

QUESTIONS ET RÉPONSES :

PRATIQUES D'INCLUSION DANS LA PRÉVENTION DES
INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR
LE SANG CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES

PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

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

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Questions & answers: Inclusive practice in the prevention of sexually transmitted and blood borne infections among ethnocultural minorities

Pour obtenir un exemplaire du rapport, veuillez communiquer avec le :

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Courriel : ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca

La présente publication est disponible sous différents formats, sur demande.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014

Date de publication : avril 2014

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier. Toutefois, la reproduction en multiples exemplaires de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

Cat. : HP40-97/2014F-PDF

ISBN : 978-0-660-21705-5

Pub. : 130547

QUESTIONS ET RÉPONSES :
PRATIQUES D'INCLUSION DANS LA PRÉVENTION
DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET
PAR LE SANG CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES



TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	1
REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION	2
QUE CONNAISSONS-NOUS DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES AU CANADA?	3
QUELLES APPROCHES SONT UTILISÉES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?	5
QUELS SONT LES AVANTAGES DES PRATIQUES D'INCLUSION EN CE QUI A TRAIT À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?	7
QUELS SONT LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, STRUCTURELS ET ÉCONOMIQUES DE LA VULNÉRABILITÉ AUX INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?	8
Racisme et discrimination	8
Statut socioéconomique	9
Sexe et genre	10
Consommation de drogues	11
Santé mentale et maladie mentale	12
QUELS SONT LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION DANS LA PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) AU SEIN DES DIVERS MILIEUX ETHNOCULTURELS?	14
Langue et style de communication.	14
Immigration	15
Religion	16
Croyances relatives à la santé	17
Perception de la sexualité	17
QUE PUIS-JE FAIRE POUR VEILLER À CE QUE LES PRATIQUES D'INCLUSION SOIENT UTILISÉES DANS LA PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?	18
COMMENT PUIS-JE AIDER À RENFORCER LA RÉSILIENCE CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?	21
MOT DE LA FIN	23
PRATIQUES PROMETTEUSES	23
RESSOURCES ADDITIONNELLES	24
NOTES DE FIN D'OUVRAGE.	29



PRÉFACE

Le présent document *Questions et réponses : Pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles* traite des questions les plus souvent posées sur la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang¹ dans divers milieux ethnoculturels. Cette ressource a comme objectif d'aider les organismes communautaires, les professionnels de la santé, les éducateurs et d'autres intervenants à élaborer et à mettre en œuvre des programmes et des interventions visant la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang qui ciblent les besoins des minorités ethnoculturelles. Elle porte sur les facteurs qui influent sur la résilience et la vulnérabilité à l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang et présente une base de données probantes sur la réduction des disparités en matière de santé.

Les *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (Lignes directrices)*¹, publiées par l'Agence de la santé publique du Canada en 1994, et révisées récemment en 2008, ont été élaborées afin d'aider les professionnels et les éducateurs à assurer l'éducation générale en matière de santé sexuelle concernant la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Des commentaires obtenus dans le cadre d'une évaluation nationale des *Lignes directrices* indiquaient que des documents d'accompagnement s'avéraient nécessaires pour fournir des ressources, des données probantes et des renseignements plus détaillés sur des populations précises dont il est question dans les *Lignes directrices*. En réponse à

ce besoin, l'Agence a créé un document sous forme de « questions et réponses » qui fournit des renseignements, des ressources et des pratiques prometteuses aux organismes communautaires, aux professionnels de la santé et aux éducateurs pour les aider à élaborer des programmes de prévention à l'intention de diverses populations. Ces documents sont fondés sur des données probantes, utilisent un langage inclusif et visent à couvrir un éventail de sujets qui traitent des principales questions liées à la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez différentes populations. Il s'agit du quatrième document de la série *Questions et réponses*, dont les documents précédents traitent de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle et de l'éducation en matière de santé sexuelle chez les jeunes ayant une incapacité physique².

REMERCIEMENTS

L'Agence tient à remercier les nombreux collaborateurs qui ont donné leurs commentaires et guidé l'élaboration de cette ressource afin de veiller à ce que son contenu soit fondé sur des données probantes pertinentes et actuelles sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles. De plus, l'Agence tient à souligner la contribution du personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections à ce document.

¹ Les infections transmissibles sexuellement et par le sang désignent les maladies infectieuses qui sont transmises par les liquides corporels comme le sang, les sécrétions vaginales et le sperme. Notons, parmi celles-ci, la chlamydia, la gonorrhée, l'hépatite B, l'hépatite C, la syphilis, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus du papillome humain (VPH), l'herpès génital, le lymphogranulome vénérien (LGV), et la trichomonase.

INTRODUCTION

Le terme « culture » peut désigner les symboles, les croyances, les attitudes, les pratiques et les valeurs partagés qu'ont en commun certaines personnes suite aux interactions entre elles³. La culture est façonnée par des contextes historiques, socioéconomiques et politiques, par les relations entre groupes culturels et au sein même de ceux-ci ainsi que par les pratiques et les attitudes institutionnalisées qui en découlent.

La culture est l'une des principales sources d'identité personnelle et représente la base sur laquelle on se définit et on s'exprime. La diversité culturelle découle de l'influence de nombreuses composantes de l'identité d'une personne, dont le sexe, la race, l'origine ethnique, la profession, la géographie, la classe, les capacités et l'orientation sexuelle. Elle est également modelée par l'« interculturalisation », qui se produit lorsque les différents groupes culturels interagissent entre eux, apprennent les uns des autres, se transforment, se façonnent et se moulent mutuellement⁴.

Culture : Composante importante de notre identité qui va au-delà des symboles, des comportements, des pratiques, des valeurs et des attitudes que nous avons en commun. La culture est façonnée par des contextes historiques, socioéconomiques et politiques, par les relations entre groupes culturels et au sein même de ceux-ci ainsi que par les pratiques et les attitudes institutionnalisées qui en découlent.

La culture est dynamique et en constante évolution. Elle influence grandement les connaissances, les compétences et les attitudes que nous avons à l'égard de la sexualité ainsi que les comportements sexuels et les résultats sur le plan de la santé. Par exemple, des facteurs culturels peuvent influencer notre perception des comportements sexuels et des expressions qui sont acceptables et non acceptables au sein de la société⁵. La culture peut également influencer sur les attitudes face au mariage, à l'orientation sexuelle, à l'identité et à l'expression sexuelles, à l'éducation en matière de santé sexuelle et aux relations sexuelles.

Interculturalisation : Processus d'échange entre groupes culturels et au sein de ceux-ci, y compris la négociation des différences et des ressemblances en ce qui a trait aux diverses composantes culturelles.

Les disparités observées au Canada sur le plan de la santé et des maladies au sein des différents groupes culturels mettent en évidence la nécessité d'adopter des approches de promotion de la santé et de prévention des maladies adaptées aux différentes cultures. Les « pratiques d'inclusion » représentent une approche adaptée aux différences culturelles qui visent à réduire les écarts sur le plan de la santé et des maladies que l'on observe chez des groupes culturels particuliers. Elles tiennent compte des différences entre les groupes culturels et au sein de ceux-ci et visent à fournir des programmes qui répondent mieux aux besoins de tous. Les pratiques d'inclusion se fondent sur les contextes historiques, culturels, socioéconomiques et politiques qui façonnent la vie des gens. Elles prennent aussi compte des obstacles structurels et des milieux sociaux qui contribuent aux écarts observés quant à l'accès et à l'utilisation de l'information et des services.

Pratiques d'inclusion : Approche adaptée aux différences culturelles qui tient compte des différences entre groupes culturels et au sein de ceux-ci ainsi que du chevauchement des identités qui crée des expériences et des besoins individuels. Les pratiques d'inclusion mettent l'accent sur l'importance de l'autodétermination, de la justice sociale et du renforcement des capacités pour réduire les écarts en ce qui concerne les déterminants de la santé.

déterminants de la vulnérabilité chez les minorités ethnoculturelles et disposent des outils nécessaires pour s'attaquer à ces enjeux.

Minorités ethnoculturelles : Personnes dont l'origine, la culture et la langue diffèrent de celles de la majorité sociale ou numérique.

Bien que la culture puisse désigner d'autres groupes sociaux caractérisés par l'âge, l'orientation sexuelle ou une incapacité, le présent document porte sur les minorités ethnoculturellesⁱⁱ. Cette ressource a pour objectif d'aider les organismes communautaires, les professionnels de la santé et les éducateurs à élaborer et à mettre en œuvre des programmes et des interventions pour prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang afin de s'assurer que :

1. les programmes tiennent compte des besoins des minorités ethnoculturelles;
2. les expériences des minorités ethnoculturelles soient reflétées dans tous les aspects des programmes de prévention;
3. les professionnels qui travaillent auprès de minorités ethnoculturelles connaissent le concept, les éléments et les avantages des pratiques d'inclusion;
4. les professionnels qui travaillent dans le domaine de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang connaissent les principaux enjeux et les

QUE CONNAISSONS-NOUS DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES AU CANADA?

Le Canada est un pays diversifié sur le plan ethnique et culturel, comptant plus de 200 origines ethniques déclarées pour l'ensemble de la population⁶. La diversité ethnoculturelle de la population canadienne continue de croître en raison de l'immigration et de l'accroissement de la population appartenant à une minorité visible. En 2011, les minorités visibles représentaient 19,1 % de la population du Canada, comparativement à 16,2 % en 2006⁷. On peut attribuer cette augmentation en grande partie à la part importante des immigrants de minorités visibles au Canada. En 2011, 60,2 % des immigrants au Canada étaient des minorités visibles⁸. En 2011, 72,8 % de la population d'immigrants a déclaré une langue maternelle autre que le français ou l'anglais et s'est établie dans une région métropolitaine⁹. De plus, la majorité des nouveaux immigrants étaient âgés de moins de 44 ans (81,5 %), et les deux tiers environ (62,4 %) étaient en âge de procréer (de 15 à 44 ans)¹⁰.

ⁱⁱ Pour les besoins de ce document, nous utilisons le terme « minorité ethnoculturelle » pour désigner l'ensemble des groupes raciaux et ethniques.

Minorités visibles : Personnes qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche et qui ne sont pas Autochtones.

Les données épidémiologiques semblent indiquer que les infections transmissibles sexuellement et par le sang ne sont pas réparties également entre les groupes ethnoculturels au Canada. Par exemple, en 2011, les personnes nées dans des pays où le VIH est endémiqueⁱⁱⁱ ne représentaient que 2,2 % de la population canadienne, mais représentaient 16,9 % des nouvelles infections au VIH¹¹. Même si les données sur l'identité ethnique ne figurent généralement pas dans les rapports soumis à l'Agence de la santé publique du Canada concernant les infections transmissibles sexuellement et par le sang à déclaration obligatoire au Canada autres que le VIH (p. ex. chlamydia, gonorrhée), il est possible que les taux signalés pour ces infections présentent des différences sur le plan ethnoculturel. À titre d'exemple pour nous aider à comprendre les différences des taux d'infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les groupes ethnoculturels, nous pouvons considérer les taux de ces infections dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, où les Autochtones représentent une grande proportion de la population¹². En 2010, les taux signalés de chlamydia et de gonorrhée dans le Territoire du Nord-Ouest étaient respectivement 7,5 et 15 fois plus élevés que la moyenne nationale. La même année, au Nunavut, les taux de chlamydia et de gonorrhée étaient respectivement 15 et

58 fois plus élevés que la moyenne nationale. Qui plus est, dans un échantillon de jeunes de la rue au Canada âgés de 15 à 24 ans étudié entre 2001 et 2005, les jeunes autochtones présentaient des taux de chlamydia et de gonorrhée plus élevés que ceux signalés chez les jeunes de race blanche et d'autres origines ethniques^{iv,13}.

Nouveaux arrivants : Immigrants reçus arrivés au Canada au cours des cinq années ayant précédé un recensement donné.

Les différences observées dans les résultats pour la santé liées à l'origine ethnoculturelle ne sont pas toutes attribuables aux comportements individuels, tels que l'utilisation non systématique du condom, de multiples partenaires sexuels et le partage du matériel de consommation de drogues¹⁴. Selon des données de Statistique Canada et de plusieurs sondages locaux, les nouveaux arrivants et les immigrants de longue date sont moins susceptibles d'accéder à des services de santé sexuelle que la population née au Canada¹⁵. La difficulté à trouver l'emplacement des services, le temps et le transport pour y accéder, de même que les heures de service inopportunes sont des obstacles souvent rencontrés par les populations immigrantes et non immigrantes. D'autres obstacles à l'accès aux services indiqués par les populations immigrantes sont notamment l'absence de services offerts dans leur langue maternelle et le manque de services de santé adaptés à leur culture¹⁶. Ces obstacles sont souvent amplifiés par le stress de l'immigration, la réinstallation et la séparation de la famille¹⁷.

ⁱⁱⁱ Le terme « personnes provenant de pays où le VIH est endémique » est un terme épidémiologique souvent utilisé dans le cadre des activités de surveillance et de recherche portant sur le VIH/sida et désigne une population qui est composée majoritairement de personnes noires de descendance africaine et caribéenne. La liste des pays où le VIH est endémique compte actuellement 71 pays. Parmi ceux-ci, 42 sont situés en Afrique (la plupart en Afrique subsaharienne), 26 dans les Caraïbes et en Amérique centrale/Amérique du Sud et 3, en Asie.

^{iv} Les autres origines ethniques sont les suivantes : hispaniques, asiatiques de l'Est, moyen-orientaux et asiatiques du Sud-Est. On n'a relevé aucune différence significative chez les jeunes de la rue d'origines autochtone, noire, africaine ou caribéenne.

Immigrants : Personnes résidant au Canada qui sont nées hors du pays, à l'exclusion des travailleurs étrangers temporaires, des citoyens canadiens nés à l'étranger et des détenteurs d'un visa d'étudiant ou de travail.

La recherche souligne également des différences quant à la connaissance de l'existence des services de santé sexuelle et à l'accès à l'information sur la santé sexuelle chez les minorités ethnoculturelles. Par exemple, les résultats de l'enquête *Toronto Teen Survey* indiquent que les jeunes immigrants et nouveaux arrivants au Canada ne connaissent pas les services de santé sexuelle qui sont offerts si l'on compare aux immigrants de longue date^v et aux jeunes Canadiens de deuxième génération^{vi,18}.

Selon cette enquête, les nouveaux arrivants qui se sont établis au Canada au cours des trois dernières années étaient les moins susceptibles d'avoir reçu une éducation officielle en matière de santé sexuelle comparativement aux jeunes immigrants de longue date ou aux jeunes Canadiens de deuxième génération¹⁹.

Réfugié : Personne qui a quitté son pays d'origine ou de résidence à la suite de persécutions en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son adhésion à un groupe culturel qui est persécuté dans le pays en question.

Les écarts observés en ce qui concerne la prévalence de la santé ou de la maladie au sein de la population canadienne générale et des minorités ethnoculturelles font ressortir la nécessité d'adopter des approches adaptées aux différences culturelles si l'on veut réduire ces écarts.

QUELLES APPROCHES SONT UTILISÉES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?

Depuis des décennies, les spécialistes et les professionnels de la santé reconnaissent le besoin de mettre sur pied des approches adaptées aux différences culturelles afin d'améliorer la santé et le bien-être des minorités ethnoculturelles. Les modèles de pratique trouvés dans la documentation sur la santé représentent un continuum d'approches adaptées aux différences culturelles qui comprennent la sensibilisation aux cultures, la sensibilisation aux réalités culturelles, le savoir-faire culturel, la sécurité culturelle et les pratiques d'inclusion²⁰.

La sensibilisation aux cultures, qui se situe à l'une des extrémités du continuum, désigne la connaissance des ressemblances et des différences entre les groupes culturels. Pour ce faire, il faut comprendre que les caractéristiques, les comportements et les pratiques que l'on retrouve chez un groupe culturel sont façonnés par l'identité culturelle²¹. La sensibilisation aux cultures ne désigne pas la réflexion sur les répercussions de l'identité culturelle d'une personne sur la façon dont elle perçoit les autres ou interagit avec eux. S'il est vrai que les approches de prévention de la maladie et de promotion de la santé fondées sur la sensibilisation aux cultures tiennent compte des différences entre les groupes culturels, il n'en demeure pas moins qu'elles sont enracinées dans la culture dominante et qu'elles ne sont pas adaptées à des groupes culturels précis.

^v Désigne les jeunes dont les parents sont des immigrants et qui sont établis au Canada depuis au moins quatre ans.

^{vi} Désigne les jeunes qui sont nés au Canada et dont les parents sont également nés au Canada.

Sensibilisation aux cultures :
Observer et de reconnaître les différences et les ressemblances entre les groupes culturels.

La sensibilisation aux réalités culturelles va au-delà du simple fait de reconnaître, d'accepter et de comprendre qu'il existe des différences et des ressemblances culturelles. Il s'agit de comprendre les répercussions que peuvent avoir les attitudes, les expériences et les gestes d'une personne sur les autres. S'il est vrai que les approches de prévention de la maladie et de promotion de la santé fondées sur la sensibilisation aux réalités culturelles tiennent compte de l'identité culturelle de chacun, il n'en demeure pas moins que l'information est enracinée dans la culture dominante et vise des groupes culturels précis. À titre d'exemple, notons des programmes adaptés aux différences culturelles qui peuvent consister à fournir des renseignements à des groupes culturels précis dans leur langue maternelle.

Sensibilisation aux réalités culturelles : Processus qui consiste à comprendre comment les attitudes, les expériences et les gestes d'une personne influent sur la façon dont elle agit envers les personnes d'autres cultures.

Le savoir-faire culturel comprend les connaissances, les habiletés et les attitudes que doivent posséder les professionnels de la santé et les éducateurs pour fournir de l'information, des formations et des services dans le domaine de la santé à divers groupes ethnoculturels. Les éducateurs ayant un

savoir-faire culturel reconnaissent qu'une approche « universelle » enracinée dans la culture dominante ne suffit pas à répondre aux besoins variés des différents groupes culturels²². Le savoir-faire culturel dans le domaine de la prévention de la maladie, par exemple, peut comprendre le recrutement d'employés d'une minorité ethnoculturelle pour aider à la prestation des programmes, la collaboration avec des guérisseurs traditionnels ou l'intégration des valeurs et des attitudes propres à une culture au matériel de promotion de la santé²³.

Savoir-faire culturel : Connaissances, habiletés et attitudes que doivent posséder les éducateurs en matière de santé pour fournir de l'information, des formations et des services dans le domaine de la santé à divers groupes.

Malgré son utilisation répandue et son acceptation dans la documentation spécialisée, le savoir-faire culturel appliqué dans les programmes de la santé publique est critiqué. Cette approche aborde les groupes culturels dans un cadre homogène et ne tient pas compte des différences au sein même des groupes culturels²⁴. En outre, cette approche se concentre uniquement sur les compétences techniques acquises et perfectionnées par les professionnels de la santé et les éducateurs plutôt que sur le renforcement des capacités communautaires. Le fait de se concentrer sur le professionnel de la santé ou l'éducateur empêche les personnes et les collectivités de bénéficier de l'occasion de renforcer leurs capacités en vue de protéger leur propre santé. Cette façon de faire peut également accentuer le déséquilibre des relations dans le cadre desquelles les professionnels de la santé sont les porteurs des connaissances spécialisées et créer des obstacles à l'accès aux programmes et aux services chez les minorités ethnoculturelles²⁵.

La « sécurité culturelle » est une approche que des infirmières ont créée pour améliorer l'état de santé des Autochtones de la Nouvelle-Zélande. Cette approche met l'accent sur la nécessité d'adapter les programmes en collaboration avec les membres du groupe culturel visé. La sécurité culturelle traite des conditions sociales, culturelles, politiques et structurelles qui déterminent les résultats sur le plan de la santé sexuelle et l'accès à l'information et aux services en matière de santé sexuelle²⁶. Le modèle de sécurité culturelle repose sur la notion de savoir-faire culturel, mais est axé davantage sur le renforcement des capacités de la communauté culturelle en tant que tel que sur le renforcement de la capacité du professionnel de la santé.

Sécurité culturelle : Traite des conditions sociales, culturelles, politiques et structurelles qui déterminent les résultats sur le plan de la santé et met l'accent sur le renforcement des capacités de la communauté culturelle visée.

Ces approches visent à aider les professionnels de la santé à surmonter les difficultés liées à la diversité culturelle, mais bon nombre d'entre elles sont limitées par les définitions étroites de culture ou par les stéréotypes des caractéristiques associés aux antécédents culturels, comme les valeurs, les attitudes et l'apparence physique. Il se peut que, dans ce cas, on explique les résultats en matière de santé en se fondant sur ces présomptions qui peuvent mener à percevoir les groupes culturels comme un seul groupe et à mettre l'accent sur les caractéristiques du groupe culturel concerné. Ces présomptions peuvent renforcer les stéréotypes négatifs et faire en sorte d'ignorer la multitude de contextes sociaux, historiques et économiques associés à chaque *personne* selon les diverses composantes de son identité (p. ex. race, origine ethnique, orientation sexuelle, capacité, âge)²⁷.

Les pratiques d'inclusion reposent sur la sécurité culturelle et tiennent compte des différences entre groupes culturels et au sein de ceux-ci ainsi que du chevauchement des identités qui crée des expériences et des besoins individuels. Les pratiques d'inclusion mettent l'accent sur l'importance de l'autodétermination, de la justice sociale et du renforcement des capacités pour ce qui est de réduire les écarts en ce qui concerne les déterminants de la santé, tels que le racisme, le sexisme et l'homophobie. L'adoption de pratiques d'inclusion peut aider les professionnels de la santé publique à réduire les écarts en matière de santé au sein des minorités ethnoculturelles, y compris la vulnérabilité et la résilience à l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

QUELS SONT LES AVANTAGES DES PRATIQUES D'INCLUSION EN CE QUI A TRAIT À LA PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?

Pour renforcer la capacité des personnes à prendre des décisions et à adopter des comportements qui protègent leur santé tout au long de leur vie, il est essentiel de fournir de l'information qui est inclusive et qui touche des besoins variés. Une documentation abondante laisse supposer que les interventions et les programmes adaptés aux différences culturelles sont plus efficaces que les interventions généralisées pour améliorer la santé et le bien-être des minorités ethnoculturelles²⁸. Les pratiques d'inclusion constituent un élément important dans la compréhension des conditions qui entraînent les disparités dans les résultats en matière de santé. Elles permettent d'intégrer des composantes culturelles dans le cadre de la planification des programmes et des politiques

en vue d'améliorer la santé et le bien-être des minorités ethnoculturelles. Les pratiques d'inclusion mettent l'accent sur la nécessité de faire participer la collectivité locale et d'intégrer les principales préoccupations de cette dernière dans les programmes. Elles visent l'amélioration de la santé des personnes grâce à l'autodétermination, à la justice sociale et au renforcement des capacités chez les communautés ethnoculturelles.

Ainsi, les pratiques d'inclusion permettent de créer des programmes adaptés et de proposer des activités de prévention adaptées. Contrairement aux programmes ciblés, qui utilisent le même message ou le même média pour cibler des groupes ethnoculturels particuliers (p. ex. le même message traduit en différentes langues), les activités adaptées visent à élaborer le message et le matériel en collaboration avec la communauté ethnoculturelle locale afin de traduire les réalités culturelles des personnes et de renforcer les croyances, les perspectives et les pratiques culturelles. La recherche montre que les approches adaptées accentuent la pertinence du message et sont plus susceptibles de mener à des changements de comportements, de croyances et d'attitudes à l'égard de la santé comparativement à des interventions non adaptées ou ciblant certains groupes²⁹. Les programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé adaptés représentent une pratique prometteuse pour améliorer la santé et le bien-être des minorités ethnoculturelles.

En faisant participer les personnes et les collectivités, les professionnels de la santé sont plus en mesure de cerner les besoins individuels en matière de santé et d'y répondre ainsi que de réduire les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles. Les pratiques d'inclusion utilisées dans le cadre de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang ont le potentiel de favoriser la résilience en ce qui concerne les mauvaises expériences et les milieux négatifs qui contribuent à la vulnérabilité aux infections.

QUELS SONT LES DÉTERMINANTS SOCIAUX, STRUCTURELS ET ÉCONOMIQUES DE LA VULNÉRABILITÉ AUX INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?

Il existe de nombreux facteurs qui influent sur les résultats de santé et qui entraînent des écarts sur le plan de la santé et des maladies au sein d'une population. Ces facteurs sont notamment le racisme et la discrimination, le statut socioéconomique, le sexe, la consommation de drogues ainsi que la santé mentale et la maladie mentale³⁰. Il est important, lorsqu'on élabore des pratiques d'inclusion, de reconnaître les facteurs qui entraînent les vulnérabilités qui contribuent à un mauvais bilan de santé et ceux qui favorisent la résilience au sein des minorités ethnoculturelles et d'en tenir compte.

RACISME ET DISCRIMINATION

En 2003, 20 % des Canadiens ont déclaré avoir fait l'objet de discrimination ou de traitements injustes « parfois » ou « souvent » au cours des cinq dernières années³¹. Cette proportion était plus élevée chez les groupes raciaux, dont ceux qui s'identifiaient comme Noirs (32 %) ou Asiatiques du Sud (21 %). Selon une étude, jusqu'à 17 % des élèves du primaire et du secondaire de groupes raciaux auraient été victimes d'intimidation et auraient fait l'objet de victimisation fondées sur la race ou l'origine ethnique³².

La discrimination raciale peut prendre différentes formes, notamment : violence verbale (c'est-à-dire injures racistes), railleries et taquineries, intimidation et violence physique, traitement injuste et inégalité d'accès aux ressources³³. Le racisme ne se limite

pas au groupe racial dominant d'une société et ne vise pas uniquement les minorités ethnoculturelles. Quiconque exhibe une attitude raciste ou agit de manière raciste peut faire preuve de racisme³⁴.

Une personne peut être victime de discrimination sous différentes formes simultanément fondée sur diverses caractéristiques qui composent son identité, y compris la race, l'origine ethnique, l'identité sexuelle, l'âge, les capacités et l'orientation sexuelle. Par exemple, les personnes de minorités ethnoculturelles qui sont également d'une minorité sexuelle (p. ex. gai, lesbienne, bisexuel) ou d'une minorité de genre (p. ex. transgenre) peuvent être victimes de plusieurs formes de discrimination, dont l'homophobie, la transphobie, l'hétérosexisme et le racisme³⁵.

Le fait d'être exposé à des discriminations peut avoir des conséquences importantes sur l'identité, la sexualité et la santé mentale, notamment l'estime de soi, la satisfaction de vivre et l'aptitude à gérer efficacement les facteurs de stress³⁶. La discrimination peut également influencer sur l'accès aux ressources, telles que l'éducation, l'emploi et les services de santé, sur la capacité à établir des priorités et des politiques en matière de santé et sur la possibilité d'élaborer des messages de promotion de la santé³⁷. Dans le cas où il existe des antécédents de colonisation ou d'oppression de certains groupes ethnoculturels, on peut observer non seulement de la discrimination et du racisme systématiques, mais également des sentiments d'impuissance et de volonté ou de confiance affaiblie à l'égard de la collaboration avec des fournisseurs de services de santé³⁸.

Il est donc important, compte tenu des multiples formes de discrimination dont peuvent faire l'objet les minorités ethnoculturelles, de faire participer la communauté, de poser des questions à ses membres, de lui donner l'occasion de faire connaître ses besoins et d'adapter l'information et les services qu'on lui offre afin de renforcer ses capacités et de favoriser la résilience.

STATUT SOCIOÉCONOMIQUE

Le statut socioéconomique fait référence à la position sociale d'une personne ou d'une famille par rapport aux autres. Il est habituellement fondé en fonction du revenu, du niveau d'instruction et de la profession. Au Canada, les minorités ethnoculturelles sont représentées de façon disproportionnée dans les groupes gravitant au bas de l'échelle socioéconomique. Selon le recensement de 2006, le taux de pauvreté pour l'ensemble des minorités visibles au Canada était de 19,3 % comparativement à 15,3 % pour la population générale³⁹.

Il y a plusieurs facteurs sociaux, structurels et économiques qui contribuent à un statut socio-économique plus faible chez les minorités ethnoculturelles. Parmi ceux-ci, notons les obstacles linguistiques, la discrimination raciale, le chômage et les disparités quant aux perspectives d'emploi à revenu élevé, y compris les obstacles empêchant la reconnaissance de titres de compétence ou d'expérience de travail étrangers⁴⁰.

En outre, la recherche laisse croire que le statut socioéconomique a des conséquences importantes sur les résultats de santé et est à l'origine de bon nombre des différences ethniques en matière de santé⁴¹. Les personnes ayant grandi au sein d'une famille à faible revenu indiquent qu'elles souffrent d'un nombre plus élevé de maladies chroniques, qu'elles reçoivent moins de traitements médicaux et qu'elles ont accès moins facilement aux services de santé par rapport à celles ayant grandi au sein d'une famille à revenu élevé⁴². La prévalence des ITSS est souvent plus élevée chez les personnes ayant grandi au sein d'une famille à faible revenu⁴³.

Les disparités quant à l'accès à l'information et aux services en matière de santé chez les personnes dans les catégories de faible revenu ont des répercussions sur la capacité de se protéger contre les ITSS (p. ex. condom) et de recevoir un traitement contre ces infections⁴⁴. De plus, les immigrantes et les femmes ayant un statut socioéconomique

inférieur présentent une prévalence plus élevée de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire⁴⁵. Il se peut que les femmes victimes de violence conjugale ne puissent pas négocier l'utilisation du condom dans leurs relations, ce qui les expose à un risque élevé d'infections transmissibles sexuellement et par le sang.

SEXE ET GENRE

Le sexe (caractéristiques biologiques qui distinguent les hommes des femmes) et le genre (caractéristiques et rôles définis par la société qui sont attribués aux hommes et aux femmes) ont tous deux des répercussions sur les comportements, les occasions, les risques et les résultats de santé liés aux ITSS. À titre d'exemple, les femmes sont biologiquement plus vulnérables aux infections transmissibles sexuellement et par le sang que les hommes en raison des caractéristiques physiologiques différentes du sexe masculin et du sexe féminin. Les caractéristiques biologiques peuvent également influencer sur la façon dont les hommes et les femmes réagissent aux infections virales et bactériennes. Notons, par exemple, que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de ne présenter aucun symptôme associé aux infections bactériennes transmissibles sexuellement et par le sang, comme la chlamydia ou la gonorrhée.

Les normes associées aux genres définies par la culture peuvent également influencer les disparités quant à la vulnérabilité et à la résilience par rapport aux ITSS contractées par les hommes et les femmes. Ces normes peuvent régir les comportements considérés comme acceptables, les partenaires que l'on juge acceptables et la structure des interactions sexuelles. Les normes associées aux genres varient selon la culture. Par exemple, dans certaines cultures, les femmes peuvent faire l'objet de restrictions plus strictes en ce qui a trait aux sorties amoureuses et aux relations sexuelles en raison des définitions culturelles de féminité ou des rôles traditionnels des femmes au sein de la

famille (p. ex. principal soutien du ménage et la responsabilité de s'occuper des enfants)⁴⁶. Les définitions culturelles de la féminité et de la masculinité peuvent également influencer sur la prise de décisions à l'égard des relations sexuelles. Il se peut, notamment, que, dans certaines cultures, les femmes aient très peu sinon aucun pouvoir décisionnel en ce qui concerne l'utilisation du condom, le moment où elles ont des relations sexuelles ou les personnes avec qui elles ont des relations sexuelles. Les interventions et les programmes qui visent le renforcement du pouvoir décisionnel relativement à la sexualité et la promotion de relations saines fondées sur le respect et l'égalité sont importants dans le cadre de la prévention des ITSS.

Les normes associées aux genres définies par la culture peuvent également jouer un rôle important en ce qui concerne l'accès à l'information et aux programmes de prévention et leur utilisation. Par exemple, les rôles sociaux liés au sexe peuvent influencer les comportements favorisant la santé. En général, les femmes ont plus souvent recours au système de santé que les hommes, bien que ce fait ne soit pas nécessairement avéré pour les femmes de toutes les cultures⁴⁷. Dans certaines cultures, les rôles sociaux encouragent les femmes à donner priorité à d'autres responsabilités, comme prendre soin des enfants avant même de s'occuper de leur propre santé. Dans ce cas, il peut s'agir d'un obstacle à l'accès aux services de santé chez les femmes de certaines communautés ethnoculturelles.

Les genres masculin et féminin ne sont pas les seules identités de genre auxquelles une personne peut s'associer. Au sein de nombreuses cultures, les identités de genre coexistent sur un continuum des genres (homme-femme). Dans certaines cultures, on respecte ces identités et ces dernières constituent une source de résilience. Dans d'autres cultures, les minorités de genre (p. ex. transgenre) sont exposées à un risque plus élevé d'ITSS en raison de la stigmatisation, de la discrimination et

du manque d'accès aux services de santé. Les interventions et les programmes qui intègrent les préoccupations des minorités de genre peuvent favoriser la compréhension, favoriser un plus grand respect de la diversité et réduire la vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang chez ces personnes⁴⁸.

L'influence du sexe et du genre sur la vulnérabilité ou la résilience à l'égard des infections doit être considérée dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre des activités de prévention des ITSS. Pour ce faire, il ne suffit pas seulement d'aborder les différences entre les hommes et les femmes quant aux résultats en matière de santé. Il convient de comprendre les facteurs qui sont à l'origine de ces différences, de déterminer les répercussions qu'ont les genres sur la définition et la répartition des résultats en matière de santé et de comprendre comment les problèmes sont communiqués et comment les hommes et les femmes de divers milieux culturels accèdent à l'information et l'utilisent.

CONSOMMATION DE DROGUES

La consommation de drogues, y compris l'alcool, le tabac et les drogues, a des répercussions directes sur la vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang associée au comportement sexuel⁴⁹. Dans certains cas, la consommation de drogues peut avoir des conséquences directes sur la vulnérabilité aux infections. Par exemple, au Canada, l'utilisation de drogues injectables est l'une des principales voies de transmission du virus de l'hépatite C (VHC)⁵⁰. Dans d'autres cas, la consommation de drogues peut occasionner une désinhibition et jouer sur la capacité d'une personne à prendre des décisions favorisant la santé. Ainsi, la consommation de drogues peut mener à des rapports sexuels non prévus ou accroître la probabilité d'une utilisation inadéquate ou non systématique du condom⁵¹. Des études démontrent

que les comportements à risque, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, les partenaires sexuels multiples et l'utilisation non systématique du condom, sont souvent liés les uns aux autres, particulièrement chez les jeunes⁵².

La consommation de drogues dépend des milieux culturels⁵³. La culture peut influencer l'âge à laquelle on commence à consommer des drogues, la fréquence de consommation, le contexte dans lequel on consomme les drogues et la perception que l'on a des personnes qui consomment certaines drogues. Par exemple, dans certaines cultures, la consommation d'alcool est bien perçue et fait partie intégrante des réunions familiales ou d'activités spéciales. Dans d'autres cultures, ce type de consommation peut être mal perçu et même carrément interdit⁵⁴. La perception du tabagisme peut faire l'objet de différences culturelles similaires, allant de l'acceptation sociale et de l'encouragement à la désapprobation. De nombreuses études portent sur les facteurs de stress qui affectent les minorités ethnoculturelles et qui peuvent mener à une consommation accrue de drogues, mais d'autres études laissent croire que les antécédents culturels pourraient constituer un facteur de protection contre la consommation de drogues. La recherche indique que les jeunes immigrants de minorités ethnoculturelles ont tendance à boire moins que les jeunes nés au Canada⁵⁵. Cette différence est peut-être due en partie aux normes culturelles distinctes entourant la consommation d'alcool.

Les événements stressants de la vie que vivent plus souvent les minorités ethnoculturelles, tels que l'immigration, la séparation ou la perte d'un membre de la famille, les difficultés financières, le chômage, le stress post-traumatique et la discrimination, peuvent accroître le risque de consommation de drogues comme mécanisme d'adaptation⁵⁶. La recherche semble indiquer que la discrimination ethnique ou raciale perçue est liée à la consommation de drogues, qui entraîne

un risque accru d'infections ou d'autres résultats négatifs en matière de santé⁵⁷. Les habitudes de consommation de drogues chez les minorités ethnoculturelles varient également selon l'âge, le sexe, la durée du séjour au Canada et le pays d'origine⁵⁸. L'accès inégal aux services de traitement et de prévention accentue la stigmatisation et peut entraîner des problèmes de santé à long terme liés à la consommation de drogues⁵⁹.

SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE

Il existe de nombreux facteurs chez les minorités ethnoculturelles qui peuvent influencer sur la santé mentale et la vulnérabilité à la maladie mentale. Malgré les défis auxquels elles font face, y compris le stress associé à la stigmatisation et à la discrimination ainsi que le stress éprouvé avant (p. ex. traumatismes pré-migratoires) et après la migration, les minorités ethnoculturelles font preuve, dans bien des cas, d'une forte capacité à surmonter des situations⁶⁰. Pour bon nombre de groupes, la culture est source de force et de résilience⁶¹. La résilience ainsi qu'une bonne santé mentale sont liées à des facteurs tels que les valeurs personnelles et les croyances, de même qu'au soutien de la famille, des amis et de la collectivité. Une bonne santé mentale, y compris l'estime de soi, l'auto-efficacité, un sentiment d'utilité, une satisfaction envers la vie et une mentalité de résilience, fait partie intégrante de la santé et du bien-être globaux et peut prévenir les maladies mentales⁶².

Bien que les réseaux de soutien social et l'appartenance à un groupe ethnoculturel soient des sources de résilience pour les minorités ethnoculturelles, les stress sociaux et les événements de la vie tels que le chômage, la discrimination et la migration sont des facteurs de risque pouvant engendrer une mauvaise santé mentale et des maladies mentales⁶³. Par exemple, la discrimination raciale dont sont victimes les

personnes de minorités ethnoculturelles peut entraîner une faible estime de soi et mener à la dépression, à des idées suicidaires et à des tentatives de suicide⁶⁴. Ces personnes peuvent également être plus susceptibles de se suicider ou de faire des tentatives de suicide en raison des sentiments d'isolement, des antécédents de violence, de l'oppression, de la pauvreté, de la consommation de substances, de la stigmatisation ou du racisme⁶⁵.

Les immigrants et les nouveaux arrivants peuvent aussi présenter des taux élevés de mauvaise santé mentale compte tenu des facteurs de stress physique, émotionnel, social et économique associés à l'établissement dans un nouveau pays. Les facteurs de stress sont notamment : l'apprentissage d'une nouvelle langue, le sous-emploi, le faible statut socioéconomique, la séparation de la famille et l'isolement face à ses antécédents culturels⁶⁶. Selon une étude, plus du quart (26 %) des nouveaux immigrants et près du tiers des réfugiés (30 %) ont indiqué que la plus grande difficulté rencontrée au cours des quatre premières années suivant l'arrivée au Canada était l'apprentissage d'une nouvelle langue⁶⁷.

Il existe une corrélation étroite entre la mauvaise santé mentale, la maladie mentale et la vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang⁶⁸. Il a été démontré que la dépression et la faible estime de soi jouaient un rôle important dans l'acquisition et le maintien des comportements sexuels à risque, dont l'utilisation non systématique du condom⁶⁹. En outre, la recherche montre que les adultes atteints de maladie mentale grave, notamment la schizophrénie, un trouble bipolaire et une dépression grave, présentent des taux élevés de comportements sexuels à risque associés à la transmission des ITSS. Ces comportements sont, entre autres, l'utilisation non systématique du condom, des partenaires sexuels multiples et l'implication dans le travail du sexe⁷⁰. D'autres

études menées auprès des jeunes ont permis de conclure que les personnes qui manifestaient des symptômes de dépression présentaient un risque de ne pas utiliser de condom, de recevoir au moins un diagnostic d'ITSS ou d'adopter des comportements à risque pour faciliter l'acceptation sociale (p. ex. consommation d'alcool)⁷¹. Les personnes ayant une faible estime de soi, souffrant de dépression et présentant un manque d'estime personnelle sont plus susceptibles de signaler des intentions d'avoir des relations sexuelles non protégées comparativement aux personnes qui ont une haute estime de soi⁷². La peur d'être victime de stigmatisation ou de discrimination fondée sur la santé mentale peut être une source de découragement pour ce qui est de réclamer un traitement ou de recourir à des services de soutien et de santé mentale, aggravant ainsi la vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang⁷³.

La mauvaise santé mentale et la maladie mentale constituent également des préoccupations importantes chez les personnes de minorités ethnoculturelles qui vivent avec des infections transmissibles sexuellement et par le sang chroniques, comme l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH, car elles sont deux fois plus susceptibles de souffrir d'une maladie mentale, telle que la dépression ou l'anxiété, que la population générale⁷⁴. Or, les maladies mentales comme la dépression ont été signalées comme des effets secondaires des médicaments antirétroviraux utilisés pour traiter ces infections chroniques transmissibles sexuellement et par le sang⁷⁵. Par ailleurs, la stigmatisation associée aux infections transmissibles sexuellement et par le sang peut entraîner une maladie mentale attribuable à la discrimination, à l'isolement social et au retrait des personnes infectées des réseaux de soutien social importants.

La dépression et les autres maladies mentales peuvent également avoir des répercussions sur la façon dont les personnes atteintes de maladies chroniques prennent soin de leur santé et la gèrent. Ces maladies peuvent avoir des répercussions, entre autres, sur l'observance thérapeutique, l'exercice, l'alimentation et la communication avec les membres de la famille, les amis et les professionnels de la santé⁷⁶. La stigmatisation et la discrimination peuvent également constituer des obstacles importants à la divulgation de l'infection chronique à la famille, aux amis, aux professionnels de la santé et aux partenaires sexuels à cause de la peur, de la culpabilité ou de l'anxiété ressentie. Il est important que les personnes atteintes d'infections chroniques transmissibles sexuellement et par le sang ou qui y sont vulnérables bénéficient des services de santé mentale offerts afin de réduire les obstacles au traitement et aux soins continus. La mise sur pied de réseaux de collaboration pour les soins aux patients formés des médecins de famille, de psychologues, de psychiatres et d'autres travailleurs de soutien permet aux patients de tirer profit des programmes et services existants et ainsi bénéficier d'un soutien intégré.

La corrélation entre la santé mentale, la maladie mentale et les infections transmissibles sexuellement et par le sang est un aspect important à ne pas négliger dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Le fait de comprendre le lien qui existe entre les diverses composantes de la santé permet aux professionnels de la santé d'aider les personnes à atteindre un bilan de santé et de bien-être positif et à renforcer la résilience face aux facteurs de stress.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION DANS LA PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) AU SEIN DES DIVERS MILIEUX ETHNOCULTURELS?

Nombreuses sont les facettes de la culture qui influent sur les résultats en matière de santé, dont la vulnérabilité et la résilience à l'égard des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Notons, parmi ces facettes, la langue et le style de communication, le statut d'immigration, la religion, les croyances relatives à la santé et la perception de la sexualité. Il est important d'en tenir compte dans le cadre de la planification des programmes de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang destiné aux minorités ethnoculturelles.

LANGUE ET STYLE DE COMMUNICATION

Dans le cas des minorités ethnoculturelles, la langue peut être un obstacle à l'accès à l'information sur la santé et aux services de prévention⁷⁷. En 2008, plus du quart des immigrants établis au Canada ont indiqué qu'ils ne parlaient ni anglais ni français⁷⁸. Il arrive souvent que les langues associées à certaines cultures comportent des mots qui n'ont pas d'équivalents exacts en anglais. De même, il se peut que certains termes en anglais liés à l'anatomie ou à des comportements sexuels précis n'aient pas d'équivalents exacts dans certaines langues. Il est donc important de ne pas supposer qu'une personne préfère recevoir de l'information ou des services dans une langue précise liée à son origine ethnique ou à son identité culturelle, mais plutôt

d'offrir de l'information et des services aux communautés ethnoculturelles en plusieurs langues. Parfois, le fait de parler de ces questions dans une deuxième langue peut ouvrir des portes à une personne lui permettant d'explorer des questions délicates qui ne pourraient pas nécessairement être abordées dans sa langue maternelle, car la personne ne serait pas en mesure de le faire ou il serait inapproprié d'en discuter.

Le style de communication peut aussi avoir des effets sur l'accès à l'information ou aux services chez les minorités ethnoculturelles. Les cultures adoptent différents styles de communication, des différences quant au langage corporel, au contact visuel, à l'expression et au ton de voix. Par exemple, dans certaines cultures, un contact visuel direct peut être perçu comme un manque de respect ou comme une proposition sexuelle, plus particulièrement si le regard est échangé entre un homme et une femme⁷⁹. La façon de transmettre et de communiquer l'information sur la santé sexuelle peut avoir des effets sur la quantité d'information retenue et sur le recours aux services chez les minorités ethnoculturelles.

Il est essentiel que les programmes de prévention soient offerts de façon à respecter les styles de communication, les coutumes et les pratiques. En outre, il faut envisager une variété de formats et de milieux d'apprentissage afin d'offrir choix et flexibilité aux personnes visées. Les options offertes pourraient être des cours en groupe, des sites Web interactifs, des livrets, la narration d'histoires ou l'apprentissage entre pairs. La participation des minorités ethnoculturelles au processus de planification et à la détermination des langues et des styles de communication à employer pour transmettre et échanger l'information de façon efficace contribuera à réduire les obstacles potentiels à l'accès à l'information et aux services.

IMMIGRATION

La recherche semble indiquer qu'en général, les nouveaux arrivants au Canada sont en meilleure santé que la population née au Canada et les immigrants de longue date qui vivent au Canada depuis plus de 10 ans⁸⁰. S'il est vrai que les personnes qui s'établissent au Canada sont en meilleure santé, il existe tout de même des facteurs sociaux, structurels et économiques qui ont des effets sur les résultats en matière de santé et sur la façon dont les nouveaux arrivants accèdent à l'information sur la santé et aux services de santé une fois arrivés au pays.

L'immigration peut être une expérience positive et un nouveau commencement pour un grand nombre de gens. Toutefois, cette expérience peut également être très difficile pour certains, car il faut s'habituer à une nouvelle langue et à une nouvelle culture ainsi qu'à un nouveau statut social et à un nouveau revenu. Qui plus est, les nouveaux arrivants peuvent également faire face à des difficultés à la suite de leur immigration, c'est-à-dire qu'ils peuvent se sentir déchirés entre les normes et les attentes de leur propre culture et celles de la culture de leur pays d'adoption. Certaines personnes peuvent avoir le sentiment de ne plus maîtriser la situation et leur estime de soi peut s'affaiblir, alors que d'autres peuvent vivre un changement d'identité, comme avoir davantage de pouvoir et d'autonomie à l'égard de leur corps et de leur sexualité⁸¹. Ces expériences d'immigration peuvent avoir des répercussions sur l'accès à un soutien sur le plan social ou émotionnel, sur l'accès aux réseaux d'information et sur la capacité à nouer des liens appréciables avec les autres⁸². Il se peut que les nouveaux arrivants se sentent isolés, qu'ils ne sachent pas où ni comment accéder aux services de santé sexuelle et qu'ils ne connaissent pas les services qui sont offerts au sein de leur collectivité⁸³. L'adaptation à la vie dans un nouveau pays peut aussi avoir priorité sur la santé de certains nouveaux arrivants au Canada.

Dans certaines provinces ou certains territoires, les nouveaux arrivants peuvent avoir à respecter un délai avant de pouvoir accéder aux services de santé. Par exemple, une période d'attente de trois mois peut être imposée par une province avant qu'un nouveau résident puisse être couvert par l'assurance-maladie provinciale. Toutefois, une certaine couverture pour les soins essentiels et les soins d'urgence peut être offerte aux réfugiés réinstallés, aux demandeurs d'asile et à certains autres nouveaux arrivants au Canada qui ne sont pas encore admissibles à l'assurance-maladie⁸⁴. Nombreux sont les nouveaux arrivants non assurés dont l'état de santé est mauvais, car ils n'ont pas en main les documents d'identification demandés pour répondre aux exigences d'inscription ou ils n'ont pas accès aux soins médicaux ou préventifs dont ils ont besoin⁸⁵.

Pour de nombreux réfugiés, la satisfaction des besoins de base en établissement, tels que se nourrir et se loger ou prendre soin des membres de la famille, peut également avoir la priorité sur les besoins en matière de santé. En outre, il se peut que, dans leur pays d'origine, certains réfugiés aient eu très peu accès à des services de santé sexuelle, comme le test Pap ou le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang⁸⁶.

Test de Papanicolaou (test Pap) :
Procédure de dépistage systématique conçue pour détecter les signes précurseurs du cancer du col de l'utérus. Les lignes directrices canadiennes recommandent un dépistage systématique tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 69 ans.

Le processus d'interaction et d'échange entre les différents groupes culturels et au sein même de ceux-ci peut influencer les comportements liés à la santé et les résultats en matière de santé. Dans certains cas, ce processus peut entraîner des résultats négatifs suite à l'adoption de comportements malsains, comme la consommation d'alcool, le tabagisme ou des partenaires sexuels occasionnels⁸⁷. À titre d'exemple, des études ont démontré des proportions plus élevées de diagnostics d'infections transmissibles sexuellement et par le sang autodéclarés, un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours d'une vie, la consommation d'alcool avant et pendant les relations sexuelles et une utilisation non systématique du condom chez certains groupes ethnoculturels⁸⁸. Par contre, des études menées auprès d'immigrants au Canada indiquent qu'une interculturelisation plus marquée est associée à la résilience, notamment une plus grande demande d'aide, un accès plus important aux soins et l'utilisation accrue des services de santé préventifs⁸⁹. L'accès aux services de santé semble facilité, plus particulièrement, lorsque les immigrants ont une meilleure connaissance de la langue et bénéficient d'une assurance et lorsqu'ils ont acquis une familiarité et certaines croyances concernant la santé et le système de soins de santé⁹⁰.

L'immigration a différents effets sur la santé des nouveaux arrivants, des réfugiés et des immigrants de longue date. Dans le cadre de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles, il est essentiel de proposer des interventions et des programmes qui intègrent les éléments suivants : préoccupations et expériences des immigrants et des nouveaux arrivants; aiguillage des nouveaux arrivants vers les services et les soutiens liés à la santé; effets uniques de l'immigration sur l'accès à l'information, aux soins et au soutien; programmes adaptés aux besoins des immigrants et des nouveaux arrivants.

RELIGION

La religion ou la spiritualité est souvent une composante importante de l'identité culturelle. Elle peut influencer considérablement les valeurs, les croyances et les pratiques associées à la sexualité. Ces valeurs peuvent également avoir des effets sur les risques, les occasions, les comportements et l'accès aux programmes et aux services de santé et leur utilisation par les différents groupes culturels. Elles peuvent influencer la façon dont les personnes répondent à l'information qui leur est transmise sur la santé sexuelle et dont elles l'utilisent. Par exemple, chez certains groupes religieux, les rapports sexuels ne servent qu'à la reproduction et l'utilisation du condom est perçue comme un moyen de contraception allant à l'encontre de la création de la vie. Par conséquent, les membres de ces communautés peuvent être réfractaires à l'utilisation du condom dans leurs relations sexuelles et peuvent accéder à l'information sur la santé sexuelle seulement dans le contexte de la préparation au mariage.

À titre d'exemple, certaines communautés culturelles pourraient, en raison de leurs valeurs religieuses, encourager uniquement l'abstinence dans le cadre de l'éducation en matière de santé sexuelle, sans aborder la contraception ni la protection contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les personnes de ces communautés peuvent être aux prises avec le silence et la stigmatisation concernant l'accès aux programmes de prévention et à l'information sur la santé sexuelle ou l'échange de celle-ci, entraînant ainsi la non-satisfaction des besoins des membres de la communauté.

Comme la religion ou la spiritualité est au cœur de certaines communautés culturelles et influe sur l'accès à l'information sur la santé, les organismes confessionnels et les institutions religieuses peuvent être des partenaires importants pour communiquer l'information inclusive qui répond aux besoins des minorités ethnoculturelles. Il serait idéal que les

organismes confessionnels assurent la promotion de la santé et proposent des activités de prévention de la maladie, car il s'agit d'un milieu où certains groupes culturels passent beaucoup de temps et où on encourage et soutient des comportements liés à la santé⁹¹. Comme la communauté locale accorde une grande confiance à ces organisations et à leurs réseaux établis, les organismes confessionnels et les institutions religieuses seraient bien placés pour devenir des partenaires pour fournir les programmes et l'information adaptés aux cultures concernant la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles⁹².

CROYANCES RELATIVES À LA SANTÉ

Les personnes ayant divers antécédents ethnoculturels peuvent avoir différentes croyances à propos de la santé et de la maladie, notamment l'origine ou les causes de la maladie, les traitements possibles et les personnes qui doivent prendre part aux traitements ou aux décisions concernant les traitements.

Ces croyances ont une influence sur la perception des comportements qui peuvent donner lieu à certains résultats en matière de santé et qui sont liés à la demande d'aide⁹³. Par exemple, les croyances culturelles relatives à la santé influent sur la façon dont les personnes perçoivent le risque de contracter des infections transmissibles sexuellement et par le sang, les précautions à prendre pour les éviter et les services ou les traitements utilisés en cas de symptômes⁹⁴.

Dans certaines cultures, l'utilisation du condom est taboue et peut être vue comme un signe de promiscuité sexuelle, d'infidélité ou d'avoir contracté une infection transmissible sexuellement et par le sang⁹⁵. Dans le cadre de l'éducation en matière de santé sexuelle offerte à diverses communautés ethnoculturelles, il est important de travailler dans le contexte des croyances culturelles relatives à la santé des personnes

visées en ce qui concerne l'origine de la maladie et les formes de traitement. Les chefs culturels respectés, notamment les guérisseurs traditionnels et les anciens, peuvent donner des conseils, assurer un soutien et faciliter la participation à des environnements d'apprentissage coopératif et à un échange d'idées ouvert. La participation des membres respectés de la communauté culturelle qui comprennent les croyances relatives à la santé est l'une des stratégies utilisées dans l'élaboration des pratiques d'inclusion pour la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang qui répond aux besoins de diverses populations.

PERCEPTION DE LA SEXUALITÉ

La perception de la sexualité varie tant d'une culture à l'autre qu'au sein même d'une culture. Les catégories de comportement sexuel et d'identité sexuelle, comme l'homosexualité et l'hétérosexualité, par exemple, peuvent avoir des significations fort différentes selon la culture. La perception que l'on a de la sexualité d'après sa culture influe sur les normes et les habitudes que l'on a sur les sorties amoureuses, les relations sexuelles, les dialogues sur la sexualité et le comportement sexuel que l'on adopte. En outre, les médias et la culture populaire jouent un rôle déterminant dans la construction du genre, de l'identité et de la sexualité pour différents groupes ethnoculturels, ce qui peut avoir des répercussions sur l'identification et le comportement sexuel⁹⁶.

Les suppositions émises concernant la perception de la sexualité chez des groupes culturels donnés peuvent influencer sur le type de programmes offerts à une communauté culturelle et sur leur qualité. À titre d'exemple, des suppositions sur la perception de la sexualité peuvent mener à l'élimination de certains sujets de l'information fournie sur la santé sexuelle, entraîner de la gêne ou de l'embarras pour ce qui est d'obtenir de l'information et des programmes et aggraver la stigmatisation des groupes ethnoculturels⁹⁷.

Les pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang reconnaissent les valeurs, les attitudes et les croyances diversifiées entre les différents groupes culturels et au sein de ceux-ci. La participation des membres de la communauté ethnoculturelle dans le cadre de l'élaboration des programmes de prévention peut aider à adapter les programmes de façon à ce qu'ils répondent aux besoins de la communauté et à ce qu'ils respectent les différentes manières dont les membres communiquent et échangent l'information. Les professionnels de la santé et les éducateurs peuvent collaborer avec les membres d'une communauté culturelle pour définir les enjeux, en apprendre sur les différents besoins et renforcer la capacité de la communauté ethnoculturelle afin d'améliorer la santé sexuelle des personnes formant la communauté visée.

QUE PUIS-JE FAIRE POUR VEILLER À CE QUE LES PRATIQUES D'INCLUSION SOIENT UTILISÉES DANS LA PRÉVENTION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?

Les points suivants sont des éléments à prendre en compte dans les pratiques prometteuses et des exemples de ces pratiques destinés aux organismes communautaires, aux professionnels de la santé et aux éducateurs afin de les aider à fournir des programmes de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang qui répondent aux besoins de diverses communautés ethnoculturelles et visent à réduire les disparités en matière de santé chez les minorités ethnoculturelles.

- Faites une réflexion sur vos propres valeurs et croyances à l'égard de la sexualité et des différents groupes ethnoculturels. Quels sont vos valeurs, vos expériences, vos intérêts, vos croyances et vos engagements personnels? Quelles présomptions avez-vous dans le cadre de votre travail envers la communauté culturelle visée? En dressant la liste de vos valeurs, de vos attitudes, de vos présomptions, de vos croyances et de votre position sociale, vous pouvez mettre en lumière vos préjugés et déterminer comment votre opinion et vos valeurs peuvent influencer sur la façon dont vous fournissez les programmes de prévention.
- Faites participer les membres des communautés ethnoculturelles à la planification, à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes. Vous pourrez ainsi déterminer plus facilement les principales préoccupations en matière de santé de la communauté visée et vous assurer que les programmes sont adaptés pour répondre aux besoins des membres de cette communauté. Vous pouvez, notamment, recruter des membres de la communauté ethnoculturelle pour :
 - cerner les principales préoccupations de la communauté;
 - contribuer à l'élaboration du matériel pour les programmes;
 - fournir des conseils sur les formats de prestation du programme.
- Faites participer les membres de la communauté ethnoculturelle à la prestation des programmes. Des membres de la communauté peuvent agir en tant que personne-ressource pour fournir de l'information ou pour assurer la communication entre la communauté ethnoculturelle et les organismes communautaires. Le fait d'apprendre des membres de sa propre communauté, qui partagent les mêmes valeurs et expériences, peut :
 - favoriser un sentiment d'appartenance;
 - aider les membres de la communauté à développer une mentalité de résilience;

- accroître la probabilité que l'information soit intégrée aux pratiques personnelles en matière de santé.
- L'utilisation de données locales sur les disparités observées dans les résultats en matière de santé sexuelle (p. ex. vulnérabilité aux infections transmises sexuellement ou par le sang, violence sexuelle) permet :
 - de déterminer les groupes ethnoculturels les plus touchés;
 - de définir les déterminants sociaux, culturels et économiques liés à la vulnérabilité;
 - d'élaborer vos propres programmes ou interventions, de les mettre en œuvre et d'en surveiller l'efficacité.
- Créez et mettez en œuvre des programmes et des interventions qui ciblent les conditions qui touchent de façon disproportionnée les minorités ethnoculturelles de votre région.
- Établissez des réseaux de collaboration formés des membres des groupes culturels, des organismes confessionnels et d'autres organismes communautaires afin que tous puissent collaborer en vue de la réduction des disparités en matière de santé au sein des communautés ethnoculturelles. Organisez périodiquement des forums avec ces partenaires communautaires afin d'échanger des idées et de cerner des secteurs de collaboration pour atteindre les objectifs communs. Vous pouvez, par exemple, collaborer avec d'autres fournisseurs de programmes de la région pour organiser une foire sur la santé afin de transmettre l'information aux communautés ethnoculturelles et de les sensibiliser aux programmes et aux services qui leur sont offerts.
- Donnez au personnel des occasions d'apprentissage continu concernant :
 - les disparités en matière de santé;
 - les répercussions des conditions sociales, culturelles et économiques sur les comportements sexuels, l'accès aux programmes et aux services et la vulnérabilité aux infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- les stratégies visant à réduire les disparités en matière de santé chez les communautés ethnoculturelles.
- Songez à utiliser des représentations visuelles dans les affiches et d'autres documents d'information qui sont pertinentes pour les communautés ethnoculturelles visées et les résultats ou le comportement escomptés. La langue parlée par certains groupes ethnoculturels ne comporte pas de mots équivalents aux termes anglais liés à la sexualité ou ne se prête pas facilement à l'écrit. L'utilisation de représentations visuelles plutôt que de textes est une autre façon de communiquer l'information à plusieurs communautés ethnoculturelles.
- Informez-vous au sujet des préférences linguistiques, autres que le français ou l'anglais, et des préférences en matière de communication, des normes et des attentes des membres de la communauté. Cette façon vous permettra d'établir un dialogue non discriminatoire ou de diriger les personnes vers les ressources, les programmes ou les fournisseurs dans la langue de leur choix. Par exemple, en vous informant des préférences linguistiques et du style de communication, il vous sera plus facile :
 - de créer du matériel dans la langue et le style de communication qui répondent aux besoins de la communauté;
 - de retenir les services d'un interprète;
 - de recruter des employés dans le cadre du programme dont les aptitudes linguistiques correspondent au profil linguistique de la communauté ethnoculturelle visée.
- Fournissez les services dans une variété de contextes. Le temps et le transport sont des difficultés souvent mentionnés par les minorités ethnoculturelles comme obstacles à l'accès à

l'information et aux programmes en matière de santé. Le fait d'offrir plusieurs points d'accès au sein de la communauté améliorera grandement la capacité des minorités ethnoculturelles à accéder à l'information et aux programmes. Vous pouvez, par exemple, envisager la possibilité d'établir des services mobiles afin d'offrir directement aux personnes des éléments du programme, comme les épreuves de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Vous pouvez aussi mettre sur pied des « comptoirs de renseignements sur la santé sexuelle » dans les centres communautaires locaux, les centres commerciaux ou d'autres milieux que visitent les minorités ethnoculturelles. Formez des membres de la communauté ethnoculturelle afin qu'ils puissent travailler au comptoir de renseignements, répondre aux questions et diriger les personnes vers les ressources locales. De plus, l'information sur la santé sexuelle peut être incorporée dans les cours d'anglais langue seconde ou dans des environnements d'apprentissage confessionnels pour faire en sorte que les nouveaux arrivants et les immigrants de longue date aient accès à l'information.

- Communiquez l'information aux communautés ethnoculturelles dans divers formats qui cadrent avec leurs valeurs, leurs croyances et leurs pratiques culturelles. Vous pouvez, notamment, embaucher des membres de la communauté ethnoculturelle pour planifier et animer des activités de narration d'histoire ou de cercle de partage. Dans le cadre de ces activités, des membres de la communauté peuvent raconter des histoires qui mettent en lumière des sujets et des préoccupations importants pour cette communauté. Ces activités font partie des pratiques prometteuses visant l'engagement des membres de la communauté ainsi que leur participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes. Il s'agit également d'un bon moyen d'en apprendre davantage sur les besoins, les valeurs et les pratiques de

la communauté ethnoculturelle et d'établir des liens de confiance avec les membres de cette communauté.

- Créez des outils de sensibilisation aux programmes et aux services qui sont offerts à la communauté ethnoculturelle de votre région. Les minorités ethnoculturelles, tout particulièrement les nouveaux arrivants, sont moins susceptibles d'avoir recours aux services en partie parce qu'ils ne connaissent pas les services disponibles. Vous pouvez, entre autres, collaborer avec d'autres organismes communautaires pour établir une base de données sur les ressources offertes aux minorités ethnoculturelles de votre région. Une telle base de données pourrait être fournie à la communauté en divers formats, dont des applications pour cellulaires, des sites Web publics ou des documents papier distribués dans différents milieux.
- Incorporez des évaluations périodiques à l'ensemble des interventions, des programmes et des activités. Communiquez les résultats de ces évaluations :
 - à d'autres organismes communautaires;
 - aux autorités locales de la santé;
 - aux ministères provinciaux et territoriaux de la santé et de l'éducation;
 - à d'autres décideurs de politiques.

Vous pouvez, par exemple, présenter les constatations de l'évaluation de vos activités à l'occasion de conférences, de symposiums ou de sommets sur la santé organisés dans votre région. La diffusion de données probantes sur les programmes et les interventions qui semblent prometteurs pour l'amélioration des résultats en matière de santé et la réduction des disparités en matière de santé aidera d'autres intervenants à élaborer des programmes, des politiques et des interventions dans leur propre champ de compétence.

- Consultez le programme d'éducation en matière de santé sexuelle de votre province ou territoire pour apprendre où et comment sont comblés les besoins relatifs à l'éducation en matière de santé sexuelle des jeunes des minorités ethnoculturelles. Discutez des lacunes avec les cadres scolaires, soulevez les problèmes auprès des commissaires d'école ou communiquez avec le représentant du programme, selon le protocole en place dans votre région.

Encouragez l'utilisation des *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* à l'échelle locale, provinciale et territoriale comme cadre d'élaboration d'un programme général et inclusif de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang et de promotion de la santé sexuelle.

- Envisagez l'utilisation des médias sociaux pour vous renseigner sur les préoccupations en matière de santé de la communauté ethnoculturelle locale et pour échanger de l'information sur la santé avec les membres de la communauté. À titre d'exemple, vous pouvez consacrer un babillard sur votre site Web à une communauté précise ou créer une page Facebook. Invitez les membres de la communauté à afficher un texte ou un commentaire sur le babillard.
- Collaborez avec des groupes confessionnels ou des chefs spirituels pour fournir de l'information ou des services en matière de santé sexuelle dans les lieux de culte. Les chefs religieux ou les membres de la congrégation peuvent agir à titre de chefs laïques ou d'éducateur de pairs pour communiquer l'information sur la santé concernant la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Vous pouvez, entre autres, établir un partenariat avec des organismes confessionnels pour organiser un sommet de la jeunesse ou une foire sur la santé afin de rassembler les jeunes pour communiquer de l'information et explorer

les valeurs liées à la sexualité. Les lieux de culte peuvent être des endroits clés où les personnes peuvent participer aux programmes et échanger sur des questions se rapportant à la sexualité dans le respect de leurs valeurs et de leurs croyances. Cette façon peut contribuer à atténuer la stigmatisation et les tabous entourant les infections transmissibles sexuellement et par le sang au sein des groupes confessionnels.

- Mettez sur pied des groupes de soutien par les pairs qui permettent aux personnes de nouer des liens avec des membres du groupe ethnoculturel auquel elles appartiennent pour :
 - faire part de leurs expériences;
 - affirmer leurs croyances;
 - obtenir de l'information sur la santé.

Les groupes de soutien par les pairs constituent également une plateforme permettant d'aborder la stigmatisation et des questions délicates⁹⁸.

COMMENT PUIS-JE AIDER À RENFORCER LA RÉSILIENCE CHEZ LES MINORITÉS ETHNOCULTURELLES?

La résilience requiert des compétences ou une façon de penser qui permettent aux personnes de composer avec le stress et l'adversité. Le renforcement de la résilience permet non seulement d'améliorer la santé, mais également toutes les facettes de la vie d'une personne.

Selon la recherche, sept facteurs de résilience ont été identifiés chez les populations diversifiées sur le plan culturel⁹⁹ :

- l'accès à des ressources matérielles (c.-à-d. nourriture, vêtements, abri, éducation);
- l'accès à des relations solidaires (c.-à-d. pairs, famille, collectivité);

- une forte identité personnelle (c.-à-d. sentiment d'utilité, croyances et valeurs);
- un grand sentiment de maîtrise et de pouvoir personnel (c.-à-d. capacité à apporter des changements dans son milieu);
- l'adhésion aux traditions culturelles (c.-à-d. adhésion aux pratiques locales ou mondiales propres à sa culture);
- un grand sentiment de justice sociale (c.-à-d. chercher à jouer un rôle important au sein de la collectivité et pour l'égalité sociale);
- un grand sentiment de solidarité avec les autres (c.-à-d. équilibrer ses intérêts personnels et sa responsabilité de rechercher le bien de tous).

Les organismes communautaires, les professionnels de la santé et les éducateurs peuvent faire plusieurs choses importantes pour renforcer la résilience des minorités ethnoculturelles.

- Encouragez les personnes et les groupes à reconnaître leurs forces individuelles et collectives.
- Donnez des occasions à la communauté de désigner des groupes ethnoculturels, des modèles positifs (c'est-à-dire des chefs culturels, des modèles des médias publics) et des réseaux de soutien au sein de leur communauté afin de collaborer avec eux. Cette façon de procéder peut renforcer l'estime personnelle et l'estime de soi ainsi que le sentiment d'appartenance au sein des différents groupes ethnoculturels et entre ceux-ci.
- Participez à la création de clubs, d'activités et d'événements sur la diversité. Ces groupes constituent une occasion pour les membres des communautés :
 - d'explorer leur identité culturelle et d'en tirer fierté;
 - de renforcer leur estime de soi;

- de créer un sentiment d'appartenance;
- de démystifier les stéréotypes associés aux personnes ayant différents antécédents culturels.

- Renforcez les capacités individuelles grâce à l'éducation par les pairs, au mentorat et au développement du leadership. Ainsi, on peut affermir les valeurs de coopération, favoriser le respect et le soutien mutuel et permettre aux minorités ethnoculturelles de s'entraider de façon appréciable¹⁰⁰.
- Offrez des ressources inclusives sur le plan culturel dans la communauté et proposez leur intégration dans les programmes scolaires. Le fait d'exposer tout le monde à ces ressources permettra non seulement de mieux connaître les personnes ayant différentes origines ethniques, culturelles et religieuses et d'accroître la sensibilisation à leur égard, mais aussi de favoriser un sentiment d'appartenance et d'identité chez les minorités ethnoculturelles.

Les minorités ethnoculturelles qui affichent une plus forte estime de soi, une forte identité personnelle et des réseaux solides de soutien par les pairs et la famille sont plus susceptibles de prendre des décisions favorables à la santé et d'être aptes à empêcher les résultats négatifs en matière de santé, comme les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Les organismes communautaires, les professionnels de la santé et les éducateurs ont un rôle important à jouer pour protéger et améliorer la santé des minorités ethnoculturelles, et ce, en favorisant la résilience et en renforçant les capacités individuelles et communautaires.

MOT DE LA FIN

Il est important de reconnaître que les disparités observées dans les résultats en matière de santé sexuelle, comme les infections transmissibles sexuellement et par le sang, varient selon les contextes culturels. Vu la diversité culturelle toujours croissante du Canada, il est essentiel d'enraciner les programmes de prévention dans les contextes culturels. Qui plus est, les programmes, les politiques et les plans d'études doivent être créés de façon à tenir compte des différents déterminants sociaux, structurels et économiques qui influencent la vulnérabilité et la résilience des minorités ethnoculturelles face aux mauvais résultats en matière de santé. Il convient également de reconnaître les différences qui existent parmi les groupes ethnoculturels et le fait qu'il n'existe pas de solution « universelle » pour réduire les disparités en matière de santé et améliorer les résultats de santé. La participation des membres de la communauté ethnoculturelle à la planification, à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes et des interventions garantira que ceux-ci sont adaptés aux besoins de la communauté, qu'ils reflètent la composition socioéconomique et démographique de la communauté et qu'ils respectent les valeurs culturelles de la communauté. L'intégration des pratiques d'inclusion dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang est une approche prometteuse qui permettra de réduire les disparités en matière de santé observées chez les minorités ethnoculturelles et d'améliorer la santé de l'ensemble de la population du Canada tout au long de la vie.

PRATIQUES PROMETTEUSES

Vous trouverez ci-dessous des exemples de programmes offerts au Canada qui semblent prometteurs pour ce qui est de s'attaquer aux déterminants de la vulnérabilité et à la résilience face aux infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les minorités ethnoculturelles.

Mobile Health Clinic Program Immigrant Women's Health Centre (Toronto, Ontario)

<http://immigranthealth.info>

Le programme Mobile Health Clinic (MHC) est une opération satellitaire du Immigrant Women's Health Centre. Il permet de travailler en partenariat avec des milieux de travail, des organismes et des groupes communautaires pour offrir des services de santé sexuelle, dont de la contraception, du counseling sur les infections transmissibles sexuellement, des épreuves de dépistage et des traitements, des examens des seins et des tests Pap, de l'aiguillage vers d'autres cliniques pour les femmes immigrantes, réfugiées et marginalisées à Toronto.

Families Achieving Inclusive Relationships (FAIR) Calgary Sexual Health Centre (Calgary, Alberta)

www.cbca.ab.ca

Le projet FAIR offre un soutien et de l'information visant à aider les parents immigrants à dialoguer avec leurs enfants sur les valeurs familiales et le lien qui existe entre ces valeurs, des relations saines et un corps sain. Les thèmes abordés sont notamment la façon de discuter ouvertement des relations et des valeurs, la compréhension des choix auxquels les jeunes font face lorsque les valeurs familiales diffèrent de celles de leurs amis, les défis liés au fait d'élever des enfants au sein de la culture canadienne et la manière de parler à ses enfants de ces différences.

Brownkiss

**Alliance for South Asian AIDS Prevention
(Toronto, Ontario)**

<http://brownkiss.ca>

Brownkiss est un programme de prévention du VIH et de santé sexuelle destiné aux femmes de l'Asie du Sud et aux nouveaux arrivants. Cette communauté en ligne se consacre à la création d'un environnement sécuritaire où les personnes peuvent se sentir à l'aise de s'informer sur le sexe et la sexualité, la prévention du VIH et des infections transmissibles sexuellement et la santé en général.

Take Care Down There:**A Sexual Health Campaign****Sexuality Education Resource****Centre (SERC) du Manitoba**

(Brandon, Manitoba)

www.serc.mb.ca

La campagne médiatique sur la santé sexuelle Take Care Down There a été créée pour améliorer l'accès aux services sociaux et de santé chez les immigrants infectés ou touchés par le VIH. Les messages sur la prévention des infections transmissibles sexuellement et sur la promotion de la santé sont traduits en plusieurs langues, dont l'anglais, le russe, le mandarin, l'amharique et l'espagnol.

RESSOURCES ADDITIONNELLES

Les opinions exprimées dans ces ressources sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les vues officielles de l'Agence de la santé publique du Canada. De plus, les lecteurs peuvent consulter d'autres ressources élaborées par l'Agence.

Remarque : Avant d'utiliser ces ressources auprès des étudiants ou des clients, il est conseillé d'en prendre connaissance d'abord, car elles peuvent contenir de l'information délicate qui n'est pas nécessairement appropriée pour tous les âges.

ORGANISMES

**Affiliation of Multicultural Societies
and Services Agencies of BC (AMSSA)**

www.amssa.org

205-2929, promenade Commercial

Vancouver (C.-B.) V5N 4C8

Tél. : 604-718-2780 ou 1-888-355-5560

Téléc. : 604-298-0747

Adresse courriel : amssa@amssa.org

L'AMSSA encourage le leadership collaboratif, l'échange de connaissances et l'engagement des intervenants afin de soutenir les organismes membres qui offrent des services aux immigrants et qui favorisent le développement de communautés inclusives sur le plan culturel.

**Conseil des Africains et Caraïbéens
sur le VIH/sida en Ontario (CACVO)**

www.accho.ca

20, rue Victoria, 4^e étage

Toronto (Ont.) M5C 2N8

Tél. : 416-977-9955

Téléc. : 416-977-7664

Le CACVO est formé d'organismes et de personnes qui sont engagés à l'égard de la prévention du VIH, de l'éducation, de la défense des droits, de la recherche, du traitement, des soins et du soutien destinés aux communautés africaines et caribéennes de l'Ontario.

Arc-en-ciel d'Afrique / African Rainbow

www.arcencielfafrique.org

576, rue Sainte-Catherine Est, bureau 207,
Montréal (Qc) H2L 2E1

Tél. : 514-373-1953

Adresse courriel : info@arcencielfafrique.org

Arc-en-ciel d'Afrique est un organisme communautaire qui favorise la santé et le bien-être des gais, lesbiennes, bisexuels et transsexuels d'origine africaine et caribéenne. Il a comme objectif de sensibiliser la communauté aux thèmes touchant la prévention, le VIH/sida, d'autres questions de santé, l'homophobie et les droits de la personne.

Au-delà de l'arc-en-ciel /

Beyond the Rainbow (ADA)

www.lgbt-ada.org/index.htm

2215, rue de Bordeaux
Montréal (Qc) H2K 3Y7

Tél. : 514-527-4417

Adresse courriel : info@lgbt-ada.org

L'ADA a été fondée par des personnes du groupe hispanophone de discussion au masculin (GDM) et entend offrir une gamme de services d'accueil et d'accompagnement à toute personne LGBT+. L'organisme viendra en aide à celles et à ceux qui, nouvellement arrivés, ont éprouvé des difficultés à vivre leur différence sexuelle dans leur pays d'origine.

Conseil ethnoculturel du Canada (CEC)

www.ethnocultural.ca

176, rue Gloucester, bureau 205
Ottawa (Ont.) Canada K2P 0A6

Tél. : 613-230-3867, poste 224

Télé. : 613-230-8051

Adresse courriel : cec@web.ca

Le CEC est un organisme sans but lucratif qui dirige des programmes et des activités visant à appuyer la vision d'un Canada inclusif et multiculturel. Le CEC regroupe des communautés ethnoculturelles partout au Canada pour accroître sa capacité (outils, ressources et partenariats de collaboration) afin de sensibiliser les populations d'immigrants de diverses origines ethniques à risque élevé, à l'hépatite C et à d'autres maladies transmissibles connexes ainsi qu'à leur prévention.

Fédération canadienne pour la santé sexuelle

www.cfsh.ca

2197, promenade Riverside, bureau 403
Ottawa (Ont.) K1H 7X3

Tél. : 613-241-4474

Télé. : 613-241-7550

Adresse courriel : admin@cfsh.ca

La Fédération canadienne pour la santé sexuelle (FCSS) est un organisme national bénévole de bienfaisance qui travaille à promouvoir la santé sexuelle. La FCSS fournit de l'éducation et de la formation sur un large éventail de questions touchant la santé sexuelle et génésique dans divers milieux culturels.

Immigrant Women's Health Centre

<http://immigranthealth.info>

489, rue College, bureau 200
Toronto (Ont.) M6G 1A5
Tél. : 416-323-9986
Téléc. : 416-323-0447
Adresse courriel : info@immigranthealth.info

Le centre Immigrant Women's Health Centre est une clinique de santé sexuelle qui offre des services aux femmes immigrantes, réfugiées et marginalisées de Toronto.

Options Sexual Health Association

www.optionssexualhealth.ca

9912-106 Street, bureau 50
Edmonton (Alb.) T5K 1C5
Tél. : 780-423-3737
Téléc. : 780-425-1782
Adresse courriel : options@optionssexualhealth.ca

Le Multicultural Sexual Health Education Program mis sur pied par OPTIONS fournit de l'information et un soutien sur des questions liées à la santé sexuelle afin de répondre aux besoins particuliers de la communauté multiculturelle. L'Association offre les services suivants : ateliers et présentations, formation d'éducateur en matière de santé sexuelle à l'intention des chefs communautaires, évaluation des besoins communautaires en santé sexuelle et éducation connexe.

Santé arc-en-ciel Ontario

www.rainbowhealthontario.ca

Centre de santé Sherbourne
333, rue Sherbourne
Toronto (Ont.) M5A 2S5
Tél. : 416-324-4100
Téléc. : 416-324-4262

Santé arc-en-ciel Ontario (SAO) est un programme d'envergure provinciale qui vise à améliorer la santé et le bien-être des communautés lesbienne, gaie, bisexuelle et trans (LGBT) grâce à l'éducation, à la recherche, à l'intervention en milieu et à la défense de politique publique. Le site Web de ce programme contient des bases de données interrogeables qui proposent des formateurs, des ressources de formation, des chercheurs et des recherches à l'intention des communautés LGBT et de leurs fournisseurs de soins de santé. Santé arc-en-ciel Ontario offre également une formation sur le savoir-faire culturel et des ressources aux nouveaux arrivants, aux immigrants et aux réfugiés.

RÉZO

www.rezosante.org

2075, rue Plessis, local 207
Montréal (Qc) H2L 2Y4
Tél. : 514-521-7778
Téléc. : 514-521-7665
Adresse courriel : info@rezosante.org

RÉZO offre des services de counselling et d'aiguillage aux hommes gais et bisexuels des communautés ethniques. L'organisme propose également des séances d'information sur la santé sexuelle, le bien-être et l'orientation sexuelle.

**Sexuality Education Resource Centre (SERC)
du Manitoba**

www.serc.mb.ca

200-226, rue Osborne Nord
Winnipeg (Man.) R3C 1V4
Tél. : 204-982-7800
Téléc. : 204-982-7819
Adresse courriel : info@serc.mb.ca

Le SERC est un organisme communautaire pro-choix sans but lucratif. Sa mission est de favoriser la promotion de la santé sexuelle par l'éducation. Les services offerts aux populations d'immigrants et de réfugiés visent notamment l'éducation

communautaire sur les infections transmissibles sexuellement, les questions touchant la santé sexuelle et génésique, l'orientation vers des services de santé et de l'information, l'élaboration et la traduction de ressources d'éducation sur la santé, l'aiguillage vers d'autres services et des formations sur le savoir-faire culturel à l'intention des fournisseurs de service.

519 Church Street Community Centre

www.the519.org

519, rue Church
Toronto (Ont.) M4Y 2C9
Tél. : 416-392-6874
Télec. : 416-392-0519

Adresse courriel : info@the519.org

Le 519 offre une gamme de services aux nouveaux arrivants et aux réfugiés LGBTQA ainsi qu'à leur famille : engagement communautaire, information, services d'aiguillage, éducation, activités récréatives et de soutien.

OUVRAGES GÉNÉRAUX

Fédération canadienne pour la santé sexuelle (2002). *Finding Our Way: A Sexual and Reproductive Health Sourcebook for Aboriginal Communities*. Ottawa, (Ont.), Fédération canadienne pour la santé sexuelle.

Finding Our Way est la première ressource canadienne exhaustive axée sur la santé sexuelle et la santé reproductive qui s'inscrit dans le contexte culturel de la population autochtone. Ce document de 335 pages fournit des renseignements à jour, des ressources pédagogiques, des modèles de programme et des récits personnels sur la sexualité et la santé reproductive qui reflètent les points de vue de la population autochtone. L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et la Fédération canadienne pour la santé sexuelle (FCSS) ont collaboré à la mise au point de cette ressource.

Madan-Bahel, A. (2008). *Sexual health and Bollywood films: a culturally based program for South Asian teenage girls*. Youngstown (N.-Y.), Cambria Press.

Sexual Health and Bollywood Films présente un programme de prévention en matière de santé sexuelle adapté aux différences culturelles à l'intention des jeunes femmes d'Asie du Sud. Il s'agit d'un outil destiné aux chercheurs, aux responsables de l'élaboration des programmes et aux fournisseurs de service qui vise à les informer et à les sensibiliser à l'égard des questions touchant la santé sexuelle, dont la prévention des infections transmissibles sexuellement.

RESSOURCES EN LIGNE

Alberta Health Services

www.teachingsexualhealth.ca

Reproductive Health, Healthy Living
10101, chemin Southport Sud-Ouest
Calgary (Alb.) T2W 3N2
Tél. : 403-943-6724

Adresse courriel : tsh@albertahealthservices.ca

Ce site Web novateur vise à favoriser l'excellence en éducation en proposant aux enseignants du matériel pédagogique sur la santé sexuelle fondé sur des données probantes, des méthodes d'enseignement, des activités et des plans de cours d'actualité ainsi que des ressources exhaustives.

Trousses d'outils en matière de santé sexuelle

www.catie.ca/fr/ressources/sexual-health-toolkit-sexuality-and-relationships

www.catie.ca/fr/ressources/sexual-health-toolkit-sexually-transmitted-infections

Ces trousse d'outils sur la santé sexuelle ont été créées par l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Elles fournissent des renseignements généraux sur les infections transmissibles sexuellement, la sexualité et les relations.

PlanetAhead

www.planetahead.ca

PlanetAhead-Condomania
Vancouver Coastal Health
436A-520 West 6th Avenue
Vancouver (C.-B.) V5Z 4H5
Tél. : 604-714-3771, poste 2373
Téléc. : 604-708-5212
Adresse courriel : planetahead@vch.ca

PlanetAhead-Condomania utilise une approche intégrée (ateliers en milieu scolaire, sensibilisation dans le cadre d'activités pour les jeunes et site Web www.planetahead.ca) pour permettre aux jeunes d'explorer des questions et des contextes sociaux qui influent sur leurs décisions concernant les relations et la sexualité et d'apprendre des pratiques sexuelles plus sûres.

Ma sexualité

www.masexualite.ca

Manuel d'enseignement de
l'éducation en santé sexuelle
[www.masexualite.ca/uploads/files/
TeachingSexEdManualFre.pdf](http://www.masexualite.ca/uploads/files/TeachingSexEdManualFre.pdf)

Société des obstétriciens et
gynécologues du Canada
780, promenade Echo
Ottawa (Ont.) K1S 5R7
Tél. : 613-730-4192
Sans frais : 1-800-561-2416
Téléc. : 613-730-4314
Adresse courriel : helpdesk@sogc.com

Le site masexualite.ca est consacré à la diffusion d'information fiable et récente sur l'éducation en matière de santé sexuelle pour les professionnels de la santé, les enseignants et les parents. Le Manuel d'enseignement de l'éducation en santé sexuelle présente des stratégies sur la façon d'aborder la santé sexuelle et les infections transmissibles sexuellement dans divers milieux culturels et religieux.

Wellesley Health Institute

www.wellesleyinstitute.com

Colour Coded Health Care: The Impact
of Race and Racism on Canadians' Health
[www.wellesleyinstitute.com/wp-content/
uploads/2012/02/Colour-Coded-Health-Care-
Sheryl-Nestel.pdf](http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/02/Colour-Coded-Health-Care-Sheryl-Nestel.pdf)

10, avenue Alcorn, bureau 300
Toronto (Ont.) Canada M4V 3B1
Tél. : 416-972-1010
Adresse courriel : contact@wellesleyinstitute.com

Le Wellesley Institute est un institut de recherche et de politiques non partisan et sans but lucratif situé à Toronto qui effectue de la recherche, élabore des politiques et mobilise la communauté afin d'améliorer la santé de la population. Son travail repose sur quatre grands piliers : hébergement, soins de santé, économie et santé des immigrants.

NOTES DE FIN D'OUVRAGE

- ¹ Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle* (3^e éd.) Ottawa.
- ² Pour de plus amples renseignements, voir : Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Questions & réponses : L'orientation sexuelle à l'école*. Ottawa; Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Questions & réponses : L'identité sexuelle à l'école*. Ottawa; Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Questions et réponses : Éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique*. Ottawa.
- ³ Culley, L. (1996). A critique of multiculturalism in health care: The challenge for nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 23:564–570. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00020.x.; Smye, V., & Browne, A.J. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting Aboriginal people. *Nurse Researcher* 9(3):42–56; Dick, S., Duncan, S., Gillie, J., Mahara, S., Morris, J., Smye, V., & Voyageur, E. (2006). Cultural safety: Module 2: People's experiences of oppression. Accès : <http://web2.uvcs.uvic.ca/courses/csafety/mod1/index.htm>; Smye, V. (2008). Integrating Culture and 'Difference' into Practice and Policy. BC Cancer Agency. Accès : www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/41696B14-B892-4E8E-A275-5033FA37005E/28908/Vicki_CulturalSafetyBCCA08.pdf.
- ⁴ Tully, J. (1995). *Strange multiplicity: constitutionalism in an age of diversity*. Cambridge: Cambridge University Press; Dhamoon, R. (2009). *Identity/difference politics: how difference is produced, and why it matters*. British Columbia: University of British Columbia Press.
- ⁵ UNESCO. (2009). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*. Paris, France : UNESCO. Accès : <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>.
- ⁶ Statistique Canada. (2011). *Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada, Enquête nationale auprès des ménages*, 2011. N° 99-010-X2011001 au catalogue. Ottawa (Ont.) Accès : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf>.
- ⁷ Idem.
- ⁸ Idem.
- ⁹ Idem.
- ¹⁰ Statistique Canada. Citoyenneté (5), lieu de naissance (236), statut d'immigrant et période d'immigration (11), groupes d'âge (10) et sexe (3) pour la population dans les ménages privés du Canada, provinces, territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement, Enquête nationale auprès des ménages de 2011 (fichier de données). Accès : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=0&O=D&PID=105411&PRID=0&PTYPE=105277&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2013&THEME=95&VID=0&VNAME=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>.
- ¹¹ Pour obtenir une liste complète de ces pays, voir : Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Actualités en épidémiologie du VIH/sida : Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, avril 2012*. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. Accès : http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26331_C13F.pdf; Agence de la santé publique du Canada. (2012). Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada. Ottawa (Ont.) Accès : www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fra.php.
- ¹² Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada, 2010*. Ottawa (Ont.).

- 13 Agence de la santé publique du Canada. (2013). Enhanced Street Youth Surveillance in Canada (E-SYS). Cycles 3-5: Unpublished Data. Ottawa, Ontario: Public Health Agency of Canada.
- 14 Hallfors, D.D., Iritani, B.J., Miller, W.C., Bauer, D.J. (2007). Sexual and Drug Behavior Patterns and HIV and STD Racial Disparities: The Need for New Directions. *American Journal of Public Health* 97(1):125-132. doi: 10.2105/AJPH.2005.075747.; Garofalo, R., Mustanski, B., Johnson, A., Emerson, E. (2010). Exploring Factors That Underlie Racial/Ethnic Disparities in HIV Risk among Young Men Who Have Sex with Men. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 87(2):318-323. doi: 10.1007/s11524-009-9430-z.
- 15 Lofters, A.K., Glazier, R.H., Agha, M.M., Creatore, M.I., & Moineddin, R. (2007). Inadequacy of cervical cancer screening among urban recent immigrants: A population-based study of physician and laboratory claims in Toronto, Canada. *Preventive Medicine* 44(6):536-542; Redwood-Campbell, L., Thind, H., Howard, M., Koteles, J., Fowler, N., & Kaczorowski, J. (2008). Understanding the health of refugee women in host countries: Lessons from the Kosovar re-settlement in Canada. *Prehospital and Disaster Medicine* 23(4):322-327; Statistique Canada. (2005). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 3.1, Fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD), Guide de l'utilisateur*. Ottawa (Ont.); Statistique Canada, 2008a; Toronto Teen Survey. (2009). Newcomer and Longer-term Immigrant Bulletin. Planned Parenthood Toronto. Toronto, ON. Accès : www.ppt.on.ca/userfiles//TTS_BulletinNC_web%281%29.pdf.
- 16 Stewart, M., Neufeld, A., Harrison, M., Spitzer, D., Hughes, K., & Makwarimba, E. (2006). Immigrant women family caregivers in Canada: implications for policies and programmes in health and social sectors. *Health and Social care in the Community* 14(4):329-340. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00627.x.; Toronto Teen Survey, 2009; Wu, Z., Penning, M.J., & Schimmele, C.M. (2005). Immigrant Status and Unmet Health Care Needs. *Canadian Journal of Public Health* 96(5):369-373. Accès : <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/662/662>.
- 17 Idem.
- 18 Toronto Teen Survey, 2009.
- 19 Idem.
- 20 Ramsden, I. (1992). *Kawa Whakaruruhau: Guidelines for Nursing and Midwifery Education*. Wellington, NZ: Nursing Council of New Zealand.
- 21 Papps, E. (2005). Chapter 2 – Cultural safety: Daring to be different. In: D. Wepa (Ed.), *Cultural safety in Aotearoa New Zealand* (p. 20-28). Auckland: Pearson Education New Zealand.
- 22 Betancourt, J.R., Green, A.R., Carrillo, J.E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports* 118:293-302. Accès : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497553/pdf/12815076.pdf; Dowsett, G., Aggleton, P., Abega, S., Jenkins, C., Marshall, T., Runganga, S.,...Tarr, C.M. (1998). Changing gender relations among young people: The global challenge for HIV/AIDS prevention. *Critical Public Health* 8(4):291-309. doi: 10.1080/09581599808402917.
- 23 Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial And Ethnic Health Disparities? A Review And Conceptual Model. *Medical Care Research and Review* 57(1):181-217. doi: 10.1177/107755800773743655.
- 24 Wendt, D.C., & Gone, J.P. (2012). Rethinking cultural competence: Insights from indigenous community treatment settings. *Transcultural Psychiatry* 49:206-222. doi: 10.1177/1363461511425622.
- 25 Aboriginal Nurses Association of Canada. (2009). Cultural Competence and Cultural Safety in Nursing Education: A Framework for First Nations, Inuit and Métis Nursing. Accès : www.anac.on.ca/Documents/Making%20It%20Happen%20Curriculum%20Project/FINALFRAMEWORK.pdf.
- 26 Ramsden, I. (1990). Cultural safety. *The New Zealand Nursing Journal. Kai Tiaki*. 83(11):18-19; Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal of Qualitative Health Care* 8(5):491-497. doi: 10.1093/intqhc/8.5.491.; Ramsden, I. (1997). Cultural safety: Implementing the concept. The social force of nursing and midwifery. In: Te Whaiti, P., McCarthy, M., Durie, A. (Eds.). *Mai i Rangiatea: Maori Wellbeing and Development*. Auckland, New Zealand: Auckland University Press. p. 113-125; Wepa, D. (Ed.) (2005). *Cultural Safety in Aotearoa, New Zealand*. Auckland: Pearson Education New Zealand.

- 27 Smye, V., & Browne, A.J. (2002). 'Cultural Safety' and the analysis of health policy affecting Aboriginal people. *Nurse Researcher* 9(3):42-56; Wendt & Gone, 2012.
- 28 Griner, D., & Smith, T.B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training* 43(4):531-548. doi: 10.1037/0033-3204.43.4.531.; Hasnain, R., Kondratowicz, D.M., Borokhovski, E., Nye, C., Balcazar, F., Portillo, N., Hanz, K., Johnson, T., Gould, R. (2011). Do Cultural Competency Interventions Work?: A systematic review on improving rehabilitation outcomes for ethnically and linguistically diverse individuals with disabilities. *Focus: A publication of the National Center for the Dissemination of Disability Research*, Technical Brief No. 31. Accès : www.ncddr.org/kt/products/focus/focus31/Focus31.pdf.
- 29 Hawkins, R.P., Kreuter, M., Resnicow, K., Fishbein, M., Dijkstra, A. (2008). Understanding tailoring in communicating about health. *Health Education Research* 23(3):454-466. doi: 10.1093/her/cyn004.; Kreuter, M.W., & Wray, R.J. (2003). Tailored and Targeted Health Communication: Strategies for Enhancing Information Relevance. *Am J Health Behav* 27(Suppl 3):S227-S232. Kreuter, M.W., Lukwago, S.N., Bucholtz, D.C., Clark, E.M., Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches. *Health Educ Behav* 30:133. doi: 10.1177/1090198102251021.
- 30 World Health Organization. (2007). WHO Commission on the Social Determinants of Health. A Conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion Paper 2 Prepared by Solar O, Irwin A. Accès : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf; Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A.J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 372:1661-1669.
- 31 Statistique Canada. (2003). *Enquête sur la diversité ethnique : portrait d'une société multiculturelle*. N° 89-593-XIF au catalogue. Ottawa (Ont.) 29 septembre. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/89-593-x/89-593-x2003001-fra.pdf.
- 32 Pepler, D., Connolly, J., & Craig, W. (2000). *Bullying and Harassment: Experiences of Minority and Immigrant Youth*. Toronto: Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement.
- 33 Commission canadienne des droits de la personne. (2008). Le harcèlement : de quoi s'agit-il et comment y réagir? N° de catalogue HR21-43/1993. Accès : www.chrc-ccdp.gc.ca/fra/content/publications.
- 34 Idem.
- 35 Mallinson, K. (2010). Gay and bisexual men. In: B. Swanson (Ed.), *ANAC's core curriculum for HIV/AIDS nursing* (3rd ed.) (p. 231-237). Boston, MA: Jones and Bartlett; Brooks, D. (2010). Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender and Questioning (GLBTQ) Youth: A population in need of understanding and support. Washington, DC: Advocates for Youth. Accès : www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/glbqt_youth%202010.pdf; Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'orientation sexuelle à l'école, veuillez consulter « Questions et réponses : L'orientation sexuelle à l'école » dans cette série.
- 36 Cooper, M., & Cooper, G. (2008). Overcoming barriers to the positive development and engagement of ethno-racial minority youth in Canada. Accès : www.isccalgary.ca/carestrategy/documents/Overcomingbarrierstodevelopmentandengagement2008.pdf; Liebkind, K., & Jasinskaja-Lahti, I. (2000). Acculturation and Psychological Well-Being Among Immigrant Adolescents in Finland: A Comparative Study of Adolescents From Different Cultural Backgrounds. *Journal of Adolescent Research* 15(4):446-469. doi: 10.1177/0743558400154002.; Liebkind, K., Jasinskaja-Lahti, I., & Solheim, E. (2004). Cultural Identity, Perceived Discrimination, and Parental Support as Determinants of Immigrants' School Adjustments: Vietnamese Youth in Finland. *Journal of Adolescent Research* 19(6):635-656. doi: 10.1177/0743558404269279; Migliardi & Stephens, 2007; Ngo, H., Schleifer, B. (2004). Regard sur les enfants et les jeunes immigrants. Accès : http://canada.metropolis.net/pdfs/Van_ngo_f.pdf.
- 37 Augustine, J. (2004). Youth of Color: At Disproportionate Risk of Negative Sexual Health Outcomes. *Transitions* 15(3). Washington, DC: Advocates for Youth.

- ³⁸ Toronto Teen Survey. (2009). Black, African and Caribbean Youth. Planned Parenthood Toronto. Toronto, ON. Accès : www.ppt.on.ca/userfiles//TTS_BlackYouthBulletin_web.pdf.
- ³⁹ Statistique Canada. (2010). *Recensement visuel, Recensement de 2006*. Ottawa (Ont.) 7 décembre. Accès : http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?Lang=fra&TOPIC_ID=7&PRCODE=01.
- ⁴⁰ Block, S. & Galabuzi, G.-E. (2011). Canada's Colour Coded Labour Market. Toronto: Wellesley Institute and Canadian Centre for Policy Alternatives. Accès : www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2011/03/Colour%20Coded%20Labour%20Market.pdf; Lee, K. (2000). La pauvreté urbaine au Canada : un profil statistique. Conseil canadien de développement social. Accès : www.ccsd.ca/pubs/2000/up/; Palameta, B. (2004). Le faible revenu chez les immigrants et les minorités visibles. *Perspective*, Statistique Canada, n° 75-001-XIF au catalogue. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/10404/6843-fra.pdf; Toronto Public Health. (2013). Racialization and Health Inequities in Toronto. Accès : www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-62904.pdf.
- ⁴¹ Nakhaie, M. Reza, Smylie, L., Arnold, R. (2008). Social inequalities, Social Capital, and the Health of Canadians. *Review of Radical Political Economics* 39(4):562-585.
- ⁴² Williamson, D.L., Stewart, M.J., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., Wilson, D. (2006). Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform. *Health Policy* 76:106-121, doi: 10.1016/j.healthpol.2005.05.005.; Feinstein, J.S. (1993). The Relationship between Socioeconomic Status and Health: A Review of the Literature. *The Milbank Quarterly* 71(2):279-322. Accès : www.jonathanfeinstein.com/PDFs/relationship.pdf.
- ⁴³ Hardwick, D., & Patychuk, D. (1999). Geographic Mapping Demonstrates the Association between Social Inequality, Teen births, and STDS among youth. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 8(2):77-90. Accessible à partir de CBCA Reference and Current Events. (Document ID: 47357354); Langille, D.B., Flowerdew, G., & Andreou, P. (2004). Teenage pregnancy in Nova Scotia communities: Associations with contextual factors. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 13(2):83-94. Accessible à partir de CBCA Reference and Current Events. (Document ID: 782609321).
- ⁴⁴ Davis, L. (2010). Adolescent Sexual Health and the Dynamics of Oppression: A Call for Cultural Competency. Advocates for Youth. Accès : www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/adolescent_sexual_health_and_the_dynamics.pdf.
- ⁴⁵ Romans, S., Forte, T., Cohen, M.M., Du Mont, J., & Hyman, I. (2007). Who Is Most at Risk for Intimate Partner Violence?: A Canadian Population-Based Study. *Journal of Interpersonal Violence* 22:1495-1515. doi: 10.1177/0886260507306566.; Vives-Cases, C., Torrubiano-Dominguez, J., Escriba-Aguir, V., Ruiz-Perez, I., Montero-Pinar, M.I., & Gil-Gonzalez, D. (2011). Social Determinants and Health Effects of Low and High Severity Intimate Partner Violence. *Annals of Epidemiology* 21(12):907-913. doi: 10.1016/j.annepidem.2011.02.003.
- ⁴⁶ Ngo & Schleifer, 2004.
- ⁴⁷ Kazanjian, A., Morettin, D., & Cho, R. (2004). Health Care Utilization by Canadian Women. *BMC Women's Health* 4(1):S33. doi: 10.1186/1472-6874-4-S1-S33.; Vi ssandjee, B., DesMeules, M., Cao, Z., Abdool, S., & Kazanjian, A. (2004). Integrating ethnicity and immigration as determinants of Canadian women's health. *Women's Health Surveillance Report*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- ⁴⁸ Pour de plus amples renseignements, voir : Agence de la santé publique du Canada. (2010). Questions & réponses : L'identité sexuelle à l'école. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.
- ⁴⁹ Graves, K., & Leigh, B. (1995). The relationship of substance use to sexual activity among young adults in the United States. *Family Planning Perspectives* 27:18-22. Accès : www.guttmacher.org/pubs/journals/2701895.pdf; Shrier, L.A., Harris, S.K., Sternberg, M., & Beardslee, W.R. (2001). Associations of Depression, Self-Esteem, and Substance Use with Sexual Risk among Adolescents. *Preventive Medicine* 33:179-189. doi: 10.1006/pmed.2001.0869.; Poulin & Graham, 2001.
- ⁵⁰ Zou, S., Tepper, M., Giulivi, A. (2000). Current status of hepatitis C in Canada. *Can J Public Health* 91(1):S10-S15; Agence de la santé publique du Canada. (2006). *I-Track : surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de*

drogues injectables au Canada. Rapport sur la phase I, août 2006. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. Accès : <http://library.catie.ca/PDF/P36/23689.pdf>.

- ⁵¹ Poulin, C., & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction* 96:607-621; MacDonald, T.K., Fong, G.T., Zanna, M.P., & Martineau, A.M. (2000). Alcohol myopia and condom use: Can alcohol intoxication be associated with more prudent behavior? *Journal of Personality and Social Psychology* 78:605-619; MacDonald, T.K., Zanna, M.P., & Fong, G.T. (1996). Why common sense goes out the window: The effects of alcohol on intentions to use condoms. *Personality and Social Psychology Bulletin* 22:763-775.
- ⁵² Smylie, L., Medaglia, S., & Maticka-Tyndale, E. (2006). The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours. *Canadian Journal of Human Sexuality* 15(2):95-112.
- ⁵³ Durrant, R., & Thakker, J. (2003). *Substance Use and Abuse: Cultural and Historical Perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- ⁵⁴ Agic, B. (2004). *Culture counts: Best Practices in Community Education in Mental Health and Addiction with Ethnoracial/Ethnocultural Communities Phase One Report*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. Accès : www.camh.ca/en/education/Documents/www.camh.net/education/Resources_communities_organizations/culture_counts_jan05.pdf.
- ⁵⁵ Degano, C., Fortin, R., & Rempel, B. (2007). *Alcohol and Youth Trends: Implications for Public Health*. Alcohol Education Projects, Ontario Public Health Association. Accès : www.apolnet.ca/resources/pubs/rpt_AlcoholYouth-5Nov07.pdf.
- ⁵⁶ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. (2004). *La prévention de l'abus de drogues parmi les jeunes de minorités ethniques et autochtones (F.04.XI.17)*. Accès : www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_ethnic_french.pdf.
- ⁵⁷ Bennett, G.G., Wolin, K.Y., Robinson, E.L., Fowler, S., & Edwards, C.L. (2005). Perceived racial/ethnic harassment and tobacco use among African American young adults. *American Journal of Public Health* 95(2):238-240; Pascoe, E.A., & Richman, L.S. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 135(4):531-554; Williams, D.R., & Mohammed, S.A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine* 32:20-47.
- ⁵⁸ McDonald, J.T. (2006). *The Health Behaviours of Immigrants and Native-Born People in Canada*. Atlantic Metropolis Centre-Working Paper Series. Working Paper No. 01-06. Halifax (NS): Atlantic Metropolis Centre.
- ⁵⁹ Agic, 2004.; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2010). *Consolider nos forces : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire*. (version 2.0). Ottawa (Ont.) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- ⁶⁰ Beiser, M. (2006). Longitudinal research to promote effective refugee resettlement. *Transcultural Psychiatry*, 43(1):56-71. doi: 10.1177/1363461506061757; Here to help. (2011). *Cross-cultural mental health and substance use*. Accès : www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/Crosscultural2010.pdf.
- ⁶¹ Idem; Simich, L., Beiser, M., Stewart, M., & Mwakarimba, E. (2005). Providing social support for immigrants and refugees in Canada: Challenges and directions. *Journal of Immigrant Health*, 7(4):259-268.
- ⁶² Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : Explorer la santé mentale positive*. Ottawa : ICIS. Accès : www.cihi.ca/cihi-ext-portal/pdf/internet/improving_health_canadians_fr; Provencher, H.L., & Keyes, C.L.M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1):57-69; Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary (Alb.) Accès : <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-images-fr.pdf>.
- ⁶³ Beiser 2006; Hyman, I. (2009). *Le racisme comme déterminant de la santé des immigrants*. Inédit. Accès : www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr/index-fra.php; De Maio, F. & Kemp, E. (2010). The Deterioration of Health Status Among Immigrants to Canada. *Global Public Health*, 5(5):462-478. doi: 10.1080/17441690902942480.

- ⁶⁴ Cooper, M., and Cooper, G. (2008). *Overcoming Barriers to the Positive Development and Engagement of Ethno-Racial Minority Youth in Canada*. Accès : <http://eslaction.com/wp-content/uploads/2013/01/Background-Document-Youth-Framework-3.pdf>; Hyman 2009; Noh, S. & Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2):232-8.
- ⁶⁵ Caron-Malenfant, E. (2004). Le suicide chez les immigrants au Canada. *Statistique Canada, Rapports sur la santé* 15(2):9-18. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2003002/article/6807-fra.pdf; Joshi, P., Damstrom-Albach, D., Ross, I., & Hummel, C. (2009). *Suicide Prevention, Intervention and Postvention Initiative for BC*. Vancouver, BC: Crisis Intervention and Suicide Prevention Centre of BC. Accès : <http://suicidepipinitiative.files.wordpress.com/2009/05/suicide-pip-initiative-full-report.pdf>.
- ⁶⁶ Dean, J.A., & Wilson, K. (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed....': Exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity and Health* 14:185-204. doi: 10.1080/13557850802227049.; Kinnon, 1999; Ngo & Schleifer, 2004; Hyman, 2001; Association canadienne pour la santé mentale. Immigrants et réfugiés. Accès : www.cmha.ca/fr/public_policy/la-sante-mentale-chez-les-immigrants-et-les-refugies-feuilles-d-information/; Dean, J.A., & Wilson, K. (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed....': Exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity and Health* 14:185-204. doi: 10.1080/13557850802227049.
- ⁶⁷ Shellenberg, G., & Maheux, H. (2007). Perspectives des immigrants sur leurs quatre premières années au Canada : faits saillants des trois vagues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada. *Tendances sociales canadiennes*, édition spéciale. Statistique Canada, N° 11-008 au catalogue, p. 1-36. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2007000/pdf/9627-fra.pdf.
- ⁶⁸ Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S., McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet* 369:1302-1313. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7.
- ⁶⁹ Seal, A., Minichiello, V., & Omodei, M. (1997). Young women's sexual risk taking behaviour: re-visiting the influences of sexual self-efficacy and sexual self-esteem. *International Journal of STD & AIDS* 8:159-165. doi: 10.1258/0956462971919822.; Stiffman, A.R., Dore, P., Earls, F., & Cunningham, R. (1992). The Influence of Mental Health Problems on AIDS-Related Risk Behaviors in Young Adults. *Journal of Nervous & Mental Disease* 180(5), 314-320. doi: 10.1097/00005053-199205000-00005.; Shrier, L.A., Harris, S.K., Sternberg, M., & Beardslee, W.R. (2001). Associations of Depression, Self-Esteem, and Substance Use with Sexual Risk among Adolescents. *Preventive Medicine* 33(3):179-189. doi: 10.1006/pmed.2001.0869.
- ⁷⁰ Meade, C.S., & Sikkema, K.J. (2001). HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clinical Psychology Review* 25:433-457. doi: 10.1016/j.cpr.2005.02.001.; Carey, M.P., Carey, K.B., Weinhardt, L.S., & Gordon, C.M. (1997). Behavioral risk for HIV infection among adults with a severe and persistent mental illness: Patterns and psychological antecedents. *Community Mental Health Journal* 33:133-142.
- ⁷¹ Macdonald, T.K., & Martineau, A.M. (2002). Self-Esteem, Mood, and Intentions to Use Condoms: When Does Low Self-Esteem Lead to Risky Health Behaviors? *Journal of Experimental Social Psychology* 38:299-306; Shrier, et al., 2001 doi: 10.1006/jesp.2001.1505.
- ⁷² Idem.
- ⁷³ Hansson, E., Tuck, A., Lurie, S., & McKenzie, K. for the Task Group of the Services Systems Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada. (2010). *Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized groups: Issues and options for service improvement*. Accès : www.mentalhealthcommission.ca/English/node/469.
- ⁷⁴ Canadian Mental Health Association. (2008a). The Relationship between Mental Health, Mental Illness and Chronic Physical Conditions. Accès : http://ontario.cmha.ca/public_policy/the-relationship-between-mental-health-mental-illness-and-chronic-physical-conditions/#.UufbO1lo5kg; Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Ottawa (Ont.).

- 75 Réseau canadien d'info-traitements sida. (2009). *Vous et votre santé : un guide à l'intention des personnes vivant avec le VIH*. Toronto : Réseau canadien d'info-traitements sida.
- 76 Canadian Mental Health Association. (2008b). Recommendations for Preventing and Managing Co-Existing Chronic Physical Conditions and Mental Illnesses. Accès : http://ontario.cmha.ca/public_policy/recommendations-for-preventing-and-managing-co-existing-chronic-physical-conditions-and-mental-illnesses/#.UufbZFlo5kg.
- 77 Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K., & Chinichian, M. (2007). Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: the experience of immigrants from Iran. *Canadian Journal of Public Health* 98(3):183-186.
- 78 Santé Canada, 2010; Citoyenneté et Immigration Canada. (2009). *Rapport annuel au Parlement sur l'immigration*. Ottawa (Ont.) : Citoyenneté et Immigration Canada. Accès : www.cic.gc.ca/francais/ressources/publications/rapport-annuel2009/index.asp.
- 79 Novinger, T. (2001). *Intercultural communication: A practical guide*. Austin: University of Texas.
- 80 Du Dunn, J.R., & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Social Science & Medicine* 51(11):1573-1593. doi:10.1016/S0277-9536(00)00053-8.; Kinnon, 1999; Perez, C.E. (2002). État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants. Supplément aux Rapports sur la santé, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue, p. 112. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2002001/pdf/82-003-s2002005-fra.pdf; Newbold, K.B., & Danforth, J. (2003). Health status and Canada's immigrant population. *Social Science & Medicine* 57(10):1981-1995. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00064-9.
- 81 Espin, O.M. (2006). Gender, sexuality, language, and migration. In: R. Mahalingam (Ed.) *Cultural psychology of immigrants* (p. 241-258). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 82 McMichael, C. (2008). *Promoting sexual health amongst resettled youth with refugee backgrounds*. Melbourne: Refugee Health Research Centre.
- 83 Maticka-Tyndale, E., Shirpak, K.R., & Chinichian, M. (2007). Providing for the sexual health needs of Canadian immigrants: The experience of immigrants from Iran. *Canadian Journal of Public Health* 98:183-186.
- 84 Oxford English Dictionary. (2012). «Refugee, n.». Oxford English Dictionary Online. Third Edition., September 2009. Accès : www.oed.com/viewdictionaryentry/Entry/161121.
- 85 McKeary, M., & Newbold, B. (2010). Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. *Journal of Refugee Studies* 23(4):523-545. doi: 10.1093/jrs/feq038.; Caulford, P., & Vali, Y. (2006). Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *CMAJ* 174(9):1253-1254. doi: 10.1503/cmaj.051206.
- 86 Ma sexualité. (2010). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Accès : www.masexualite.ca/; Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2013). Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ* 185(1):35-45. doi: 10.1503/cmaj.121505.
- 87 Ministry of Health of New Zealand. (2006). *Asian Health Chart Book 2006*. Wellington: Ministry of Health. Accès : www.health.govt.nz/publications/asian-health-chart-book-2006.
- 88 Lee, J., & Hahm, H.C. (2010). Acculturation and Sexual Risk Behaviors Among Latina Adolescents Transitioning to Young Adulthood. *Journal of Youth Adolescence* 39:414-427. doi: 10.1007/s10964-009-9495-8.; Kasirye, et al., 2005; Kaplan, C.P., Erickson, P.I., & Juarez-Reyes, M. (2002). Acculturation, Gender Role Orientation, and Reproductive Risk-Taking Behavior among Latina Adolescent Family Planning Clients. *Journal of Adolescent Research* 17(2):103-121. doi: 10.1177/074355840217200.1.
- 89 Newbold, B. (2005). Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *Journal of Health Services Research & Policy* 10(2):77-83. doi: 10.1258/1355819053559074.
- 90 Lebrun, L.A. (2012). Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among Immigrants in Canada and the United States. *Social Science & Medicine* 74(7):1062-1072. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.031.

- ⁹¹ Williams, M.V., Palar, K., Pitkin Derose, K. (2011). Congregation-Based Programs to Address HIV/AIDS: Elements of Successful Implementation. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 88(3):517-532.
- ⁹² Francis, S.A., & Liverpool, J. (2009). A Review of Faith-Based HIV Prevention Programs. *J Relig Health* 48:6-15.
- ⁹³ McMichael, 2008.
- ⁹⁴ Uba, L. (1992). Cultural Barriers to Health Care for Southeast Asian Refugees. *Public Health Reports* 107(5): 544-548. Accès : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1403696/pdf/pubhealthrep00071-0058.pdf.
- ⁹⁵ Pottie, K., Greenaway, K., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M.,...Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal* 183(12):E824-925. doi: 10.1503/cmaj.090313.
- ⁹⁶ Durham, M.G. (2004). Constructing the "New Ethnicities": Media, Sexuality, and Diaspora Identity in the Lives of South Asian Immigrant Girls. *Critical Studies in Media Communication* 21(2):140-161.
- ⁹⁷ Maticka-Tyndale, Shirkpak, & Chinichian, 2007.
- ⁹⁸ Hyman & Guruge, 2002; Meyer, M.C., Torres, S., Cermenio, N., MacLean, L., & Monzon, R. (2003). Immigrant women implementing participatory research in health promotion. *Western Journal of Nursing Research* 25(7):815-834. doi: 10.1177/0193945903256707.
- ⁹⁹ Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W.M., Armstrong, M., et al. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence* 42(166):287-310; Ungar, M. (2008). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work* 38:218-235. doi: 10.1093/bjsw/bcl343.
- ¹⁰⁰ Milburn, K. (1995). A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Education Research* 10(4):407-420. doi: 10.1093/her/10.4.407.

Ce document est le quatrième d'une série de documents Questions & réponses élaborés par l'Agence de la santé publique du Canada. Les autres documents de la série sont :



Questions & réponses : L'orientation sexuelle à l'école

Disponible auprès de : CATIE

Document électronique (PDF) en anglais :

<http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26288E.pdf>

Document électronique (PDF) en français :

<http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26288F.pdf>

Il est également possible de commander des versions papier sur le site :

http://orders.catie.ca/product_info.php?language=fr&products_id=25669



Questions & réponses : L'identité sexuelle à l'école

Disponible auprès de : CATIE

Document électronique (PDF) en anglais :

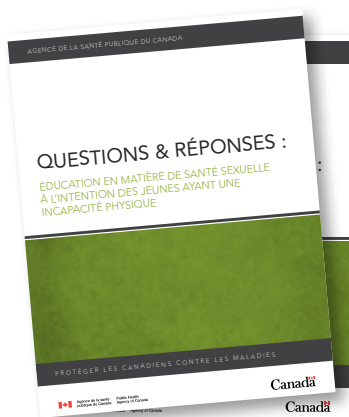
<http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289E.pdf>

Document électronique (PDF) en français :

<http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289F.pdf>

Il est également possible de commander des versions papier sur le site :

http://orders.catie.ca/product_info.php?language=fr&products_id=25670



Questions & réponses : Éducation en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes ayant une incapacité physique

Disponible auprès de : CATIE

Document électronique (PDF) en anglais :

http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289_B_ENG.pdf

Document électronique (PDF) en français :

http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26289_B_FR.pdf

Il est également possible de commander des versions papier sur le site :

http://orders.catie.ca/product_info.php?language=fr&products_id=26011

