

Santé des Noir.e.s canadien.ne.s : Les enjeux et les défis sont d'actualité

Idrissa Beogo, Inf., MBA, PhD

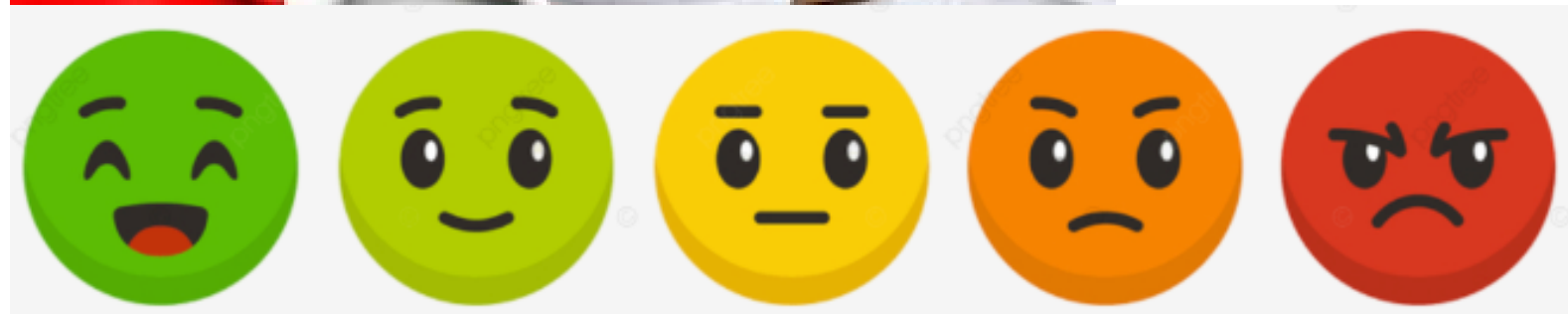
Centre interdisciplinaire pour la santé des Noir.e.s
Directeur Labo HEAL~LESA
École des sc. Inf.
Université d'Ottawa

Plan

- Effet de l'immigrant en bonne santé
- Étudiant.e.s internationaux francophones
- Soins de longue durée
- Conclusion



Effet de l'immigrant en bonne santé (Healthy Immigrant Effect)

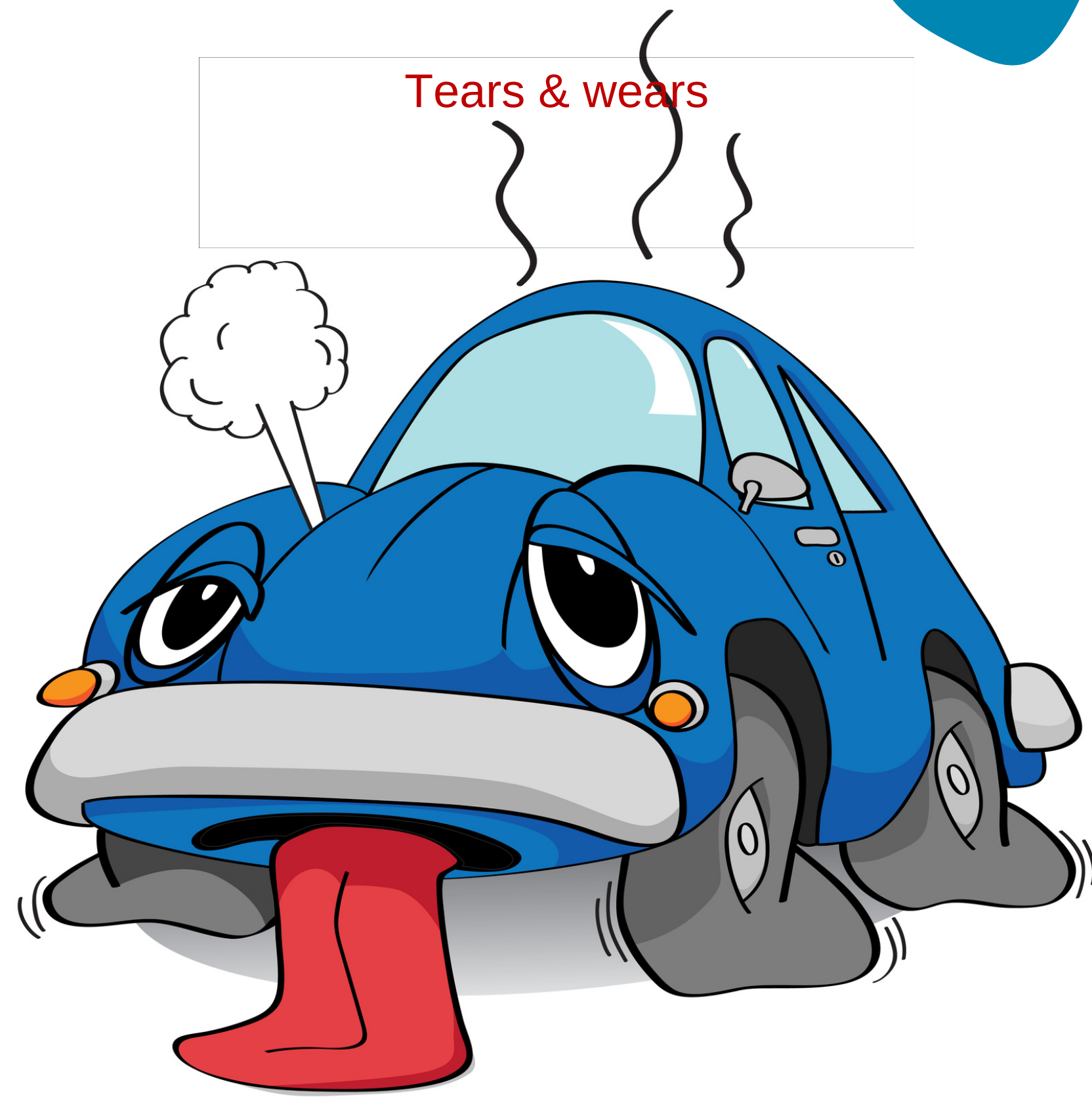


An 0

$\leq$ An 10

Pure laine

Immigrant



Effet de l'immigrant en bonne santé (Healthy Immigrant Effect)



Tears &

Intersectionnalité

Transition

- Job alimentaires
- Études (adulte)

Génétique

- Dépanocytose

Stress financier

- Plusieurs emplois

Racisme

Sandwich

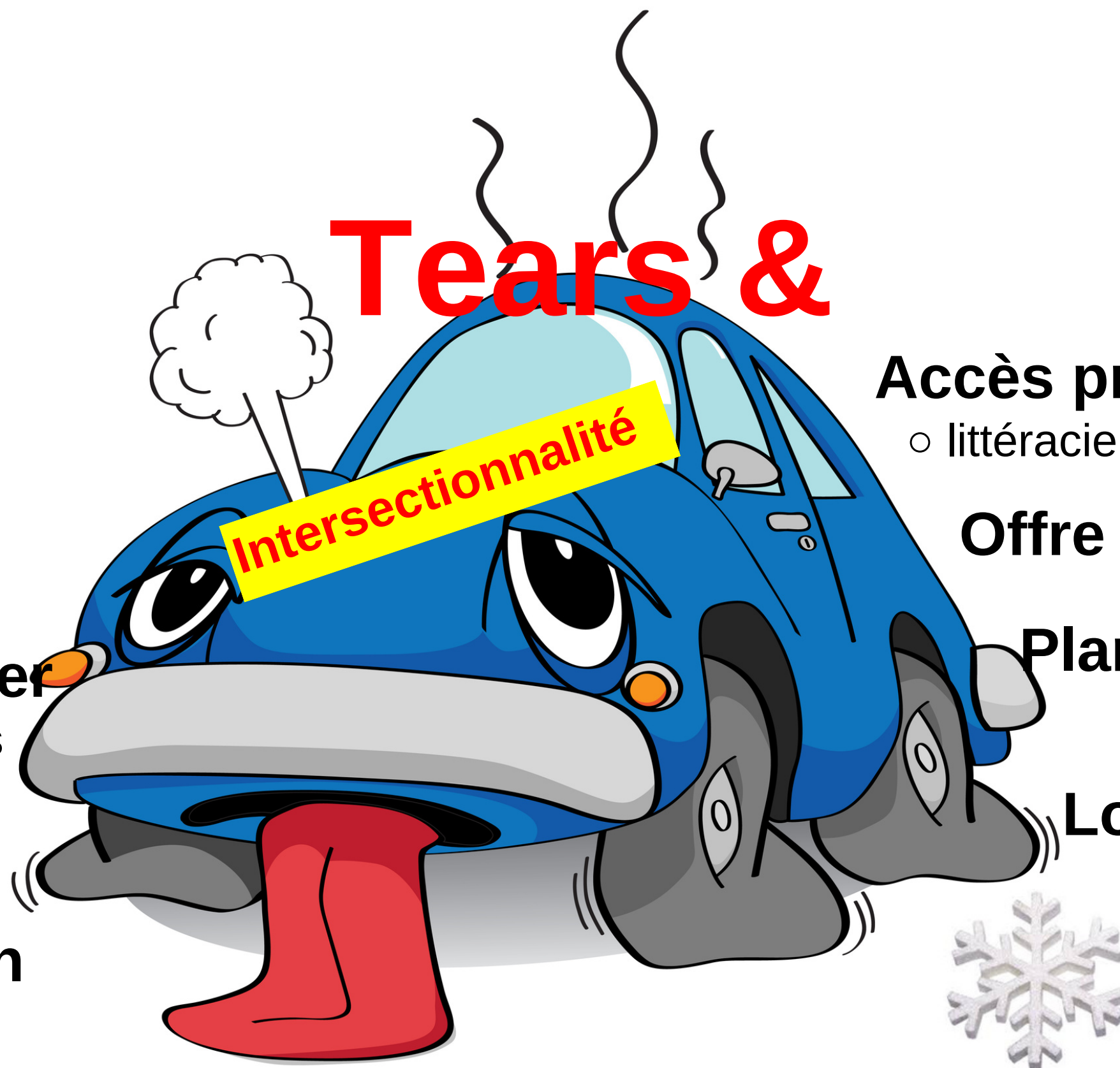
Accès précaire aux soins

- littéracie en santé

Offre active

Plancher clinique

Logement



Étudiant.e.s internationaux francophones

- 11% (2011) de la population estudiantine au Ca. (Stat. Canada)
 - UL = 7 000 Éls inscrits/an (14%)
 - USB = ~18%
- 987.7% [2004=65 000 et 2019=642 480] (Stat Can 2016, EI-3e rang mondial)
- Contribution financière : \$21,6 milliards (2018) (Hirtenfelder)

Beaucoup de détresse psychologique

Projet-Santé mentale des étudiant.e.s (Drs Jean Ramdé & Idrissa

➤ Edmonton

« Quand je suis arrivée, j'avais peur de tomber malade...les soins sont chers »

(F)

« J'étais obligé de cacher à mon père combien c'est difficile » (F)

Travail en groupe (pour d'inclusion)

Soins de longue durée

Diabète $\sim$ OR = 2,1

**Projet
BlackFIT**

Hypertension

Années vie perdue : Noirs vs Blancs = 7,0 et 5,2 années de vie
(ratio, 1,35 ; $P < 0,001$) (Wong et al. 2002)).

Soins de longue durée

- En 2021 : Âge médian des personnes noires
 - ▶ Nées au Canada = 15,5 ans
 - ▶ Nées hors du Canada = 40,4 ans
- 98% réside en zone urbaine

En Ontario

- 9,65% : 55-64 ans
- Au cours de leur vie, 70% des aîn.e.s de ≥ 65 ans recevront de SLD.

Problème ?!

Pistes de solution

- **Leadership des Noir.e.s**
- **Inclusion – recrutement de professionnels santé**
- **Santé des Noirs** = trop peu de données de recherche
 - Financement tous azimuts de la recherche
 - Masse critique de chercheurs/ses Noir.e.s
 - Développer des Chaires et programmes de recherche
 - $\neq$ ONE SIZE FIT ALL = meilleur retour d'investissement

Questions existentielles !

➡ ~ 30 ans de célébration du “mois de l’histoire des

➡ Bilan?!

➡ Est-ce pour l’élite Noire canadienne

➡ Impact critique si dans le programme d’enseignement !!

➡ Ontario=7^e, 8^e et 10^e en sept. 2025

Merci



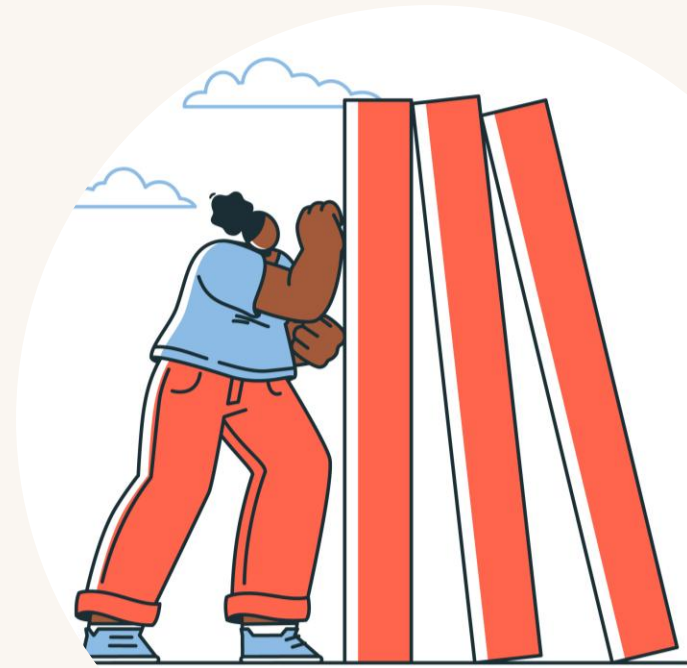
La drépanocytose

« *anémie falciforme* »

conférence sur la santé des
personnes immigrantes :
inégalités systémiques et accès
aux soins adéquats

Astou Thiam

PhD Candidate in Rehabilitation Sciences, UBC
MSc in Epidemiology, U Laval
Executive director of GCSPAP



Reconnaissance Territoriale

Je suis située sur le
territoire traditionnel,
ancestral et non cédé
du peuple
xwməθkwəy'əm
(Musqueam)



« Nous voulons que **chaque enfant** ait toutes les chances d'avoir **une vie heureuse et saine**. Cela comprend le dépistage et les soins pour les maladies rares comme la drépanocytose »

*Uzoma Asagwara,
Ministre de la Santé, des Aînés et des Soins de longue durée
(Manitoba, le 19 Juin 2024)*

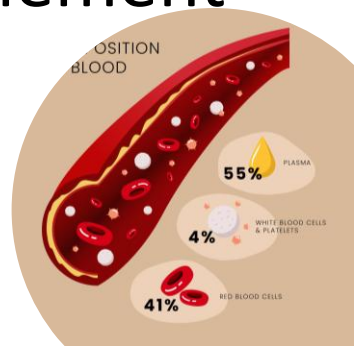
Definition

(National Heart, 2024)

La drépanocytose est une maladie génétique qui affecte l'hémoglobine ce qui donne des globules rouges déformés.

L'hémoglobine est une protéine qui transporte l'oxygène dans les globules rouges.

Les globules rouges passent d'une forme en disque et flexible à une forme généralement de **croissant** bloquant le flux sanguin



Definition

(Thomson, 2021)

La **mutation** se produit sur le gène HBB

Une personne avec une mutation sur un gène HBB aura un **trait drépanocytaire**

Une personne présentant une mutation sur les deux gènes HBB aura la **drépanocytose**

STATS MONDE

(Hsu L, 2018;
Collaborators, 2013;
Rees DC, 2010)

4,4 millions de
drépanocytaires
dans le monde

≈ 43 millions
vivent avec ce
trait

≈ 80 % des cas
de
drépanocytose
sont en Afrique
subsaharienne

le taux de
mortalité chez
les < 5 ans:
50 % - 80 %

STATS CANADA

(Pendergrast J, 2023,
Srikanthan, 2024)

Pas de registre complet des patients atteints
de drépanocytose au Canada

environ 6 500 personnes atteintes au Canada

Augmentation des cas due à l'immigration

Incidence variable au Canada $\sim 1 / 4200$

les taux les plus élevés en Ontario et au
Québec

SYMPTOMES COURANTS

(Serjeant &
Serjeant, 2001; S.
M. Dyson, 2019)



crises de douleur vaso-occlusives



syndrome thoracique aigu, anémie, nécrose avasculaire, douleur chronique, fatigue, infections, ulcérations des jambes, lésions d'organes et accidents vasculaires cérébraux



Impact sur la santé mentale, l'éducation, l'emploi et les relations interpersonnelles

PRISE EN CHARGE

(Payne AB, 2020; Krishnamurti L, 2003; TN., 2016)



Espérance de vie
médiane de 43 ans



transfusions
sanguines;



hydroxyurée, acide
folique, chélateurs de
fer



Greffe de cellules
souches
hématopoïétiques
(seul traitement
curatif)

PRISE EN CHARGE

(Payne AB, 2020; Krishnamurti L, 2003; TN., 2016)

éducation des
patients et des
parents

nutrition et
hydratation

antibiotiques
et
antipaludiques

acide folique

vaccins

suivi médical
continu

OBSTACLES

(SCAGO, 2025;
Services, 2022)

Nécessité d'un dépistage génétique plus élargi

Dépistage et conseil

Manque de financement pour la recherche

En moyenne, les personnes ayant la drépanocytose ont besoin de huit unités de sang / 4 semaines.

< 25 % des donneurs de sang actuels = ascendance des personnes les plus atteintes de drépanocytose.

Expériences d'un Patient SM

(Shared Health, 2025)

- « né à Vancouver
- Quand j'étais bébé, **je pleurais beaucoup** de douleur et les médecins ne pouvaient pas expliquer pourquoi.
- Ils ont même essayé **d'accuser ma mère de violence** !
- **À l'âge de 7 ans**, ma mère m'a emmené à l'hôpital et un jeune interne a pensé qu'il serait sage de vérifier la présence d'une drépanocytose.
- Les médecins n'arrêtaient pas de nous dire que la drépanocytose était une forme plus légère de drépanocytose, même si **j'ai passé toute ma vie à entrer et sortir des hôpitaux**.
- Je m'énerve lorsque les gens disent que la drépanocytose « SC » est légère.
- **Ce mythe peut être mortel**, car il donne aux patients et aux fournisseurs de soins de santé le faux sentiment qu'ils n'ont pas à être aussi vigilants dans leur traitement de la drépanocytose. »

PREVENTION

(Shared Health, 2025)



Programmes de dépistage du nouveau-né dans la plupart des provinces



Depuis juin 2024, la drépanocytose fait partie du dépistage néonatal à Manitoba



Pour des informations sur le dépistage néonatal au Manitoba: contactez Cadham Provincial Laboratoire au 204-945-7458, ou visitez www.sharedhealthmb.ca



Le cadre national sur la
drépanocytose = Projet de loi S-280



Présenté au Sénat le
7 novembre 2023



S'il est adopté, le projet de loi S-280
appuiera un processus plus complet
de gestion et d'examen préalable



En juin 2024, le projet de loi S-280 a
passé sa deuxième lecture au Sénat

Le cadre national sur la drépanocytose

(University of Ottawa , 2024)

References

- Canadian Blood Services. (2022). Sickle cell disease and blood donation. Retrieved from Blood.ca: <https://www.blood.ca/en/diversity/sickle-cell>
- Collaborators, G. B. (2013). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Burden of Disease Study 2013. *Lancet* (London, England);386(9995), 743–800.
- donation, S. c. (2022). Canadian Blood Services. Retrieved from Blood.ca. : <https://www.blood.ca/en/diversity/sickle-cell>
- Hsu L, N. O. (2018). White paper: pathways to progress in newborn screening for sickle cell disease in Sub-Saharan Africa. *J Trop Dis Public Health*. 2018;6(2), 260.
- Krishnamurti L, A. S. (2003). Availability of unrelated donors for hematopoietic stem cell transplantation for hemoglobinopathies. *Bone Marrow Transplant*, 547–50.
- National Heart, L. a. (2024, September 30). National HeartSickle Cell Disease - What is Sickle Cell Disease? Retrieved from [Www.nhlbi.nih.gov](https://www.nhlbi.nih.gov/health/sickle-cell-disease); NIH: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/sickle-cell-disease>
- Payne AB, M. J. (2020). Trends in sickle cell disease-related mortality in the United States, 1979 to 2017. *Ann Emerg Med*. (2020) 76, S28–36.
- Pendergrast J, A. L. (2023). Sickle cell disease in Ontario, Canada: an epidemiologic profile based on health administrative data. *CMAJ Open*. 2023 Aug 15;11(4), E725-E733.
- Rees DC, W. T. (2010). Sickle-cell disease. *Lancet*. 2010;376(9757), 2018–2031.
- SCAGO. (2025). Addressing the Health Equity Gap in Sickle Cell Disease in Ontario - Yoogy. Retrieved from [Sicklecellanemia.ca](https://www.sicklecellanemia.ca/Articles/patients-&-caregivers/health-equity-gap-in-sickle-cell-disease-in-ontario-canada): <https://www.sicklecellanemia.ca/Articles/patients-&-caregivers/health-equity-gap-in-sickle-cell-disease-in-ontario-canada>
- Shared Health. (2025). Newborn Screening. Retrieved from [sharedhealthmb.ca](https://sharedhealthmb.ca/services/diagnostic/cpl/newborn-screening/): <https://sharedhealthmb.ca/services/diagnostic/cpl/newborn-screening/>
- Srikanthan, S. (2024). Whiteout: a social history of sickle cell disease in Ontario, Canada. *Critical Public Health*, 34(1), 1–11.
- Thomson, A. M. (2021). Global, regional, and national prevalence and mortality burden of sickle cell disease, 2000–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Haematology* 10(8), e585-e599.
- TN., W. (2016). Sickle cell disease in sub-saharan africa. *Hematol Oncol Clin North Am*, 343–58.
- University of Ottawa . (2024, October 1). Sickle cell disease: Researchers and community advocates winning Senate battle for transformative health-care policy. Retrieved from Research and innovation: <https://www.uottawa.ca/research-innovation/news-all/sickle-cell-disease-researchers-community-advocates-winning-senate-battle-transformative>

MERCI !



Images are from Freepik

Santé Des Personnes Immigrantes

Immigrés, Réfugiés, ET

Enjeux, Défis Et Solutions

Julius Anang, MD, PhD,
FRCPC, FAAN

Facts

- Canada admits about 200.000 new permanent residents/year
- **1 in 4** immigrants experienced problems accessing health services
- Immigrants to high-income nations appear to have a lower incidence of cancer and cardiovascular disease than the host populations (healthy immigrant effect)
- Immigrants have lower mortality than long-term residents following a diagnosis of cancer
- Better access to a regular doctor and lower unmet health care access needs compared with Canadian-born counterparts, especially after accounting for duration of stay in Canada
- Metrics of the quality of ambulatory stroke preventive care were better in immigrants than in long-term resident stroke survivors

Main barriers to access to health care

a. Systemic barriers

- Anti-immigrant bias/discrimination
 - Believe that certain groups are more vulnerable or less vulnerable to certain medical conditions
 - Result in mistrust and reluctance to seek care
- Wait times and lack of access to primary care provider
- Lack of knowledge on how to navigate the system

b. Language barriers

- i. Misunderstanding
- ii. Inadequate care

- Language support services
- culturally competent care (improving communication between providers and newcomers)
 - a. Barriers to information
- Community-based programs to educate and assist new migrants
 - a. Cultural differences (low cultural competency)
 - i. Cultural beliefs and practices
 - b. Socioeconomic factors
 - i. Limited financial resources may limit affordability for private insurance during the waiting period, initial 3 months
 - ii. Transportation and drug affordability

Inscription en ligne au programme Trouver un médecin

Le lien avec mes soins de santé primaires

Bienvenue sur le site de l'inscription en ligne au programme Trouver un médecin. Pour plus de renseignements sur le programme et son fonctionnement, veuillez consulter le [site Web Trouver un médecin](#).

Le programme Trouver un médecin offre un environnement sécuritaire pour ses clients et son personnel. Notre équipe célèbre la diversité de ses agents qui font de leur mieux pour que vous soyez traités avec respect. Nous vous demandons donc d'être respectueux en retour. Sachez qu'aucun comportement inapproprié à l'égard de notre personnel ne sera toléré. Nous vous remercions de votre coopération.

Si votre situation correspond à l'une des catégories suivantes, veuillez communiquer directement avec le personnel du programme par téléphone au 204 786-7111 (ou sans frais au 1 866 690-8260), au 204 774-8618 (ATS) ou au 1 800 855-0511 (Service de relais du Manitoba), du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 :

- vous avez moins de 16 ans, votre groupe ou famille compte plus de 12 personnes, ou vous pensez que votre inscription pourrait être plus complexe
- vous vous êtes déjà inscrit au programme, et votre demande pourrait encore être active
- vous n'avez pas de numéro d'identification personnelle (NIP)
- vous êtes enceinte ou vous souhaitez inscrire un nouveau-né

Qui inscrivez-vous?

- ☐ Moi seulement
- ☐ Moi et d'autres personnes
- ☐ D'autres personnes seulement

Health Links – Info Santé

Français / **English**

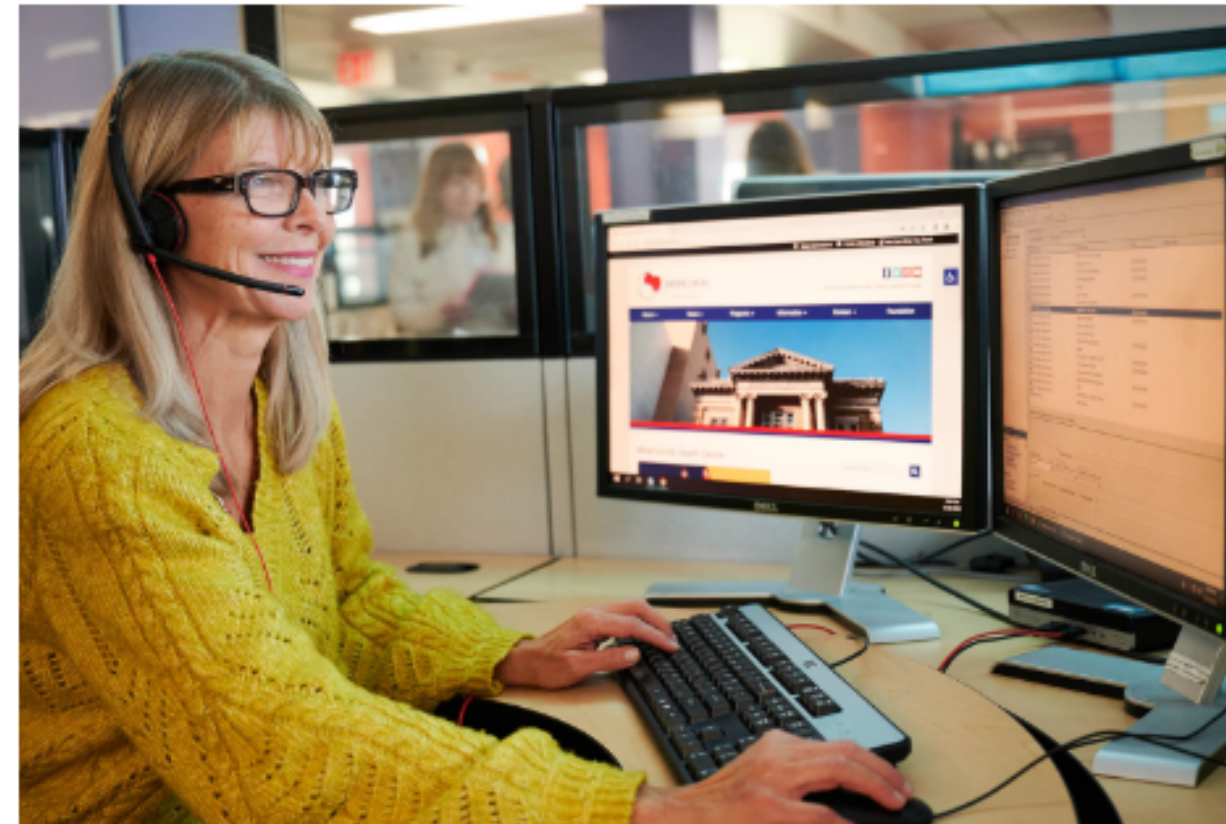
☎ **204-788-8200** • ☎ **1-888-315-9257** • 🕒 Heures : 24/7/365



WINNIPEG • 204-788-8200
TOLL FREE • 1-888-315-9257 • SANS FRAIS

Health Links – Info Santé est un programme téléphonique bilingue gratuit du Centre provincial de communication en matière de santé.

Des infirmières et infirmiers autorisés évaluent, trient et donnent des conseils en matière de soins de santé aux personnes de tous âges qui appellent depuis le Manitoba.



Des services d'interprétation sont disponibles dans plus de 200 langues.

Immigrant Health Paradox

- Immigrants have better health compared to native-born despite lower socioeconomic attainment
- First-generation immigrants tend to have more favorable health outcomes compared to native born individuals of same age, gender and race despite lower socioeconomic attainment average.
 - Immigrant children (1.5 generation) and children of immigrants (2nd generation) have better mental health outcomes on certain measures compared to latter generation (3rd and above)
 - *Long-term mortality following ischemic stroke is lower in immigrants than in long-term residents, but is similar after adjustment for baseline characteristics, and it is modified by age at the time of stroke and by ethnicity*
- This difference diminishes with longer time spent in Canada and eventually converges with the health profiles of native-born residents of similar ethnic background

Immigrant Health Paradox

1. Food behaviors could be more than perceptions of healthiness
2. Adjustments to living in Canada (i.e. busier lifestyles, greater stress) and, especially food insecurity could lead immigrants to consume diets high in fat and sugar and low in fruits and vegetables

Mechanisms

- Cultural and behavioral factors
 - Positive cultural values/behaviour
 - Healthy eating and engage in healthier behaviour
 - Likely to consume their traditional food instead of westernized food
 - Less likely to smoke or consume alcohol
 - These disappear over time as immigrants become more sedentary, eat large amount of fatty foods or adopt greater drug and alcohol use
- Migrant selectivity (screening)
 - healthiest and hardiest of migrants can overcome the immigration bureaucracy
 - Physicians who screen immigrants for admission to the Canada act as immigration brokers, one of the final bureaucratic steps in a long journey
 - selection based on higher educational attainment – tend to engage less unhealthy behaviour
- Salmon bias or hypothesis
 - The population health advantage observed when comparing immigrants to non-immigrants is the result of return migration—less healthy immigrants return to their countries of origin
- Data artifacts
 - immigrants, as a potentially marginalized community, may be less likely to participate in major surveys for fear of outing themselves. Moreover, there may be some misclassification error with respect to one's racial or
 - ethnic identity or age.

Characteristics associated with immigrant health decline

- a. Initial health status
 - b. Age
 - c. Gender
 - d. Marital status
 - e. Language skills
 - f. Place and region of birth
 - g. Experience of discrimination
- 

Risk factors:

- **Predisposing factors:**
- 1. Stressors such as unemployment increase likelihood of exposure to risk factors of disease and compromise treatment/compliance
- 2. Age increases probability of illness
- 3. Low socio-economic status of immigrants and refugees during early years of resettlement increases disease risk factors and compromises/reduced survival in diseased states such as cancer. This is contributed to be lack of or inadequate access to screening and prevention programs
- 4. Limited English proficiency creates barrier to preventative health care – breast or colon cancer screening
- **Economic disadvantage and health literacy are among factors predicting non-adherence**
- 5. Ethnocultural status

Immigrant Mental Health

- Mental health risk = interaction between vulnerabilities, stressors, social resources and personal strength
- **Stressors**
 - - pre-immigration experience (such as trauma in refugee camps or war zone)
 - - acculturation
 - - unemployment
 - - Structural characteristics of new society that block opportunity or oppress newcomers



For life-threatening emergencies **dial 911**



Suicide Crisis Helpline
Call or Text 988

Services de santé mentale au Manitoba

Lignes de crise



Ligne de détresse de Klinic :

204 786 8686
ou 1 888 322 3019
ATS 204 784 4097

Ligne de prévention du suicide du Manitoba

1 877 435 7170
(1 877 HELP170)

Jeunesse, J'écoute

1 800 668 6868
Texter PARLER au 686868

Services de santé mentale au Manitoba

Strongest Families Institute

Le Strongest Families Institute offre des services de santé mentale en ligne gratuits aux enfants, aux jeunes et aux adultes dont les préoccupations de santé mentale vont de légères à modérées. Ces services comprennent l'enseignement de compétences et de stratégies de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) aux enfants et aux personnes qui s'en occupent pour traiter les comportements perturbateurs, l'anxiété ou l'énurésie nocturne. Les services offerts aux jeunes et aux adultes sont axés sur l'acquisition de compétences et de stratégies TTC pour les aider à surmonter leur anxiété et dépression.



Thérapie cognitivo-comportementale basée sur la pleine conscience (TCCpc)

La thérapie cognitivo-comportementale basée sur la pleine conscience (TCCpc) est un programme de cinq cours fondé sur des données probantes et conçu pour aider à renforcer la résilience et améliorer le mieux-être psychologique. Le programme de TCCpc intègre les principes de la pleine conscience pour aider les participants à réduire leurs symptômes de stress et de fatigue, leur sentiment de colère, leurs problèmes de sommeil et les conséquences nuisibles à la santé qui en découlent, tout en améliorant leur résilience et leur capacité de régulation émotionnelle. Ce programme est offert gratuitement aux Manitobains et ne nécessite aucun renvoi médical.

