						
Oui	47 (4,3) ***	30 (4,5)	17 (3,9)	61 (12,3)	36 (15,7) **	25 (9,4)
Non ^a	943 (85,7)	572 (86,1)	371 (85,1)	350 (70,6)	145 (63,0)	205 (77,1)
Ne sais pas ^b	110 (10,0)	62 (9,3)	48 (11,0)	85 (17,1)	49 (21,3)	36 (13,5)
(n)	1100	664	436	496	230	266
Manquante	5 (0,5)	4 (0,6)	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,0)
Total	1105	668	437	497	231	266

^a: Bonnes réponses

^b La réponse « Ne sais pas » (NSP) doit être enregistrée en tant que réponse erronée.

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Les répartitions des connaissances et suppositions concernant la transmission du VIH selon le groupe d'âge et le plus haut niveau d'instruction dans les deux communautés sont présentées dans les figures 12 et 13.

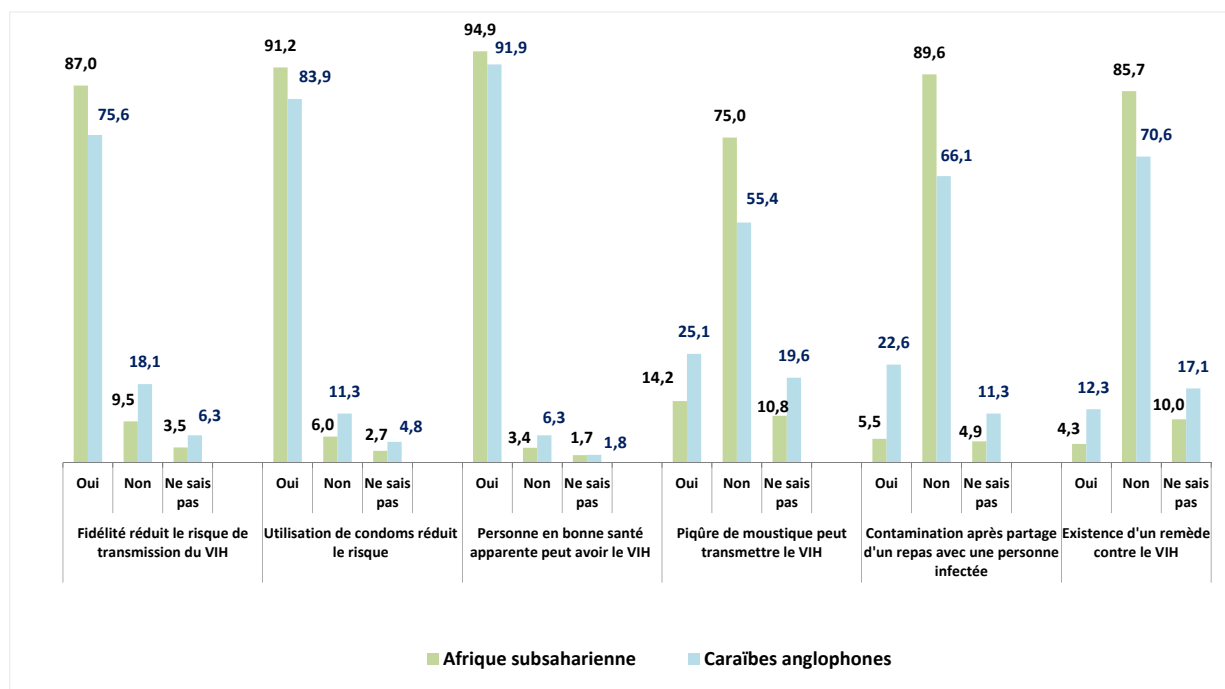


Figure 12 : Proportion des connaissances et suppositions concernant la transmission du VIH dans les deux communautés

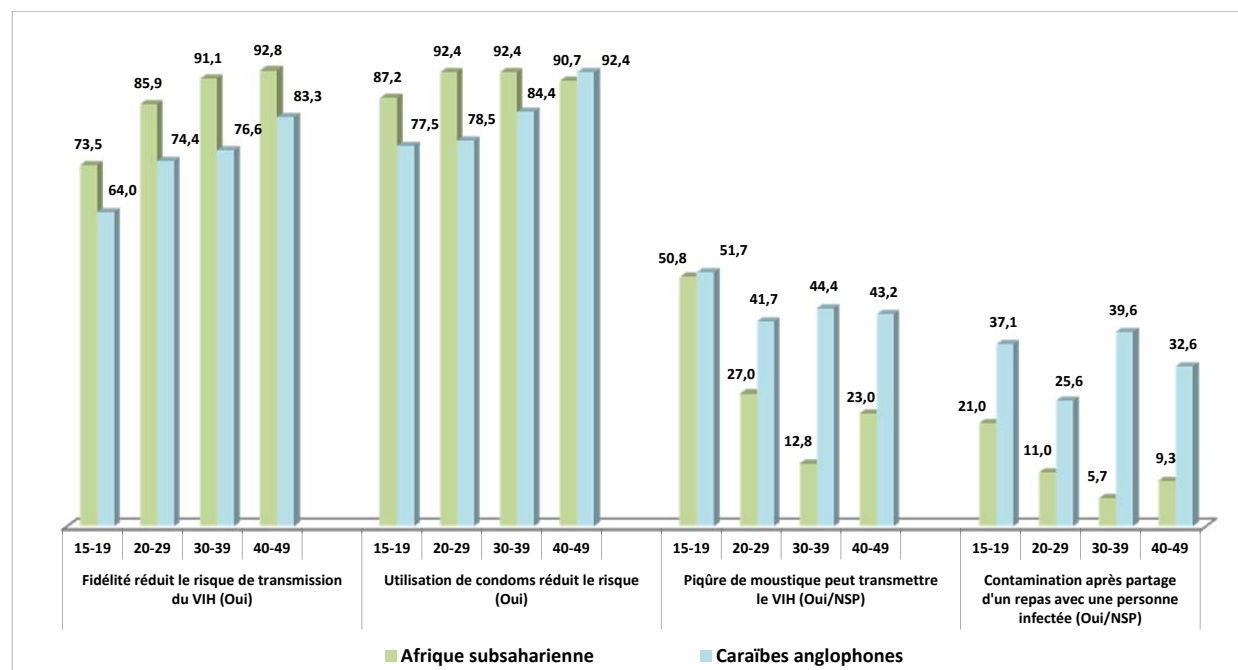


Figure 13 : Proportion des connaissances et suppositions concernant la transmission du VIH dans les deux communautés selon le groupe d'âge

Le niveau d’instruction apparaît corrélér au niveau de connaissances des modes de transmission du VIH. Ce qui met en relief les lacunes dans les connaissances qui doivent être comblées en tenant compte des diversités sociales et culturelles des populations ciblées. (Figure 14)

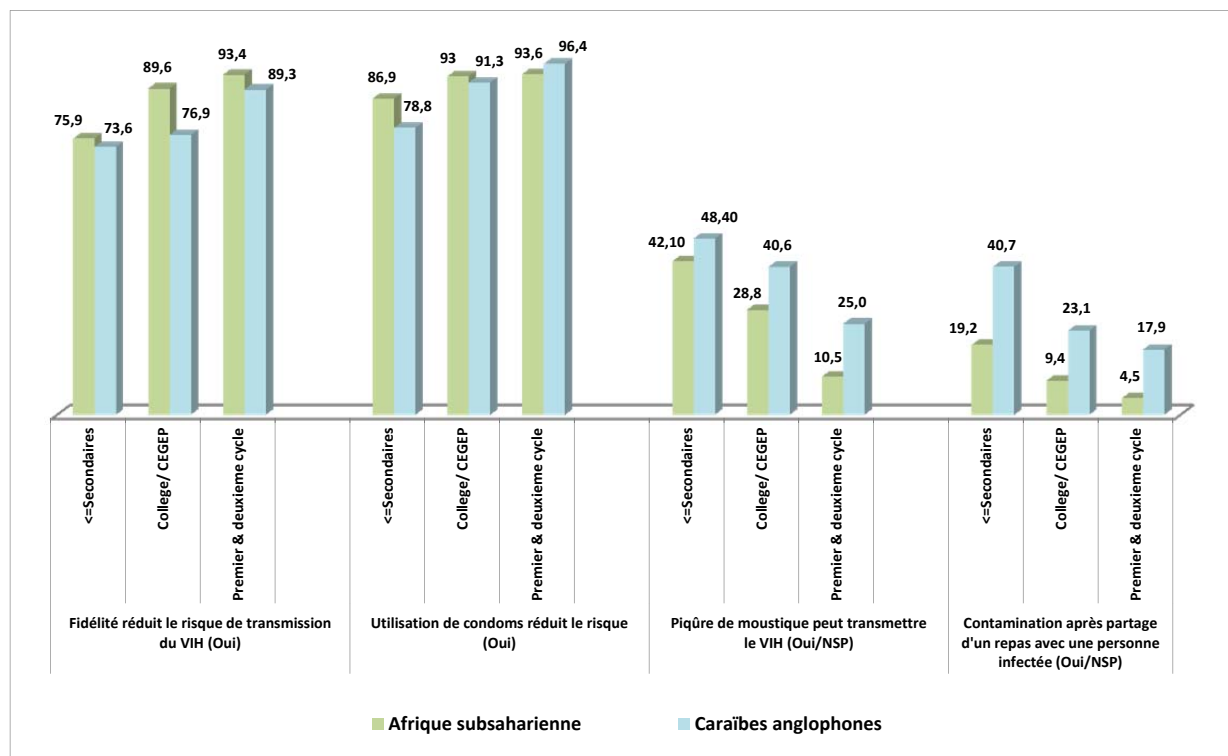


Figure 14 : Proportion des connaissances et suppositions concernant la transmission du VIH dans les deux communautés selon le plus haut niveau d’instruction

3.9. Accès et recours aux systèmes et services de santé

Au total, 60,7 % (963/1587) des participants recrutés dans les deux communautés n'avaient pas de médecin de famille, soit 67,1 % des Africains subsahariens vs 46,5 % des Caraïbéens anglophones ($p < 0,0001$). Cependant, dans les deux communautés, les femmes avaient davantage accès à un médecin de famille que les hommes ($p < 0,0001$).

L'apparente discordance des résultats liés à la consultation de Service d'échange de seringues ou de réduction des méfaits pourrait être due à une erreur de compréhension de la question. Cependant, il semblerait que certaines personnes y vont pour s'approvisionner en condom. Une attention particulière sera portée à cette question lors de la prochaine enquête de surveillance de seconde génération du VIH. (Tableau 47)

Tableau 47: Type d'accès aux systèmes de santé

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n (%) N=1105			Caraïbes anglophones n (%) N=497		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Avez-vous un médecin de famille ou un fournisseur de soins de santé primaire						
Oui	360 (32,9) ***	180 (27,3) ***	180 (41,5)	264 (53,5)	102 (44,3) ***	162 (61,6)
Non	734 (67,1)	480 (72,7)	254 (58,5)	229 (46,5)	128 (55,7)	101 (38,4)
(n)	1094	660	434	493	230	263
Manquante	11 (1,0)	8 (1,2)	3 (0,7)	4 (0,8)	1 (0,4)	3 (1,1)
Total	1105	668	437	497	231	266
Soins médicaux ou consultation au cours des 12 mois précédant						
Oui	743 (67,4)	404 (60,8) ***	339 (77,6)	323 (65,5)	128 (55,7) ***	195 (74,1)
Non	359 (32,6)	261 (39,2)	98 (22,4)	170 (34,5)	102 (44,3)	68 (25,9)
(n)	1102	665	437	493	230	263
Manquante	3 (0,3)	3 (0,4)	0 (0,0)	4 (0,8)	1 (0,4)	3 (1,1)
Total	1105	668	437	497	231	266
Lieu de la consultation au cours des 12 derniers mois						
Médecin de famille ou fournisseur de soin	223 (30,2) ***	113 (28,3)	110 (32,5)	155 (48,4)	48 (37,8) **	107 (55,4)
Hôpital	414 (55,9)	212 (52,7)	202 (59,8)	178 (55,6)	79 (62,2)	99 (51,3)
Clinique médicale ou clinique sans rendez-vous	377 (51,1)	197 (49,3)	180 (53,3)	157 (49,1)	56 (44,1)	101 (52,3)
CLSC	247 (33,5)	107 (26,7) ***	140 (41,5)	123 (38,6)	50 (39,4)	73 (38,0)
Organisme communautaire	34 (4,6)	16 (4,0)	18 (5,3)	13 (4,1)	7 (5,5)	6 (3,1)
Médecine alternative ou traditionnelle	14 (1,9)	6 (1,5)	8 (2,4)	2 (0,6)	1 (0,8)	1 (0,5)
Service d'échange de seringues ou de réduction des méfaits	139 (18,8)	71 (17,7)	68 (20,1)	45 (14,0)	17 (13,4)	28 (14,4)
Établissement de désintoxication	2 (0,3)	2 (0,5)	0 (0,0)	2 (0,6)	1 (0,8)	1 (0,5)
Centre de santé mentale ou de traitement des dépendances	7 (0,9)	4 (1,0)	3 (0,9)	7 (2,2)	4 (3,1)	3 (1,5)
Centre ou établissement spécialisé en santé-sexualité	3 (0,4)	3 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,5)
Prison/système correctionnel	3 (0,4) *	3 (0,7)	0 (0,0)	5 (1,6)	3 (2,4)	2 (1,0)
Autres	3 (0,4)	3 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Par ailleurs, 66,8 % (1066/1595) des participants recrutés avaient reçu des soins médicaux ou avaient consulté au cours des 12 mois précédant, les femmes avaient davantage été dans cette situation comparativement aux hommes dans les deux communautés ($p < 0,0001$). (Tableau 48)

Parmi ceux qui avaient eu besoin de soins médicaux au cours des 12 mois précédant, 15,1 % (223/1473) ont déclaré avoir eu de la difficulté à bénéficier des soins de santé nécessaires pendant cette période [soit, 15,7 % d'Africains subsahariens et 10,1 % de Caraïbéens anglophones]. Les principaux types de difficultés éprouvés sont présentés dans le tableau 48.

Tableau 48: Difficultés d'accès aux systèmes de santé

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n (%) N=1105			Caraïbes anglophones n (%) N=497		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Avez-vous eu des difficultés à bénéficier des soins de santé dont vous avez besoin au cours des 12 mois précédant						
Oui	173 (15,7) *	87 (13,1) **	86 (19,7)	50 (10,1)	23 (10,0)	27 (10,2)
Non	842 (76,5)	515 (77,7)	327 (74,8)	408 (82,4)	189 (82,2)	219 (82,4)
Aucun besoin	85 (7,7)	61 (9,2)	24 (5,5)	37 (7,5)	18 (7,8)	19 (7,2)
(n)	1100	663	437	495	230	265
Manquante	5 (0,5)	5 (0,7)	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)
Total	1105	668	437	497	231	266
Type de difficultés éprouvées						
Attente longue	120 (69,4) *	57 (65,5)	63 (73,3)	25 (50,0)	11 (47,8)	14 (51,9)
Difficulté à obtenir un rendez-vous, un diagnostic ou une référence	86 (49,7)	37 (42,5)	49 (57,0)	19 (38,0)	5 (21,7) *	14 (51,9)
Service non couvert par l'assurance, manque de moyen	31 (17,9)	17 (19,5)	14 (16,3)	12 (24,0)	4 (17,4)	8 (29,6)
Aucun fournisseur de soin de santé disponible dans votre région	15 (8,7) *	6 (6,6)	9 (10,5)	10 (20,0)	2 (8,7)	8 (29,6)
Ne sais pas comment trouver les soins de santé	11 (6,4)	4 (4,6)	7 (8,1)	5 (10,0)	2 (8,7)	3 (11,1)
Service précis non disponible dans la région	10 (5,8)	6 (6,9)	4 (4,7)	7 (14,0)	2 (8,7)	5 (18,5)
Problème de transport	4 (2,3)	4 (4,6) *	0 (0,0)	2 (4,0)	1 (4,3)	1 (3,7)
Incapacité de quitter le domicile à cause d'un problème de santé	4 (2,3)	2 (2,3)	2 (2,3)	1 (2,0)	1 (4,3)	0 (0,0)
Pas de carte d'assurance maladie	4 (2,3)	2 (2,3)	2 (2,3)	1 (2,0)	1 (4,3)	0 (0,0)
Responsabilités personnelles ou familiales empêchant de bénéficier des soins	3 (1,7)	2 (2,3)	1 (1,2)	3 (6,0)	0 (0,0)	3 (11,1)
Fournisseur de soins de santé n'était pas adapté aux différences culturelles, ou était raciste	3 (1,7) **	2 (2,3)	1 (1,2)	6 (12,0)	2 (8,7)	4 (14,8)
Fournisseur de soins de santé était du sexe opposé au vôtre	2 (1,2)	0 (0,0)	2 (2,3)	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (3,7)
Barrière linguistique	1 (0,6)	1 (1,1)	0 (0,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (7,4)
Autres	13 (7,5)	7 (8,0)	6 (7,0)	4 (8,0)	3 (13,0)	1 (3,7)

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tableau 49: Antécédents de vaccination et de diagnostics contre certaines maladies

(ADMISSIBLES : Tous les répondants interrogés)

	Afrique subsaharienne n (%) N=1105			Caraïbes anglophones n (%) N=497		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Vaccination contre l'hépatite B						
Non	414 (43,8) ***	276 (49,1) ***	138 (35,9)	252 (57,7)	126 (63,6)	126 (52,7)
Oui, au cours des six derniers mois	68 (7,2)	31 (5,5)	37 (9,6)	24 (5,5)	9 (4,5)	15 (6,3)
Oui, il y'a plus de 6 mois	464 (49,0)	255 (45,4)	209 (54,4)	161 (36,8)	63 (31,8)	98 (41,0)
(n)	946	562	384	437	198	239
Manquante	156 (14,4)	106 (15,9)	53 (12,1)	60 (12,1)	33 (14,3)	27 (10,2)
Total	1105	668	437	497	231	266
Vaccination contre le virus du Papillome humain						
Non	835 (87,6)	541 (92,5) ***	294 (79,9)	376 (85,3)	181 (90,5) *	195 (80,9)
Oui, au cours des six derniers mois	20 (2,1)	6 (1,0)	14 (3,8)	10 (2,3)	3 (1,5)	7 (2,9)
Oui, il y'a plus de 6 mois	98 (10,3)	38 (6,5)	60 (16,3)	55 (12,5)	16 (8,0)	39 (16,2)
(n)	953	585	368	441	200	241
Manquante	152 (13,8)	83 (12,4)	69 (15,8)	56 (11,3)	31 (13,4)	25 (9,4)
Total	1105	668	437	497	231	266
Avez-vous été testé pour la tuberculose						
Non	534 (52,2) ***	326 (52,6)	208 (51,6)	327 (72,0)	169 (80,9) ***	158 (64,5)
Oui	489 (47,8)	294 (47,4)	195 (48,4)	127 (28,0)	40 (19,1)	87 (35,5)
(n)	1023	620	403	454	209	245
Manquante	82 (7,4)	48 (7,2)	34 (7,8)	43 (8,7)	22 (9,5)	21 (7,9)
Total	1105	668	437	497	231	266

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

3.10. Taux de prévalence du VIH selon certaines caractéristiques

Tableau 50: Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques et comportements

(ADMISSIBLES : Répondants qui ont fourni un échantillon biologique suffisant pour un test de laboratoire)

	Afrique subsaharienne						Caraïbes anglophones					
	Total n=1073		Homme n=650		Femme n=423		Total n=472		Homme n=217		Femme n=255	
	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]
HIV (Positif)	1073	18 (1,7 [1,1-2,6])	650	8 (1,2 [0,6-2,4])	423	10 (2,4 [1,2-4,2])	472	4 (0,8 [0,3-2,1])	217	2 (0,9 [0,2-3,2])	255	2 (0,8 [0,2-2,8])
Orientation sexuelle												
Hétérosexuel	1048 (97,7)	18 (1,7 [1,1-2,6])	634 (97,5)	8 (1,2 [0,6-2,4])	414 (97,9)	10 (2,4 [1,3-4,3])	450 (95,3)	4 (0,9 [0,3-2,2])	212 (97,7)	2 (0,9 [0,2-3,2])	238 (93,3)	2 (0,8 [0,2-3,01])
Autre	25 (2,3)	0	16 (2,5)	0	9 (2,1)	0	22 (4,7)	0	5 (2,3)	0	17 (6,7)	0
Âge en année		**				***		**				*
Moyen (±STD)	30,4 (9,1)	37,5 (9,5)	31,09 (9,2)	32,8 (11,8)	29,4 (8,9)	41,2 (5,3)	31,3 (10,2)	44,7 (4,7)	30,9 (10,6)	41,5 (4,9)	31,5 (9,9)	48 (0,0)
[Min-Max]	[15-49]	[19-49]	[15-49]	[19-47]	[15-49]	[33-49]	[15-49]	[38-48]	[15-49]	[38-45]	[15-49]	[48]
Groupe d'âge		**				***						
15-19 ans	178 (16,6)	2 (1,1 [0,3-4,0])	106 (16,3)	2 (1,9 [0,5-6,6])	72 (17,0)	0	85 (18,0)	0	42 (19,4)	0	43 (16,9)	0
20-29 ans	308 (28,7)	1 (0,3 [0,05-1,8])	161 (24,8)	1 (0,6 [0,1-3,4])	147 (34,8)	0	116 (24,6)	0	57 (26,3)	0	59 (23,1)	0
30-39 ans	399 (37,2)	6 (1,5 [0,7-3,2])	258 (39,7)	2 (0,7 [0,2-2,7])	141 (33,3)	4 (2,8 [1,1-7,06])	148 (31,4)	1 (0,7 [0,1-3,8])	65 (30,0)	1 (1,5 [0,2-8,2])	83 (32,5)	0
40-49 ans	188 (17,5)	9 (4,7 [2,5-8,8])	125 (19,2)	3 (2,4 [0,8-6,8])	63 (14,9)	6 (9,5 [4,4-19,2])	123 (26,1)	3 (2,4 [0,8-7,2])	53 (24,4)	1 (1,9 [0,3-9,9])	70 (27,5)	2 (2,8 [0,7-9,8])
Région												
Afrique centrale	427 (39,8)	8 (1,9 [0,8-3,6])	261 (40,2)	2 (0,8 [0,2-2,7])	166 (39,2)	6 (3,6 [1,6-7,6])	—	—	—	—	—	—
Afrique occidentale	398 (37,1)	4 (1,04 [0,4-2,6])	246 (37,8)	3 (1,2 [0,4-3,5])	152 (35,9)	1 (0,7 [0,1-3,6])	—	—	—	—	—	—
Afrique orientale	222 (20,7)	4 (1,9 [0,7-4,6])	126 (19,4)	2 (1,6 [0,4-5,6])	96 (22,7)	2 (2,1 [0,5-7,2])	—	—	—	—	—	—
Afrique australe	26 (2,4)	2 (7,7 [2,1-24,1])	17 (2,6)	1 (5,9 [1,04-26,9])	9 (2,1)	1 (11,1 [1,9-43,5])	—	—	—	—	—	—
Niveau d'éducation												
≤ Secondaire V	322 (30,1)	6 (1,9 [0,8-4,1])	175 (27,1)	2 (1,1 [0,3-4,0])	147 (34,8)	4 (2,7 [1,06-6,7])	294 (62,4)	2 (0,7 [0,1-2,5])	154 (71,0)	1 (0,6 [0,1-3,5])	140 (55,1)	1 (0,7 [0,1-3,9])
> Secondaire V	746 (69,9)	12 (1,6 [0,9-2,8])	470 (72,9)	6 (1,3 [0,5-2,7])	276 (65,2)	6 (2,2 [1-4,6])	177 (37,6)	2 (1,1 [0,3-4,2])	63 (29,0)	1 (1,6 [0,2-8,4])	114 (44,9)	1 (0,9 [0,1-4,8])
Revenu familial annuel							*					
< 15 000 \$	514 (47,9)	9 (1,7 [0,9-3,3])	308 (47,4)	6 (1,9 [0,8-4,1])	206 (48,7)	4 (1,9 [0,7-4,8])	173 (36,6)	0	85 (39,2)	0	88 (34,5)	0
≥15 000 \$	452 (42,1)	9 (2,0 [1,06-3,7])	285 (43,8)	3 (1,1 [0,3-3,04])	167 (39,5)	6 (3,6 [1,6-7,6])	184 (39,0)	4 (2,2 [0,8-5,6])	78 (35,9)	2 (2,6 [0,7-8,8])	106 (41,6)	2 (1,9 [0,5-6,6])
Non déclaré	107 (10,0)	0	57 (8,8)	0	50 (11,8)	0	115 (24,4)	0	54 (24,9)	0	61 (23,9)	0
Statut de résidence						*						
Citoyen/Résident permanent	910 (84,8)	14 (1,5 [0,9-2,6])	546 (84,0)	6 (1,1 [0,5-2,3])	364 (86,1)	8 (2,2 [1,1-4,2])	428 (91,6)	4 (0,9 [0,3-2,3])	195 (90,3)	2 (1,0 [0,2-3,6])	233 (92,8)	2 (0,9 [0,2-3,07])
Visa/Permis de travail	100 (9,3)	1 (1,0 [0,1-5,5])	59 (9,1)	1 (1,7 [0,2-8,9])	41 (9,7)	0	12 (2,6)	0	6 (2,8)	0	6 (2,4)	0
Refugié/Autre	63 (5,9)	3 (4,8 [1,8-14,6])	45 (6,9)	1 (2,2 [0,3-11,5])	18 (4,3)	2 (11,1 [3,1-32,8])	27 (5,8)	0	15 (6,9)	0	12 (4,8)	0
Date d'immigration												
<1990	18 (1,7)	1 (5,6 [0,9-25,7])	12 (1,9)	0	6 (1,4)	1 (16,7 [3,0-56,3])	107 (23,0)	1 (1,0 [0,1-5,2])	60 (27,8)	1 (1,7 [0,2-8,8])	47 (18,7)	0
1990-1999	125 (11,7)	3 (2,4 [0,8-6,8])	64 (9,9)	1 (1,6 [0,2-8,3])	61 (14,5)	2 (3,3 [0,9-11,2])	123 (26,3)	0	51 (23,6)	0	72 (28,7)	0
≥ 2000	927 (86,6)	14 (1,5 [0,9-2,5])	572 (88,3)	7 (1,2 [0,6-2,5])	355 (84,1)	7 (2,0 [0,9-4,0])	237 (50,7)	3 (1,3 [0,4-3,8])	105 (48,6)	1 (1,0 [0,1-5,1])	132 (52,6)	2 (1,5 [0,4-5,3])
Statut marital												
Non en couple	551 (51,5)	8 (1,5 [0,7-2,9])	343 (53,0)	3 (0,9 [0,2-2,5])	208 (49,3)	5 (2,4 [1,03-5,5])	281 (59,7)	3 (1,1 [0,3-3,2])	126 (58,1)	1 (0,8 [0,1-4,3])	155 (61,0)	2 (1,3 [0,3-4,5])
En couple cohabitant	358 (33,5)	9 (2,5 [1,3-4,7])	204 (31,5)	4 (2,0 [0,7-4,9])	154 (36,5)	5 (3,2 [1,3-7,3])	104 (22,1)	0	49 (22,6)	0	55 (21,7)	0
En couple non cohabitant	160 (15,0)	1 (0,6 [0,1-3,5])	100 (15,5)	1 (1,0 [0,1-5,4])	60 (14,2)	0	86 (18,3)	1 (1,2 [0,2-6,6])	42 (19,4)	1 (2,4 [0,4-12,3])	44 (17,3)	0
Statut d'emploi	*		**									
Sans emploi	132 (12,4)	6 (4,5 [2,1-9,5])	74 (11,5)	4 (5,4 [2,1-13,09])	58 (13,9)	2 (3,4 [0,9-11,7])	103 (22,0)	0	47 (21,6)	0	56 (22,3)	0
Étudiant	460 (43,3)	4 (0,9 [0,3-2,2])	265 (41,1)	2 (0,8 [0,2-2,7])	195 (46,8)	2 (1,0 [0,2-3,6])	138 (29,5)	1 (0,7 [0,1-4,1])	54 (24,9)	1 (1,9 [0,3-9,7])	84 (33,5)	0

	Afrique subsaharienne						Caraïbes anglophones					
	Total n=1073		Homme n=650		Femme n=423		Total n=472		Homme n=217		Femme n=255	
	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]	n (%)	VIH positif n (%) [95 % CI]
Employé temps plein ou partiel	470 (44,3)	8 (1,7 [0,8-3,3])	306 (47,4)	2 (0,7 [0,1-2,3])	164 (39,3)	6 (3,7 [1,6-7,7])	227 (48,5)	3 (1,3 [0,4-4,0])	116 (53,5)	1 (0,9 [0,1-4,7])	111 (44,2)	2 (1,8 [0,5-6,3])
Nombre de partenaires sexuels (12 derniers mois)									**			
Aucun	126 (12,6)	1 (0,8 [0,1-4,9])	55 (9,2)	1 (1,8 [0,3-9,6])	71 (17,5)	0	33 (7,4)	0	11 (5,4)	0	22 (9,1)	0
1 partenaire	160 (16,0)	1 (0,6 [0,1-3,4])	69 (11,6)	0	91 (22,5)	1 (1,1 [0,1-5,9])	31 (7,0)	1 (3,2 [0,6-16,1])	8 (3,9)	1 (12,5 [2,2-47,09])	23 (9,5)	0
2-3 partenaires	237 (23,7)	4 (1,7 [0,6-4,2])	104 (17,4)	1 (1,0 [0,1-5,2])	133 (32,8)	3 (2,2 [0,7-6,4])	89 (20,0)	0	13 (6,3)	0	76 (31,5)	0
≥ 4 partenaires	479 (47,8)	12 (2,5 [1,3-4,3])	369 (61,8)	6 (1,6 [0,7-3,5])	110 (27,2)	6 (5,4 [2,5-11,4])	293 (65,7)	3 (1,0 [0,3-2,9])	173 (84,4)	1 (0,6 [0,1-3,2])	120 (49,8)	2 (1,6 [0,4-6,4])
Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel (Non)	425 (57,0)	10 (2,4 [1,2-4,2])	250 (52,4)	4 (1,6 [0,6-4,04])	175 (64,8)	6 (3,4 [1,5-7,2])	191 (52,6)	2 (1,0 [0,3-3,9])	93 (51,7)	1 (1,1 [0,2-5,8])	99 (53,6)	1 (1,0 [0,1-5,5])
Partenaire sexuel ≥ 2 (12 derniers mois) (Oui) et utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel (Non)	335 (54,3)	10 (3,0 [1,6-5,4])	209 (50,0)	4 (1,9 [0,7-4,8])	126 (63,3)	6 (4,8 [2,2-10])	175 (53,0)	2 (1,1 [0,3-4,0])	91 (53,5)	1 (1,1 [0,1-5,9])	84 (52,5)	1 (1,2 [0,2-6,4])
Partenaire occasionnel (12 derniers mois) (Oui)	247 (33,2)	3 (1,2 [0,4-3,6])	205 (43,2)	2 (1,0 [0,2-3,4])	42 (15,6)	1 (2,4 [0,4-12,3])	168 (46,3)	2 (1,2 [0,3-4,5])	114 (63,3)	1 (0,9 [0,1-4,8])	54 (29,5)	1 (1,9 [0,3-9,7])
Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel (12 derniers mois) (Non)	52 (21,8)	1 (1,9 [0,3-10,1])	38 (18,5)	1 (2,6 [0,4-13,4])	14 (41,2)	0	49 (29,7)	1 (2,0 [0,3-10,7])	26 (23,0)	0	23 (44,2)	1 (4,3 [0,7-20,9])
Partenaire occasionnel (12 derniers mois) (Oui) et utilisation de condom lors du dernier rapport un partenaire occasionnel (Non)	52 (7,0)	1 (1,9 [0,3-10,1])	38 (8,0)	1 (2,6 [0,4-13,5])	14 (5,2)	0	49 (13,5)	1 (2,0 [0,3-10,7])	26 (14,4)	0	23 (12,6)	1 (4,3 [0,7-20,9])
Rapport sexuel lors d'un voyage dans un pays endémique (Oui)	135 (34,3)	2 (1,5 [0,4-5,3])	103 (43,3)	1 (1,0 [0,1-5,3])	32 (20,5)	1 (3,1 [0,5-15,7])	41 (27,0)	1 (2,4 [0,4-12,6])	24 (37,5)	1 (4,2 [0,7-20,2])	17 (19,3)	0
Utilisation de condom (Pas toujours) lors d'un voyage dans un pays endémique avec un partenaire sexuel y habitant	81 (60,0)	2 (2,5 [0,6-8,5])	54 (52,4)	1 (1,9 [0,3-9,7])	27 (84,4)	1 (3,7 [0,6-18,2])	19 (46,3)	1 (5,3 [0,9-24,6])	8 (33,3)	1 (12,5 [2,2-47,09])	11 (64,7)	0
Dernier partenaire sexuel régulier ou occasionnel séropositif pour le VIH (Oui)	*** 11 (1,8)	2 (18,2 [5,1-47,7])	** 9 (2,3)	1 (11,1 [1,9-43,5])	*** 2 (0,9)	1 (50 [9,4-90,5])	1 (0,3)	0	0	0	1(0,7)	0
Rapport sexuel en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens (Oui)	33 (4,4)	0	31 (6,5)	0	2 (0,7)	0	25 (6,9)	0	21 (11,7)	0	4 (2,2)	0
IDU à vie	3 (0,3)	0	2 (0,3)	0	1 (0,2)	0	1 (0,2)	0	1 (0,5)	0	0	0
Circoncision (Homme)												
Non	—	—	61 (9,5)	1 (1,6 [0,3-8,7])	—	—	—	—	140 (64,8)	2 (1,4 [0,3-5,05])	—	—
Oui	—	—	583 (90,5)	7 (1,2 [0,5-2,4])	—	—	—	—	76 (35,2)	0	—	—
Antécédents d'ITSS [§] (Oui)	38 (3,5)	0	21 (3,2)	0	17 (4,0)	0	*** 59 (12,5)	3 (5,1 [1,7-13,9])	23 (10,6)	1 (4,3 [0,7-20,9])	*** 36 (14,1)	2 (5,6 [1,5-18,1])
Antécédents de dépistage VIH												
≤ 2 ans	565 (68,0)	7 (1,2 [0,6-2,5])	327 (66,3)	2 (0,6 [0,16-2,2])	238 (70,4)	5 (2,1 [0,9-4,8])	198 (69,5)	0	77 (68,8)	0	121 (69,9)	0
> 2 ans	266 (32,0)	6 (2,2 [1,03-4,8])	166 (33,7)	2 (1,2 [0,3-4,2])	100 (29,6)	4 (4,0 [1,5-9,8])	87 (30,5)	1 (1,1 [0,2-6,2])	35 (31,3)	0	52 (30,1)	1 (1,9 [0,3-10,1])
Niveau de connaissance du mode de transmission du VIH							*					
Aucune mauvaise réponse	752 (70,1)	11 (1,5 [0,8-2,6])	458 (70,5)	4 (0,9 [0,3-2,2])	294 (69,5)	7 (2,4 [1,1-4,8])	201 (42,6)	0	88 (40,6)	0	113 (44,3)	0
1 à 2 mauvaises réponses	294 (27,4)	7 (2,4 [1,1-4,8])	178 (27,4)	4 (2,2 [0,8-5,6])	116 (27,4)	3 (2,6 [0,8-7,3])	226 (47,9)	2 (0,9 [0,2-3,1])	106 (48,8)	2 (1,9 [0,5-6,6])	120 (47,1)	0
3 à 5 mauvaises réponses	27 (2,5)	0	14 (2,2)	0	13 (3,1)	0	45 (9,5)	2 (4,4 [1,2-14,8])	23(10,6)	0	22 (8,6)	2 (9,1 [2,5-27,8])
Difficulté à avoir accès aux soins (Oui)	169 (15,8)	3 (1,8 [0,6-5,1])	87 (13,5)	0	82 (19,4)	3 (3,7 [1,2-10,2])	47 (10,0)	1 (2,1 [0,3-11,1])	22 (10,2)	1 (4,5 [0,8-21,8])	25 (9,8)	0

[§] Antécédents d'ITSS: Chlamydia, gonorrhée ou syphilis * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Dans le tableau 50, le profil sociodémographique et économique, de même que les comportements sexuels à risque, les antécédents d'ITSS et de dépistage, le niveau de connaissances des modalités de transmission du VIH sont présentés en fonction du statut séropositif pour le VIH, selon le sexe et la communauté ciblée.

L'ensemble des résultats obtenus est présenté, malgré les petits nombres de participants séropositifs dans certaines catégories et les larges intervalles de confiance.

Dans les deux communautés ciblées, les 22 cas de VIH positifs sont survenus chez les hétérosexuels. La majorité des tests VIH positifs avait été dépistée chez les 30-49 ans [86,4 % (19/22)]. Chez les Africains subsahariens, l'âge moyen des personnes séropositives pour le VIH était de 32,8 ans [étendue 19 à 47 ans] chez les hommes vs 41,2 ans [étendue 33 à 49 ans] chez les femmes. Tandis que chez les Caribéens, il était de 41,5 ans [étendue 38 à 45 ans] chez les hommes vs 48 ans chez les femmes (n=2). L'âge était significativement associé au VIH, $p < 0,0001$ [OR=1,10; IC à 95 % : 1,05–1,16].

La prévalence du VIH était plus élevée dans certains sous-groupes :

- **Pour la région de provenance** : chez les personnes originaires d'Afrique australe (7,7 % [2,1 %–24,1 %]) pour l'ensemble des Africains subsahariens, suivi de l'Afrique orientale pour les hommes (1,6 % [0,4 %–5,6 %]) et de l'Afrique centrale pour les femmes (3,6 % [1,6 %–7,6 %]).
- **Pour le niveau d'éducation** : chez les femmes africaines subsahariennes qui avaient un niveau $\leq$ Secondaire V (2,7 % [1,06 %–6,7 %]); tandis que dans les trois autres sous-groupes elle l'était chez ceux qui avaient un niveau d'éducation $>$ Secondaire V (hommes africains : 1,3 % [0,5 %–2,7 %]; hommes caribéens : 1,6 % [0,2 %–8,4 %]; femmes caribéennes : 0,9 % [0,1 %–4,8 %]).
- **Pour le revenu** : chez les hommes africains qui avaient un revenu $<$ 15 000 \$ (1,9 % [0,8 %–4,1 %]); tandis que dans les trois autres sous-groupes elle l'était chez ceux qui avaient un revenu $\geq$ 15 000 \$ (femmes africaines : 3,6 % [1,6 %–7,6 %]; hommes caribéens : 2,6 % [0,7 %–8,8 %]; femmes caribéennes : 1,9 % [0,5 %–6,6 %]).
- **Pour le statut de résidence** : chez les Africains qui avaient un statut de réfugié/autre (hommes : 2,2 % [0,3 %–11,5 %]; femmes : 11,1 % [3,1 %–32,8 %]).
- **Pour l'année d'immigration** : $\geq$ 2000 chez les Caribéennes anglophones (1,5 % [0,4 %–5,3 %]) et $\leq$ 1999 pour les trois autres sous-groupes (hommes caribéens : 1,7 % [0,2 %–8,8 %]; hommes africains : 1,6 % [0,2 %–8,3 %]; femmes africaines : 16,7 % [3,0 %–56,3 %]).
- **Pour le statut marital** : chez les Africains qui étaient en couple cohabitant (hommes : 2,0 % [0,7 %–4,9 %]; femmes : 3,2 % [1,3 %–7,3 %]); tandis qu'elle était plus élevée chez les hommes caribéens anglophones en couple non cohabitant (1,0 % [0,1 %–5,4 %]) et chez les femmes caribéennes anglophones non en couple (1,3 % [0,3 %–4,5 %]).
- **Pour le statut d'emploi** : chez les Africains subsahariens sans emploi (hommes : 5,4 % [2,1 %–13,0 %]; femmes : 3,4 % [0,9 %–11,7 %]).
- **Pour les comportements sexuels à haut risque** :
 - Chez les femmes qui avaient eu quatre partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois (Africaines subsahariennes : 5,4 % [2,5 %–11,4 %] et Caribéennes anglophones : 1,6 % [0,4 %–6,4 %]).
 - Chez les participantes qui n'avaient pas toujours utilisé de condom au cours du dernier rapport sexuel (Africaines subsahariennes : 3,4 % [1,5 %–7,2 %] et Caribéennes anglophones : 1,0 % [0,1 %–5,5 %]).
 - Malgré les petits effectifs, pour ceux qui avaient eu des partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois et qui n'avaient pas utilisé de condom lors du dernier rapport sexuel; chez ceux qui n'avaient pas toujours utilisé de condom lors d'un voyage dans un pays endémique avec un partenaire sexuel y habitant et chez ceux dont le dernier partenaire sexuel régulier ou occasionnel était séropositif pour le VIH.
- **Pour les antécédents d'ITSS** : chez l'ensemble des Caribéens anglophones (5,1 % [1,7 %–13,9 %]).
- **Pour les antécédents de dépistage du VIH $>$ 2 ans** : chez les Africains subsahariens (hommes : 1,2 % [0,3 %–4,2 %]; femmes : 4,0 % [1,5 %–9,8 %]).
- **Pour les modes de transmission du VIH** : chez ceux qui avaient une ou deux mauvaises réponses chez les Africains subsahariens (2,4 % [1,1 %–4,8 %]) et chez les hommes caribéens anglophones (1,9 % [0,5 %–6,6 %]); chez les Caribéennes anglophones qui avaient trois à quatre mauvaises réponses (9,1 % [2,5 %–27,8 %]).
- **Pour les difficultés à avoir accès aux soins et services de santé** : chez les Africaines subsahariennes (3,7 % [1,2 %–10,2 %]).

4. POINTS FORTS/LIMITES

Ces résultats pourraient servir de point de référence pour surveiller les tendances dans la prévalence de l'infection par le VIH et le VHC, les habitudes en matière de dépistage et de comportements associés à l'acquisition et à la transmission de ces infections chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique en général, mais plus spécifiquement dans les communautés africaines subsahariennes et caribéennes anglophones. Par ailleurs, les résultats obtenus devraient contribuer à orienter l'élaboration de politiques, de programmes et d'intervention visant à prévenir et à contrôler l'infection par le VIH et d'autres ITSS en ciblant les besoins des communautés ethnoculturelles résidant sur l'île de Montréal.

L'enquête SSG-AFCAR est une enquête transversale, volontaire, anonyme, les participants sont principalement recrutés à l'aide de méthodes d'échantillonnage "lieux-moments". L'un des défis de ce projet de surveillance était lié aux stratégies d'échantillonnage et de recrutement permettant de constituer un échantillon représentatif des communautés africaines subsahariennes et caribéennes anglophones résidant sur l'île de Montréal. En effet, tout en reconnaissant qu'ils existent des points communs entre les communautés africaines subsahariennes et caribéennes en général, il faut noter l'existence d'une différence dans les caractéristiques sociodémographiques, dans les habitudes de vie et les comportements sexuels mis en évidence dans les résultats.

Par rapport aux données du Recensement de 2006, parmi les 1 602 personnes recrutées, il y avait plus d'hommes que de femmes dans les deux communautés ciblées, il en était de même pour les groupes d'âge de 15-24 ans et de 25-34 ans qui sont en général difficiles à recruter. En outre, les personnes originaires de certains pays de l'Afrique orientale et australe sont moins présentes à Montréal, mais le sont davantage dans les deux autres sites sentinelles retenus (Ottawa, Toronto) pour le système national de surveillance E-Track.

Du fait de la difficulté d'accès de la population ciblée, une planification rigoureuse, un réseautage et une recherche active des lieux de socialisation des différentes associations regroupées par pays d'origine et des organismes communautaires, de même que l'engagement indéfectible et la compétence de l'équipe terrain issu des deux communautés ciblées, ont contribué au succès de l'enquête SSG-AFCAR. La stratégie de recrutement utilisant des circuits avec véhicule a été la plus efficace et a permis de recruter 51,7 % des participants dans divers lieux d'interaction sociale sur l'île de Montréal. Elle nécessite cependant des moyens financiers et logistiques adéquats.

Comme en témoigne le taux de participation (81,8 %), les personnes issues des deux communautés étaient accessibles lors des activités de promotion et de recrutement. Le principal motif de refus était lié au prélèvement de GSS, à la méfiance et au sentiment de stigmatisation ressenti par certains participants, surtout dans la communauté caribéenne anglophone. Par ailleurs, un lien était fait entre les tests de dépistage inhérents au processus d'immigration au Canada et la nécessité de se faire dépister de nouveau.

En outre, par rapport aux communautés africaines subsahariennes, les communautés caribéennes anglophones se composent de nouveaux arrivants et de personnes qui sont établies au Canada depuis de nombreuses générations. De ce fait, dans certains sous-groupes, la première génération est vieillissante (âge >49 ans), d'où la nécessité d'en tenir compte pour les phases subséquentes du système de surveillance de seconde génération E-Track à Montréal. Il faut aussi noter qu'environ 23 % (111/484) des nouveaux diagnostics du VIH reliés à l'origine d'un pays endémique sont survenus chez les 50 ans et plus depuis le début du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, soit d'avril 2002 à décembre 2013.⁵ Par ailleurs, des futures recherches devront comparer les facteurs de risque du VIH entre les premières et les deuxièmes générations de personnes originaires de pays où le VIH est endémique afin de mieux cibler les sous-groupes à risque pour prévenir l'acquisition et la transmission de nouvelles infections.

En ce qui concerne les limites méthodologiques de l'enquête SSG-AFCAR, nous notons que les données ont été recueillies grâce à la participation volontaire des membres des deux communautés résidant sur l'île de Montréal. Nous pensons que ces derniers n'étaient pas différents de ceux qui ont décidé de ne pas y participer. La constitution de l'échantillon résulte d'un choix raisonné visant à faire ressembler l'échantillon à la population dont il est issu (échantillonnage non probabiliste). Les résultats de cette surveillance ne sont pas ainsi représentatifs de l'ensemble de la population cible au Québec. En outre, les résultats présentés dans le rapport sont basés sur des données autodéclarées, qui sont sujettes à des biais de mémoire, de désirabilité sociale. Des comportements socialement indésirables peuvent donc avoir été sous-déclarés, alors que des comportements socialement désirables peuvent avoir été surdéclarés. Cependant, le respect des consignes de recrutement et de passation du questionnaire (auto-administré ou non), de même que le contrôle de la qualité du travail des intervieweurs nous permettent de minimiser certains biais. Enfin, la qualité des données recueillies confirme les choix méthodologiques, qui sont par ailleurs reproductibles et faciles à mettre en œuvre.

Les données recueillies devraient servir de point de référence pour les comparaisons dans le temps et pour la réalisation d'analyses futures plus complexes qui porteront sur les facteurs de risque associés au VIH, au dépistage, aux comportements sexuels à risque dans chacune des communautés et à la vulnérabilité des femmes. Ces résultats permettront d'avoir une meilleure compréhension des ITSS ciblées et des facteurs qui rendent vulnérables les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

D'autres pistes de recherches (qualitatives et quantitatives) pourraient porter sur leur perception du risque de contamination et leurs modes d'adaptation face à ce risque. À cet égard, les questionnaires devraient permettre, entre autres, de mieux caractériser les pratiques sexuels à risque (anale, vaginale, orale) avec ou sans utilisation de condom en fonction du type de partenaire sexuel.

5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS, PROFIL DE RISQUE ET PISTES D'INTERVENTION

À la lumière des résultats obtenus, nous esquissons dans ce chapitre un profil de risque pour l'infection par le VIH dans les deux communautés ciblées et respectivement pour chacune d'entre elles.

5.1. Vulnérabilités communes aux deux communautés

Au terme de cette enquête de surveillance de seconde génération du VIH, certains sous-groupes dans les deux communautés apparaissaient plus vulnérables face au VIH/sida. Ces sous-groupes devraient constituer les cibles prioritaires des actions de promotion, de prévention et de protection contre le VIH/sida.

5.1.1. Niveau de connaissance du statut sérologique

Il est inquiétant de noter que 68,2 % (15/22) des participants infectés par le VIH ne connaissaient pas leur statut sérologique. Ce pourcentage est environ de 25 % au Canada.⁴ En outre, 80,4 % (866/1077) des Africains subsahariens vs 61,3 % (302/493) des Caribéens anglophones avaient déjà passé un test de dépistage du VIH et un peu plus de la moitié l'avaient subi au cours des deux années précédentes [67,8 % des Africains subsahariens et 68,8 % des Caribéens anglophones]. Ces résultats nous laissent penser qu'il se pourrait que les personnes les plus susceptibles d'être infectées par le VIH ne soient pas rejointes par les programmes de dépistage. Cette hypothèse est soutenue par le fait que le Programme de surveillance de l'infection par le VIH de l'INSPQ rapportait qu'en 2013, 18,6 % (41/220) des nouveaux diagnostics chez les hétérosexuels provenant de pays où le VIH est endémique n'avaient jamais eu de test de dépistage du VIH auparavant.⁵

5.1.2. Comportements sexuels à risque

Au cours de la dernière année, la majorité des 15-49 ans actifs sexuellement [84,5 % (1146/1357)] ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale et plus du tiers d'entre eux [36,7 % (416/1132)] avaient eu des partenaires sexuels multiples (≥ 2). Pendant la même période, 33,0 % (252/764) des Africains subsahariens vs 46,7 % (177/379) des Caribéens anglophones avaient eu au moins un partenaire sexuel occasionnel avec pénétration vaginale ou anale et dans l'ensemble 43,4 % (185/426) n'utilisaient pas toujours de condom (masculin ou féminin) avec ces partenaires. Chez les Africains subsahariens, cette situation concernait significativement plus les femmes que les hommes (51,2 % vs 35,1 %; $p=0,048$).

De plus, 40,0 % (14/35) des femmes vs 19,1 % (49/209) des hommes africains subsahariens ($p=0,006$), de même que 45,3 % (24/53) des femmes vs 23,1 % (28/121) des hommes caribéens anglophones ($p=0,003$) n'avaient pas utilisé de condom lors du dernier rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale avec leurs partenaires sexuels occasionnels, certains d'entre eux avaient concomitamment des partenaires sexuels réguliers et étaient en couple cohabitant ou non.

La fréquence des rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale à haut risque était donc importante dans les deux communautés. Ces comportements à risque ont un impact significatif sur la propagation de l'épidémie du VIH, car les personnes concernées par ces pratiques courent un risque plus grand de contracter ou de transmettre le VIH par voie sexuelle.²⁷

5.1.3. Vulnérabilité des femmes

Les résultats de cette enquête soulignent la vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH. En effet, un nombre plus important de femmes dans les deux communautés n'avait pas utilisé un condom (féminin ou masculin) lors du dernier rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale avec un partenaire sexuel occasionnel et ne l'avait pas non plus utilisé lors d'un rapport sexuel survenu durant un voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH.

On a montré dans d'autres contextes que cette plus grande vulnérabilité des femmes vis-à-vis du VIH est due, entre autres, à des pressions sociales, culturelles et économiques qui ne leur permettent pas d'assurer leur prévention.²⁸ Cette vulnérabilité était plus marquée dans la communauté africaine subsaharienne.

5.1.4. Groupe d'âge des 30-49 ans

La majorité des tests VIH positifs était dépistée chez les 40-49 ans [34,9 % (12/22)], suivi des 30-39 ans [31,8 % (7/22)]. La totalité des femmes séropositives pour le VIH se retrouvait dans ces deux groupes d'âge. L'âge était significativement associé au VIH [OR=1,10; IC à 95 % : 1,05-1,16; $p<0,0001$]. Comparativement, au groupe d'âge de référence des 15-29 ans, celui des 40-49 était plus à risque pour le VIH.

5.1.5. Prise de risque lors d'un voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH

Parmi les participants qui avaient eu des rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale, lors d'un voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH, un peu plus de la moitié [56,4 % (101/179)] n'avait pas toujours utilisé un condom (masculin ou féminin) durant les rapports sexuels avec un partenaire habitant dans ces pays. Dans les deux communautés, les femmes se retrouvaient davantage dans cette situation.

Ce résultat avait été précédemment observé dans la communauté haïtienne vivant à Montréal.⁸⁻¹⁰

Ces données de surveillance ne permettent pas d'expliquer la ou les raisons de cette prise de risque lors de ces voyages. Mais le seul fait qu'elle se produise dans des pays où la prévalence de l'infection est élevée implique clairement que des interventions de prévention doivent être entreprises auprès des voyageurs.

5.1.6. Accès plus limité aux soins de première ligne

Au total, 60,7 % (963/1587) des participants recrutés dans les deux communautés ciblées n'avaient pas de médecin de famille [soit 67,1 % des Africains subsahariens vs 46,5 % des Caribéens anglophones ($p<0,0001$)], comparativement à l'enquête TOPO réalisée en 2012 où cette proportion était de 35 % pour l'ensemble des Montréalais.²⁹

Par ailleurs, parmi tous les participants qui avaient eu besoin de soins médicaux au cours des 12 mois précédant, 15,1 % (223/1473) ont déclaré avoir eu de la difficulté à bénéficier des soins de santé dont ils avaient besoin pendant cette période [soit, 15,7 % d'Africains subsahariens et 10,1 % de Caribéens anglophones].

Les écarts importants observés entre les conditions de vie des Montréalais, notamment en matière de revenu, de logement, d'emploi, d'éducation, d'alimentation et d'accès aux soins, ont un effet direct sur leur santé et leur espérance de vie.²⁹ Les facteurs associés aux inégalités sociales de santé doivent faire l'objet de mesures préventives efficaces afin d'assurer des conditions de vie favorisant la bonne santé et l'épanouissement des communautés ciblées.

5.2. Communautés originaires d'Afrique subsaharienne

5.2.1. Prévalence élevée de l'infection par le VIH

La prévalence du VIH dans cette communauté était de 1,7 % [1,0 %–2,6 %]. Elle est comparable à celle trouvée chez les Québécois d'origine haïtienne en 1994 : 1,3 % [1,0 %–1,6 %].⁸ Tandis qu'au Canada, l'estimation de la prévalence du VIH était de 0,21 % [0,17 %–0,24 %] en 2011.⁴

La prévalence élevée de l'infection par le VIH chez les Montréalais originaires d'Afrique subsaharienne fait clairement ressortir la nécessité d'une programmation rigoureuse et efficace incluant des interventions pour augmenter la proportion des individus qui sont sexuellement actifs à se faire tester pour le VIH lorsqu'il y a changement ou acquisition de nouveaux partenaires sexuels, incluant un retour vers un partenaire sexuel antérieur.³⁰

5.2.2. Femmes africaines et transmission hétérosexuelle du VIH

Au Québec et ailleurs au Canada, le caractère majoritaire de la transmission par voie hétérosexuelle de l'infection par le VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, de même que la prépondérance de l'infection chez les femmes sont des constantes. Dans l'enquête SSG-AFCAR, tous les cas de VIH positifs (n=22) sont survenus chez des hétérosexuels et un peu plus de la moitié des cas [54,5 % (12/22)] chez des femmes.

Dans l'enquête SSG-AFCAR, les femmes africaines subsahariennes avaient la prévalence du VIH la plus élevée soit 2,4 % [1,2 %–4,2 %], par rapport aux hommes de la même communauté (1,2 % [0,6 %–2,4 %]). En contraste, chez les Québécois d'origine haïtienne la prévalence du VIH était plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes: 1,6 % [1,1 %–2,2 %] vs 1,1 % [0,7 %–1,5 %].¹⁰

Les femmes africaines subsahariennes (et caribéennes) se trouvent dans des situations à haut risque face au VIH/sida du fait de leur statut socioéconomique, du multipartenariat de certaines d'entre elles et de celui de leur partenaire,¹⁰ mais également à cause de leurs attitudes vis-à-vis du port du condom. D'autres études ont mis en évidence leur incapacité à imposer le port du condom à leur partenaire et leur susceptibilité biologique face au VIH/sida².

Une meilleure compréhension de la dynamique décisionnelle entre les hommes et les femmes, plus précisément le rôle de la femme africaine dans cette prise de décision d'utiliser voire d'imposer le port du condom à leurs partenaires sexuels (surtout occasionnels) s'impose pour lutter contre la transmission par voie hétérosexuelle du VIH dans ce sous-groupe à haut risque.

Aussi, les femmes africaines devront faire l'objet d'actions concrètes permettant de les outiller et de renforcer leurs comportements préventifs en insistant sur la notion de prise de risque, en favorisant l'utilisation du condom et le recours au dépistage systématique des ITSS.

5.3. Communautés originaires des Caraïbes anglophones

5.3.1. Comportements sexuels à risque pour l'infection par le VIH

Une fréquence plus élevée de comportements sexuels à risque a été observée dans cette communauté. Ils avaient un nombre plus important de partenaires sexuels occasionnels, n'utilisaient pas toujours de condom (masculin ou féminin) lors des rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale au cours des voyages dans les pays où le VIH est endémique. Autant de pistes à exploiter pour les intervenants auprès de cette communauté.

Par ailleurs, l'âge moyen à la première relation sexuelle était plus précoce chez les Caribéens anglophones (15,8 ans; SD : $\pm 3,8$) par rapport aux Africains subsahariens (18,4 ans; SD : $\pm 3,9$) qui étaient plus proche de la moyenne québécoise qui selon les résultats d'enquêtes populationnelles semble stable soit autour de 18 ans.²⁶ Le tiers des jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans avaient eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. D'où la nécessité d'accroître les mesures de prévention et de sensibiliser les jeunes très tôt, car certains éléments suggèrent qu'avoir son premier rapport sexuel à un âge plus avancé réduit le risque d'infection par rapport sexuel, du moins chez les femmes.²⁷ Il faudrait développer des interventions préventives qui faciliteront le dialogue et la communication entre les jeunes et leurs parents ou tuteurs, afin de favoriser de saines attitudes sexuelles et la prévention des ITS.³⁰

5.3.2. Niveau d'instruction

La proportion des hommes caribéens anglophones qui avait un niveau d'instruction supérieur ou égal aux études secondaires était plus faible que celui des femmes de la même communauté. Au total, 37,9 % (188/496) des Caribéens anglophones [soit 29,9 % (69/231) des hommes vs 44,9 % (119/265) des femmes; $p=0,001$] par rapport à 70,1 % (771/1 100) des Africains subsahariens [soit 73,2 % (485/663) des hommes vs 65,4 % (286/437) des femmes; $p=0,006$] ayant participé à l'enquête SSG-AFCAR avaient un niveau d'instruction supérieur ou égal aux études secondaires.

Le niveau d'instruction contribue entre autres à la santé en améliorant la capacité des gens à se renseigner et à comprendre les informations pour améliorer leur santé². D'où la nécessité de s'adresser plus particulièrement aux sous-groupes peu scolarisés à travers des programmes d'interventions communautaires adaptées.

5.3.3. Connaissances des modes de transmission du VIH

Par rapport aux Africains subsahariens, les Caribéens anglophones connaissaient moins les modes de transmission du VIH et les situations qui ne la favorisent pas. Aussi, 8,1 % des Caribéens anglophones vs 5,1 % des Africains subsahariens croyaient qu'une personne paraissant en bonne santé ne peut être séropositive. Il s'agit cependant, d'une idée fausse largement répandue pouvant entraîner des rapports sexuels non protégés avec des partenaires sexuels infectés.²⁷

De même que, 44,6 % des Caribéens anglophones vs 25,0 % des Africains subsahariens croyaient que le VIH se transmet par les piqûres de moustiques ou ne connaissaient pas la réponse à la question. Cette croyance pourrait réduire la motivation d'une personne à adopter un comportement sexuel sans risque.²⁷

Enfin, 33,9 % des Caribéens anglophones vs 10,4 % des Africains subsahariens croyaient que le virus peut se transmettre au cours d'un repas avec une personne infectée ou ne connaissaient pas la réponse à la question. Cette croyance renforcerait la stigmatisation à laquelle les personnes vivant avec le sida sont confrontées.²⁷

Le niveau d’instruction apparaît corrélér au niveau de connaissances des modes de transmission du VIH. Il est aussi important de corriger les principales idées fausses sur la transmission du VIH que de favoriser une connaissance exacte des vrais modes de transmission du virus.²⁷ Les lacunes mises en évidence dans la connaissance des modes de transmission du VIH doivent être comblées en tenant compte des diversités sociales et culturelles des populations ciblées.

5.3.4. Dépistage prénatal

Seulement, 83,5 % (111/133) des Caribéennes anglophones avaient été dépistées pour le VIH lors de leur dernière grossesse. Des barrières de toutes natures peuvent freiner l’accès de cette population au dépistage. Les bénéfices de plus en plus évidents du dépistage précoce pour la mère et l’enfant rendent plus importante encore l’identification de ces barrières et la création, dans la communauté, d’alliances favorables à la mise de l’avant d’actions destinées à les surmonter.

5.3.5. Usage de substances lors de rapport sexuel.

Des proportions plus importantes de Caribéens anglophones que d’Africains subsahariens et significativement plus d’hommes que de femmes dans les deux communautés, avaient utilisé de l’alcool [51,6 % (195/378) des Caribéens anglophones vs 19,7 % (150/762) des Africains subsahariens], de la marijuana ou d’autres drogues pendant un rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale au cours des 12 derniers mois.

Il faudrait fournir à ces personnes des interventions préventives du VIH qui sont holistiques, non stigmatisantes et sans jugement.³⁰

6. AUTRES PISTES D’INTERVENTION ET RECOMMANDATIONS

Certaines pistes d’intervention ont été précédemment identifiées, afin de favoriser l’amélioration ou la mise en place de stratégies de prévention du VIH/sida et de protection en direction des sous-groupes les plus vulnérables. Aussi, dans le cadre du programme régional de prévention des ITSS, les professionnels concernés et les différents paliers décisionnels impliqués devraient tenir compte des principaux constats de l’enquête SSG-AFCAR et opérationnaliser ces pistes d’intervention en tenant compte du contexte et de l’environnement particuliers des communautés ciblées.

L’étude de faisabilité²¹ réalisée pour cerner les facteurs susceptibles de faciliter ou d’entraver la réalisation de l’enquête de surveillance seconde génération du VIH dans les communautés montréalaises originaires d’Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones et la réalisation effective de l’enquête SSG-AFCAR nous ont permis de mieux comprendre la réalité de ces communautés et leurs besoins en matière de prévention des ITSS. Les pistes d’intervention suivantes émanent non pas des résultats quantitatifs de l’enquête SSG-AFCAR, mais des réflexions, des consultations et des interactions que nous avons eues avec le comité consultatif communautaire, les organisations et certains leaders communautaires et religieux, les membres des deux communautés avant le déroulement de l’enquête, mais également suite aux observations faites lors du recrutement des participants.

6.1. Réalité et besoins des communautés concernées

Par rapport à la communauté montréalaise d'origine haïtienne, il existe très peu d'organismes communautaires africains ou caribéens anglophones qui œuvrent dans la prévention des ITSS et plus généralement sur d'autres problématiques de santé à Montréal.

Par ailleurs l'approche participative communautaire qui a permis de favoriser l'implication des communautés ciblées dans toutes les étapes de la mise en œuvre et de la réalisation de l'enquête SSG-AFCAR devrait être renforcée pour que l'appropriation des résultats de l'enquête par ces communautés se traduise rapidement en actions efficaces et efficaces en réponse aux défis soulevés par le VIH/sida.

Il faudrait que les dites communautés se mobilisent pour créer des occasions et des mécanismes qui faciliteront les contacts et la collaboration de leurs membres dans la réponse aux enjeux liés au VIH/sida. Il sera nécessaire de travailler avec des leaders communautaires, des institutions religieuses comme des églises et des mosquées, des regroupements de ressortissants d'un même pays, mais également avec les PVVIH issues de ces communautés, dans le but d'élaborer une réponse communautaire qui reconnaît la diversité qui existe au sein des communautés africaines et caribéennes anglophones.

Cette émergence de leadership communautaire à Montréal permettrait d'identifier des canaux de promotion et de sensibilisation sur le VIH/sida afin de minimiser le sentiment de stigmatisation, d'améliorer les communications et la collaboration (médias communautaires, brochures bilingues, etc.) et de faire le suivi des recommandations incluses dans ce rapport.

6.2. Engagement et sensibilisation des professionnels et des gestionnaires de la santé

Nos collègues du milieu communautaire nous ont souligné le besoin de sensibiliser les professionnels et les gestionnaires de la santé aux spécificités de la prise en charge des communautés ethnoculturelles (différentes croyances associées au VIH et aux autres ITSS, etc.) et à la difficulté d'accès des populations ethnoculturelles au réseau de la santé. Les pistes de solutions qu'ils proposent incluent de favoriser les services de proximité pour que tous aient accès à des soins de santé de qualité et d'inclure les communautés ethnoculturelles dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'offre de programmes d'intervention. Ils suggèrent également d'établir des partenariats et de collaborer avec des organismes communautaires qui œuvrent dans le domaine du VIH/sida (ex : COCQSIDA, etc.) et d'autres partenaires (organismes communautaires destinés aux familles de nouveaux immigrants et réfugiés, organismes prenant en charge les personnes vivant en contexte de vulnérabilité comme les banques alimentaires, organismes offrant des cours de francisation et d'alphabétisation, etc.). Afin d'améliorer leur savoir-faire et leur compétence ethnoculturelle pour assurer la continuité des soins et des programmes relatifs aux ITSS, ces différents acteurs devraient utiliser 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.³⁰

6.3. Responsabilités politiques

Des actions concrètes s'imposent à Montréal, du fait de la surreprésentation des personnes originaires de pays où le VIH est endémique dans la catégorie de transmission hétérosexuelle du VIH, de l'importance des taux de prévalence mis en évidence par l'enquête SSG-AFCAR dans les deux communautés ciblées et de la vulnérabilité de certains sous-groupes dont les femmes africaines subsahariennes. La réponse au VIH/sida parmi les communautés ethnoculturelles devrait donc être une priorité de financement, afin d'accroître le nombre de programmes, de services et de fournisseurs des services permettant ainsi de renforcer la

disponibilité, l'accessibilité et la qualité des programmes et services liés au VIH et au sida.³¹ Cette réponse devrait intégrer la prévention du VIH et des autres ITSS dans d'autres problématiques qui touchent les communautés ethnoculturelles, comme l'immigration, la pauvreté et le logement.³¹ Elle pourrait également adapter les orientations ministérielles contenues dans le document « Une passerelle vers un avenir en santé »³² aux réalités montréalaises.

CONCLUSION

Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes sont particulièrement touchées par le VIH/sida et doivent faire l'objet d'une attention particulière en matière de lutte contre le VIH/sida. Au Québec et ailleurs au Canada, ces sous-groupes sont restés longtemps absents des programmes de recherche sur le VIH/sida et des politiques de prévention. En effet, nous avions auparavant peu d'information nous permettant de mettre sur pied des interventions pertinentes à leur endroit. L'enquête SSG-AFCAR a permis de répondre à ce besoin.

Il est donc possible de réaliser des enquêtes de surveillance de seconde génération du VIH auprès des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. L'enquête SSG-AFCAR devra donc être reprise afin d'analyser les tendances et améliorer les cibles des stratégies culturellement adaptées pour renforcer le niveau de connaissance sur le VIH/sida, diminuer les comportements à risque et améliorer l'accès au dépistage des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ces données contribueront également à évaluer les programmes d'intervention offerts.

Les résultats de l'enquête SSG-AFCAR ont confirmé que la séroprévalence de l'infection par le VIH demeure élevée chez les personnes résidentes sur l'île de Montréal originaires de pays où le VIH est endémique. Des pratiques sexuelles à haut risque ont été mises en évidence et le risque de transmission de l'infection par le VIH et d'autres ITSS persiste dans les sous-groupes les plus vulnérables, notamment les femmes. Ces résultats devront très rapidement être pris en compte pour développer et améliorer les politiques, les programmes, les interventions et les services offerts au niveau communautaire, local, provincial et national en direction des populations africaines subsahariennes et caribéennes anglophones ou francophones vivant au Québec ou ailleurs au Canada.

RÉFÉRENCES

- 1 Agence de la santé publique du Canada (2013). Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2012. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013. Disponible sur : <http://www.catie.ca/sites/default/files/HIV-AIDS-Surveillance-in-Canada-2012-FR-FINAL.pdf> [Consulté le 02 février 2014]
- 2 Agence de la santé publique du Canada (2009). 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. Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/africacaribbe/index-fra.php> [Consulté le 12 mars 2013]
- 3 ONUSIDA. (2014). The gap report : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf [Consulté le 19 juillet 2014]
- 4 Agence de la santé publique du Canada (2012). Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, 2012. ISSN : 2291-0433. Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/assets/pdf/estimat2011-fra.pdf> (consulté le 28 avril 2014).
- 5 Bitera R. (2014). Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2013. (Rapport préliminaire), Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- 6 Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). Surveillance du sida au Québec. Publication no : 12-268-09W. Accessible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrole/sidapage2.pdf> [Consulté le 20 mai 2014].
- 7 Ogunnaike-Cooke S, *et al.* (2013). Framework for the E-Track: An enhanced surveillance system designed to monitor trends in the prevalence of HIV and associated factors and infections among people in Canada from countries where HIV is endemic. Poster presentation at the 22nd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Vancouver, April 11-14, 2013 (P131). <http://www.cahr-acrv.ca/content/uploads/2012/10/CAHR-2013-Abstract-Book-FINAL.pdf>
- 8 Adrien A, Leane V, Remis RS, *et al.* (1999). Migration and HIV: an epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *Int J STD AIDS*. 1999; 10(4):237–42.
- 9 Joseph G, Adrien A, Tremblay C, Leclerc P. (2010). Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne / Surveillance biologique et comportementale – 2e édition Accessible à l'adresse suivante : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1990144> [Consulté le 12 juin 2013].
- 10 Adrien A, Cox J, Leclerc P, *et al.* (2010). Behavioral risks for HIV infection among Quebec residents of Haitian origin. *J Immigrant Minority Health* 2010; 12:894–899.

- 11 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. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.catie.ca/sites/default/files/Pratiques-dinclusion-dans-la-prevention-des-ITSS-chez-les-minorites-ethnoculturelles.pdf> [Consulté le 16 juin 2014]
- 12 Yang Q, Boulos D, Yan P, *et al.* (2010). Estimates of the number of prevalent and incident human immunodeficiency virus (HIV) infections in Canada, 2008. *Can J Public Health*, 101(6):486-
- 13 Brenner BG, Roger M, Routy JP, *et al.* (2007). High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis*, 195:951-959.
- 14 Pillay D, Fisher M. (2007). Primary HIV Infection, phylogenetics, and antiretroviral prevention. *J Infect Dis*, 195:924-926.
- 15 ONUSIDA. (2013). Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf [Consulté le 11 janvier 2014]
- 16 ONUSIDA. (2014). Issues Brief: Local Epidemics. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2559_local-epidemics_en.pdf [Consulté le 06 juillet 2014]
- 17 Institut national de santé publique du Québec. (2014). Nombre de cas déclarés pour Sida, pour la Province de Québec. Disponible sur : <https://www.extranetmado.ca/mado04/MADO/asp/rapportmadopublic.asp?regso=0&grp=16>
- 18 Fleury E, *et al.* (2014) Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Québec, Service de lutte contre les ITSS Direction générale de la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux. 239 p. Disponible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-308-01W.pdf>.
- 19 Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). Formulaire SP-100. Disponible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/preventioncontrole/SP-100.pdf> [Consulté le 20 mai 2014].
- 20 Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA. (2000). Surveillance de deuxième génération du VIH : Les dix prochaines années. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 40p (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5). Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66483/1/WHO_CDS_CSR_EDC_2000.5_fre.pdf?ua=1
- 21 Butoyi J, Hot A, Bernier M, Adrien A, Ogunnaike-Cooke S, *et al.* (2012). Faisabilité d'un système de surveillance de deuxième génération du VIH auprès des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Poster presentation at the 21st Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Montréal, April 2012 (P244).
- 22 Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC). 2010. Portrait statistique de la population recensée au Québec en 2006. Disponible sur : <http://www.micc.gouv.qc.ca/fr/publications/etudes-recherches-statistiques/statistiques-population/recensement-2006.html> [Consulté le 25 mars 2012]

-
- 23 INSPQ. (2003). Secrétariat du Comité d'éthique de santé publique. La surveillance continue de l'état de santé de la population une synthèse; p 4-5.
- 24 Unité d'éthique de la recherche du MSSS. (2007). Note de clarification relative aux compétences matérielles et territoriales des comités d'éthique de la recherche.
- 25 Comité d'éthique de santé publique. (2012). Avis sur le Plan régional de surveillance de la région de Montréal 2011-2015.
- 26 Blais M, *et al.* (2009). La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens : Regard critique sur le concept l'hypersexualisation. *Globe : Revue internationale d'études québécoises*, vol. 12, no 2, p. 27-28.
- 27 ONUSIDA. (2014). Rapport mondial : Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr.pdf [Consulté le 11 mai 2014].
- 28 Criton C, Fener P. (2007). Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la femme. Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), France.
- 29 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants, 2012. Disponible sur : http://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/%C3%89tat_de_sant%C3%A9/sant%C3%A9_physique/TOPO_synthese_infographique/TOPO-synthese-MTL-201405-fr.pdf [Consulté le 15 juin 2014].
- 30 LLana J. (2006). Guide et manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et Africaines caribéennes vivant au Canada. Centre de santé communautaire Women's Health In Women's Hands (ACCHO) et centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands (WHIWH). Toronto, Canada. ISBN 0-9736431-3-7.(version PDF).51p. Disponible sur : http://www.accho.ca/pdf/hiv_manual-part_1_french.pdf
- 31 A Falconer & Associates Inc. (2008). Passer à l'action face au VIH et au sida dans les communautés noires du Canada : une ressource pour aller de l'avant. Ottawa, Coalition interagence sida et développement. Disponible sur : http://www.icad-cisd.com/content/pub_details.cfm?ID=243&CAT=15&lang=f [Consulté juin 2014].
- 32 Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). Une passerelle vers un avenir en santé. La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir Orientations Ministérielles. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. ISBN : 978-2-550-63958-9 (version PDF). 27p. Disponible sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-522-01W.pdf> [Consulté Août 2014]

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des pays où le VIH est endémique

Afrique		Caraïbes, Bermudes et Amérique centrale/Amérique du Sud
▪ Angola ▪ Bénin ▪ Botswana ▪ Burkina Faso ▪ Burundi ▪ Cameroun ▪ Cap-Vert ▪ République centrafricaine ▪ Tchad ▪ République démocratique du Congo (anciennement Zaïre)- Kinshasa ▪ République du Congo-Brazzaville ▪ Djibouti ▪ Guinée équatoriale ▪ Érythrée ▪ Éthiopie ▪ Gabon ▪ Gambie ▪ Ghana ▪ Guinée ▪ Guinée-Bissau ▪ Côte-d'Ivoire ▪ Kenya	▪ Lesotho ▪ Libéria ▪ Malawi ▪ Mali ▪ Mozambique ▪ Namibie ▪ Niger ▪ Nigéria ▪ Rwanda ▪ Sénégal ▪ Sierra Leone ▪ Somalie ▪ Afrique du Sud ▪ Soudan ▪ Soudan du Sud ▪ Swaziland ▪ Tanzanie ▪ Togo ▪ Ouganda ▪ Zambie ▪ Zimbabwe	▪ Anguilla ▪ Antigua-et-Barbuda ▪ Bahamas ▪ Barbade ▪ Bermudes ▪ Îles Vierges britanniques ▪ Îles Caïmans ▪ Dominique ▪ République dominicaine ▪ Guyane française ▪ Grenade ▪ Guadeloupe ▪ Guyane ▪ Haïti[§] ▪ Honduras ▪ Jamaïque ▪ Martinique ▪ Montserrat ▪ Antilles néerlandaises ▪ Sainte-Lucie ▪ Saint-Christophe-et-Nevis ▪ Saint-Vincent-et- les-Grenadines ▪ Suriname ▪ Trinité-et-Tobago ▪ Îles Turks-et-Caïcos ▪ Îles Vierges des États-Unis

[§] Les Montréalais originaires d'Haïti ont été exclus de l'enquête SSG-AFCAR.

Annexe 2 : Questionnaire E-Track

E-Track

Effectuer le suivi des tendances en matière de
prévalence du VIH et des facteurs comportementaux
et sociodémographiques connexes chez les Canadiens
nés dans des pays où le VIH est endémique

PHASE 1 - Montréal 2013

**QUESTIONNAIRE
CONFIDENTIEL**

Questions administratives (à remplir par l'intervieweur)

Évaluation préalable de l'admissibilité

Évaluez et cochez : (les deux énoncés doivent être cochés pour continuer)

Avez-vous vérifié l'admissibilité du participant?

☐ Participant est admissible

Le participant a-t-il donné son consentement à participer?

☐ Oui

Le participant a-t-il consenti à l'entreposage de son échantillon de sang prélevé par ponction capillaire au bout du doigt et à l'exécution de tests supplémentaires sur cet échantillon à l'avenir?

☐ Oui

☐ Non, les gouttes de sang séché (GSS) doit être détruit après de tests

MTL(1). Organisme de recrutement : _____

1. Saisissez les quatre derniers chiffres du code d'identification du site :

E-13-MTL- _____

L'enquête est confidentielle et anonyme. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire. Je vais vous demander d'inscrire vos initiales et votre date de naissance dans un programme informatique spécial qui créera un code chiffré unique. Une fois le code chiffré généré et consigné sur le questionnaire, votre date de naissance et vos initiales seront effacées immédiatement du programme informatique.

2. Indiquez le code d'identification chiffré (toujours 10 caractères maximum) :

*Indiquer le code chiffré
ici*

3. Sélectionnez le nom de la ville :

☒ Île de Montréal

4. Veuillez indiquer l'endroit où a eu lieu l'entrevue : Code du site : _____

5. Indiquez la date d'aujourd'hui au format suivant : JJ/MM/AAAA (p. ex. 15/04/2013) :

_____/_____/_____
JJ MM AAAA

6. Saisissez vos initiales (de 2 à 5 lettres) : _____

7. Indiquez l'heure de début de l'entrevue. Veuillez utiliser un format de 24 heures. Par exemple, saisissez 16:15 pour 4 h 15 de l'après-midi. _____

Nous sommes à présent prêts à commencer l'entrevue.

Comment avez-vous entendu parler de cette enquête? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ De bouche à oreille
- ☐ Affiche/circulaire
- ☐ Recommandation
- ☐ À votre arrivée
- ☐ Médias/événement
- ☐ Médias sociaux (p. ex. Facebook, Twitter) (préciser) : _____
- ☐ Organisations communautaires (préciser) : _____
- ☐ Autre (préciser) : _____

Vos réponses vont à présent être insérées dans le questionnaire. Souhaitez-vous remplir le questionnaire vous-même, ou souhaitez-vous que je lise les questions et que j'insère les réponses que vous fournissez? Quelle que soit la manière choisie, je resterai dans la pièce jusqu'à ce que le questionnaire soit rempli et je serai heureux de répondre à toutes vos questions.

Êtes-vous prêt à commencer?

SECTION 1 : Sociodémographiques

Certaines questions de cette enquête sont très personnelles. Veuillez noter que vos réponses restent entièrement confidentielles. Nous posons les mêmes questions à toutes les personnes prenant part à cette enquête.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

1.1 Quel âge avez-vous aujourd'hui?

Nombre d'années (préciser) : _____

Si le participant à moins de 15 ans, terminez l'entrevue.

Pour les personnes dont l'âge se trouve en dessous du critère d'admissibilité : Vous avez indiqué que vous avez moins de 15 ans. Cette enquête s'adresse uniquement aux personnes qui ont entre 15 et 49 ans. Malheureusement, vous ne pouvez pas participer à cette enquête. Je vous remercie de vous être déplacé.

Si le participant a plus de 49 ans, terminez l'entrevue.

Pour les personnes dont l'âge se trouve au-dessus du critère d'admissibilité : Vous avez indiqué que vous avez plus de 49 ans. Cette enquête s'adresse uniquement aux personnes qui ont entre 15 et 49 ans. Malheureusement, vous ne pouvez pas participer à cette enquête. Je vous remercie de vous être déplacé.

S'il vous plaît retourner le questionnaire à l'enquêteur

1.2 Habitez-vous présentement à Île de Montréal?

- ☐ Oui
☐ Non

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Si la réponse est Non, Ne sait pas ou si la personne Préfère ne pas répondre, terminez l'entrevue.

Si le participant n'habite pas dans Île de Montréal, terminez l'entrevue.

Pour les villes de résidence non éligibles: Vous avez indiqué que vous n'habitez pas Île de Montréal. Cette enquête s'adresse uniquement aux personnes qui habitent Île de Montréal. Malheureusement, vous ne pouvez pas participer à cette enquête. Je vous remercie de vous être déplacé.

Pour les personnes qui ne savent pas ou qui refusent de répondre : Vous ne pouvez pas me donner de l'information sur la ville où vous habitez. Nous avons besoin de cette information pour savoir si cette enquête s'adresse à vous. Malheureusement, vous ne pouvez pas participer à cette enquête. Je vous remercie de vous être déplacé.

S'il vous plaît retourner le questionnaire à l'enquêteur

MTL1 (1.2) Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal? Si vous habitez dans un refuge, inscrivez les trois premiers caractères du code postal du refuge. Veuillez noter que les trois caractères de votre code postal ne permettent pas d'identifier votre domicile.

☐ *Ne sait pas*

☐ *Préfère ne pas répondre*

MTL2 (1.2) Quel est votre CLSC (centre local de services communautaires)? (Voir la liste des CLSC pour inscrire le code de votre CLSC)

☐ *Ne sait pas*

☐ *Préfère ne pas répondre*

1.3 Quel est votre pays de naissance? (En choisir UN seulement)

Afrique		Caraïbes, Bermudes et Amérique centrale/Amérique du Sud
☐ Angola ☐ Bénin ☐ Botswana ☐ Burkina Faso ☐ Burundi ☐ Cameroun ☐ Cap-Vert ☐ République centrafricaine ☐ Tchad ☐ République démocratique du Congo (anciennement Zaïre)- Kinshasa ☐ République du Congo-Brazzaville ☐ Djibouti ☐ Guinée équatoriale ☐ Érythrée ☐ Éthiopie ☐ Gabon ☐ Gambie ☐ Ghana ☐ Guinée ☐ Guinée-Bissau ☐ Côte-d'Ivoire ☐ Kenya	☐ Lesotho ☐ Libéria ☐ Malawi ☐ Mali ☐ Mozambique ☐ Namibie ☐ Niger ☐ Nigéria ☐ Rwanda ☐ Sénégal ☐ Sierra Leone ☐ Somalie ☐ Afrique du Sud ☐ Soudan ☐ Soudan du Sud ☐ Swaziland ☐ Tanzanie ☐ Togo ☐ Ouganda ☐ Zambie ☐ Zimbabwe	☐ Anguilla ☐ Antigua-et-Barbuda ☐ Bahamas ☐ Barbade ☐ Bermudes ☐ Îles Vierges britanniques ☐ Îles Caïmans ☐ Dominique ☐ République dominicaine ☐ Guyane française ☐ Grenade ☐ Guadeloupe ☐ Guyane ☐ Honduras ☐ Jamaïque ☐ Martinique ☐ Montserrat ☐ Antilles néerlandaises ☐ Sainte-Lucie ☐ Saint-Christophe-et-Nevis ☐ Saint-Vincent-et-les-Grenadines ☐ Suriname ☐ Trinité-et-Tobago ☐ Îles Turks-et-Caïcos ☐ Îles Vierges des États-Unis

☐ Autre (préciser) : _____

☐ Ne sait pas

☐ Préfère ne pas répondre

Si la réponse est Autre, Ne sait pas ou si la personne Préfère ne pas répondre, terminez l'entrevue.

Si le participant N'est PAS né dans un pays figurant sur la liste des pays considérés comme endémiques, terminez l'entrevue.

Pour l'admissibilité du pays de naissance : Vous avez indiqué que vous étiez né dans un pays qui ne figure pas sur la liste au-dessus, toutefois cette enquête s'adresse uniquement aux personnes qui sont nées dans un pays qui figure sur cette liste (montrez la liste au participant). Malheureusement, vous ne pouvez pas participer à cette enquête. Je vous remercie de vous être déplacé.

Pour les personnes qui ne savent pas ou qui refusent de répondre : Vous ne pouvez pas me donner de l'information sur votre pays de naissance. Nous avons besoin de cette information pour savoir si cette enquête s'adresse à vous. Malheureusement, vous ne pouvez pas participer à cette enquête. Je vous remercie de vous être déplacé.

S'il vous plaît retourner le questionnaire à l'enquêteur

1.4 En quelle année êtes-vous venu vivre au Canada?

Année (préciser) : _____

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

1.5 Quel est votre statut de résidence au Canada? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Citoyen canadien
☐ Immigrant ayant obtenu le droit d'établissement/résident permanent
☐ Réfugié/protégé (cela signifie que vous avez été officiellement accepté en tant que réfugié)
☐ Demandeur d'asile/personne qui a besoin de protection (cela signifie que vous avez fait une demande pour être considéré comme un réfugié, mais elle n'a pas encore été acceptée)
☐ Permis de travail temporaire (travailleur étranger temporaire)
☐ Visa de résident temporaire (visiteur)
☐ Visa d'études (étudiant international)
☐ Super visa pour parents et grands-parents
☐ Autre (préciser) : _____
- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

1.6 Dans quel pays avez-vous passé la plus grande partie de votre enfance (de 0 à 18 ans) :

- ☐ Votre pays de naissance
☐ Un autre pays (préciser) : _____
- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

1.7 Les personnes qui vivent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées. Pensez- vous faire partie de l'un des groupes suivants? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent jusqu'à un MAXIMUM de quatre)

- ☐ Noirs Blancs
- ☐ Asiatiques du Sud
- ☐ Asiatiques de l'Extrême-Orient Asiatiques
- ☐ du Sud-Est
- ☐ Arabes ou Asiatiques de l'Ouest
- ☐ Latino-américains/Hispaniques Autochtones
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

1.8 Quel était votre sexe à la naissance? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

1.9 Aujourd'hui, vous vous considérez comme? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Transsexuel ou transgenre
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

NOTE!

- Une personne « hétérosexuelle » est une personne qui est attirée sexuellement par des personnes de sexe biologique différent ou opposé.
- Une personne « homosexuelle, gaie ou lesbienne » est une personne qui est attirée sexuellement par des personnes du même sexe.
- Une personne « bisexuelle » est une personne qui est attirée sexuellement par des personnes des deux sexes.
- Une personne « en questionnement » est une personne qui n'est pas certaine de son orientation sexuelle.

1.10 Parmi les options indiquées ci-dessous, laquelle décrit le mieux votre orientation sexuelle?*(Cochez UNE seule case)*

- ☐ Hétérosexuel
☐ Homosexuel (gai ou lesbienne) Bisexuel
☐ En questionnement
☐ Autre (préciser) : _____
☐
☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

1.11 ACTUELLEMENT, quel est votre relation ou votre état matrimonial? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent à votre relation ou état matrimonial actuel)

- ☐ Célibataire (vous n'êtes pas en relation et n'avez jamais été marié[e])
☐ En relation avec un homme mais vous ne vivez pas ensemble et vous n'êtes pas mariés
☐ En relation avec une femme mais vous ne vivez pas ensemble et vous n'êtes pas mariés
☐ En relation avec un homme; vous vivez ensemble et formez un couple, mais vous n'êtes pas légalement mariés
☐ En relation avec une femme; vous vivez ensemble et formez un couple, mais vous n'êtes pas légalement mariés
☐ Marié(e) et vivant avec mon conjoint Marié(e)
☐ et vivant avec ma conjointe
☐ Marié(e), mais mon conjoint ne vit pas au Canada
☐ Marié(e), mais ma conjointe ne vit pas au Canada Marié(e),
☐ mais séparée de mon conjoint
☐ Marié(e), mais séparé de ma conjointe Divorcé(e)
☐ Veuf (veuve)
☐ Autre (préciser) : _____
☐
☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

1.12 Quelles sont, s'il y'a lieu, vos croyances ou votre religion? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Musulman sunnite
- ☐ Musulman chiite
- ☐ Catholique Anglican
- ☐ Luthérien
- ☐ Baptiste
- ☐ Adventiste du septième jour
- ☐ Témoin de Jéhovah
- ☐ Adeptes de l'église Évangélique
- ☐ Adeptes d'une religion traditionnelle africaine Hindou
- ☐ Aucune ou agnostique ou athée
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

1.13 Quel est votre niveau d'instruction le plus élevé? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucune instruction
- ☐ Quelques années d'école primaire École
- ☐ primaire complétée
- ☐ Quelques années d'études secondaires
- ☐ Études secondaires complétée
- ☐ Quelques années de CEGEP/collège/école de métiers CEGEP/collège/école de
- ☐ métiers complété(e)
- ☐ Quelques années d'études universitaires Obtention
- ☐ d'un certificat ou diplôme universitaire
- ☐ Obtention d'un diplôme universitaire de premier cycle (p. ex. baccalauréat ès arts, baccalauréat ès sciences, baccalauréat en éducation)
- ☐ Obtention d'un diplôme d'études supérieures (p. ex. maîtrise ès arts, maîtrise ès sciences, doctorat en philosophie, doctorat ès sciences, doctorat en médecine, doctorat en droit) Autre
- ☐ (préciser) : _____
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

Des facteurs tels que la culture, le sexe, l'éducation, le revenu, l'emploi et les environnements sociaux et physiques jouent un rôle important sur la santé d'une personne. Par conséquent, les questions suivantes sont importantes pour ce questionnaire portant sur la santé. Soyez assurés que, comme toutes les autres informations que vous fournissez, vos réponses aux questions suivantes seront strictement confidentielles.

1.14 Au cours des douze derniers mois, quelle était votre situation professionnelle? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Employé à temps plein (y compris le travail à son compte) Employé à
- ☐ temps partiel (y compris le travail à son compte) Étudiant à temps plein
- ☐ Étudiant à temps partiel
- ☐ Travail à domicile non rémunéré (tâches ménagères ou soins à des membres de la famille) Bénévolat ou
- ☐ soins (pour d'autres personnes que les membres de votre famille)
- ☐ Retraité
- ☐ Bénéficiaire de prestation d'invalidité Bénéficiaire
- ☐ de prestation de la sécurité sociale
- ☐ Sans emploi
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

1.15 Pour les douze derniers mois, quel est le revenu total approximatif de votre ménage, autrement dit quel est le revenu de l'ensemble des membres de votre ménage, toutes sources de revenus confondues, avant imposition et autres déductions? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Moins de 5 000 \$
- ☐ 5 000 \$ ou plus mais moins de 10 000 \$
- ☐ 10 000 \$ ou plus mais moins de 15,000 \$
- ☐ 15 000 \$ ou plus mais moins de 20 000 \$
- ☐ 20 000 \$ ou plus mais moins de 30 000 \$
- ☐ 30 000 \$ ou plus mais moins de 40 000 \$
- ☐ 40 000 \$ ou plus mais moins de 50 000 \$
- ☐ 50 000 \$ ou plus mais moins de 60 000 \$
- ☐ 60 000 \$ ou plus mais moins de 70 000 \$
- ☐ 70 000 \$ ou plus mais moins de 80 000 \$
- ☐ 80 000 \$ ou plus mais moins de 90 000 \$
- ☐ 90 000 \$ ou plus mais moins de 100 000 \$
- ☐ 100 000 \$ ou plus mais moins de 150 000 \$
- ☐ 150 000 \$ et plus

- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

} Si la personne ne sait pas ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 1.19.

1.16 Combien de personnes vivant au Canada (y compris vous-même) sont dépendantes du revenu de votre ménage?

Nombre de personnes au Canada : Préciser : _____

- ☐ *Ne sait pas*
☐ *Préfère ne pas répondre*

1.17 Combien de personnes vivant en dehors du Canada sont dépendantes du revenu de votre ménage?

Nombre de personnes en dehors du Canada : Préciser : _____

- ☐ *Ne sait pas*
☐ *Préfère ne pas répondre*

1.18 Au cours des douze derniers mois, considérant votre revenu du ménage, avez-vous pu répondre facilement à vos besoins en matière de logement et d'alimentation? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Très facilement
☐ Plus ou moins facilement Plus
☐ ou moins difficilement Très
☐ difficilement

☐ *Ne sait pas*
☐ *Préfère ne pas répondre*

1.19 Dans quel type d'habitation vivez-vous actuellement? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Votre maison, votre appartement, votre condo (propriétaire)
☐ Votre maison, votre appartement, votre condo (en location)
☐ Maison de vos parents
☐ Maison d'un autre membre de la famille
☐ Maison d'un(e) ami(e)
☐ Chambre d'hôtel ou de motel
☐ Refuge ou foyer Maison/Foyer
☐ de transition Maison de
☐ chambres/Pension
☐ Lieu public (rue, parc, local vacant squat, Métro, passage souterrains, toilettes publiques, escalier, etc.)
☐ Camp de réfugiés (ou centre de détention de l'immigration) Établissement
☐ correctionnel
☐ Autre (préciser) : _____

☐ *Ne sait pas*
☐ *Préfère ne pas répondre*

1.20 Combien de fois avez-vous déménagé au cours des douze derniers mois?

Nombre de fois : _____

- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Préfère ne pas répondre*

SECTION 2 : Comportements sexuels

Les prochaines questions portent sur vos comportements sexuels et sont posées parce qu'elles peuvent avoir des effets importants et durables sur votre santé. Ces questions sont très personnelles et certaines d'entre elles peuvent être délicates.

Soyez assurés que vos réponses demeureront confidentielles.

Dans le cadre de cette enquête, on entend par « sexe » les relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale, cela inclut les cas où vous n'avez pas consenti à avoir des relations sexuelles.

Les questions portant sur le condom font allusion aux condoms masculins et féminins.

2.1 À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale?

_____ (âge en années)

☐ Jamais eu de relation sexuelle

→ Si vous êtes un homme et n'avez jamais eu de relation sexuelle passez à la question 2.27

☐ Ne sait pas

→ Si vous êtes une femme et n'avez jamais eu de relation sexuelle passez à la question 2.28

☐ Préfère ne pas répondre

2.2 Au cours de votre vie, avec combien de partenaires, hommes et femmes, avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? Les partenaires avec lesquels vous n'avez eu qu'une seule relation sexuelle comptent aussi. (Cochez UNE seule case)

☐ 1 partenaire

☐ 2 partenaires

☐ 3 partenaires

☐ 4 ou 5 partenaires

☐ 6 à 10 partenaires

☐ 11 à 19 partenaires

☐ 20 partenaires ou plus

☐ Ne sait pas

☐ Préfère ne pas répondre



2.3 Parmi vos partenaires sexuels, combien sont nés en Afrique subsaharienne, les Caraïbes, l'Amérique centrale, l'Amérique du Sud ou en Asie? (Voir la carte ci-dessus à titre de référence. Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucun d'entre eux
☐ Certains d'entre eux
☐ Tous

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.4 Avez-vous eu des relations sexuelles vaginales ou anales au cours des douze derniers mois?

- ☐ Oui
☐ Non

- ☐ Ne sait pas
☐ ne pas répondre

Si la réponse est Non, Ne sait pas ou Préfère ne pas répondre

passer à la question 2.27 si c'est un homme ou à la question 2.28 Préfère si c'est une femme.

2.4 a Est-ce que vous ou votre partenaire avez utilisé un condom lors de votre dernière relation sexuelle? Incluant le condom masculin et féminin.

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Les prochaines questions portent sur les relations sexuelles avec des **PARTENAIRES MASCULINS** au cours des douze derniers mois. Elles comprennent les relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale données et reçues.

2.5 Au cours des douze derniers mois, avec combien de partenaires MASCULINS avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucun
- ☐ 1 partenaire
- ☐ 2 partenaires
- ☐ 3 partenaires
- ☐ 4 ou 5 partenaires
- ☐ 6 à 10 partenaires
- ☐ 11 à 19 partenaires
- ☐ 20 partenaires ou plus

→ Si la réponse est *Aucun*, passez à la question 2.13.

- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Préfère ne pas répondre*

Les termes « **partenaire sexuel régulier** » et « **partenaire sexuel occasionnel** » et « **sexe en échange d'argent, de drogue, de biens ou de services** » seront utilisés.

- Un « **partenaire sexuel régulier** » est une personne avec laquelle vous avez ou avez eu des relations sexuelles suivies et pour laquelle vous éprouvez ou non des sentiments.
- Un « **partenaire sexuel occasionnel** » est une personne avec laquelle vous avez eu des relations sexuelles une fois ou quelques fois. Par exemple, pour une nuit («one-night stand»).
- Le « **sexe en échange d'argent, de drogue, de biens ou de services** » fait allusion aux cas où vous avez **DONNÉ** ou **REÇU** de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles.

Dans le cadre de cette enquête, veuillez noter qu'un partenaire sexuel ne peut pas faire partie de plus d'un groupe. Par exemple, un partenaire sexuel ne peut pas être à la fois un « **partenaire sexuel régulier** » et un « **partenaire sexuel occasionnel** ».

Les prochaines questions portent sur vos partenaires sexuels RÉGULIERS MASCULINS qui sont des hommes avec lesquels vous avez ou avez eu des relations sexuelles suivies et pour lesquels vous avez ou non des sentiments.

2.6 Au cours des douze derniers mois, avec combien de partenaires sexuels RÉGULIERS MASCULINS avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucun
- ☐ 1 partenaire
- ☐ 2 partenaires
- ☐ 3 partenaires
- ☐ 4 ou 5 partenaires
- ☐ 6 à 10 partenaires
- ☐ 11 à 19 partenaires
- ☐ 20 partenaires ou plus

→ Si la réponse est Aucun, passez à la question 2.10.

- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

2.7 Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé des condoms avec vos partenaires sexuels RÉGULIERS MASCULINS? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Avait l'intention mais n'avait jamais de condom Jamais
- ☐ (0 %)
- ☐ Rarement (moins de 25 %)
- ☐ Parfois (entre 25 et 49 %)
- ☐ La plupart du temps (entre 50 et 74 %)
- ☐ Presque toujours (entre 75 et 99 %)
- ☐ Toujours (100 %)



Si la réponse est Avait l'intention ou Jamais, passez à la question 2.8.

- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

2.7a Au cours de votre dernière relation sexuelle avec votre partenaire sexuel RÉGULIER MASCULIN, avez-vous utilisé un condom?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

2.8 Au cours des douze derniers mois, est-ce que l'un de vos partenaires sexuels RÉGULIERS MASCULINS a eu d'autres partenaires sexuels tout en étant avec vous?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.9 Quel est le statut sérologique du VIH de votre dernier partenaire sexuel RÉGULIER MASCULIN?
(Cochez UNE seule case)

- ☐ Séropositif
☐ Séronégatif
☐ Vous ne connaissez pas le statut sérologique de votre dernier partenaire sexuel RÉGULIER MASCULIN.
☐ Préfère ne pas répondre

Les prochaines questions portent sur vos partenaires sexuels OCCASIONNELS MASCULINS, qui sont des hommes avec lesquels vous avez eu des relations sexuelles une fois ou quelques fois, par exemple, pour une nuit («one- night stand»).

2.10 Au cours des douze derniers mois, avec combien de partenaires sexuels OCCASIONNELS MASCULINS avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucun
☐ 1 partenaire
☐ 2 partenaires
☐ 3 partenaires
☐ 4 ou 5 partenaires
☐ 6 à 10 partenaires
☐ 11 à 19 partenaires
☐ 20 partenaires ou plus

→ Si la réponse est Aucun, passez à la question 2.13.

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.11 Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé des condoms avec vos partenaires sexuels OCCASIONNELS MASCULINS? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Avait l'intention mais n'avait jamais de condom
☐ Jamais (0 %)
☐ Rarement (moins de 25 %)
☐ Parfois (entre 25 et 49 %)
☐ La plupart du temps (entre 50 et 74 %)
☐ Presque toujours (entre 75 et 99 %)
☐ Toujours (100 %)



Si la réponse est Avait l'intention ou Jamais, passez à la question 2.12.

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.11a Au cours de votre dernière relation sexuelle avec votre partenaire sexuel OCCASIONNEL MASCULIN, avez-vous utilisé un condom?

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.12 Quel est le statut sérologique du VIH de votre dernier partenaire sexuel OCCASIONNEL MASCULIN? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Séropositif
☐ Séronégatif

☐ Vous ne connaissez pas le statut sérologique de votre dernier partenaire sexuel OCCASIONNEL MASCULIN.

☐ Préfère ne pas répondre

Les prochaines questions portent sur les relations sexuelles avec des PARTENAIRES FÉMININES au cours des douze derniers mois. Elles comprennent les relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale données et reçues.

2.13 Au cours des douze derniers mois, avec combien de partenaires sexuelles FÉMININES avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucune → Si la réponse est Aucune, passez à la question 2.21.
- ☐ 1 partenaire
- ☐ 2 partenaires
- ☐ 3 partenaires
- ☐ 4 ou 5 partenaires
- ☐ 6 à 10 partenaires
- ☐ 11 à 19 partenaires
- ☐ 20 partenaires ou plus
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

Les prochaines questions portent sur vos partenaires sexuelles RÉGULIÈRES FÉMININES qui sont des femmes avec lesquelles vous avez ou avez eu des relations sexuelles suivies et pour lesquelles vous avez ou non des sentiments.

2.14 Au cours des douze derniers mois, avec combien de partenaires sexuelles RÉGULIÈRES FÉMININES avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucune → Si la réponse est Aucune, passez à la question 2.18.
- ☐ 1 partenaire
- ☐ 2 partenaires
- ☐ 3 partenaires
- ☐ 4 ou 5 partenaires
- ☐ 6 à 10 partenaires
- ☐ 11 à 19 partenaires
- ☐ 20 partenaires ou plus
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

2.15 Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé des condoms avec vos partenaires sexuelles RÉGULIÈRES FÉMININES? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Avait l'intention mais n'avait jamais de condom
☐ Jamais (0 %)
☐ Rarement (moins de 25 %)
☐ Parfois (entre 25 et 49 %)
☐ La plupart du temps (entre 50 et 74 %)
☐ Presque toujours (entre 75 et 99 %)
☐ Toujours (100 %)

} Si la réponse est Avait l'intention ou
 Jamais, passez à la question 2.16

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.15a Au cours de votre dernière relation sexuelle avec votre partenaire sexuelle RÉGULIÈRE FÉMININE, avez-vous utilisé un condom?

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.16 Au cours des douze derniers mois, est-ce que l'une de vos partenaires sexuelles RÉGULIÈRES FÉMININES a eu d'autres partenaires sexuels tout en étant avec vous?

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.17 Quel est le statut sérologique du VIH de votre dernière partenaire sexuelle RÉGULIÈRE FÉMININE? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Séropositif
☐ Séronégatif

☐ Vous ne connaissez pas le statut sérologique de votre dernière partenaire sexuelle RÉGULIÈRE FÉMININE

☐ Préfère ne pas répondre

Les prochaines questions portent sur vos partenaires sexuelles OCCASIONNELLES FÉMININES, c'est-à-dire des femmes avec lesquelles vous avez eu des relations sexuelles une fois ou quelques fois. Par exemple, pour une nuit («one-night stand»).

2.18 Au cours des douze derniers mois, avec combien de partenaires sexuelles OCCASIONNELLES FÉMININES avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucune → Si la réponse est Aucune, passez à la question 2.21.
- ☐ 1 partenaire
- ☐ 2 partenaires
- ☐ 3 partenaires
- ☐ 4 ou 5 partenaires
- ☐ 6 à 10 partenaires
- ☐ 11 à 19 partenaires
- ☐ 20 partenaires ou plus

- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

2.19 Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé des condoms avec vos partenaires sexuelles OCCASIONNELLES FÉMININES? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Avait l'intention mais n'avait jamais de condom
- ☐ Jamais (0 %) } Si la réponse est Avait l'intention ou Jamais, passez à la question 2.20
- ☐ Rarement (moins de 25 %)
- ☐ Parfois (entre 25 et 49 %)
- ☐ La plupart du temps (entre 50 et 74 %)
- ☐ Presque toujours (entre 75 et 99 %)
- ☐ Toujours (100 %)
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

2.19a Au cours de votre dernière relation sexuelle avec votre partenaire sexuelle OCCASIONNELLE FÉMININE, avez-vous utilisé un condom?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

2.20 Quel est le statut sérologique du VIH de votre dernière partenaire sexuelle OCCASIONNELLE FÉMININE?
(Cochez UNE seule case)

- ☐ Séropositif
☐ Séronégatif
☐ Vous ne connaissez pas le statut sérologique de votre dernière partenaire sexuelle OCCASIONNELLE FÉMININE
☐ Préfère ne pas répondre

Les prochaines questions portent sur les partenaires sexuels à qui vous avez DONNÉ de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

2.21 Au cours des douze derniers mois, à combien de partenaires sexuels avez-vous DONNÉ de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucun
☐ 1 partenaire
☐ 2 partenaires
☐ 3 partenaires
☐ 4 ou 5 partenaires
☐ 6 à 10 partenaires
☐ 11 à 19 partenaires
☐ 20 partenaires ou plus

→ Si la réponse est Aucun, passez à la question 2.23.

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.22 Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé des condoms avec des partenaires sexuels à qui vous avez DONNÉ de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Avait l'intention mais n'avait jamais de condom
☐ Jamais (0 %)
☐ Rarement (moins de 25 %)
☐ Parfois (entre 25 et 49 %)
☐ La plupart du temps (entre 50 et 74 %)
☐ Presque toujours (entre 75 et 99 %)
☐ Toujours (100 %)



Si la réponse est Avait l'intention ou Jamais, passez à la question 2.23

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.22 a La dernière fois que vous avez eu une relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale avec un partenaire sexuel à qui vous avez DONNÉ de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles, est-ce que vous ou votre partenaire avez utilisé un condom?

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Les prochaines questions portent sur les partenaires sexuels de qui vous avez REÇU de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

2.23 Au cours des douze derniers mois, combien de partenaires sexuels avez-vous REÇU de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Aucun
☐ 1 partenaire
☐ 2 partenaires
☐ 3 partenaires
☐ 4 ou 5 partenaires
☐ 6 à 10 partenaires
☐ 11 à 19 partenaires
☐ 20 partenaires ou plus

→ Si la réponse est Aucun, passez à la question 2.25.

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.24 Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé des condoms avec des partenaires sexuels desquels vous avez REÇU de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Avait l'intention mais n'avait jamais de condom
☐ Jamais (0 %)
☐ Rarement (moins de 25 %)
☐ Parfois (entre 25 et 49 %)
☐ La plupart du temps (entre 50 et 74 %)
☐ Presque toujours (entre 75 et 99 %)
☐ Toujours (100 %)

} Si la réponse est Avait l'intention ou Jamais, passez à la question 2.25

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.24 a La dernière fois que vous avez eu une relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale avec un partenaire sexuel duquel vous avez REÇU de l'argent, de la drogue, des biens ou des services en échange de relations sexuelles, est-ce que vous ou votre partenaire avez utilisé un condom?

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

2.25 Au cours des douze derniers mois, avez-vous été ivre, drogué ou sous l'influence de l'une des substances indiquées ci-dessous pendant une relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale? (Cochez UNE seule case pour chaque proposition)

	Oui	Non	Ne sait pas	Préfère ne pas répondre
Alcool	☐	☐	☐	☐
Marijuana ou hachisch ou pot ou herbe	☐	☐	☐	☐
Nitrite de pentyle (« poppers »)	☐	☐	☐	☐
Kétamine	☐	☐	☐	☐
Ecstasy ou MDMA	☐	☐	☐	☐
Autres amphétamines ou stimulants	☐	☐	☐	☐
Cocaïne ou crack ou cocaïne épurée (« free base »)	☐	☐	☐	☐
Héroïne	☐	☐	☐	☐
Autres opioïdes (Percocet, Dilaudid, OxyContin ou OxyNeo)	☐	☐	☐	☐
Crystal meth	☐	☐	☐	☐
GHB (« G »)	☐	☐	☐	☐
Tranquillisants ou benzodiazépine (« benzos »)	☐	☐	☐	☐
Drogues psychodysléptiques (LSD, acide, mescaline, champignons hallucinogènes)	☐	☐	☐	☐
Autre (préciser) :	☐	☐	☐	☐

Les questions suivantes portent sur l'assèchement vaginal, la circoncision et l'excision.

Certaines femmes utilisent des substances ou des herbes afin de réduire la lubrification vaginale avant d'avoir une relation sexuelle. Cette pratique est appelée assèchement vaginal.

Si le participant est un homme : la circoncision est une intervention qui consiste à enlever partiellement ou totalement le prépuce.

Si le participant est une femme : l'excision est une intervention qui consiste à enlever partiellement ou totalement la partie externe de l'organe génital féminin.

2.26 Au cours des douze derniers mois, avez-vous procédé à l'assèchement vaginal lors de vos relations sexuelles?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

La question suivante s'adresse uniquement aux participants MASCULINS. Si vous êtes une FEMME, veuillez passer à la question 2.28.

2.27 Avez-vous été circoncis?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

Passez à la question 3.1.

2.28 Avez-vous eu une forme ou une autre d'excision?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

SECTION 3 : Historique de Voyages

Les prochaines questions portent sur vos déplacements dans des pays précis de l'Afrique subsaharienne, des Caraïbes, de l'Amérique centrale, de l'Amérique du Sud et de l'Asie. Les pays dont nous faisons référence dans la carte ci-dessous.



3.1 Au cours des cinq dernières années, avez-vous voyagé dans l'un des pays indiqués de l'Afrique subsaharienne, des Caraïbes, de l'Amérique centrale, de l'Amérique du Sud ou de l'Asie? (Voir la carte ci-dessus à titre de référence)

- ☐ Oui
☐ Non

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Si la réponse est Non, si la personne ne sait pas ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 4.1.

MTL3 (3.1) Précisez le ou les pays où vous avez voyagé au cours des cinq dernières années et le nombre de fois (fréquence) où vous y êtes allé pendant cette période :

Pays	:	_____	Fréquence :	_____
Pays	:	_____	Fréquence :	_____
Pays	:	_____	Fréquence :	_____
Pays	:	_____	Fréquence :	_____
Pays :		_____	Fréquence :	_____

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

3.1a Au cours de ces voyages, avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale avec un partenaire vivant dans un des pays indiqués en Afrique subsaharienne, dans les Caraïbes, en Amérique centrale, en Amérique du Sud ou en Asie?

☐ Oui

☐ Non

☐ Jamais eu de relation sexuelle

☐ Ne sait pas

☐ Préfère ne pas répondre

Si la réponse est Non, jamais eu de relations, Ne sait pas ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 4.1.

3.1 b À quelle fréquence utilisiez-vous des condoms avec ces partenaires sexuels? (Cochez UNE seule case)

☐ Avait l'intention mais n'avait jamais de condom

☐ Jamais (0 %)

☐ Rarement (moins de 25 %)

☐ Parfois (entre 25 et 49 %)

☐ La plupart du temps (entre 50 et 74 %)

☐ Presque toujours (entre 75 et 99 %)

☐ Toujours (100 %)

☐ Ne sait pas

☐ Préfère ne pas répondre

SECTION 4 : Consommation de drogues

Les questions suivantes portent sur la consommation de drogues (y compris de stéroïdes) à usage récréatif. Ces questions ne portent pas sur la consommation de drogues pour des raisons médicales, par exemple, les injections d'insuline pour les diabétiques. Veuillez noter que tous les renseignements fournis resteront strictement confidentiels.

4.1 Vous êtes-vous déjà injecté des drogues pour des raisons non-médicales? Cela inclut l'auto- injection ou l'injection par quelqu'un. (Cochez UNE seule case)

- ☐ Jamais
☐ Oui, mais pas au cours des six derniers mois
☐ Oui, au cours des six derniers mois

} Si la réponse est Jamais ou Oui, mais
 pas au cours des six derniers mois,
 passez à la question 5.1.

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

} Si la personne ne sait pas ou Préfère ne pas
 répondre, passez à la question 5.1.

4.1a Au cours des six derniers mois, avez-vous utilisé des aiguilles et/ou des seringues qui ont déjà été utilisées par quelqu'un d'autre? Cela comprend toutes les aiguilles et seringues utilisées, qu'elles aient été stérilisées ou non.

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

SECTION 5 : Accès et recours aux systèmes et services de santé

La section qui suit porte sur l'accès et le recours aux services de soins de santé. On entend par là toutes les fois que vous avez bénéficié de soins de santé d'un médecin, d'une infirmière ou d'un autre fournisseur de soins de santé.

NOTE!

Un fournisseur de soins de santé primaires est un professionnel en soins de santé qui offre des soins aux personnes ayant des problèmes médicaux ordinaires. Il s'agit habituellement d'un médecin, mais il peut s'agir d'un auxiliaire médical ou d'une infirmière praticienne.

5.1 Avez-vous un médecin de famille ou un fournisseur de soins de santé primaires?

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

5.2 Au cours des douze derniers mois, êtes-vous allé chez un fournisseur de soins de santé ou dans un établissement de santé pour des soins médicaux, une consultation, de l'information sur la santé ou bien pour prendre part à un programme?

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Si la réponse est Non, ne sait pas ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 5.4.

5.3 Au cours des douze derniers mois, où êtes-vous allé pour des soins médicaux, de l'information sur la santé ou bien pour prendre part à un programme? (*Lisez la liste à haute voix. Cochez UNE case pour chaque proposition*)

	Oui	Non	Ne sait pas	Préfère ne pas répondre
Médecin de famille ou fournisseur de soins de santé primaires	☐	☐	☐	☐
Hôpital	☐	☐	☐	☐
Médecin spécialiste	☐	☐	☐	☐
Clinique médicale ou clinique sans rendez-vous	☐	☐	☐	☐
CLSC (centre local de services communautaires)	☐	☐	☐	☐
Organisme communautaire (Centre de jour communautaire)	☐	☐	☐	☐
Praticien de médecine alternative ou médecine traditionnelle	☐	☐	☐	☐
Service d'échange de seringues ou de réduction des méfaits :				
Dans un site fixe dans un organisme communautaire comme Cactus, Spectre de rue, Dopamine, etc.	☐	☐	☐	☐
Dans un CLSC Dans une	☐	☐	☐	☐
pharmacie	☐	☐	☐	☐
Autre (préciser) : _____	☐	☐	☐	☐
Établissement de désintoxication	☐	☐	☐	☐
Centre de santé mentale ou centre de traitements des dépendances	☐	☐	☐	☐
Centre ou établissement spécialisé en santé- sexualité	☐	☐	☐	☐
Prison / système correctionnel	☐	☐	☐	☐
Centre de détention pour réfugiés	☐	☐	☐	☐
Autre (préciser) :	☐	☐	☐	☐

5.4 Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu des difficultés à bénéficier des soins de santé dont vous aviez besoin? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Vous n'avez pas eu besoin de soins de santé au cours des douze derniers mois.

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Si la réponse n'est pas Oui, passez à la question 5.5.

5.4a Quel type de difficultés avez-vous éprouvé? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Aucun fournisseur de soins de santé n'était disponible dans votre région
☐ Le service précis dont vous aviez besoin n'était pas accessible dans votre région Vous ne saviez pas comment trouver les soins de santé dont vous aviez besoin Vous aviez des difficultés à obtenir un rendez-vous, un diagnostic ou une référence L'attente était trop longue
☐ Vous aviez des problèmes pour vous y rendre
☐ Il y a eu la barrière de la langue (c.-à-d. que vous n'étiez pas capable de communiquer avec le fournisseur de services de soins de santé)
☐ Vous ne pouviez pas payer le service de soins de santé ou le service n'était pas couvert par votre assurance
☐ Des responsabilités personnelles ou familiales vous ont empêché de bénéficier des soins de santé dont vous aviez besoin
☐ Vous n'étiez pas capable de quitter le domicile à cause d'un problème de santé
☐ Le fournisseur de soins de santé n'était pas adapté aux différences culturelles ou était raciste
☐ Le fournisseur de soins de santé était du sexe opposé au vôtre
☐ Autre (préciser) : _____

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Les questions suivantes portent sur les vaccins et autres infections que vous avez ou avez eus par le passé.

5.5 Vous êtes-vous fait vacciner contre les maladies suivantes? (Cochez UNE seule case pour chaque proposition)

	Oui, au cours des six derniers mois	Oui, il y a plus de six mois	Non	Ne sait pas	Préfère ne pas répondre
Hépatite B (p. ex. Engerix-B, Pediatix, Recombivax HB)	☐	☐	☐	☐	☐
Virus du Papillome humain (VPH) (p. ex. Gardasil®, Cervarix ^{MD})	☐	☐	☐	☐	☐

5.6 Avez-vous été testé pour la tuberculose?

☐ Oui☐ Non☐ Ne sait pas☐ Préfère ne pas répondre

5.7 Est-ce qu'un professionnel de la santé (p. ex. un médecin ou une infirmière) que vous consultez ou que vous consultiez vous a dit que vous aviez l'une des infections suivantes? (Cochez UNE seule case pour chaque proposition)

	Oui, au cours des six derniers mois	Oui, il y a plus de six mois	Non	Ne sait pas	Préfère ne pas répondre
Tuberculose (TB)	☐	☐	☐	☐	☐
Hépatite B	☐	☐	☐	☐	☐
Hépatite C	☐	☐	☐	☐	☐
Chlamydia	☐	☐	☐	☐	☐
Gonorrhée	☐	☐	☐	☐	☐
Syphilis	☐	☐	☐	☐	☐
Verrues génitales ou anales	☐	☐	☐	☐	☐
Virus du Papillome humain	☐	☐	☐	☐	☐
Herpès génital	☐	☐	☐	☐	☐
Lymphogranulome vénérien (LGV)	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION 6 : Test de dépistage, soins et traitements liés au VIH

Cette section porte sur le dépistage du VIH. Ces questions portent sur les tests diagnostiques, ce qui n'inclut pas les tests de suivi tels que ceux utilisés pour surveiller le nombre de CD4 ou la charge virale. Encore une fois, veuillez noter que tous les renseignements fournis resteront strictement confidentiels.

6.1 Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH?

- ☐ Oui
☐ Non

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre



*Si la réponse est Non, si la personne ne sait pas ou
 Préfère ne pas répondre, passez à la question 6.17.*

6.2 Pour quelles raisons avez-vous fait votre dernier test de dépistage du VIH? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Vous avez subi le test dans le cadre d'un examen médical pour l'immigration
☐ Vous faites souvent le test de dépistage du VIH et il s'agissait d'un test de routine
☐ Vous avez fait le test à la suite d'une nouvelle relation
☐ Vous étiez (ou vous êtes) enceinte ou vous prévoyez avoir un enfant
☐ Vos amis, votre famille ou votre partenaire vous ont incité à passer le test
☐ Vous avez fait le test après un événement où vous pouviez être à risque d'infection par le VIH
☐ Vous aviez des symptômes ou une maladie qui vous semblaient être liés au VIH
☐ Vous avez découvert qu'un partenaire sexuel était ou pourrait être séropositif au VIH Un travailleur de la santé
☐ vous a recommandé de faire un test de dépistage du VIH
☐ Vous avez fait un test de dépistage pour une autre infection sexuellement transmissible
☐ Vous avez vu une annonce, une affiche ou lu un article au sujet du VIH
☐ Une Direction de santé publique vous a indiqué que vous pourriez avoir été exposé au VIH
☐ Il fallait passer un test de dépistage du VIH pour obtenir une assurance, pour un poste de militaire, ou parce qu'il était offert en prison
☐ Autre raison (préciser) : _____
☐ Aucune raison particulière
- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Les questions suivantes s'adressent uniquement aux FEMMES. Si vous êtes un HOMME, veuillez passer à la question 6.4.

6.3 Avez-vous fait un test de dépistage du VIH au cours de votre dernière grossesse? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Vous n'avez jamais été enceinte → Si la personne n'a jamais été enceinte, passez à la question 6.4.
- ☐ Oui, vous avez fait un test de dépistage du VIH au cours de votre dernière grossesse.
- ☐ Non, vous n'avez pas fait de test de dépistage du VIH au cours de votre dernière grossesse.
- ☐ Ne sait pas } Si la personne ne sait pas ou si elle Préfère ne pas répondre, passez à la question 6.4.
- ☐ Préfère ne pas répondre }

6.3a Est-ce que vous viviez au Canada au cours de votre dernière grossesse?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

6.4 À quand remonte votre dernier test de dépistage du VIH? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Au cours du mois dernier
- ☐ Il y a 1 à 6 mois
- ☐ Il y a 7 à 12 mois
- ☐ Il y a plus d'un an, mais moins de 2 ans
- ☐ Il y a plus de 2 ans, mais moins de 4 ans
- ☐ Il y a plus de 4 ans
- ☐ Ne sait pas } Passez à la question 6.5.
- ☐ Préfère ne pas répondre }
- ☐ Ne sait pas } Si la personne ne sait pas ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 6.5.
- ☐ Préfère ne pas répondre }

La question suivante ne s'adresse qu'aux participants qui n'ont pas fait de test de dépistage du VIH au cours des deux dernières années. Si vous avez fait un test de dépistage du VIH au cours des deux dernières années, veuillez passer à la question 6.5.

6.4a Les énoncés suivants indiquent certaines raisons pour lesquelles les personnes ne font pas le test de dépistage du VIH. Vous n'avez pas fait de test de dépistage du VIH au cours des deux dernières années parce que... (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Vous n'y avez jamais pensé Vous
- ☐ avez peur de faire le test
- ☐ Vous pensez que vos risques d'infection au VIH sont faibles Vous
- ☐ avez eu des difficultés à vous faire tester
- ☐ Vous êtes en bonne santé; vous pensez donc ne pas avoir besoin de faire le test Vous
- ☐ pensez que le test n'est pas toujours fiable
- ☐ Vous pensez ne pas pouvoir attraper le VIH
- ☐ Si le test indique que vous êtes séropositif, vous pensez que rien ne peut être fait
- ☐ Vous pensez que le fait d'être séropositif affecterait votre vie personnelle ou professionnelle Vous
- ☐ pensez connaître votre état sérologique
- ☐ Vous avez fait l'objet d'un test dans le cadre de votre examen médical d'immigration au Canada
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

6.5 Quel était le résultat de votre dernier test de dépistage du VIH? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Séropositif : vous avez le virus
 - ☐ Séronégatif : vous n'avez PAS le virus
 - ☐ Résultat indéterminé : le résultat n'était pas concluant
 - ☐ Vous ne compreniez pas le résultat
 - ☐ Vous attendez toujours le résultat
 - ☐ On connaît le résultat, mais vous ne l'avez pas encore reçu
 - ☐ Ne sait pas
 - ☐ Préfère ne pas répondre
- } Si la réponse est séronégatif, indéterminé ou si le résultat n'a pas été compris, accessible ou reçu, passez à la question 7.1.
- } Si la personne ne sait pas ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 7.1.

6.6 Quand avez-vous eu votre premier résultat positif pour le VIH? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Au cours du mois dernier Il
 - ☐ y a 1 à 6 mois
 - ☐ Il y a 7 à 12 mois
 - ☐ Il y a plus d'un an, mais moins de 2 ans
 - ☐ Il y a plus de 2 ans, mais moins de 4 ans
 - ☐ Il y a plus de 4 ans
 - ☐ Ne sait pas
 - ☐ Préfère ne pas répondre
- } Si la personne ne sait pas ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 6.8.

6.7 Avant votre premier test où le résultat était positif, à quand remontait la dernière fois où le résultat du test de dépistage au VIH était négatif? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Un à 6 mois avant le premier test où le résultat était positif 7 à
☐ 12 mois avant le premier test où le résultat était positif
☐ Plus de 12 mois avant le premier test où le résultat était positif
☐ Je n'ai jamais subi de test de dépistage du VIH avant le premier test dont le résultat était positif

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

6.8 Savez-vous comment vous avez été infecté?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Préfère ne pas répondre
- } Si la réponse est Non ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 6.9.

6.8a Selon vous, comment avez-vous été infecté par le VIH? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Relations sexuelles avec un homme séropositif Relations
☐ sexuelles avec une femme séropositive Transfusion sanguine
☐ Exposition professionnelle, p.ex. piqûre accidentelle avec une seringue Utilisation de
☐ seringues usagées pour l'injection de drogue
☐ Transmission de la mère à l'enfant au cours de la naissance ou de l'allaitement
☐ Rasoirs ou seringues non désinfectés, p. ex. scarification ou technique de guérison
☐ traditionnelle
☐ Autre (préciser) : _____

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

6.9 D'après vous, avez-vous été infecté par le VIH au Canada ou bien dans un autre pays? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Au Canada
☐ Dans un autre pays

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

6.10 Combien de temps après la première confirmation du diagnostic d'infection par le VIH avez-vous commencé à consulter un médecin pour votre infection au VIH? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Vous n'avez jamais consulté un médecin pour votre infection au VIH →
☐ Dans les 3 mois suivant le diagnostic
☐ Entre 4 et 6 mois après le diagnostic
☐ Entre 7 mois et un an après le diagnostic
☐ Plus d'un an après le diagnostic

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

Si la réponse est Vous n'êtes jamais allé consulter un médecin, passez à la question 7.1.

6.11 Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ou tout autre professionnel de la santé pour votre infection au VIH? Cela signifie une seule visite (ou plus) chez un médecin ou tout autre professionnel de la santé au cours des six derniers mois pour un test de suivi du VIH (p.ex. charge virale, nombre de cellules CD4), un traitement ou un counseling pour le VIH, etc.

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

6.12 Avez-vous DÉJÀ pris les médicaments prescrits pour traiter votre infection au VIH?

- ☐ Oui
☐ Non → Si la réponse est Non, passez à la question 6.15.

☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre
- } Si la personne ne sait pas ou Préfère ne pas répondre, passez à la question 6.16.

NOTE!

Médicaments pour le VIH :

Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse : Retrovir (AZT), Videx, Videx EC, Epivir (3TC), Zerit, Emtriva, Ziagen, Combivir, Trizivir, Kivexa, Turvada, Viread, Hivid

Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse : Viramune, Rescriptor, Sustiva

Inhibiteurs de protéase : Invirase, Crixivan, Norvir, Agenerase, Kaletra, Reyataz, Aptivus, Telzir, Fortovase, Viracept, Atazanavir

Inhibiteurs de fusion : T-20 (Enfuvirtide)

6.13 Où avez-vous commencé à prendre des médicaments prescrits pour traiter votre infection au VIH? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Au Canada
☐ Dans un autre pays
☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

6.14 Prenez-vous EN CE MOMENT des médicaments prescrits pour traiter votre infection au VIH?

- ☐ Oui
☐ Non

→ Si la réponse est Oui, passez
à la question 6.16.

- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre



Si la personne ne sait pas ou Préfère ne
pas répondre, passez à la question 6.16.

6.14a Quand avez-vous arrêté de prendre les médicaments prescrits pour traiter votre infection au VIH? (Cochez UNE seule case)

- ☐ Au cours du mois dernier
☐ Il y a 1 à 6 mois
☐ Il y a 7 à 12 mois
☐ Il y a plus d'un an, mais moins de 2 ans
☐ Il y a plus de 2 ans, mais moins de 4 ans
☐ Il y a plus de 4 ans
- ☐ Ne sait pas
☐ Préfère ne pas répondre

6.14b Pour quelle raison vous ne prenez pas les médicaments prescrits pour traiter votre infection au VIH? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Vous n'avez pas de médecin
- ☐ Vous aviez beaucoup trop de difficultés logistiques pour obtenir vos médicaments contre le VIH, p. ex. le transport, la distance entre le domicile et la pharmacie, les heures d'ouverture de la clinique ou de la pharmacie
- ☐ Vous avez essayé de les prendre et vous avez arrêté, car vous ne pouviez pas vous les permettre financièrement
- ☐ Vous avez essayé de les prendre et vous avez arrêté, car vous ressentiez des effets secondaires
- ☐ Vous avez essayé de les prendre et vous avez arrêté, car la prescription était trop complexe ou bien il était trop difficile de prendre les médicaments
- ☐ Votre médecin vous a indiqué que vous n'en aviez pas encore besoin pour des raisons médicales
- ☐ Votre médecin vous a indiqué que vous n'étiez pas prêt à les prendre pour des raisons non-médicales
- ☐ On ne vous en a jamais prescrit
- ☐ Ils ne sont pas pris en charge par votre police d'assurance
- ☐ Votre médecin vous a recommandé d'arrêter le traitement à cause des effets secondaires, d'une autre maladie, de restrictions concernant les voyages ou d'une opération chirurgicale Autre (préciser) : __
- ☐
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

La question suivante ne s'adresse qu'aux participants qui n'ont jamais pris les médicaments prescrits pour traiter leur infection au VIH. Si vous avez pris les médicaments prescrits, veuillez passer à la question 6.16.

6.15 Pour quelle raison n'avez-vous jamais pris de médicaments prescrits pour traiter votre infection au VIH? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Vous n'avez jamais commencé à les prendre, car vous ne pouviez pas vous les permettre financièrement
- ☐ Votre médecin ne vous a jamais parlé du traitement ou les médicaments ne vous ont pas été proposés
- ☐ Votre médecin vous a indiqué que vous n'en aviez pas encore besoin pour des raisons médicales
- ☐ Votre médecin vous a indiqué que vous n'étiez pas prêt à les prendre pour des raisons non-médicales
- ☐ Ils ne sont pas pris en charge par votre police d'assurance
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

6.16 Avez-vous déjà eu recours à un traitement de médecine alternative ou traditionnelle pour votre infection au VIH?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Préfère ne pas répondre*

La question suivante ne s'adresse qu'aux participants qui n'ont JAMAIS fait de test de dépistage du VIH. Si vous avez fait le test de dépistage du VIH, veuillez passer à la question 7.1.

6.17 Les énoncés suivants indiquent certaines raisons que les personnes donnent pour n'avoir jamais fait de test de dépistage du VIH. Vous n'avez jamais fait de test de dépistage du VIH parce que: (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Vous n'y avez jamais pensé
- ☐ Vous avez peur de faire le test
- ☐ Vous pensez que vos risques d'infection au VIH sont faibles
- ☐ Vous avez eu des difficultés à vous faire tester
- ☐ Vous êtes en bonne santé; vous pensez donc ne pas avoir besoin de faire le test
- ☐ Vous pensez que le test n'est pas toujours fiable
- ☐ Vous pensez ne pas pouvoir être infecté par le VIH
- ☐ Si le test indique que vous êtes séropositif, vous pensez qu'il n'y a rien à faire
- ☐ Vous pensez que le fait d'être séropositif affecterait votre vie personnelle ou professionnelle
- ☐ Vous pensez connaître votre état sérologique.
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐ *Ne sait pas*
- ☐ *Préfère ne pas répondre*

SECTION 7 : Connaissances et croyances au sujet du VIH

Les deux dernières questions portent sur votre connaissance du VIH, comment il se transmet et comment les gens peuvent se protéger contre l'infection.

7.1 Au cours des douze derniers mois, en dehors de cette enquête, où avez-vous entendu parler, vu ou lu au sujet du VIH ou du sida? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Les amis
- ☐ La famille
- ☐ La télévision
- ☐ La radio
- ☐ Les journaux ou magazines
- ☐ Les médias sociaux (c.-à-d. Twitter, Facebook, etc.)
- ☐ Des sites Web ou Internet (c.-à-d. Google, Wikipédia, etc.)
- ☐ La publicité (c.-à-d. dépliants, affiches, etc.)
- ☐ Des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens ou d'autres professionnels de la santé
- ☐ À l'école
- ☐ Au travail
- ☐ Au cours de séminaires, de conférences ou d'ateliers
- ☐ Dans une clinique médicale, à l'hôpital
- ☐ Dans des services de santé publique locaux ou provinciaux
- ☐ Par le biais de Santé Canada ou à l'Agence de la santé publique du Canada
- ☐ Par un organisme de services liés au VIH/sida ou des organismes communautaires
- ☐ Par le biais des églises ou à d'autres institutions religieuses
- ☐ Autre (préciser) : _____
- ☐ Vous n'avez rien entendu ou vu à propos du VIH ou du sida
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Préfère ne pas répondre

7.2 D'après vos connaissances, veuillez répondre par Oui ou par Non aux questions suivantes. Il n'y a rien de mal à dire que vous ne savez pas. Ce n'est pas un test. (Cochez UNE seule case pour chaque proposition)

Oui Non Ne sait pas Préfère ne pas répondre

Est-ce que le fait d'avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté réduit les risques de transmission du VIH?

☐ ☐ ☐ ☐

Est-ce que l'utilisation de condoms réduit les risques de transmission du VIH?

☐ ☐ ☐ ☐

Est-ce qu'une personne qui à l'air d'être en bonne santé peut avoir le VIH?

☐ ☐ ☐ ☐

Est-ce qu'une personne peut être infectée par le VIH à cause de piqûres de moustique?

☐ ☐ ☐ ☐

Est-ce qu'une personne peut être contaminée par le VIH si elle partage un repas avec une personne qui est infectée?

☐ ☐ ☐ ☐

Existe-t-il actuellement un remède contre le VIH, c'est-à-dire un traitement qui permet de l'éliminer complètement?

☐ ☐ ☐ ☐

Vous avez fini de compléter le questionnaire

Si vous le complétez tout seul, s'il vous plaît informez l'assistant de recherche que vous êtes prêt pour le prélèvement sanguin.

Heure de la fin de l'entrevue. Veuillez utiliser un format de 24 heures. Par exemple, saisissez 17:45 pour 5 h 45 de l'après-midi_____.

Avez-vous des commentaires à faire à propos du questionnaire? Par exemple : Est-ce qu'une question était mal formulée? Avez-vous refusé de répondre à une question? Que pensez-vous de la longueur du questionnaire?

Prélèvement des gouttes de sang séché

Avant de faire un prélèvement sanguin par une piqûre au bout du doigt, avez-vous des questions?

Donnez des conseils sur la réduction des risques. Donnez des références pour un counseling, un dépistage pour le VIH et/ou le VHC, ou pour un traitement, au besoin. Donnez des renseignements sur les services de santé et les services sociaux locaux, si nécessaire.

Je vais maintenant faire un prélèvement sanguin en piquant au bout du doigt.

Est-ce que le prélèvement des gouttes de sang séché a été fait?

☐ Oui

☐ Non (indiquer la raison) : _____

Temps mis pour le prélèvement des gouttes de sang séché : _____(minutes)

Avez-vous d'autres commentaires à faire à propos de l'enquête?

L'enquête touche à sa fin. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de participer à cette enquête.

S'il vous plaît retourner le questionnaire à l'enquêteur

Les commentaires de l'intervieweur

Les questions suivantes permettent de déterminer comment l'enquête a été administrée.

Qui a complété le questionnaire?

- ☐ Administré par l'intervieweur
☐ Auto-administré par le participant
☐ Participant aidé par l'intervieweur

Quelle était la méthode de collecte de données?

- ☐ Questionnaire électronique
☐ Questionnaire papier

COMMENTAIRES DE L'INTERVIEWEUR

Avez-vous discuté de counseling ou de test de dépistage avec le participant?

- ☐ Oui
☐ Non

Est-ce que le participant a montré de l'intérêt à obtenir un counseling ou bien à faire un test de dépistage du VIH?

- ☐ Oui
☐ Non

Veuillez faire des commentaires pertinents de la façon dont a été rempli le questionnaire :

Veuillez faire des commentaires sur le prélèvement des gouttes de sang séché :
