



2016

# Perspective des services de Première ligne



Sommaire et analyse annuels des données fournies par les services communautaires liés au VIH  
et au sida en Ontario. 1 Avril 2015 au 31 Mars 2016

2016

Perspective des services de  
**Première ligne**



Sommaire et analyse annuels des données fournies par les services communautaires liés au VIH  
et au sida en Ontario. 1 Avril 2015 au 31 Mars 2016

## Remerciements

Le Bureau de lutte contre le sida remercie les programmes qui leur ont fourni les données utilisées dans le présent rapport. Les bailleurs de fonds apprécient le temps et l'attention investis dans la cueillette des données et la complétion des formulaires de l'Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes (OERVSCO). Le Bureau de lutte contre le sida et le BR de l'Ontario de l'ASPC remercient également tous les individus qui ont contribué tout au long de l'année à améliorer les questions et la précision des données de l'OERVSCO.

De plus, le Bureau de lutte contre le sida remercie le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN) pour son appui à l'égard de l'OERVSCO. Ceci inclut le maintien de l'outil OERVSCO en ligne, la prestation continue de formation et de soutien aux programmes quant à l'utilisation de l'OERVSCO, ainsi que le stockage, l'extraction et l'analyse des données utilisées dans le présent rapport.

Pour plus d'information sur la façon de remplir les formulaires de l'OERVSCO ou pour obtenir des données et des rapports concernant un programme en particulier, veuillez communiquer avec :

**Ashley Menard**

416-642-6486 x2303

[ochart@ohntn.on.ca](mailto:ochart@ohntn.on.ca)



Réseau ontarien de traitement du VIH  
1300, rue Yonge, bureau 600, Toronto, ON M4T 1X3  
[www.ohntn.on.ca](http://www.ohntn.on.ca)

Ce rapport est téléchargeable à :

[www.ochart.ca/reports](http://www.ochart.ca/reports)

### Demandes de données

L'OHTN répondra avec plaisir aux demandes de données spécifiques d'organismes communautaires. Veuillez remplir un formulaire de demandes de données, à

[www.ohntn.on.ca/evidence-based-practice-unit](http://www.ohntn.on.ca/evidence-based-practice-unit)

## Collaborateurs

**Joanne Lush**

Consultante principale en programmes, Bureau de lutte contre le sida, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Samantha MacNeill**

Analyste principale des politiques, Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C, Programmes de lutte contre le sida et l'hépatite C, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Jean Bacon**

Directrice, Politiques sur la santé et Échange et transfert des connaissances, OHTN

**Diana Campbell**

Coordonnatrice, développement de programme, Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique, OHTN

**Ashley Menard**

Coordonnatrice, OERVSCO, Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique, OHTN

**Michelle Song**

Spécialiste, Base de données, Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique, OHTN

**Maria Hatzipantelis**

Coordonnatrice, évaluation, Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique, OHTN

**James Wilton**

Épidémiologiste, épidémiologie appliquée, OHTN

**Chris Carriere**

Coordonnateur, Échange et transfert des connaissances, OHTN

**Kohila Kurunathan**

Spécialiste, production Web et imprimée, OHTN

**Katherine Murray**

Gestionnaire, Échange et transfert des connaissances, OHTN

**Emily White**

Coordonnatrice des Communications en Langages Scientifique et Simple

**Ce rapport doit être cité de la manière suivante :**

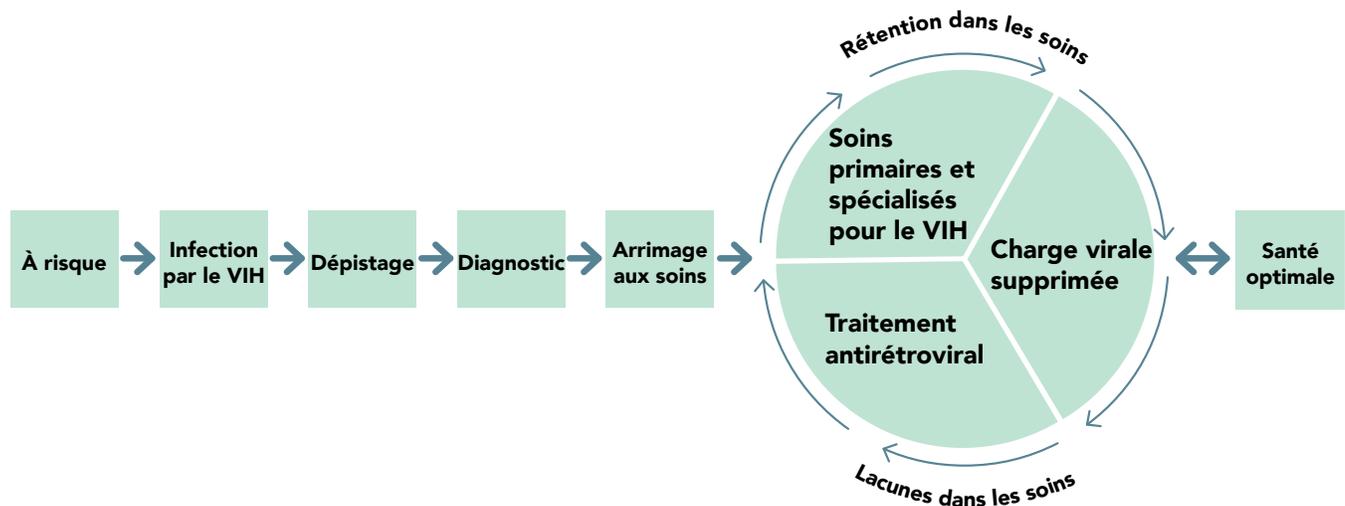
Source des données : L'Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes (OERVSCO). Perspectives des services de première ligne, (2016): Résumé annuel et analyse des données fournies par les services communautaires VIH / sida en Ontario. Toronto, ON : Sida et l'hépatite C Programmes, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Agence de la santé publique du Canada (région de l'Ontario) (2016).

# Préface

Nous sommes heureux de vous présenter ce 11<sup>e</sup> rapport annuel de l’OERVSCO (Outil d’établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes) : **Perspectives des services de première ligne**, pour l’exercice 2015-2016.

## Contexte : la nouvelle stratégie sur le VIH à l’horizon 2026

En 2017, nous avons lancé la nouvelle **Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH/sida à l’horizon 2026 : Concentrons** nos efforts pour réorienter la cascade de la prévention, de la participation et des soins en matière de VIH, en Ontario.



La stratégie lance à tous les programmes et services liés au VIH le défi de s’adapter, de même que leurs services, afin de :

- Concentrer les efforts sur les populations les plus affectées par le VIH
- Satisfaire les besoins des individus à chaque étape de la prévention, de l’implication et de la cascade des soins, incluant :
  - ◇ les personnes à risque, afin de les aider à demeurer non infectées
  - ◇ les personnes qui ont pu être exposées au VIH, afin qu’elles puissent rapidement se faire dépister et être arrimées aux services qui les aideront à demeurer non infectées, ou qui leur fourniront des soins si elles ont un résultat positif au dépistage
  - ◇ les personnes vivant avec le VIH, afin de les aider à demeurer impliquées dans leurs soins et à améliorer leur santé
- Adopter une approche systémique, en intégrant les services en VIH dans d’autres services sociaux et de santé.

D’ici 2026, les nouveaux cas de VIH seront devenus chose rare, en Ontario, et les personnes vivant avec le VIH vivront longtemps, en santé et sans stigmatisation ni discrimination.

En 2015-2016, bien que les programmes financés travaillaient à l’aide d’un modèle logique développé avant la nouvelle stratégie (voir Appendice B), ils travaillaient déjà d’après des objectifs de la nouvelle stratégie :

1. Améliorer la santé et le bien-être des populations les plus affectées par le VIH
2. Promouvoir la santé sexuelle et prévenir les nouvelles infections à VIH et à VHC ainsi que les ITS
3. Diagnostiquer de façon précoce les infections à VIH et arrimer les personnes aux 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 en VIH financés par la Province.

## À propos du présent rapport

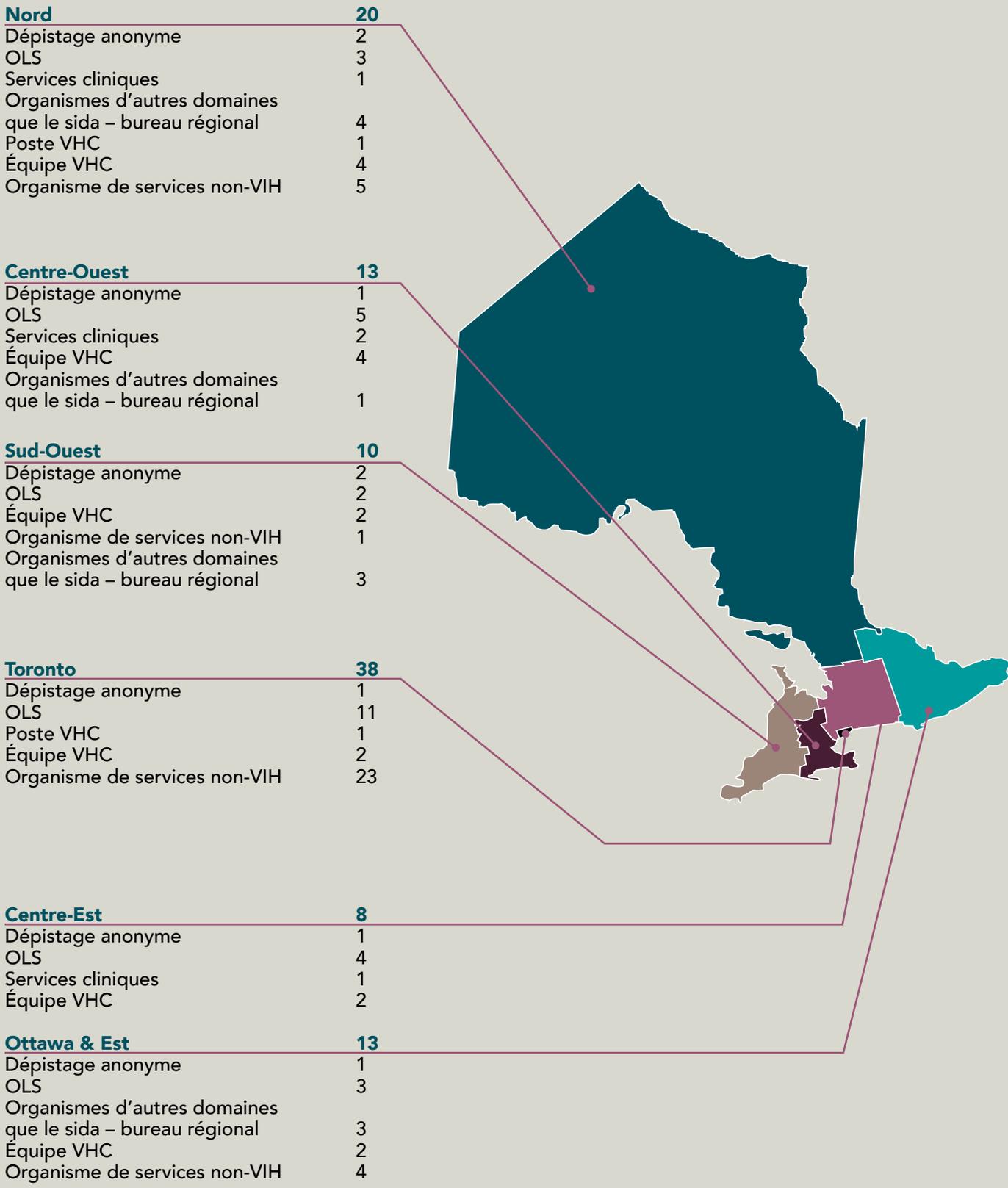
Ce rapport met en relief les principales tendances des services de **119 programmes** financés par les Programmes VIH et hépatite C du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario :

- **64 programmes communautaires sur le VIH/sida** (des programmes d'organismes en VIH et d'organismes d'autres domaines comme des centres de santé communautaires)
- **4 organismes provinciaux qui offrent des services directs à des clients** – Hémophilie Ontario, qui compte un bureau principal et quatre bureaux régionaux déclarant chacun ses données de façon autonome; Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones (OAHAS), qui a un bureau principal et sept travailleurs déclarant leurs données de façon autonome; Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN); et HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO)
- **11 programmes de renforcement des capacités** :
  - ◊ 7 organismes provinciaux offrant **formation, information et autres services** pour soutenir les organismes communautaires locaux de lutte contre le sida ainsi que d'autres organismes
  - ◊ 3 **réseaux de populations clés**, l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais (GMSH), le Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) et l'Initiative femmes et VIH/sida (IFVS) – qui ont chacun un bureau provincial et un réseau de membres principalement constitué d'organismes de lutte contre le sida (OLS) à travers la province<sup>1</sup>
  - ◊ **le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN)** – un organisme de recherche et d'échange de connaissances
- **8 programmes de dépistage anonyme**
- **5 cliniques communautaires en VIH**
- **16 équipes en matière d'hépatite C**, qui travaillent en contact étroit avec des médecins traitants et fournissent des soins et traitements pour le VHC ainsi que de l'éducation et des services de proximité et de soutien.

**NOTE** : Dans le passé, l'OERVSCO était une initiative conjointe de compte rendu regroupant le Bureau de lutte contre le sida ainsi que le Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). En avril 2015, l'ASPC a modifié ses exigences de compte rendu pour tous les programmes financés par le PACS, dans la province, et a mis en œuvre un système national de déclaration des données qui est entré en vigueur au printemps 2016. Par conséquent, Perspectives des services de première ligne n'inclut désormais plus de données complètes sur les programmes financés par l'ASPC en Ontario. Cependant, lorsque possible, nous avons inclus les données fournies par l'ASPC afin de présenter un aperçu plus complet du travail réalisé dans la province.

<sup>1</sup> Les Programmes sida et hépatite C soutiennent également d'autres organismes qui fournissent des services à des populations spécifiques : la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones (OAHAS), Two-Spirited People of the First Nations, la Nation Nishnawbe Aski, l'Association of Iroquois and Allied Indians, Union of Ontario Indians et Waasegiizhig Nanaandawe'iyewigamig; 21 organismes communautaires sont financés spécifiquement pour du travail de proximité en réduction des méfaits

**FIGURE I** Les programmes en VIH et les équipes en hépatite C sont étalés dans la province.



La liste complète des organismes récipiendaires de financement est présentée à l'Appendice A.

## Outils de collecte de données et soutien de l'OERVSCO

Les organismes collectent leurs données pour l'OERVSCO de diverses manières. Certains utilisent des outils de suivi développés par l'OERVSCO alors que d'autres ont établi leurs propres systèmes pour consigner leurs activités et suivre l'évolution. Un petit nombre d'organismes (29) utilisent aussi un outil de gestion de cas, l'OCASE, pour enregistrer de l'information spécifique aux services de soutien à des clients. L'Équipe OCASE, au Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN), travaille en étroit contact avec les organismes qui font partie de cette initiative, pour les aider à extraire des données de l'OCASE afin de produire leurs rapports à l'OERVSCO. Dans ce processus, les organismes ont pu améliorer la qualité et l'exhaustivité de leurs données, réduire les cas de doublons et arriver à des comptes plus exacts des clients uniques ayant recours aux services.

Quatre résultats attendus à court terme, de ces services en 2015-2016 :

- capacité accrue des organismes et des individus
- connaissances et sensibilisation accrues
- accès amélioré aux services
- coordination et collaboration communautaires accrues

## Comment les données de l'OERVSCO sont utilisées

Les données générées par l'OERVSCO servent à :

1. documenter l'éventail des services communautaires en VIH fournis chaque année, en Ontario
2. identifier les enjeux émergents, les tendances et les besoins des clients
3. éclairer la planification
4. rendre compte de l'utilisation des ressources publiques

Pour une explication des limites des données, consultez l'Appendice D.

## Structure du rapport

### I. Programmes et services pour le VIH

Cette section compte sept parties :

1. Épidémiologie du VIH en Ontario – qui procure une meilleure compréhension des points de mire et emplacements sur lesquels les programmes et services mettent l'accent
2. Description des services pour le VIH en Ontario – y compris le financement et les ressources humaines (employés et bénévoles)
3. Services de prévention, d'éducation et de proximité pour le VIH – y compris le travail de proximité pour les personnes s'injectant des drogues – fournis par des programmes communautaires
4. Services de dépistage anonyme – financés par le Bureau de lutte contre le sida
5. Services cliniques communautaires en VIH – financés par le Bureau de lutte contre le sida
6. Services de soutien – fournis par des programmes communautaires
7. Activités de renforcement des capacités et de développement communautaire

### II. Équipes en matière d'hépatite C

Cette section se divise en quatre parties :

1. L'épidémiologie du VHC en Ontario
2. Description des équipes en matière d'hépatite C et de leur clientèle
3. Services de prévention du VHC
4. Implication et services de traitement pour le VHC

### III. Appendices

Les appendices présentent des informations plus détaillées à propos des programmes qui ont transmis des rapports par le biais de l'OERVSCO, notamment :

- Information sur les réseaux des populations prioritaires
- Détail des fonds versés, en dollars
- Impact économique des bénévoles.

# Table des matières

<b>Préface</b>	<b>3</b>
Contexte : la nouvelle stratégie sur le VIH à l'horizon 2026	4
À propos du présent rapport	5
<i>Outils de collecte de données et soutien de l'OERVSCO</i>	7
<i>Comment les données de l'OERVSCO sont utilisées</i>	7
<i>Structure du rapport</i>	7
<b>Programmes et services en VIH</b>	<b>11</b>
<b>Nouveaux diagnostics</b>	<b>12</b>
Par sexe/genre	12
Par population prioritaire	13
Par origine ethnique	14
Par âge	16
Portrait régional	17
<b>Les services en matière de VIH en Ontario</b>	<b>19</b>
La situation du financement en 2015-2016	19
Plus d'employés rémunérés, mais moins de bénévoles et d'étudiants	20
<i>Les défis : jumeler les compétences des bénévoles aux besoins des programmes et répondre aux attentes des bénévoles</i>	22
<i>Les organismes répondent à ces défis en modifiant leurs méthodes de recrutement et d'accueil</i>	23
<i>Plus de pairs impliqués dans les services pour UDI</i>	24
<i>Pairs UDI impliqués dans un travail plus significatif auprès des clients</i>	24
<b>Services de prévention, d'éducation et de proximité, incluant pour personnes s'injectant des drogues</b>	<b>25</b>
<i>Exposés moins nombreux, mais même nombre de personnes jointes</i>	25
<i>Les travailleurs spécifiques à des populations – et en particulier ceux pour UDI – ont livré plus d'exposés</i>	26
<i>Les travailleurs en éducation générale sur la prévention se concentrent sur les fournisseurs de services</i>	26
<i>General prevention education workers focus on service providers</i>	27
<i>Les travailleurs spécifiques à des populations se concentrent sur des populations prioritaires</i>	27
Augmentation de l'éducation individuelle spécifique à des populations	28
<i>Travail de proximité concentré sur des populations prioritaires</i>	30
<i>Changements à l'emplacement des interactions significatives de travail de proximité</i>	32
<i>Défis du travail de proximité</i>	34
Services de proximité à l'intention d'UDI	35
<i>Les locaux d'organismes communautaires sont le lieu le plus populaire pour la proximité UDI</i>	37
	39

<i>Clients uniques de la proximité</i>	39
<i>Clients uniques au point de service</i>	41
<i>Les clients utilisent un nombre accru de services UDI et de références</i>	42
<i>La plupart des usagers de services UDI sont des hommes</i>	42
<i>Distribution stable de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire</i>	46
<b>Services de dépistage anonyme du VIH</b>	<b>49</b>
Aperçu du dépistage du VIH en Ontario	50
<b>Services cliniques communautaires en VIH</b>	<b>63</b>
<i>Plus de femmes et de clients trans ont utilisé les services cliniques</i>	64
<i>Des clients trans plus jeunes que les clients cis</i>	64
<i>Les clients rencontrent différents défis selon leur région</i>	66
<i>Quels services les clients utilisent-ils?</i>	67
<i>Références accrues à des services cliniques et communautaires/sociaux</i>	67
<b>Services de soutien</b>	<b>70</b>
<i>Qui utilise les services de soutien?</i>	82
<i>Ce que les programmes nous ont déclaré à propos des changements dans la demande de services de soutien</i>	87
<i>Répondre aux tendances émergentes</i>	94
<b>Renforcement des capacités et développement communautaire</b>	<b>82</b>
<i>Programmes provinciaux de renforcement des capacités</i>	82
<i>Promouvoir des recherches et pratiques fondées sur les données</i>	87
<i>Initiatives de développement communautaire local</i>	94
<b>Équipes en matière d'hépatite C</b>	<b>97</b>
Ce que nous avons appris des équipes VHC et de leurs clients et partenaires	98
Épidémiologie du VHC	99
Les équipes VHC et leurs services	101
Services de prévention	106
Implication et services de traitement	109
<b>Appendices</b>	<b>123</b>
Appendix A. Programs	124
Appendix B. Synthèse et modèle logique	129
Appendix C. Limites des données	130
Appendix D. Qu'est-ce qu'un RPP?	131
Appendix E. Impact économique	133



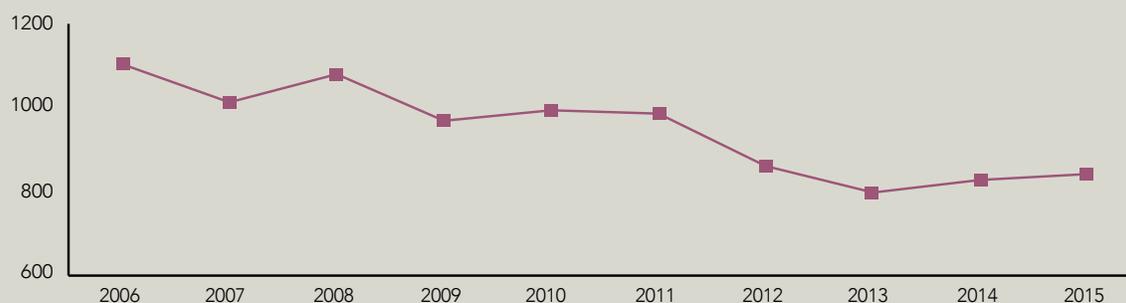
# Programmes et services en VIH

# Nouveaux diagnostics

**En 2015, il y a eu 842 nouveaux diagnostics de VIH en Ontario.**

Depuis quatre ans, l'Ontario a compté approximativement 830 nouveaux diagnostics de VIH chaque année – une diminution d'environ 17 % en comparaison avec les quelque 1 000 diagnostics par année entre 2006 et 2011, mais équivalant tout de même à plus de deux nouveaux diagnostics par jour. Les statistiques sur les nouveaux diagnostics incluent les personnes nouvellement infectées ainsi que celles qui sont infectées depuis nombre d'années mais qui n'ont été dépistées pour le VIH que récemment. Elles peuvent inclure également les personnes qui ont contracté le VIH hors de l'Ontario et qui ont été dépistées seulement après leur déménagement dans la province.

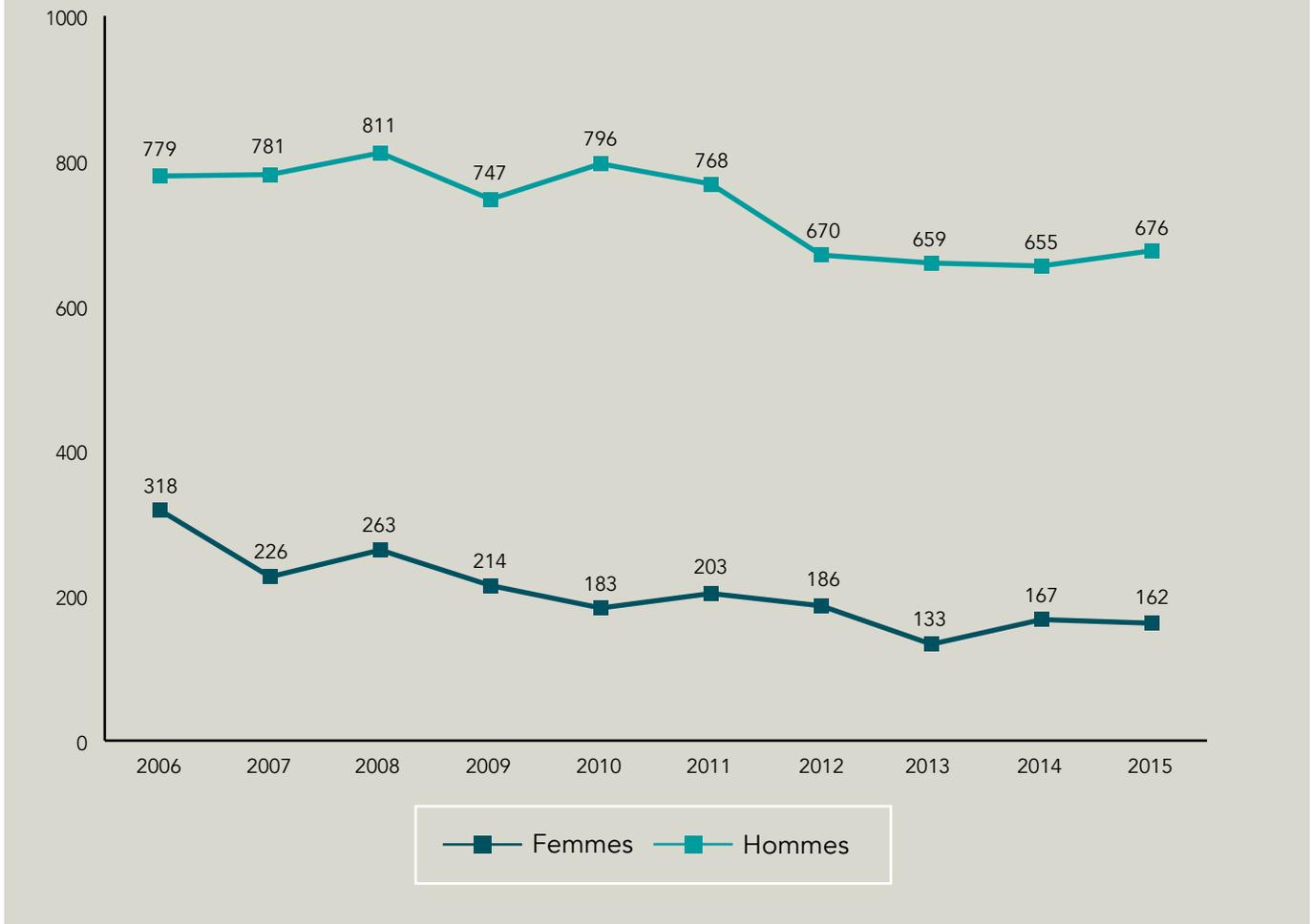
**FIGURE 2** Nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, 2006-2015



## Par sexe/genre

En 2015, quatre personnes sur cinq qui ont été nouvellement diagnostiquées du VIH en Ontario (676, soit 81 %) étaient des hommes; et environ un cinquième étaient des femmes (162, soit 19 %).

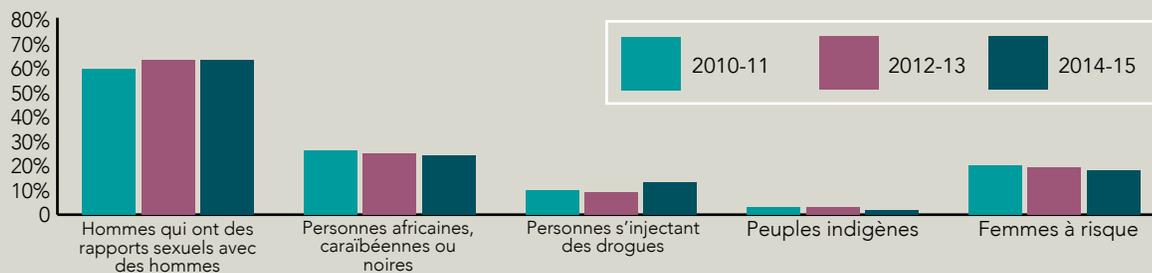
Femmes	Hommes
<p><b>Instantané :</b> La plupart des femmes diagnostiquées du VIH étaient africaines, caraïbéennes ou noires (54 % en 2014-2015) et âgées d'entre 30 et 34 ans (19 % en 2013- 2015).</p>	<p><b>Instantané :</b> La plupart des hommes diagnostiqués du VIH étaient blancs (55 % en 2014-2015), gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec des hommes (77 % en 2014-2015) et âgés d'entre 30 et 34 ans (17 % en 2013- 2015).</p>
<p><b>Tendances au fil du temps :</b> Le nombre de femmes diagnostiquées du VIH par année a généralement diminué. Une baisse de 20 % entre 2011 et 2015.</p>	<p><b>Tendances au fil du temps :</b> Le nombre d'hommes diagnostiqués du VIH par année a diminué de 13 % en 2012 et s'est maintenu depuis.</p>

**FIGURE 3** Nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, par sexe/genre, 2006-2015

## Par population prioritaire

Ces deux dernières années (2014 et 2015 combinées), la majorité des nouveaux diagnostics de VIH concernait des hommes gais, bisexuels ou ayant des rapports sexuels avec des hommes (63 %), suivis des personnes des communautés africaines, caraïbéennes ou noires (24 %), des femmes à risque (18 %), des personnes s'injectant des drogues (13 %) et des Autochtones, hommes et femmes (2 %). Note : Le total des pourcentages n'est pas de 100, puisque des personnes peuvent faire partie de plus d'une population prioritaire (p. ex., homme gai et personne s'injectant des drogues).

**FIGURE 4** Pourcentage des diagnostics de VIH par population prioritaire (lorsque connue), pour les deux sexes, Ontario, 2010-2015

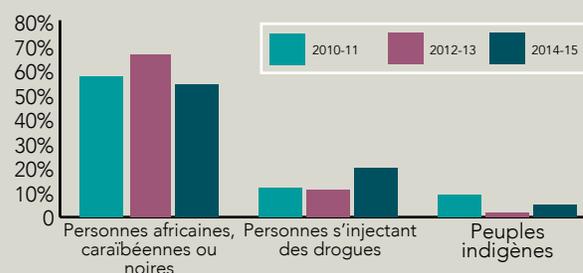


**Tendances au fil du temps :** Chez les femmes, il y a eu augmentation de la proportion des nouveaux diagnostics attribués à l'injection de drogues (de 11 % en 2012-2013 à 20 % en 2014-2015).

### Quelles sont les populations prioritaires?

- Personnes vivant avec le VIH/sida
- Gais, bisexuels et autres HRSH, incluant les hommes trans (GBHRSH)
- Communautés africaines, caraïbéennes et noires (ACN)
- Hommes et femmes autochtones
- Personnes s'injectant des drogues
- Femmes à risque

**FIGURE 5** Pourcentage des diagnostics de VIH chez des femmes, par population prioritaire (lorsque connue), Ontario, 2010-2015



## Par origine ethnique

Au cours des deux dernières années (2014 et 2015 combinées), la majorité des nouveaux diagnostics de VIH touchaient des Blancs (51 %), suivis des Noirs (23 %) et des personnes est/sud-est-asiatiques (7 %) et latino-américaines (7 %).

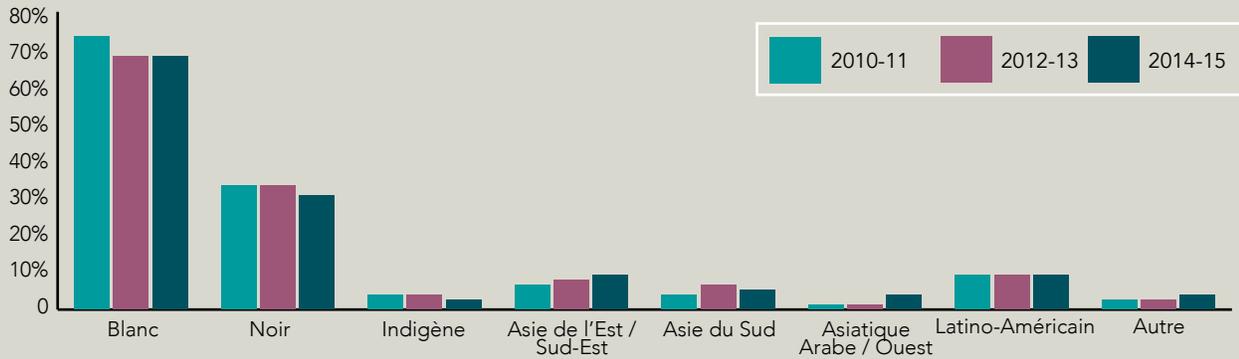
### Différences selon le sexe/genre :

Les origines ethniques les plus fréquentes variaient selon le sexe/genre. Chez les hommes, ces groupes étaient les Blancs (55 %), les Noirs (17 %), les Est/Sud-est-Asiatiques (8 %) et les Latino-Américains (8 %). Chez les femmes, il s'agissait des Noires (51 %), des Blanches (32 %) et des Autochtones (5 % chaque).

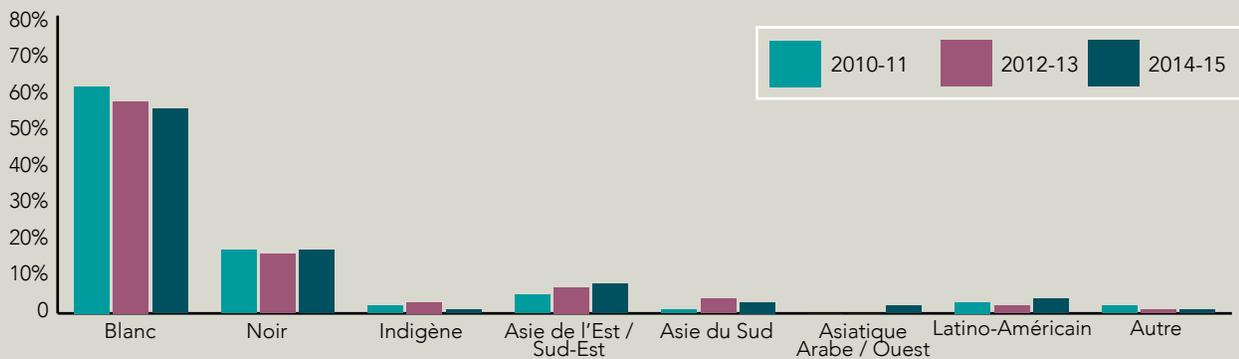
### Tendances au fil du temps :

La proportion des nouveaux diagnostics chez des hommes blancs a diminué, alors que la proportion et le nombre de nouveaux diagnostics ont augmenté dans les : 1) populations de l'Est et du Sud-Est de l'Asie – de 45 (ou 5 % des) nouveaux diagnostics en 2010 et 2011 (combinées) à 74 (ou 8 % des) nouveaux diagnostics en 2014 et 2015 (combinées); et les 2) populations arabes ou de l'Ouest de l'Asie – de 12 en 2010 et 2011 (combinées) à 28 en 2014 et 2015 (combinées).

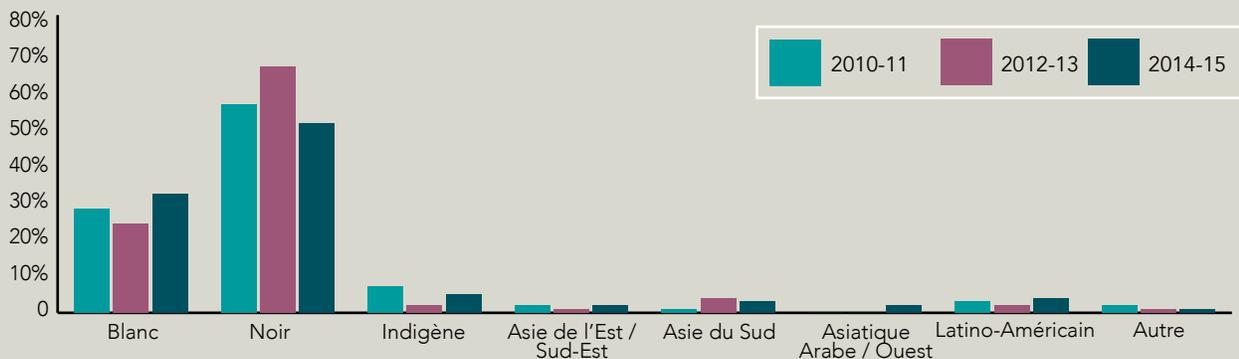
**FIGURE 6** Pourcentage du nombre total de diagnostics de VIH, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015



**FIGURE 7** Pourcentage des diagnostics de VIH chez des hommes, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015



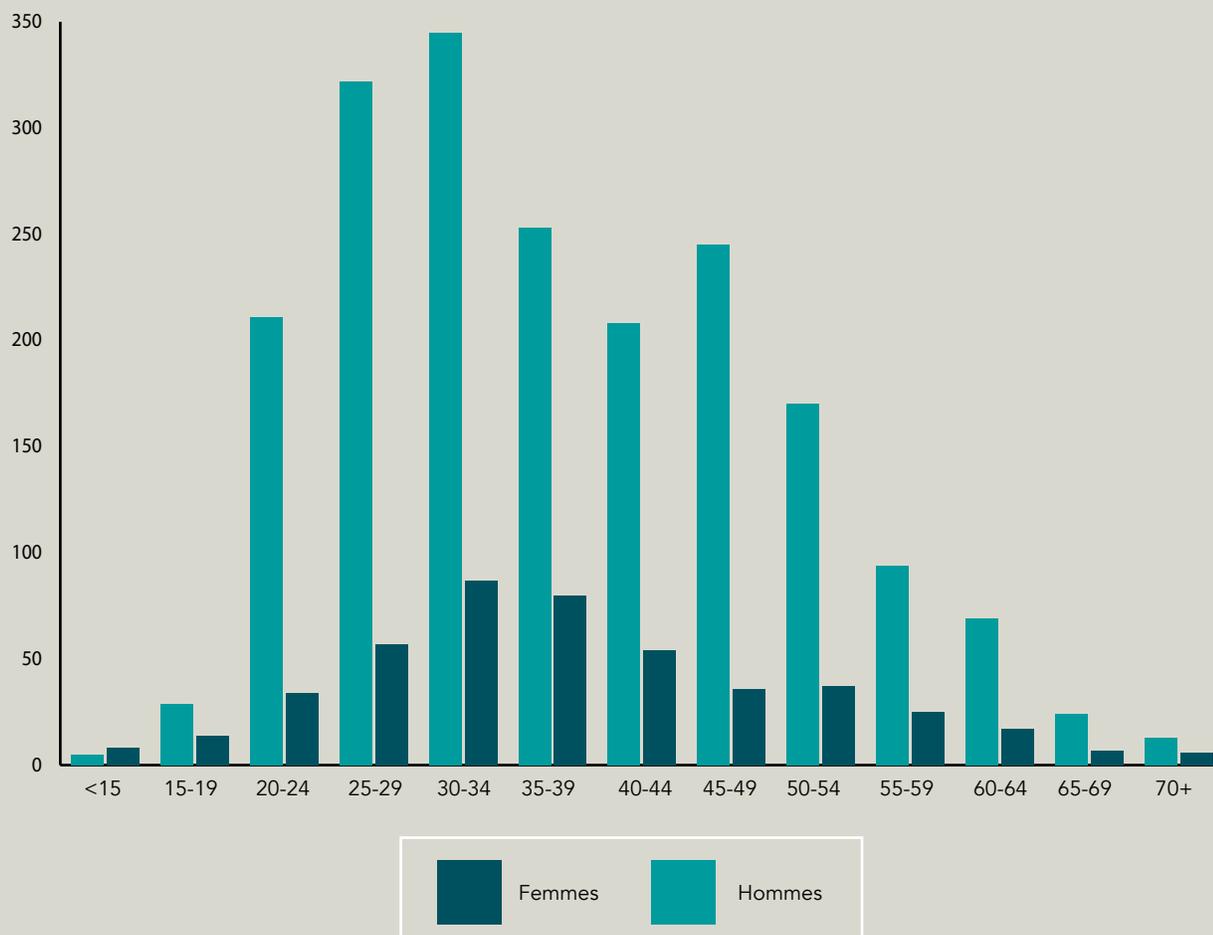
**FIGURE 8** Pourcentage des diagnostics de VIH chez des femmes, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015



## Par âge

Dans les trois années de 2013 à 2015, la majorité des diagnostics de VIH — parmi les hommes et les femmes — se rencontraient chez des personnes de 40 ans et plus. Et environ 25 % des nouveaux diagnostics chez des femmes et 28 % chez des hommes touchaient des personnes de moins de 30 ans.

**FIGURE 9** Nombre de nouveaux diagnostics de VIH par sexe/genre et âge, Ontario 2013-2015



Femmes	Hommes
<p><b>Tendances au fil du temps :</b> Plus de femmes sont diagnostiquées à 40 ans ou plus.</p>	<p><b>Tendances au fil du temps :</b> Plus d'hommes sont diagnostiqués en âge plus avancé – principalement en raison du vieillissement des hommes nés dans les années 1960 – le groupe qui constitue habituellement la plus grande proportion des personnes vivant avec le VIH/sida. Au cours des dix dernières années, il y a également eu une croissance du nombre de cas diagnostiqués chez des hommes gais de moins de 30 ans.</p>

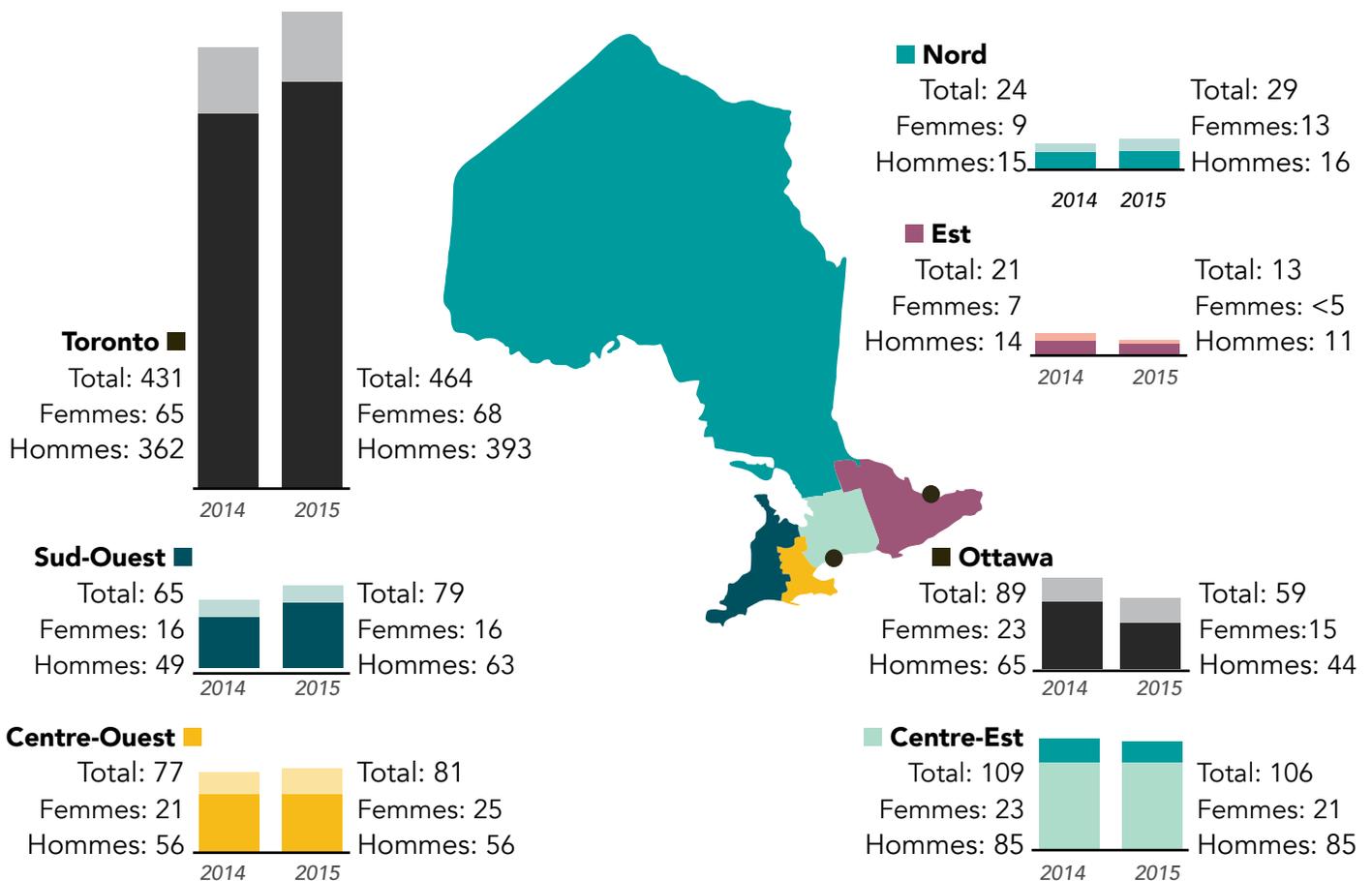
## Portrait régional

Plus de la moitié des nouveaux diagnostics touchaient des personnes de la région de Toronto, suivie du Centre-Est, du Centre-Ouest et du Sud-Ouest – toutefois, de nouveaux diagnostics ont été signalés dans toutes les régions de la province.

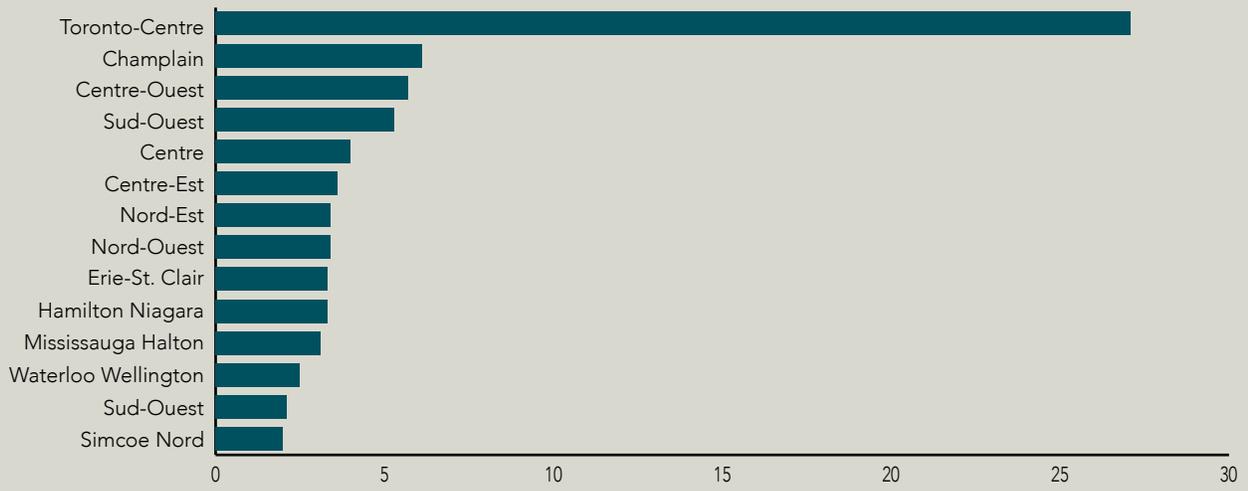
En général, en 2015, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a augmenté à Toronto et dans les régions du Centre-Est, du Nord et du Sud-Ouest, et il a diminué dans les régions d'Ottawa et de l'Est (comparativement à 2014). Une proportion significative des nouveaux diagnostics dans les régions du Sud-Ouest et du Nord était attribuable à l'injection de drogues. Entre 2009 et 2015, 32 % des nouveaux diagnostics dans le Sud-Ouest et 53 % de ceux dans le Nord touchaient des personnes qui s'injectent des drogues.

Lorsque nous examinons les nouveaux diagnostics par région et par genre, nous observons une augmentation chez les hommes à Toronto et dans le Sud-Ouest et une légère augmentation chez les femmes à Toronto, dans le Nord et dans le Centre-Ouest.

Or les chiffres ne disent pas tout. En examinant le taux de nouveaux diagnostics – c'est-à-dire, le nombre de nouveaux diagnostics par 100 000 habitants – nous constatons que certaines régions dont le nombre de diagnostics est inférieur à celui d'autres RLISS (comme le Centre-Ouest et le Sud-Ouest) ont en réalité des taux de diagnostic plus élevés. Cela signifie qu'une plus forte proportion de leur population est touchée et que le VIH est un plus grand problème dans ces communautés.



**FIGURE 10** Nombre de nouveaux diagnostics de VIH selon le sexe/genre et l'âge, Ontario, 2013-2015



# Les services en matière de VIH en Ontario

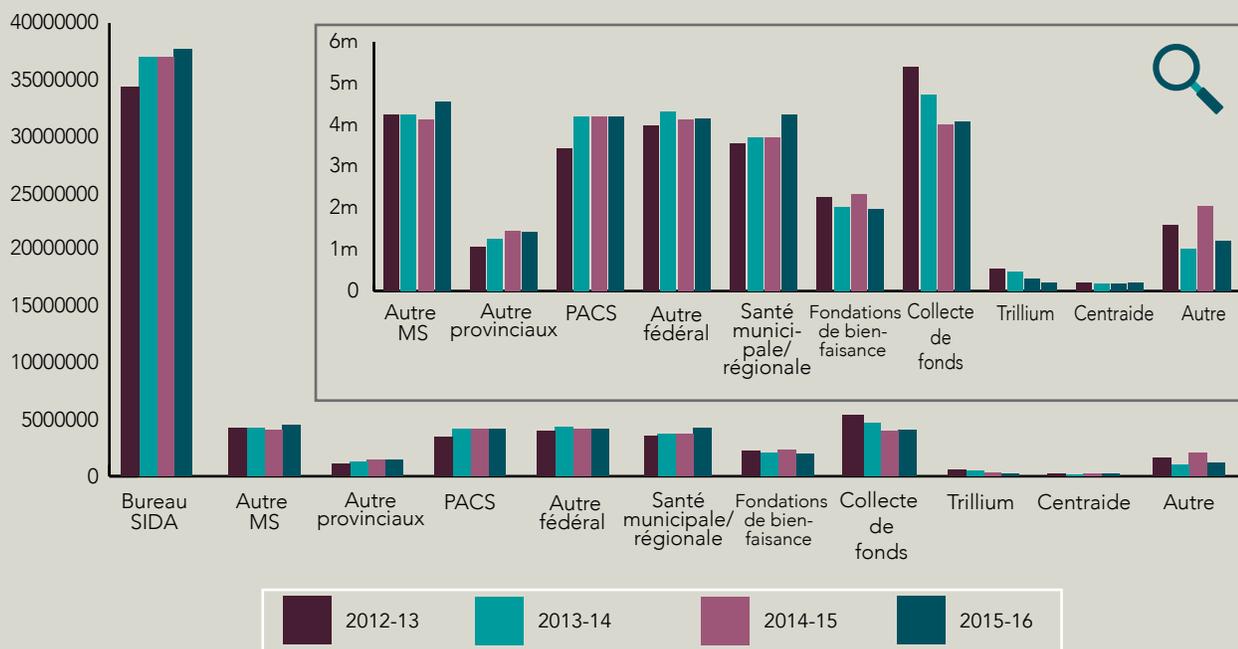
Pour accomplir leur travail, les organismes communautaires en VIH dépendent du financement de sources gouvernementales (principalement du Bureau de lutte contre le sida, mais également des gouvernements municipaux et fédéral) ainsi que de bourses et des fruits de collectes de fonds. Ils ont également besoin des personnes et des compétences nécessaires à offrir des programmes et services efficaces.

## La situation du financement en 2015-2016

### Tendances clés

- Le financement général du secteur est demeuré stable.
- Les organismes ont déclaré avoir reçu des fonds accrus du Bureau de lutte contre le sida, d'autres programmes de financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et d'autorités sanitaires municipales et régionales (réseaux locaux d'intégration des services de santé – RLISS).
- Moins de fonds ont été reçus de Trillium ou d'autres fondations de bienfaisance/secteur privé.
- La collecte de fonds se maintient depuis deux ans à un niveau considérablement plus faible qu'en 2012-2013 (baisse de 24 %).

**FIGURE 11** Toutes les sources de financement des organismes communautaires de lutte contre le sida, de 2012-2013 à 2015-2016 (OERVSCO q. 5.1, 5.2, 5.3)



\*NOTE: Toutes les sources de financement des organismes communautaires de lutte contre le sida, de 2012-2013 à 2015-2016 (OERVSCO q. 5.1, 5.2, 5.3)

## Plus d'employés rémunérés, mais moins de bénévoles et d'étudiants

En 2015-2016, les bénévoles ont fourni 208 842 heures de service, évaluées à 4 729 000 \$.

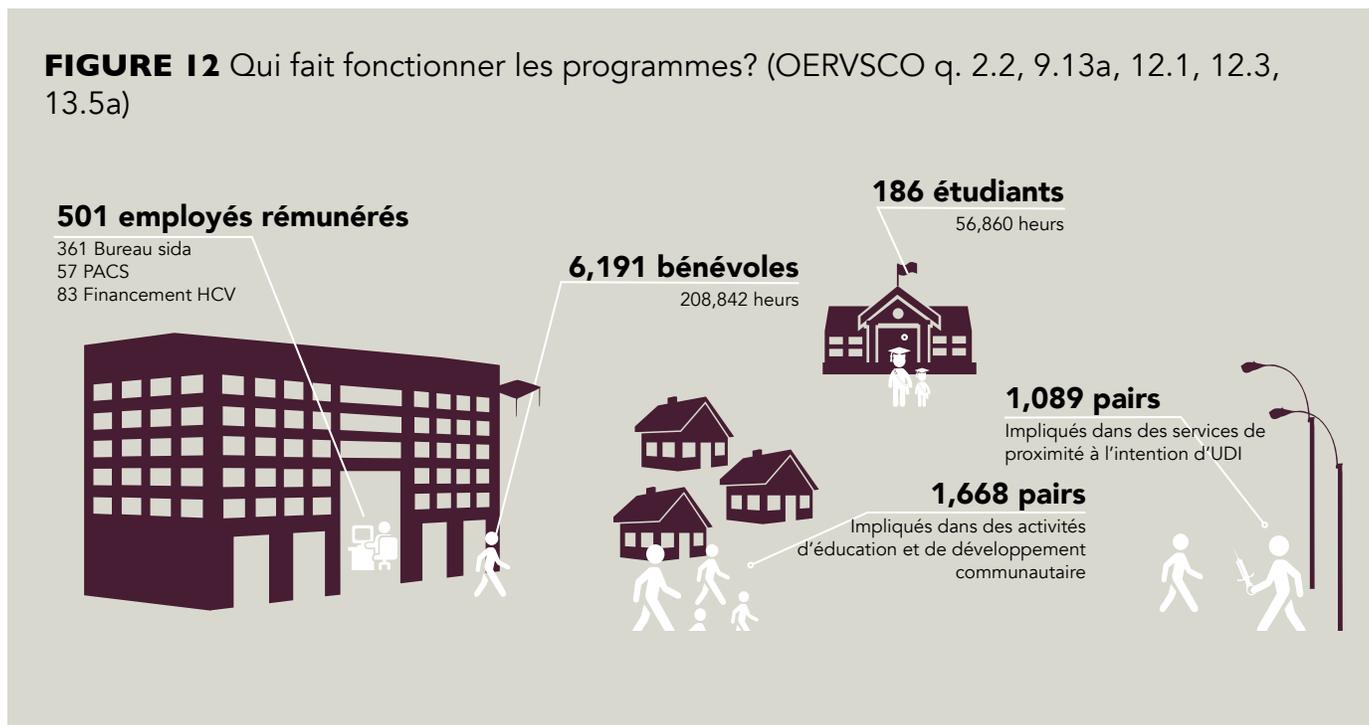
Cela équivaut à un don de 9 400 \$ par bénévole à la prévention du VIH et à l'amélioration des vies des personnes vivant avec le VIH.

En 2015-2016, les programmes ont déclaré neuf postes équivalents temps plein (ETP) en services de prévention de plus qu'en 2014-2015 (soit une faible augmentation de 2 % du nombre d'employés rémunérés), mais une diminution du nombre de bénévoles et d'étudiants.

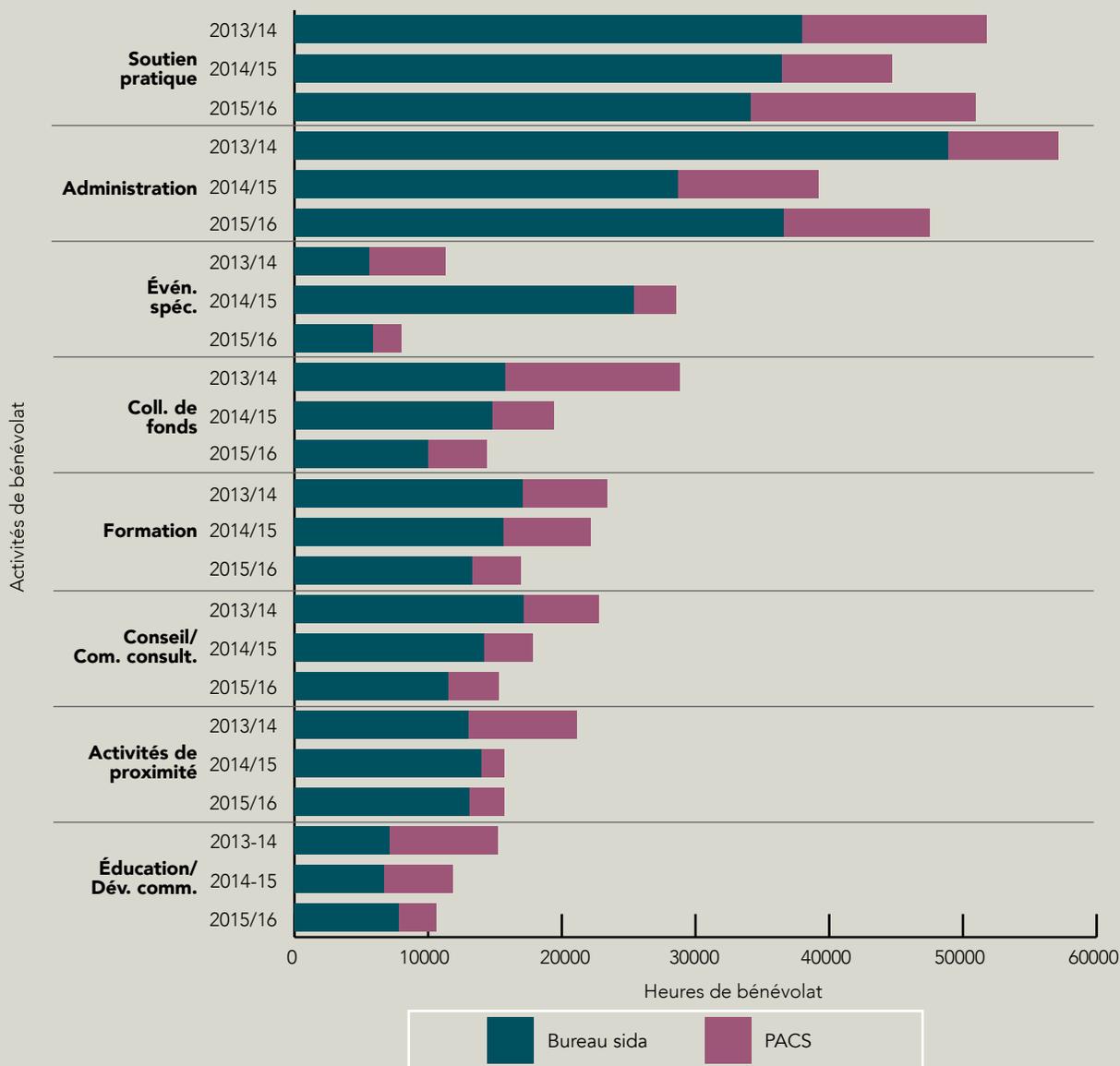
**Le secteur a gagné 9 ETP rémunérés, mais il a perdu l'équivalent de 15 ETP en heures de service de bénévoles et d'étudiants.**

- Les programmes ont déclaré moins de bénévoles et d'étudiants, en 2015-2016 – des diminutions de 6 % et de 8 %, respectivement.
- Le nombre de pairs est demeuré stable.
- Les bénévoles et étudiants actifs ont donné moins d'heures de service : 265 707 en 2015-2016, contre 295 926 en 2014-2015.
- Malgré la diminution générale du nombre d'heures de bénévolat, les programmes ont déclaré plus d'heures de bénévolat consacrées au soutien pratique et à l'administration et un nombre d'heures considérablement réduit pour les événements spéciaux, la collecte de fonds ou la fourniture d'autres types de soutien (non illustré dans le graphique).
- Les employés ont participé à un total de 5 678 occasions de formation. Plus de 60 % des formations concernaient le renforcement des capacités et la fourniture de services en général.

**FIGURE 12** Qui fait fonctionner les programmes? (OERVSCO q. 2.2, 9.13a, 12.1, 12.3, 13.5a)

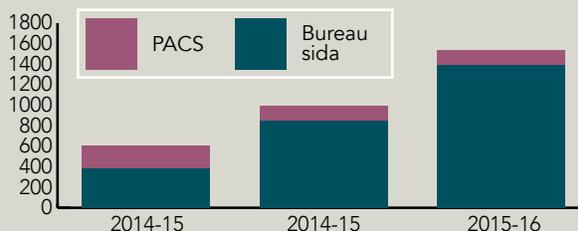


**FIGURE 13** Tendances des huit principales activités de bénévolat, de 2013-2014 à 2015-2016 (OERVSCO q. 12.2)



Bien que le soutien informatique ne fasse pas partie des huit principales activités de bénévolat, il enregistre la plus forte croissance. Seule activité en hausse depuis trois années consécutives, ses chiffres ont plus que doublé en deux ans, ce qui porte à croire que (comme dans le cas de l'administration) les programmes recherchent des bénévoles détenant des compétences particulières pour aider leurs organismes.

**FIGURE 14** Les bénévoles offrent plus de soutien informatique, 2013-2014 – 2015-2016



## Les défis : jumeler les compétences des bénévoles aux besoins des programmes et répondre aux attentes des bénévoles

En dépit du nombre considérable de bénévoles et d'heures de bénévolat, plusieurs programmes ont fait état de défis dans le recrutement de bénévoles ayant les compétences requises pour répondre à leurs besoins de services – en particulier pour ce qui concerne la proximité, l'administration (réception), le transport, les accompagnateurs et les rôles spécialisés. Les programmes ont également signalé qu'il est de plus en plus difficile de répondre aux attentes des bénévoles, qui cherchent des rôles spécifiques et limités dans le temps de même qu'une expérience enrichissante.

Besoins de l'organisme		Besoins des bénévoles
Nous avons besoin de plus de bénévoles pour nos activités de proximité et d'autres bénévoles pour le soutien informatique. — Action Positive	vs	Les bénévoles cherchent plus d'occasions avec une date claire de début et de fin, en raison de leur horaire très occupé par le travail/l'école et d'autres engagements. — HIV/AIDS Resources & Community Health (ARCH)
Moins d'étudiants en administration, donc un besoin accru de bénévoles dans ce domaine, et un plus grand besoin d'assistance de bénévoles et d'étudiants pour nos activités de collecte de fonds. — AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area		Les bénévoles cherchent des rôles de contact direct avec les clients. Ils nous arrivent avec plus d'expérience et d'éducation dans des domaines spécifiques comme les soins infirmiers, le travail social et l'enseignement. — Hamilton AIDS Network
Nous avons désespérément besoin d'un plus grand nombre de chauffeurs depuis que la Positive Care Clinic est revenue à Whitby, mais ceux-ci échappent à nos stratégies de recrutement actuelles. Les employés souhaitent de plus en plus que les bénévoles reflètent mieux les populations prioritaires que nous servons. — AIDS Committee of Durham Region		De plus en plus d'étudiants aimeraient faire leur stage pratique chez nous, mais nous ne pouvons répondre à leurs demandes en raison d'un manque de ressources (personnel/travailleurs). — Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones – Sudbury
Nous constatons un besoin accru de bénévoles détenant les compétences suivantes : bénévoles de programme, adjoints administratifs, bénévoles maîtrisant la langue signée, et pairs bénévoles (p. ex., personnes vivant avec le VIH et/ou ayant une connaissance ou une expérience de la consommation de drogues). — AIDS Committee of Toronto		Un nombre croissant de bénévoles ont des histoires difficiles et font face à des défis, comme jongler avec l'école, le travail et des troubles de santé mentale. — Peterborough AIDS Resource Network
Demande accrue de bénévoles et de placements étudiants à plus long terme afin de répondre à des exigences programmatiques spécifiques, et nécessité de méthodes de recrutement spécifiques pour combler le besoin de bénévoles au bureau de Chatham. — AIDS Committee of Windsor		Des bénévoles demandent des rôles et départements spécifiques. Malheureusement, pour des raisons de confidentialité et de vie privée, nous ne pouvons pas toujours répondre à leurs demandes. — Women's Health in Women's Hands Community Health Centre
Nous commençons à remarquer que de plus en plus de PVVIH demandent à nouveau des « accompagnateurs ». Nous recevons un nombre accru de demandes de transport en région rurale. — HIV/AIDS Regional Services		

## Les organismes répondent à ces défis en modifiant leurs méthodes de recrutement et d'accueil

Notre coordonnateur des services de proximité auprès des communautés noires, africaines et caraïbéennes (plutôt que notre coordonnateur des bénévoles) a recruté de jeunes hommes noirs et caraïbéens pour travailler spécifiquement à la proximité rurale, dans des endroits où les travailleurs ACN vont magasiner et se détendre, pour les encourager à participer aux Foires de la santé du Durham Migrant Worker Network. Ces jeunes hommes sont également devenus ambassadeurs de plusieurs festivals ACN de la région, au cours de l'été. Entre-temps, notre coordonnateur des bénévoles a recommandé certains bénévoles hispanophones à l'organisme, comme traducteurs. Cela s'est avéré bénéfique à d'autres égards, car les églises noires trouvent plus facile d'amorcer sous cet angle des conversations sur le VIH – ce qui a élargi notre travail de prévention auprès des communautés ACN.

— AIDS Committee of Durham Region

L'implication des bénévoles est devenue un sujet de discussion continu, lors des réunions du personnel, pour que nous collaborions à répondre à la demande croissante d'occasions de bénévolat. Nous avons également commencé à interagir avec nos bénévoles dans les médias sociaux, car nous avons une zone de service très vaste et nous voulons rester en contact avec eux.

— AIDS Committee of Simcoe County

Rehausser les stratégies de recrutement auprès des établissements d'enseignement postsecondaire afin d'attirer des étudiants comme bénévoles. La plupart des étudiants sont capables de s'engager à long terme, car ils n'ont pas d'emploi ou sont à la recherche d'occasions de perfectionnement des compétences, de réseautage et de références professionnelles. Cela nous permet d'attribuer des rôles spécifiques aux étudiants, selon leurs compétences – une situation gagnante tant pour les programmes de l'organisme que pour les étudiants.

— AIDS Committee of Windsor

Nous avons préparé des descriptions de postes et avons déterminé de manière réaliste la capacité de chaque programme d'accueillir un certain nombre de bénévoles, pour éviter d'avoir un nombre élevé de bénévoles qui n'ont pas assez de travail à faire. Nous avons également dû resserrer nos politiques, vu la nature élargie de l'implication des bénévoles dans le programme de soutien.

— Alliance for South Asian AIDS Prevention

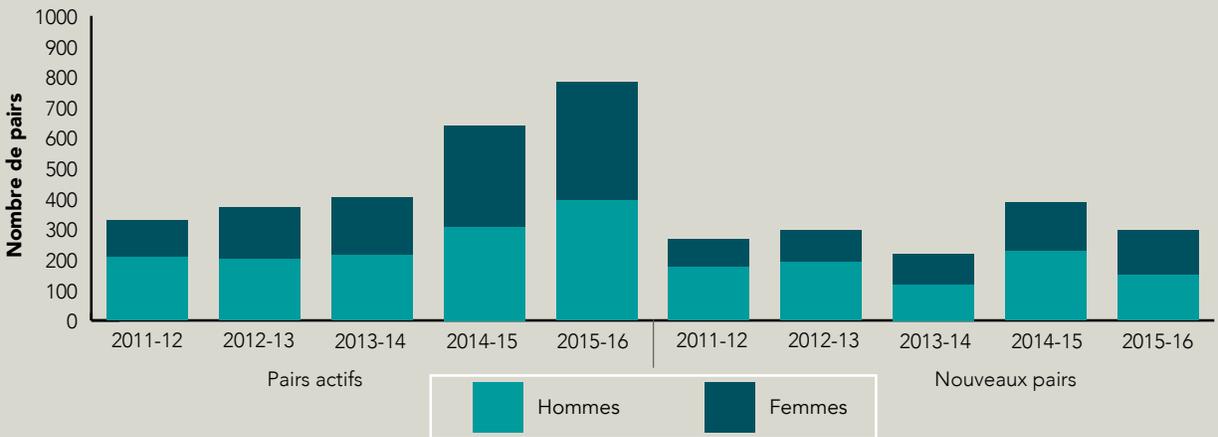
Nous incluons plus d'information dès le premier contact afin que les gens comprennent tout de suite nos besoins, la durée de l'engagement et l'importance des tâches bénévoles pour nous. Nous envisageons de préparer une forme d'entente écrite. Nous demandons dès le départ aux candidats quels sont leurs plans; s'ils ne sont pas disponibles pour une durée de quatre mois, nous ne les recrutons pas.

— Positive Living Niagara

## Plus de pairs impliqués dans les services pour UDI

Depuis quelques années, le nombre de pairs impliqués dans les services pour UDI a augmenté de 80 % (de 599 en 2012-2013, à 1 079 en 2015-2016). Les femmes ne formaient que 35 % des clients UDI, en 2015-2016, mais elles représentaient 50 % des pairs nouveaux et actifs (voir see FIGURE 15).

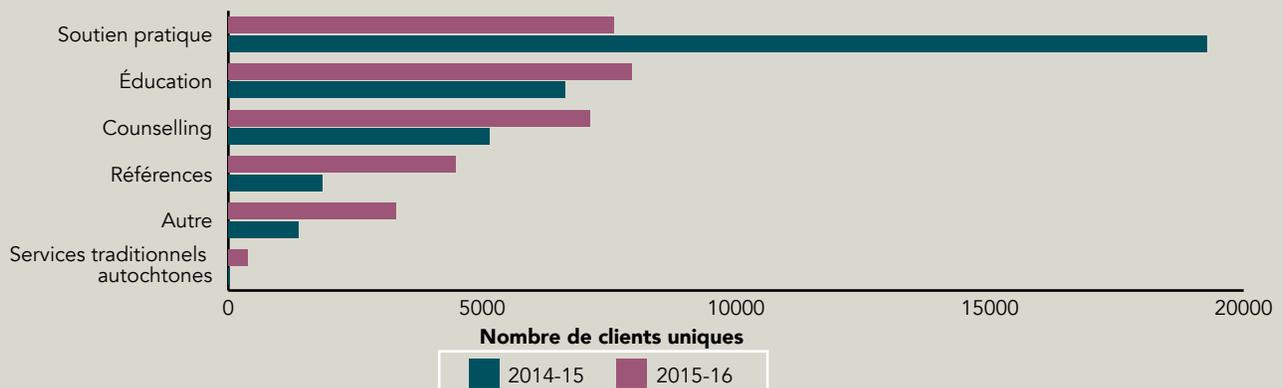
**FIGURE 15** Nombre total de pairs UDI selon le sexe/genre (OERVSCO q. 13.5)



## Pairs UDI impliqués dans un travail plus significatif auprès des clients

Les programmes de proximité à l'intention d'UDI recrutent traditionnellement des pairs pour aider à la distribution de matériel. En 2015-2016, les pairs semblent avoir été plus impliqués que par le passé dans la fourniture de services directs aux clients, y compris des services d'éducation, de counselling et de référence, de même que des services autochtones traditionnels. De bonnes preuves démontrent que les clients sont plus susceptibles d'utiliser les références et de mettre en pratique l'éducation et le counselling reçus lorsque des pairs sont impliqués.

**FIGURE 16** Activités des pairs UDI, de 2014-2015 à 2015-2016



# Services de prévention, d'éducation et de proximité, incluant pour personnes s'injectant des drogues

Ces services ont pour buts de :

1. rehausser les connaissances et la sensibilisation relativement au VIH
2. promouvoir des comportements plus sains et au bout du compte prévenir la transmission du VIH et/ou
3. améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida ou affectées par celui-ci.

Tous les organismes communautaires donnent de l'éducation aux utilisateurs et aux fournisseurs de services de proximité. La plupart offrent également des services de proximité. Pour l'OERVSCO, les activités éducatives sont divisées en deux catégories principales : exposés à des groupes et éducation individuelle.

## 🔍 Tendances clés :

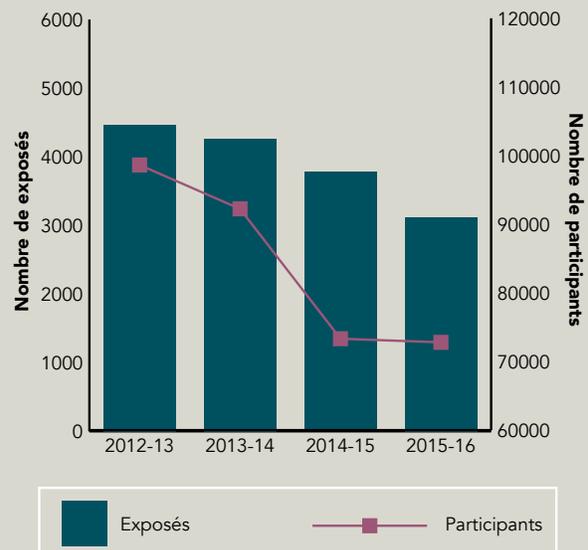
- Les exposés financés par le Bureau de lutte contre le sida ont joint plus de participants.
- Les programmes ont offert plus de présentations concentrées sur des populations prioritaires.
- Les programmes ont déclaré une augmentation du travail de proximité ciblé pour des populations prioritaires.
- Les programmes de proximité ont augmenté leur utilisation d'outils en ligne, y compris les médias sociaux, pour joindre des personnes à risque

## Exposés moins nombreux, mais même nombre de personnes jointes

En 2015-2016, les programmes communautaires ont livré 3 122 exposés sur la prévention. Bien que ce nombre soit de 17 % inférieur à celui de 2014-2015 (3 777), le nombre de personnes jointes n'a diminué que de 1 % (de 73 321 à 72 793).

La diminution du nombre total d'exposés a été due en partie à des modifications au Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) du gouvernement fédéral, qui avait l'habitude de financer des activités de prévention, y compris des exposés.

**FIGURE 17** Nombre d'exposés éducatifs et de participants (OERVSCO q. 9.1.a)



## Les travailleurs spécifiques à des populations – et en particulier ceux pour UDI – ont livré plus d'exposés

En 2012-2013 et en 2013-2014, les travailleurs en prévention générale ou « autre » ont livré la majorité des exposés éducatifs (63 % et 53 %, respectivement). Cependant, depuis deux ans, ce sont les travailleurs spécifiques à des populations qui ont livré une plus grande part des exposés (51 % en 2014-2015 et 57 % en 2015-2016). L'augmentation la plus marquée est celle du nombre d'exposés livrés par des travailleurs de proximité pour UDI : en 2015-2016, ils ont livré 28 % du nombre total d'exposés, en comparaison avec 9 % en 2012-2013. L'augmentation en 2015-2016 a été due principalement à quatre organismes : deux à Ottawa, un à Toronto et un dans le Nord-Ouest de l'Ontario.

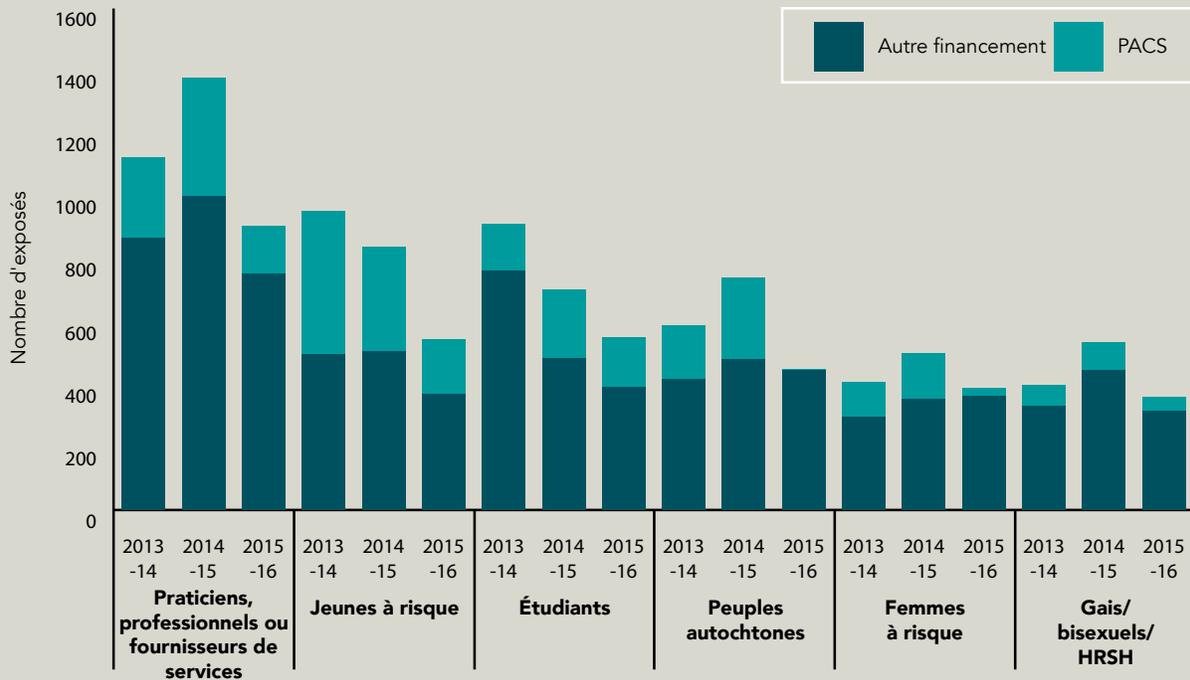
**FIGURE 18** Nombre d'exposés par type de travailleur, 2012-2013 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.7 et 9.1.a)



## Les travailleurs en éducation générale sur la prévention se concentrent sur les fournisseurs de services

Les travailleurs en éducation générale sur la prévention ont livré moins d'exposés en 2015-2016; cependant, les praticiens, professionnels ou fournisseurs de services demeurent leur principal auditoire. La diminution du nombre d'exposés à des étudiants peut refléter le fait que moins d'organismes présentent des exposés dans des écoles.

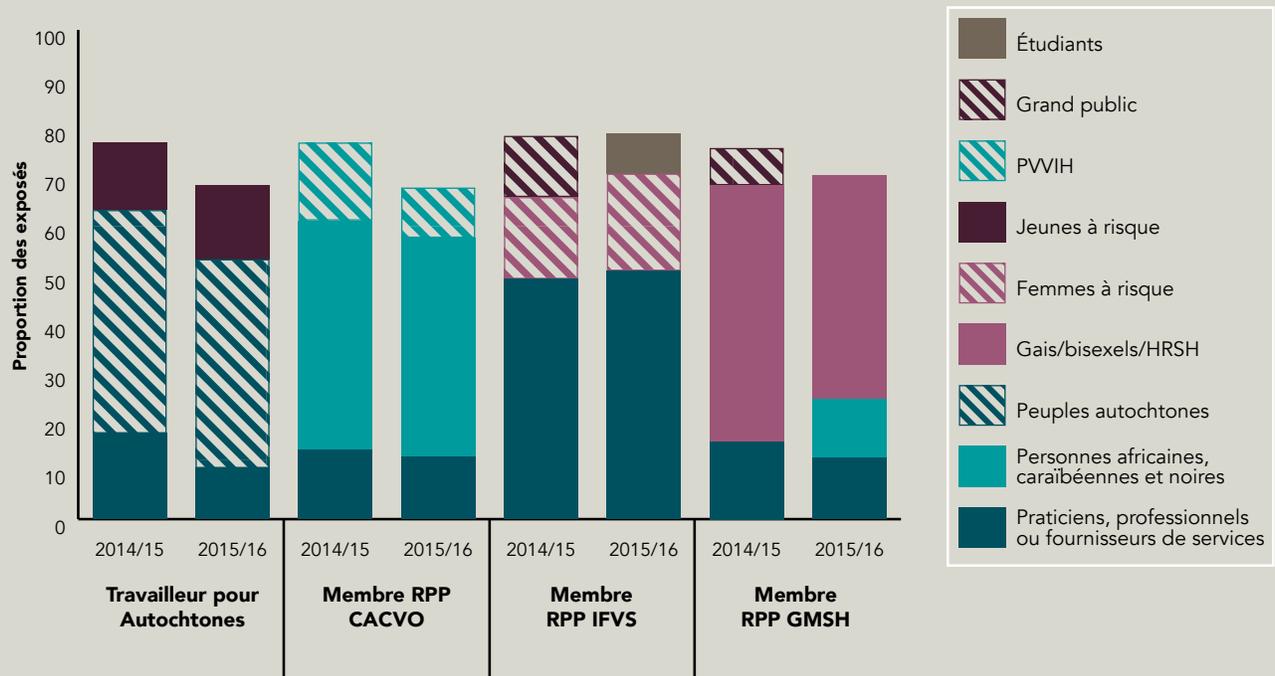
**FIGURE 19** Six principaux publics cibles des exposés éducatifs de travailleurs en éducation générale sur la prévention, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.1.a)



## Les travailleurs spécifiques à des populations se concentrent sur des populations prioritaires

La FIGURE 20 montre les trois principaux publics des exposés d'éducation sur la prévention, par type de travailleur. Comme on pouvait s'y attendre, les travailleurs spécifiques à des populations ont concentré leurs efforts sur les populations dont ils sont mandatés. En 2015-2016, près de la moitié des exposés (46 %) des travailleurs pour la population autochtone ont été présentés à des Autochtones; et 45 % des exposés des membres du réseau de populations prioritaires (RPP) du CACVO ont été présentés à des communautés africaines, caraïbéennes et noires (ACN). Pour tous les travailleurs spécifiques à des populations, à l'exception des travailleurs de la GMSH, les trois principaux publics sont demeurés les mêmes depuis deux ans. En 2015-2016, 12 % du total des exposés des travailleurs de la GMSH se sont adressés à des communautés ACN.

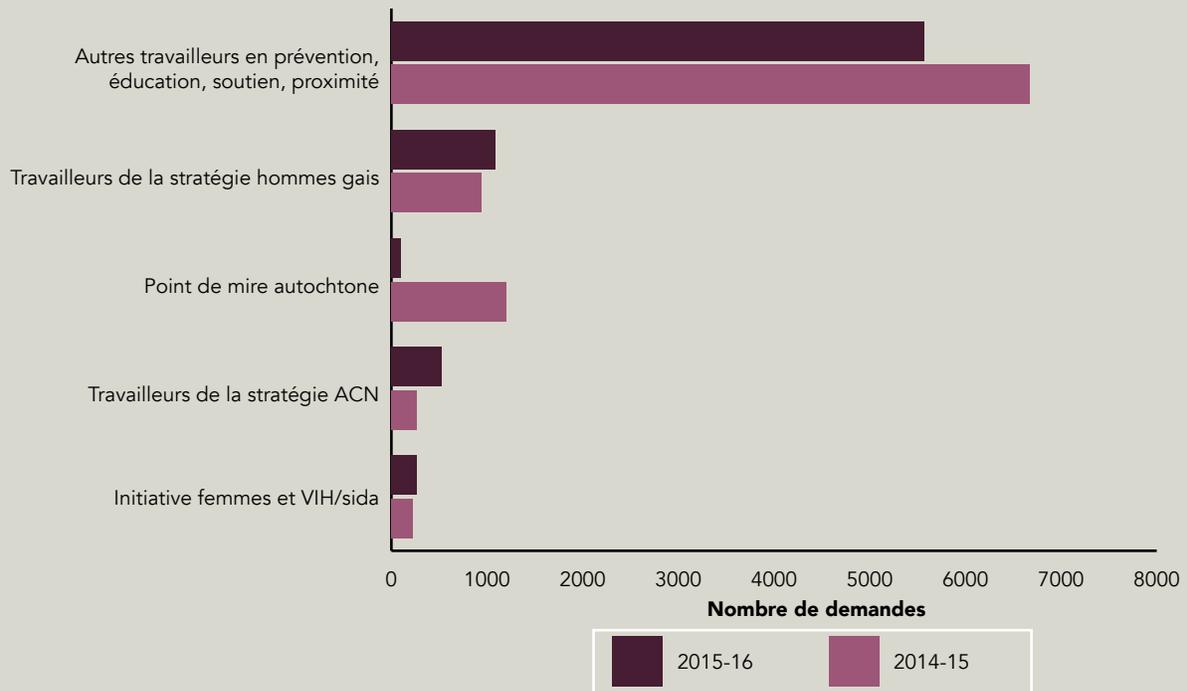
**FIGURE 20** Trois principaux publics joints par les travailleurs spécifiques à des populations, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.7 et 9.1.a)



## Augmentation de l'éducation individuelle spécifique à des populations

En plus de livrer des exposés éducatifs structurés, les travailleurs fournissent également de l'éducation en formule individuelle, ce qui inclut les réponses à des demandes d'information par courriel et au téléphone, de même que des conversations en personne. Le nombre de demandes d'éducation individualisée a diminué de 19 %, en 2015-2016, comparativement à 2014-2015; cependant, le nombre de demandes aux travailleurs spécifiques à des populations a augmenté pour toutes les populations à l'exception des Autochtones. La diminution du nombre de demandes à des travailleurs spécifiques aux populations autochtones a été due principalement à un virage dans les programmes d'un organisme qui ne déclare plus ses présentations d'exposés à l'OERVSCO.

**FIGURE 2I** Demandes d'éducation individualisée dans le cadre des services, par type de travailleur, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.10.2)



**FIGURE 22** Trois principaux thèmes d'éducation individualisée demandée, par type de travailleur (OERVSCO q.9.2)



**Travailleurs en éducation à la prévention**

Enjeux spécifiques à des populations  
ITS/rerelations sexuelles plus sécuritaires  
VIH/sida 101

**RPP Santé des hommes gais**

ITS/rerelations sexuelles plus sécuritaires  
Dépistage du VIH  
Enjeux spécifiques à des populations

**RPP Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario**

Enjeux spécifiques à des populations  
Vivre avec le VIH  
VIH/sida 101

**Travailleurs s'adressant aux autochtones**

Enjeux spécifiques à des populations  
Addressing Violence  
Diversity/anti-oppression/cultural competence

**RPP Initiative femmes et VIH/sida**

Enjeux spécifiques à des populations  
Répondre à la violence  
Diversité/anti-oppression/compétence culturelle

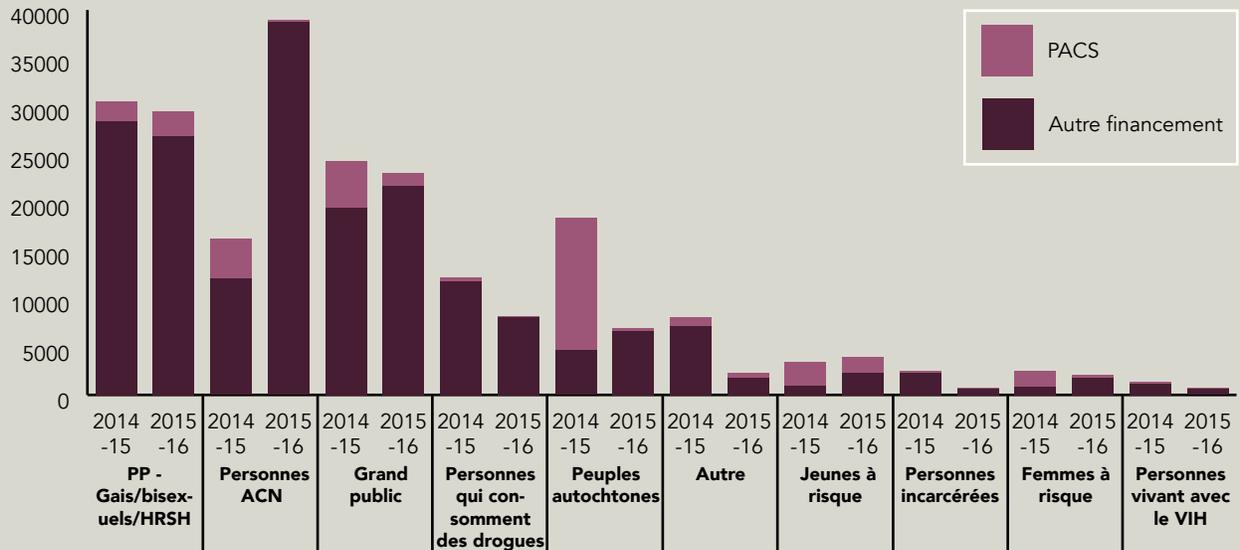
## Travail de proximité concentré sur des populations prioritaires

En comparaison avec 2014-2015, les programmes de proximité ont fait état de moins de contacts brefs et significatifs en 2015-2016. Bien que le nombre total de contacts de proximité ait diminué, le nombre de contacts brefs dans le travail de proximité auprès des communautés ACN a plus que doublé, en 2015-2016, principalement en raison de trois programmes.

Les **contacts bénévoles directs** et significatifs dans le travail de proximité nécessitent une interaction bidirectionnelle en personne, entre un intervenant/ d'un organisme et un membre de la population cible.

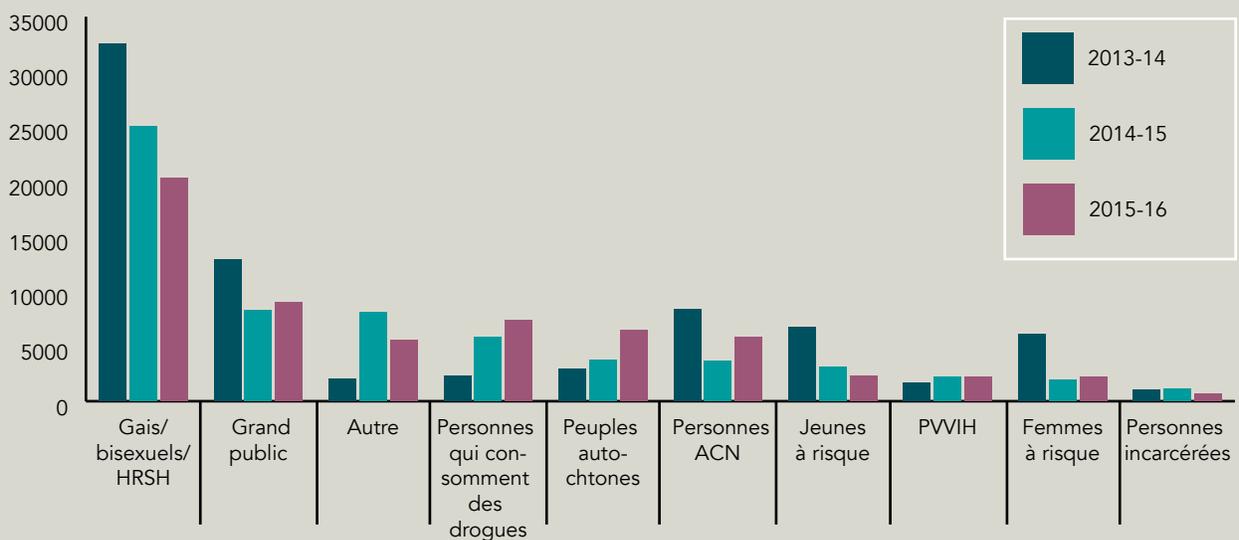
Les **contacts brefs** n'impliquent pas nécessairement d'interaction bidirectionnelle, mais peuvent inclure que la personne reçoive un élément à conserver, comme une brochure, à un kiosque lors d'un événement.

**FIGURE 23** Contacts de proximité brefs, par population jointe et par bailleur de fonds (OERVSCO q 9.10b)



Depuis trois ans, nous observons une augmentation constante du nombre de contacts significatifs avec des personnes qui s'injectent des drogues et avec des personnes autochtones (voir la FIGURE 24).

**FIGURE 24** Nombre de contacts de proximité significatifs, par population, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 10a)



## Changements à l'emplacement des interactions significatives de travail de proximité

Depuis trois ans, les programmes ont fait état de fluctuations considérables quant aux lieux des contacts significatifs de proximité. Le plus grand changement signalé en 2015-2016 a été une augmentation de 66 % du nombre de contacts significatifs de proximité dans des lieux « autres ». Les lieux « autres » le plus souvent signalés ont été : les événements spéciaux, les restaurants et les établissements d'enseignement. Moins de contacts ont eu lieu dans des bars/boîtes de nuit (13 121 en 2015-2016, contre 15 206 en 2014-2015). Il y a eu également une baisse importante du nombre de contacts faits dans des organismes confessionnels, ce qui a été dû à un programme qui ne signale plus de contacts de proximité à l'OERVSCO. Des changements aux lieux du travail de proximité peuvent être prévus dans le temps, d'après les tendances dans les populations prioritaires et les capacités/ressources des programmes.

**TABLEAU I** Principaux changements dans les contacts significatifs de proximité en personne, par emplacement (OERVSCO q.9.10a)

Emplacement	2013-2014 (données des programmes)	2014-2015 (données des programmes)	2015-2016 (données des programmes)
Saunas	27 998 (22)	13 923 (9)	15 653 (11)
Autre (prière de préciser)	4 754 (22)	7 921 (33)	13 121 (34)
Bars/boîtes de nuit	5 115 (22)	15 206 (17)	10 041 (17)
Centres sans rendez-vous	3 556 (22)	1 944 (11)	3 838 (19)
Rue (incl. parcs)	7 377 (13)	3 647 (16)	3 755 (25)
Autres organismes communautaires	2 354 (24)	2 386 (26)	3 443 (24)
Cliniques/centres de santé	3 343 (25)	3 411 (24)	1 676 (24)
Organismes confessionnels	4 284 (11)	4 790 (10)	481 (12)
Salons de massage	293 (3)	212 (2)	434 (2)
Refuges	367 (10)	1 133 (7)	277 (10)
Mobiles	561 (12)	551 (8)	230 (3)

## Les programmes déclarent utiliser des outils en ligne, pour le travail de proximité

En plus de leur travail de proximité dans des lieux physiques de leurs communautés, les programmes rayonnent en ligne. Les données sur les contacts en ligne étaient difficiles à interpréter; cependant, les programmes ont livré des comptes rendus anecdotiques de l'efficacité du travail de proximité en ligne.

Avoir un nouveau site web, augmenter notre capacité sur Twitter, afficher plus d'information sur notre page Facebook, sont des activités qui aident à joindre des populations plus diversifiées.  
– Action Positive

Nous avons fait un effort conscient pour favoriser l'implication significative dans les médias sociaux. Notre auditoire a grandi considérablement sur Facebook et sur Twitter, grâce à des messages réguliers et intéressants.  
– The Gilbert Centre

Le travail de proximité en ligne continue d'évoluer, et a vu son bassin de bénévoles grandir au cours de cette période de compte rendu. L'équipe des hommes gais a également fourni du soutien dans les saunas, pour la prévention des surdoses de GHB. Les conversations de proximité continuent de s'approfondir, à mesure que les gens (de tous les âges) semblent à l'aise de parler du VIH; et la conversation a évolué vers des sujets comme les lignes directrices pour le dépistage, de même que la PrEP.  
– AIDS Committee of Toronto

Nos efforts de proximité en ligne grandissent sans cesse; et nous observons une implication accrue des groupes à risque plus élevé, par courriel et par téléphone. Nous référons constamment les gens à nos cliniques de santé sexuelle, pour le dépistage, par le programme de proximité en ligne.  
– AIDS Committee of York Region

Nous avons observé une demande énorme de médias en ligne, de la part de réfugiés africains et de nouveaux arrivants. Les médias Facebook et Twitter de l'APAA, qui incitent les gens à connaître leur statut VIH, ont suscité la participation de tous les Africains, qui offrent leurs opinions et commentaires.  
– Africans In Partnership Against AIDS

La campagne en ligne pour le dépistage a accru le contact avec des hommes que je ne réussissais pas à joindre avant.  
– AIDS Committee of Durham Region

Le programme ACN utilise des plateformes web et de médias sociaux pour impliquer les populations cibles et pour faire connaître notre activité accrue pendant cette période. La Journée de dépistage ACN, 7 février, a été annoncée sur la page web du CHABAC. Nous avons partagé cela sur nos pages Twitter et Facebook, et avons également écrit un article sur nos efforts régionaux pour notre campagne annuelle de dépistage du VIH, qui a été publié dans le numéro printanier de Point de mire sur la prévention (CATIE), en 2016.  
– AIDS Committee of Windsor

Le site web de la Casey House a permis de mieux faire connaître l'information, en temps opportun. Il a été utile d'intégrer des conseils sur le VIH, des nouvelles, des témoignages de clients et des annonces concernant les activités de la Casey House.  
– Casey House Hospice

## Défis du travail de proximité

### Stigmate et discrimination

Nous travaillons en étroite collaboration avec des leaders progressistes, dans la communauté, et concentrons nos efforts sur la création d'un lien de confiance.  
- Africans In Partnership Against AIDS

Nous continuons de recruter et de soutenir des personnes vivant avec le VIH, comme ambassadrices pour la communication et l'éducation, afin de favoriser la voix des personnes vivant avec le VIH et de démontrer qu'elles ne sont pas seules.

- Casey House Hospice

### Coût de la publicité

Facebook est de loin la plateforme où nous avons le plus de traction et réussissons le mieux à favoriser l'implication. Facebook est aussi, de plus en plus, une plateforme payante. Nous n'avons pas un grand budget pour promouvoir nos messages affichés sur Facebook, donc ceux-ci ne joignent pas le même nombre de gens qu'auparavant. Ce serait vraiment bien d'avoir plus de budget pour promouvoir des programmes et services spécifiques sur Facebook, pour ces auditoires cibles.  
- AIDS Committee of Toronto

Nous avons reçu de Scruff de l'espace publicitaire gratuit pour annonceur « sans but lucratif ». J'utilise aussi Craigslist, Facebook et Twitter.  
- AIDS Committee of Durham Region

## Services de proximité à l'intention d'UDI

En 2015-2016, le Bureau de lutte contre le sida a financé 22 programmes de proximité pour les UDI; et entre 12 et 16 autres programmes ont déclaré avoir fourni des services de proximité à des UDI pendant ce même exercice. (Note : avec le temps, le nombre d'« autres » organismes – non financés spécifiquement pour du travail de proximité pour UDI – a oscillé entre 12 et 18; leur déclaration de données n'est pas toujours constante.) Pour avoir un meilleur aperçu des tendances, nous avons examiné ensemble les données déclarées par les programmes financés et par les autres, et avons également procédé à une ventilation par service.

**TABLEAU 2** Programmes financés de proximité pour UDI et autres programmes ayant transmis des données dans la section 13 en 2015-2016

### Programmes financés pour la proximité UDI

- AIDS Committee of Durham Region
- AIDS Committee of Windsor
- Elevate North Western Ontario
- Central Toronto Community Health Centres
- Santé publique Ottawa
- Hamilton Public Health & Community Services
- HIV/AIDS Resources & Community Health (ARCH)
- Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones
- Peel HIV/AIDS Network
- Peterborough AIDS Resource Network
- Positive Living Niagara
- Regional HIV/AIDS Connection
- Réseau ACCESS Network
- Sandy Hill Community Health Centre (OASIS)
- Centre de santé communautaire Somerset Ouest
- Centre de santé communautaire South Riverdale Community
- Street Health Centre, Centre de santé communautaire de Kingston
- Sudbury Action Centre For Youth
- Syme-Woolner Neighbourhood and Family Centre
- The Works, City of Toronto Public Health
- Unison Health and Community Services
- Warden Woods Community Centre

### Autres programmes\*

- AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area
- AIDS Committee of North Bay and Area
- Comité du sida d'Ottawa
- The Gilbert Centre
- Algoma Group Health
- Black Coalition for AIDS Prevention
- The AIDS Network (Hamilton)
- HIV/AIDS Regional Services
- Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy - SUDBURY
- Toronto People With AIDS Foundation
- Waasegiizhig Nanaandawe'iyewigamig
- Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa\*\*

\* Entre 2010-2011 et 2014-2015, au moins dix autres programmes (non inclus ci-dessus) ont transmis des données dans la section 13 de l'OERVSCO.

\*\*Données transmises uniquement la première moitié de l'année

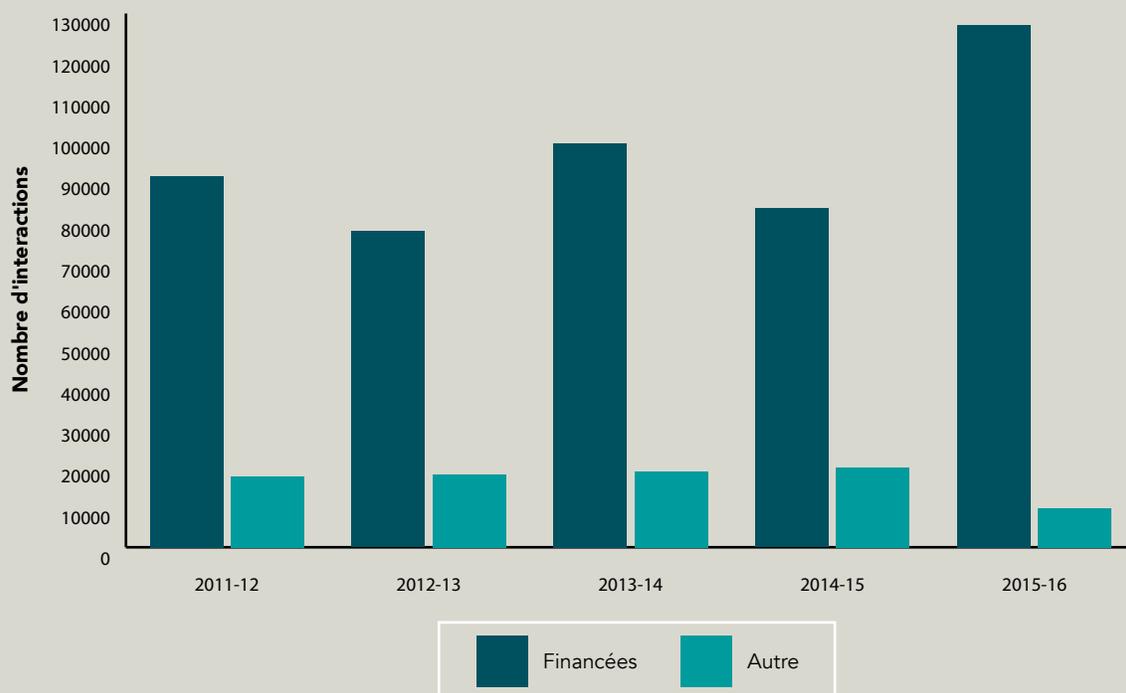
## Tendances clés

- IDU funded programs reported more in-service and outreach interactions.
- Other funded programs reported fewer interactions.
- Community agencies are the most popular location for IDU outreach.
- Men make up 65% of all clients and use 60% of all services.

### Les programmes pour UDI déclarent 34 % plus d'interactions

Dans l'ensemble, les programmes pour UDI ont déclaré une augmentation de 34 % de leurs interactions au point de service (voir la FIGURE 25). Les programmes de proximité UDI sont le moteur de cette tendance : ils ont signalé une augmentation de 46 % de leurs interactions au point de service (120 178 en 2015-2016, comparativement à 82 562 en 2014-2015) alors que les autres programmes ont déclaré 14 % moins d'interactions.

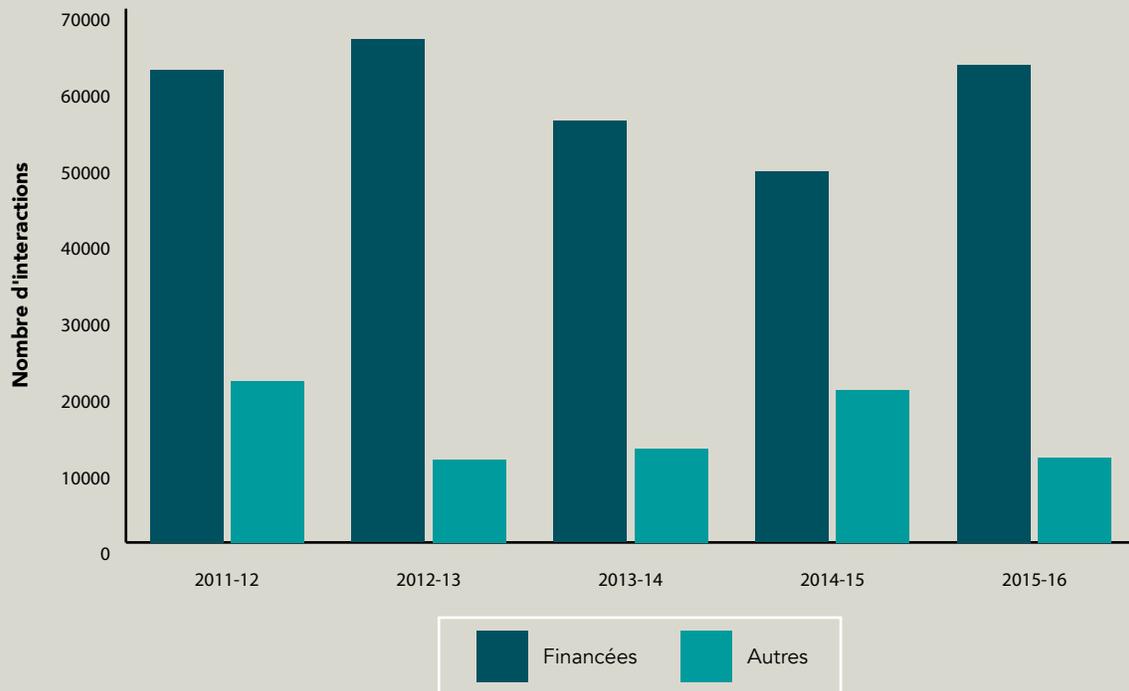
**FIGURE 25** Nombre total d'interactions UDI au point de service, par des programmes financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.21)



Comme le démontre la FIGURE 26, les programmes pour UDI ont déclaré une augmentation générale de 8 % des interactions de proximité. Cette hausse est venue des programmes financés : ceux-ci ont déclaré une augmentation de 29 % du nombre d'interactions de proximité, alors que les autres programmes ont signalé une diminution de 44 %.

La diminution des interactions au point de service ainsi que de proximité, par les autres programmes, est probablement due au fait que le nombre de programmes transmettant des données pour l'OERVSCO a diminué, en 2015-2016.

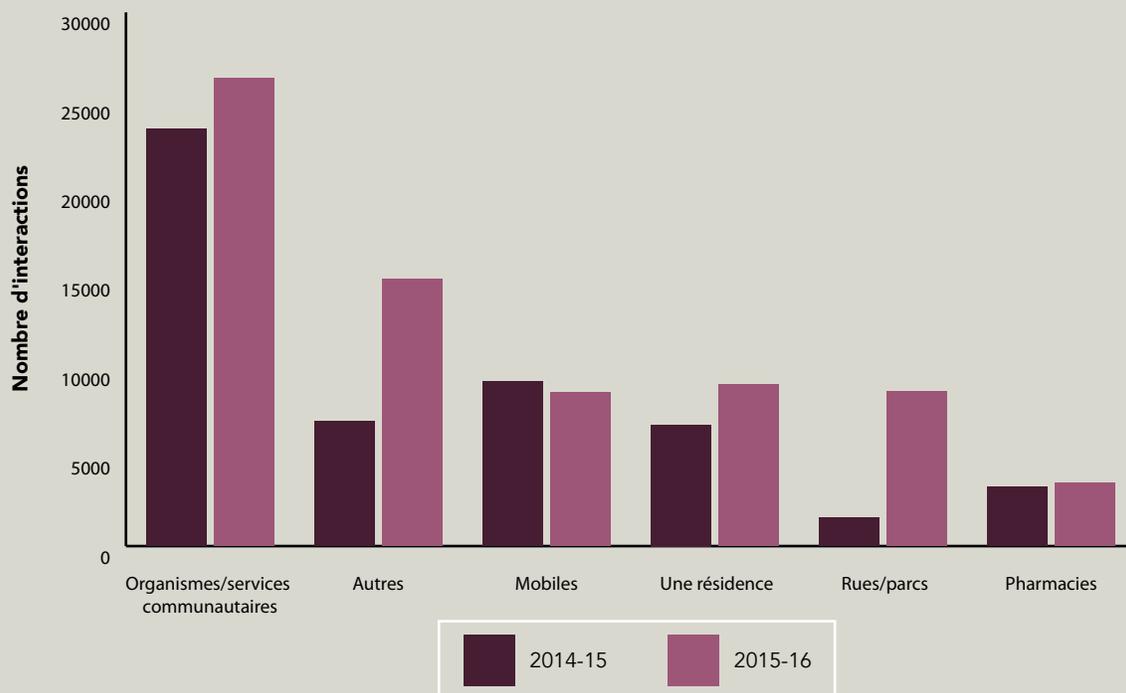
**FIGURE 26** Nombre total d'interactions de proximité dans les 6 principaux lieux pour les programmes financés pour la proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.1.1)



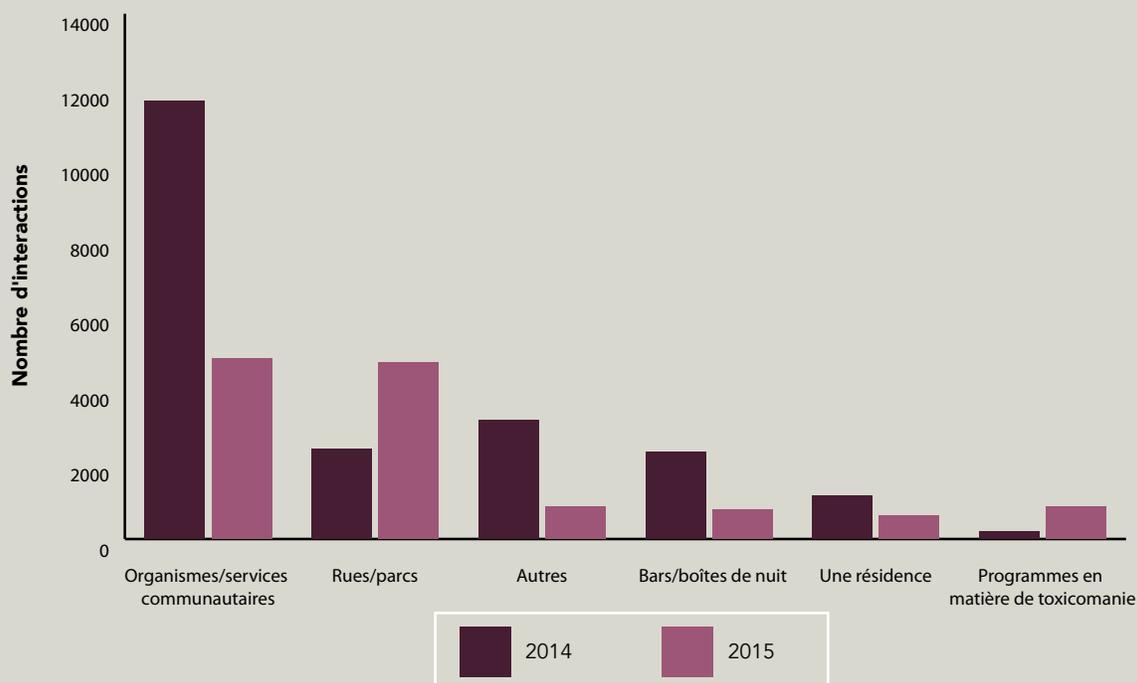
## Les locaux d'organismes communautaires sont le lieu le plus populaire pour la proximité UDI

Les organismes et services communautaires sont les emplacements de proximité les plus populaires déclarés par tous les programmes, suivi par les lieux « autres ». Même si les rues et parcs ainsi que les lieux résidentiels étaient des emplacements fréquents pour les deux types de programmes, les programmes financés ont déclaré plus d'activités de proximité mobile et de proximité liée aux pharmacies (voir la FIGURE 27), alors que les autres programmes ont signalé plus de proximité dans les bars/boîtes de nuit (voir la FIGURE 28).

**FIGURE 27** Nombre total d'interactions dans les 6 principaux emplacements de proximité pour les organismes financés pour la proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.4)



**FIGURE 28** Nombre total d'interactions de proximité dans les six principaux lieux de proximité pour les autres programmes de proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.4)

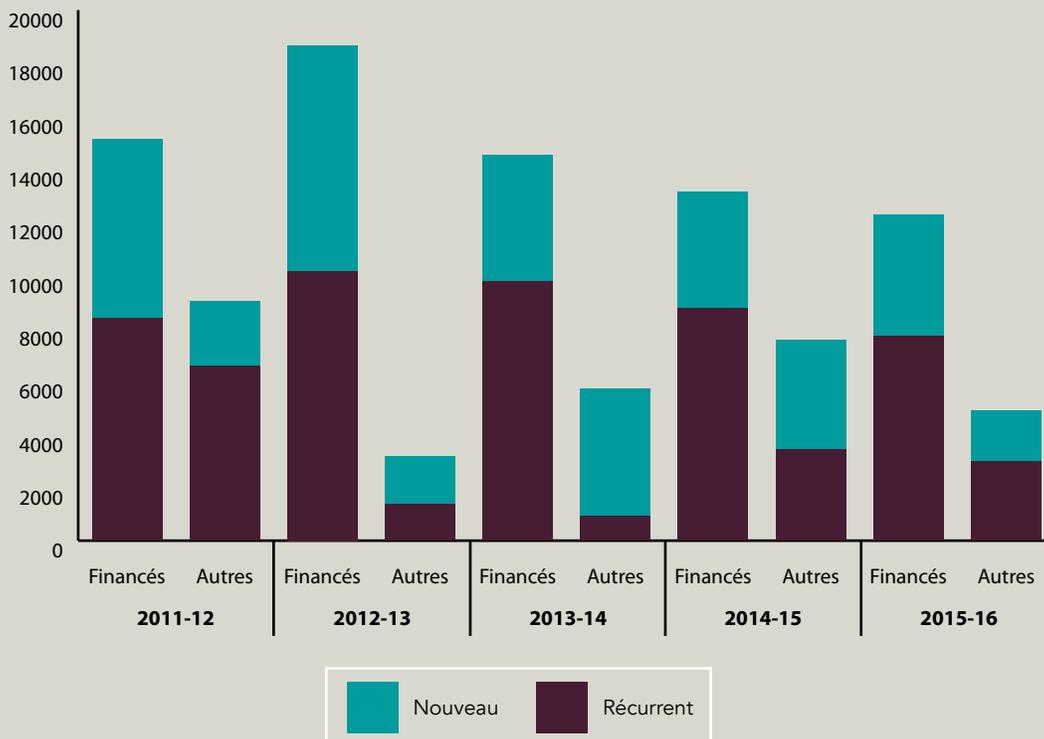


## Clients uniques de la proximité

L'OERVSCO demande aux programmes pour UDI de déclarer le nombre de clients uniques qu'ils servent (en plus du nombre total de contacts effectués). Cependant, certains organismes n'ont pas la capacité de cerner les clients uniques. Par conséquent, les chiffres déclarés fluctuent avec le temps et ne sont peut-être pas exactement représentatifs du nombre d'individus uniques utilisant les services.

Le nombre total de clients uniques de services de proximité dont ont fait état les programmes pour UDI, en 2015-2016, a diminué de 17 % en comparaison avec 2014-2015 (voir la FIGURE 29). Les programmes financés pour la proximité UDI ont déclaré plus de nouveaux clients uniques (+5 %) et moins de clients uniques constants (-12 %), alors que les autres programmes ont déclaré 54 % moins de clients uniques en proximité et 13 % moins de clients revenant pour ces services.

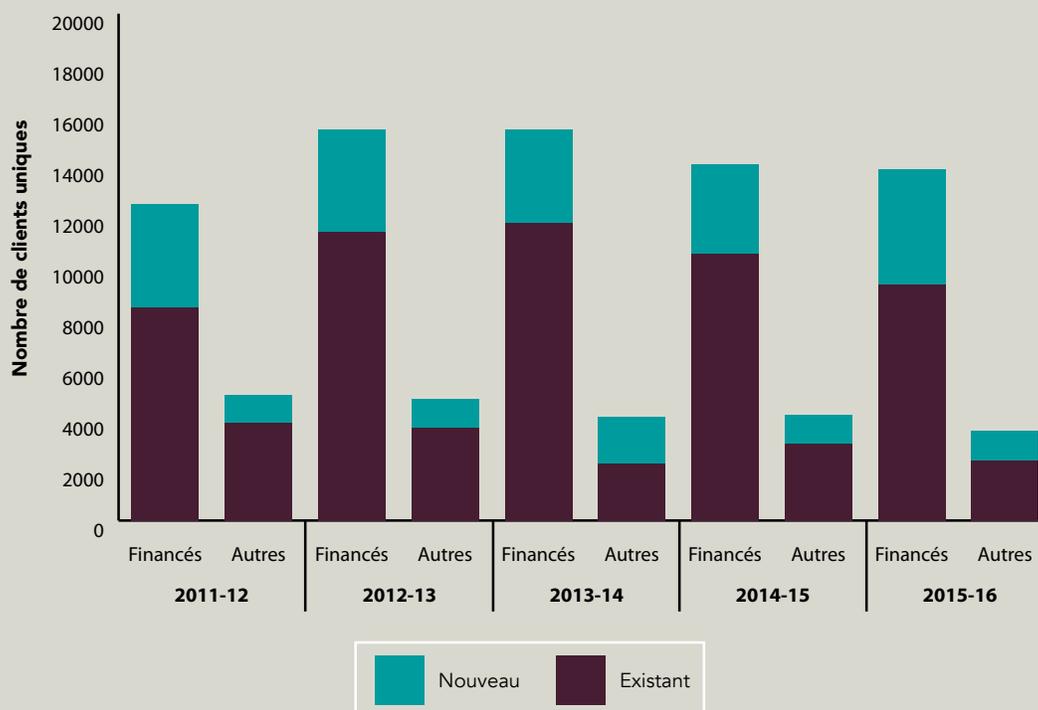
**FIGURE 29** Nombre total de clients uniques en proximité, déclaré par les programmes financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.1.2)



## Clients uniques au point de service

Pour les programmes financés, le nombre de nouveaux clients uniques au point de service a augmenté de 28 %, alors que pour les autres programmes il y a eu diminution de 4 %. Les programmes financés et les autres programmes ont déclaré un nombre quelque peu réduit de contacts au point de service. Les programmes financés ont déclaré servir plus de 13 000 individus uniques, alors que les autres programmes ont déclaré entre 4 000 et 5 000 clients uniques au point de service.

**FIGURE 30** Nombre total de clients uniques au point de service, déclaré par les financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 à 2015-2016 (OERVSCO q. 13.2.2)



### La plupart des usagers de services UDI sont des hommes

Types de clients	Hommes	Femmes	Hommes trans	Femmes trans
Clients proximité	10 825	6 263	73	53
Clients aux points de service	11 597	5 638	81	63

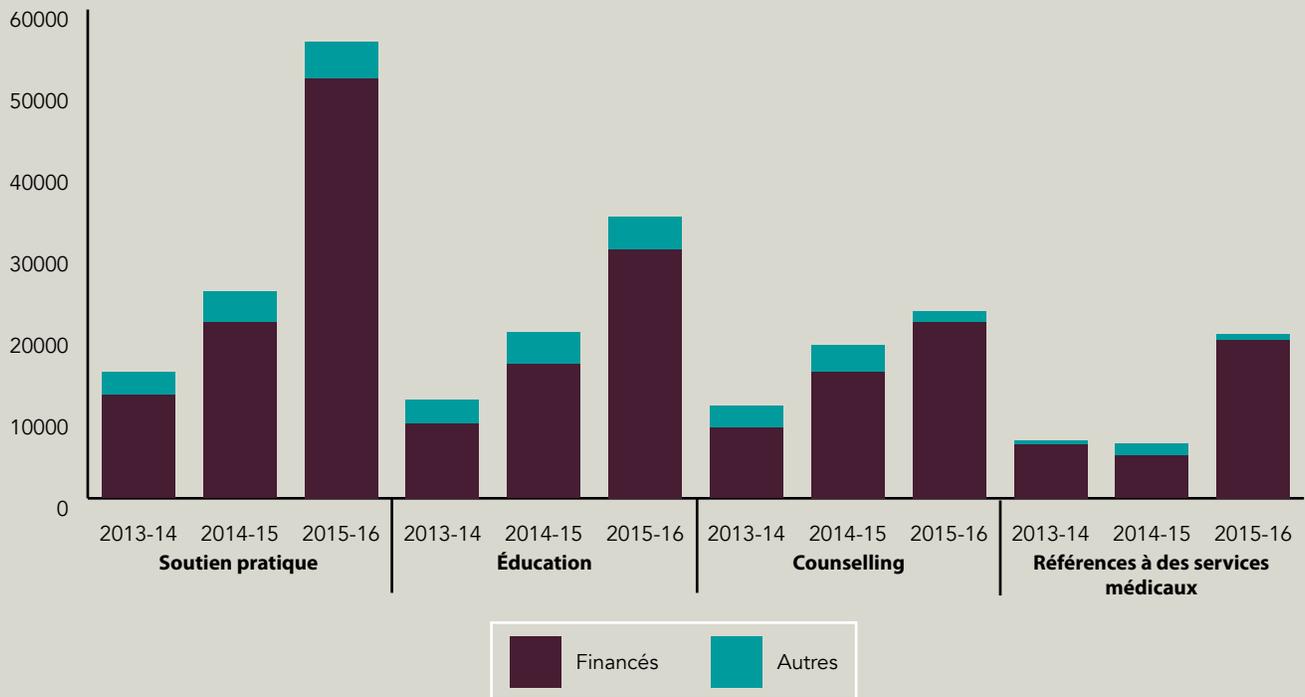
## Les clients utilisent un nombre accru de services UDI et de références

Les programmes financés et autres programmes pour UDI ont signalé de fortes augmentations du nombre de clients ayant accès à :

- Soutien pratique : +121 %
- Éducation : +69 %
- Références à des services médicaux : +197 %
- Références à des services de réduction des méfaits ou en toxicomanie : +>200 % (20 130 en 2015-2016 comparativement à 7 873 en 2014-2015)
- Références à des services confessionnels ou de soutien spirituel : +35 % (831 en 2015-2016 comparativement à 617 en 2014-2015).

Ces tendances indiquent peut-être que les programmes deviennent plus efficaces pour relier les gens aux services dont ils ont besoin et pour maintenir les individus dans les soins.

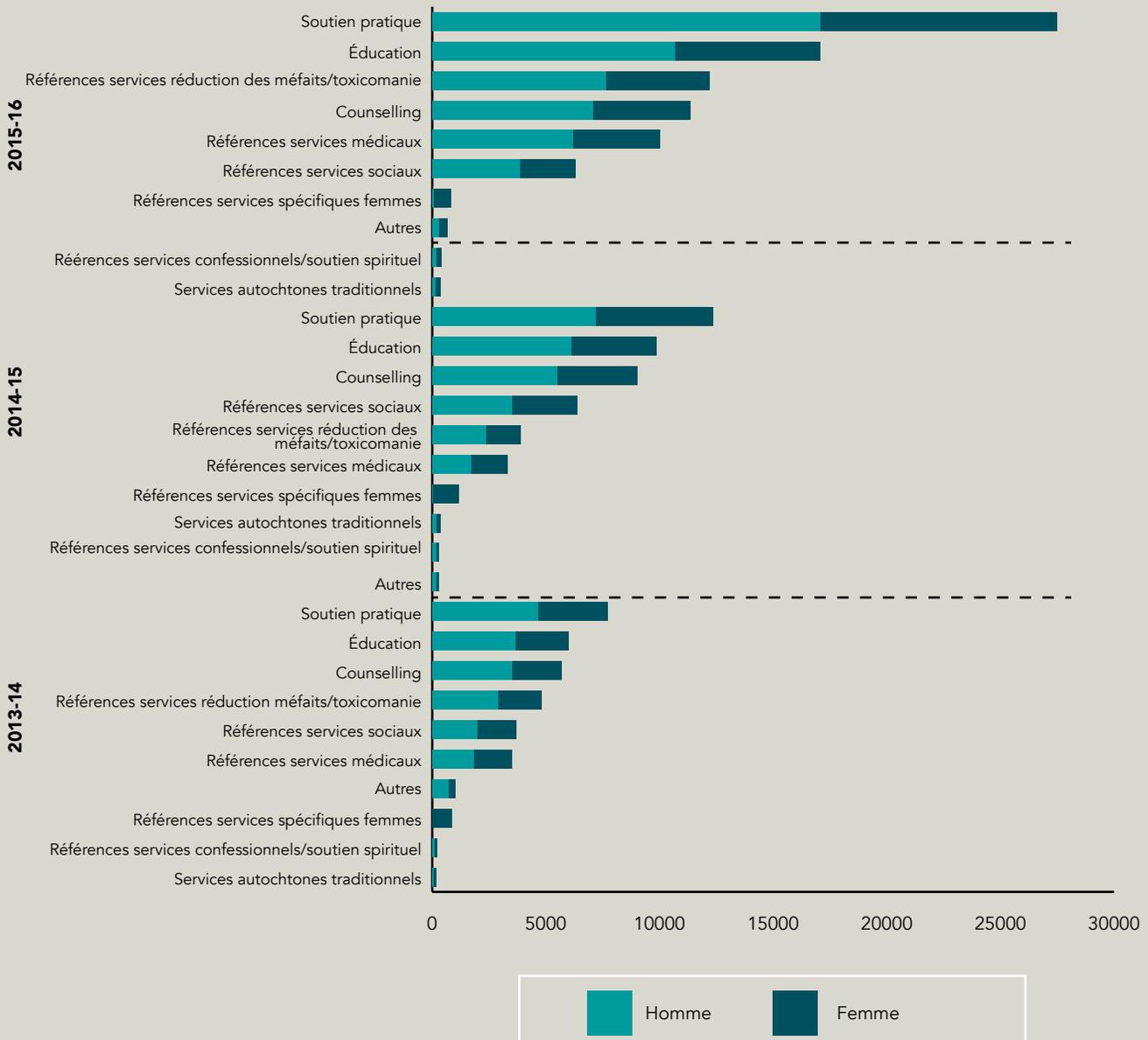
**FIGURE 31** Quatre principaux services UDI fournis, sur 3 ans, par type de programme (OERVSCO q. 13.3a)



## La plupart des usagers de services UDI sont des hommes

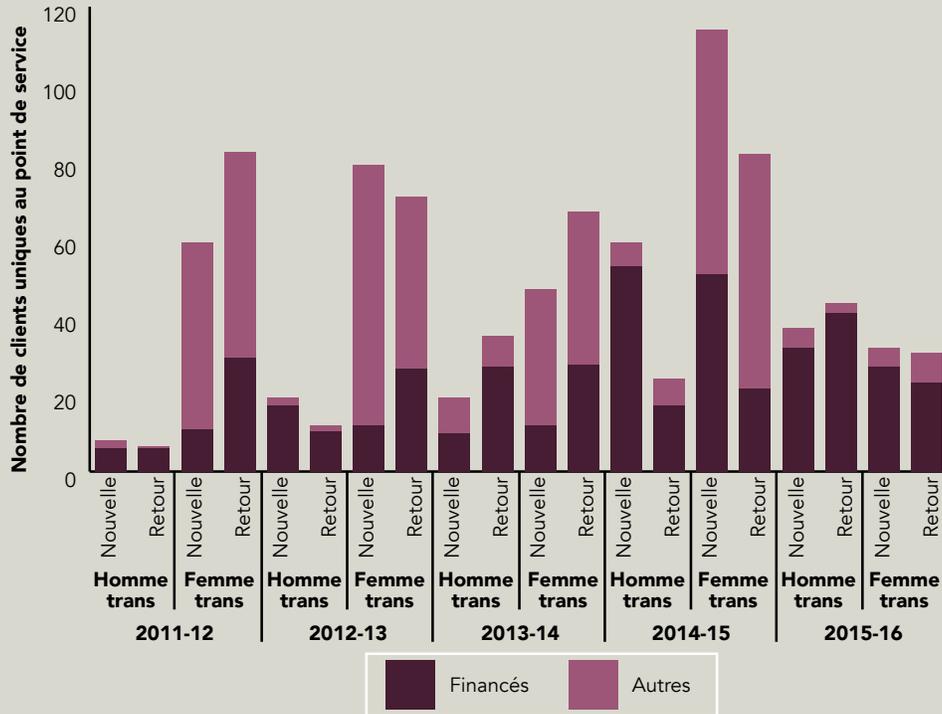
Les hommes représentaient 65 % de tous les clients des services UDI, en 2015-2016, et ont utilisé une part de 60 % des services fournis. Les femmes représentaient 35 % du bassin de clients et utilisaient 40 % des services. (Moins de 1 % des clients étaient des personnes trans.) À l'exception des références à des services spécifiques pour femmes, on n'a pas observé de différence entre les types de services utilisés par un genre ou l'autre.

**FIGURE 32** Utilisation des services de soutien aux UDI, par sexe/genre, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.13.3a)



Le nombre déclaré de personnes trans servies par les programmes a fluctué, principalement en raison d'inconstance dans les comptes rendus. À l'exception d'un programme à Toronto, la plupart des programmes ont déclaré servir moins de 5 clients trans. En termes de services, ces clients utilisent principalement le soutien pratique.

**FIGURE 33** Nombre total de clients trans uniques au point de service, sur 5 ans, par type de programme (OERVSCO q. 13.2.2)\*

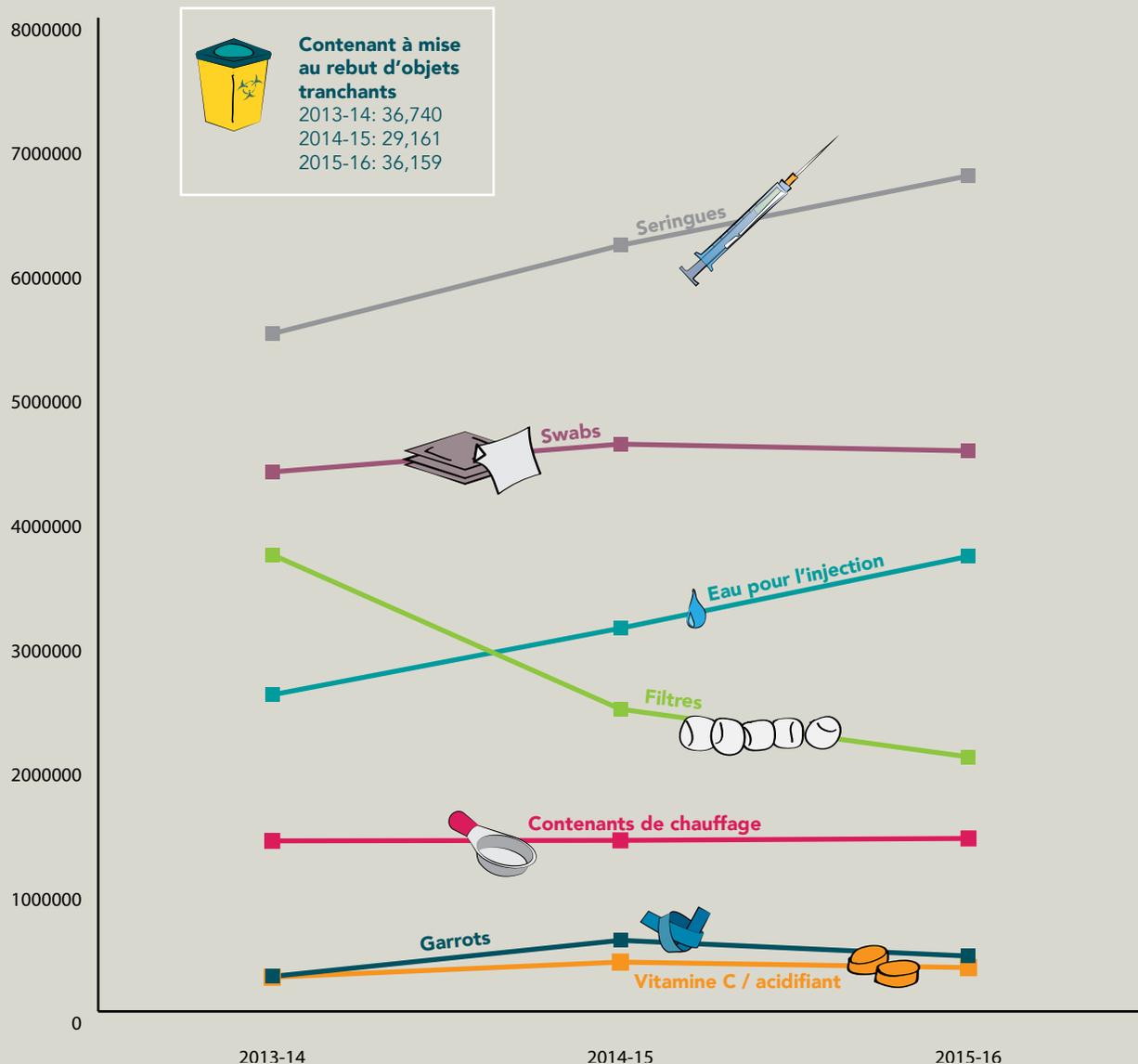


\* 2 autres programmes ont été retirés de l'analyse en raison de comptes rendus irréguliers

## Les programmes ont distribué plus de 19 millions d'éléments pour l'injection plus sécuritaire

En 2015-2016, plus de 19 millions d'unités de matériel pour l'injection plus sécuritaire ont été distribuées. Depuis trois ans, on distribue de plus grandes quantités de seringues, de filtres, d'eau pour l'injection ainsi que d'acidifiants ou vitamine C. Pour la troisième année de suite, on distribue moins de filtres.

**FIGURE 34** Types de matériel distribué (OERVSCO q. 13.10a)



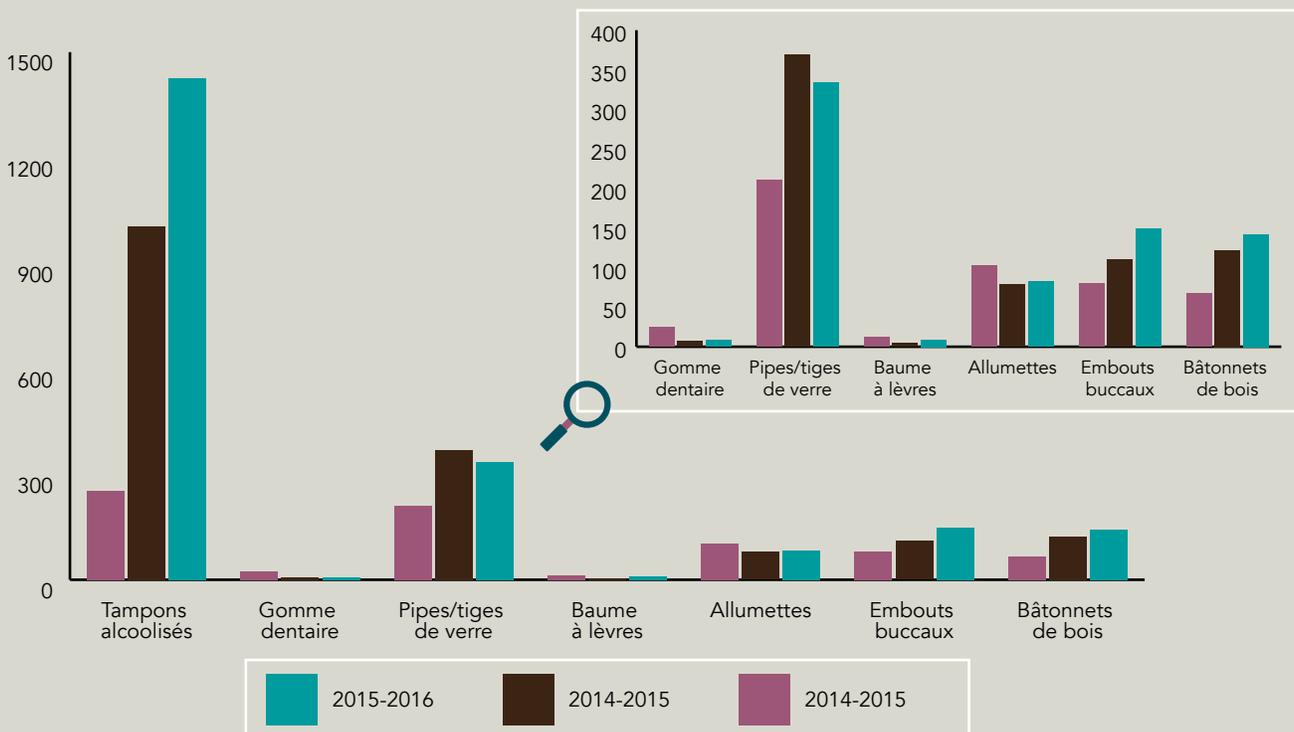
Malgré une augmentation du nombre de seringues distribuées, les programmes signalent encore un fossé entre le besoin et la fourniture :

**Nous sommes limités au nombre de seringues qui nous sont données par le programme de seringues, pour nos tâches de proximité et notre distribution, au cours de l'année. Ceci ne nous permet pas d'appliquer les pratiques exemplaires et de remettre les quantités de seringues que des membres de notre communauté demandent parfois, puisqu'à la fin du mois il nous arrive de manquer de seringues. On nous a dit que c'est dû au budget que le Bureau de santé a établi pour notre programme de seringues. C'est devenu en effet un défi important.**  
 – Réseau ACCESS Network

## Distribution stable de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire

En 2015-2016, les programmes ont distribué au total 2 150 éléments d'inhalation plus sécuritaire; les tampons alcoolisés comptent pour 66 % du total. Les programmes ont également déclaré avoir un accès accru à ces tampons, ce qui explique l'augmentation de 27 % de leur distribution. Tous les autres types de matériel sont demeurés stables.

**FIGURE 35** Tendances de la distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO 13.10a)



## Hausse de la méthamphétamine cristallisée

La méthamphétamine cristallisée devient plus répandue dans la région; d'après des témoignages, certaines personnes adaptent les troussees d'inhalation plus sécuritaire pour fumer cette drogue.  
— Positive Living Niagara

Des clients déclarent utiliser les pipes d'inhalation plus sécuritaire pour inhaler la méthamphétamine cristallisée, façon « hot railing».  
— Regional HIV/AIDS Connection

Il y a eu un virage : plus de gens ont commencé à consommer de la méthamphétamine, dans notre région, [et] commencé à demander l'accès à des pipes à cet effet – mais nous ne pouvons actuellement pas répondre à cette demande.  
— AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area

Légère augmentation des cas déclarés de consommation de méthamphétamine cristallisée.  
—AIDS Committee of Durham Region

Nous avons eu de nombreuses demandes de matériel pour fumer la méthamphétamine cristallisée. Nous n'avons pu offrir de réponse directe à cet égard, vu la difficulté de maintenir le service pour des raisons financières.  
—Comité du sida d'Ottawa

La méthamphétamine cristallisée est apparue à Thunder Bay. Bien qu'il n'y ait pas un virage fort vers cette drogue, ce n'est peut-être qu'une question de temps, vu son bas prix.  
—Elevate NWO

Même si elle ne figure pas dans les statistiques sur les trois principales drogues de choix, nous avons observé une hausse de popularité de la méthamphétamine cristallisée, ces derniers mois. Plus de gens viennent demander de l'info et des ressources pour l'inhalation plus sécuritaire – tant pour la fumer que pour la renifler.  
—AIDS Committee of North Bay and Area

Nous avons reçu des rapports anecdotiques de clients et de pairs, selon lesquels la méthamphétamine cristallisée est coupée avec du fentanyl, et signalant également une augmentation de la disponibilité de drogues synthétiques dans les principaux points locaux. Il y a plusieurs années que la méthamphétamine cristallisée circule à London, mais nous commençons à réellement voir les impacts de la consommation à long terme, sur la santé.  
—Regional HIV/AIDS Connection

## Hausse des surdoses

Nous avons observé une augmentation du nombre d'incidents de surdose, dans notre population de rue, principalement en raison d'autres drogues comme le fentanyl que l'on fait passer pour de l'héroïne, dans la rue.

— Black Coalition for AIDS Prevention

Nous continuons de recevoir des déclarations de taux élevés de surdoses dans la communauté affectée par des changements de la disponibilité de drogues, des irrégularités de la force des drogues, de même que des drogues qui sont altérées.

—Santé publique Ottawa

Nous avons entendu parler d'autres cas signalés de surdoses mortelles et non mortelles, dus à une hausse de la consommation de fentanyl parce que celui-ci est vendu comme étant de l'héroïne. En conséquence, notre organisme distribue un plus grand nombre de trousse de naloxone et offre plus d'éducation et de soutien concernant la prévention des surdoses.

—The Works, City of Toronto Public Health

## Répondre aux changements par des programmes

Instauration d'un programme sur la naloxone. Hausse du nombre de brochures d'information sur la méthamphétamine.

—AIDS Committee of Windsor

Nous continuons de faire valoir la nécessité de distribuer la naloxone pour améliorer notre formation à la prévention des surdoses, ici à ACCESS.

—Réseau ACCESS Network

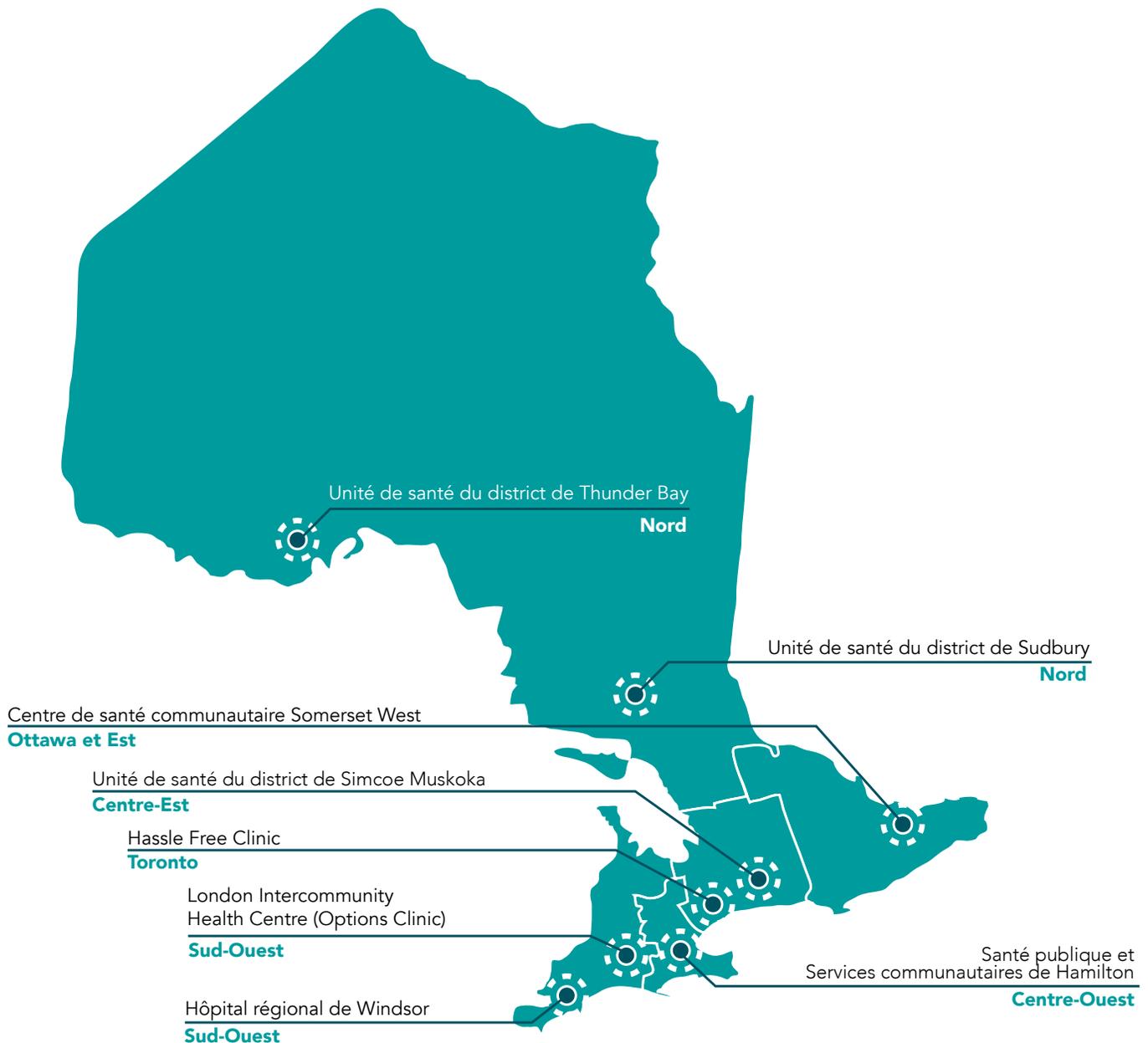
Deux sites satellites ont été ajoutés à notre programme afin d'accroître l'accès au matériel.

—Positive Living Niagara

# Services de dépistage anonyme du VIH

Cinquante organismes qui offrent le dépistage du VIH à travers l'Ontario sont désignés (en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé) pour fournir le dépistage anonyme du VIH. Huit de ces organismes sont financés par le Bureau de lutte contre le sida. Cette année, ces organismes faisaient état pour la deuxième fois de leurs services de dépistage à l'OERVSCO

**FIGURE 36** Sites de dépistage anonyme du VIH financés par le Bureau de la lutte contre le sida, selon la région de santé publique



# Aperçu du dépistage du VIH en Ontario

- En 2015, un total de 485 250 dépistages du VIH a été réalisé en Ontario (excluant le dépistage prénatal).
- Le nombre de dépistages du VIH effectués en Ontario augmente chaque année depuis 2010 – principalement en raison d’une hausse du dépistage nominatif et du dépistage chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- Le dépistage du VIH est offert sous trois formes : nominative, non nominative (codée) et anonyme. La vaste majorité des dépistages du VIH effectués en Ontario sont nominatifs. Le nombre de dépistages non nominatifs est en baisse depuis 2000.
- Le nombre de dépistages anonymes du VIH a commencé à augmenter en 2007, avec l’expansion des sites de dépistage anonyme en Ontario, mais il s’est récemment stabilisé – probablement parce que ces sites ont atteint leur pleine capacité.
- Le nombre de dépistages du VIH a augmenté plus rapidement chez les hommes que chez les femmes. En général, chez les deux sexes, les taux de positivité ont diminué au fil du temps (à mesure que le nombre de dépistages du VIH a augmenté).
- Parmi l’ensemble des dépistages du VIH, le taux de positivité est constamment plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et chez les personnes dépistées de manière anonyme comparativement à celles dépistées de manière nominative ou non nominative.

## Hausse du nombre de dépistages du VIH au fil du temps

**Instantané :** En 2015, un total de 485 250 dépistages du VIH ont été effectués dans la province (excluant le dépistage prénatal). Le taux de positivité (la proportion de dépistages positifs au VIH) était de 0,17 %.

**Tendances au fil du temps :** Entre 2000 et 2006, il y a eu une importante hausse du nombre annuel de dépistages du VIH. Depuis 2010, on observe une hausse légère, mais constante, du nombre de dépistages du VIH effectués chaque année.

**FIGURE 37** Nombre de dépistages du VIH, Ontario, 2000-2015



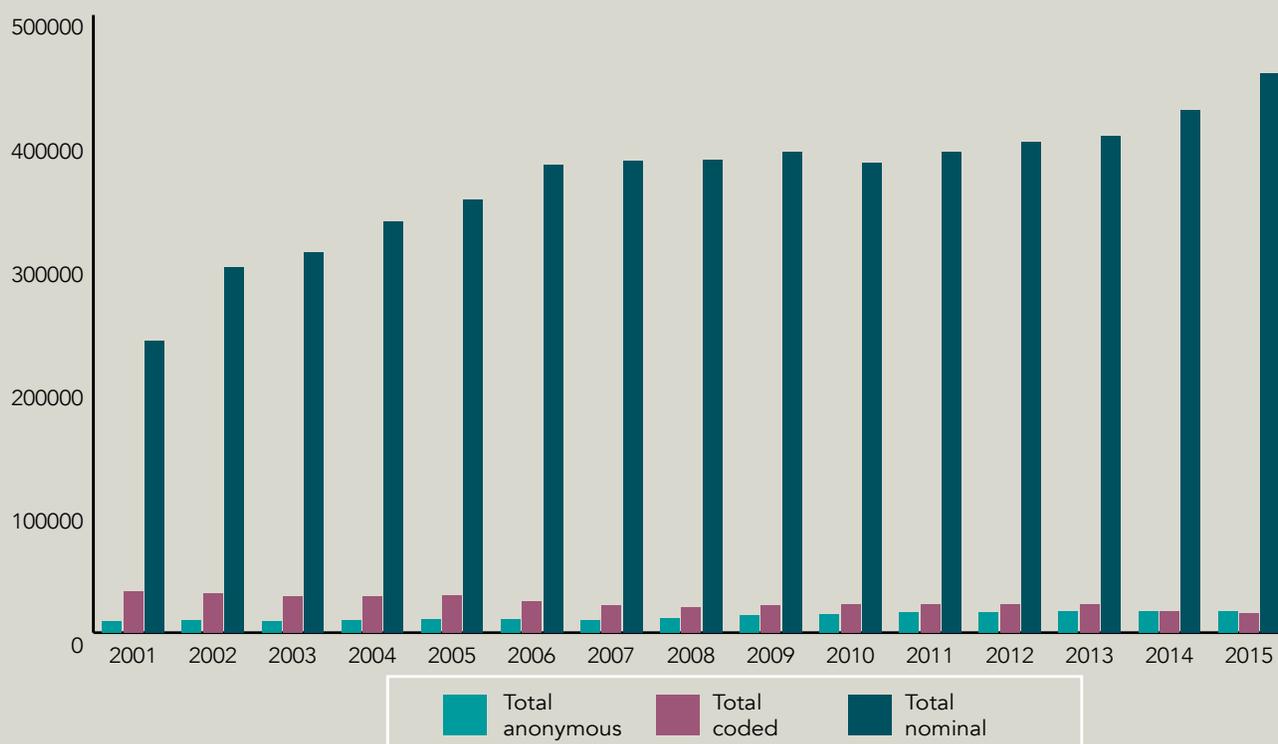
## La plupart des dépistages demandés sont nominaux

**Instantané :** En 2015, 452 681 dépistages étaient nominatifs, 15 519 étaient non nominatifs et 17 048 étaient anonymes.

### Tendances au fil du temps

- Entre 2007 et 2013, le nombre de dépistages anonymes a augmenté – en raison de l’expansion des sites de dépistage anonyme en Ontario – mais il s’est stabilisé au cours des dernières années (peusement parce que les sites ont atteint leur pleine capacité).
- Le nombre de dépistages non nominatifs ou codés a diminué au fil du temps.

**FIGURE 38** Nombre de dépistages du VIH selon le type de commande, Ontario, 2000-2014



### Le dépistage augmente plus rapidement chez les hommes que chez les femmes

**Instantané :** En 2015, 49 % des personnes dépistées pour le VIH étaient des hommes et 51 % étaient des femmes.

**Tendances au fil du temps :**

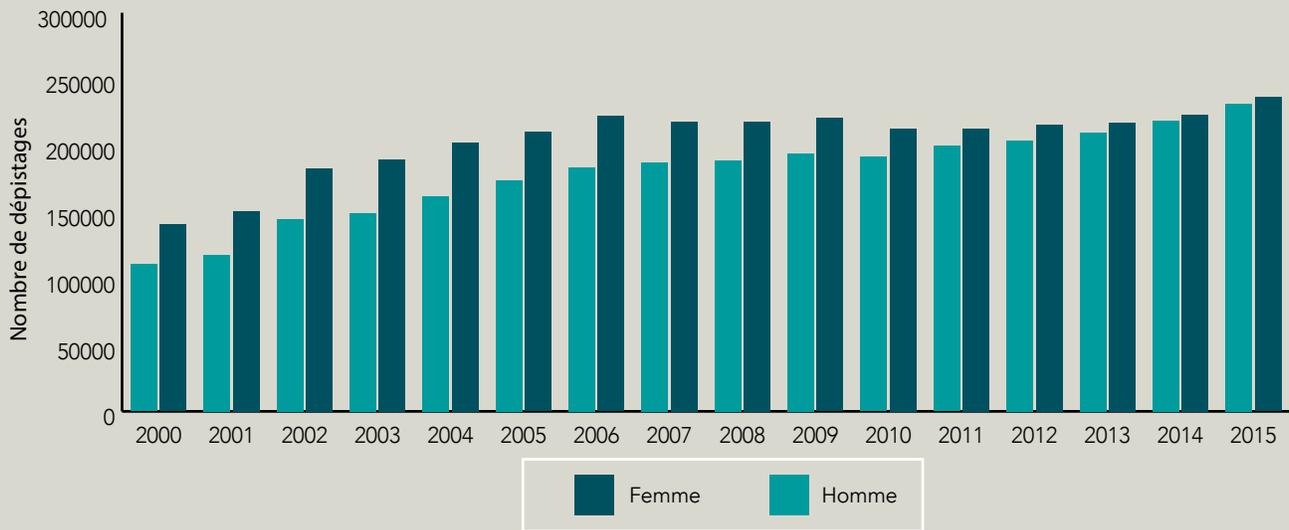
Depuis 2010, le nombre d’hommes dépistés a augmenté plus rapidement que le nombre de femmes.

### Types de dépistage du VIH

**Dépistage nominatif :** Le professionnel de la santé commande le dépistage du VIH en utilisant le nom de la personne dépistée.

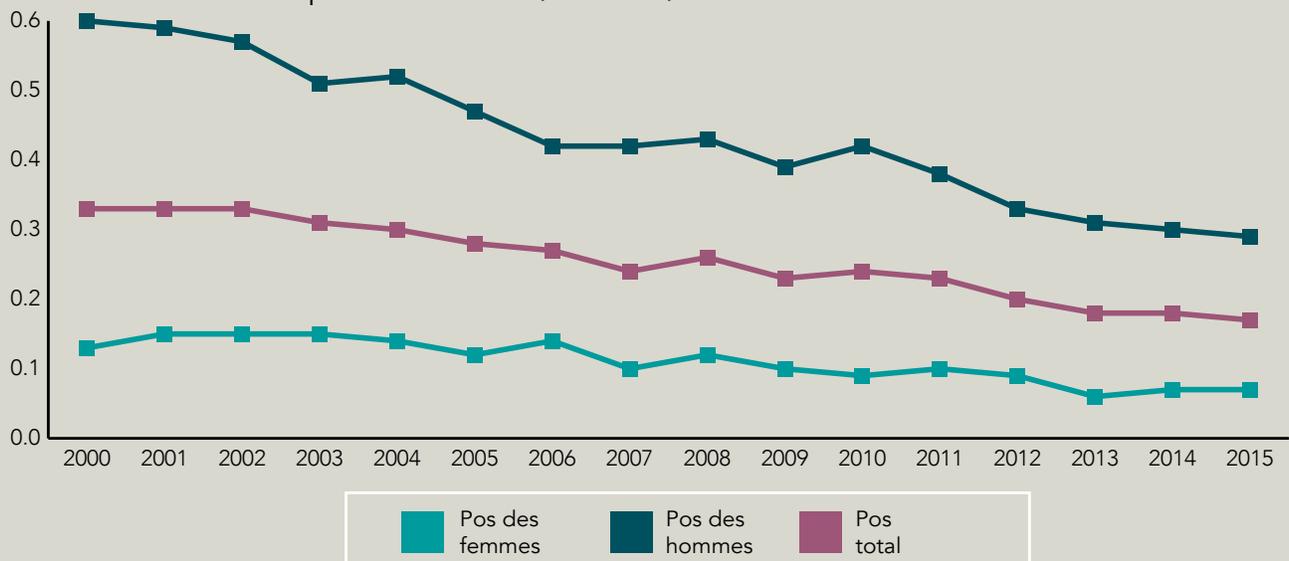
**Dépistage non nominatif ou codé :** Le professionnel de la santé connaît le nom de la personne par son dossier, mais il utilise un code unique plutôt que son nom pour commander le dépistage du VIH.

**Dépistage anonyme :** Le professionnel de la santé utilise le code indiqué sur le formulaire de réquisition, pour commander le dépistage; il ne recueille pas le nom de la personne ni d’autre information d’identification. Le code ne peut être relié à l’identité du patient.

**FIGURE 39** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe, Ontario, 2000-2015

### Les taux de positivité sont en baisse, mais plus élevés chez les hommes que chez les femmes

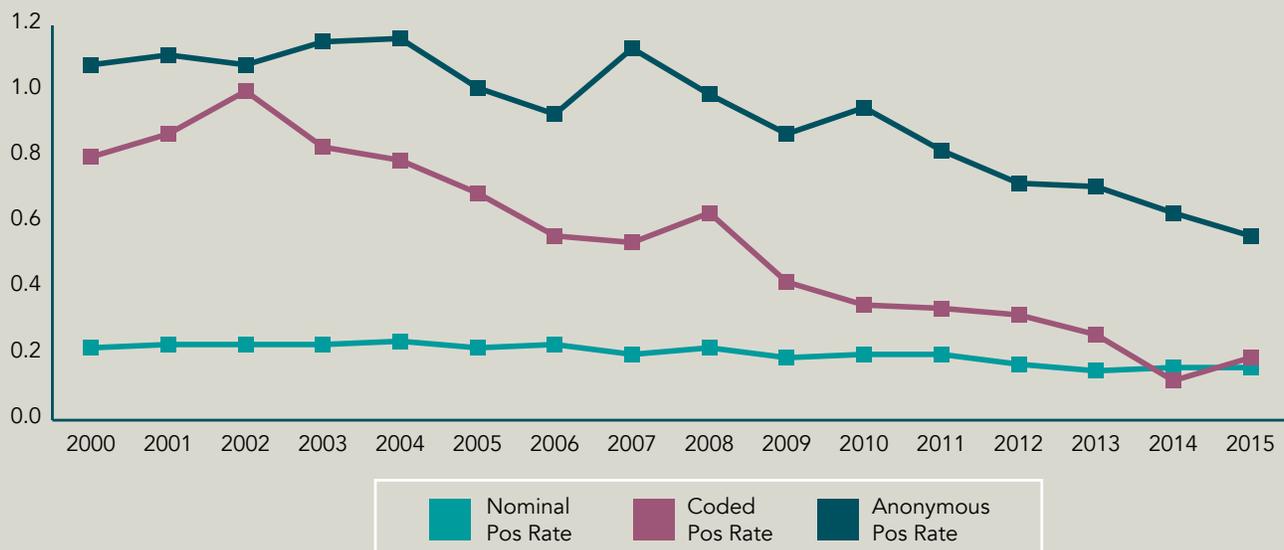
À mesure que le nombre de dépistages du VIH a augmenté, le taux de positivité a diminué, tant chez les hommes que les femmes. Toutefois, le taux de positivité est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

**FIGURE 40** Taux de positivité au VIH, Ontario, 2000-2015

### Les taux de positivité sont plus élevés chez les personnes dépistées de manière anonyme

En 2015, le taux de positivité chez les personnes dépistées de manière anonyme était environ trois fois plus élevé que parmi les personnes dépistées de manière nominative ou non nominative.

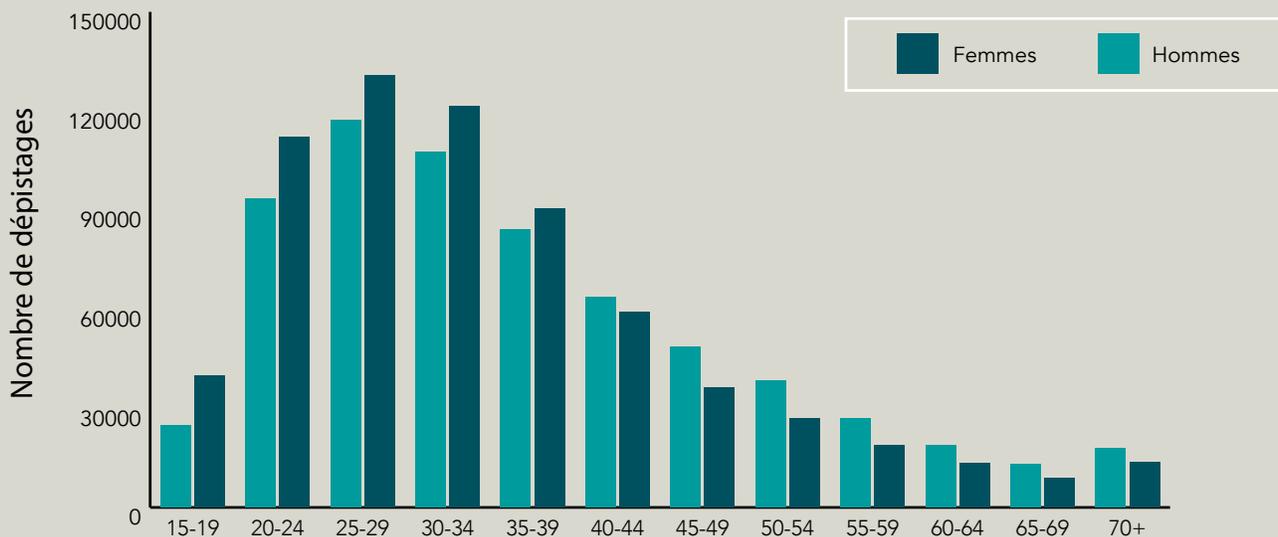
**FIGURE 41** Taux de positivité au VIH selon le type de test commandé, Ontario, 2000-2015



**Le dépistage est plus fréquent chez les 25 à 29 ans**

**Instantané :** Entre 2013 et 2015, les Ontariens les plus souvent dépistés pour le VIH étaient âgés de 25 à 29 ans, tant que chez les hommes que chez les femmes.

**FIGURE 42** Nombre de dépistages du VIH selon l'âge et le sexe, Ontario, 2013-2015



**Tendances au fil du temps**

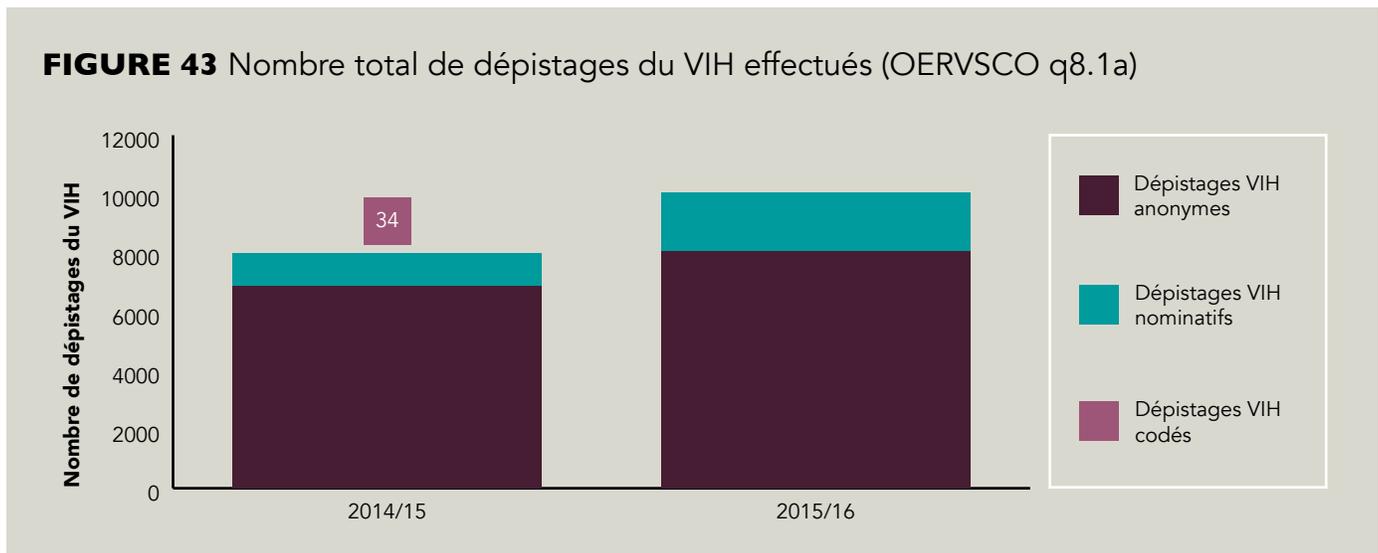
Tant chez les hommes que chez les femmes, il y a eu une légère diminution de la proportion de dépistages chez les moins de 25 ans, et une légère augmentation chez les plus de 45 ans.

## Le travail des sites de dépistage anonymes financés par le Bureau de lutte contre le sida

### Plus de dépistages administrés

En 2015-2016, les huit sites de dépistage ont procédé à 10 068 dépistages du VIH (anonymes et nominatifs) à l'aide d'un test rapide ou de la méthode traditionnelle de l'échantillon sanguin – une augmentation de 25 % sur 2014-2015. Toutefois, une plus faible proportion des dépistages étaient anonymes : 80 % (8 050) de dépistages anonymes en 2015-2016, comparativement à 86 % (6 875) en 2014-2015.

**Note :** Le nombre total de dépistages n'inclut pas les tests sanguins de confirmation des dépistages rapides réactifs



### Plus de personnes diagnostiquées en 2015-2016

En 2015-2016, les huit sites ont diagnostiqué 78 infections à VIH (incluant par dépistages nominatifs et anonymes) – soit 23 de plus qu'en 2014-2015. Toutefois, ces diagnostics positifs étaient concentrés dans quatre des huit cliniques. Seulement quatre sites ont déclaré un résultat positif au dépistage du VIH, en 2015-2016, comparativement à sept sites en 2014-2015.

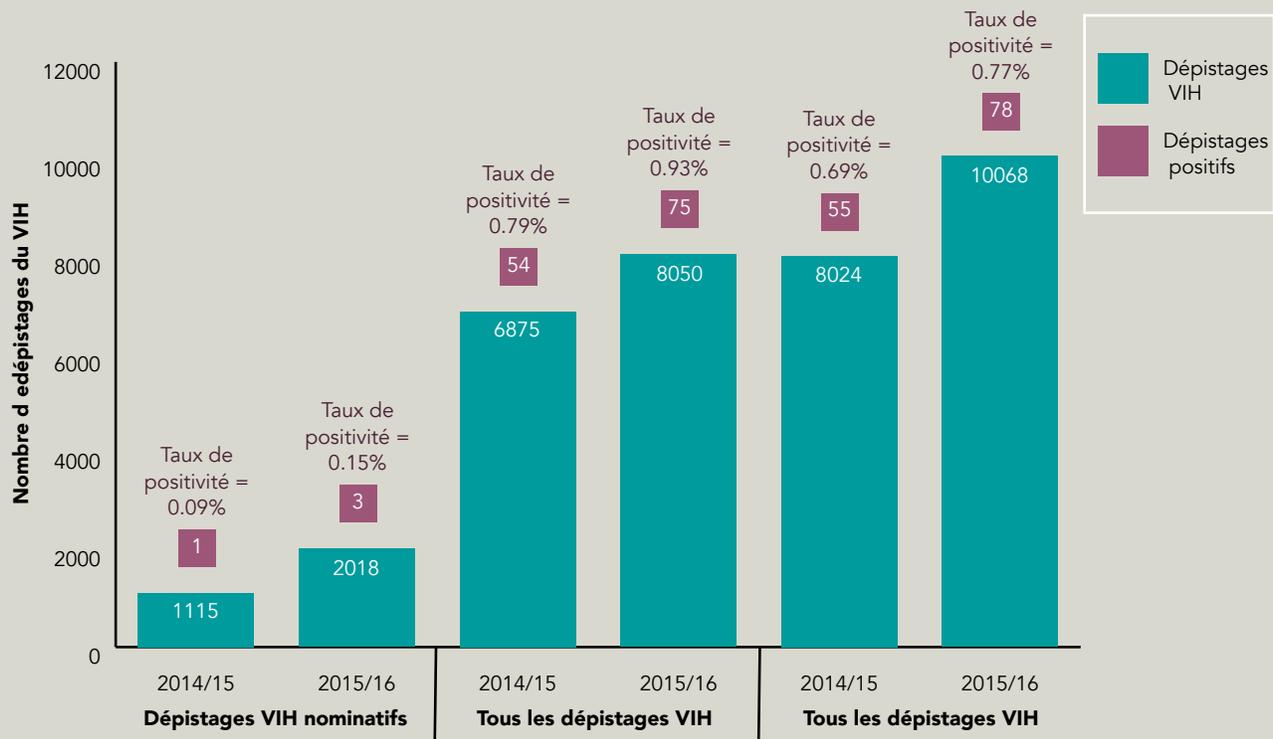
### Taux de positivité plus élevé en 2015-2016

Alors que le taux de positivité général était en baisse, en 2015-2016, celui des individus dépistés dans les huit sites qui font des déclarations à l'OERVSCO était en hausse.

Le taux de positivité parmi les 10 068 dépistages nominatifs et anonymes effectués dans les huit sites était de 0,77 % (78/10 068) – en hausse par rapport aux 0,69 % (55/8 024) de 2014-2015. Toutefois, le taux de positivité était beaucoup plus élevé parmi les individus dépistés de manière anonyme : 0,93 % (75/8 050) – en hausse par rapport aux 0,79 % (54/6 875) de 2014-2015. Le taux de positivité parmi les individus dépistés de manière nominative était de 0,15 % (3/2 018) en 2015-2016 – en hausse par rapport aux 0,09 % de 2014-2015.

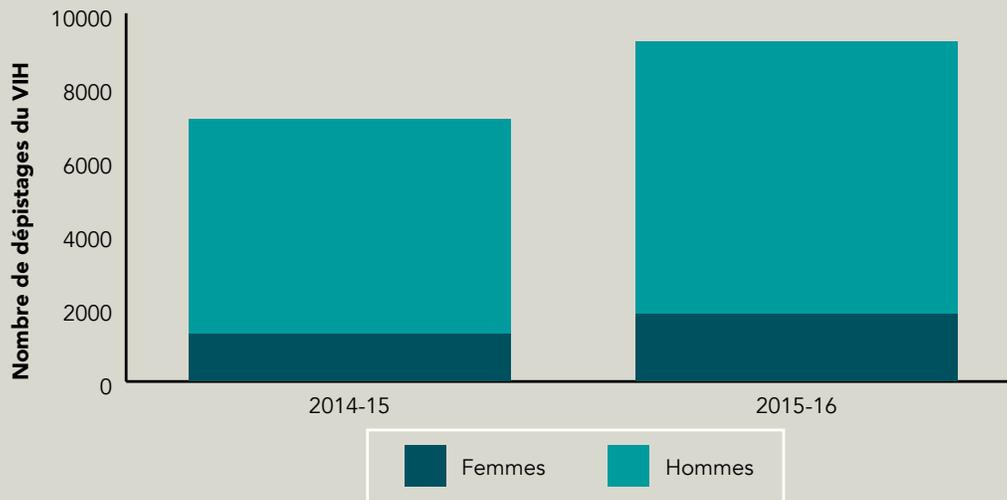
Ces taux de positivité plus élevés pourraient être dus au fait que les huit sites utilisent des stratégies de dépistage plus ciblées pour joindre les personnes les plus à risque pour le VIH.

**FIGURE 44** Nombre de dépistages du VIH selon le type de dépistage et le taux de positivité (OERVSCO q8.1a)



### Les hommes représentent quatre dépistages sur cinq

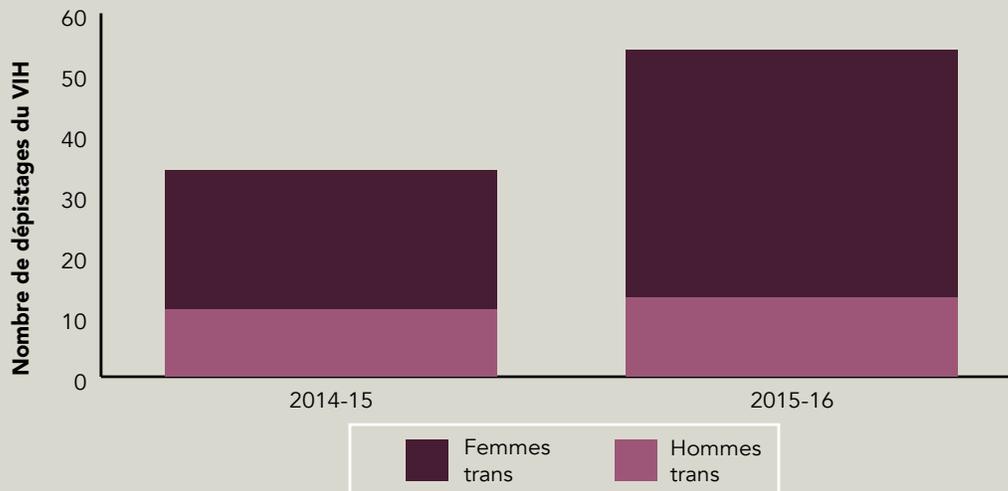
En 2015-2016, les hommes représentaient 80 % (7 394/9 281) de l'ensemble des dépistages du VIH effectués dans les huit sites, et les femmes en représentaient 20 % (1 833/9 281). Cela concorde avec la répartition selon le sexe/genre déclaré par les sites en 2014-2015, et avec le taux général de nouveaux diagnostics en Ontario.

**FIGURE 45** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1b)

(N = 7, 157 HIV tests in 2014/15 and 9,281 HIV tests in 2015/16)

### Plus de femmes trans dépistées

Comparativement à 2014-2015, on note une augmentation de 78 % du nombre de femmes trans dépistées pour le VIH : 41 en 2015-2016, comparativement à 23 en 2014-2015. Moins de 1 % (54/9 281) de l'ensemble des dépistages du VIH concernait des personnes trans.

**FIGURE 46** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1b)

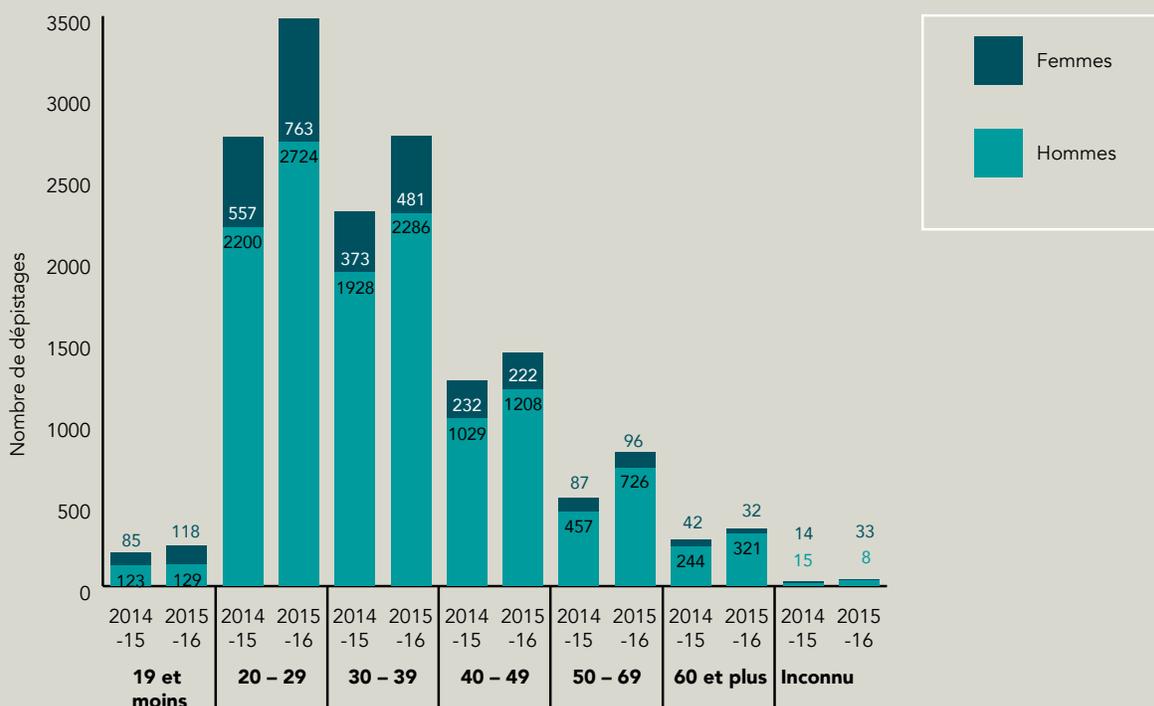
**Note :** Des données sur le sexe/genre ont été déclarées pour 92 % (9 281 / 10 068) des dépistages du VIH effectués dans les huit sites en 2015-2016.

### La plupart des personnes dépistées étaient âgées d'entre 20 et 49 ans

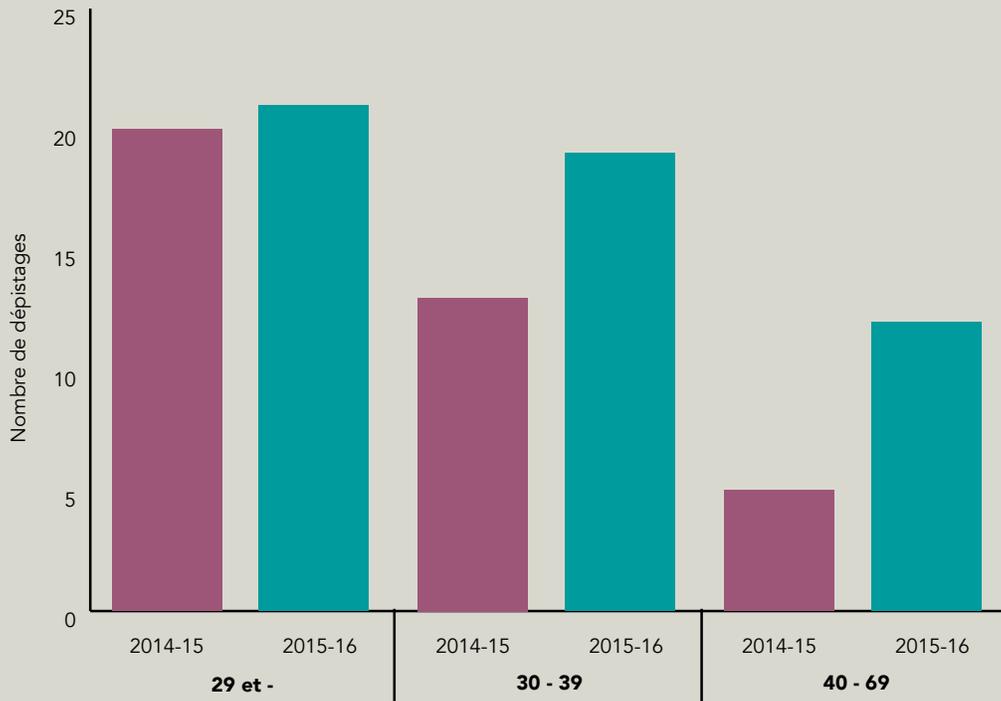
De manière similaire à 2014-2015, 84 % de tous les dépistages du VIH effectués dans les huit sites en 2015-2016 ont été administrés à des personnes de 20 à 49 ans. La plupart des tests (68 %) étaient pour des personnes de 20 à 39 ans.

En 2015-2016, de tous les groupes d'âge, la plus forte proportion de femmes dépistées (44 %) était chez les 20-29, puis chez les 30-39 ans (28 %). De la même façon, chez les hommes, 37 % étaient âgés de 20 à 29 ans, et 31 %, de 30 à 39 ans.

**FIGURE 47** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1d)



Les personnes trans représentaient moins de 1 % des personnes dépistées de tous les âges : 75 % des personnes trans dépistées de tout âge étaient des femmes trans. La plupart des femmes trans dépistées (75 %) étaient âgées de 20 à 39 ans.

**FIGURE 48** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1d)

(n = 38 dépistages du VIH chez des personnes trans en 2014-2015 et 52 en 2015-2016; le nombre total de dépistages du VIH est de 7 424 en 2014-2015 et de 9 199 en 2015-2016)

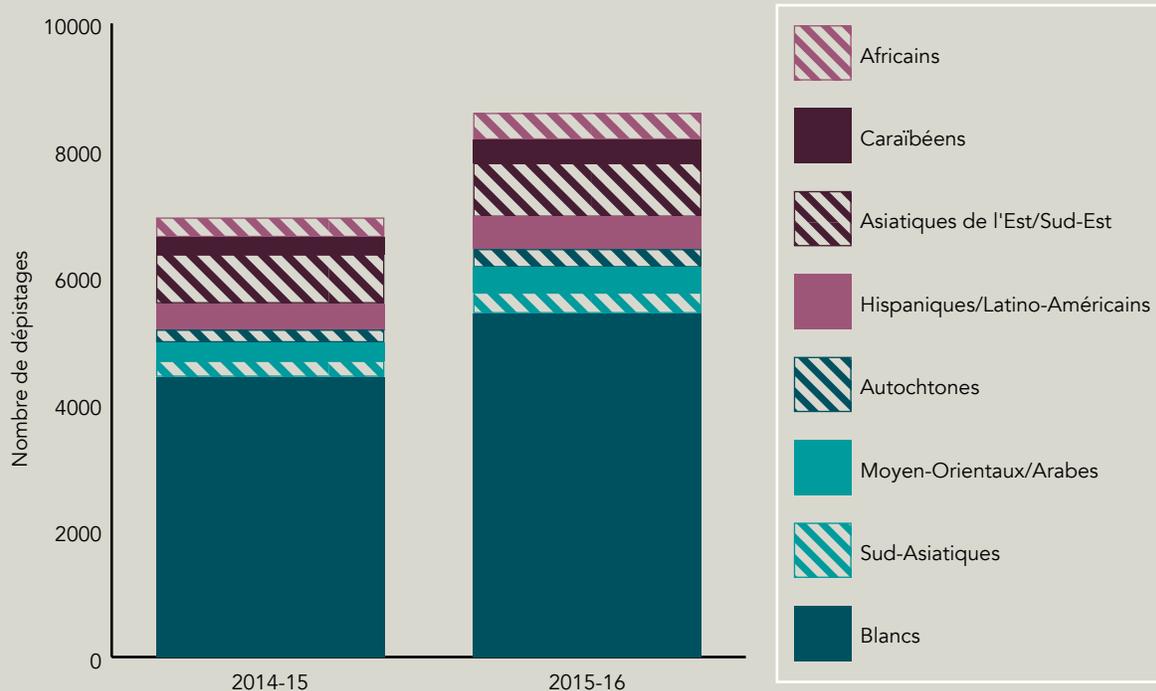
(Les personnes trans incluent les hommes trans et les femmes trans )

**Note :** Des données sur l'âge ont été déclarées pour approximativement 91 % (9 199/10 068) de tous les dépistages du VIH effectués dans les huit sites en 2015-2016. De ces dépistages où l'âge était déclaré, moins de 1 % indiquaient un âge inconnu.

### La plupart des personnes dépistées sont blanches

De manière similaire aux tendances de dépistage en 2014-2015, 63 % des dépistages du VIH ont été administrés à des individus dont l'origine ethnique déclarée était blanche (y compris les Européens occidentaux et de l'Est), 10 % à des Asiatiques de l'Est/Sud-Est, 9 % à des Africains ou Caraïbéens et 3 % à des Autochtones.

**FIGURE 49** Nombre de dépistages du VIH selon l'origine ethnique (OERVSCO q8.1c)



Note: Des données sur l'origine ethnique ont été déclarées pour environ 85 % (8 588/10 068) des dépistages du VIH effectués dans les huit sites en 2015-2016.

**Note :** Des données sur l'origine ethnique ont été déclarées pour environ 85 % (8 588/10 068) des dépistages du VIH effectués dans les huit sites en 2015-2016.

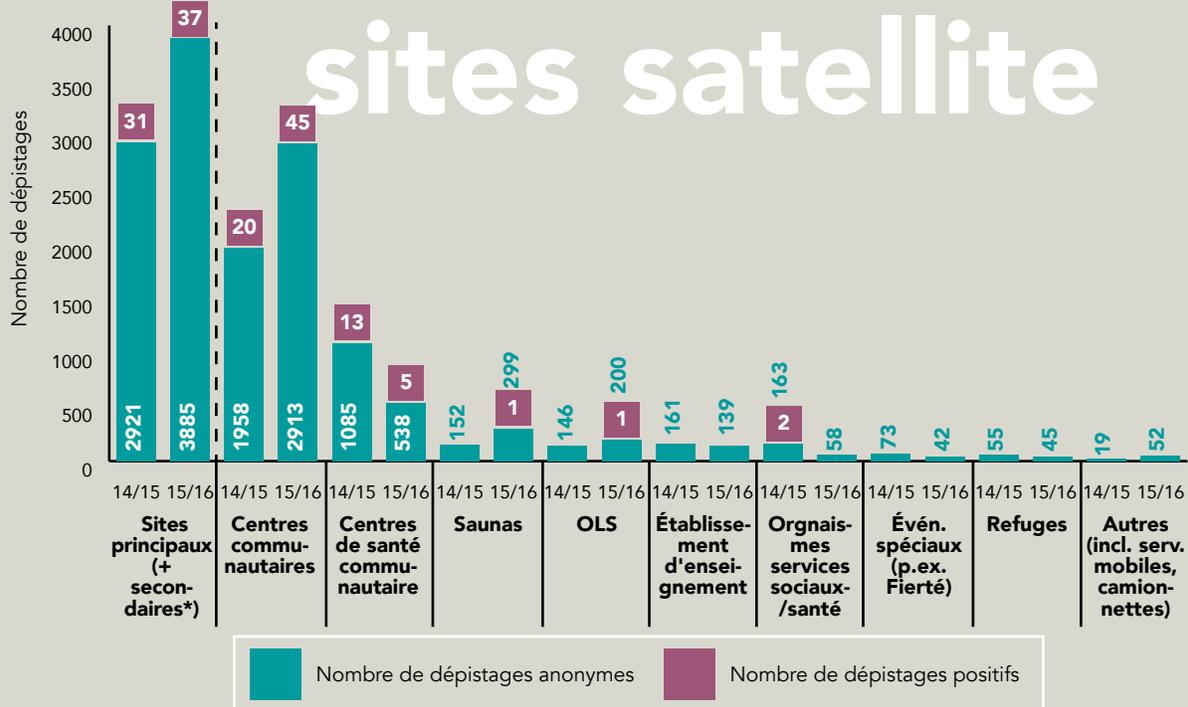
### Dépistages effectués dans les sites principaux et dans des sites satellites

En 2015-2016, pratiquement tous les dépistages anonymes du VIH (90 %) ont été effectués dans les sites principaux et dans des sites satellites comme des centres communautaires et des centres de santé communautaire.

Près de la moitié des dépistages anonymes du VIH (48 %) ont été fournis dans les emplacements principaux et secondaires des organismes de dépistage. Les autres dépistages ont été fournis dans des sites satellites de la communauté. Les sites satellites les plus fréquemment utilisés pour le dépistage anonyme du VIH en 2015-2016 étaient les centres communautaires (36 %, comparativement à 29 % en 2014-2015), les centres de santé communautaire (7 %, comparativement à 16 % en 2014-2015) et les saunas (4 %). Les autres sites satellites – comme les OLS, les organismes de services sociaux / de santé, les refuges, les événements spéciaux comme la Fierté, et les services mobiles (p. ex., camionnette) – représentaient chacun approximativement 1 à 2 % de tous les dépistages anonymes du VIH.

En 2015-2016, les taux de positivité les plus élevés ont été recensés dans les sites les plus fréquemment utilisés pour le dépistage anonyme du VIH : les sites satellites dans des centres communautaires (1,54 %), les sites principaux (0,95 %) et les sites satellites dans des centres de santé communautaire (0,95 %). Il s'agit d'un léger changement par rapport à 2014-2015, alors que les taux de positivité les plus élevés avaient été recensés dans des sites satellites d'organismes de santé/services sociaux (1,23 %) et de centres de santé communautaire (1,20 %), suivis des sites principaux (1,06 %). En raison de la façon dont les données sont déclarées, nous ne sommes pas en mesure d'associer ces résultats positifs aux caractéristiques démographiques des clients.

**FIGURE 50** Nombre de dépistages anonymes du VIH selon l'emplacement (OERVSCO q8.2a)

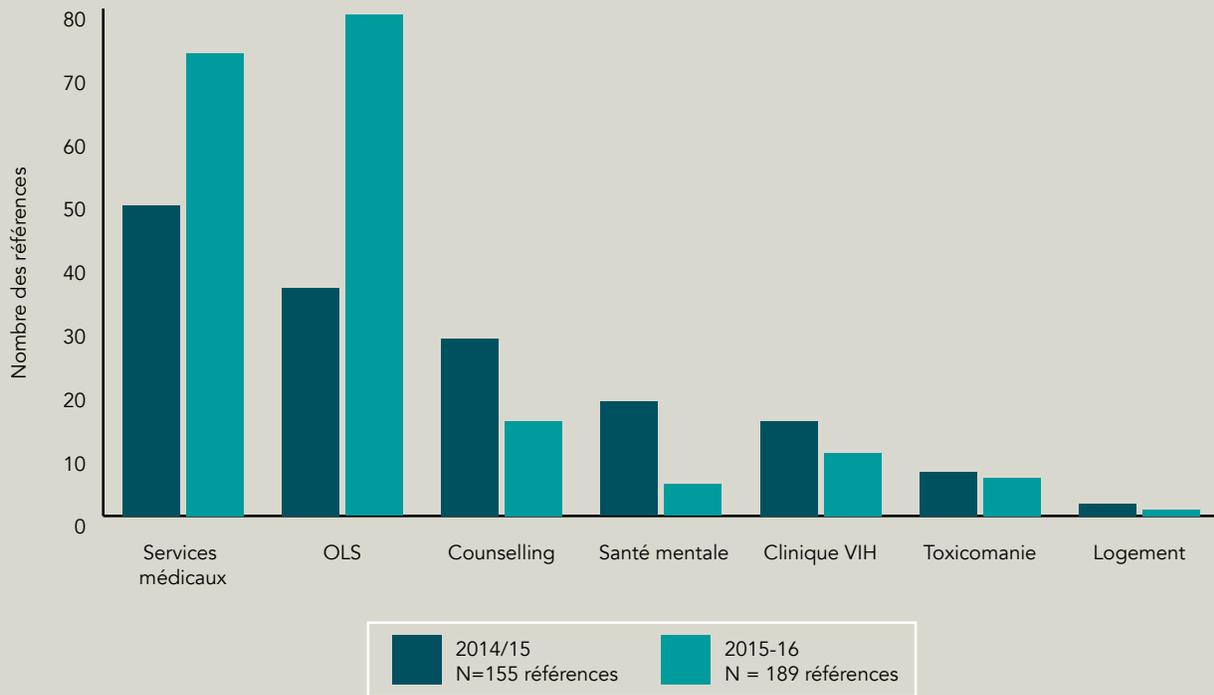


### Les personnes qui ont reçu un résultat positif ont été dirigées vers des services médicaux et autres

Les quatre sites qui ont diagnostiqué les 78 individus séropositifs au VIH en 2015-2016 leur ont fourni 189 références à des services additionnels – comparativement à 155 références en 2014-2015.

Les trois principaux types de références étaient à des services médicaux, des OLS et des services de counselling. Le nombre général de références a augmenté; le nombre de références à des OLS a plus que doublé et celles à des services médicaux ont augmenté d'approximativement 50 %. Ces tendances de références concordent avec le point de mire de la nouvelle stratégie provinciale, qui consiste à relier rapidement les personnes vivant avec le VIH à des services de santé et à d'autres soutiens sociaux par le biais d'OLS.

**FIGURE 51** Références fournies à des clients séropositifs au VIH (OERVSCO q8.3)



# Services cliniques communautaires en VIH

## Cliniques communautaires en VIH

1. **Bloom Clinic**, Bramalea CHC (Brampton, Centre-Ouest)
2. **Elevate NWO** (Thunder Bay, Nord)
3. **ARCH Clinic** (HIV/AIDS Resources & Community Health Clinic, Guelph, Centre-Ouest)
4. **Positive Care Clinic**, Lakeridge Health Centre (Oshawa, Centre-Est)
5. **Health Centre** at 410 Sherbourne St. (Hôpital St. Michael's, Toronto)

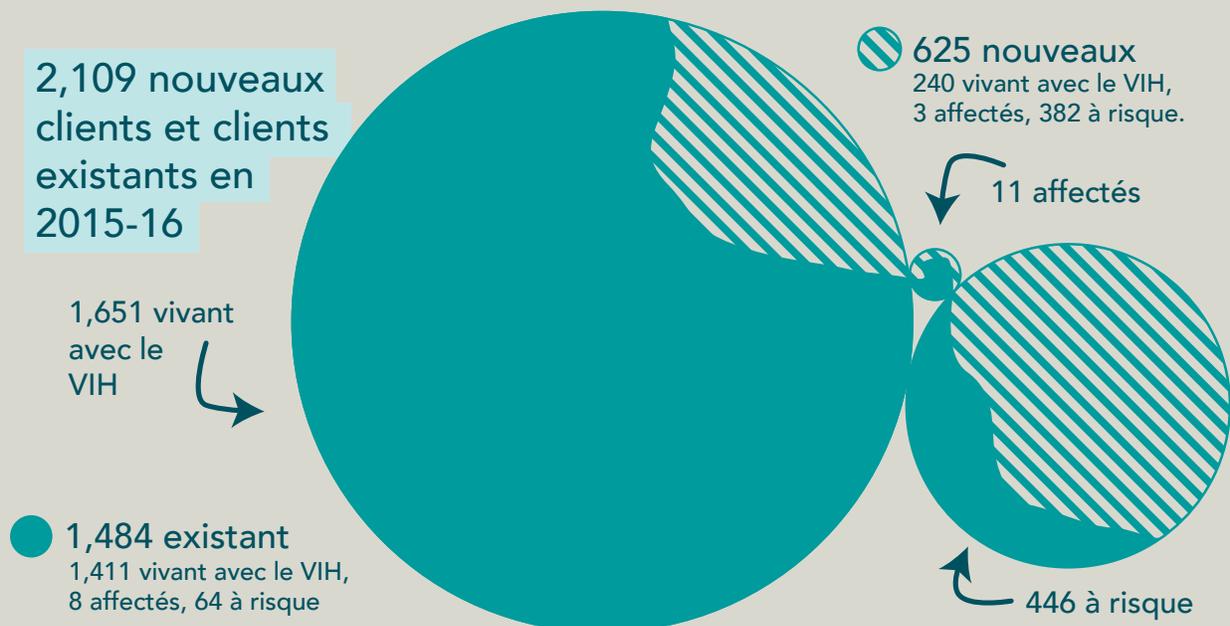
L'Ontario compte 21 cliniques pour le VIH : 16 en milieu hospitalier et cinq cliniques communautaires.

Financées par le Bureau de lutte contre le sida, les cinq cliniques communautaires pluridisciplinaires sont tenues de faire des déclarations à l'OERVSCO.

## 🔍 Points saillants en 2015-2016

- Plus de femmes et de clients trans que l'an dernier ont utilisé les services cliniques.
- Plus de références à des services cliniques et sociaux que l'an dernier.
- Les fournisseurs de services cliniques communautaires en VIH ont présenté plus d'exposés, ont réseauté davantage et ont participé à plus d'activités de développement professionnel.
- Un plus grand nombre de professionnels de la santé et de fournisseurs de services se sont impliqués dans l'éducation

**FIGURE 52** Nombre total de clients servis en 2015-2016



\* Trois des cinq cliniques ont la capacité de suivre le type de client et de déclarer le nombre de clients qui sont à risque et affectés

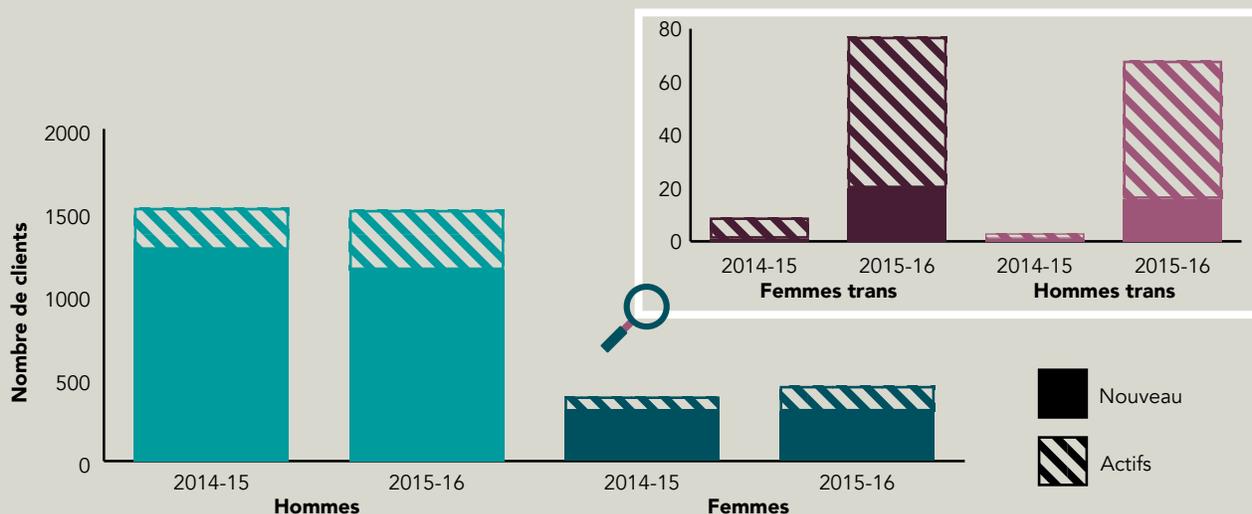
## Plus de femmes et de clients trans ont utilisé les services cliniques

La distribution du genre des clients recevant des services dans les cinq cliniques a évolué, en 2015-2016. Toutes les cliniques ont signalé une hausse de la clientèle féminine; et une clinique qui a commencé à offrir une clinique de santé trans au cours de l'année a déclaré un nombre accru de clients trans.

**Nos médecins et infirmières ont suivi des cours sur les soins de santé aux personnes transgenres et ont assisté à des conférences pour perfectionner leurs connaissances et leur éducation.**

**— HIV/AIDS Resources & Community Health Clinic, Guelph**

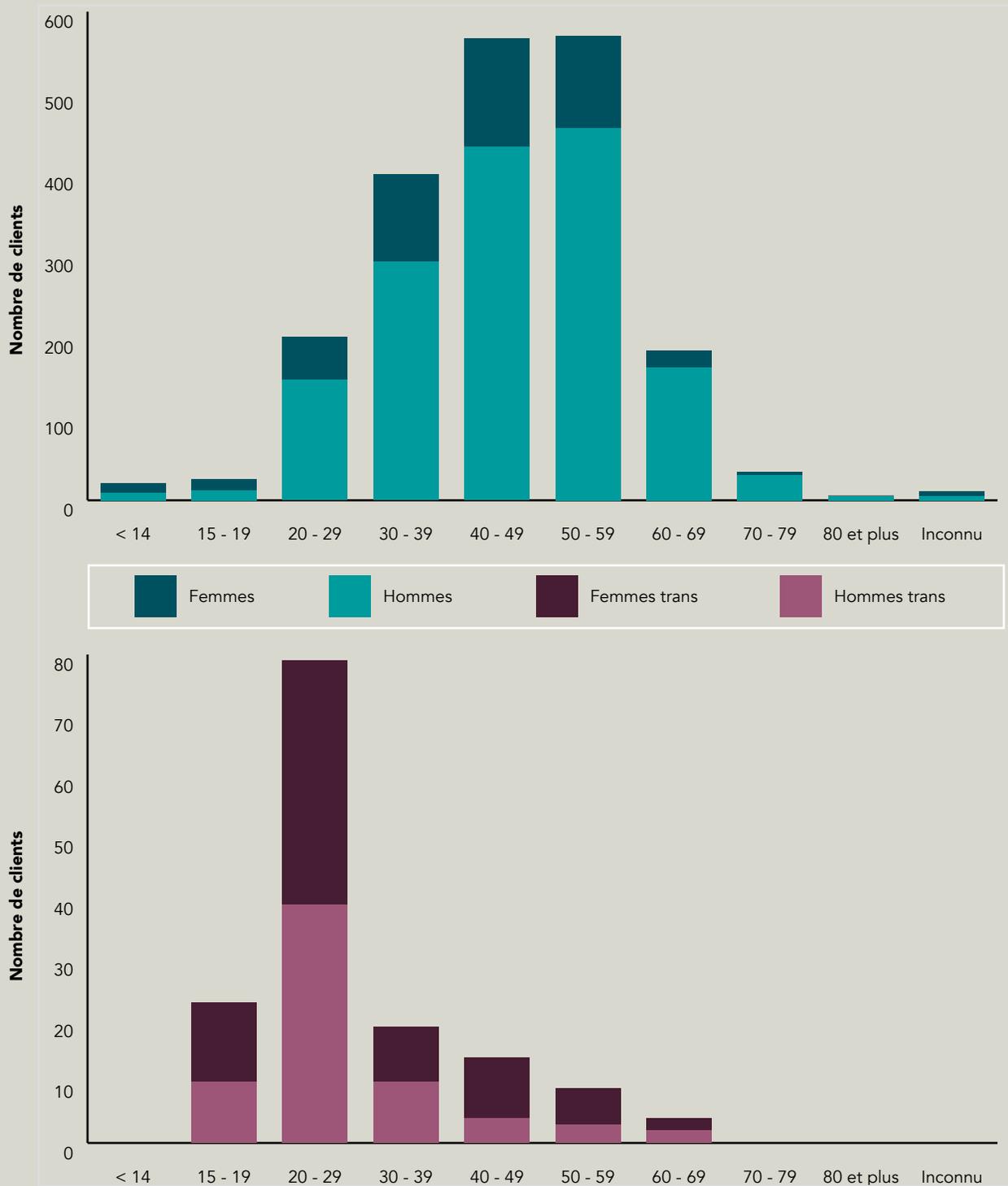
**FIGURE 53** Nombre de clients nouveaux et actifs (moyenne) desservis selon le sexe/genre (OERVSCO q.7.1a)



## Des clients trans plus jeunes que les clients cis

La majorité (76 %) des clients cisgenres desservis en 2015-2016 étaient âgés de 30 à 59 ans, alors que la plupart des clients transgenres étaient âgés de 20 à 29 ans.

**FIGURE 54** Nombre de clients selon l'âge et le sexe/genre, 2015-2016 (OERVSCO 7.1b)\*

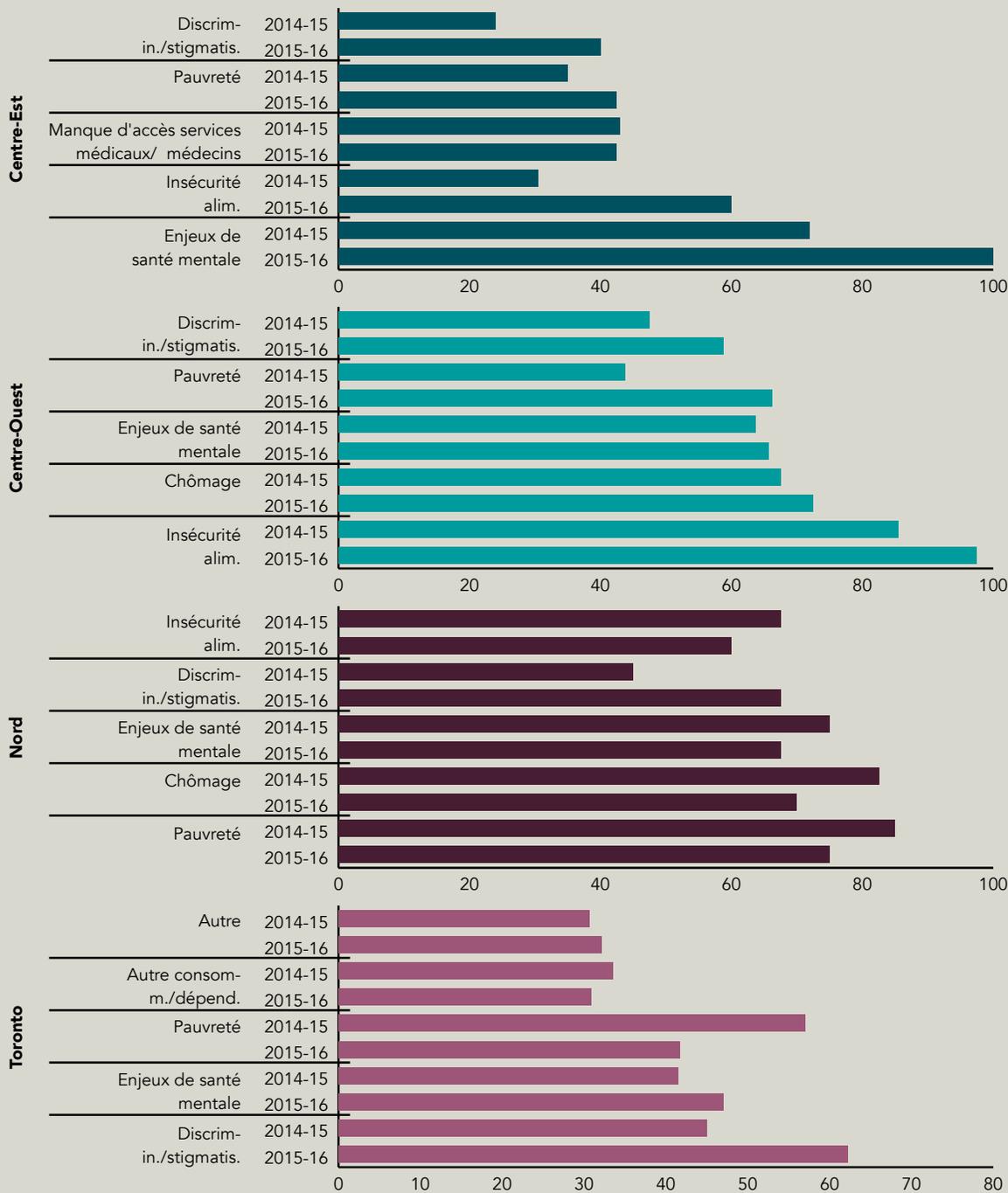


\* Nouveaux clients et nombre moyen de clients actifs

## Les clients rencontrent différents défis selon leur région

Comme l'illustre la FIGURE 55, les cliniques du Centre-Est, du Centre-Ouest et de Toronto ont déclaré une plus forte proportion de clients rencontrant de la discrimination/stigmatisation que celles de la région Nord. La pauvreté était un défi dans toutes les régions.

**FIGURE 55** Cinq principaux défis rencontrés par les clients selon la région (OERVSCO q.7.1f)



## Quels services les clients utilisent-ils?

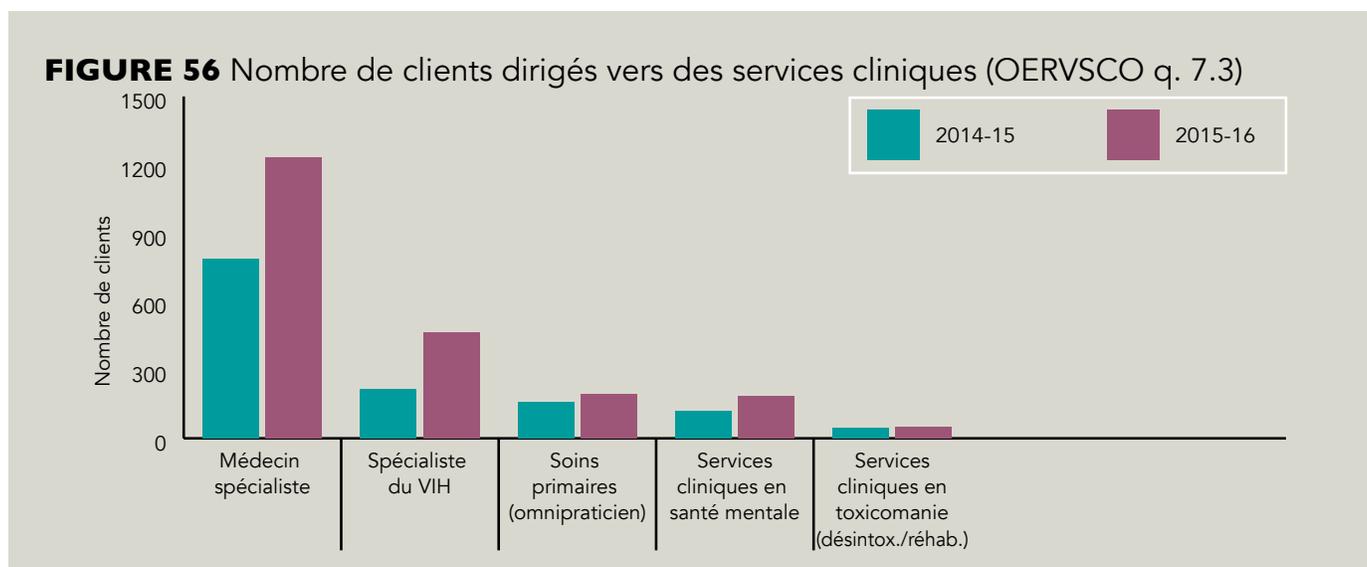
Les cliniques font état de quatre catégories de services : soins de santé connexes, implication (admission et évaluation), traitements et soins pour le VIH, et santé sexuelle et génésique. Comme en 2014-2015, les services les plus couramment utilisés ont été les soins primaires (puisque deux cliniques – y compris la plus grande – sont des cliniques de soins primaires) et les analyses sanguines/ tests de laboratoire.

**La coordonnatrice de la clinique réserve à présent un rendez-vous à la clinique en VIH et un rendez-vous pour les prélèvements sanguins la même journée, pour que le client profite automatiquement d'un transport et d'un soutien coordonnés pour les deux événements.**  
— *Elevate NWO*

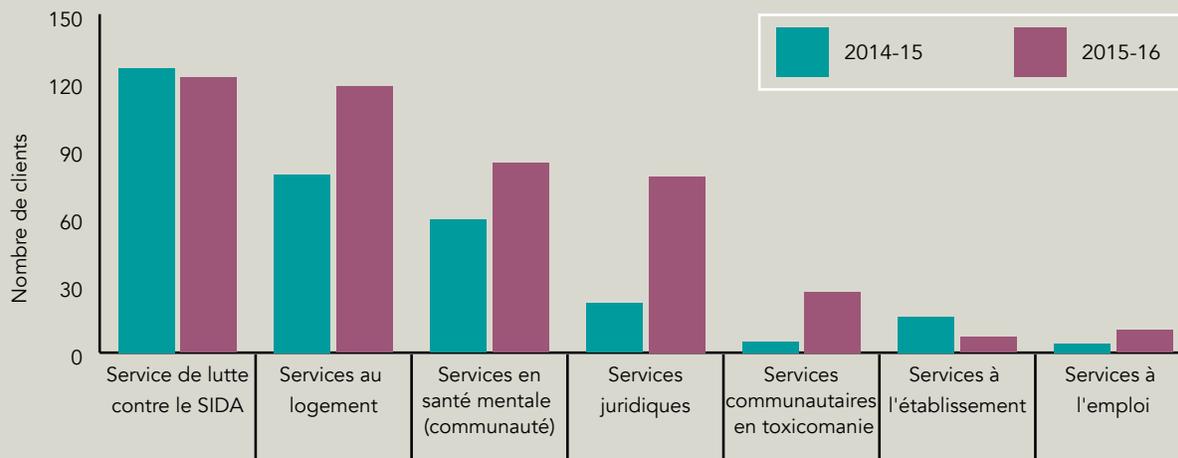
## Références accrues à des services cliniques et communautaires/ sociaux

Les cliniques défendent les intérêts des clients et interviennent en leur nom afin qu'ils reçoivent les services dont ils ont besoin. Les références impliquent de relier activement les clients aux services cliniques appropriés, à l'hôpital local ou dans la communauté, pour les aider à prendre en charge des comorbidités cliniques. En 2015-2016, les cliniques ont déclaré 2 125 références ou liens cliniques : une hausse de 60 % par rapport à 2014-2015 (1 325). Les références cliniques les plus courantes étaient vers des médecins spécialistes et des spécialistes du VIH.

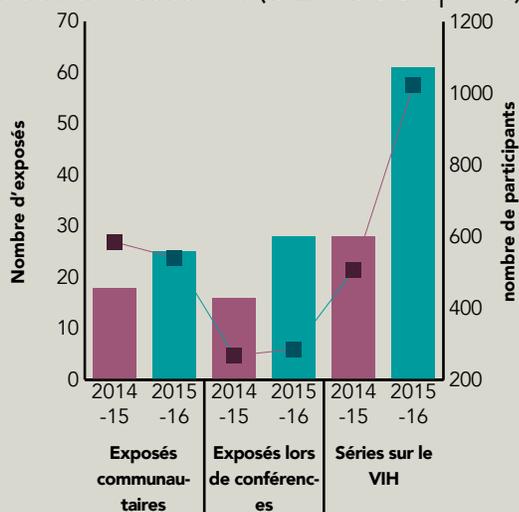
Les cliniques communautaires en VIH dirigent également des clients vers des organismes de santé, de services juridiques et/ou sociaux qui pourront les aider à répondre à des déterminants sociaux de la santé. De la même façon que les références cliniques, ces références sont actives et impliquent beaucoup plus que de donner un numéro de téléphone au client. En 2015-2016, les cliniques ont déclaré 446 références à des services communautaires/ sociaux – une hausse de 43 % par rapport à 2014-2015 (311). Les deux types de références les plus courants étaient vers des services de logement et des organismes de lutte contre le sida; toutefois, comparativement à 2014-2015, les cliniques ont fourni plus de références à des services cliniques et à des services communautaires en santé mentale et en toxicomanie (voir la FIGURE 32).



**FIGURE 57** Nombre de clients dirigés vers des services communautaires/sociaux (OERVSCO q. 7.3)



**FIGURE 58** Nombre d'exposés éducatifs et de participants par type d'activité éducative (OERVSCO q.7.4a)



Afin de maintenir leurs compétences, les employés des cliniques ont participé à des activités de développement professionnel :

- 31 employés ont assisté à des conférences
- 18 ont participé à une formation médicale continue ou à des cours postsecondaires
- 17 ont suivi une mise à jour en soins infirmiers
- 3 ont participé à d'autres cours requis par un ordre professionnel.

### Impliquer plus de professionnels de la santé et de fournisseurs de services, dans l'éducation

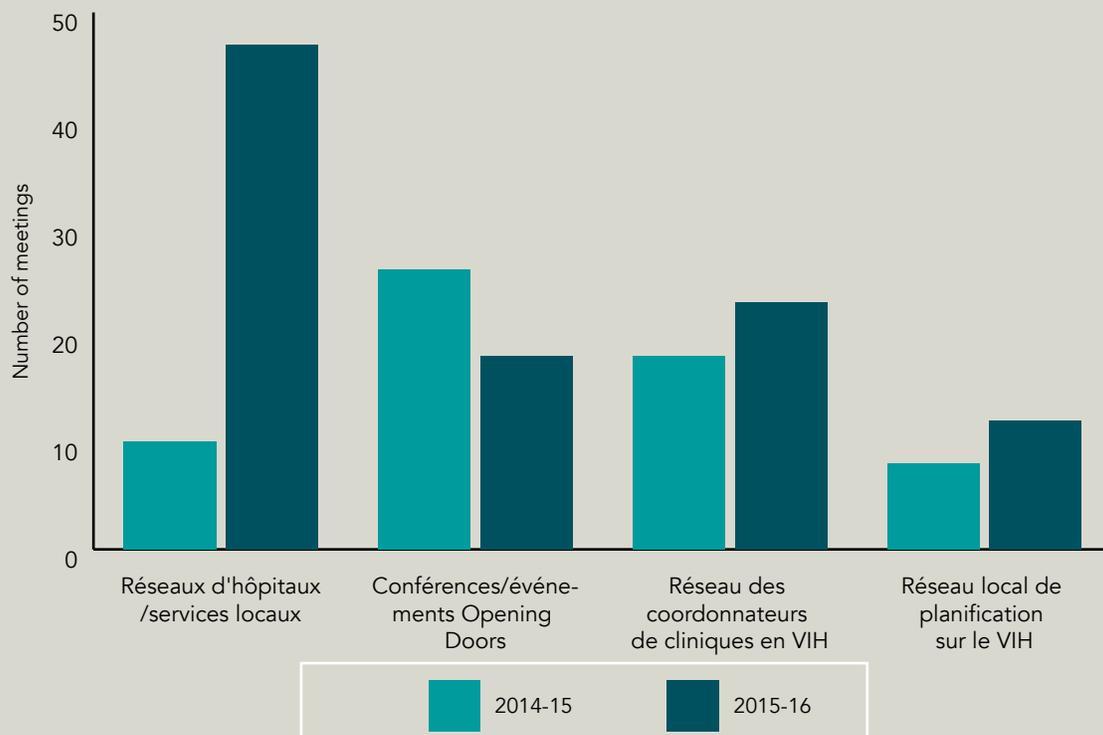
En 2015-2016, les cliniques ont déclaré avoir organisé deux fois plus d'événements éducatifs (114) qu'en 2014-2015 (62). Des hausses ont été notées dans toutes les catégories d'éducation et le nombre de séries d'activités sur le VIH a doublé (61 en 2015-2016, comparativement à 28 en 2014-2015). En général, plus d'individus ont participé à des activités d'éducation. Cette hausse est principalement due à la participation accrue aux séries sur le VIH, alors que moins de participants ont assisté à des exposés communautaires et à des conférences (voir la FIGURE 58).

### Hausse du nombre de réunions de réseautage

Afin de fournir des soins cliniques d'excellente qualité, les fournisseurs doivent partager leurs connaissances, réseauter avec d'autres fournisseurs/professionnels et se tenir à jour. En 2015-2016, les employés des cliniques ont réseauté davantage et ont participé à plus d'activités de développement professionnel.

En 2015-2016, les cliniques ont déclaré trois fois plus de réunions avec des réseaux d'hôpitaux/services locaux, et plus de réunions avec l'Ontario HIV Clinic Network (OCN) et son Réseau local de planification sur le VIH. Ces réunions aident à développer et à favoriser les partenariats de même qu'à élargir les réseaux de références des cliniques (voir la FIGURE 59).

**FIGURE 59** Réunions de développement communautaire, par type (OERVSCO q.7.4b)



# Services de soutien

## 🔍 Tendances clés

Les nouveaux clients sont ceux qui reçoivent des services pour la première fois. Bien qu'ils soient nouveaux dans un programme, ils ne sont pas nécessairement nouvellement diagnostiqués.

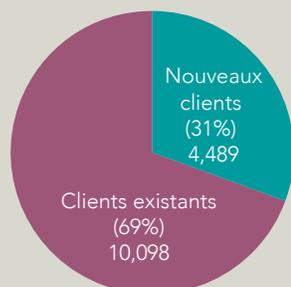
### Les populations que nous desservons concordent avec l'épidémie en Ontario

- Les organismes communautaires ont fourni des services de soutien à une moyenne de 14 585 personnes, au cours de l'année, dont la majorité (65 %) était des personnes vivant avec le VIH.
- Le sexe / genre, l'origine ethnique et l'âge des nouveaux clients concordent avec les tendances observées dans les nouveaux diagnostics, même si ces nouveaux clients ne sont pas nécessairement des personnes nouvellement diagnostiquées.
- Les programmes offrent plus de références aux clients à risque et fournissent moins de services de soutien directs.
- Les références sont liées aux déterminants sociaux de la santé et permettent d'impliquer et de retenir les clients dans les soins

### Qui utilise les services de soutien?

En 2015-2016, 57 programmes communautaires sur le VIH (dans 46 organismes) ont déclaré fournir des services de soutien à une moyenne de 14 585 personnes. De celles-ci, 4 489 (31 %) étaient de nouveaux clients et 10 098 (69 %) étaient des clients actifs ou maintenus.

**FIGURE 60** Nombre total de clients ayant eu recours à des services de soutien en 2015-2016



Le nombre déclaré de clients desservis est en baisse depuis deux à trois ans. Cela ne signifie pas que moins de clients reçoivent des services, mais plutôt que les chiffres déclarés reflètent de manière plus exacte les services fournis (c.-à-d., moins de double comptage de clients par les organismes).

**À noter :** Les 14 585 personnes desservies ne sont probablement pas toutes des clients uniques ou nouveaux dans le système, car certaines personnes (en particulier à Toronto) pourraient recevoir des services de soutien de plusieurs organismes communautaires.

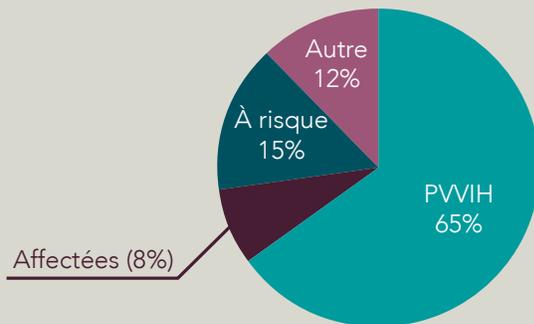
De tous les clients qui ont reçu des services de soutien en 2015-2016 :

- 65 % (9 524) étaient des personnes vivant avec le VIH
- 15 % (2 238) étaient des personnes à risque
- 8 % (1 136) étaient des personnes affectées, comme des partenaires, des amis et des membres de la famille de personnes vivant avec le VIH
- 12 % (1 689) ont été classées dans la catégorie « autre ». En examinant les cas inclus dans cette catégorie, il semble que la plupart auraient dû être identifiés comme « à risque » (p. ex., personnes vivant avec l'hépatite C, travailleuse(-eur)s du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

Parmi les nouveaux clients, 56 % étaient des personnes vivant avec le VIH, 30 % étaient à risque et 18 % entraient dans la catégorie « autre ». Les clients à risque tendent à avoir recours aux services une fois, alors que les personnes vivant avec le VIH tendent à utiliser plusieurs services et à s'impliquer dans un plan de services.

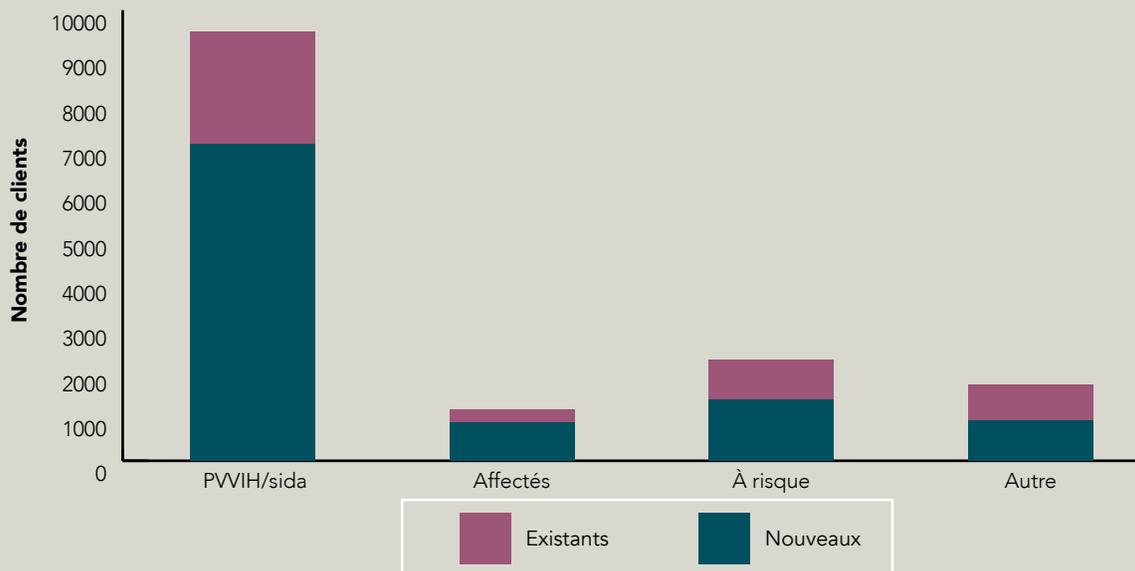
En 2015-2016, la plupart des services de soutien ont été utilisés par des personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci.

**FIGURE 61** Qui a utilisé les services de soutien en 2015-2016? (OERVSCO q. 11.1.1)



Les personnes vivant avec le VIH n'utilisent pas toutes des services d'organismes communautaires. Grâce à des traitements améliorés, plusieurs personnes vivant avec le VIH gèrent bien leur santé. Les OLS sont plus susceptibles de voir des personnes vivant avec le VIH qui ont des besoins complexes de santé, de services sociaux et d'assistance pratique, notamment un revenu faible, des enjeux de santé mentale et de toxicomanie, et des problèmes juridiques et de logement. Les personnes vivant avec le VIH tendent à utiliser les services communautaires de manière épisodique – c.-à-d. lorsqu'elles vivent une crise de santé ou que leurs besoins sociaux changent.

**FIGURE 62** Clients ayant recours à des services de soutien, par groupe — 2015-2016



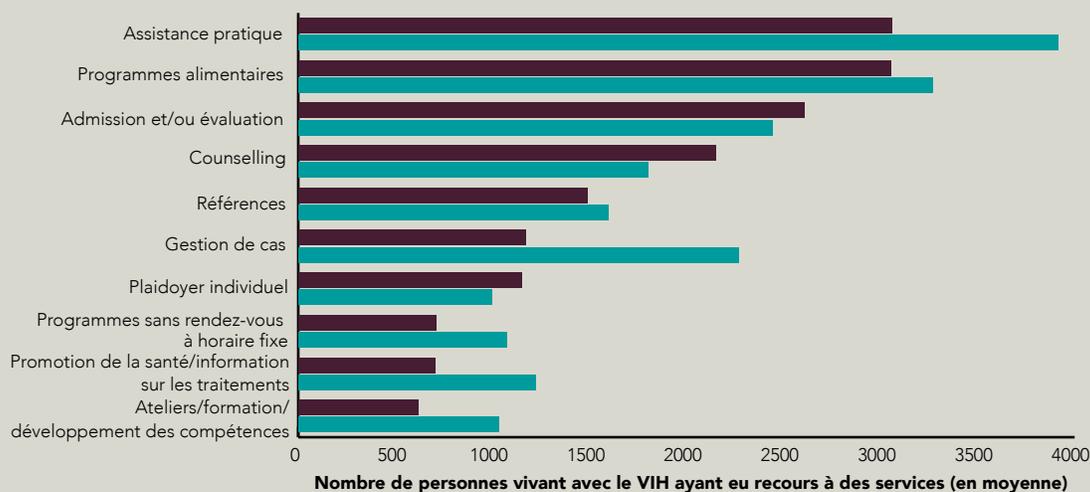
En ce qui concerne le type de services de soutien utilisé par les membres de chaque groupe :

- Les personnes vivant avec le VIH ont utilisé principalement des services qui répondent à des besoins élémentaires, comme l'assistance pratique, les programmes alimentaires et le counselling.
- Les personnes à risque ont utilisé principalement les programmes alimentaires, les programmes

sans rendez-vous et les références à d'autres services. Comparativement à l'an dernier, plus de personnes à risque ont eu recours à des références, et moins d'entre elles ont utilisé l'assistance pratique et la gestion de cas. Ce changement pourrait être dû au fait que des organismes se concentrent sur les besoins des personnes vivant avec le VIH et dirigent les personnes à risque vers des services appropriés dans leurs communautés.

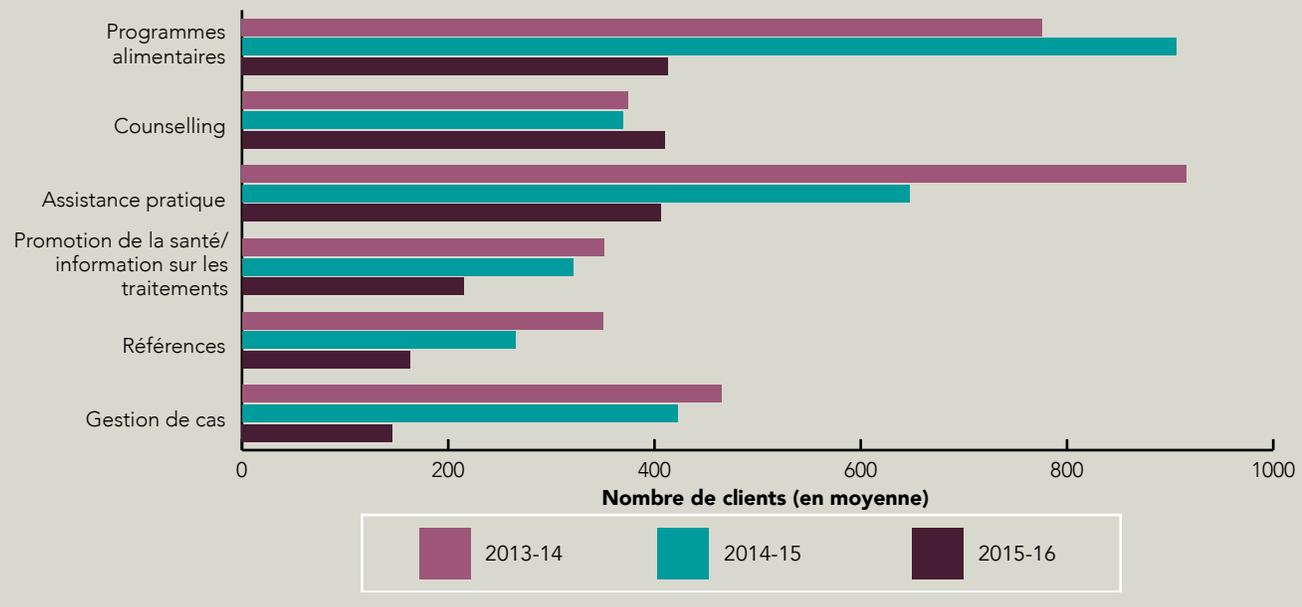
- Les personnes affectées ont eu recours principalement aux programmes alimentaires, au counselling et à l'assistance pratique.

**FIGURE 63** Dix principaux services utilisés par les personnes vivant avec le VIH (OERVSCO q. 11.2.1)

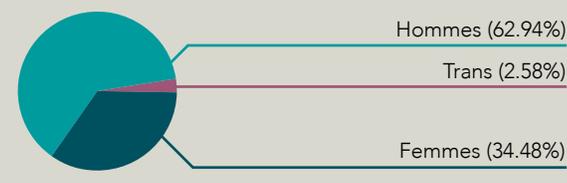


**FIGURE 64** Dix principaux services utilisés par les clients à risque (OERVSCO 11.2.1)



**FIGURE 65** Cinq principaux services utilisés par les clients affectés (OERVSCO 11.2.1)

### Les femmes sont plus susceptibles d'utiliser des services de soutien que les hommes

**FIGURE 66** Répartition des nouveaux clients vivant avec le VIH qui utilisent des services de soutien, selon le genre (OERVSCO q. 11.1.1)

Depuis 2010, les hommes représentent trois nouveaux diagnostics sur quatre (78-83 %); les femmes, un sur quatre (17-22 %) – alors que les hommes constituent entre 62 et 66 % des nouveaux clients (deux sur trois), et les femmes, entre 32 et 36 % (un sur trois). En ce qui concerne les clients des services de soutien (nouveaux et actifs), en 2015-2016, 63 % étaient des hommes, 34 % étaient des femmes et 3 % étaient trans. Ces données indiquent que les femmes pourraient être plus susceptibles que les hommes de demander des services de soutien communautaire.

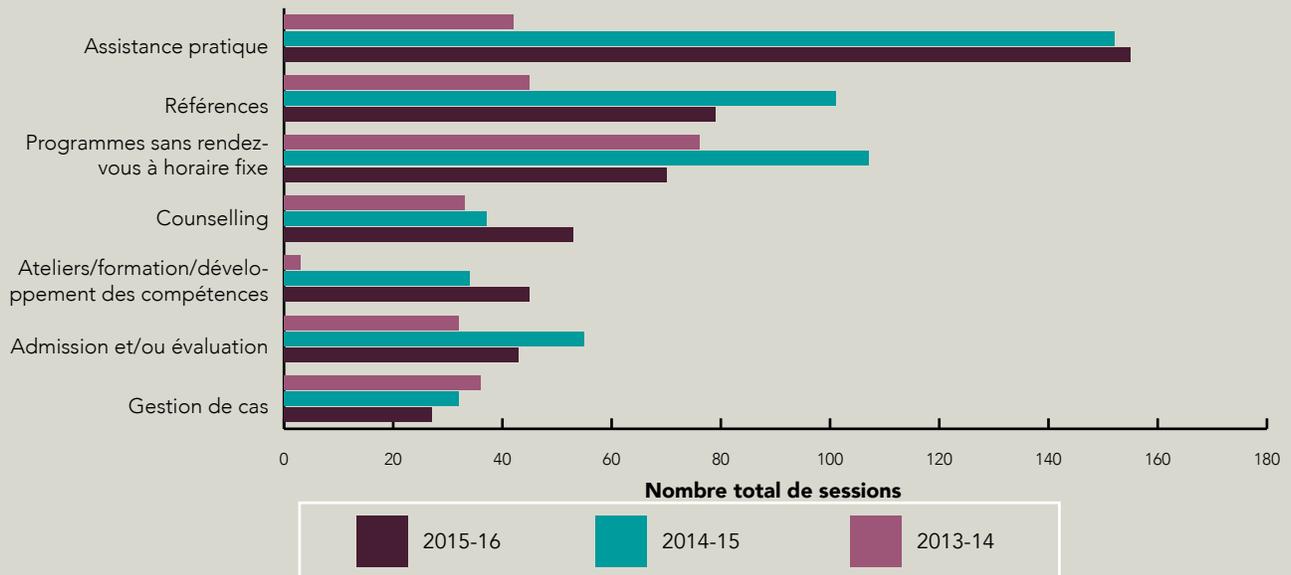
Des hommes et des femmes ont recours aux services d'assistance pratique, aux programmes alimentaires et aux références. Toutefois, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser des services d'interprétation et d'établissement, ce qui donne à penser qu'une plus grande proportion des clientes est composée de nouvelles arrivantes.

**TABLEAU 3** Cinq principaux services utilisés en 2015-2016, selon le sexe/genre

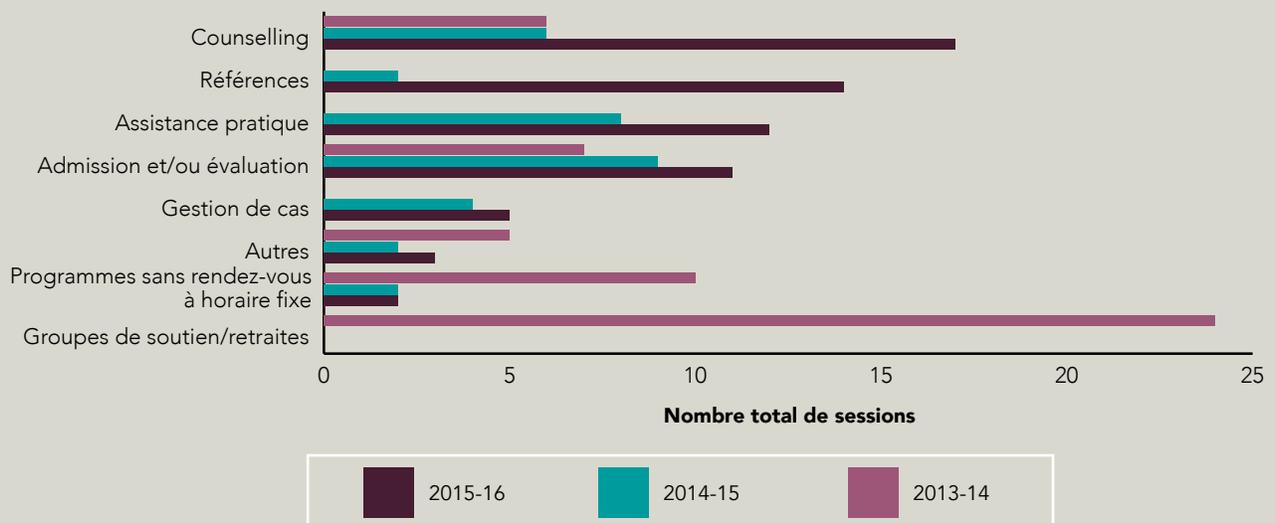
Hommes	Femmes	Hommes trans	Femmes trans
1. Programmes alimentaires	1. Assistance pratique	1. Counselling	1. Assistance pratique
2. Assistance pratique	2. Programmes alimentaires	2. Références	2. Références
3. Counselling	3. Références	3. Assistance pratique	3. Programmes sans rendez-vous à horaire fixe
4. Admission et/ou évaluation	4. Programmes sans rendez-vous à horaire fixe	4. Admission et/ou évaluation	4. Counselling
5. Références	5. Admission et/ou évaluation		5. Promotion de la santé/information sur les traitements

Les personnes trans utilisent principalement les programmes sans rendez-vous, l'assistance pratique et les références. Les hommes trans semblent avoir recours à plus de services que les femmes trans; toutefois, le nombre de services utilisés par les hommes trans est trop faible pour que nous puissions en tirer des conclusions.

**FIGURE 67** Cinq principaux services utilisés par les femmes trans (OERVSCO q. 11.2.1)



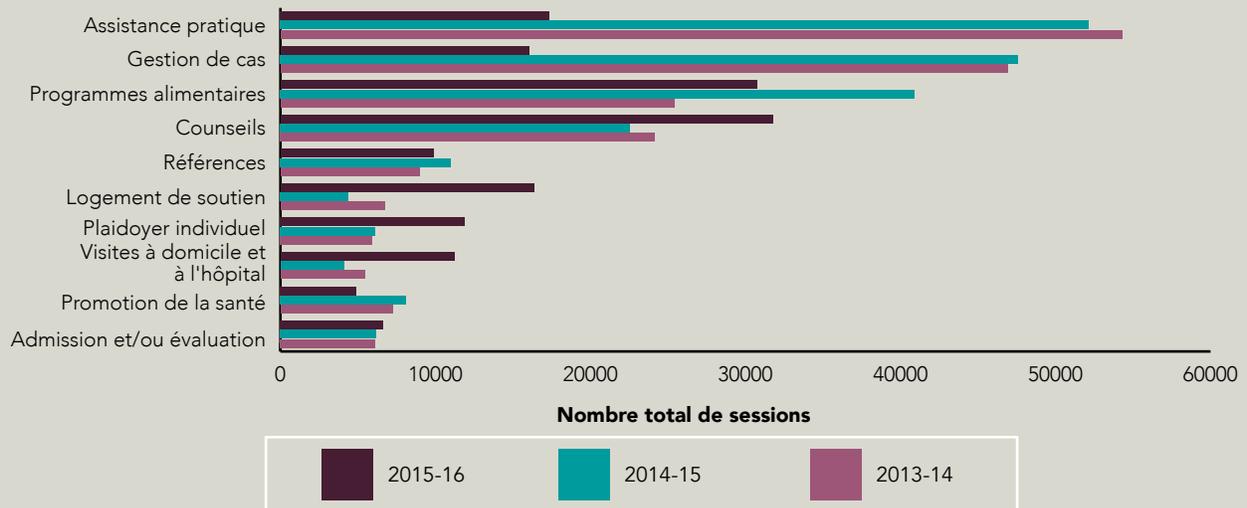
**FIGURE 68** Cinq principaux services utilisés par les hommes trans (OERVSCO q. 11.2.1)



### Hausse du nombre de visites, du counselling et du plaidoyer individuel

En 2015-2016, les programmes ont déclaré une hausse des visites à domicile et à l'hôpital, du plaidoyer individuel, des services de logement supervisé et du counselling. Ils ont déclaré moins de séances consacrées à la gestion de cas, à l'assistance pratique et aux programmes alimentaires. La diminution du nombre de séances de gestion de cas est probablement due aux efforts actuels, dans le secteur, pour définir la gestion de cas comme un service réservé aux clients ayant des besoins plus complexes et intensifs. La diminution du nombre de séances d'assistance pratique est attribuable à un changement dans la définition de l'assistance pratique, en particulier parmi les organismes qui utilisent l'OCASE. Il existe à présent une définition standard des services d'assistance pratique à travers la province. La diminution des séances ou services de banque alimentaire est également attribuable à un changement lié à la déclaration. Par exemple, si un client recevait à la fois un panier alimentaire et une carte-cadeau pour de la nourriture lors d'un rendez-vous, cela aurait anciennement compté pour deux services, mais à présent nous n'en compterions qu'un seul.

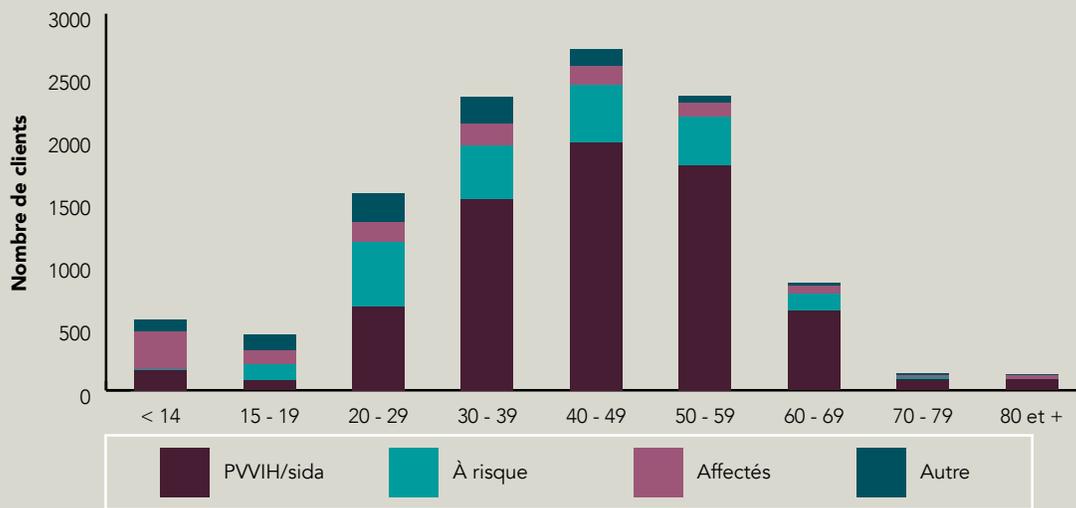
**FIGURE 69** Nombre total de séances de soutien, 2013-2014 – 2015-2016



### Plus de la moitié des clients des services de soutien sont âgés d'entre 30 et 59 ans

Lorsque l'âge des clients était déclaré, plus de la moitié des clients qui ont eu recours à des services de soutien en 2015-2016 étaient âgés d'entre 30 et 59 ans – ce qui correspond à l'âge des personnes diagnostiquées du VIH.

**FIGURE 70** Nombre total\* de clients qui ont eu recours à des services de soutien, par type de client et par âge\*\* : 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.3)

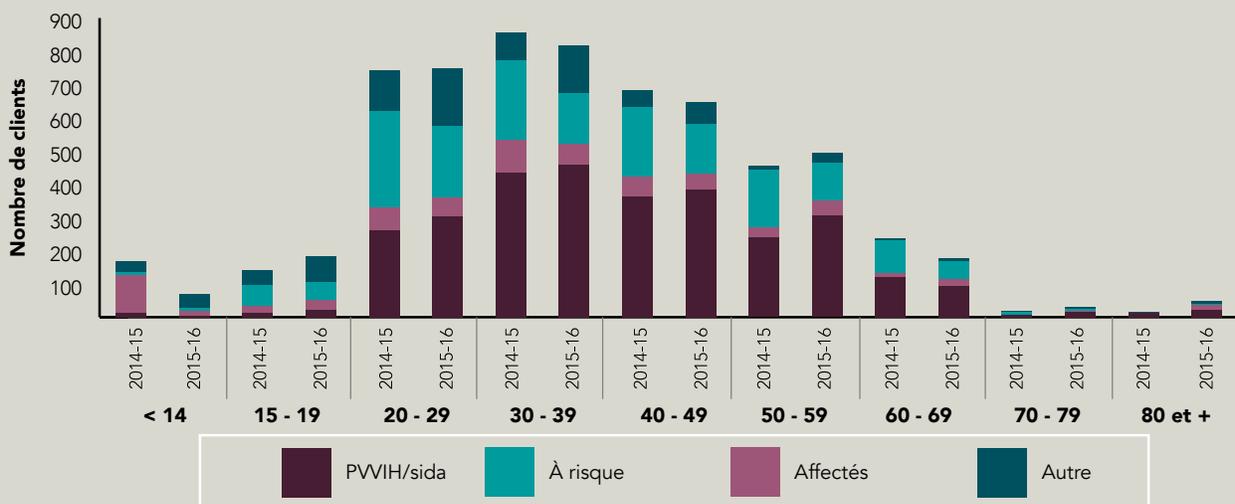


\* Clients nouveaux et maintenus (moyenne)

\*\* Âge non déclaré chez 3 512 clients issus principalement de deux programmes.

Lorsque nous examinons uniquement les nouveaux clients, nous constatons qu'une forte proportion d'entre eux est âgée d'entre 20 et 29 ans, ce qui pourrait refléter la hausse des nouveaux diagnostics dans cette tranche d'âge.

**FIGURE 71** Nombre de nouveaux clients par tranche d'âge et par type de client, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.3)



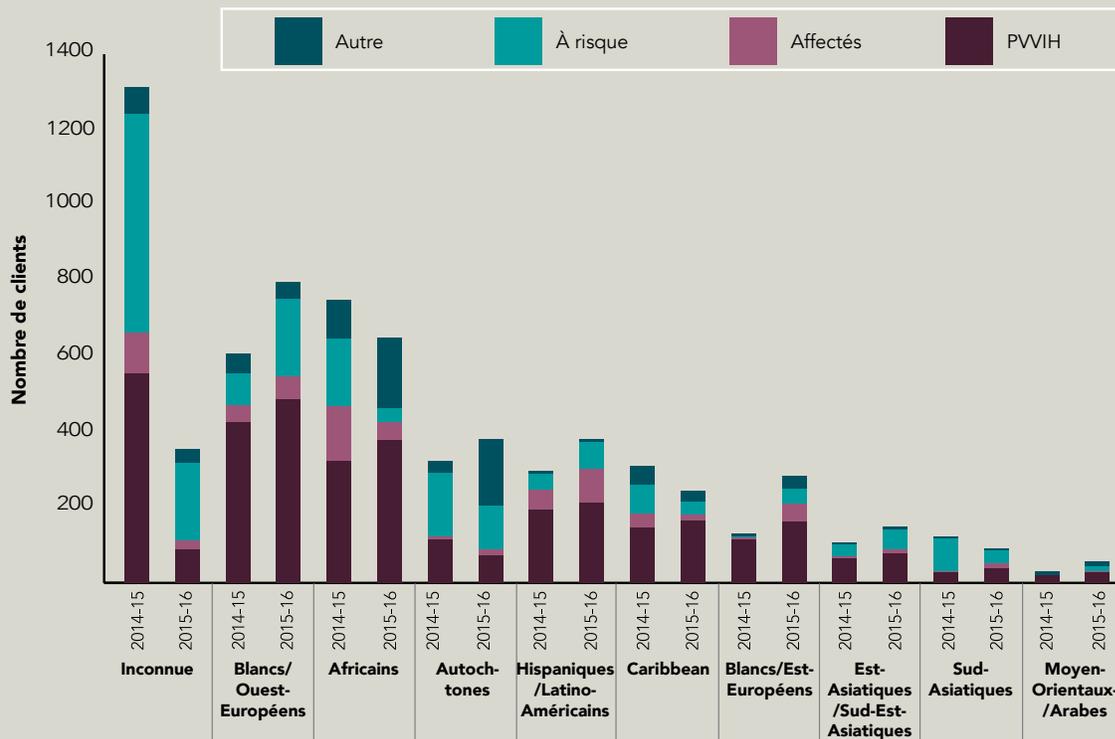
\* Âge non déclaré chez 1 292 clients en 2015-2016 et 1 403 clients en 2014-2015, issus principalement de deux programmes.

## L'origine ethnique des clients concorde avec les données épidémiologiques provinciales

La qualité de l'information sur l'origine ethnique des personnes qui utilisent les services de soutien s'est grandement améliorée, cette année, grâce aux déclarations plus complètes des organismes communautaires. Des informations plus complètes et précises sur l'origine ethnique aident les organismes à identifier le besoin de services culturellement compétents; elles permettent également au secteur de déterminer si certains groupes ethniques sont à risque et ont besoin d'interventions de prévention plus ciblées.

La plupart des clients recevant des services de soutien sont blancs / ouest-européens, africains, indigènes et hispaniques / latino-américains – ce qui concorde avec les tendances des diagnostics de VIH.

**FIGURE 72** Nombre total de nouveaux clients par origine ethnique et par type de client, 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.4)\*



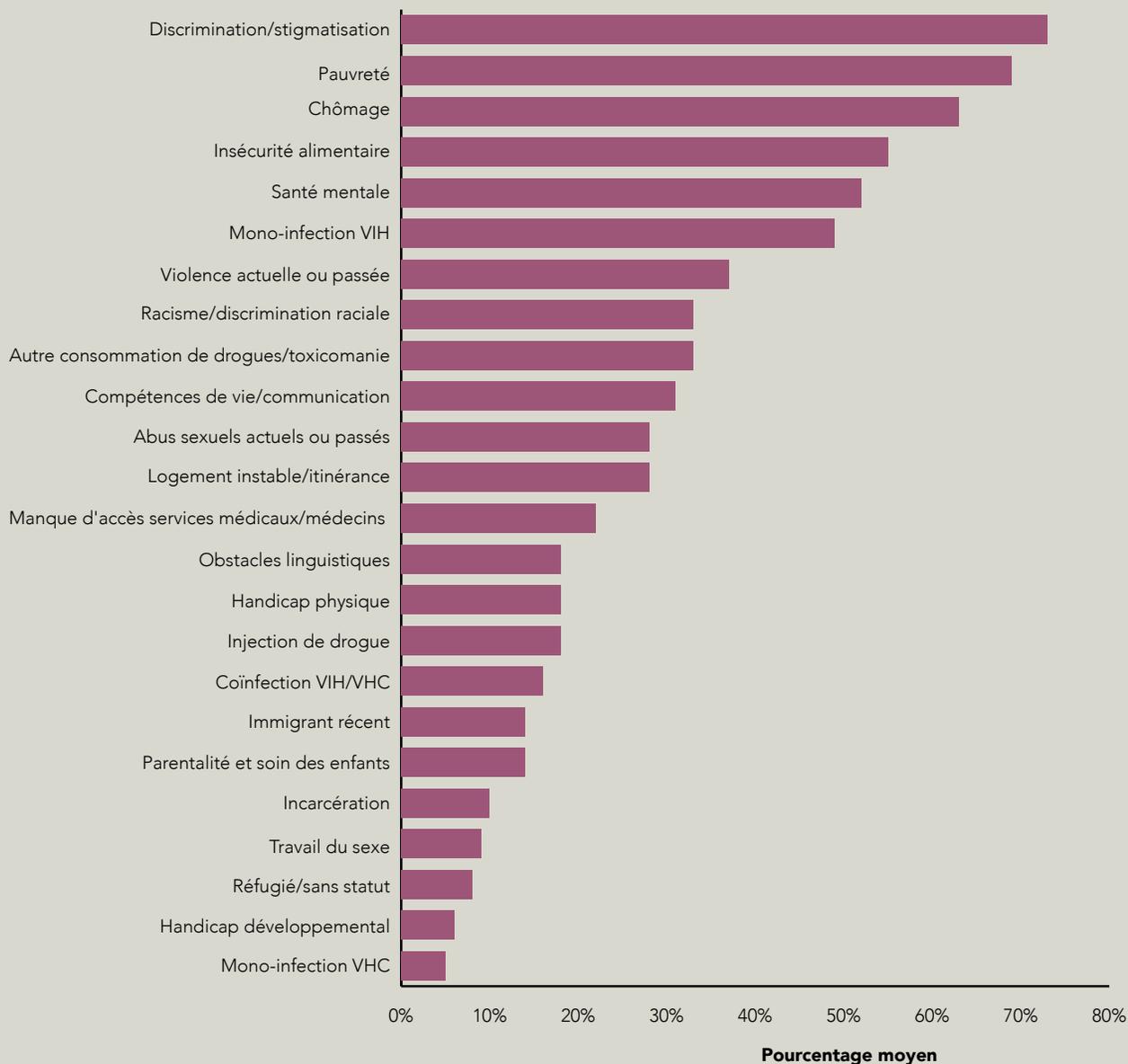
\* Un programme a été retiré en 2014-2015 et 2015-2016, car il ne recueillait pas de données sur l'origine ethnique.

## Les clients font face à de la discrimination, à la pauvreté et au chômage

Les clients continuent de rencontrer des défis liés aux déterminants sociaux de la santé. Par le passé, nous utilisions les estimations des organismes quant à la proportion de clients faisant face à chaque enjeu. Grâce aux améliorations récentes à l'OCASE, nous avons à présent des données plus précises sur le nombre de clients ayant déclaré chacun de ces enjeux pressants. FIGURE 73 révèle que :

- près de trois clients sur quatre ont vécu de la stigmatisation/discrimination
- près de sept sur dix vivent dans la pauvreté
- plus de six sur dix sont au chômage
- plus de cinq sur dix font face à l'insécurité alimentaire
- un peu plus de la moitié font état de problèmes de santé mentale
- près de quatre sur dix ont été la cible de violence et près de trois sur dix subissent des abus sexuels ou en ont déjà subi
- plus de trois sur dix ont déclaré consommer des drogues.

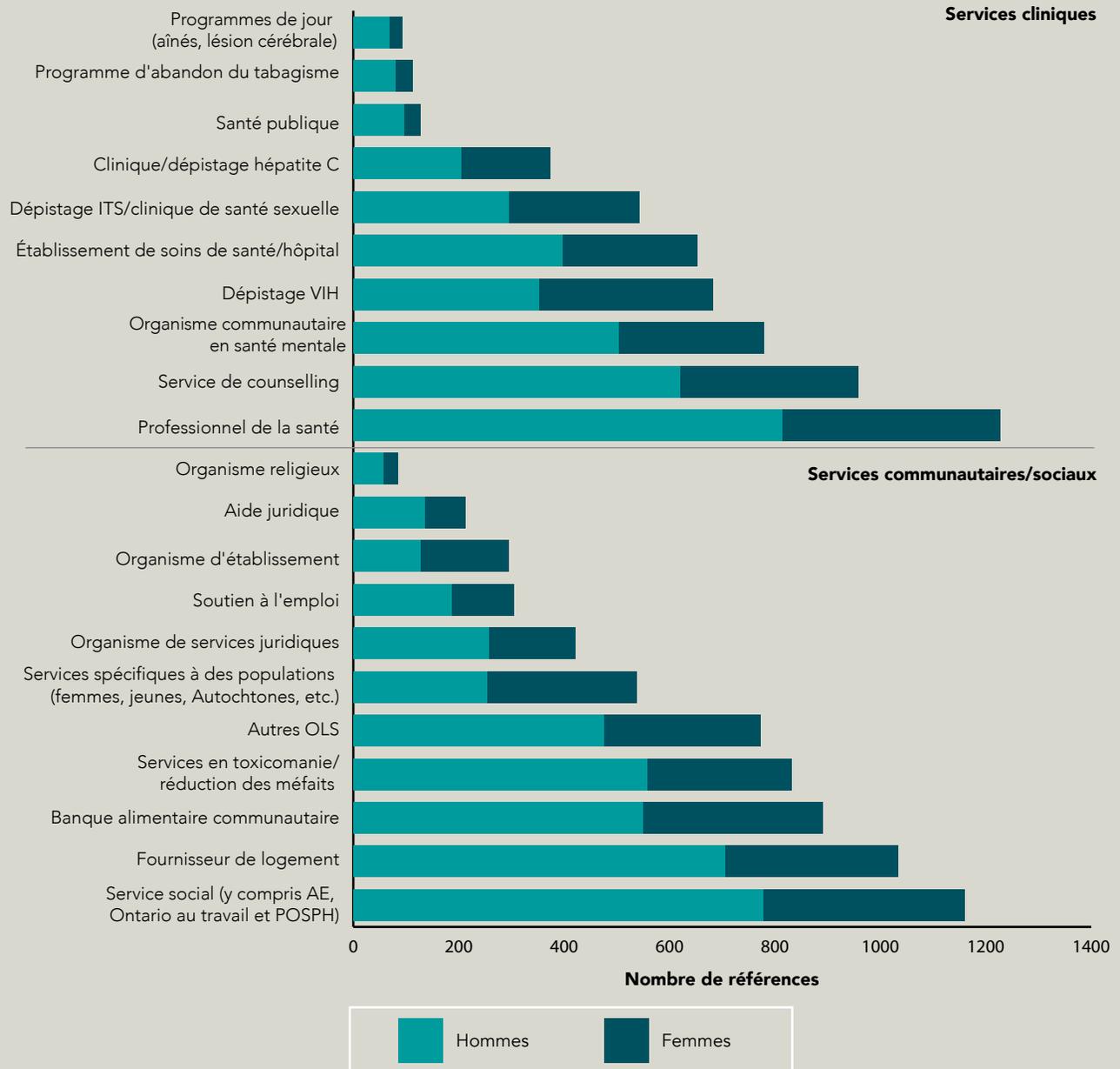
**FIGURE 73** Défis rencontrés par les clients (proportions), 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.6)



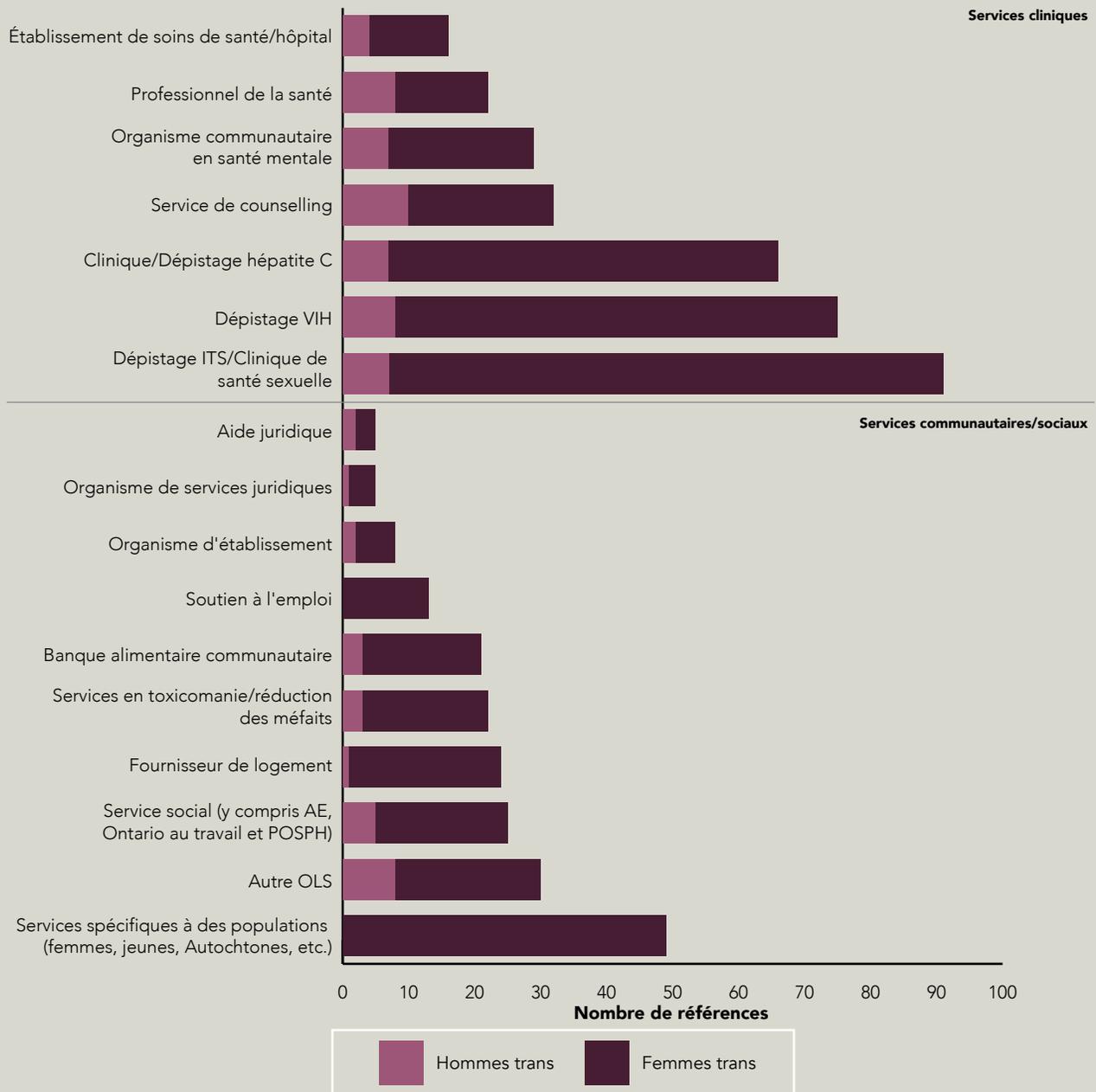
**Les références sont cruciales pour impliquer et retenir les clients dans les soins**

En 2015-2016, les programmes ont déclaré un total de 12 670 références : 5 794 vers des services cliniques et 6 876 vers des services communautaires/sociaux. Chez les clients cisgenres, la majorité des références communautaires étaient vers des soutiens sociaux élémentaires comme des fonds pour des services sociaux, le logement et les banques alimentaires, alors que les références cliniques les plus courantes étaient vers des professionnels de la santé, des services de counselling et des organismes communautaires en santé mentale. Chez les clients trans, les références communautaires les plus courantes étaient vers des services spécifiques, d'autres OLS et des services sociaux; et les références cliniques, vers des programmes de dépistage, notamment pour les ITS, le VIH et le VHC.

**FIGURE 74** Nombre de références cliniques et communautaires uniques selon le sexe/genre (hommes et femmes), 2015-2016 (OERVSCO q. 11.2.1b) total.



**FIGURE 75** Nombre de références cliniques et communautaires uniques selon le sexe/genre (hommes trans et femmes trans) (OERVSCO q. 11.2.1b)



## Ce que les programmes nous ont déclaré à propos des changements dans la demande de services de soutien

Changement de la demande	Exemples de changements
Logement et soutiens	<p>Nous avons observé une hausse du nombre d'hommes adultes célibataires aux prises avec l'itinérance et l'instabilité de logement et qui sont les principaux utilisateurs des programmes sans rendez-vous de notre organisme... Les clients masculins ayant besoin de soutien, de plaidoyer, de références en matière de logement et de soutien à l'invalidité identifient les infestations de punaises de lit comme une des principales préoccupations affectant leur qualité de vie et leur santé mentale, de même que les coûts élevés et inabordables de l'électricité et du chauffage, la sécurité dans les immeubles locaux, dans les quartiers et les logements subventionnés et abordables, y compris les options de plus haut de gamme en matière de logement social. The AIDS Network</p> <p>Défis liés aux mauvaises conditions de logement – infestations et listes d'attente pour un logement subventionné. Hospice Toronto</p> <p>Plus de clients sont à la recherche d'un logement familial abordable et approprié. Hausse du soutien à des parents dans leurs décisions concernant la divulgation à leurs enfants. The Teresa Group</p> <p>Les nouvelles politiques concernant l'accès à la banque de meubles ont intensifié les pressions financières, chez les clients, car ils ne peuvent plus venir chercher des meubles par leurs propres moyens. Tout le monde doit maintenant payer les frais de livraison après avoir choisi ses meubles. Black Coalition for AIDS Prevention</p>
Enjeux de santé mentale	<p>Nombre accru de clients ayant besoin de counselling et de services en santé mentale, particulièrement en matière de toxicomanie/réduction des méfaits. Action Positive</p> <p>Nous observons une hausse du nombre de clients ayant des troubles de santé mentale, par exemple : dépression, schizophrénie, trouble bipolaire et toxicomanies – alcool, tabagisme, drogues). Africans in Partnership Against AIDS</p> <p>Nous remarquons un nombre croissant de clients aux prises avec des enjeux de santé mentale et qui ne sont pas reliés à des services en la matière, de même qu'un nombre accru de personnes dépendantes aux antidouleurs d'ordonnance. AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area</p>

<p>Enjeux d'immigration complexes (liés au statut de réfugié)</p>	<p>Nombre accru de PVVIH/sida, notamment parmi les nouveaux immigrants qui font face à des défis complexes en raison de leur statut de réfugié. Action Positive</p> <p>La demande d'aide financière (frais d'immigration pour résidence permanente, motifs humanitaires, etc.) continue d'augmenter. Africans In Partnership Against AIDS</p> <p>La demande augmente en raison du nombre accru de réfugiés parmi les clients de notre organisme. Plusieurs ont besoin de rendez-vous de suivi rapides et d'une attention intense pour être pleinement préparés à leur audience sur le statut de réfugié. Black Coalition for AIDS Prevention</p> <p>Les demandes de services et de soutien de la part de la population immigrante ont bondi de 50 %. Nous nous attendons à ce que cette demande continue d'augmenter, vu l'afflux d'étudiants qui arrivent en ville pour leurs programmes collégiaux et universitaires. Cela coïncide avec la croissance de la population unilingue francophone ayant besoin de services de traduction et de soutien. Réseau ACCESS Network</p>
---	---

## Répondre aux tendances émergentes

Les tendances	Exemples
Renforcer les partenariats et les réseaux de références	<p>Nous avons rehaussé nos partenariats et développé des protocoles d'entente avec plusieurs acteurs pour clarifier les rôles et responsabilités et pour simplifier les processus... Nous notons un nombre accru de références à des services de santé mentale, dans la région et à l'extérieur, de même qu'à la Fife House, vu les options limitées ici à Durham. —AIDS Committee of Durham Region</p> <p>Nous siégeons à divers comités pour bâtir des partenariats avec des organismes qui peuvent collaborer avec nous à répondre aux besoins de nos utilisateurs de services. Les employés des services de soutien de l'ACYR ont également éclairé nos efforts d'éducation, de proximité et de développement communautaire afin que nous puissions accroître la capacité des fournisseurs de services, en ce qui concerne le VIH et l'immigration et les besoins spécifiques aux populations. —AIDS Committee of York Region</p> <p>Le Projet de soins complexes pour le VIH/sida s'est associé à un nouveau projet dirigé par la Fife House, l'Initiative coordonnée de logement et d'autres soutiens en matière de VIH. Cette initiative a développé un nouvel outil central d'admission et d'évaluation pour tous les services de logement supervisé et de gestion de cas liés au VIH. Le Projet est un partenariat entre huit fournisseurs de logement, qui est également relié à l'organisme The Access Point et aligné sur celui-ci (admission et évaluation centralisée pour tous les services de santé mentale et de toxicomanie, de logement supervisé et de gestion de cas). Le partenariat avec le nouveau Coordinated Access Project permet aux clients admissibles du Projet de soins complexes d'être inscrits sur les listes d'attente pour un logement supervisé et d'autres services de soutien, tout en étant évalués et dirigés vers des services du Projet de soins complexes. —Fife House</p> <p>Nous avons augmenté le budget annuel de notre banque alimentaire « Country Cupboard » et développé une relation avec un boucher local qui a commencé à nous fournir un choix plus varié de produits de qualité, y compris du bœuf, du poulet et du porc. De plus, nous cultiverons de nouveau une parcelle de jardin communautaire qui servira d'activité aux PWVIH/sida désireuses de contribuer, et qui générera des produits frais. NOTE : La participation au jardin n'est pas requise pour recevoir des produits frais. —Regional HIV/AIDS Connection</p>
Adapter les pratiques	<p>Participer à des plans de soins coordonnés avec des équipes pluridisciplinaires pour les clients aux besoins complexes. —LOFT</p> <p>Miser sur la gestion de cas et rehausser la coordination des cas, ce qui créera des services plus complets pour les clients et leurs familles. —Peel HIV/AIDS Network</p>
Accroître la capacité interne	<p>Nous avons offert une formation additionnelle et adaptée à nos bénévoles et employés afin de rehausser la sensibilisation aux enjeux liés à la santé mentale, à l'itinérance et au handicap. —Hospice Toronto</p>

# Renforcement des capacités et développement communautaire

Dans cette partie, nous résumons les activités de renforcement des capacités ainsi que de développement communautaire que réalisent les programmes provinciaux de renforcement des capacités et les OLS locaux.

## Programmes provinciaux de renforcement des capacités

Le Bureau de lutte contre le sida finance dix programmes provinciaux de renforcement des capacités afin d'aider les programmes communautaires de première ligne à acquérir de nouvelles compétences et à mettre en œuvre des pratiques et programmes éclairés par des données probantes. Le travail de ces organismes cadre généralement dans trois catégories : renforcement des capacités, développement de compétences et mentorat. Trois de ces programmes provinciaux sont spécifiques à des populations.

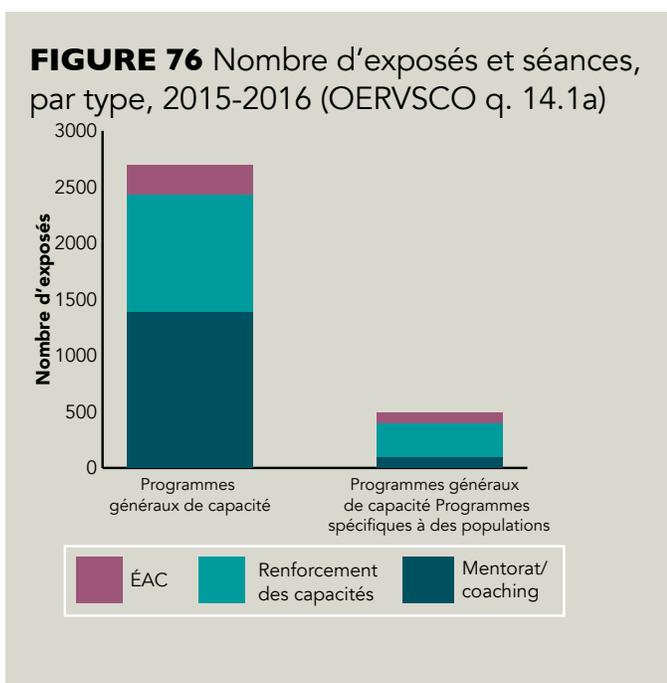
**TABLEAU 4 Organismes provinciaux de renforcement des capacités**

Nom de l'organisme	Description des services
<b>Programmes spécifiques à des populations</b>	
Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario – CACVO	Le CACVO assure le leadership dans la réponse au VIH/sida au sein des communautés africaines, caraïbéennes et noires en Ontario. Il le fait en coordonnant et mettant en œuvre la Stratégie ACN, et par des activités de développement des capacités, d'implication communautaire, de recherche et de plaidoyer.
Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais – GMSH	L'Alliance (GMSH) est un réseau provincial composé de travailleurs des premières lignes, de chercheurs, d'experts en santé publique, de responsables des politiques ainsi que de membres de la communauté. Elle sert de centre d'information sur la santé des hommes gais et bisexuels en Ontario.
Initiative femmes et VIH/sida – IFVS	L'IFVS est une réponse communautaire au VIH et au sida, parmi les femmes cis et trans de l'Ontario, qui prend en compte les facteurs structurels et sociétaux accroissant le risque lié au VIH dans cette population. Des travailleuses de l'IFVS se trouvent dans 16 organismes de lutte contre le sida (OLS) à travers la province.
<b>Programmes généraux de renforcement de capacités</b>	
AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario – ABRPO	L'ABRPO fournit aux OLS de la communauté un soutien concret en ce qui concerne le deuil et la perte liés au sida, de même qu'au changement et à la transition. Il est une ressource pour les groupes ontariens qui se penchent explicitement sur l'impact du deuil et de la perte liés au sida. L'ABRPO aide à évaluer et à rehausser la résilience individuelle et organisationnelle devant ces pertes continuelles.
Committee for Accessible AIDS Treatment – CAAT	Le CAAT est une coalition d'individus et d'organismes des secteurs juridique, de la santé, de l'établissement et du VIH/sida, engagée à promouvoir la santé et le bien-être, et à faire en sorte que toutes les personnes vivant avec le VIH/sida aient l'information et les outils dont elles ont besoin pour avoir accès à des services sociaux, juridique et de santé qui soient accueillants, inclusifs et respectueux, sans égard au statut d'immigration de la personne.

Nom de l'organisme	Description des services
Réseau canadien d'info-traitements sida – CATIE	CATIE est la source d'information à jour et impartiale sur le VIH et l'hépatite C au Canada. Il développe et diffuse des ressources d'information, renforce les capacités communautaires et les réseaux, et relie des chercheurs et des fournisseurs de services afin que le travail des uns éclaire celui des autres.
Ontario AIDS Network – OAN	L'OAN unit et appuie ceux et celles qui travaillent en prévention, en traitement et en soins pour le VIH, en Ontario. Il travaille à l'échange de connaissances, au plaidoyer et au renforcement des capacités, pour les personnes vivant avec le VIH et ses organismes membres, qui combattent la stigmatisation, luttent pour la justice sociale et contre le VIH, dans les communautés de l'Ontario.
Réseau ontarien de traitement du VIH – OHTN	L'OHSUTP livre de la formation aux fournisseurs de services en matière de toxicomanie et de santé mentale, en Ontario, de même qu'à leurs intervenants alliés, pour accroître les connaissances sur le VIH/sida et pour favoriser le développement de compétences.
Ontario HIV Treatment Network - OHTN	L'OHTN finance et réalise des recherches sur le VIH, et fournit des services d'éducation, de renforcement des capacités, d'évaluation, de collecte de données et de monitoring en matière de VIH, en Ontario.
Programme de Développement Organisationnel de l'Ontario	Le Programme de Développement Organisationnel de l'Ontario (OODP) fournit des outils de ressources électroniques, de l'encadrement individuel pour les directeurs généraux et les présidents de conseil d'administration, des ateliers, du soutien à la planification, l'animation de groupes de soutien et d'appui-conseil pour des consultations sur demande.
Toronto HIV Network - THN (parrainé par la Toronto People With AIDS Foundation)	Le Toronto HIV/AIDS Network facilite la planification, la collaboration et l'innovation concernant le VIH/sida, entre les organismes de Toronto, pour améliorer l'accès aux programmes et services à l'intention des personnes de communautés diversifiées qui vivent avec le VIH/sida et qui sont affectées par celui-ci ou à risque.

## Principaux constats

- Demande accrue de mentorat et de coaching en matière de leadership pour le changement
- Investissement accru dans les systèmes provinciaux de déclaration et de gestion des données.



### Répondre aux besoins changeants du secteur

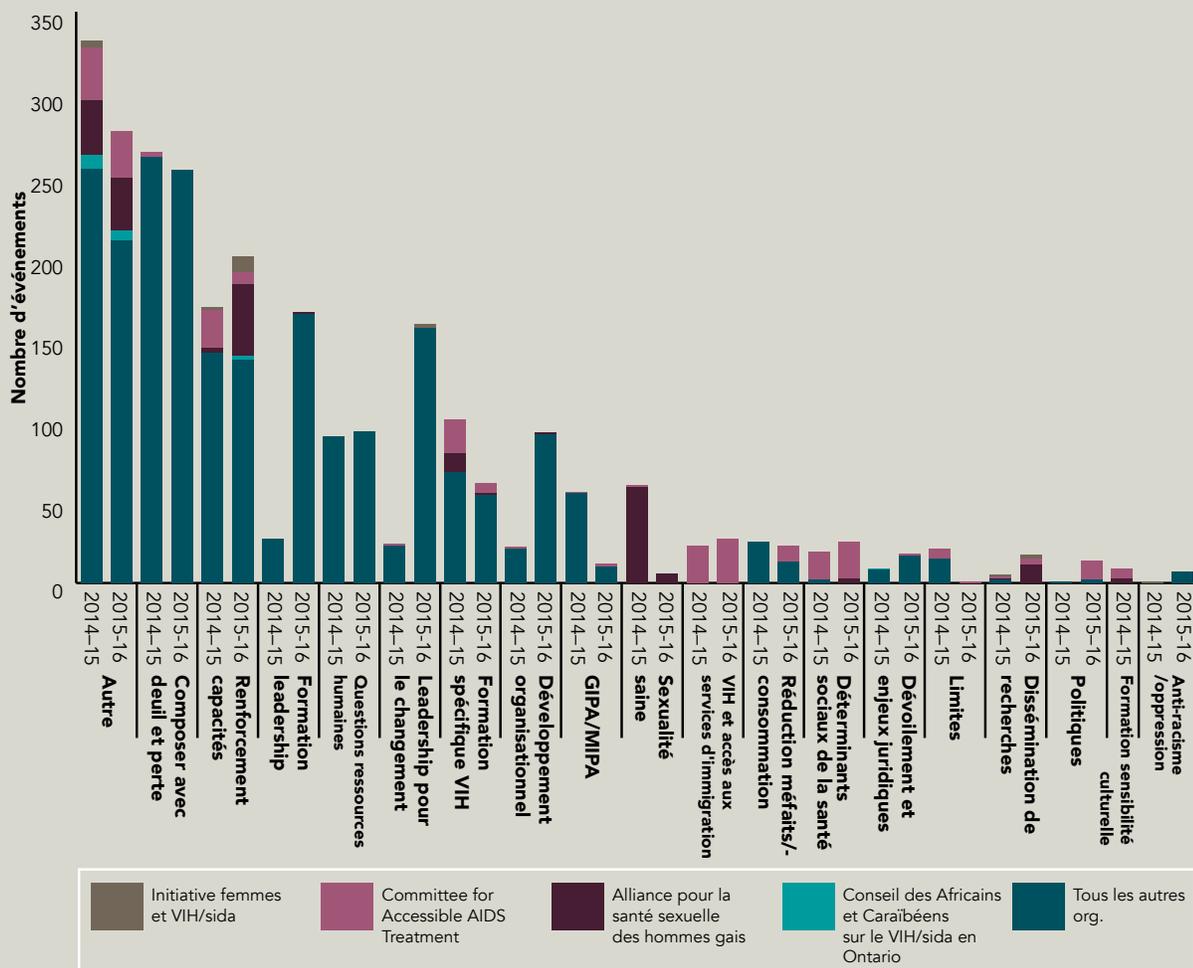
In En 2015-2016, les organismes généraux de renforcement des capacités ont déclaré avoir fourni un nombre considérablement accru de séances de mentorat et de coaching; et une diminution du nombre d'exposés. Ce changement cadre dans un effort à l'échelle du secteur afin d'examiner les besoins de capacités et de formation des programmes financés du domaine du VIH. Les programmes provinciaux de renforcement des capacités ont développé un comité (HIV Resources Ontario - HRO) afin d'établir comment rendre les ressources de renforcement des capacités plus accessibles et plus efficaces. Nous nous attendons à observer plus de changements au type et aux points de mire des services de renforcement des capacités, lors de la continuation de cette démarche.

Les programmes spécifiques à des populations – en particulier la GMSH, l’IFVS et le CACVO – ont concentré leurs efforts sur le renforcement des capacités d’autres intervenants du secteur, par des activités de renforcement des capacités et par des recherches. Le CAAT offre du mentorat et réalise d’autres activités.

En ce qui concerne les sujets des exposés/séances, la catégorie la plus abondante a été « autres ». Plus de la moitié des « autres » exposés ont été présentés par l’ABRPO à des travailleurs des premières lignes et à des personnes vivant avec le VIH, sur des thèmes comme les rôles multiples des personnes vivant avec le VIH, le mentorat individualisé, le coaching et l’évaluation.

En réponse à la demande observée dans le secteur, les organismes provinciaux généraux de renforcement des capacités ont signalé une augmentation de 500 % des activités liées à la formation au leadership et au leadership pour le changement, de même qu’une augmentation de 300 % des activités de développement organisationnel – incluant du soutien pour le changement structurel ainsi que procédural, de même que les plans de travail. D’autres formations en leadership ont pris la forme de séances de coaching livrées par le Programme de développement organisationnel de l’Ontario.

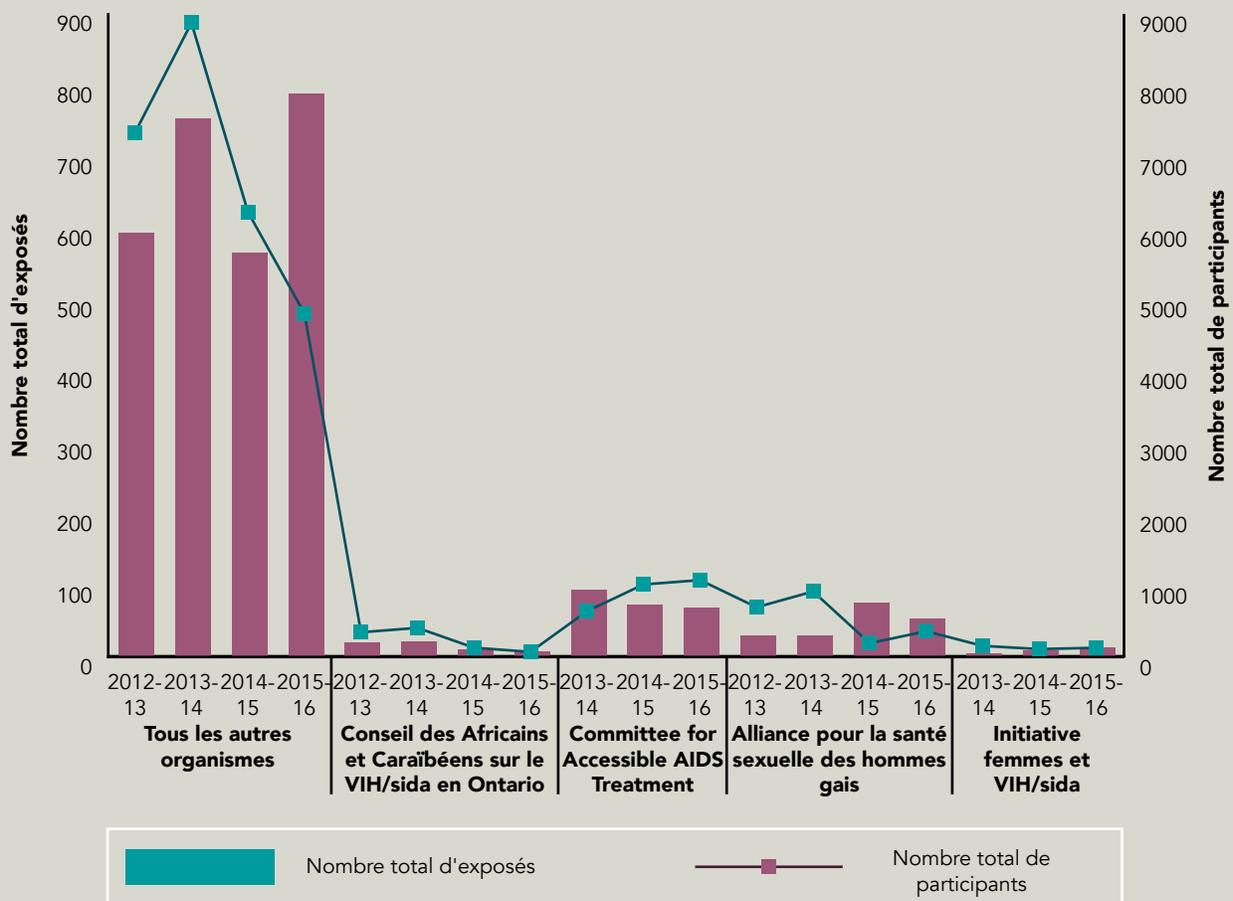
**FIGURE 77** Nombre d’événements de renforcement des capacités, par point de mire et organisme (OERVSCO q. 14.1.a)



Tous les programmes provinciaux de renforcement des capacités ont signalé une diminution du nombre d'exposés/séances, en 2015-2016, en ce qui concerne la formation spécifique au VIH, le principe GIPA/MIPA, la sexualité saine et les limites.

Les organismes de renforcement des capacités qui sont spécifiques à des populations étaient plus susceptibles, en comparaison avec les organismes généraux, d'offrir des exposés et des séances concernant l'immigration, les déterminants sociaux et la santé, les politiques ainsi que la formation en matière de sensibilité culturelle.

**FIGURE 78** Exposés de renforcement des capacités et participants (OERVSCO q. 14.1a)



Bien que le nombre de séances de renforcement des capacités ait connu une augmentation en 2015-2016, le nombre de participants a diminué. Cette tendance reflète la tendance à délaissier les exposés généraux, au profit d'activités de mentorat ainsi que de séances de coaching.

### Campagnes provinciales

Plusieurs organismes provinciaux de renforcement des capacités sont responsables de développer des campagnes qui peuvent être utilisées par les organismes communautaires. En 2015-2016, il y a eu une forte augmentation du nombre de campagnes et des réunions de planification s’y rattachant – en raison principalement du mûrissement des réseaux de populations prioritaires.

**TABLEAU 5** Campagnes et réunions de planification, par les programmes de renforcement des capacités (OERVSCO q.14.7b)

Année	Campagnes	Réunions de planification
2012-13	7	53
2013-14	6	104
2014-15	6	58
2015-16	11	83

### Ressources

Les organismes de renforcement des capacités sont également mandatés de développer des ressources pouvant servir à l’ensemble du système. Le tableau qui suit montre le nombre total de ressources distribuées en 2015-2016.

**TABLEAU 6** Ressources distribuées par les organismes de renforcement des capacités (OERVSCOq. 14.6b)

Ressources distribuées	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16
Information santé pour les PVVIH ou ressources de soutien	256,914	188,587	273,556	283,553
Bulletin d’information ou article de nouvelle	113,223	41,958	51,468	51,746
Autres (veuillez préciser)		12,192	80	78
Brochures, affiches, dépliants – matériel promotionnel d’organisme	75	560	10,043	50
Brochures, affiches, dépliants – prévention/éducation		1,737	1,660	5,347
Manuels/trousses de formation	1578	497	185	294
Matériel d’exposés d’atelier (inclut modèles, présentations PowerPoint, feuillets à distribuer, etc.)	1496	200	52	702
Matériel d’exposés d’atelier (inclut modèles, présentations PowerPoint, feuillets à distribuer, etc.)	188	145	20	145
Résumés de recherches ou rapports d’évaluation	1	2	67	40
Films/DVD		13		
<b>Grand total</b>	<b>373,475</b>	<b>245,891</b>	<b>337,131</b>	<b>341,955</b>

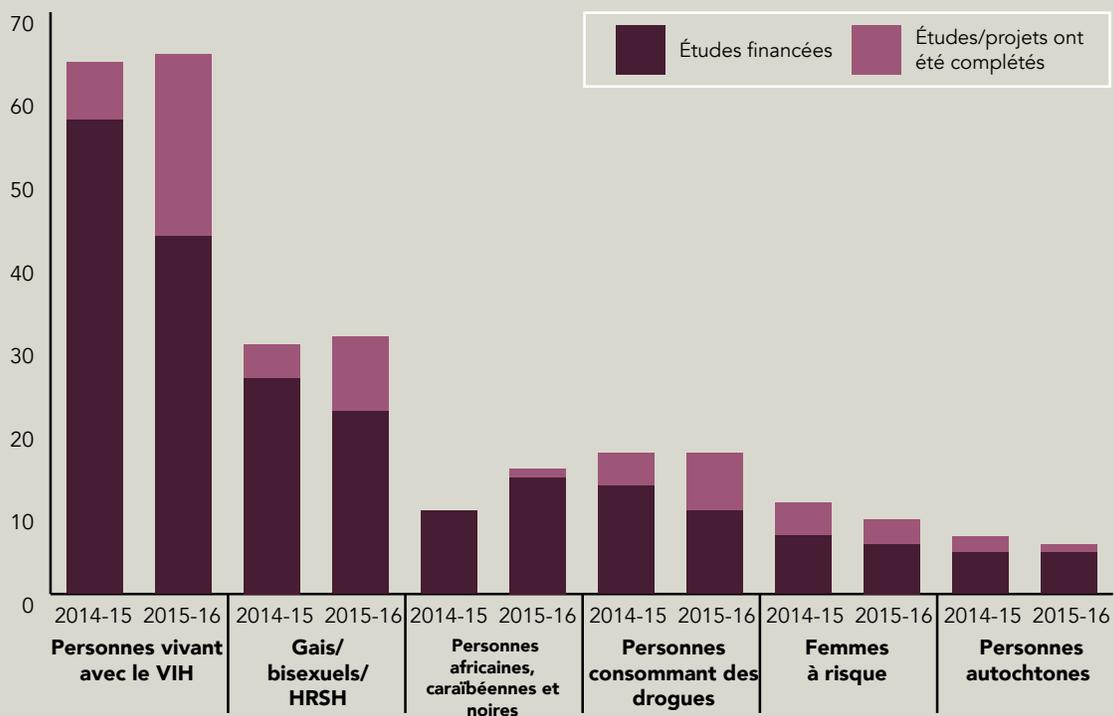
## Promouvoir des recherches et pratiques fondées sur les données

L'OHTN continue de financer des recherches centrées sur les populations prioritaires et la cascade de la prévention, de l'implication et des soins. En 2015-2016 :

- L'OHTN a versé du financement à 100 (q. 6.5b) projets de recherche (4 nouveaux et 96 continus), dont 12 cas de nouveaux chercheurs (n'ayant jamais reçu de financement). Les projets de recherche financés ont impliqué la participation de 361 apprenants (283 déclarés pour M1 et 78 pour M2) (5d). Les apprenants incluent des mentorés et d'autres individus qui participent aux projets de recherche.
- 43 études/projets ont été complétés.

Les études financées peuvent porter sur une ou plusieurs populations prioritaires. En 2015-2016, il y a eu une augmentation considérable du nombre de projets de recherche pertinents aux communautés ACN; les autres populations sont demeurées stables.

**FIGURE 79** Nombre de recherches, par population prioritaire (OERVSCO q. 6.5b)



### Un nombre accru de personnes vivant avec le VIH ont été chercheurs dans le cadre d'études

Les projets de recherche financés ont déclaré impliquer 91 personnes vivant avec le VIH (en comparaison avec 75 en 2014-2015). (Note : Certaines personnes vivant avec le VIH peuvent être impliquées dans plus d'une recherche, donc il ne s'agit pas nécessairement de 91 individus uniques.) Il y a eu une hausse considérable de la proportion de chercheurs qui sont des PVVIH, ce qui indique une augmentation du degré et de la profondeur d'implication, et révèle qu'un nombre croissant de PVVIH entreprend une carrière en recherche.

**FIGURE 80** Contributions de PVVIH à des recherches, par rôle (OERVSCO q. 6.5d)

#### 91 personnes vivant avec le VIH contribuent à des recherches, à titre de :



En 2014-2015, les scientifiques et employés de l'OHTN ont participé à plus de dix projets de recherche et ont produit un ensemble de ressources et produits, dont :

Les scientifiques de l'OHTN ont produit	2014-15	2015-16
Articles soumis à l'examen des pairs	21	24
Publications de littérature grise	10	16
Ressources (incluant bulletins et items à l'appui de recherches)	21	29

## L'Étude de cohorte de l'OHTN

L'Étude de cohorte de l'OHTN (ÉCO), réalisée dans 9 sites, est une recherche qui collecte des données cliniques et sociocomportementales au sujet de plus de 6 000 personnes vivant avec le VIH en Ontario (dont 3 700 qui remplissent activement un questionnaire au moins une fois l'an). Les données de l'ÉCO servent à comprendre les besoins de santé des personnes vivant avec le VIH et à améliorer les soins.

En 2015-2016, un nombre deux fois plus élevé de nouveaux participants (1 208) se sont inscrits à l'ÉCO, en comparaison avec 2014-2015 (435). Des nouveaux participants : 30 % sont des HRSH, 11 % des personnes ACN, 4 % des personnes consommant des drogues, 8 % des femmes à risque et 2 % des personnes autochtones.

**TABLEAU 7** Principaux constats de l'ÉCO – 1er avril 2015 – 31 mars 2016

Point clé	Pourquoi ceci est important
Les cliniques ontariennes réussissent à impliquer des personnes vivant avec le VIH, dans les soins, et à leur fournir un traitement efficace de façon soutenue. En 2011, 87 % des participants à l'ÉCO étaient impliqués dans les soins et 76 % d'entre eux avaient une charge virale supprimée.	Lorsque les personnes vivant avec le VIH s'impliquent dans les soins et s'y tiennent, et qu'elles sont fidèles aux médicaments antirétroviraux, leur santé s'améliore et le risque de transmission du VIH diminue.
Des outils plus brefs de dépistage en santé mentale (PHQ-9, CES-D 10 et K-10) peuvent diagnostiquer efficacement la dépression chez une PWVIH.	La dépression est souvent non reconnue, chez des personnes vivant avec le VIH. Des outils plus brefs de dépistage offrent la possibilité d'améliorer le dépistage de la dépression et les taux de diagnostic, dans des cliniques en VIH qui sont très occupées.
Les taux de syphilis sont en hausse parmi les hommes vivant avec le VIH et qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Au cours de la période de l'étude (2006-2010), ils étaient 300 fois plus élevés parmi les hommes séropositifs au VIH que dans la population générale.	La présence de la syphilis ou d'une autre infection transmissible sexuellement (ITS), conjointement au VIH, augmente le risque de transmission du VIH. Puisqu'une syphilis peut demeurer non détectée pendant un bon moment, il est important que les hommes vivant avec le VIH et ayant des rapports sexuels avec des hommes se fassent dépister plus souvent. De nouvelles stratégies pour le contrôle de la syphilis chez les hommes vivant avec le VIH sont nécessaires.
Les personnes vivant avec la co-infection VIH-VHC qui ont des antécédents d'injection de drogue ont considérablement moins de chances de passer périodiquement des tests du foie, des reins et du métabolisme, même s'ils sont à risque accru pour la cirrhose et des maladies des reins.	Les personnes vivant avec la co-infection VIH-VHC qui ont des antécédents d'injection de drogue et qui ne passent pas périodiquement des tests de fonction du foie et des reins pourraient développer des comorbidités susceptibles d'avoir un impact négatif sur leur santé et leur bien-être.

Les données de l'ÉCO ont été citées plus souvent dans des publications. Les employés de l'ÉCO ont livré plus d'exposés et ont réalisé un plus grand nombre de revues des données (voir la FIGURE 81).

**FIGURE 81** Utilisations faites des données de l'ÉCO

		<u>2014/15</u>	<u>2015/16</u>
	Revue des données (à l'interne)	4	7
	Nombre d'exposés par des employés de l'ÉCO	21	28
	Nombre de propositions de projets reçues	7	3
	Nombre de publications contenant des données de l'ÉCO	6	18
	Propositions de projets approuvées	4	3
	Études complétées à l'aide de liens à l'ICES (à l'interne)	0	0

### Transposer les données dans la pratique

En 2015-2016, afin de favoriser l'application des données dans la pratique, l'équipe de synthèse des connaissances de l'OHTN a réalisé 11 revues de littérature – incluant cinq revues systématiques – et publié neuf réponses rapides. Le service de réponse rapide, qui présente des résumés de recherches en réponse à des questions d'organismes communautaires en VIH de l'Ontario, vise à aider à soutenir des programmes fondés sur les données probantes et à améliorer la prestation de services et le plaidoyer.

## TABLEAU 8 L'OHTN résume les données de recherche à l'aide d'examen systématique et de réponses rapides

### 11 revues de littérature

Les sujets des revues de littérature sont souvent identifiés par des chercheurs et des responsables des politiques

1. Interventions de prévention VIH/ITS, pour les personnes vivant avec le VIH en milieu à revenu élevé\*
2. Utiliser des approches de recherche communautaire participative en matière de VIH : études de cas de trois pays
3. Bienfaits et défis des partenariats communauté/université en matière de recherche sur le VIH\*
4. Soutien et éducation aux patients pour favoriser l'observance au traitement antirétroviral fortement actif pour le VIH/sida\*
5. Facteurs associés à la rétention dans les soins pour le VIH\*
6. Examen des associations entre la stigmatisation du VIH et les résultats de santé des personnes vivant avec le VIH/sida\*
7. Services de réduction des méfaits pour le VIH et le VHC spécifiques aux femmes autochtones qui consomment des drogues et d'autres substances
8. Modèles et services d'efficacité démontrée pour améliorer l'arrimage aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida
9. Apprentissage d'appareils et recherche de textes pour la synthèse de connaissances
10. Applications mobiles et autogestion de troubles chroniques
11. Interventions pour répondre à la violence entre partenaires intimes dans les populations prioritaires de l'Ontario

### 9 réponses rapides

Sujets déterminés par la communauté

1. Stigmatisation du VIH en relation avec les professionnels des soins de santé, au Canada
2. Systèmes d'aide-mémoire pour personnes vivant avec le VIH
3. Faire la transition des soins en VIH pour adolescents vers des soins pour adultes
4. Impact des organismes communautaires pour les personnes vivant avec le VIH
5. La connaissance du VIH et les pratiques exemplaires parmi les fournisseurs de soins de santé non spécifiques au VIH
6. Quels facteurs affectent la santé et le bien-être des jeunes lesbiennes, gais et bisexuels asiatiques?
7. Applications mobiles et comportements sexuels à risque parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
8. L'épidémiologie de l'infection à VHC parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
9. Le rôle des infirmières praticiennes, dans les soins pour le VIH

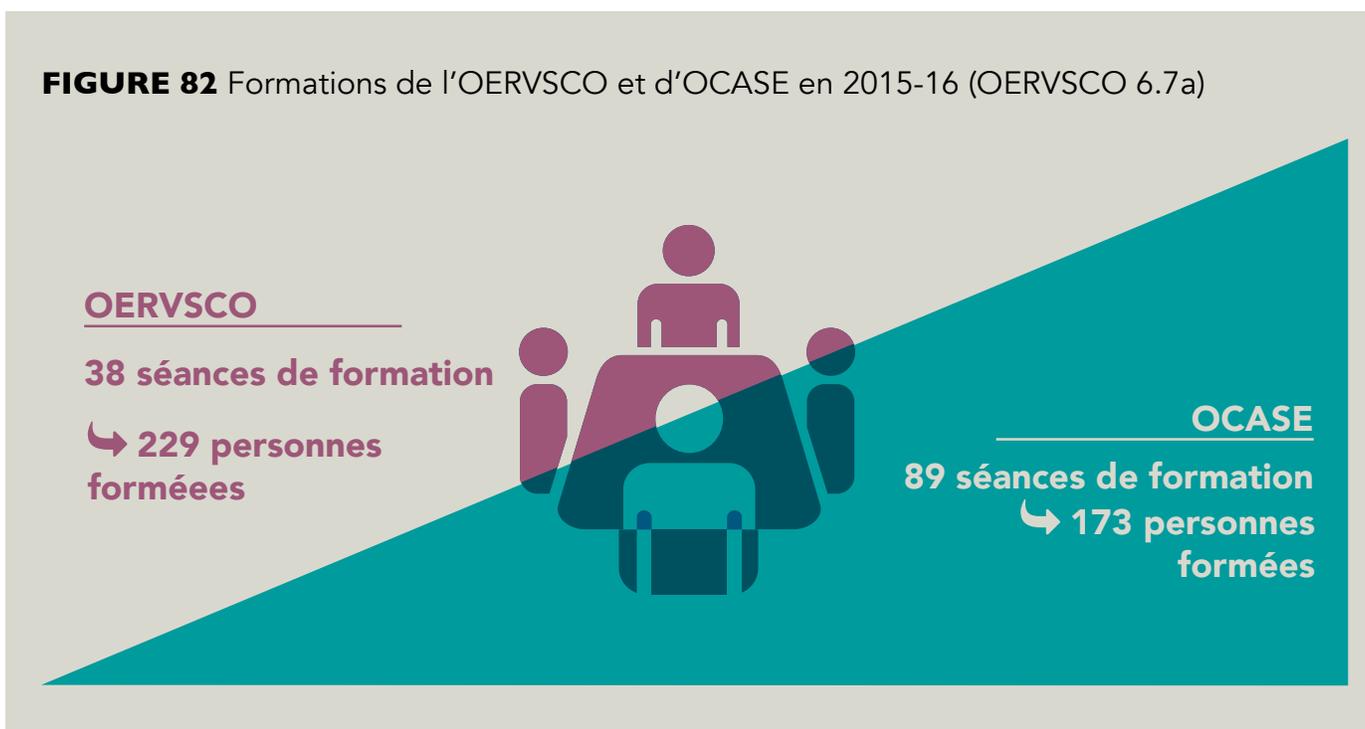
\* examen systématique

### Aider les programmes communautaires, en matière de données et d'évaluation

Au cours de la récente année, l'Unité de l'OHTN pour des pratiques fondées sur les données probantes (EBPU) a investi dans le développement et la mise à niveau de ses systèmes de données pour l'OCASE et l'OERVSCO. Dans le cadre de cette démarche, tous les directeurs généraux et les leaders de l'OCASE ont été invités à participer à un Sommet d'une journée concernant les systèmes de données, l'intégrité des données et comment ces systèmes sont en voie d'harmonisation avec la stratégie provinciale. L'EBPU a également continué de soutenir le secteur VIH de la province, en ce qui concerne la gestion des données, leur déclaration, le développement de programmes et l'évaluation de services.

En 2015-2016, l'EBPU a répondu à 46 % moins de demandes de données (195) qu'au cours de l'année précédente (364). La diminution du nombre de demandes est attribuable à l'augmentation du nombre de fonctions automatiques de l'OCASE, à la mise en œuvre d'un nouveau système de suivi ainsi qu'à une emphase sur la formation aux utilisateurs. Avec ces changements, les utilisateurs sont capables d'interroger leurs données et d'y travailler; et ils n'ont plus besoin de soumettre autant de demandes.

**FIGURE 82** Formations de l'OERVSCO et d'OCASE en 2015-16 (OERVSCO 6.7a)



**FIGURE 83** Demandes d'analyse de données à l'OERVSCO et à l'OCASE en 2015-16



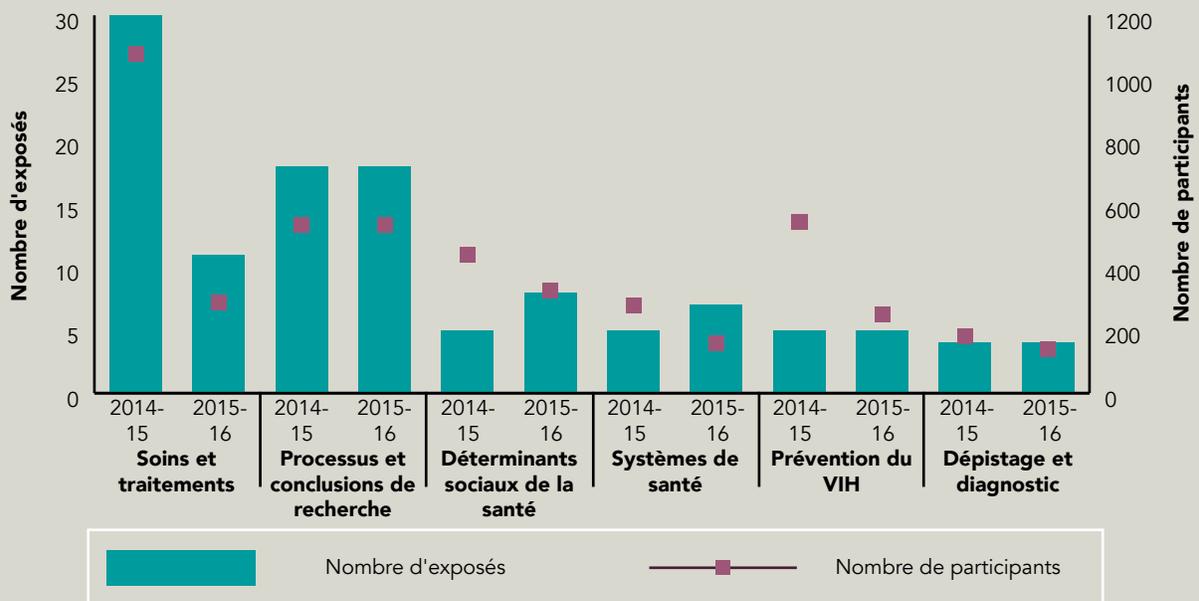
### Parler des recherches

L'OHTN a déclaré avoir livré 53 présentations à un total de 1 696 participants. Dans l'ensemble, le nombre d'exposés et de participants a diminué (des évolutions de -12 % et de -44 %, respectivement), puisque les scientifiques de l'OHTN ont présenté moins d'exposés dans des congrès. La recherche et ses conclusions ont été le point de mire principal des exposés, suivies par les soins et traitements ainsi que des déterminants de la santé

**TABLEAU 9** Total des présentations de l'OHTN et des participants, par public cible (OERVSCO q. 6.1a)

	Intervenants d'OLS	Fournisseurs de soins en VIH	Intervenants multiples	Fournisseurs de soins non-OLS	Responsables des politiques
Renforcement des capacités					
14 exposés, 285 participants	86%		14%		
ÉTC					
14 exposés, 316 participants	50%	36%	7%		7%
Chercheurs/universitaires (incl. étudiants)					
25 exposés, 1 095 participants	20%	60%	16%	4%	

Les trois principaux lieux de présentation d'exposés en 2015-2016 ont été les mêmes qu'en 2014-2015 : congrès, organismes communautaires et universités/hôpitaux.

**FIGURE 84** Nombres d'exposés et de participants, par thème d'exposé, 2014-2015 (OERVSCO q. 6.1a)


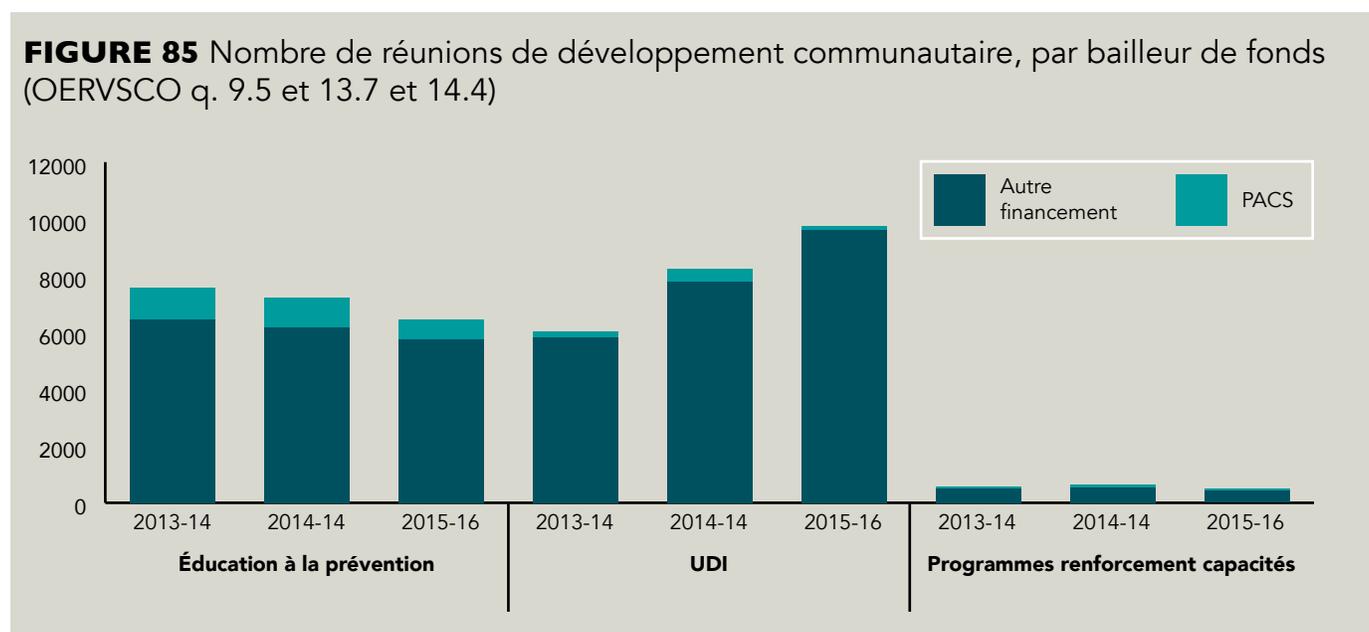
## Initiatives de développement communautaire local

### Renforcer la capacité des communautés en matière de soutien aux personnes vivant avec le VIH

Pour joindre les personnes à risque et faire en sorte qu'elles et les personnes vivant avec le VIH reçoivent un éventail complet de services sociaux et de santé, les programmes recherchent des partenaires pour les aider à fournir des services d'éducation, de proximité et de soutien. De plus, ils cherchent à créer des environnements sécuritaires et à accroître la compétence culturelle d'autres intervenants qui fournissent des services à des personnes vivant avec le VIH. Dans l'OERVSCO, trois types de programmes font état d'activités de développement communautaire : 1) les programmes de prévention (éducation et proximité); 2) les programmes de proximité pour UDI; et 3) les programmes provinciaux de renforcement des capacités.

### Programmes pour UDI rehaussant des efforts de développement communautaire

En procédant au suivi des réunions de développement communautaire, le secteur continue de démontrer son engagement à bâtir de solides réseaux de services. En 2015-2016, les programmes ont déclaré au total 16 678 réunions de développement communautaire — une augmentation en comparaison avec les 16 078 de 2014-2015. L'augmentation du nombre de réunions, depuis deux ans, est attribuée principalement au développement communautaire concernant les UDI.



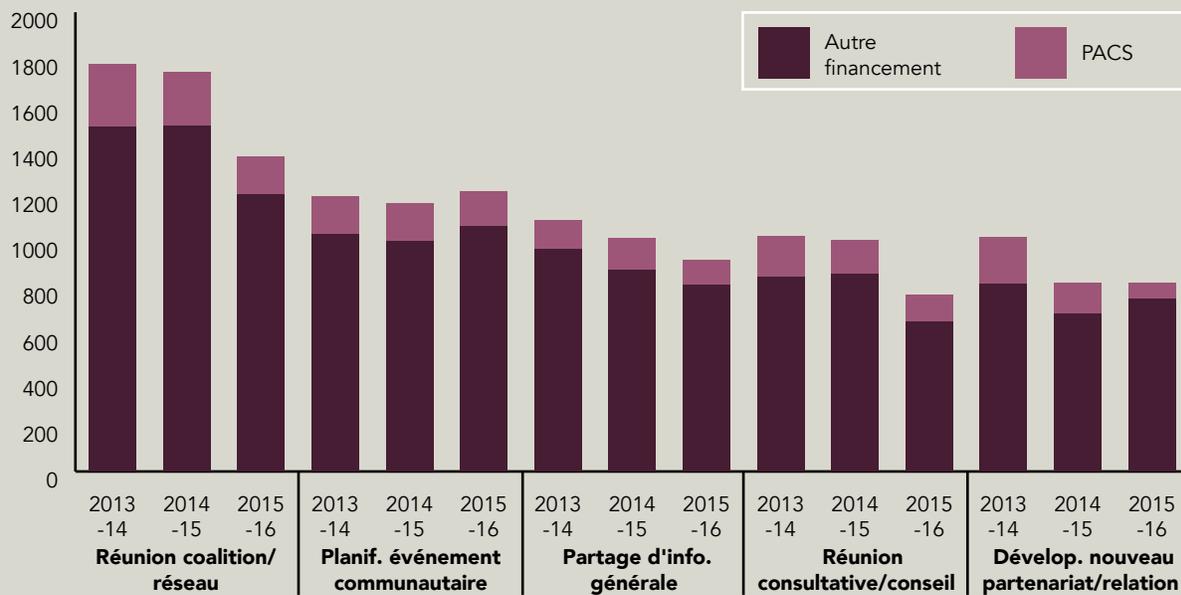
### Le développement communautaire aide à bâtir des réseaux

Le but des réunions de développement communautaire sur la prévention (éducation et proximité) est de rehausser les capacités individuelles, organisationnelles et communautaires. Les principaux objectifs des réunions sont de développer des coalitions/réseaux et de planifier des événements communautaires (voir la FIGURE 86). Dans les organismes, les gestionnaires, travailleurs à l'éducation et membres de populations prioritaires participent tous à des activités de réseautage (voir la FIGURE 87).

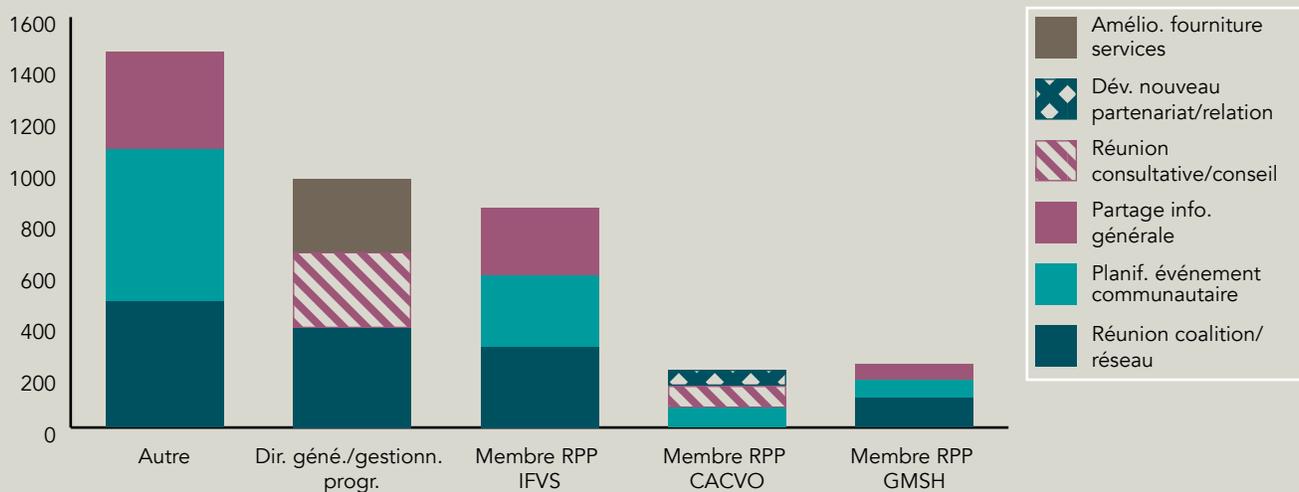
#### 5 principaux partenaires communautaires :

1. Organismes communautaires / groupes / membres
2. Organismes en VIH
3. Services spécifiques à des populations
4. Centres de santé communautaires
5. Comités consultatifs communautaires

**FIGURE 86** Cinq principaux types de réunions de développement communautaire, par but et bailleur de fonds (OERVSCO q. 9.5)



**FIGURE 87** Réunions de développement communautaire (trois principaux types), par but et par rôle des travailleurs (OERVSCO q. 9.5)



### Qui participe à des activités de développement communautaire pour UDI?

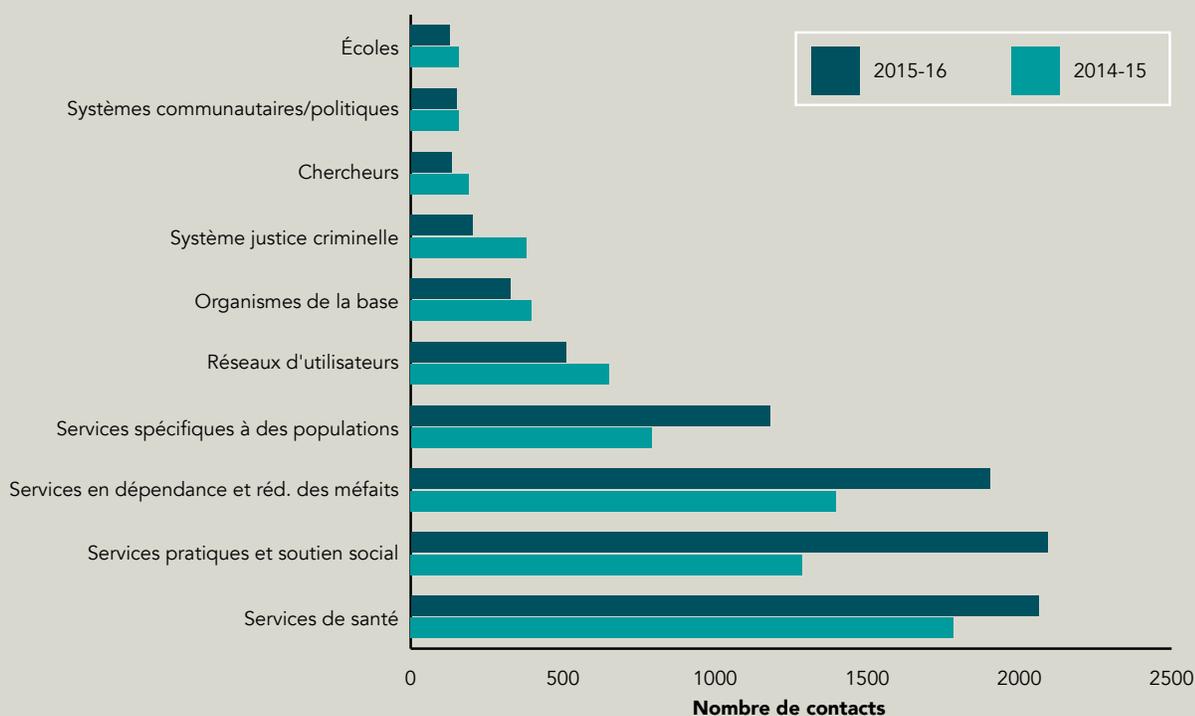
En 2015-2016, les efforts de développement communautaire pertinent à l'injection de drogue ont impliqué le plus grand nombre de participants par le biais d'exposés éducatifs ou de programmes formels, dont la majorité s'adressait à des services de soins de santé, services sociaux et services de réduction des méfaits ou en matière de toxicomanie.

**TABLEAU 10** Nombre d'activités de développement communautaire pour UDI, par type et participants (OERVSCO 13.7)\*

	Réunions de comité/ réseau/ coalition	Nettoyages communautaires	Événements communautaires	Exposés éducatifs / programmes formels	Recherche
Nombre de réunions/ contacts	722	174	257	1,189	84
Nombre de participants	5,118	341	10,825	11,066	517

\* Incluant financement PACS

**FIGURE 88** Contacts de développement communautaire UDI, par type d'organisme, 2015-2016 (OERVSCO 13.8)



# Équipes en matière d'hépatite C

## Messages clés

En 2015-2016 :

1. Les équipes en matière d'hépatite C (VHC) de l'Ontario ont servi 6 883 clients – des hausses de 16 % par rapport à l'an dernier et de 15 % depuis 2013-2014. De ces clients, 2 319 (soit plus d'un sur trois) étaient de nouveaux clients.
2. En 2015-2016, le nombre de clients ayant recours à des services de traitement du VHC (c.-à-d., pré-traitement, traitement et post-traitement) a augmenté de 39 % par rapport à 2014-2015. Le nombre de clients en pré-traitement a légèrement augmenté alors que le nombre de clients en traitement et en post-traitement a plus que doublé (139 % et 148 %, respectivement).
3. Le dépistage du VHC a également augmenté : le programme a fourni 59 % plus de dépistages des anticorps anti-VHC (pour déterminer s'il y a eu contact avec le VHC) et 46 % plus de dépistages de l'ARN du VHC (pour détecter l'infection à VHC). La plupart (86 %) des clients dépistés étaient nouveaux; les autres (14 %) étaient des clients qui revenaient.
4. Grâce aux régimes de traitement plus brefs (=/-12 semaines au lieu de jusqu'à 48 semaines), les clients sont traités plus tôt (420 clients en 2015-2016, comparativement à 221 en 2013-2014) et moins de clients sont perdus au cours du suivi.
5. Plus du double de clients (1 210) ont terminé le traitement en 2015-2016, comparativement à 2014-2015 (488).

## Ce que nous avons appris des équipes VHC et de leurs clients et partenaires :

**Le travail de proximité est essentiel.** Dans leurs efforts de proximité, les équipes VHC encouragent les partenariats avec d'autres organismes – fournisseurs en santé publique, organismes de services communautaires, cliniques de méthadone et pharmacies locales – afin de joindre leurs populations prioritaires et de les impliquer. Des programmes offrent le dépistage et le traitement du VHC sur les lieux de proximité. Un programme a fait état d'un projet réussi de « camionnette de proximité » qu'il prévoit répliquer dans d'autres régions.

1. **L'assistance pratique améliore l'implication dans les soins.** L'assistance pratique améliore l'implication dans les soins. Les clients qui ont reçu une assistance pour le transport (p. ex., laissez-passer ou jetons d'autobus) étaient plus susceptibles de se présenter à leurs rendez-vous sur une base régulière. L'offre de nourriture lors des rendez-vous augmentait également le taux de présence. De plus, les clients ont bien réagi aux appels téléphoniques et aux textos visant à leur rappeler leur prochain rendez-vous.
2. **Les cliniques de fibroscan améliorent l'implication dans les soins.** Plusieurs équipes VHC ont constaté que les cliniques de fibroscan sont un outil efficace pour maintenir l'implication des clients. Un programme utilise un appareil de fibroscan mobile pour joindre les communautés éloignées.
3. **Les évaluations des clients améliorent les services.** Les équipes VHC continuent d'utiliser des outils d'évaluation complets – y compris des sondages sur la satisfaction des clients et des fournisseurs de services, de même que des enquêtes auprès des partenaires communautaires – afin d'améliorer leurs services. Certaines équipes font également des groupes de discussion, des interviews et des études de cas pour recueillir des retours sur leurs services. Les commentaires des clients ont souligné l'importance des occasions d'interaction avec des pairs. En réponse à ce besoin, les programmes continuent d'investir dans la formation des pairs et intègrent des pairs bénévoles dans la fourniture des activités (p. ex., séances de groupes de soutien dirigées par des pairs).

## Épidémiologie du VHC

L'hépatite C est l'agent le plus infectieux en Ontario. Santé publique Ontario utilise la base de données du Système d'information sur la santé publique intégré (SISP-i) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour extraire les décomptes annuels par tranche d'âge et par région sanitaire. En 2015, on a recensé 4 263 cas déclarés, 28 hospitalisations et 18 décès.

Le VHC est une infection transmissible par le sang. Les personnes qui reçoivent un résultat positif au dépistage du VHC déclarent souvent plus d'un facteur de risque possible. Par exemple, 3 472 des 4 263 personnes diagnostiquées du VHC en 2015 (81 %) ont déclaré au moins un facteur de risque : 54 % (1 875) ont signalé l'injection de drogue; 519 (15 %), des activités sexuelles à risque élevé; 298 (9 %), une transfusion sanguine (avant que le dépistage du VHC soit disponible); et plusieurs ont cité d'autres risques possibles, comme être originaire d'un pays où le VHC est endémique, l'exposition professionnelle, d'autres activités sexuelles et la greffe d'organe.

Le VHC continue d'affecter principalement des hommes. En 2015, près de deux cas sur trois (62 %) touchaient des hommes, et la plupart des hommes diagnostiqués étaient âgés de 30 à 59 ans.

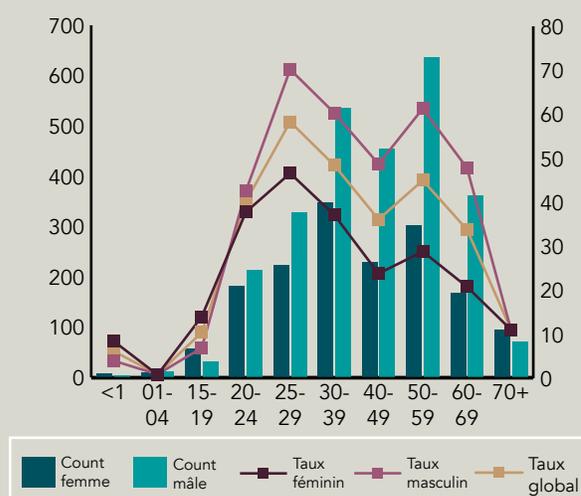
4,263	cas déclarés d'hépatite C	* Kingston avait le taux d'hospitalisation le plus élevé
28	hospitalisations	
18	décès	

### Cas et taux en hausse dans le Sud-Ouest de l'Ontario

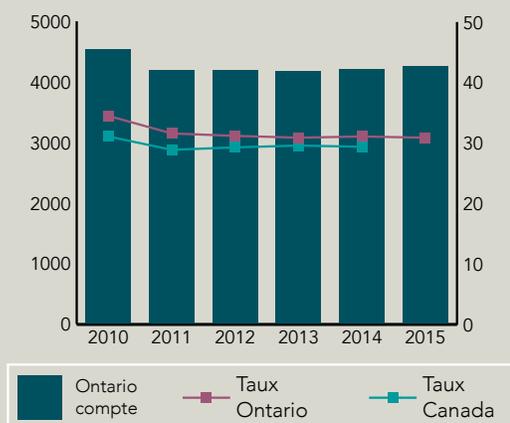
En 2015, le nombre de cas confirmés d'hépatite C déclarés en Ontario (4 263) est demeuré relativement stable – malgré une augmentation importante du dépistage du VHC.

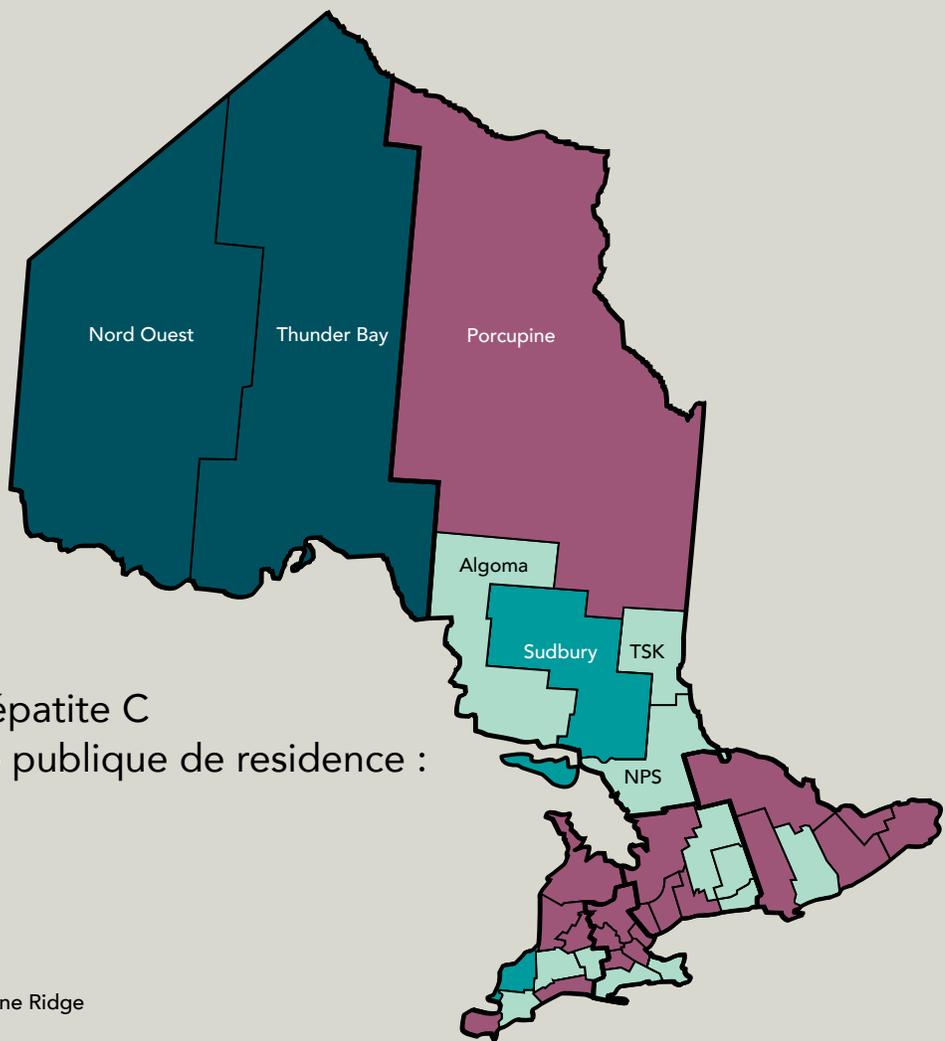
Les taux de VHC (c.-à-d. le nombre de cas par 100 000 habitants) demeurent élevés dans le Nord-Ouest de l'Ontario et dans le district de Thunder Bay; toutefois, il est très encourageant de noter que les taux de VHC ont diminué dans la région de Sudbury. Fait moins réjouissant, les taux étaient en hausse dans le Sud-Ouest de l'Ontario.

**FIGURE 89** Ont signalé des taux d'hépatite C selon l'âge et le sexe, Ontario, 2015



**FIGURE 90** Cas et taux déclarés d'hépatite C





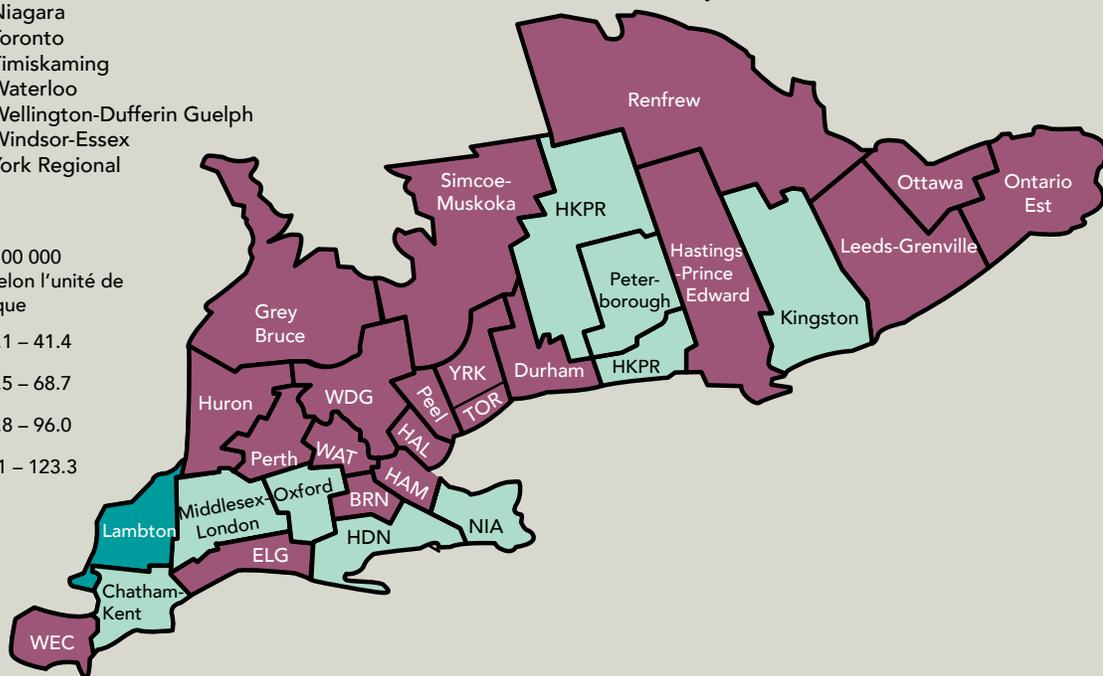
**FIGURE 91**

Taux déclarés d'hépatite C  
par unité de santé publique de résidence :  
Ontario, 2014

- BRN Brantford
- ELG Elgin-St. Thomas
- HAL Halton
- HAM Hamilton
- HDN Haldimand-Norfolk
- HKPR Haliburton-Kawartha Pine Ridge
- NPS North Bay Parry Sound
- NIA Niagara
- TOR Toronto
- TSK Timiskaming
- WAT Waterloo
- WDG Wellington-Dufferin Guelph
- WEC Windsor-Essex
- YRK York Regional

\* Taux par 100 000  
habitants, selon l'unité de  
santé publique

- 14.1 – 41.4
- 41.5 – 68.7
- 68.8 – 96.0
- 96.1 – 123.3



## Les équipes VHC et leurs services

### Qui fournit des services pour le VHC?

En 2015-2016, le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C a financé un total de 84 postes ETP dans 15 équipes.

Les équipes VHC fournissent des soins interdisciplinaires. Chaque équipe inclut un travailleur de proximité, des pairs, des infirmier(ère)s, un coordonnateur communautaire et un intervenant en soutien psychosocial. Les équipes collaborent avec des médecins traitants à fournir des soins et traitements ainsi que des services d'éducation, de proximité et de soutien en matière de VHC. De plus, le Secrétariat a financé :

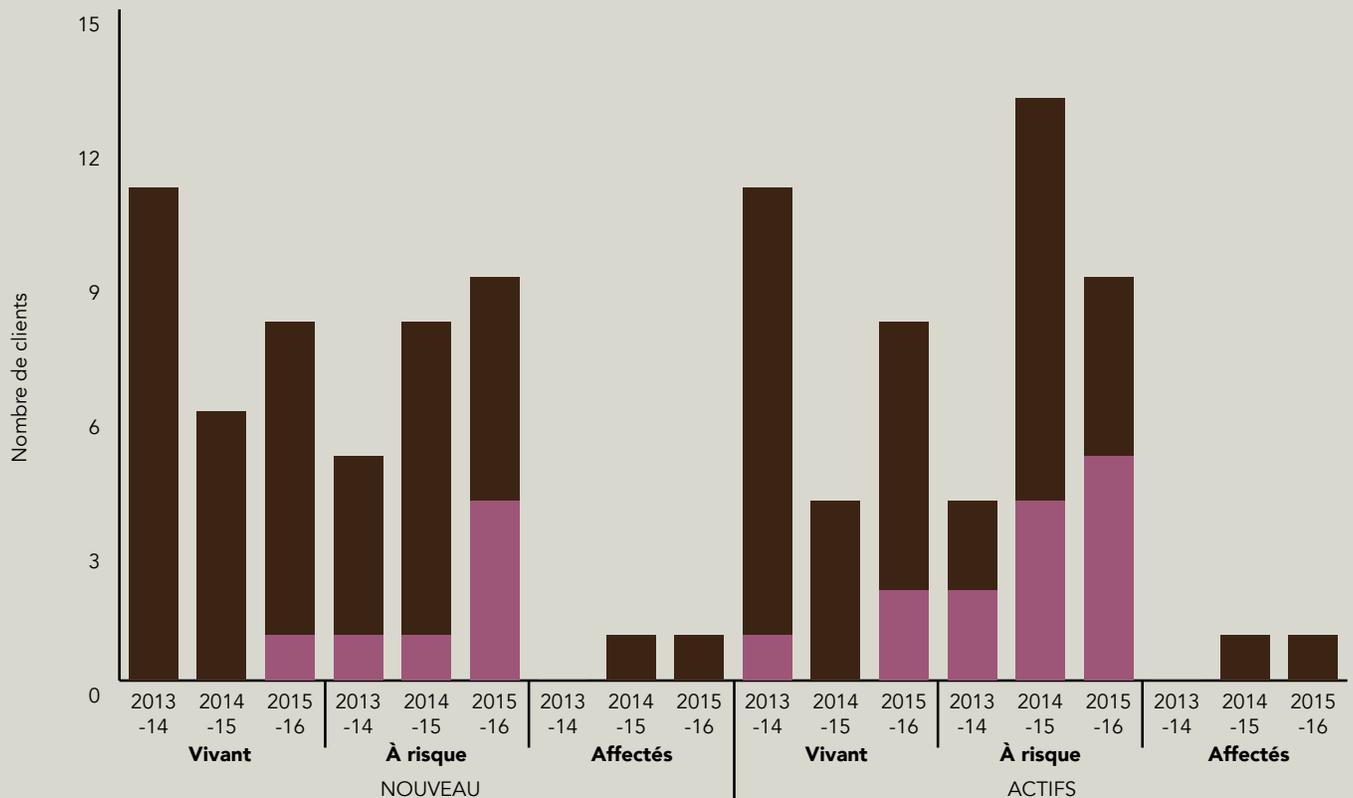
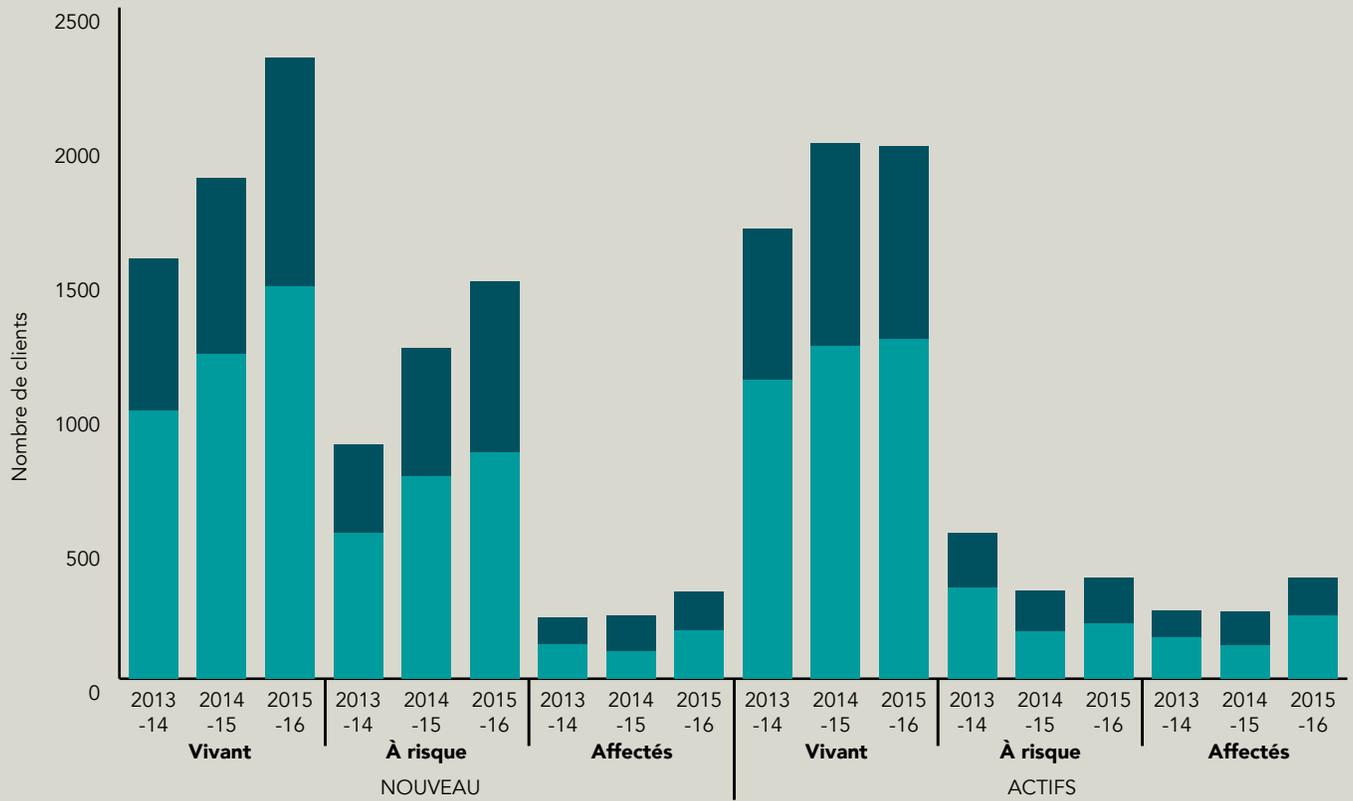
- un infirmier au Centre de santé Lakeridge, à Oshawa
- un travailleur de proximité qui se consacre aux personnes impliquées dans le système correctionnel, au Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN)
- un coordonnateur de cas, à l'Autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout, qui est responsable de la coordination du soutien pour 31 communautés des Premières Nations dans le Nord-Ouest de l'Ontario.

Les équipes VHC font état de leurs activités à l'OERVSCO depuis trois ans.

**FIGURE 92** Postes financés en hépatite C, selon le rôle, 2015-2016 (M2 seulement), arrondis



**FIGURE 93** Nombre total de nouveaux clients servis selon le sexe/genre et le type de client, 2013-2014 – 2015-2016



## Servir les clients à chaque étape du continuum des soins

Les équipes VHC et leurs travailleurs offrent une combinaison de services de prévention, de dépistage, de traitement et de soutien. Chaque client est classé dans une des six catégories, selon l'endroit où il se situe dans le continuum de la prévention, de l'implication et des soins.

**FIGURE 94** Continuum de la Prévention, de l'Engagement et des Soins du VHC

À risque	Impliquées auprès d'équipes VHC	Pré-traitement	En traitement	Post-traitement	Affectées
Personnes à risque de contracter le VIH (habituellement en raison de l'injection de drogues) qui peuvent recevoir des services d'éducation et de gestion de cas pour réduire leur risque.	Clients vivant avec le VHC qui ne sont pas encore admissibles à la couverture des médicaments en vertu des critères thérapeutiques actuels, mais qui peuvent recevoir des services cliniques et de gestion de cas qui ne sont pas directement liés au traitement du VHC.	Personnes qui répondent ou sont près de répondre aux critères thérapeutiques, mais qui n'ont pas encore commencé le traitement et qui ont besoin d'un suivi étroit.	Personnes qui suivent un traitement.	Personnes qui ont complété le traitement.	Personnes qui sont des partenaires, des amis ou des membres de la famille de personnes vivant avec le VHC, qui reçoivent des services d'éducation et de soutien.

**Note :** Une personne vivant avec le VHC peut se trouver n'importe où dans le continuum des traitements pour le VHC – de l'implication dans les services jusqu'au stade post-traitement. Les clients sont comptés comme « vivant avec le VHC » même lorsqu'ils ne sont pas candidats au traitement (p. ex., en cas de maladie du foie en phase terminale).

## Les personnes auxquelles nous avons fourni des services en 2015-2016

En 2015-16, les programmes ont servi en moyenne 6 883 clients uniques – soit une augmentation de 16 % sur 2014-2015 :

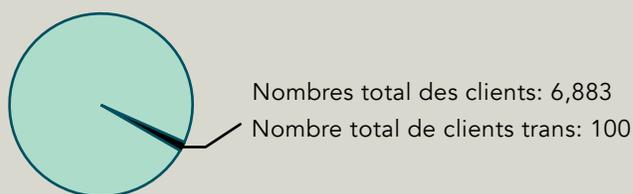
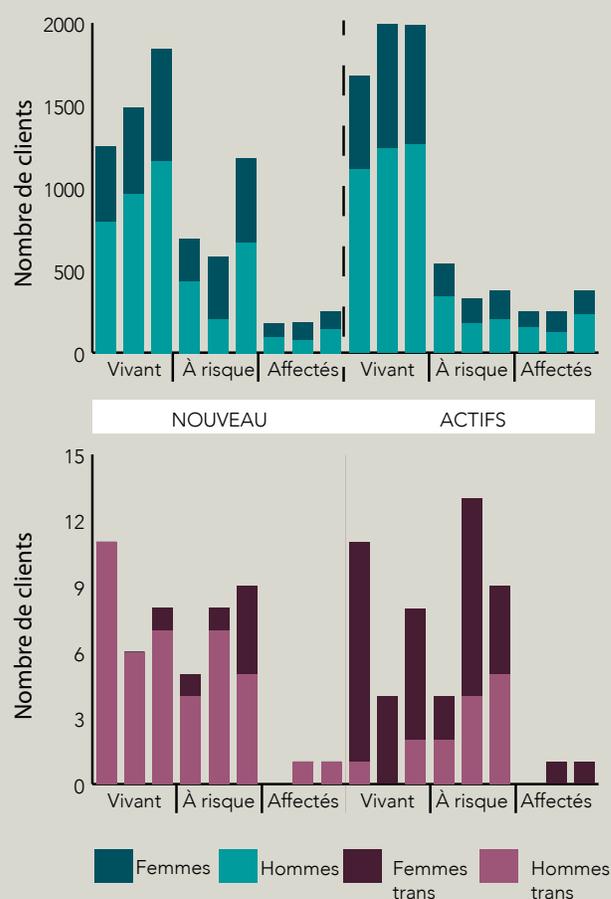
- 1 872 étaient des clients à risque – une augmentation de 19 %. Les clients à risque sont des personnes dont les activités les exposent à un risque d'infection par le VHC.
- 4 311 étaient des clients vivant avec le VHC – dont 2 319 nouveaux clients (une augmentation de 24 %) et 1 992 clients actifs ou continus (une diminution de 0,3 %). Les personnes vivant avec le VHC sont celles qui ont reçu un résultat positif au dépistage des anticorps anti-VHC et qui ont besoin d'un dépistage de l'ARN pour confirmer leur diagnostic, ou qui ont reçu un résultat positif au dépistage de l'ARN. De ces clients :
  - ◊ 1 376 étaient impliqués auprès d'une équipe VHC
  - ◊ 2 935 recevaient des services de traitement (une augmentation de 2 109 [39 %] sur 2014-2015).
- 700 étaient des clients affectés – une augmentation de 45 %. Les clients affectés sont les amis, parents, partenaires ou enfants des personnes vivant avec le VHC, qui les soutiennent pendant leur traitement. Les personnes dont le traitement a été efficace et qui continuent d'utiliser les services d'une équipe sont également considérées comme « affectées ». Cette augmentation est probablement attribuable aux clients qui ont été guéris du VHC et qui demeurent impliqués auprès d'une équipe pour un suivi médical continu.

La plupart des clients actifs et nouveaux étaient des hommes, mais plus de femmes ont eu recours aux services en 2015-2016 qu'au cours des deux années précédentes.

Les personnes trans représentaient une faible proportion des utilisateurs de services, mais le nombre absolu de clients trans a augmenté de 3 % par rapport à 2014-2015. En 2015-2016, plus de

personnes trans ont été déclarées comme vivant avec le VHC, et moins ont été déclarées à risque. La plupart des clients trans étaient des femmes trans, en 2015-2016, mais le nombre d'hommes trans a augmenté comparativement à 2014-2015.

**FIGURE 95** Nombre total de nouveaux clients servis selon le sexe/genre (femme/homme) et le type de client, 2013-2014 – 2015-2016



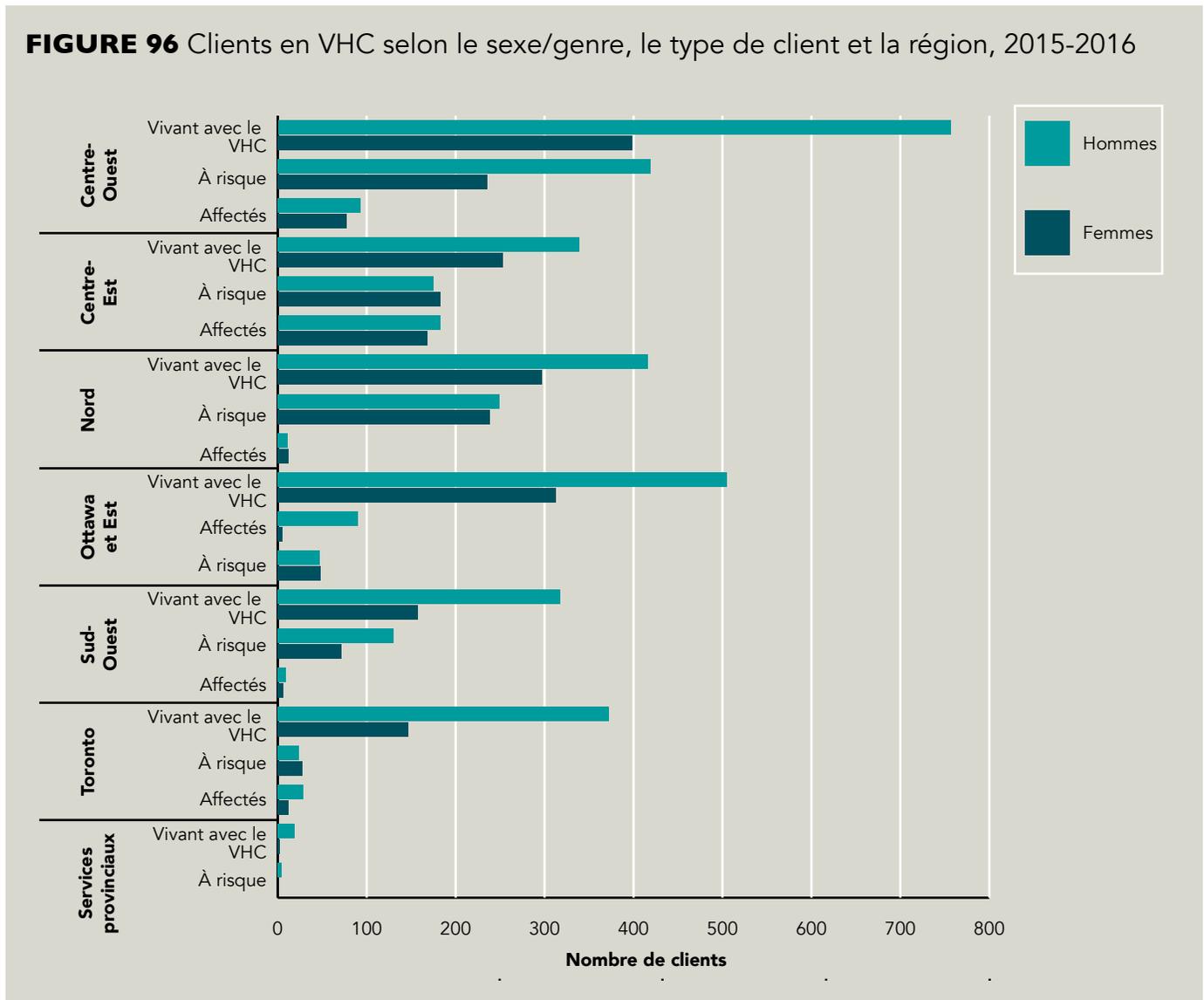
## Portrait régional des services en VHC

En examinant le bassin d'utilisateurs de services dans chaque région, nous constatons que le Centre-Ouest, le Nord et le Centre-Est ont servi un nombre croissant de clients depuis deux ans.

Comme les années précédentes, environ deux tiers des clients à Ottawa, dans l'Est et dans le Centre-Ouest étaient des hommes; dans le Centre-Est et le Nord, une plus grande proportion de la clientèle (45-56 %) était composée de femmes.

Pour ce qui est des clients trans, la plupart ont eu recours à des services à Toronto, mais toutes les régions ont servi au moins une femme trans, et le Centre-Ouest, le Centre-Est de même qu'Ottawa et l'Est ont déclaré avoir servi des hommes trans.

**FIGURE 96** Clients en VHC selon le sexe/genre, le type de client et la région, 2015-2016



## Services de prévention

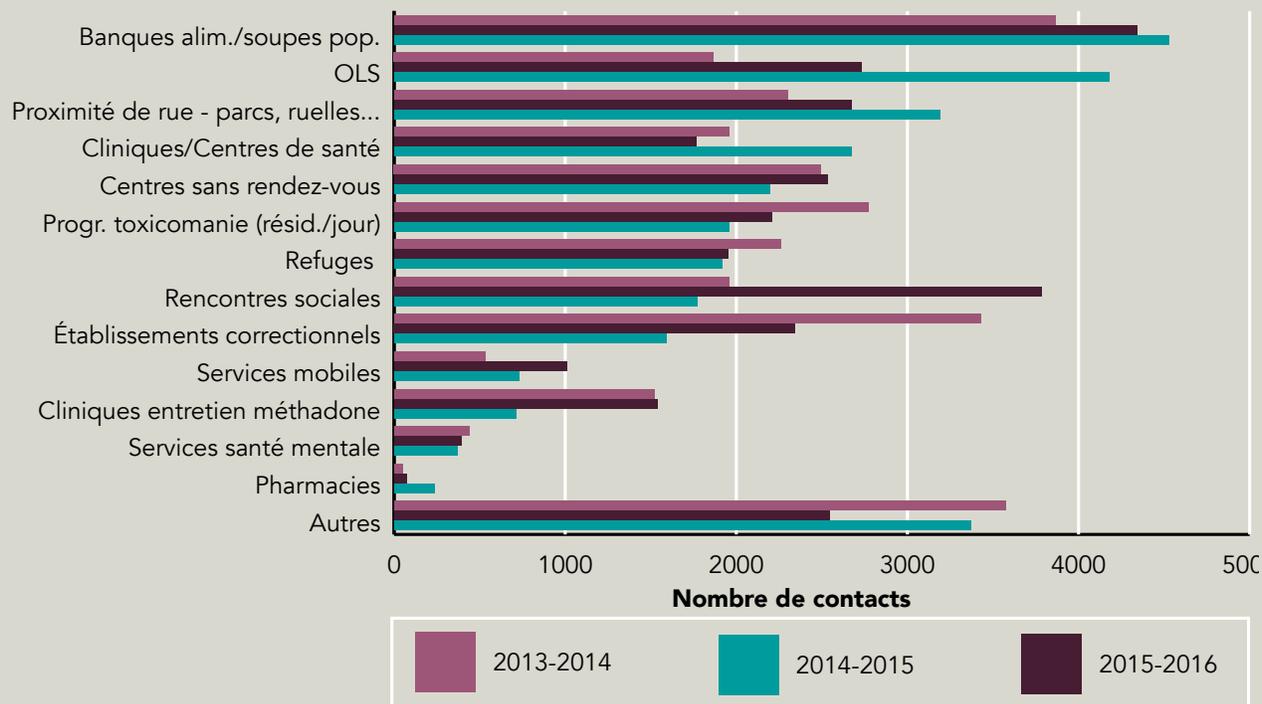
Les équipes VHC offrent un éventail d'activités – y compris des interventions de proximité, d'éducation/exposés et des programmes entre pairs – pour aider à prévenir les nouvelles infections

**OBJECTIF : Rehausser les connaissances et la sensibilisation afin de prévenir la transmission du VHC dans les populations prioritaires de l'Ontario**

### Proximité

Les équipes VHC offrent des services de proximité pour joindre les personnes à risque pour le VHC – à la fois par des efforts de prévention/éducation et de dépistage. Depuis 2013-2014, les équipes VHC déclarent établir le plus de contacts par le biais de banques alimentaires/soupes populaires. Au cours des deux dernières années, le nombre de contacts par le biais d'OLS a plus que doublé, alors que les contacts par les efforts de proximité dans la rue ont augmenté de 39 %. Les équipes VHC ont également déclaré plus de contacts dans des cliniques/centres de santé et des pharmacies, mais moins par le biais de cliniques d'entretien à la méthadone, d'établissements correctionnels et de rencontres sociales. Ce changement pourrait être dû aux faits que des pharmacies et des cliniques distribuent à présent la méthadone et que les travailleurs continuent à avoir de la difficulté à joindre les personnes incarcérées.

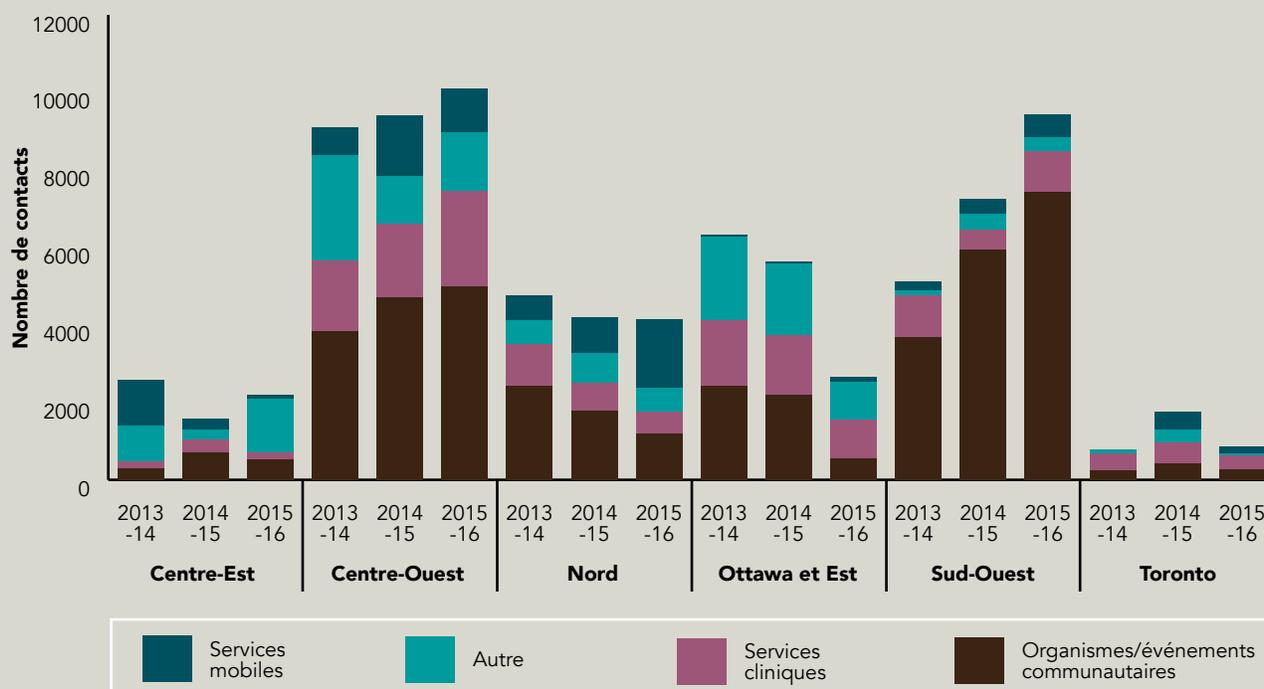
**FIGURE 97** Contacts de proximité selon l'emplacement (OERVSCO q. 15.4a)



## Différences régionales

Le nombre total de contacts de proximité par les services mobiles a généralement diminué, sauf dans le Nord où il a augmenté. Le Sud et le Centre-Ouest ont déclaré la plus forte augmentation des contacts de proximité, dont la plupart ont été établis par le biais d'organismes et d'événements communautaires. Toronto ainsi qu'Ottawa et l'Est ont déclaré moins de contacts de proximité.

**FIGURE 98** Contacts de proximité selon la région et l'emplacement (OERVSCO q.15.4a\*)



\* Voir l'Appendice A pour les groupements de catégories

## Éducation/exposés

Les exposés sont un des moyens les plus fréquemment utilisés pour fournir des services de prévention et d'éducation en matière de VHC – à des personnes qui consomment des drogues, à des fournisseurs de services/professionnels et à des personnes vivant avec le VHC.

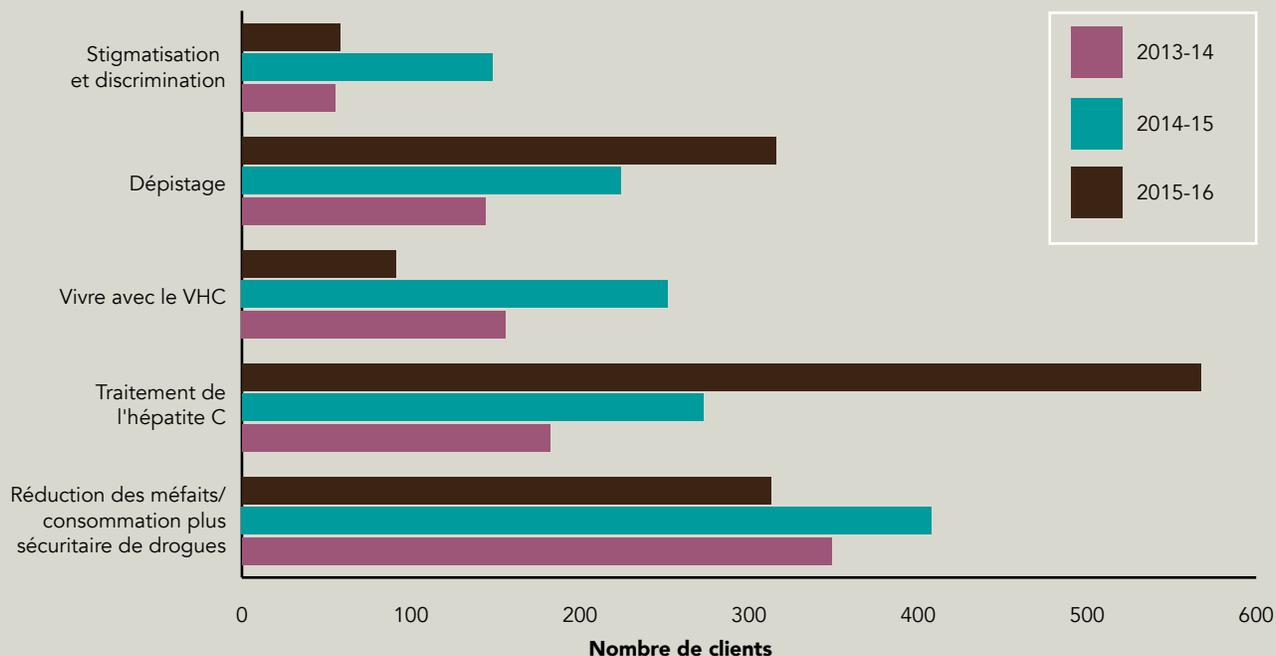
En 2015-2016, les équipes VHC ont présenté 831 exposés à un total de 13 994 participants. Ces exposés touchaient parfois deux sujets. Les sujets les plus fréquents étaient le traitement du VHC, le dépistage et la réduction des méfaits/consommation plus sécuritaire de drogue; les publics les plus fréquents étaient les personnes qui consomment des drogues, les fournisseurs de services/professionnels et les personnes vivant avec le VHC.

La plupart des exposés à l'intention des fournisseurs de services ont été livrés par des travailleurs de proximité, alors que les coordonnateurs ont présenté la plupart des exposés destinés aux professionnels de la santé et aux personnes impliquées dans le système correctionnel.

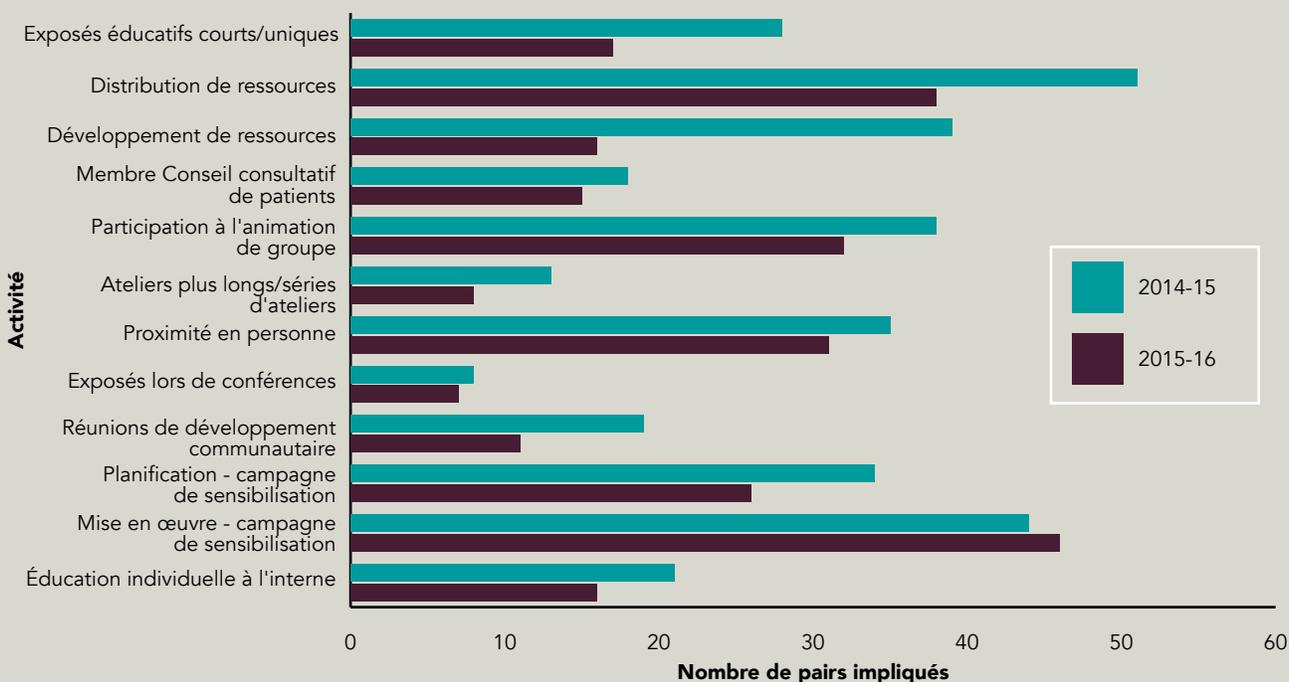
## Implication des pairs

Les équipes VHC impliquent activement des personnes ayant une expérience vécue (pairs) dans la fourniture des services d'éducation et de proximité. En 2015-2016, les pairs ont été plus impliqués dans les campagnes de sensibilisation et la distribution de ressources.

**FIGURE 99** Cinq principaux sujets d'éducation, 2015-2016 (OERVSCO q. 15.4c)



**FIGURE 100** Nombre de pairs impliqués dans la fourniture de services en VHC, 2014-2015 (OERVSCO q. 15.4d)



# Implication et services de traitement

## OBJECTIF : Accroître l'accès aux soins et traitements pour l'hépatite C pour les populations prioritaires en Ontario

Les équipes VHC fournissent aux clients à la fois des services cliniques et de gestion de cas à chaque étape du continuum de la prévention, de l'implication et des soins (voir le TABLEAU 11 pour les types de services selon le stade de traitement). La FIGURE 101 montre la proportion de clients qui ont reçu des services à chaque étape du continuum, au cours des trois dernières années.

En 2015-2016, les équipes ont fourni une plus forte proportion de services cliniques à des clients à risque. Cette augmentation est due en partie à une meilleure déclaration des services pour personnes à risque (certaines équipes ne déclaraient pas ces données par le passé), qui a conduit à un dépistage accru lors des efforts de proximité et à l'offre d'une formation sur la naloxone, parmi les équipes; cela facilite la tâche d'impliquer plus de personnes à risque et de leur offrir des services cliniques comme le soin des plaies et la vaccination.

Même si les personnes impliquées dans les équipes VHC et en phase pré-traitement continuent de représenter plus de la moitié des utilisateurs de services, elles utilisent une moindre part des services cliniques et de gestion de cas. Ce changement est dû en grande partie aux nouveaux traitements, qui font en sorte que les clients avancent plus vite vers la phase de traitement et qu'ils n'ont plus besoin aussi longtemps de services cliniques et de gestion de cas. Plus du double de clients étaient en phase de traitement et post-traitement (en hausse de 139 % et de 148 %, respectivement) en 2015-2016, comparativement à 2014-2015.

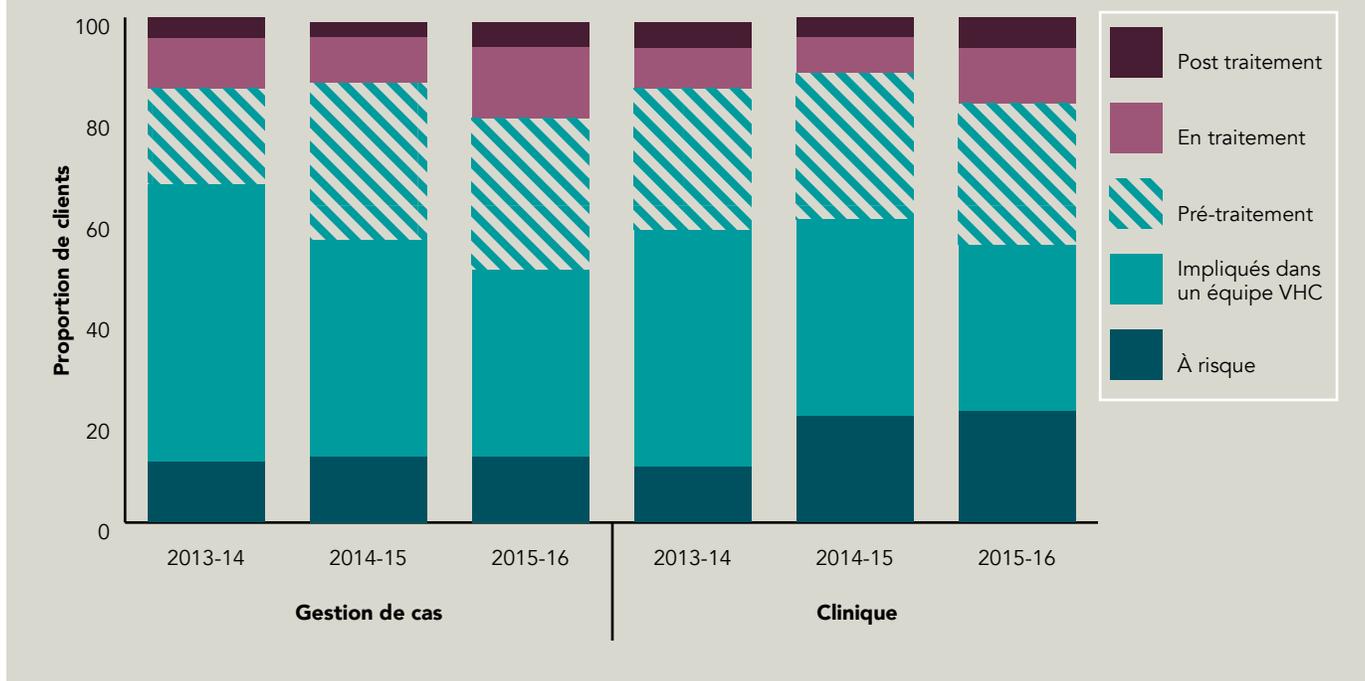
**Devant la hausse du nombre de personnes ayant recours aux services, nous avons révisé nos procédures d'admission et ferons des ajustements pour continuer de livrer les services rapidement, en ayant pour objectif qu'il ne s'écoule pas plus d'une semaine entre le moment de la référence et celui où le client est accepté et commence à recevoir des services.**

—Elevate NWO

**TABLEAU 11** Types de services cliniques fournis selon le stade de traitement

Stade	Services Cliniques
<b>À risque</b>	Dépistage, accès au matériel de réduction des méfaits et à la naloxone [organismes participants], soutien pratique, prévention/éducation, vaccination.
<b>Impliquées auprès d'équipes VHC</b>	Tout type d'utilisateur de services inscrit auprès d'une équipe et ayant recours à au moins un service (pertinent à la catégorie de clientèle à laquelle il appartient – suivi/dépistage régulier, soutien pratique, counselling, stabilisation d'enjeux sociaux, vaccination, soutien entre pairs, suivi médical régulier, accompagnement aux rendez-vous, formulaires d'inscription, groupes de soutien, plaidoyer individuel, recrutement de pairs leaders/intervenants de soutien).
<b>Pré-traitement</b>	Counselling, soutien pratique, formulaires d'inscription (p. ex., PAE, Trillium), stabilisation d'enjeux sociaux comme la toxicomanie et les troubles de santé mentale.
<b>En traitement</b>	Dépistage, suivi médical (p. ex., suivi du traitement), soutien entre pairs/groupe de soutien, counselling.
<b>Post-traitement</b>	Dépistage, suivi médical (p. ex., RVS 6 mois post-traitement et suivi régulier pour carcinome hépatocellulaire), soutien pratique, pairs leaders pour le soutien/implication, counselling

**FIGURE 101** Proportion de clients recevant des services cliniques et de gestion de cas selon le groupe de clientèle, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)



## Implications concernant la charge de travail

En examinant uniquement les clients pré-traitement, en traitement et post-traitement, nous constatons une augmentation considérable du nombre de dossiers pour les équipes VHC en 2015-2016 – en particulier aux stades du traitement et post-traitement. Les membres des équipes soutiennent plus de clients, mais pendant une période plus brève : grâce aux nouveaux médicaments anti-VHC, les régimes de traitement sont plus courts et les effets secondaires sont rares. Auparavant, un client à ces stades aurait eu besoin de services pendant jusqu'à 48 semaines; aujourd'hui, la moyenne est de 12 semaines.

**FIGURE 102** Nombre total de dossiers selon le stade de traitement et la période de déclaration, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 15.1f)

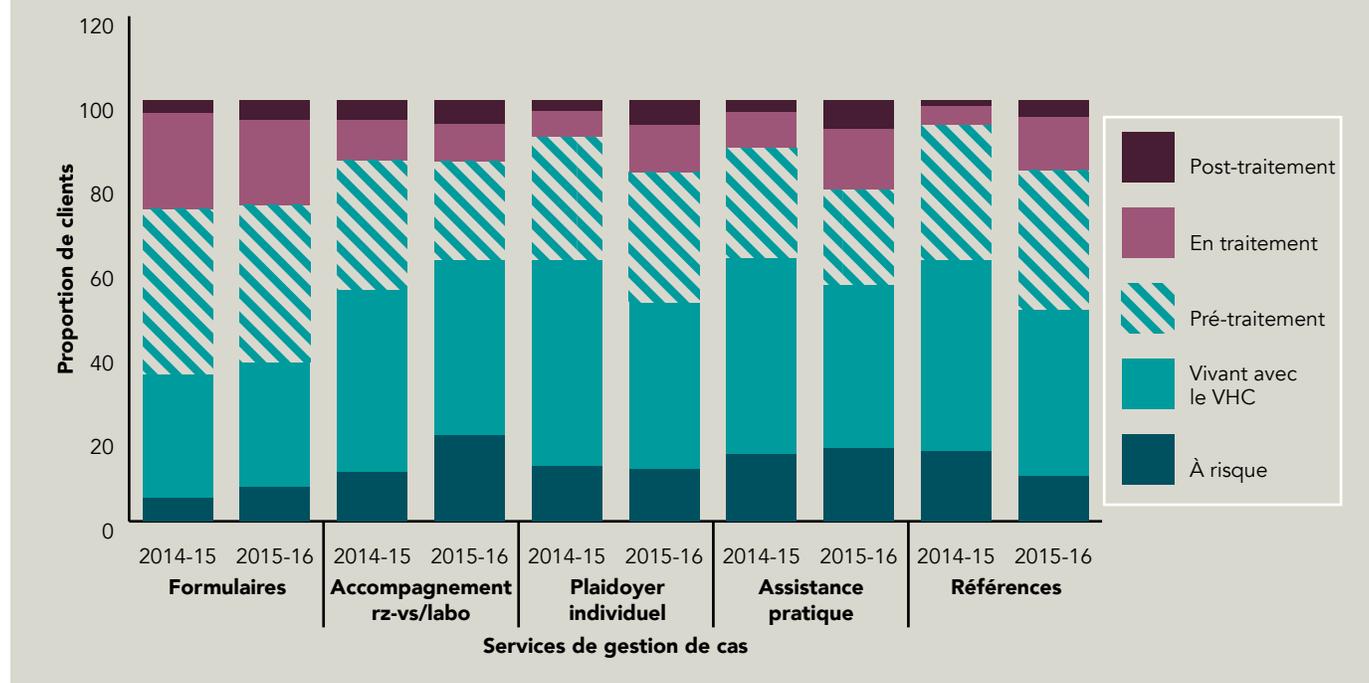


## Quels services les clients utilisent-ils?

### Services de gestion de cas

Des clients à toutes les étapes du continuum de la prévention, de l'implication et des soins ont eu recours à des services de gestion de cas. Puisque la plupart des clients sont impliqués auprès d'une équipe VHC ou sont en pré-traitement, il est logique qu'ils aient utilisé une part plus importante des services de gestion de cas.

**FIGURE 103** Services de gestion de cas utilisés selon le groupe de clientèle, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)

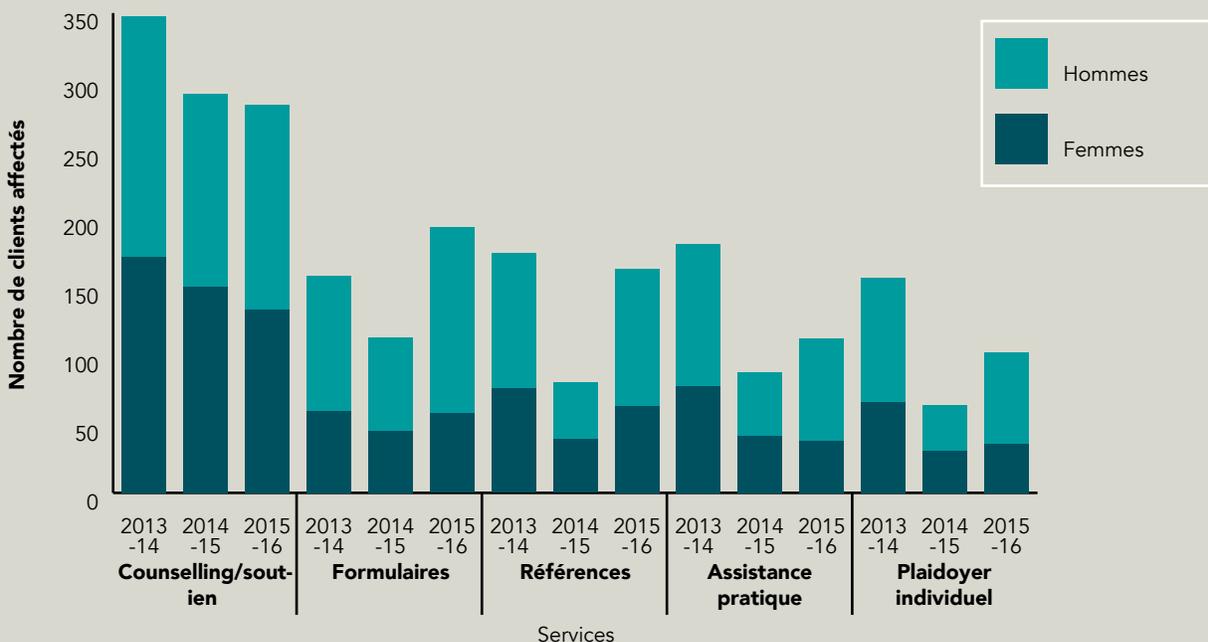


**Ce besoin accru de soutien aux clients a conduit à un transfert interne de responsabilité, selon lequel les nouvelles références et l'admission dans l'équipe VHC sont suivies par le coordonnateur du programme. Cela a réduit le délai entre la référence et le premier contact avec l'équipe.**

—Windsor-Essex Community Health Centre

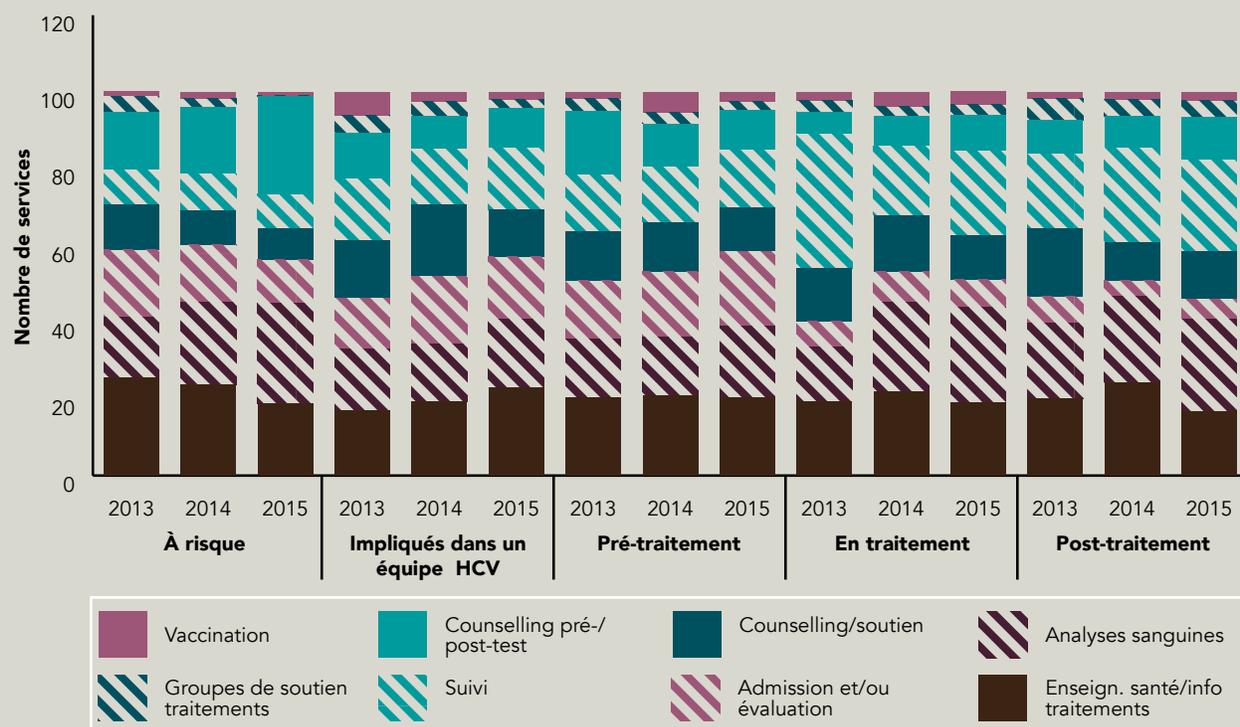
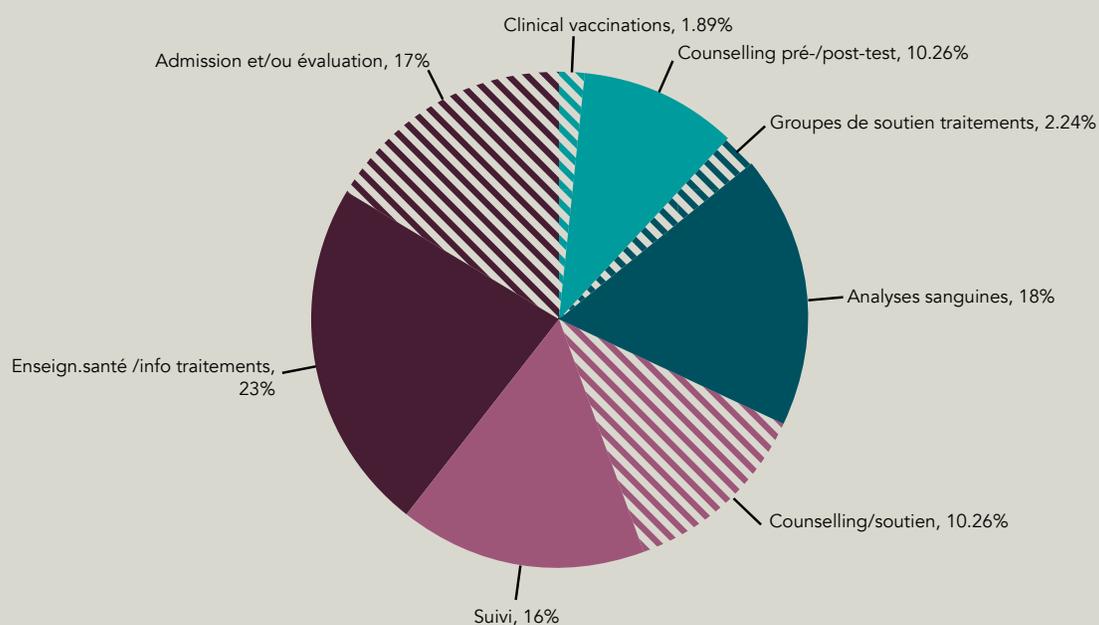
### Les clients affectés utilisent le counselling et les services de soutien

Même si le nombre de clients affectés a augmenté en 2015-2016 (pour atteindre un niveau semblable à celui de 2013-2014), ils ont utilisé moins de services que par le passé – à l'exception de l'assistance pour remplir des formulaires d'inscription. En général, les clients affectés sont plus susceptibles d'utiliser le counselling et les services de soutien. Les hommes représentaient 61 % des clients affectés qui ont utilisé des services en 2015-2016, comparativement à 51 % en 2014-2015.

**FIGURE 104** Utilisation des services par les clients affectés selon le sexe/genre, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 15.1f)

### Changement à l'utilisation des services selon le type de client

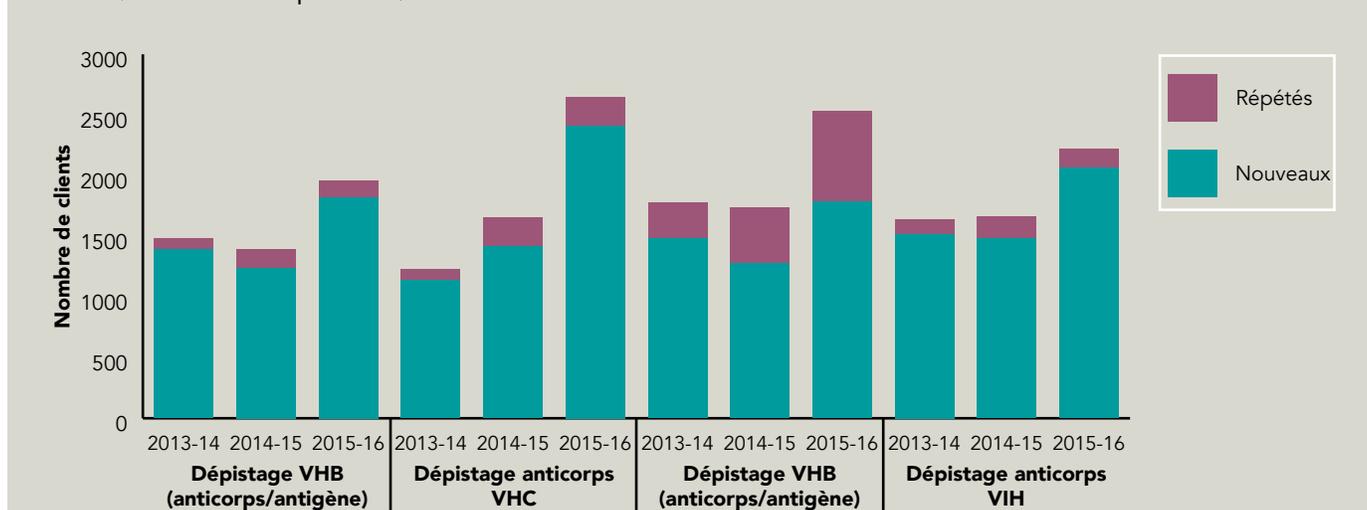
Les personnes impliquées dans les équipes VHC forment encore le plus grand groupe de clientèle ayant recours aux services, mais elles représentaient une plus faible part de l'utilisation des services en 2014-2015 et en 2015-2016 (48 % en 2013-2014, 39 % en 2014-2015 et 33 % en 2015-2016). Pendant ces deux mêmes années, les groupes à risque et en traitement ont utilisé une plus forte proportion des services que par le passé. En dépit de ce changement, les types de services utilisés sont demeurés relativement constants (voir la FIGURE 105). L'enseignement/éducation en santé demeure le service le plus utilisé, alors que la vaccination et les groupes de soutien sont les moins utilisés.

**FIGURE I05** Services cliniques utilisés selon le groupe de clientèle, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)**FIGURE I06** Proportion d'utilisation des services cliniques, 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)

### Dépistage du VIH en hausse

En 2015-2016, les équipes VHC ont fait la promotion active du dépistage et ont administré un nombre de dépistages nettement plus élevé. Les programmes ont dépisté un total de 2 642 personnes – dont 89 % étaient de nouveaux clients. Le dépistage d'anticorps anti-VHC était en hausse de 59 % et le dépistage de l'ARN du VHC, en hausse de 46 %.

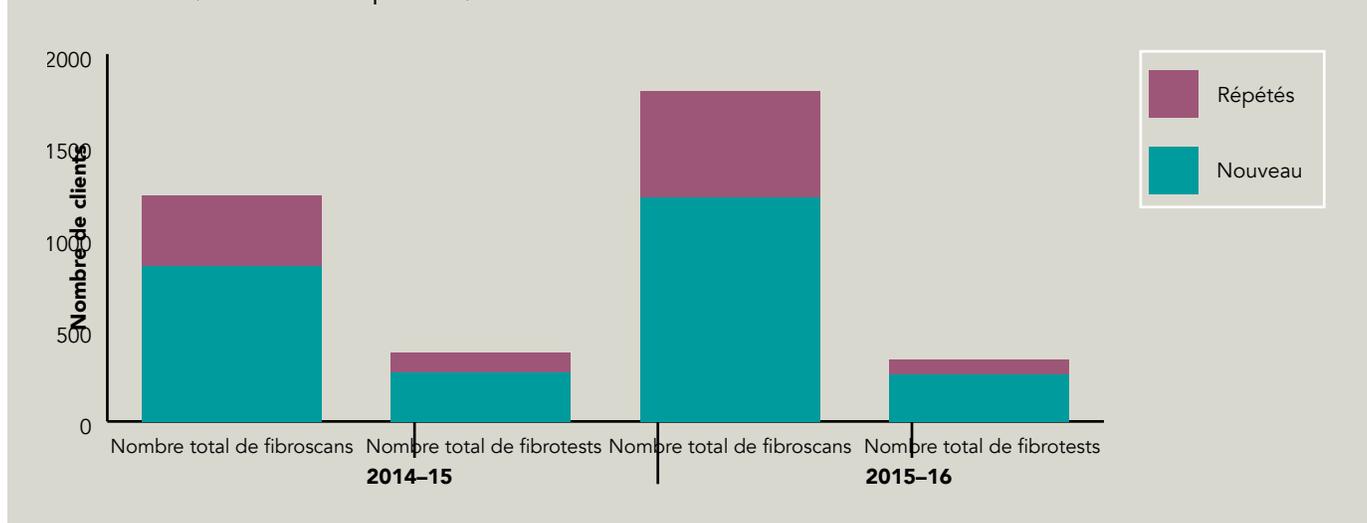
**FIGURE 107** Nombre de clients dépistés selon le type de test diagnostique et le type de client (OERVSCO q. 15.2a)



### Plus de fibroscans

Pour être admissibles à un traitement du VHC financé par le secteur public, les clients doivent avoir fait un fibroscan qui démontre que leur maladie a atteint un certain stade. Les fibroscans sont également un excellent moyen pour garder les clients impliqués auprès de l'équipe VHC. Les équipes ont déclaré avoir administré 339 fibroscans – une augmentation de 46 % sur l'an dernier.

**FIGURE 108** Nombre de fibroscans et de fibrotests selon le type de client, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q.15.2a)



**Les sites partenaires élaborent un plan coordonné pour assurer la distribution adéquate des ressources et du dépistage à travers la Ville de Toronto et pour réduire les doublons...**  
— Sherbourne Health Centre

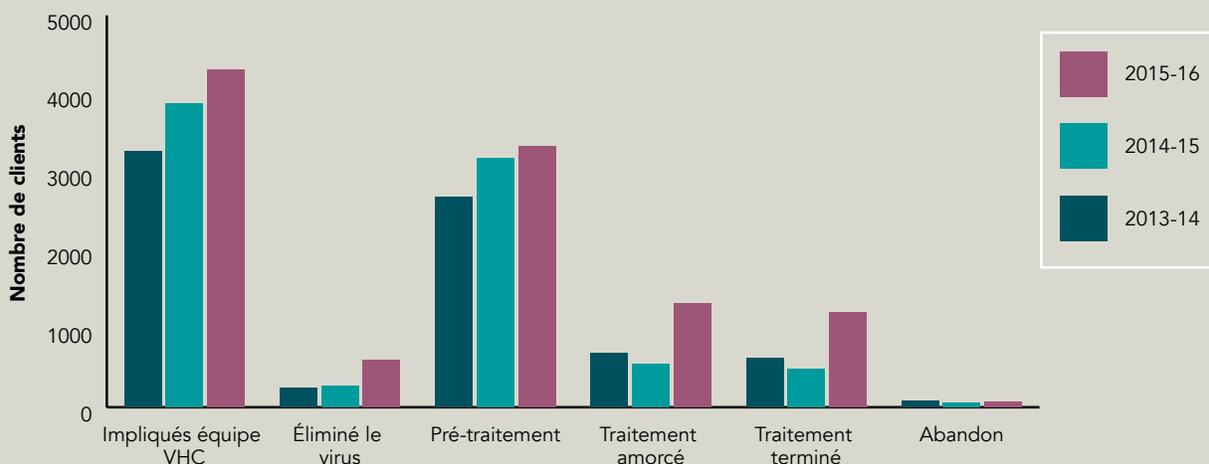
## Plus de clients reçoivent un traitement et le terminent

Les équipes VHC ont déclaré une importante augmentation du nombre de clients qui ont commencé le traitement et l'ont terminé, de même que du nombre de clients ayant atteint une réponse virologique soutenue. Ces résultats positifs sont dus à des régimes de traitement plus brefs et mieux tolérés ainsi qu'aux services complets fournis par les équipes.

En 2015-2016 :

- 3 328 clients étaient en phase pré-traitement – comparativement à 3 172 l'an dernier (5% ↑)
- 309 personnes ont éliminé le virus spontanément, comparativement à 218 (42% ↑)
- 1 337 clients ont amorcé un traitement, comparativement à 557 (140% ↑)
- 1 210 ont terminé un traitement, comparativement à 488 (148% ↑)
- 598 clients ont atteint une réponse virologique soutenue
- 77 clients ont été déclarés comme ayant la co-infection à VIH, une augmentation par rapport aux 55 cas de 2014-2015
- 66 clients ont abandonné le traitement (une légère augmentation par rapport aux 54 de l'an dernier). Ce nombre est faible, considérant l'augmentation relative du nombre de clients en traitement.

**FIGURE 109** Résultats du traitement, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO 15.3b & 15.3c)

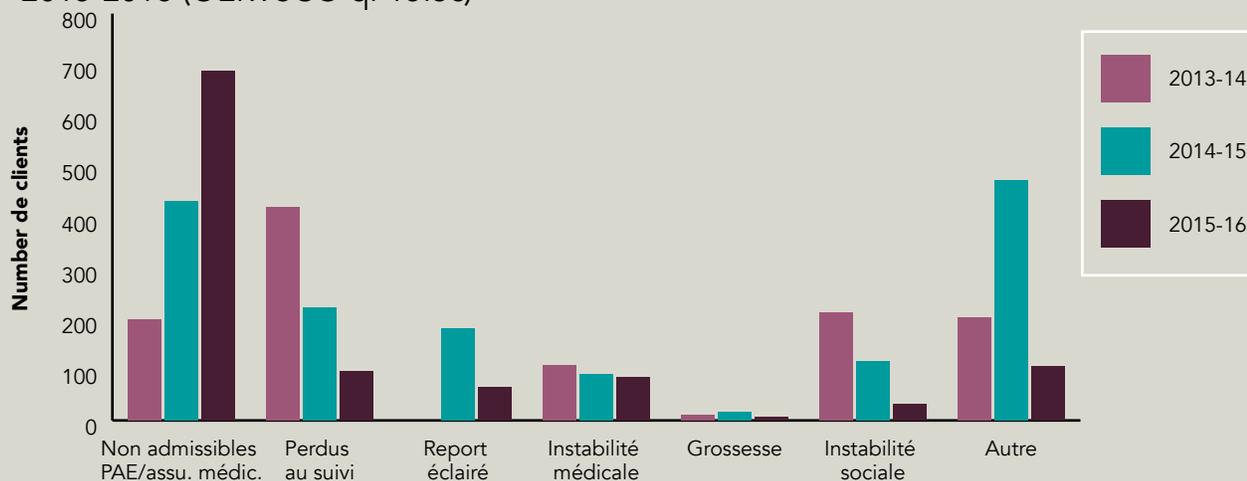


### Moins de clients perdus pendant le suivi

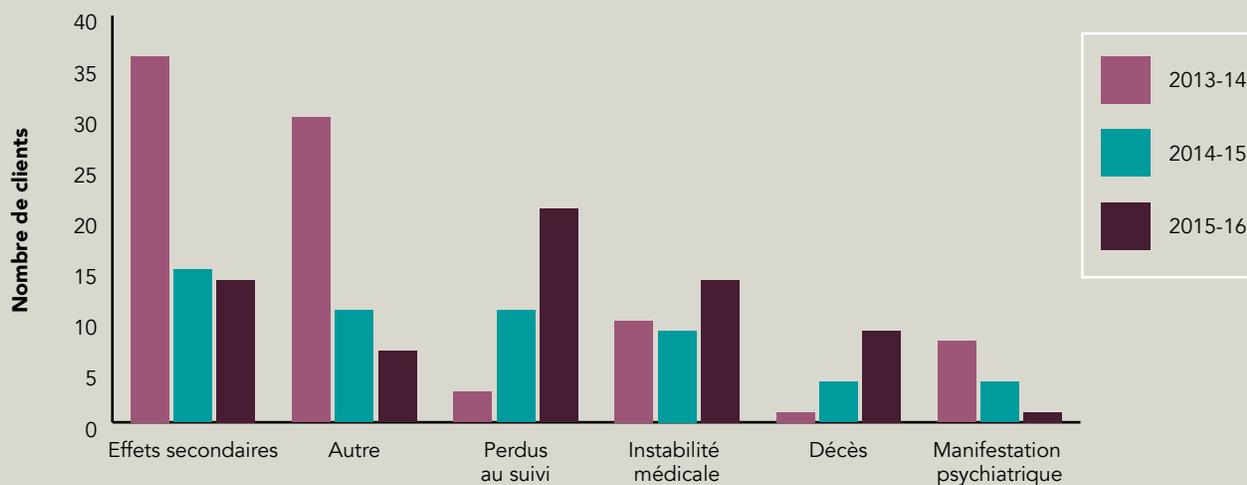
La principale raison pour laquelle des clients impliqués auprès d'une équipe VHC ne se rendent pas en phase de traitement est qu'ils n'ont pas d'assurance médicaments privée et ne sont pas admissibles au Programme d'accès exceptionnel (voir la FIGURE 110). Les autres motifs incluaient l'instabilité sociale et la perte du client au cours du suivi. Par le passé, certains clients ne recevaient pas de traitement parce que leur vie n'était pas assez stable pour suivre un régime de traitement long et difficile. Dans d'autres cas, les longs délais d'attente faisaient en sorte qu'un plus grand nombre de clients étaient perdus pendant le suivi.

En 2015-2016, le nombre de clients ne recevant pas de traitement en raison de leur instabilité sociale a diminué pour une deuxième année consécutive, tout comme le nombre de clients perdus au cours du suivi. Ces changements sont dus au cycle de traitement plus bref (=/-12 semaines), qui rend plus facile pour les clients (même ceux qui font face à des défis de stabilité) de rester en contact avec les soins. Cela étant dit, la perte de clients pendant le suivi et l'instabilité contribuent encore à la plupart des interruptions de traitement (voir la FIGURE 111).

**FIGURE 110** Raisons pour lesquelles des clients ne reçoivent pas de traitement, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 15.3c)



**FIGURE 111** Raisons des interruptions de traitement (OERVSCO 15.3b)



### Plus de clients ont eu accès au traitement

En 2015-2016, le PAE a élargi sa couverture à certains médicaments comme Harvoni, Hologic Pak et Solvadi. Par conséquent, cinq fois plus de clients (601, comparativement à 128 en 2014-2015) ont eu accès au traitement. Le nombre total de clients en traitement a augmenté de 780 – et 45 % étaient couverts par le PAE, comparativement à 23 % l'an dernier. Le nombre total de clients ayant terminé le traitement a augmenté de 722. Les changements à la couverture du PAE ont contribué à réduire les obstacles au traitement du VHC.

# List of figures

FIGURE 1 Les programmes en VIH et les équipes en hépatite C sont étalés dans la province.	6
FIGURE 2 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, 2006-2015	12
FIGURE 3 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, par sexe/genre, 2006-2015	13
FIGURE 4 Pourcentage des diagnostics de VIH par population prioritaire (lorsque connue), pour les deux sexes, Ontario, 2010-2015	14
FIGURE 5 Pourcentage des diagnostics de VIH chez des femmes, par population prioritaire (lorsque connue), Ontario, 2010-2015	14
FIGURE 6 Pourcentage du nombre total de diagnostics de VIH, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015	15
FIGURE 7 Pourcentage des diagnostics de VIH chez des hommes, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015	15
FIGURE 8 Pourcentage des diagnostics de VIH chez des femmes, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015	15
FIGURE 9 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH par sexe/genre et âge, Ontario 2013-2015	16
FIGURE 10 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH selon le sexe/genre et l'âge, Ontario, 2013-2015	18
FIGURE 11 Toutes les sources de financement des organismes communautaires de lutte contre le sida, de 2012-2013 à 2015-2016 (OERVSCO q. 5.1, 5.2, 5.3)	19
FIGURE 12 Qui fait fonctionner les programmes? (OERVSCO q. 2.2, 9.13a, 12.1, 12.3, 13.5a)	20
FIGURE 14 Les bénévoles offrent plus de soutien informatique, 2013-2014 – 2015-2016	21
FIGURE 13 Tendances des huit principales activités de bénévolat, de 2013-2014 à 2015-2016 (OERVSCO q. 12.2)	21
FIGURE 15 Nombre total de pairs UDI selon le sexe/genre (OERVSCO q. 13.5)	24
FIGURE 16 Activités des pairs UDI, de 2014-2015 à 2015-2016	24

FIGURE 17 Nombre d'exposés éducatifs et de participants (OERVSCO q. 9.1.a)	25
FIGURE 18 Nombre d'exposés par type de travailleur, 2012-2013 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.7 et 9.1.a)	26
FIGURE 19 20 Six principaux publics cibles des exposés éducatifs de travailleurs en éducation générale sur la prévention, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.1.a)	27
FIGURE 20 Trois principaux publics joints par les travailleurs spécifiques à des populations, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.7 et 9.1.a)	28
FIGURE 21 Demandes d'éducation individualisée dans le cadre des services, par type de travailleur, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.10.2)	29
FIGURE 22 Trois principaux thèmes d'éducation individualisée demandée, par type de travailleur (OERVSCO q.9.2)	30
FIGURE 23 Contacts de proximité brefs, par population jointe et par bailleur de fonds (OERVSCO q. 9.10b)	31
FIGURE 24 Nombre de contacts de proximité significatifs, par population, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 10a)	31
FIGURE 25 Nombre total d'interactions UDI au point de service, par des programmes financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.21)	36
FIGURE 26 Nombre total d'interactions de proximité dans les 6 principaux lieux pour les programmes financés pour la proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.1.1)	37
FIGURE 27 Nombre total d'interactions dans les 6 principaux emplacements de proximité pour les organismes financés pour la proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.4)	38
FIGURE 28 Nombre total d'interactions de proximité dans les six principaux lieux de proximité pour les autres programmes de proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.4)	38
FIGURE 29 Nombre total de clients uniques en proximité, déclaré par les programmes financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.1.2)	39
FIGURE 30 TNombre total de clients uniques au point de service, déclaré par les financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 à 2015-2016 (OERVSCO q. 13.2.2)	40
FIGURE 31 Quatre principaux services UDI fournis, sur 3 ans, par type de programme (OERVSCO q. 13.3a)	41
FIGURE 32 Utilisation des services de soutien aux UDI, par sexe/genre, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.13.3a)	42
FIGURE 33 Nombre total de clients trans uniques au point de service, sur 5 ans, par type de	

programme (OERVSCO q. 13.2.2)*	43
FIGURE 34 Types de matériel distribué (OERVSCO q. 13.10a)	44
FIGURE 35 Tendances de la distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO 13.10a)	45
FIGURE 37 Nombre de dépistages du VIH, Ontario, 2000-2015	48
FIGURE 36 Sites de dépistage anonyme du VIH financés par le Bureau de la lutte contre le sida, selon la région de santé publique	49
FIGURE 38 Nombre de dépistages du VIH selon le type de commande, Ontario, 2000-2014	50
FIGURE 39 Nombre de dépistages du VIH selon le sexe, Ontario, 2000-2015	51
FIGURE 40 Taux de positivité au VIH, Ontario, 2000-2015	51
FIGURE 41 Taux de positivité au VIH selon le type de test commandé, Ontario, 2000-2015	52
FIGURE 42 Nombre de dépistages du VIH selon l'âge et le sexe, Ontario, 2013-2015	52
FIGURE 43 Nombre total de dépistages du VIH effectués (OERVSCO q8.1a)	53
FIGURE 44 Nombre de dépistages du VIH selon le type de dépistage et le taux de positivité (OERVSCO q8.1a)	54
FIGURE 45 Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1b)	55
FIGURE 46 Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1b)	55
FIGURE 47 Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1d)	56
FIGURE 48 Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1d)	57
FIGURE 49 Nombre de dépistages du VIH selon l'origine ethnique (OERVSCO q8.1c)	58
FIGURE 50 Nombre de dépistages anonymes du VIH selon l'emplacement (OERVSCO q8.2a)	59
FIGURE 51 Références fournies à des clients séropositifs au VIH (OERVSCO q8.3)	60
FIGURE 52 Nombre total de clients servis en 2015-2016	61
FIGURE 53 Nombre de clients nouveaux et actifs (moyenne) desservis selon le sexe/genre (OERVSCO q.7.1a)	62
FIGURE 54 Nombre de clients selon l'âge et le sexe/genre, 2015-2016 (OERVSCO 7.1b)*	63

FIGURE 55 Cinq principaux défis rencontrés par les clients selon la région (OERVSCO q.7.1f)	64
FIGURE 56 Nombre de clients dirigés vers des services cliniques (OERVSCO q. 7.3)	65
FIGURE 57 Nombre de clients dirigés vers des services communautaires/sociaux (OERVSCO q. 7.3)	66
FIGURE 58 Nombre d'exposés éducatifs et de participants par type d'activité éducative (OERVSCO q.7.4a)	66
FIGURE 59 Réunions de développement communautaire, par type (OERVSCO q.7.4b)	67
FIGURE 60 Nombre total de clients ayant eu recours à des services de soutien en 2015-2016	68
FIGURE 61 Qui a utilisé les services de soutien en 2015-2016? (OERVSCO q. 11.1.1)	69
FIGURE 62 Clients ayant recours à des services de soutien, par groupe — 2015-2016	69
FIGURE 63 Dix principaux services utilisés par les personnes vivant avec le VIH (OERVSCO q. 11.2.1)	70
FIGURE 64 Dix principaux services utilisés par les clients à risque (OERVSCO 11.2.1)	70
FIGURE 65 Cinq principaux services utilisés par les clients affectés (OERVSCO 11.2.1)	71
FIGURE 66 Répartition des nouveaux clients vivant avec le VIH qui utilisent des services de soutien, selon le genre (OERVSCO q. 11.1.1)	71
FIGURE 67 Cinq principaux services utilisés par les femmes trans (OERVSCO q. 11.2.1)	72
FIGURE 68 Cinq principaux services utilisés par les hommes trans (OERVSCO q. 11.2.1)	72
FIGURE 69 Nombre total de séances de soutien, 2013-2014 – 2015-2016	73
FIGURE 70 Nombre total de clients qui ont eu recours à des services de soutien, par type de client et par âge: 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.3)	74
FIGURE 71 Nombre de nouveaux clients par tranche d'âge et par type de client, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.3)	74
FIGURE 72 Nombre total de nouveaux clients par origine ethnique et par type de client, 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.4)*	75
FIGURE 73 Défis rencontrés par les clients (proportions), 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.6)	76
FIGURE 74 Nombre de références cliniques et communautaires uniques selon le sexe/genre (hommes et femmes), 2015-2016 (OERVSCO q. 11.2.1b) total.	77

FIGURE 75 Nombre de références cliniques et communautaires uniques selon le sexe/genre (hommes trans et femmes trans) (OERVSCO q. 11.2.1b)	78
FIGURE 76 Nombre d'exposés et séances, par type, 2015-2016 (OERVSCO q. 14.1a)	83
FIGURE 77 Nombre d'événements de renforcement des capacités, par point de mire et organisme (OERVSCO q. 14.1.a)	84
FIGURE 78 Exposés de renforcement des capacités et participants (OERVSCO q. 14.1a)	85
FIGURE 79 Nombre de recherches, par population prioritaire (OERVSCO q. 6.5b)	87
FIGURE 80 Contributions de PVVIH à des recherches, par rôle (OERVSCO q. 6.5d)	88
FIGURE 81 Utilisations faites des données de l'ÉCO	90
FIGURE 82 Formations de l'OERVSCO et d'OCASE en 2015-16 (OERVSCO 6.7a)	92
FIGURE 83 Demandes d'analyse de données à l'OERVSCO et à l'OCASE en 2015-16	92
FIGURE 84 Nombres d'exposés et de participants, par thème d'exposé, 2014-2015 (OERVSCO q. 6.1a)	93
FIGURE 85 Nombre de réunions de développement communautaire, par bailleur de fonds (OERVSCO q. 9.5 et 13.7 et 14.4)	94
FIGURE 86 Cinq principaux types de réunions de développement communautaire, par but et bailleur de fonds (OERVSCO q. 9.5)	95
FIGURE 87 Réunions de développement communautaire (trois principaux types), par but et par rôle des travailleurs (OERVSCO q. 9.5)	95
FIGURE 88 Contacts de développement communautaire UDI, par type d'organisme, 2015-2016 (OERVSCO 13.8)	96
FIGURE 89 Ont signalé des taux d'hépatite C selon l'âge et le sexe, Ontario, 2015	99
FIGURE 90 Cas et taux déclarés d'hépatite C	99
FIGURE 91 Taux déclarés d'hépatite C par unité de santé publique de résidence : Ontario, 2014	100
FIGURE 92 Postes financés en hépatite C, selon le rôle, 2015-2016 (M2 seulement), arrondis	101
FIGURE 93 Nombre total de nouveaux clients servis selon le sexe/genre et le type de client, 2013-2014 – 2015-2016	102
FIGURE 94 Continuum de la Prévention, de l'Engagement et des Soins du VHC	103

FIGURE 95 Nombre total de nouveaux clients servis selon le sexe/genre (femme/homme) et le type de client, 2013-2014 – 2015-2016	104
FIGURE 96 Clients en VHC selon le sexe/genre, le type de client et la région, 2015-2016	105
FIGURE 97 Contacts de proximité selon l'emplacement (OERVSCO q. 15.4a)	106
FIGURE 98 Contacts de proximité selon la région et l'emplacement (OERVSCO q.15.4a*)	107
FIGURE 99 Cinq principaux sujets d'éducation, 2015-2016 (OERVSCO q. 15.4c)	108
FIGURE 100 (v2) Nombre de pairs impliqués dans la fourniture de services en VHC, 2014-2015 (OERVSCO q. 15.4d)	108
FIGURE 101 Proportion de clients recevant des services cliniques et de gestion de cas selon le groupe de clientèle, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)	110
FIGURE 102 Nombre total de dossiers selon le stade de traitement et la période de déclaration, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 15.1f)	110
FIGURE 103 Services de gestion de cas utilisés selon le groupe de clientèle, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)	111
FIGURE 104 Utilisation des services par les clients affectés selon le sexe/genre, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 15.1f)	112
FIGURE 105 Services cliniques utilisés selon le groupe de clientèle, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)	113
FIGURE 106 Proportion d'utilisation des services cliniques, 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)	113
FIGURE 107 Nombre de clients dépistés selon le type de test diagnostique et le type de client (OERVSCO q. 15.2a)	114
FIGURE 108 Nombre de fibroscans et de fibrotests selon le type de client, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q.15.2a)	114
FIGURE 109 Résultats du traitement, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO 15.3b & 15.3c)	115
FIGURE 110 Raisons pour lesquelles des clients ne reçoivent pas de traitement, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 15.3c)	116
FIGURE 111 Raisons des interruptions de traitement (OERVSCO 15.3b)	116

# Appendices

## Appendice A. Programs

Région de santé	Nom de l'organisme	RLISS
Centre Est	AIDS Committee of York Region	Central
	AIDS Committee of Durham Region	Centre Est
	Lakeridge Health Centre	Centre Est
	Oshawa Community Health Centre	Centre Est
	Peterborough AIDS Resource Network	Centre Est
	AIDS Committee of Simcoe County	North Simcoe Muskoka
	Simcoe Muskoka District Health Unit	North Simcoe Muskoka
Centre Ouest	Bramalea Community Health Centre	Centre Ouest
	Hemophilia Ontario - CWOR	Centre Ouest
	Peel HIV/AIDS Network	Centre Ouest
	Hamilton AIDS Network	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Hamilton Public Health & Community Services	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Niagara Health System	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Positive Living Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Wayside House of Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area	Waterloo Wellington
	HIV/AIDS Resources & Community Health- Clinic	Waterloo Wellington
	HIV/AIDS Resources & Community Health (ARCH)	Waterloo Wellington
	Sanguen Health Centre	Waterloo Wellington
	Nord	AIDS Committee of North Bay and Area
Algoma Group Health		Nord-Est
Hemophilia Ontario - NEOR		Nord-Est
Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - COCHRANE		Nord-Est
Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - SUDBURY		Nord-Est
Reseau Access Network		Nord-Est
Sudbury Action Centre For Youth		Nord-Est
Sudbury Health unit		Nord-Est
Union of Ontario Indians		Nord-Est
Elevate NWO		Nord-Ouest
Nishnawbe Aski Nation		Nord-Ouest

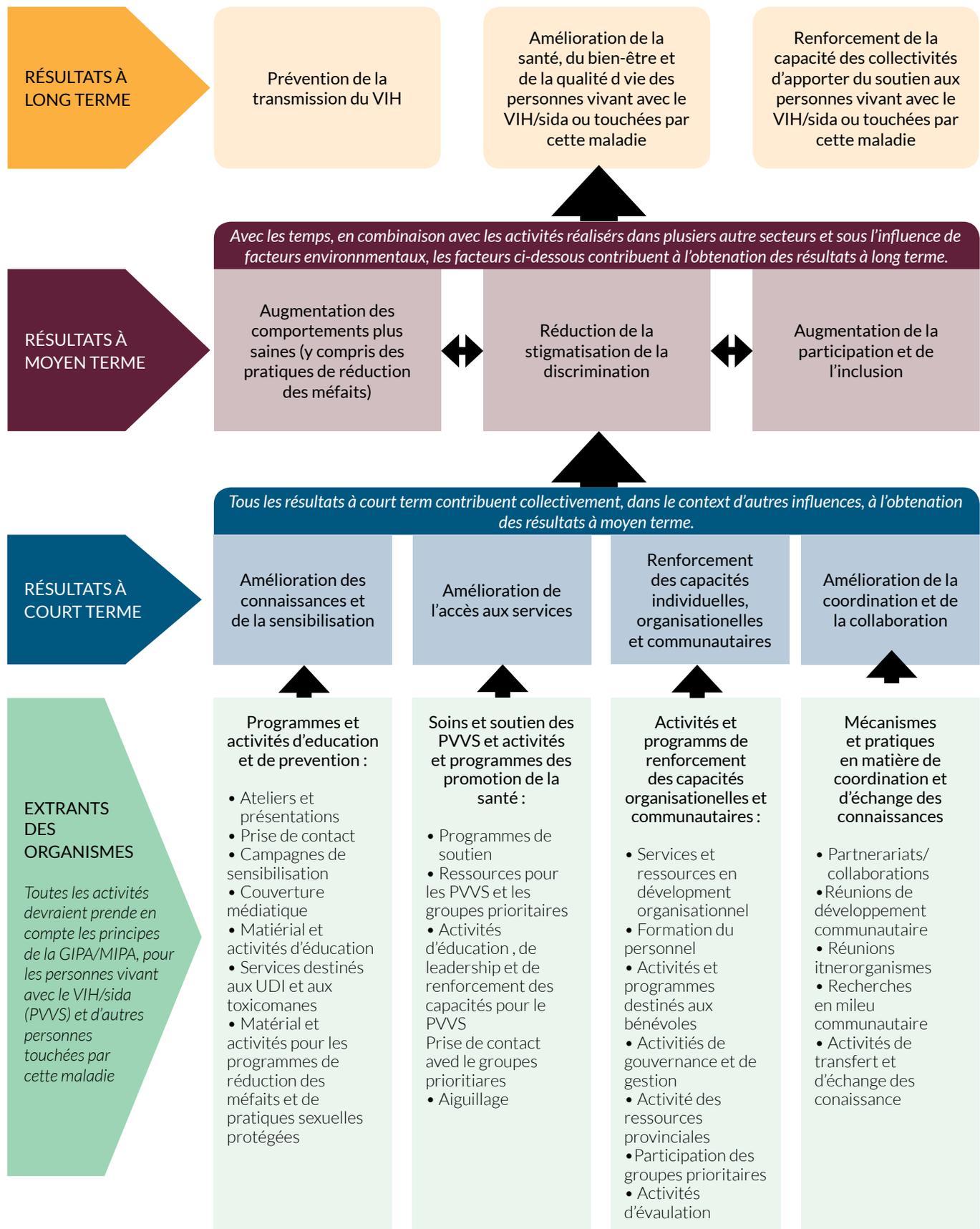
Région de santé	Nom de l'organisme	RLISS
Nord	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - THUNDER BAY	Nord-Ouest
	Sioux Lookout First Nations Health Authority	Nord-Ouest
	Thunder Bay District Health Unit	Nord-Ouest
	Wasegiizhig Nanaandawe'yewigamig	Nord-Ouest
Ottawa et Est	Comité du sida d'Ottawa	Champlain
	Bruce House	Champlain
	Service de santé publique de la ville d'Ottawa	Champlain
	Hemophilia Ontario - OEOR	Champlain
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - OTTAWA	Champlain
	L'Hôpital d'Ottawa	Champlain
	Centre de santé communautaire Somerset West	Champlain
	Wabano Centre for Aboriginal Health Inc	Champlain
	Youth Services Bureau of Ottawa	Champlain
	HIV/AIDS Regional Services	South East
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - KINGSTON	South East
	Street Health Centre, Kingston Community Health Centres	South East
Sud-Ouest	AIDS Committee of Windsor	Erie St Clair
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - WALLACEBURG	Erie St Clair
	Windsor-Essex Community Health Centre	Erie St Clair
	Association of Iroquois and Allied Indians	Sud-Ouest
	Hemophilia Ontario - SWOR	Sud-Ouest
	London Inter-Community Health Centre	Sud-Ouest
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - LONDON	Sud-Ouest
	Options Clinic	Sud-Ouest
	Regional HIV/AIDS Connection	Sud-Ouest
Windsor Regional Hospital	Erie St.Clair	

Région de santé	Nom de l'organisme	RLISS
Toronto	2-Spirited People of the First Nations	Toronto-Centre
	Action Positive	Toronto-Centre
	Africans In Partnership Against AIDS	Toronto-Centre
	AIDS Committee of Toronto	Toronto-Centre
	Alliance for South Asian AIDS Prevention	Toronto-Centre
	Asian Community AIDS Services	Toronto-Centre
	Barrett House - Good Shepherd Ministries	Toronto-Centre
	Black Coalition for AIDS Prevention	Toronto-Centre
	Casey House Hospice	Toronto-Centre
	Central Toronto Community Health Centres	Toronto-Centre
	Centre for Spanish-speaking Peoples	Toronto-Centre
	Elizabeth Fry Society of Toronto	Toronto-Centre
	Ethiopian Association	Toronto-Centre
	Family Service Toronto	Toronto-Centre
	Fife House	Toronto-Centre
	The HIV/AIDS Counselling, Testing and Support Program	Toronto-Centre
	Hospice Toronto	Toronto-Centre
	LOFT Community Services	Toronto-Centre
	Maggie's: The Toronto Prostitutes' Community Service Project	Toronto-Centre
	Ont. Assoc. of the Deaf, Deaf Outreach Program	Toronto-Centre
	Passerelle Integration et Developpement Economiques	Toronto-Centre
	Planned Parenthood Toronto	Toronto-Centre
	Reseau des Chercheures (RECAF) Africaines	Toronto-Centre
	Sherbourne Health Centre	Toronto-Centre
	South Riverdale Community Health Centre	Toronto-Centre
	St Michael's Hospital	Toronto-Centre
	St. Stephen's Community House	Toronto-Centre
Syme-Woolner Neighbourhood and Family Centre	Toronto-Centre	
The HIV/AIDS Counselling, Testing and Support Program	Toronto-Centre	
The Teresa Group	Toronto-Centre	
The Works, City of Toronto Public Health	Toronto-Centre	

Région de santé	Nom de l'organisme	RLISS
Provincial	Toronto People With AIDS Foundation - RFAC	Toronto-Centre
	Toronto People With AIDS Foundation - FFL	Toronto-Centre
	University Health Network	Toronto-Centre
	Unison Health and Community Services	Toronto-Centre
	Warden Woods Community Centre	Toronto-Centre
	Women's Health in Women's Hands Community Health Centre	Toronto-Centre
	Hemophilia Ontario	Renforcement de capacités
	HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario)	Renforcement de capacités
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones	Renforcement de capacités
	PASAN (Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida)	Renforcement de capacités
	Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario	Renforcement de capacités
	AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario (sponsored by Fifehouse)	Renforcement de capacités
	Canadian AIDS Treatment Information Exchange	Renforcement de capacités
	Committee for Accessible AIDS Treatment	Renforcement de capacités
	FIFE House - OHSUTP	Renforcement de capacités
	Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais	Renforcement de capacités
	Ontario AIDS Network	Renforcement de capacités
	Programme de développement organisationnel de l'Ontario	Renforcement de capacités
	Toronto People With AIDS Foundation - THN	Renforcement de capacités
	Initiative femmes et VIH/sida	Renforcement de capacités
Initiative femmes et VIH/sida	Renforcement de capacités	
Initiative femmes et VIH/sida		
Centre Est	Lakeridge Health Centre	Centre Est
	Oshawa Community Health Centre	Centre Est
	Bramalea Community Health Centre	Centre Ouest
	Niagara Health System	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Wayside House of Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Sanguen Health Centre	Waterloo Wellington

Région de santé	Nom de l'organisme	RLISS
Nord	AIDS Committee of North Bay and Area	Nord-Est
	Algoma Group Health	Nord-Est
	Reseau Access Network	Nord-Est
	AIDS Thunder Bay	Nord-Ouest
	Sioux Lookout First Nations Health Authority	Nord-Ouest
Ottawa et Est	The Ottawa Hospital	Champlain
	Street Health Centre, Kingston Community Health Centres	South East
	Canadian AIDS Treatment Information Exchange	Ressource provinciale
Services provinciaux	PASAN (Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network)	Services provinciaux
Sud-Ouest	Windsor-Essex Community Health Centre	Erie St Clair
	London Inter-Community Health Centre	Sud-Ouest
Toronto	Sherbourne Health Centre	Toronto-Centre
	South Riverdale Community Health Centre	Toronto-Centre
<b>Dépistage anonyme</b>		
Sud-Ouest	Options Clinic	Sud-Ouest
Centre Est	Simcoe Muskoka District Health Unit	North Simcoe Muskoka
Nord	Thunder Bay District Health Unit	Nord-Ouest
	Sudbury Health unit	Nord-Est
Sud-Ouest	Windsor Regional Hospital	Erie St.Clair
Toronto	The HIV/AIDS Counselling, Testing and Support Program	Toronto-Centre
Ottawa et Est	Somerset West Community Health Centre	Champlain
Centre Ouest	Hamilton Public Health & Community Services	Hamilton Niagara Haldimand Brant
<b>Cliniques VIH communautaires</b>		
Toronto	St Michael's Hospital	Toronto-Centre
Centre Ouest	Bramalea Community Health Centre	Centre Ouest
	HIV/AIDS Resources & Community Health- Clinic	Waterloo Wellington
Nord	Elevate NWO	Nord-Ouest
Centre Est	Lakeridge Health Centre	Centre Est

# Appendice B. Synthèse et modèle logique



## Appendice C. Limites des données

### Exactitude et cohérence

Le rapport est fondé sur les données déclarées par les organismes. Un certain nombre d'employés des organismes sont chargés de la collecte des données; par conséquent, cela peut entraîner un manque de cohérence dans les données (c.-à-d. différentes définitions, différentes interprétations, différents outils pour les activités de suivi), comme dans tout système de collecte de données. Le personnel de l'OERVSCO collabore de près avec les organismes pour valider leurs données et relever les erreurs. Lorsque des erreurs sont décelées, elles sont corrigées pour l'année courante et, le cas échéant, pour les années antérieures.

### Utilisation de données agrégées

Dans le rapport, nous présentons des données agrégées en regroupant les réponses provenant des organismes contributeurs afin de faire des inférences sur les niveaux généraux d'activité et les tendances; toutefois, en raison de différences dans la taille des organismes, il est possible que les résultats provenant d'un ou de deux grands organismes faussent des données. Les données agrégées ou la moyenne ne reflètent pas nécessairement l'expérience de tous les organismes.

### Fluctuation du nombre de programmes financés

Le nombre de programmes qui fournissent un rapport de l'OERVSCO varie d'une année à l'autre : certains programmes reçoivent des fonds seulement pour un certain nombre d'années et d'autres cessent d'offrir des services liés au VIH. Cependant, dans ces situations, le financement accordé aux services communautaires liés au sida n'est pas perdu, car les fonds sont réaffectés à d'autres programmes.

### Données régionales vs provinciales

Le rapport Perspectives des services de première ligne fournit des données pour l'ensemble de la province. Il présente également certaines informations par région. Certains programmes de renforcement des capacités ont des bureaux provinciaux ainsi que des employés ou membres dans diverses régions de la province. Leurs données sont traitées comme suit :

- Pour Hémophilie Ontario et l'OAHAS, qui ont des employés / programmes à divers endroits dans la province, nous avons compté les activités de ces programmes dans les régions où elles sont fournies.
- Pour chaque réseau de population prioritaire (RPP) – GMSH, CACVO, WHAI – les activités du bureau provincial sont considérées comme des services de renforcement des capacités, mais celles de chaque membre du réseau sont comptées dans sa propre région.

## Appendice D. Qu'est-ce qu'un RPP?

### Réseau de population prioritaire

Les populations prioritaires du VIH en Ontario sont les populations qui sont les plus affectées par le VIH dans la province. En Ontario, nous adaptons stratégiquement les services de réponse au VIH aux besoins des populations clés afin d'accroître l'accès aux services sociaux et de santé et aux services liés au VIH pour les personnes à risque élevé d'infection à VIH et à risque de piètres résultats de santé en présence d'une infection à VIH. Ces populations clés incluent les personnes vivant avec le VIH/sida; les hommes gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (y compris les hommes trans); les communautés africaines, caraïbéennes et noires; les personnes indigènes; les personnes qui consomment des drogues; et les femmes à risque (y compris les femmes trans).

Les réseaux de populations prioritaires (RPP) sont axés sur les besoins spécifiques de certaines populations prioritaires de l'Ontario, notamment :

#### **Gay Men's Sexual Health Alliance (GmsHA) [www.gmsh.ca](http://www.gmsh.ca)**

- Un organisme provincial (de cinq employés) ayant pour mandat de soutenir les intervenants d'OLS locaux qui concentrent leur travail pour la santé sexuelle des hommes gais (prévention/éducation, proximité, développement communautaire et soutien).
- Le bureau provincial fournit ce renforcement des capacités par une formation et une éducation à l'intention des intervenants d'OLS locaux.
- De plus, le bureau provincial développe des campagnes provinciales et du matériel d'accompagnement à l'usage des intervenants d'OLS locaux et d'autres fournisseurs de services qui travaillent auprès d'hommes gais/bisexuels et d'autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

#### **Women and HIV/AIDS Initiative (WHAI) [www.whai.ca](http://www.whai.ca)**

- Un organisme provincial (de deux employés) ayant pour mandat de soutenir les intervenants d'OLS locaux (coordonnateurs de la WHAI) qui utilisent une approche de développement communautaire pour renforcer la capacité des communautés de soutenir les femmes vivant avec le VIH/sida et/ou affectées par celui-ci.
- Les intervenants locaux atteignent ce but :
  - ◊ en rehaussant la sensibilisation des organismes et groupes communautaires locaux voués aux femmes et en les renseignant sur le VIH/sida et la nécessité de services spécifiques aux femmes en matière de VIH;
  - ◊ en collaborant avec des organismes et groupes communautaires locaux à promouvoir l'intégration du VIH/sida dans leurs programmes, services et politiques/procédures;
  - ◊ en collaborant avec des employés d'organismes communautaires à renforcer leurs connaissances et leur capacité de répondre aux besoins des femmes en matière de VIH.
- Le bureau provincial fournit ce renforcement des capacités par une formation et une éducation à l'intention des intervenants d'OLS locaux.
- De plus, le bureau provincial contribue au développement de ressources provinciales que les intervenants d'OLS locaux peuvent utiliser dans leur travail (p. ex., des présentations livrant des messages cohérents) et de ressources qu'ils peuvent offrir aux organismes avec lesquels ils interagissent (p. ex., outils de développement de politiques).

**Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) [www.accho.ca](http://www.accho.ca)**

- Un organisme provincial (des six employés) ayant pour mandat de soutenir les intervenants d'OLS locaux qui concentrent leur travail sur la santé des communautés africaines, caraïbéennes et noires (ACN) (prévention / éducation, proximité et développement communautaire).
- Le bureau provincial fournit ce renforcement des capacités par une formation et une éducation à l'intention des intervenants d'OLS locaux.
- De plus, le bureau provincial développe des campagnes provinciales et du matériel d'accompagnement à l'usage des intervenants d'OLS locaux et d'autres fournisseurs de services qui travaillent auprès des communautés ACN.

Les membres des réseaux de populations prioritaires sont des organismes de lutte contre le sida (et d'autres programmes sur le VIH hébergés par des organismes dont le mandat dépasse le VIH) qui ont des employés dont le point de mire est une des populations prioritaires soutenues par les RPP.

## Appendice E. Impact économique

Les données sur la valeur pécuniaire du bénévolat indiquées dans Perspectives des services de première ligne ont été calculées au moyen d'une version adaptée d'un outil élaboré par Yang Cui, étudiant du troisième cycle qui a travaillé au bureau régional du Manitoba / de la Saskatchewan de l'ASPC en août 2009. Pour obtenir des instructions détaillées sur la façon d'utiliser cet outil dans le cadre de votre projet, veuillez communiquer avec l'OHTN.

### Limites de l'outil

Les données obtenues à l'aide de cet outil doivent être interprétées avec prudence. L'outil fournit seulement une estimation de la valeur de certains types de tâches bénévoles. Plusieurs facteurs peuvent avoir une incidence sur la valeur pécuniaire estimative de ces tâches.

Comme pour tout outil, la qualité des données produites par l'outil dépend de la qualité des données qui y sont saisies. Si le suivi des heures de bénévolat n'a pas été effectué correctement ou si les données ont été consignées dans la mauvaise catégorie de l'OERVSCO, l'estimation de la valeur du travail bénévole ne sera pas exacte.

L'outil utilise le salaire moyen en Ontario indiqué dans la Classification nationale des professions (CNP). Ces salaires moyens peuvent être supérieurs ou inférieurs à la moyenne des salaires dans certaines communautés. Cela peut entraîner une estimation supérieure ou inférieure à la valeur pécuniaire des tâches des bénévoles.

Certains types de tâches bénévoles ne peuvent pas être calculés à l'aide de l'outil. Par exemple, l'outil ne permet pas d'assigner une valeur pécuniaire aux heures de bénévolat inscrites dans la catégorie « Autre ». De même, l'activité des bénévoles de l'OERVSCO « Assister à de la formation » n'est pas incluse dans cet outil. Étant donné que la participation à de la formation n'est pas une tâche, on ne peut pas affecter un salaire à cette activité.

Certaines tâches bénévoles dans chacune des catégories d'activités de bénévolat peuvent ne pas correspondre exactement à la catégorie salariale à laquelle elles sont associées. Par exemple, la valeur pécuniaire des heures de bénévolat consacrées à la collecte de fonds est calculée à l'aide du salaire moyen de la catégorie d'un professionnel en collecte de fonds ou en communications. Cependant, certaines tâches de bénévolat incluses dans la catégorie de collecte de fonds ne nécessitent pas des compétences professionnelles (p. ex. remplir des enveloppes ou être un organisateur d'une marche de collecte de fonds). Il est alors possible que la valeur pécuniaire de ce type de tâches soit surestimée.

Enfin, la valeur des bénévoles se mesure au-delà de l'incidence financière de leur travail. La valeur pécuniaire ne constitue qu'une dimension de l'incidence importante des bénévoles sur les activités des organismes communautaires liés au VIH.

Les données utilisées dans l'outil proviennent de deux sources :

- Données de la section 12.2 de l'OERVSCO sur le nombre total d'heures de bénévolat, par catégorie d'activités, durant le dernier exercice (M1 + M2)
- Données de la Classification nationale des professions (CNP), qui comprennent le salaire moyen canadien, provincial et régional versé dans diverses professions.

Poste bénévole	Question OERVSCO	Classification nationale des professions (CNP)	Nombre total d'heures de bénévolat au cours des 12 mois (A)	Taux de salaire moyen CNP affecté à ce poste au cours des 12 derniers mois (B)	Nombre total d'heures de bénévolat x CNP taux horaire moyen des salaires (C)	Avantages sociaux : 12 % (D)	Valeur totale (C+D)
Administration (comprend services de soutien, réception, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en administration	Employés de soutien de bureau généraux (1411)	39,190	\$20.23	\$792,813.70	\$95,137.64	\$887,951.34
Gouvernance (comprend la participation au conseil d'administration, aux comités consultatifs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat au sein d'un conseil d'administration /comité consultatif	Cadres supérieurs – santé, enseignement, services sociaux et communautaires et associations mutuelles (0014)	17,804	\$46.65	\$830,556.60	\$99,666.79	\$930,223.39
Services de soutien (comprend l'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida, le soutien par les pairs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en aide pratique et counselling	Travailleurs des services sociaux et communautaires (4212)	44,665	\$21.51	\$960,744.15	\$115,289.30	\$1,076,033.45
Prévention (comprend les services de prise de contact, l'éducation de groupes cibles, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux activités de prise de contact	Travailleurs des services sociaux et communautaires (4212)	15,699	\$21.51	\$337,685.49	\$40,522.26	\$378,207.75
Collecte de fonds (comprend les marches, les campagnes de collecte de fonds, la sollicitation pour obtenir des subventions de fondations, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées à la collecte de fonds	Professionnels des relations publiques et des communications (5124)	19,404	\$30.33	\$588,523.32	\$70,622.80	\$659,146.12

Poste bénévole	Question OERVSCO	Classification nationale des professions (CNP)	Nombre total d'heures de bénévolat au cours des 12 mois (A)	Taux de salaire moyen CNP affecté à ce poste au cours des 12 derniers mois (B)	Nombre total d'heures de bénévolat x CNP taux horaire moyen des salaires (C)	Avantages sociaux : 12 % (D)	Valeur totale (C+D)
Événements publics (comprend conférences, événements spéciaux comme la parade de la fierté gaie, stands dans des centres commerciaux, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux événements spéciaux et à l'éducation ou au développement communautaire	Employés de soutien de bureau généraux (1411)	28,504	\$20.23	\$576,635.92	\$69,196.31	\$645,832.23
Ressources humaines	12.2 Nombre total des heures de bénévolat relatives aux activités de dotation et d'élaboration des politiques et procédures	Professionnels en ressources humaines (1121)	1,539	\$34.95	\$53,788.05	\$6,454.57	\$60,242.62
Soutien des TI	12.2 Nombre total des heures de bénévolat dans des activités de soutien des TI	Concepteurs et développeurs Web (2175)	991	\$27.78	\$27,529.98	\$3,303.60	\$30,833.58
Total					\$4,168,277.21		\$4,668,470.48

# Tableaux de données

**FIGURE I** Les programmes en VIH et les équipes en hépatite C sont étalés dans la province

Région et Programme	Nombre
<b>Centre-Est</b>	<b>8</b>
Dépistage anonyme	1
OLS	4
Services cliniques	1
Équipe VHC	2
<b>Centre-Ouest</b>	<b>13</b>
Dépistage anonyme	1
OLS	5
Services cliniques	2
Organismes d'autres domaines que le sida – bureau régional	1
Équipe VHC	4
<b>Nord</b>	<b>20</b>
Dépistage anonyme	2
OLS	3
Services cliniques	1
Organismes d'autres domaines que le sida – bureau régional	4
Poste VHC	1
Équipe VHC	4
Organismes d'autres domaines que le sida	5

Région et Programme	Nombre
<b>Ottawa &amp; Est</b>	<b>13</b>
Dépistage anonyme	1
OLS	3
Organismes d'autres domaines que le sida – bureau régional	3
Poste VHC	2
Organisme de services non-VIH	4
<b>Sud-Ouest</b>	<b>10</b>
Dépistage anonyme	2
OLS	2
Organismes d'autres domaines que le sida – bureau régional	3
Équipe VHC	2
Organismes d'autres domaines que le sida	1
<b>Toronto</b>	<b>38</b>
Dépistage anonyme	1
OLS	11
Poste VHC	1
Équipe VHC	2
Organismes d'autres domaines que le sida	23

**FIGURE 2** Nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, 2006-2015

Année	Nombre de diagnostics
2006	1,104
2007	1,013
2008	1,080
2009	969
2010	994
2011	986
2012	861
2013	798
2014	828
2015	842

**FIGURE 3** Nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, par sexe/genre, 2006-2015

Année	Diagnostics d'hommes	Diagnostics de femmes
2006	779	318
2007	781	226
2008	811	263
2009	747	214
2010	796	183
2011	768	203
2012	670	186
2013	659	133
2014	655	167
2015	676	162

**FIGURE 4** Pourcentage des diagnostics de VIH par population prioritaire (lorsque connue), pour les deux sexes, Ontario, 2010-2015

Population prioritaire	2010-11	2012-13	2014-15
Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes	59	63	63
Personnes africaines, caraïbéennes ou noires	26	25	24
Personnes s'injectant des drogues	10	9	13
Peuples indigènes	3	3	2
Femmes à risque	20	19	18

**FIGURE 5** Pourcentage des diagnostics de VIH chez des femmes, par population prioritaire (lorsque connue), Ontario, 2010-2015

Population prioritaire	2010-11	2012-13	2014-15
Personnes africaines, caraïbéennes ou noires	57	66	54
Personnes s'injectant des drogues	12	11	20
Peuples indigènes	9	2	5

**FIGURE 6** Pourcentage du nombre total de diagnostics de VIH, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015

Origine ethnique	2010-11	2012-13	2014-15
Blanc	55	51	51
Noir	25	25	23
Indigène	3	3	2
Asie de l'Est / Sud-Est	5	6	7
Asie du Sud	3	5	4
Asiatique Arabe / Ouest	1	1	3
Latino-Américain	7	7	7
Autre	2	2	3

**FIGURE 7** Pourcentage des diagnostics de VIH chez des hommes, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015

Origine ethnique	2010-12	2012-13	2014-15
Blanc	61	57	55
Noir	17	16	17
Indigène	2	3	1
Asie de l'Est / Sud-Est	5	7	8
Asie du Sud	1	4	3
Asiatique Arabe / Ouest	0	0	2
Latino-Américain	3	2	4
Autre	2	1	1

**FIGURE 8** Pourcentage des diagnostics de VIH chez des femmes, par origine ethnique (lorsque connue), Ontario, 2010-2015

Origine ethnique	2010-12	2012-13	2014-15
Blanc	28	24	32
Noir	56	66	51
Indigène	7	2	5
Asie de l'Est / Sud-Est	2	1	2
Asie du Sud	1	4	3
Asiatique Arabe / Ouest	0	0	2
Latino-Américain	3	2	4
Autre	2	1	1

**FIGURE 9** Nombre de nouveaux diagnostics de VIH par sexe/genre et âge, Ontario 2013-2015

Âge	Diagnostics d'hommes	Diagnostics de femmes
<15	5	8
15-19	29	14
20-24	211	34
25-29	322	57
30-34	345	87
35-39	253	80
40-44	208	54
45-49	245	36
50-54	170	37
55-59	94	25
60-64	69	17
65-69	24	7
70+	13	6

**FIGURE 10** Nombre de nouveaux diagnostics de VIH selon le sexe/genre et l'âge, Ontario, 2013-2015

RLISS	Nombre de nouveaux diagnostics de VIH
Toronto Central	27.1
Champlain	6.1
Central-Ouest	5.7
Sud-Ouest	5.3
Centre	4
Centre-Est	3.6
Nord-Est	3.4
Nord-Ouest	3.4
Erie St. Clair	3.3
Hamilton Niagara	3.3
Mississauga Halton	3.1
Waterloo Wellington	2.5
Sud-Est	2.1
North Simcoe	2

**FIGURE II** Toutes les sources de financement des organismes communautaires de lutte contre le sida, de 2012-2013 à 2015-2016

		<b>2012-13</b>	<b>2013-14</b>	<b>2014-15</b>	<b>2015-16</b>
<b>Gouvernement de l'Ontario</b>	Bureau SIDA	\$34,387,984.00	\$37,000,000.00	\$37,000,000.00	\$37,700,000.00
	Autre MS	\$4,237,608.00	\$4,258,142.00	\$4,117,141.00	\$4,552,044.00
	Autre provinciaux	\$1,073,804.00	\$1,253,361.00	\$1,442,933.00	\$1,423,908.00
<b>Gouvernement fédéral</b>	PACS	\$3,436,180.45	\$4,200,000.00	\$4,200,000.00	\$4,200,000.00
	Autre fédéral	\$3,997,281.00	\$4,312,151.00	\$4,137,442.92	\$4,160,439.00
<b>Local</b>	Santé municipale/ régionale	\$3,555,399.03	\$3,702,316.00	\$3,691,506.81	\$4,244,010.92
	Fondations de bienfaisance	\$2,264,300.06	\$2,026,199.25	\$2,330,015.18	\$1,968,979.91
<b>Secteur privé</b>	Collecte de fonds	\$5,390,831.37	\$4,722,147.59	\$3,998,471.91	\$4,085,264.05
	Trillium	\$532,413.00	\$470,781.02	\$301,032.20	\$194,368.00
<b>Financement non gouvernementales</b>	Centraid	\$213,582.79	\$173,197.96	\$186,751.91	\$203,315.00
	Autre	\$1,601,824.15	\$1,024,761.53	\$2,046,846.83	\$1,214,307.52
<b>Grand total</b>		<b>\$48,491,207.85</b>	<b>\$49,305,406.35</b>	<b>\$63,452,141.76</b>	<b>\$63,946,636.40</b>

**FIGURE 12** Qui fait fonctionner les programmes? (OERVSCO q. 2.2, 9.13a, 12.1, 12.3, 13.5a)

Personnes	Note
501 employés rémunérés	361 AIDS Bureau, 57 ACAP, 83 HCV Funding
6 191 bénévoles	208,842 heures
186 étudiants	56,860 heures
1,668 pairs	Impliqués dans des activités d'éducation et de développement communautaire
1,089 pairs	Impliqués dans des services de proximité à l'intention d'UDI

**FIGURE 13** Tendances des huit principales activités de bénévolat, de 2013-2014 à 2015-2016 (OERVSCO q. 12.2)

	Année	Bureau sida	PACS	Total
<b>Éducation/Dév. comm.</b>	2013-14	7,101	8,097	15,198
	2014-15	6,728	5,086	11,813
	2015-16	7,823	2,803	10,626
<b>Activités de proximité</b>	2013-14	13,056	8,053	21,109
	2014-15	13,992	1,707	15,699
	2015-16	13,058	2,630	15,688
<b>Conseil/Com. consult.</b>	2013-14	17,120	5,670	22,790
	2014-15	14,175	3,629	17,804
	2015-16	11,522	3,752	15,274
<b>Formation</b>	2013-14	17,070	6,342	23,412
	2014-15	15,660	6,472	22,132
	2015-16	13,308	3,641	16,949
<b>Coll. de fonds</b>	2013-14	15,787	13,010	28,797
	2014-15	14,782	4,622	19,404
	2015-16	9,983	4,404	14,387
<b>Évén. spéc.</b>	2013-14	5,605	5,644	11,249
	2014-15	25,393	3,111	28,504
	2015/16	5,865	2,133	7,998
<b>Administration</b>	2013-14	48,873	8,259	57,132
	2014-15	28,703	10,487	39,190
	2015-16	36,573	10,966	47,539
<b>Soutien pratique</b>	2013-14	37,957	13,816	51,773
	2014-15	36,440	8,225	44,665
	2015-16	34,097	16,836	50,933

**FIGURE 14** Les bénévoles offrent plus de soutien informatique, 2013-2014 B-u r2ea0u15-2016

Année	Bureau sida	PACS
2013	380	228
2014	852	139
2015	1394	138

**FIGURE 15** Nombre total de pairs UDI selon le sexe/genre (OERVSCO q. 13.5)

	Hommes	Femmes	Grand total
<b>Pairs actifs</b>			
2011-12	207	123	330
2012-13	202	170	372
2013-14	214.5	187.5	402
2014-15	306	332	638
2015-16	394	389	783
<b>Nouveaux pairs</b>			
2011-12	175	94	269
2012-13	192	103	295
2013-14	118	98	216
2014-15	226	162	388
2015-16	148	147	295

**FIGURE 16** Activités des pairs UDI, de 2014-2015 à 2015-2016 (OERVSCO q. 13.6)

Activité des pairs	2014-15	2015-16	Grand total
Soutien pratique	19278	7603	26881
Éducation	6644	7956	14600
Counselling	5154	7127	12281
Références	1856	4478	6334
Autre	1387	3294	4681
Services traditionnels autochtones	32	390	422

**FIGURE 17** Nombre d'exposés éducatifs et de participants (OERVSCO q. 9.1.a)

	Nombre de exposés	Nombre de participants
<b>2012-13</b>	4,468	98,633
<b>2013-14</b>	4,262	92,236
<b>2014-15</b>	3,777	73,321
<b>2015-16</b>	3,122	72,793

**FIGURE 18** Nombre d'exposés par type de travailleur, 2012-2013 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.7 et 9.1.a)

	Autre travailleur en prévention	Travailleur point de mire autochtone	Membre RPP CACVO	Membre RPP IFVS	Membre RPP GMSH	Travailleur prévention UDI
<b>2012-13</b>	3,090	675	237	281	185	422
<b>2013-14</b>	2,537	711	485	262	267	494
<b>2014-15</b>	2375	740	196	244	222	1094
<b>2015-16</b>	1856	582	218	244	222	1189

**FIGURE I9** Six principaux publics cibles des exposés éducatifs de travailleurs en éducation générale sur la prévention, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.1.a)

	Autre financement	PACS	Grand total
<b>Praticiens, professionnels ou fournisseurs de services</b>	<b>2,622</b>	<b>790</b>	<b>3,412</b>
2013-14	867	259	1,126
2014-15	1,000	380	1,380
2015-16	755	151	906
<b>Jeunes à risque</b>	<b>1,374</b>	<b>963</b>	<b>2,337</b>
2013-14	498	455	953
2014-15	507	333	840
2015-16	369	175	544
<b>Étudiants</b>	<b>1,638</b>	<b>531</b>	<b>2,169</b>
2013-14	762	152	914
2014-15	485	218	703
2015-16	391	161	552
<b>Peuples autochtones</b>	<b>1,344</b>	<b>436</b>	<b>1,780</b>
2013-14	416	173	589
2014-15	482	258	740
2015-16	446	5	451
<b>Femmes à risque</b>	<b>1,016</b>	<b>282</b>	<b>1,298</b>
2013-14	297	112	409
2014-15	355	145	500
2015-16	364	25	389
<b>Gais/bisexuels/HRSH</b>	<b>1,094</b>	<b>198</b>	<b>1,292</b>
2013-14	332	67	399
2014-15	445	89	534
2015-16	317	42	359
<b>Grand Total</b>	<b>9,088</b>	<b>3,200</b>	<b>12,288</b>

**FIGURE 20** Trois principaux publics joints par les travailleurs spécifiques à des populations, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.7 et 9.1.a)

		Praticiens, professionnels ou fournisseurs de services	Personnes africaines, caraïbéennes et noires	Peuples autochtones	Gais/bisexuels/HRSH	Femmes à risque	Jeunes à risque	PVVIH	Grand public	Étudiants
<b>Travailleur pour autochtones</b>	2014-15			46%			14%			
	2015-16	10%		43%			15%			
<b>Membre RPP CACVO</b>	2014-15	14%	47%					16%		
	2015-16	13%	45%					10%		
<b>Membre RPP IFVS</b>	2014-15	49%				17%			13%	
	2015-16	51%				20%				8%
<b>Membre RPP GMSH</b>	2014-15	16%			52%				8%	
	2015-16	13%	12%		46%					

**FIGURE 21** Demandes d'éducation individualisée dans le cadre des services, par type de travailleur, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.10.2)

	2014-15	2015-16	Grand total
<b>WHAI PPN member</b>	223	267	490
<b>ACB PPN member</b>	265	524	789
<b>Indigenous focus</b>	1,205	95	1,300
<b>GMSH PPN member</b>	937	1,091	2,028
<b>Other prevention education worker</b>	6,673	5,570	12,243

**FIGURE 22** Trois principaux thèmes d'éducation individualisée demandée, par type de travailleur (OERVSCO q.9.2)

Type de travailleur	Thèmes
<b>Travailleurs en éducation à la prévention</b>	Enjeux spécifiques à des populations ITS/rerelations sexuelles plus sécuritaires VIH/sida 101
<b>RPP Santé des hommes gais</b>	ITS/rerelations sexuelles plus sécuritaires Dépistage du VIH Enjeux spécifiques à des populations
<b>RPP Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario</b>	Enjeux spécifiques à des populations Vivre avec le VIH VIH/sida 101
<b>Travailleurs s'adressant aux autochtones</b>	Enjeux spécifiques à des populations VIH/sida 101 ITS/rerelations sexuelles plus sécuritaires
<b>RPP Initiative femmes et VIH/sida</b>	Enjeux spécifiques à des populations Répondre à la violence Diversité/anti-oppression/compétence culturelle

**FIGURE 23** Contacts de proximité brefs, par population jointe et par bailleur de fonds (OERVSCO q.9.10b)

	Autre financement	PACS
<b>PP - Gais/bisexuels/HRSH</b>	55,370	4,534
2014-15	28,465	1,965
2015-16	26,905	2,569
<b>Personnes ACN</b>	<b>50,959</b>	<b>4,260</b>
2014-15	12,149	4,086
2015-16	38,810	174
<b>Grand public</b>	<b>41,250</b>	<b>6,070</b>
2014-15	19,533	4,763
2015-16	21,717	1,307
<b>Personnes qui consomment des drogues</b>	<b>19,939</b>	<b>440</b>
2014-15	11,834	378
2015-16	8,105	62
<b>Peuples autochtones</b>	<b>11,350</b>	<b>13,980</b>
2014-15	4,628	13,741
2015-16	6,722	239
<b>Autre</b>	<b>8,975</b>	<b>1,334</b>
2014-15	7,182	843
2015-16	1,793	491
<b>Jeunes à risque</b>	<b>3,258</b>	<b>4,074</b>
2014-15	970	2,441
2015-16	2,288	1,633
<b>Personnes incarcérées</b>	<b>2,938</b>	<b>202</b>
2014-15	2,295	181
2015-16	643	21
<b>Femmes à risque</b>	<b>2,641</b>	<b>1,886</b>
2014-15	871	1,640
2015-16	1,770	246
<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	<b>1,961</b>	<b>187</b>
2014-15	1,265	109
2015-16	696	78

**FIGURE 24** Nombre de contacts de proximité significatifs, par population, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 10a)

	2013-14	2014-15	2015-16
<b>Gais/bisexuels/HRSH</b>	32,503	25,005	20,277
<b>Grand public</b>	12,890	8,250	9,022
<b>Autre</b>	1,993	8,124	5,523
<b>Personnes qui consomment des drogues</b>	2,353	5,859	7,354
<b>Peuples autochones</b>	2,937	3,726	6,454
<b>Personnes ACN</b>	8,351	3,642	5,869
<b>Jeunes à risque</b>	6,699	3,143	2,335
<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	1,670	2,220	2,197
<b>Femmes à risque</b>	6,116	1,963	2,186
<b>Personnes incarcérées</b>	1,046	1,122	704
<b>Grand total</b>	<b>76,558</b>	<b>63,054</b>	<b>61,921</b>

**FIGURE 25** Nombre total d'interactions UDI au point de service, par des programmes financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.21)

	Nombre total d'interactions UDI au point de service
<b>2011-12</b>	107,767
Financées	90,455
Autre	17,312
<b>2012-13</b>	94,738
Financées	77,006
Autre	17,732
<b>2013-14</b>	116,869
Financées	98,397
Autre	18,472
<b>2014-15</b>	101,976
Financées	82,562
Autre	19,414
<b>2015-16</b>	136,821
Financées	127,267
Autre	9,554

**FIGURE 26** Nombre total d'interactions de proximité dans les 6 principaux lieux pour les programmes financés pour la proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.1.1)

	Nombre total d'interactions UDI de proximité
<b>2011-12</b>	83,133
Financées	62,001
Autre	21,132
<b>2012-13</b>	76,881
Financées	65,978
Autre	10,903
<b>2013-14</b>	67,538
Financées	55,275
Autre	12,263
<b>2014-15</b>	68,647
Financées	48,627
Autre	20,020
<b>2015-16</b>	73,811
Financées	62,672
Autre	11,139

**FIGURE 27** Nombre total d'interactions dans les 6 principaux emplacements de proximité pour les organismes financés pour la proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.4)

Emplacement et l'année	Nombre d'interactions
<b>Organismes/services communautaires</b>	<b>49,723</b>
2014-15	23,442
2015-16	26,281
<b>Autre</b>	<b>22,025</b>
2014-15	7,033
2015-16	14,992
<b>Mobiles</b>	<b>17,854</b>
2014-15	9,227
2015-16	8,627
<b>Une résidence</b>	<b>15,889</b>
2014-15	6,822
2015-16	9,067
<b>Rues/parcs</b>	<b>10,252</b>
2014-15	1,569
2015-16	8,683
<b>Pharmacies</b>	<b>6,881</b>
2014-15	3,317
2015-16	3,564

**FIGURE 28** Nombre total d'interactions de proximité dans les six principaux lieux de proximité pour les autres programmes de proximité UDI, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.4))

Emplacement et l'année	Nombre d'interactions
<b>Organismes/services communautaires</b>	<b>16,481</b>
2014-15	11,680
2015-16	4,801
<b>Rues/parcs</b>	<b>7,112</b>
2014-15	2,401
2015-16	4,711
<b>Autres</b>	<b>4,017</b>
2014-15	3,158
2015-16	859
<b>Bars/boîtes de nuit</b>	3,106
2014-15	2,314
2015-16	792
<b>Une résidence</b>	1,786
2014-15	1,157
2015-16	629
<b>Programmes en matière de toxicomanie</b>	<b>1,067</b>
2014-15	194
2015-16	873

**FIGURE 29** Nombre total de clients uniques en proximité, déclaré par les programmes financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 – 2015-2016 (OERVSCO q. 13.1.2)

	Récurrent	Nouveaux	Grand total
<b>2011-12</b>	<b>15,048</b>	<b>9,151</b>	<b>24,199</b>
Financées	8,424	6,736	15,160
Autre	6,625	2,415	9,040
<b>2012-13</b>	<b>11,579</b>	<b>10,283</b>	<b>21,862</b>
Financées	10,162	8,499	18,661
Autre	1,417	1,784	3,201
<b>2013-14</b>	<b>10,749</b>	<b>9,526</b>	<b>20,275</b>
Financées	9,779	4,753	14,532
Autre	970	4,773	5,743
<b>2014-15</b>	<b>12,260</b>	<b>8,438</b>	<b>20,698</b>

	Récurrent	Nouveaux	Grand total
Financées	8,787	4,352	13,139
Autre	3,474	4,086	7,560
<b>2015-16</b>	<b>10,760</b>	<b>6,454</b>	<b>17,214</b>
Financées	7,735	4,555	12,290
Autre	3,025	1,899	4,924

**FIGURE 30** Nombre total de clients uniques au point de service, déclaré par les financés pour la proximité UDI et d'autres programmes, 2011-2012 à 2015-2016 (OERVSCO q. 13.2.2)

	Récurrent	Nouveaux	Grand total
<b>2011-12</b>	<b>12,260</b>	<b>5,142</b>	<b>17,402</b>
Financées	8,399	4,070	12,469
Autre	3,861	1,072	4,933
<b>2012-13</b>	<b>15,056</b>	<b>5,145</b>	<b>20,201</b>
Financées	11,388	4,015	15,403
Autre	3,669	1,130	4,799
<b>2013-14</b>	<b>14,021</b>	<b>5,530</b>	<b>19,551</b>
Financées	11,757	3,686	15,443
Autre	2,264	1,844	4,108
<b>2014-15</b>	<b>13,606</b>	<b>4,629</b>	<b>18,235</b>
Financées	10,537	3,525	14,062
Autre	3,069	1,104	4,173
<b>2015-16</b>	<b>11,709</b>	<b>5,668</b>	<b>17,377</b>
Financées	9,348	4,515	13,863
Autre	2,362	1,153	3,515

**FIGURE 31** Quatre principaux services UDI fournis, sur 3 ans, par type de programme (OERVSCO q. 13.3a)

	Clients uniques/interactions		
	Financées	Autre	Grand total
<b>Soutien pratique</b>	<b>86,042</b>	<b>10,912</b>	<b>96,954</b>
2013-14	12,801	2,770	15,571
2014-15	21,708	3,704	25,412
2015-16	51,533	4,438	55,971
<b>Éducation</b>	<b>56,375</b>	<b>10,538</b>	<b>66,913</b>
2013-14	9,227	2,812	12,039
2014-15	16,562	3,805	20,367
2015-16	30,586	3,921	34,507
<b>Counselling</b>	<b>46,019</b>	<b>7,160</b>	<b>53,179</b>
2013-14	8,768	2,657	11,425
2014-15	15,519	3,244	18,763
2015-16	21,732	1,259	22,991
<b>Références à des services médicaux</b>	<b>31,380</b>	<b>2,592</b>	<b>33,972</b>
2013-14	6,613	457	7,070
2014-15	5,335	1,437	6,772
2015-16	19,432	698	20,130

**FIGURE 32** Utilisation des services de soutien aux UDI, par sexe/genre, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 9.13.3a)

Année et service	Services utilisés par des hommes	Services utilisés par des femmes	Total des services utilisés par des personnes cis
<b>2013-14</b>	<b>19,603</b>	<b>14,109</b>	<b>33,712</b>
Services autochtones traditionnels	80	112	191
Références services confessionnels/soutien spirituel	127	98	225
Références services spécifiques femmes	3	859	862
Autre	738	273	1,011
Références services médicaux	1,858	1,664	3,522
Références services sociaux	1,984	1,704	3,688
Références services réduction méfaits/toxicomanie	2,940	1,882	4,822
Counselling	3,518	2,171	5,688
Éducation	3,687	2,310	5,997
Soutien pratique	4,671	3,039	7,709
<b>2014-15</b>	<b>27,135</b>	<b>19,822</b>	
Autre	192	101	293
Références services confessionnels/soutien spirituel	193	115	308
Services autochtones traditionnels	188	169	356
Références services spécifiques femmes	39	1,115	1,154
Références services médicaux	1,738	1,582	3,319
Références services réduction des méfaits/toxicomanie	2,368	1,498	3,865
Références services sociaux	3,533	2,852	6,385
Counselling	5,544	3,495	9,039
Éducation	6,138	3,744	9,882
Soutien pratique	7,204	5,154	12,358
<b>2015-16</b>	<b>53,427</b>	<b>33,321</b>	<b>86,748</b>
Services autochtones traditionnels	153	220	373
Références services confessionnels/soutien spirituel	221	192	413
Autre	313	371	684
Références services spécifiques femmes	104	728	832
Références services sociaux	3,896	2,423	6,319
Références services médicaux	6,218	3,812	10,030
Counselling	7,078	4,259	11,337
Références services réduction des méfaits/toxicomanie	7,661	4,542	12,203
Éducation	10,675	6,381	17,056
Soutien pratique	17,109	10,394	27,503

**FIGURE 33** Total number of unique in-service trans clients over 5 years by program type (OCHART q. 13.2.2)\*

<b>Année et service</b>	<b>Services utilisés par des hommes trans</b>	<b>Services utilisés par des femmes trans</b>	<b>Total des services utilisés par des personnes trans</b>
<b>2013-14</b>	<b>47</b>	<b>202</b>	<b>248</b>
Services autochtones traditionnels		8	8
Références services confessionnels/soutien spirituel		2	2
Références services spécifiques femmes		26	26
Autre	2	5	7
Références services médicaux	2	12	14
Références services sociaux	4	19	22
Références services réduction des méfaits/toxicomanie	2	44	46
Counselling	6	19	25
Éducation	8	15	23
Soutien pratique	24	53	77
<b>2014-15</b>	<b>156</b>	<b>1,173</b>	<b>1,329</b>
Autre	1	1	2
Références services confessionnels/soutien spirituel		1	1
Services autochtones traditionnels	3	5	8
Références services spécifiques femmes	5	100	105
Références services médicaux	8	60	67
Références services réduction des méfaits/toxicomanie	21	51	72
Références services sociaux	5	79	84
Éducation	46	297	343
Education	32	270	302
Soutien pratique	38	310	348
<b>2015-16</b>	<b>656</b>	<b>317</b>	<b>973</b>
Services autochtones traditionnels	3	5	8
Références services confessionnels/soutien spirituel	1	3	3
Autre	1		1
Références services spécifiques femmes		6	6
Références services sociaux	5	6	10
Références services médicaux	28	8	36
Counselling	85	74	159
Références services réduction des méfaits/toxicomanie	59	13	72
Éducation	162	37	198
Soutien pratique	315	168	483

**FIGURE 34** Types de matériel distribué (OERVSCO q. 13.10a)

Élément pour l'injection plus sécuritaire	2013-14	2014-15	2015-16
Contenants de chauffage	1,373	1,377	1,392
Filtres	3,677	2,433	2,049
Seringues	5,456	6,167	6,727
Contenant à mise au rebut d'objets tranchants	37	29	36
Swabs	4,343	4,567	4,513
Garrots	281	572	446
Vitamine C / acidifiant	276	397	353
Eau pour l'injection	2,549	3,084	3,664

**FIGURE 35** Tendances de la distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO 13.10a)

Ressource	2013-14	2014-15	2015-16
Tampons alcoolisés	252	1,005	1,427
Gomme dentaire	25	7	8
Pipes/tiges de verres	211	369	334
Baumes à lèvres	12	5	9
Allumettes	103	79	82
Embouts buccaux	80	110	149
Bâtonnets de bois	67	122	142

**FIGURE 36** Sites de dépistage anonyme du VIH financés par le Bureau de la lutte contre le sida, selon la région de santé publique

Region de santé publique	Sites de dépistage anonyme du VIH
Nord	Unité de santé du district de Thunder Bay Unité de santé du district de Sudbury
Toronto	Hassle Free Clinic
Centre-Ouest	Santé publique et Services communautaires de Hamilton
Sud-Ouest	London Intercommunity Health Centre (Options Clinic)
	Hôpital régional de Windsor
Centre-Est	Unité de santé du district de Simcoe Muskoka
Ottawa & Est	Centre de santé communautaire Somerset West

**FIGURE 37** Nombre de dépistages du VIH, Ontario, 2000-2015

L'année de dépistage	Nombre de dépistages
2001	279,491
2002	336,800
2003	346,720
2004	372,871
2005	392,017
2006	415,562
2007	414,494
2008	414,926
2009	425,312
2010	418,369
2011	428,628
2012	436,272
2013	441,815
2014	457,916
2015	485,250

**FIGURE 38** Nombre de dépistages du VIH selon le type de commande, Ontario, 2000-2014

L'année de dépistage	Total anonyme	Total codé	Total nominatif
2001	9,637	33,377	236,454
2002	9,813	31,536	295,411
2003	9,627	29,269	307,816
2004	10,436	29,588	332,844
2005	11,070	30,114	350,832
2006	11,120	25,560	378,871
2007	9,890	22,381	382,208
2008	12,049	20,147	382,728
2009	14,059	22,090	389,152
2010	14,905	22,831	380,588
2011	16,142	23,169	389,317
2012	16,117	22,891	397,263
2013	17,177	22,734	401,900
2014	17,393	17,231	423,286
2015	17,048	15,519	452,681

**FIGURE 39** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe, Ontario, 2000-2015

L'année de dépistage	Hommes	Femmes
2000	110,687	140,600
2001	117,763	150,668
2002	144,791	182,862
2003	149,232	189,357
2004	161,730	202,300
2005	173,675	210,186
2006	183,877	222,146
2007	187,529	217,998
2008	188,990	218,195
2009	193,933	220,661
2010	191,533	212,962
2011	199,637	212,607
2012	203,963	216,072
2013	209,724	217,428
2014	218,878	223,237
2015	231,292	236,316

**FIGURE 40** Taux de positivité au VIH, Ontario, 2000-2015

L'année de dépistage	Taux de positivité, total	Taux de positivité, homme	Taux de positivité, femme
2000	0.33%	0.60%	0.13%
2001	0.33%	0.59%	0.15%
2002	0.33%	0.57%	0.15%
2003	0.31%	0.51%	0.15%
2004	0.30%	0.52%	0.14%
2005	0.28%	0.47%	0.12%
2006	0.27%	0.42%	0.14%
2007	0.24%	0.42%	0.10%
2008	0.26%	0.43%	0.12%
2009	0.23%	0.39%	0.10%
2010	0.24%	0.42%	0.09%
2011	0.23%	0.38%	0.10%
2012	0.20%	0.33%	0.09%
2013	0.18%	0.31%	0.06%
2014	0.18%	0.30%	0.07%
2015	0.17%	0.29%	0.07%

**FIGURE 41** Taux de positivité au VIH selon le type de test commandé, Ontario, 2000-2015

L'année de dépistage	Taux de positivité, anonyme	Taux de positivité, codé	Taux de positivité, nominatif
2000	1.08%	0.80%	0.22%
2001	1.11%	0.87%	0.23%
2002	1.08%	1.00%	0.23%
2003	1.15%	0.83%	0.23%
2004	1.16%	0.79%	0.24%
2005	1.01%	0.69%	0.22%
2006	0.93%	0.56%	0.23%
2007	1.13%	0.54%	0.20%
2008	0.99%	0.63%	0.22%
2009	0.87%	0.42%	0.19%
2010	0.95%	0.35%	0.20%
2011	0.82%	0.34%	0.20%
2012	0.72%	0.32%	0.17%
2013	0.71%	0.26%	0.15%
2014	0.63%	0.12%	0.16%
2015	0.56%	0.19%	0.16%

**FIGURE 42** Nombre de dépistages du VIH selon l'âge et le sexe, Ontario, 2013-2015

	Hommes	Femmes
15-19	24,854	39,914
20-24	93,566	112,190
25-29	117,138	130,685
30-34	107,483	121,507
35-39	83,995	90,388
40-44	63,556	58,999
45-49	48,574	36,230
50-54	38,492	26,850
55-59	26,925	18,860
60-64	18,897	13,267
65-69	13,202	8,859
70+	17,858	13,731

**FIGURE 43** Nombre total de dépistages du VIH effectués (OERVSCO q8.1a)

Type de test	2014-15	2015-16
Dépistages VIH codés	34	0
Dépistages VIH nominatif	1,115	2,018
Dépistages VIH anonymes	6,875	8,050

\* Inconnues et moins de 15 sont ne pas affichés

**FIGURE 44** Nombre de dépistages du VIH selon le type de dépistage et le taux de positivité (OERVSCO q8.1a)

	Dépistages VIH codés		Dépistages VIH nominatifs		Dépistages VIH anonymes		Tous les dépistages VIH	
	2014-15	2015-16	2014-15	2015-16	2014-15	2015-16	2014-15	2015-16
<b>Dépistages VIH</b>	34	0	1115	2018	6875	8050	8024	10068
<b>Dépistages positifs</b>	0	0	1	3	54	75	55	78
<b>Taux de positivité</b>			0.089686	0.148662	0.785455	0.93167702	0.685444	0.774732

**FIGURE 45** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1b)

	Hommes	Femmes	Grand total
<b>2014-15</b>	5,834	1,289	7,123
<b>2015-16</b>	7,394	1,833	9,227

**FIGURE 46** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1d)

	Hommes trans	Femmes trans	Grand total
<b>2014-15</b>	11	23	34
<b>2015-16</b>	13	41	54

**FIGURE 47** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1d)

Âge	Année	Hommes	Femmes
<b>19 et moins</b>	2014-15	123	85
	2015-16	129	118
<b>20 - 29</b>	2014-15	2,200	557
	2015-16	2,724	763
<b>30 - 39</b>	2014-15	1,928	373
	2015-16	2,286	481
<b>40 - 49</b>	2014-15	1,029	232
	2015-16	1,208	222
<b>50 - 59</b>	2014-15	457	87
	2015-16	726	96
<b>60+</b>	2014-15	244	42
	2015-16	321	32
<b>Inconnu</b>	2014-15	15	14
	2015-16	33	8

**FIGURE 48** Nombre de dépistages du VIH selon le sexe/genre (OERVSCO q8.1d)

Les groupes d'âge	Année	Total
<b>29 et moins</b>	2014-15	20
	2015-16	21
<b>30 - 39</b>	2014-15	13
	2015-16	19
<b>40 - 69</b>	2014-15	5
	2015-16	12

(n=38 dépistages du VIH chez des personnes trans en 2014-2015 et 52 en 2015-2016; le nombre total de dépistages du VIH est de 7 424 en 2014-2015 et de 9 199 en 2015-2016).

(Les personnes trans incluent les hommes trans et les femmes trans).

**FIGURE 49** Nombre de dépistages du VIH selon l'origine ethnique (OERVSCO q8.1c)

	2014-15	2015-16
<b>Blanc</b>	4,422	5,424
<b>Sud-Asiatiques</b>	254	330
<b>Moyen-Orientaux- / Arabes</b>	289	396
<b>Peuple indigènes</b>	203	290
<b>Hispaniques / Latino-Américains</b>	413	506
<b>Est-Asiatiques / Sud-Est-Asiatiques</b>	774	851
<b>Caribbean</b>	272	368
<b>Africains</b>	310	423
<b>Grand total</b>	<b>6,937</b>	<b>8,588</b>

**FIGURE 50** Nombre de dépistages anonymes du VIH selon l'emplacement (OERVSCO q8.2a)

	Nombre de dépistages anonymes	Nombre de dépistages positifs
<b>Sites principaux (+ secon-daires*)</b>		
14/15	2,921	31
15/16	3,885	37
<b>Centres commu-nautaires</b>		
14/15	1,958	20
15/16	2,913	45
<b>Centres de santé communautaire</b>		
14/15	1,085	13
15/16	538	5
<b>Saunas</b>		
14/15	152	0
15/16	299	1
<b>OLS</b>		
14/15	146	0
15/16	200	1
<b>Établissement d'enseignement</b>		
14/15	161	0
15/16	139	0
<b>Orgnaismes services sociaux/santé</b>		
14/15	163	2
15/16	58	0
<b>Éven. spéciaux (p. ex. Fierté)</b>		
14/15	73	0
15/16	42	0
<b>Refuges</b>		
14/15	55	0
15/16	45	0
<b>Autres (incl. serv. mobiles, camionettes)</b>		
14/15	19	0
15/16	52	0

**FIGURE 51** Références fournies à des clients séropositifs au VIH (OERVSCO q8.3)

	2014-15	2015-16
Services médicaux	49	73
OLS	36	79
Counselling	28	15
Santé mentale	18	5
Clinique VIH	15	10
Toxicomanie	7	6
Logement	2	1

**FIGURE 52** Total clients served in 2015-16

	Actifs	Nouveau	Total
<b>Total (toutes les catégories de clients)</b>	1,484	625	2,109
<b>Vivant avec le VIH</b>	1,411	240	1,651
<b>À risque*</b>	64	382	446
<b>Affectés*</b>	8	3	11

\*Trois des cinq cliniques ont la capacité de suivre le type de client et de déclarer le nombre de clients qui sont à risque et affectés

**FIGURE 53** Nombre de clients nouveaux et actifs (moyenne) desservis selon le sexe/genre (OERVSCO q.7.1a)

	Actifs	Nouveau	Total
<b>Hommes</b>	<b>2,422</b>	<b>615</b>	<b>3,037</b>
2014-15	1,272	253	1,525
2015-16	1,150	362	1,512
<b>Femmes</b>	<b>597</b>	<b>245</b>	<b>842</b>
2014-15	298	91	389
2015-16	299	154	453
<b>Femmes trans</b>	<b>21</b>	<b>65</b>	<b>86</b>
2014-15	1	8	9
2015-16	20		
<b>Hommes trans</b>	<b>17</b>	<b>54</b>	<b>71</b>
2014-15	1	2	3
2015-16	16	52	68

**FIGURE 54** Nombre de clients selon l'âge et le sexe/genre, 2015-2016 (OERVSCO 7.1b)\*

Âge	Hommes	Femmes	Hommes Trans	Femmes Trans	Grand total
< 14	9	12			<b>21</b>
15 - 19	12	14	10	13	<b>49</b>
20 - 29	148	53	39	40	<b>278</b>
30 - 39	293	107	10	9	<b>418</b>
40 - 49	434	133	<5	10	<b>576</b>
50 - 59	457	113	<5	6	<b>575</b>
60 - 69	163	21	<5	<5	<b>183</b>
70 - 79	31	<5			<b>31</b>
80 et plus	5				<b>5</b>
Inconnu	5	6			<b>11</b>

\* Nouveaux clients et nombre moyen de clients actifs

**FIGURE 55** Cinq principaux défis rencontrés par les clients selon la région (OERVSCO q.7.1f)

Région	Défis	Année	Pourcentage
<b>Centre-Est</b>	Enjeux de santé mentale	2014-15	24
		2015-16	40
	Insécurité alimentaire	2014-15	35
		2015-16	43
	Manque d'accès services médicaux/ médecins	2014-15	43
		2015-16	43
	Pauvreté	2014-15	31
		2015-16	60
	Discrimination/stigmatisation	2014-15	72
		2015-16	100
<b>Centra-Ouest</b>	Insécurité alimentaire	2014-15	48
		2015-16	59
	Chômage	2014-15	44
		2015-16	66
	Enjeux de santé mentale	2014-15	64
		2015-16	66
	Pauvreté	2014-15	68
		2015-16	73
	Discrimination/stigmatisation	2014-15	86
		2015-16	98
<b>Nord</b>	Insécurité alimentaire	2014-15	68
		2015-16	60
	Discrimination/stigmatisation	2014-15	45
		2015-16	68
	Enjeux de santé mentale	2014-15	75
		2015-16	68
	Chômage	2014-15	83
		2015-16	70
	Pauvreté	2014-15	85
		2015-16	75
<b>Toronto</b>	Autre	2014-15	31
		2015-16	32
	Autre consommation/dépendance	2014-15	34
		2015-16	31
	Pauvreté	2014-15	57

Région	Défis	Année	Pourcentage
		2015-16	42
	Enjeux de santé mentale	2014-15	42
		2015-16	47
	Discrimination/stigmatisation	2014-15	45
		2015-16	62

**FIGURE 56** Nombre de clients dirigés vers des services cliniques (OERVSCO q. 7.3)

	2014-15	2015-16
<b>L'arrimage aux soins – Services cliniques</b>	<b>1,325</b>	<b>2,125</b>
Médecin spécialiste	787	1,232
Spécialiste du VIH	215	463
Soins primaires (omnipraticien)	159	192
Services cliniques en santé mentale	119	186
Services cliniques en toxicomanie (désintox./réhab.)	45	52

**FIGURE 57** Number of clients linked to community services (OCHART q. 7.3)

	2014-15	2015-16
<b>L'arrimage aux soins - Services communautaires/sociaux</b>	<b>311</b>	<b>446</b>
Service de lutte contre le SIDA	126	122
Services au logement	79	118
Services en santé mentale (communauté)	59	84
Services juridiques	22	78
Services communautaires en toxicomanie	5	27
Services à l'établissement	16	7
Services à l'emploi	4	10

**FIGURE 58** Nombre d'exposés éducatifs et de participants par type d'activité éducative (OERVSCO q.7.4a)

	Nombre d'exposés	Nombre de participants
<b>Exposés communau-taires</b>	<b>43</b>	<b>1126</b>
2014-15	18	585
2015-16	25	541
<b>Exposés lords de conférences</b>	<b>44</b>	<b>554</b>
2014-15	16	268
2015-16	28	286
<b>Séries sur le VIH</b>	<b>89</b>	<b>1530</b>
2014-15	28	507
2015-16	61	1023

**FIGURE 59** Réunions de développement communautaire, par type (OERVSCO q.7.4b)

	2014-15	2015-16	Total
<b>Réseaux d'hôpitaux/ services locaux</b>	10	47	57
<b>Conférences/événements Opening Doors</b>	26	18	44
<b>Réseau des coordonnateurs de cliniques en VIH</b>	18	23	41
<b>Réseau local de planification sur le VIH</b>	8	12	20

**FIGURE 60** Nombre total de clients ayant eu recours à des services de soutien en 2015-2016

Type de client	Total
Clients existants	10,098
Nouveaux clients	4,489

**FIGURE 61** Qui a utilisé les services de soutien en 2015-2016? (OERVSCO q. 11.1.1)

Catégorie de client	Pourcentage
PVVIH	65%
Affectées	8%
À risque	15%
Autre	12%

**FIGURE 62** Clients accessing support services by client group — 2015-16 (OCHART q. 11.1.1)

	Existants	Nouveaux	Total
<b>PVVIH/sida</b>	7,019	2,505	9,524
<b>Affectés</b>	839	297	1,136
<b>À risque</b>	1,349	889	2,238
<b>Autre</b>	891	798	1,689

**FIGURE 63** Dix principaux services utilisés par les personnes vivant avec le VIH (OERVSCO q. 11.2.1)

	2013-14	2014-15	2015-16
Ateliers/formation/développement des compétences	983	1,035	616
Promotion de la santé/information sur les traitements	1,347	1,224	707
Programmes sans rendez-vous à horaire fixe	1,055	1,074	709
Plaidoyer individuel	1,059	997	1,150
Gestion de cas	2,834	2,267	1,173
Références	1,799	1,600	1,487
Counselling	1,703	1,802	2,153
Admission et/ou évaluation	2,431	2,442	2,609
Programmes alimentaires	2,567	3,266	3,052
Assistance pratique	3,804	3,913	3,056

**FIGURE 64** Cinq principaux services utilisés par les clients affectés (OERVSCO 11.2)

	2014-15	2015-16
Gestion de cas	124	27
Promotion de la santé/information sur les traitements	184	77
Ateliers/formation/développement des compétences	113	187
Counselling pré-/post-test	187	164
Admission et/ou évaluation	254	176
Assistance pratique	288	165
Counselling	432	483
Références	730	990
Programmes sans rendez-vous à horaire fixe	1,095	1,008
Programmes alimentaires	1,113	1,022

**FIGURE 65** Cinq principaux services utilisés par les clients affectés (OERVSCO 11.2.1)

	2013-14	2014-15	2015-16
Gestion de cas	465	422	146
Références	350	265	163
Promotion de la santé/information sur les traitements	351	321	215
Assistance pratique Assistance	916	647	406
Counselling	374	369	410
Programmes alimentaires	776	906	413

**FIGURE 66** Répartition des nouveaux clients vivant avec le VIH qui utilisent des services de soutien, selon le genre (OERVSCO q. 11.1.1)

Sexe/genre	Pourcentage
Femmes	34.48%
Hommes	62.94%
Trans	2.58%

**FIGURE 67** Cinq principaux services utilisés par les femmes trans (OERVSCO q. 11.2.1)

	2013-14	2014-15	2015-16
Gestion de cas	36	32	27
Admission et/ou évaluation	32	55	43
Ateliers/formation/développement des compétences	3	34	45
Counselling	33	37	53
Programmes sans rendez-vous à horaire fixe	76	107	70
Références	45	101	79
Assistance pratique	42	152	155

**FIGURE 68** Cinq principaux services utilisés par les hommes trans (OERVSCO q. 11.2.1)

	2013-14	2014-15	2015-16
Groupes de soutien/retraites	24		
Programmes sans rendez-vous à horaire fixe	10	2	2
Autres	5	2	3
Gestion de cas		4	5
Admission et/ou évaluation	7	9	11
Assistance pratique		8	12
Références		2	14
Counselling	6	6	17

**FIGURE 69** Nombre total de séances de soutien, 2013-2014 – 2015-2016

	2013-14	2014-15	2015-16
Admission et/ou évaluation	6,109	6,178	6,618
Promotion de la santé/information sur les traitements	7,229	8,095	4,880
Visites à domicile et à l'hôpital	5,446	4,098	11,217
Plaidoyer individuel	5,910	6,118	11,884
Logement de soutien	6,724	4,392	16,368
Références	8,965	11,006	9,860
Counselling	24,156	22,532	31,748
Programmes alimentaires	25,400	40,908	30,720
Gestion de case	46,903	47,578	16,025
Assistance pratique	54,284	52,142	17,357
<b>Grand total</b>	<b>191,126</b>	<b>203,047</b>	<b>156,677</b>

**FIGURE 70** Nombre total\* de clients qui ont eu recours à des services de soutien, par type de client et par âge\*\* : 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.3)

Âge	PVVIH/sida	À risque	Affectés	Autre	Grand total
< 14	161	11	296	92	559
15 - 19	86	123	115	124	447
20 - 29	668	519	159	223	1,569
30 - 39	1,523	427	174	209	2,332
40 - 49	1,976	460	150	131	2,716
50 - 59	1,792	391	111	53	2,346
60 - 69	640	133	59	20	851
70 - 79	95	12	15	11	133
80 et plus	87	6	32	7	131
Inconnu	2,502	158	33	811	3,504
<b>Grand total</b>	<b>9,528</b>	<b>2,237</b>	<b>1,141</b>	<b>1,680</b>	<b>14,585</b>

\* Clients nouveaux et maintenus (moyenne)

\*\* Âge non déclaré chez 3 512 clients issus principalement de deux programmes.

**FIGURE 71** Nombre de nouveaux clients par tranche d'âge et par type de client, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.3)

Âge	PVVIH/sida	À risque	Affectés	Autre	Grand total
< 14	4	17	7	40	68
15 - 19	25	27	56	75	183
20 - 29	304	57	214	172	747
30 - 39	461	60	154	143	818
40 - 49	385	47	151	64	647
50 - 59	308	44	115	27	494
60 - 69	94	20	56	8	178
70 - 79	16	4	6	5	31
80 et plus	23	15	3	6	47
Inconnu	897	11	127	257	1,292
<b>Grand total</b>	<b>2,517</b>	<b>302</b>	<b>889</b>	<b>797</b>	<b>4,505</b>

\* Âge non déclaré chez 1 292 clients en 2015-2016 et 1 403 clients en 2014-2015, issus principalement de deux programmes.

**FIGURE 72** Nombre total de nouveaux clients par origine ethnique et par type de client, 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.4)\*

	<b>PVVIH/sida</b>	<b>À risque</b>	<b>Affectés</b>	<b>Autre</b>	<b>Total</b>
<b>Inconnu</b>	<b>645</b>	<b>132</b>	<b>782</b>	<b>107</b>	<b>1,666</b>
2014-15	556	106	579	71	1,312
2015-16	89	26	203	36	354
<b>Blancs/Ouest-Européens</b>	<b>912</b>	<b>107</b>	<b>290</b>	<b>96</b>	<b>1,405</b>
2014-15	426	45	85	52	608
2015-16	486	62	205	44	797
<b>Africains</b>	<b>705</b>	<b>189</b>	<b>217</b>	<b>286</b>	<b>1,397</b>
2014-15	324	144	180	101	749
2015-16	381	45	37	185	648
<b>Autochones</b>	<b>190</b>	<b>24</b>	<b>286</b>	<b>203</b>	<b>703</b>
2014-15	117	7	170	29	323
2015-16	73	17	116	174	380
<b>Hispaniques/Latino-Américains</b>	<b>409</b>	<b>140</b>	<b>115</b>	<b>13</b>	<b>677</b>
2014-15	196	51	44	6	297
2015-16	213	89	71	7	
<b>Caribbean</b>	<b>312</b>	<b>54</b>	<b>111</b>	<b>76</b>	<b>553</b>
2014-15	147	36	78	49	310
2015-16	165	18	33	27	243
<b>Blancs/Est-Européens</b>	<b>280</b>	<b>52</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>413</b>
2014-15	116	6	1	7	130
2015-16	164	46	39	34	283
<b>Est-Asiatiques/Sud-Est Asiatiques</b>	<b>147</b>	<b>15</b>	<b>83</b>	<b>9</b>	<b>254</b>
2014-15	67	6	29	3	105
2015-16	80	9	54	6	149
<b>Sud-Asiatiques</b>	<b>69</b>	<b>15</b>	<b>121</b>	<b>10</b>	<b>215</b>
2014-15	28	4	86	5	123
2015-16	41	11	35	5	92
<b>Moyen-Orientaux-/Arabes</b>	<b>52</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>87</b>
2014-15	22			10	32
2015-16	30	1	13	11	55

**FIGURE 73** Défis rencontrés par les clients (proportions), 2015-2016 (OERVSCO q. 11.1.6)

Défis	Pourcentage moyen
Mono-infection VHC	5%
Handicap développemental	6%
Réfugié/sans statut	8%
Travail du sexe	9%
Incarcération	10%
Parentalité et soin des enfants	14%
Immigrant récent	14%
Coinfection VIH/VHC	16%
Injection de drogue	18%
Handicap physique	18%
Obstacles linguistiques	18%
Manque d'accès services médicaux/médecins	22%
Logement instable/itinérance	28%
Abus sexuels actuels ou passés	28%
Compétences de vie/communication	31%
Autre consommation de drogues/toxicomanie	33%
Racisme/discrimination raciale	33%
Violence actuelle ou passée	37%
Mono-infection VIH	49%
Santé mentale	52%
Insécurité alimentaire	55%
Chômage	63%
Pauvreté	69%
Discrimination/stigmatisation	73%

**FIGURE 74** Nombre de références cliniques et communautaires uniques selon le sexe/genre (hommes et femmes), 2015-2016 (OERVSCO q. 11.2.1b) total

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
<b>Services cliniques</b>	<b>3,435</b>	<b>2,112</b>	<b>5,547</b>
Programmes de jour (aînés, lésion cérébrale)	69	24	93
Programme d'abandon du tabagisme	80	32	112
Santé publique	96	31	127
Clinique/dépistage hépatite C	205	168	373
Dépistage ITS/clinique de santé sexuelle	295	247	542
Établissement de soins de santé/hôpital	397	255	652
Dépistage VIH	354	329	683
Organisme communautaire en santé mentale	504	275	779
Service de counselling	621	338	959
Professionnel de la santé	814	413	1,227
<b>Services communautaires/sociaux</b>	<b>4,091</b>	<b>2,454</b>	<b>6,545</b>
Organisme religieux	57	27	84
Aide juridique	136	77	213
Organisme d'établissement	129	166	295
Soutien à l'emploi	187	117	304
Organisme de services juridiques	257	164	421
Services spécifiques à des populations (femmes, jeunes, Autochtones, etc.)	255	283	538
Autres OLS	476	297	773
Services en toxicomanie/réduction des méfaites	559	273	832
Banque alimentaire communautaire	550	341	891
Fournisseur de logement	706	328	1,034
Service social (y compris AE, Ontario au travail et POSPH)	779	381	1,160

**FIGURE 75** Nombre de références cliniques et communautaires uniques selon le sexe/genre (hommes trans et femmes trans) (OERVSCO q. 11.2.1b)

	Hommes trans	Femmes trans	Total
<b>Services cliniques</b>	<b>51</b>	<b>280</b>	<b>331</b>
Établissement de soins de santé/hôpital	4	12	16
Professionnel de la santé	8	14	22
Organisme communautaire en santé mentale	7	22	29
Service de counselling	10	22	32
Clinique/Dépistage hépatite C	7	59	66
Dépistage VIH	8	67	75
Dépistage ITS/Clinique de santé sexuelle	7	84	91
<b>Services communautaires/sociaux</b>	<b>25</b>	<b>177</b>	<b>202</b>
Aide juridique	2	3	5
Organisme de services juridiques	1	4	5
Organisme d'établissement	2	6	8
Soutien à l'emploi		13	13
Banque alimentaire communautaire	3	18	21
Services en toxicomanie/réduction des méfaits	3	19	22
Fournisseur de logement	1	23	24
Service social (y compris AE, Ontario au travail et POSPH)	5	20	25
Autre OLS	8	22	30
Services spécifiques à des populations (femmes, jeunes, Autochtones, etc.)		49	49

**FIGURE 76** Nombre d'exposés et séances, par type, 2015-2016 (OERVSCO q. 14.1a)

	Mentorat/ coaching	Renforcement des capacités	ÉAC	Total
<b>Programmes généraux de capacité</b>	1,381	1,047	267	2,695
<b>Programmes généraux de capacité Programmes spécifiques à des populations</b>	89	302	102	493

**FIGURE 77** Nombre d'événements de renforcement des capacités, par point de mire et organisme (OERVSCO q. 14.1.a)

	Tous les autres org.	Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario	Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais	Committee for Accessible AIDS Treatment	Initiative femmes et VIH/sida	Total
<b>Autre</b>	<b>464</b>	<b>14</b>	<b>66</b>	<b>61</b>	<b>4</b>	<b>609</b>
2014-15	254	8	34	32	4	332
2015-16	210	6	32	29		277
<b>Composer avec deuil et perte</b>	<b>514</b>			<b>3</b>		<b>517</b>
2014-15	261			3		264
2015-16	253					253
<b>Renforcement capacités</b>	<b>278</b>	<b>2</b>	<b>47</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>369</b>
2014-15	141		3	23	2	169
2015-16	137	2	44	7	10	200
<b>Formation leadership</b>	<b>192</b>		<b>1</b>			<b>193</b>
2014-15	27					27
2015-16	165		1			166
<b>Questions ressources humaines</b>	<b>183</b>					<b>183</b>
2014-15	90					90
2015-16	93					93
<b>Leadership pour le changement</b>	<b>179</b>			<b>1</b>	<b>3</b>	<b>183</b>
2014-15	23			1		24
2015-16	156				3	159
<b>Formation spécifique VIH</b>	<b>122</b>		<b>12</b>	<b>27</b>		<b>161</b>
2014-15	68		11	21		100
2015-16	54		1	6		61
<b>Développement organisationnel</b>	<b>112</b>		<b>1</b>	<b>1</b>		<b>114</b>
2014-15	21			1		22
2015-16	91		1			92
<b>GIPA/MIPA</b>	<b>65</b>			<b>3</b>		<b>68</b>
2014-15						56
2015-16	10			2		12
<b>Sexualité saine</b>			<b>65</b>	<b>1</b>		<b>66</b>
2014-15			59	1		60
2015-16			6			6

	Tous les autres org.	Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario	Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais	Committee for Accessible AIDS Treatment	Initiative femmes et VIH/sida	Total
<b>VIH et accès aux services d'immigration</b>				<b>50</b>		<b>50</b>
2014-15				23		23
2015-16				27		27
<b>Réduction méfaits/-consommation</b>	<b>38</b>			<b>10</b>		<b>48</b>
2014-15	25					25
2015-16	13			10		23
<b>Déterminants sociaux de la santé</b>	<b>2</b>		<b>3</b>	<b>39</b>		<b>44</b>
2014-15	2			17		19
2015-16			3	22		25
<b>Dévoilement et enjeux juridiques</b>	<b>25</b>	<b>1</b>		<b>1</b>		<b>27</b>
2014-15	8	1				9
2015-16	17			1		18
<b>Limites</b>	<b>15</b>			<b>7</b>		<b>22</b>
2014-15	15			6		21
2015-16				1		1
<b>Dissémination de recherches</b>	<b>2</b>		<b>12</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>22</b>
2014-15	2		1	1	1	5
2015-16			11	4	2	17
<b>Politiques</b>	<b>3</b>			<b>12</b>		<b>15</b>
2014-15	1					1
2015-16	2			12		14
<b>Anti-racisme/oppression</b>	<b>7</b>				<b>1</b>	<b>8</b>
2014-15					1	1
2015-16	7					7

**FIGURE 78** Exposés de renforcement des capacités et participants (OERVSCO q. 14.1a)

	Nombre total d'exposés	Nombre total de participants
<b>Tous les autres organismes</b>	<b>2695</b>	<b>27241</b>
2012	592	7334
2013	752	8874
2014	564	6227
2015	787	4806
<b>Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario</b>	<b>54</b>	
2012	19	346
2013	20	408
2014	9	130
2015	6	72
<b>Committee for Accessible AIDS Treatment</b>	<b>230</b>	<b>2734</b>
2013	92	642
2014	71	1016
2015	67	1076
<b>Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais</b>	<b>185</b>	<b>2168</b>
2012	29	697
2013	29	917
2014	75	193
2015	52	361
<b>Initiative femmes et VIH/sida</b>	<b>24</b>	<b>396</b>
2013	4	156
2014	8	111
2015	12	129

**FIGURE 79** Nombre de recherches, par population prioritaire (OERVSCO q. 6.5b)

	Études financées	Études/projets ont été complétés
<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	<b>100</b>	<b>29</b>
2014-15	57	7
2015-16	43	22
<b>Gais/bisexuels/HRSH</b>	<b>48</b>	<b>13</b>
2014-15	26	4
2015-16	22	9
<b>Personnes africaines, caraïbéennes et noires</b>	<b>24</b>	<b>1</b>
2014-15	10	0
2015-16	14	1
<b>Personnes consommant des drogues</b>	<b>23</b>	<b>11</b>
2014-15	13	4
2015-16	10	7
<b>Femmes à risque</b>	<b>13</b>	<b>7</b>
2014-15	7	4
2015-16	6	3
<b>Personnes autochones</b>	<b>10</b>	<b>3</b>
2014-15	5	2
2015-16	5	1

**FIGURE 80** Contributions de PVVIH à des recherches, par rôle (OERVSCO q. 6.5d)\)

	Chercheur	Employé de recherche/ projet	Collaborateur	Membre de comité consultatif communautaire	Autre	Total
<b>2014-15</b>	31%	20%	20%	23%	7%	<b>100%</b>
<b>2015-16</b>	43%	20%	20%	11%	7%	<b>100%</b>

**FIGURE 81** Utilisations faites des données de l'ÉCO

	2014-15	2015-16
Revue des données (à l'interne)	4	7
Nombre d'exposés par des employés de l'ÉCO	21	28
Nombre de propositions de projets reçues	7	3
Nombre de publications contenant des données de l'ÉCO	6	18
Propositions de projets approuvées	4	3
Études complétées à l'aide de liens à l'ICES (à l'interne)	0	0

**FIGURE 82** Formations de l'OERVSCO et d'OCASE en 2015-16 (OERVSCO 6.7a)

	Séances de formation	Personnes formées
OERVSCO	38	229
OCASE	89	173

**FIGURE 83** Demandes d'analyse de données à l'OERVSCO et à l'OCASE en 2015-16

	Data requests
OERVSCO	43
OCASE	152

**FIGURE 84** Nombres d'exposés et de participants, par thème d'exposé, 2014-2015 (OERVSCO q. 6.1a)

	Nombre d'exposés	Nombre de participants
<b>Soins et traitements</b>	<b>41</b>	<b>1366</b>
2014-15	30	1078
2015-16	11	288
<b>Processus et conclusions de recherche</b>	<b>36</b>	<b>1069</b>
2014-15	18	534
2015-16	18	535
<b>Déterminants sociaux de la santé</b>	<b>13</b>	<b>764</b>
2014-15	5	438
2015-16	8	326
<b>Systemes de santé</b>	<b>12</b>	<b>434</b>
2014-15	5	277
2015-16	7	157
<b>Prévention du VIH</b>	<b>10</b>	<b>795</b>
2014-15	5	545
2015-16	5	250
<b>Dépistage et diagnostic</b>	<b>8</b>	<b>320</b>
2014-15	4	180
2015-16	4	140

**FIGURE 85** Nombre de réunions de développement communautaire, par bailleur de fonds (OERVSCO q. 9.5 et 13.7 et 14.4)

	Autre financement	PACS	Total
<b>Éducation à la prévention</b>	<b>18,362</b>	<b>2,862</b>	<b>21,224</b>
2013-14	6,444	1,128	7,572
2014-15	6,173	1,038	7,211
2015-16	5,745	696	6,441
<b>UDI</b>	<b>23,247</b>	<b>763</b>	<b>24,010</b>
2013-14	5,831	204	6,035
2014-15	7,791	448	8,239
2015-16	9,625	111	9,736
<b>Programmes renforcement capacités</b>	<b>1,448</b>	<b>267</b>	<b>1,715</b>
2013-14	495	91	586
2014-15	535	93	628
2015-16	418	83	501

**FIGURE 86** Cinq principaux types de réunions de développement communautaire, par but et bailleur de fonds (OERVSCO q. 9.5)

	Autre financement	PACS	Total
<b>Réunion coalition/réseau</b>	<b>4,220</b>	<b>664</b>	<b>4,884</b>
2013-14	1,503	269	1,772
2014-15	1,507	233	1,740
2015-16	1,210	162	1,372
<b>Planif. événement communautaire</b>	<b>3,108</b>	<b>477</b>	<b>3,585</b>
2013-14	1,033	164	1,197
2014-15	1,006	164	1,170
2015-16	1,069	149	1,218
<b>Partage d'info générale</b>	<b>2,668</b>	<b>368</b>	<b>3,036</b>
2013-14	971	124	1,095
2014-15	882	136	1,018
2015-16	815	108	923
<b>Réunion consultative/conseil</b>	<b>2,368</b>	<b>432</b>	<b>2,800</b>
2013-14	849	174	1,023
2014-15	863	143	1,006
2015-16	656	115	771
<b>Dévelop. nouveau partenariat/relation</b>	<b>2,268</b>	<b>400</b>	<b>2,668</b>
2013-14	821	202	1,023
2014-15	692	130	822
2015-16	755	68	823

**FIGURE 87** Réunions de développement communautaire (trois principaux types), par but et par rôle des travailleurs (OERVSCO q. 9.5)

	Réunion coalition/réseau	Planif. événement communautaire	Partage info. générale	Réunion consultative/conseil	Dév. nouveau partenariat/relation	Amélio. fourniture services
<b>Autre</b>	491	596	377			
<b>Dir. généré./gestionn. progr.</b>	388			296		283
<b>Membre RPP IFVS</b>	315	276	265			
<b>Membre RPP CACVO</b>		77		86	62	

**FIGURE 88** Contacts de développement communautaire UDI, par type d'organisme, 2015-2016 (OERVSCO 13.8)

	2014-15	2015-16
Écoles	158	130
Systèmes communautaires/politiques	159	150
Chercheurs	192	134
Système justice criminelle	381	203
Organismes de la base	396	329
Réseaux d'utilisateurs	651	511
Services spécifiques à des populations	791	1,182
Services en dépendance et réd. des méfaits	1,398	1,905
Services pratiques et soutien social	1,285	2,092
Services de santé	1,783	2,063

**FIGURE 89** Ont signalé des taux d'hépatite C selon l'âge et le sexe, Ontario, 2015

	<1	01-04	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
<b>Count femme</b>	6	8	57	180	222	347	228	302	168	93
<b>Count mâle</b>	3	10	30	212	328	534	453	635	360	71
<b>Taux féminin</b>	8.5	0.8	14.0	37.8	46.6	37.1	23.8	28.8	20.8	11.0
<b>Taux masculin</b>	4.0	0.9	6.9	42.6	70.2	60.3	48.7	61.3	47.8	10.9
<b>Taux global</b>	6.2	0.9	10.4	40.2	58.3	48.4	36.1	45.0	33.8	11.0

**FIGURE 90** Cas et taux déclarés d'hépatite C

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Ontario compte</b>	4532	4189	4191	4185	4214	4263
<b>Taux Ontario</b>	34.5	31.6	31.2	30.9	31.1	30.9
<b>Taux Canada</b>	31.1	28.9	29.3	29.6	29.4	

**FIGURE 91** Reported rates of hepatitis C by public health unit of residence: Ontario 2014

Bureaux de Santé	Taux par 100 000	Bureaux de Santé	Taux par 100 000
Nord-Ouest	96.1 - 123.3	Peel	14.1 - 41.4
Thunder bay	96.1 - 123.3	HAL Halton	14.1 - 41.4
Porcupine	14.1 - 41.4	HAM Hamilton	14.1 - 41.4
Algoma	41.5 - 68.7	BRN Brantford	14.1 - 41.4
Sudbury	68.8 - 96.0	WAT Waterloo	14.1 - 41.4
TSK Témiskamingue	41.5 - 68.7	WDG Wellington-Dufferin Guelph	14.1 - 41.4
NPS North Bay Parry Sound	41.5 - 68.7	Grey Bruce	14.1 - 41.4
l'Est de l'Ontario	14.1 - 41.4	Huron	14.1 - 41.4
Ottawa	14.1 - 41.4	Perth	14.1 - 41.4
Leeds-Grenville	14.1 - 41.4	NIA Niagara	41.5 - 68.7
Renfrew	14.1 - 41.4	HDN Haldimand-Norfolk	41.5 - 68.7
Kingston	41.5 - 68.7	Oxford	41.5 - 68.7
Hastings-Prince Edward	14.1 - 41.4	Middlesex-London	41.5 - 68.7
HKPR Haliburton-Kawartha Pine Ridge	41.5 - 68.7	ELG Elgin-St. Thomas	14.1 - 41.4
Peterborough	41.5 - 68.7	Lambton	68.8 - 96.0
Simcoe-Muskoka	14.1 - 41.4	Chatham-Kent	41.5 - 68.7
YRK Région de York	14.1 - 41.4	WEC Windsor-Essex	14.1 - 41.4
Durham	14.1 - 41.4		
TOR Toronto	14.1 - 41.4		

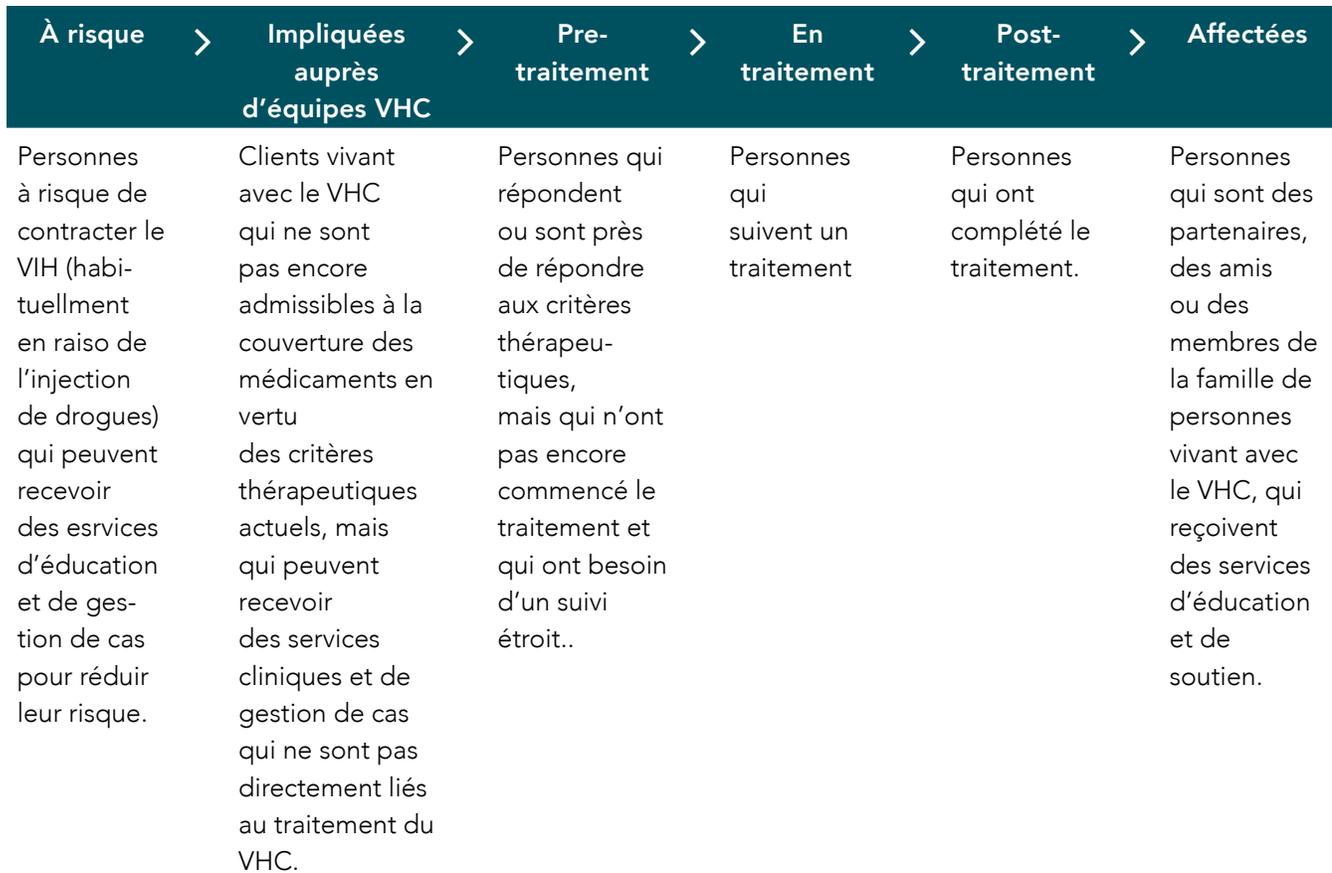
**FIGURE 92** Postes financés en hépatite C, selon le rôle, 2015-2016 (M2 seulement), arrondis

Positions by role	Total
Administration/finances/TIC	7
Direction générale/haute direction	2
Prévention/éducation/proximité/développement	24
Soutien/soins cliniques	49
Autres	2

**FIGURE 93** Nombre total de nouveaux clients servis selon le sexe/genre et le type de client, 2013-2014 – 2015-2016

	Hommes	Trans	Femmes trans	Hommes trans
<b>VIVANT</b>				
<b>Nouveau</b>				
2013-14	999	566	11	0
2014-15	1,208	657	6	0
2015-16	1,462	849	7	<5
<b>Actifs</b>				
2013-14	1,113	563	10	<5
2014-15	1,238	757	<5	0
2015-16	1,265	719	6	<5
<b>À RISQUE</b>				
<b>Nouveau</b>				
2013-14	543	330	<5	<5
2014-15	752	479	7	<5
2015-16	844	635	5	<5
<b>Actifs</b>				
2013-14	339	205	<5	<5
2014-15	176	152	9	<5
2015-16	205	170	<5	5
<b>AFFECTÉS</b>				
<b>Nouveau</b>				
2013-14	127	103	0	0
2014-15	103	130	<5	0
2015-16	181	142	<5	0
<b>Actifs</b>				
2013-14	152	102	0	0
2014-15	125	126	<5	0
2015-16	235	140	<5	0

**FIGURE 94** Continuum de la Prévention, de l'Engagement et des Soins du VHC



**FIGURE 95** Nombre total de nouveaux clients servis selon le sexe/genre (femme/homme) et le type de client, 2013-2014 – 2015-2016

	Hommes	Femmes	Femmes trans	Hommes trans
<b>Vivant</b>				
2013-14	999	566	11	0
2014-15	1208	657	6	0
2015-16	1462	849	7	<5
<b>À risque</b>				
2013-14	543	330	4	<5
2014-15	752	479	7	<5
2015-16	844	635	5	<5
<b>Affectés</b>				
2013-14	127	103	0	0
2014-15	103	130	<5	0
2015-16	181	142	<5	0

Nombres total des clients: 6,883 • Nombre total de clients trans: 100

**FIGURE 96** Clients en VHC selon le sexe/genre, le type de client et la région, 2015-2016

	Femmes	Hommes
<b>Services provinciaux</b>	<b>2</b>	<b>24</b>
À risque		5
Vivant avec le VHC	2	19
<b>Toronto</b>	<b>186</b>	<b>425</b>
Affectés	12	29
À risque	28	24
Vivant avec le VHC	147	372
<b>Sud-Ouest</b>	<b>237</b>	<b>457</b>
Affectés	7	9
À risque	72	130
Vivant avec le VHC	158	318
<b>Ottawa &amp; Est</b>	<b>366</b>	<b>643</b>
Affectés	48	47
À risque	6	91
Vivant avec le VHC	313	505
<b>Nord</b>	<b>549</b>	<b>677</b>
Affectés	12	11
À risque	239	249
Vivant avec le VHC	298	417
<b>Centre-Est</b>	<b>604</b>	<b>698</b>
Affectés	169	183
À risque	183	176
Vivant avec le VHC	253	340
<b>Centre-Ouest</b>	<b>712</b>	<b>1,269</b>
Affectés	78	94
À risque	236	419
Vivant avec le VHC	399	757

**FIGURE 97** Contacts de proximité selon l'emplacement (OERVSCO q. 15.4a)

	2013-14	2014-15	2015-16
Banques alimentaires/soupes populaire	3,864	4,340	4,530
OLS	1,867	2,729	4,179
Proximité de rue - parcs, ruelles...	2,300	2,670	3,190
Cliniques/Centres de santé	1,955	1,764	2,672
Centres sans rendez-vous	2,495	2,533	2,195
Programme toxicomanie (résidentiels/jour)	2,769	2,208	1,956
Refuges	2,262	1,950	1,915
Rencontres sociales	1,958	3,786	1,771
Établissements correctionnels	3,431	2,344	1,593
Services mobiles	535	1,007	729
Cliniques entretien méthadone	1,521	1,539	715
Services santé mentale	438	393	372
Pharmacies	49	74	236
Autre	3,572	2,544	3,368

**FIGURE 98** Contacts de proximité selon la région et l'emplacement (OERVSCO q.15.4a\*)

	Organismes/ événements communautaires	Services cliniques	Autre	Services mobiles
<b>Centre-Est</b>	<b>1527</b>	<b>677</b>	<b>2571</b>	<b>1581</b>
2013-14	302	165	928	1193
2014-15	697	353	244	286
2015-16	528	159	1399	102
<b>Centre-Ouest</b>	<b>13525</b>	<b>6188</b>	<b>5441</b>	<b>3463</b>
2013-14	3825	1843	2699	733
2014-15	4704	1901	1224	1580
2015-16	4996	2444	1518	1150
<b>Nord</b>	<b>5394</b>	<b>2359</b>	<b>2006</b>	<b>3315</b>
2013-14	2414	1086	607	645
2014-15	1781	719	768	915
2015-16	1199	554	631	1755
<b>Ottawa &amp; Est</b>	<b>5161</b>	<b>4245</b>	<b>4975</b>	<b>246</b>
2013-14	2416	1696	2172	50
2014-15	2188	1555	1831	62
2015-16	557	994	972	134

	Organismes/ événements communautaires	Services cliniques	Autre	Services mobiles
<b>Sud-Ouest</b>	<b>17034</b>	<b>2648</b>	<b>920</b>	<b>1178</b>
2013-14	3687	1065	146	214
2014-15	5930	519	421	364
2015-16	7417	1064	353	600
<b>Toronto</b>	<b>935</b>	<b>1317</b>	<b>506</b>	<b>648</b>
2013-14	240	439	96	
2014-15	431	514	350	470
2015-16	264	364	60	178

\* Voir l'Appendice A pour les groupements de catégories

**FIGURE 99** Cinq principaux sujets d'éducation, 2015-2016 (OERVSCO q. 15.4c)

Sujets d'exposés	2013-14	2014-15	2015-16
Stigmatisation & discrimination	55	148	58
Dépistage	144	224	316
Vivre avec le VHC	156	252	91
Traitement de l'hépatite C	182	273	567
Réduction des méfaits/consommation plus sécuritaire de drogues	349	408	313

**FIGURE 100** Nombre de pairs impliqués dans la fourniture de services en VHC, 2014-2015 (OERVSCO q. 15.4d)

Activité	2014-15	2015-16
Éducation individuelle à l'interne	21	16
Mise en œuvre - campagne de sensibilisation	44	46
Planification - campagne de sensibilisation	34	26
Réunions de développement communautaire	19	11
Exposés lors de conférences	8	7
Proximité en personne	35	31
Ateliers plus longs/séries d'ateliers	13	8
Participation à l'animation de groupe	38	32
Membre Conseil consultatif de patients	18	15
Développement de ressources	39	16
Distribution de ressources	51	38
Exposés éducatifs courts/uniques	28	17

**FIGURE 101** Proportion de clients recevant des services cliniques et de gestion de cas selon le groupe de clientèle, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)

	Année financière	À risque	Impliqués dans un équipe VHC	Pré-traitement	En traitement	Post traitement
<b>Gestion de cas</b>	2013-14	12%	55%	19%	10%	4%
	2014-15	13%	43%	31%	9%	3%
	2015-16	13%	37%	30%	14%	5%
<b>Clinique</b>	2013-14	11%	47%	28%	8%	5%
	2014-15	21%	39%	29%	7%	4%
	2015-16	22%	33%	28%	11%	6%

**FIGURE 102** Nombre total de dossiers selon le stade de traitement et la période de déclaration, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 15.1f)

	Pré-traitement	En traitement	Post traitement
<b>2013-14</b>	<b>2,679</b>	<b>693</b>	<b>655</b>
H1	1,393	372	323
H2	1,286	321	332
<b>2014-15</b>	<b>3,172</b>	<b>557</b>	<b>488</b>
H1	1,512	279	236
H2	1,660	278	252
<b>2015-16</b>	<b>3,328</b>	<b>1,331</b>	<b>1,210</b>
H1	1,690	614	543
H2	1,638	717	667

**FIGURE 103** Services de gestion de cas utilisés selon le groupe de clientèle, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)

	Année financière	À risque	Vivant avec le VHC	Pré-traitement	En traitement	Post traitement
Formulaires	2014-15	6%	29%	39%	23%	3%
	2015-16	8%	30%	37%	20%	5%
Accompagnement rz-vs/labo	2014-15	12%	43%	31%	9%	5%
	2015-16	21%	41%	24%	9%	6%
Plaidoyer individuel	2014-15	13%	49%	29%	6%	3%
	2015-16	12%	39%	31%	11%	6%
Assistance pratique	2014-15	16%	46%	26%	8%	3%
	2015-16	17%	39%	23%	14%	7%
Références	2014-15	17%	45%	32%	4%	1%
	2015-16	11%	39%	33%	13%	4%

**FIGURE I04** Utilisation des services par les clients affectés selon le sexe/genre, 2013-2014 –2015-2016 (OERVSCO q. 15.1f)

	Femmes	Hommes
<b>Counselling/soutien</b>	<b>456</b>	<b>465</b>
2013-14	172	176
2014-15	151	140
2015-16	134	150
<b>Formulaires</b>	<b>163</b>	<b>303</b>
2013-14	60	99
2014-15	46	68
2015-16	58	136
<b>Références</b>	<b>179</b>	<b>241</b>
2013-14	76	99
2014-15	39	42
2015-16	64	100
<b>Assistance pratique</b>	<b>158</b>	<b>224</b>
2013-14	78	104
2014-15	42	46
2015-16	38	75
<b>Plaidoyer individuel</b>	<b>133</b>	<b>190</b>
2013-14	66	91
2014-15	31	34
2015-16	36	66

**FIGURE 105** Services cliniques utilisés selon le groupe de clientèle, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)

	Enseign. santé/info traitements	Analyses sanguines	Admission et/ou évaluation	Counseling/soutien	Suivi	Counseling pré-/post-test	Groupes de soutien traitement	Vaccination
<b>Impliqués dans un équipe HCV</b>	<b>20%</b>	<b>16%</b>	<b>16%</b>	<b>15%</b>	<b>16%</b>	<b>10%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>
2013	17%	16%	13%	15%	16%	12%	5%	6%
2014	19%	15%	18%	19%	15%	8%	4%	2%
2015	23%	18%	16%	12%	16%	10%	2%	2%
<b>À risque</b>	<b>22%</b>	<b>23%</b>	<b>14%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>21%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>
2013	25%	16%	18%	12%	9%	15%	4%	1%
2014	24%	21%	15%	9%	9%	17%	2%	2%
2015	19%	26%	11%	8%	9%	25%	0%	1%
<b>Pré-traitement</b>	<b>20%</b>	<b>17%</b>	<b>18%</b>	<b>12%</b>	<b>15%</b>	<b>12%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>
2013	20%	15%	15%	13%	15%	16%	3%	2%
2014	21%	15%	17%	13%	15%	11%	3%	5%
2015	20%	19%	20%	11%	15%	10%	2%	2%
<b>En traitement</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>7%</b>	<b>13%</b>	<b>25%</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>
2013	19%	14%	7%	14%	35%	6%	3%	2%
2014	22%	23%	8%	15%	18%	8%	3%	4%
2015	19%	25%	7%	11%	22%	9%	3%	3%
<b>Post-traitement</b>	<b>20%</b>	<b>22%</b>	<b>6%</b>	<b>13%</b>	<b>23%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>2%</b>
2013	20%	20%	7%	18%	20%	9%	6%	2%
2014	24%	23%	4%	10%	25%	8%	4%	2%
2015	17%	24%	5%	12%	24%	11%	4%	2%

**FIGURE I06** Proportion d'utilisation des services cliniques, 2015-2016 (OERVSCO q. 151f)

	2015-16
Counselling pré-/post-test	10%
Groupes de soutien traitements	2%
Analyses sanguines	18%
Counselling/soutien	12%
Suivi	16%
Enseign.santé /info traitements	23%
Admission et/ou évaluation	16%
Clinical vaccinations	2%

**FIGURE I07** Number of clients tested by diagnostic test type (OCHART q. 15.2a)

	Nouveaux	Répétés
<b>Dépistage VHB (anticorps/antigène)</b>	<b>4,454</b>	<b>379</b>
2013-14	1,391	93
2014-15	1,241	153
2015-16	1,822	134
<b>Dépistage anticorps VHC</b>	<b>4,964</b>	<b>566</b>
2013-14	1,136	96
2014-15	1,417	240
2015-16	2,411	231
<b>Dépistage VHB (anticorps/antigène)</b>	<b>4,541</b>	<b>1,506</b>
2013-14	1,481	302
2014-15	1,275	459
2015-16	1,785	745
<b>Dépistage anticorps VIH</b>	<b>5,066</b>	<b>451</b>
2013-14	1,518	116
2014-15	1,483	181
2015-16	2,065	155

**FIGURE I08** Nombre de fibroscans et de fibrotests selon le type de client, 2014-2015 – 2015-2016 (OERVSCO q.15.2a)

	Nouveau	Répétés
<b>2014-15</b>	<b>1,115</b>	<b>487</b>
Nombre total de fibroscans	848	380
Nombre total de fibrotests	267	108
<b>2015-16</b>	<b>1,479</b>	<b>656</b>
Nombre total de fibroscans	1,221	575
Nombre total de fibrotests	258	81

**FIGURE I09** Résultats du traitement, 2013-2014 – 2015-2016 (OERVSCO 15.3b & 15.3c)

	2013-14	2014-15	2015-16
Impliqués équipe VHC	3,263	3,869	4,310
Éliminé le virus	252	278	598
Pré-traitement	2,681	3,172	3,328
Traitement amorcé	689	557	1,331
Traitement terminé	631	488	1,210
Abandon	88	54	66

**FIGURE I10** Raisons pour lesquelles des clients ne reçoivent pas de traitement, 2013-2014– 2015-2016 (OERVSCO q. 15.3c)

	2013-14	2014-15	2015-16
Non admissibles PAE/assu. médic.	199	432	688
Perdus au suivi	420	221	96
Report éclairé		180	65
Instabilité médicale	108	90	86
Grossesse	11	16	6
Instabilité sociale	213	117	33
Autre	202	472	107

**FIGURE I11** Raisons des interruptions de traitement (OERVSCO 15.3b)

	2013-14	2014-15	2015-16
Effets secondaires	36	15	14
Autre	30	11	7
Perdus au suivi	3	11	21
Instabilité médicale	10	9	14
Décès	1	4	9
Manifestation psychiatrique	8	4	1



OERVSCO



ONTARIO  
HIV TREATMENT  
NETWORK



Ontario