



CONCENTRONS NOS EFFORTS

POUR RÉORIENTER LA CASCADE DE LA PRÉVENTION,
DE LA PARTICIPATION ET DES SOINS EN MATIÈRE DE VIH EN ONTARIO

STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA À L'HORIZON 2026

COMITÉ CONSULTATIF ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA



Stephen Andrews est né en 1956 à Sarnia en Ontario (Canada). Au cours des vingt-cinq dernières années, ses œuvres ont été exposées au Canada, aux États-Unis, au Brésil, en Écosse, en France et au Japon. Il est représenté dans diverses collections publiques, dont le Musée des beaux-arts du Canada, le Musée des beaux-arts de l'Ontario, la Belkin Art Gallery à Vancouver, la Schwartz Art Collection (Harvard) ainsi que dans bon nombre de collections de particuliers et d'entreprises. Atteint du VIH depuis 1985, Andrews a généreusement consenti, avec le soutien de la galerie Paul Petro Contemporary Art (Toronto), à la reproduction de son œuvre sur la couverture.

.....
STEPHEN ANDREWS, BUTTERFLY EFFECT 5
2014, HUILE SUR TOILE, 60 X 40 PO
.....

L'interprétation de Stephen Andrews :

Une des idées qui a inspiré ce travail est la notion de l'« effet papillon ». Il s'agit d'une hypothèse tirée de la théorie du chaos selon laquelle un geste anodin, comme le battement de l'aile d'un papillon, peut avoir des répercussions dramatiquement différentes. Ici, j'ai représenté ce principe sous la forme d'un jeu de peinture qui utilise un ensemble de données et permet de varier le positionnement de la couleur pour révéler la profusion de possibilités. Tout ceci est né de mon vécu personnel récent qui m'a conduit à me demander comment les événements auraient pu se dérouler différemment si la moindre petite chose s'était produite autrement. Partir un autre jour ou, peut-être, faire une rencontre fortuite, tout cela aurait pu donner lieu à une réalité entièrement différente.

Le document *La stratégie de lutte contre le VIH/sida à l'horizon 2016 : Concentrons nos efforts pour réorienter la cascade de la prévention, de la participation et des soins en matière de VIH en Ontario* est le fruit du travail du Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida (CCOLVS) et d'un groupe de travail composé de membres de ce comité.

Les idées et le dévouement des membres du CCOLVS nous ont été précieux et ont témoigné de l'excellence du secteur de la lutte contre le VIH en Ontario. Ces membres étaient les suivants : Anita Rachlis (coprésidente), Rick Kennedy (coprésident), Barry Adam, Philip Berger, Adrian Betts, Jean-Rock Boutin, Laurie Edmiston, Tom Hammond, Murray Jose-Boerbridge, Lynne Leonard, Gilles Marchildon, Fanta Ongoiba, Ryan Peck, Valérie Pierre-Pierre, Colleen Price, Ron Rosenes, Shannon Ryan, Rita Shahin et Michael Sobota.

Nous aimerions souligner la contribution de deux membres du CCOLVS qui sont décédés pendant l'élaboration de la stratégie : John Plater et LaVerne Monette. Ils ont partagé avec nous des aspects importants qui ont été bien intégrés dans le présent document.

De nombreuses personnes de toute la province ont également apporté leur contribution, y compris des personnes vivant avec le VIH/sida, des travailleurs et bénévoles d'organismes communautaires de services liés au sida, des membres du personnel de bureaux de santé et de cliniques de VIH, des chercheurs, des décideurs et d'autres personnes qui s'occupent de santé sexuelle et de prévention du VIH et qui prodiguent des soins, des traitements et du soutien aux personnes atteintes.

Nous tenons particulièrement à remercier les personnes qui nous ont fait part de leur vécu et qui nous ont éclairés sur la réalité quotidienne des personnes vivant avec le VIH et faisant partie des populations les plus touchées par le VIH en Ontario.

Merci au Réseau ontarien de traitement du VIH, dont le personnel a consacré beaucoup de temps et d'énergie à assurer une représentation visuelle éloquente de concepts clés en se fondant sur des données probantes. Soulignons notamment le travail du D^r Mark Gilbert, de Jason Globerman, de David Gogolishvili, de Greg Mitchell et de Chris Carriere.

Toute notre reconnaissance également à Jean Bacon, dont le travail de rédaction et d'édition ainsi que le souci constant de la qualité ont permis de faire en sorte que notre stratégie s'appuie toujours sur les données probantes les plus solides et les plus à jour. Surtout, Jean a pu rendre compte de façon très simple mais fidèle de questions complexes. Tous les intervenants sont d'avis que leur voix a été entendue.

Nous tenons aussi à remercier Frank McGee et le personnel du Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour leur leadership et leur soutien tout au long de l'élaboration de la stratégie : James Murray, Joanne Lush, Ken English, Lisa Jackson, Fiona Sillars, James Jezioro et John Goodwin.

**Ministry of Health
and Long-Term Care**

c/o AIDS and Hepatitis C Programs
Provincial Programs Branch
Negotiations and Accountability
Management Division
56 Wellesley Street West, 9th Floor
Toronto ON M5S 2S3
Tel.: 416 327-8797
800 268-6066
Fax.: 416 327-9388

**Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée**

a/s Programmes de lutte contre le sida et l'hépatite C
Direction des programmes provinciaux
Division des négociations et de la
gestion de la responsabilisation
56, rue Wellesley Ouest, 9e étage
Toronto ON M5S 2S3
Tél. : 416 327-8797
800 268-6066
Télééc. : 416 327-9388



**Ontario Advisory Committee
on HIV/AIDS**

**Comité Consultatif Ontarien
de lutte contre le VIH et le SIDA**

Décembre 2016

**MESSAGE DE LA PART DES COPRÉSIDENTS DU COMITÉ CONSULTATIF
ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA :**

Au nom du Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida (CCOLVS), nous sommes heureux de vous présenter la **Stratégie de lutte contre le VIH/sida jusqu'en 2026 : Orienter nos efforts – Améliorer notre engagement et l'accès à la prévention et aux soins en matière de VIH en Ontario**. Nous sommes ravis que l'honorable Dr Eric Hoskins, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, appuie cette stratégie et les efforts continus pour mettre en œuvre les recommandations qui y ont été formulées, par l'entremise du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et des Programmes de lutte contre le sida et l'hépatite C. À notre époque, nous avons à notre disposition des outils scientifiquement prouvés pour arrêter la transmission du VIH et nous assurer que toutes les personnes atteintes du virus vivent pleinement et longtemps. La stratégie « Orienter nos efforts » vise à garantir l'accès à la prévention, aux tests, au traitement, aux services de santé, aux aides communautaires ainsi qu'une vie libre exempte de toute stigmatisation et discrimination.

Cette stratégie comprend un rapport sur les progrès réalisés en matière de réduction des risques de transmission du VIH et sur l'apparition du sida. En Ontario, nous avons empêché des milliers d'infections grâce aux services communautaires de dépistage du VIH, aux programmes éducatifs et de soutien, aux efforts de santé publique, à l'appui et la prise de parole des personnes atteintes du virus. Le taux de nouveaux cas d'infection par le VIH est en baisse depuis dix ans, mais reste obstinément supérieur aux possibilités, selon la science. Nous avons un système de soins cliniques du VIH de renommée mondiale, grâce auquel 94 % des personnes malades qui bénéficient d'un traitement obtiennent la réplique du virus. Pourtant, on estime à 19 % le taux de personnes porteuses du VIH qui ne sont pas diagnostiquées et les personnes qui le sont ne suivent pas toutes un traitement. Des services et outils efficaces existent, mais tout le monde n'y a pas accès.

Alors, que signifie « Orienter nos efforts »?

À l'échelle du gouvernement, cela revient à favoriser la collaboration dans l'ensemble des ministères dont le travail a des conséquences sur la vie des personnes les plus touchées par le VIH, à modifier les politiques qui sont autant d'obstacles aux services et outils nécessaires et à poursuivre les efforts de soutien à un système qui allie la connaissance et l'action vers un changement progressif.

Il nous faut, au sein de nos services et collectivités, orienter notre travail, créer une réponse fondée sur les déterminants sociaux de la santé qui se répercutent en cascade à tous les niveaux de

prévention, de traitement et de soins du VIH. Pour empêcher de nouveaux cas d'infections et garantir une vie saine aux personnes atteintes du virus, nous devons permettre aux personnes porteuses du VIH et à risque de prendre le contrôle de leur santé. Nous devons leur fournir les services et soutiens adéquats pour prévenir le VIH et, si elles deviennent infectées, les aider à se faire dépister et les rediriger rapidement vers les soins appropriés. Nous devons leur permettre d'accéder facilement aux traitements contre le VIH, de prendre des médicaments sur le long terme et de recevoir des soins et services pour gérer d'autres enjeux sanitaires et sociaux et comorbidités - notamment les problèmes de santé mentale et d'addiction.

Nous devons faciliter l'accès au traitement aux 19 % de personnes atteintes du VIH qui ont reçu un diagnostic et à celles qui ne sont pas suivies. Pour ce faire, nous devons travailler de concert pour exploiter notre expérience collective grâce à des réseaux intégrés de services qui élaborent des stratégies locales pour les personnes que nous ne parvenons pas à sensibiliser efficacement. Dans le même temps, nous devons engager des services clés pour mieux réagir au VIH. Nous devons soutenir les personnes séropositives et encourager la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, tout en améliorant l'accès aux personnes qui ont souvent une mauvaise expérience du système de soins de santé.

Nous œuvrons dans un contexte empreint d'optimisme et d'espoir. Notre secteur s'est développé dans un contexte où la maladie, touchant des communautés marginalisées, a été stigmatisée et fatale, entraînant une mobilisation communautaire particulièrement forte et la nécessité de prestataires informés. En raison de la baisse drastique des décès dus au sida, nous sommes maintenant au service d'un nombre grandissant de personnes atteintes du VIH, dont beaucoup ont des besoins complexes en matière de soins et de déterminants de la santé. Nous ne pouvons plus être la source de soutien prédominante pour les personnes exigeant des services différents ou supplémentaires.

Nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour favoriser un accès équitable aux soins. Nous devons créer de nombreux soins favorisant la capacité des communautés vulnérables à traiter les défis vitaux, à réduire la transmission du VIH et à faire en sorte que les personnes atteintes du virus mènent une vie normale. Nous devons poursuivre nos efforts au sein de notre secteur et collaborer avec des services communautaires et de santé plus larges pour satisfaire les besoins des personnes et des collectivités qui dépendent de nous. Nous devons renforcer les capacités de tous ceux qui sont engagés à recevoir et fournir des services de prévention, des traitements et des soins.

Nous pouvons réellement imaginer un monde où un nombre minime de personnes sont infectées par le VIH et où personne ne meurt plus du sida. Nous disposons des personnes et des connaissances nécessaires pour venir à bout de ce fléau qu'est le sida. Concentrons donc nos efforts et tirons parti de notre expérience collective pour que cette vision devienne réalité.

Sincères salutations,



D^{re} Anita Rachlis, coprésidente
CCOLVS



M. Rick Kennedy, coprésident
CCOLVS

TABLE DES MATIÈRES

I. LE VIH ET LE SIDA EN ONTARIO : 2016	1
Progrès réalisés	1
Diminution du nombre de nouveaux diagnostics	1
Traitements plus efficaces	2
Le VIH demeure une grave menace pour la santé	3
Le VIH peut être évité, mais il demeure un risque	4
Le VIH est gérable, mais n'est pas encore complètement géré	6
II. STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA À L'HORIZON 2026	11
Vision	11
Mission	11
Objectifs	11
Principes	12
Démarche stratégique à l'horizon 2026	13
Réseau de services de lutte contre le VIH et les possibilités qu'il recèle	17
Résultats souhaités	21
III. PASSER À L'ACTION	22
1. Améliorer la santé et le bien-être des populations les plus touchées par le VIH	22
Ce que nous savons	22
La situation actuelle	25
Nos objectifs	28
Comment y parvenir	28

2. Promouvoir la santé sexuelle et prévenir de nouvelles infections au VIH et à l'hépatite C et d'autres infections transmissibles sexuellement	34
Ce que nous savons sur la prévention	35
La situation actuelle	39
Nos objectifs	41
Comment y parvenir	43
3. Assurer le dépistage précoce des infections au VIH et amener les personnes atteintes à recevoir des soins	46
Ce que nous savons	46
La situation actuelle	47
Nos objectifs	50
Comment y parvenir	51
4. Améliorer la santé, la longévité et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH	54
Ce que nous savons	54
La situation actuelle	58
Nos objectifs	61
Comment y parvenir	62
5. Assurer la qualité, l'uniformité et l'efficacité des programmes et services liés au VIH	65
La situation actuelle	65
Nos objectifs	67
Comment y parvenir	67
IV. CONCLUSION	70
Annexe A - Les déterminants de la santé pour les personnes qui vivent avec le VIH ou sont à risque de le contracter	72

I. LE VIH ET LE SIDA EN ONTARIO : 2016

Plus de 30 ans se sont écoulés depuis le premier diagnostic de sida (syndrome d'immunodéficience acquise). Depuis, nous avons constaté combien le dévouement et la collaboration des personnes des personnes vivant avec le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), des personnes à risque, des fournisseurs de services, des chercheurs, du système de santé et des pouvoirs publics peuvent changer les attitudes, les politiques, les programmes, la recherche et les soins.

LE VIH EST UN VIRUS qui attaque et affaiblit le système immunitaire. Sans traitement, l'infection au VIH cause des maladies très graves et la mort. Le sida représente le stade tardif d'une infection au VIH. Pour recevoir un diagnostic de sida, une personne ayant le VIH doit avoir perdu une bonne partie, voire la totalité, de ses cellules immunitaires et éprouver des complications causées par des infections opportunistes. De nos jours, il est rare qu'une personne qui reçoit de bons soins médicaux et a accès aux traitements ait le sida.

PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

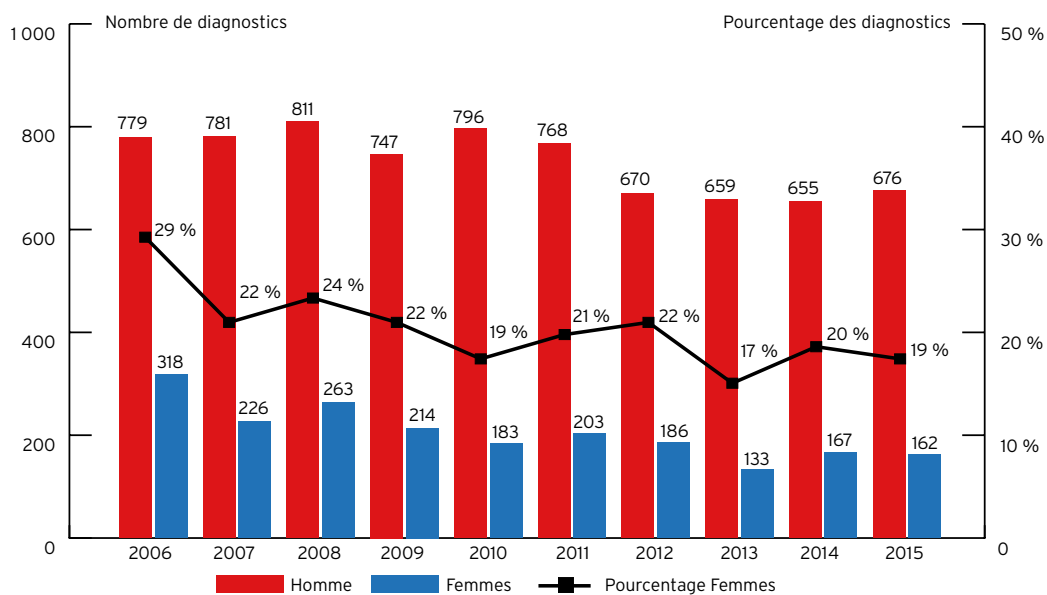
Une maladie infectieuse et stigmatisante qui, autrefois, laissait les gens sans espoir de survie et les tuait dans bien des cas en quelques mois ou en quelques années est devenue une maladie chronique mieux gérable. De nos jours, le VIH est une infection traitable, et le sida est une maladie rare.

DIMINUTION DU NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS

De 2002 à 2011, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario a atteint un plafond d'environ 1 000 par année¹. Au cours de la période de quatre ans qui s'est écoulée de 2012 à 2015, il y a eu

en moyenne 832 nouveaux diagnostics par année en Ontario. Quatre nouvelles infections sur cinq sont dépistées chaque année chez des hommes (81 %) et environ une sur cinq l'est chez des femmes (19 %). Nous avons presque éliminé la transmission verticale (c.-à-d. de la mère à son enfant).

FIGURE 1 : NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE VIH, ONTARIO, 2006-2015



TRAITEMENTS PLUS EFFICACES

Les traitements accessibles de nos jours pour le VIH sont plus efficaces et mieux tolérés. Les personnes infectées dans la vingtaine qui reçoivent un dépistage précoce, suivent un traitement pour supprimer le virus (et reçoivent des soins de haute qualité pour leurs autres problèmes de santé) peuvent s'attendre à vivre un peu plus de 70 ans, soit une espérance de vie se rapprochant de celle de la population en général². Les personnes qui éprouvent d'autres problèmes sérieux se répercutant sur leur longévité, comme la dépendance, l'itinérance ou des comorbidités telles que l'hépatite C, ne jouissent pas d'un pronostic aussi favorable. Il existe toujours des incertitudes quant aux conséquences de vivre pendant de longues années avec le VIH et son traitement; cependant, nous croyons qu'avec de bons soins et du soutien, les personnes vivant avec le VIH peuvent s'attendre à rester en santé, à travailler, à être actifs dans la collectivité, à fonder une famille, à développer un réseau social et à faire des projets d'avenir. Cependant, notre travail n'est pas terminé.

LES PERSONNES INFECTÉES DANS la vingtaine qui reçoivent un dépistage précoce, suivent un traitement pour supprimer le virus (et reçoivent des soins de haute qualité pour leurs autres problèmes de santé) peuvent s'attendre à vivre un peu plus de 70 ans.

LE VIH DEMEURE UNE GRAVE MENACE POUR LA SANTÉ

- De nombreux Ontariens et Ontariennes sont encore à risque : en moyenne, un peu plus de deux personnes sont diagnostiquées tous les jours
- Bien des gens ne reçoivent pas en temps opportun les soins dont ils ont besoin pour rester en santé.
- Beaucoup éprouvent des problèmes de santé mentale ou de dépendance qui nuisent à leur capacité d'éviter ou de gérer le VIH
- Beaucoup ont peine à suivre le traitement quotidien requis pour supprimer le virus, qui est essentiel pour protéger leur santé et réduire le risque de transmission
- Beaucoup doivent composer avec les effets du VIH et ceux de comorbidités : maladies cardiaques, cancer, problèmes neurocognitifs, ostéoporose, coinfection par l'hépatite, maladies rénales et maladies du foie qui peuvent abrégier leur vie et les empêcher de vivre une vie normale
- Beaucoup font face aux difficultés associées au fait de vivre pendant une longue période et de vieillir avec le VIH
- Tous les Ontariens et Ontariennes vivant avec le VIH doivent aussi composer avec la stigmatisation associée à cette infection

PAMI LES PERSONNES RECEVANT UN NOUVEAU DIAGNOSTIC DE VIH EN ONTARIO, ENVIRON...³

- 60 % sont des hommes gais et des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes
- 25 % font partie des communautés africaines, caribéennes et noires
- 13 % utilisent des drogues injectables
- 1 sur 5 est une femme
- 1 sur 3 est âgée de 45 ans ou plus; parmi ces personnes, 82 % sont des hommes et la plupart déclarent le fait d'avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes comme facteur de risque

LE VIH PEUT ÊTRE ÉVITÉ, MAIS IL DEMEURE UN RISQUE

Nous disposons des connaissances et des outils nécessaires pour prévenir la transmission du VIH et assurer que les personnes infectées par le virus ont la possibilité d'avoir une vie longue et bien remplie. Pourtant, il y a toujours de nouvelles infections et des personnes vivant avec le VIH qui ne bénéficient pas pleinement des avancées réalisées dans le traitement contre le VIH. Pour réaliser des progrès en matière de contrôle du VIH, nous devons nous concentrer sur les personnes qui sont le plus à risque. Le VIH n'est pas une épidémie généralisée en Ontario; il se concentre au sein d'un petit nombre de populations marginalisées qui présentent un taux élevé d'infection au VIH :

- les personnes vivant avec le VIH/sida
- les hommes gais et bisexuels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, y compris les hommes trans
- les membres des communautés africaines, caribéennes et noires, y compris les hommes et les femmes de certaines régions d'Afrique et des Caraïbes où le VIH est endémique
- les Autochtones
- les personnes (hommes et femmes) qui s'injectent des drogues
- les femmes à risque (qui sont des partenaires sexuelles de personnes infectées par le VIH ou qui prennent des drogues avec elles), y compris les femmes trans

Les femmes trans sont des personnes nées hommes qui s'identifient comme étant des femmes.

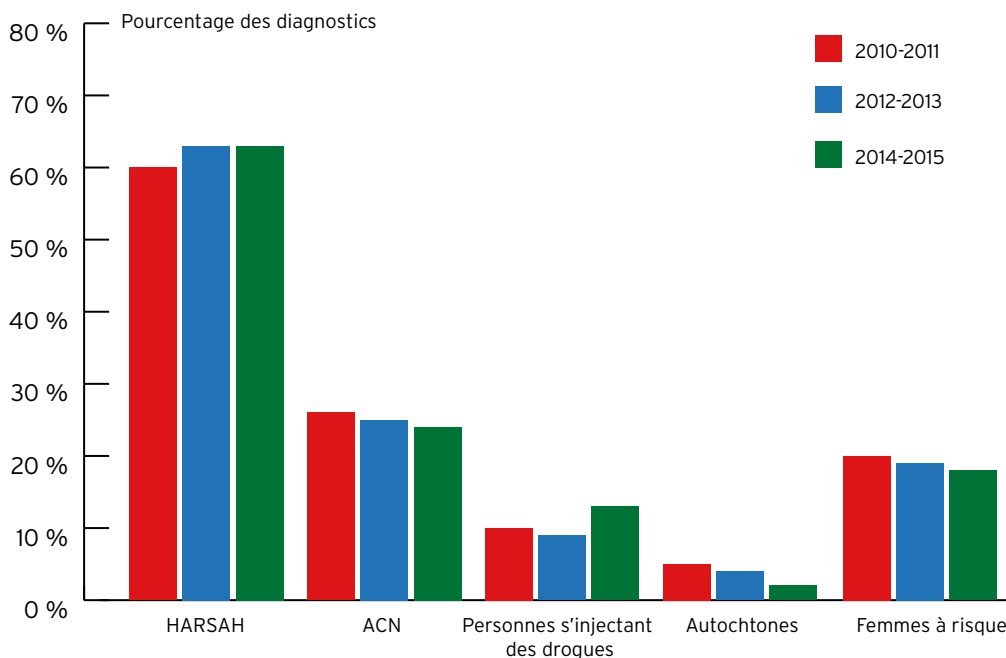
Les hommes trans sont des personnes nées femmes qui s'identifient comme étant des hommes.

Certaines personnes trans ne s'identifient pas comme étant un homme, une femme, un homme trans ou une femme trans; elles s'identifient plutôt d'une façon qui n'établit pas de distinction entre homme et femme, par exemple, elles se disent non binaires, allosexuelles ou bispirituelles ou utilisent un autre terme pour désigner leur identité.

Certaines personnes au sein de ces communautés et réseaux sont plus vulnérables au VIH et à ses complications en raison d'autres facteurs (p. ex., les déterminants sociaux) qui ont un effet sur leur santé. Par exemple, les personnes incarcérées, les travailleuses et travailleurs sexuels ou les immigrants récents ou sans statut doivent composer avec des facteurs systémiques, structurels et sociaux qui menacent leur santé et leur bien-être.

La présente stratégie vise à concentrer nos efforts sur la réduction des risques et la promotion de la santé des populations, les plus touchées par le VIH. Pour ce faire, nous devons comprendre les profils de risque au sein de chaque population. La figure suivante illustre la proportion de nouveaux diagnostics de VIH selon la population, d'après les renseignements fournis dans des formulaires de demande de test de dépistage du VIH.

FIGURE 2 : PROFIL DES INFECTIONS AU VIH EN ONTARIO SELON LES POPULATIONS À RISQUE



Remarque : les pourcentages peuvent dépasser 100 parce qu'une personne ayant reçu un diagnostic de VIH peut faire partie de plusieurs catégories (p. ex., un homme gai qui s'injecte des drogues).

L'Ontario ne dispose pas de données précises sur le nombre annuel de nouveaux diagnostics chez les Autochtones ou les personnes trans, car ce renseignement n'est pas recueilli dans les formulaires de demande de test de dépistage du VIH.

Cependant, nous savons que le risque est élevé au sein de ces populations :

- La prévalence du VIH est de 0,43 % chez les Autochtones de l'Ontario, soit 1,7 fois celle de la population non autochtone⁴. Nous savons également qu'un Autochtone sur trois qui est atteint de VIH présente une coinfection à l'hépatite C⁵. Parmi les Autochtones de l'Ontario qui ont reçu un diagnostic de VIH de 2009 à 2011, les facteurs de risque les plus fréquemment mentionnés étaient l'exposition sexuelle (64 %) et l'usage de drogues injectables (45 %)⁶.
- Les personnes trans, particulièrement les femmes, courent un risque élevé de contracter le VIH. D'après une méta-analyse de 29 études publiées sur les personnes trans, 27,7 % des femmes trans étaient séropositives pour le VIH⁷. Des études menées en Ontario ont également révélé que certains hommes trans font partie de réseaux sexuels que fréquentent d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, qui présentent une prévalence particulièrement élevée de VIH⁸.

La présente stratégie recommande notamment de modifier le formulaire de demande de test de dépistage de VIH afin de recueillir des renseignements sur l'origine ethnique, y compris le statut d'Autochtone, et l'identité sexuelle. Avec ces renseignements, nous pourrions comprendre l'épidémiologie du VIH au sein des communautés autochtones et trans ainsi que dans différentes communautés ethniques de l'Ontario.

LE VIH EST GÉRABLE, MAIS N'EST PAS ENCORE COMPLÈTEMENT GÉRÉ

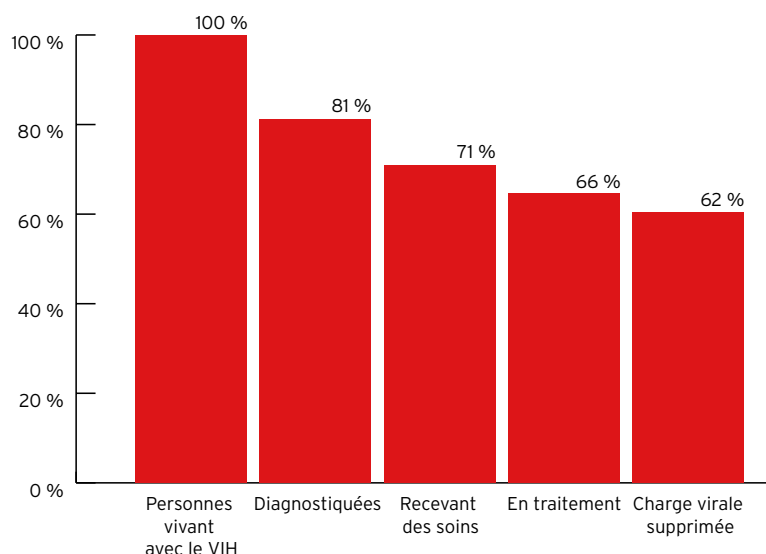
Nous disposons de traitements très efficaces contre le VIH, et ces traitements réduisent aussi le risque de transmission. Or, toutes les personnes infectées par le VIH ne sont pas diagnostiquées, et toutes celles qui le sont n'entreprennent ou ne poursuivent pas un traitement.

TOUTES LES PERSONNES infectées par le VIH ne sont pas diagnostiquées, et toutes celles qui le sont n'entreprennent ou ne poursuivent pas un traitement.

La figure 3 illustre la cascade des soins en matière de VIH. En nous fondant sur une analyse de différentes sources de données effectuée en 2015⁹, nous pouvons tracer un portrait du nombre de personnes infectées par le VIH qui reçoivent un diagnostic, sont aiguillées vers des soins, reçoivent des soins et dont on a supprimé la charge virale (le virus est à un niveau faible dans leur sang). Certaines étapes de la cascade des soins (p. ex., le nombre de personnes infectées et la proportion ayant reçu un diagnostic) ne sont que des estimations qui montrent un intervalle de valeurs possibles. Pour les autres étapes, nous avons associé des données sur les diagnostics de VIH à des données sur les tests de charge virale pour établir nos estimations. (**Rem. :** ces estimations pourraient être modifiées après une analyse plus poussée. Un rapport technique approfondi expliquant les méthodologies et hypothèses sur lesquelles reposent les estimations pour l'Ontario sera publié.)

Nous ne connaissons pas le nombre précis de personnes à chaque étape de la cascade, mais nous pouvons estimer qu'en 2015, chez environ 62 % des Ontariennes et des Ontariens infectés par le VIH, la charge virale avait été supprimée. L'écart entre le nombre estimatif de personnes infectées et le nombre de personnes dont la charge virale est supprimée est attribuable surtout au fait que des personnes séropositives n'ont pas reçu de diagnostic. Cette tendance est semblable à celle que l'on a constatée dans d'autres territoires.

FIGURE 3 : PROPORTION DE PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH EN ONTARIO À DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA CASCADE DE LA PRÉVENTION, DE LA PARTICIPATION ET DES SOINS, 2015



Remarque : la proportion de personnes « diagnostiquées » s'appuie sur des estimations préliminaires de l'Agence de la santé publique du Canada sur le nombre de personnes non diagnostiquées/ diagnostiquées qui étaient porteuses du VIH en Ontario à la fin de 2014. La proportion de personnes « recevant des soins », « en traitement » et ayant une « charge virale supprimée » est fondée sur des données du Laboratoire de Santé publique Ontario. La proportion de personnes « recevant des soins » est fondée sur le nombre de personnes qui ont subi au moins un test de la charge virale en 2015. La proportion de personnes « en traitement » est fondée sur le nombre de personnes ayant subi un ou plusieurs tests de la charge virale qui suivaient un traitement antirétroviral en 2015. La proportion de personnes ayant une « charge virale supprimée » est fondée sur le nombre de personnes dont la charge virale était <200 copies/mL de sang en 2015. Les barres rouges représentent les principales estimations et les barres noires les estimations supérieures et inférieures.

CIBLES 90-90-90 DE L'ONUSIDA

L'Ontario n'est pas le seul territoire qui cherche à améliorer la cascade des soins aux personnes qui vivent avec le VIH. L'ONUSIDA a fixé les cibles 90-90-90¹⁰:

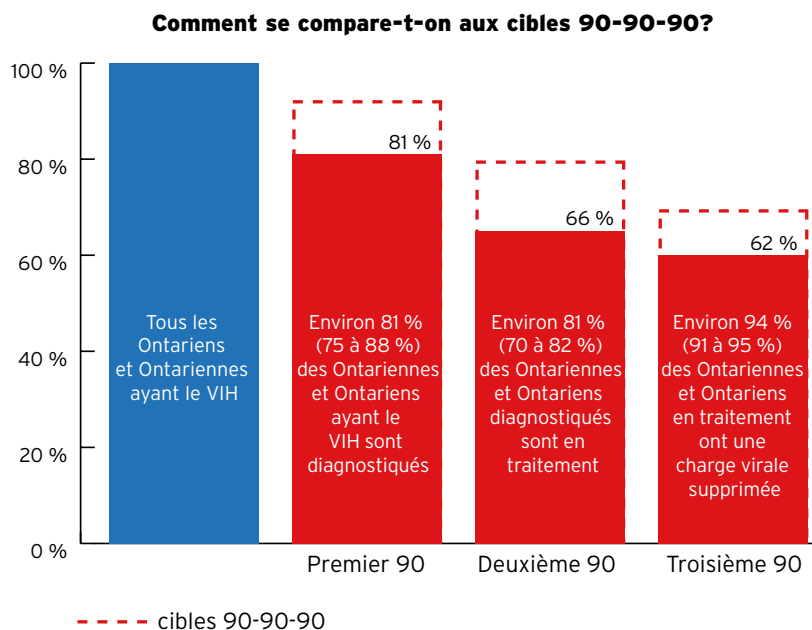
- 90 % des personnes séropositives seront diagnostiquées
- 90 % des personnes diagnostiquées recevront un traitement antirétroviral
- 90 % des personnes recevant un traitement auront une charge virale supprimée

Chaque cible est un sous-ensemble de la cible précédente. Ainsi, dans un territoire qui atteint les cibles 90-90-90 :

- 90 % des personnes séropositives de ce territoire seraient diagnostiquées
- 81 % des personnes séropositives recevraient un traitement antirétroviral
- 73 % des personnes séropositives auraient une charge virale supprimée

Pour appuyer le suivi de nos progrès, nous pouvons utiliser les objectifs 90-90-90 d'ONUSIDA. La figure 4 compare les données de la figure 3 aux cibles 90-90-90.

FIGURE 4 : LA SITUATION ONTARIENNE PAR RAPPORT AUX CIBLES 90-90-90 PROPORTION ESTIMATIVE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH EN ONTARIO À CHAQUE ÉTAPE DE LA CASCADE DES SOINS, 2015



Remarque : le pourcentage de personnes diagnostiquées est fondé sur des estimations de 2014 de l'Agence de la santé publique du Canada. Les pourcentages des personnes en traitement et qui ont une charge virale supprimée sont fondés sur des données de 2015 de Santé publique Ontario.

Comment interpréter la figure 4 :

La **première barre** représente toutes les personnes porteuses du VIH dans la province (100 %).

Les **lignes pointillées** montrent le niveau à viser atteindre toutes les cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA.

Les **barres pleines** représentent notre estimation la plus viable du point où nous en sommes en vue d'atteindre chaque cible « 90 » :

- Dans le cas du premier 90, nous estimons que 81 % des personnes porteuses du VIH en Ontario ont été diagnostiquées (selon une modélisation de l'Agence de la santé publique du Canada).
- Dans le cas du deuxième 90, nous estimons que 81 % des personnes diagnostiquées sont en traitement (selon des données de Santé publique Ontario), ce qui représente 66 % des personnes porteuses du VIH en Ontario.
- Dans le cas du troisième 90, nous estimons que 94 % des personnes ayant le VIH en Ontario qui sont en traitement ont une charge virale supprimée (selon des données de Santé publique Ontario), ce qui représente 62 % des personnes porteuses du VIH en Ontario. Ces Ontariennes et Ontariens ayant le VIH sont donc dans une très bonne situation.

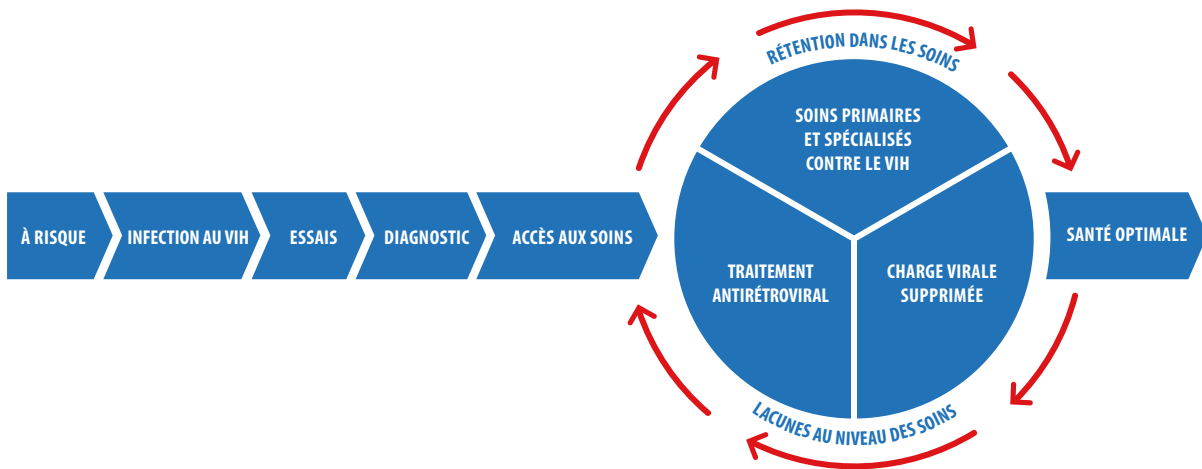
Les cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA sont ambitieuses mais réalisables. La figure 4 montre que nous sommes en voie de les atteindre, mais il nous reste du pain sur la planche - surtout pour ce qui est de diagnostiquer les personnes infectées par le VIH et de leur faire entreprendre un traitement.

La bonne nouvelle est qu'après le test de dépistage, le diagnostic et l'aiguillage vers des soins, il sera possible de parvenir à une charge virale indétectable chez la plupart des personnes atteintes. Par exemple, environ 80 % des personnes diagnostiquées sont en traitement, et 94 % de celles qui sont en traitement présentent une charge virale supprimée, ce qui est important pour protéger leur santé et réduire le risque de transmission du VIH. Lorsque les personnes atteintes sont dirigées vers des soins et continuent de recevoir des soins, le système peut protéger leur santé.

POUR METTRE FIN AUX NOUVELLES INFECTIONS AU VIH et améliorer les soins pour tous les Ontariens et Ontariennes ayant le VIH, nous pouvons et nous devons faire mieux.

DE LA CASCADE « EN TRAITEMENT » À LA PRÉVENTION, L'ENGAGEMENT, JUSQU'AUX SOINS »

Le défi consiste à garder toutes les personnes vivant avec le SIDA, diagnostiquées et poursuivant un traitement, tout en augmentant d'abord notre capacité de prévenir de nouvelles infections par le VIH. Pour mettre fin à de nouvelles infections et améliorer les soins pour l'ensemble des Ontariens et des Ontariennes infectés du VIH, nous devons concentrer nos efforts.



Dans cette stratégie, nous étendons le concept de la cascade en traitement pour inclure la « prévention », l'« engagement » et les « soins ».

Ce changement reflète notre compréhension des grands facteurs déterminants de la santé. Pour éviter de nouvelles infections au VIH et faire en sorte que les personnes porteuses du VIH mènent une vie productive en santé, nous devons aider ces personnes et les personnes à risque à prendre en charge leur santé. Nous devons fournir les services et le soutien dont elles ont besoin pour éviter qu'elles ne contractent le VIH. Si des personnes deviennent infectées, nous devons faire en sorte qu'elles soient dépistées et aiguillées rapidement vers des soins, leur donner un accès facile aux médicaments contre le VIH et du soutien pour les aider à continuer de prendre ces médicaments à long terme, et leur fournir des soins et des services pour gérer leurs autres problèmes sociaux et de santé et leurs comorbidités, y compris les problèmes de santé mentale et de dépendance.

II. STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA À L'HORIZON 2026

VISION

D'ici 2026, les nouvelles infections au VIH seront rares en Ontario, et les personnes vivant avec le VIH auront une longue vie en santé, sans stigmatisation ni discrimination.

MISSION

Réduire les torts causés par le VIH chez les personnes et dans les communautés ainsi que son incidence sur le système de santé en assurant l'accès en temps opportun à un système intégré de services de santé sexuelle, de services de prévention du VIH, de soins et de soutien prodigués avec compassion, qui sont efficaces et fondés sur des données probantes.

OBJECTIFS

1. Améliorer la santé et le bien-être des populations les plus touchées par le VIH.
2. Promouvoir la santé sexuelle et prévenir de nouvelles infections au VIH et à l'hépatite C et d'autres infections transmissibles sexuellement.
3. Assurer le dépistage précoce des infections au VIH et amener les personnes atteintes à recevoir des soins en temps opportun.
4. Améliorer la santé, la longévité et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.
5. Assurer la qualité, l'uniformité et l'efficacité de tous les programmes et services liés au VIH qui sont financés par la province.

PRINCIPES

Nos interventions relativement au VIH s'appuient sur les principes suivants :

RÉSILIENCE. Les personnes porteuses du VIH et les populations à risque sont résilientes et fortes. Dans le cadre de tous les programmes et services, une approche fondée sur les points forts permettra de renforcer cette résilience et de créer des communautés saines et inclusives.

NOUS FAVORISONS LA PARTICIPATION des personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter, en ce qui a trait à l'élaboration et à la prestation de services conformes à l'Accord de l'Ontario suivant : participation accrue et implication significative des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque. En reconnaissant et en prenant en compte tout le vécu des personnes, nous favorisons des interventions plus efficaces et plus de soutien au sein de la société.

PARTICIPATION ACCRUE ET IMPLICATION SIGNIFICATIVE DES PERSONNES AYANT LE VIH/SIDA ET DES PERSONNES À RISQUE. Le vécu des personnes infectées par le VIH et à risque de le contracter éclaire les interventions de l'Ontario. Nous nous engageons à assurer la participation accrue et l'implication significative des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes à risque. Ainsi, ces personnes seront au cœur de notre travail, qui s'appuie sur les droits et la dignité de la personne¹.

RÉDUCTION DES MÉFAITS. Nous préconisons une démarche axée sur la réduction des méfaits. Les programmes et services liés au VIH visent à réduire les méfaits pour la santé et la société qui sont associés aux comportements à risque et à l'infection au VIH.

JUSTICE SOCIALE ET DROITS DE LA PERSONNE. En Ontario, tous ont le droit d'accéder de façon équitable à des services de santé et à des services sociaux sans stigmatisation afin de protéger et de préserver leur santé.

PRÉVENTION ET SOINS INTÉGRÉS, CENTRÉS SUR LA PERSONNE. Tous les éléments du système de santé et du système de services sociaux sont réunis selon une approche systémique, afin de fournir des programmes et des services intégrés de prévention et de soins qui répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des personnes qui sont à risque de le contracter.

CHOIX ET AUTODÉTERMINATION. Les personnes ont le droit de faire des choix concernant leurs soins, et de recevoir les renseignements et le soutien nécessaires pour prendre des décisions éclairées.

RESPECT DE LA VIE PRIVÉE ET DE LA CONFIDENTIALITÉ. Les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter ont le droit à la confidentialité des renseignements sur leur santé.

RESPECT DE LA DIVERSITÉ. Les besoins varient selon le lieu, la culture, la langue, le contexte social et l'hétérogénéité personnelle. Les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter ont accès à des services appropriés qui répondent à leurs divers besoins.

DONNÉES PROBANTES, EXCELLENCE ET INNOVATION. Les programmes et services liés au VIH qui sont offerts en Ontario sont fondés sur des données probantes, fournis en temps opportun, accessibles, sûrs et efficaces. Nous visons l'excellence et nous sommes voués à l'approfondissement des connaissances. Nous créons et soutenons des communautés de pratique. Nous nous fondons sur les données probantes issues de la recherche et de la pratique ainsi que du vécu des personnes atteintes pour innover et améliorer continuellement nos programmes et services.

LES DONNÉES PROBANTES QUI GUIDENT notre travail émanent de trois sources : la recherche, la pratique et le vécu.

COLLABORATION. Les pouvoirs publics, les collectivités et les organisations collaborent stratégiquement afin que les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter aient accès à des services accueillants, adaptés à leur culture et à leurs besoins. Ils partagent des pratiques fondées sur des données probantes, en font la promotion et les adoptent.

INCIDENCE. Les ressources publiques consacrées à la prévention, aux soins et au soutien relativement au VIH sont investies dans des programmes, des services et des travaux de recherche axés sur les besoins les plus urgents qui sont le plus susceptibles d'avoir une incidence sur la santé et d'atteindre nos buts, objectifs et cibles.

RESPONSABILISATION. Les programmes financés par la province reposent sur des politiques et normes provinciales et sont adaptés aux besoins locaux. Leurs responsables sont comptables aux communautés desservies pour la prestation de services de haute qualité, économiques, accessibles et durables et pour l'atteinte des buts et cibles de la présente stratégie. Ils surveillent ces services et en évaluent l'incidence, et ils rendent compte des progrès réalisés et des leçons apprises.

DÉMARCHE STRATÉGIQUE À L'HORIZON 2026

1. RÉORIENTER LA CASCADE DE LA PRÉVENTION, DE LA PARTICIPATION ET DES SOINS

Dans l'ensemble de la cascade de la prévention, de la participation et des soins, les personnes à risque et les personnes porteuses du VIH peuvent rencontrer des difficultés qui leur font quitter la bonne voie (voir le diagramme à la page suivante). Nous les aiderons à composer avec ces risques ou facteurs déterminants de la santé et à rester sur la voie de la santé. En collaboration avec les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter, nous élaborerons des stratégies et des interventions afin de permettre à plus de gens d'éviter l'infection au VIH et aux personnes porteuses du virus de vivre une vie plus longue en meilleure santé.

EN COLLABORATION avec les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter, nous élaborerons des stratégies et des interventions afin de permettre à plus de gens d'éviter l'infection au VIH et aux personnes porteuses du virus de vivre une vie plus longue en meilleure santé.

2. SE CONCENTRER SUR LES POPULATIONS LES PLUS TOUCHÉES PAR LE VIH

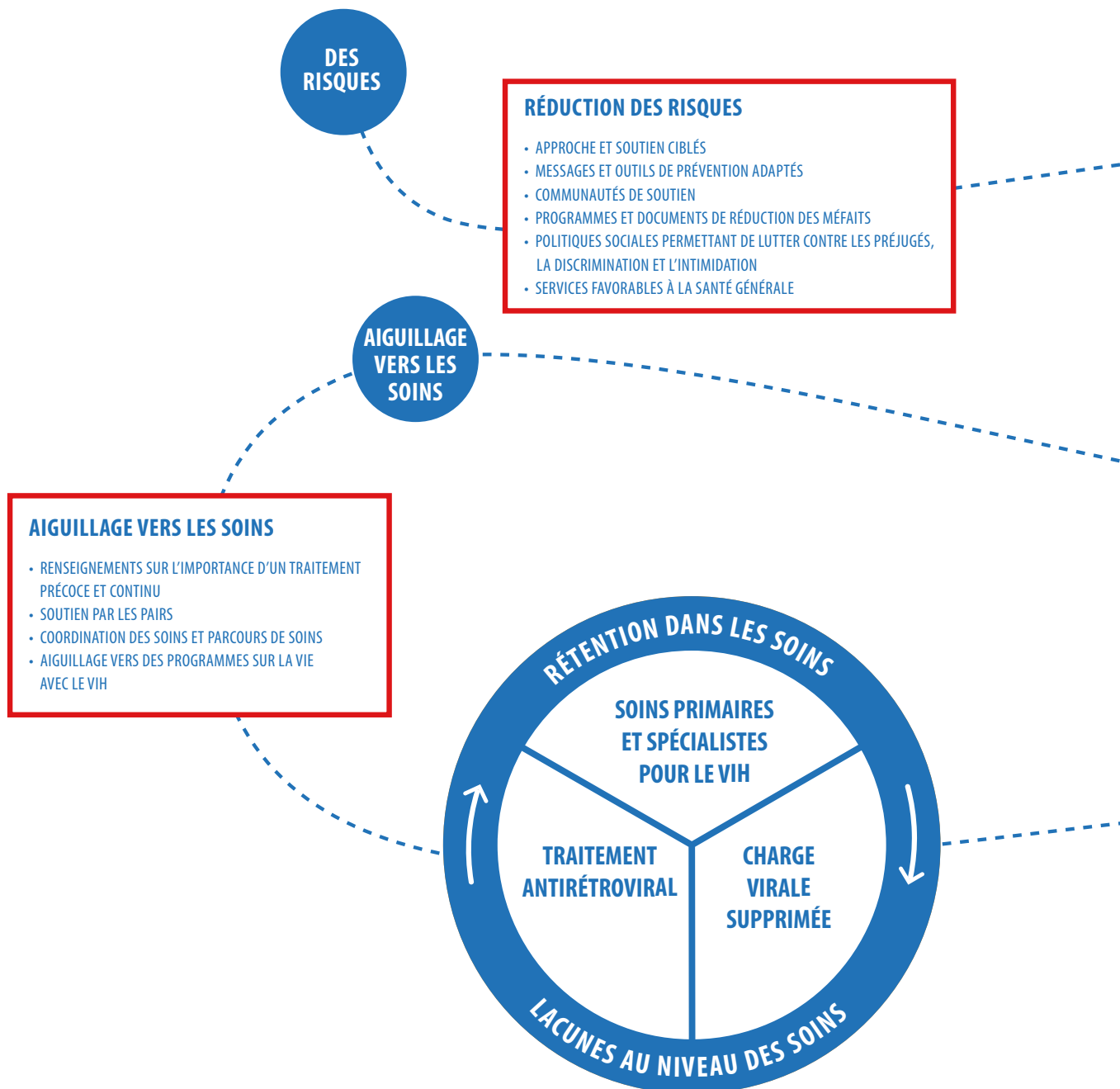
Nous concentrerons notre énergie et nos ressources sur les populations les plus touchées par l'épidémie de VIH (p. ex., les populations présentant une prévalence élevée d'infection au VIH, les réseaux sexuels ou d'usage de drogues présentant une prévalence élevée ou des comportements à risque élevé); il s'agit du meilleur moyen de freiner la propagation du VIH et d'améliorer la santé.

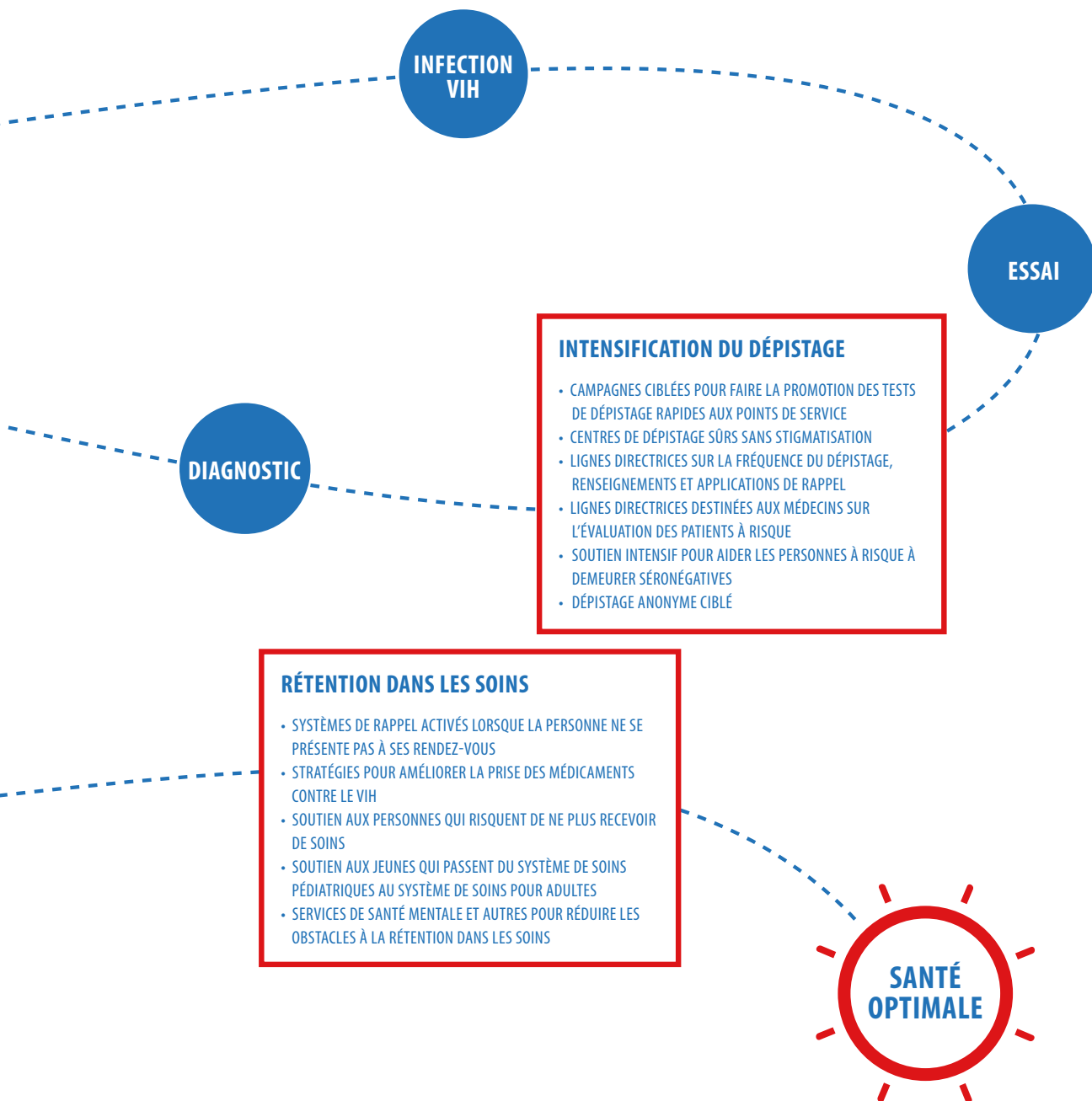
3. ADOPTER UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

Au cours des 30 dernières années en Ontario, un réseau efficace de programmes et de services liés au VIH a été mis en place (voir la page 23) doté de bonnes capacités de recherche et de mécanismes permettant l'échange d'information et l'acquisition de nouvelles compétences. Nous devons trouver de nouveaux moyens améliorés d'intégrer les services liés au VIH dans le réseau des services de santé et des services sociaux, en privilégiant les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et les services permettant de gérer les autres risques pour la santé ou comorbidités. En utilisant une approche systémique, nous ferons en sorte que les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter qui font appel au système reçoivent des soins de haute qualité et du soutien, sans stigmatisation. Ensemble, nous comblerons toutes les lacunes de la cascade de la prévention, de la participation et des soins.

NOUS FERONS EN SORTE QUE les personnes vivant avec le VIH ou à risque qui font appel au système reçoivent des soins de haute qualité et du soutien, sans stigmatisation.

RÉORIENTER LA CASCADE DE LA PRÉVENTION, DE LA PARTICIPATION ET DES SOINS EN MATIÈRE DE VIH

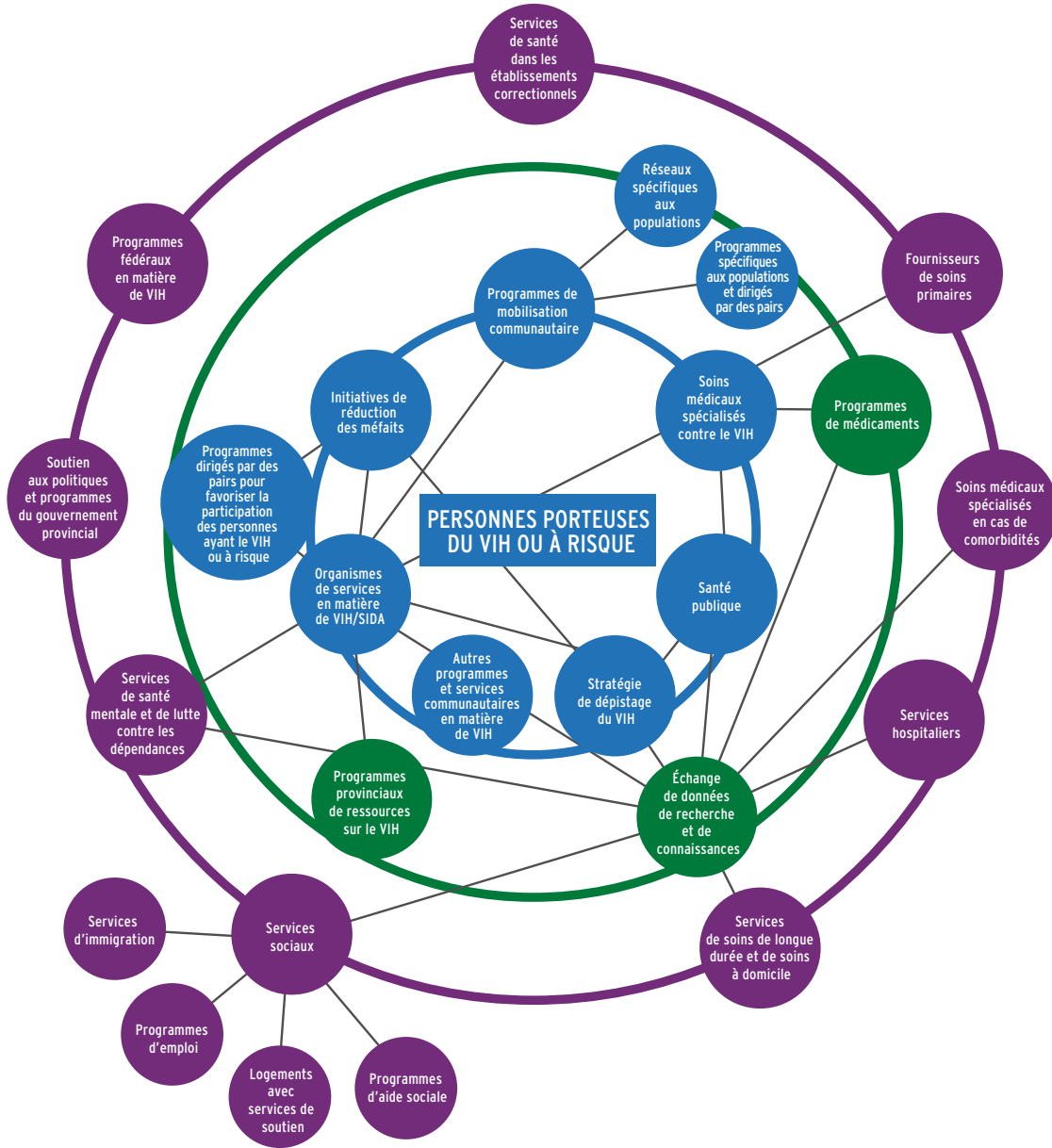




RÉSEAU DE SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LES POSSIBILITÉS QU'IL RECÈLE

L'Ontario dispose d'un solide réseau de services et d'organismes en matière de VIH : initiatives de soutien par les pairs, programmes de prévention, services de dépistage (anonyme ou aux points de service), programmes de soutien, services cliniques et programmes de recherche et d'épidémiologie. Nous avons également trouvé des moyens de partager nos connaissances, de fournir de la formation et de renforcer nos capacités. Notre réseau s'est déjà révélé efficace pour réduire et gérer l'épidémie.

AUJOURD'HUI : UN MODÈLE DE SOINS RÉSEAUTÉ



- Grands systèmes de santé et de services à la personne
- Organismes et programmes de soutien
- Services en matière de VIH

Pour mettre en œuvre cette stratégie, nous porterons notre réseau à un niveau supérieur, et nous instaurerons un modèle de soins mieux intégré dans le cadre duquel les fournisseurs de services de santé et de services sociaux collaboreront efficacement afin de fournir des services de prévention, des soins et du soutien axés sur le patient, adaptés et complets. Dans nos réseaux intégrés d'aiguillage et de services, nous nous efforcerons d'améliorer l'accès au soutien en matière de santé et au soutien social dont ont besoin les personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter pour améliorer leur santé.

NOTRE OBJECTIF : UN MODÈLE DE SOINS INTÉGRÉ



RÉSULTATS SOUHAITÉS

D'ici 2026, nous disposerons d'un système intégré de services de santé et de services sociaux et communautaires qui permettra ce qui suit :

- Les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter ont les connaissances, le soutien, les outils et les technologies dont elles ont besoin pour jouir d'une bonne santé physique, mentale, sexuelle et émotionnelle et prévenir la transmission du VIH, du VHC et d'autres infections sexuellement transmissibles et véhiculées par le sang
- Les nouvelles infections sont dépistées tôt et les personnes atteintes sont aiguillées rapidement vers des soins
- Les personnes porteuses du VIH et d'autres comorbidités ont les renseignements et le soutien nécessaires pour demeurer impliquées dans leurs soins et pour tirer pleinement profit des progrès scientifiques réalisés quant au traitement de tous leurs problèmes de santé
- Les programmes et les services disposent de l'information et de la capacité nécessaires pour accéder à des données probantes et les intégrer rapidement dans la pratique, et leurs responsables cherchent à améliorer continuellement leur qualité, leur réactivité et leur efficacité
- Dans les services, les communautés et la société en général, le VIH ne donne pas lieu à de la stigmatisation, à de la discrimination ni à d'autres formes d'oppression qui contribuent à des inégalités sur le plan des déterminants sociaux de la santé, de l'accès aux soins de santé ainsi que de la santé et du bien-être en général
- Les partenaires de services collaborent activement pour améliorer l'accès des personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter pour qui il est le plus difficile de s'impliquer dans leurs soins et de rester en santé

III. PASSER À L'ACTION

Dans les pages suivantes, nous décrivons comment nous traduirons nos cinq buts en actions concrètes. Pour chaque but, nous précisons ce que nous savons, quelle est notre situation actuelle, quels sont nos objectifs et comment nous comptons les atteindre.

1. AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES POPULATIONS LES PLUS TOUCHÉES PAR LE VIH

CE QUE NOUS SAVONS

LA SYNDÉMIQUE ALIMENTE LE RISQUE ET CAUSE DU TORT

Le VIH n'est que l'un des problèmes de santé dont sont atteintes les populations les plus touchées par le VIH. La plupart des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter doivent composer avec un ensemble de facteurs sanitaires, sociaux et structurels - appelé « syndémique »¹² - qui se répercute sur leur santé (voir l'annexe A).

Par exemple, nous savons que le risque de contracter le VIH est plus élevé chez les personnes qui ont déjà été victimes d'intimidation, de traumatismes et de mauvais traitements, qui sont logées précairement ou qui sont dans une relation où elles ont peu de pouvoir ou de contrôle. Elles sont plus à risque si elles doivent composer avec des problèmes de santé mentale ou de dépendance, ont un revenu faible ou ont de la difficulté à accéder à des renseignements, à des services ou à du soutien en matière de santé. Elles sont plus à risque si elles ont d'autres problèmes de santé, comme d'autres infections transmissibles sexuellement ou l'hépatite C. Elles sont également plus à risque lorsque

les politiques sociales et les politiques en matière de santé, comme la criminalisation de l'usage de drogues ou du travail du sexe, limitent leur accès à des ressources de réduction des méfaits.

La syndémie joue un rôle différent dans chaque population. Cependant, dans toutes les communautés où la prévalence du VIH est élevée, les conséquences sur la santé des inégalités sociales et structurelles et sur la capacité de réagir efficacement au VIH sont disproportionnées.

LA THÉORIE SYNDÉMIQUE : DES FACTEURS SE CONJUGENT POUR MENACER LA SANTÉ ET AGGRAVER LES PROBLÈMES DE SANTÉ



LA STIGMATISATION DU VIH CONTINUE D'ALIMENTER L'ÉPIDÉMIE

Même après 30 ans, le VIH demeure très stigmatisant¹³.

Les personnes vivant avec le VIH sont souvent rejetées par leurs amis, leur famille et d'autres membres de la collectivité. La stigmatisation qui accompagne le VIH et la crainte de la subir dissuadent les personnes d'accéder à des services, tels que le dépistage, qui seraient favorables à leur santé¹⁴. Elles les dissuadent aussi de divulguer leur séropositivité, de recevoir du soutien social et de négocier des relations sexuelles à risques réduits¹⁵.

LES STRATÉGIES LES PLUS EFFICACES contre la stigmatisation comprennent les programmes entre pairs, notamment les initiatives de leadership et les programmes de conférenciers, par l'entremise desquels les personnes vivant avec le VIH peuvent communiquer avec le public, donner un visage et une voix au VIH et favoriser la compréhension et la tolérance²³.

Les interventions sur le plan de la communauté, de la société et des politiques, telles que les services d'accueil, peuvent réduire la stigmatisation du VIH ainsi que la discrimination associée à la race, au sexe et à l'identité sexuelle. Par exemple, les initiatives récentes de sensibilisation du public de la Commission de la santé mentale du Canada, y compris des campagnes d'éducation et de publicité et des campagnes dans les médias sociaux, ont contribué à réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale.

LES APPROCHES GLOBALES AXÉES SUR LES POINTS FORTS PEUVENT RÉDUIRE LES MÉFAITS ET ACCROÎTRE LA RÉSILIENCE

En Ontario, certaines populations sont très touchées par le VIH; or, même au sein de ces populations, il n'y a pas d'épidémie généralisée. Tous les hommes gais ou tous les membres des communautés africaines, caribéennes, noires ou autochtones ne sont pas à risque. Malgré la prévalence élevée du VIH dans ces communautés, la plupart de ces personnes évitent le VIH. Par exemple, à Toronto, un homme gai sur quatre a le VIH; c'est donc dire que trois sur quatre n'en sont pas atteints¹⁶.

LA RÉSILIENCE EST LA MESURE SELON LAQUELLE une personne exerce un contrôle sur ce qui lui arrive et sur ses décisions, et peut composer efficacement avec ses problèmes.

Les populations à risque affichent une grande force. Par exemple, les communautés autochtones ont fait preuve d'une résilience incroyable face à des politiques qui visaient à détruire systématiquement leur langue, leur culture et leur famille. Les communautés africaines, caribéennes et noires, ainsi que d'autres nouveaux arrivants, se sont montrés capables de s'adapter à leur nouveau pays et d'y

prospérer. Depuis longtemps, la communauté LGBTQ lutte contre les préjugés et la discrimination et pour la défense des droits de la personne, et se donne du soutien social.

Les personnes qui ont un bon réseau de soutien social, des possibilités d'emploi et d'éducation et l'accès à des services de santé et à des services sociaux, de même qu'à un bon filet de sécurité sociale, sont plus susceptibles de demeurer en santé et d'être résilientes¹⁷. Pour les membres de ces populations qui sont francophones, l'accès à des services en français ou la connaissance de ces services peut faciliter l'obtention de soins de qualité contre le VIH et la participation continue à ces soins.

LA SITUATION ACTUELLE

CONSOLIDATION DU SYSTÈME. Au cours des dix dernières années, nous avons réalisé des progrès en vue d'aborder les déterminants sociaux de la santé. Les organismes communautaires de services et les cliniques liés au VIH de même que les bureaux de santé de tout l'Ontario ont pris part à des processus de planification communautaire qui ont contribué à bâtir des réseaux d'aiguillage plus solides avec les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, les programmes de logement avec services de soutien, les programmes d'emploi et d'autres services de santé et services sociaux dans leur région. Plusieurs de nos initiatives en matière de prévention et de soutien sont fondées sur les forces et s'emploient à renforcer la résilience.

ACCENT SUR LA POPULATION. Le secteur ontarien des services liés au VIH a mis sur pied des réseaux et initiatives axés sur les populations prioritaires :

- La Gay Men's Sexual Health Alliance (GMSH) et un réseau de travailleurs d'approche et d'éducateurs d'organismes de services liés au sida aident les hommes gais et bisexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à être en bonne santé sexuelle
- Le Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) et un réseau de travailleurs d'approche et d'éducateurs d'organismes de services liés au sida aident à renforcer la capacité à répondre aux besoins des communautés africaines, caribéennes et noires en matière de santé
- La Women's HIV and AIDS Initiative (WHAI) soutient un réseau de travailleurs en développement communautaire d'organismes de services liés au sida de la province, afin de renforcer la capacité des autres services de santé et services sociaux de servir les femmes vivant avec le VIH ou à risque élevé de le contracter
- L'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (OAHAS) est un organisme qui compte à son emploi dans

toute la province des travailleurs autochtones qui fournissent des renseignements et du soutien afin de renforcer la capacité des communautés autochtones à lutter contre le VIH

- Les programmes d'approche auprès des personnes utilisant des drogues injectables, qui sont offerts dans des collectivités de toute la province, font appel à des travailleurs d'approche et à des pairs pour réduire les méfaits de ces drogues et diriger les personnes qui en consomment vers d'autres services

En outre, le Committee for Accessible AIDS Treatment (CAAT) collabore avec des services liés au VIH dans tout l'Ontario afin de renforcer leur capacité de répondre aux besoins en matière de santé et de services sociaux des immigrants, des réfugiés et des personnes sans statut.

LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION. Depuis près de 30 ans, l'Ontario cherche à mettre fin à la stigmatisation liée au VIH. Par exemple :

- La campagne *serostigmatisation.com* s'adresse directement à la communauté gaie au sujet des effets de la stigmatisation sur ses membres qui vivent avec le VIH; p. ex., elle entrave les efforts visant à prévenir la transmission du VIH
- La campagne *Maintenons-le en vie* s'adresse aux communautés africaines, caribéennes et noires pour les sensibiliser au VIH et au dépistage
- Les outils élaborés par l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (OAHAS) aident les organismes autochtones à assurer le traitement équitable des personnes infectées par le VIH
- Différentes initiatives ont permis de faire appel à des chefs religieux et à d'autres leaders de groupes africains et caribéens et d'autres groupes ethnoraciaux, qui contribuent à créer des communautés sans stigmatisation qui donnent plus de soutien
- La HIV and AIDS Legal Clinic (Ontario) (HALCO) aide les personnes porteuses du virus qui font l'objet de discrimination à intenter des actions en justice et à protéger leurs droits

RÔLE D'AUTRES SECTEURS. Pour réorienter la cascade de la prévention, de la participation et des soins en matière de VIH, nous devons collaborer étroitement avec d'autres secteurs dans les domaines de la santé et des services sociaux.

Nous avons constaté combien les politiques adoptées dans d'autres secteurs peuvent améliorer la santé des populations les plus touchées par le VIH. Par exemple, la loi anti-intimidation du ministère de l'Éducation et le soutien à la création d'alliances gai-hétéro dans les écoles contribuent à réduire la stigmatisation et les expériences traumatisantes tôt dans la vie, de même qu'à prévenir la transmission du VIH et à protéger la santé des hommes gais. La loi Toby (projet de loi 33, adopté en

2012), qui a modifié le *Code des droits de la personne* de l'Ontario pour y inclure l'identité sexuelle et l'expression de l'identité sexuelle comme motifs interdits de discrimination, permettra de réduire la violence et la discrimination contre les personnes trans et d'améliorer leur santé. Les mesures prises par les pouvoirs publics pour réduire les disparités sociales et économiques dont font l'objet de nombreuses communautés autochtones et reconnaître l'autodétermination des Autochtones, comme le Plan d'action pour la santé des Premières Nations, pourraient améliorer la santé et réduire les nouvelles infections au VIH. Lorsque les bureaux de santé distribuent de l'équipement de réduction des méfaits, ils contribuent à réduire les infections au VIH et à l'hépatite C chez les personnes qui prennent des drogues.

LES POLITIQUES ADOPTÉES dans d'autres secteurs peuvent améliorer la santé des populations les plus touchées par le VIH, ou au contraire lui nuire.

Nous avons aussi des exemples de politiques adoptées dans d'autres secteurs qui peuvent être nuisibles à la santé :

- Bien que les changements apportés au Programme fédéral de santé intérimaire en 2012 n'aient pas mis un terme au financement des traitements contre le VIH, ils ont réduit l'accès des réfugiés aux soins primaires de base et aux traitements pour d'autres problèmes de santé et nuï à la capacité des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter de rester en santé. (Ce programme a été remis en vigueur en 2016.) La période d'attente de trois mois avant que les nouveaux arrivants ne soient admissibles à l'Assurance-santé peut également se répercuter sur la santé.
- La décision du système de justice pénale de la province de poursuivre les personnes infectées par le VIH qui ne divulguent pas leur état sérologique (même dans les cas où elles n'ont pas l'intention de transmettre le VIH, où la transmission est très improbable et où il n'y a pas de transmission) stigmatise les personnes séropositives. Elle pourrait également les dissuader d'obtenir des services de santé, et miner les rapports entre les personnes atteintes du VIH d'une part et, d'autre part, les fournisseurs de soins de santé de la collectivité et des services de santé publique, qui pourraient leur fournir un soutien précieux¹⁸

NOS OBJECTIFS

Nous avons réalisé des progrès concernant les facteurs complexes d'ordre biologique, personnel, social, structurel et relatifs aux politiques qui menacent la santé des populations les plus touchées par le VIH. Cependant, nous pouvons faire mieux.

Au cours des dix prochaines années, nous concentrerons nos efforts sur la création d'un réseau complet, intégré et adapté de services qui :

- favorisent la santé et le bien-être
- permettent d'être plus résilient et de vivre une vie plus longue, en meilleure santé

NOUS POUVONS SEULEMENT PRÉVENIR DE pour éviter les nouvelles infections et réduire le fardeau des maladies liées au VIH, nous devons nous attarder à la fois à la santé quotidienne des personnes vivant avec le VIH et aux facteurs généraux qui alimentent l'épidémie : stigmatisation, discrimination, autres formes d'oppression, inégalités socioéconomiques, insuffisance de logements sains, insécurité alimentaire, chômage et problèmes de santé mentale et de dépendance.

Toutes les populations touchées par le VIH auront un meilleur accès aux services qui répondront à leurs besoins en matière de santé physique, mentale, sexuelle et émotionnelle. Les personnes qui utilisent des drogues auront accès à l'éventail complet des outils et services de réduction des méfaits en Ontario.

COMMENT Y PARVENIR

Pour vaincre le VIH, nous devons nous attaquer non seulement au virus mais aussi aux grands problèmes qui portent atteinte à la santé, au bien-être et à la résilience des personnes les plus touchées par le VIH.

En Ontario, le secteur du VIH est hautement qualifié et dévoué, et il peut faire beaucoup pour réorienter la cascade de la prévention, de la participation et des soins. Cependant, **nous ne pouvons atteindre seuls les grands objectifs de cette stratégie. Tous les systèmes qui touchent la vie des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter, c'est-à-dire la santé, l'éducation, le logement, les services sociaux, les services d'immigration et les services correctionnels, doivent travailler de concert.**

EN ONTARIO, SEULS QUELQUES centres urbains disposent de la masse critique d'hommes gais, de populations africaines, caribéennes et noires, de populations autochtones, de personnes qui prennent des drogues ou d'autres populations à risque afin de pouvoir fournir des soins primaires holistiques destinés spécialement à ces populations. Cependant, dans toutes les régions de la province, il devrait être possible de fournir des services de santé et des services sociaux adaptés à la culture, complets et intégrés aux personnes les plus susceptibles de contracter le VIH.

Nous renforcerons notre capacité de fournir des services intégrés en concentrant les efforts de nos réseaux locaux, régionaux et provinciaux. Nous continuerons en outre de rendre ces services accessibles, accueillants et adaptés aux populations auxquelles ils sont destinés. Sans égard à leur point d'accès à ces réseaux, les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter pourront obtenir les services et le soutien dont elles ont besoin pour améliorer leur santé et leur résilience sur le plan physique, mental et émotionnel.

1.1 FOURNIR DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX COMPLETS, ADAPTÉS À LA CULTURE ET AUX BESOINS DES PERSONNES À QUI ILS SONT DESTINÉS

- a. Faire participer de façon concrète les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter à l'élaboration et à la prestation des services conformément à l'Accord de l'Ontario (<http://ontarioaidsnetwork.on.ca/ontario-accord/>).
- b. Renforcer la capacité des organismes de services liés au VIH/sida, des bureaux de santé et des services de consultation externe sur le VIH à fournir des services accueillants et adaptés à la culture et aux besoins des populations les plus touchées par le VIH dans la région qu'ils desservent :
 - Relever les outils que les organismes peuvent utiliser pour évaluer leur capacité de fournir des services accueillants et adaptés à la culture et aux besoins des populations
 - Effectuer au moins une évaluation organisationnelle dans chaque organisme de services liés au sida et service de consultation externe sur le VIH au moyen de l'outil
 - Dresser un plan d'action organisationnel pour renforcer cette capacité avec le temps (p. ex., élaborer des services destinés à certaines populations si possible ou approprié, des politiques organisationnelles, des programmes de formation, des stratégies de recrutement, des outils d'information)

- c. Collaborer avec des intervenants afin d'améliorer l'accès des Franco-Ontariens vivant avec le VIH et à risque de le contracter aux services liés au VIH offerts en français :
- en favorisant la création d'un réseau intégré de services liés au VIH offerts en français
 - en faisant la promotion de ces services auprès des populations francophones

TOUTES LES POPULATIONS TOUCHÉES par le VIH jouiront d'un meilleur accès à des services visant à répondre à leurs besoins en matière de santé sur le plan physique, mental, sexuel et émotionnel.

- d. Renforcer les réseaux actuels de services liés au VIH et d'autres services de santé et services communautaires et sociaux (p. ex., soins primaires, services sociaux, services d'immigration, éducation, logement, services correctionnels, services de santé mentale et de lutte contre les dépendances) axés sur les facteurs psychosociaux et structurels qui posent un risque et menacent la santé :
- Conclure des accords de partenariat pour favoriser la création de réseaux intégrés de services sans stigmatisation fondés sur les points forts
 - Déterminer s'il serait judicieux de mieux intégrer les services de santé et services sociaux et communautaires qui ne font pas partie actuellement de nos réseaux de services, tels que certains services de réadaptation, centres d'accès aux soins communautaires, centres de santé communautaire, foyers de soins de longue durée et services de soins palliatifs
 - Élaborer des stratégies en vue d'intégrer la prévention du VIH et les soins aux personnes porteuses du virus VIH dans d'autres services de santé et services sociaux et communautaires (p. ex., partage de locaux, travailleurs d'approche, points de service)
- e. Améliorer l'accès aux services de réduction des méfaits, de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les personnes infectées par le VIH ou à risque de le contracter, conformément à la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province, *Esprit ouvert, esprit sain* (2011) :
- Définir les rôles des organismes liés au VIH et des organismes de santé mentale et de lutte contre les dépendances en vue de répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter
 - Relever des interventions en santé mentale qui sont fondées sur des données probantes et adaptées sur le plan culturel et que les organismes de services liés au sida pourraient effectuer

efficacement (y compris du soutien aux clients qui sont en attente de services de santé mentale ou de lutte contre les dépendances)

- Intégrer des possibilités de formation réciproque dans les accords du réseau de services afin de favoriser le renforcement des capacités des organismes de services liés au sida, des réseaux de services destinés à certaines populations, des ressources provinciales en matière de VIH, des équipes de lutte contre le VHC et des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances
- f. Collaborer avec des organismes de services liés au VIH/sida afin de créer des espaces positifs (p. ex., groupes de soutien par les pairs) pour les jeunes gais et trans dans les collectivités qui sont dépourvues de tels services.
- g. Fournir de la formation aux fournisseurs de services liés au VIH afin de renforcer leur capacité de fournir des services accessibles, pertinents et accueillants aux immigrants, aux réfugiés ou aux personnes sans statut légal en Ontario qui ont le VIH et sont à risque de le contracter.
- h. Fournir de la formation aux fournisseurs de services liés au VIH afin de renforcer leur capacité de fournir des services accessibles, pertinents et accueillants aux personnes trans ayant le VIH et à risque de le contracter.
- i. Créer des partenariats entre le secteur des services liés au VIH, les services d'emploi et les services de réadaptation afin d'aider les personnes vivant avec le VIH qui sont en mesure de demeurer sur le marché du travail, de s'y lancer ou de le réintégrer :
- Inclure les services d'emploi et les services de réadaptation dans les réseaux communautaires de services liés au VIH
 - Collaborer avec les services d'emploi et les services spécialisés dans les maladies chroniques et les handicaps épisodiques afin d'élaborer des politiques sociales favorables, notamment des changements à l'aide sociale, aux prestations et aux politiques et pratiques des employeurs (p. ex., partage d'emploi, adaptations en milieu de travail, initiatives de lutte contre la stigmatisation du VIH en milieu de travail et dans les services gouvernementaux)

1.2 ENCOURAGER L'ADOPTION DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES PROVINCIAUX QUI FAVORISENT LA SANTÉ ET LA RÉSILIENCE DES POPULATIONS LES PLUS TOUCHÉES PAR LE VIH

- a. Collaborer avec les intervenants du ministère de l'Éducation, des services de santé publique et de la collectivité pour appuyer l'instauration d'un programme-cadre d'éducation physique et santé qui :
 - favorise la santé sexuelle et les relations saines
 - lutte contre la stigmatisation du VIH, l'homophobie, le racisme, les inégalités entre les sexes et d'autres normes sociales qui contribuent à la transmission du VIH et à de mauvais résultats sur la santé pour les personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter
- b. Collaborer avec les programmes de vaccination des services de santé publique pour élargir le programme de vaccination contre le VPH financé par les deniers publics, tel que recommandé par les lignes directrices scientifiques actuelles, afin d'inclure les garçons adolescents, les personnes vivant avec le VIH ainsi que les hommes gais et bisexuels adultes.
- c. Collaborer avec le ministère des Affaires civiques et de l'Immigration et du Commerce international pour fournir des occasions de formation sur le VIH aux fournisseurs de services d'immigration.
- d. Collaborer avec les services de santé publique, le système de justice pénale et la collectivité afin d'élaborer des interventions plus efficaces en cas de non-divulgence de la séropositivité :
 - Promouvoir des interventions uniformes, fondées sur des données probantes et sans stigmatisation auprès des personnes vivant avec le VIH tel que proposé dans *Reducing HIV Transmission by People with HIV Who are Unwilling or Unable to Take Appropriate Risk Reduction Precautions: An Update to the 2002 Report by the Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS (juin 2013)*
 - Envisager le recours à un processus de règlement des différends au lieu d'intenter des poursuites criminelles
 - Lorsque des accusations criminelles sont portées, s'assurer que les lignes directrices s'appuient sur des connaissances scientifiques à jour ainsi que sur le principe selon lequel l'intervention doit être la moins intrusive et la plus efficace possible

1.3 METTRE UN TERME À LA STIGMATISATION DU VIH ET CRÉER DES COMMUNAUTÉS DE SOUTIEN

- a. Mener une campagne de marketing social sur le VIH à l'échelle de la province afin de « donner un visage » au VIH, de diffuser des renseignements généraux sur le virus, de lutter contre les attitudes et croyances menant à la stigmatisation et de sensibiliser aux torts que celle-ci cause.
- b. Faire de la réduction de la stigmatisation du VIH un objectif explicite dans les accords de partenariat entre les organismes de services liés au sida et les autres services de santé et services communautaires locaux (voir 1.1.c.).
- c. Relever des politiques, possibilités de formation ou autres stratégies visant à renforcer la capacité des réseaux de services à sensibiliser les gens au VIH et à réduire la stigmatisation du VIH.
- d. Promouvoir la recherche visant à approfondir les connaissances sur l'expérience et l'incidence de la stigmatisation du VIH et les interventions ayant pour but de la réduire.

2. PROMOUVOIR LA SANTÉ SEXUELLE ET PRÉVENIR DE NOUVELLES INFECTIONS AU VIH ET À L'HÉPATITE C ET D'AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

La sexualité fait partie d'une vie saine et enrichissante. Les programmes de santé sexuelle devraient aider les gens à pouvoir profiter de l'intimité et du plaisir sexuels, sans contrainte, tout en réduisant leur risque de contracter le VIH, d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) et l'hépatite C. Ces programmes devraient préconiser une responsabilité partagée de la santé sexuelle au sein des réseaux et des relations d'ordre sexuel, et promouvoir une culture qui encourage et normalise une communication claire et ouverte entre partenaires sexuels. Les programmes de santé sexuelle devraient aussi :

- être accessibles aux personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter et répondre à leurs besoins
- renforcer les droits et responsabilités en matière de sexualité et de reproduction
- déstigmatiser les comportements sexuels
- promouvoir les pratiques sexuelles sécuritaires et agréables

Avec le temps, des programmes complets de santé (le premier objectif de notre plan) contribueront à promouvoir la santé sexuelle et à prévenir de nouvelles infections. Cependant, en attendant de pouvoir élaborer de telles initiatives générales et systémiques qui touchent tous les facteurs de santé et les facteurs sociaux et structurels qui alimentent l'épidémie de VIH, nous devons continuer d'investir dans des programmes ciblés de prévention du VIH, des infections transmissibles sexuellement et du VHC qui répondent aux besoins des populations les plus à risque.

CE QUE NOUS SAVONS SUR LA PRÉVENTION

LES MODES DE TRANSMISSION DU VIH N'ONT PAS CHANGÉ. Le VIH est un agent infectieux véhiculé par le sang, qui se transmet lors de relations sexuelles anales et vaginales non protégées et lors du partage de matériel de consommation de drogues.

IL FAUDRA ENCORE DES ANNÉES AVANT QU'UN VACCIN OU UN REMÈDE NE SOIT MIS AU POINT. En attendant, il faut miser sur la prévention pour freiner la propagation du virus.

LES PROGRAMMES DE SANTÉ SEXUELLE devraient aider les gens à pouvoir profiter de l'intimité et du plaisir sexuels, sans contrainte, tout en réduisant leur risque de contracter le VIH.

LA PRÉVENTION EST EFFICACE. Grâce aux investissements dans des programmes de prévention et de soutien, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH baisse chaque année; il est passé d'un sommet de 2 069 en 1990¹⁹ à 842 en 2015²⁰. La prévention est également rentable. De 1987 à 2011, les programmes communautaires de prévention du VIH ont permis de prévenir 16 672 infections et d'épargner au système de santé environ 6,5 milliards de dollars. Les contribuables ont économisé 5 \$ pour chaque dollar investi dans les programmes communautaires de prévention en Ontario²¹.

POUR PRÉVENIR EFFICACEMENT LE VIH, IL FAUT PRÉVOIR UN ENSEMBLE D'INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES, SOCIALES ET BIOMÉDICALES. Pour prévenir la transmission du VIH, d'autres ITS et du VHC, il ne suffit pas d'être bien informé. Il faut aussi apprendre comment négocier des pratiques plus sécuritaires en matière de sexualité et d'usage de drogues, disposer de soutien social pour adopter de telles pratiques et avoir accès à des outils et technologies qui permettent de réduire le risque, comme les condoms, des trousses préemballées pour des injections sûres et des traitements efficaces contre le VIH.

LE TRAITEMENT EFFICACE DU VIH RÉDUIT LE RISQUE DE TRANSMISSION. Les personnes ayant le VIH qui sont traitées et suivent fidèlement leur traitement, présentent une charge virale indétectable* et n'ont aucune autre ITS sont beaucoup moins susceptibles de transmettre le VIH²².

LE TRAITEMENT compte parmi les différents outils qui jouent un rôle important dans les initiatives de prévention. En Ontario, nous souscrivons au principe selon lequel les décisions en matière de traitement reposent avant tout sur les besoins et le consentement éclairé de la personne ayant le VIH. Dans ce contexte, nous nous efforcerons de tirer profit des avantages d'un traitement approprié axé sur la personne pour la prévention en général et pour la santé publique.

*Définie par les Centers for Disease Control des États-Unis comme étant < 200/mL.

Il existe des preuves solides selon lesquelles chez les couples hétérosexuels sérodiscordants (c.-à-d. dont un partenaire est séropositif pour le VIH et l'autre séronégatif), le risque de transmission du VIH lors de relations sexuelles vaginales est très faible lorsque le partenaire séropositif a accès à des soins, suit son traitement antirétroviral et présente une charge virale indétectable, et lorsque ni lui ni son partenaire n'ont une autre ITS²³. D'après de nouvelles données, les couples gais sérodiscordants tirent le même avantage des traitements²⁴. Pour les personnes qui sont en mesure de bien suivre leur traitement, ce dernier peut constituer une stratégie efficace de prévention sur le plan *personnel*. Cependant, il nous reste beaucoup à apprendre et à faire pour tirer pleinement profit des avantages des traitements contre le VIH en tant que stratégies de prévention à l'échelle de la *population* et pour s'assurer que les personnes qui s'en remettent au traitement à des fins de prévention de l'infection puissent le faire avec les meilleures chances de succès²⁵. Il est important de comprendre les nombreux facteurs qui influent sur la charge virale - y compris la présence d'une autre ITS ou d'un autre type d'infection et d'autres comorbidités et les difficultés associées au respect du traitement. D'après des études, les personnes porteuses du VIH oublient souvent des doses²⁶, ce qui peut nuire à leur capacité de conserver une charge virale indétectable²⁷.

LE TRAITEMENT EFFICACE DU VIH peut réduire le risque de transmission du VIH, mais il ne réduit pas le risque de contracter d'autres ITS ou le VHC.

Dans les réseaux sexuels où la prévalence du VIH est élevée, comme les réseaux de relations sexuelles occasionnelles des hommes gais, le risque de base plus élevé de transmission du VIH par rapport sexuel anal (qui est 18 fois celui des relations sexuelles vaginales) et la présence d'autres infections transmissibles sexuellement peuvent réduire l'incidence générale du traitement en tant qu'outil de santé publique permettant de prévenir l'infection dans la collectivité²⁸. Le traitement des personnes porteuses du VIH demeurera un élément important d'une démarche de prévention combinée, mais il ne suffit pas à lui seul pour prévenir la transmission par des personnes qui n'ont pas été diagnostiquées ou ne suivent pas de traitement. Les démarches de prévention qui se concentrent uniquement sur le traitement ne suffiront pas non plus pour lutter contre les autres facteurs qui influent sur la charge virale (p. ex., respect du traitement, autres ITS, comorbidités). Afin de profiter de tout le potentiel du traitement comme outil de prévention, nous devons nous pencher sur les grands facteurs déterminants de la santé, et donner du soutien aux personnes qui ont de la difficulté à obtenir un traitement ou à le suivre.

LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DU VIH (PPE, PREP)

Les personnes à risque élevé de contracter le VIH peuvent prendre des médicaments contre le VIH pour réduire leur risque d'infection (des médicaments « prophylactiques »). Il existe des données probantes suffisantes pour justifier la prophylaxie post exposition (PPE) pour les personnes qui ont eu une exposition à risque élevé (p. ex., relations sexuelles non protégées ou rupture du condom pendant un rapport sexuel avec une personne séropositive pour le VIH)²⁹. Il existe aussi de fortes indications selon lesquelles la prophylaxie préexposition (PrEP) - c'est-à-dire le fait, pour une personne séronégative pour le VIH, de suivre un traitement contre le VIH - réduit considérablement le risque d'infection, et peut constituer une stratégie de prévention appropriée pour les personnes à risque élevé^{30 31 32}. D'après des études menées récemment, l'observance du traitement ne semble pas problématique chez les hommes gais à risque élevé qui recourent à la PrEP, et on recueille encore des données sur le degré d'observance requis pour que la PrEP soit efficace^{33 34}. Il y a lieu de mener d'autres études sur les effets possibles de la PrEP à long terme (p. ex., pharmacorésistance, incidence sur la fonction rénale et la santé osseuse) de même que sur son incidence générale sur les résultats sur la santé, étant donné qu'elle ne protège pas contre les autres ITS ou le VHC³⁵.

Bien que Santé Canada ait approuvé récemment l'utilisation d'un médicament pour la PrEP, l'accès à ce médicament est limité, car il n'est pas encore inscrit au formulaire provincial, ce qui signifie qu'il n'est peut-être pas encore couvert par les régimes d'assurance-médicaments. Par ailleurs, peu de fournisseurs prescrivent la PrEP; les médecins spécialisés en maladies infectieuses qui prescrivent couramment des antirétroviraux se concentrent sur les personnes vivant avec le VIH, et la plupart des fournisseurs de soins primaires ne prescrivent pas couramment ces médicaments et ne font pas le suivi des personnes qui en prennent³⁶. Il faut s'attaquer à ces obstacles structurels avant que l'Ontario ne puisse tirer pleinement profit de la PrEP.

PERCEPTIONS PERSONNELLES DE CE QUI CONSTITUE UN RISQUE ACCEPTABLE ET STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES

Une partie des cas de transmission du VIH, d'autres ITS et du VHC sont attribuables à des méprises au sujet du risque. Par exemple, de nombreux jeunes hommes gais et nouveaux arrivants en Ontario considèrent que le VIH n'est plus un problème de santé grave, ou que le risque de le contracter est faible ou nul en Ontario. De nos jours, il est possible de gérer le VIH, mais il s'agit toujours d'une maladie susceptible d'abrégé la vie et qui nécessite un traitement la vie durant, stigmatise les personnes atteintes et accroît le risque de contracter des comorbidités pouvant mettre la vie en danger.

Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes affirment recourir à un éventail de stratégies pour réduire leur risque de contracter le VIH, notamment le sérotriage (c.-à-d. la sélection de partenaires ayant le même état sérologique vis-à-vis du VIH) et le positionnement stratégique (c.-à-d. choisir la position insertive lors d'une pénétration anale, car le risque est moins élevé)³⁷. Les données révèlent que ces stratégies ne sont pas aussi efficaces que l'utilisation systématique du condom, tout en étant plus efficaces que de ne rien faire³⁸. Il faut renseigner les hommes gais sur ces stratégies et leur donner du soutien pour les aider à les utiliser. Il faut également mener des études pour déterminer les stratégies de réduction des risques que les couples hétérosexuels utilisent, leur efficacité et les raisons pour lesquelles elles sont fructueuses ou non, pour s'assurer que les gens disposent des meilleures données possible pour prendre des décisions éclairées quant aux risques qu'elles sont prêtes à prendre.

POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ SEXUELLE et prévenir de nouvelles infections, les conseillers doivent pouvoir expliquer le risque sans stigmatiser les personnes ou leurs activités. Ils doivent aussi comprendre comment différentes personnes perçoivent le risque et les facteurs qui influent sur leur santé sexuelle.

TRANSMISSION DU VHC PAR VOIE SEXUELLE

La transmission de l'hépatite C par voie sexuelle semble rare, mais il existe des indications de plus en plus nombreuses selon lesquelles ce virus est transmis sexuellement au sein de certains réseaux d'hommes gais et bisexuels, et particulièrement parmi les hommes gais ayant le VIH³⁹. Le mécanisme précis par lequel se produit cette transmission sexuelle demeure méconnu. Les pratiques courantes associées à ces foyers d'infection comportent le sérotriage (des hommes infectés par le VIH ont des relations sexuelles ensemble), la sexualité de groupe et l'utilisation de cocaïne et d'autres drogues non intraveineuses pendant les relations sexuelles⁴⁰. Le risque croît avec le nombre de partenaires, surtout si ces derniers ont le VIH ou une autre ITS. Une transmission sexuelle apparente du VHC a été signalée parmi les hommes ayant le VIH qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes dans de nombreuses villes européennes⁴¹ et à New York⁴². En Ontario, il existe aussi des indications selon lesquelles il y a transmission du VHC entre hommes gais ayant le VIH⁴³.

PROPAGATION CONTINUE DU VHC ET DU VIH PAR LA CONSOMMATION DE DROGUES

Le partage de seringues et d'autres accessoires de consommation de drogues demeure un moyen très efficace de transmettre le VHC et le VIH. L'Ontario a enregistré une baisse importante du nombre de nouvelles infections au VIH chez les personnes qui utilisent des drogues injectables, mais l'incidence du VHC au sein de cette population continue d'augmenter⁴⁴. Les programmes de prévention doivent continuer de promouvoir l'usage de drogues à risques réduits ainsi que des services de traitement des dépendances et autres. Des programmes complets de réduction de méfaits, comprenant des programmes de distribution de seringues et de substitution aux opiacés, devraient également être offerts à toutes les personnes qui consomment des drogues dans la province.

LA SITUATION ACTUELLE

TAUX CROISSANT D'ITS ET DE VHC

Le nombre de diagnostics d'infection au VIH a baissé au cours des trois dernières années, mais il y a encore trop d'infections. Environ 25 % des personnes vivant avec le VIH ont également le VHC⁴⁵, bien que le taux de coinfection VIH-VHC varie considérablement selon la population. Par exemple, la plupart des personnes infectées par le VIH à la suite de l'utilisation de drogues injectables sont également infectées au VHC, alors que les taux de coinfection sont très faibles au sein des populations africaines, caribéennes et noires.

LES TAUX D'AUTRES infections transmissibles sexuellement augmentent en Ontario, particulièrement chez les hommes gais qui ont le VIH.

Les taux d'autres infections transmissibles sexuellement augmentent en Ontario, particulièrement chez les hommes gais qui ont le VIH⁴⁶. La plupart de ces infections sont traitables, mais elles peuvent avoir de graves répercussions sur la santé. L'Ontario a enregistré une hausse du nombre de cas de gonorrhée résistante aux médicaments, ce qui suscite beaucoup d'inquiétude⁴⁷. Le taux croissant d'ITS chez les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque de le contracter révèle que certaines de ces personnes n'adoptent pas toujours des pratiques sexuelles à risques réduits et ne subissent pas de tests réguliers de dépistage des ITS. Étant donné que la présence d'ITS accroît le risque de transmission du VIH et du VHC, cette tendance pourrait mener à une hausse des nouveaux diagnostics de VIH ou de VHC.

MESURES CONCERTÉES POUR ÉLABORER DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION EFFICACES

La prestation de programmes ciblés de prévention du VIH incombe avant tout aux organismes communautaires de services liés au VIH, aux services de santé sexuelle des bureaux de santé, aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (financés par le système de santé) et aux programmes d'approche destinés aux utilisateurs de drogues injectables. En plus des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues financés par les services de santé publique, le Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits (financé par les Programmes de lutte contre le sida et l'hépatite C du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario) fournit un éventail d'accessoires pour protéger contre les infections les personnes qui consomment des drogues, notamment de l'eau stérile, des tampons d'alcool, des filtres, des chauffoirs et des accessoires pour l'inhalation. Les bureaux de santé et les organismes communautaires de services liés au VIH distribuent aussi gratuitement des millions de condoms par année⁴⁸.

En règle générale, les documents et campagnes de prévention sont élaborés au palier local, avec parfois en complément des documents fournis par des organismes provinciaux et nationaux. Depuis quelques années, on tente de coordonner les campagnes de prévention. Deux des réseaux de populations prioritaires, le Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario et la Gay Men's Sexual Health Alliance, ont coordonné leurs campagnes, outils et ressources pour la prévention du VIH ou la sensibilisation à ce virus avec leurs partenaires communautaires de toute la province.

Les campagnes d'information et de sensibilisation ainsi que la distribution d'accessoires pour une sexualité et un usage de drogues à risques réduits font partie de programmes de prévention efficaces; cependant, il faut également prévoir des interventions pour apprendre aux gens comment négocier des pratiques plus sécuritaires en matière de sexualité et d'usage de drogues. Différentes interventions de prévention fondées sur des données probantes ont été élaborées, dont deux en Ontario et une au Québec; cependant, la plupart de ces interventions n'ont pas été utilisées à plus grande échelle ou dans l'ensemble de la province. Dans bien des cas, les interventions fondées sur des données probantes doivent être adaptées aux besoins des communautés locales, et il faut fournir de l'éducation et de la formation aux organismes communautaires afin de leur permettre de les effectuer.

LES INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DANS UN MONDE VIRTUEL

Au cours des dix dernières années, la façon dont les gens entrent en contact et rencontrent des partenaires sexuels a changé du tout au tout. De nos jours, plus d'hommes gais se rencontrent sur Internet plutôt que dans des lieux communautaires comme les bars et les bains publics⁴⁹. En outre, plus d'hommes et de femmes hétérosexuels affirment faire des rencontres par l'entremise de sites de rencontres en ligne⁵⁰. Comme les gens délaissent les lieux physiques, les programmes, les messages et le soutien en matière de prévention doivent être fournis dans des espaces virtuels. Pendant la campagne de dépistage du VIH qui a eu lieu à Toronto et à Ottawa en 2012, l'utilisation de Facebook et de sites tels que Craigslist s'est révélée particulièrement efficace pour joindre les hommes gais et les persuader de subir un test de dépistage⁵¹.

AU COURS DES DIX DERNIÈRES ANNÉES, la façon dont les gens entrent en contact et rencontrent des partenaires sexuels a changé du tout au tout. De nos jours, plus de gens se rencontrent sur Internet ou au moyen d'applis de téléphone intelligent plutôt que dans des lieux communautaires comme les bars et les bains publics.

NOS OBJECTIFS

NOUS DEVONS SAVOIR qui est à risque et en apprendre davantage sur les interventions et les messages efficaces en matière de prévention.

Pour prévenir de nouvelles infections au VIH et au VHC et de nouvelles ITS, nous devons élaborer un ensemble accessible d'interventions et de stratégies ciblées auprès des sous-groupes de personnes des populations touchées qui sont le plus à risque, et leur proposer des possibilités qui répondent le mieux à leurs besoins. Pour ce faire, nous devons savoir qui est à risque et en apprendre davantage sur les interventions et les messages efficaces en matière de prévention. Nous devons également renforcer notre capacité de traduire efficacement nos connaissances en mesures concrètes.

Par exemple :

- Pour assurer une prévention efficace au sein des populations africaines, caribéennes et noires, il faut accorder plus d'attention aux femmes et aux hommes gais et hétérosexuels. Il faut également déterminer avec plus de précision qui, au sein de ces populations, est le plus à risque
- Chez les Autochtones, la prévention, pour être efficace, nécessite des stratégies visant à joindre

les hommes et les femmes qui utilisent des drogues ainsi que les hommes bispirituels

- Chez les nouveaux arrivants, les programmes de prévention devraient se concentrer sur les femmes et les hommes provenant de régions où la prévalence du VIH est élevée, et sur les hommes gais et autres qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes
- Chez les personnes trans, les mesures de prévention devraient se concentrer sur les femmes et les hommes trans qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes
- Chez les hommes gais, les programmes de prévention devraient se concentrer sur les hommes vivant avec le VIH, les hommes qui prennent des drogues à usage récréatif (c.-à-d. qui ont des relations sexuelles sous l'influence de drogues), les réseaux sexuels des hommes gais où l'on constate de nouvelles infections, les hommes gais et bisexuels des collectivités rurales et éloignées qui n'ont peut-être pas de contact avec la communauté gaie ou n'ont pas révélé leur orientation sexuelle, les hommes gais plus âgés, qui comptent pour une proportion croissante des nouvelles infections, et les jeunes hommes gais qui ne sont pas toujours conscients des risques

SI NOUS ESPÉRONS RÉALISER DAVANTAGE DE PROGRÈS, nous devons déployer nos outils de prévention pour s'adapter aux nouvelles technologies de prévention.

Nous devons pouvoir proposer à toute la population ontarienne à risque de contracter le VIH un ensemble d'interventions efficaces fondées sur des données probantes. Le condom demeurera un pilier de la santé sexuelle et des programmes de prévention des ITS, mais nous devons déployer les outils de prévention existants pour s'adapter aux nouvelles stratégies et technologies de prévention, comme la PPE et la PrEP.

Nous devons poursuivre nos recherches en vue de relever des interventions pouvant être effectuées dans différentes collectivités de la province, tout en respectant la capacité de ces collectivités d'élaborer leurs propres campagnes et interventions qui répondent aux besoins de leur population. Nous devons également faire en sorte que les organismes communautaires et les fournisseurs de services disposent de l'information, des capacités et du soutien nécessaires pour intégrer des données probantes dans leurs programmes et services.

LES PERSONNES À RISQUE de contracter le VIH et celles qui vivent avec le VIH participeront activement à l'élaboration et à la prestation de toutes les initiatives de santé sexuelle, de prévention et de résilience.

COMMENT Y PARVENIR

2.1 ADAPTER LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH ET DE SANTÉ SEXUELLE AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET À CELLES QUI SONT LE PLUS À RISQUE DE CONTRACTER LE VIH ET D'AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT.

a. Renforcer notre capacité d'utiliser des données épidémiologiques pour éclairer les politiques et programmes locaux et provinciaux :

- À partir des données disponibles en Ontario, produire en temps opportun des renseignements épidémiologiques pertinents, complets et, si possible, locaux ou régionaux
- Collaborer avec Santé publique Ontario afin que le formulaire de demande de test de dépistage du VIH recueille des renseignements sur l'identité sexuelle, la race et l'origine ethnique (y compris l'identité d'Autochtone) afin de permettre la collecte de données épidémiologiques portant spécifiquement sur les personnes trans et les personnes des communautés racialisées et autochtones
- Élaborer des lignes directrices sur la réduction du risque de contracter le VIH, le VHC et des ITS, et les examiner deux fois par année ou lorsqu'on prend connaissance de nouvelles preuves scientifiques
- S'assurer que les fournisseurs de programmes de première ligne disposent des renseignements et des capacités nécessaires pour intégrer les données probantes dans leurs activités

b. Accroître la capacité des services de joindre les personnes à risque en collaborant avec les réseaux de populations prioritaires pour :

- établir des priorités stratégiques opportunes et pertinentes afin de servir les populations les plus touchées par le VIH
- élaborer des ressources et outils (p. ex., brochures, campagnes, lignes directrices sur les pratiques exemplaires) qui aideront les services communautaires et de santé à rejoindre et à soutenir les populations qui vivent avec le VIH et sont à risque de le contracter
- travailler de concert avec les organismes de services liés au sida et les aider à collaborer avec d'autres services communautaires et de santé afin de fournir des services accessibles et efficaces liés au VIH et au VHC

- c. Collaborer avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministère des Services sociaux et communautaires pour :
- renforcer la capacité des programmes en établissement destinés aux jeunes d'identifier les jeunes ayant le VIH ou à risque de le contracter, de les diriger vers des services de soutien appropriés et de leur donner un meilleur accès aux condoms et à d'autres outils de prévention
 - élaborer à l'intention des jeunes admis dans des établissements correctionnels un document les renseignant sur le risque de contracter le VIH, le VHC et d'autres ITS, les stratégies de prévention et l'importance d'un diagnostic et de soins précoces
 - inclure des questions concernant le risque de VIH, d'ITS et de VHC dans les évaluations menées auprès des femmes qui ont accès à des services de lutte contre la violence
 - intégrer le dépistage du VIH et du VHC dans les services de dépistage fournis par les services de lutte contre la violence destinés aux femmes
 - intégrer des services d'aiguillage liés au VIH et au VHC dans ConnexOntario, un service d'aiguillage vers des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

2.2 PROMOUVOIR UNE CULTURE CARACTÉRISÉE PAR UNE SEXUALITÉ SAINE ET DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES

- a. Renforcer la capacité des organismes communautaires de services liés au sida, des services de santé publique, des services de santé sexuelle et des services de consultation externe sur le VIH d'appuyer les personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter dans leurs décisions en matière de santé sexuelle :
- Mettre à l'essai des interventions d'information et de soutien qui sont axées sur la promotion de la santé sexuelle et le plaisir et qui aident les gens à gérer des problèmes de santé sexuelle complexes leur vie durant (p. ex., divulgation, intimité, stigmatisation du VIH, criminalisation de la non-divulgation)
- b. Accroître le nombre d'outils de prévention et améliorer l'accès à des technologies et stratégies de prévention combinées :
- Continuer de fournir des renseignements exacts sur les points forts et les faiblesses de différentes stratégies de prévention
 - Élaborer et partager de nouvelles connaissances sur les stratégies d'approche efficaces, y compris celles destinées à certains lieux de rencontre, le marketing social, les démarches fondées

sur les médias sociaux et Internet, et le fait d'entrer en contact avec les communautés dans les lieux où elles s'amuse, socialisent et se rencontrent pour avoir des relations sexuelles

- Inclure tout l'éventail de documents sur la réduction des méfaits dans les Normes de santé publique de l'Ontario
- Collaborer avec les lieux de rencontre physiques et virtuels où les gens entrent en contact en vue d'avoir des relations sexuelles afin d'élaborer et de promouvoir des normes qui permettront de réduire le risque de transmission du VIH, du VHC et d'autres ITS
- Améliorer l'accès à la prophylaxie post-exposition (PPE) non professionnelle des personnes exposées au VIH lors de relations sexuelles ou de l'usage de drogues consensuels, en fonction des données scientifiques actuelles
- Élaborer des lignes directrices provinciales sur l'accès à la PPE non professionnelle et sur l'évaluation préalable
- Promouvoir la PPE non professionnelle auprès des personnes et des populations les plus à risque de contracter le VIH
- Améliorer l'accès à la prophylaxie préexposition (PrEP) des personnes à risque élevé de contracter le VIH
- Élaborer des lignes directrices provinciales fondées sur des données probantes pour l'accès à la PrEP et sa prestation
- Promouvoir activement la PrEP auprès des personnes à risque élevé de contracter le VIH
- Renseigner les fournisseurs de soins primaires qui s'occupent de personnes à risque élevé sur la prescription et la surveillance de la PrEP

c. Promouvoir l'utilisation systématique et correcte des condoms et lubrifiants, qui constituent le moyen le plus efficace de prévenir la transmission de toutes les infections transmissibles sexuellement :

- Fournir des renseignements exacts sur les stratégies visant à optimiser les avantages des condoms pour la santé tout en minimisant le risque de rupture
- Améliorer l'accès à de nouveaux condoms qui sont plus faciles à utiliser et qui sont moins susceptibles d'atténuer le plaisir
- Éliminer les obstacles systémiques à l'accès aux condoms, notamment un accès variable dans les prisons

3. ASSURER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE DES INFECTIONS AU VIH ET AMENER LES PERSONNES ATTEINTES À RECEVOIR DES SOINS

CE QUE NOUS SAVONS

Les personnes porteuses du VIH vivent plus longtemps lorsqu'elles reçoivent leur diagnostic tôt, commencent un traitement antirétroviral dès leur diagnostic et sont en mesure de parvenir à une charge virale indétectable. L'étude START (Strategic Timing of Anti-Retroviral Treatment) a permis de conclure que commencer le traitement aux antirétroviraux tôt améliore les résultats sur la santé. Le risque de développer le sida ou de contracter d'autres maladies graves est considérablement réduit chez les personnes infectées par le VIH qui commencent à prendre des médicaments antirétroviraux lorsque leur numération des cellules CD4+ (une mesure clé de la santé du système immunitaire) est plus élevée, au lieu d'attendre qu'elle ne baisse (comme le recommandaient des lignes directrices de traitement antérieures)⁵². L'accès au traitement en temps opportun réduit le risque de maladies liées et non liées au VIH⁵³.

D'APRÈS DES DONNÉES issues de 14 études de cohortes sur le VIH menées au Canada, en Europe et aux États-Unis, une personne ayant le VIH peut s'attendre à avoir une durée de vie équivalant aux deux tiers de celle d'une personne non infectée, soit 21 ans de moins. Cependant, plus tôt la personne reçoit son diagnostic, plus son espérance de vie augmente; une personne diagnostiquée à 35 ans qui dispose d'un accès précoce aux soins peut s'attendre à vivre jusqu'à 72 ans, soit environ 90 % de la moyenne de l'époque aux États-Unis, qui était de 77 ans⁶⁰.

D'après une étude menée aux Pays-Bas, une personne infectée par le VIH qui reçoit son diagnostic peu après l'infection, ne présente pas de symptômes, reçoit un traitement tôt et adopte un mode de vie sain peut s'attendre à avoir une vie presque aussi longue que la normale⁵⁴. Par contre, pour les personnes diagnostiquées tard, qui n'ont pas accès aux soins ou qui ont des antécédents d'utilisation de drogues injectables, le pronostic n'est pas aussi favorable⁵⁵.

Un diagnostic précoce et l'accès aux soins en temps opportun sont aussi de bonnes mesures préventives. Les personnes ayant reçu un diagnostic de VIH sont plus susceptibles d'agir pour prévenir la transmission du VIH que celles qui ignorent qu'elles sont infectées⁵⁶. En abaissant la charge virale, le traitement rapide contre le VIH réduit aussi le risque de transmission du VIH⁵⁷. Un traitement efficace, conjugué à d'autres interventions préventives, comme l'usage du condom, peut réduire considérablement la transmission du VIH chez les couples hétérosexuels et de même sexe dont un partenaire est séropositif pour le VIH et l'autre pas.

LA SITUATION ACTUELLE

REJOINDRE LES PERSONNES QUI IGNORENT QU'ELLES SONT SÉROPOSITIVES

Des épidémiologistes de l'Agence de la santé publique du Canada, se fondant sur la modélisation de données, estiment qu'environ 19 % des Ontariennes et Ontariens qui ont le VIH (de 14 à 21 %) l'ignorent⁵⁸. Les personnes qui ne sont pas diagnostiquées et traitées, particulièrement celles qui ont été infectées récemment, sont susceptibles de présenter une charge virale élevée, et le risque qu'elles transmettent le virus est donc élevé. Connaître son état sérologique vis-à-vis du VIH est essentiel pour sa santé et peut aussi prévenir d'autres infections, car lorsque les personnes ayant le VIH savent qu'elles sont séropositives, elles sont plus susceptibles d'agir pour réduire le risque de transmission du VIH⁵⁹.

Qui sont les personnes qui ignorent leur séropositivité? D'après l'épidémiologie du VIH dans la province, il s'agit surtout de membres des populations les plus touchées par le VIH⁶⁰. Le défi consiste maintenant à s'assurer que les programmes de dépistage rejoignent ces personnes et celles qui sont le plus à risque.

Il y a eu récemment une évaluation d'un programme de dépistage éclair destiné aux hommes gais et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à Toronto et Ottawa. D'après cette évaluation, fournir des tests de dépistage aux points de service, à des endroits plus pratiques et accueillants pour les gais et à des heures plus favorables, sans rendez-vous (et en faire la promotion dans les médias sociaux) a permis d'accroître l'accessibilité des tests de dépistage pour les hommes gais⁶¹. Dans le cadre du programme d'approche auprès des utilisateurs de drogues injectables en vigueur dans de nombreuses régions de l'Ontario, des tests de dépistage du VIH et d'autres tests

sont offerts aux personnes de la rue, dans les refuges et à domicile. Il faudra adopter d'autres initiatives novatrices de dépistage afin de rejoindre toutes les populations à risque.

Une série de mesures ont déjà été prises en Ontario pour améliorer l'accès au dépistage, notamment l'élaboration d'un réseau étendu de points de dépistage anonyme et offrir un test de dépistage rapide du VIH aux points de service afin que les personnes séronégatives connaissent le résultat de leur test immédiatement⁶². Au cours des dix dernières années, le nombre de tests de dépistage du VIH a augmenté considérablement.

RÉDUIRE LA STIGMATISATION ET LA PEUR QUI EMPÊCHENT LES GENS DE SUBIR UN TEST DE DÉPISTAGE

Ce sont les médecins de premiers recours qui commandent la plupart des tests de dépistage en Ontario, mais le taux de séropositivité est beaucoup plus élevé dans le cas des tests effectués dans des lieux de dépistage anonyme et de dépistage rapide aux points de service⁶³. Cette tendance pourrait être associée à la stigmatisation du VIH : bien des personnes à risque, y compris les hommes gais et les membres de communautés racialisées, ne sont pas toujours disposées à discuter avec leur médecin de leurs pratiques en matière de sexualité ou d'usage de drogues. D'après une étude menée en C.-B., seuls 20 % des hommes gais ont révélé leur orientation sexuelle à leur médecin, surtout parce qu'ils craignent sa désapprobation⁶⁴. Or, comme ces personnes ne peuvent être franches avec leur médecin, elles ne se voient pas toujours offrir de test de dépistage ou de soins qui pourraient améliorer leur santé⁶⁵.

ADMINISTRER LES BONS TESTS À LA BONNE FRÉQUENCE

TOUTE PERSONNE qui subit un test de dépistage du VIH devrait se voir offrir un test de dépistage du VHC et d'autres ITS, et vice versa.

Bien des gens qui sont à risque de contracter le VIH sont aussi à risque de contracter d'autres ITS et le VHC. Les lignes directrices ontariennes de dépistage du VIH recommandent d'offrir à toute personne qui se présente pour un test de dépistage du VIH un test de dépistage du VHC et d'autres ITS, et vice versa⁶⁶. Cependant, ces tests combinés ne sont pas administrés systématiquement.

Les lignes directrices ontariennes de dépistage du VIH recommandent aussi aux personnes à risque élevé de contracter le VIH de subir un test de dépistage au moins une fois par année, ou plus souvent en cas d'exposition à risque élevé⁶⁷. Cependant, si les personnes à risque ne se sentent pas assez

à l'aise pour discuter de leur santé ou de leurs pratiques sexuelles avec leur fournisseur de soins, ce dernier ne leur proposera probablement pas de test de dépistage régulier à moins qu'elles n'en fassent la demande⁶⁸.

UN PROJET PILOTE sur le dépistage anonyme effectué récemment a révélé que les détenus étaient disposés à subir un test de dépistage s'il était administré par une infirmière-hygiéniste.

Il subsiste des obstacles au dépistage. Souvent, les fournisseurs de soins de santé ne considèrent pas les femmes comme étant à risque, même celles de populations où la prévalence du VIH est plus élevée, comme les communautés africaines, caribéennes et noires, et ne leur proposent pas de subir un test de dépistage du VIH⁶⁹. Les fournisseurs peuvent également avoir des idées préconçues concernant les personnes qui sont ou non à risque de contracter le VHC. Dans certains cas, les personnes à risque supposent qu'on leur fait passer un test de dépistage pour « tout » alors qu'elles ne subissent que le test de dépistage du VIH.

Il existe aussi des obstacles structurels au dépistage. Ce dernier, par exemple, n'est pas toujours facile d'accès pour les détenus, ou bien ceux-ci hésitent à le recevoir de la part du personnel de la prison⁷⁰. Un projet pilote sur le dépistage anonyme effectué récemment a révélé que les détenus étaient plus disposés à subir un test de dépistage s'il était administré par une infirmière-hygiéniste plutôt que par le personnel des soins de santé de l'établissement correctionnel⁷¹.

ON CHERCHERA TOUJOURS à offrir des options en matière de dépistage à domicile qui permettront de mieux prendre en charge sa propre santé.

RESTER EN PHASE AVEC LES DERNIÈRES INTERVENTIONS ET TECHNOLOGIES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE

Les États-Unis ont acquis beaucoup d'expérience dans l'application d'un éventail d'interventions visant à accroître le taux de dépistage au sein des populations à risque élevé. Tant les États-Unis⁷² que le Royaume-Uni⁷³ ont approuvé des tests de dépistage du VIH à domicile, que les gens peuvent s'administrer eux-mêmes dans l'intimité de leur foyer. Des chercheurs américains ont étudié la possibilité que des hommes gais à risque élevé utilisent un tel test à domicile avant de décider d'avoir ou non des relations sexuelles sans condom avec leur partenaire⁷⁴. La précision et la fiabilité de ces tests suscitent toujours des doutes, mais on cherchera toujours à offrir des options en matière de dépistage à domicile qui permettront de mieux prendre en charge sa propre santé⁷⁵. Les nouvelles technologies de dépistage aux points de service, qui peuvent assurer le dépistage de plusieurs ITS à la fois, pourraient contribuer à gérer et à endiguer les épidémies de VIH et d'ITS.

AMENER LES PERSONNES SÉROPOSITIVES À RECEVOIR DES SOINS

Le dépistage précoce du VIH n'est qu'une première étape; l'accès précoce au traitement revêt aussi une grande importance. Après le diagnostic, il est essentiel de fournir à la personne le soutien nécessaire pour s'adapter et commencer à recevoir des soins. Les personnes atteintes doivent prendre conscience de l'importance de subir un traitement précoce afin de pouvoir prendre des décisions éclairées sur leur santé.

Il existe actuellement peu de mécanismes pour amener activement les personnes séropositives à recevoir des soins. Si le médecin de la personne a commandé le test, il fera probablement un suivi auprès d'elle. Cependant, dans les centres de dépistage anonyme ou les centres de santé sexuelle, il existe peu de mécanismes systématiques permettant de s'assurer que les personnes séropositives reçoivent le soutien nécessaire pour accéder à des soins. Quand ces personnes n'éprouvent pas de symptômes (c'est souvent le cas après les premiers symptômes de l'infection, connus sous le nom de maladie de séroconversion), plusieurs mois peuvent s'écouler avant qu'elles ne consultent un fournisseur de soins.

NOS OBJECTIFS

Afin de réduire les torts que cause le VIH, nous devons rejoindre les personnes à risque, leur fournir des services de dépistage faciles d'accès et accueillants et, en cas de séropositivité, les amener à prendre en charge leur santé et leurs soins. Nous devons lutter contre la stigmatisation qui dissuade les gens de subir un test de dépistage, et créer une culture où les gens n'hésitent pas à subir ce test et à recevoir des soins et du soutien.

NOUS DEVONS REJOINDRE les personnes à risque, rendre le dépistage facile et accueillant et, en cas de séropositivité, les amener à prendre en charge leur santé et leurs soins.

D'ici 2026, nous voulons que les personnes à risque subissent couramment des tests de dépistage du VIH, du VHC et d'autres ITS et infections véhiculées par le sang. Nous voulons également réduire le délai entre l'infection et le diagnostic, et entre le diagnostic et le début des soins. Les personnes et organismes qui sont entrés en contact avec les personnes qui viennent de découvrir qu'elles sont séropositives pour le VIH, notamment les bureaux de santé, les centres de dépistage du VIH, les organismes communautaires de services liés au sida, les cliniques de VIH, les fournisseurs de soins primaires et les personnes ayant le VIH, collaboreront pour les diriger rapidement vers des soins.

COMMENT Y PARVENIR

3.1 PROMOUVOIR ACTIVEMENT LE DÉPISTAGE ET LE COUNSELING AUPRÈS DES POPULATIONS LES PLUS À RISQUE :

- a. Élaborer des profils pour chaque population à risque élevé de contracter le VIH en Ontario afin d'établir des statistiques concernant le dépistage et le diagnostic, et utiliser ces profils pour :
 - élaborer et évaluer des campagnes de dépistage du VIH, du VHC et des ITS qui soient adaptées aux populations prioritaires et éliminent la stigmatisation associée au dépistage (sans banaliser l'infection) et réitérer l'importance d'un dépistage et d'un traitement précoces
 - promouvoir activement le dépistage dans des zones « sensibles » de la province
 - encourager les fournisseurs de soins de santé dans les lieux de soins qui desservent des populations à risque ou qui sont situés dans des quartiers à forte prévalence du VIH à proposer des tests de dépistage
 - fournir des services de dépistage rapide aux points de service dans les établissements de santé ou de services sociaux ou les lieux communautaires qui desservent des populations à risque ou qui sont situés dans des quartiers à forte prévalence du VIH
 - renforcer la capacité des centres de dépistage présentant un taux élevé de séropositivité pour le VIH afin qu'ils puissent servir un plus grand nombre de clients
 - étudier les possibilités que présentent diverses approches quant au dépistage et au counseling, y compris l'autodépistage, les campagnes de dépistage et les encouragements au dépistage
- b. Élaborer des lignes directrices sur la fréquence des tests de dépistage du VIH, du VHC et d'autres ITS pour les personnes à risque élevé, et les promouvoir auprès des fournisseurs de services et des populations à risque.
- c. Élaborer un outil de sélection pour les médecins de premier recours afin de renforcer leur capacité de déterminer si leurs patients ont besoin d'un test de dépistage du VIH, du VHC et d'ITS.
- d. Élaborer des technologies (p. ex., des applications pour téléphones intelligents) intégrant dans des outils d'autogestion de la santé des rappels pour les tests de dépistage de certaines maladies.
- e. Déterminer si de nouvelles technologies de dépistage (p. ex., dépistage des ITS au lieu de soins, technologie de dépistage du VIH qui réduit la période silencieuse, nouvelles technologies qui permettent de dépister en même temps le VIH et diverses autres ITS) sont efficaces et s'il est possible de les mettre en œuvre.

f. Collaborer avec Immigration Canada et des intervenants ontariens concernés pour renforcer la capacité des médecins désignés d'évaluer les nouveaux arrivants dans le cadre du processus d'immigration pour :

- fournir un counseling efficace avant et après le test
- diriger les personnes séropositives vers des soins et des services de soutien

3.2 AMENER LES PERSONNES SÉROPOSITIVES À OBTENIR DES SOINS ET DU SOUTIEN EN TEMPS OPPORTUN

a. Élaborer des lignes directrices pour aider les conseillers en VIH et les infirmières-hygiénistes à diriger vers des soins les personnes séropositives.

b. S'assurer que les personnes qui viennent de découvrir qu'elles sont séropositives pour le VIH aient accès à des renseignements sur l'infection au VIH, la vie avec le VIH, l'importance de recevoir des soins précoces et réguliers et les services fournis dans la collectivité aux personnes porteuses du VIH.

c. Envisager des mécanismes visant à assurer l'accès rapide à un éventail de services de soutien des personnes venant d'apprendre qu'elles sont séropositives pour le VIH, notamment :

- Un gestionnaire ou un coordonnateur de cas travaillant dans un organisme de services liés au sida, un bureau de santé ou une clinique de VIH pourrait évaluer la personne et élaborer un plan de soins personnalisé
- Un programme de pairs navigateurs en santé pourrait être mis sur pied à l'intention des personnes séropositives
- Un programme de « vie positive » pourrait prévoir des séances de groupe dirigées par des pairs pour aider les personnes à composer avec leur diagnostic de séropositivité et à vivre à long terme avec le VIH

d. Mener des recherches en vue de relever et de comprendre les facteurs qui empêchent les personnes de recevoir des soins.

3.3 INTERVENIR AUPRÈS DES PERSONNES À RISQUE ÉLEVÉ QUI, D'APRÈS LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH, SONT SÉRONÉGATIVES

- a. Trouver des moyens efficaces de donner du soutien aux personnes à risque élevé et de les aider à protéger leur santé et à éviter l'infection :
- Mettre à l'essai des interventions communautaires intensives d'éducation et de soutien pour s'attaquer aux raisons fondamentales pour lesquelles certaines personnes ont un comportement à risque, notamment des problèmes de santé mentale et de dépendance
 - Collaborer avec les réseaux élargis des services de santé et des services sociaux afin que les personnes à risque élevé dont le test de dépistage est négatif soient dirigées vers des services appropriés de santé mentale, de lutte contre les dépendances et de logement, et d'autres services de soutien intensifs

4. AMÉLIORER LA SANTÉ, LA LONGÉVITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

CE QUE NOUS SAVONS

LES BESOINS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT SONT COMPLEXES

Des progrès considérables ont été accomplis quant au traitement du VIH au cours des 30 dernières années. Les régimes médicamenteux sont plus simples et comportent moins d'effets secondaires. Ils suppriment plus efficacement la charge virale, de sorte que de nombreuses personnes vivant avec le VIH vivent une vie plus longue en santé.

AU MOINS UNE personne vivant avec le VIH sur cinq en Ontario a également l'hépatite C, et une sur trois est atteinte de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale⁷⁶.

Cependant, cette maladie demeure incurable. Le virus continue de s'accumuler dans l'organisme, et peut se réactiver. La gestion du VIH et d'autres comorbidités pendant de longues années est un processus difficile et fastidieux.

L'IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT PRÉCOCE

Entreprendre tôt le traitement antirétroviral améliore les résultats sur la santé. Les personnes infectées par le VIH sont beaucoup moins susceptibles de développer le sida ou d'autres maladies graves si elles commencent à prendre des médicaments antirétroviraux lorsque leur numération des cellules CD4+ (une mesure clé de la santé du système immunitaire) est plus élevée, au lieu d'attendre qu'elle baisse (comme le recommandaient autrefois les lignes directrices)⁷⁷.

LE RÔLE DE L'INFLAMMATION

Le virus lui-même, l'inflammation qu'il cause et les traitements rendent les personnes atteintes plus vulnérables à d'autres maladies comme la dépression⁷⁸, les troubles neurocognitifs⁷⁹, le

cancer⁸⁰, le diabète⁸¹, les maladies cardiovasculaires⁸², l'ostéoporose⁸³ et les maladies du rein et du foie⁸⁴. Par exemple :

- Environ 50 % des personnes vivant avec le VIH développeront des troubles neurocognitifs légers associés au VIH⁸⁵, qui se manifestent notamment par la difficulté de faire plusieurs choses à la fois, des problèmes de mémoire et un ralentissement de la pensée
- Les personnes infectées par le VIH sont deux fois plus susceptibles que les personnes séronégatives pour le VIH de faire une dépression^{86,87}
- De nombreuses personnes infectées par le VIH, particulièrement celles qui en sont atteintes depuis plus longtemps, auront des épisodes de maladie qui pourraient nuire à leur capacité de travailler et à leur qualité de vie⁸⁸

Les soins aux personnes vivant avec le VIH devraient viser à réduire l'inflammation et à renforcer le système immunitaire, afin de préserver leur santé au fil des ans⁸⁹. Des outils tels que l'indice Veterans Aging Cohort Study (VACS) élaboré par le département des affaires des anciens combattants des États-Unis aident les médecins à déceler tôt les changements qui pourraient révéler d'autres problèmes de santé ou des comorbidités⁹⁰ et à agir pour réduire les risques. En outre, de plus en plus de données probantes montrent que l'exercice⁹¹, une bonne alimentation⁹², la gestion du stress⁹³ et le sommeil⁹⁴ peuvent améliorer considérablement la santé, renforcer le système immunitaire (c.-à-d. hausser la numération des CD4) et retarder l'apparition de nombreux problèmes de santé liés à l'inflammation. Il y a également de plus en plus de données probantes selon lesquelles des comportements malsains comme le tabagisme⁹⁵ et l'usage de drogues⁹⁶, y compris l'alcool⁹⁷, accroissent la morbidité et la mortalité. Une personne ayant le VIH qui fume mourra en moyenne dix ans plus tôt qu'une autre qui ne fume pas⁹⁸.

UNE PERSONNE AYANT LE VIH mourra en moyenne dix ans plus tôt si elle fume.

ADAPTATION DES SOINS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

On peut faire beaucoup pour réduire ou retarder les effets du vieillissement, mais certaines personnes vivant avec le VIH ont besoin de soins différents avec l'âge, notamment des soins à domicile adaptés à leur culture et sans stigmatisation, des soins de longue durée, des services de fiducie et de tutelle et des soins palliatifs. La demande de ces services pourrait être particulièrement forte chez les personnes porteuses du VIH qui ont été rejetées par leur famille ou leur communauté parce qu'elles ont le VIH ou sont gaies, sont de nouveaux arrivants au pays ou sont dans une situation qui les expose à l'isolement social.

LES PERSONNES PORTEUSES DU VIH ont une meilleure santé et une meilleure qualité de vie lorsqu'elles reçoivent des soins intégrés de la part d'équipes interdisciplinaires qui répondent à leurs besoins en matière de santé physique et mentale et à leurs besoins sociaux.

LES SOINS INTERDISCIPLINAIRES SONT PLUS EFFICACES

Les personnes vivant avec le VIH ont une meilleure santé et une meilleure qualité de vie lorsqu'elles reçoivent des soins intégrés de la part d'équipes interdisciplinaires qui répondent à leurs besoins en matière de santé physique et mentale et à leurs besoins sociaux⁹⁹. Ces modèles de soins interdisciplinaires donnent de meilleurs résultats sur la santé (les personnes sont moins malades et vivent plus longtemps) et ils sont économiques, car les personnes n'ont pas besoin d'autant de services hospitaliers coûteux¹⁰⁰.

Comme l'infection au VIH devient une maladie chronique associée à de nombreuses comorbidités, des pays tels que les États-Unis font passer la direction de leurs équipes de soins de médecins spécialisés en maladies infectieuses à des praticiens des soins primaires, qui ont accès à des spécialistes des maladies infectieuses et à d'autres spécialistes qui connaissent le VIH : gériatres, cardiologues, psychologues et psychiatres¹⁰¹. Bon nombre de personnes vivant avec le VIH ont aussi le VHC; elles courent un risque élevé de maladie du foie et auront besoin de soins intégrés complexes.

LES BESOINS SOCIAUX SONT COMPLEXES

En plus de leurs besoins complexes en matière de soins physiques, de nombreuses personnes vivant avec le VIH nécessitent aussi des services de soutien complexes, par exemple : aspects pratiques comme le logement, la sécurité alimentaire et le soutien au revenu; soutien pour décider quand, comment et à qui divulguer leur état sérologique vis-à-vis du VIH; counseling et autres initiatives visant à réduire leur isolement social. Ces services sont essentiels à leur santé et à leur longévité.

LES PERSONNES PORTEUSES DU VIH qui ont un logement stable sont plus susceptibles de recevoir des médicaments antirétroviraux et de suivre leur traitement, ce qui améliore leur santé et réduit le risque de transmission du VIH.

Par exemple, les personnes vivant avec le VIH/sida qui sont itinérantes ou ont un logement instable ont une moins bonne santé physique et mentale dans l'ensemble¹⁰². Leur numération des CD4 est inférieure et leur charge virale est plus élevée¹⁰³. Elles sont moins susceptibles de recevoir un traitement antirétroviral et de s'y conformer¹⁰⁴, et elles sont plus susceptibles de

mourir prématurément¹⁰⁵. Par contre, un logement stable et abordable représente une intervention essentielle en matière de santé, qui permet de réaliser des économies. Les personnes porteuses du VIH qui ont un logement stable sont plus susceptibles de recevoir des médicaments antirétroviraux et de suivre leur traitement, ce qui améliore leur santé et réduit le risque de transmission du VIH¹⁰⁶. Elles utilisent également moins de services de santé coûteux, tels que des soins d'urgence et des soins hospitaliers évitables. Comme l'a démontré le récent projet pancanadien *Chez Soi*, les économies réalisées au chapitre des soins de santé et d'autres coûts peuvent compenser le coût des interventions en matière de logement¹⁰⁷. Des études menées aux États-Unis sur l'incidence du fait de trouver un logement pour les personnes porteuses du VIH ont également montré une réduction considérable des coûts de santé publique¹⁰⁸.

Parmi les personnes porteuses du VIH qui ont participé à l'Étude de cohorte de l'OHTN, 44 % ont un revenu inférieur au seuil de la pauvreté¹¹⁶. Parmi celles inscrites à l'étude *Positives Spaces Healthy Places*, 60 % ont un revenu inférieur à 15 000 \$¹¹⁷. Le taux de pauvreté des personnes infectées par le VIH augmente avec l'âge.

La pauvreté afflige également de nombreuses personnes porteuses du VIH, y compris celles infectées dans les années 1980 et 1990 qui ont cessé de travailler pour cause d'invalidité, et les personnes ayant des problèmes sociaux complexes, comme une dépendance et des problèmes de santé mentale persistants. De nombreuses personnes porteuses du VIH peuvent occuper un emploi désormais, mais celles qui sont particulièrement vulnérables, comme les immigrants récents, les Autochtones ou les personnes ayant un problème de santé mentale ou de dépendance, ont de la difficulté à trouver un emploi et à le conserver^{109 110}.

Pour mener une vie riche, les personnes vivant avec le VIH ont besoin de soins intégrés pour gérer leurs comorbidités de même que le vieillissement et l'incidence des déterminants sociaux de la santé, comme le logement, l'emploi et la sécurité alimentaire.

LA SITUATION ACTUELLE

S'ASSURER QUE LES PERSONNES ATTEINTES CONTINUENT DE RECEVOIR DES SOINS

D'après un examen du dépistage du VIH et des données de l'Assurance-santé de l'Ontario, environ 80 % des personnes qui apprennent qu'elles ont le VIH reçoivent des soins dans les trois mois suivant leur diagnostic¹¹. Cependant, toutes ces personnes ne continueront pas de recevoir des soins réguliers; or, toute lacune sur le plan des soins peut avoir de graves conséquences pour la santé et pour la transmission du VIH^{112 113}.

En Ontario, **LA PLUPART DES SOINS AUX PERSONNES PORTEUSES DU VIH** sont fournis par un petit nombre de praticiens spécialisés. Sur les 630 médecins qui ont commandé des tests de la charge virale en Ontario en 2008, 40 (7 %) prodiguaient des soins à 85 % des patients ayant le VIH, et chacun comptait de 100 à plus de 800 patients¹¹⁹. Par contre, 500 médecins ont commandé des tests pour moins de dix patients, et 343 n'en ont commandé que pour un patient chacun¹²⁰. Cette tendance témoigne du fait que le traitement du VIH nécessite une certaine expertise.

Certaines personnes porteuses du VIH ont de la difficulté à suivre leur traitement en raison de l'éloignement des services, de la stigmatisation, de la marginalisation, d'obstacles linguistiques, de l'itinérance, de problèmes financiers, de problèmes de santé mentale, de la toxicomanie, de l'incarcération ou d'autres facteurs. Certains doivent composer avec des obstacles systémiques aux soins, par exemple :

- la franchise à payer dans le cadre du Programme de médicaments Trillium (fondée sur un pourcentage du revenu annuel du ménage), qui peut empêcher certaines personnes à faible revenu ayant le VIH de se procurer des antirétroviraux et de suivre systématiquement leur traitement
- les frais de transport que doivent assumer les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées pour accéder aux soins
- Certaines personnes, comme les enfants ayant le VIH, peuvent cesser de recevoir des soins après la transition de soins pédiatriques en milieu familial, comportant beaucoup de soutien, au régime de soins pour adultes¹¹⁴. Les jeunes ayant le VIH affirment qu'ils ne se sentent pas toujours à l'aise dans le milieu des soins pour adultes ayant le VIH¹¹⁵. La transition entre les soins pédiatriques et les soins pour adultes se produit à un moment où de nombreux jeunes acquièrent

plus d'indépendance par rapport à leur famille et négocient des relations d'ordre sexuel; c'est une étape de leur vie où ils doivent composer avec de nombreuses pressions et où ils ont besoin de soutien supplémentaire pour suivre leur traitement¹¹⁶

Certaines cliniques pédiatriques ou pour adultes de consultation externe sur le VIH de l'Ontario, surtout dans les petites collectivités, ont adopté une approche systématique de suivi de leurs patients (p. ex., rappels téléphoniques à ceux qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous) pour éviter qu'ils ne cessent de suivre leur traitement¹¹⁷. C'est plus facile dans les cliniques qui reçoivent peu de patients, mais les mêmes stratégies pourraient être appliquées efficacement dans les grands centres.

NÉCESSITÉ DE FOURNIR DES SOINS INTÉGRÉS ET DU SOUTIEN

L'Ontario possède un réseau de cliniques spécialisées de consultation externe qui fournissent des soins intégrés et interprofessionnels.

LE TABAGISME a de graves répercussions sur la santé et le bien-être des personnes porteuses du VIH. Fumer accroît le risque de pneumonie acquise dans la communauté, de lésions buccales, de parodontopathie, de cancer du poumon, de progression de la maladie et de mortalité¹²⁹. L'usage du tabac se répercute sur la numération des CD4¹³⁰ et réduit l'efficacité de la thérapie antirétrovirale¹³¹. Malgré ces répercussions, environ 40 % des personnes ayant le VIH qui ont participé à l'Étude de cohorte de l'OHTN font usage du tabac, un taux près de trois fois plus élevé que dans la population ontarienne en général^{120 121 122 123 124 132}.

Ce modèle s'est révélé très efficace pour aider les personnes vivant avec le VIH à obtenir et à prendre des médicaments, à gérer leur VIH et à réduire le recours à des services de santé plus coûteux¹¹⁸. D'après une étude sur le réseau des cliniques, il y avait beaucoup moins d'hospitalisations chez les patients inscrits à la clinique par rapport aux patients qui avaient une infection au VIH non diagnostiquée et non traitée. D'après des données de l'Étude de cohorte du Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN), presque toutes les personnes ayant reçu un traitement dans les cliniques du VIH étaient en traitement, suivaient ce traitement et avaient une charge virale indétectable. Ce constat était le même sans égard aux déterminants sociaux de la santé (p. ex., éducation, revenus, répartition des revenus, l'insécurité alimentaire)¹¹⁹.

Le réseau ontarien d'organismes communautaires liés au sida et certains programmes de logement fournissent un éventail de services pratiques et de soutien social pour aider les personnes porteuses du VIH à gérer leur santé à long terme. Ces organismes ont pour objectif de fournir un filet de sécurité aux personnes vivant avec le VIH qui sont dans une situation défavorable relativement aux déterminants sociaux de base de la santé.

GESTION DES COMORBIDITÉS ET DU VIEILLISSEMENT

Les personnes porteuses du VIH en Ontario présentent un taux élevé de comorbidités :

- Une personne sur trois porteuses du VIH en Ontario est atteinte de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale
- Environ 47 % des participants à l'étude *Positive Spaces Healthy Places* (une étude ontarienne sur le lien entre le logement et la santé) avaient un problème de toxicomanie¹²⁵
- Selon des données de l'Étude de cohorte de l'OHTN (ÉCO), au moins une personne sur cinq porteuses du VIH en Ontario présente une coinfection à l'hépatite C¹²⁶
- Environ 88 % des personnes porteuses du VIH qui utilisent des drogues sont ou ont déjà été infectées à l'hépatite C¹²⁷

Bon nombre doivent aussi composer avec les effets du vieillissement :

- En 2015, près de la moitié des personnes vivant avec le VIH au Canada avaient plus de 50 ans¹²⁸
- Un grand nombre d'entre elles présentent des signes de vieillissement prématuré attribuables à l'inflammation causée par le VIH et aux effets secondaires des médicaments antirétroviraux¹²⁹

À l'heure actuelle, il y a en Ontario une pénurie de médecins de premier recours qui ont les connaissances et les compétences nécessaires pour soigner les personnes infectées par le VIH. Il y a également une pénurie d'autres spécialistes, notamment de cardiologues, d'oncologues et de gériatologues, qui disposent de l'expertise nécessaire pour gérer les traitements complexes que nécessitent les personnes atteintes de maladies cardiaques ou de cancer qui ont également le VIH. Au moment de la rédaction de la présente stratégie, il n'existait en Ontario aucun gériatologue spécialisé dans le VIH.

Malgré ces lacunes, le système actuel de services tente de répondre aux besoins complexes des personnes porteuses du VIH en matière de traitement. Par exemple, la clinique pour les problèmes liés au VIH de l'hôpital Mount Sinai de Toronto se spécialise dans les soins psychiatriques, et la clinique de soins ambulatoires au centre des sciences de la santé de Sunnybrook à Toronto a créé deux services de sous-spécialités (maladies rénales et endocriniennes) pour faire face à l'incidence croissante de comorbidités. Ces cliniques réduisent le temps d'attente pour la consultation de ces spécialistes, fournissent des soins coordonnés et réduisent le recours à des services coûteux comme la dialyse. L'Hôpital St. Michael a établi un programme très spécialisé qui évalue les personnes porteuses du VIH pour vérifier si elles ont des problèmes cognitifs (p. ex., manque du mot, problèmes de mémoire, lenteur mentale, problèmes de concentration) et met à l'essai des interventions efficaces; il s'agit du seul programme en son genre au Canada. Depuis 1995, ce service accepte des patients provenant de plus de 25 médecins de premiers recours et médecins spécialisés dans les maladies infectieuses, et il a effectué des évaluations neurocognitives de 1 000 personnes porteuses du VIH¹³⁰.

NOS OBJECTIFS

Nous devons concentrer nos efforts sur la prestation en temps opportun de services complets et intégrés qui répondent aux besoins en matière de santé et aux besoins sociaux des personnes vivant avec le VIH, tout au long de leur vie. Les soins ne doivent pas se limiter à gérer le virus; ils doivent aussi aider les personnes atteintes à mener une vie enrichissante et à aspirer au même avenir que les personnes séronégatives : occuper un emploi, se faire des amis, avoir des relations intimes et avoir des enfants^{131 132}.

LES PERSONNES qui apprennent qu'elles ont le VIH dans la vingtaine peuvent s'attendre à avoir une espérance de vie presque normale¹³⁹. Elles pourront travailler, et elles devront probablement le faire, car être séropositif pour le VIH pourrait ne plus suffire pour obtenir des prestations sociales la vie durant. Même les personnes qui apprennent qu'elles ont le VIH dans la quarantaine ou la cinquantaine peuvent s'attendre à gérer leur infection et à jouir d'une bonne santé. Elles pourraient devoir s'absenter de leur travail pendant un certain temps, mais elles devraient pouvoir reprendre leurs rôles et responsabilités habituels¹⁴⁰.

En effet, l'emploi, les relations et la famille revêtent de plus en plus d'importance pour les personnes porteuses du VIH du fait que l'infection est plus facile à gérer. Les personnes vivant avec le VIH qui occupent un emploi disent jouir d'une meilleure qualité de vie sur le plan physique et mental¹³³. Elles sont également plus susceptibles d'éviter les répercussions négatives de la pauvreté sur leur santé et leur vie.

Pour aider les personnes à continuer de prendre en charge leur santé et leurs soins, sans égard à leur âge, à leur sexe ou à leur culture, le secteur des services liés au VIH fournira des services de soutien accueillants, adaptés à la culture et à l'âge des personnes porteuses du VIH, et qui les aideront à franchir les obstacles à l'accès aux soins. Toutes les personnes séropositives pour le VIH en Ontario devraient :

- disposer des services de fournisseurs de soins qui ont de l'expérience en matière de VIH
- jouir d'un accès sans obstacle aux soins et aux médicaments les plus appropriés en fonction de leurs besoins et des données scientifiques, y compris l'accès en temps opportun à de nouveaux médicaments, si leur infection est résistante aux médicaments

Les soins devraient viser à aider les personnes porteuses du VIH à obtenir les soins médicaux, le soutien social et les renseignements dont elles ont besoin pour maintenir et améliorer leur santé et éviter les complications associées à l'inflammation, aux comorbidités et au vieillissement.

COMMENT Y PARVENIR

4.1 AMÉLIORER L'ACCÈS À DES SOINS INTÉGRÉS DE HAUTE QUALITÉ POUR LE VIH

- a. Renseigner les médecins sur le fait qu'il est vital d'entreprendre un traitement antirétroviral le plus tôt possible.
- b. Renforcer la capacité des cliniques de VIH de fournir des soins multidisciplinaires conformément à des normes cliniques qui mettent l'accent sur les occasions de prévenir et de retarder les complications et sur leur traitement si elles se produisent.
- c. Élaborer des modèles de soins partagés pour jumeler les médecins de premier recours à des spécialistes du VIH et à d'autres fournisseurs de soins de santé et améliorer leur capacité de fournir des soins de qualité aux personnes porteuses du VIH.
- d. Améliorer l'accès aux programmes de médicaments financés par les deniers publics et réduire les obstacles au recours à ces programmes (p. ex., franchises).
- e. Promouvoir des interventions ayant pour but d'améliorer tous les aspects de la santé : régime alimentaire, exercice, sommeil, gestion du stress, tabagisme, réduction des méfaits de l'usage de drogues et d'alcool.
- f. Mettre sur pied des équipes cliniques multidisciplinaires spécialisées qui peuvent conseiller les cliniciens sur le traitement des personnes porteuses du VIH qui présentent des comorbidités.
- g. Promouvoir le recours à la télésanté et à d'autres formes de soins sur Internet pour les personnes porteuses du VIH des collectivités rurales et éloignées.
- h. Étudier des stratégies visant à réduire les obstacles au transport pour les personnes porteuses du VIH.
- i. Améliorer l'accès à des services de santé de la reproduction adaptés à la culture et sans stigmatisation ainsi qu'à des services prénatals, maternels et postnatals pour les personnes ayant le VIH (p. ex., Programme P3 pour l'encadrement des femmes séropositives) :
 - Fournir des renseignements sur les services de santé de la reproduction qui ont de l'expérience relativement au VIH et sur la façon d'y accéder par l'entremise des organismes de services liés au sida, des cliniques, des bureaux de santé et des cabinets de médecins de premier recours

- Donner de la formation aux cliniciens du VIH afin de leur permettre de mieux travailler auprès des personnes porteuses du VIH qui veulent avoir des enfants
- j. Collaborer avec les décideurs et les fournisseurs de soins de santé dans les établissements correctionnels pour :
- améliorer l'accès à des soins uniformes pour le VIH et le VHC et à d'autres services de santé pour les détenus ayant le VIH
 - établir des parcours de soins qui permettent de maintenir les soins fournis aux personnes porteuses du VIH après la transition entre la collectivité et la prison

4.2 ÉLABORER UNE APPROCHE SYSTÉMATIQUE À LA PRESTATION DES SOINS AUX PERSONNES PORTEUSES DU VIH AFIN DE S'ASSURER QUE CELLES-CI CONTINUENT DE RECEVOIR DES SOINS, SUIVENT LE TRAITEMENT PRESCRIT ET RESTENT EN SANTÉ

- a. Fournir des renseignements clairs et fondés sur des données probantes sur les avantages du traitement précoce du VIH et l'importance de continuer de recevoir des soins.
- b. Mener des études pour comprendre les facteurs qui influent sur la capacité des personnes atteintes de continuer de recevoir des soins et de se présenter à leurs rendez-vous.
- c. Resserrer la collaboration entre les décideurs, les cliniques de VIH et d'autres fournisseurs de soins aux personnes porteuses du VIH ou organismes de services liés au sida pour :
- travailler auprès de clients qui risquent de cesser de recevoir des soins ou qui ont de la difficulté à suivre leur traitement afin d'élaborer des parcours de soins
 - établir des systèmes permettant d'être alerté lorsqu'un client ne s'est pas présenté à un rendez-vous et de prévoir un suivi
 - mettre à l'essai des stratégies et des outils pour s'assurer que les personnes atteintes continuent de recevoir des soins et prennent en charge leur santé (p. ex., une application leur rappelant de prendre leurs médicaments et de se présenter à leurs rendez-vous réguliers)
- d. Collaborer avec les jeunes, les cliniques pédiatriques et les cliniques pour adultes et les fournisseurs de soins à ces deux clientèles en matière de VIH afin que les jeunes aient accès à des services adaptés à leurs besoins et à leur vécu uniques et de les aider à faire la transition vers les soins pour adultes :

- Élaborer des lignes directrices fondées sur des pratiques exemplaires pour aider les jeunes à passer des cliniques de VIH pédiatriques aux cliniques de VIH pour adultes
- Donner une formation aux gestionnaires et coordonnateurs de cas des cliniques sur les lignes directrices
- S'assurer qu'au moins un pair participant à un programme de pairs navigateurs dans les collectivités ayant des clients pédiatriques atteints du VIH ait fait récemment la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes

5. ASSURER LA QUALITÉ, L'UNIFORMITÉ ET L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES ET SERVICES LIÉS AU VIH

LA SITUATION ACTUELLE

LES ORGANISMES DE SERVICES LIÉS AU VIH sont résolus à fournir des services de haute qualité fondés sur des données probantes qui améliorent concrètement la vie des gens.

En 2015-2016, le gouvernement de l'Ontario a consacré environ 60,5 M\$ au financement de programmes et de services liés au VIH. Ce montant ne comprend pas les honoraires des médecins, les programmes de médicaments, les services hospitaliers, les soins à domicile ni les soins palliatifs liés au VIH. De 2003 à 2013, le gouvernement a augmenté de 68 % son investissement dans le VIH. Le secteur des services liés au VIH doit s'assurer que ces ressources sont utilisées judicieusement.

En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* de l'Ontario, tous les éléments du système de santé de la province doivent fournir des services sécuritaires, accessibles, efficaces et axés sur la personne¹³⁴. Les organismes de services liés au VIH sont résolus à fournir des services de haute qualité fondés sur des données probantes qui améliorent concrètement la vie des gens.

Au cours des dernières années, un certain nombre de systèmes d'information et des processus ont été mis en place dans le but d'améliorer l'uniformité et la qualité des services. Par exemple :

- Les tendances épidémiologiques concernant les infections au VIH dans la province sont étroitement surveillées afin de pouvoir adapter les services à l'évolution des besoins
- Tous les organismes qui reçoivent des fonds pour fournir des services communautaires de prévention, d'approche et de soutien en matière de VIH rendent compte de leurs activités deux fois par année au moyen de l'Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida pour les communautés ontariennes (OERVSCO). Ces données sont analysées afin de déterminer l'évolution des besoins des clients, déceler les hausses de demande et déterminer la disponibilité de différents services. Ces renseignements sont communiqués à tous les organismes pour les aider à planifier et à améliorer leurs programmes

- Les 29 organismes de services liés au sida de la province utilisent maintenant la Base de données de l'Ontario pour la gestion et l'évaluation des services communautaires liés au sida (OCASE), un outil de gestion des cas qui les aide à faire le suivi de tous les services que leurs clients utilisent et vers lesquels ils sont dirigés, et à évaluer l'incidence de ces services sur la santé et le bien-être des clients
- Le gouvernement provincial finance des programmes de renforcement des capacités qui font la promotion active de services fondés sur des données probantes, tels que les séances de perfectionnement animées par l'Ontario AIDS Network et les services de développement organisationnel fournis dans le cadre du Programme de développement organisationnel de l'Ontario
- L'OHTN finance des études et fournit un service d'examen rapide qui permet à tout organisme de demander un examen des données probantes sur un sujet particulier afin d'éclairer ses politiques et programmes. L'unité des pratiques fondées sur des données probantes (Evidence-based Practice Unit) de l'OHTN fournit aussi des conseils sur la façon d'évaluer les programmes et services et diffuse des renseignements sur les interventions efficaces

ABSENCE DE NORMES ET DE LIGNES DIRECTRICES PROVINCIALES

Bien que tous les organismes ontariens liés au VIH cherchent à fournir des services de haute qualité, la plupart se sont développés de façon autonome, sans lignes directrices décrivant un ensemble fondamental et uniforme de services que les programmes financés seraient censés fournir. Il n'existe pas de normes provinciales concernant le type de services ou la gamme de professionnels qui devraient être disponibles dans les cliniques de VIH de la province. Il en va de même des organismes communautaires de services liés au sida.

ABSENCE D'APPLICATION UNIFORME DES PRATIQUES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES

La plupart des études sur les interventions conçues pour réorienter la cascade de la prévention, de la participation et des soins ont été réalisées hors de l'Ontario. Nous avons besoin d'une approche plus uniforme afin de pouvoir adapter et appliquer ces interventions en Ontario et recueillir nos propres données probantes sur celles qui fonctionnent le mieux dans la province. Très peu de recherche a

lieu actuellement sur l'application concrète des interventions fondées sur des données probantes. Il y a lieu de mettre l'accent sur la science de l'élaboration des programmes afin d'étudier l'efficacité et l'évolutivité des interventions.

NOS OBJECTIFS

NOUS CHERCHERONS à fournir les soins de la meilleure qualité possible aux personnes porteuses du VIH, sans égard à leur lieu de résidence.

L'Ontario cherchera à fournir les soins de la meilleure qualité possible aux personnes porteuses du VIH, sans égard à leur lieu de résidence. Nous continuerons de préconiser une culture axée sur l'amélioration continue de la qualité de tous les programmes et services liés au VIH.

Les décideurs et les responsables de la planification des programmes et de la prestation des services collaboreront étroitement avec les chercheurs, les évaluateurs et les personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter afin d'évaluer l'incidence de nos programmes et services et de relever des interventions et des approches pouvant être adaptées et appliquées en Ontario. Nous adopterons une approche fondée sur la science de l'élaboration des programmes, qui s'appuie à la fois sur la capacité et les compétences de notre réseau de services ainsi que sur les données scientifiques.

COMMENT Y PARVENIR

5.1 ÉLABORER DES NORMES OU DES LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT DES SERVICES DE PRÉVENTION, DE SOUTIEN ET DE SOINS DE HAUTE QUALITÉ LIÉS AU VIH

- a. Élaborer des lignes directrices sur la réduction du risque de contracter le VIH qui fournissent des renseignements clairs et exacts sur le plan scientifique aux personnes à risque de contracter le VIH, le VHC et des ITS.
- b. Établir des normes s'appliquant aux services de dépistage du VIH, du VHC et des ITS prévoyant le suivi et un aiguillage vers les soins des personnes séropositives.
- c. Élaborer des lignes directrices pour les services de gestion des cas de VIH de la santé publique afin de s'assurer que les personnes porteuses du VIH qui ont des comportements à risque élevé reçoivent le soutien nécessaire pour changer ces comportements, rester en santé et éviter les sanctions criminelles.

- d. Établir des lignes directrices sur les soins cliniques aux personnes porteuses du VIH, notamment :
- des stratégies visant à diriger ces personnes vers des soins et à les traiter tôt
 - le recours à des parcours de soins ou à d'autres stratégies qui aident les personnes à se retrouver dans le système et à continuer de recevoir des soins
 - des lignes directrices et des normes prénatales, maternelles et postnatales pour les personnes porteuses du VIH qui veulent avoir des enfants
- e. Élaborer des normes et des lignes directrices concernant les services de soutien des organismes communautaires de services liés au sida.
- f. Élaborer des normes et des lignes directrices relatives à la coordination des cas de VIH ou aux services de gestion collaborative des cas fournis par des organismes communautaires de services liés au sida et des cliniques de VIH.
- g. Passer régulièrement en revue les normes et lignes directrices pour s'assurer qu'elles tiennent compte des nouvelles données probantes.

5.2 INVESTIR DANS LA RECHERCHE POUR ÉCLAIRER L'ÉLABORATION DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE HAUTE QUALITÉ

- a. Continuer de renforcer les données épidémiologiques et d'en faire le suivi pour orienter les interventions contre le VIH.
- b. Continuer d'élaborer des cohortes, des systèmes de données et des indicateurs qui nous aideront à :
- comprendre les défis à relever dans la cascade de la prévention, de la participation et des soins
 - élaborer des stratégies et des interventions
 - surveiller nos progrès en vue de la réalisation de nos objectifs
- c. Mener des études visant à mieux comprendre les obstacles qui empêchent certaines personnes de poursuivre leur traitement et les stratégies permettant de les surmonter.
- d. Appuyer et mener des études sur les interventions qui permettraient de réorienter la cascade de la prévention, de la participation et des soins :
- Relever des interventions fondées sur des données probantes, les mettre à l'essai dans le contexte ontarien et intégrer celles qui peuvent être adaptées de façon fructueuse
 - Surveiller et communiquer les nouveaux développements sur le terrain
 - Renforcer la capacité des chercheurs, des fournisseurs de services et des personnes porteuses du VIH à mener des études dans le domaine de la science de l'élaboration des programmes

- e. Contribuer aux mesures prises à l'échelle internationale pour surveiller les personnes porteuses du VIH afin de déterminer si les médicaments ou autres traitements contre le VIH causent des effets indésirables.
- Recourir à des études de cohortes et faire le couplage de données administratives afin de déterminer si les traitements présentent des effets indésirables
 - Faire le suivi d'enfants et de jeunes adultes qui ont été exposés à des médicaments antirétroviraux in utero ou pendant leur petite enfance afin d'évaluer leur incidence à long terme sur leur développement, leur santé et leur bien-être

5.3 METTRE L'ACCENT SUR L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

- a. Élaborer un plan de mise en œuvre de la présente stratégie, comprenant des livrables et des échéances.
- b. Élaborer un ensemble de cibles et de mesures du rendement pour faire le suivi de nos progrès.
- c. Collaborer avec des organismes offrant des programmes et services liés au VIH qui sont financés par les deniers publics afin de renforcer leur capacité de surveiller et d'évaluer leurs programmes et services (p. ex., utiliser des outils existants tels que l'OERVSCO ou la base de données OCASE et mener des initiatives en science de l'élaboration des programmes).
- d. Effectuer un examen officiel de la stratégie en 2021 pour :
- documenter les réalisations et lacunes
 - évaluer l'incidence des activités et interventions
 - déterminer si la stratégie sera maintenue jusqu'en 2026 ou si elle sera modifiée ou rajustée

IV. CONCLUSION

Avec *Concentrons nos efforts : La stratégie de lutte contre le VIH /SIDA à l'horizon 2026*, le secteur des services liés au VIH renouvelle son engagement de créer un modèle intégré de services liés au VIH et de partenaires qui :

- rejoint de façon concrète les personnes infectées par le VIH ou à risque de le contracter afin d'améliorer leur santé et leur bien-être
- se concentre sur les populations les plus touchées par le VIH
- utilise une approche systémique et établit des rapports solides avec d'autres services et secteurs afin de répondre aux besoins en matière de santé et aux besoins sociaux complexes des personnes infectées par le VIH ou à risque de le contracter
- est orienté par la recherche et l'évaluation et fondé sur des données probantes

Concentrons nos efforts repose sur les bases solides jetées par la dernière stratégie de lutte contre le VIH élaborée par le CCOLVS. Elle s'en distingue surtout 1) en mettant plus l'accent sur le fait d'amener les personnes infectées par le VIH ou à risque de le contracter à se prévaloir des services de prévention et des soins, et en les aidant à continuer de recevoir les services dont elles ont besoin pour améliorer leur santé, et 2) en accordant une importance encore plus grande aux déterminants sociaux de la santé et à la promotion de la santé et du bien-être en général selon une approche systémique, en établissant des rapports structurés de collaboration avec d'autres secteurs.

Ce virage dans notre approche reconnaît que pour résoudre les problèmes du VIH, et réduire les inégalités sur le plan social et de la santé et la syndémique qui alimentent l'épidémie, nous devons mettre à contribution et intégrer les compétences et les ressources des secteurs de la santé, des services sociaux, des services correctionnels et autres. Tout en cherchant à atteindre les cibles ambitieuses 90-90-90 de la cascade de soins pour les personnes qui vivent avec le VIH, nous devons élaborer des interventions sociales et structurelles qui permettront d'améliorer la santé des populations les plus touchées par le VIH. C'est au moyen de cette approche stratégique que nous pourrons tirer profit des avantages des traitements contre le VIH relativement à la prévention des nouvelles infections et s'assurer que les personnes porteuses du VIH puissent vivre une vie longue

et enrichissante. C'est pourquoi la présente stratégie s'appuie sur *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* (2015), qui met l'accent sur les soins axés sur le patient, ainsi que sur la phase 2 de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de la province, *Esprit ouvert, esprit sain*, lancée en 2014, qui a pour objectif de promouvoir la santé mentale et le bien-être, d'assurer un dépistage et une intervention précoces, d'augmenter les soutiens liés au logement et à l'emploi, de fournir les bons soins au bon moment et au bon endroit, et d'élaborer des services intégrés.

Le réseau ontarien des services liés au VIH est résolu à appliquer la présente stratégie. Certaines activités sont déjà en cours; d'autres seront mises en œuvre au cours des dix prochaines années. Tout au long de l'application de cette stratégie, nous surveillerons nos progrès et nous en rendrons compte.

ANNEXE A

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ POUR LES PERSONNES QUI VIVENT AVEC LE VIH OU SONT À RISQUE DE LE CONTRACTER

FACTEURS BIOLOGIQUES

PRÉVALENCE DU VIH DANS LA COLLECTIVITÉ

Le risque de contracter le VIH est plus grand dans les collectivités où la prévalence du VIH est élevée. Par exemple, à Toronto, près d'un homme gai sur quatre a le VIH, de sorte que la prévalence est de 25 % dans cette collectivité par rapport à une prévalence de moins de 1 % dans la population adulte en général¹³⁵. Les hommes gais qui vivent à Toronto courent un risque plus élevé, car le VIH y est plus répandu. Compte tenu de la prévalence croissante du virus dans cette collectivité, de nombreux hommes gais font preuve d'une résilience remarquable; ils parviennent à se protéger, et le nombre de nouvelles infections est demeuré relativement stable.

CHARGE VIRALE

Le risque de transmission du VIH est plus grand lorsque la charge virale de la personne (la quantité de virus dans son sang) est élevée¹³⁶. Les personnes infectées par le VIH présentent une charge virale plus élevée peu après l'infection (stade de l'infection aiguë), lorsqu'elles éprouvent les symptômes de la séroconversion (fièvre, transpiration, symptômes semblables à la grippe), mais qu'elles ne savent probablement pas qu'elles ont été infectées¹³⁷. La charge virale est également plus élevée plus tard pendant l'évolution de la maladie, lorsque le traitement n'est pas efficace. Par contre, le risque de transmission est plus faible chez les personnes qui reçoivent un traitement efficace et dont la charge virale est indétectable¹³⁸.

PHYSIOLOGIE

Pendant les relations sexuelles hétérosexuelles non protégées, le risque est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, car la paroi du vagin est poreuse, de sorte qu'il est plus facile pour le virus de pénétrer dans la circulation sanguine¹³⁹. Lors de rapports anaux non protégés, le risque

est plus élevé pour le partenaire réceptif que pour le partenaire insertif, car la paroi de l'anus est très mince et est vulnérable à l'irritation, à l'inflammation et aux dommages¹⁴⁰. Les rapports anaux réceptifs présentent un risque 18 fois plus élevé que les rapports vaginaux réceptifs^{141 142 143 144 145 146}.

AUTRES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

La présence d'une autre infection transmissible sexuellement (ITS) accroît le risque de contracter le VIH¹⁴⁷. Elle augmente aussi la charge virale chez les personnes infectées par le VIH, ce qui peut accroître la probabilité de transmission du VIH et nuire à la capacité de la personne à lutter contre le virus¹⁴⁸.

HÉPATITE

Les personnes les plus touchées par le VIH, particulièrement celles qui prennent des drogues, courent également un risque élevé de contracter l'hépatite B et C. D'après des données de l'Étude de cohorte de l'OHTN (ÉCO) menée auprès des personnes porteuses du VIH en Ontario, au moins une personne sur cinq ayant le VIH présente une coinfection à l'hépatite C¹⁴⁹. Environ 88 % des personnes porteuses du VIH qui utilisent des drogues sont ou ont déjà été infectées par l'hépatite C¹⁵⁰. Cette coinfection porte sérieusement atteinte à la santé et au système immunitaire des personnes atteintes et complique leurs soins. Les personnes porteuses du VIH qui sont coinfectées par l'hépatite C sont plus susceptibles de contracter une maladie du foie, et les traitements contre l'hépatite C sont moins susceptibles d'être efficaces chez elles¹⁵¹.

AU COURS DES DIX DERNIÈRES ANNÉES, on a constaté une augmentation marquée de l'incidence de la syphilis, de la chlamydia et de la gonorrhée au Canada et en Ontario¹⁵⁰. Une forte proportion des personnes nouvellement atteintes sont des hommes gais, y compris ceux qui ont le VIH¹⁵¹. En date de 2009, selon des conclusions de l'Étude de cohorte de l'OHTN, un homme gai sur cinq ayant le VIH avait eu la syphilis¹⁵², et le taux de gonorrhée était plusieurs fois plus élevé chez les hommes gai ayant le VIH qu'au sein de la population masculine en général. Les souches de gonorrhée résistantes aux antibiotiques se répandent, et elles ne réagissent pas aux traitements habituels¹⁵³. Les hommes gais de l'Ontario ayant le VIH présentent également un fardeau croissant d'infections à l'hépatite C transmises sexuellement¹⁵⁴.

AUTRES COMORBIDITÉS PHYSIQUES

Le VIH et les traitements contre le VIH ont une incidence sur le système immunitaire et d'autres

systèmes de l'organisme, et rendent la personne plus vulnérable à des problèmes de santé qui peuvent mettre sa vie en danger, comme le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, les maladies du foie et les maladies du rein¹⁵². Ces problèmes de santé, ou comorbidités, font en sorte qu'il est plus difficile de gérer l'infection au VIH et peuvent réduire la qualité et l'espérance de vie.

DÉPRESSION, ANXIÉTÉ ET AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les problèmes de santé mentale tels que la dépression peuvent nuire à la capacité d'une personne d'adopter des pratiques sexuelles ou des pratiques d'usage de drogues à risques réduits. Ils peuvent également réduire la capacité des personnes vivant avec le VIH à recevoir des soins de santé et de suivre des traitements pouvant améliorer leur bien-être.

TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Le VIH et certains traitements contre le VIH peuvent avoir une incidence sur le cerveau. Environ 50 % des personnes vivant avec le VIH contracteront des troubles cognitifs associés au VIH¹⁵³. La thérapie antirétrovirale combinée n'est pas suffisante en soi pour prévenir ces problèmes, qui se manifestent notamment par une difficulté à se concentrer et à trouver ses mots, des problèmes moteurs et des problèmes de mémoire, qui peuvent nuire considérablement à la capacité de travailler et de vivre de façon autonome, de prendre ses médicaments et de jouir d'une bonne qualité de vie¹⁵⁴.

TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

Le recours à la prophylaxie pré-exposition pour prévenir la transmission verticale (de la mère à son enfant) du VIH peut avoir des conséquences à long terme sur le développement cérébral de l'enfant¹⁵⁵.

VIEILLISSEMENT

En 2015, environ 50 % des Canadiens qui vivaient avec le VIH étaient âgés de plus de 50 ans¹⁵⁶. En vieillissant, ces personnes sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé associés au vieillissement. On peut prendre de nombreuses mesures pour réduire ou retarder les conséquences du vieillissement, mais certaines personnes vivant avec le VIH auront besoin de différentes formes de soins avec l'âge, notamment des soins à domicile et de longue durée qui sont adaptés à leur culture et dénués de stigmatisation. La demande de tels services pourrait être particulièrement élevée, étant donné le grand nombre d'hommes gais ayant le VIH qui n'auront pas de partenaire ou de membres de leur famille qui prendront soin d'eux pendant leur vieillesse.

FACTEURS PERSONNELS

PRATIQUES SEXUELLES ET PRATIQUES RELATIVES À L'USAGE DE DROGUES

Les relations anales ou vaginales non protégées avec une personne ayant le VIH demeurent les modes les plus courants de transmission du VIH¹⁵⁷. Le partage de matériel d'utilisation et d'injection de drogues est également une activité à risque élevé. Le risque augmente avec le nombre de partenaires, le nombre de relations sexuelles non protégées et le nombre de fois où l'on partage son matériel d'usage de drogues.

EXPÉRIENCES VÉCUES PENDANT LA PETITE ENFANCE; ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISMES

Les expériences vécues pendant la petite enfance influent sur sa capacité à se protéger contre le VIH. Les personnes qui ont déjà été victimes d'intimidation, d'homophobie, de traumatismes ou de mauvais traitements d'ordre sexuel courent un risque plus élevé de contracter le VIH¹⁵⁸.

USAGE DE DROGUES ET D'ALCOOL ET DÉPENDANCE

L'usage de drogues et d'alcool accroît la propension à prendre des risques. Prendre des drogues récréatives, des opiacés et de l'alcool peut nuire au jugement et à la capacité d'adopter des pratiques sexuelles et d'usage de drogues à risques réduits. Par exemple, le crack rend les femmes plus passives et les hommes plus agressifs sur le plan sexuel¹⁵⁹. D'après des données de l'étude *Positive Spaces Healthy Places*, environ 47 % des personnes vivant avec le VIH qui font appel à des services communautaires prennent des drogues de façon abusive¹⁶⁰. Selon les constatations préliminaires d'une étude menée auprès de personnes de Toronto venant d'apprendre qu'elles étaient séropositives pour le VIH, une importante proportion de ces personnes (86 %) prennent des drogues ou de l'alcool¹⁶¹. Ce comportement nuit aussi à la capacité des personnes vivant avec le VIH de suivre leur traitement et de rester en santé¹⁶².

SEXE

Certaines femmes, en raison de leur sexe, courent un risque plus élevé de contracter le VIH ou de voir leur maladie progresser¹⁶³. Elles sont parfois dans une relation où elles sont dépendantes sur le plan financier et exercent peu de contrôle sur la sécurité de leurs pratiques sexuelles ou d'usage de drogues, ou elles sont victimes de mauvais traitements et de violence¹⁶⁴. Certaines ont également des enfants ou un partenaire qui sont infectés, et négligent leur propre santé pour prendre soin de leur famille¹⁶⁵.

Les femmes trans courent également un risque plus élevé en raison de normes sexuelles rigides et d'activités comportant des risques¹⁶⁶. Selon une étude menée récemment, les femmes trans sont 49 fois plus susceptibles d'avoir le VIH qu'un groupe de référence¹⁶⁷. Elles sont presque toujours réceptives lors de rapports anaux¹⁶⁸, et elles en peuvent venir à partager des aiguilles si elles n'ont pas assez de ressources pour payer les traitements aux hormones¹⁶⁹. Souvent incluses dans d'autres catégories de personnes, comme les hommes gais, les femmes trans n'ont pas fait l'objet de suffisamment d'attention compte tenu du risque qu'elles courent¹⁷⁰. Des études récentes donnent à penser qu'à l'instar des femmes trans, les hommes trans pourraient être vulnérables à l'infection au VIH et se livrer à des activités à risque élevé dans une proportion comparable ou supérieure aux femmes trans¹⁷¹. Des études menées récemment auprès d'hommes trans ayant des relations sexuelles avec des hommes ont permis de relever des taux élevés de relations sexuelles non protégées et d'ITS¹⁷².

CAPACITÉ D'ADAPTATION

Même s'ils doivent composer avec les mêmes facteurs biologiques, sociaux et structurels défavorables que leurs pairs, de nombreux membres des populations les plus touchées par le VIH font preuve d'une grande résilience. Ils ont adopté des stratégies d'adaptation et sont en mesure de réduire leur risque et de rester en santé.

FACTEURS SOCIAUX

STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET MARGINALISATION

La stigmatisation du VIH a un effet profond sur les personnes infectées par le VIH ou à risque de le contracter. Toutes les personnes qui vivent avec le VIH, même celles qui sont en santé, ont un emploi et gèrent bien leur vie et leur maladie, ressentent les effets de la stigmatisation que comporte le fait d'avoir une maladie infectieuse associée à la sexualité et à l'usage de drogues¹⁷³. Les personnes stigmatisées sont moins susceptibles de suivre leur traitement antirétroviral et plus susceptibles de subir du stress, de la dépression et de l'isolement social, ainsi que d'envisager le suicide¹⁷⁴. La stigmatisation fait en sorte qu'il est plus difficile pour les personnes infectées par le VIH de divulguer leur état sérologique vis-à-vis du VIH à des partenaires sexuels ou à des partenaires d'usage de drogues, et pour les personnes à risque de subir un test de dépistage, d'obtenir des soins et de suivre leur traitement contre le VIH¹⁷⁵.

Les populations les plus touchées par le VIH subissent également de la discrimination et sont marginalisées en raison d'autres identités et expériences sociales, comme l'homophobie, la transphobie, le racisme, la colonisation et la stigmatisation associée à la maladie mentale, à l'usage de drogues et au fait d'avoir déjà été détenu¹⁷⁶.

La discrimination liée à l'emploi est également très répandue : 42 % des personnes porteuses du VIH disent en avoir subi, surtout en raison de leur état sérologique vis-à-vis du VIH, de leur orientation sexuelle ou de leur origine ethnique¹⁷⁷.

CULTURE

Les normes et attitudes culturelles concernant la sexualité et l'usage de drogues peuvent dissuader les gens de parler des facteurs de risque, comme les rapports anaux, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes ou les relations sexuelles hors d'une relation monogame ou du mariage. Les normes culturelles peuvent aussi compliquer la négociation de pratiques sexuelles ou d'usage de drogues à risques réduits, la divulgation de son infection et l'obtention de services de santé¹⁷⁸. Par contre, la culture peut être une source de force et de soutien social, et les normes culturelles peuvent favoriser l'adoption de pratiques sexuelles et d'usage de drogues à risques réduits¹⁷⁹.

LA CULTURE PEUT ÊTRE associée à l'origine ethnique ou elle peut être partagée par des groupes, comme des hommes gais, des personnes qui prennent des drogues ou des détenus.

RELIGION OU SPIRITUALITÉ

La religion ou la spiritualité peut avoir une incidence sur le risque. Dans certains cas, les attitudes et tabous d'ordre religieux sur la sexualité peuvent faire en sorte qu'il est difficile de négocier des pratiques sexuelles à risques réduits¹⁸⁰. Les attitudes moralisatrices peuvent priver les gens de soutien social, les marginaliser et les dissuader de subir un test de dépistage ou de recevoir des soins¹⁸¹. Par contre, les groupes confessionnels de soutien et la spiritualité peuvent grandement contribuer à renseigner les gens sur les risques, à favoriser leur résilience et à créer des communautés de soutien¹⁸².

REVENU

La pauvreté accroît le risque d'infection au VIH chez les personnes qui sont déjà à risque, car elle fait en sorte qu'elles doivent sacrifier leur sécurité pour de l'argent, et n'ont pas les moyens de

négocier des pratiques sexuelles ou d'usage de drogues à risques réduits¹⁸³. Elle représente aussi un facteur de risque pour la progression de la maladie, car un revenu insuffisant nuit à sa capacité de conserver un logement stable, de bien manger, de se présenter à ses rendez-vous et de payer pour les traitements qui ne sont pas couverts par l'Assurance-santé¹⁸⁴. Parmi les personnes porteuses du VIH inscrite à l'Étude de cohorte de l'OHTN, 44 % ont un revenu annuel inférieur à 20 000 \$¹⁸⁵. Parmi celles inscrites à l'étude *Positives Spaces Healthy Places*, 60 % avaient un revenu mensuel inférieur à 1 200 \$¹⁸⁶.

LOGEMENT

Les personnes à risque sont beaucoup plus susceptibles de contracter le VIH si elles sont logées précairement¹⁸⁷. Les personnes qui sont itinérantes ou logées précairement présentent un taux d'infection au VIH près de 16 fois plus élevé que les personnes qui ont un logement stable¹⁸⁸. Les personnes infectées par le VIH/sida qui sont itinérantes ou logées précairement jouissent d'une moins bonne santé physique et mentale dans l'ensemble¹⁸⁹. Leur numération des CD4 est plus faible et leur charge virale plus élevée¹⁹⁰. Elles sont moins susceptibles de recevoir et de suivre un traitement antirétroviral, et elles sont plus susceptibles de mourir prématurément¹⁹¹.

Par contre, fournir un logement stable et abordable est une intervention essentielle et économique en matière de santé. Les personnes porteuses du VIH qui ont un logement stable sont plus susceptibles de recevoir et de prendre des médicaments antirétroviraux, qui améliorent leur santé et réduisent le risque de transmission du VIH¹⁹². Elles utilisent également moins de services de santé plus coûteux, notamment des soins évitables aux services des urgences et d'autres soins hospitaliers¹⁹³. Les économies réalisées au chapitre des soins de santé peuvent compenser le coût des interventions en matière de logement¹⁹⁴.

EMPLOI

Le chômage et l'emploi dans certains domaines, comme le travail du sexe, peuvent accroître les risques. Par contre, l'emploi est un facteur de protection; il est associé à une meilleure santé physique et mentale¹⁹⁵.

EXPÉRIENCE DE L'IMMIGRATION

L'expérience de l'immigration, qui comporte une dislocation, la perte de soutien familial et social et un faible revenu, peut avoir en soi un effet négatif sur la santé. Les immigrants, les réfugiés et

les personnes sans statut n'ont pas toujours accès aux services de santé et aux services sociaux qui pourraient réduire les risques qu'ils courent et améliorer leur santé¹⁹⁶. Pour ceux ayant un statut légal, des politiques telles que la période de trois mois précédant l'admissibilité aux services financés par l'Assurance-santé peuvent constituer des obstacles aux soins. Même lorsque les nouveaux arrivants peuvent accéder aux services de santé, ceux-ci ne sont pas toujours adaptés à leur culture¹⁹⁷. Par contre, de nombreux immigrants sont très résilients. Certains proviennent d'une région où ils avaient subi de la discrimination ou de la violence, et affirment que l'immigration a eu un effet positif sur leur santé, même s'ils ont été incapables de trouver un emploi de niveau comparable au Canada¹⁹⁸.

ÉDUCATION

L'éducation peut accroître la résilience, réduire les risques et améliorer la santé. Les personnes qui connaissent les risques de transmission du VIH sont mieux en mesure de se protéger et de protéger les autres. Lorsqu'elles connaissent les traitements et qu'elles prennent en charge leurs soins, elles sont mieux en mesure de préserver leur santé. Lorsque les enfants apprennent des valeurs comme la tolérance et l'égalité, et qu'ils sont exposés à un programme-cadre qui traite de la discrimination, de l'intimidation et de la violence, les personnes à risque de contracter le VIH seront plus résilientes¹⁹⁹. Cependant, l'éducation ne suffit pas à elle seule à protéger les gens contre les répercussions de la discrimination et de la violence tout au long de leur vie.

SOUTIEN SOCIAL

Le soutien social protège la santé sur le plan individuel et collectif. Un ensemble croissant de données probantes montre que certaines interventions en prévention, notamment celles qui fournissent du soutien social et inculquent des stratégies de négociation de pratiques sexuelles et d'usage de drogues à risques réduits, peuvent réduire le risque de contracter le VIH²⁰⁰. Le soutien social réduit l'incidence de la stigmatisation, améliore la résilience et peut favoriser l'estime de soi et le sentiment d'avoir la maîtrise de sa vie²⁰¹.

INITIATIVES AXÉES SUR LES PAIRS

Les programmes axés sur les pairs qui procurent des renseignements et du soutien social aux personnes infectées par le VIH ou à risque de le contracter, y compris les pairs navigateurs, réduisent l'isolement social et la dépression, et ils améliorent l'accès et le recours aux services, l'observance des traitements, la santé et la qualité de vie²⁰². Les programmes axés sur les pairs,

comme l'adhésion à un bureau de conférenciers ou le fait de siéger au conseil d'administration d'un organisme communautaire, contribuent à lutter contre la stigmatisation et à prévenir de nouvelles infections²⁰³. Ils aident aussi les personnes infectées par le VIH ou à risque de le contracter à devenir plus résilientes et à regagner la maîtrise de leur vie²⁰⁴.

FACTEURS STRUCTURELS ET FACTEURS RELATIFS AUX POLITIQUES

ACCÈS À LA PRÉVENTION ET À DES RESSOURCES DE PRÉVENTION DES MÉFAITS

Un accès facile aux services de prévention, aux services de soutien et aux soins primaires, ainsi qu'à des ressources telles que les condoms et les trousses préemballées pour des injections sûres, permet de se protéger, de réduire la transmission du VIH et d'améliorer sa santé²⁰⁵. L'accès facile au matériel d'usage de drogues et à des initiatives de réduction des méfaits peut aussi constituer un moyen très efficace d'orienter les personnes ayant un problème de dépendance vers d'autres programmes de réduction des méfaits et de traitement, comme le traitement à la méthadone et le traitement de la toxicomanie²⁰⁶. Par contre, les politiques qui limitent l'accès à ces ressources ou leur disponibilité augmentent les risques.

ACCÈS À DES SOINS ET TRAITEMENTS INTÉGRÉS

Les personnes porteuses du VIH, particulièrement celles qui présentent des comorbidités, ont une meilleure santé et qualité de vie lorsqu'elles reçoivent des soins intégrés de la part d'équipes interdisciplinaires qui répondent à leurs besoins en matière de santé physique et mentale et à leurs besoins sociaux²⁰⁷. Ces modèles de soins permettent d'obtenir de meilleurs résultats sur la santé (les personnes sont moins malades et vivent plus longtemps), et sont économiques, car les personnes n'ont pas besoin d'autant de services hospitaliers coûteux²⁰⁸. Cependant, de nombreuses personnes infectées par le VIH ou à risque de le contracter doivent franchir des obstacles pour accéder à des services de santé, tels que leur emplacement, l'absence de services adaptés à leur culture, le petit nombre de fournisseurs de soins de santé qui travaillent auprès de ces populations et la stigmatisation²⁰⁹.

CONTEXTE LÉGISLATIF

Les textes de loi peuvent soit exacerber, soit réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Par exemple :

- La criminalisation de la non-divulgence de l'état sérologique vis-à-vis du VIH peut alimenter au sein du public une attitude menant à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et compliquer la tâche des professionnels de la santé publique qui fournissent des conseils aux personnes porteuses du VIH se livrant à des comportements à risque élevé²¹⁰. En raison des accusations qui ont été portées et des cas de non-divulgence qui ont fait l'objet de poursuites, la criminalisation de la non-divulgence a un effet particulièrement négatif sur les communautés africaines, caribéennes et noires et sur les hommes gais²¹¹
- La criminalisation de l'usage de drogues fait en sorte que les gens qui en consomment ont plus de difficulté à obtenir des services, notamment des programmes de réduction de méfaits et des services de dépistage²¹²
- La criminalisation de la sollicitation stigmatise les travailleuses et travailleurs du sexe, les obligeant à travailler dans des conditions dangereuses et les rendant plus vulnérables à la violence, et moins susceptibles de faire appel aux services de santé et à d'autres services²¹³

Par contre, la reconnaissance légale du mariage de conjoints de même sexe a contribué à mieux faire accepter l'homosexualité et à réduire l'homophobie et ses conséquences²¹⁴. Une clinique de Boston qui dessert la population LGBTQ a signalé une baisse importante de la demande de services de santé mentale après la légalisation du mariage de conjoints de même sexe au Massachusetts²¹⁵. La décision de la Cour suprême du Canada de confirmer le droit aux services de santé, tels que les services d'injection supervisée, des personnes qui utilisent des drogues a sensibilisé le public à la dépendance en tant que maladie, et a fait en sorte que le public est plus favorable aux services de réduction des méfaits pour les personnes qui prennent des drogues²¹⁶.

DÉTENTION

La détention peut accroître le risque de contracter le VIH et l'hépatite C, car le taux d'infection est élevé parmi les détenus²¹⁷. Les politiques qui limitent l'accès aux ressources de réduction des méfaits (p. ex., condoms, matériel d'injection de drogues, traitement de substitution à la méthadone) peuvent exacerber ce risque, de même que l'absence de soins de santé de transition pour les personnes qui arrivent en prison ou en sortent. En raison de la stigmatisation dans les établissements de détention, les personnes porteuses du VIH n'ont pas toujours accès aux services de santé ou ne suivent pas toujours leur traitement²¹⁸. La stigmatisation liée au fait d'avoir déjà été détenu fait également en sorte que les anciens détenus ont de la difficulté à trouver un logement et un emploi stables²¹⁹.

FILET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Lorsque les personnes à risque de contracter le VIH disposent d'un revenu adéquat, d'un logement stable et abordable et de programmes d'emploi, ils sont plus susceptibles de réduire leur risque et de rester en santé²²⁰. Cependant, le virus et son traitement peuvent nuire à leur capacité de conserver un emploi à plein temps²²¹. En raison de la façon dont les programmes sociaux sont conçus, des personnes porteuses du VIH pourraient devoir rester au travail lorsque leur santé est précaire (p. ex., pour avoir toujours accès à une assurance), ou ne pas être en mesure de retourner au travail lorsque leur santé s'améliore (pour éviter de perdre leur revenu d'invalidité ou leur assurance-médicaments)²²². La franchise du Programme de médicaments Trillium (destiné aux Ontariennes et Ontariens qui doivent assumer des frais élevés pour l'achat de médicaments) est un obstacle pour certaines personnes porteuses du VIH ayant un faible revenu, et pourrait les empêcher d'obtenir le traitement dont ils ont besoin ou de le suivre²²³.

NOTES

- ¹ Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit. Overview: HIV Diagnoses in Ontario, January to June 2013, http://www.ohemu.utoronto.ca/HIVupdate_overview.html (consulté le 24 novembre 2016)
- ² Samji, H., A. Cescon, R. S. Hogg, S. P. Modur, K. N. Althoff, K. Buchacz, A. N. Burchell, M. Cohen, K. A. Gebo, M. J. Gill et A. Justice. 2013. « Closing the Gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada », *PLOS One*, vol. 8, n° 12, p. e81355.
- ³ Unité d'épidémiologie appliquée, Réseau ontarien de traitement du VIH. 2015. <http://ohesi.ca/documents/What-is-OHESI.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁴ Réseau ontarien de traitement du VIH. The current state of the HIV epidemic among Aboriginal people in Ontario. 2014. <http://www.ohntn.on.ca/wp-content/uploads/sites/9/2014/09/Indigenous-Report-2014Final.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁵ Ibid.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ Herbst, J. H., E. D. Jacobs, T. J. Finlayson, V. S. McKleroy, M. S. Neumann, N. Crepaz, HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. « Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review », *AIDS and Behavior*, janv. 2008, vol. 12, n° 1, p. 1-17.
- ⁸ Bauer, G. R., N. Redman, K. Bradley et A. I. Scheim. « Sexual Health of Trans Men Who Are Gay, Bisexual, or Who Have Sex with Men: Results from Ontario, Canada », *International Journal of Transgenderism*, 2013, vol. 14, n° 2, p. 66-74.
- ⁹ Gilbert, M. (communication personnelle), Unité d'épidémiologie appliquée, Réseau ontarien de traitement du VIH, avril 2016.
- ¹⁰ ONUSIDA. 2014. 90-90-90: Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf .
- ¹¹ Ontario AIDS Network. The Ontario Accord. <http://oan.red/ontario-accord> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹² Singer, M. 1994. « AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology », *Social Science & Medicine*, vol. 39, n° 7, p. 931-948.
- ¹³ Mahajan, A. P., J. N. Sayles, V. A. Patel, R. H. Remien, D. Ortiz, G. Szekeres et T. J. Coates. 2008. « Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the forward », *AIDS*, vol. 22 (suppl. 2), p. S67-S79.
- ¹⁴ Loutfy, M., C. Logie, Y. Zhang, S. Blitz, S. Margolese, W. Tharao, S. Rourke, S. Rueda et J. Raboud. 2012. « Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada », *PLOS One*, vol 7, n° 12, p. e48168.
- ¹⁵ Ibid.

- ¹⁶ Myers, T., R. S. Remis, W. Husbands, S. J. Taleski, J. Liu, D. Allman, O. Hassan. 2011. Technical report: Lambda survey: M-Track Ontario second generation surveillance. AIDS Committee of Toronto.
- ¹⁷ Agence de la santé publique du Canada. 2013. Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁸ Mykhalovskiy, E., et G. Betteridge. 2012. « Who? What? Where? When? And with what consequences? An analysis of criminal cases of HIV non-disclosure in Canada », *Revue Canadienne Droit et Société*, vol. 27, n° 1, p. 31-53.
- ¹⁹ Remis, R., C. Swantee et J. Liu. 2012. Report on HIV/AIDS in Ontario 2009. Toronto: Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit. http://www.ohemu.utoronto.ca/doc/2011/PHERO2009_report_preliminary.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ²⁰ Données fournies par le Laboratoire de santé publique de l'Ontario. 2014.
- ²¹ Choi S. K., D. R. Holtgrave, J. Bacon, R. Kennedy, J. Lush, F. McGee, G. A. Tomlinson et S. B. Rourke. 2016. « Economic Evaluation of Community-based HIV Prevention Programs in Ontario: Evidence of Effectiveness in Reducing HIV infections and Health Care Costs », *AIDS and Behavior*. Vol. 26, n° 6, p. 1143-1156.
- ²² Loutfy, M. R., W. Wu, M. Letchumanan, L. Bondy, T. Antoniou, S. Margolese, Y. Zhang, S. Rueda, F. McGee, R. Peck, L. Binder, P. Allard, S. B. Rourke et P. A. Rochon. 2013. « Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy », *PLOS One*, vol. 8, n° 2, p. e55747.
- ²³ Cohen, M.S., M. K. Smith, K. E. Muessig, T. B. Hallett, K. A. Powers et A. D. Kashuba. 2013. « Antiretroviral treatment of HIV-1 prevents transmission of HIV-1: Where do we go from here? », *The Lancet*, vol. 382, n° 9903, p. 1515-1524.
- ²⁴ Rodger, A., T. Bruun, V. Cambiano, P. Vernazza, V. Strada et J. Van Lunzen. 2014. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER Study, 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, p. 3-6.
- ²⁵ Phillips, A. 2013. « How effective is TasP? Potential impact of research models », exposé présenté lors de la XIe Conférence internationale sur l'impact du sida.
- ²⁶ Raboud, J., M. Li, S. Walmsley, C. Cooper, S. Blitz, A. M. Bayoumi, S. Rourke, S. Rueda, A. Rachlis, N. Mittmann, M. Smieja, E. Collins et M. R. Loutfy. 2011. « Once daily dosing improves adherence to antiretroviral therapy », *AIDS and Behavior*, vol. 15, n° 7, p. 1397-1409.
- ²⁷ Genberg, B. L., I. B. Wilson, D. R. Bangsberg, J. Arnsten, K. Goggin, R. H. Remien, J. Simoni, R. Gross, N. Reynolds, M. Rosen et H. Liu. 2012. « Patterns of antiretroviral adherence and impact on HIV RNA among patients in North America », *AIDS*. Vol. 26, n° 11, p. 1415.
- ²⁸ Sullivan, P. S., A. Carballo-Diéguez, T. Coates, S. M. Goodreau, I. McGowan, E. J. Sanders, A. Smith, P. Goswami et J. Sanchez. 2012. « Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men », *The Lancet*, volume 380, n° 9839, pages 388-399.
- ²⁹ Rey, D. 2011. « Post-exposure prophylaxis for HIV infection », *Expert Review of Anti-infective Therapy*, vol. 9, n° 4, p. 431-432.
- ³⁰ Baeten, J. M., J. E. Haberer, A. Y. Liu et N. Sista. 2013. « Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: Where have we been and where are we going? », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 63, suppl. 2, p. S122-129.

- ³¹ Molina, J. M., C. Capitant, B. Spire, G. Pialoux, C. Chidiac et I. Charreau. 2015. On Demand PrEP With Oral TDF-FTC in MSM: Results of the ANRS Ipergay Trial, 2015 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, p. 23-26.
- ³² McCormack, S. et D. Dunn. 2015. Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis: The PROUD Study. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), p. 23-26.
- ³³ Molina, J. M., C. Capitant, B. Spire, G. Pialoux, C. Chidiac et I. Charreau. 2015. On Demand PrEP With Oral TDF-FTC in MSM: Results of the ANRS Ipergay Trial, 2015 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, p. 23-26.
- ³⁴ McCormack, S. et D. Dunn. 2015. Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis: The PROUD Study. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), p. 23-26.
- ³⁵ Baeten, J. M., J. E. Haberer, A. Y. Liu et N. Sista. 2013. « Preexposure prophylaxis for HIV prevention: where have we been and where are we going? » *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 63, suppl. 2, p. S122-129.
- ³⁶ Sharma, S., J. Wilton, H. Senn, S. Fowler et D. H. Tan. 2014. « Preparing for PrEP: Perceptions and readiness of Canadian physicians for the implementation of HIV pre-exposure prophylaxis », *PLOS One*, vol. 9, n° 8, p. e105283.
- ³⁷ Van de Ven, P., S. Kippax, J. Crawford, P. Rawstorne, G. Prestage, A. Grulich et D. Murphy. 2002. « In a minority of gay men, sexual risk practice indicates strategic positioning for perceived risk reduction rather than unbridled sex », *AIDS Care*, vol. 14, n° 4, p. 471-480.
- ³⁸ Ibid.
- ³⁹ Gorgos, L. 2013. « Sexual transmission of viral hepatitis », *Infectious Disease Clinics of North America*, vol. 27, n° 4, p. 811-836.
- ⁴⁰ Schmidt, A. J., J. K. Rockstroh, M. Vogel, M. A. der Heiden, A. Baillot, I. Krznaric et D. Radun. 2011. « Trouble with bleeding: Risk factors for acute hepatitis C among HIV-positive gay men from Germany - A case-control study », *PLOS One*, vol. 6, n° 3, p. e17781.
- ⁴¹ Van de Laar, T., O. Pybus, S. Bruisten, D. Brown, M. Nelson, S. Bhagani, M. Vogel, A. Baumgarten, M. L. Chaix, M. Fisher et H. Gotz. 2009. « Evidence of a large, international network of HCV transmission in HIV-positive men who have sex with men », *Gastroenterology*, vol. 136, n° 5, p. 1609-1617.
- ⁴² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2011. « Sexual transmission of hepatitis C virus among HIV-infected men who have sex with men - New York City, 2005-2010 », *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, vol. 60, n° 28, p. 945-950.
- ⁴³ Burchell, A. N., S. L. Gardner, T. Mazulli, M. Manno, J. Rouboud, V. G. Allen, A. M. Bayoumi, R. Kaul, F. McGee, P. Millson et R. S. Remis. 2015. « Hepatitis C virus (HCV) seroincidence among HIV-positive men in Ontario who have sex with men (MSM) and no history of injection drug use: Results from a clinical HIV cohort. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, vol. 26, n° 1, p. 17-22.
- ⁴⁴ Remis, R., et J. Liu. 2011. Epidemiology of Hepatitis C Infection in Ontario, 2010, http://www.ohemu.utoronto.ca/Docs/Epidemiology_of_Hepatitis_C_infection_in_Ontario.pdf. (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁴⁵ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Agence de la santé publique du Canada. 2013. OCRSO. Perspectives des services de première ligne. Sommaire et analyse annuels des données fournies par les services communautaires liés au VIH et au sida en Ontario. https://www.ochart.ca/documents/Resources_Reports.htm (consulté le 24 novembre 2016).

- ⁴⁶ Agence de la santé publique du Canada. 2008. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement - Section 6 - Populations spécifiques : Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php>.
- ⁴⁷ Allen, V. G., D. J. Farrell, A. Rebbapragada, J. Tan, N. Tijet, S. J. Perusini, L. Towns, S. Lo, D. E. Low et R. G. Melano. 2010. « Molecular analysis of antimicrobial resistance mechanisms in *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Ontario, Canada », *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, vol. 55, n° 2, p. 703-712.
- ⁴⁸ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Agence de la santé publique du Canada. 2013. OCRSO. Perspectives des services de première ligne. Sommaire et analyse annuels des données fournies par les services communautaires liés au VIH et au sida en Ontario. https://www.ochart.ca/documents/Resources_Reports.htm (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁴⁹ Sanders, T.C. 2008. « M4M chat rooms: Individual socialization and sexual autonomy », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 10, n° 3, p. 263-276.
- ⁵⁰ Brym, R.J., et R. L. Lenton. 2001. Love Online: A report on digital dating in Canada, <http://www.bestsoftworks.com/docs/loveonline.pdf>.
- ⁵¹ Réseau ontarien de traitement du VIH. 2013. Gay men's testing blitz: An evaluation of the 2011-2012 HIV and syphilis testing campaign in Toronto and Ottawa. 2013. <http://216.119.93.3/Pages/Knowledge-Exchange/hiv-testing/OHTN-Gay-Testing-Blitz-Dec-17.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁵² National Institute of Allergy and Infectious Diseases. 2015. Starting antiretroviral treatment early improves outcomes for HIV-infected individuals. National Institutes of Health News. 2015. <https://www.niaid.nih.gov/news-events/starting-antiretroviral-treatment-early-improves-outcomes-hiv-infected-individuals> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁵³ Samji, H., A. Cescon, R. S. Hogg, S. P. Modur, K. N. Althoff, K. Buchacz, A. N. Burchell, M. Cohen, K. A. Gebo, M. J. Gill et A. Justice. 2013. « Closing the Gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada », *PLOS One*, vol. 8, n° 12, p. e81355.
- ⁵⁴ Van Sighem, A., L. Gras, P. Reiss, K. Brinkman et de Wolf. 2010. ATHENA national observational cohort study. « Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals », *AIDS*, 2010, vol. 24, n° 10, p. 1527-1535.
- ⁵⁵ Samji, H., A. Cescon, R. S. Hogg, S. P. Modur, K. N. Althoff, K. Buchacz, A. N. Burchell, M. Cohen, K. A. Gebo, M. J. Gill et A. Justice. 2013. « Closing the Gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada », *PLOS One*, vol. 8, n° 12, p. e81355.
- ⁵⁶ Zakher, B., I. Blazina et R. Chou. 2014. « Association between knowledge of HIV-positive status or use of antiretroviral therapy and high-risk transmission behaviours: Systematic review », *AIDS Care*, vol. 26, n° 4, p. 514-521.
- ⁵⁷ Hull, M. W., et J. Montaner. 2011. « Antiretroviral therapy: A key component of a comprehensive HIV prevention strategy », *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 8, n° 2, p. 85-93.
- ⁵⁸ Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Section 6 - Populations spécifiques. Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. 2013. <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-3-fra.php> (consulté le 24 novembre 2016).

- ⁵⁹ Bureau de lutte contre le sida de l'Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Guidelines for HIV counselling and testing. http://www.ohsutp.ca/uploads/Ontario_HIV_Testing_guidelines.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁶⁰ Remis, R. S., C. Swantee, et J. Liu. 2012. Report on HIV/AIDS in Ontario 2009. Toronto: Ontario HIV Epidemiologic Monitoring Unit. 2012. http://www.ohemu.utoronto.ca/doc/2011/ PHERO2009_report_preliminary.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁶¹ Réseau ontarien de traitement du VIH. 2013. Gay Men's Testing Blitz: An evaluation of the 2011-2012 HIV and syphilis testing campaign in Toronto and Ottawa. <http://216.119.93.3/Pages/Knowledge-Exchange/hiv-testing/OHTN-Gay-Testing-Blitz-Dec-17.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁶² Agence de la santé publique du Canada. Point-of-care HIV testing using rapid HIV test kits: Guidance for healthcare professionals. 2007. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07pdf/33s2-fra.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁶³ Remis, R., et J. Liu. 2013. HIV/AIDS in Ontario: Preliminary Report, 2011, http://www.ohemu.utoronto.ca/doc/PHERO2011_report_preliminary.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁶⁴ T. Trussler et D. Ham. Community-Based Research Centre for Gay Men's Health. Gay generations: Life course and gay men's health. Findings from the national Sex Now Survey. http://cbrc.net/sites/cbrc.net/files/sexnow_gaygens_RGB_161025.pdf. (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁶⁵ Bernstein, K.T., K. L. Liu, E. M. Begier, B. Koblin, A. Karpati et C. Murrill. 2008. « Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York City men who have sex with men: implications for HIV testing approaches », *Archives of Internal Medicine*, vol. 168, n° 13, p. 1458-1464.
- ⁶⁶ Bureau de lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Guidelines for HIV Counselling and Testing. 2008. http://www.ohsutp.ca/uploads/Ontario_HIV_Testing_guidelines.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁶⁷ Ibid.
- ⁶⁸ Bureau de lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 2012. Ontario's HIV Testing Frequency Guidelines: Guidance for Counselors and Health Professionals. <http://www.catie.ca/sites/default/files/HIV-testing-frequency-guidelines.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁶⁹ Société canadienne du sida. Les déterminants sociaux de la santé et la vulnérabilité des femmes au VIH au Canada, 2012, <http://www.yumpu.com/fr/document/view/30236024/les-dss-et-la-vulnerabilite-des-femmes-au-vih-au-canadapdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁷⁰ Kiefer, L., J. Globerman, C. Bannan, K. English, J. Bacon et M. Q. Shi. « Testing the Limits: Survey results from a prison-based HIV rapid point-of-care testing pilot program », affiche présentée au Congrès de recherche de l'Association canadienne de recherche sur le VIH/sida, 2013.
- ⁷¹ Ibid.
- ⁷² Ibitoye, M., T. Frasca, R. Giguere et A. Carballo-Diéguez. 2014. « Home testing past, present and future: Lessons learned and implications for HIV home tests », *AIDS and Behavior*, vol. 18, n° 5, p. 933-949.
- ⁷³ Terrence Higgins Trust. 2015. HIV Self-Testing, <http://www.tht.org.uk/sexual-health/About-HIV/HIV-self-testing> (consulté le 24 novembre 2016).

- ⁷⁴ Frasca, T., I. Balan, M. Ibitoye, J. Valladares, C. Dolezal et A. Carballo-Diéíguez. 2014. « Attitude and behaviour changes among gay and bisexual men after use of rapid home HIV tests to screen sexual partners », *AIDS and Behavior*, vol. 18, n° 5, p. 950-957.
- ⁷⁵ Ibitoye, M., T. Frasca, R. Giguere et A. Carballo-Diéíguez. 2014. « Home testing past, present and future: Lessons learned and implications for HIV home tests », *AIDS and Behavior*, vol. 18, n° 5, p. 933-949.
- ⁷⁶ Rourke, S. B., S. Gardner, A. N. Burchell, J. Raboud, S. Rueda, A. M. Bayoumi, M. Loutfy, C. Cooper, M. Smieja, D. Taylor et T. DiPede. 2013. « Cohort Profile: the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS) », *International Journal of Epidemiology*, vol. 42, n° 2, p. 402-411.
- ⁷⁷ National Institute of Allergy and Infectious Diseases. 2015. « Starting Antiretroviral Treatment Early Improves Outcomes for HIV-Infected Individuals », *National Institutes of Health News* <https://www.niaid.nih.gov/news-events/starting-antiretroviral-treatment-early-improves-outcomes-hiv-infected-individuals> (consulté le 24 novembre 2016).
- ⁷⁸ Carvalhal, A., J. G. Baril, F. Crouzat, J. De Wet, P. Junod, C. Kovacs et N. Sheehan. 2012. « Recognizing cognitive and psychiatric changes in the post-highly active antiretroviral therapy era », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, vol. 23, n° 4, p. 209-215.
- ⁷⁹ Ibid.
- ⁸⁰ Medford, R., et I. E. Salit. 2013. « Retrospective analysis of HIV-infected men with anal cancer attending the Toronto General Hospital Immunodeficiency Clinic, Toronto, Ontario, Canada (1985-2013) », *Sexual Health*, vol. 10, n° 6, p. 582-583.
- ⁸¹ Burgess, M. J., et M. J. Kasten. 2013. « Human immunodeficiency virus: what primary care clinicians need to know », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 88, n° 12, p. 1468-1474.
- ⁸² Ibid.
- ⁸³ Ibid.
- ⁸⁴ Deeks, S. G., R. Tracy et D. C. Douek. 2013. « Systemic effects of inflammation on health during chronic HIV infection », *Immunity*, vol. 39, n° 4, p. 633-645.
- ⁸⁵ Heaton, R. K., D. R. Franklin, R. J. Ellis, J. A. McCutchan, S. L. Letendre, S. LeBlanc, S.H. Corkran, N. A. Duarte, D. B. Clifford, S.P. Woods et A. C. Collier AC. 2011. « HIV-associated neurocognitive disorders before and during the era of combination antiretroviral therapy: Differences in rates, nature, and predictors », *Journal of Neurovirology*, vol. 17, n° 1, p. 3-16.
- ⁸⁶ Ciesla J. A. et J. E. Roberts. 2001. « Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders », *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, n° 5, p. 725-730.
- ⁸⁷ Israelski D. M., D. E. Prentiss, S. Lubega, G. Balmas, P. Garcia, M. Muhammad, S. Cummings et C. Koopman. 2007. « Psychiatric co-morbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS », *AIDS Care*, vol. 19, n° 2, p. 220-225.
- ⁸⁸ Rusch, M., S. Nixon, A. Schilder, P. Braitstein, K. Chan et R. S. Hogg. 2004. « Impairments, activity limitations and participation restrictions: prevalence and associations among persons living with HIV/AIDS in British Columbia », *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 2, n° 1, p. 1.
- ⁸⁹ Deeks, S. G., R. Tracy et D. C. Douek. 2013. « Systemic effects of inflammation on health during chronic HIV infection », *Immunity*, vol. 39, n° 4, p. 633-645.

- ⁹⁰ Tate, J.P., A. C. Justice, M. D. Hughes, F. Bonnet, P. Reiss, A. Mocroft, J. Natterman, F. C. Lampe, H. C. Bucher, T. R. Sterling et H. M. Crane. 2013. « An internationally generalizable risk index for mortality after one year of antiretroviral therapy », *AIDS*, vol. 27, n° 4, p. 563.
- ⁹¹ Somarriba, G., D. Neri, N. Schaefer et T. L. Miller. 2010. « The effect of aging, nutrition, and exercise during HIV infection », *HIV AIDS (Auckl)*, vol. 2, p. 191-201.
- ⁹² Ibid.
- ⁹³ Brown, J. L., et P. A. Venable. 2008. « Cognitive-behavioural stress management interventions for persons living with HIV: A review and critique of the literature », *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 35, n° 1, p. 26-40.
- ⁹⁴ Besedovsky, L., T. Lange et J. Born. 2012. « Sleep and immune function ». *Pflügers Archiv-European Journal of Physiology*, vol. 463, n° 1, p. 121-137.
- ⁹⁵ Marshall, M. M., M. C. McCormack et G. D. Kirk. 2009. « Effect of cigarette smoking on HIV acquisition, progression, and mortality », *AIDS Education and Prevention*, vol. 21, supplément au n° 3, p. 28-29.
- ⁹⁶ Korthuis, P. T., D. A. Fiellin, K. A. McGinnis, M. Skanderson, A. C. Justice, A. J. Gordon, D. A. Doebler, S. M. Asch, L. E. Fiellin, K. Bryant et C. L. Gibert. 2012. « Unhealthy alcohol and illicit drug use are associated with decreased quality of HIV care », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 61, n° 2, p. 171-178.
- ⁹⁷ Ibid.
- ⁹⁸ Helleberg, M., S. Afzal, G. Kronborg, C. S. Larsen, G. Pedersen, C. Pedersen, J. Gerstoft, B. G. Nordestgaard et N. Obel. 2013. « Mortality attributable to smoking among HIV-1-infected individuals: a nationwide, population-based cohort study », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 56, n° 5, p. 727-734.
- ⁹⁹ OHTN Rapid Response Service. Models of outpatient care for the ongoing care and treatment of people living with HIV. Réseau ontarien de traitement du VIH, 2011. <http://63.135.124.232/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR41-2011-Outpatient-Care-Models.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁰⁰ Ibid.
- ¹⁰¹ Chu, C., et P. A. Selwyn. 2011. « An epidemic in evolution: the need for new models of HIV care in the chronic disease era », *Journal of Urban Health*, vol. 88, n° 3, p. 556-566.
- ¹⁰² Bacon, J., J. N. Lavis et S. Rourke. 2010. McMaster Health Forum Issue Brief: Addressing housing challenges faced by people with HIV. <http://homelesshub.ca/resource/mcmaster-health-forum-issue-brief-addressing-housing-challenges-faced-people-hiv> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁰³ Kidder, D. P., R. J. Wolitski, M. L. Campsmith et G. V. Nakamura. 2007. « Health status, health care use, medication use, and medication adherence in homeless and housed people living with HIV/AIDS », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 12, p. 2238-2245.
- ¹⁰⁴ Palepu, A., M. J. Milloy, T. Kerr, R. Zhang et E. Wood. 2011. « Homelessness and adherence to antiretroviral therapy among a cohort of HIV-infected injection drug users », *Journal of Urban Health*, vol. 88, n° 3, p. 545-555.
- ¹⁰⁵ Buchanan, D. R., R. Kee, L. S. Sadowski et D. Garcia. 2009. « The Health Impact of Supportive Housing for HIV-Positive Homeless Patients: A Randomized Controlled Trial », *American Journal of Public Health*, vol. 99, suppl. 3, p. 675-680.

- ¹⁰⁶ Leaver, C. A., G. Bargh, J. R. Dunn et S. W. Hwang. 2007. « The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: A systematic review of the literature », *AIDS and Behavior*, vol. 11, n° supplémenteaire 2, p. 85-100.
- ¹⁰⁷ Goering, P., S. Veldhuizen, A. Watson, C. Adair, B. Kopp, E. Latimer, G. Nelson et T. Aubry. 2014. Rapport final du projet pancanadien Chez Soi, Calgary (Alberta), Commission de la santé mentale du Canada. [http:// www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2_0.pdf) (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁰⁸ Bamberger, J. D., M. Antonetty, J. Bauer et A. McKenna. 2011. Hot Spotters: Prioritizing HIV positive high users for supportive housing to contain public health costs. <http://www.hivhousingsummit.org/2011/Presentations/Joshua-Bamberger-Margot-Antonetty-Joanna-Bauer-Ashley-McKenna.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁰⁹ Rourke, S. B., M. Sobota, R. Tucker, T. M. Bekele, K. Gibson, S. Greene, C. Price, J. J. Koornstra, L. Monette, S. Byers et J. Watson. 2011. « Social determinants of health association with hepatitis C co-infection among people living with HIV: results from the Positive Spaces, Healthy Places study », *Open Medicine*, vol. 5, n° 3. p. 120-131.
- ¹¹⁰ Rueda S., J. Raboud, M. Plankey, D. Ostrow, C. Mustard, S. B. Rourke, L. P. Jacobson, T. Bekele, A. Bayoumi, J. Lavis et R. Detels. 2012. Labor force participation and health-related quality of life in HIV-positive men who have sex with men: The Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS and Behavior*, vol. 16 n° 8, p. 2350-2360.
- ¹¹¹ Rank C., A. Sullivan, K. Wu et R. S. Remis. 2014. « Timely linkage to care following HIV diagnosis in Ontario: Encouraging results at a key stage in the cascade of HIV care ». Présentation au Congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH.
- ¹¹² Ibid.
- ¹¹³ Magidson J. F., K. B. Biello, S. A. Safren, J. G. Rosenberger, D. S. Novak, K. H. Mayer et M. J. Mimiaga. 2015. Engagement in HIV care and sexual transmission risk behavior among men who have sex with men using online social/sexual networking in Latin America. *AIDS Care*. Vol. 27, n° 8, p. 1055-1062.
- ¹¹⁴ Wiener, L.S., B. A. Kohrt et H. B. Battles. 2011. « The HIV experience: youth identified barriers for transitioning from pediatric to adult care », *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 36, n° 2, p. 141-154.
- ¹¹⁵ Ibid.
- ¹¹⁶ Ibid.
- ¹¹⁷ Laschinger, S. J., L. Van Manen, T. Stevenson et F. Fothergill-Bourbonnais. 2005. « Health care providers' and patients' perspectives on care in HIV ambulatory clinics across Ontario », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 16, n° 1, p. 37-48.
- ¹¹⁸ OHTN Rapid Response Service. Models of outpatient care for the ongoing care and treatment of people living with HIV. 2011. Réseau ontarien de traitement du VIH. <http://63.135.124.232/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR41-2011-Outpatient-Care-Models.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹¹⁹ Burchell, A.N., S. Gardner, L. Light, B. Ellis, T. Antoniou, J. Bacon, A. Benoit, C. Cooper, C. Kendall, M. Loutfy et F. McGee. 2015. « Engagement in HIV care among persons enrolled in a clinical HIV cohort in Ontario, Canada, 2001-2011 ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 70, n° 1, p. e10-9.

- ¹²⁰ Bekele T., S. Rueda, S. Gardner, J. Raboud, M. Smieja, R. Kennedy, D. Fletcher, A. N. Burchell, J. Bacon, S. B. Rourke, the OHTN Cohort Study Team. Trends and correlates of cigarette smoking and its impacts on health-related quality of life among people living with HIV: Findings from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study, 2008-2014. *AIDS Patient Care and STDs*. 2016 (sous presse).
- ¹²¹ Bekele, T., S. Rueda, S. Gardner, A. Burchell, R. Kennedy, B. Leahy, D. Fletcher, J. Cairney, J. Bacon, S. B. Rourke, équipe de recherche de l'Étude de cohorte de l'OHTN. 2013. Présentation au Congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH, Vancouver, avril 2013.
- ¹²² Wewers, M. D., P. T. Diaz, M. E. Wewers, M. P. Lowe, H. N. Nagaraja et T. L. Clanton. 1998. « Cigarette smoking in HIV infection induces a suppressive inflammatory environment in the lung », *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 158, n° 5, p. 1543-1549.
- ¹²³ Shuter, J., et S. L. Bernstein. 2008. « Cigarette smoking is an independent predictor of nonadherence in HIV-infected individuals receiving highly active antiretroviral therapy », *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 10, n° 4, p. 731-736.
- ¹²⁴ Choi S.K., E. Boyle, J. Cairney, E. J. Collins, S. Gardner, J. Bacon et S. B. Rourke. 2016. Prevalence, recurrence, and incidence of current depressive symptoms among people living with HIV in Ontario, Canada: Results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PloS One*, vol. 11, n° 11, p. e0165816.
- ¹²⁵ Rourke, S. B., M. Sobota, R. Tucker, T. Bekele, K. Gibson, S. Greene, C. Price, J. J. Koornstra, L. Monette, S. Byers et J. Watson. 2011. « Social determinants of health association with hepatitis C co-infection among people living with HIV: results from the Positive Spaces, Healthy Places study », *Open Medicine*, vol. 5, n° 3. p. 120-131.
- ¹²⁶ Rourke, S. B., S. Gardner, A. N. Burchell, J. Raboud, S. Rueda, A. M. Bayoumi, M. Loutfy, C. Cooper, M. Smieja, D. Taylor et T. DiPede. 2012. « Cohort Profile: the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS) », *International Journal of Epidemiology*, vol 42, n° 2, p. 402-411.
- ¹²⁷ Challacombe L. L'épidémiologie du VIH au Canada. 2016. <http://www.catie.ca/sites/default/files/epi%20hiv%20FR%202016%2007%2007.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹²⁸ Falutz, J. 2011. « Aging gracefully with HIV: How did we get here and where are we going? », présentation à l'Association canadienne de gérontologie, Ottawa, oct. 2011, http://www.hivandrehab.ca/EN/documents/J_Falutz-Ottawa2011Final.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹²⁹ Carvalhal, A., J. G. Baril, F. Crouzat, J. De Wet, P. Junod, C. Kovacs et N. Sheehan. 2012. « Recognizing cognitive and psychiatric changes in the post-highly active antiretroviral therapy era », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, vol. 23, n° 4, p. 209-215.
- ¹³⁰ Communication personnelle avec le Positive Care Program de l'Hôpital St. Michael, 2015.
- ¹³¹ Samji, H., A. Cescon, R. S. Hogg, S. P. Modur, K. N. Althoff, K. Buchacz, A. N. Burchell, M. Cohen, K. A. Gebo, M. J. Gill et A. Justice. 2013. « Closing the Gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada », *PLOS One*, vol. 8, n° 12, p. e81355.
- ¹³² O'Brien, K. K., S. Hanna, S. Gardner, A.M. Bayoumi, S. Rueda, T. A. Hart, C. Cooper, P. Solomon, S. B. Rourke et A. M. Davis. 2014. « Validation of the Episodic Disability Framework with adults living with HIV », *Disability and Rehabilitation*, vol. 36, n° 4, p. 319-329.
- ¹³³ Rueda, S., J. Raboud, M. Plankey, D. Ostrow, C. Mustard, S. B. Rourke, L. P. Jacobson, T. Bekele, A. Bayoumi, J. Lavis et R. Detels. 2012. « Labor force participation and health-related quality of life in HIV-positive men who have sex with men: The Multicenter AIDS Cohort Study », *AIDS and Behavior*, vol. 16, n° 8, p. 2350-2360.

- ¹³⁴ Gouvernement de l'Ontario. Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/10e14> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹³⁵ Myers T., R. S. Remis, W. Husbands, S. J. Taleski, J. Liu, D. Allman et O. Hassan. 2011. Technical report: Lambda survey: M-Track Ontario second generation surveillance. AIDS Committee of Toronto.
- ¹³⁶ Attia, S., M. Egger, M. Müller, M. Zwahlen et N. Low. 2009. « Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: Systematic review meta-analysis », *AIDS*, vol. 23, n° 11, p. 1397-1404.
- ¹³⁷ Miller W. C., N. E. Rosenberg, S. E. Rutstein et K. A. Powers. 2010. The role of acute and early HIV infection in the sexual transmission of HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, vol. 5, n° 4, p. 277.
- ¹³⁸ Loutfy, M. R., W. Wu, M. Letchumanan, L. Bondy, T. Antoniou, S. Margolese, Y. Zhang, S. Rueda, F. McGee, R. Peck et L. Binder. 2013. « Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy », *PLOS One*, vol. 8, n° 2, p. e55747.
- ¹³⁹ Carias, A. M., S. McCoombe, M. McRaven, M. Anderson, N. Galloway, N. Vandergrift, A. J. Fought, J. Lurain, M. Duplantis, R. S. Veazey et T. J. Hope. 2013. « Defining the interaction of HIV-1 with the mucosal barriers of the female reproductive tract », *Journal of Virology*, vol. 87, n° 21, p. 11388-11400.
- ¹⁴⁰ Jin, F., J. Jansson, M. Law, G. P. Prestage, I. Zablotska, J. C. Imrie, S. Kippax, J. M. Kaldor, A. E. Grulich et D. P. Wilson. 2010. « Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART », *AIDS*, vol. 24, n° 6, p. 907.
- ¹⁴¹ Baggaley, R. F., R. G. White et M. C. Boily. 2010. « HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention », *International Journal of Epidemiology*, vol. 39, n° 4, p. 1048-1063.
- ¹⁴² Agence de la santé publique du Canada. 2012. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/rep-rap-2012/sum-som-fra.php> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁴³ Agence de la santé publique du Canada. 2008. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement - Section 6 - Populations spécifiques : Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-6-3-fra.php> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁴⁴ Wilton J. Chiffrer les risques lors d'une exposition au VIH. 2012. <http://www.catie.ca/fr/pdm/ete-2012/chiffrer-les-risques-lors-dune-exposition-vih> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁴⁵ Pebody R. HIV transmission risk during anal sex 18 times higher than during vaginal sex. 2010. <http://www.aidsmap.com/HIV-transmission-risk-during-anal-sex-18-times-higher-than-during-vaginal-sex/page/1446187/> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁴⁶ Boily M. C., R. F. Baggaley, L. Wang, B. Masse, R.G. White, R. J. Hayes et M. Alary. 2009. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 9, n° 2, p. 118-129.
- ¹⁴⁷ Centers for Disease Control and Prevention. 2010. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 59, RR-12, p. 1-110, http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5912a1.htm?s_cid=rr5912a1_e.

- ¹⁴⁸ Ibid.
- ¹⁴⁹ Rourke, S. B., S. Gardner, A. N. Burchell, J. Raboud, S. Rueda, A. M. Bayoumi, M. Loutfy, C. Cooper, M. Smieja, D. Taylor et T. DiPede. 2012. « Cohort Profile: the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study (OCS) », *International Journal of Epidemiology*, vol. 42, n° 2, p. 402-411.
- ¹⁵⁰ Challacombe L. L'épidémiologie du VIH au Canada. 2016. <http://www.catie.ca/sites/default/files/epi%20hiv%20FR%202016%2007%2007.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁵¹ Rotman Y. et T. J. Liang. 2009. Coinfection with hepatitis C virus and human immunodeficiency virus: Virological, immunological, and clinical outcomes. *Journal of Virology*, vol. 83, n° 15, p. 7366-7374.
- ¹⁵² Wilson, M., L. Chambers, J. Bacon, S. Rueda, M. Ragan et S. Rourke. 2010. Issues of comorbidities in HIV/AIDS: An overview of systematic reviews, Toronto (Ontario), Réseau ontarien de traitement du VIH. <http://www.a-id.org/pdf/issues-of-comorbidity-in-hiv-aids-an-overview-of-systematic-reviews-roundtable-draft.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁵³ Heaton, R. K., D. B. Clifford, D. R. Franklin Jr., S. P. Woods, C. Ake, F. Vaida, R. J. Ellis, S. L. Letendre, T. D. Marcotte, J. H. Atkinson et M. Rivera-Mindt. 2010. « HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study », *Neurology*, vol. 75, n° 23, p. 2087-2096.
- ¹⁵⁴ Ibid.
- ¹⁵⁵ Communication personnelle avec le HIV Comprehensive Care Program, Hospital for Sick Children, 2015.
- ¹⁵⁶ Falutz, J. 2011. « Aging gracefully with HIV: How did we get here and where are we going? », présentation à l'Association canadienne de gérontologie, Ottawa, oct. 2011, http://www.hivandrehab.ca/EN/documents/J_Falutz-Ottawa2011Final.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁵⁷ Remis, R., et J. Liu. 2013. HIV/AIDS in Ontario: Preliminary Report. http://www.ohemu.utoronto.ca/doc/PHERO2011_report_preliminary.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁵⁸ Dyer, T.P., S. Shoptaw, T. E. Guadamuz, M. Plankey, U. Kao, D. Ostrow, J. S. Chmiel, A. Herrick et R. Stall. 2012. « Application of syndemic theory to black men who have sex with men in the Multicenter AIDS Cohort Study », *Journal of Urban Health*, vol. 89, n° 4, p. 697-708.
- ¹⁵⁹ Leonard, L., A. Germain, A. Poncia et K. White-Jones. 2013. « HIV- and HCV-related risk among Ottawa youth who smoke crack: Findings from Project Rock », présenté à la conférence de recherche de 2013 du Réseau ontarien de traitement du VIH, Toronto, novembre 2013. <http://conference.ohtn.on.ca/past-conferences/2013/PDFs/110.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁶⁰ Rourke, S. B., M. Sobota, R. Tucker, T. Bekele, K. Gibson, S. Greene, C. Price, J. J. Koornstra, L. Monette, S. Byers et J. Watson. 2011. « Social determinants of health association with hepatitis C co-infection among people living with HIV: results from the Positive Spaces, Healthy Places study », *Open Medicine*, vol. 5, n° 3, p. 120-131.
- ¹⁶¹ Adam B. 2014. Linking Molecular and Social Cluster Analyses in HIV Transmission, conclusions inédites de cette étude.
- ¹⁶² Binford, M. C., S. Y. Kahana et F. L. Altice. 2012. « A systematic review of antiretroviral adherence interventions for HIV-infected people who use drugs », *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 9, n° 4, p. 287-312.

- ¹⁶³ Logie, C.H., L. James, W. Tharao et M. R. Loutfy. 2011. « HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: A qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada », *PLOS Medicine*, vol. 8, n° 11, p. e1001124.
- ¹⁶⁴ Ibid.
- ¹⁶⁵ Ibid.
- ¹⁶⁶ Herbst, J. H., E. D. Jacobs, T. J. Finlayson, V. S. McKleroy, M. S. Neumann, N. Crepaz, HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. 2008. « Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review », *AIDS and Behavior*, vol. 12, n° 1, p. 1-17.
- ¹⁶⁷ Baral, S.D., T. Poteat, S. Strömdahl, A. L. Wirtz, T. E. Guadamuz et C. Beyrer. 2013. « Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis », *The Lancet*, vol. 13, n° 3, p. 214-222.
- ¹⁶⁸ Nemoto, T., B. Bödeker, M. Iwamoto et M. Sakata. 2014. « Practices of receptive and insertive anal sex among transgender women in relation to partner types, sociocultural factors, and background variables », *AIDS Care*, vol. 26, n° 4, p. 434-440.
- ¹⁶⁹ Neundorfer, M.M., P. B. Harris, P. J. Britton et D. A. Lynch. 2005. « HIV-risk factors for midlife and older women », *The Gerontologist*, vol. 45, n° 5, p. 617-625.
- ¹⁷⁰ Baral, S.D., T. Poteat, S. Strömdahl, A. L. Wirtz, T. E. Guadamuz et C. Beyrer. 2013. « Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis », *The Lancet*, vol. 13, n° 3, p. 214-222.
- ¹⁷¹ Adams, A., M. Lundie, Z. Marshall, R. Pires, K. Scanlon, A. I M. Scheim et T. Smith. 2008. Getting primed: Informing HIV prevention with gay/bi/queer trans men in Ontario. Gay/Bisexual/Queer Trans Men's Working Group; 2008. [http://www.actoronto.org/website/research.nsf/pages/gettingprimed/\\$file/Getting%20primed%20-%20informing%20HIV%20prevention%20with%20gay-bi-queer%20trans%20men%20in%20Ontario.pdf](http://www.actoronto.org/website/research.nsf/pages/gettingprimed/$file/Getting%20primed%20-%20informing%20HIV%20prevention%20with%20gay-bi-queer%20trans%20men%20in%20Ontario.pdf) (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁷² Kenagy, G. et C. M. Hsieh. 2005. « The risk less known: Female-to-male transgender persons' vulnerability to HIV infection », *AIDS Care*, vol. 17, n° 2, p. 195-207.
- ¹⁷³ Loutfy, M. R., C. H. Logie, Y. Zhang, S. V. Blitz, S. L. Margolese, W. E. Tharao, S. B. Rourke, S. Rueda et J. M. Raboud. 2012. « Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada », *PLOS One*, vol 7, n° 12, p. e48168.
- ¹⁷⁴ Ibid.
- ¹⁷⁵ Ibid.
- ¹⁷⁶ Ibid.
- ¹⁷⁷ Rueda, S., J. Raboud, S. B. Rourke, T. Bekele, A. Bayoumi, J. Lavis, J. Cairney et C. Mustard. 2012. « Influence of employment and job security on physical and mental health in adults living with HIV: Cross-sectional analysis », *Open Medicine*, vol. 6, n° 4, p. 118-126.
- ¹⁷⁸ Ibid.
- ¹⁷⁹ Mooney-Somers, J., A. Olsen, W. Erick, R. Scott, A. Akee, J. Kaldor et L. Maher. 2011. « Learning from the past: Young Indigenous people's accounts of blood-borne viral and sexually transmitted infections as resilience narratives », *Culture, Health & Sexuality*, vol. 13, n° 2, p. 173-186.

- ¹⁸⁰ Kang, E., J. J. Chin et E. Behar. 2011. « Faith-based HIV care and prevention in Chinese immigrant communities: Rhetoric or reality? » *Journal of Psychology & Theology*, vol. 39, n° 3, p. 268.
- ¹⁸¹ Ibid.
- ¹⁸² Szaflarski, M. 2013. « Spirituality and religion among HIV-infected individuals », *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 10, n° 4, p. 324-332.
- ¹⁸³ Lazarus, L., J. Chettiar, K. Deering, R. Nabess et K. Shannon. 2011. « Risky health environments: Women sex workers' struggles to find safe, secure and non-exploitative housing in Canada's poorest postal code », *Social Science & Medicine*, vol. 73, n° 11, p. 1600-1607.
- ¹⁸⁴ Antoniou, T., B. Zagorski, M. R. Loutfy, C. Strike et R. H. Glazier. 2012. « Socio-economic- and sex-related disparities in rates of hospital admission among patients with HIV infection in Ontario: a population-based study », *Open Medicine*, vol. 6, n° 4, p. 146-154.
- ¹⁸⁵ Rourke S.B. 2016. Low income among people living with HIV - OHTN Cohort Study. Au congrès de recherche OHTN HIV Endgame 2016.
- ¹⁸⁶ Rourke, S. B., M. Sobota, R. Tucker, T. Bekele, K. Gibson, S. Greene, C. Price, J. J. Koornstra, L. Monette, S. Byers et J. Watson. 2011. « Social determinants of health association with hepatitis C co-infection among people living with HIV: results from the Positive Spaces, Healthy Places study », *Open Medicine*, vol. 5, n° 3. p. 120-131.
- ¹⁸⁷ Kidder, D. P. , R. J. Wolitski, S. L. Pals et M. L. Campsmith. 2008. « Housing status and HIV risk behaviors among homeless and housed persons with HIV », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 49, n° 4, p. 451-455.
- ¹⁸⁸ National AIDS Housing Coalition. Housing is HIV prevention and healthcare. National Housing and HIV/AIDS Research Summit Series. https://shnny.org/uploads/Housing_is_HIV_Prevention_and_Health_Care.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁸⁹ Kidder, D. P., R. J. Wolitski, M. L. Campsmith et G. V. Nakamura. 2007. « Health status, health care use, medication use, and medication adherence in homeless and housed people living with HIV/AIDS », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 12, p. 2238-2245.
- ¹⁹⁰ Ibid.
- ¹⁹¹ Ibid.
- ¹⁹² Ibid.
- ¹⁹³ Ville de Toronto. 2009. Cost savings analysis of the enhanced Streets to Homes Program. <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2009/ex/bgrd/backgroundfile-18574.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ¹⁹⁴ Ibid.
- ¹⁹⁵ Rueda, S., J. Raboud, M. Plankey, D. Ostrow, C. Mustard, S. B. Rourke, L. P. Jacobson, T. Bekele, A. Bayoumi, J. Lavis et R. Detels. 2012. « Labor force participation and health-related quality of life in HIV-positive men who have sex with men: the Multicenter AIDS Cohort Study », *AIDS and Behavior*, vol. 16, n° 8, p. 2350-2360.
- ¹⁹⁶ Gardezi, F., L. Calzavara, W. Husbands, W. Tharao, E. Lawson, T. Myers, A. Pancham, C. George, R. Remis, D. Willms et F. McGee. 2008. « Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Ontario », *AIDS Care*, vol. 20, n° 6, p. 718-725.
- ¹⁹⁷ Amibor, P., et A. B. Ogunrotifa. 2012. « Unravelling barriers to accessing HIV prevention services experienced by African and Caribbean communities in Canada: Lessons from Toronto », *Global Journal of Health Science*, vol. 4, n° 3, p. 1-12.

- ¹⁹⁸ Utama, R. B., A. Li, M. Poon et A. Dandal. 2013. « Migration as a critical life transition and resiliency strategy among Asian MSM in Toronto », présentation au Congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH, 2013.
- ¹⁹⁹ The Partici-Patrick Program: How an integrated approach to HIV/AIDS education in elementary schools can influence student knowledge, attitudes, and behaviour. <http://p4l.ca/wp-content/uploads/Partici-Patrick-Program.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ²⁰⁰ Vergidis, P. I., et M. E. Falagas. 2009. « Meta-analyses on behavioural interventions to reduce the risk of transmission of HIV », *Infectious Disease Clinics of North America*, vol. 23, n° 2, p. 309-314.
- ²⁰¹ Emler, C. A., D. J. Brennan, S. Brennenstuhl, S. Rueda, T. A. Hart et S. B. Rourke. 2013. « Protective and risk factors associated with stigma in a population of older adults living with HIV in Ontario, Canada », *AIDS Care*, vol. 25, n° 10, p. 1330-1339.
- ²⁰² Simoni, J. M., K. M. Nelson, J. C. Franks, S. S. Yard et K. Lehavot. 2011. « Are peer interventions for HIV efficacious? A systematic review », *AIDS and Behaviour*, vol. 15, n° 8, p. 1589-1595.
- ²⁰³ Ibid.
- ²⁰⁴ Ibid.
- ²⁰⁵ Leonard, L., E. DeRubeis, L. Pelude, E. Medd, N. Birkett et J. Seto. 2008. « "I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed », *International Journal of Drug Policy*, vol. 19, n° 3, p. 255-264.
- ²⁰⁶ Ibid.
- ²⁰⁷ OHTN Rapid Response Service. 2011. Rapid Review: Models of outpatient care for the ongoing care and treatment of people living with HIV, Réseau ontarien de traitement du VIH. <http://www.ohtn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR41-2011-Outpatient-Care-Models.pdf> (consulté le 24 novembre 2016).
- ²⁰⁸ Ibid.
- ²⁰⁹ Amibor, P., et A. B. Ogunrotifa. 2012. « Unravelling barriers to accessing HIV prevention services experienced by African and Caribbean communities in Canada: lessons from Toronto », *Global Journal of Health Science*, vol. 4, n° 3, p. 1.
- ²¹⁰ ONUSIDA. 2013. Ending overly broad criminalization of HIV non-disclosure, exposure and transmission. Critical scientific, medical and legal considerations, http://www.aidslaw.ca/EN/lawyers-kit/documents/UNAIDS-Ending_Crimin2013.pdf (consulté le 24 novembre 2016).
- ²¹¹ Mykhalovskiy, E. et G. Betteridge. 2012. « Who? What? Where? When? And with what consequences? An analysis of criminal cases of HIV non-disclosure in Canada », *Revue Canadienne Droit et Société*, vol. 27, n° 1, p. 31-53.
- ²¹² Hyshka, E., J. Butler-McPhee, R. Elliot, E. Wood et T. Kerr. 2012. « Canada moving backwards on illegal drugs », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 103, n° 2, p. 125-127.
- ²¹³ Réseau juridique canadien VIH/sida. 2013. Réseau juridique canadien VIH/sida. Réforme du droit sur le travail sexuel au Canada: considération des problèmes du modèle nordique. <http://www.aidslaw.ca/site/sex-work-law-reform-in-canada-considering-problems-with-the-nordic-model/?lang=fr> (consulté le 24 novembre 2016).

- ²¹⁴ Hatzenbuehler, M., C. O’Cleirigh, C. Grasso, K. Mayer, S. Safren et J. Bradford. 2012. « Effect of same-sex marriage laws on health care use and expenditures in sexual minority men: A quasi-natural experiment », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 2, p. 285-291.
- ²¹⁵ Ibid.
- ²¹⁶ Small, D. 2012. « Canada’s highest court unchains injection drug users; implications for harm reduction as a standard of healthcare », *Harm Reduction Journal*, vol. 9, n° 1. p. 34.
- ²¹⁷ Calzavara L., N. Ramuscak, A. N. Burchell, C. Swantee, T. Myers, P. Ford, M. Fearon et S. Raymond. 2007. « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 177, n° 3, p. 257-261.
- ²¹⁸ Derlega, V.J., B. A. Winstead, K. A. Gamble, K. Kelkar et P. Khuanghlawn. 2010. « Inmates with HIV, stigma, and disclosure decision-making », *Journal of Health Psychology*, vol. 15, n° 2, p. 258-268.
- ²¹⁹ Van Olphen, J., M. J. Eliason, N. Freudenberg et M. Barnes. 2009. « Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 4, n° 10.
- ²²⁰ Rueda, S., J. Raboud, M. Plankey, D. Ostrow, C. Mustard, S. B. Rourke, L. P. Jacobson, T. Bekele, A. Bayoumi, J. Lavis et R. Detels. 2012. « Labor force participation and health-related quality of life in HIV-positive men who have sex with men: the Multicenter AIDS Cohort Study », *AIDS and Behavior*, vol. 16, n° 8, p. 2350-2360.
- ²²¹ Ibid.
- ²²² Ibid.
- ²²³ Communication personnelle avec la Toronto People With AIDS Foundation, 2015.

