OCRSO

Perspectives des services de première ligne 2011

Sommaire et analyse annuels
des données fournies par les organismes

1er avril 2010 au 31 mars 2011

Projet mené en collaboration par le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et le Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence de la santé publique du Canada

Ontario
Ontario Ministry of Health and Long Term Care
Ministère de la santé des soins longue durée de l'Ontario

Public Health Agency of Canada
Agence de la santé publique du Canada

OHTN

PERSPECTIVES DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

2011

REMERCIEMENTS

Le Bureau de lutte contre le sida et le Bureau régional (BR) de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) aimeraient remercier les organismes qui leur ont fourni les données utilisées dans ce rapport. Il faut du temps pour recueillir les données et pour remplir les formulaires de l'Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes (OCRSO); aussi, les bailleurs de fonds apprécient-ils l'attention que les organismes et leur personnel y ont consacrée. Le Bureau de lutte contre le sida et le BR de l'Ontario et du Nunavut de l'ASPC tiennent également à remercier tous les intervenants qui ont contribué à améliorer les questions et la précision des données d'OCRSO.

En outre, le Bureau de lutte contre le sida et le BR de l'Ontario et du Nunavut de l'ASPC aimeraient remercier le Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV) pour son appui à l'égard de OCRSO. Le Réseau a notamment élaboré l'outil OCRSO en ligne, fourni une formation et un soutien continus aux organismes sur l'utilisation d'OCRSO, et stocké, extrait et analysé les données utilisées dans le présent rapport.

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

Greg Mitchell
416-642-6486 x2303
gmitchell@ohtn.on.ca

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

Anita Fervaha
Consultante en programmes, Programme d'action communautaire sur le sida, Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence de la santé publique du Canada

Suzanne Hindmarch
Consultante en évaluation, Programme d'action communautaire sur le sida, Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence de la santé publique du Canada

Len Lopez
Consultant en programmes, Programme d'action communautaire sur le sida, Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence de la santé publique du Canada

Jean Bacon
Directrice, Politiques et Échange et transfert des connaissances, Réseau ontarien de traitement du VIH

Charles Shamess
Directeur, Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique, Réseau ontarien de traitement du VIH

Greg Mitchell
Gestionnaire, OCRSO

Michelle Song
Analyste de données, OCRSO

PRÉFACE

Nous sommes heureux de vous présenter le 6e rapport annuel d'OCRSO (Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes) : **Perspectives des services de première ligne**.

Les organismes d'action communautaire sur le VIH/sida qui reçoivent du financement du Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS), du Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence de la santé publique du Canada, sont tenus de remplir OCRSO en ligne, deux fois par année. Les organismes qui reçoivent du financement du PACS doivent également remplir un modèle logique en ligne qui est lié à OCRSO.

Les données et les renseignements fournis à l'aide d'OCRSO procurent aux bailleurs de fonds les renseignements dont ils ont besoin pour :

- rendre des comptes concernant l'utilisation des ressources publiques
- examiner la gamme de services offerts
- relever les nouveaux enjeux et les tendances
- orienter la planification.

Les analyses de données et les rapports fournissent également aux organismes d'action communautaire des informations à propos des services, des tendances et des besoins des clients qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services existants et en planifier de nouveaux.

EN QUOI LE RAPPORT DE CETTE ANNÉE EST-IL DIFFÉRENT?

1. LES PRINCIPAUX CHANGEMENTS ET LES TENDANCES ONT ÉTÉ MIS EN RELIEF

Les rapports précédents contenaient des données sur presque toutes les questions d'OCRSO. Cette année, seules les données qui indiquent des changements importants ou des tendances sont présentées. Cependant, les données sur toutes les questions d'OCRSO seront disponibles dans un document séparé sur le site Web d'OCRSO.

2. NOUS AVONS MIS L'ACCENT SUR LES RÉSULTATS DE NOS ACTIVITÉS

Dans les rapports précédents, les données étaient présentées dans le même ordre que les questions d'OCRSO. Ce mode de présentation permettait d'établir facilement la correspondance entre les questions d'OCRSO et les données résultantes, mais il rendait plus difficile de comprendre comment les activités contribuaient à l'atteinte des objectifs communs.

Dans le rapport de cette année, nous avons organisé les données de manière à refléter les activités que les organismes financés réalisent pour atteindre nos objectifs communs, tels qu'illustrés dans le modèle logique qui est une synthèse des modèles logiques des programmes de financement du Bureau de lutte contre le sida et du PACS.

Cette nouvelle structure renforce la manière dont différentes activités contribuent à l'atteinte d'un ou de plusieurs objectifs. Elle nous permet également de s'éloigner du simple établissement de rapports sur les activités (extrants) pour comprendre et évaluer plutôt l'incidence de ces activités (résultats).
Pour l'exercice 2010-2011, les données d'OCRSO sont présentées selon les quatre résultats prévus de nos activités :

- améliorer les connaissances et la sensibilisation
- accroître l'accès aux services
- renforcer les capacités individuelles, organisationnelles et communautaires
- améliorer la coordination et la collaboration.

SYNTHESIZED LOGIC MODEL FOR COMMUNITY-BASED HIV/AIDS FUNDING PROGRAMS IN ONTARIO

RÉSULTATS À LONG TERME

- **Prévention de la transmission du VIH**
- **Amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida ou touchées par cette maladie**
- **Renforcement de la capacité des communautés à apporter du soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida ou touchées par cette maladie**

Avec le temps, en combinaison avec les activités réalisées dans plusieurs autres secteurs et sous l'influence de facteurs environnementaux et structuraux, les facteurs ci-dessous contribuent à l'atteinte des résultats à long terme.

RÉSULTATS À MOYEN TERME

- **Augmentation des comportements plus sains** (y compris des pratiques de réduction des méfaits)
- **Réduction des stigmates et de la discrimination**
- **Augmentation de la participation et de l'inclusion**

Tous les résultats à court terme contribuent collectivement, dans le contexte d'autres incidences, à l'atteinte des résultats à moyen terme

RÉSULTATS À COURT TERME

- **Amélioration des connaissances et de la sensibilisation**
- **Amélioration de l'accès aux services**
- **Renforcement des capacités individuelles, organisationnelles et communautaires**
- **Amélioration de la coordination et de la collaboration**

EXTRANTS DES ORGANISMES

Toutes les activités devraient prendre en compte les principes GIPA/ MIPA, tant pour les personnes vivants avec le VIH/sida (PVAS) et d'autres personnes touchées par cette maladie

Programmes et activités d'éducation et de prévention:

- Ateliers et présentations
- Prise de contact
- Campagnes de sensibilisation
- Couverture médiatique
- Matériel et activités d'éducation
- Services destinés aux UDI et aux toxicomanes
- Matériel et activités pour les programmes de réduction des méfaits et de pratiques sexuelles protégées

Soins et soutien des PVAS et activités et programmes de promotion de la santé:

- Programmes de soutien
- Ressources pour les PVAS et les populations prioritaires
- Activités d'éducation, de leadership et de renforcement des capacités pour les PVAS
- Prise de contact avec les groupes à risque
- Aiguillage

Activités et programmes de renforcement des capacités organisationnelles et communautaires:

- Services et ressources en développement organisationnel
- Formation du personnel
- Activités et programmes destinés aux bénévoles
- Activités de gouvernance et de gestion
- Activités des ressources provinciales
- Participation des populations prioritaires
- Activités d'évaluation

Mécanismes et pratiques en matière de coordination et d'échange des connaissances:

- Partenariats/ collaborations
- Réunions de développement communautaire
- Réunions interorganismes
- Recherches en milieu communautaire
- Activités de transfert et d'échange des connaissances

EXPLICATION DU MODÈLE LOGIQUE

L'ASPC a toujours utilisé des modèles logiques pour expliquer la relation entre les principales activités, les extrants et les résultats attendus relatifs au financement des organismes d'action communautaire sur le VIH. À la suite de l'élaboration récente d'un modèle logique pour le programme de financement du Bureau de lutte contre le sida, une synthèse des modèles logiques a été mise au point. Cette synthèse combine les principaux éléments des modèles logiques du Bureau de lutte contre le sida et de l'ASPC en vue de consolider la façon dont les deux programmes de financement fonctionnent afin d'atteindre des objectifs communs. Étant donné que le modèle logique représente les activités de deux bailleurs de fonds, il est possible que certains extrants ne s'appliquent pas à certains organismes financés. Cela dépend des sources de financement de chaque organisme. Le modèle logique intègre toutes les activités des deux programmes de financement; on ne s'attend donc pas à ce que les organismes et les projets financés réalisent toutes les activités ou rejoignent tous les groupes inclus dans le modèle logique.

COMMENT INTERPRÉTER LE MODÈLE LOGIQUE

La première case du modèle logique décrit les résultats à long terme ou les objectifs définitifs des activités. Le reste du modèle logique explique comment nos activités contribuent à l'atteinte de ces objectifs.

Pour lire le modèle logique, commencez par le bas:

- Le modèle logique est fondé sur quatre piliers qui énumèrent les extrants associés à chaque programme communautaire sur le VIH. Les extrants sont des biens ou des services tangibles produits par les programmes. Ces éléments ou extrants tangibles constituent des moyens d'atteindre un but.

- Ce but est le changement voulu ou le « résultat » que nous souhaitons atteindre. Aux fins du rapport, nous avons établi un lien entre chaque extrant et le seul résultat à court terme pour lequel il existe une relation logique proche; toutefois, nous savons qu'en pratique, un extrant peut contribuer à l'atteinte de plus d'un résultat. Par exemple, nous avons associé l'extrant « ateliers et présentations » au résultat « amélioration des connaissances et sensibilisation », étant donné que le changement dans le niveau de connaissances est habituellement le résultat le plus direct et immédiat découlant des ateliers. Mais nous savons que d'autres résultats peuvent découler des ateliers, comme l'amélioration de l'accès aux services ou l'amélioration des capacités organisationnelles.

Le modèle logique comprend trois niveaux de résultats établis en fonction de la durée et de la portée. Les résultats à court terme sont habituellement atteints en premier et sont ceux qui permettent de constater le plus clairement la relation de cause à effet entre les extrants des organismes et les résultats constatés dans la communauté. Ce sont les résultats sur lesquels les organismes financés exercent la plus forte influence et qui permettent d'attribuer le plus directement les changements aux activités des organismes et des projets financés. Les résultats deviennent plus complexes au fur et à mesure que nous remontons les niveaux du modèle logique. Les résultats à moyen et à long terme prennent plus de temps à atteindre et dépendent davantage des activités menées dans d'autres organismes ou secteurs. Les organismes financés peuvent y contribuer conjointement avec d'autres initiatives communautaires ou gouvernementales, mais l'atteinte de ces résultats dépend de bon nombre de facteurs qui sont hors du contrôle des organismes communautaires et des bailleurs de fonds.

ASSOCIATION DES QUESTIONS D'OCRSO AUX ACTIVITÉS

Pour obtenir de l'information sur une question d'OCRSO en particulier, consulter l'appendice D. Il indique comment nous avons établi des correspondances entre les questions d'OCRSO et les quatre résultats présentés dans le rapport.

LIMITES DES DONNÉES

EXACTITUDE ET COHÉRENCE

Les données présentées dans le rapport sont fondées sur les données déclarées par les organismes. Plusieurs employés des organismes sont chargés de la collecte des données; par conséquent, cela peut résulter en un manque de cohérence dans les données (c.-à-d. différentes définitions, différentes interprétations). Les organismes disposant de systèmes de suivi des activités plus robustes sont capables de fournir des réponses plus exactes aux questions d'OCRSO. Au cours des dernières années, le personnel responsable d'OCRSO a collaboré étroitement avec les organismes pour valider leurs données et relever les erreurs. Nous sommes certains qu'au fil des années, l'exactitude des données s'est améliorée. Les erreurs décelées dans les données de l'année courante et, le cas échéant, des années antérieures, ont été corrigées.

UTILISATION DE DONNÉES AGRÉGÉES

Dans plusieurs tableaux du rapport, nous présentons des données agrégées en regroupant les réponses provenant des organismes contributeurs afin de faire des inférences sur les niveaux d'activités globaux et les tendances; toutefois, en raison des différences dans la taille des organismes, il est possible que les résultats provenant d'un ou de deux grands organismes faussent les données. Par exemple, un ou deux organismes peuvent avoir enregistré une augmentation dans leurs activités d'éducation en ligne, tandis que la majorité des autres organismes ont connu une baisse à cet égard, mais la tendance provinciale afficherait quand même une hausse. Les données agrégées ou la moyenne peuvent ne pas refléter l'expérience de tous les organismes. Pour atténuer cette incidence, nous avons examiné la gamme de réponses des organismes et tenté de dresser un portrait plus exact.

FLUCTUATION DU NOMBRE DE PROGRAMMES FINANCÉS

The number of programs that submit OCHART reports can change from year to year: some programs are only funded for a certain number of years and some may close or cease to offer HIV-related services. However, in those cases, the funding for community-based AIDS services is not lost to the system: it is reallocated to other programs, so OCHART provides a picture of how the total amount of provincial and ACAP funding has been used each year.

OBJECTIFS DU RAPPORT SUR OCRSO

OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES

Les rapports permettent aux responsables des programmes, au Bureau de lutte contre le sida et à l'Agence de la santé publique du Canada de vérifier la correspondance entre les activités effectivement menées et les plans et modèles logiques des organismes. Ils fournissent aussi de l'information sur la façon dont les ressources ont été utilisées.

PLANIFICATION

Les rapports permettent de relever les tendances pouvant servir à ajuster les services ou à mettre au point de nouveaux services à l'échelle locale ou provinciale.

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ/DE L'ÉVALUATION

Les rapports contiennent de l'information que les organismes peuvent utiliser pour consolider leurs services.

TABLE OF CONTENTS

Résumé 3

Partie 1: Tendances relatives aux infections à VIH 9

Partie 2: Comment nous travaillons 17

Partie 3: La clientèle que nous servons 21

Partie 4: Financement des services communautaires liés au VIH 27

Partie 5: L'impact des investissements dans les services communautaires liés au sida

- 5.1 Améliorer les connaissances et la sensibilisation 34
- 5.2 Amélioration de l'accès aux services 57
- 5.3 Renforcer les capacités individuelles, organisationnelles et communautaires 78
- 5.4 Améliorer la coordination et la collaboration 102

Appendice A: Liste des programmes financés 112

Appendice B: Modèles logiques 114

Appendice C: Projets financés par le PACS par type et approche de financement 118

Appendice D: Questions dans OCRSO 122

Appendice E: Calcul de la valeur pécuniaire du bénévolat pour votre projet financé par le PACS ou le Bureau de lutte contre le sida 124

RÉSUMÉ

PRINCIPALES CONSTATATIONS

LE PORTRAIT ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le VIH demeure un problème grave et persistant en Ontario. En 2010, 1 018 nouveaux cas ont été diagnostiqués. De ce nombre, plus de 50 % l'ont été chez les hommes homosexuels et les hommes qui avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), 20 % dans les communautés africaines, caribéennes et noires et 6 % chez les personnes qui avaient déclaré avoir utilisé des drogues injectables.

De plus en plus d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui ont reçu un diagnostic récent de VIH ont 40 ans et plus. Une hausse des nouveaux diagnostics a également été enregistrée chez les hommes homosexuels âgés entre 25 et 29 ans. Entre 2005 et 2009, les HRSH de 40 ans et plus représentaient 38 % des nouveaux cas diagnostiqués, tandis que ceux âgés entre 25 et 29 ans représentaient 29 %. Près de la moitié des nouveaux cas diagnostiqués étaient à l'extérieur de la région de Toronto; les régions d'Ottawa (24 %), du Centre-Est (16 %) et du Sud-Ouest (10 %) ont connu les hausses les plus marquées.

COMPOSITION DE LA CLIENTÈLE

Les programmes communautaires sur le VIH/sida semblent joindre les femmes à risque : les organismes estiment qu'entre 25 et 28 % des clients qui utilisent les services d'éducation, de prise de contact et de soutien sont des femmes hétérosexuelles, ce qui reflète le portrait épidémiologique de l'épidémie. Les organismes éprouvent plus de difficultés à joindre les hommes homosexuels et les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, qui ne représentent, en effet, que 20 à 35 % des clients qui utilisent les services d'éducation, de prise de contact et de soutien (ce pourcentage est légèrement plus élevé lorsqu'on inclut les jeunes GLBT), mais qui représentent plus de 50 % des nouveaux cas diagnostiqués et plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les personnes qui utilisent les services communautaires sur le VIH/sida font face à des problèmes sociaux et sanitaires très complexes, dont la discrimination, la pauvreté, le chômage, l'insécurité alimentaire, les troubles mentaux, la consommation de drogues et d'alcool et la violence.

1. AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES ET SENSIBILISATION

L'un des principaux objectifs des programmes communautaires sur le VIH/sida consistent à éduquer les personnes atteintes du VIH ou les personnes à risque et à les sensibiliser aux facteurs de risque ainsi qu'aux facteurs susceptibles d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Dans l'ensemble, il y a eu moins de présentations et d'ateliers en 2010-2011 qu'en 2009-2010, mais les participants ont été plus nombreux. L'information fournie dans OCRSO ne contient pas de détails sur le type de programmes d'éducation, les personnes ou les groupes ciblés ou sur leur incidence sur les connaissances et le niveau de sensibilisation. Il est probable que différents types d'activités d'éducation, par exemple une seule présentation devant de grands groupes ou un atelier de six semaines offert à un petit groupe, ont des incidences différentes. Un nombre croissant d'organismes (75 %) utilisent des outils pour mesurer les changements au niveau des connaissances et des comportements des personnes qui ont participé aux programmes d'éducation. Selon les résultats des évaluations tirés des modèles logiques du PACS, ces activités ont entraîné des changements dans le niveau de connaissance et de sensibilisation, du moins à court terme.

En général, les organismes reçoivent de plus en plus de demandes de services d'éducation sur les stigmates, le principe GIPA/MIPA, les nouvelles technologies de prévention, les présentations du réseau POZ, la comorbidité, les soins de longue durée, la promotion de la santé, la sexualité saine et la résilience. Les demandes portent également

sur les programmes d'éducation adaptés au contexte culturel et ceux destinés à des clientèles en particulier, notamment les jeunes GLBT, les travailleurs du sexe, les hommes et les femmes transsexuels, les personnes vivant dans les régions rurales et les Autochtones.

Le nombre de contacts en général et de prises de contact avec des personnes qui consomment de l'alcool et d'autres drogues a augmenté en 2010-2011. L'intensité des contacts varie : certains sont de brefs contacts auprès d'un grand nombre de personnes dans le cadre d'une foire de la santé ou d'une activité communautaire, tandis que d'autres sont des conversations intenses en face à face qui ont lieu dans des endroits au risque plus élevé, soit les saunas, les rues, les parcs et les bars. Dans l'avenir, il serait utile d'étudier séparément les contacts brefs ou les contacts plus longs pour pouvoir évaluer leur impact sur les connaissances, la sensibilisation et le comportement.

Selon les organismes communautaires, l'endroit où la prise de contact a lieu est la clé du succès, tout comme les bonnes relations de travail avec les propriétaires des sites de prise de contact et les bonnes ressources à distribuer. Chez les clients contactés, il semble y avoir un grand besoin d'aide pratique et d'aiguillage vers d'autres services, ce qui indique que la prise de contact remplit un rôle utile dans l'aiguillage des personnes vers les services existants. Pour répondre aux besoins des divers groupes touchés par le VIH, les organismes prévoient offrir le service de prise de contact dans des endroits plus diversifiés, adapter les ressources pour qu'elles répondent aux différences culturelles et établir des partenariats avec d'autres organismes, comme les organismes autochtones, les groupes religieux, les organismes responsables des services de logement, les regroupements de jeunes et les organisations culturelles.

Relativement peu d'organismes offrent des services de contact en ligne (<10 durant la période visée par le rapport), et la majorité ont offert moins de 200 interventions dans les bavardoirs sur une période de six mois. Étant donné que l'emplacement du service a peu d'importance pour l'offre de ce type de service, il pourrait être intéressant pour le secteur de déterminer s'il serait avantageux de concentrer ce type d'intervention dans un petit nombre d'organismes.

Les organismes ont distribué 36 % de condoms de plus, 35 % d'aiguilles de plus et près de 30 % de plus de pipes ou tubes de verre en 2010-2011 que l'année précédente.

2. AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

L'accès à des services de soutien complets, intégrés et respectueux des différences culturelles fait partie des activités des organismes d'action communautaires sur le VIH/sida. Améliorer l'accès à ces services permettra d'atteindre le résultat « amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes atteintes du VIH ou touchées par cette infection ».

Les organismes ont déclaré avoir servi plus de 13 600 personnes à chaque semestre de 2010-2011, dont la majorité sont des personnes vivant avec le VIH; de ce nombre, 39 % étaient de nouveaux clients. Toutefois, ces chiffres peuvent sous-estimer le nombre réel de personnes servies. Les 26 organismes qui utilisent le système de gestion de cas OCASE ont servi 9 246 clients actifs entre avril 2010 et septembre 2011, et il est probable que les 37 autres organismes aient servi plus de 4 000 clients durant l'année.

Même si les hommes (y compris les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les hommes hétérosexuels) sont les plus exposés au risque de contracter le VIH et constituent la majorité des nouveaux cas diagnostiqués (80 %) et des personnes vivant avec le VIH (80 %), seulement 66 % des utilisateurs des services de soutien sont des hommes, et le nombre d'hommes ayant reçu ces services a diminué de 7 % en 2010-2011. Durant la même période, le nombre de femmes qui ont utilisé des services de soutien a connu une légère hausse. Cette tendance pourrait être le résultat de la nouvelle initiative Femmes et le VIH/sida, qui vise à accroître la capacité des

services communautaires à répondre aux besoins des femmes vivant avec le VIH. Le nombre de clients transgenres a également augmenté en 2010-2011.

Les services les plus utilisés en 2010-2011 étaient l'aide pratique, les services de promotion de la santé et d'information sur les traitements, l'aiguillage et les services de gestion de cas et de counselling. En ce qui a trait au nombre réel de clients qui ont utilisé les services, une baisse a été enregistrée dans la majorité des catégories. Il serait utile de déterminer si cette tendance est attribuable à une mesure plus exacte de l'utilisation des services, à des problèmes de capacité au sein des organismes ou à des changements dans les besoins des clients.

Même si le nombre total de clients utilisant les services de gestion de cas et de counselling en 2010-2011 a baissé, le nombre de séances a augmenté. Cela pourrait vouloir dire que seulement un petit nombre de personnes utilisent de façon intensive les services communautaires. Si tel est le cas, le secteur devrait s'employer à établir comment servir ce groupe aux besoins élevés et déterminer si l'utilisation des services communautaires vient réduire l'utilisation d'autres services de santé plus coûteux, comme les soins en milieu hospitalier et les urgences.

Les organismes ont déclaré que les types de services de soutien requis varient selon l'âge : les clients âgés sont plus préoccupés par la nécessité de répondre à leurs besoins de base, à gérer d'autres maladies chroniques et à assurer leur sécurité financière, tandis que les jeunes clients recherchent des services liés à la santé de la reproduction et aux relations.

À la question sur les besoins non satisfaits, les organismes ont relevé un certain nombre de lacunes dans les services de soutien, notamment les services de soutien pour les clients vieillissants, les services de lutte contre les stigmates, la discrimination et l'isolement social, les services de traduction et d'autres services à l'intention des nouveaux arrivants, les services de soutien pour les prisonniers, les femmes ainsi que les services destinés aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les stratégies utilisées pour combler ces lacunes comprennent les suivantes : recruter un plus grand nombre de bénévoles, rechercher du financement pour les nouveaux programmes et l'élargissement des programmes existants, établir des partenariats avec d'autres services et élargir la portée des services de prise de contact et d'autres services visant à réduire l'isolement social.

3. AMÉLIORATION DES CAPACITÉS INDIVIDUELLES, ORGANISATIONNELLES ET COMMUNAUTAIRES

Les programmes communautaires ont pour but d'accroître les capacités des personnes, des organisations et des communautés à répondre aux besoins relatifs au VIH.

Le secteur est déterminé à accroître la participation des personnes vivant avec le VIH pour la rendre plus significative (GIPA/MIPA). Entre 70 et 95 % des organismes ont déclaré avoir activement essayé de faire participer les membres des groupes cibles à leurs activités. Bien que 80 à 90 % des organismes recrutent des personnes atteintes du VIH ou touchées par cette infection pour occuper des postes rémunérés, seulement 70 % d'entre eux comptent un membre des groupes cibles au sein de leur personnel, ce qui représente une légère baisse par rapport à l'an dernier. Il est à noter que la participation (GIPA) ou la participation significative (MIPA) ne doit pas nécessairement se limiter au secteur des services aux personnes touchées par le VIH : beaucoup de personnes atteintes du VIH s'impliquent activement dans leur communauté d'autres façons. Les obstacles à la participation et la participation significative demeurent le manque de formation destinée aux personnes vivant avec le VIH; leur état de santé, qui peut avoir une incidence sur leur capacité de travailler de façon régulière et leur situation financière comme l'incidence de leur emploi sur leur admissibilité aux prestations d'invalidité, compte tenu des règles actuelles du POSPH.

En 2010-2011, le nombre de pairs participant aux programmes de prise de contact avec les UDI a connu une augmentation notable, particulièrement dans les activités comme le développement communautaire, le soutien téléphonique et l'aide pratique.

Les organismes communautaires liés au VIH continuent de dépendre des bénévoles dans une grande mesure. En 2010-2011, ils ont bénéficié de l'équivalent de 222 223 heures de bénévolat, soit l'équivalent d'environ 4 605 878 $ en services. Durant cette période, les organismes ont déclaré une baisse du nombre de bénévoles (14 %) par rapport aux années précédentes ainsi que du nombre d'heures de bénévolat (6 %). Il semble qu'un plus petit nombre de bénévoles effectuent plus de travail. Les petits organismes semblent être plus efficaces dans le recrutement des bénévoles et ont une meilleure capacité à les retenir, ce qui peut être attribuable au fait qu'ils dépendent davantage du travail des bénévoles ou qu'ils sont capables d'établir de meilleures relations avec ceux-ci. Les stratégies qui semblent être efficaces dans le recrutement des bénévoles comprennent les suivantes : accroître les activités de promotion auprès des bénévoles, offrir des programmes de mentorat, confier aux bénévoles plus de projets valorisants et nécessitant de l'autonomie, cibler des bénévoles ayant des compétences précises et offrir de la formation. Le coordonnateur des bénévoles semble également remplir un rôle important pour attirer et garder les bénévoles.

Afin d'améliorer les services et conserver leurs employés, les organismes investissent dans la formation des employés dans des domaines tels que la promotion du travail d'équipe, la gestion du changement, l'informatique, la santé et la sécurité, la compétence culturelle dans la prestation de soins et les services à la clientèle, comme la prévention des crises, les dépendances, la violence et la santé mentale.

Les organismes continuent de se prévaloir des programmes provinciaux destinés à accroître les capacités organisationnelles. Près de 70 % ont participé à des programmes de renforcement des compétences offerts par l'Ontario AIDS Network. Environ 60 % ont eu recours à « d'autres » ressources, comme des experts-conseils externes et les soutiens offerts par l'organisme HALCO et le ROTV. Environ la moitié a eu recours aux services OPRAH, un programme qui fournit de l'aide sur les questions relatives aux RH, et au AIDS Bereavement and Resiliency Project of Ontario [projet sur le deuil et la résilience face au sida de l'Ontario], qui a mis en œuvre un nouveau programme de formation sur la résilience, ainsi que le Programme de développement organisationnel en Ontario. Plus de 80 % des organismes ont déclaré avoir participé à des recherches sur le milieu communautaire d'une façon ou d'une autre.

4. AMÉLIORATION DE LA COORDINATION ET DE LA COLLABORATION

L'efficacité des organismes de prestation de services communautaires liés au VIH dépend de leur capacité à effectuer la coordination et à collaborer avec d'autres services dans la communauté. Les organismes continuent de participer à des activités de développement communautaires et établir des relations avec d'autres secteurs.

En 2010-2011, les organismes qui offrent des services aux personnes qui consomment des drogues ont dit avoir établi plus de contacts pour le développement communautaire avec des fournisseurs de services en toxicomanie, des centres de traitement à la méthadone, des organisations populaires, des organismes de services aux jeunes, des fournisseurs de services en santé mentale, des banques alimentaires, des organisations confessionnelles, les services policiers et les réseaux d'utilisateurs.

Durant la même période, un nombre accru d'organismes ont dit avoir établi des partenariats avec d'autres organismes de services pour le partage des ressources administratives et des locaux, mais le nombre d'organismes ayant déclaré avoir recouru au partage du personnel a diminué.

Les organismes ont déclaré avoir établi des partenariats dans tout un éventail de secteurs, ce qui devrait mener à la prestation de services plus efficaces et plus complets aux personnes vivant avec le VIH ou aux personnes à risque.

CONCLUSION: RELATION ENTRE LES ACTIVITÉS ET LES RÉSULTATS

Il s'agit du premier rapport d'OCRSO dans lequel les activités sont présentées et organisées en fonction des quatre résultats du modèle logique. Dans son format actuel, OCRSO ne fournit pas nécessairement assez de données pour déterminer si les activités ont donné les effets voulus. Cependant, la structure actuelle du rapport devrait souligner l'importance d'élaborer des programmes et des services qui permettront d'atteindre les objectifs voulus. Le rapport devrait également mener à l'élaboration d'outils d'évaluation qui serviront à évaluer l'incidence et l'efficacité des programmes et des services communautaires liés au VIH.

PARTIE 1:

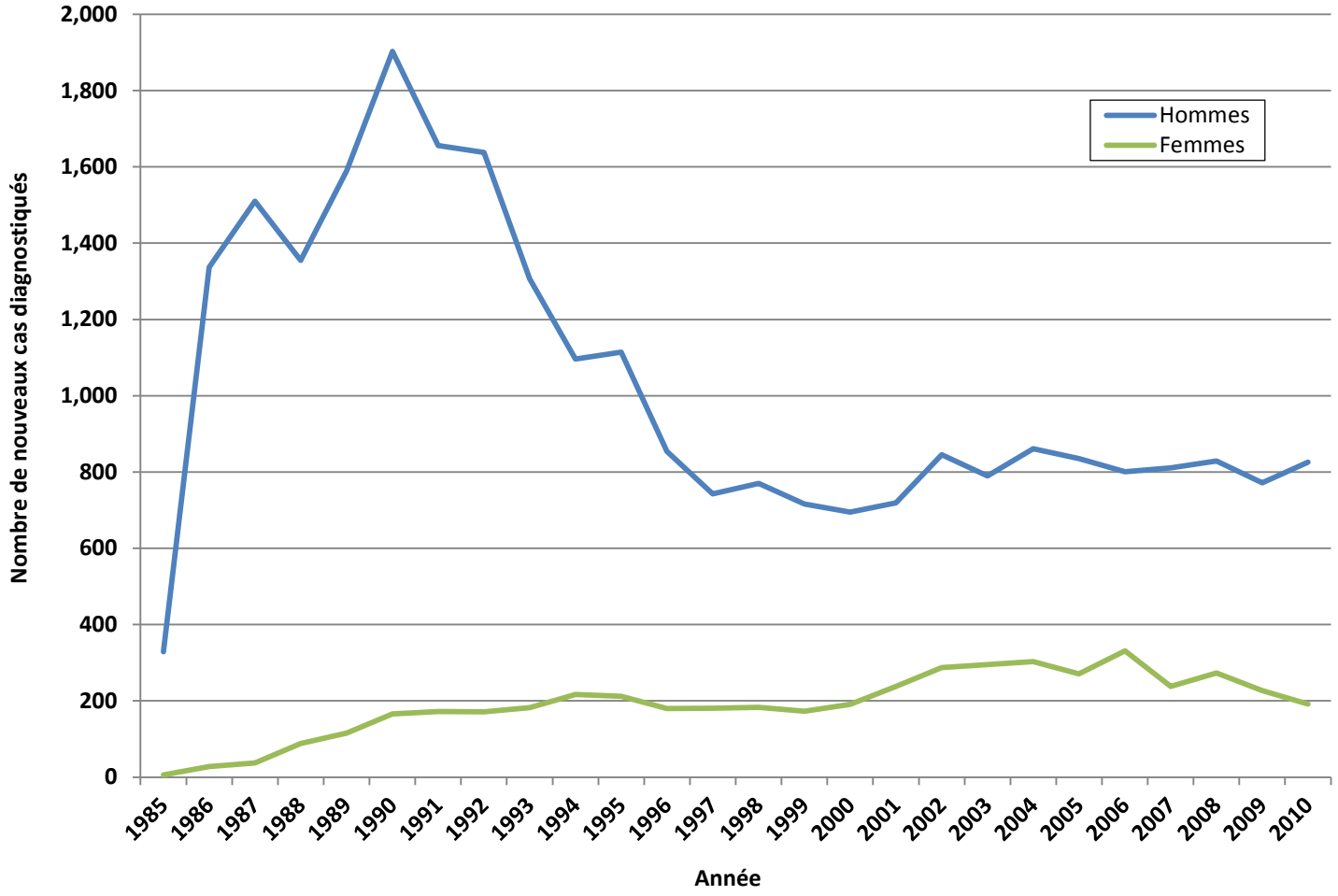
TENDANCES RELATIVES AUX INFECTIONS À VIH

TENDANCES RELATIVES AUX INFECTIONS À VIH EN ONTARIO

1 018 NOUVEAUX CAS DE VIH DIAGNOSTIQUÉS EN 2010

Les infections à VIH demeurent un problème grave et persistant en Ontario. En 2010, 826 hommes et 192 femmes ont reçu un diagnostic d'infection à VIH, soit un total de 1 018 nouveaux cas de VIH diagnostiqués, ce qui représente une hausse par rapport aux 999 cas enregistrés en 2009. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les hommes est demeuré aux alentours de 800 par an (fourchette : 772 à 861) au cours des neuf dernières années. Les femmes comptent encore pour un nouveau cas diagnostiqués sur cinq, bien que le nombre de nouveaux cas chez les femmes ait connu une baisse de plus d'un tiers par rapport à son taux le plus élevé enregistré en 2006. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année, tant chez les hommes que chez les femmes, justifie la nécessité de mettre en place des programmes de prévention efficaces.

Figure 1
Nombre de diagnostics d'infection à VIH (corrigé1) chez les hommes et chez les femmes selon l'année du diagnostic, Ontario : 1985 - 2010



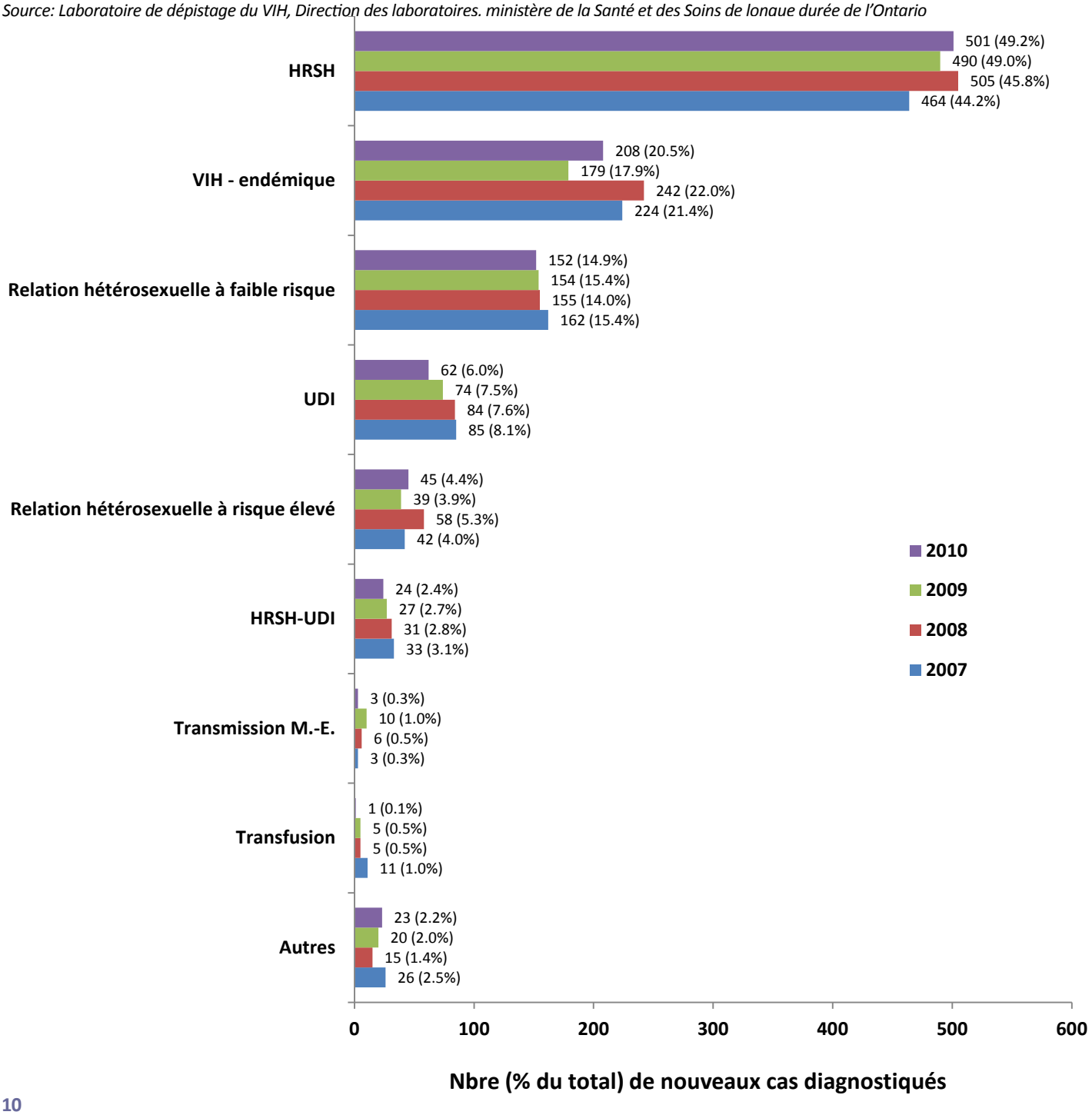
1. Les cas de sexe inconnu sont classés en fonction de la répartition des cas de sexe connu (voir les notes techniques). Par conséquent, les taux peuvent différer en raison de l'arrondissement des chiffres.
Source : Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Tiré de: http://www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/Table1.pdf - consulté le 13 février 2012

PLUS DE 50 % DE TOUS LES NOUVEAUX CAS DIAGNOSTIQUÉS L'ONT ÉTÉ CHEZ LES HOMMES HOMOSEXUELS ET LES AUTRES HOMMES QUI ONT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

En 2010, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) a augmenté. Ce taux combiné à celui des HRSH qui ont déclaré avoir utilisé des drogues injectables représente la moitié des nouveaux cas diagnostiqués en Ontario (51 %). Une personne sur cinq qui a reçu un nouveau diagnostic (20 %) était originaire d'un pays où le VIH est endémique, soit les pays d'Afrique ou des Caraïbes, et une personne sur 16 a déclaré l'utilisation de drogues injectables comme facteur de risque (6 %). En 2010, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les personnes ayant déclaré l'utilisation de drogues injectables comme facteur de risque continue de baisser, en raison des programmes de réduction des méfaits qui ont prouvé leur efficacité. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique a augmenté en 2010, mais est demeuré en-deçà des taux de 2007 ou 2008.

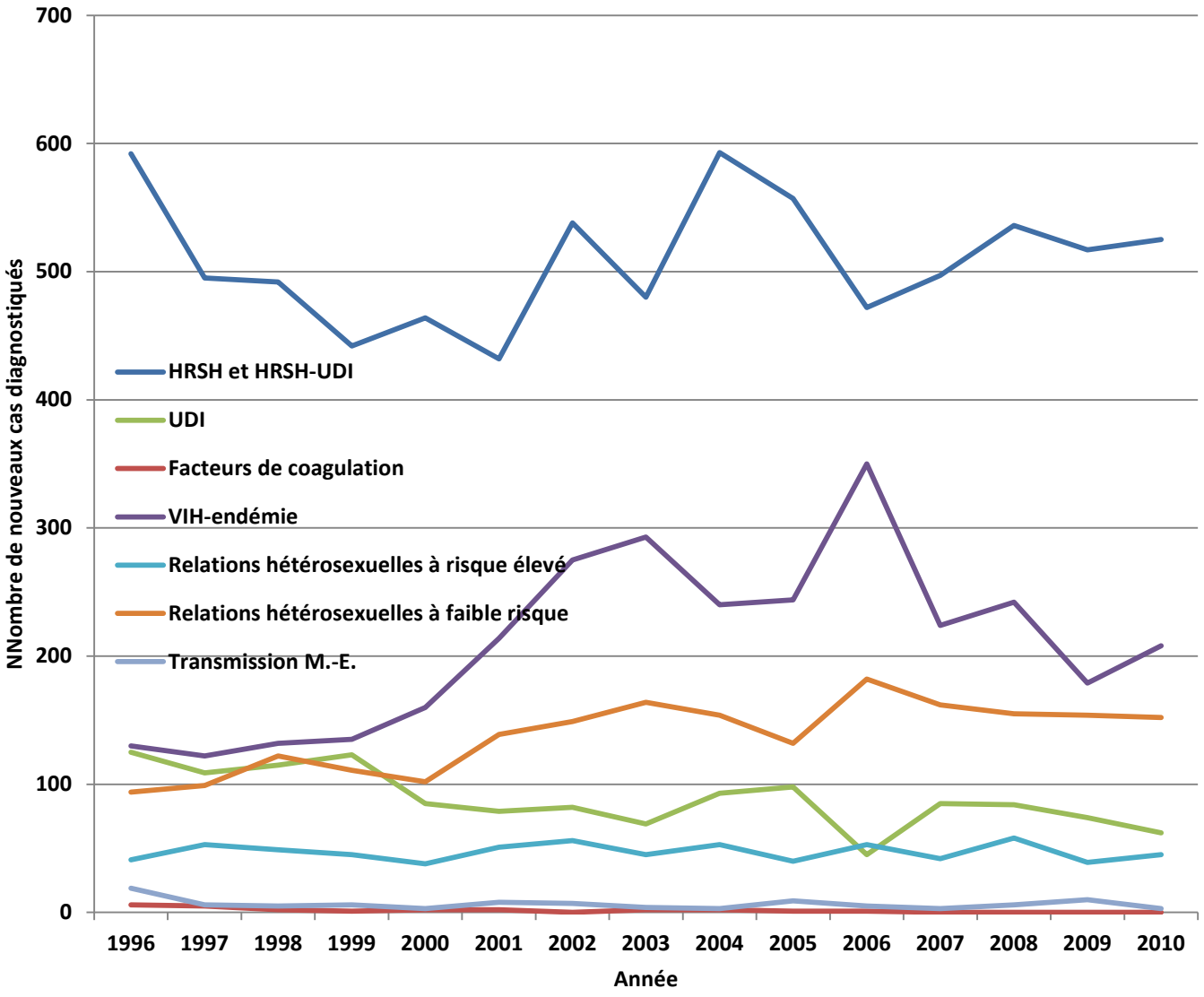
Figure 2
Nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués selon l'année du test et la catégorie d'exposition : 2007 à 2010

Source: Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires. ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario



Le nombre de personnes qui ont déclaré avoir eu des relations hétérosexuelles à faible risque est demeuré stable au cours des quatre dernières années; cependant, les recherches menées auprès de ce groupe ont permis de déterminer que la majorité de ces personnes ont, en fait, un facteur de risque d'infection et par conséquent, ne peuvent être considérées comme étant à faible risque. La figure 3 montre la tendance des nouveaux cas diagnostiqués selon le facteur de risque au cours des 15 dernières années. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes sont la seule catégorie où il se produit une augmentation constante des nouveaux cas diagnostiqués depuis 2006.

Figure 3
Nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués par catégorie d'exposition : 1996 à 2010

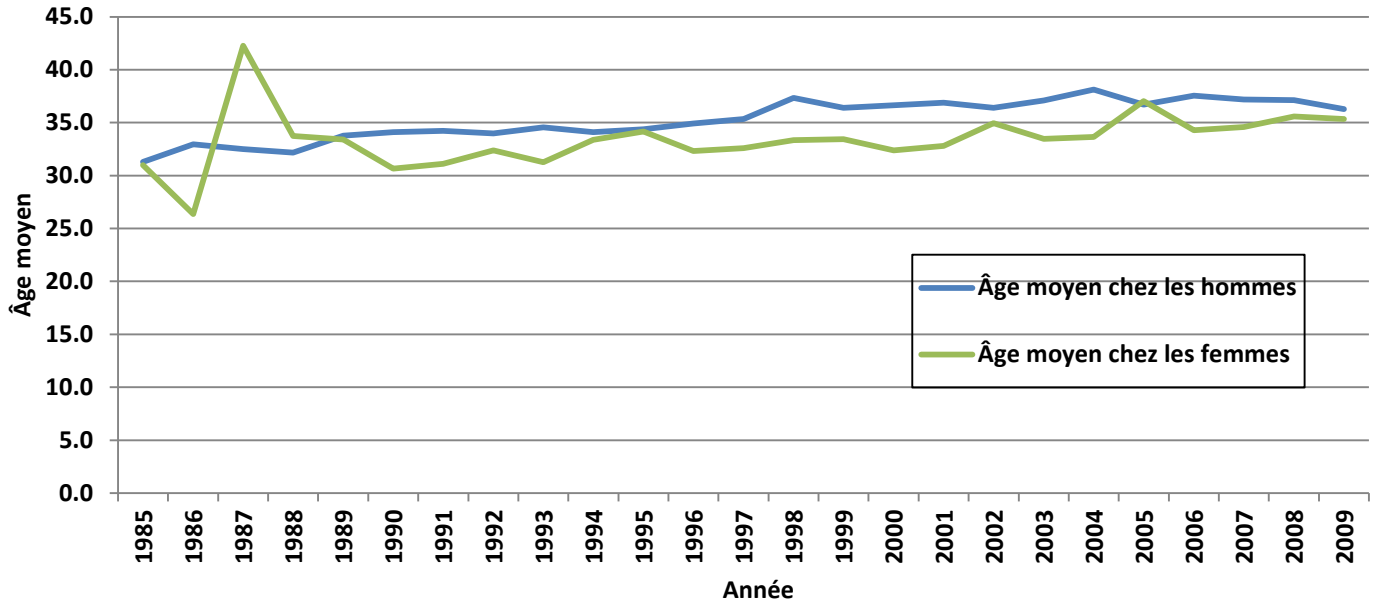


Source: Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

LA MAJORITÉ DES NOUVEAUX CAS DIAGNOSTIQUÉS SONT CHEZ LES PERSONNES DANS LA TRENTAINE ET LA QUARANTAINE

La figure 4 montre l'âge moyen des personnes au moment du diagnostic, lequel augmente avec le temps, tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 4
Âge moyen au moment du diagnostic de VIH, selon le sexe et l'année du diagnostic



Parmi les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chez les hommes homosexuels âgés de 40 ans et plus ainsi que chez ceux entre 20 et 29 ans a augmenté. Parmi les nouveaux cas diagnostiqués chez les HRSH entre 2005 et 2009, 38 % sont des HRSH âgés de plus de 40 ans et 29 % sont des hommes homosexuels âgés entre 20 et 29 ans. Ces données soulignent la nécessité de mettre en œuvre des programmes et des stratégies adaptés aux besoins de ces groupes d'hommes

Figure 5
Proportion de cas de VIH diagnostiqués selon l'âge au moment du diagnostic et l'année du diagnostic : HRSH

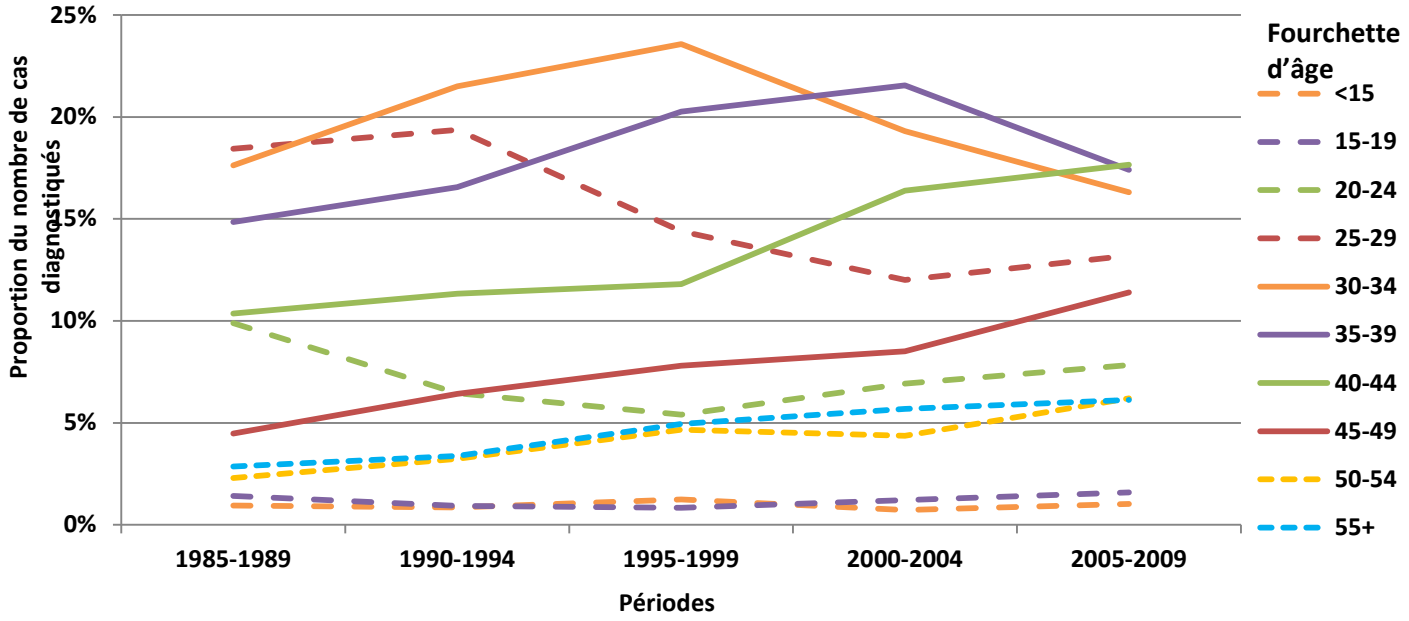
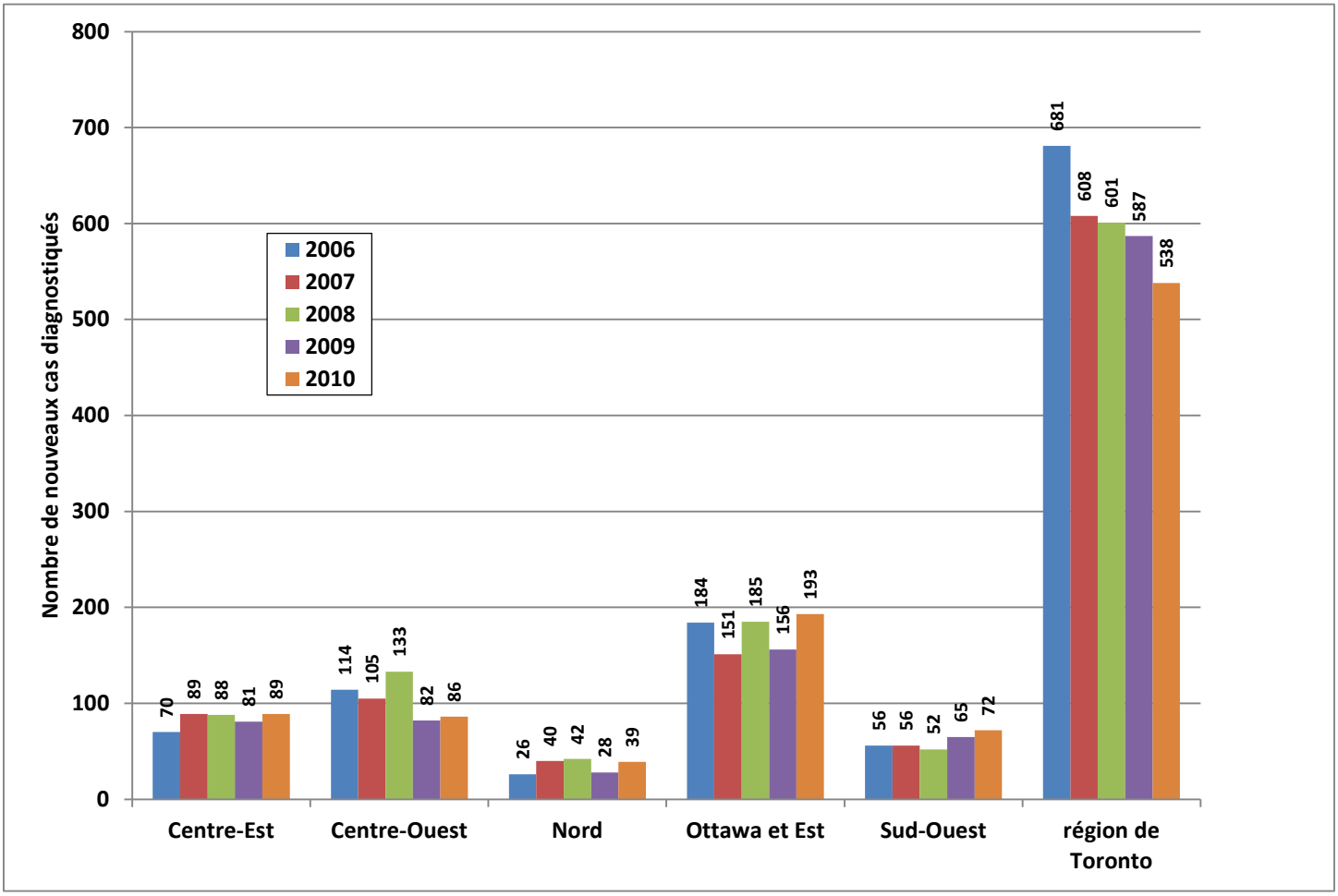


Figure 4 & 5 - Source: Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

PRÈS DE LA MOITIÉ DE TOUS LES NOUVEAUX CAS DIAGNOSTIQUÉS L'ONT ÉTÉ À L'EXTÉRIEUR DE LA RÉGION DE TORONTO

Même si la région de Toronto continue de connaître le plus grand nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année, ce nombre a diminué de façon constante au cours des cinq dernières années, tandis qu'il a augmenté dans d'autres régions de la province. L'an dernier seulement, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués a augmenté dans la région du Sud-Ouest (10 %), du Centre-Est (10 %), et d'Ottawa et de l'Est (24 %). En 2010, chacune de ces régions a enregistré le nombre le plus élevé de nouveaux cas diagnostiqués en une année.

Figure 6
Nouveaux cas diagnostiqués par région

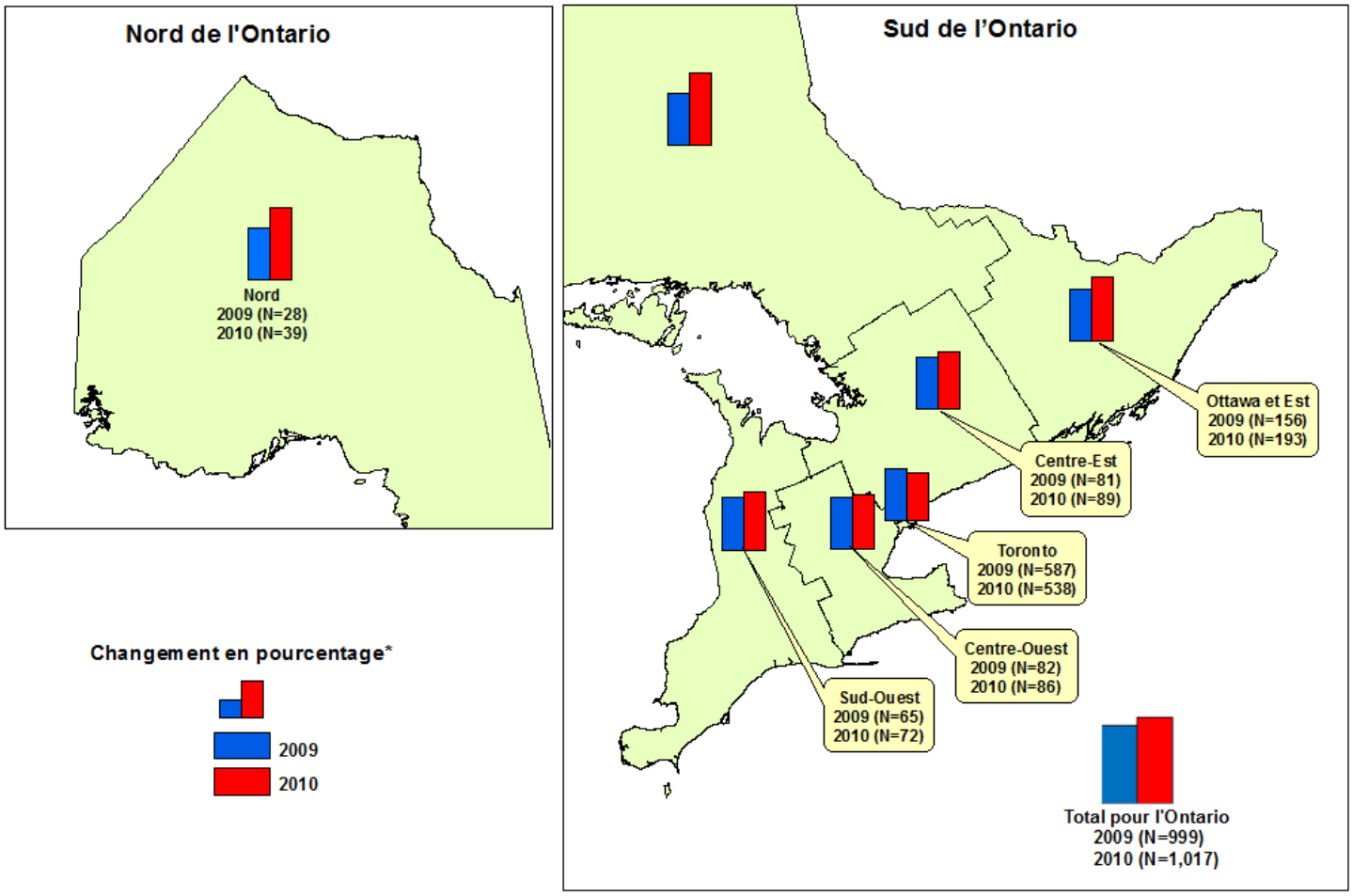


Source: Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

NOUVEAUX CAS DIAGNOSTIQUÉS PAR RÉGION

La carte ci-dessous illustre le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans chaque région au cours des deux dernières années. Dans toutes les régions, une augmentation a été enregistrée au cours de l'an dernier, sauf la région de Toronto. Dans la région du Sud-Ouest, l'augmentation s'est produite dans la catégorie des « hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ». Dans le Centre-Est, l'augmentation a été enregistrée dans les catégories « Utilisateurs de drogues injectables » et « Endémie ». Dans la région d'Ottawa, les catégories « Endémie », « Relations hétérosexuelles à risque élevé » et « Relations hétérosexuelles à faible risque » sont celles qui ont connu une augmentation. Ces données justifient la nécessité de mettre en place des programmes de prévention adaptés au portrait épidémiologique des infections à VIH de chaque région.

Figure 7
Pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués et changement en pourcentage par région sanitaire



** Les barres montrent le changement en pourcentage en 2010 par rapport à 2009*
Source : HIV Update, HIV Epidemiologic Monitoring Unit, Université de Toronto (en anglais seulement)

PARTIE 2:

COMMENT NOUS TRAVAILLONS

SERVICES COMMUNAUTAIRES LIÉS AU VIH EN ONTARIO

Le rapport traite du travail effectué dans le cadre de 88 programmes communautaires par 72 organismes différents répartis dans les différentes régions de la province, dont 40 organismes de services communautaires liés au sida (OSS), 20 organismes non liés au sida, huit centres de santé communautaires et quatre autres types d'organismes de soins de santé, qui reçoivent du financement afin de fournir des services de prévention et de soutien aux personnes atteintes du VIH ou présentant le risque de contracter cette infection, ainsi qu'à leurs partenaires et leurs familles.

Parmi ces 72 organismes, 62 administrent des programmes locaux ou régionaux qui offrent des services directs aux clients dans leur région géographique, quatre sont des organismes provinciaux qui offrent des services directs aux clients dans l'ensemble des régions de la province et six sont des organismes de ressources provinciaux qui fournissent des conseils et du soutien aux organismes de services communautaires liés au sida et à d'autres organismes ou fournisseurs servant les personnes vivant avec le VIH. Certains des organismes provinciaux ont leur siège social à Toronto, mais comptent du personnel ou des programmes régionaux dans différentes villes de la province. Nous avons compté ces programmes régionaux séparément afin de pouvoir tenir compte des services dans les régions où ils sont offerts.

Figure 8
Organismes provinciaux liés au VIH/sida

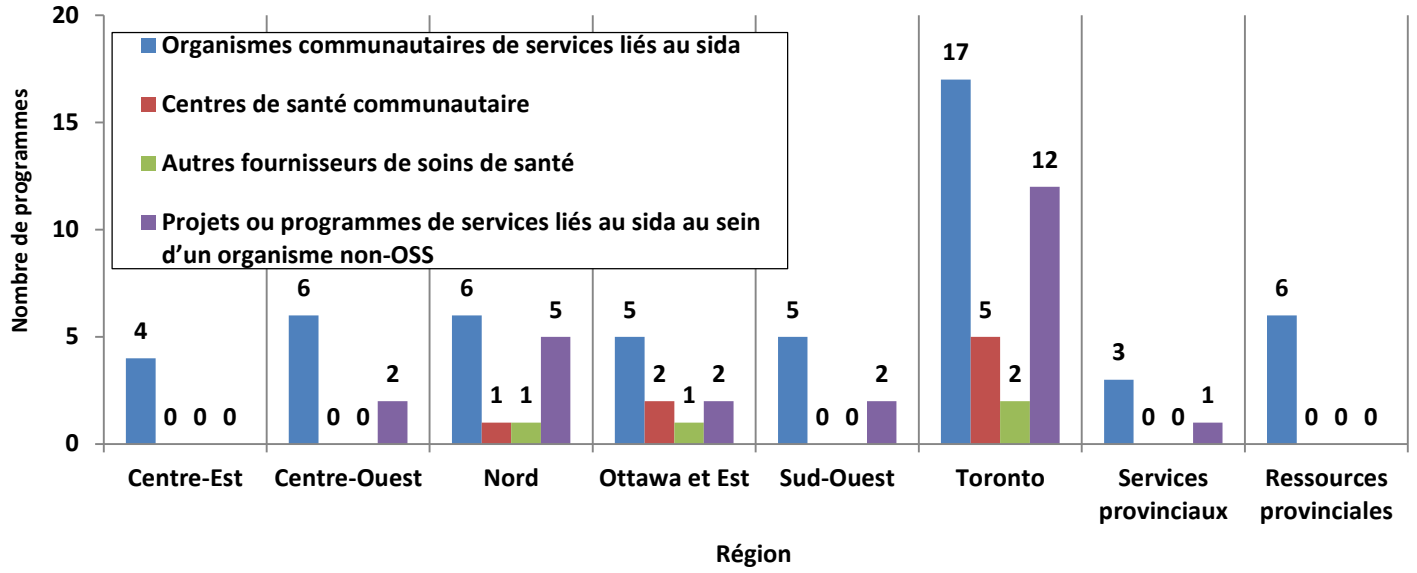
Organismes provinciaux qui fournissent des services directement aux clients	Organismes provinciaux qui servent de ressources à d'autres organismes liés au VIH/sida*
HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) (HALCO) [Clinique d'aide juridique sur le VIH et le sida de l'Ontario]	Conseil des africains et caribéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO)
Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones (OAHAS)	AIDS Bereavement and Resiliency Project of Ontario (ABRPO) [Projet ontarien sur le deuil et la résilience liés au sida]
Hemophilia Ontario	Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)
Réseau de soutien des détenus atteints du VIH/sida (PASAN)	Ontario AIDS Network (OAN) [Réseau sida de l'Ontario]
	Programme de développement organisationnel de l'Ontario (OODP)
	Ontario HIV and Substance Use Training Program (OHSUTP) [Programme de formation sur le VIH et la consommation d'alcool et d'autres drogues de l'Ontario]

** Les organismes de ressources provinciaux fournissent de la formation, de l'information et d'autres services pour renforcer la capacité des autres programmes communautaires liés au VIH.*

LES PROGRAMMES SE TROUVENT DANS TOUTES LES RÉGIONS DE LA PROVINCE

Il existe des programmes communautaires dans toutes les régions de la province. Plus de la moitié (46 y compris les services provinciaux et les organismes de ressources) sont situés à Toronto.

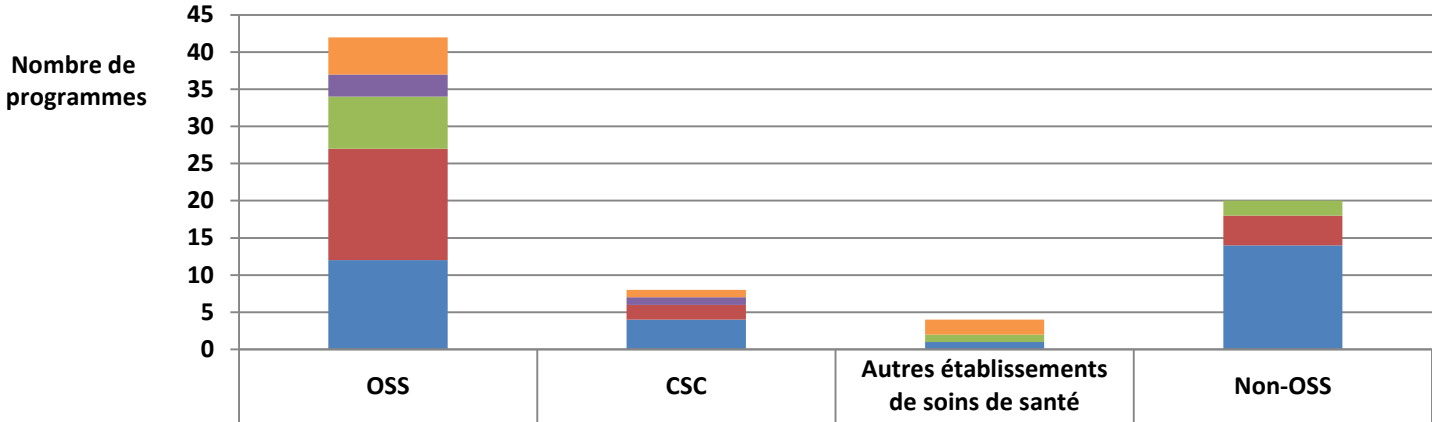
Figure 9
Nombre de programmes selon le type et la région



LA TAILLE ET LA PORTÉE DES PROGRAMMES VARIENT

La taille des programmes et la gamme de services qu'ils offrent diffèrent : la grande majorité (66 ou 77 %) comptent moins de dix employés; en fait, plus de la moitié (45) ont moins de six employés, tandis que seulement huit (9 %) programmes emploient plus de 20 personnes. Comme on peut s'y attendre, les programmes les plus importants par leur taille sont situés dans les grands centres urbains, comme Toronto.

Figure 10
Nombre de programmes selon le type de programme et la taille (nombre d'ETP)



	OSS	CSC	Autres établissements de soins de santé	Non-OSS
> 20	5	1	2	
15-20	3	1		
10-15	7		1	2
6-10	15	2		4
1-5	12	4	1	14

Type de programme

L'étendue et la portée des services fournis dépendent d'un éventail de facteurs, notamment les suivants:

- taille/compétences/capacité du programme
- l'objectif central du programme (c.-à-d. que certains programmes s'adressent particulièrement aux personnes vivant avec le VIH ou qui font partie d'un groupe culturel ou ethno-racial en particulier; d'autres portent sur un type donné de service, comme le logement)
- besoins locaux (c.-à-d. que dans une communauté où le nombre de personnes vivant avec le VIH est faible, le programme ciblera davantage les groupes à risque)
- liens avec d'autres services offerts dans la communauté (c.-à-d. que les organismes pourraient offrir un éventail plus large de services, comme une banque alimentaire ou des services de soutien au logement, si ces services n'existent pas dans la communauté ou ne sont pas facilement accessibles en raison de leur emplacement ou de la stigmatisation).

Même si le type et l'étendue des services fournis par chaque programme ou organisme peuvent varier, tous ont recours à des stratégies similaires pour atteindre des buts communs:

1. Prévenir la transmission du VIH
2. Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ou présentant un risque de le contracter
3. Renforcer la capacité des communautés à offrir du soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida ou présentant un risque de contracter cette maladie.

PARTIE 3:

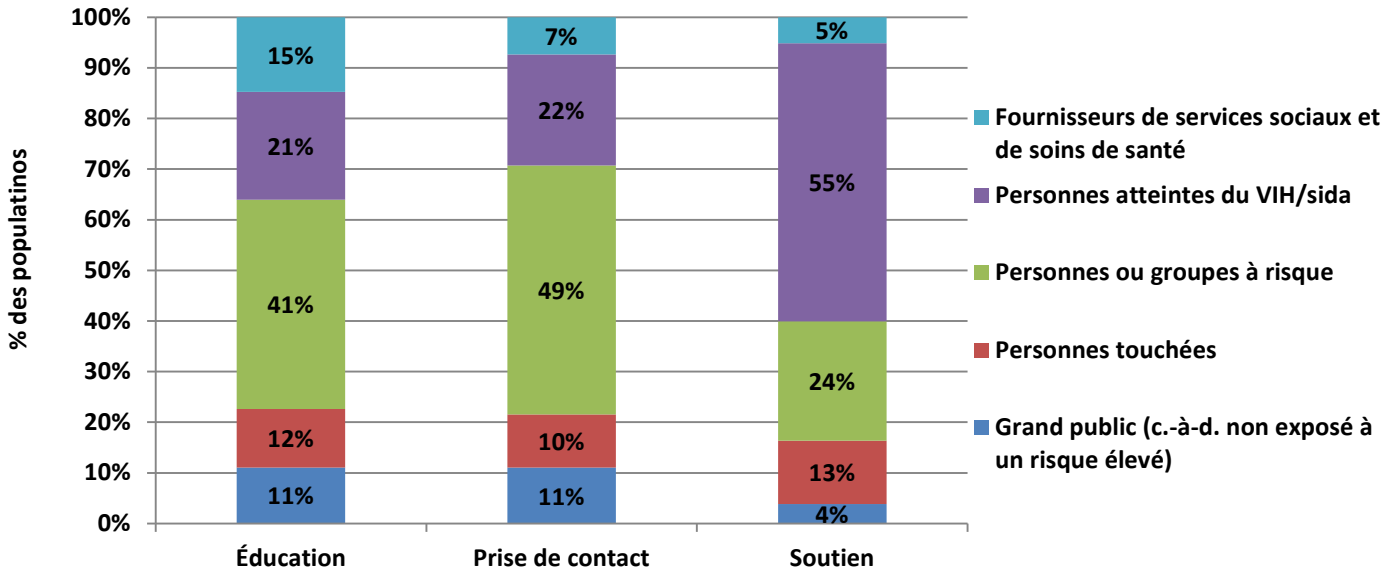
LA CLIENTÈLE QUE NOUS SERVONS

OCRSO nous permet d'essayer de dresser un portrait des utilisateurs des services communautaires et de déterminer la mesure dans laquelle les programmes réussissent à joindre les personnes qui ont besoin de services.

LES PROGRAMMES SERVENT PRINCIPALEMENT LES PERSONNES À RISQUE ET LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

OCRSO demande aux organismes d'indiquer la proportion des services d'éducation, de prise de contact et de soutien qu'ils fournissent à différents groupes. Comme on peut s'y attendre, les services d'éducation s'adressent principalement aux personnes à risque, aux personnes vivant avec le VIH et à d'autres fournisseurs de services de santé et de services sociaux; les services de prise de contact ciblent principalement les personnes à risque et les personnes atteintes du VIH. Les organismes continuent d'affecter environ 10 % de leurs ressources pour joindre le grand public, et un autre 10 % pour offrir des services d'éducation et de prise de contact aux personnes touchées (p. ex. les partenaires, les familles et amis des personnes atteintes du VIH).

Figure 11
Proportion des groupes cibles par type de services : 2010-2011 S2

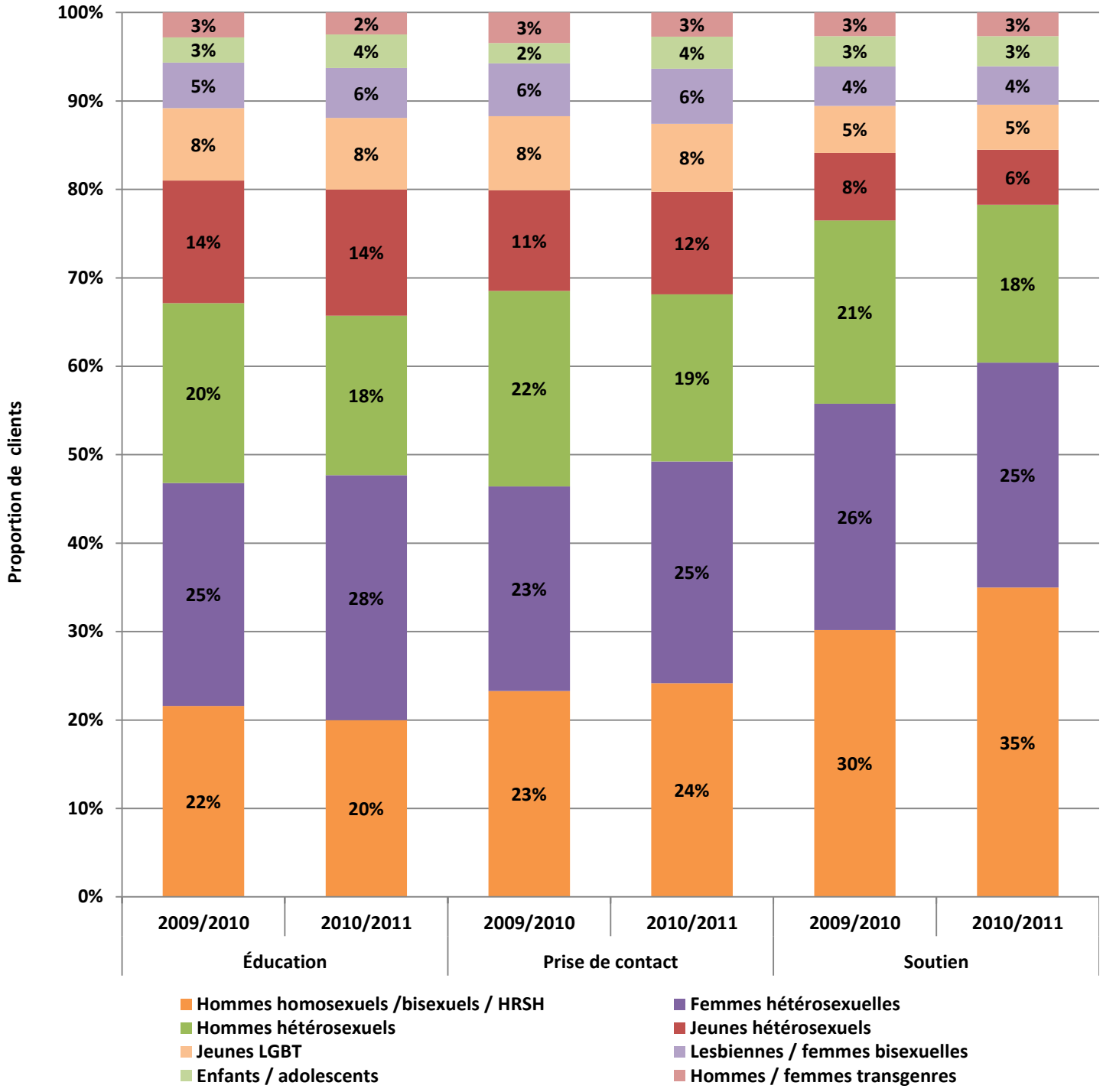


Comme on s'y attendrait, les plus grands utilisateurs des services de soutien sont les personnes vivant avec le VIH, les personnes à risque et les personnes touchées. Il est quelque peu surprenant que 28 organismes ont déclaré offrir des services de soutien au grand public et 40 à des fournisseurs de services de santé et de services sociaux. Le soutien offert aux autres fournisseurs de services peut prendre la forme de coordination des services aux clients ou d'aiguillage. Cependant, on comprend mal pourquoi des organismes communautaires fournissent des services de soutien à des membres du grand public qui ne sont pas à risque élevé. Le problème pourrait résider dans la définition de « services de soutien » dans certains organismes. Il est possible que les services fournis aux membres du grand public doivent être consignés sous d'autres rubriques, comme les services d'éducation. Certaines de ces anomalies pourraient être corrigées lorsque des questions propres aux organismes provinciaux seront incluses dans OCRSO.

LA COMPOSITION DE LA CLIENTÈLE POURRAIT NE PAS ÊTRE REPRÉSENTATIVE DE L'ÉPIDÉMIE

Les organismes ont mentionné que 25 à 28 % des clients sont des femmes hétérosexuelles, ce qui reflète l'état de l'épidémie en Ontario et qui est bon signe. Cela n'est pas le cas des hommes homosexuels, bisexuels ou des autres HRSH. Bien que ce groupe représente 52 % des nouveaux cas diagnostiqués et plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH, les organismes déclarent que seulement 20 à 35 % des clients des services d'éducation, de prise de contact et de soutien sont des hommes homosexuels, bisexuels et autres HRSH (de 28 à 40 % si l'on inclut les jeunes GLBT). Ces chiffres peuvent indiquer que les programmes ne rejoignent pas les hommes à risque ou que certains hommes homosexuels obtiennent du soutien dans d'autres milieux (p. ex. cliniques, autres organismes, réseau de soutien personnel). Il serait utile que les organismes examinent le portrait épidémiologique des infections à VIH dans leur région pour s'assurer que leurs programmes permettent de joindre les groupes les plus à risque.

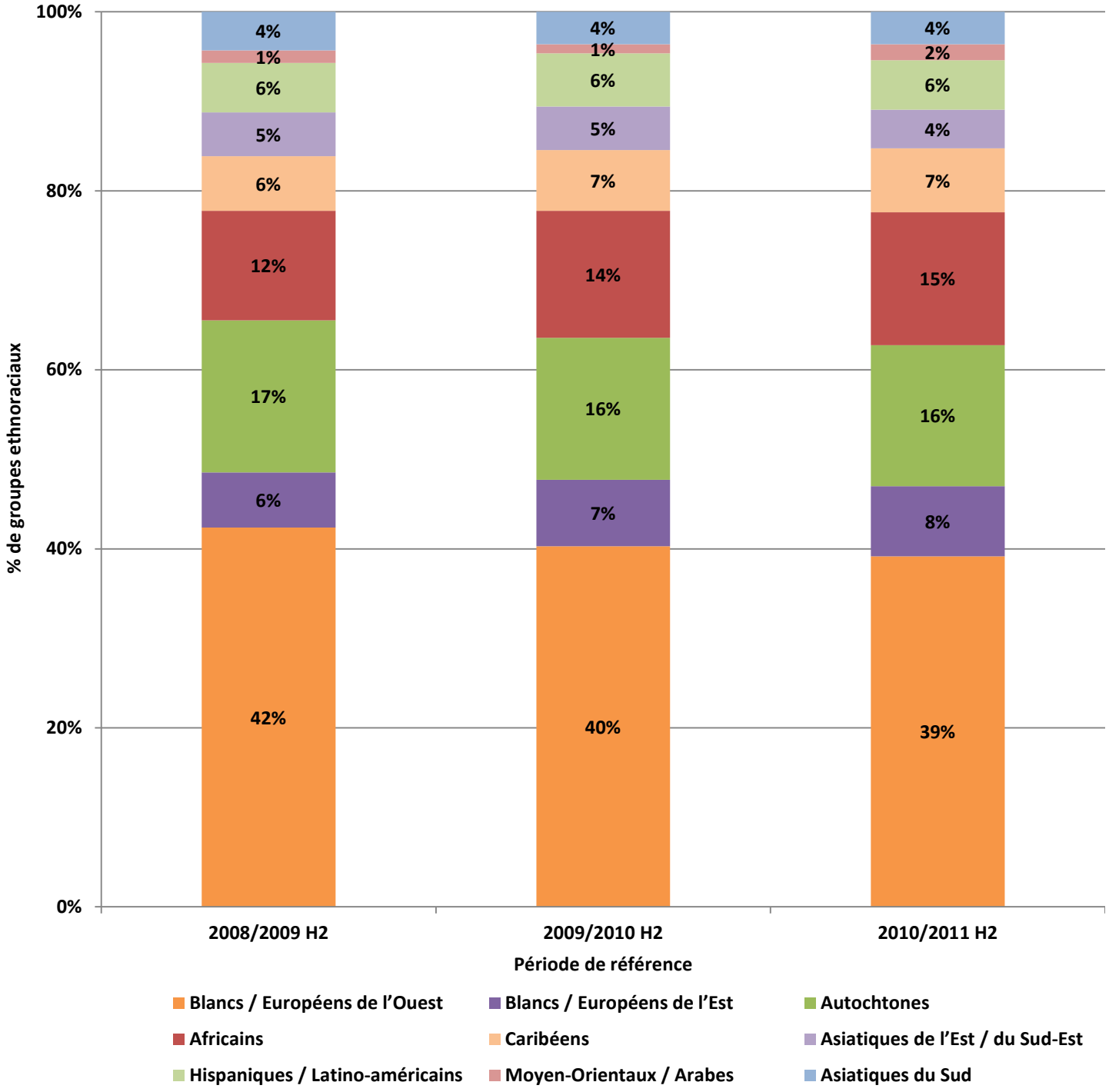
Figure 12
Proportion de clients par type de services : 2009-2010 et 2010-2011 S2



LA CLIENTÈLE EST PLUS DIVERSIFIÉE SUR LE PLAN ETHNIQUE

Les organismes ont remarqué que leur clientèle était plus diversifiée sur le plan ethnique et qu'elle comptait moins de clients blancs et européens de l'Est et plus de personnes d'origine africaine et caribéenne et de personnes de race noire (ACN), d'Hispaniques et de Moyen-Orientaux. Ce changement reflète les données épidémiologiques qui montrent une augmentation des taux d'infection à VIH dans les communautés ACN et chez les hommes hispaniques, dont la majorité a immigré récemment au Canada .

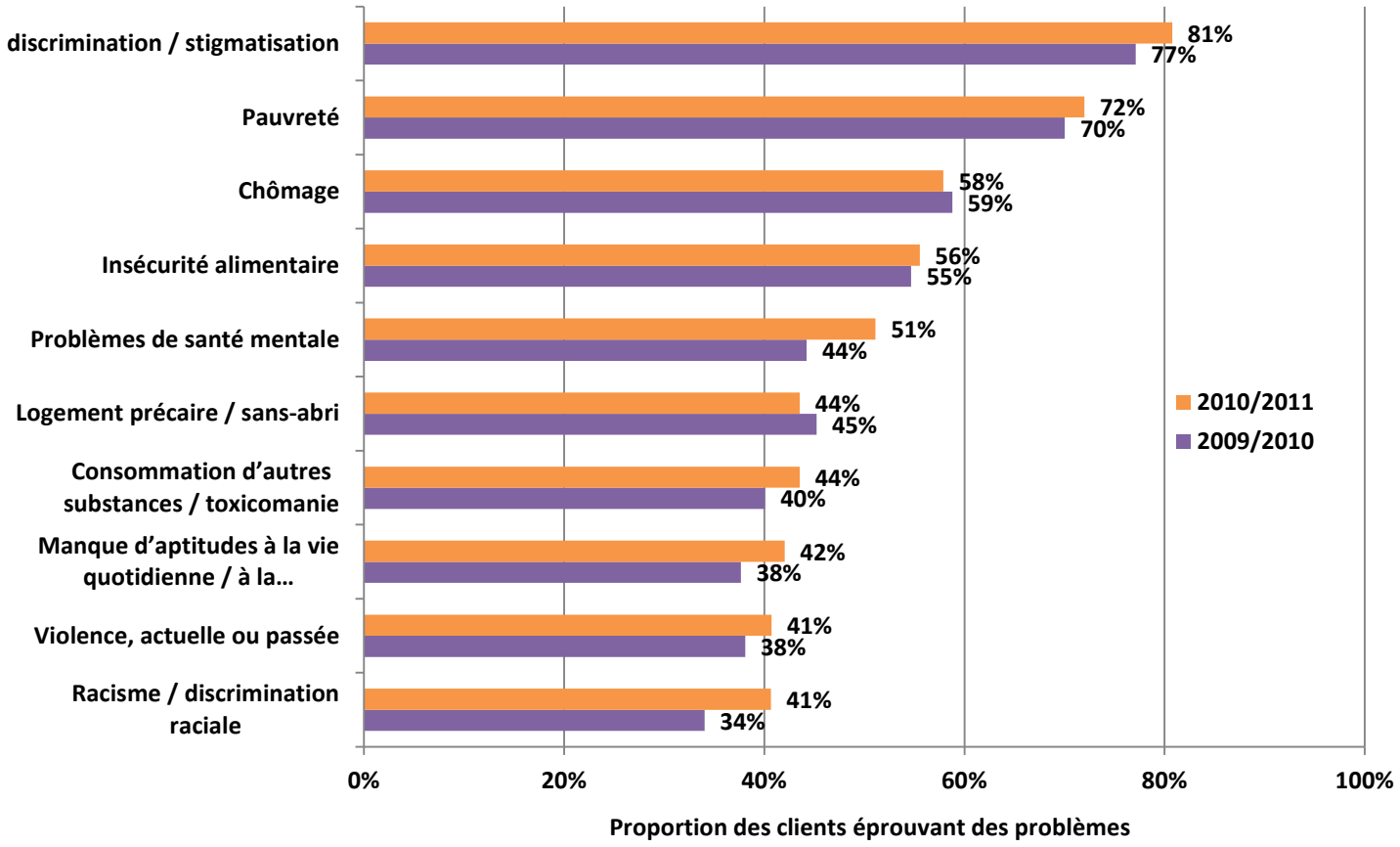
Figure 13
Pourcentage moyen de services fournis selon le groupe ethnoracial



LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ CONTINUENT D'AVOIR UNE INCIDENCE SUR LE BIEN-ÊTRE DES CLIENTS

Les personnes que nous servons continuent à faire face à des problèmes sociaux et de santé complexes, notamment la discrimination, la pauvreté, le chômage, l'insécurité alimentaire et les troubles mentaux. Les clients sont aussi davantage exposés à la violence que dans la population en général.[1, 2]

Figure 14
Proportion de clients faisant face à des difficultés sociales et de santé : dix principaux problèmes



Selon la ventilation des données par région, dans une région qui a connu une hausse marquée des cas diagnostiqués (Sud-Ouest), les organismes ont déclaré qu'une plus grande proportion de clients avaient été victimes de discrimination. Une seule région (Centre-Est) a mentionné qu'en proportion, moins de clients avaient vécu de la stigmatisation comparativement à l'année précédente.

Les organismes de l'extérieur de Toronto ont indiqué une proportion plus élevée de clients qui faisaient face à des problèmes de santé mentale, ce qui pourrait être attribuable à un manque de services en santé mentale et de communautés offrant du soutien (p. ex. pour contrer l'isolement social) dans les petits centres urbains et les régions rurales comparativement à la région de Toronto.

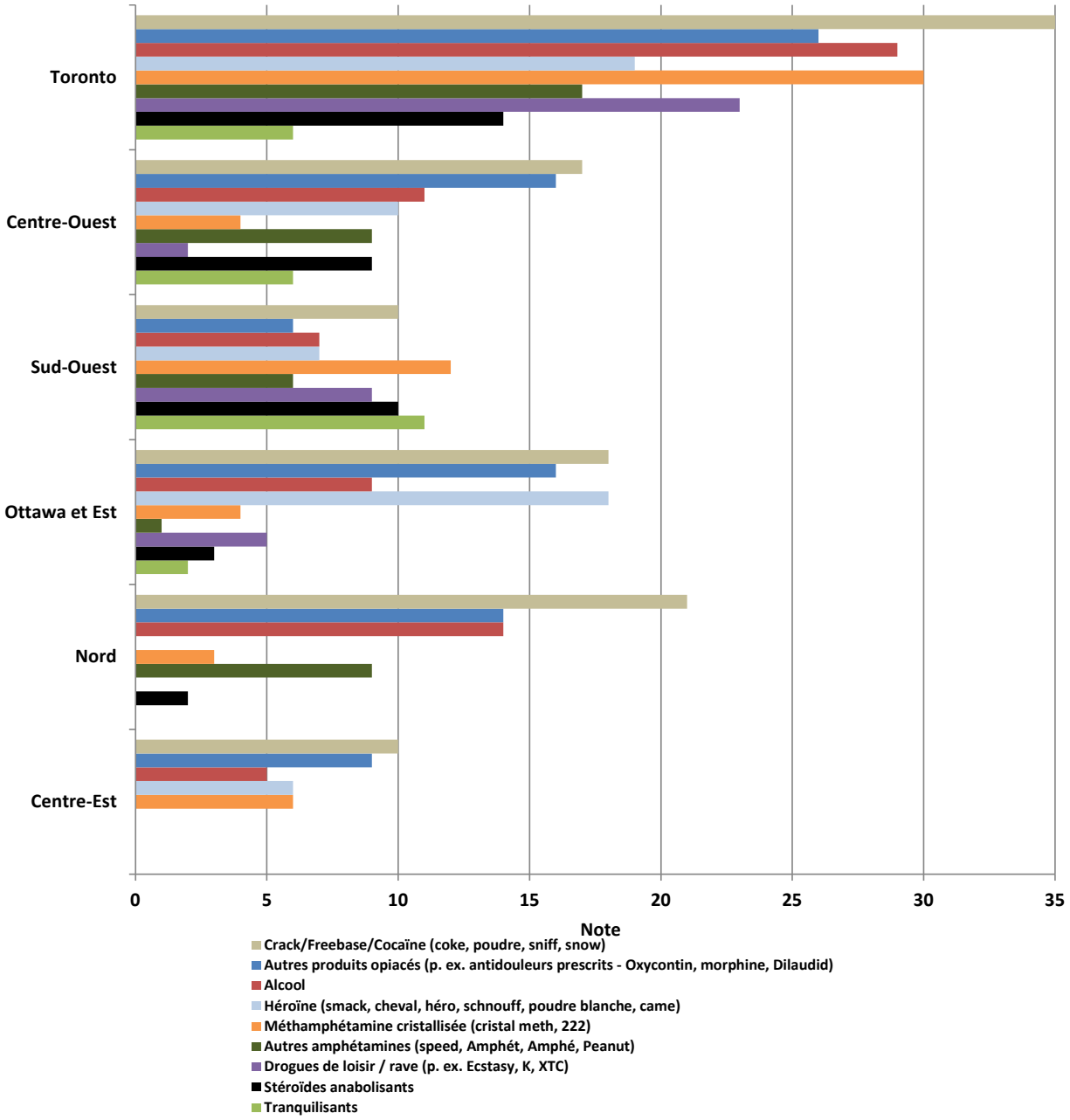
1. Ramachandran S, Yonas MA et al. (2010). Intimate partner violence among HIV-positive persons in an urban clinic. AIDS Care 22(12):1536-1543.

2. DiStephano AS and Cayetano RT. (2011). Health care and social service providers' observations on the intersection of HIV/AIDS and violence among their clients and patients. Qualitative Health Research 21(7):884-889.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET D'AUTRES DROGUES ET LES DROGUES DE CHOIX ONT UNE INCIDENCE SUR LES BESOINS EN SERVICES

Les organismes estiment qu'environ 40 % des personnes qui utilisent leurs services éprouvent des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues ou de toxicomanie (moyenne provinciale); certaines régions mentionnent que la consommation d'alcool et d'autres drogues est un problème pour 55 % (Sud-Ouest) à plus de 60 % (Nord, Ottawa et Est) des clients qu'ils desservent.

Figure 15
Classement de l'usage des drogues par région : 2010-2011 S2



Dans OCRSO, on demande aux organismes d'identifier les drogues qui sont le plus souvent utilisées par les personnes infectées par le VIH ou les personnes à risque. Les drogues de choix varient d'une région à l'autre de la province, souvent en raison de l'approvisionnement; cependant, les données indiquent généralement une forte utilisation de crack/cocaïne, d'opiacés (y compris l'héroïne) et un usage croissant des métamphétamines en cristaux (cristal meth). La consommation d'alcool demeure un problème pour un grand nombre de clients. Les organismes devraient utiliser ces données sur les tendances de la consommation d'alcool et d'autres drogues pour mettre en place des programmes de prévention, de réduction des méfaits et de soutien, de même que des programmes de traitement.

PARTIE 4:

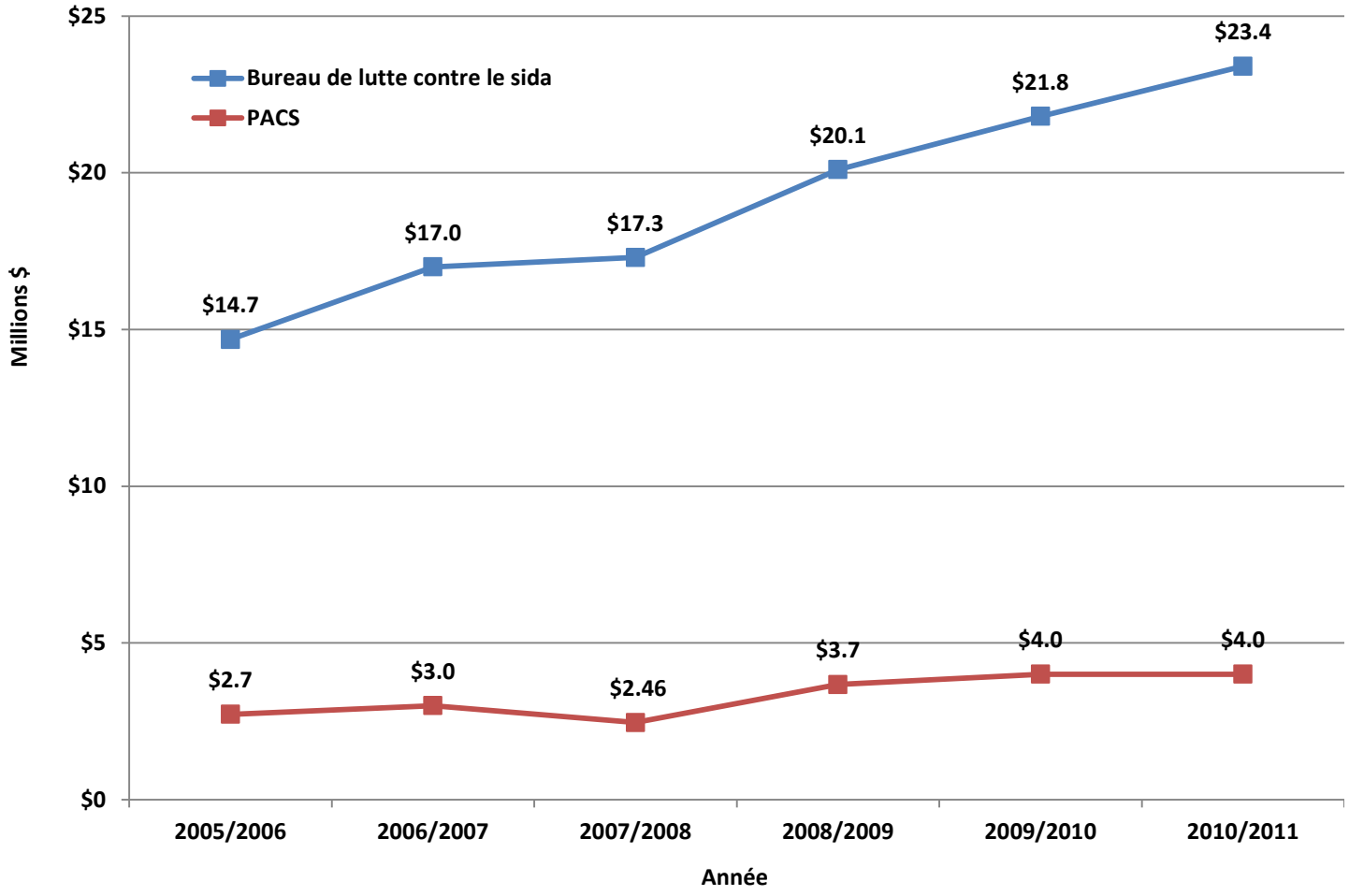
FINANCEMENT DES SERVICES COMMUNAU-TAIRES LIÉS AU VIH

FINANCEMENT DES SERVICES COMMUNAUTAIRES LIÉS AU VIH

Les 88 programmes mentionnés dans le rapport de cette année sont financés par Le Bureau de lutte contre le sida ou le PACS (par l'intermédiaire du Bureau régional de l'Ontario et du Nunavut de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC)) afin de fournir des services de prévention et de soutien aux personnes vivant avec le VIH ou présentant un risque de contracter cette infection.

En 2010-2011, les programmes ont reçu 27,4 millions de dollars au total du Bureau de lutte contre le sida et du PACS. Le graphique ci-dessous illustre les tendances du financement au cours des six dernières années. Le financement accordé par le Bureau de lutte contre le sida a augmenté à chaque année, tandis que le financement provenant de l'ASPC est demeuré relativement stable au cours des trois dernières années.

Figure 16
Financement annuel du PACS et du Bureau de lutte contre le sida, selon les rapports fournis par ces deux bailleurs de fonds



LE FINANCEMENT EST ACCORDÉ EN FONCTION DE LA RÉPARTITION DES CAS

En ce qui a trait à la répartition des fonds dans la province, le pourcentage le plus élevé (47 % en 2010-2011) des fonds a été dépensé à Toronto, qui compte le plus grand nombre de programmes. Le financement a augmenté dans toutes les régions au cours des quatre dernières années.

Figure 17
Fonds provenant du Bureau de lutte contre le sida et le PACS par région, selon les données fournies par ces deux bailleurs de fonds

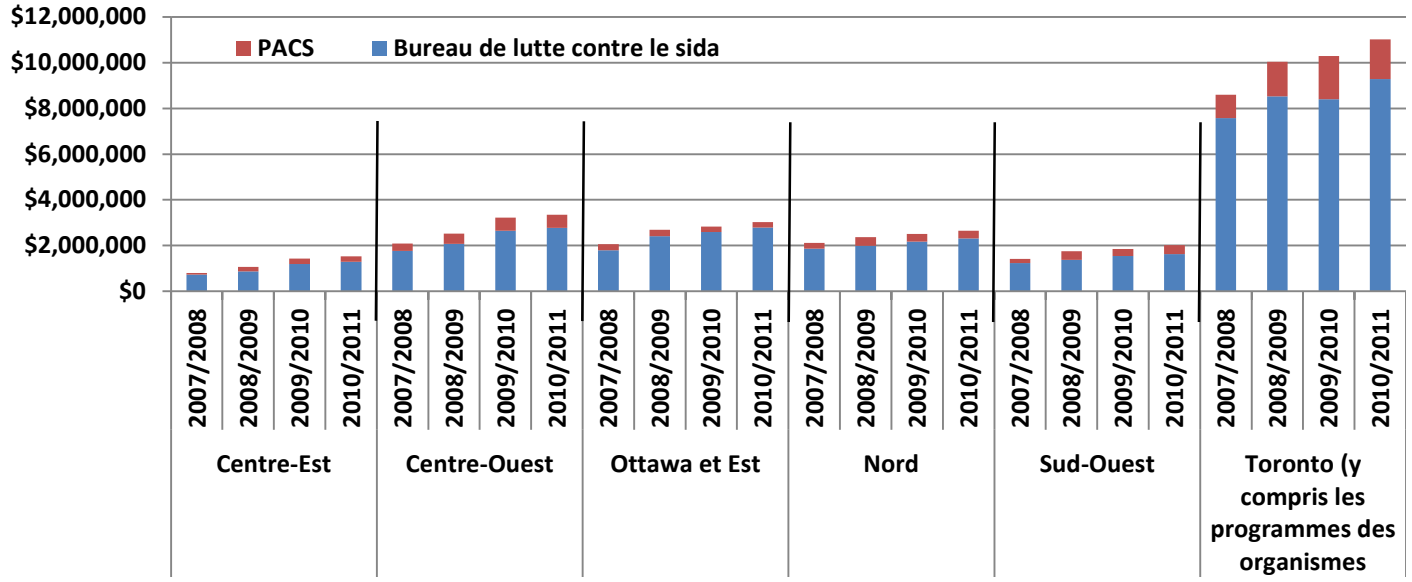
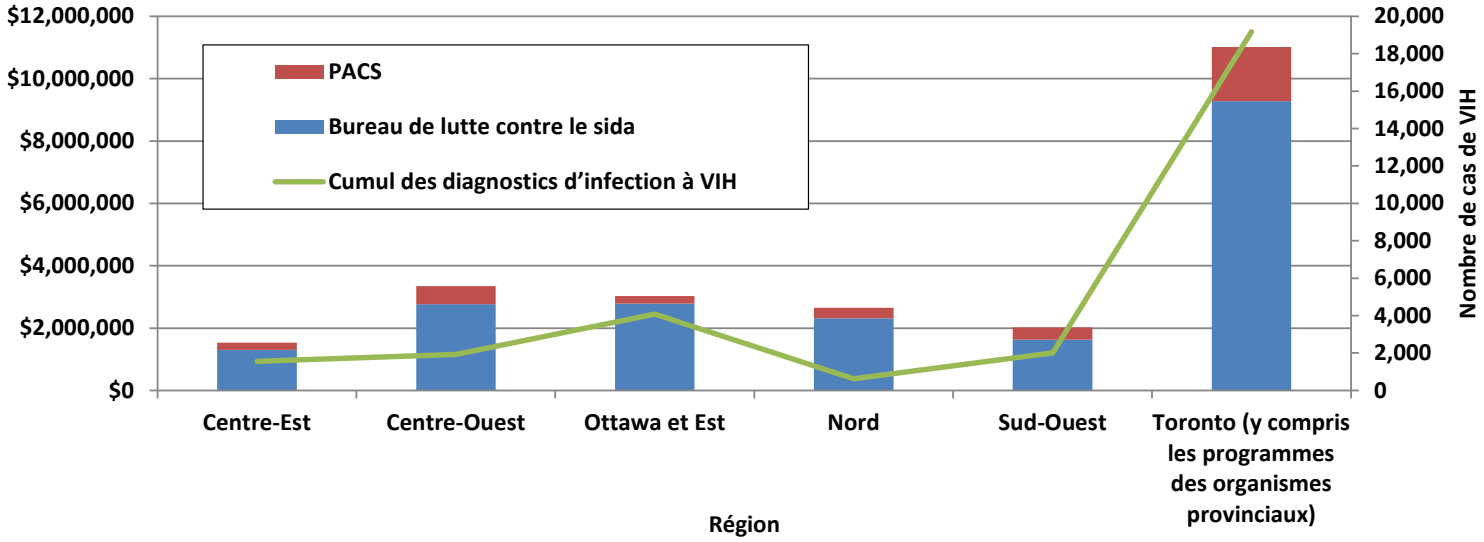


Figure 18
Fonds provenant du Bureau de lutte contre le sida et le PACS (2010-2011) par rapport au cumul des infections à VIH (1985 à 2009) par région, selon les données fournies par ces deux bailleurs de fonds



LES OSS DÉPENDENT DU FINANCEMENT GOUVERNEMENTAL

Note : L'information sur le financement présentée ci-dessous est fondée sur les données d'OCRSO fournies par les organismes plutôt que sur les dossiers des bailleurs de fonds. Elle inclut seulement les fonds accordés à 40 organismes de services liés au sida dans la province et n'inclut pas les fonds versés aux organismes non OSS, aux centres de santé communautaires ou à des programmes mis en œuvre dans d'autres milieux, parce que nous ne disposons pas de données complètes sur la gamme de sources de financement de ces autres organismes.

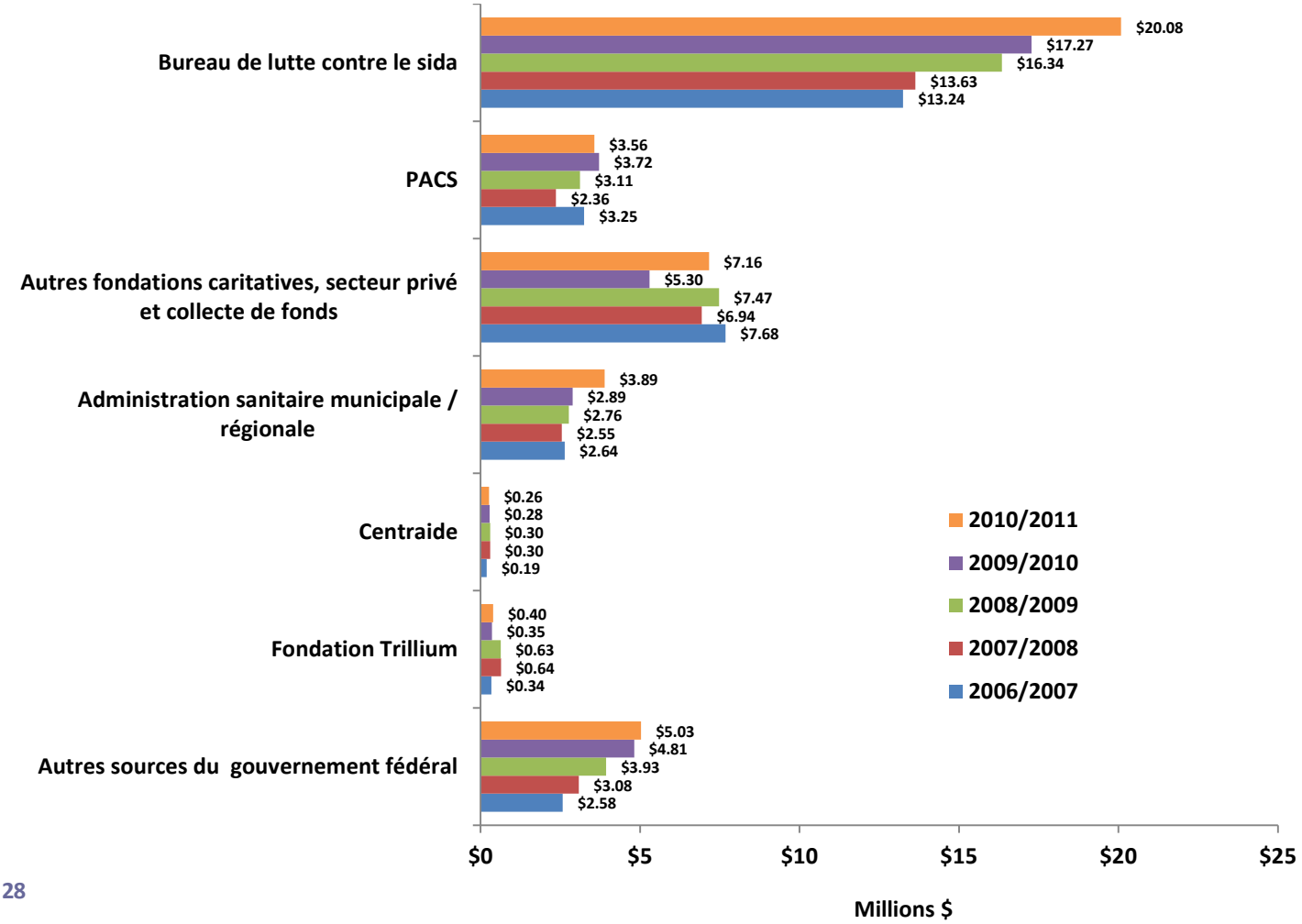
Les 40 organismes de services liés au sida mentionnent qu'ils continuent de dépendre fortement du financement gouvernemental. Le Bureau de lutte contre le sida, le PACS de l'ASPC, les administrations municipales et régionales et d'autres sources du gouvernement fédéral représentent 79 % du financement total que les organismes ont déclaré avoir reçu en 2010-2011.

Figure 19

	Source	Montant ($)	%
Gouvernement de l'Ontario	Bureau de lutte contre le sida	20,083,701.00	42%
	Autres sources du ministère de la Santé et des Soins de longue durée	3,900,196.00	8%
	Autres ministères provinciaux	1,409,291.36	3%
Gouvernement fédéral	PACS	3,564,936.00	7%
	Autres sources du gouvernement fédéral	5,027,115.00	10%
Administration locale	Administration sanitaire municipale / régionale	3,886,758.87	8%
Secteur privé	Autres fondations caritatives, secteur privé, activités de collecte de fonds	7,161,206.87	15%
Financement non gouvernemental	Trillium	395,391.30	1%
	Centraide	264,788.00	1%
Autre	Autre	2,303,852.69	5%
	Total global	**47,997,237.09**	**100%**
		Sources mises en évidence	79%

Les fonds provenant des activités de collecte de fonds (y compris les fonds provenant de Centraide ou la Fondation Trillium) représentaient 17 % du financement total des OSS, ce qui constitue une augmentation considérable par rapport à l'année précédente.

Figure 20
Organismes de services liés au sida (OSS) : sources de financement, selon les données fournies par les organismes

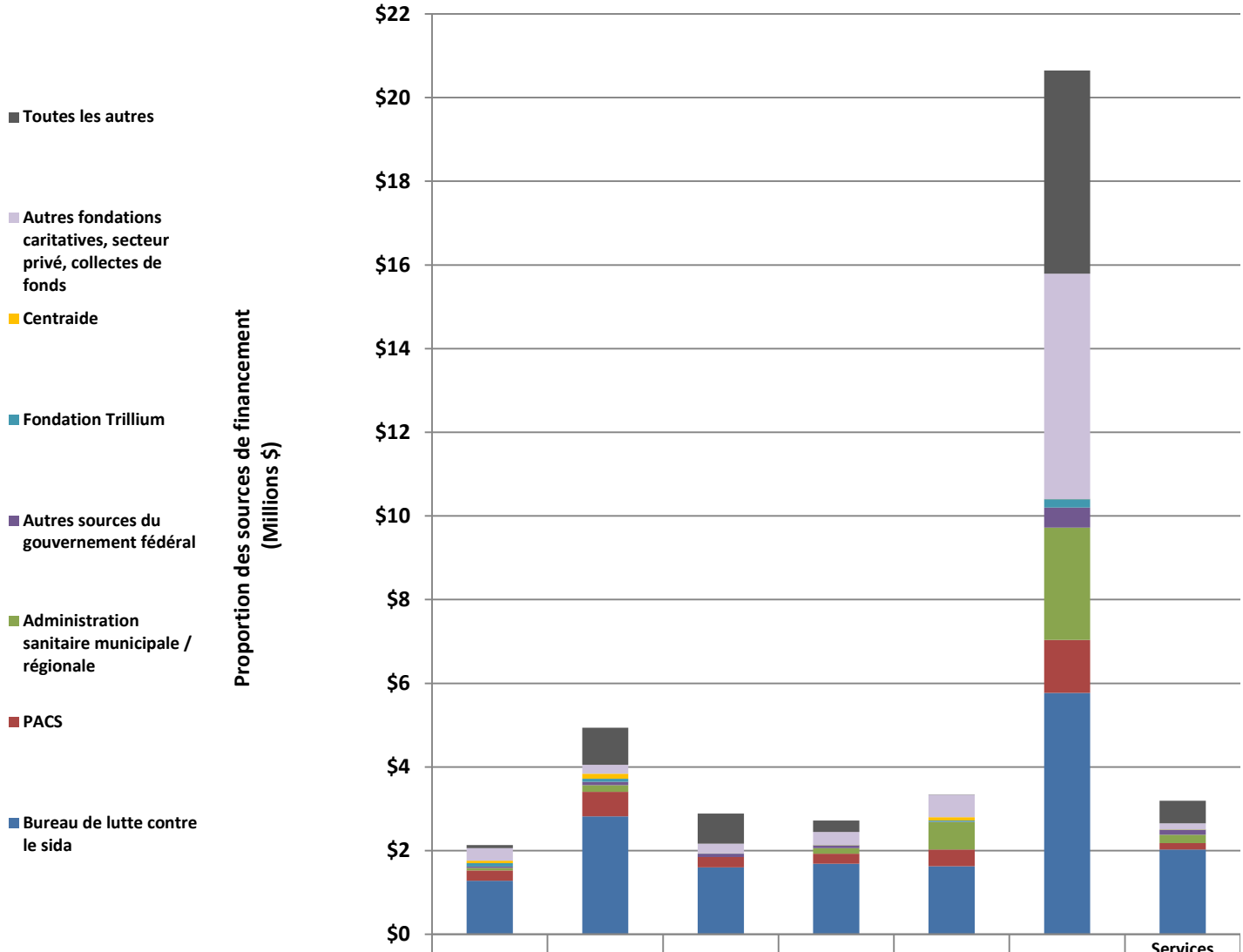


TENDANCES DU FINANCEMENT RÉGIONAL

Les tendances relatives au financement des OSS sont similaires partout dans la province, le Bureau de lutte contre le sida étant le principal bailleur de fonds. Les OSS de chacune des régions ont reçu des montants comparables du PACS ainsi que des fondations caritatives et des activités de collecte de fonds.

Les OSS de la région de Toronto ont une plus grande capacité de collecte de fonds que les organismes situés dans les petits centres urbains ou les régions rurales; par conséquent, dans cette région, le financement gouvernemental ne représente que 44 % des fonds par rapport à la majorité des autres régions, où il représente entre 65 % et 70 %. Même dans la région de Toronto, la capacité de solliciter des fonds varie d'un organisme à l'autre. Certains grands organismes ont des programmes de collecte de fonds extrêmement efficaces, tandis que d'autres dépendent presqu'exclusivement des fonds gouvernementaux.

Figure 21
Sources de financement par région – 2010-2011 (en millions $)



	Centre-Est	Centre-Ouest	Nord	Ottawa et Est	Sud-Ouest	Toronto	Services provinciaux
Toutes les autres	$0.08	$0.89	$0.72	$0.27	$0.00	$4.85	$0.54
Autres fondations caritatives, secteur privé, collectes de fonds	$0.30	$0.21	$0.23	$0.31	$0.53	$5.39	$0.15
Centraide	$0.06	$0.12	$0.00	$0.00	$0.08	$0.00	$0.00
Fondation Trillium	$0.08	$0.07	$0.00	$0.00	$0.03	$0.20	$0.00
Autres sources du gouvernement fédéral	$0.03	$0.08	$0.08	$0.07	$0.00	$0.48	$0.12
Administration sanitaire municipale / régionale	$0.06	$0.16	$0.00	$0.13	$0.66	$2.68	$0.20
PACS	$0.25	$0.59	$0.25	$0.24	$0.40	$1.27	$0.15
Bureau de lutte contre le sida	$1.28	$2.82	$1.60	$1.69	$1.63	$5.77	$2.03

PARTIE 5:

L'IMPACT DES INVESTISSEMENTS DANS LES SERVICES COMMUNAU-TAIRES LIÉS AU SIDA

5.1 AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET LA SENSIBILISATION

L'un des principaux objectifs des programmes communautaires liés au VIH/sida est d'éduquer les personnes à risque, de les sensibiliser au VIH et de les renseigner sur les facteurs de risque (soit le risque d'infection à VIH ou, lorsque les personnes sont déjà infectées, le risque de progression de la maladie) ainsi que sur les facteurs qui les aideraient à améliorer leur santé et leur bien-être.

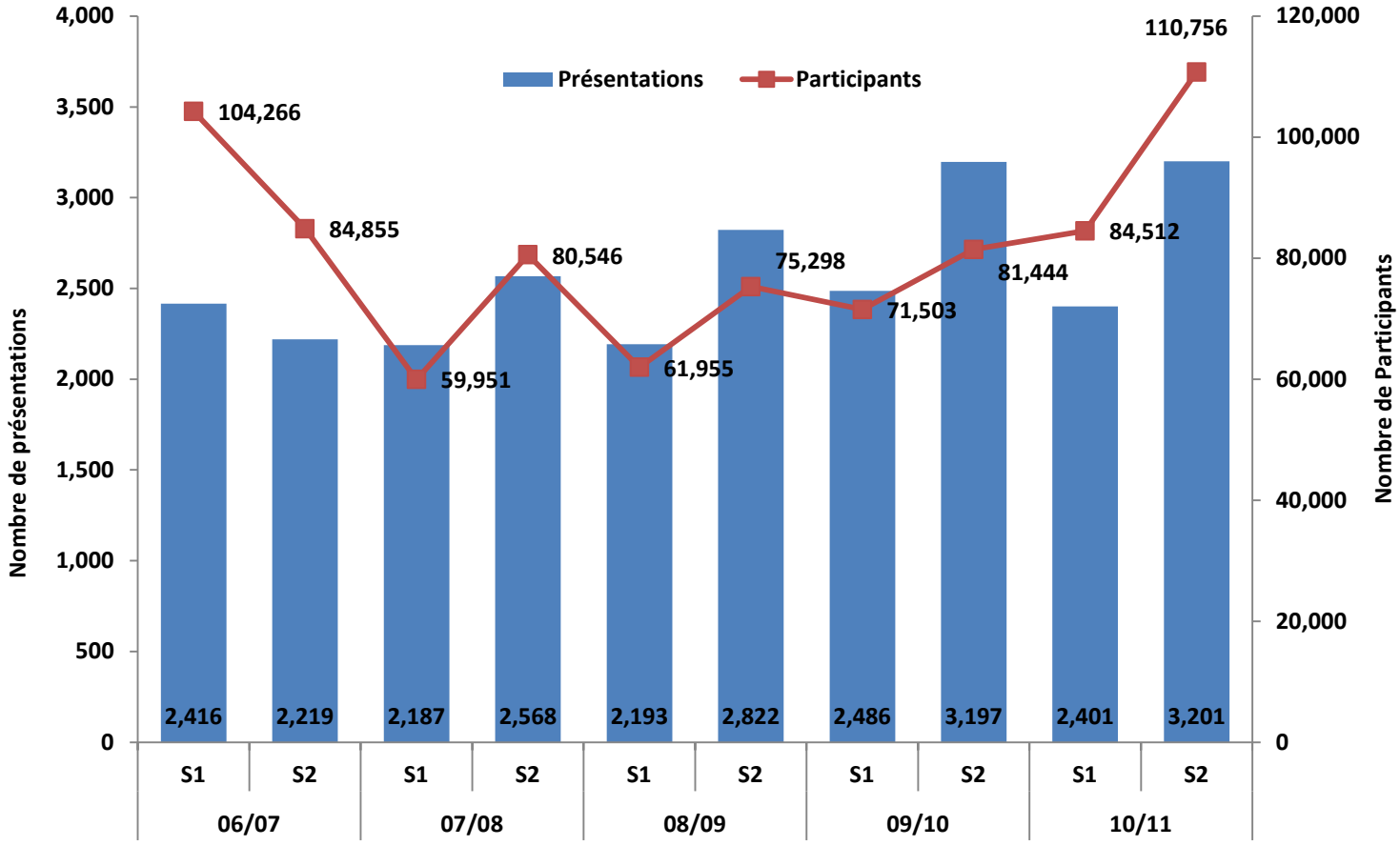
> *« Les participants acquièrent et partagent de l'information sur les risques associés à l'utilisation de nouvelles drogues ou méthodes de consommation, comme Levamicoke dans la cocaïne, les timbres transdermiques de Fentanyl.»*

5.1.1 ÉDUCATION

JOINDRE 28 % DE PERSONNES DE PLUS PAR LE BIAIS DES SERVICES D'ÉDUCATION

En 2010-2011, les organismes financés ont donné 5 602 présentations ou ateliers d'éducation (une baisse par rapport au nombre de 5683 en 2009-2010) et ont attiré 28 % de participants de plus (196 304) que l'année précédente (152 947). En moyenne, 33 personnes ont assisté à chaque présentation (ce qui représente une hausse par rapport à 27 personnes au cours des deux années précédentes).

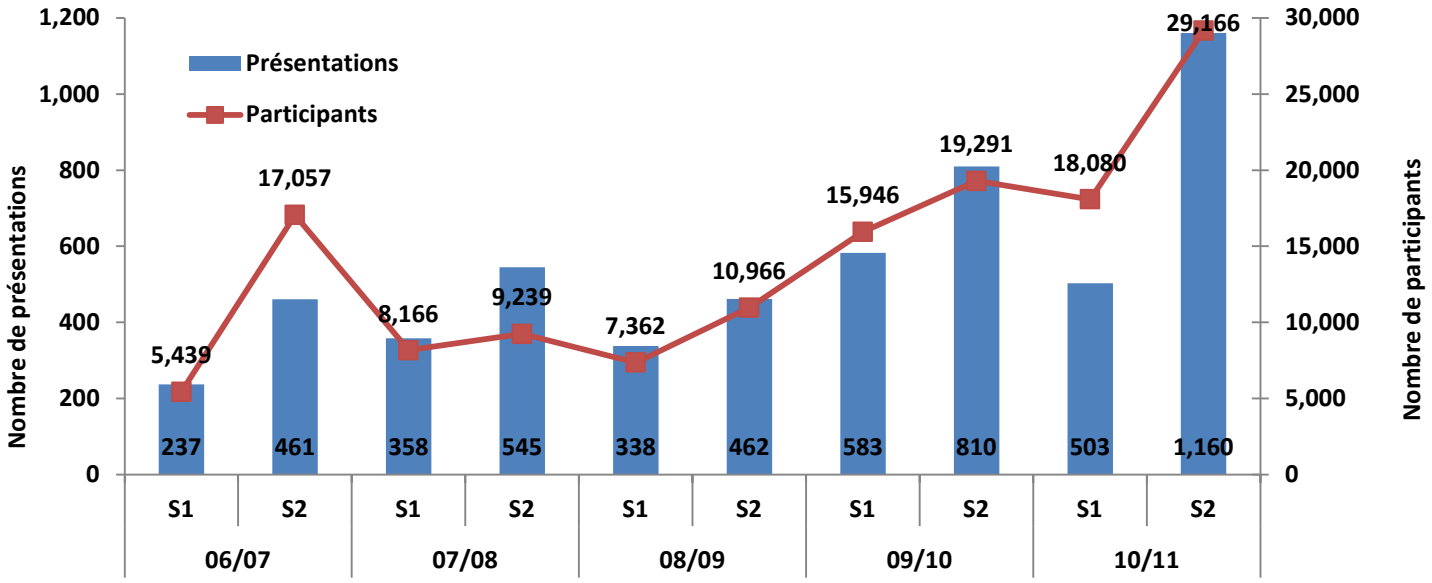
Figure 22
Nombre de présentations éducatives et de participants par période de référence



UNE PRÉSENTATION SUR QUATRE EST FINANCÉE PAR LE PACS

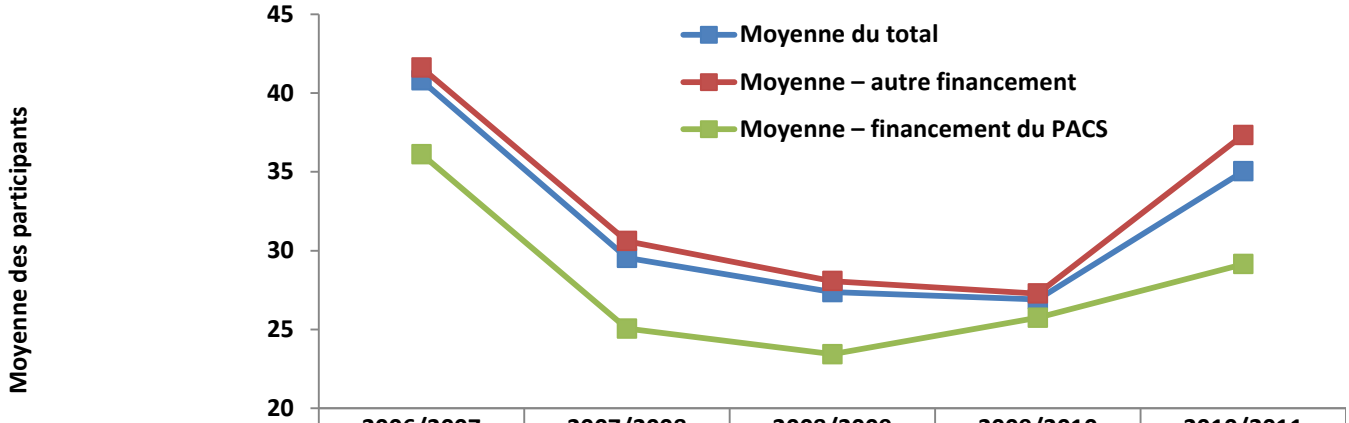
Parmi les 5 602 présentations, 29 % (1 663) ont été financées par le PACS. Ces présentations ont attiré un total de 45 847 participants (24 %).

Figure 23
Présentations éducatives et nombre de participants : projets financés par le PACS



Le nombre moyen de participants assistant aux présentations financées par le PACS a été légèrement plus faible (29), ce qui reflète probablement l'accent mis sur les forums communautaires et les ateliers plutôt que sur les présentations dans les programmes financés par le PACS (figure 24).

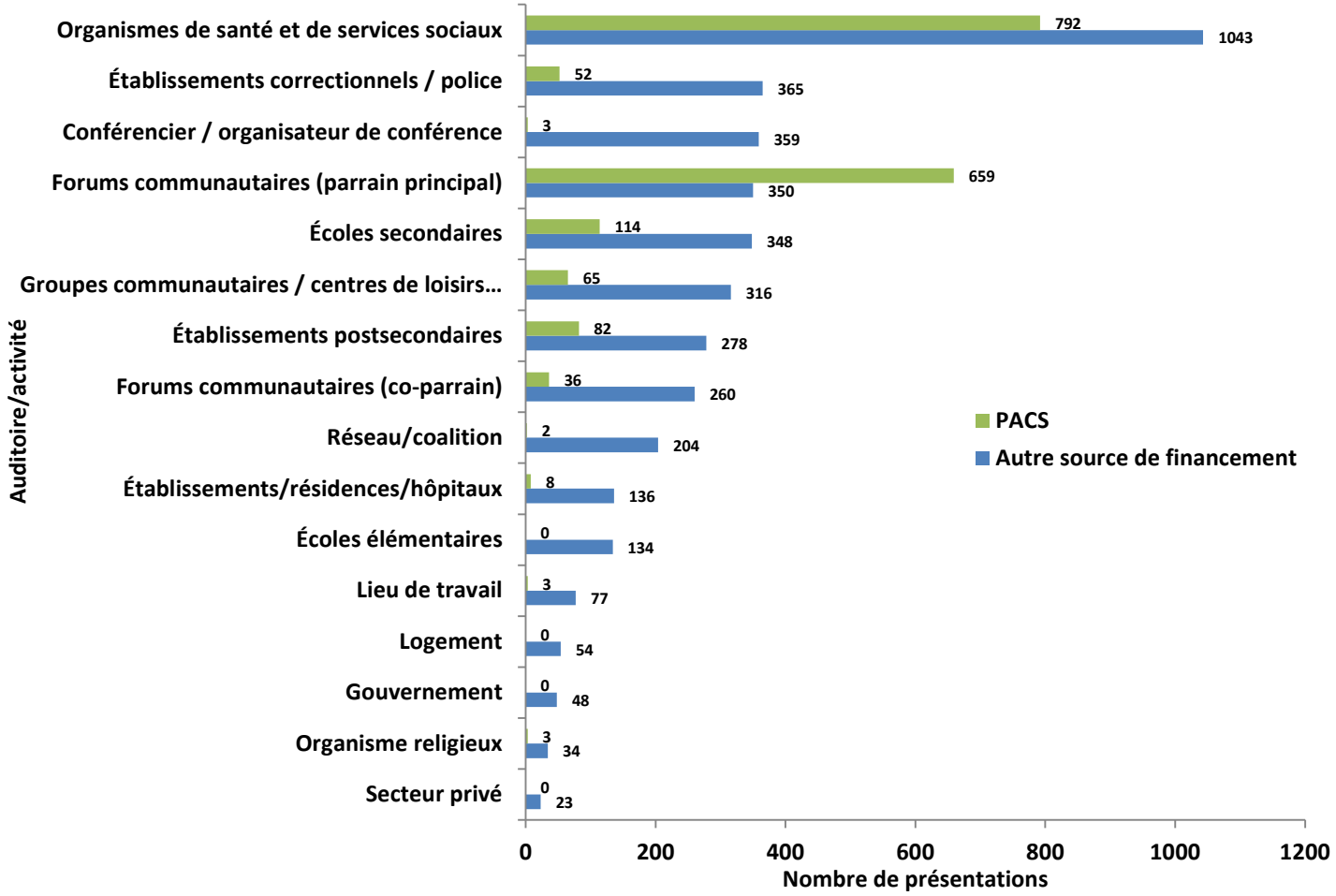
Figure 24
Nombre moyen de participants par présentation éducative : 2006-2007 à 2010-2011
(Les moyennes ont été obtenues en divisant le nombre total de participants (S1+S2) par le nombre de présentations)



	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
Moyenne du total	41	30	27	27	35
Moyenne – autre financement	42	31	28	27	37
Moyenne – financement du PACS	36	25	23	26	29

En ce qui a trait aux milieux ciblés par les activités d'éducation, les responsables des projets financés par le PACS ont déclaré avoir tenu davantage de forums dans les communautés et moins de présentations dans les conférences ou dans d'autres milieux, comme dans les écoles, les établissements correctionnels ou d'autres établissements. .

Figure 25
Présentation éducative par source de financement : 2010



ÉCARTS ENTRE LES ORGANISMES

Le nombre de présentations éducatives/d'ateliers varie considérablement d'un organisme à l'autre. En fait, 47 % des organismes ont déclaré avoir fait plus de présentations que l'an dernier, et 50 % ont dit qu'ils en avaient fait moins.

Parmi les 72 organismes qui ont utilisé OCRSO, 15 ont dit avoir fait entre 1 et 20 présentations durant l'année et 14 en ont fait entre 61 et 80. L'écart peut être attribuable à la taille et à la capacité des organismes ou résulter d'une décision réfléchie d'un organisme de se concentrer plus ou moins sur les activités d'éducation par rapport à ses autres activités.

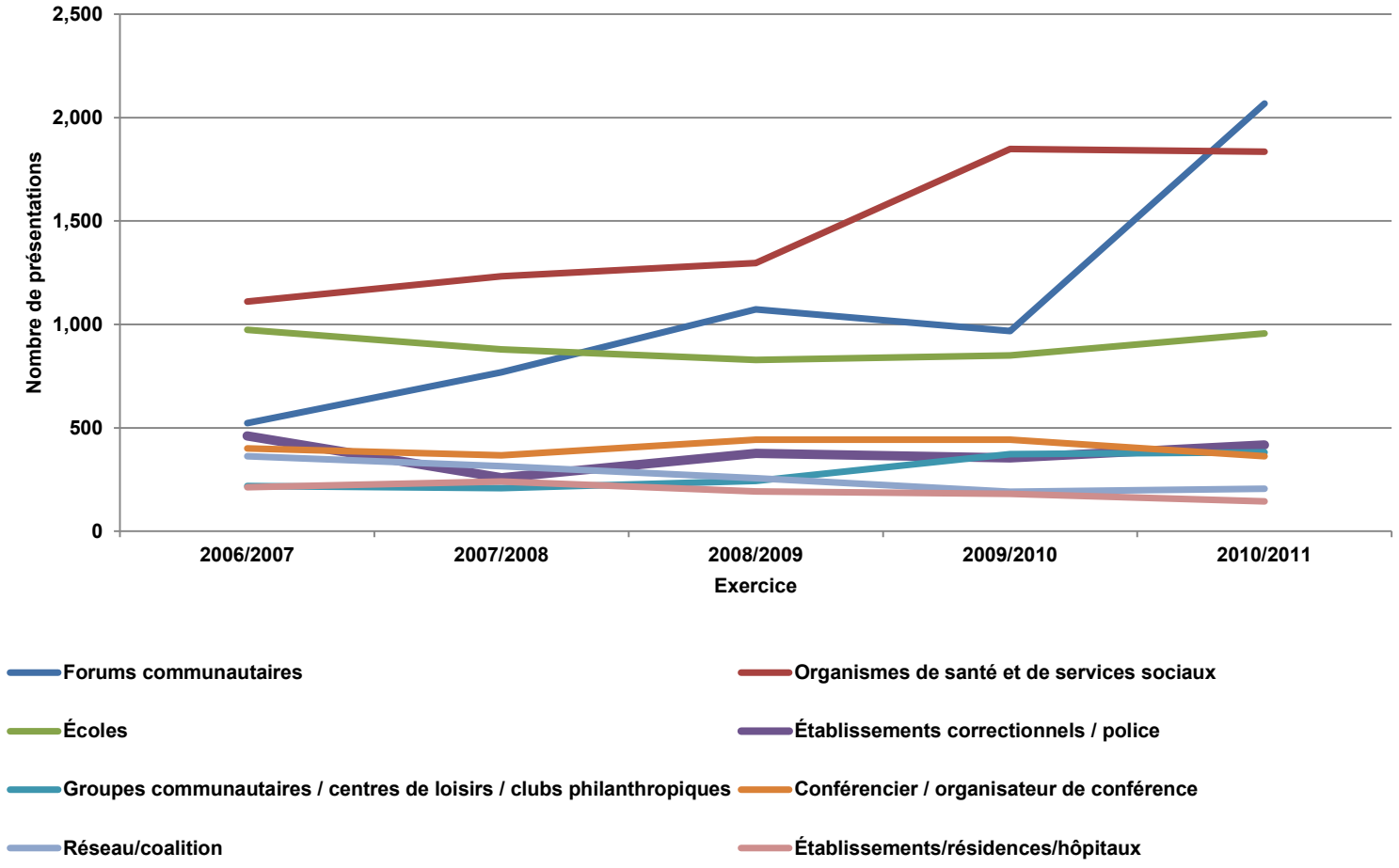
LES ACTIVITÉS D'ÉDUCATION CIBLENT LES FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Les fournisseurs de services de santé et de services sociaux continuent d'être l'une des principales cibles des présentations éducatives données par les organismes financés par le Bureau de lutte contre le sida et le PACS. Ces activités d'éducation sont conçues pour voir à ce que les autres fournisseurs comprennent les besoins des personnes vivant avec le VIH et accroître l'accès à des services exempts de stigmatisation et de joindre les clients d'autres organismes.

> *« Nous avons reçu plusieurs demandes de services d'éducation de la part de fournisseurs de services, qui désiraient savoir comment mieux servir les travailleurs du sexe et dissiper les mythes courants. On nous a également demandé de faire de l'éducation sur le VIH et les femmes et le VIH et les PVAS sans statut. »*

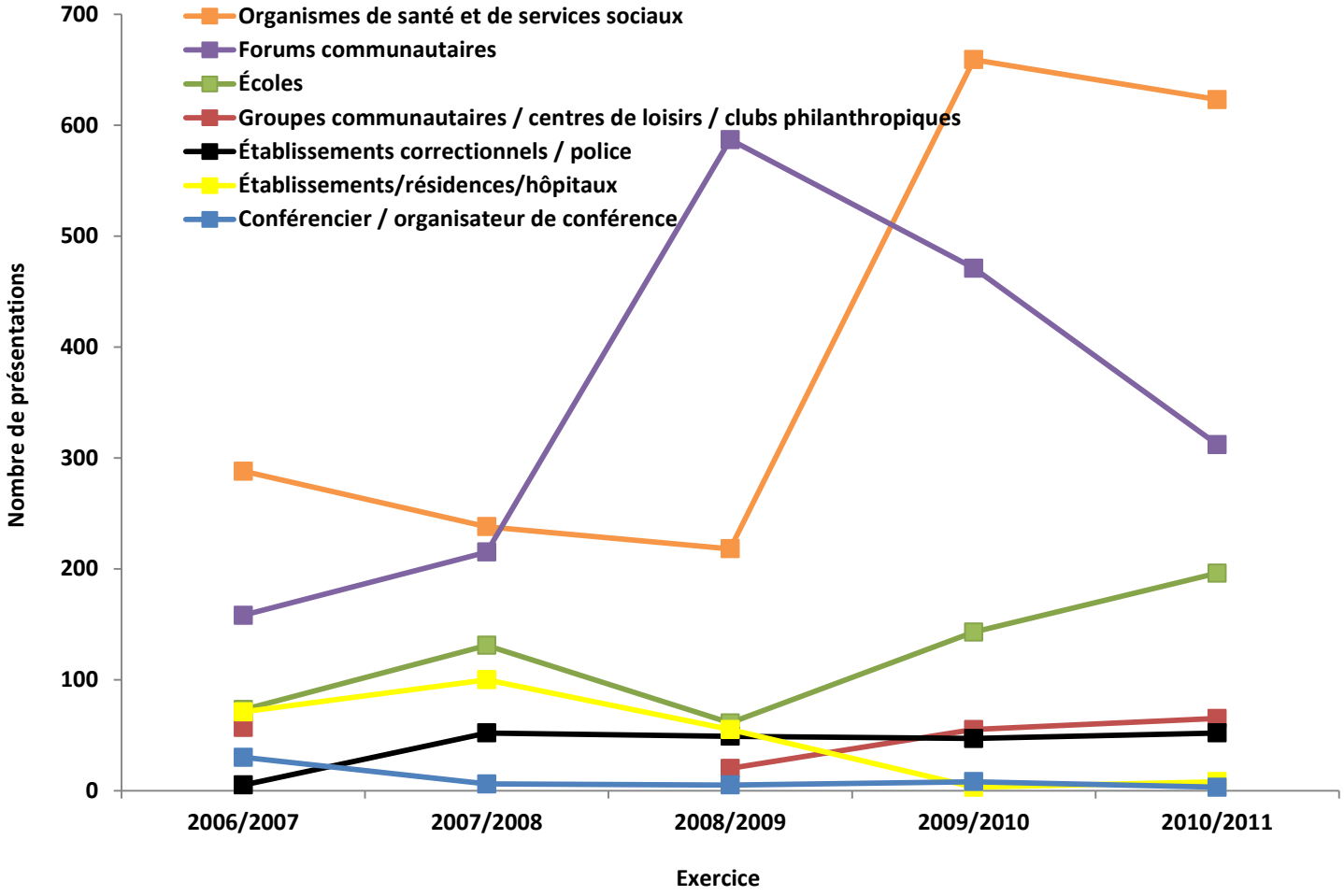
Le nombre de présentations dans les forums communautaires et les écoles est demeuré relativement élevé au cours des cinq dernières années.

Figure 26
Présentations éducatives dans des endroits sélectionnés



> *« L'augmentation du nombre d'ITS chez les jeunes dans le district de Sudbury a entraîné une augmentation des demandes de présentations dans les écoles. »*

Figure 27
Présentations éducatives dans des endroits sélectionnés : projets financés par le PACS



QUELLES SONT LES TYPES D'ACTIVITÉS? LESQUELLES FONCTIONNENT?

À l'heure actuelle, les données saisies dans OCRSO ne sont pas suffisamment détaillées pour permettre de comprendre le type d'activités éducatives fournies, les personnes ou les groupes touchées ou l'incidence de l'éducation sur les connaissances et la sensibilisation. Les responsables d'OCRSO collaborent actuellement avec les organismes pour trouver des moyens de recueillir des données plus utiles sur les activités éducatives. Il est raisonnable de s'attendre à ce que les présentations éducatives contribuent à accroître les connaissances et la sensibilisation. Cependant, différents types d'activités éducatives, comme les présentations ponctuelles devant de grands groupes et les ateliers de six semaines donnés à de petits groupes, auront des répercussions différentes sur les connaissances et la sensibilisation.

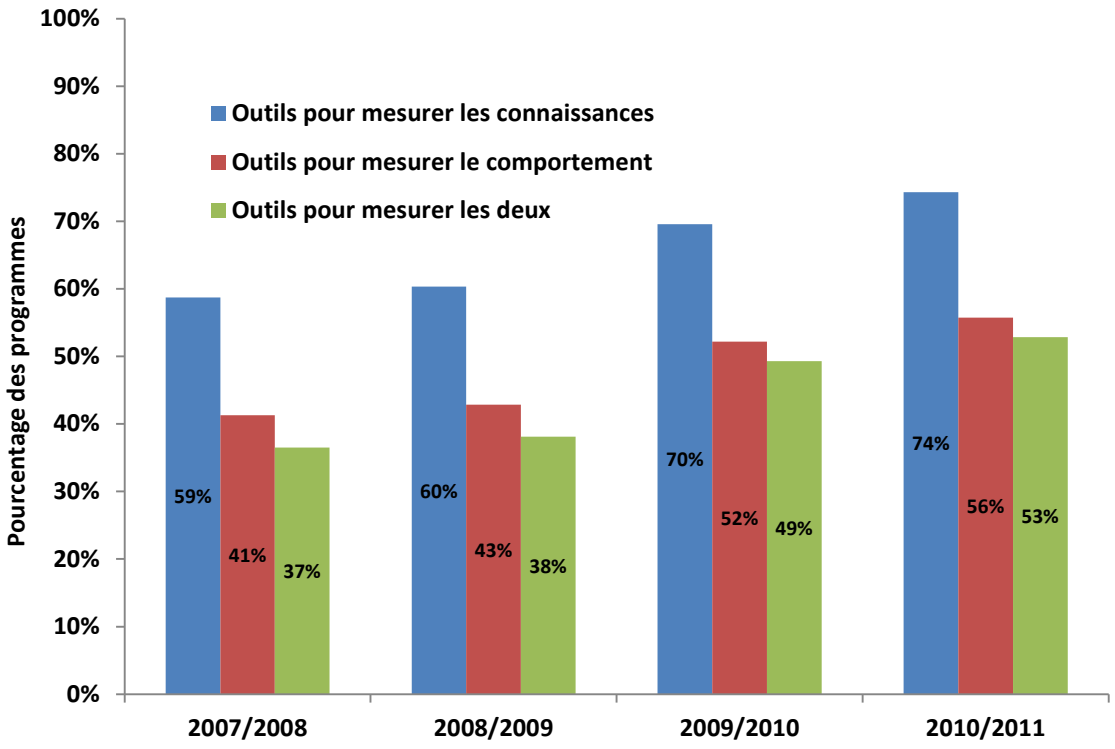
Les organismes financés par le PACS fournissent certains renseignements sur la nature et l'incidence des activités éducatives dans leurs rapports sur leur modèle logique. Par exemple, en 2010-2011, les activités éducatives comprenaient des conférences sur la réduction des méfaits, les activités ciblant des groupes de jeunes, y compris les activités à l'intention des jeunes gais, des présentations sur le VIH dans les écoles, des ateliers de lutte contre l'intimidation et l'homophonie dans les écoles, de la formation destinée aux fournisseurs de services, des événements liées à la fierté gaie et des ateliers sur les rapports sexuels protégés.

Les activités éducatives n'ont pas toutes fait l'objet d'une évaluation, mais selon les résultats provenant des évaluations citées dans les modèles logiques du PACS, ces activités ont au moins permis de réaliser des changements à court terme au niveau des connaissances et de la sensibilisation. Il faudrait mettre en place différents types d'évaluation pour vérifier si ces changements se maintiennent avec le temps. À la fin d'un atelier, les participants déclarent généralement avoir constaté un changement au niveau de leurs connaissances et de leurs attitudes (c.-à-d. moins enclins à stigmatiser les personnes vivant avec le VIH) et dans leur intention de changer leur comportement. Par exemple :

> *« Après l'atelier [sur le genre et le VIH/sida], nous avons posé des questions à 10 participants pour évaluer l'efficacité… et mesurer le changement au niveau des connaissances. Neuf répondants sur 10 ont dit que leurs connaissances sur le VIH/sida s'étaient améliorées après avoir assisté aux différentes activités de sensibilisation au VIH présentées dans le cadre de notre programme. … la majorité ont dit avoir appris comment les femmes étaient susceptibles de contracter une infection au VIH, comment le VIH était transmis et comment prévenir la transmission. Ils ont dit avoir appris comment se protéger ainsi que leurs enfants contre l'infection à VIH et d'autres infections transmises sexuellement et ont dit qu'ils s'engageaient à faire partager les leçons apprises sur la sexualité saine à d'autres personnes et de s'ouvrir aux membres de leur famille. »*
>
> *« 89,2 % des personnes qui ont rempli le formulaire d'évaluation ont indiqué avoir constaté un changement au niveau de leurs connaissances. »*

Au moyen d'OCRSO, les organismes consignent les mesures qu'ils prennent pour mesurer l'impact de leurs activités d'éducation. Au cours des quatre dernières années, nous avons constaté une augmentation constante du pourcentage d'organismes qui utilisent des outils pour mesurer les connaissances et le comportement des personnes ciblées par leurs programmes d'éducation : trois organismes sur quatre mesurent maintenant les changements au niveau des connaissances, plus de la moitié utilisent des outils pour mesurer les changements déclarés au niveau du comportement et un peu plus de la moitié mesurent à la fois les connaissances et le comportement. Ce type d'information est essentiel pour évaluer l'efficacité et l'incidence des programmes et des services.

Figure 28
Outils pour mesurer les changements au niveau des connaissances et du comportement dans les populations cibles



NOUVELLES TENDANCES : ACCROISSEMENT DES DEMANDES D'INFORMATION SUR LE VIEILLISSEMENT, LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET D'AUTRES DROGUES, LA RÉDUCTION DES MÉFAITS ET D'INFORMATON À L'INTENTION DES JEUNES

Les organismes ont rapporté un accroissement de l'intérêt dans les activités éducatives et les ateliers portant sur les sujets suivants:

- vieillir avec le VIH
- réduction des méfaits
- infections transmises sexuellement (ITS)
- immigration
- autres questions socio-juridiques, y compris la divulgation et la criminalisation.

> *« Nous avons constaté des changements au niveau de la demande d'activités d'éducation et de sensibilisation dans les écoles, les communautés et les organismes gouvernementaux ainsi que les établissements de soins de longue durée et le logement supervisé. »*

> *« [Il y a] plus de demandes de programmes d'éducation de la part des PVAS sur des sujets comme le vieillissement et les complexités du vieillissement avec le VIH/sida. »*

> *«[Nous] avons relevé un accroissement de la demande d'activités éducatives sur l'échange des seringues entre les utilisateurs pour aborder les tendances et les risques associés à l'achat de drogues en seringue… [et] d'éducation dans la communauté sur la manière de procéder pour récupérer les seringues de façon sécuritaire. »*

Un bon nombre de communautés ont mentionné une augmentation de l'intérêt dans les activités d'éducation destinées aux jeunes (y compris les jeunes GLBT) sur des sujets comme les rapports sexuels protégés, la lutte contre l'intimidation et la résilience. Plusieurs organismes ont relevé une augmentation des demandes d'activités éducatives destinées aux Autochtones ainsi que d'activités tenant compte des différences culturelles et adaptées à une culture en particulier. Ils ont également reçu plus de demandes d'information sur les sujets suivants : stigmatisation, participation des personnes vivant avec le VIH, nouvelles technologies de prévention, prévention POZ, troubles concomitants particulièrement l'hépatite C, les soins de longue durée, la promotion de la santé, la sexualité saine et la résilience. Les organismes ont identifié plusieurs groupes qui ont des besoins précis en matière d'éducation, notamment les travailleurs du sexe, les hommes et les femmes transgenres, les jeunes et les personnes vivant dans les régions rurales. Pour répondre aux besoins de ces communautés, il faudra peut-être établir de nouveaux modèles de services d'éducation.

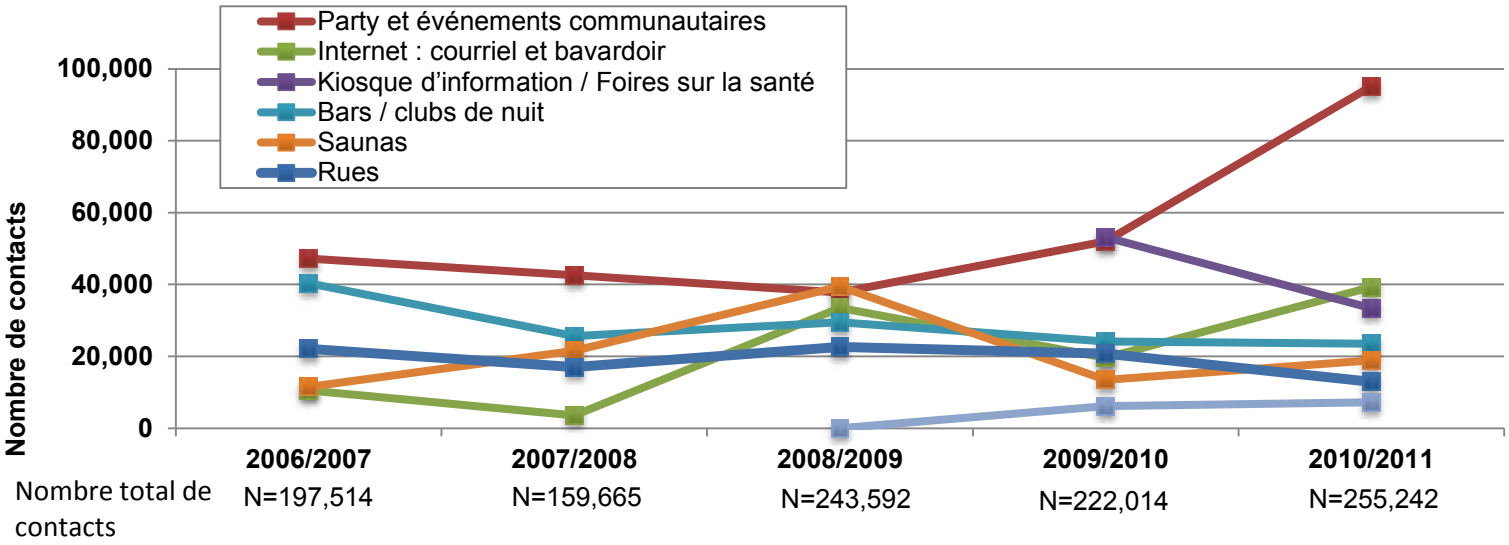
Plusieurs organismes ont mentionné que la demande de présentations et d'ateliers avait augmenté, tandis que d'autres ont rapporté une baisse. Un organisme a indiqué qu'en planifiant et en organisant plus d'activités – ciblant particulièrement les jeunes gais et les alliances gais/hétérosexuels – il a constaté un accroissement de l'intérêt et de la participation.

Voici, entre autres, les stratégies que les organismes utilisent pour répondre aux nouvelles tendances :

- Élargir les programmes actuels, particulièrement ceux destinés aux hommes homosexuels et aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, aux personnes vivant dans les régions rurales, aux Autochtones ainsi que les programmes dirigés par des pairs
- Mettre en œuvre ou améliorer les partenariats – par exemple, avec les communautés culturelles, les groupes GLBT, les travailleurs du sexe et d'autres groupes – pour améliorer la capacité à joindre des auditoires et répondre à leurs besoins
- Développer des ressources éducatives
- Adapter les programmes d'éducation et les ateliers pour répondre à des besoins précis (p. ex. les communautés autochtones, les chefs d'organisations confessionnelles, la population carcérale, les travailleurs migrants, les femmes, les jeunes) et mettre l'accent sur des questions importantes comme l'estime de soi, l'immigration et les connaissances en matière de santé
- Offrir au personnel des occasions de perfectionnement professionnel.

5.1.2 INITIATIVES DE PRISE DE CONTACT

Figure 29
Les sept principales activités de prise de contact selon l'emplacement et la période (le programme lié aux prises de contact dans les bars et les événements communautaires n'est pas inclus)



Dans OCRSO, l'expression « prise de contact » s'entend de l'établissement de contacts avec des personnes en fréquentant des endroits où les membres de la communauté socialisent, se rassemblent ou visitent en passant. Les activités de prise de contact se distinguent des présentations éducatives en ce sens qu'elles constituent des interactions non structurées. La prise de contact est définie comme étant l'établissement d'un contact significatif avec des personnes des groupes ciblés et n'incluent pas les campagnes médiatiques ou le publipostage.

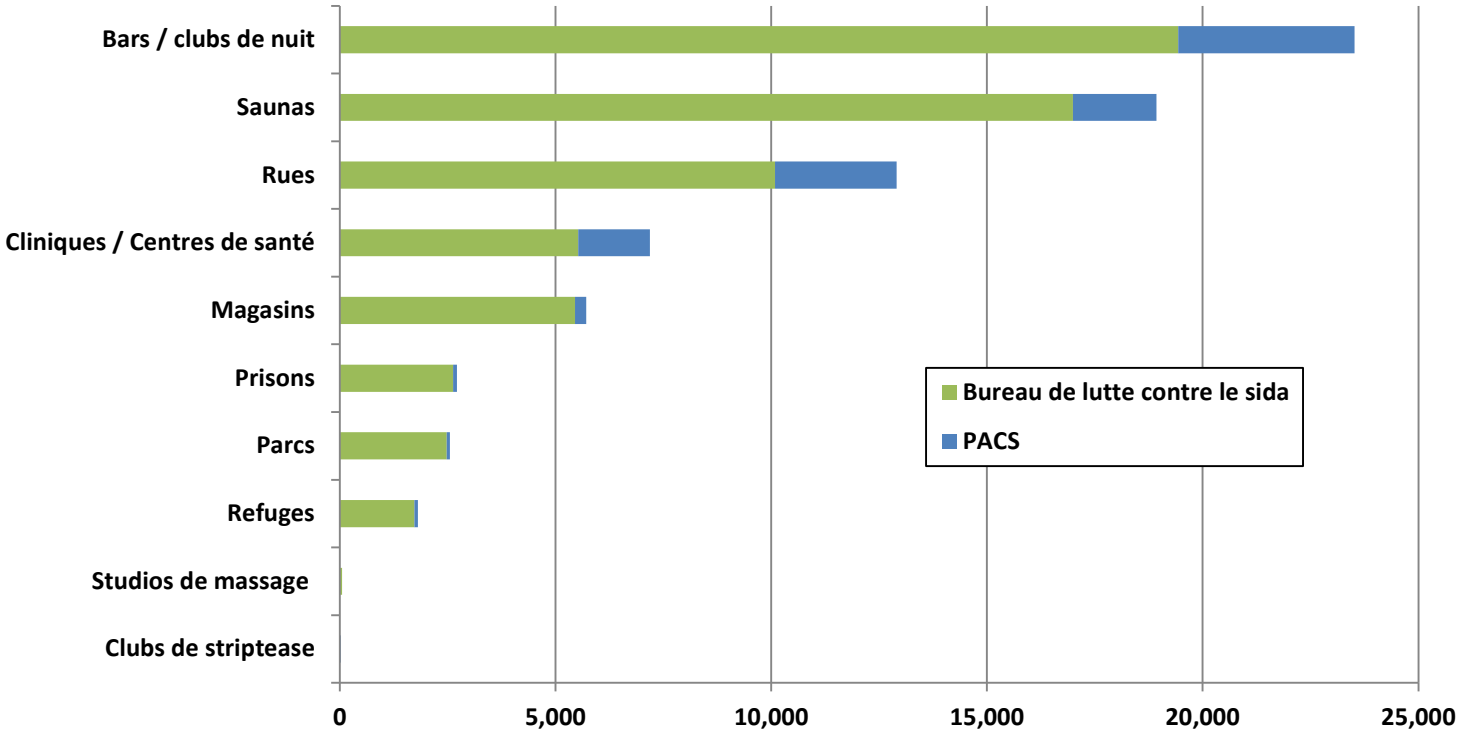
En 2010-2011, une augmentation du nombre de contacts a été signalée, en particulier dans la catégorie des « événements communautaires » d'après les données fournies par trois organismes. Les augmentations ont été très importantes, ce qui pourrait être attribuable à des erreurs dans les données communiquées ou découler du fait que les organismes mènent des activités de prise de contact pour la première fois lors de grands événements ethnoculturels autres que la parade de la Fierté gaie et la fête Caribana.

L'INTENSITÉ DES CONTACTS VARIE

La nature des contacts varie considérablement selon l'endroit et le moment où ils sont établis. Par exemple, bon nombre de contacts inscrits dans OCRSO se produisent avec des participants à un événement communautaire ou qui avaient demandé de l'information à un kiosque d'une foire sur la santé, tandis que d'autres sont des contacts individuels plus approfondis ou des conversations avec un travailleur ou un bénévole œuvrant dans un des programmes financés. Les commentaires inscrits dans le modèle logique du PACS font état de la gamme des activités actuellement incluses dans l'initiative de prise de contact:

> *« Cela comprend 605 contacts significatifs sous la forme de consultations individuelles de pairs sur la santé sexuelle (durée moyenne de 20 à 30 minutes) et environ 1210 contacts brefs [dans un sauna]. »*

Figure 30
Nombre de contacts (à l'extérieur des événements) par bailleur de fonds : exercice 2010-2011



	Clubs de striptease	Studios de massage	Refuges	Parcs	Prisons	Magasins	Cliniques / Centres de santé	Rues	Saunas	Bars / clubs de nuit
Bureau de lutte contre le sida	0	52	1,726	2,476	2,623	5,452	5,526	10,090	16,993	19,434
PACS	20	0	87	76	90	261	1,660	2,813	1,939	4,084

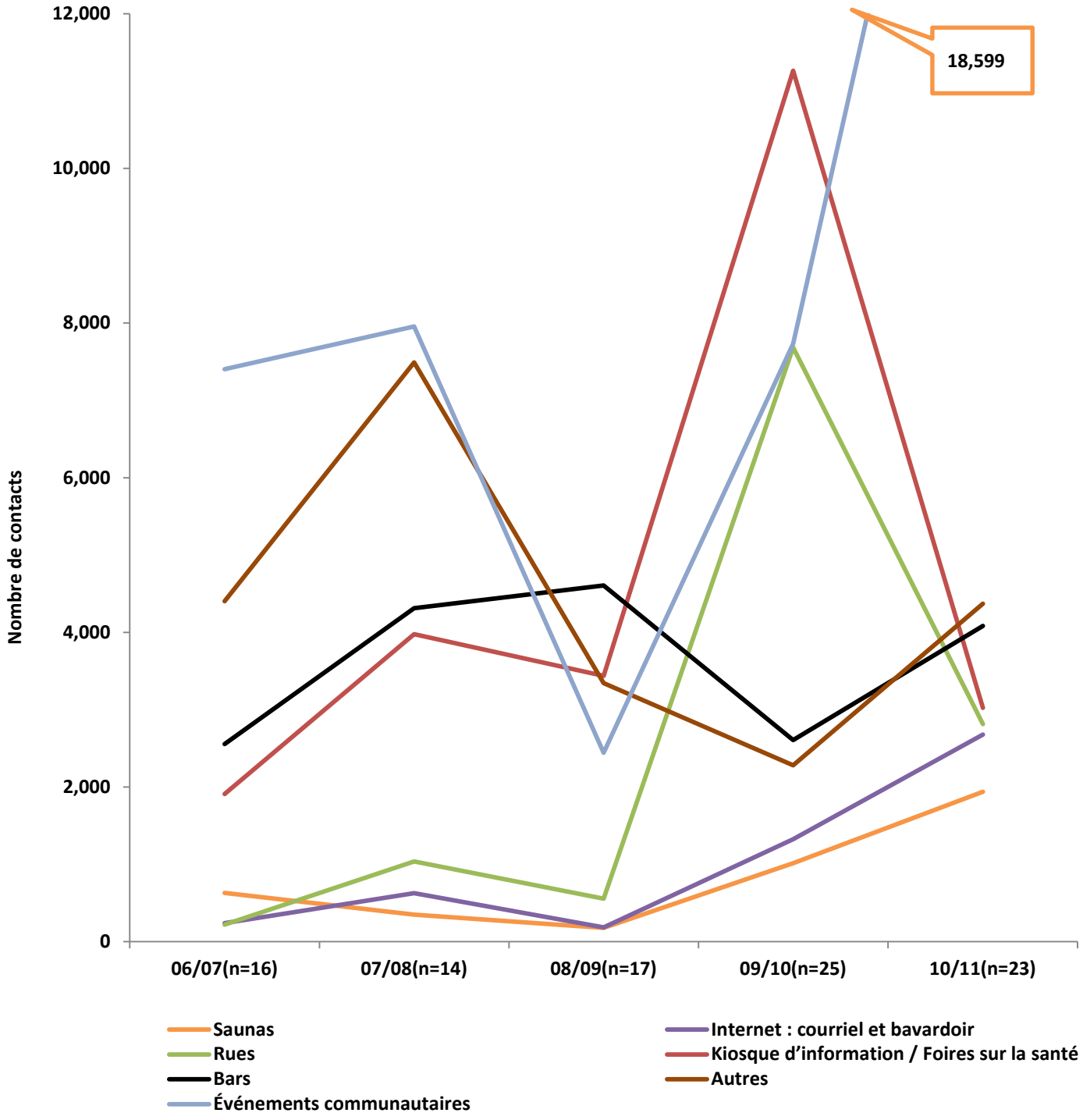
« Cette fête, qui attire près de 20 000 personnes chaque année, constitue une occasion de joindre environ 4 000 personnes. Des milliers de personnes ont visité notre kiosque à l'événement. Nos activités, y compris le défilé de mode, nous ont servi de tremplin afin d'éduquer les membres de la communauté. Nous avons exposé de manière attrayante…notre matériel de campagne promotionnelle et des condoms, que les passants pouvaient prendre. En plus de ces activités, des chefs de différentes organisations confessionnelles se sont adressés à la foule et leur ont transmis des messages de sensibilisation au VIH. »

Dans les futures versions d'OCRSO, il pourrait être utile de comptabiliser séparément les contacts prolongés et les contacts brefs et d'évaluer l'impact de ces différents types de contacts.

Parmi les 258 656 contacts signalés en 2010-2011, 75 402 ont été des contacts qui n'ont pas été établis lors d'événements – cela signifie qu'ils étaient probablement des contacts individuels ou des contacts de durée significative.

Les initiatives financées par le PACS représentent 15 % du total de toutes les prises de contacts (40 368). La majorité des contacts ont eu lieu lors d'événements communautaires (figure 31). Les contacts par Internet dans les programmes financés par le PACS ont connu une hausse constante au cours des deux dernières années.

Figure 31
Les sept principales activités de prise de contact selon l'emplacement et la période (à l'exclusion d'un programme lié aux prises de contact dans les bars et les événements communautaires)



QUELS SONT LES FACTEURS QUI INFLUENT SUR L'EFFICACITÉ DE LA PRISE DE CONTACT?

Les organismes ont signalé que l'emplacement des contacts était la clé du succès. Quelques organismes qui ont changé d'emplacement, principalement pour joindre les groupes ciblés, ont indiqué avoir eu plus de succès. Un certain nombre d'organismes ont tiré profit des événements qui avaient lieu dans leur communauté ou se sont déplacés dans des endroits tels que des centres d'accueil. D'autres facteurs importants de réussite comprennent les suivants : établir de bonnes relations de travail avec les propriétaires/exploitants des lieux, comme les bars, les refuges et les prisons, et distribuer les ressources appropriées.

> *« Nous établissons des contacts avec plus de travailleurs dans les studios de massage; nous visitons maintenant 12 établissements par mois et ce nombre augmente régulièrement. »*
>
> *« Depuis le changement de personnel du programme, nous rétablissons nos relations avec les propriétaires de bars, ce qui nous a permis d'augmenter notre présence dans les bars gais locaux.»*
>
> *« En raison de nos bonnes relations de travail avec …le personnel des clubs de nuit …, nous avons pu joindre les membres de la communauté vivant avec le VIH/sida et leur offrir des ressources pour les sensibiliser. Les deux clubs de nuit que nous avons visités accueillent de nombreux membres de la communauté à chaque fin de semaine et lors d'événements spéciaux. Selon les commentaires de nos bénévoles, ces endroits permettent de joindre efficacement les jeunes. »*

Les types d'obstacles relevés par les organismes comprennent : le manque d'intérêt à écouter l'information sur le VIH; certains emplacements peuvent être dangereux pour le personnel; certains groupes sont difficiles à joindre à certains endroits (p. ex. un organisme a mentionné que les refuges n'étaient pas propices pour joindre les travailleuses du sexe) et des problèmes de transport et de garde d'enfants qui empêchent les gens d'assister aux événements.

> *« Nous avons éprouvé des difficultés à entrer dans des installations pour des raisons de sécurité. [Nous sommes] en train de réévaluer notre stratégie. »*
>
> *« Les contacts aux centres d'amitié locaux demeurent minimaux malgré les efforts que nous avons consacrés à annoncer les ateliers et les groupes en raison du manque de transport, l'éloignement des centres comme tel et le manque de ressources pour la garde des enfants. »*

NOUVELLES TENDANCES : PLUS GRANDE DIVERSITÉ DE LA CLIENTÈLE DES ACTIVITÉS DE PRISE DE CONTACT

Un nombre considérable d'organismes ont rapporté une augmentation de la demande d'activités de prise de contact de la part de communautés qui ne faisaient pas partie de la clientèle auparavant, soit les communautés africaines, caribéennes et noires, les travailleurs migrants, les nouveaux arrivants, les personnes transgenres et les communautés autochtones.

> *« Davantage de HRSH d'origine africaine fréquentent les saunas. »*

Les questions qui intéressent les clients des initiatives de prise de contact sont semblables à celles qui ont été mentionnées par les participants aux activités d'éducation : le vieillissement, les maladies chroniques, la réduction des méfaits et la divulgation/criminalisation. Chez les clients des initiatives de prise de contact, la demande d'aide pratique et d'aiguillage est plus élevée que celle des autres services.

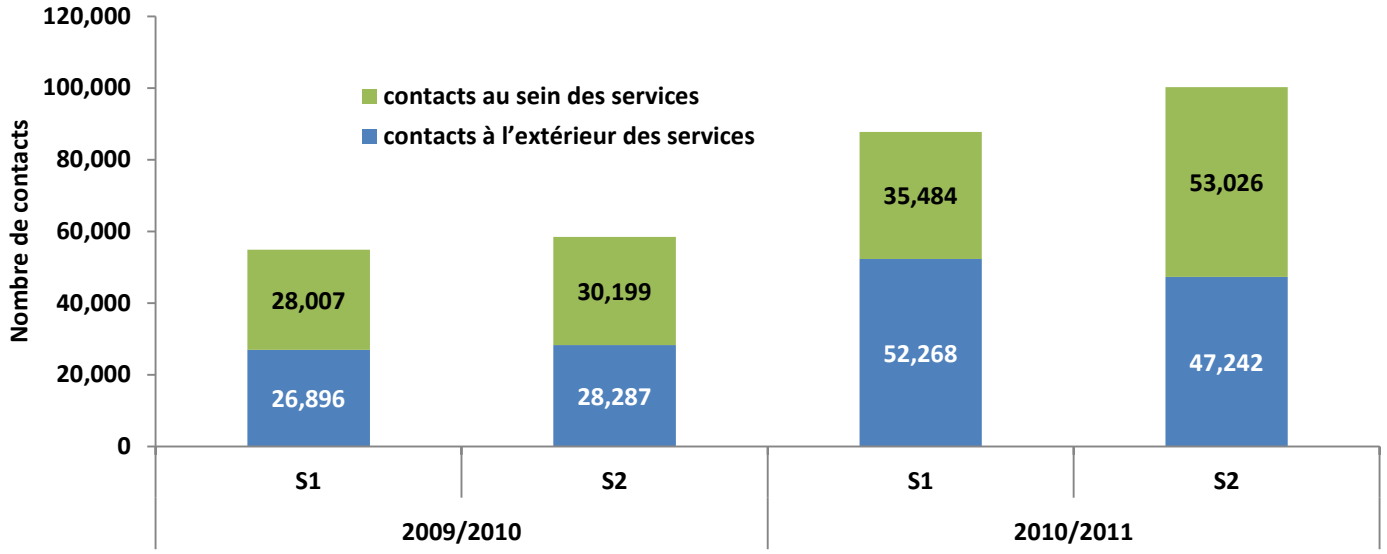
Pour répondre aux besoins des différentes communautés, les organismes ont mentionné qu'ils prévoient:

- fournir des services de prise de contact à plusieurs endroits différents dans la communauté
- créer des ressources dans plusieurs langues et examiner les façons d'adapter les programmes de prise de contact pour tenir compte des différences culturelles
- déterminer des façons d'améliorer l'accès à la documentation sur les pratiques sexuelles sécuritaires
- établir des partenariats (p. ex. avec les organismes autochtones, les organismes religieux, les groupes responsables du logement, les organisations et les services culturels) pour répondre de manière plus efficace aux besoins de groupes en particulier.

5.1.3 PRISE DE CONTACT AVEC LES CONSOMMATEURS D'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES

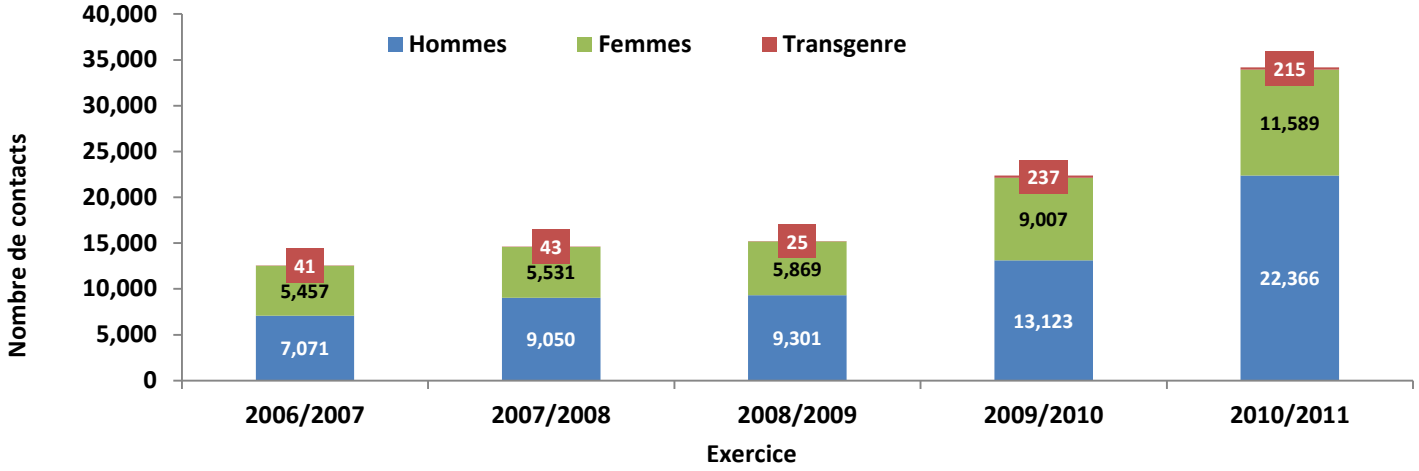
Maintenant que d'autres organismes – en plus de ceux qui reçoivent précisément du financement pour offrir des services aux UDI – déclarent leurs activités à la section 13 d'OCRSO, les prises de contact avec les consommateurs d'alcool et d'autres drogues ont augmenté. La majorité de l'augmentation du nombre de contacts en 2010-2011 était attribuable à deux centres de santé communautaires, en raison des nouveaux programmes et des initiatives que ceux-ci ont mis en place.

Figure 32
Nombre total de prises de contact à l'intérieur et à l'extérieur des services



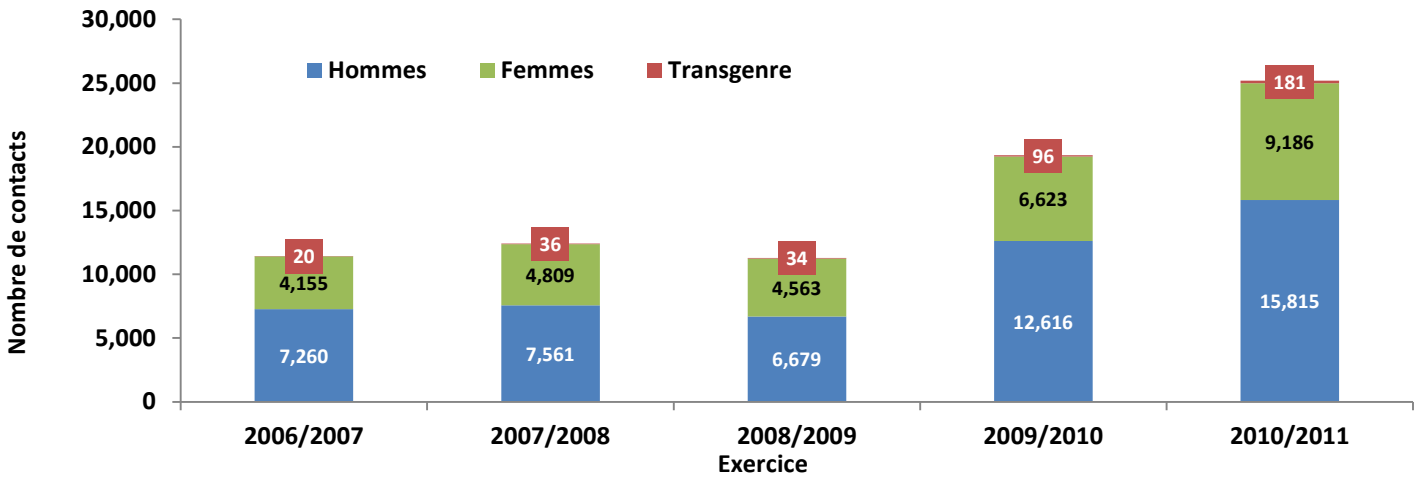
La figure 33 donne le nombre d'UDI avec lesquels des contacts ont été établis en 2010-2011. En raison du nombre additionnel d'organismes qui ont fourni des données, il s'est produit une hausse marquée du nombre de contacts avec des hommes et des femmes UDI; cependant, la majorité des clients sont encore les hommes.

Figure 33
Nombre de prises de contact (total des nouveaux contacts et de la moyenne des contacts répétés) selon le genre



Le nombre de clients qui ont bénéficié des contacts au sein des services a connu une augmentation notable.

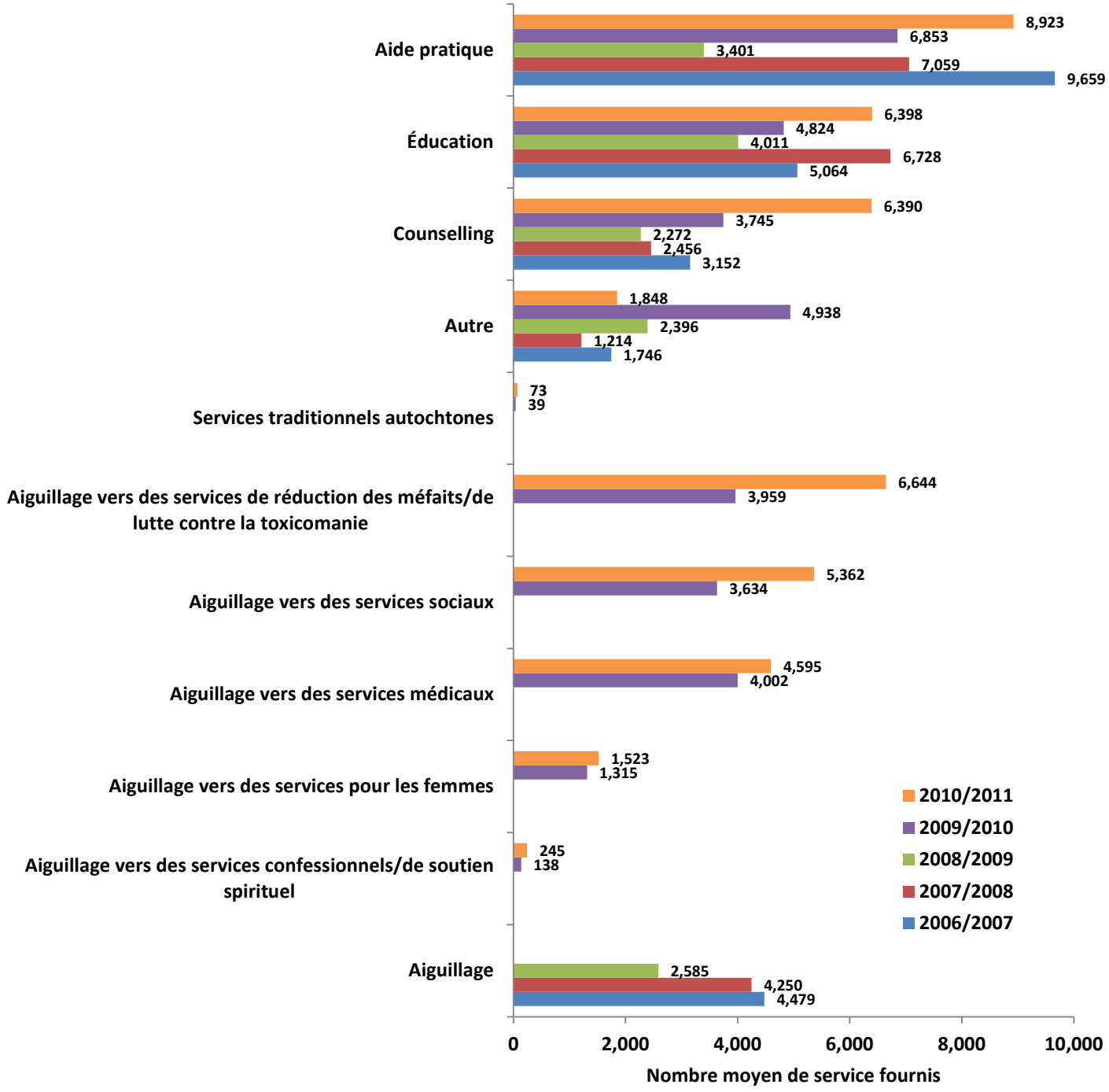
Figure 34
Nombre de contacts établis au sein des services (Total des nouveaux contacts et moyenne des contacts répétés) selon le genre



LES CONTACTS ÉTABLIS AVEC LES CONSOMMATEURS D'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES PORTENT SUR L'AIDE PRATIQUE, L'ÉDUCATION ET L'AIGUILLAGE

Les organismes qui offrent des services d'éducation et de prise de contact aux consommateurs d'alcool et d'autres drogues ont fourni davantage de services d'aide pratique, de counselling et d'aiguillage que par les années passées, et cette augmentation a été constatée dans tous les organismes. Cela pourrait signifier que les relations avec les toxicomanes ont évolué, ce qui permet aux organismes d'aller au-delà des services d'éducation et d'orienter les personnes vers des services. Il serait intéressant de savoir ce que les organismes ont appris afin d'améliorer l'accès des consommateurs de drogues aux services et ce qu'ils ont fait différemment, le cas échéant.

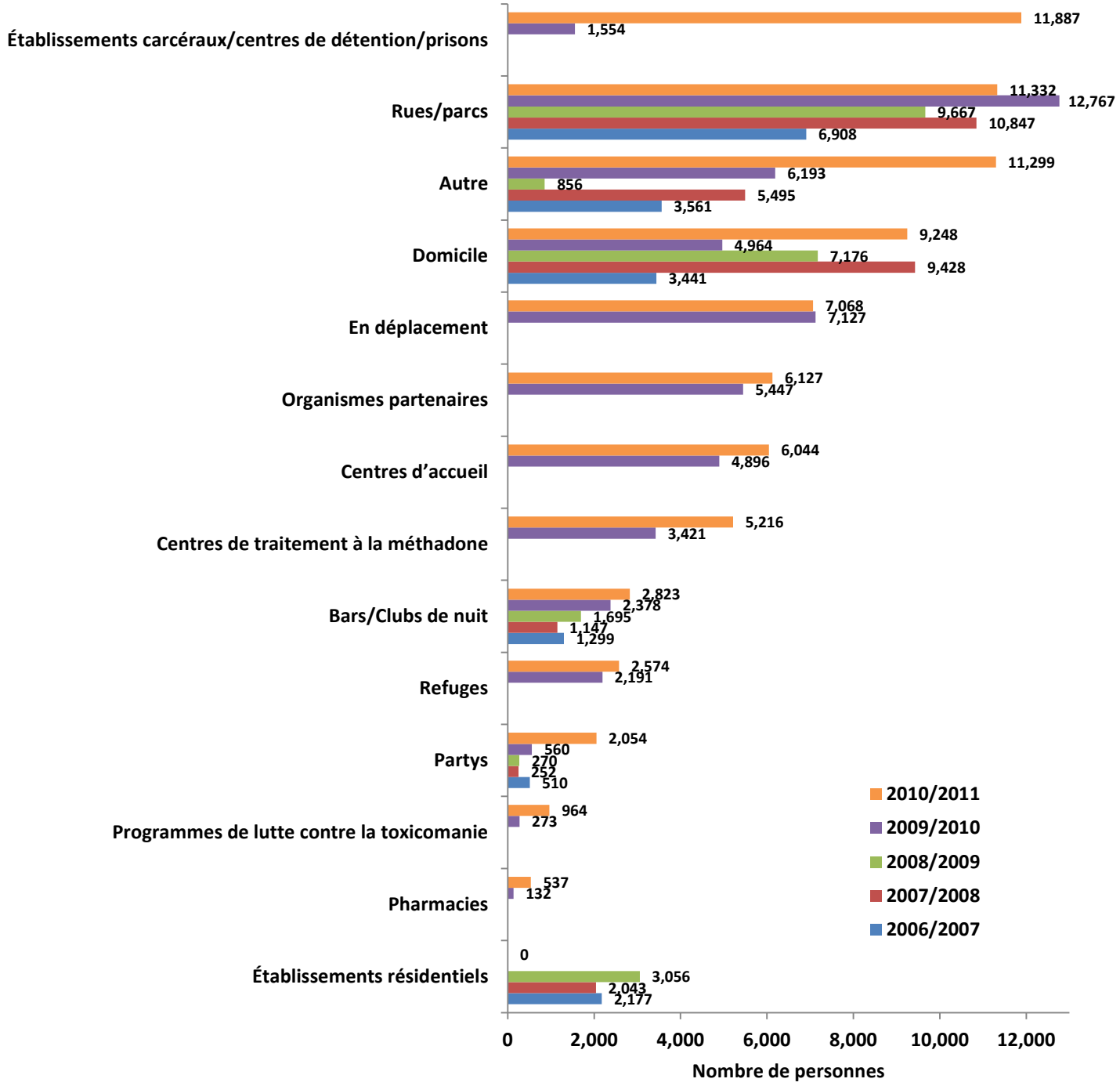
Figure 35
Nombre moyen de services fournis



DAVANTAGE DE PRISES DE CONTACT DANS LES PRISONS ET « D'AUTRES » ENDROITS

L'augmentation importante enregistrée dans les prises de contact dans les prisons est principalement attribuable à un organisme qui inscrit maintenant des données dans cette section. Un éventail d'organismes continue d'effectuer des prises de contact dans les rues et dans les parcs, ainsi qu'au domicile des personnes et d'autres lieux dans la communauté, comme dans les organismes partenaires, les centres d'accueil et les centres de traitement à la méthadone. Le nombre de contacts dans la catégorie « autre », qui comprend les endroits suivants : barbiers et salons de coiffure (4 338 contacts), emplacements satellites (3 980 contacts) et banques alimentaires (1 022 contacts) a crû considérablement en 2010-2011. La hausse importante dans cette catégorie indique que les organismes se déplacent dans des endroits variés pour joindre les personnes qui consomment de l'alcool et d'autres drogues et signifie que les catégories d'emplacement indiquées dans OCRSO devraient être révisées pour refléter les activités avec plus d'exactitude.

Figure 36
Emplacements des prises de contact



NOUVELLES TENDANCES DANS LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET D'AUTRES DROGUES ET AUX SERVICES DE PRISE DE CONTACT

Les organismes signalent de nouvelles tendances dans la consommation de drogues, notamment l'injection de méthamphétamine cristallisée, de fentanyl et de kétamine et l'utilisation de crack coupé avec du levamisole. La demande de services de réduction des méfaits et d'endroits sécuritaires où s'injecter et fumer des drogues continue de croître; les longs délais d'attente pour obtenir des services communautaires demeurent un problème. Les organismes mentionnent également qu'ils rencontrent plus de jeunes, de femmes et de travailleurs du sexe, qui nécessitent une gamme de services dont des services juridiques, des services de protection contre la violence et du counselling.

> *« De plus en plus de jeunes et de femmes utilisent les services d'échange de seringues pour UDI. »*

> *« Nous avons constaté une hausse marquée du nombre de personnes qui se prévalent du service d'échange de seringues. Nous avons remarqué une augmentation du nombre de jeunes qui voulaient obtenir des renseignements sur le service d'échange et qui n'étaient pas au courant de l'existence du programme. »*

> *« Nous recevons de plus en plus de signalements concernant l'utilisation de Fentanyl, et le nombre de jeunes entre 20 et 29 ans qui utilisent nos services d'échange de seringues a augmenté. »*

> *« Nous continuons à voir une augmentation de l'injection de drogues au sein de la population des jeunes ainsi qu'une hausse de la demande de trousse d'injection sécuritaire lors des prises de contact et dans nos bureaux. »*

> *«Davantage d'utilisateurs s'injectent des opiacés. De fait, plus de 50 % des utilisateurs de nos services nous ont confiés qu'ils s'injectaient également des opiacés. »*

En plus de renseigner les clients sur les risques associés à différentes drogues et à leurs modes de consommation, les organismes travaillent à élargir la portée des programmes de prise de contact, à fournir plus de services de réduction des méfaits et de counselling et à établir des partenariats avec les corps policiers et d'autres intervenants dans la communauté pour réduire les risques, y compris les risques de violence, auxquels sont exposés les consommateurs de drogues. Toutes ces mesures permettent d'orienter l'aide afin d'améliorer l'accès aux services ainsi que la santé et le bien-être des clients.

Un organisme a mentionné avoir changé l'emplacement de son programme d'échange de seringues pour le rendre plus accessible aux utilisateurs. Il s'agit d'un exemple concret des moyens auxquels les organismes ont recours pour s'adapter en vue de l'accroissement de l'accès aux services dans les communautés.

> *« Nous avons constaté une augmentation marquée du nombre de trousses d'inhalation sécuritaires qui ont été fournies au cours des deux à trois derniers mois. Cela peut être attribuable au déplacement vers un emplacement temporaire, car nous ne pouvons pas distribuer de fournitures à notre bureau principal depuis le 1er août 2010. »*

Les organismes attribuent une partie de la croissance de l'utilisation des programmes d'échange de seringues à leur capacité d'offrir une gamme étendue d'autres soutiens d'ordre pratique et d'établir une relation de confiance avec les clients.

> *« …nous avons remarqué un regain d'activité, principalement parce que, pour être honnête, nous avons donné plus de choses, comme de la nourriture, des allumettes, des trousses de produits de santé, ce qui a entraîné une hausse de la fréquentation du service d'échange de seringues. »*
>
> *« Il y a eu une augmentation considérable du nombre de clients qui sont revenus nous voir parce que nous avons commencé à offrir plus d'aide pratique. »*
>
> *« Le nombre de trousses d'injection sécuritaire que nous avons distribuées a augmenté considérablement au cours de la période de référence, de même que les autres articles. L'augmentation est attribuable au nombre accru de bénévoles et d'employés qui travaillent dans la rue ainsi qu'au nombre accru de pairs. Les pairs sont les principaux responsables de cette augmentation. »*
>
> *« En raison de la continuité de notre programme au cours des deux dernières années, les clients ont maintenant confiance que le programme est capable de répondre à leurs besoins actuels et futurs. En raison de la cohérence dans la prestation de nos services, nous pouvons voir que davantage de clients de la communauté nous font confiance. »*

Un organisme a souligné les difficultés à aider les clients qui consomment des drogues à obtenir d'autres services dans la communauté :

> *« Même si la majorité des organismes reconnaissent les principes de base de la réduction des méfaits, les politiques qui régissent ces organismes continuent d'être contraires à ces principes; pour cette raison, bon nombre de clients se voient refuser des services. Un exemple flagrant, ce sont les refuges dans le secteur. De plus, la politique d'interdiction de fumer est maintenue dans les locaux des fournisseurs de services en toxicomanie, et l'accès aux services en santé mentale est très difficile. La politique d'interdiction de fumer chez les fournisseurs de services en toxicomanie s'est avéré un obstacle à l'accès de ces services. »*

5.1.4 MATÉRIEL ET RESSOURCES CONSACRÉS À L'ÉDUCATION

Dans OCRSO, les organismes indiquent le matériel d'éducation et de sensibilisation et les ressources qu'ils élaborent, dont les brochures, les affiches, les rapports et le matériel de formation. Voici certaines des ressources élaborées en 2010-2011 :

- Guide à l'intention des fournisseurs de services aux travailleurs du sexe
- Guide de formation du Bureau des conférenciers
- Guides destinés aux personnes vivant avec le VIH/sida
- Guides sur les activités de prise de contact
- Manuel de formation des bénévoles
- Ressources de planification stratégique
- Listes de ressources
- Criminals and Victims? The Impact of the Criminalization of HIV Non-Disclosure on African, Caribbean and Black Communities in Ontario (Criminels et victimes? L'impact de la racialisation de la criminalisation de la non-divulgation du VIH sur les communautés africaines, caribéennes et noires de l'Ontario)
- Le portail d'apprentissage pour les personnes vivant avec le VIH/sida (en anglais seulement) : portail Web destiné aux personnes vivant avec le VIH/sida afin de les aider à gérer l'information sur les programmes de renforcement des capacités, élaborés en collaboration avec le ROTV en partenariat avec PWA Toronto, OAN, ABRO< THN (Toronto HIV Network), CACVO et CAAT. Visiter le site à l'adresse suivante :
  See http://www.phalearning.org/

5.1.5 ACTIVITÉS EN LIGNE

Les organismes continuent d'explorer des moyens efficaces d'utiliser Internet et les nouveaux médias sociaux dans leurs programmes d'éducation et de prise de contact et de consigner leurs activités en ligne.

> *« Nous avons constaté une croissance de la demande de services en ligne. Plus de gens se sentent confortables à accéder à nos services par courriel et par l'intermédiaire des bavardoirs, parce que cela facilite l'accès et assure l'anonymat. »*

Le nombre d'organismes participant aux interventions dans les bavardoirs demeure faible (moins de 10 dans n'importe laquelle des périodes de référence). La majorité de ces organismes ont effectué moins de 200 interventions dans les bavardoirs sur une période de six mois; cependant, un petit groupe de trois ou quatre organismes semblent se concentrer davantage sur les interventions dans les bavardoirs. Le nombre d'organismes participant à ce type d'intervention semble fluctuer et peut dépendre de l'intérêt et des capacités des employés. Étant donné que l'emplacement du service a peu d'importance pour l'offre de ce type de service virtuel, il pourrait être intéressant pour le secteur de déterminer s'il serait avantageux de concentrer ce type d'intervention dans un petit nombre d'organismes.

Comme l'on peut s'y attendre, un grand nombre d'organismes – 23 ou 24 en 2010-2011 – utilisent les sites Web dans le cadre de leurs initiatives d'éducation et de sensibilisation. Toutefois, environ la moitié seulement rapporte un nombre élevé de visites par semestre, et les visites sont comptabilisées différemment par les organismes. Pour cette raison, il est difficile d'évaluer l'impact des services d'éducation et de prise de contact en ligne.

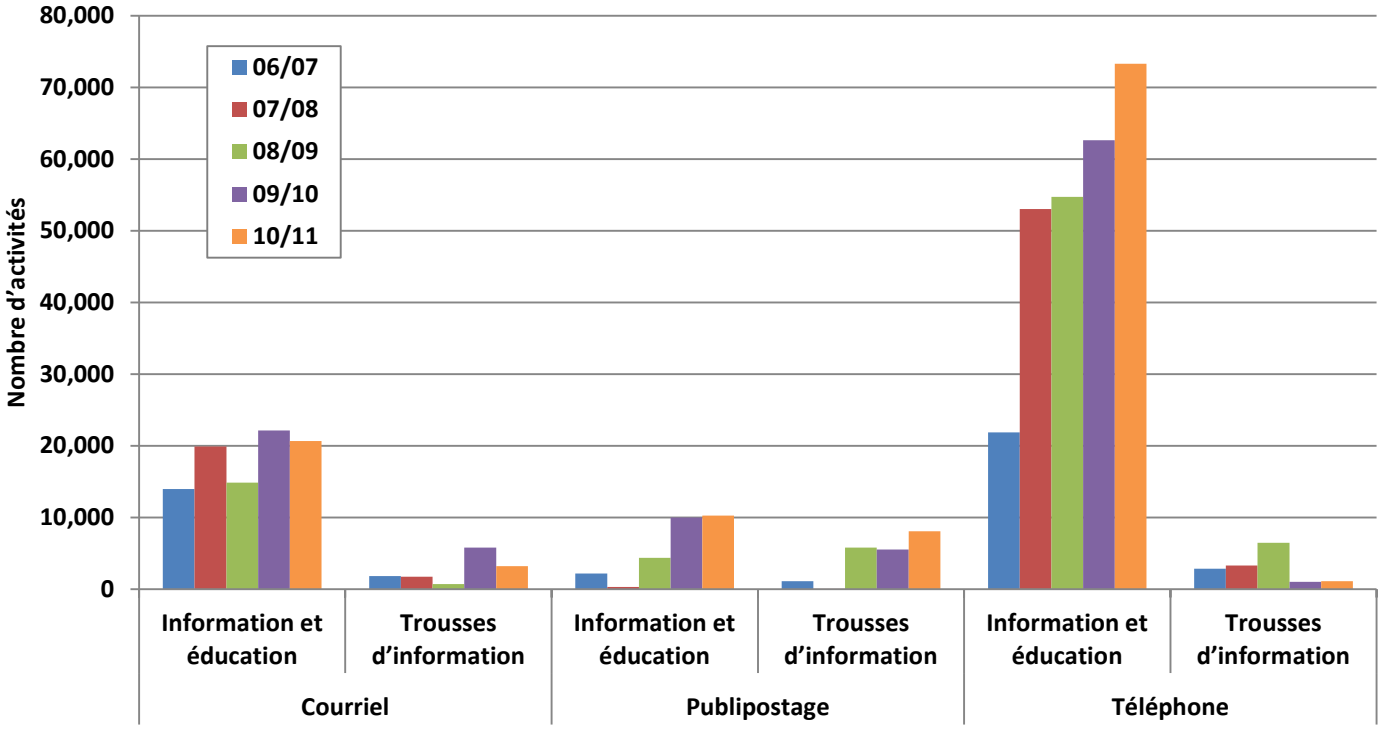
5.1.6 INFORMATION FOURNIE PAR TÉLÉPHONE ET PAR INTERNET

Les organismes continuent de fournir de l'information et de répondre aux demandes d'information effectuées par téléphone et par courriel. La hausse notable constatée dans les demandes d'information par téléphone est attribuable à un organisme, et ces demandes portent davantage sur l'information de nature clinique. Alors que davantage d'information est présentée en ligne, nous pourrions voir une baisse des demandes effectuées par téléphone et par courriel ainsi que dans la quantité d'articles de publipostage.

5.1.7 UTILISATION DES MÉDIAS

Les médias peuvent être des alliés importants dans l'amélioration des connaissances du VIH et de la sensibilisation à cette épidémie. Dans OCRSO, on demande aux organismes d'indiquer la mesure dans laquelle ils ont recours aux services des médias « payants » et « gratuits» p. ex. en accordant des entrevues, en faisant des apparitions et en soumettant des articles dans le cadre de leur programme d'éducation. La consignation des contacts avec les médias par les organismes n'est pas uniforme; il reste donc à établir une méthode pour uniformiser la définition et la saisie des contacts. Il existe une relation entre la couverture médiatique payante et gratuite, particulièrement dans les médias communautaires, car les journaux communautaires sont plus enclins à publier des articles sur des organismes qui ont acheté de la publicité. En général, les organismes sont moins portés à acheter de la publicité qu'il y a quelques années, ce qui a entraîné une baisse de la publication de leurs articles dans les journaux communautaires auprès desquels ils n'ont pas acheté de publicité. Les organismes devraient déterminer des moyens plus efficaces d'utiliser les médias pour diffuser leur message.

Figure 37
Modes de diffusion utilisés pour la prestation des services d'information/éducation et la distribution des trousses d'information



QUELLES SONT LES PRATIQUES EFFICACES DANS LES RELATIONS AVEC LES MÉDIAS?

Les commentaires tirés du modèle logique du PACS fournissent de précieuses informations sur l'approche à adopter auprès des médias. Une utilisation efficace des médias dépend des facteurs suivants : avoir à l'effectif ou comme bénévole une personne qui a des compétences dans le domaine, maintenir de bonnes relations avec les stations locales de télévision et de radio, tirer parti d'une gamme de médias, y compris les médias ethnoculturels et d'autres médias communautaires.

> *« Cette année, le nombre de participants au forum annuel sur l'alcool et le VIH a dépassé nos attentes. Il y a eu plus de participants, car nous avons publicisé intensivement l'événement dans une gamme de médias imprimés et électroniques, dont les réseaux sociaux, le bouche à oreille, les messages textes, les courriels et les annonces dans les journaux et à la radio. »*

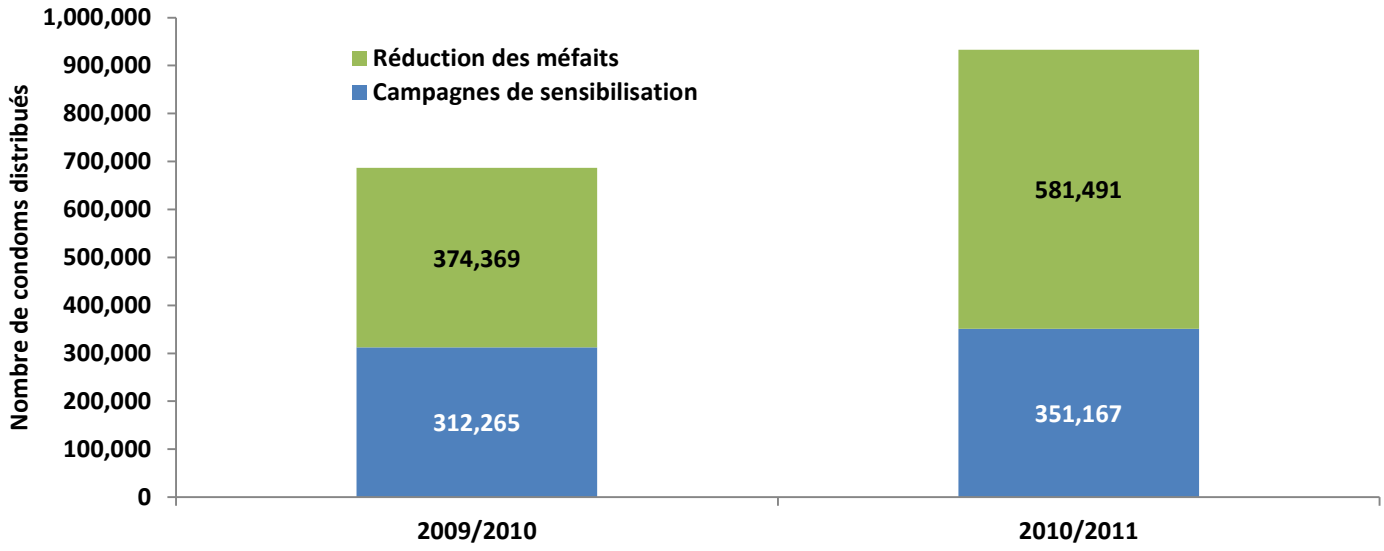
5.1.8 DISTRIBUTION DE MATÉRIEL PROMOTIONNEL SUR LES RAPPORTS PROTÉGÉS, DE MATÉRIEL DE CONSOMMATION DE DROGUES ET D'AUTRES RESSOURCES DE PRÉVENTION

Pour prévenir la transmission du VIH, les gens doivent avoir accès facilement à des condoms et du lubrifiant, des seringues neuves, du matériel d'inhalation sécuritaire et d'autres ressources de prévention et de réduction des méfaits. Ils ont également besoin d'information et d'éducation sur la façon d'utiliser correctement et régulièrement ces ressources et d'en disposer de façon sécuritaire.

DAVANTAGE DE CONDOMS ONT ÉTÉ DISTRIBUÉS

En 2010-2011, les organismes ont dit avoir distribué 351 167 condoms dans le cadre de leur programme de sensibilisation et 581 491 condoms dans le cadre des programmes de réduction des méfaits, ce qui représente une hausse de 36 % par rapport à 2009-2010. Au cours des dernières années, une hausse a également été enregistrée dans le nombre et le pourcentage d'organismes financés qui ont distribué des condoms. Seulement six des 72 organismes financés N'ont PAS distribué de condoms principalement parce qu'il s'agit de ressources provinciales qui ne servent pas directement les clients (p. ex. CATIE, Ontario AIDS Network) ou de services spécialisés (p. ex. Hospice Toronto).

Figure 38
Nombre de condoms distribués par activité



Les tendances suivantes dans la distribution de condoms ont été signalées par les organismes :

> *« À la suite de l'intensification des activités de prise de contact sur la rue Dundas Ouest, où sont situés beaucoup de magasins communautaires, de bars et d'entreprises, nous avons remarqué une augmentation de la demande de condoms et de paquets de lubrifiant. »*

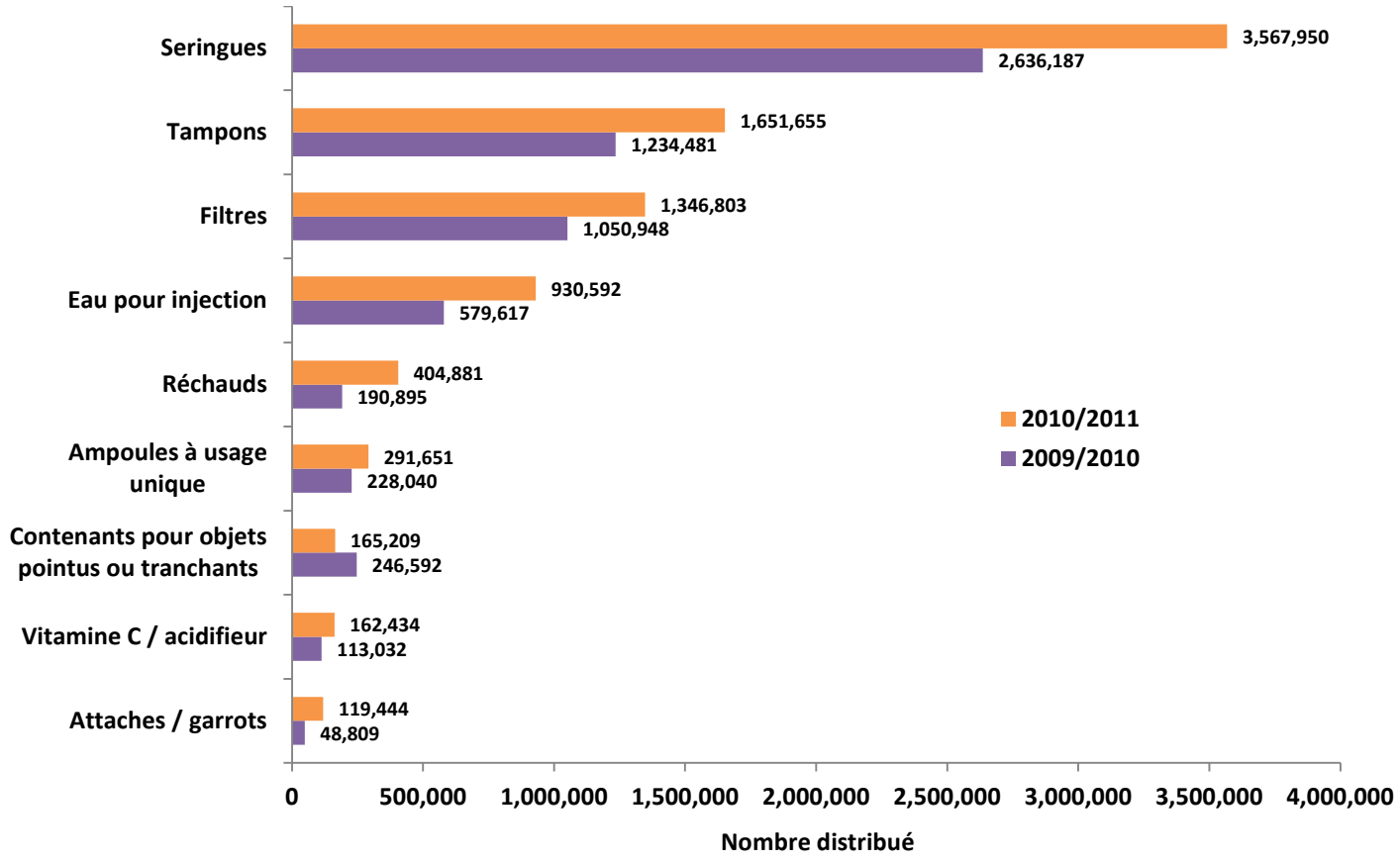
> *« [Nous constatons] une croissance du besoin de condoms féminins et nous les commandons en lots. »*

DAVANTAGE DE SERINGUES ET DE MATÉRIEL D'INJECTION SÉCURITAIRE ONT ÉTÉ DISTRIBUÉS

En 2010-2011, 31 organismes ont déclaré avoir distribué plus de matériel d'injection sécuritaire. Ils ont distribué 35 % de plus de seringues (3 567 950) par rapport à 2009-2010 (2 636 187) : Cela représente une hausse de 13 % parmi les organismes qui avaient fourni des données en 2009-2010 sans compter les ressources additionnelles distribuées par les organismes qui ne reçoivent pas de financement destiné à la prestation de services de prise de contact avec les UDI et qui ont seulement commencé à entrer des données à cet égard dans OCRSO en 2010 2011. Le nombre de seringues distribuées varie considérablement d'une organisation à l'autre, soit d'un sommet de 1 537 499 seringues à 61 seringues. Le nombre de seringues distribuées dépend largement des besoins dans chaque communauté, du nombre de services d'échange dans la communauté et de la capacité de l'organisme à distribuer les seringues. Il dépend également du rôle de l'organisme : certains reçoivent des fonds pour offrir un programme d'échange; par conséquent, on s'attend à ce qu'ils distribuent davantage de seringues.

Les organismes ont également dit avoir distribué un plus grand nombre d'autres articles d'injection sécuritaire, à l'exception des contenants pour les objets pointus ou tranchants.

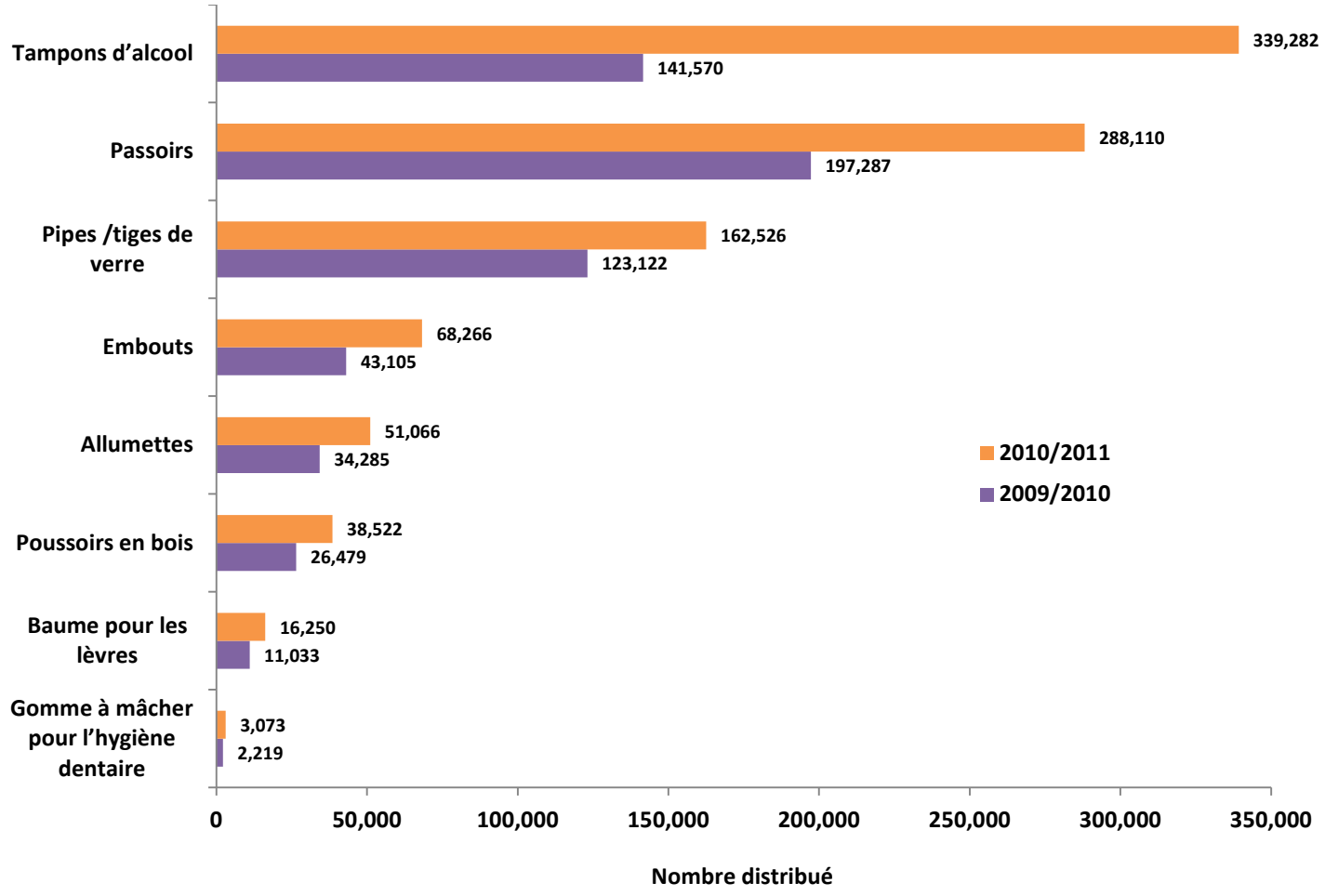
Figure 39
Nombre total d'articles d'injection sécuritaire distribués



PLUS DE MATÉRIEL D'INHALATION SÉCURITAIRE A ÉTÉ DISTRIBUÉ

Vingt-neuf organismes ont déclaré avoir distribué du matériel d'inhalation sécuritaire en 2010-2011, et le nombre d'article distribués a augmenté considérablement.

Figure 40
Nombre total d'articles d'inhalation sécuritaire distribués



5.2 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

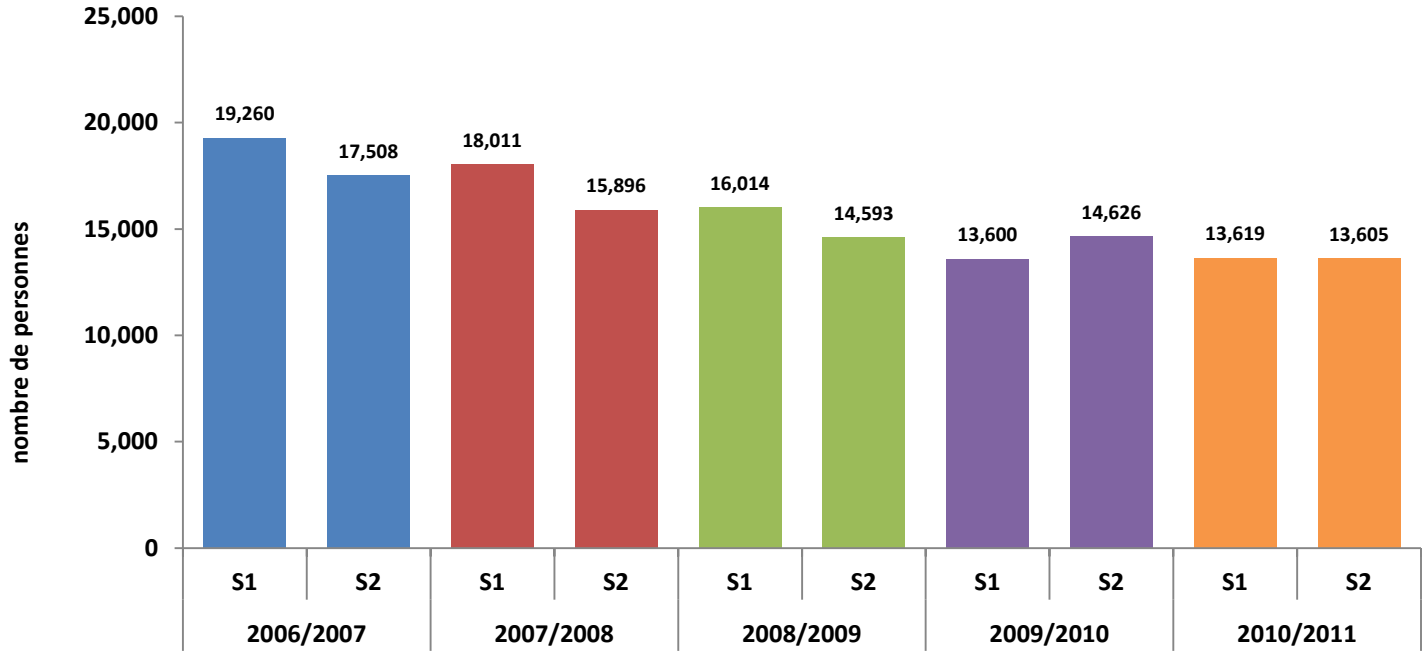
Assurer l'accès à des services de soutien complets, intégrés et adaptés sur le plan culturel constitue un élément essentiel des activités réalisées par les organismes communautaires liés au VIH. L'amélioration de ces services facilitera l'atteinte du résultat d'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida ou touchées par cette maladie.

En 2010-2011, 64 des 88 programmes communautaires ont indiqué avoir fourni des services à des personnes vivant avec le VIH ou présentant un risque de contracter cette infection.

5.2.1 LE NOMBRE DE CLIENTS CONTINUE D'AUGMENTER DE FAÇON CONSTANTE

Au cours des 30 derniers mois environ, le nombre total de clients servis par semestre, selon les données des organismes, a oscillé entre 13 600 et 14 626. La diminution par rapport aux années précédentes est attribuable à l'exactitude accrue des données et à la réduction du double comptage des clients qui ont utilisé plus d'un service d'un organisme. Toutefois, il semble que le nombre de clients déclarés par les organismes dans OCRSO pour chaque semestre est inférieur au nombre réel de clients servis dans une année donnée. En comparant ces chiffres au nombre total de clients actifs déclarés par 26 organismes qui utilisent le système OCASE (un système de gestion des clients/cas pour les OSS communautaires), nous avons déterminé qu'entre le 1er avril 2010 et le 31 mars 2011 les 26 organismes comptaient 7 695 clients actifs. Il semble probable que les 37 autres organismes aient plus de 6 000 clients durant une année. Lorsque davantage d'organismes commenceront à utiliser leurs données du système OCASE pour appuyer les données inscrites dans OCRSO, l'exactitude des statistiques sur le nombre de clients devrait s'améliorer. Toutefois, il est important de noter que, particulièrement dans les communautés comme Toronto, où plusieurs organismes servent les personnes vivant avec le VIH, les clients pourraient ne pas être des clients uniques. Les clients peuvent utiliser différents organismes pour obtenir différents services et pourraient donc avoir été comptés plus d'une fois.

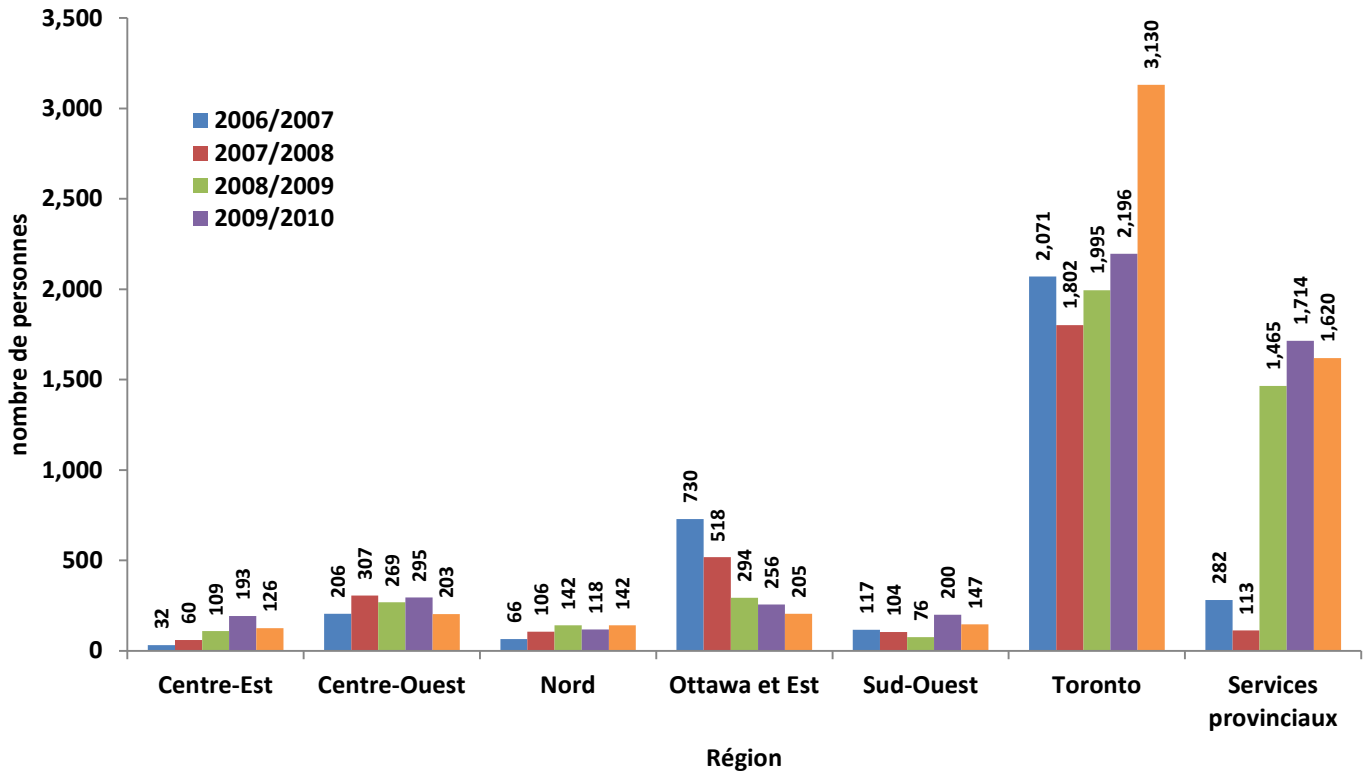
Figure 41
Nombre de clients qui ont utilisé des services de soutien durant chaque période de référence



Il est intéressant de constater que le nombre de clients est demeuré relativement constant au cours des cinq dernières périodes de référence, malgré qu'environ 1 000 nouveaux cas d'infections soient diagnostiqués à chaque année en Ontario et que le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente. Cette tendance peut être attribuable à plusieurs facteurs : la nature épisodique de l'utilisation des services communautaires par les personnes vivant avec le VIH, la baisse du nombre de personnes à risque qui sont servies (voir ci-dessous) et la capacité des organismes communautaires.

La figure 42 illustre la nature épisodique des services de soutien. Les organismes déclarent un nombre considérable de « nouveaux » clients à chaque année (même si certains sont des anciens clients) : 5 368 clients (ou 39 %) en 2010-2011. Cela semble indiquer que certaines personnes utilisent les services des organismes communautaires au besoin (c.-à-d. lors du diagnostic, lorsqu'un changement se produit dans leur état de santé, lorsqu'ils font face à des problèmes de revenu ou de logement) plutôt que de façon régulière. (Nota : l'augmentation du nombre de clients utilisant les services provinciaux est attribuable au fait que le seul organisme de ressources provincial qui sert directement les clients n'a commencé à déclarer le nombre de clients qu'en 2008-2009).

Figure 42
Nombre de nouveaux clients par région

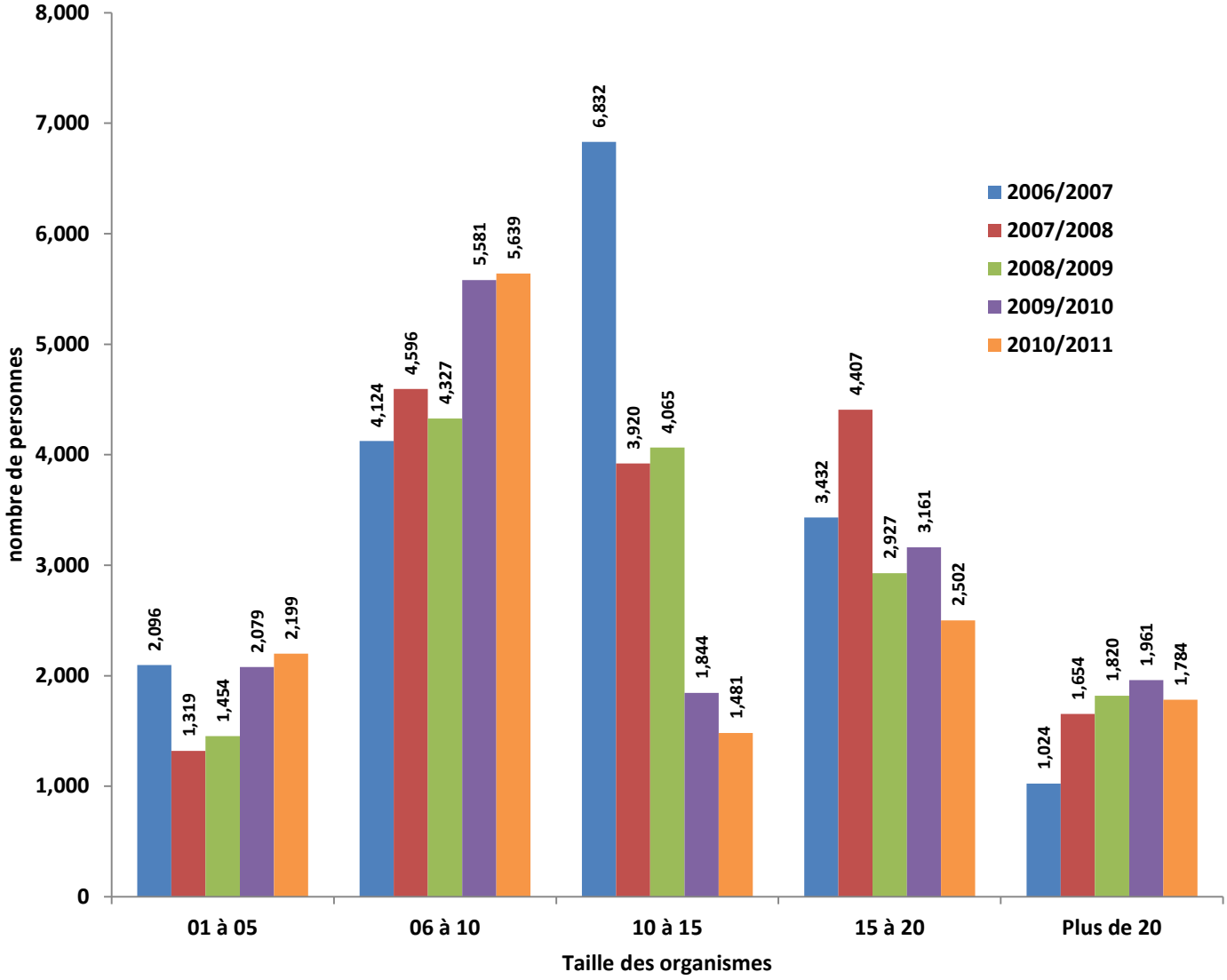


« Les nouveaux utilisateurs de service, qui ont récemment reçu leur diagnostic, sont dans la tranche d'âge des 60 ans et plus. Ce groupe de clients connaissent des difficultés particulières, comme des troubles concomitants (p. ex. diabète, incapacité physique, troubles cardiaques et pulmonaires, etc.) et ont de la difficulté à se trouver un logement accessible et abordable, ainsi que des établissements qui offrent des services d'aide à la vie autonome. »

LA MAJORITÉ DES CLIENTS SONT SERVIS PAR DE PETITS ORGANISMES

La majorité des organismes qui offrent des services de soutien sont relativement petits : 49 des 64 organismes (76 %) qui assurent des services de soutien emploient moins de 10 personnes et seulement 5 (8 %) ont plus de 20 employés. Tel qu'illustré à la figure 43, la majorité des clients (7950 ou 58 %) reçoivent des services d'organismes ayant au plus 10 employés.

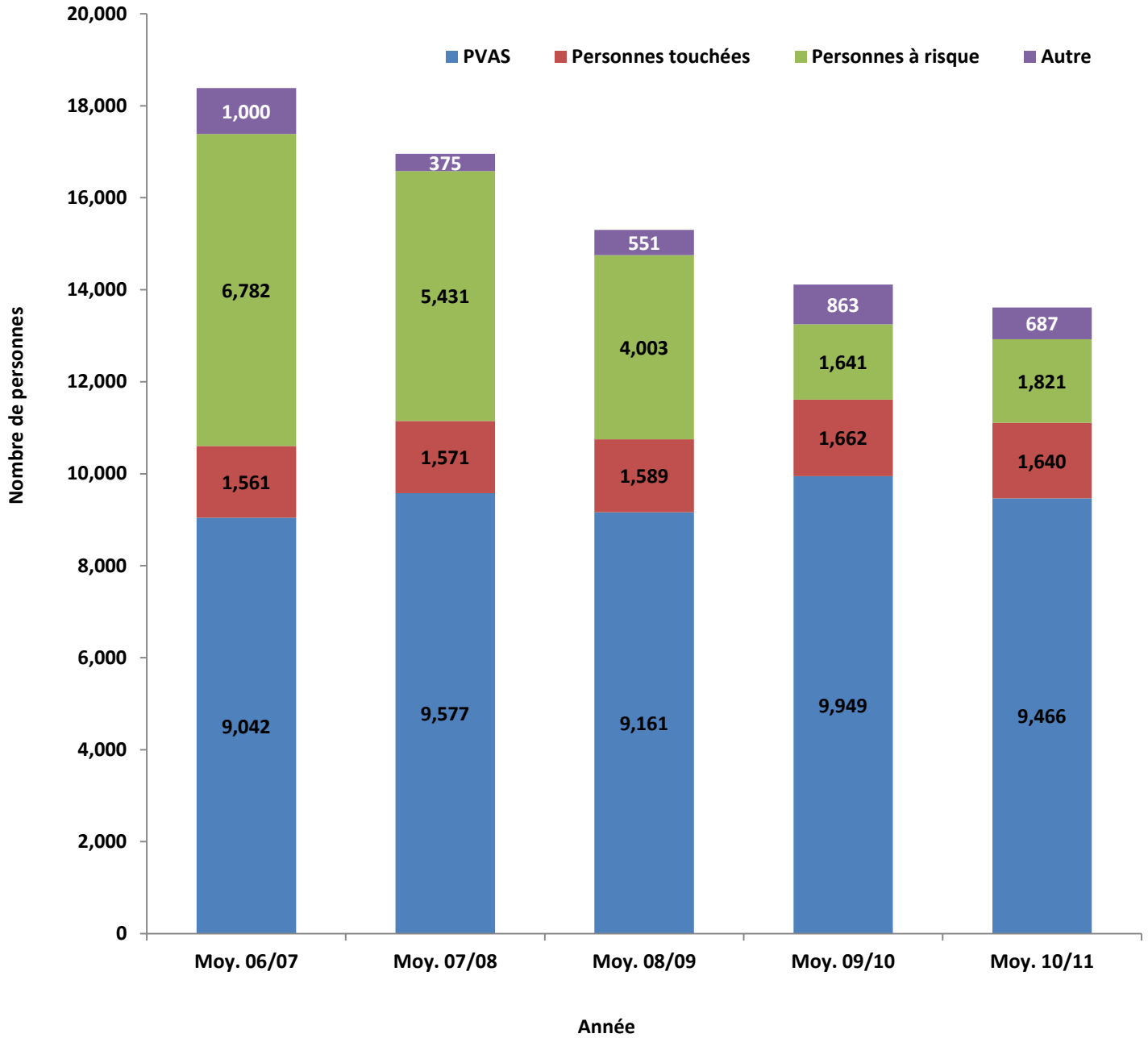
Figure 43
Nombre de clients servis selon la taille des organismes



5.2.2 LA MAJORITÉ DES CLIENTS DES SERVICES DE SOUTIEN SONT DES PERSONNES QUI VIVENT AVEC LE VIH

La majorité des clients utilisant les services de soutien sont des personnes vivant avec le VIH, et leur nombre est demeuré relativement constant au cours des cinq dernières années. La chute du nombre de clients à risque servis au cours des dernières années dépend probablement de deux tendances relatives à l'établissement des rapports : les définitions des services de soutien sont plus uniformes et un plus grand nombre d'organismes déclarent les services offerts aux clients qui consomment de l'alcool et d'autres drogues dans la section sur les prises de contact avec les UDI d'OCRSO plutôt que dans la section des services de soutien.

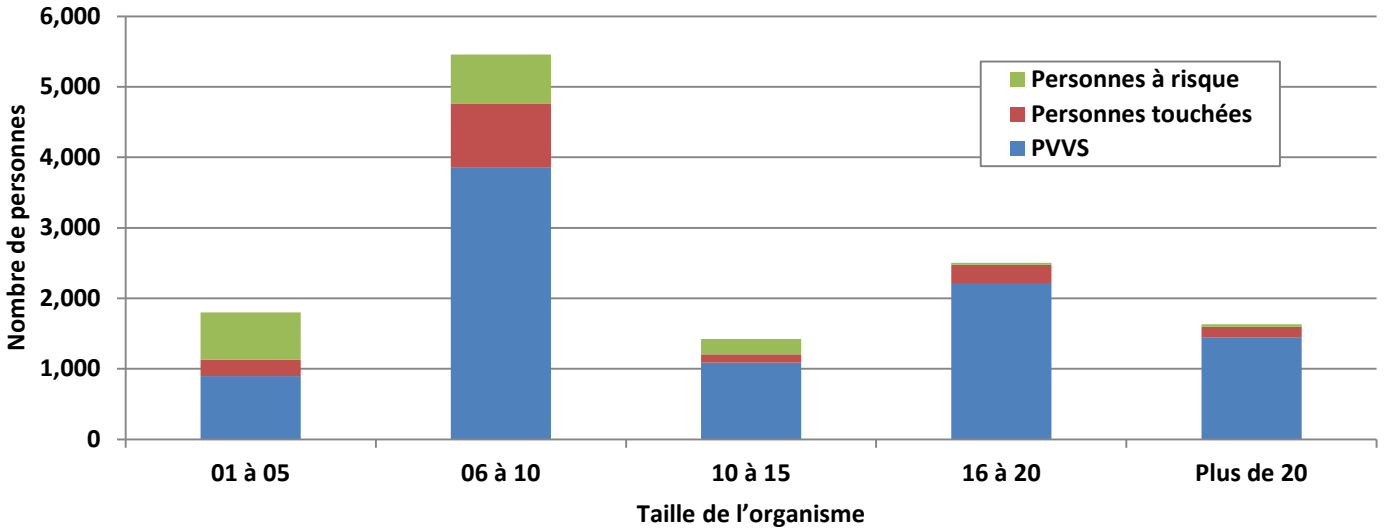
Figure 44
Prestation des services de soutien par type de client



LES PETITS ORGANISMES SONT PLUS PORTÉS À SERVIR LES PERSONNES TOUCHÉES

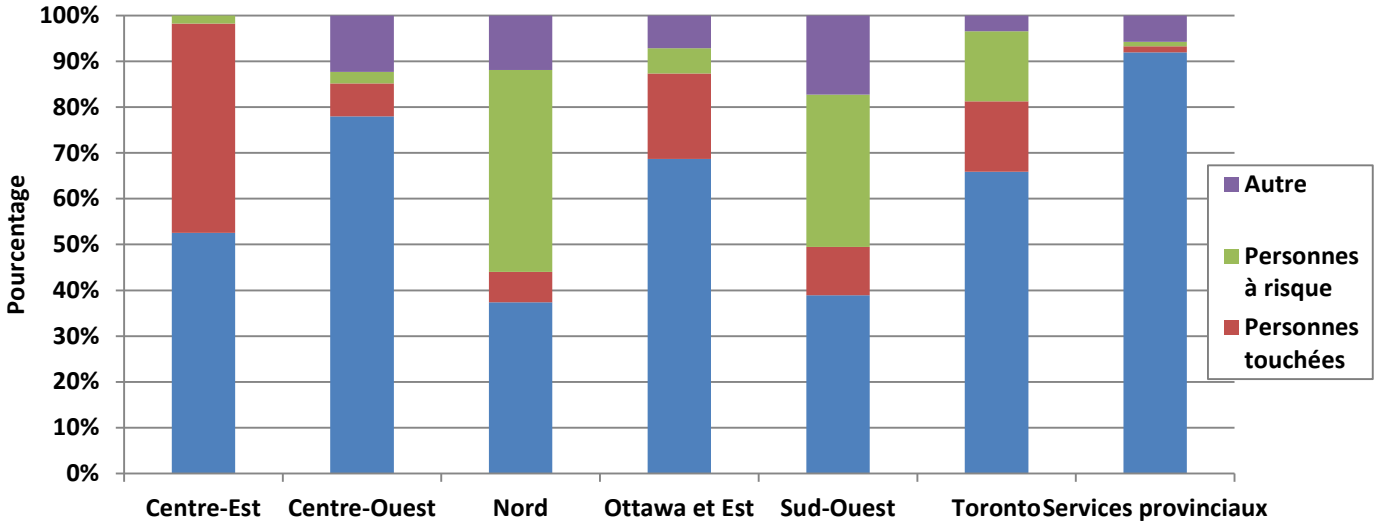
Il semble que les petits organismes (c.-à-d. 10 employés ou moins) servent une proportion plus large de personnes à risque ou touchées (c.-à-d. les partenaires et les membres de la famille des personnes vivant avec le VIH), tandis que les grands organismes se concentrent presqu'entièrement sur la prestation de services aux personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires ou familles. Un nombre important de services de soutien destinés aux personnes touchées sont fournis par le petit nombre de programmes ou d'organismes dont la mission est de servir les familles.

Figure 45
Clients desservis selon le type de clients et la taille de l'organisme : 2010-2011 - S2



Il existe des écarts régionaux importants dans le type de clients qui utilisent les services de soutien. Les organismes des régions du Nord, du Sud-Ouest et de Toronto sont plus portés à fournir des services de soutien aux personnes à risque, tandis que les organismes des régions du Centre-Est, d'Ottawa et de Toronto sont plus enclins à offrir des services aux personnes touchées. Comme on peut s'y attendre, les organismes provinciaux qui servent directement les clients se concentrent presqu'exclusivement sur les personnes vivant avec le VIH.

Figure 46
Pourcentage de clients qui ont utilisé les services de soutien selon le type de clients et la région : 2010-2011 - S2

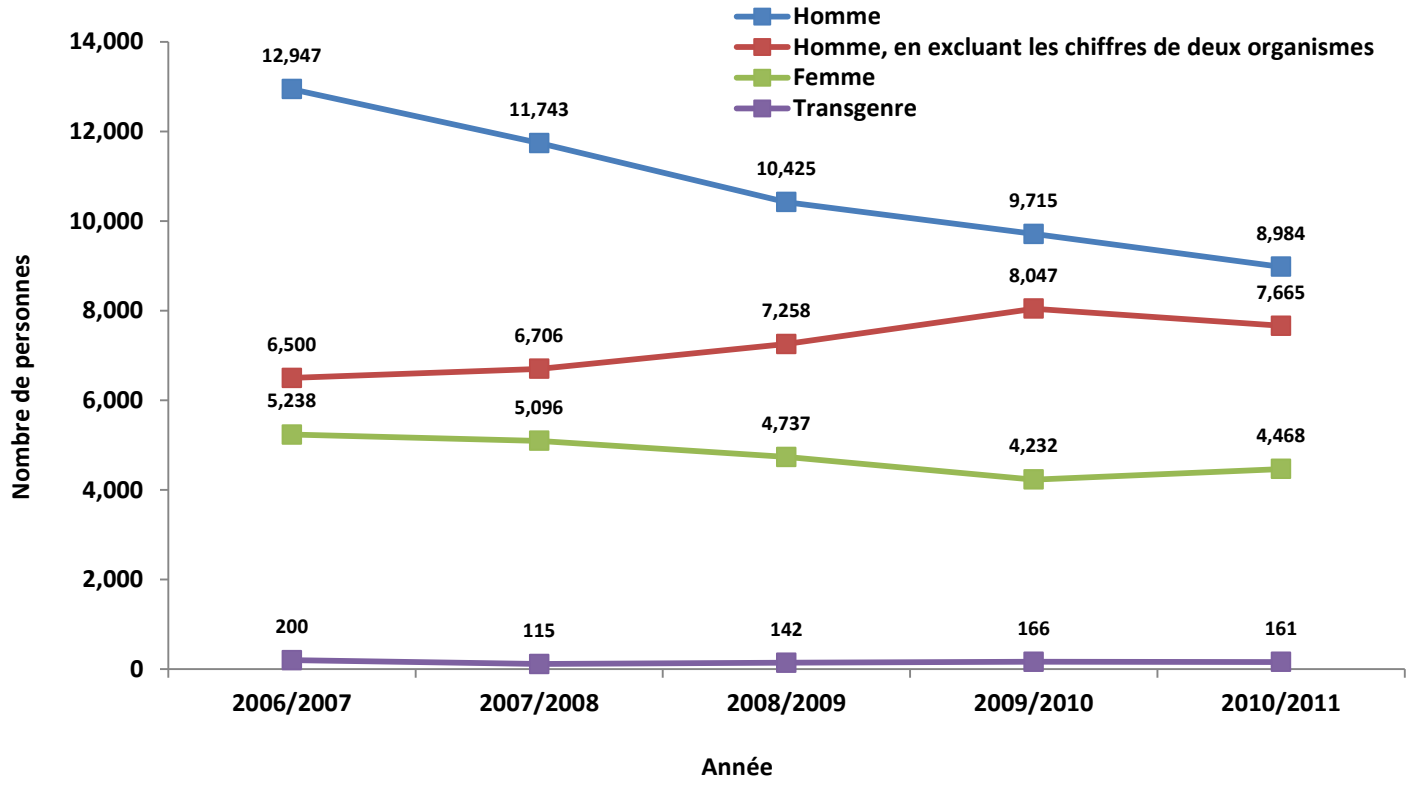


5.2.2 RÉPARTITION DES CLIENTS SELON LE SEXE

MOINS D'HOMMES ONT ÉTÉ DESSERVIS EN 2010-2011

Malgré le fait que 80 % des nouveaux cas diagnostiqués l'ont été chez des hommes, seulement 66 % des clients des services de soutien sont de sexe masculin, et le nombre d'hommes qui ont bénéficié de services de soutien a accusé une baisse de 7 % en 2010-2011. La chute du nombre de clients de sexe masculin s'est produite dans tous les organismes mais particulièrement dans trois organismes, ce qui peut vouloir dire que les statistiques fournies sont plus exactes.

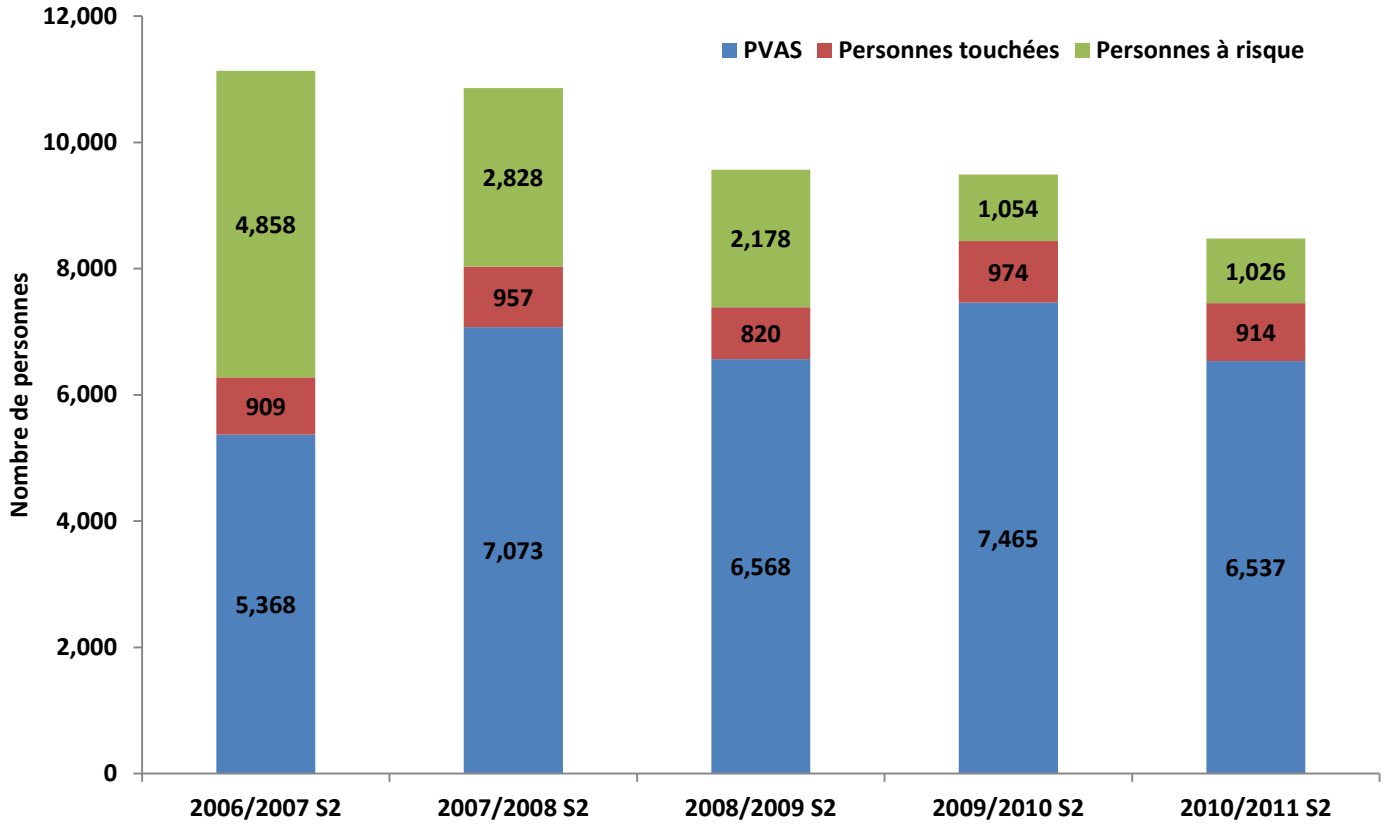
Figure 47
Nombre moyen d'utilisateurs de service de soutien selon le sexe



À première vue, le nombre de clients de sexe masculin semble avoir baissé; toutefois, un examen plus approfondi des données a permis de déterminer que la tendance à la baisse a été causée par des anomalies dans les données fournies par deux organismes. Depuis l'adoption du système OCASE, un organisme qui comptait un grand nombre de clients s'est aperçu que certains de ses clients ont été comptés en double, et un autre organisme qui avait indiqué servir un grand nombre de clients en 2005-2006 et 2006-2007 ne fournit plus de services de soutien. Une fois que les chiffres fournis par ces programmes ont été enlevés de l'analyse (voir la ligne rouge de la figure 47), le portrait est très différent : il s'est produit une augmentation constante du nombre de clients de sexe masculin dans les autres programmes.

Parmi les 66 % de clients de sexe masculin des services de soutien, la majorité (73 %) sont des hommes qui vivent avec le VIH, et le reste sont des hommes qui sont à risque ou des personnes touchées.

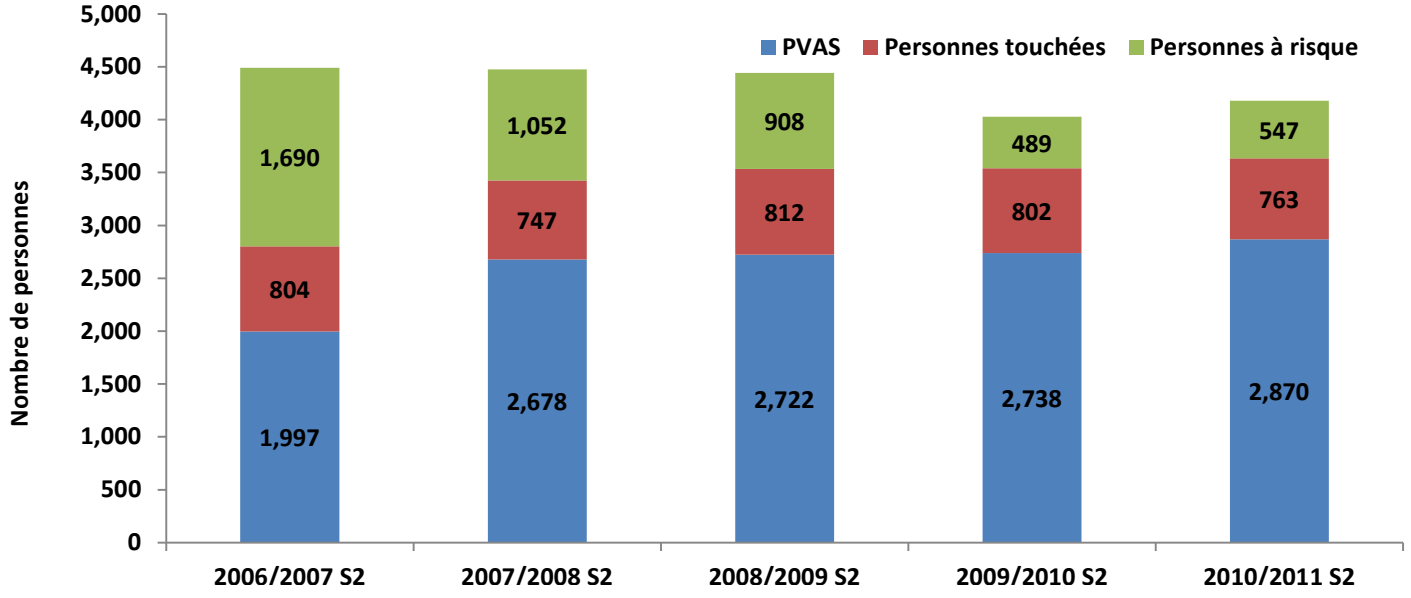
Figure 48
Nombre d'hommes servis par type de client



PLUS DE FEMMES ONT ÉTÉ SERVIES EN 2010-2011

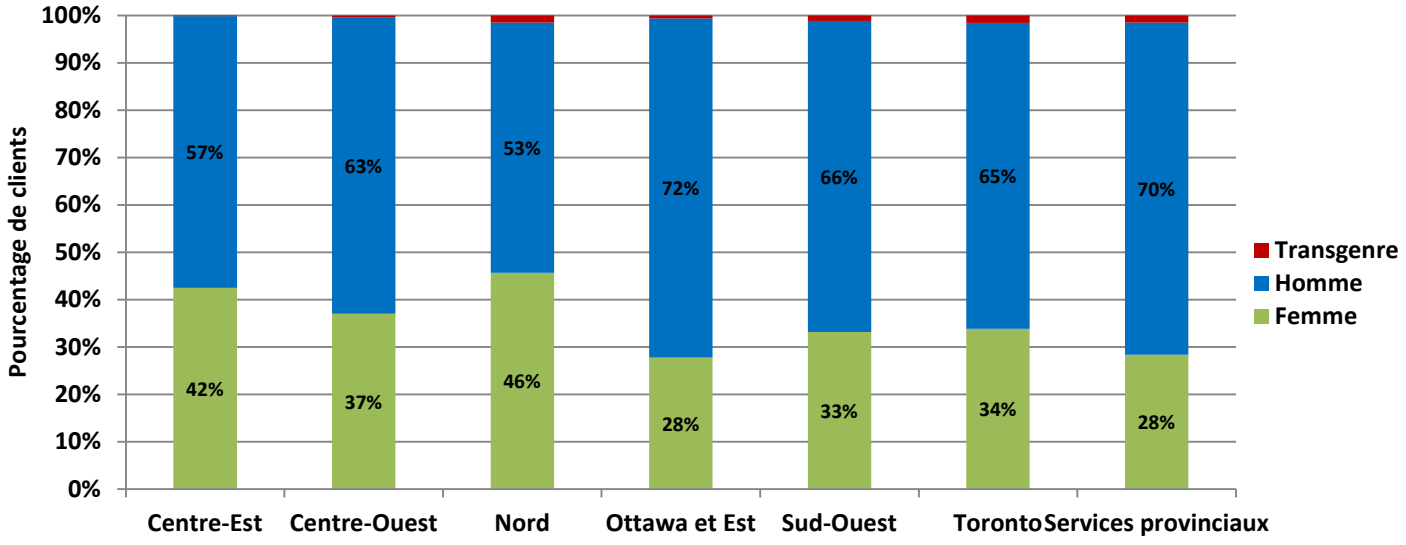
En même temps, le nombre et la proportion des clients de sexe féminin sont demeurés relativement stables au cours des trois dernières années, et une légère hausse a été enregistrée en 2010-2011. Il est intéressant de constater cette tendance dans le nombre de femmes desservies, même si les données provenant d'un organisme qui desservait les femmes et qui a cessé ses opérations en 2010-2011 ont été retirées lors de l'analyse. Cela pourrait signifier que les femmes desservies par cet organisme ont pu faire la transition vers d'autres organismes. Cela peut également refléter l'incidence de la nouvelle initiative Les femmes et le VIH/sida, qui vise à accroître les capacités des organismes communautaires en santé et services sociaux à répondre aux besoins des femmes vivant avec le VIH.

Figure 49
Nombre de femmes servies par type de clients



En ce qui concerne les écarts régionaux, les organismes du Nord, du Centre-Est et du Centre-Ouest servent un plus grand pourcentage de clients de sexe féminin, ce qui reflète l'état de l'épidémie dans ces régions.

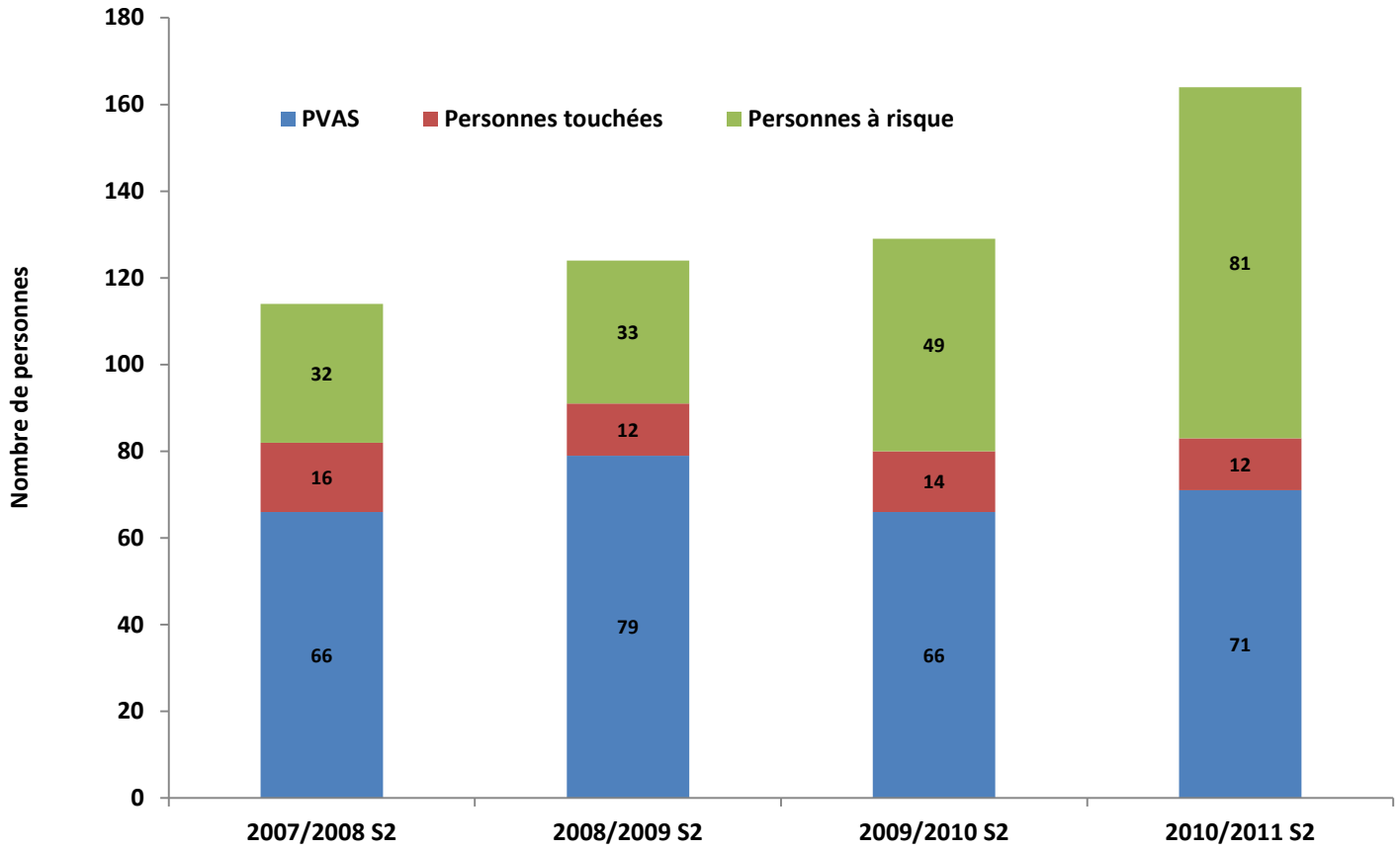
Figure 50
Proportion de clients utilisant les services de soutien par région : 2010-2011 - S2



LE NOMBRE DE CLIENTS TRANSGENRES A AUGMENTÉ

Parmi les 64 organismes qui ont dit offrir des services de soutien, 63 servent des clients de sexe féminin, 62 servent des clients de sexe masculin et 30 servent des clients transgenres. Le nombre de clients transgenres – particulièrement les personnes touchées – a progressé au cours des deux dernières années. Cela dépend probablement des efforts que les programmes ont consacrés à joindre la communauté transgenre.

Figure 51
Nombre de clients transgenres servis par type

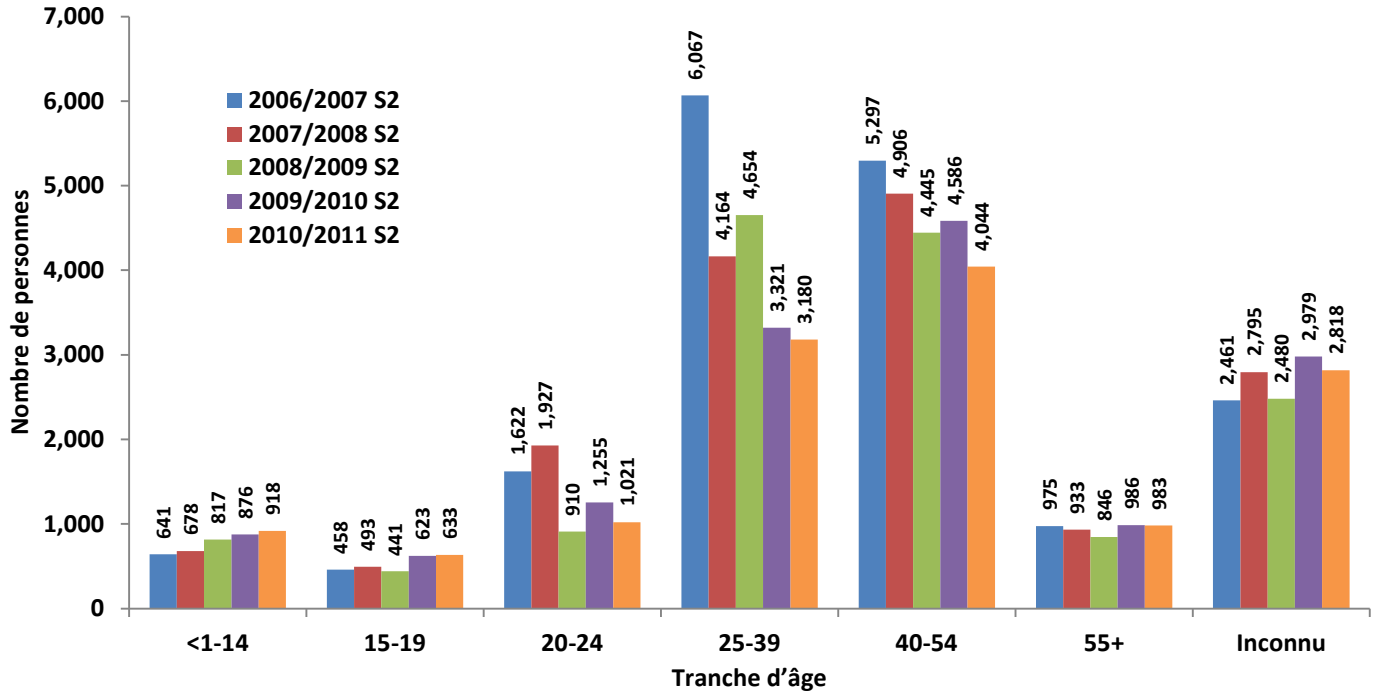


5.2.3 LA MAJORITÉ DES CLIENTS ONT ENTRE 25 ET 54 ANS

La majorité des utilisateurs de services de soutien ont entre 25 et 54 ans, et cette tendance est valable pour toutes les régions.

Figure 52

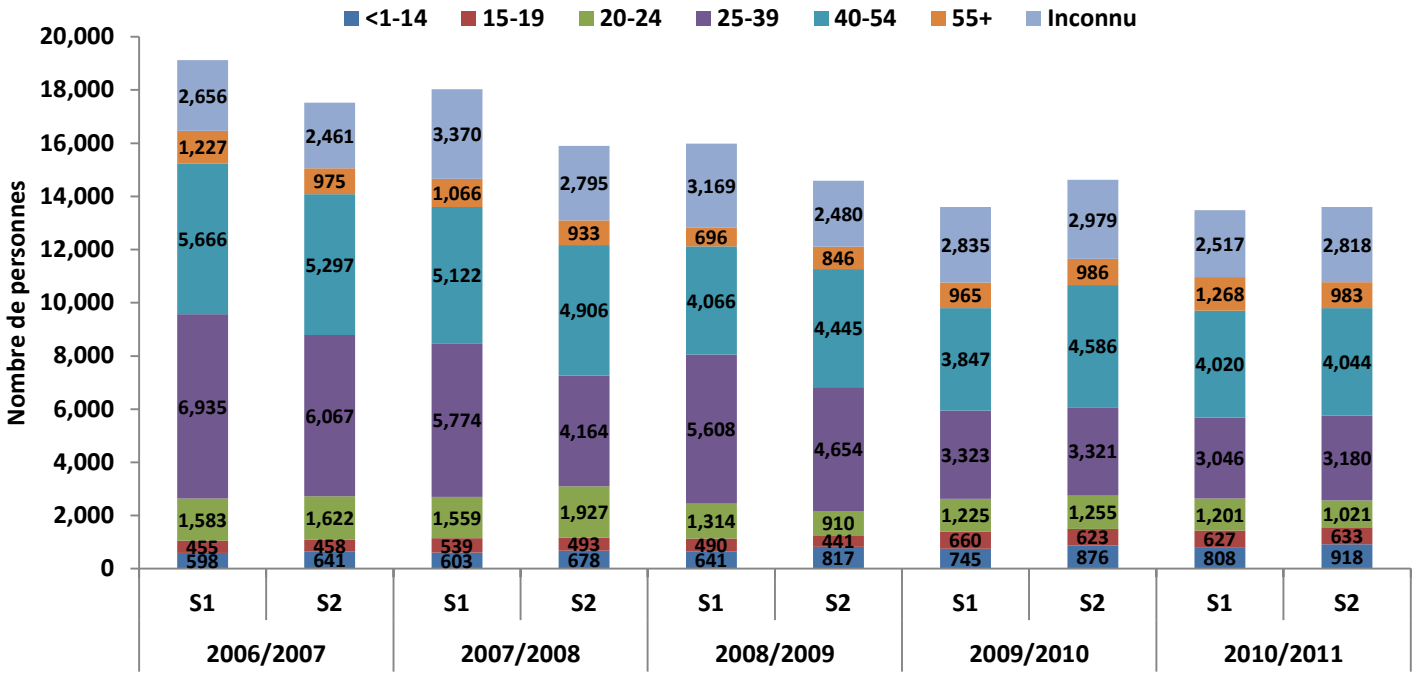
Nombre de clients utilisant les services de soutien selon l'âge



Le nombre de clients, par groupe d'âge, qui utilisent les services de soutien est demeuré relativement constant avec le temps.

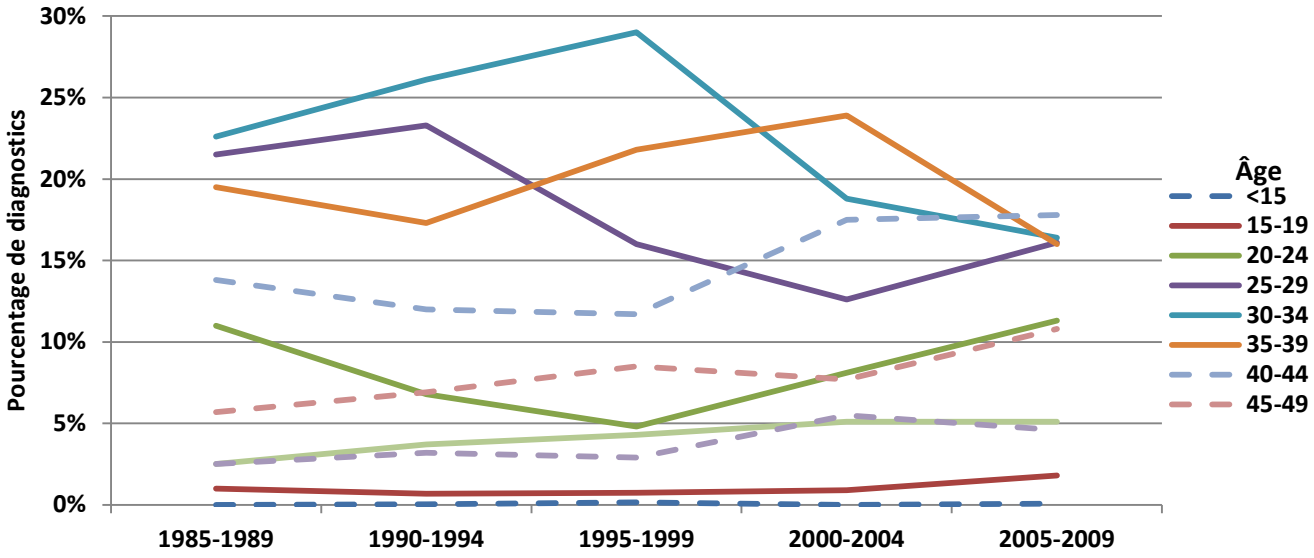
Figure 53

Clients utilisant les services de soutien selon l'âge et la période de référence



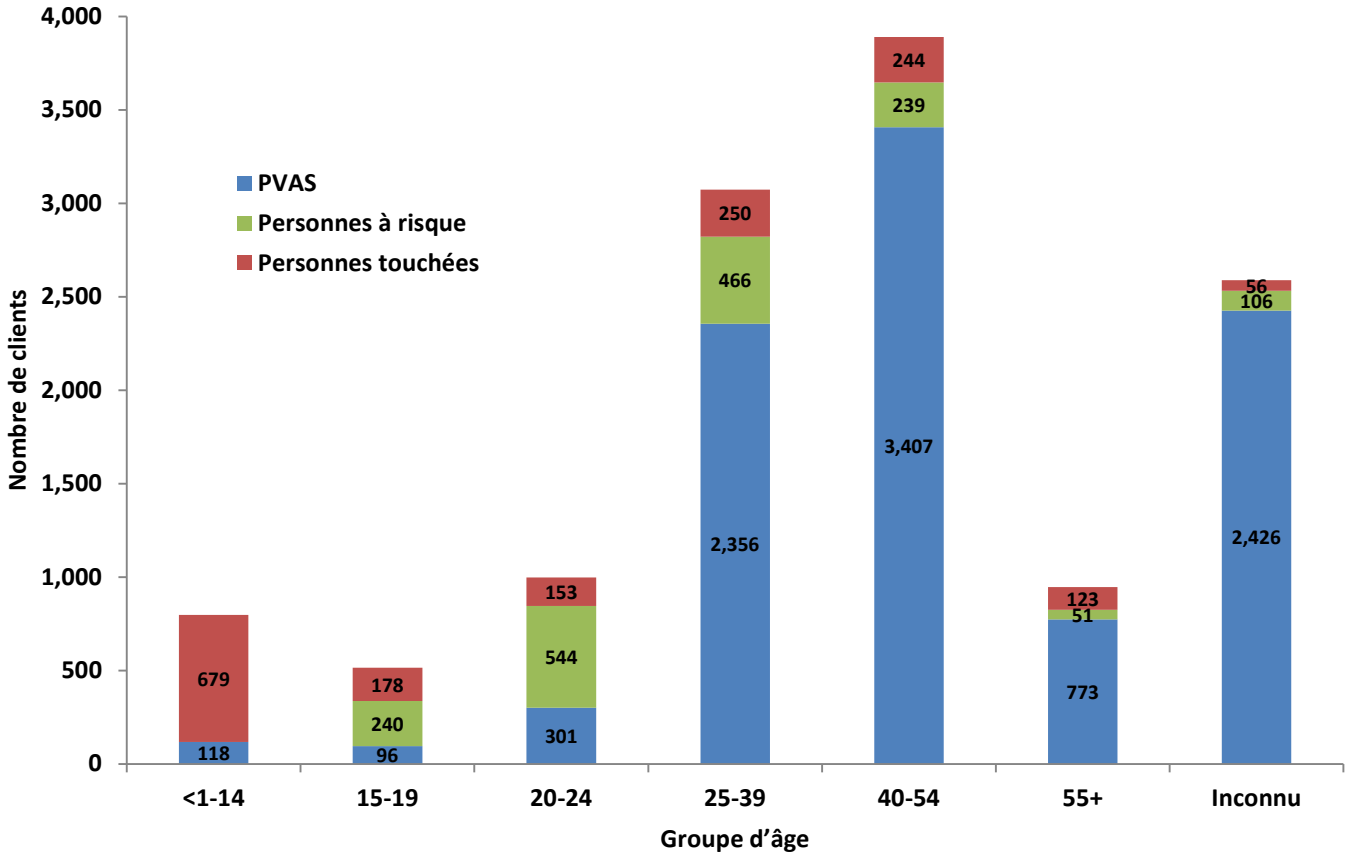
Ces tendances relatives à l'âge sont représentatives du portrait épidémiologique du VIH en Ontario.

Figure 54
Proportion de cas de VIH diagnostiqués selon l'âge au moment du diagnostic et l'année du diagnostic : HRSH
Source: Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario



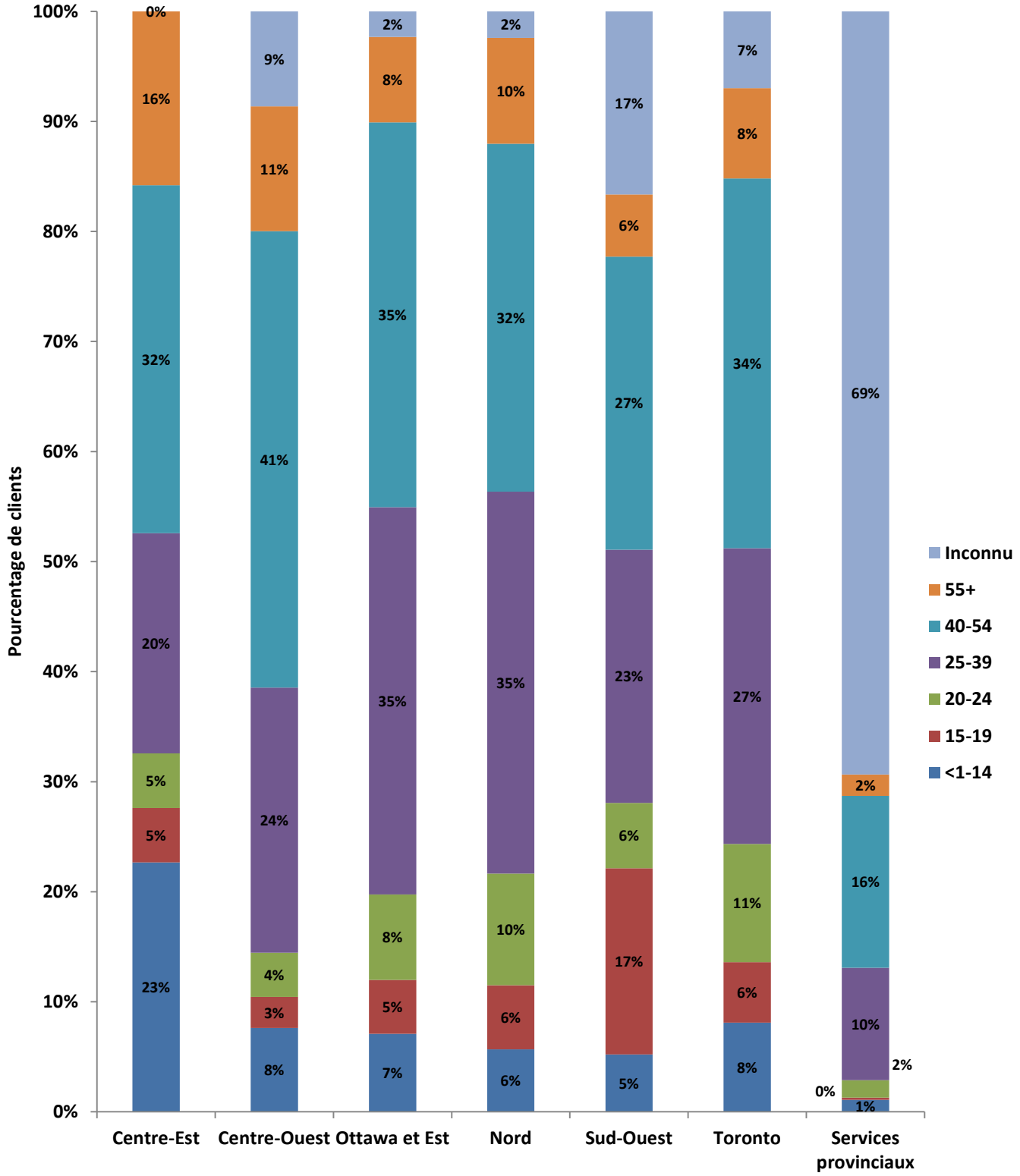
Il est plus probable que les personnes de plus de 25 ans qui utilisent les services de soutien soient atteintes du VIH que les personnes plus jeunes.

Figure 55
Nombre de clients utilisant les services de soutien selon le type de clients et l'âge : 2010-2011 S2



Une analyse de l'âge des clients par région nous a permis de déterminer qu'un plus grand pourcentage de clients vivant dans les régions Centre-Ouest et Centre-Est avaient 40 ans et plus, par rapport aux autres régions.

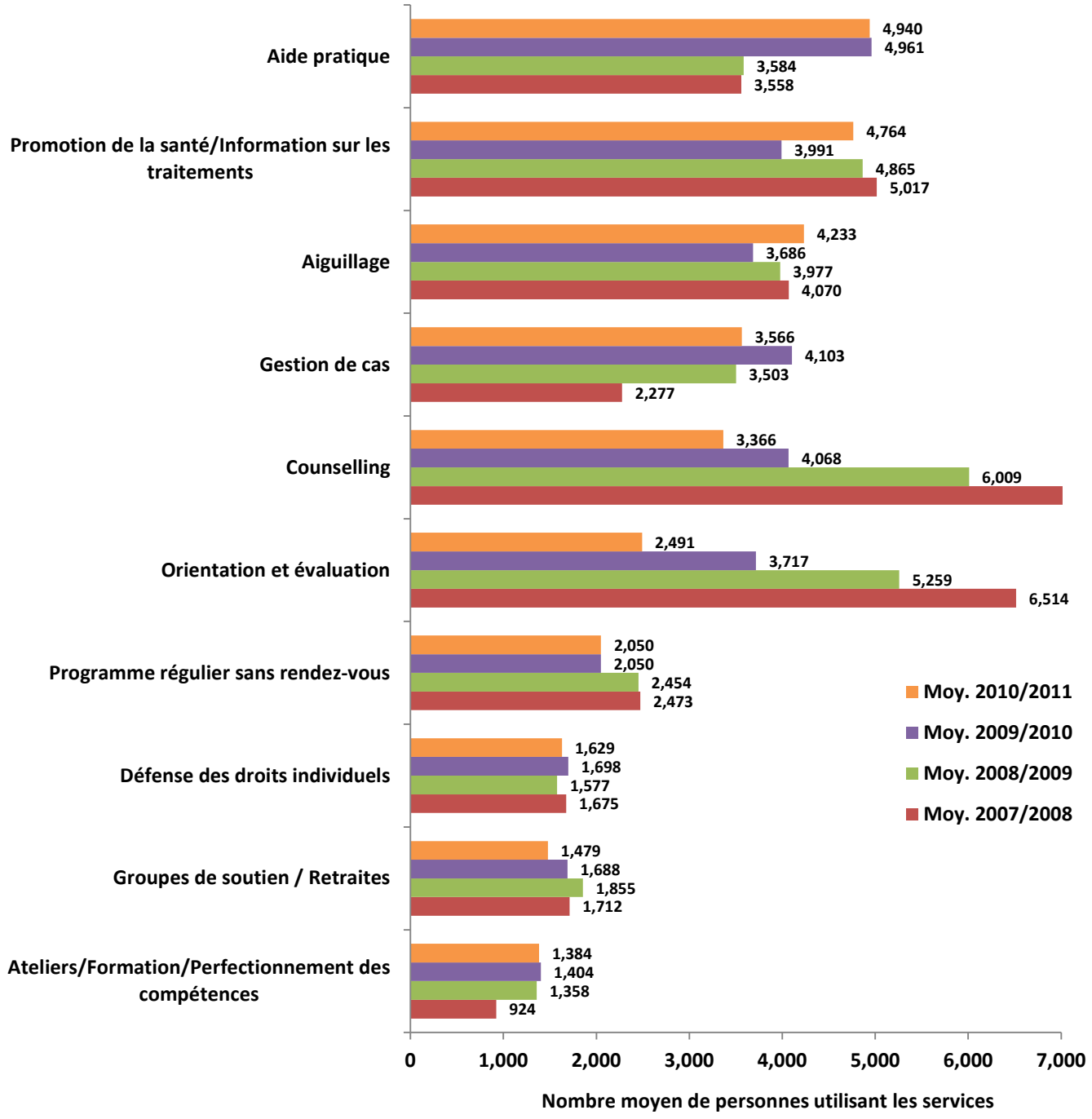
Figure 56
Proportion de clients utilisant les services de soutien selon l'âge et la région : S2 - 2010-2011



5.2.4 LES SERVICES D'AIDE PRATIQUE, D'INFORMATION RELATIVE À LA SANTÉ ET D'AIGUILLAGE SONT LES PLUS UTILISÉS

Ainsi qu'il est illustré à la figure 57, les clients continuent de se tourner vers les programmes des organismes communautaires principalement pour obtenir des services d'aide pratique, d'information et d'aiguillage, suivis des services de gestion de cas et de counselling.

Figure 57
Les dix principaux services de soutien fournis (fondés sur les statistiques de 2010-2011)

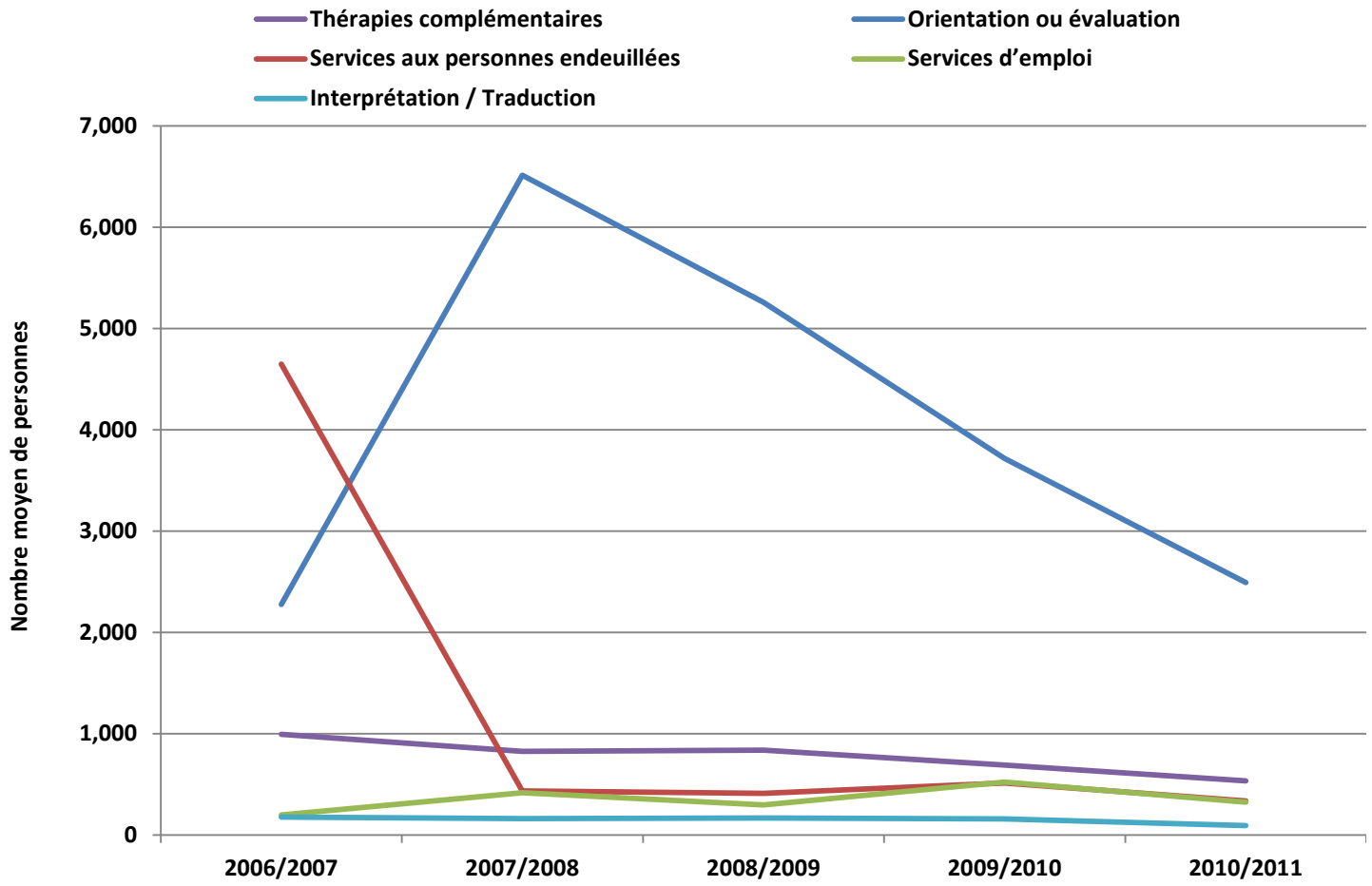


Nous avons été surpris de constater une baisse substantielle des services d'orientation ou d'évaluation offerts au cours de la dernière année, particulièrement en raison du fait que 39 % des clients étaient des « nouveaux » clients.

En ce qui concerne le nombre réel de clients qui utilisent les services, une réduction a été constatée dans pratiquement toutes les catégories sauf pour les services de promotion de la santé/d'information sur les traitements, d'aiguillage, des services d'établissement et « d'autres » types de services. (Nota : les services inclus dans la catégorie « autres » comprend des activités comme la prise de rendez-vous médicaux, l'accès aux banques alimentaires et aux services de préparation des déclarations de revenus – les données sur bon nombre de ces services auraient pu être saisies dans les catégories existantes). Cela semble indiquer que le nombre de clients utilisant chaque service a été comptabilisé et inscrit de façon plus exacte. Cependant, il y aurait lieu de déterminer si la situation est attribuable à un manque de ressources dans les programmes ou à une diminution de la demande de services ou des besoins des clients.

Les cinq services qui ont connu chacun une diminution de 20 % dans leurs activités en 2010-2011 comprennent les thérapies complémentaires, l'orientation ou l'évaluation, les services aux personnes endeuillées, les services de recherche d'emploi et les services d'interprétation ou de traduction; toutefois, en ce qui a trait au nombre réel de clients qui utilisent les services, la seule baisse significative a été enregistrée dans les services d'orientation ou d'évaluation et les services aux personnes endeuillées.

Figure 58
Services de soutien ayant connu une diminution de plus de 20 % dans leurs activités entre 2009-2010 et 2010-2011



LES OSS SE CONCENTRENT DAVANTAGE SUR L'AIDE PRATIQUE QUE LES AUTRES ORGANISMES NON-OSS

Il existe une différence importante dans les types de services offerts par les OSS comparativement aux autres organismes. Les OSS sont plus portés à offrir des services d'aide pratique et de gestion de cas, tandis que les autres organismes offrent davantage de services d'information, d'aiguillage et d'accueil.

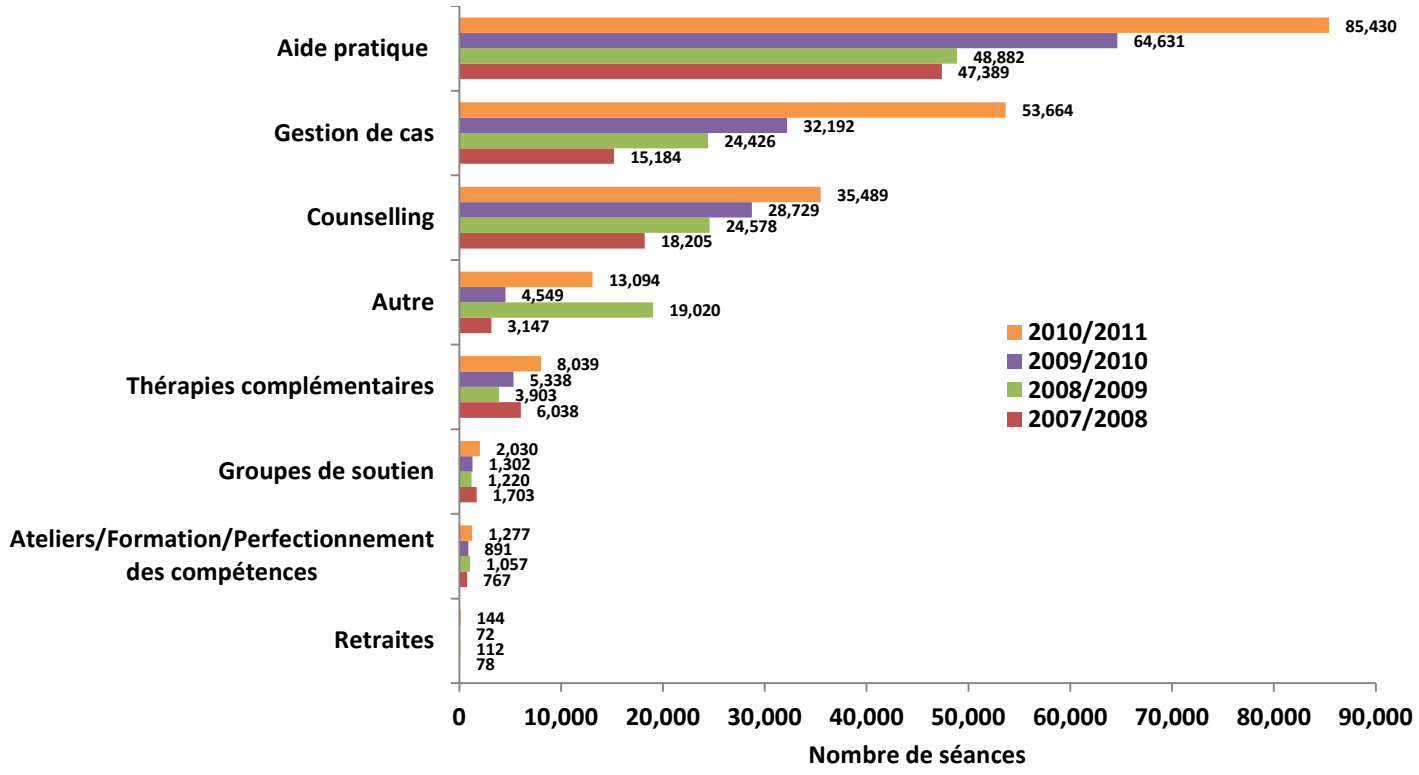
Figure 59
Proportion de clients utilisant certains services par type d'organismes : 2010-2011 - S2

Service	OSS	CSC	Non-OSS	Autres établissements de soins de santé
Aide pratique (p. ex. accompagnement aux rendez-vous)	18.77%	0.56%	4.88%	6.54%
Promotion de la santé/information sur les traitements	14.25%	37.42%	21.32%	10.90%
Aiguillage	12.05%	0.89%	18.71%	7.51%
Gestion de cas	13.22%	1.11%	4.10%	5.08%
Counselling	9.24%	6.12%	12.31%	7.26%
Orientation ou évaluation	7.92%	12.25%	9.28%	1.94%
Programme d'accueil régulier	5.69%	0.00%	15.12%	0.00%

DAVANTAGE DE CLIENTS ONT RECOURS AUX SERVICES DE GESTION DE CAS ET DE COUNSELLING

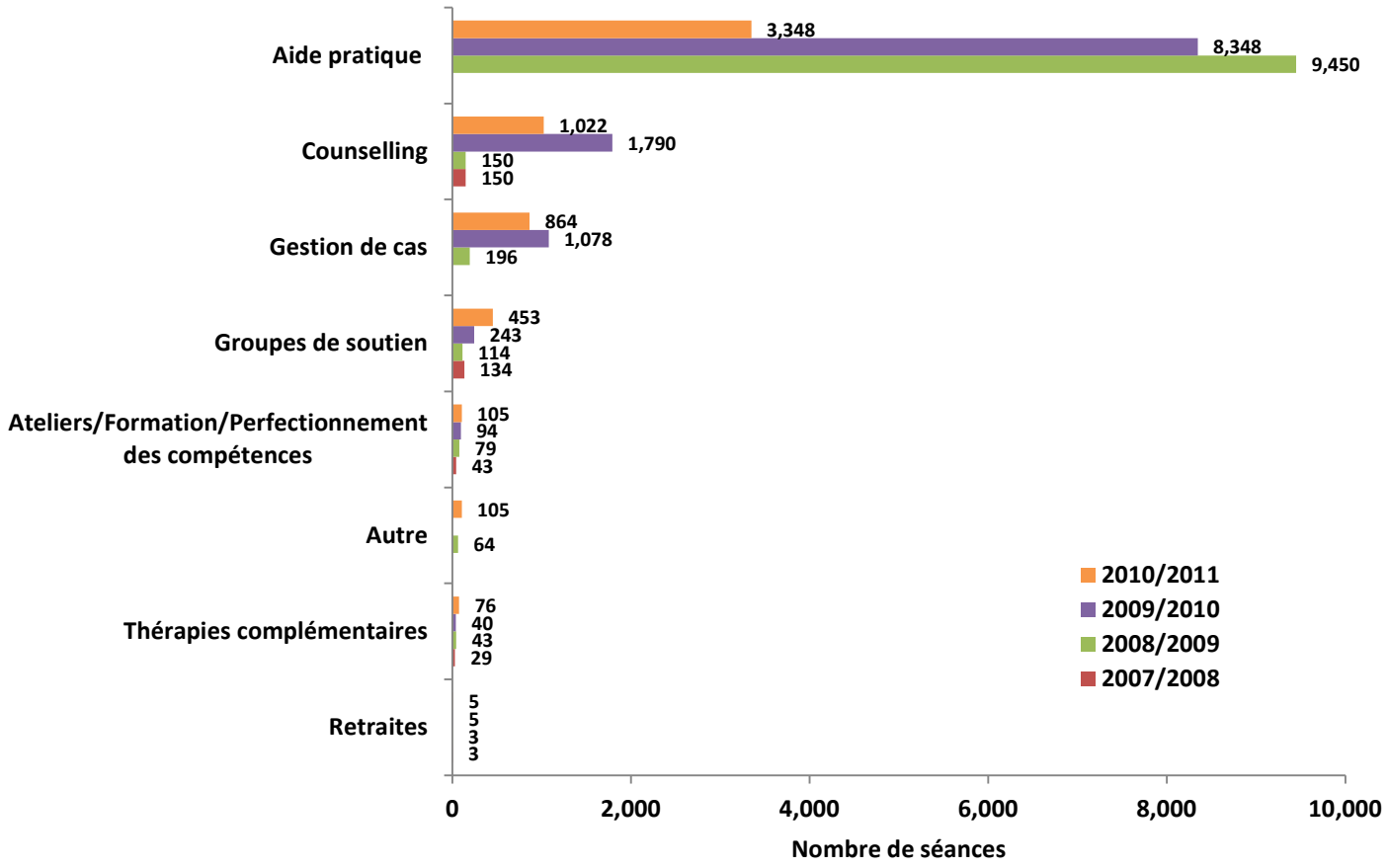
Même si le nombre total de clients qui ont utilisé les services de gestion de cas et de counselling a diminué en 2010-2011, le nombre réel de séances a augmenté. La hausse du nombre de séances de gestion de cas, soit 48 % de toutes les séances de gestion de cas, est, dans une large mesure, attribuable à trois organismes en raison de leur modèle de service. Cela peut également indiquer qu'un petit nombre de clients accaparent les ressources. Le nombre de séances d'aide pratique a connu une augmentation considérable, ce qui est principalement attribuable aux données fournies par deux organismes.

Figure 60
Nombre de séances offertes



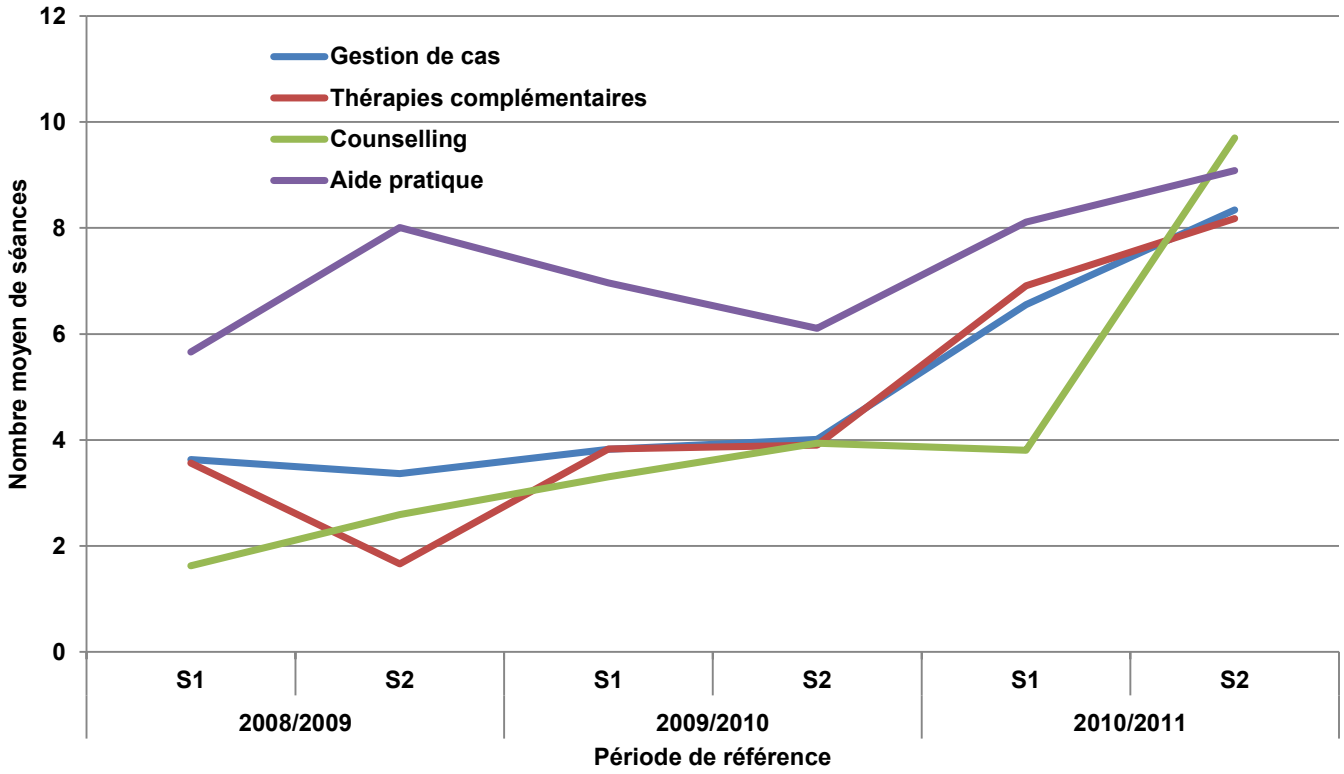
En 2010-2011, les organismes financés par le PACS ont déclaré moins de séances d'aide pratique et de counselling que par le passé, mais deux fois plus de rencontres de groupes de soutien.

Figure 61
Nombre de séances - PACS



Le nombre de séances par client a connu une augmentation dans toutes catégories de services. Il serait intéressant de connaître les raisons à l'origine de ce changement, à savoir les besoins des clients, une meilleure consignation des données ou les modèles de soins ou d'intervention utilisés dans un petit nombre d'organismes.

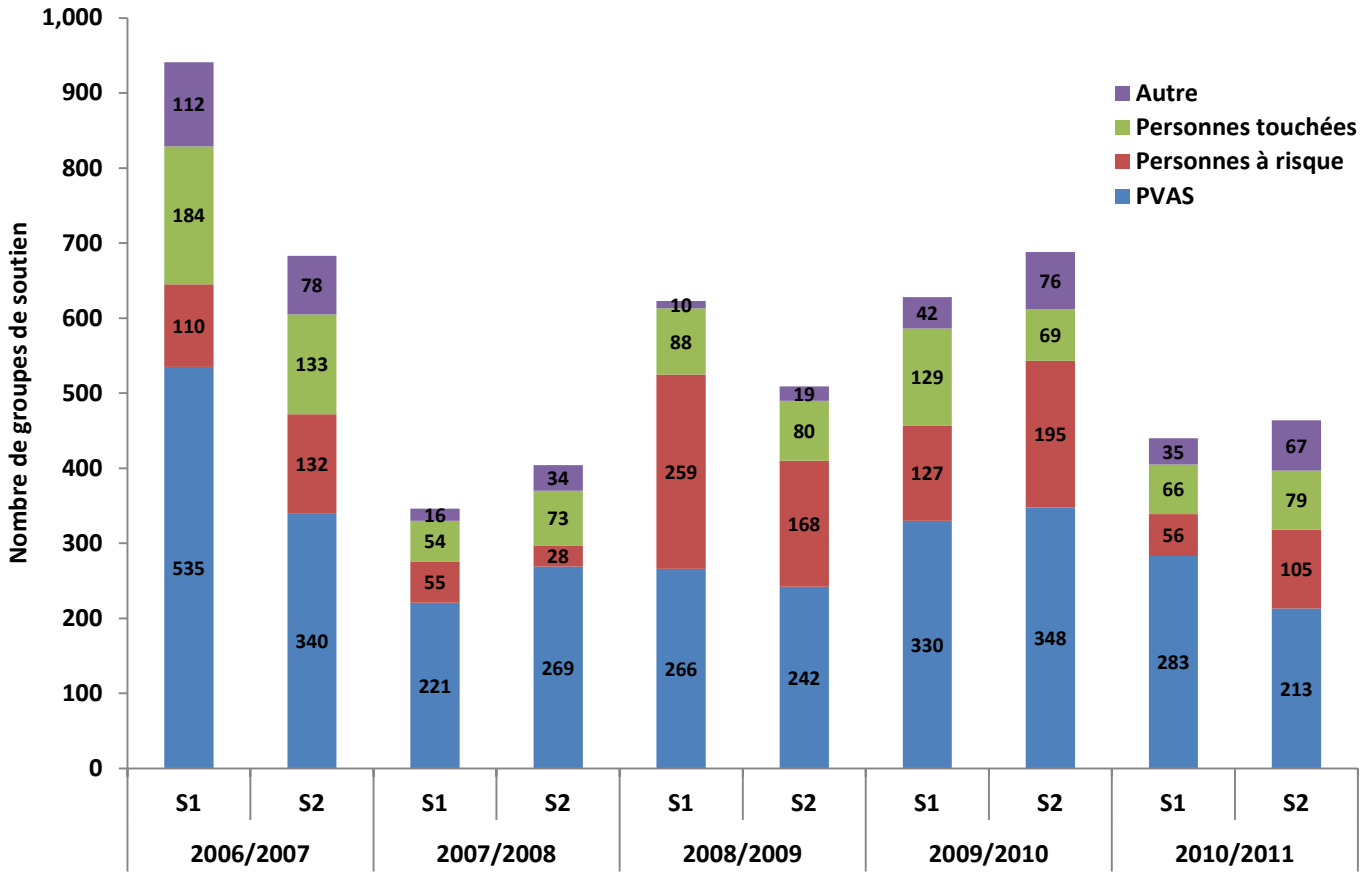
Figure 62
Nombre moyen de séances par client pour certains services



MOINS DE GROUPES DE SOUTIEN ONT ÉTÉ OFFERTS EN 2010-2011

À l'exception des programmes financés par le PACS, les organismes ont dit avoir organisé considérablement moins de groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH et particulièrement pour les personnes présentant un risque de contracter le VIH qu'au cours des années précédentes. Il serait intéressant de voir si cette baisse résulte d'un manque d'intérêt de la part des clients, d'un changement dans les besoins des clients, d'un changement dans le modèle ou la définition des services ou d'un problème de capacité des organismes.

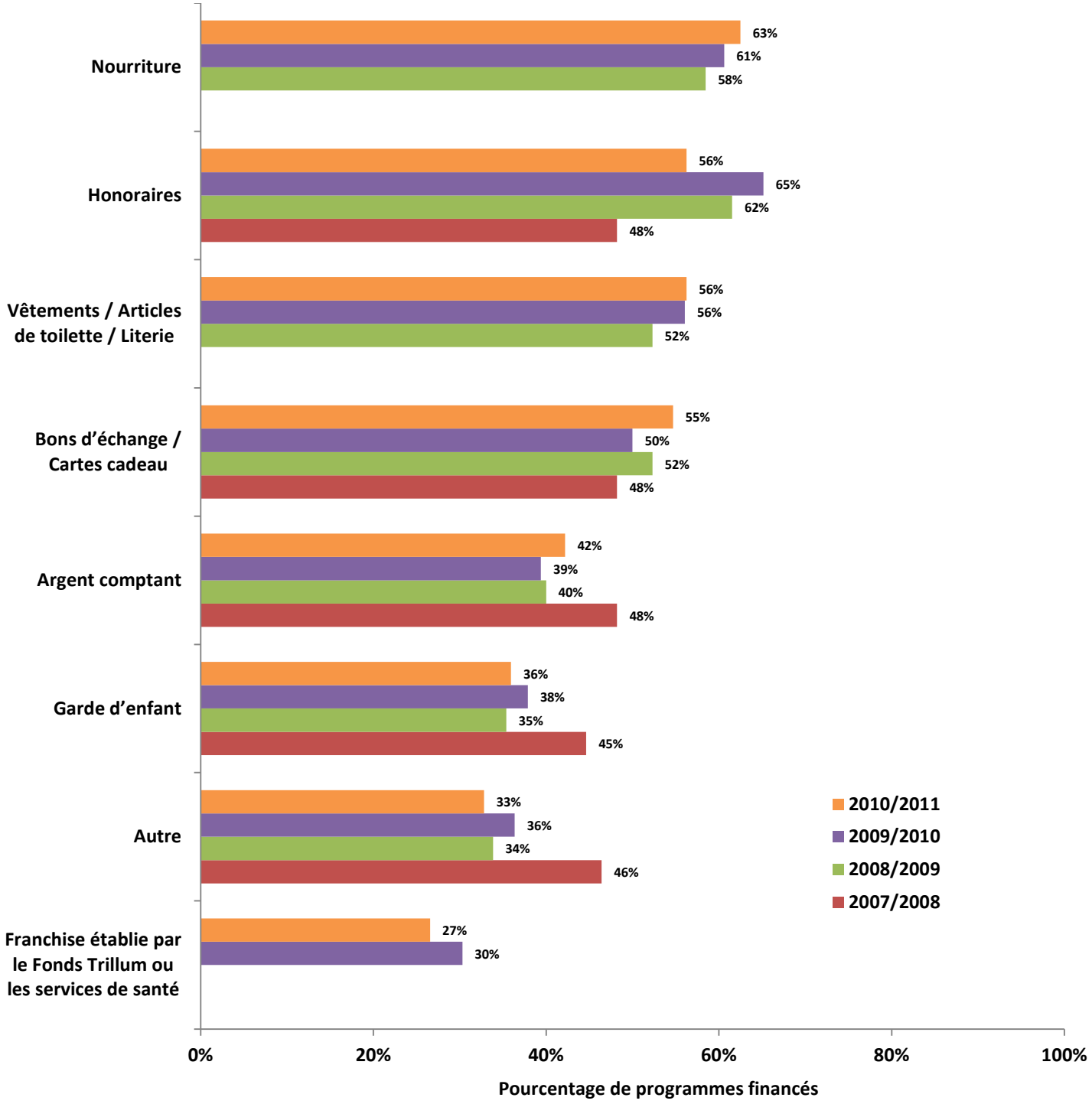
Figure 63
Nombre de groupes de soutien par utilisateur de service



5.2.5 L'AIDE FINANCIÈRE SERT PRINCIPALEMENT À RÉPONDRE AUX BESOINS D'ORDRE PRATIQUE

Près des deux tiers des organismes ont indiqué avoir fourni de l'aide financière aux clients pour les aider à répondre à un de leurs besoins de base (la nourriture) et plus de la moitié ont fourni aux clients de l'argent pour acheter des articles tels que des vêtements et de la literie, et des cartes cadeaux de magasins pour se procurer des articles de base et pratiques. Un quart des programmes ont fourni de l'aide financière pour des services de santé ou l'achat de médicaments, ce qui pourrait vouloir dire que les autres fonds d'assistance médicale ne répondent pas entièrement aux besoins des clients ou que les clients des organismes communautaires sont confrontés à des obstacles dans l'accès aux fonds d'assistance médicale.

Figure 64
Types d'aide financière et d'aide en nature fournis



5.2.6 QUELLES SONT LES TENDANCES ET LES BESOINS NON COMBLÉS EN MATIÈRE DE SERVICES DE SOUTIEN? COMMENT POUVONS-NOUS Y DONNER SUITE?

Les lacunes et les besoins en matière de services de soutien varient d'une région à l'autre de la province. Cependant, certaines des lacunes courantes qui ont été relevées se situent au niveau des soutiens aux clients vieillissants, des services pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination et l'isolement social, des services de traduction et d'autres services à l'intention des nouveaux arrivants, des soutiens aux prisonniers et aux femmes, y compris les femmes transgenres et les femmes exposées à la violence ainsi que les services aux hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Les organismes mentionnent que les besoins en services de soutien diffèrent en fonction de l'âge des clients : les clients âgés se préoccupent davantage de leurs besoins de base, de leurs autres maladies chroniques et de leurs besoins financiers, tandis que les jeunes clients recherchent du soutien en matière de santé de la reproduction et des relations avec leurs parents et leurs partenaires.

« Nous continuons de voir de plus en plus d'hommes gais vivant avec le VIH qui sont des survivants de longue durée. »

« Notre clientèle vieillit; les clients les plus âgés se situent dans les groupes des 40 à 55 ans et des 55 ans et plus. [Nous avons] constaté une hausse constante [des clients] qui ont des besoins de base à plus long terme comme des besoins financiers, des problèmes de santé mentale et des inquiétudes relatives à la couverture de soins médicaux. »

« Les difficultés relatives au vieillissement et à la retraite de nos clients du programme poz demeurent une priorité. »
« Nous continuons de constater une augmentation du nombre de femmes et d'enfants parmi les clients, particulièrement les femmes qui ont vécu dans la rue, qui ont consommé de l'alcool ou d'autres drogues ou qui ont des problèmes de santé mentale ainsi que des femmes venant de pays africains et des Caraïbes et leurs enfants. »

« Les nouveaux utilisateurs des services qui ont reçu un diagnostic sont dans le groupe des 60 ans et plus. Ce groupe connait des difficultés particulières comme des troubles concomitants (p. ex. diabète, incapacité physique, problèmes cardiaques et respiratoires) et éprouve de la difficulté à se trouver un logement accessible et abordable ainsi que des établissements qui offrent des services d'aide à la vie autonome. »

« Nous avons enregistré une hausse de 18 % et de 17 % dans le nombre de femmes qui font partie de notre clientèle. Nous croyons que cette situation est attribuable à deux facteurs : la fermeture d'un autre organisme et la meilleure visibilité de notre organisme. »

« En raison de la faiblesse de l'économie, nous avons constaté une augmentation des demandes d'aide financière, ainsi qu'une demande d'un plus grand nombre d'activités sociales. »
« La majorité des clients qui utilisent nos services ont entre 25 et 39 ans. Il s'agit d'une considération importante, car plusieurs nécessitent des soutiens dans les secteurs de la santé de la reproduction, du rôle parental, de la santé sexuelle et de la gestion des relations. Les discussions avec les personnes de ce groupe d'âge portent sur la grossesse, les relations sexuelles protégées, l'utilisation des condoms, le processus de divulgation et la criminalisation de la non-divulgation de l'infection à VIH. »

Les stratégies utilisées par les organismes pour combler ces lacunes dans les services comprennent le recrutement d'un plus grand nombre de bénévoles vivant avec le VIH (GIPA), la recherche de financement pour mettre en place de nouveaux programmes et élargir des programmes existants, l'établissement de partenariats avec d'autres services dont des services juridiques, d'immigration, d'établissement, de santé mentale, de toxicomanie et de soins palliatifs, l'élaboration de ressources en plusieurs langues et l'élargissement des services de prise de contact et d'autres services afin de minimiser l'isolement social.

> *« La majorité de nos clients sont des personnes âgées… et la plupart de ces personnes ont d'autres maladies à gérer (p. ex. le diabète, l'hypertension, l'arthrite). Le VIH est bien contrôlé, mais les autres maladies ne le sont pas; par conséquent, [il est] nécessaire d'offrir plus d'ateliers et d'information sur les traitements et sur la façon de prendre soin de soi lorsqu'on a d'autres maladies. »*

> *« [Nous] avons réussi à inciter plus d'hommes à assister régulièrement aux ateliers. Leur présence dépendait en grande partie des sujets abordés et du soutien (ou non) de leur partenaire. Nous avons recueilli des commentaires positifs dans leurs évaluations, qui mentionnaient que les sujets étaient informatifs et habilitants. On nous a demandé d'élaborer des ateliers plus approfondis sur le même sujet (par ex. comment divulguer son état à ses enfants). »*

> *« Nous avons modifié notre approche auprès des travailleurs du sexe autochtones. Nous avons ainsi organisé trois cercles d'échange avec un grand nombre de participants pendant une plus longue période. »*

Les organismes ont relevé des obstacles permanents à l'accès des clients aux services de soutien:

> *« Les clients qui ont entre 40 et 54 ans sont ceux qui hésitent le plus à utiliser les services en partie parce qu'ils ont d'autres croyances culturelles et des tabous sur la divulgation du VIH. Ils sont également réticents à discuter de sexe et de sexualité, car ils jugent que ces sujets ne sont pas appropriés pour leur âge. Généralement, lorsqu'ils demandent du soutien, il s'agit habituellement de soutien émotionnel relatif à la vie avec le VIH, la divulgation de leur état dans leur relation actuelle ou nouvelle et aux préoccupations à l'égard de leur santé (p. ex. soins de longue durée, médicaments, soutien). »*

5.3 RENFORCER LES CAPACITÉS INDIVIDUELLES, ORGANISATIONNELLES ET COMMUNAUTAIRES

L'un des principaux résultats prévus des programmes communautaires liés au VIH consiste à renforcer la capacité des personnes, des organisations et des communautés.

5.3.1 RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ INDIVIDUELLE

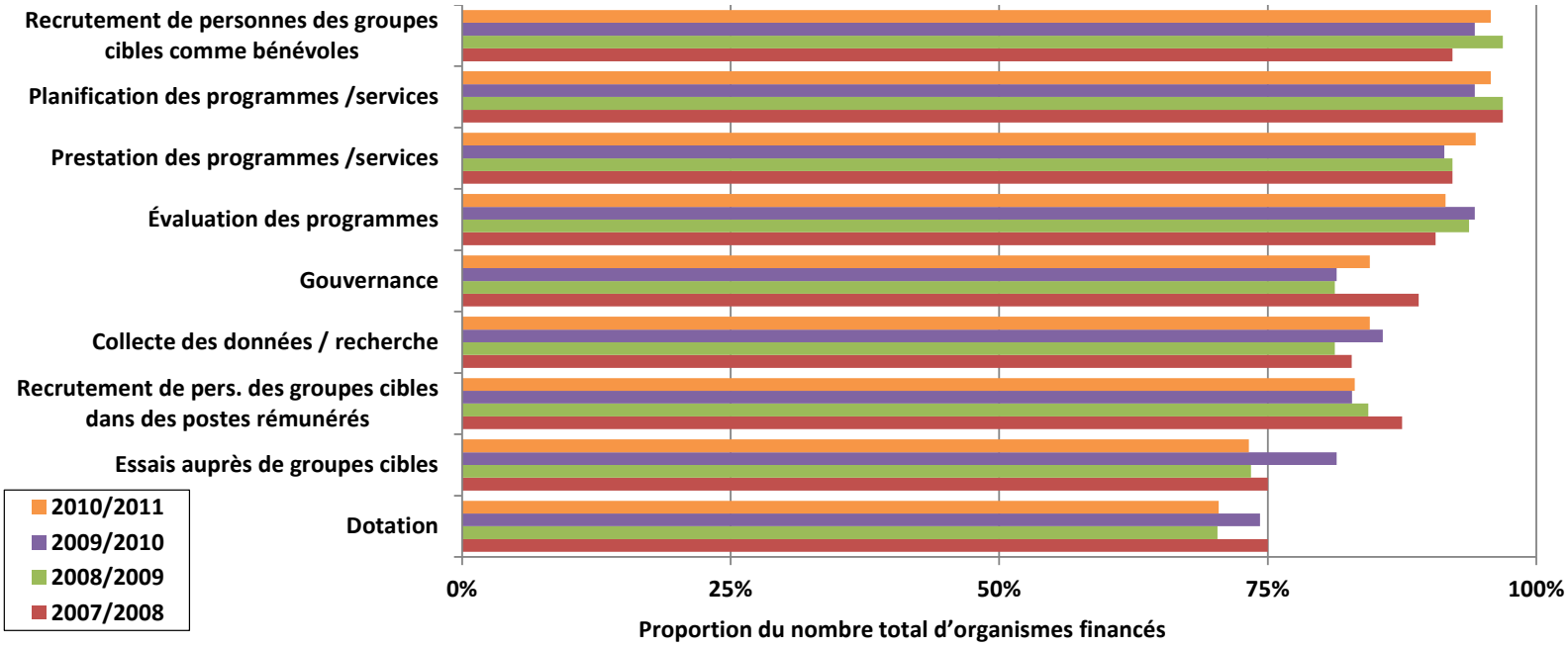
Au niveau individuel, les organismes visent à renforcer les capacités des personnes qu'elles servent, des bénévoles et de leur personnel.

ENGAGING PEOPLE WITH OR AT RISK OF HIV

Les organismes ontariens de services liés au VIH se sont engagés à accroître la participation des personnes vivant avec le VIH/sida (GIPA) et à rendre cette participation plus significative (MIPA). Les stratégies GIPA et MIPA permettent d'améliorer la capacité des personnes vivant avec le VIH à jouer un rôle actif dans leur communauté, ce qui peut contribuer à améliorer leur santé et leur bien-être et à renforcer la capacité des membres de ces communautés à répondre au VIH. Ces stratégies peuvent également accroître la capacité des organismes à offrir des programmes dirigés par les pairs et à intégrer les PVAS et les membres des autres groupes cibles dans tous les aspects de la gestion de l'organisation et de l'élaboration des programmes.

Entre 70 et 95 % des organismes ont mentionné qu'ils essayaient activement de recruter des membres des groupes cibles pour réaliser leurs activités. La priorité demeure principalement le recrutement de bénévoles. Même si entre 80 et 90 % des organismes ont dit recruter des personnes atteintes du VIH ou présentant un risque de le contracter pour occuper des postes rémunérés, seulement 70 % disent compter un membre des groupes cibles à leur effectif, ce qui représente une baisse par rapport à l'an dernier. Étant donné que OCRSO demande seulement aux organismes s'ils font participer des membres des groupes cibles (c.-à-d. question exigeant une réponse par oui ou par non), il est impossible d'évaluer l'étendue ou l'intensité de la participation à l'aide de cette question. Par exemple, un organisme peut embaucher une seule personne atteinte du VIH ou juste une personne faisant partie d'un groupe à risque tandis qu'un autre peut en avoir plusieurs parmi les membres de son personnel ou de ses comités.

Figure 65
Organismes signalant la participation de personnes de groupes cibles à leurs activités



Même si les organismes se sont engagés envers la GIPA et la MIPA, il existe des barrières individuelles, sociales, environnementales, organisationnelles et systémiques qui rendent plus difficile la participation des personnes atteintes du VIH ou présentant un risque de le contracter. Les organismes ont relevé les obstacles suivants qui nuisent à la participation ou l'embauche de personnes atteintes du VIH ou présentant un risque d'infection à ce virus : le manque de formation ou de compétences, l'état de santé (c.-à-d. en raison de la nature épisodique du VIH, certaines personnes ne sont pas capables de travailler de façon régulière) et la situation financière (p. ex. préoccupations relatives à l'incidence d'un emploi sur l'admissibilité d'un individu aux prestations d'invalidité en raison des règles actuelles du POSPH).

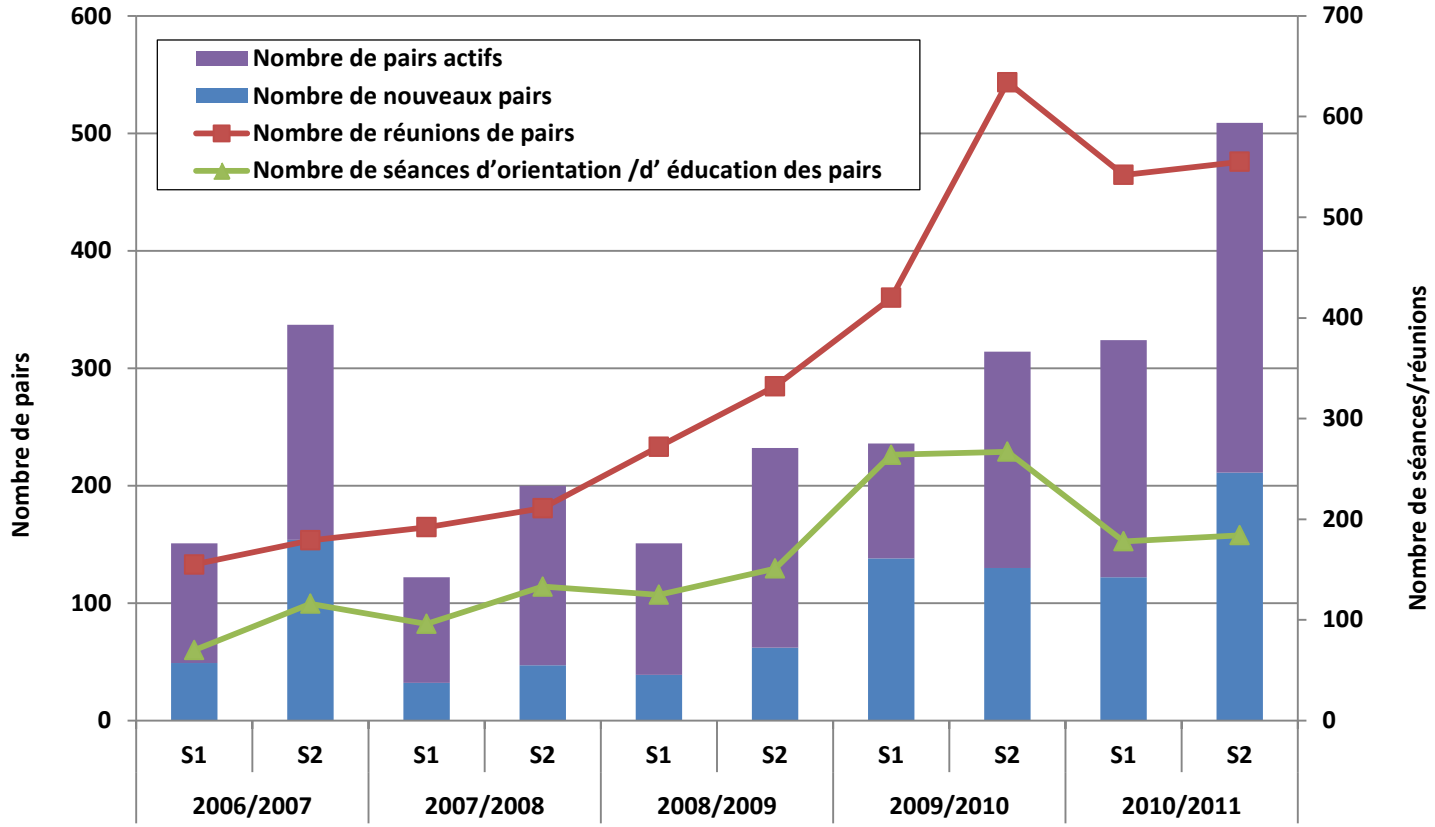
Il est important de noter que la GIPA et la MIPA ne doivent pas nécessairement se limiter au secteur des services liés au VIH. Beaucoup de personnes atteintes du VIH vivent une vie bien remplie et sont actives dans leur communauté d'autres façons, par exemple en occupant un travail; en siégeant comme membres bénévoles au sein de conseils d'administration d'organismes non liés au VIH ou en poursuivants d'autres intérêts.

FAIRE PARTICIPER LES PAIRS À LA PRISE DE CONTACT AVEC LES UDI

Les programmes ontariens de prise de contact avec les UDI ont adopté un modèle fondé sur les pairs et font participer activement les pairs à leurs activités. La participation des pairs à la prise de contact permet de renforcer les compétences en leadership des personnes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif; elle permet également d'améliorer la capacité des organismes servant les UDI d'établir des liens avec des groupes qui sont parfois difficiles à joindre.

La figure 66 montre que le nombre de pairs participants a augmenté considérablement au cours du deuxième semestre de 2010-2011. Cette augmentation a été constatée dans l'ensemble des organismes et non pas seulement un ou deux. Il semble également que les organismes sont capables de garder les pairs impliqués et d'en attirer de nouveaux.

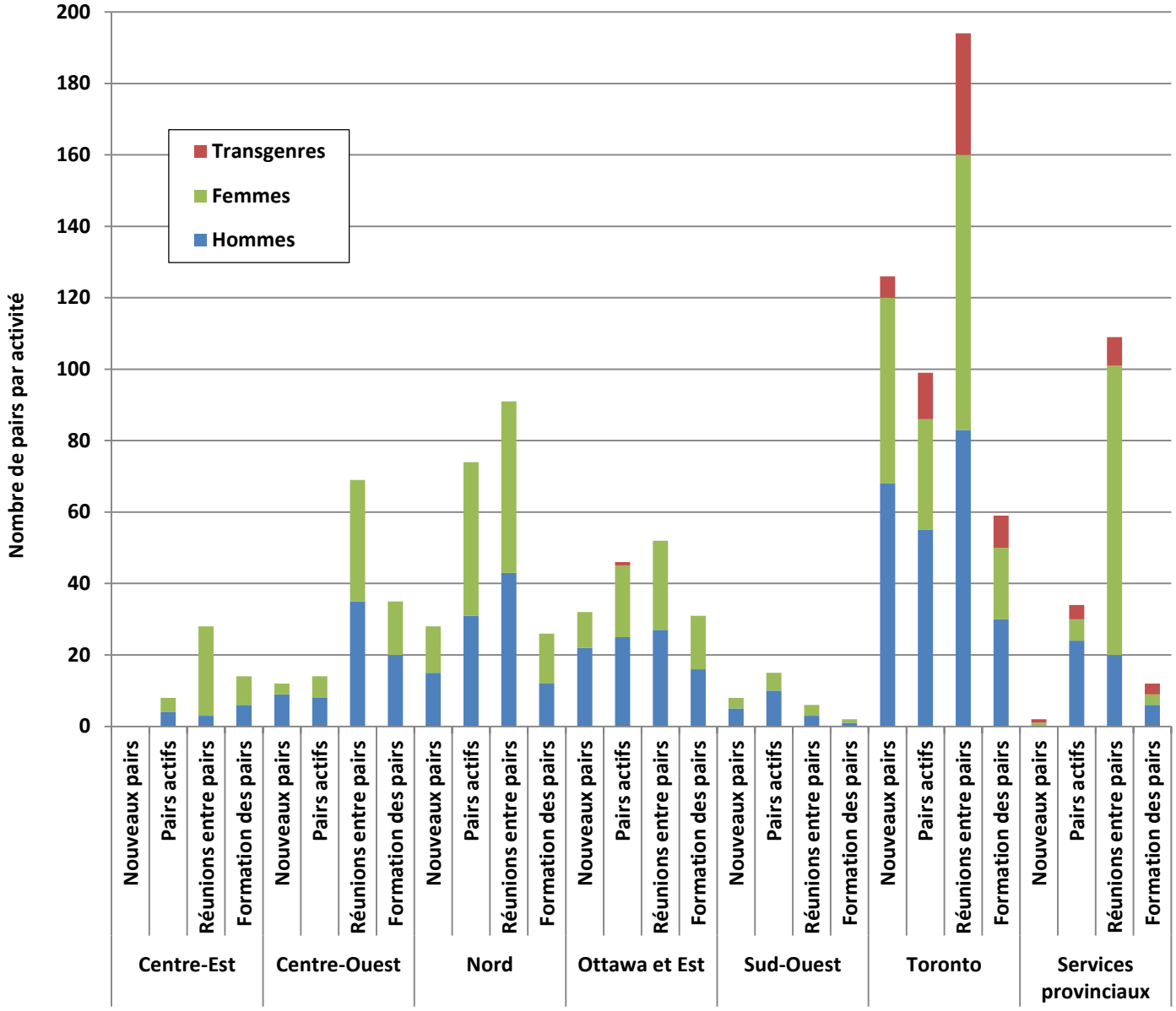
Figure 66
Participation des pairs



Même si 18 des 36 organismes qui ont mentionné avoir fait participer des consommateurs d'alcool ou d'autres drogues représentent 75 % de la participation des pairs, 36 des 38 programmes ont déclaré la participation d'au moins un pair. La taille de l'organisme a une incidence sur le nombre de pairs. Par exemple, les organismes comptant cinq employés ou moins ont tendance d'avoir en moyenne cinq pairs, tandis que les organismes employant plus de 20 personnes ont, en moyenne, 17 pairs.

La région géographique a également une incidence sur le nombre de pairs. Les pairs sont très concentrés dans la région de Toronto et dans les régions qui déclarent un taux élevé de consommation d'alcool ou d'autres drogues, notamment dans les régions du Nord, d'Ottawa et de l'Est et du Sud-Ouest. Toutes les régions, sauf celle du Sud Ouest, ont intensivement recours aux réunions dirigées par des pairs pour gérer et maintenir leur participation.

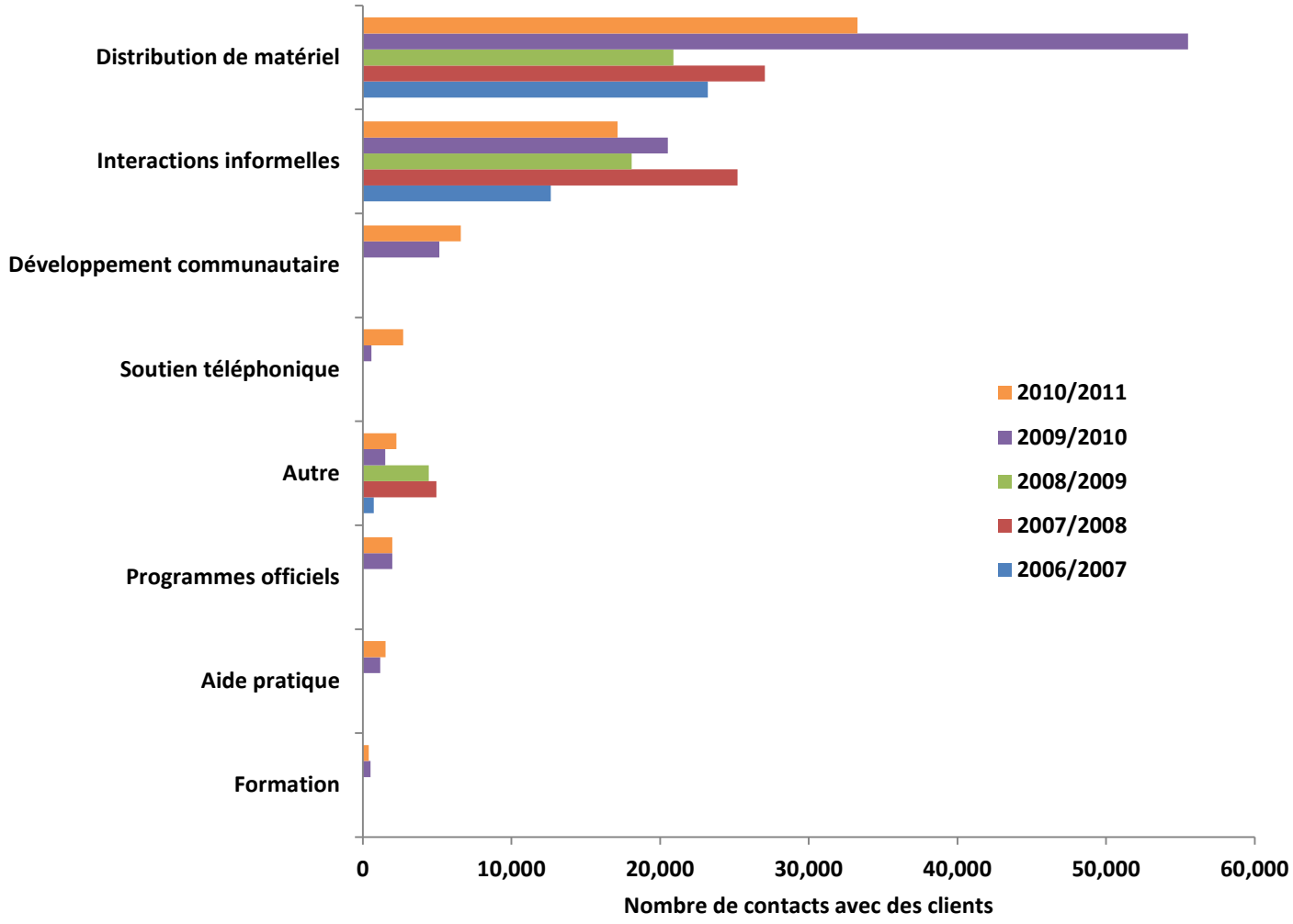
Figure 67
Participation des pairs par région : 2010-2011 - S2



LES PAIRS DES UDI PARTICIPENT DAVANTAGE AUX ACTIVITÉS OFFICIELLES DE PRISE DE CONTACT

Le graphique ci-dessous illustre les tendances relatives aux prises de contact avec les UDI par les pairs. Il semble que les pairs participent davantage aux activités de prise de contact organisées, comme le développement communautaire, le soutien téléphonique et l'aide pratique, plutôt que de se limiter à participer aux interactions informelles et à la distribution de matériel. Cela pourrait signifier que les pairs reçoivent la formation et le soutien dont ils ont besoin pour participer de façon plus significative aux activités.

Figure 68
Nombre de contacts avec les clients par les pairs par activité



Huit des 38 organismes offrant des services de prise de contact avec les UDI ont mentionné que les pairs ne distribuaient pas de matériel, tandis que 13 ont signalé que moins de 100 contacts par an étaient consacrés à la distribution de matériel. À l'opposé, sept organismes ont indiqué que les pairs avaient eu 800 contacts par an dans le cadre de l'activité de distribution de matériel.

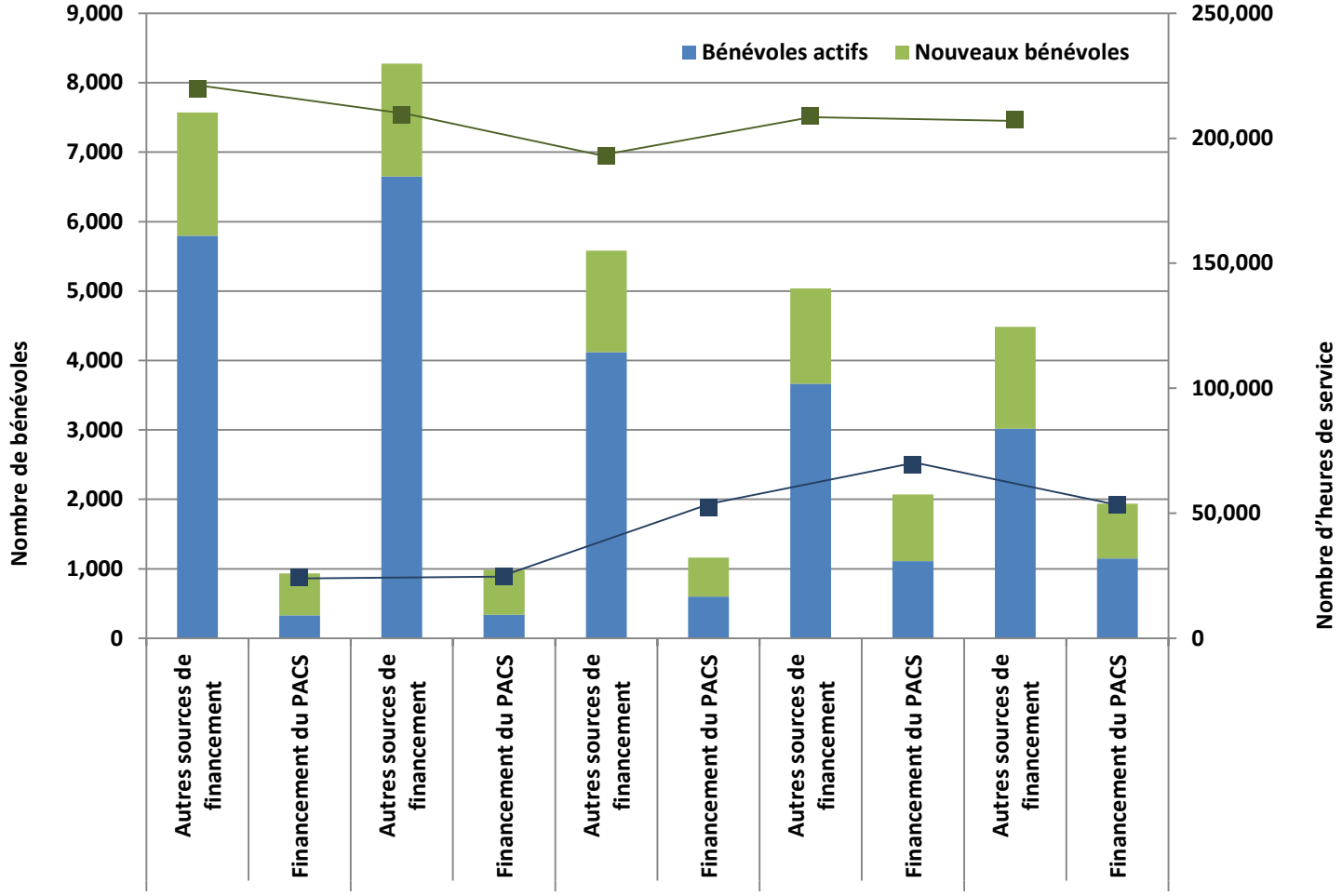
5.3.2 RECRUTEMENT ET FIDÉLISATION DES BÉNÉVOLES

Les organismes communautaires liés au VIH demeurent dépendants du travail des bénévoles. Les bénévoles remplissent un rôle essentiel dans le renforcement des capacités organisationnelles : leurs services représentent du temps et de la main-d'œuvre que les organismes devraient autrement payer ou dont ils doivent se passer; le travail de bureau, de soutien, d'administration et paraprofessionnel qu'ils effectuent permet aux employés spécialisés de consacrer davantage de temps à la prestation de services spécialisés directement aux clients. En tant que membres du conseil d'administration, les bénévoles fournissent une vision stratégique et des conseils et exercent une surveillance qui contribue à la stabilité de l'organisme. Les contributions des bénévoles accroissent la portée des organismes et aident à réduire les coûts d'administration, de gestion et d'exécution des programmes. En 2010-2011, les programmes communautaires liés au VIH ont bénéficié de l'équivalent de 222 223 heures de bénévolat, ce qui représente environ 4 605 878 $ en services (voir l'appendice E pour connaître la formule utilisée pour le calcul). Le PACS reconnaît le rôle important des bénévoles, car il accorde des fonds à certains organismes spécifiquement pour appuyer des programmes de bénévolat.

BAISSE DU NOMBRE DE BÉNÉVOLES

En 2010-2011, les organismes ont déclaré une baisse dans le nombre de bénévoles par rapport aux quatre dernières années et moins d'heures de service bénévole. En général, presque tous les organismes ont mentionné une réduction dans le nombre de bénévoles actuels. Toutefois, une grande partie de la baisse est attribuable à un organisme, qui a déclaré 535 bénévoles de moins durant la présente période de référence, ce qui est probablement dû à une baisse réelle et à des erreurs qui se sont produites dans les données des années antérieures.

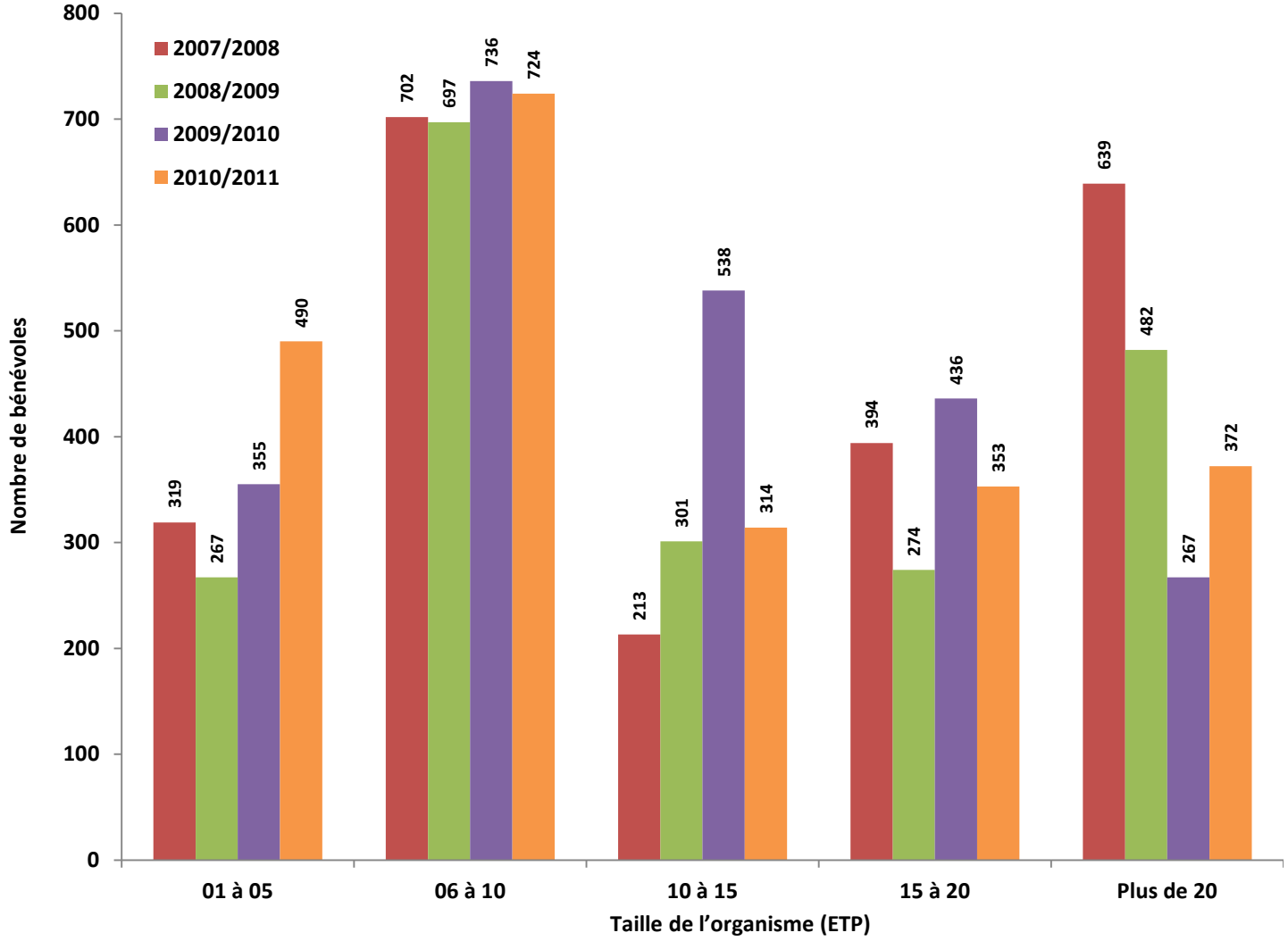
Figure 69
Bénévoles (nombre total de nouveaux bénévoles et nombre moyen de bénévoles actifs) et heures de service : PACS et autres sources de financement



Les données appuient la nécessité de recruter des bénévoles de façon continue. Par exemple, un des plus grands organismes de la province a perdu 374 de ses bénévoles actifs en 2009-2010, mais a été capable de recruter 266 nouveaux bénévoles, ce qui a permis d'atténuer la perte. Quatre programmes de différentes régions de la province, deux à Toronto, un dans le Centre-Est et un dans le Sud-Ouest, ont attiré plus de 100 nouveaux bénévoles en 2010.

Bien que le nombre réel de bénévoles ait chuté de 14 % en 2010-2011, le nombre d'heures de service n'a diminué que de 6 %. Cela représente 40 heures par bénévole par an, en moyenne, par rapport à 37 heures en 2009-2010. Il semble que chaque personne effectue plus de travail. Cela peut indiquer que les organismes font participer un plus petit nombre de bénévoles à des activités qui les intéressent davantage; par conséquent, ils acceptent d'y consacrer plus de temps. Ce changement pourrait avoir une incidence à long terme sur les programmes de bénévolat.

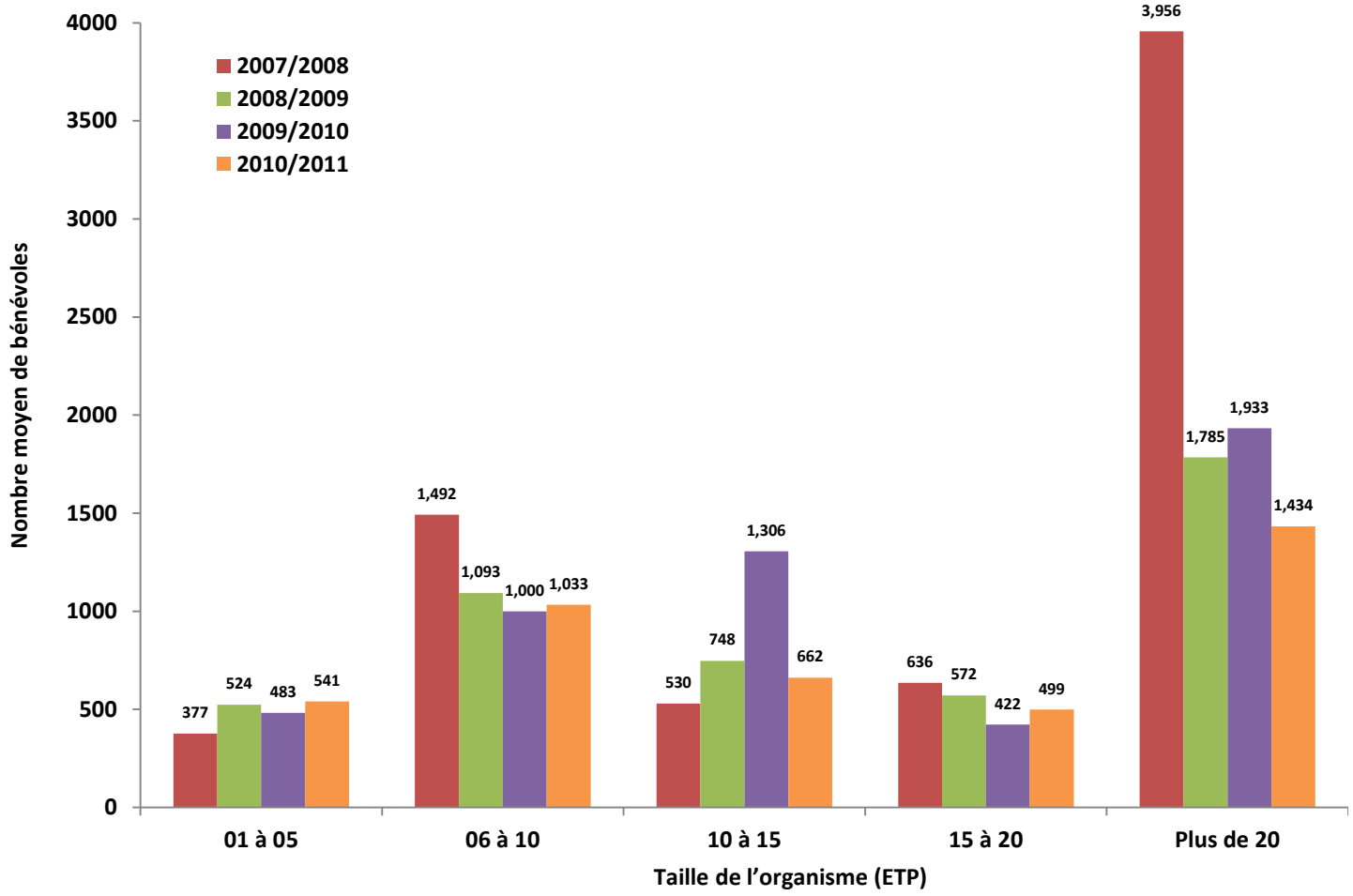
Figure 70
Nouveaux bénévoles recrutés selon la taille de l'organisme



LES PETITS ORGANISMES RÉUSSISSENT MIEUX À RECRUTER ET À FIDÉLISER DES BÉNÉVOLES

En termes de taille, les petits organismes (<15 ETP) semblent avoir une meilleure capacité d'attirer de nouveaux bénévoles sur une base continue (figure 70) et maintenir une proportion de bénévoles/employés plus élevée (comparativement aux grands organismes). Cela peut être attribuable au fait que les petits organismes ont une gamme plus variée d'activités à offrir aux bénévoles, qu'ils dépendent plus du travail des bénévoles pour réaliser leurs activités et qu'ils sont capables d'établir une relation plus solide avec eux, ce qui renforce l'engagement des bénévoles.

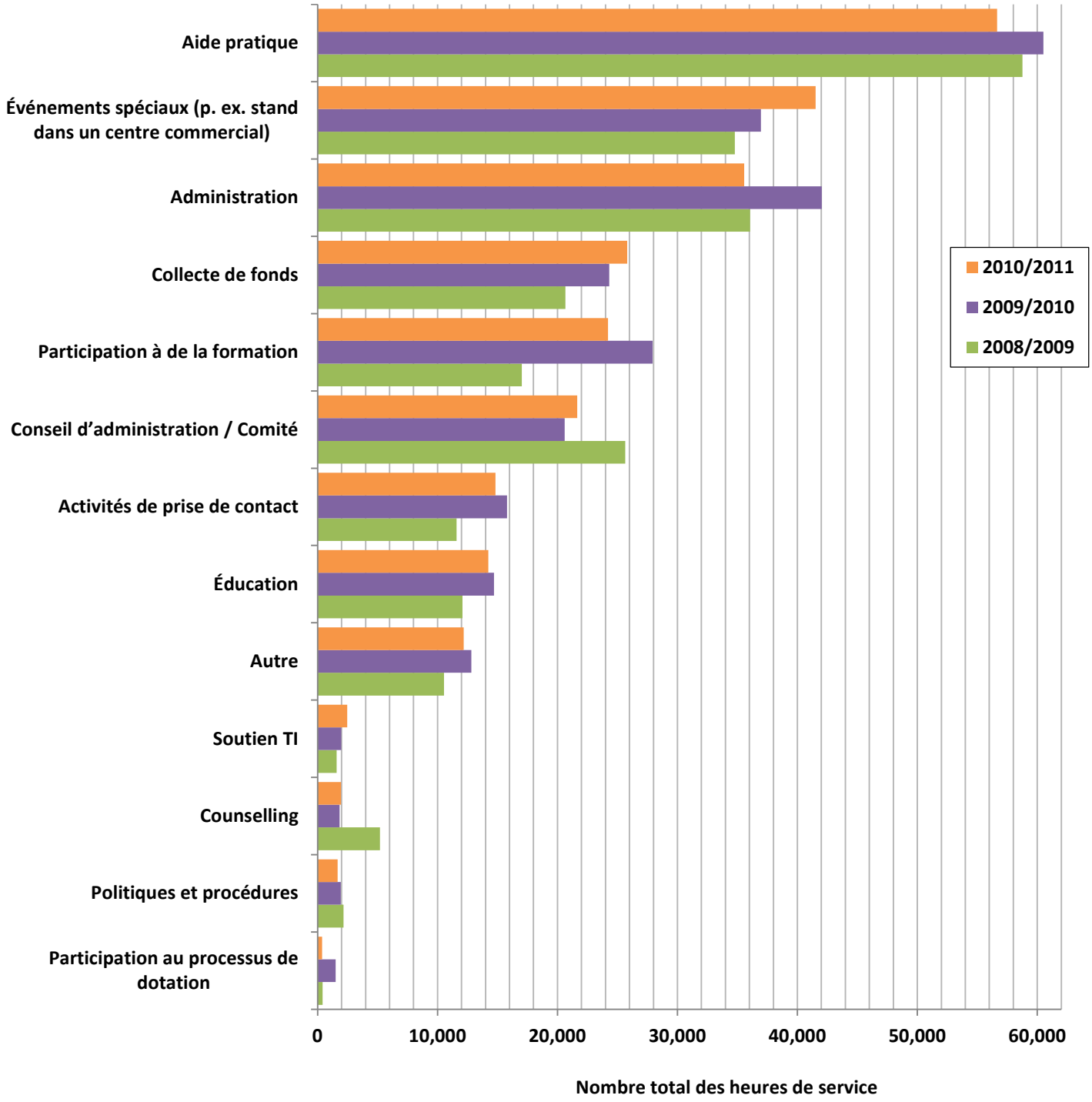
Figure 71
Nombre moyen de bénévoles actifs selon la taille de l'organisme et l'exercice



LES BÉNÉVOLES REMPLISSENT UN RÔLE IMPORTANT POUR L'AIDE PRATIQUE, LES ÉVÉNEMENTS SPÉCIAUX, L'ADMINISTRATION ET LA COLLECTE DE FONDS

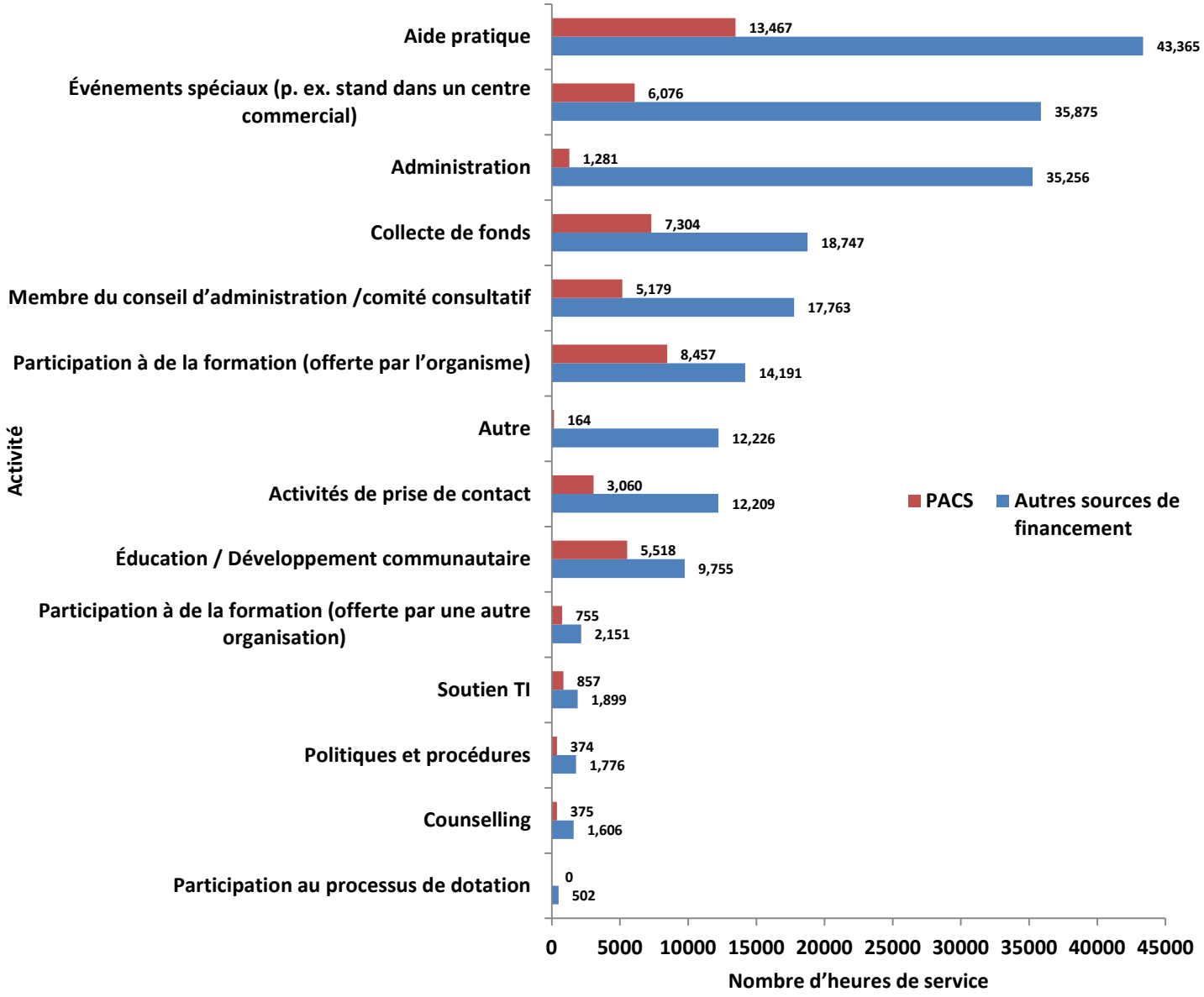
Les bénévoles fournissent des services d'aide pratique et aident les employés lors d'événements spéciaux, dans les tâches d'administration et de collecte de fonds. En 2010-2011, trois organismes ont consacré près de 38 % du total des heures de bénévolat à l'aide pratique. La croissance du nombre d'heures de bénévolat consacrées aux événements spéciaux est presque totalement attribuable à un événement tenu par un organisme, qui comptait pour 75 % du total des heures de bénévolat consacrées aux événements spéciaux.

Figure 72
Activités bénévoles et heures de service : autres sources de financement



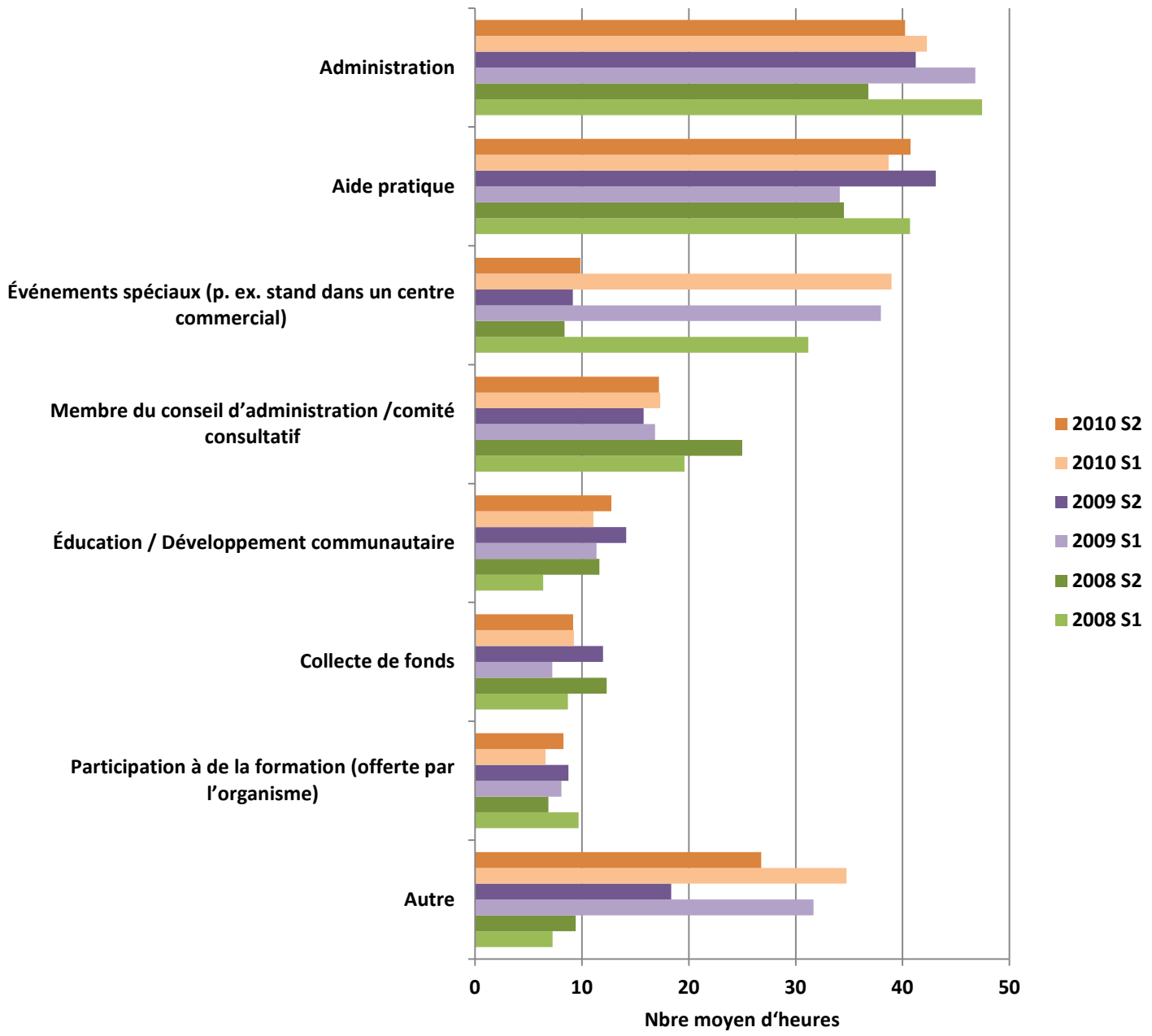
Si l'on compare les activités de bénévolat entre les organismes financés par le PACS et les autres organismes, il semble que les bénévoles des programmes financés par le PACS sont davantage affectés à des activités d'éducation et de développement communautaire et moins à des rôles administratifs.

Figure 73
Total des heures de bénévolat par source de financement : 2010-2011



En ce qui a trait au temps, le nombre moyen d'heures que les bénévoles consacrent à différentes activités a changé considérablement, car les bénévoles consacrent moins de temps à l'aide pratique et davantage à la collecte de fonds. Cela est en partie attribuable à de meilleurs systèmes de suivi de l'emploi du temps des bénévoles et à un intérêt renouvelé dans la collecte de fonds.

Figure 74
Nombre moyen d'heures de service par bénévole

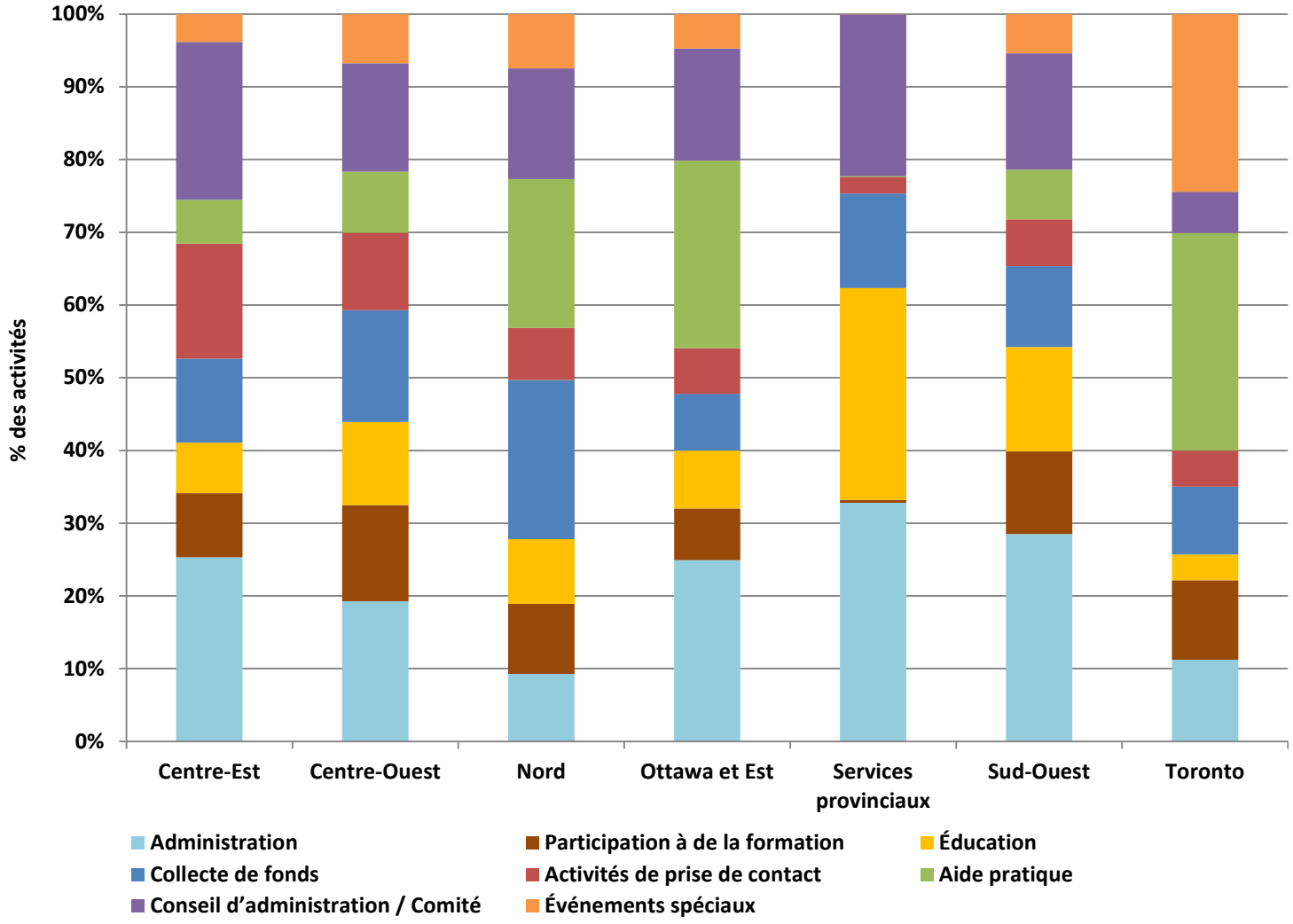


En ce qui a trait à la taille de l'organisme, les bénévoles des petits organismes (moins de dix employés) consacrent plus de temps aux activités des conseils d'administration et de comités, à l'administration et à la collecte de fonds (c.-à-d. environ 50 % du temps) qu'à l'aide pratique et aux autres activités, tandis que les bénévoles des grands organismes consacrent plus de temps (c.-à.-d. 75 % du temps) à l'aide pratique et à la collecte de fonds. Cette différence peut être attribuable au fait que les petits organismes ont, en général, moins de clients et par conséquent, ont besoin de plus d'aide pour les tâches administratives que pour la prestation des services.

L'UTILISATION DES BÉNÉVOLES DIFFÈRE D'UNE RÉGION À L'AUTRE

Comme le montrent les graphiques régionaux ci-dessous, trois régions – Toronto, Ottawa et Est et Nord de l'Ontario – utilisent davantage les bénévoles dans les activités d'aide pratique que les autres régions. À Toronto et Ottawa, cette tendance peut être attribuable au grand nombre de personnes séropositives qui sont des survivants de longue durée et qui ont besoin de soutien dans ces régions. Dans le Nord, elle résulte probablement de la relation étroite entre les OSS et les cliniques ainsi que de l'absence d'autres services dans les communautés ou des besoins complexes de la population dans cette région.

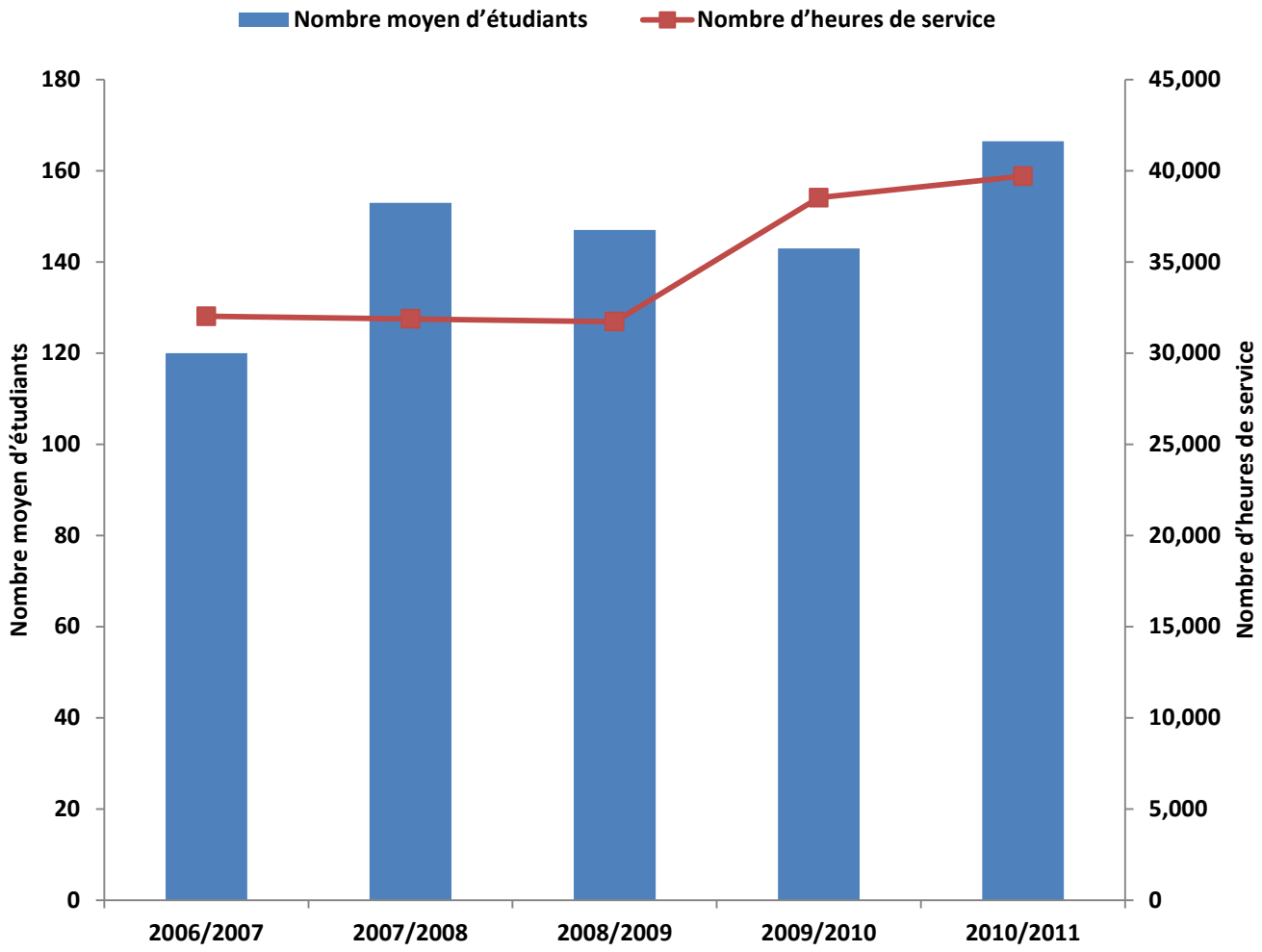
Figure 75
Activités bénévoles sélectionnées et nombre d'heures de service par région : 2010-2011



5.3.3 L'AUGMENTATION DU NOMBRE D'ÉTUDIANTS ENTRAÎNE UNE HAUSSE DES HEURES

Les organismes ont déclaré qu'un plus grand nombre d'étudiants faisaient des stages dans leur organisme et qu'ils y avaient consacré plus d'heures. En général, le nombre d'organismes ayant indiqué avoir recours à des étudiants était le même que l'an dernier, mais ils ont eu plus d'étudiants que l'an dernier. Cela peut vouloir dire qu'une fois que les organismes ont développé leur capacité à recruter des étudiants et à leur offrir du soutien, ils en voient les avantages et sont plus disposés à offrir un plus grand nombre de stages aux étudiants.

Figure 76
Placements d'étudiants



	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011
Nombre de programmes	42	41	46	48	45

Les organismes affectent les étudiants à différentes activités. Les petits organismes sont plus portés à affecter les étudiants à des activités d'éducation, de développement communautaire et d'administration ainsi qu'à des événements spéciaux, tandis que les grands organismes ont davantage recours aux étudiants pour l'aide pratique et les programmes de prise de contact.

5.3.4 AMÉLIORATION DU RECRUTEMENT ET DE LA FIDÉLISATION DES BÉNÉVOLES : QUELS SONT LES FACTEURS DE RÉUSSITE?

TENDANCES RELATIVES AU BÉNÉVOLAT

Les commentaires que les organismes ont inscrits dans OCRSO reflètent les tendances en bénévolat présentées ci-dessus, c'est-à-dire que davantage d'étudiants et de nouveaux arrivants font du bénévolat.

> *« Nous avons constaté que les étudiants demandaient à être affectés dans une plus grande variété de programmes que lors des périodes de référence précédentes (p. ex. counselling en toxicomanie et en santé mentale, services communautaires, programmes de formation linguistique prolongés, marketing et relations publiques). Nous recevons également davantage de recommandations d'organismes qui servent les nouveaux Canadiens qui ont un niveau de compétence élevé, mais qui manquent d'expérience canadienne. »*

> *« Nous remarquons un afflux de nouveaux arrivants qualifiés, particulièrement des femmes qui s'intéressent aux occasions de bénévolat offertes par notre organisme. »*

> *« Nous avons noté un intérêt accru des jeunes dans nos programmes et dans la collecte de fonds. »*

STRATÉGIES DE RECRUTEMENT DE BÉNÉVOLES

Recruter et fidéliser les bénévoles, particulièrement ceux qui possèdent les compétences recherchées, est un défi constant. Les organismes sont conscients qu'ils doivent continuellement accroître leur capacité à recruter et à fidéliser les bénévoles, y compris des personnes vivant avec le VIH, provenant de communautés ethnoculturelles.

Les stratégies qui se sont avérées efficaces dans le recrutement sont les suivantes :

- accroître la sensibilisation auprès des bénévoles éventuels
- offrir des programmes de mentorat pour bénévoles
- affecter les bénévoles à des projets plus stimulants dans lesquels ils peuvent faire preuve d'autonomie
- cibler les bénévoles ayant des compétences dans des domaines en particulier
- fournir des occasions de formation aux bénévoles.

> *« Le personnel demande des bénévoles qui ont une expérience et un ensemble de compétences particuliers (p. ex. en dessin graphique, élaboration de politiques et de procédures, création d'applications mobiles). »*

> *« Le personnel personnalise les tâches des bénévoles en fonction des compétences et de l'expertise de ces derniers et leur demande de participer à un projet précis (artistes graphiques, rédacteurs, traducteurs) pour aider leur équipe à réaliser sa mission. »*

De nombreux organismes ont renforcé le rôle de coordination des bénévoles :

> *« La présence d'un coordonnateur des bénévoles parmi le personnel a incité les employés à trouver des façons d'intégrer les bénévoles dans leurs programmes. »*

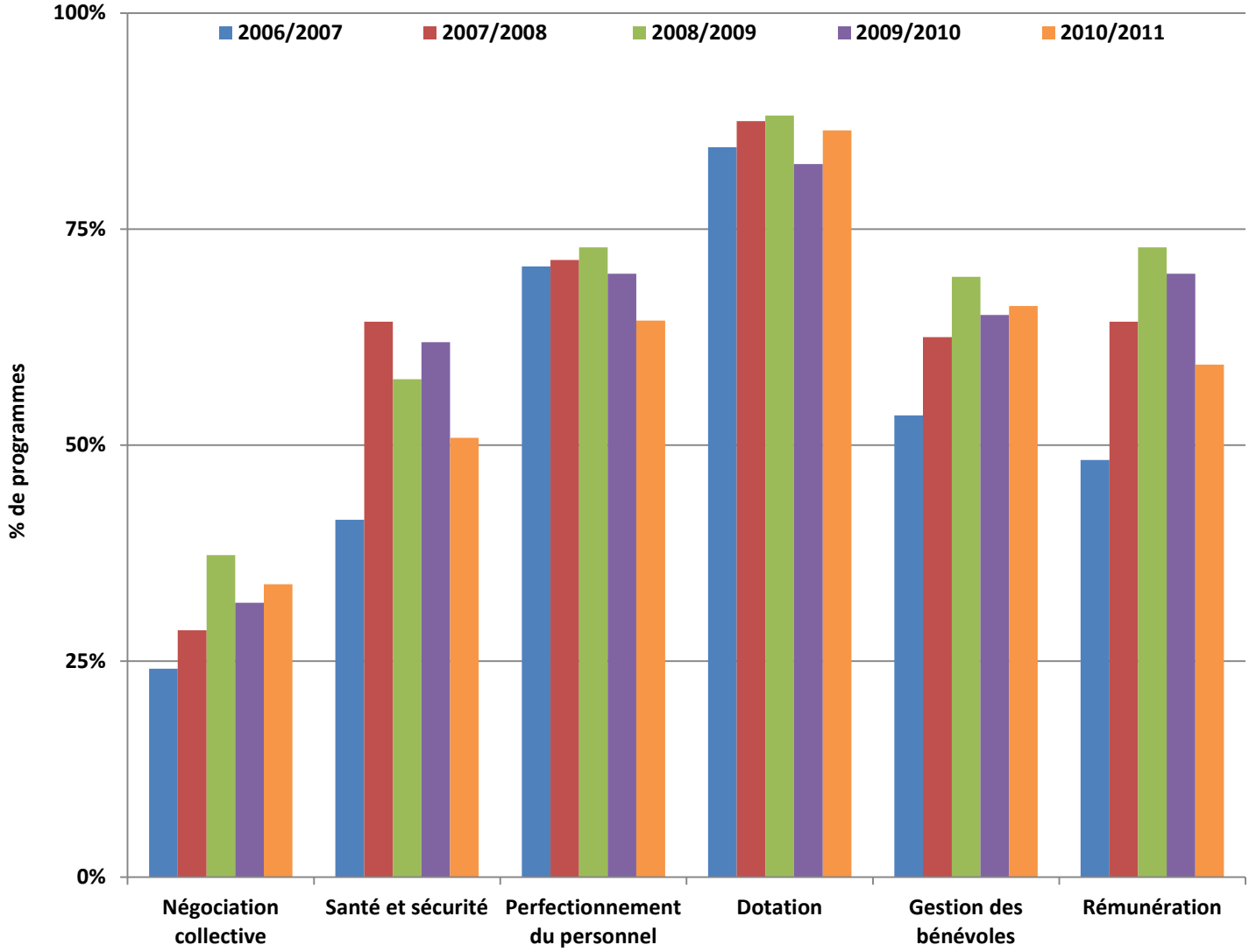
> *« Nous continuons de voir que de nombreuses personnes veulent faire du bénévolat dans [notre organisme] dans plusieurs domaines. Cette situation est attribuable à la réorganisation et à l'embauche d'un coordonnateur de bénévoles. »*

> *« Un nombre croissant de femmes provenant des groupes cibles s'intéressent à faire du bénévolat ou faire leur stage [dans notre organisme]. Étant donné que nous n'avons pas de coordonnateur des bénévoles, nous sommes incapables de faire face à la demande croissante. »*

5.3.5 AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES DU PERSONNEL ET MAINTIEN EN POSTE

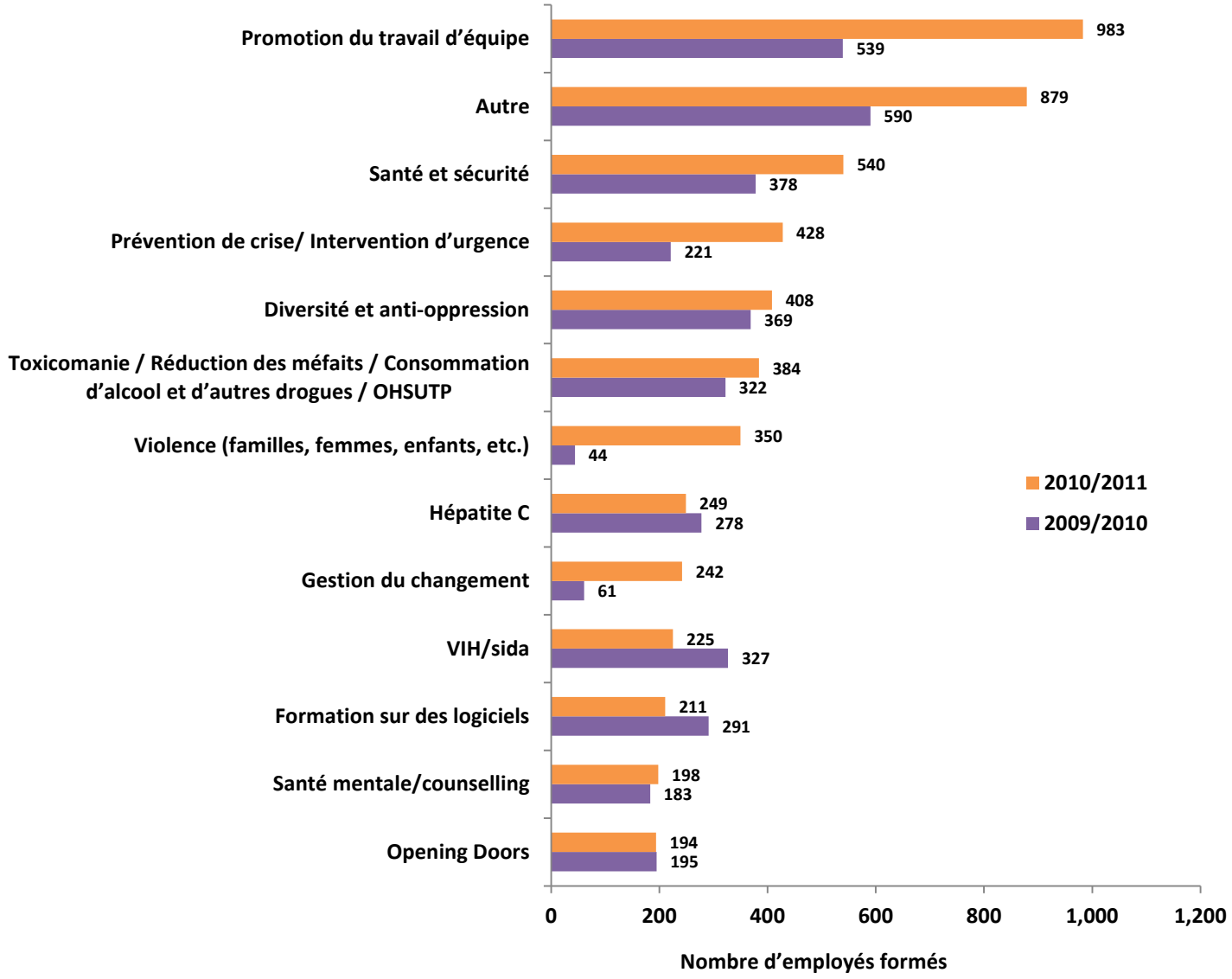
Lorsqu'on leur demande quelles sont les principales difficultés en matière de ressources humaines (RH), les organismes répondent invariablement la dotation et le perfectionnement du personnel. Sur le plan des RH, le secteur comprend un effectif composé d'employés de très longue date et de nouveaux employés, plus jeunes, qui ont tendance à ne pas demeurer dans l'organisme très longtemps. En raison de leurs programmes de bénévolat actifs, le secteur est souvent le « premier » employeur des nouveaux arrivants et d'autres personnes qui utilisent l'expérience qu'elles ont acquises dans les OSS pour poursuivre leur carrière dans d'autres secteurs du système de santé et de service social. Le maintien en poste continue d'être un problème parce que les salaires offerts dans ce secteur – comme ceux du secteur de la santé mentale communautaire – sont inférieurs à ceux d'autres secteurs du système de santé (p. ex. les centres de santé communautaires). Tous ces enjeux peuvent avoir une incidence sur la capacité organisationnelle.

Figure 77
Problèmes des organismes en matière de ressources humaines



En 2010-2011, les organismes ont relevé les enjeux et les tendances en matière de RH décrits ci-dessous. Afin d'améliorer les services et garder leurs employés, les organismes participent activement à la formation du personnel. Comme illustré à la figure 78, de plus en plus d'employés suivent des cours de formation pour les aider à travailler dans un milieu de travail de plus en plus souple, comme la promotion du travail d'équipe, la gestion du changement et l'informatique. (Nota : la formation sur la promotion du travail d'équipe a été principalement offerte dans deux CSC). La formation semble également porter principalement sur les questions de santé et de sécurité, sur les compétences dont le personnel a besoin pour répondre efficacement aux besoins complexes des clients (prévention des crises, toxicomanie, violence, hépatite C et santé mentale) et sur les soins adaptés aux différences culturelles (p. ex. diversité et anti-oppression).

Figure 78
Types de formation sélectionnés offerts au personnel



La figure 79 montre les dix matières de cours de formation selon la taille des organismes; les encadrés en couleur représentent les cinq premières matières en importance.

Figure 79
Dix principales matières des cours de formation selon la taille des organismes

01 à 05	06 à 10	10 à 15	15 à 20	GT 20
Promotion du travail d'équipe	Promotion du travail d'équipe	Promotion du travail d'équipe	Promotion du travail d'équipe	Prévention de crise/ Intervention d'urgence
Diversité et anti-oppression	Toxicomanie / Réduction des méfaits / Consommation d'alcool et d'autres drogues / OHSUTP	Deuil et perte	Prévention de crise/ Intervention d'urgence	Santé et sécurité
Violence (familles, femmes, enfants, etc.)	Santé et sécurité	Santé et sécurité	Toxicomanie / Réduction des méfaits / Consommation d'alcool et d'autres drogues / OHSUTP	Toxicomanie / Réduction des méfaits / Consommation d'alcool et d'autres drogues / OHSUTP
Santé et sécurité	Perfectionnement des compétences - OAN	Opening doors	Diversité et anti-oppression	Violence (familles, femmes, enfants, etc.)
Gestion du changement	Opening doors	Violence (familles, femmes, enfants, etc.)	Gestion du changement	Diversité et anti-oppression
Hépatite C	Formation sur des logiciels	Formation sur des logiciels	Santé et sécurité	Formation sur des logiciels
GLBTQ-Homophobie	Prévention de crise/ Intervention d'urgence	Diversité et anti-oppression	Divulgation	Santé mentale/ counselling
VIH/sida	Diversité et anti-oppression	Tests de VIH (y compris points de service)	Deuil et perte	Promotion du travail d'équipe
Prévention de crise/ Intervention d'urgence	VIH/sida	Hépatite C	Formation de l'OHSUTP	Compétence culturelle
Compétence culturelle	GLBTQ-Homophobie	Perfectionnement des compétences - OAN	VIH/sida	VIH/sida

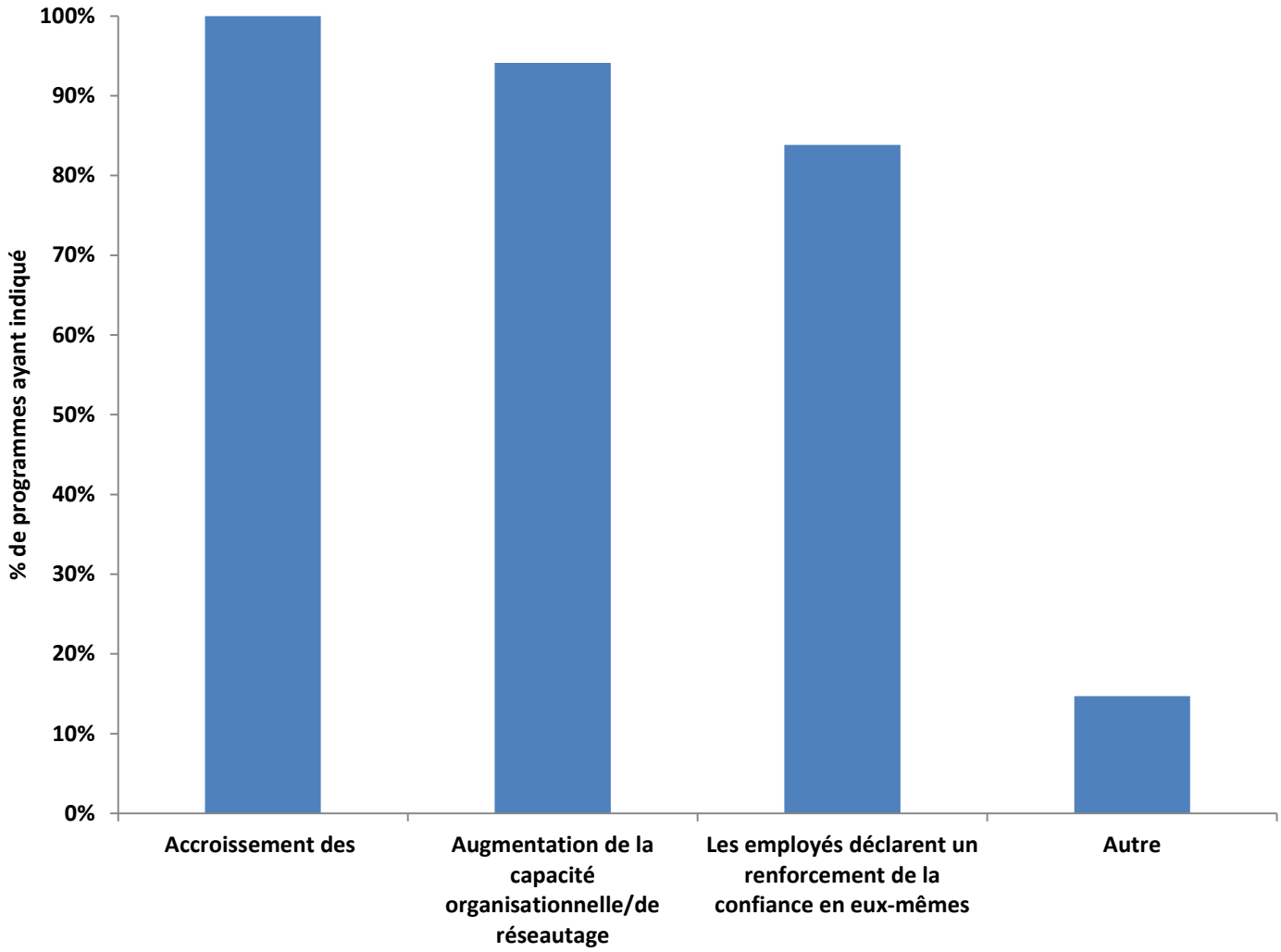
Selon les organismes, la formation du personnel permet d'accroître la capacité en améliorant les connaissances et les compétences des employés, en augmentant la capacité de l'organisme à fonctionner et en améliorant la confiance des employés dans leur capacité à faire du bon travail. Toutefois, la formation nécessite qu'on y affecte du temps et des ressources.

« L'organisme continue d'appliquer sa stratégie de perfectionnement du personnel dans les domaines des compétences culturelles, de la formation liée aux personnes transgenres, la sensibilisation au deuil et aux pertes, la prévention de crise et l'intervention d'urgence, le secourisme, etc. Parfois, la formation nécessite beaucoup de temps de la part du personnel et des gestionnaires et entraîne des coûts afin de garantir que les gestionnaires et le personnel de première ligne aient été adéquatement formés pour appuyer le processus. »

« Le personnel a suivi de la formation sur la résolution de conflits, les limites et les règles de conduite. Cette formation visait à aider les employés a) à apprendre à gérer les conflits maintenant qu'ils travaillent tous ensemble; b) à apprendre à mieux connaître les autres employés; c)à apprendre à travailler ensemble et à mieux collaborer. »

« Au cours des six derniers mois, il s'est produit des changements au sein du personnel qui ont nécessité la prestation de cours de perfectionnement et d'éducation. Grâce à la création d'une nouvelle équipe et à la participation accrue aux enjeux de l'organisme, le personnel se sent plus solidaire de l'organisme. Des initiatives d'éducation et de formation sont en cours afin de favoriser une culture d'apprentissage au sein de l'organisme. »

Figure 80
Contribution de la formation du personnel : 2010-2011

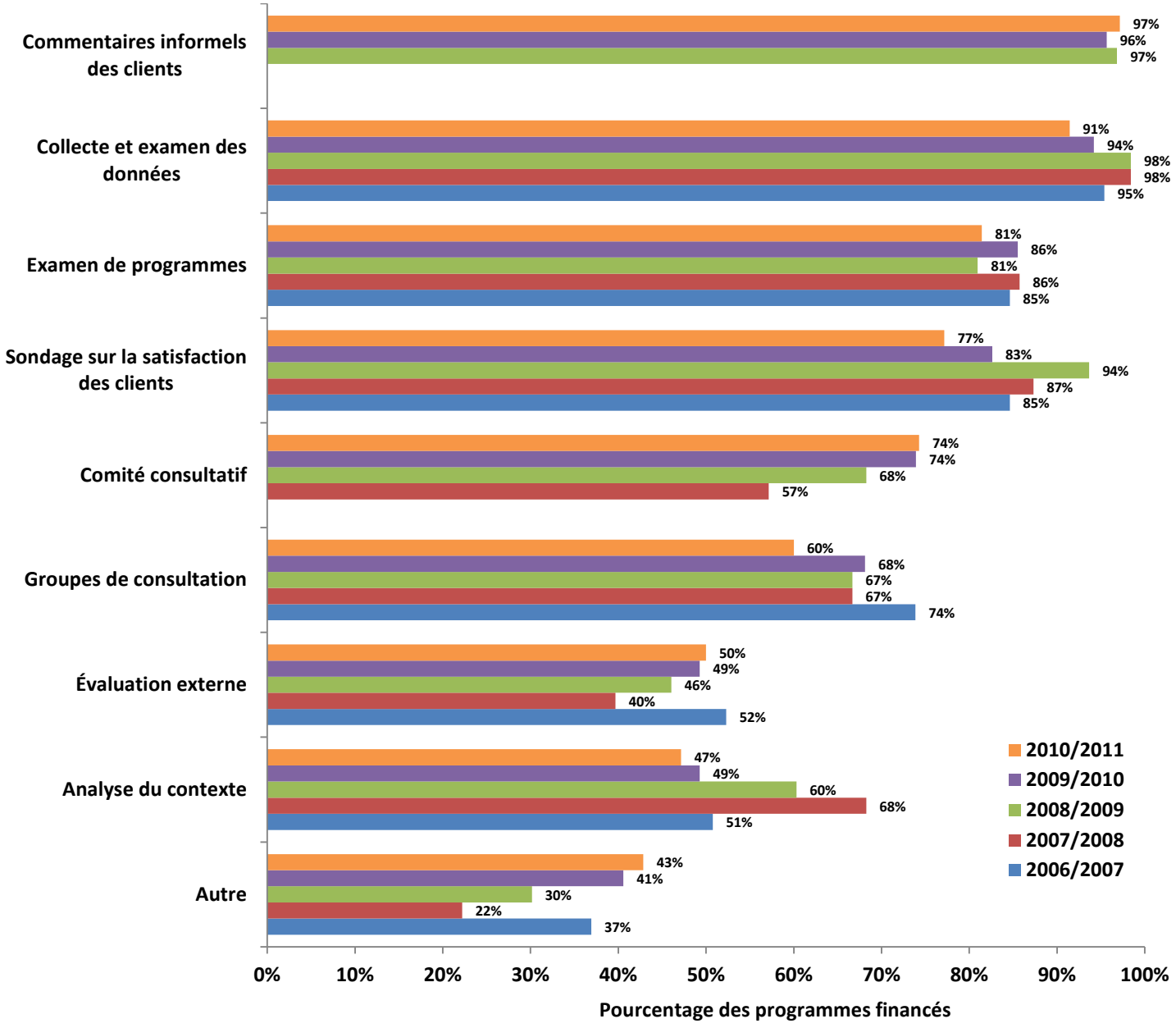


5.3.6 RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE

Pour veiller à ce que les organismes financés aient la capacité de fournir en permanence des programmes et des services de grande qualité, qui répondent aux besoins de la communauté, OCRSO fait le suivi des systèmes que ceux-ci ont mis en place pour assurer l'intégrité et la stabilité organisationnelle nécessaires pour appuyer la prestation des programmes. La proportion des organismes qui ont mis en œuvre des politiques appropriées a connu une croissance constante.

Il est intéressant de constater que le pourcentage d'organismes qui utilisent certains types de processus et d'outils de suivi (p. ex. sondage sur la satisfaction des clients, groupes de consultation, analyses du contexte) a diminué au cours de la dernière année, ce qui pourrait vouloir dire qu'ils se fient davantage aux commentaires informels des clients.

Figure 81
Processus et outils de suivi



ENJEUX RELATIFS À LA CAPACITÉ

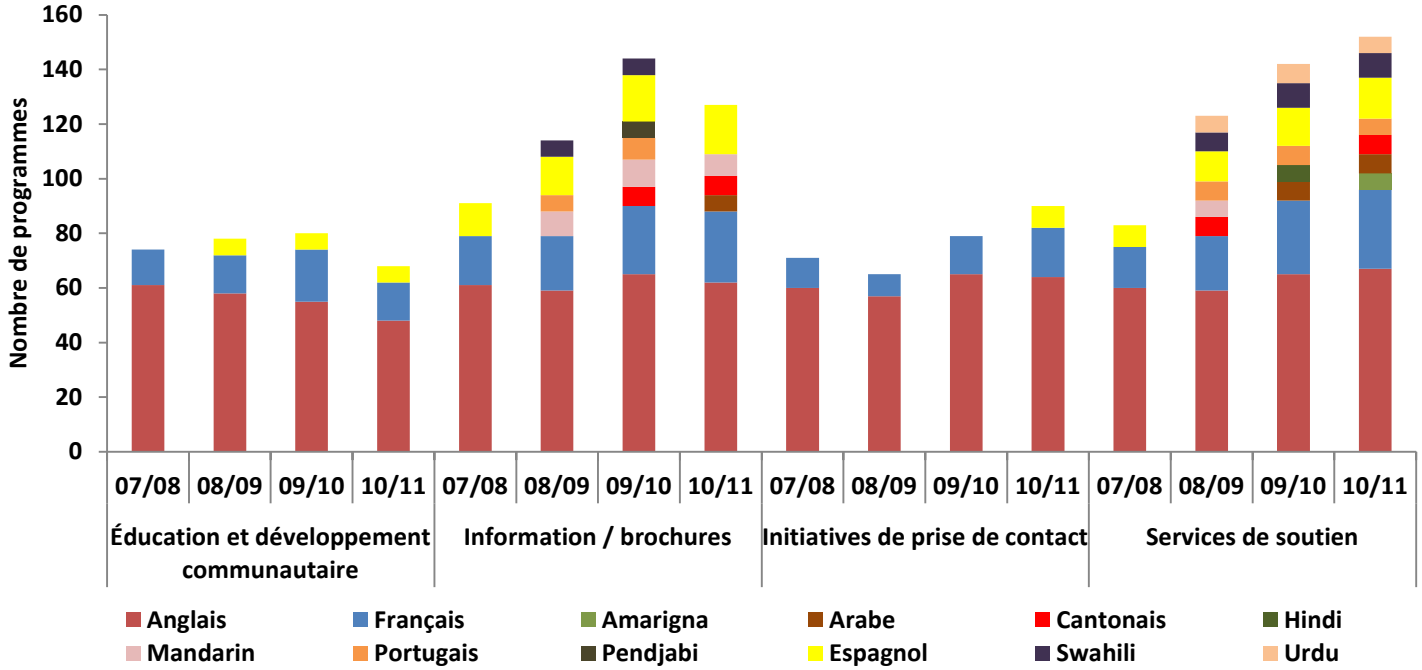
Les organismes ont mentionné plusieurs obstacles à leur capacité d'offrir des programmes et des services efficaces, notamment les suivants : la stigmatisation, le manque de fonds et d'autres ressources, les problèmes en RH, y compris les lacunes au niveau des compétences culturelles et l'augmentation des coûts.

LES PROGRAMMES PEUVENT ÉPROUVER DES DIFFICULTÉS À OFFRIR DES SOINS ADAPTÉS SUR LE PLAN CULTUREL

Pour être efficaces et atteindre leurs objectifs, les organismes communautaires liés au VIH doivent être capables d'offrir des services culturellement adaptés dans les domaines de la prévention, de l'éducation, des soins et du soutien, et cela à tous leurs clients, y compris des services adaptés aux personnes en fonction de leur race, de l'origine ethnique, de l'identité sexuelle, de l'identité de genre, de la consommation d'alcool et d'autres drogues et de leur vécu carcéral. C'est tout un défi que de répondre aux besoins de la grande variété des personnes atteintes du VIH ou présentant un risque de le contracter, notamment les gais et les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les consommateurs d'alcool et d'autres drogues, les personnes d'origine africaine et caribéenne et les personnes de race noire, les personnes venant de pays où le VIH est endémique (y compris les travailleurs migrants, les immigrants, les réfugiés et les sans papier), les Autochtones, les travailleurs du sexe, les prisonniers et les personnes transgenres. Le Bureau de lutte contre le sida fournit maintenant du soutien aux employés dont le rôle est de fournir des services d'éducation et de soutien aux organismes de la province et de les aider à accroître leur capacité à fournir des services adaptés aux différences culturelles.

En ce qui à trait à la langue, qui constitue seulement un aspect des services adaptés aux réalités culturelles, le PACS s'est engagé à appuyer les programmes communautaires liés au VIH dans les deux langues officielles et de financer certains projets visant à offrir des services exclusivement en français. Compte tenu de la diversité linguistique des citoyens de la province, un certain nombre d'organismes reçoivent également des fonds pour fournir des services dans d'autres langues dont l'espagnol, le portugais, l'urdu et le langage des signes (ASL). Outre ces programmes, la majorité des autres organismes fonctionnent en anglais, bien que certains puissent offrir des services dans d'autres langues (l'offre de tels services dépendant habituellement d'un ou de deux employés). En général, les organismes sont plus aptes à fournir de la documentation (brochures) et des services de soutien en plusieurs langues, tandis que les services d'éducation et de prise de contact continuent d'être fournis principalement en anglais.

Figure 82
Nombre de programmes fournissant des services selon la langue et la catégorie de services

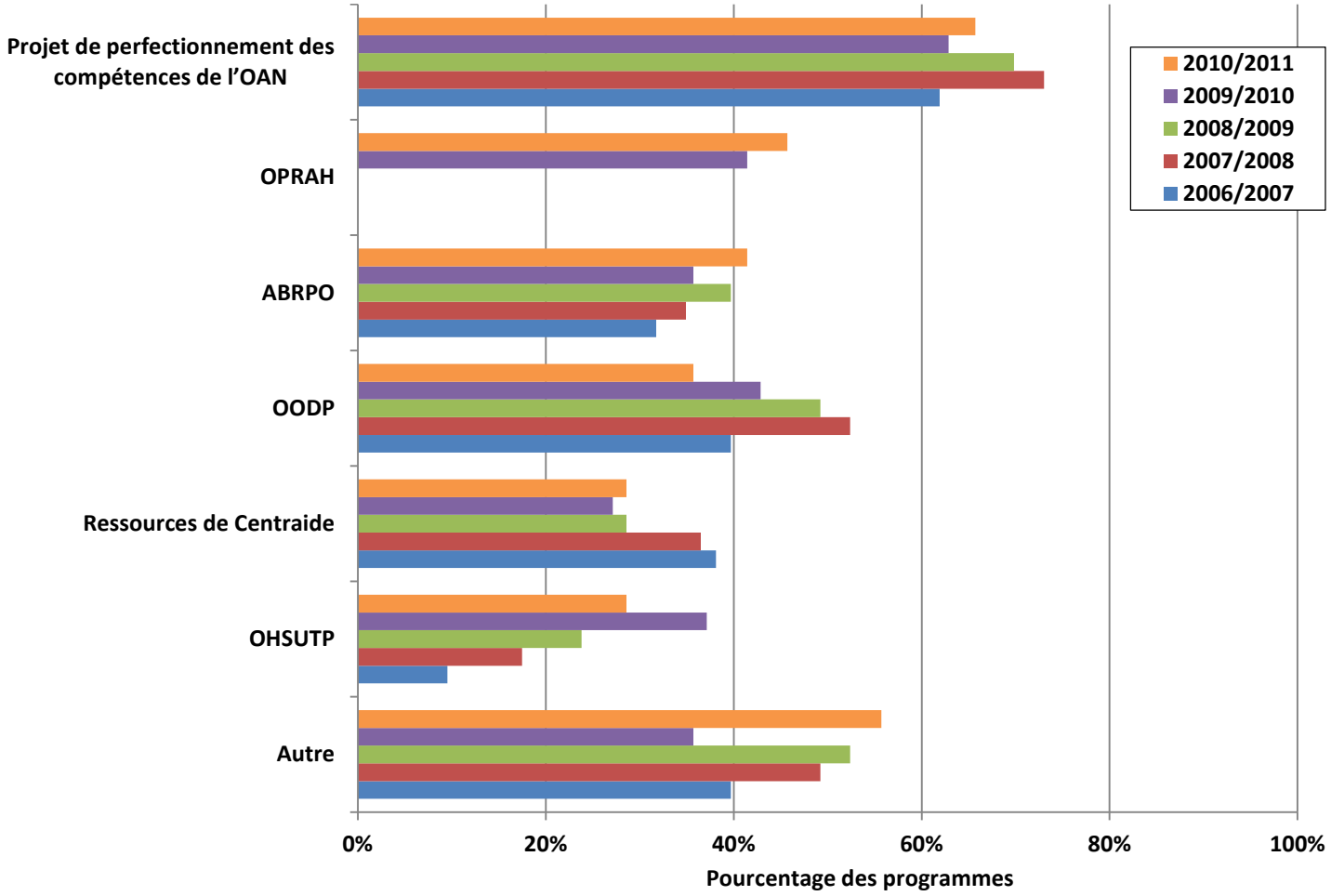


L'ACCENT EST MIS SUR LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES

La majorité des programmes communautaires financés par le Bureau de lutte contre le sida et le PACS sont offerts par de relativement petits organismes autonomes qui ne possèdent pas nécessairement les ressources ou l'infrastructure auxquels les grands organismes ont accès, comme les hôpitaux, les centres de santé publique ou les centres de santé communautaires. Pour accroître la capacité de ces organismes à fournir des programmes et des services de qualité, le Bureau de lutte contre le sida finance plusieurs programmes de ressources provinciales. Les organismes peuvent également bénéficier d'autres ressources de la communauté, comme celles qui sont fournies par Centraide.

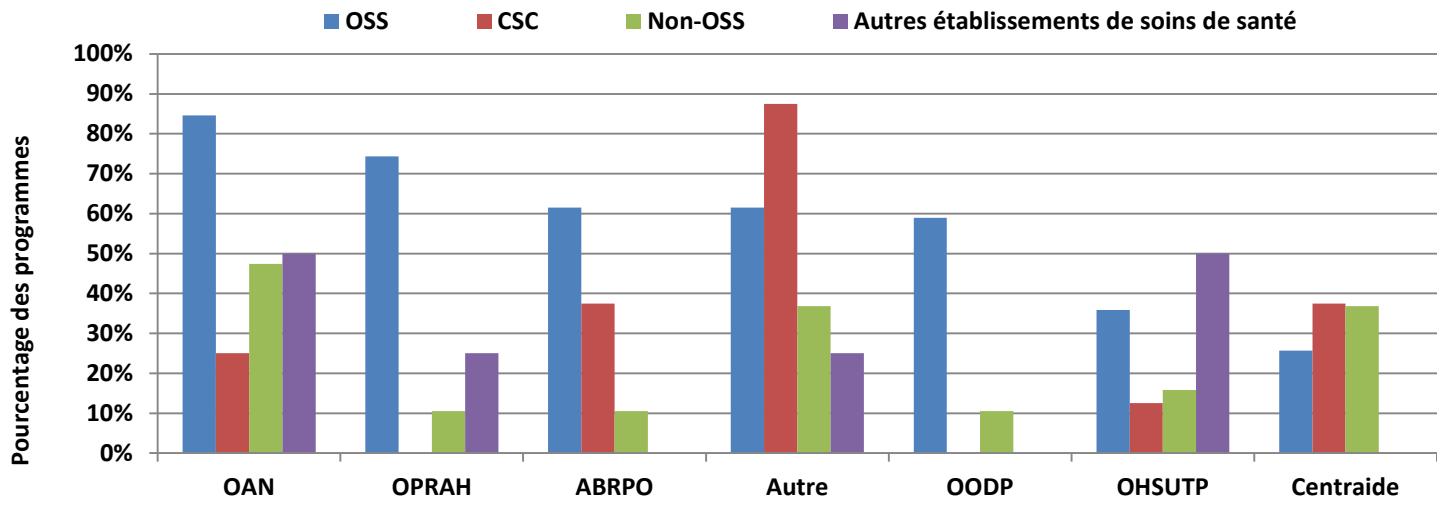
Ainsi qu'il est illustré à la figure 83, en 2010-2011, près de 70 % des organismes ont participé aux programmes de perfectionnement des compétences offerts par l'Ontario AIDS Network (OAN). En 2010-2011, les organismes ont dit avoir utilisé davantage les services OPRAH; il s'agit d'un programme qui fournit de l'aide pour résoudre les problèmes liés aux RH, et du projet sur le deuil et la résilience face au sida [AIDS Bereavement and Resiliency Project of Ontario (ABRPO)], qui a mis en œuvre un nouveau programme de formation conçu pour favoriser la résilience dans les organismes communautaires liés au VIH. Environ 60 % des organismes ont eu recours à des ressources organisationnelles « autres », en particulier des experts-conseils externes, sur des sujets comme la planification stratégique, les examens organisationnels, les examens des programmes, les examens de la formation des RH, les politiques et les procédures, l'image de marque et le secourisme/RCR. Dans la catégorie « Autre », plusieurs organismes ont mentionné avoir utilisé les soutiens fournis par l'organisme HALCO et le ROTV.

Figure 83
Pourcentage des programmes utilisant des soutiens organisationnels



Comme on peut s'y attendre, les OSS se tournent davantage vers les services des ressources financées par le Ministère, tandis que les CSC et les autres organismes (non-OSS) sont plus portés à utiliser les ressources de Centraide et d'autres sources.

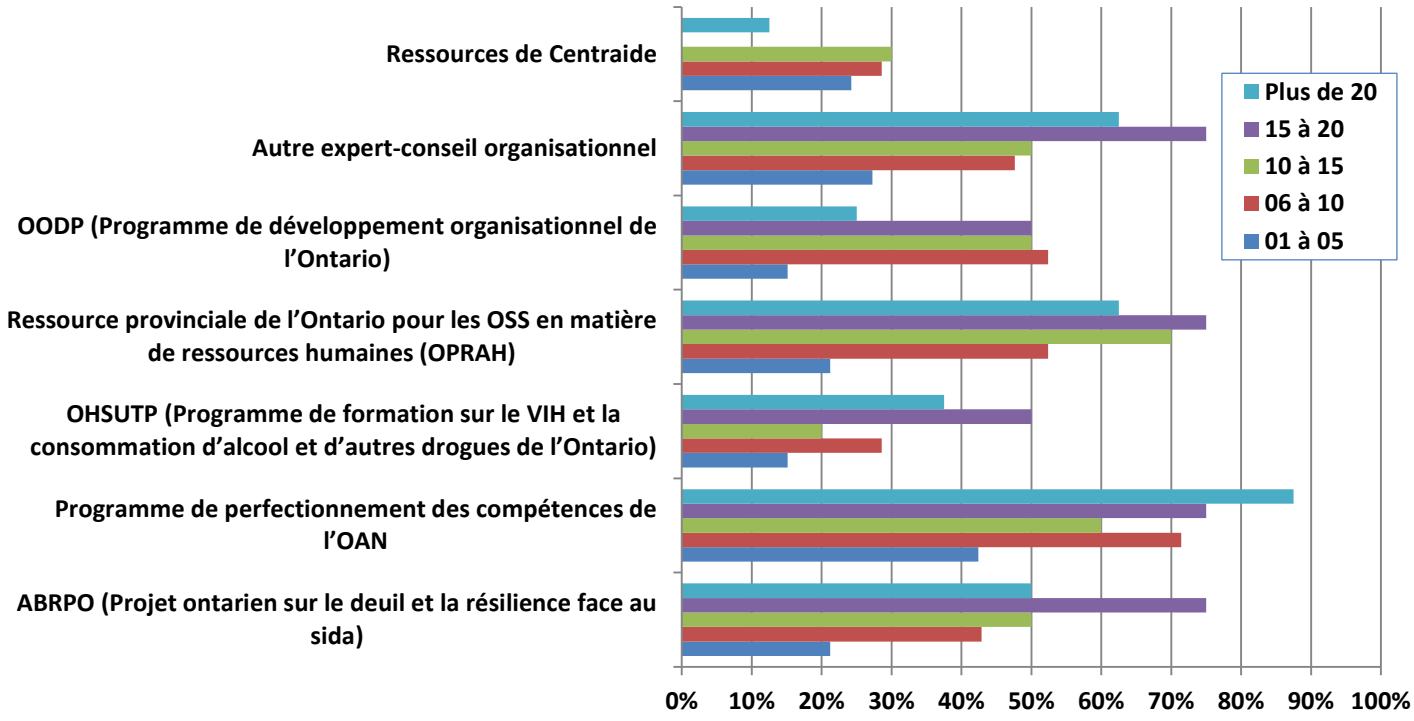
Figure 84
Pourcentage de programmes utilisant les soutiens organisationnels par type d'organisme : 2010-2011



LA TAILLE A UNE INCIDENCE SUR LA CAPACITÉ

Comme le montre la figure 85, une grande partie des organismes de taille moyenne ont recours aux services d'experts-conseils organisationnels, de l'OODP, de l'OPRAH et de l'ABRPO; tandis qu'un faible pourcentage de petits organismes (<30 %) a utilisé l'un de ces programmes de soutien organisationnel. Les petits OSS et les organismes non-OSS n'ont peut-être pas suffisamment de personnel pour participer à ces programmes; cependant, en raison de leur taille, ce sont ceux qui pourraient le plus tirer profit des soutiens qu'offrent ces programmes.

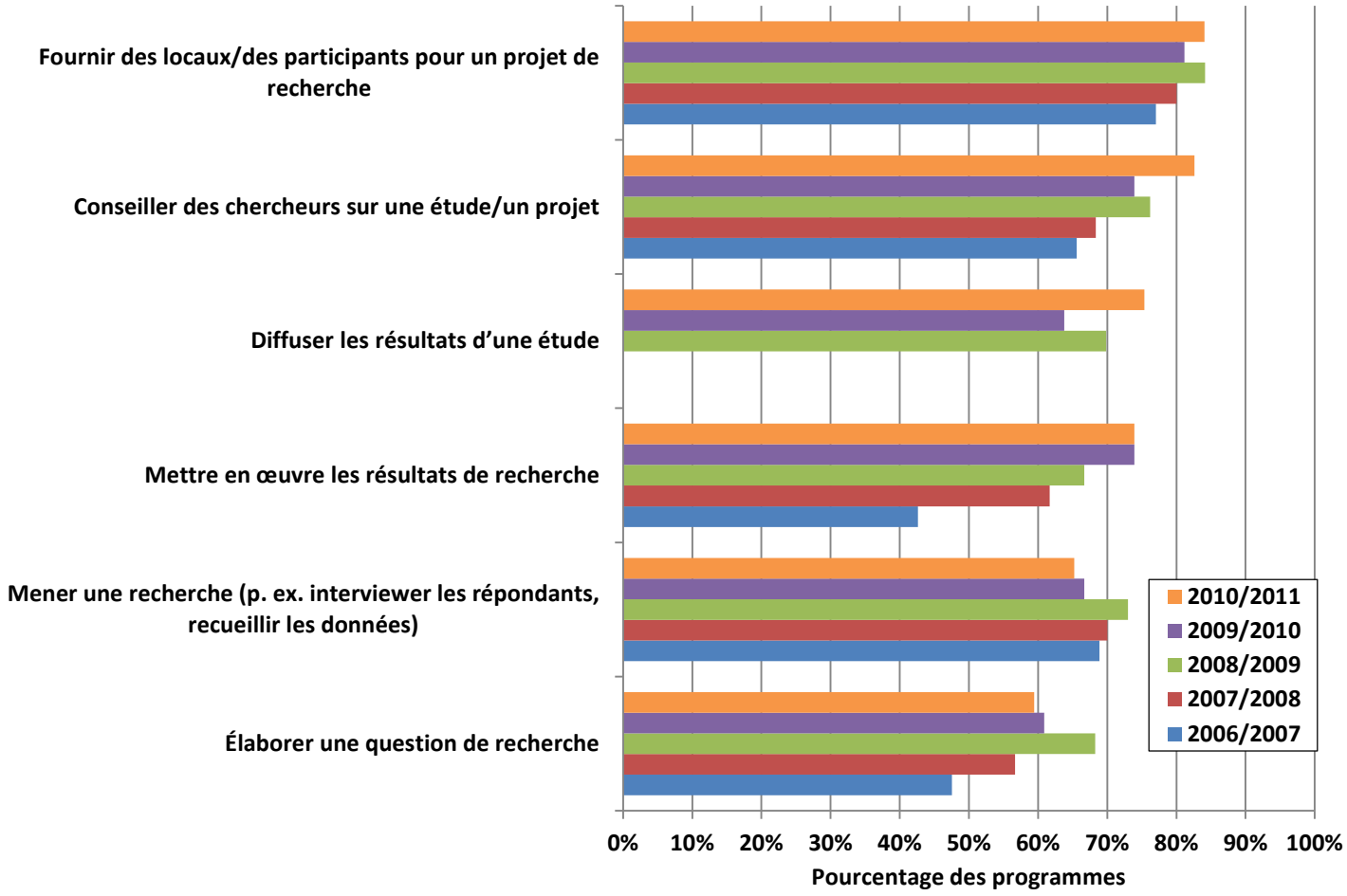
Figure 85
Pourcentage de programmes utilisant des soutiens organisationnels selon la taille de l'organisme : 2010-2011



PRESTATION DE CONSEILS ET PARTICIPATION À LA RECHERCHE

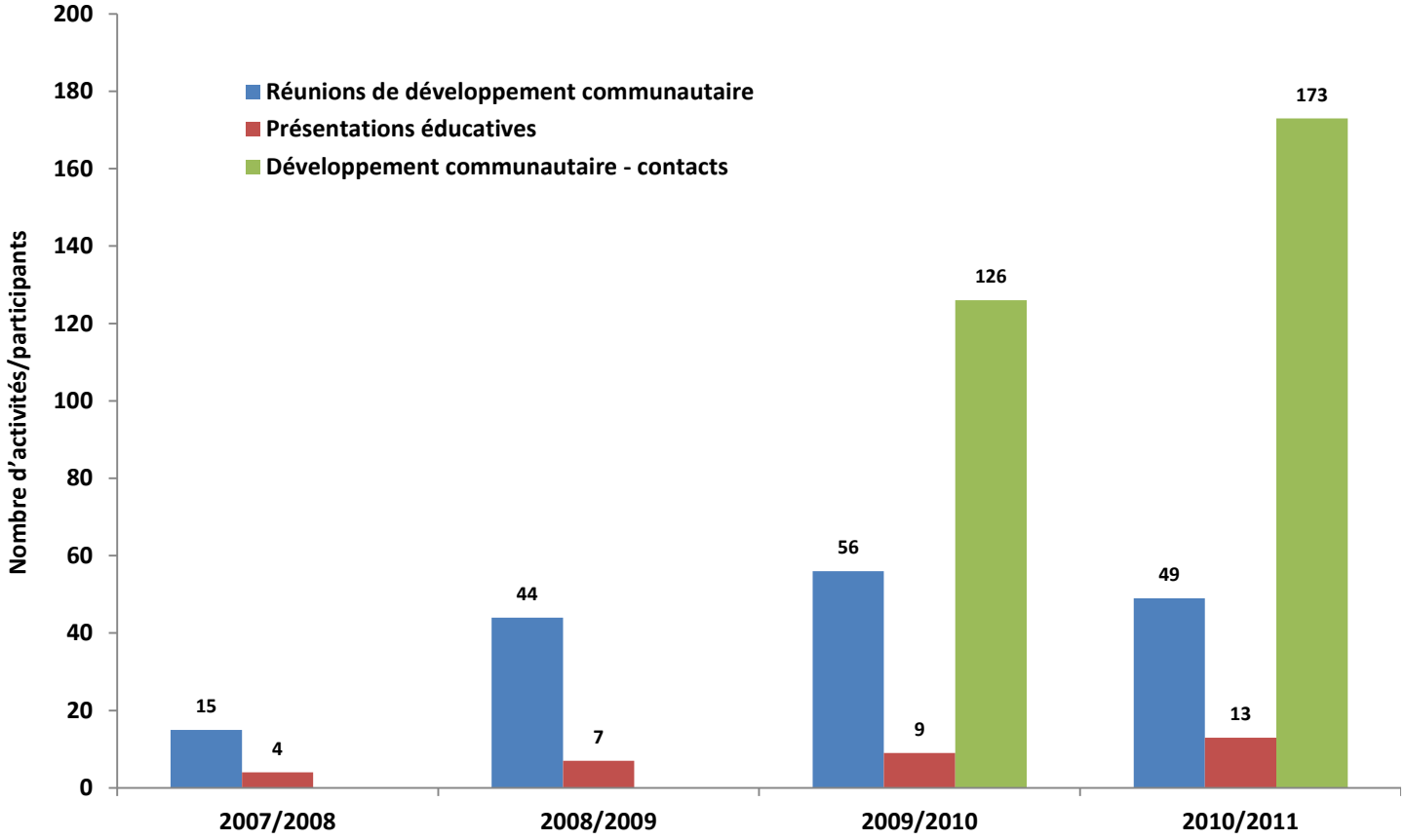
Près de 90 % des organismes participent à la recherche d'une manière ou d'une autre, notamment en conseillant les chercheurs, en fournissant des locaux ou des participants pour réaliser la recherche, en diffusant les résultats et en mettant en œuvre les résultats. Le niveau d'intérêt et de participation à la recherche est encourageant, car il démontre l'engagement des organismes envers les pratiques fondées sur des données probantes. Il est également réconfortant de constater que la participation à la majeure partie des aspects de la recherche communautaire semble augmenter avec le temps. Cette tendance peut signifier que la capacité organisationnelle permettant de participer à la recherche ou de l'appuyer s'est renforcée. Elle peut aussi vouloir dire que les chercheurs sont plus aptes à faire participer les organismes communautaires à leurs projets de recherche.

Figure 86
Pourcentage de programmes participant à la recherche dans la communauté



En 2010-2011, les organismes qui offraient des programmes de prise de contact avec les utilisateurs de drogues injectables, particulièrement les CSC et les grands programmes d'échange de seringues, ont indiqué avoir eu plus de contacts avec des chercheurs et les universités. Cette tendance s'explique probablement par l'accroissement de l'intérêt dans la réduction des méfaits et les lieux de consommation sécuritaires ainsi que dans la recherche et les données en vue d'éclairer les débats politiques courants sur la santé et la valeur sociale de ces services.

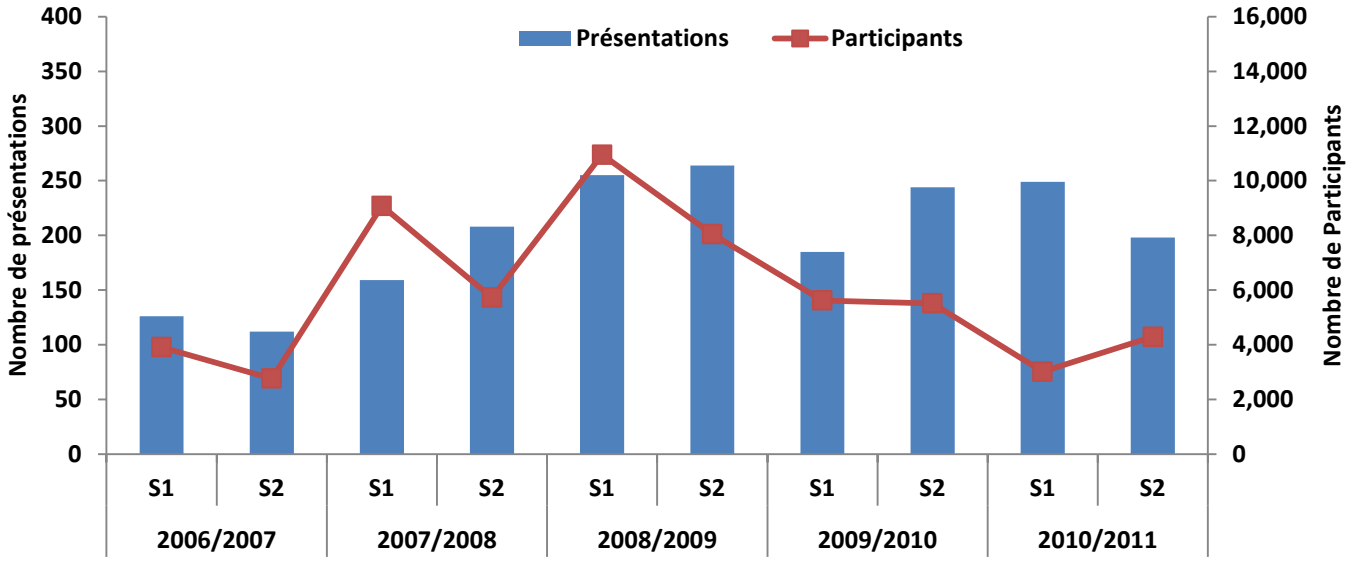
Figure 87
Nombre de présentations éducatives / réunions / contacts – Autre, c.-à-d. recherche et étude



5.3.7 SUIVI DES RESSOURCES PROVINCIALES

En 2010-2011, OCRSO a entamé des discussions sur la collecte de données distinctes par les programmes de ressources provinciaux afin de donner une meilleure idée de leurs activités visant à renforcer la capacité des programmes communautaires. Les organismes ont indiqué avoir fait plus de présentations en 2010-2011 qu'en 2009-2010, mais avoir attiré moins de participants.

Figure 88
Présentations éducatives des programmes de ressources provinciales et nombre de participants



Nous commençons également à recueillir des données sur le nombre de ressources qui ont été élaborées en vue d'aider les programmes financés dans le domaine du développement organisationnel. Un nombre considérable de ressources ont été élaborées au cours des cinq dernières années, tant pour la planification que la formation. Le défi consiste à veiller à ce que ces ressources soient diffusées à grande échelle et qu'elles soient utilisées. Voici des exemples de ressources qui ont été produites :

- Guide du CACVO sur le renforcement des capacités pour l'intervention auprès des Canadiens d'origine africaines et caribéennes et de race noires
- Rapport complet et rapport sur les enjeux du Sommet ontarien des hommes gais noirs
- Prestation des services liés au VIH/sida et soutien des populations africaines, caribéennes et noires : Outil d'évaluation de la capacité
- Criminals and Victims? The Impact of the Criminalization of HIV Non-Disclosure on African, Caribbean and Black Communities in Ontario (Criminels et victimes? L'impact de la racialisation de la criminalisation de la non-divulgation du VIH sur les communautés africaines, caribéennes et noires de l'Ontario)
- Guide sur l'entraide (TTOA); élaboration du module de formation TTOA pour les intervenants; élaboration d'un nouveau programme de retraite Survive to Thrive (Survivre et s'épanouir) utilisant des PVAS comme pairs facilitateurs; la brochure « Multiple Loss Journey » (une vie marquée de pertes multiples) a été diffusée en espagnol
- Positive Change Makers (Agents de changements positifs) (élaboré par le Positive Leadership Development Institute), un sondage du service de rémunération et des avantages sociaux mené auprès des organismes syndiqués pour connaître les tendances dans le secteur des services liés au VIH
- Atelier GIPA; l'atelier sur le changement et l'atelier sur les limites ont été remaniés pour tenir compte des nouveaux OSS.

5.4. AMÉLIORER LA COORDINATION ET LA COLLABORATION

L'efficacité des organismes communautaires liés au VIH dépend de leur capacité de coordination et de collaboration avec d'autres services offerts dans la communauté afin d'améliorer l'éducation, les soins et le soutien des personnes atteintes du VIH ou présentant un risque de le contracter. Une coordination efficace et l'établissement de partenariats peuvent aider les organismes à apprendre des expériences des uns des autres, à aiguiller les clients vers des ressources appropriées, à appuyer le développement communautaire et les réponses intersectorielles au VIH et à fournir un réseau de programmes complets en réduisant les lacunes et le chevauchement des services.

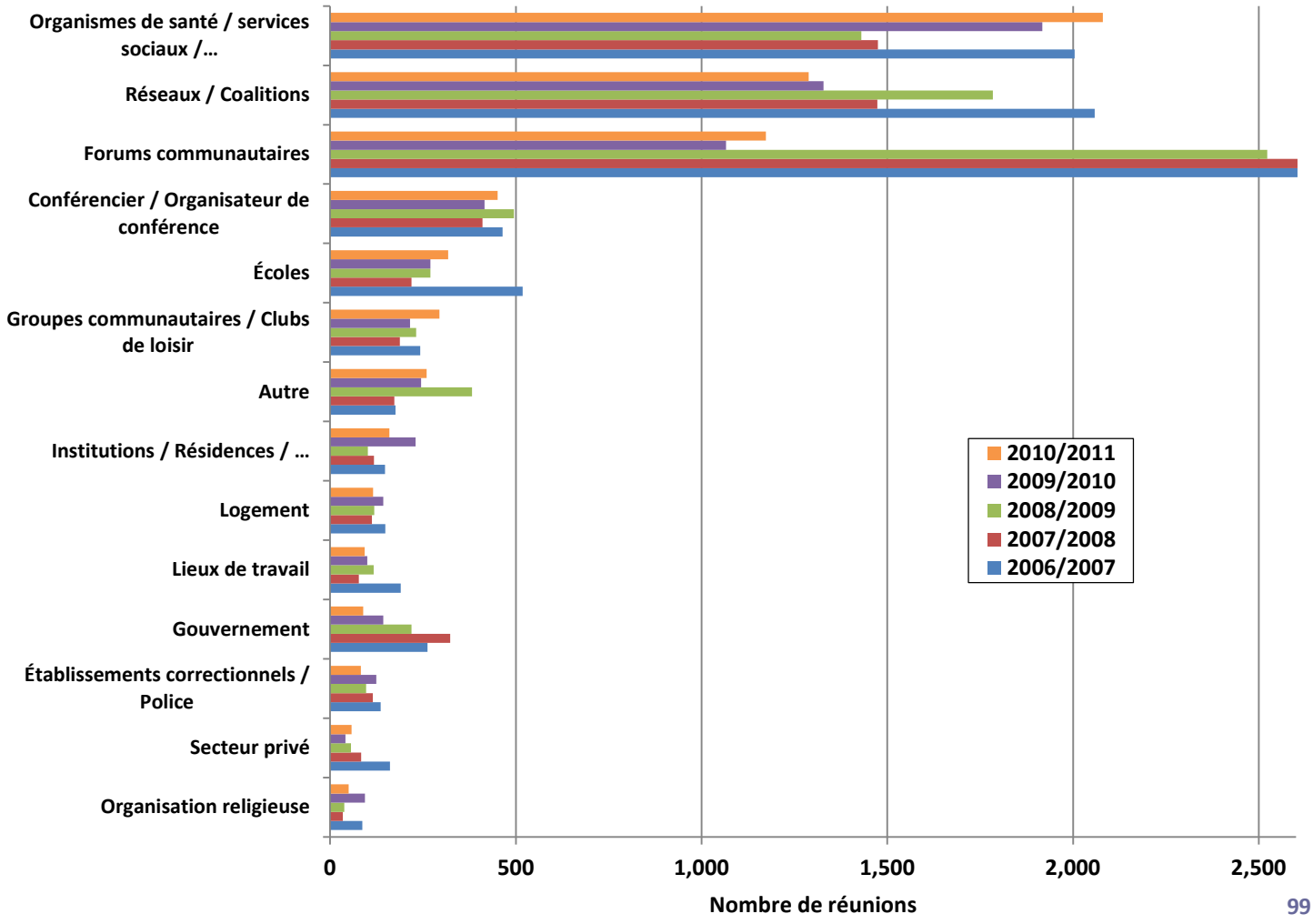
5.4.1 DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

OCRSO suit les activités de développement communautaire réalisées dans les programmes d'éducation/prise de contact, les programmes de prise de contact destinés aux UDI (y compris le développement communautaire par les pairs) et les organismes de ressources provinciaux.

DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE EN GÉNÉRAL

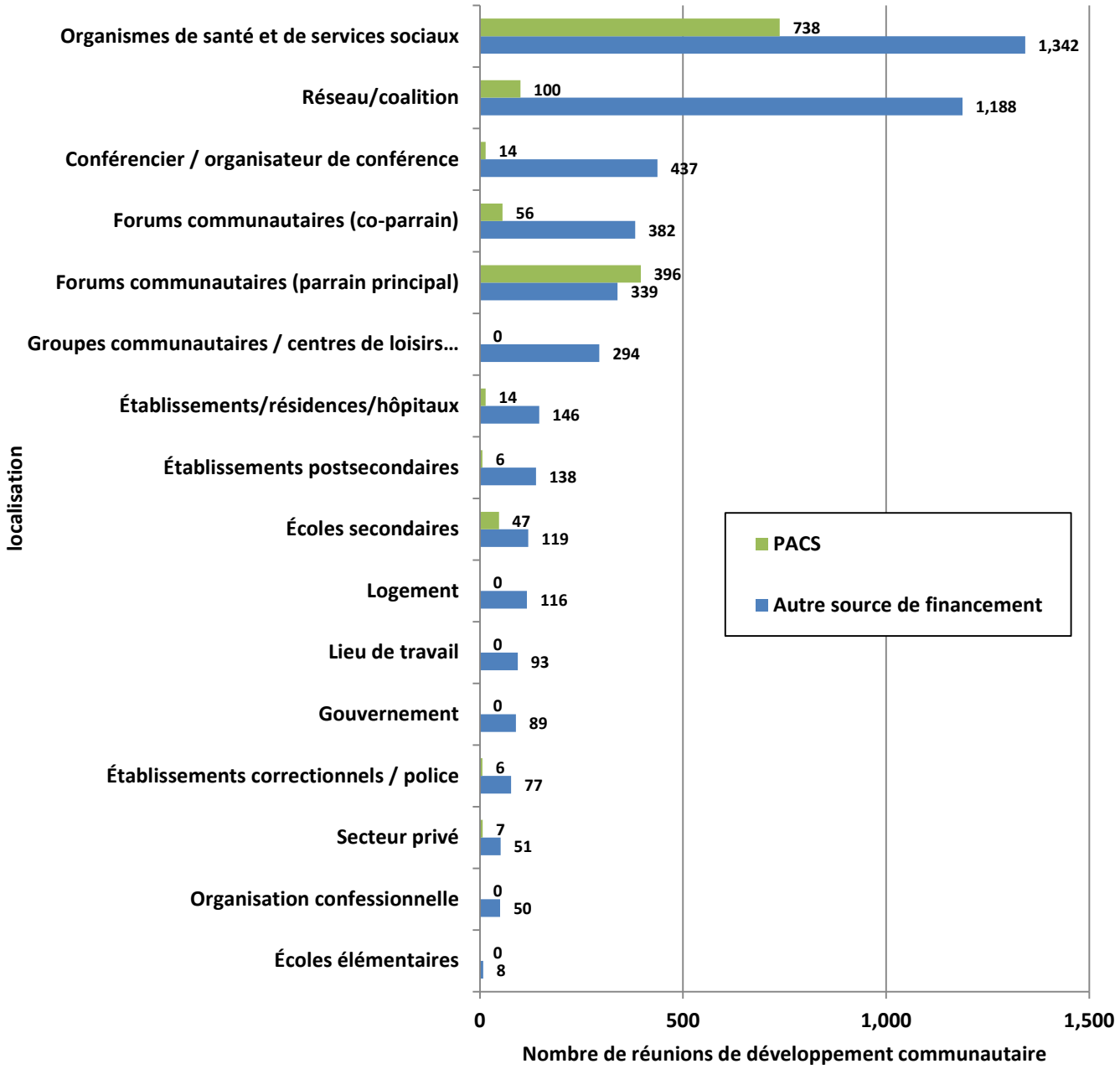
En 2010-11, seulement 66 des 88 programmes financés ont dit avoir organisé des activités de développement communautaire; ces 66 programmes ont tenu un total de 6 253 réunions. La majorité a été organisée en collaboration avec d'autres organismes de santé et de services sociaux et réseaux/coalitions. Une proportion beaucoup plus petite a été tenue dans les écoles, dans les groupes communautaires, dans les hôpitaux, chez les employeurs ou les services policiers. (Nota : le nombre élevé de forums communautaires signalés en 2006-2007 et 2007-2008 est attribuable à une erreur dans les données.)

Figure 89
Community Development - Meetings



Si l'on compare le nombre de réunions de développement communautaire organisées par les organismes financés par le PACS avec celui des organismes financés par d'autres sources, le PACS a financé une grande partie des réunions de développement communautaires des organismes de santé et de services sociaux ainsi que plus de la moitié des forums communautaires. D'autre part, les fonds du PACS n'ont pas servi à organiser les réunions avec les groupes communautaires, les fournisseurs de logement, les employeurs (lieux de travail), le gouvernement ou les organisations confessionnelles.

Figure 90
Présentations éducatives par source de financement : 2010



Les activités générales de développement communautaire comprennent les réunions de comités consultatifs, la planification de réunions dans le cadre d'événements plus importants comme des conférences sur la réduction des méfaits et les séances Opening Doors, les réunions avec des dirigeants communautaires dont des chefs spirituels de différentes communautés ethnoculturelles et racialisées ainsi que la participation à des actions communautaires sur la pauvreté et le logement. Les organismes ont dit que ces réunions ont été utiles parce qu'elles ont permis de fournir des conseils sur les activités d'éducation et entraînent souvent l'organisation d'autres activités dans la communauté. Par exemple :

> *« [L'objectif d'une réunion du comité consultatif avec les bénévoles et les autres intervenants… [était d'obtenir] des commentaires pour l'élaboration d'une brochure sur le VIH/sida et la consommation d'alcool et d'autres drogues. La majorité des participants ont reconnu que la consommation d'alcool est très répandue dans notre communauté et qu'elle est responsable de comportements indésirables, comme des rapports sexuels non protégés, de la faible estime de soi, d'actes criminels et de suicides. Ils ont également mentionné qu'il faut concentrer les efforts pour lutter contre l'usage d'une feuille stimulante appelée communément khat dans la communauté. Ils ajoutent que la consommation excessive d'alcool et d'autres drogues est attribuable à différents facteurs dont le stress dû à l'isolement. La majorité des participants ont suggéré d'utiliser un format et un langage simple dans la brochure et d'inclure des dessins humoristiques et des statistiques... »*
>
> *« Le but de la réunion était de recueillir les commentaires nécessaires pour la réalisation des activités de sensibilisation au VIH/sida planifiées pendant la période. En conséquence, les participants aux discussions ont fourni des conseils sur le contenu, la nature et les méthodes concernant ces activités. Ils ont suggéré des lieux pertinents pour la prise de contact aux… membres de la communauté. Ces lieux de prise de contact nous ont vraiment permis d'établir des liens avec divers partenaires de la communauté, dont les institutions confessionnelles. »*
>
> *« [À la suite de nos réunions,] les chefs [spirituels] de Toronto ont transmis leurs messages à leur congrégation respective… Les chefs spirituels ont exhorté leurs fidèles à cesser la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/sida. »*

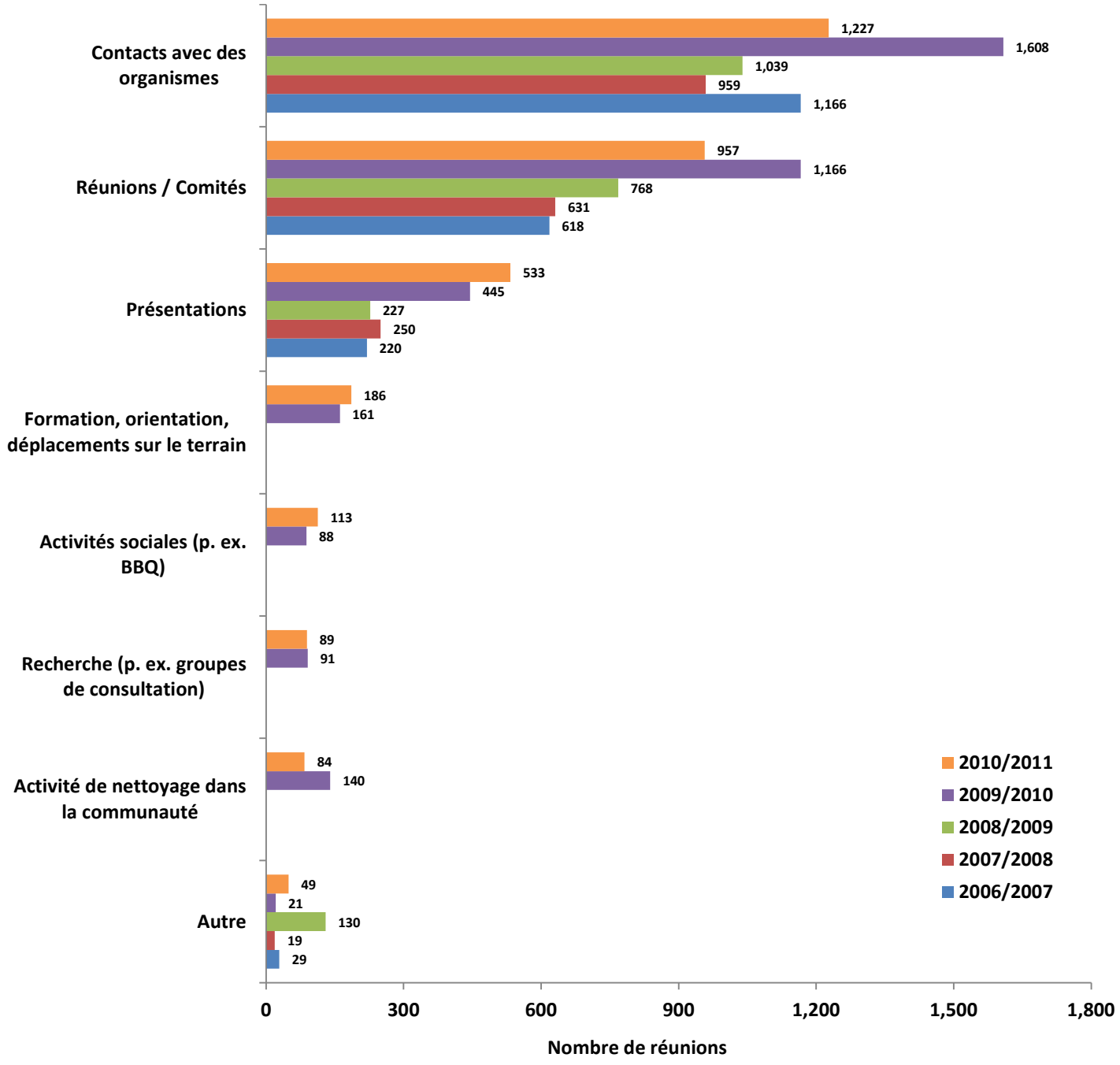
Les activités de développement communautaires ont également facilité l'élaboration des services intégrés dont les clients ont besoin.

> *« [Nous] participons au développement communautaire pour régler les conflits entre la communauté et les travailleurs du sexe. Les services policiers, les procureurs de la Couronne, les partenaires et les travailleurs du sexe ont assisté à ces réunions. »*
>
> *« [L'] université a établi un partenariat avec [notre organisme] depuis des années; nos clients visitent le … campus afin de permettre aux étudiants de première année en médecine de pratiquer leurs techniques d'entrevue. Cette année, [l'université] nous a demandé de faire participer davantage de PVAS à cette activité, qui a été un succès. Nous avons constaté que les professionnels de la santé de notre région n'avaient pas beaucoup de connaissances sur le VIH, particulièrement dans le domaine du counselling et des tests (par exemple, des personnes ont reçu un appel au travail pour les informer des résultats de leur test de VIH, sans se voir offrir du counselling ou un suivi). »*
>
> *« Durant la période de référence, la demande de service d'éducation, d'information et de développement communautaire de la part des travailleurs migrants a augmenté, car cette population a peu ou pas accès aux services et à l'information et présente un risque plus élevé de contracter le VIH et d'autres ITS. »*
>
> *« Les groupes culturels comprenant des groupes et des réseaux bengalais, philippins, tamouls sont très avides de connaissances et apportent également des informations culturelles. »*

DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE PAR LES SERVICES DE PRISE DE CONTACT AVEC LES UDI

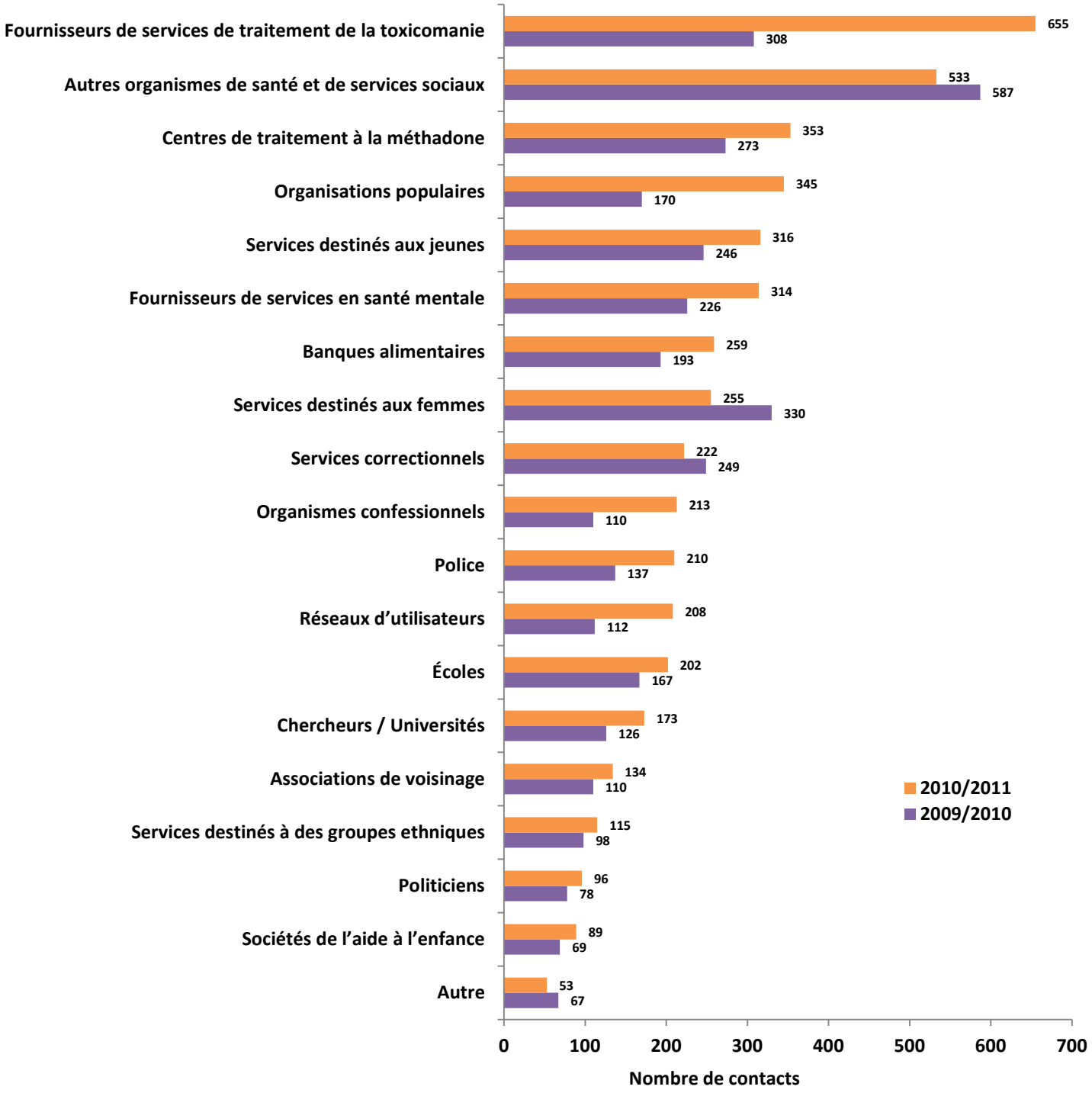
On s'attend à ce que les services provinciaux de prise de contact avec les UDI mènent des activités de développement communautaire ayant pour but de créer des communautés plus habilitantes pour les personnes qui consomment de l'alcool et d'autres drogues. En 2010-2011, les 38 programmes qui ont inscrit des activités de développement communautaire liées à la prise de contact avec les UDI et la réduction des méfaits se sont principalement associés avec d'autres organismes et comités pour donner des présentations dans la communauté ou ont donné de la formation ou de l'orientation sur le terrain aux personnes qui voulaient améliorer leurs connaissances sur la réduction des méfaits.

Figure 91
Activités de développement communautaire



En ce qui concerne les contacts lors d'activités de développement communautaire, les programmes de prise de contact avec les UDI ont signalé 4 712 contacts en 2010-2011, principalement avec des fournisseurs de services de traitement de la toxicomanie, d'autres organismes de santé et des services sociaux, des centres de traitement à la méthadone et des organisations populaires.

Figure 92
Nombre total de contacts lors d'activités de développement communautaire

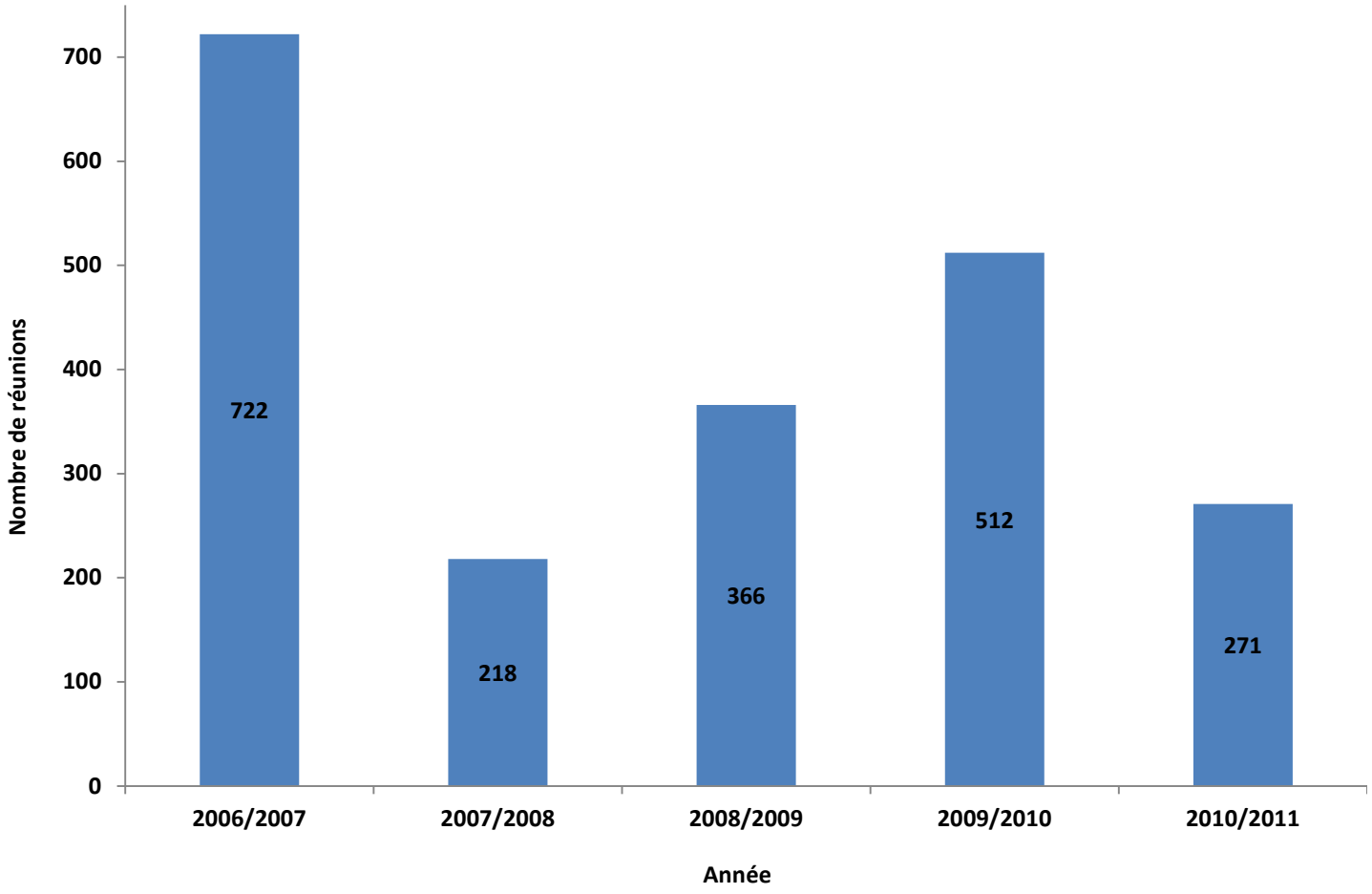


Le doublement du nombre de contacts avec les fournisseurs de services de traitement de la toxicomanie n'est pas attribuable à un seul organisme; l'augmentation s'est produite dans l'ensemble des organismes et pourrait être due aux activités de consultation et à la collaboration menées dans le cadre de l'élaboration de la stratégie provinciale sur la santé mentale ainsi qu'à la nécessité d'établir des liens avec ces organismes pour améliorer l'accès aux services pour les consommateurs d'alcool et d'autres drogues. Cette augmentation pourrait également être attribuable au nombre accru d'organismes qui ont commencé à déclarer leurs activités relatives à la consommation d'alcool et d'autres drogues à la section 13 d'OCRSO.

DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE PAR LES ORGANISMES DE RESSOURCES PROVINCIAUX

Les organismes de ressources provinciaux – quatre en particulier – ont déclaré avoir tenu moins de réunions de développement communautaire en 2010-2011. Cela peut être attribuable aux modifications apportées aux questions d'OCRSO pour les ressources provinciales, car les activités que les organismes inscrivaient sous le développement communautaire peuvent maintenant être déclarées avec plus d'exactitude sous d'autres rubriques.

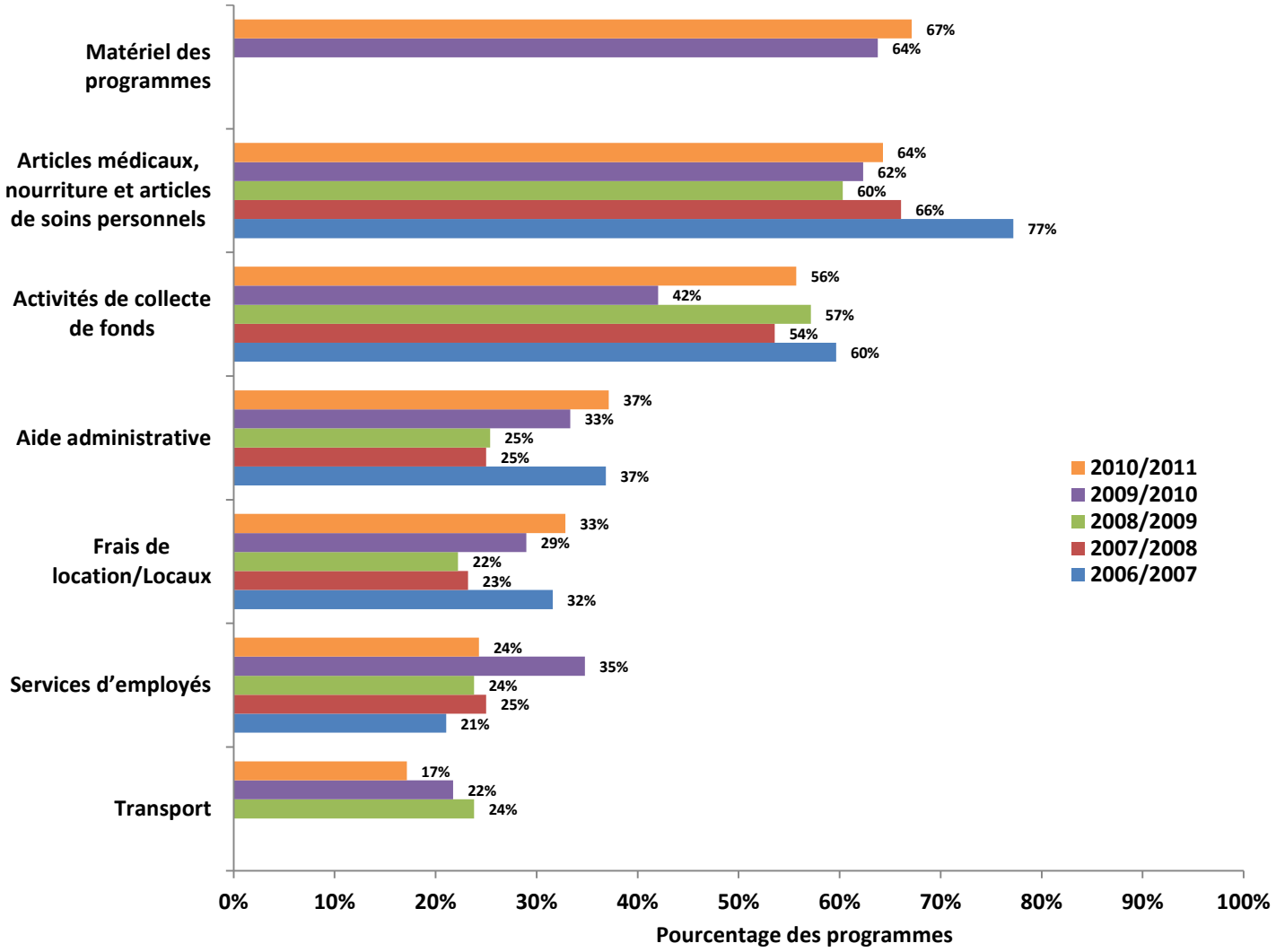
Figure 93
Réunions de développement communautaire : Programmes des organismes de ressources provinciaux



5.4.2 PARTENARIATS DE PRESTATION DE SERVICES

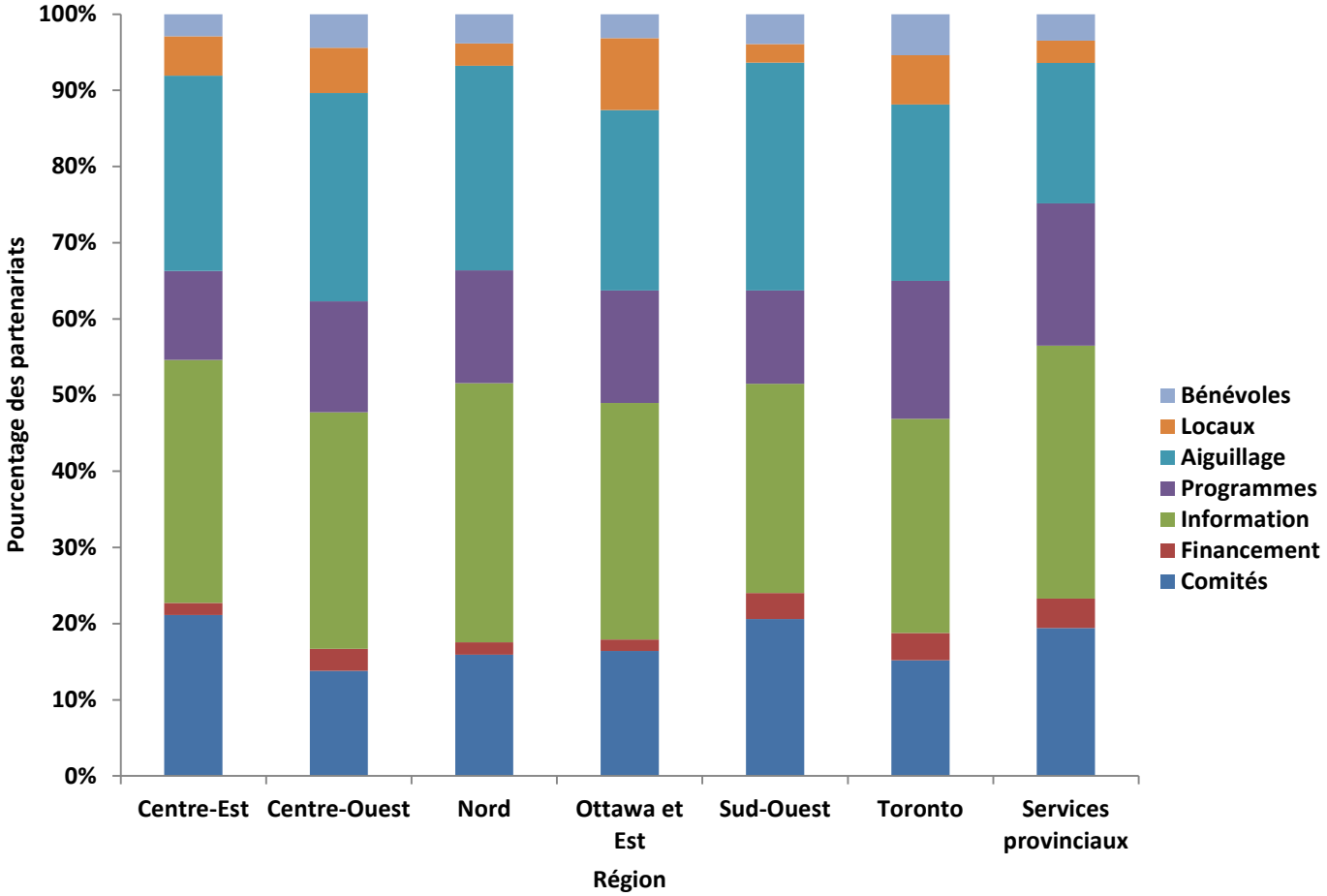
Les collaborations entre les organismes communautaires liés au VIH et d'autres organismes visent à appuyer les partenariats qui améliorent la prévention, les soins et le soutien destinés aux personnes atteintes du VIH ou présentant un risque de le contracter. Pour mesurer l'étendue de la collaboration entre les organismes, OCRSO demande de l'information sur les contributions en nature et le partage des ressources. Comme il est illustré à la figure 94, un plus grand pourcentage d'organismes ont indiqué avoir reçu du matériel des programmes et d'autres articles de leurs partenaires en 2010-2011, et un plus grand nombre ont dit avoir partagé des ressources et des locaux. Toutefois, moins d'organismes ont déclaré avoir partagé du personnel.

Figure 94
Pourcentage de programmes qui ont déclaré avoir reçu des contributions en nature



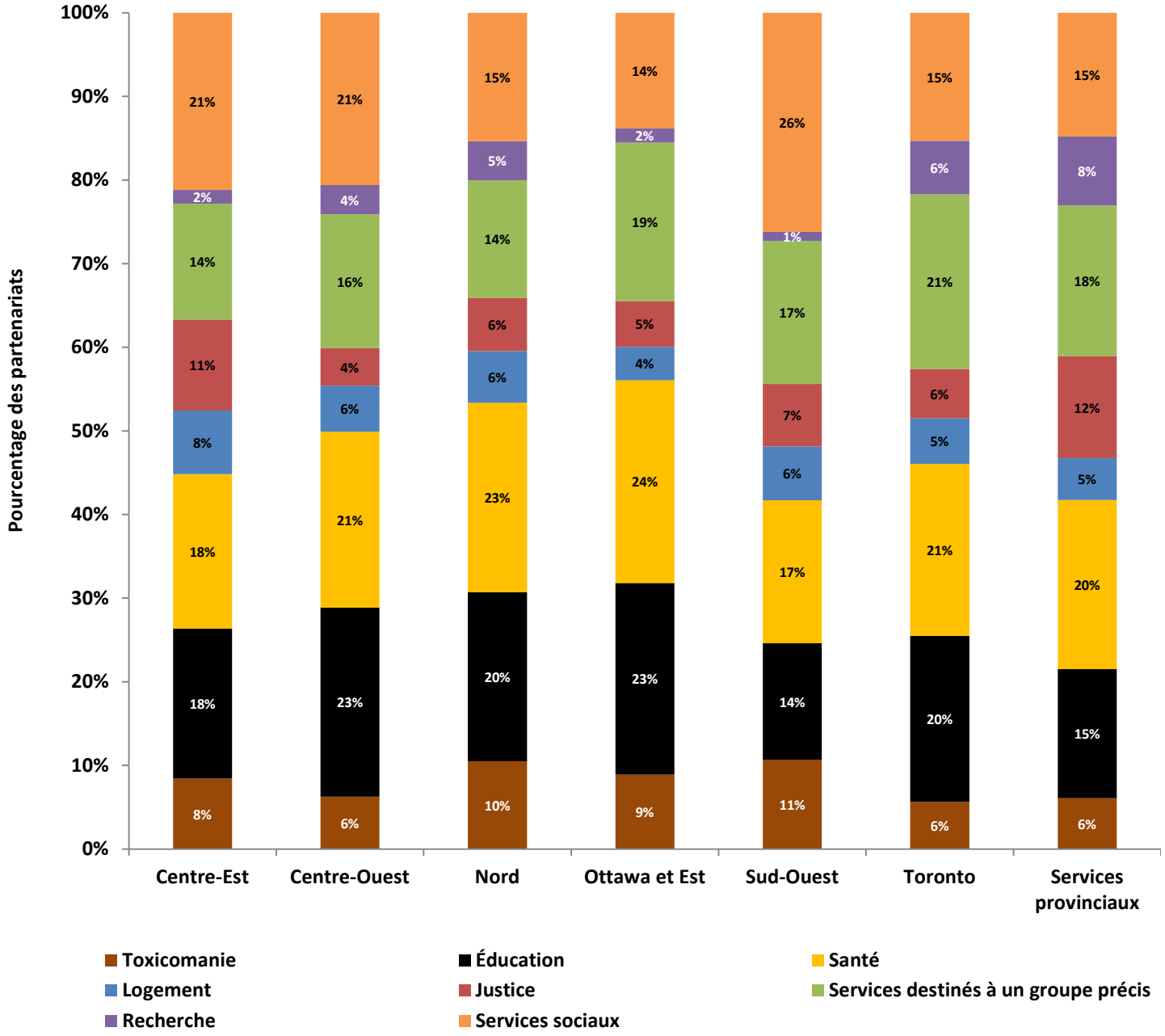
Il est intéressant d'observer que plus l'organisme est grand, plus grande est la possibilité qu'il partage des ressources. Cela peut être lié la capacité : un grand organisme peut être mieux placé pour partager son personnel ou des postes. Les petits organismes se trouvent probablement dans de petites communautés, où il n'y a pas beaucoup d'organismes avec qui ils peuvent établir des partenariats. Au niveau régional, les organismes sont plus portés à partager des locaux dans les régions d'Ottawa, de Toronto et du Centre-Ouest, et plus enclins à financer conjointement des initiatives dans les régions de Toronto, du Sud-Ouest et à l'échelle provinciale.

Figure 95
Activité de partenariat par région : 2010-2011 S2



Le secteur ciblé par le partenariat varie légèrement en fonction de la région. Par exemple, les organismes du Sud Ouest et du Centre-Est mentionnent qu'ils ont établi une plus grande proportion de partenariats avec des organismes de service social. En général, les organismes ont dit avoir établi des partenariats avec une panoplie de secteurs, dont les services destinés à un groupe précis, la santé, l'éducation, le logement et la justice, ce qui prouve que les organismes sont engagés à collaborer et à travailler avec d'autres secteurs pour répondre aux besoins des clients.

Figure 96
Secteur ciblé par les partenariats, par région : 2010-2011 S2



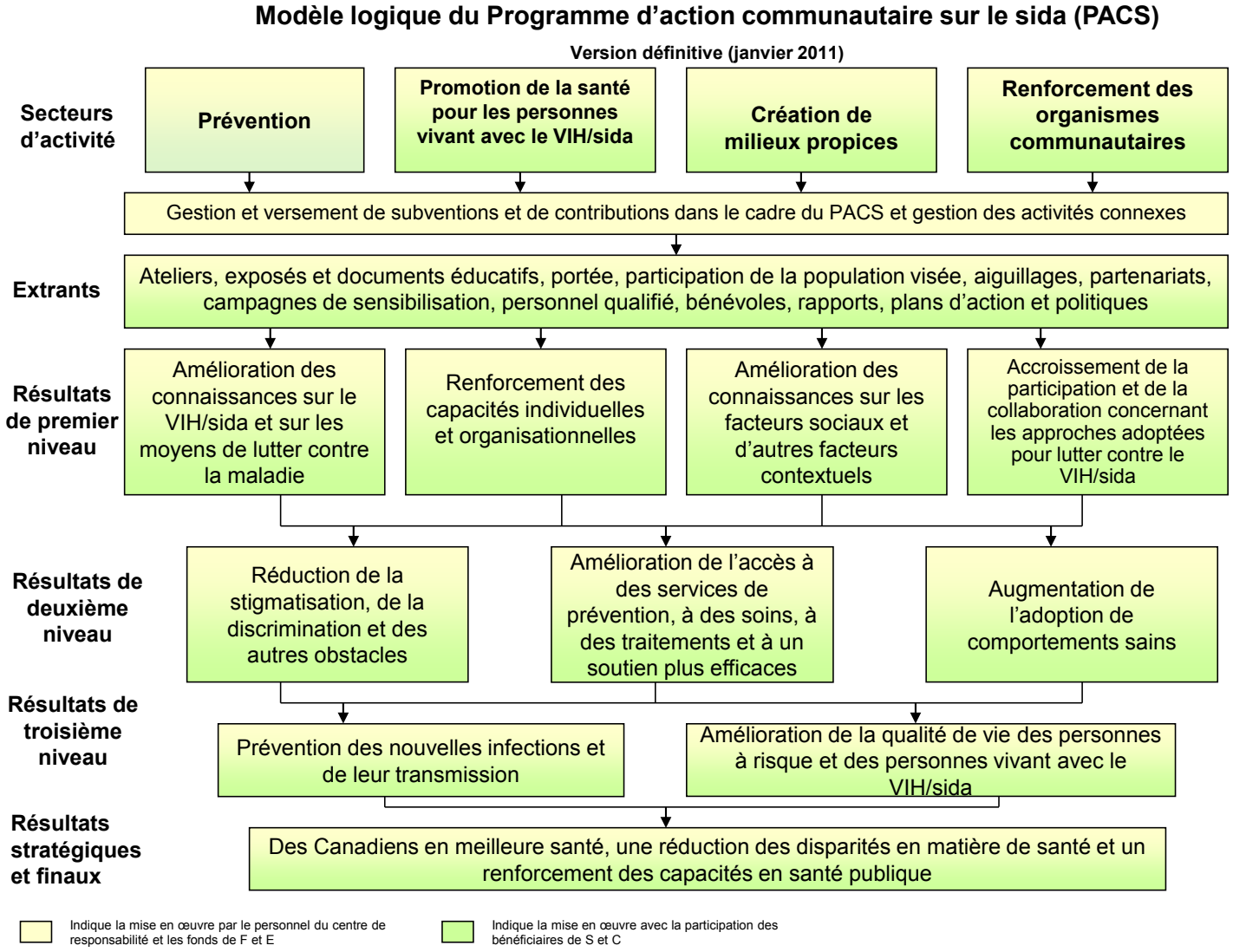
APPENDICES

APPENDICE A : LISTE DES PROGRAMMES FINANCÉS

Région sanitaire	Nom de l'organisme	RLISS
Centre-Est	AIDS Committee of York Region (Comité du SIDA de la région de York)	Centre
	AIDS Committee of Durham Region (Comité du sida de la région de Durham)	Centre-Est
	Peterborough AIDS Resource Network (Réseau de ressources sur le sida de Peterborough)	Centre-Est
	AIDS Committee of Simcoe County (Comité du sida du comté de Simcoe)	Simcoe Nord-Muskoka
Centre-Ouest	Hémophilie Ontario – Région du Centre et de l'Ouest de l'Ontario	Centre-Ouest
	Peel HIV/AIDS Network (Réseau VIH/sida de Peel)	Centre-Ouest
	AIDS Niagara	Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant
	Hamilton AIDS Network (Réseau sida de Hamilton)	Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant
	Hamilton Public Health & Community Services (Services de santé publique et communautaires de Hamilton)	Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant
	AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area (Comité sur le sida de Cambridge, Kitchener, Waterloo et des régions avoisinantes)	Waterloo-Wellington
	AIDS Committee of Guelph and Wellington County – Masai (le comité sur le sida de Guelph et Wellington - Masai)	Waterloo-Wellington
	AIDS Committee of Guelph and Wellington County (Comité sur le sida de Guelph et Wellington)	Waterloo-Wellington
Nord	Access AIDS Network – Sudbury (Réseau d'accès SIDA - Sudbury)	Nord-Est
	AIDS Committee of North Bay and Area (Comité sur le sida de North Bay et des régions avoisinantes)	Nord-Est
	Algoma Group Health	Nord-Est
	Hémophilie Ontario – Région du Nord-Est de l'Ontario	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
	Sudbury Action Centre For Youth (Centre d'action Sudbury pour la jeunesse)	Nord-Est
	Union of Ontario Indians (Union des Indiens de l'Ontario)	Nord-Est
	AIDS Thunder Bay (SIDA Thunder Bay)	Nord-Ouest
	Hémophilie Ontario – Région du Nord-Est de l'Ontario	Nord-Ouest
	Nishnawbe Aski Nation (Nation nishnawbe-aski)	Nord-Ouest
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - THUNDER BAY	Nord-Ouest
	Waasegiizhig Nanaandawe'iyewigamig	Nord-Ouest
Ottawa et Est	AIDS Committee of Ottawa (Comité du sida d'Ottawa)	Champlain
	Bruce House	Champlain
	Service de santé publique de la ville d'Ottawa	Champlain
	Hémophilie Ontario – Région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario	Champlain
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones – OTTAWA	Champlain
	Somerset West Community Health Centre (Centre de santé communautaire Somerset West)	Champlain
	Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa	Champlain
	Services régionaux sur le VIH/sida	Sud-Est
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - KINGSTON	Sud-Est
	Street Health Centre, Kingston Community Health Centres (Centre de promotion de la santé dans la rue, Centre de santé communautaire de Kingston)	Sud-Est
Sud-Ouest	AIDS Committee of Windsor (Comité du sida de Windsor)	Erie-St. Clair
	AIDS Support Chatham-Kent (Soutien des personnes atteintes du sida de Chatham-Kent)	Erie-St. Clair
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - WALLACEBURG	Erie-St. Clair
	Association of Iroquois and Allied Indians	Sud-Ouest
	Hémophilie Ontario – Région du Sud-Ouest de l'Ontario	Sud-Ouest
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - LONDON	Sud-Ouest
	Regional HIV/AIDS Connection (Connexion régional sur le VIH/sida)	Sud-Ouest

Région sanitaire	Nom de l'organisme	RLISS
Toronto	2-Spirited People of the First Nations (Les personnes bi-spirituelles des Premières Nations)	Toronto-Centre
	Africans In Partnership Against AIDS (partenariat africain de lutte contre le sida)	Toronto-Centre
	AIDS Committee of Toronto - Action Positive (Comité du SIDA de Toronto - Action positive)	Toronto-Centre
	AIDS Committee of Toronto – PYO (Comité du SIDA de Toronto - PYO)	Toronto-Centre
	AIDS Committee of Toronto – VIVER (Comité du SIDA de Toronto - VIVER)	Toronto-Centre
	AIDS Committee of Toronto (Comité du SIDA de Toronto)	Toronto-Centre
	Alliance for South Asian AIDS Prevention (alliance des personnes de l'Asie du Sud pour la prévention du SIDA)	Toronto-Centre
	Asian Community AIDS Services (Service de lutte contre le sida de la communauté asiatique)	Toronto-Centre
	Barrett House - Good Shepherd Ministries	Toronto-Centre
	Black Coalition for AIDS Prevention (Coalition noire pour la prévention du sida)	Toronto-Centre
	Casey House Hospice	Toronto-Centre
	Central Toronto Community Health Centres (Centres de santé communautaire de Toronto-Centre)	Toronto-Centre
	Centre for Spanish-speaking Peoples	Toronto-Centre
	CENTRE FRANCOPHONE DE TORONTO	Toronto-Centre
	Elizabeth Fry Society of Toronto	Toronto-Centre
	Ethiopian Association	Toronto-Centre
	Family Service Toronto	Toronto-Centre
	Fife House (maison Fife)	Toronto-Centre
	Hassle Free Clinic- programme de counselling et de soutien en matière de VIH/sida à l'intention des femmes	Toronto-Centre
	Hospice Toronto	Toronto-Centre
	LOFT Community Services (Services communautaires LOFT)	Toronto-Centre
	Maggie's: The Toronto Prostitutes' Community Service Project	Toronto-Centre
	Ont. Assoc.of the Deaf, Deaf Outreach Program (programme de prise de contact avec les personnes sourdes)	Toronto-Centre
	Planned Parenthood Toronto	Toronto-Centre
	South Riverdale Community Health Centre (Centre de santé communautaire de Riverdale-Sud)	Toronto-Centre
	St. Stephen's Community House	Toronto-Centre
	Syme-Woolner Neighbourhood and Family Centre	Toronto-Centre
	The Teresa Group (le Groupe Teresa)	Toronto-Centre
	The Works, City of Toronto Public Health (Santé publique de Toronto)	Toronto-Centre
	Toronto People With AIDS Foundation – CAAT (Fondation pour les personnes atteintes du sida de Toronto - CAAT)	Toronto-Centre
	Toronto People With AIDS Foundation – FFL (Fondation pour les personnes atteintes du sida de Toronto - FFL)	Toronto-Centre
	Toronto People With AIDS Foundation (Fondation pour les personnes atteintes du sida de Toronto)	Toronto-Centre
	Unison Health and Community Services (Services de santé et communautaires Unison)	Toronto-Centre
	Warden Woods Community Centre (Centre communautaire Warden Woods)	Toronto-Centre
	Women's Health in Women's Hands Community Health Centre (Centre de santé communautaire pour femmes)	Toronto-Centre
	YOUTHLINK Inner City	Toronto-Centre
Services provinciaux	Hémophilie Ontario	Provincial
	HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) (Clinique d'aide juridique sur le VIH et le sida de l'Ontario)	Provincial
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones	Provincial
	PASAN (Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network) (Réseau de soutien des détenus atteints du VIH/sida)	Provincial
Ressources provinciales	African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario (Conseil des africains et caribéens sur le VIH/sida en Ontario) (CACVO)	Provincial
	AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario (sponsored by Fifehouse) (Projet ontarien sur le deuil et la résilience face au sida – parrainé par Fife House)	Provincial
	Canadian AIDS Treatment Information Exchange	Provincial
	(Réseau canadien d'info-traitements sida)	Provincial
	FIFE House – OHSUTP	Provincial
	Ontario Organizational Development Program (Programme de développement organisationnel de l'Ontario)	Provincial

AIDS Community Action Program Logic Model



Modèle logique – Programme de financement du Bureau de lutte contre le sida

Programme de financement du Bureau de lutte contre le sida

But du gouvernement de l'Ontario – Mettre en place un système de soins de santé axé sur le patient qui offre des soins de qualité, axés sur la valeur et fondés sur des données probantes en Ontario.
Objectif – Prévenir les blessures et les maladies; Gérer la maladie

Description du programme

Le programme fournit du financement par paiement de transfert pour appuyer la mise en œuvre, en Ontario, d'une réponse communautaire au VIH/sida éclairée par des données probantes, par le biais de la prestation des services et programmes suivants: prévention, éducation et sensibilisation, réduction des méfaits, tests de dépistage du VIH, soutien et soins, mobilisation des communautés et recherche.

Objectifs	Stratégies	Intrants/Ressources	Extrants
Améliorer les connaissances et la sensibilisation pour prévenir la transmission du VIH/sida parmi les groupes cibles en Ontario.	Accroître la connaissance du VIH/sida et la sensibilisation à cette maladie au moyen de programmes de prévention destinés aux groupes prioritaires • Accroître la sensibilisation et fournir des options pour les tests de dépistage du VIH aux groupes prioritaires • Fournir des services de réduction des méfaits • Promouvoir l'intégration des principes GIPA/MIPA, y compris la participation des PVAS et d'autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue	• Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de dotation, d'administration et de gestion des programmes	• Programmes d'éducation, de prévention et de prise de contact • Initiative de dépistage du VIH • Programmes de réduction des méfaits • Programmes fondés sur les pairs • Programmes de prévention pour lutter contre la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination, comme l'homophobie, le racisme, la stigmatisation des personnes atteintes du VIH, etc. • Comprendre les stratégies financées telles que GMSH, CACVO, prise de contact avec les UDI, SOLVSA
Améliorer l'accès aux services pour les personnes atteintes du VIH/sida ou touchées par cette maladie	• Aider les organismes et les communautés à offrir des services aux personnes atteintes du VIH/sida ou touchées par cette maladie • Fournir du soutien pour combler les lacunes dans les services aux personnes atteintes du VIH/sida ou touchées par cette maladie • Fournir des services de soutien aux groupes prioritaires de l'Ontario • Promouvoir l'intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVAS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue	• Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de dotation, d'administration et de gestion des programmes	• Soins et soutien aux PVAS • Programmes de promotion de la santé et de renforcement des capacités destinés aux PVA • Programmes de soutien pour lutter contre la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination, comme l'homophobie, le racisme, la stigmatisation des personnes atteintes du VIH, etc. • Soins et soutien des personnes touchées par le VIH/sida
Accroître la capacité des organismes et des communautés à répondre efficacement face au VIH/sida	• Promouvoir l'efficacité, la transparence et la réceptivité du système • Appuyer la capacité de leadership et la coordination des communautés, des organismes, du personnel, des bénévoles et des PVAS • Favoriser des communautés habilitantes et engagées • Renforcer les capacités dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida • Promouvoir l'intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVAS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue	• Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de dotation, d'administration et de gestion des programmes	• Programmes de développement organisationnel • Programmes de développement des capacités des bénévoles et du personnel • Comprend les stratégies financées : WHAI, CACVO, GMSH, SOLVSA • Établissement d'un réseau d'aiguillage vers des fournisseurs de services connexes • Programmes de développement communautaire pour lutter contre la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination, comme l'homophobie, le racisme, la stigmatisation des personnes atteintes du VIH, etc.
Améliorer la coordination, la collaboration et les pratiques fondées sur des données probantes dans le réseau de services liés au VIH/sida	• Appuyer les occasions de recherche pertinente et de grande qualité • Fournir des occasions de transfert et d'échange de connaissances entre les secteurs • Fournir des occasions d'intégrer les données probantes dans les pratiques • Renforcer les capacités dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida • Promouvoir l'intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVAS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue	• Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de dotation, d'administration et de gestion des programmes	• Partenariats et programmes de coordination des services • Recherche communautaire, clinique et autre, y compris la surveillance épidémiologique • Transfert et échange des connaissances pour améliorer les pratiques fondées sur les données probantes • Collecte, saisie et analyse de données pour améliorer les pratiques éclairées par des données probantes

Résultats relatifs à la santé

• Réduire la transmission du VIH/sida en Ontario
• Améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH/sida (PVAS)
• Renforcer les capacités de la communauté à servir les personnes atteintes du VIH/sida, touchées par cette maladie ou présentant un risque de la contracter

Groupes prioritaires en Ontario

• Personnes vivant avec le VIH/sida • Gais, bisexuels et autres HRSH • Autochtones
• Consommateurs de drogues • Ontariens d'origine africaine et caribéenne et de race noire
• Femmes faisant partie des groupes susmentionnés ou qui s'engagent dans des activités à risque avec des personnes de ces groupes

Activités	Mesures des données	Résultats à court terme
• Séances/atelier d'éducation • Développement communautaire • Campagnes de marketing social • Distribution de ressources • Counselling de prévention du VIH • Activités de prise de contact • Distribution de matériel de réduction des méfaits • Counselling visant la réduction des méfaits auprès des utilisateurs de services • Initiatives de dépistage du VIH – analyse aux points de service, test de dépistage anonyme du VIH, test prénatal de dépistage du VIH et information du partenaire	• Financement total affecté à chaque objectif • Données consignées dans OCRSO (sections 9, 10 et 13) comprenant le nombre de présentations, le nombre de participants aux activités d'éducation, le nombre de réunions de développement communautaire, le nombre de ressources distribuées, le nombre de contacts avec des membres des groupes cibles, le nombre d'articles fournis pour la réduction des méfaits, etc. • Autres données de mesure, dont le nombre de tests de dépistage du VIH et d'autres données sur les tests de dépistage • Évaluations ou examens des programmes et analyses du contexte	• Accroître la connaissance du VIH/sida et la sensibilisation à cette maladie au moyen de programmes de prévention et de réduction des méfaits destinés aux groupes prioritaires en Ontario • Accroître la capacité des individus à utiliser des pratiques de réduction des méfaits • Accroître la sensibilisation et augmenter les options de tests de dépistage du VIH ainsi que le nombre de personnes subissant des tests de dépistage parmi les groupes prioritaires en Ontario • Intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVAS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue
• Services de counselling et de gestion de cas pour les PVAS, les personnes touchées et les personnes à risque • Aiguillage vers des services connexes • Aide pratique et autres soutiens • Programmes dirigés par des pairs à l'intention des PVAS • Activités de promotion de la santé et de renforcement des capacités destinées aux PVAS	• Financement total affecté à chaque objectif • Données consignées dans OCRSO (section 11) y compris le nombre de clients, le sexe et l'âge, le nombre de nouveaux clients, les types de services utilisés, l'aide financière accordée, le nombre de clients recevant de l'aide financière • Évaluations ou examens des programmes et analyses du contexte	• Meilleur accès aux services pour les personnes atteintes du VIH/sida ou touchées par cette maladie • Intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVAS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue
• Ressources provinciales visant à appuyer le secteur communautaire lié au VIH : c. à-d. OAN, CACVO, GMSH, OODP, ABRPO, OHSUTP, OPRAH, CATIE • Programme WHAI • Conférences Opening Doors • Jours/activités de transfert et d'échange de connaissances • Programmes de développement organisationnel • Activités de gestion des bénévoles • Perfectionnement du personnel • Participation des pairs dans l'organisation, l'élaboration ou la prestation des programmes	• Financement total affecté à chaque objectif • Données consignées dans OCRSO (sections 3,4, 12 et 7) y compris les ressources provinciales utilisées, le nombre d'activités par programme de ressource provincial, le nombre de personnes assistant à la formation, le nombre de bénévoles, le nombre de placements étudiants, le nombre de pairs ayant participé dont les pairs des PVAS, UDI et autres groupes cibles • Évaluations ou examens des programmes et analyses du contexte	• Capacités renforcées de la communauté et des organismes à faire face au VIH/sida • Intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVAS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue
• Développement des connaissances et recherche • Diffusion des ressources du savoir • Programmes du réseau ontarien de traitement du VIH • Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique – OCRSO, OCASE, et rapports d'évaluation • Partenariats et collaborations • Activités de développement communautaire • Activités d'évaluation	• Financement total affecté à chaque objectif • Financement total des activités de recherche et de transfert et échange des connaissances (TEC) connexes • Données consignées dans OCRSO (sections 13, 5 et 8) comprenant les données suivantes : partenariats, nombre de réunions de développement communautaire • Autres données de mesure, y compris le nombre de rapports de recherche, activités de TEC, activités de collecte de données, nombre de demandes d'aide pour l'évaluation, etc. • Évaluations ou examens des programmes et analyses du contexte	• Coordination, collaboration et pratique améliorées fondée sur des données probantes en ce qui a trait à la réponse au VIH/sida • Efficacité, transparence, réceptivité accrue du système • Intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVAS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue

APPENDICE C : PROJETS FINANCÉS PAR LE PACS PAR TYPE ET APPROCHE DE FINANCEMENT

Projets opérationnels du PACS en 2010

INITIATIVES DE PRÉVENTION

Numéro de projet	Titre	Organisme Parrain
6963-06-2002/2370431	L'approche en milieu carcéral	Prisoners With HIV/AIDS Support Action Network (Le réseau de soutien des détenus vivant avec le VIH/sida)
6963-06-2002/2370437	Programme communautaire d'éducation et de prévention	Réseau Access Network
6963-06-2002/2370438	Programme pour une sexualité saine	Réseau Access Network
6963-06-2002/2370445	Prévention du VIH parmi les gais, bisexuels et HRSH	Regional HIV/AIDS Connection (Connexion régionale sur le VIH/sida)
6963-06-2002/4480430	PARN HIV Programme d'éducation sur l'intervention communautaire	Peterborough AIDS Resource Network (Réseau de ressources sur le sida de Peterborough)
6963-06-2002/4480432	Programme régional de prévention et d'éducation	HIV/AIDS Regional Services (Services régionaux sur le VIH/sida)
6963-06-2002/4480443	Programme d'éducation communautaire	AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area (Le comité sur le sida de Cambridge, Kitchener, Waterloo et des régions avoisinantes)
6963-06-2002/4480434	Programme communautaire d'éducation et de prévention VIH	AIDS Niagara (SIDA Niagara)
6963-06-2002/4480438	Programme d'éducation VIH	AIDS Committee of North Bay and Area (Comité sur le sida de North Bay et des régions avoisinantes)
6963-06-2002/2370442	Projet de santé et de bien-être intégral des hommes gais	AIDS Committee of Ottawa (Comité du sida d'Ottawa)
6963-06-2002/4480444	Programme d'action sociale et de prévention de Wellington et de Grey-Bruce	AIDS Committee of Guelph and Wellington County (Comité sur le sida de Guelph et du comté de Wellington)
6963-06-2008/4480492	Projet de bureau de pairs conférenciers africains	Africans in Partnership Against AIDS (Partenariat africain de lutte contre le sida)
6963-06-2008/4480497	Projet de prévention dirigé par des jeunes Autochtones	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones
6963-06-2008/4480498	Promotion de la santé sexuelle auprès des homosexuels et des homosexuels séropositifs	AIDS Committee of Windsor (Comité du sida de Windsor)
6963-06-2008/4480499	Soutien aux personnes atteintes du sida à Chatham-Kent : Cours de prévention et mobilisation des travailleurs de l'industrie du sexe et des personnes qui s'injectent des drogues	AIDS Support Chatham-Kent (Soutien des personnes vivant avec le SIDA de Chatham-Kent)
6963-06-2008/4480500	Programme de sensibilisation pour une sexualité saine	AIDS Committee of Durham Region (Comité du sida de la région de Durham)

PROMOTION DE LA SANTÉ POUR LES PVAS

Numéro de projet	Titre	Organisme Parrain
6963-06-2002/2370428	Le réseau communautaire de soutien des pairs	AIDS Committee of Toronto (Comité du SIDA de Toronto)
6963-06-2002/2370434	Programme destiné aux personnes atteintes du sida du réseau SIDA de l'Ontario	Ontario AIDS Network (Réseau SIDA de l'Ontario)
6963-06-2002/2370435	Programme de ressources des personnes atteintes du sida	Hamilton AIDS Network (Réseau SIDA de Hamilton)
6963-06-2002/2370436	Promotion de la santé auprès des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes touchées par cette maladie	Peel HIV/AIDS Network (Réseau VIH/SIDA de Peel)
6963-06-2002/2370441	VIVER : Développement communautaire des personnes de langue portugaise	Parrainé par l'AIDS Committee of Toronto (Comité du SIDA de Toronto)
6963-06-2002/2370446	Promotion de la santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida	AIDS Committee of Toronto (Comité du SIDA de Toronto)
6963-06-2002/2370447	Action sociale auprès des jeunes - promotion de la santé auprès des jeunes qui vivent avec le VIH	Parrainé par l'AIDS Committee of Toronto (Comité du SIDA de Toronto)
6963-06-2002/4480433	Programme destiné aux personnes du Sud de l'Asie atteintes du sida/Programme de bénévoles	Alliance for South Asian AIDS Prevention (Alliance des Asiatiques du Sud pour la prévention du sida)
6963-06-2002/4480435	Food For Life (Le pain c'est la vie)	Parrainé par la Fondation pour les personnes atteintes du sida de Toronto
6963-06-2002/4480445	Programme de mise en valeur des choix santé (EHOP)	AIDS Thunder Bay (SIDA Thunder Bay
6963-06-2004/4480463	VIVER : Gestion de cas des personnes de langue portugaise	Parrainé par l'AIDS Committee of Toronto (Comité du SIDA de Toronto)
6963-06-2008/4480491	Projet commémoratif : Soutien au mentorat structuré afin de promouvoir la collaboration communautaire, la continuité et la participation significative des personnes atteintes du VIH/sida	Committee for Accessible AIDS Treatment (Comité pour l'accès aux traitements contre le sida) parrainé par la Fondation des personnes de Toronto atteintes du sida
6963-06-2008/4480494	De la parole au geste : Participation des personnes vivant avec le VIH/sida à l'élaboration d'une réponse au VIH dans les collectivités africaines et caribéennes de l'Ontario	Conseil des africains et caribéens sur le VIH/sida en Ontario a/s BlackCAP
6963-06-2008/4480495	Gestion de cas pour les Noirs, les Africains et les Caribéens atteints du VIH/sida	Black Coalition for AIDS Prevention (Coalition noire pour la prévention du sida)

RENFORCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES LIÉS AU SIDA

Numéro de projet	Titre	Organisme Parrain
6963-06-2002/2370432	Création de communautés en santé/programme de développement du bénévolat	Asian Community AIDS Services (Service de lutte contre le sida de la communauté asiatique)
6963-06-2002/2370440x	Programme de soutien des bénévoles	Maison Bruce
6963-06-2002/2370444	Programme de développement organisationnel en Ontario	Parrainé par Regional HIV/AIDS Connection (Connexion régionale sur le VIH/sida)
6963-06-2002/4480431	Services de bénévoles de la Maison Fife	Fife House (Maison Fife)
6963-06-2002/4480433	Programme des bénévoles pour les personnes de l'Asie du Sud qui vivent avec le VIH/sida	Alliance for South Asian AIDS Prevention (Alliance des Asiatiques du Sud pour la prévention du sida)
6963-06-2002/4480437	Programme de bénévoles	Fondation pour les personnes atteintes du sida de Toronto
6963-06-2002/4480449	Programme de soutien des bénévoles	Le Groupe Teresa
6963-06-2008/4480493	Programme communautaire des bénévoles	AIDS Committee of York Region (Comité du SIDA de la région de York)
6963-06-2008/4480496	Entraide – Les organismes de services liés au sida concrétisent le principe « de la participation active des personnes vivant avec le VIH/sida »)	Projet ontarien sur le deuil et la résilience face au sida parrainé par la fondation Fife House

Pour obtenir plus de détails, veuillez consulter le site :
http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/reg_ontario_e.html

Projets à délai prescrit du PACS - 2010

INITIATIVES DE PRÉVENTION

Numéro de projet	Titre	Organisme Parrain
6963-06-2008/4480468	Sécurité au travail : Projet de soutien et de prévention du VIH/sida, de l'hépatite C et des ITS chez les travailleurs de l'industrie du sexe	La société Elizabeth Fry de Toronto
6963-06-2008/4480472	Projet de sensibilisation et d'éducation à l'intention des travailleurs autochtones de l'industrie du sexe	MAGGIE'S The Toronto Prostitute Community Service Project
6963-06-2008/4480477	Cours de formation sur la prévention du VIH/sida aux éducateurs de pairs Mano a Mano	Centre for Spanish-Speaking Peoples
6963-06-2008/4480478	Projet de prévention du VIH/sida	Ethiopian Association in the GTA and the Surrounding Regions (Association éthiopienne du Grand Toronto et des régions avoisinantes)
6963-06-2008/4480479	Modèle de prévention du VIH, des ITS et de l'hépatite C pour les immigrants qui travaillent dans les fermes de l'Ontario	Asian Community AIDS Services (Service de lutte contre le sida de la communauté asiatique)
6963-06-2008/4480488	Lisanga/Eskwad/Integration et Appropriation Communautaire	Africans in Partnership Against HIV/AIDS (Partenariat africain de lutte contre le sida)

PROMOTION DE LA SANTÉ CHEZ LES PVAS

Numéro de projet	Titre	Organisme Parrain
6963-06-2008/4480464	Prévention positive – Former le formateur	AIDS Committee of Guelph & Wellington County
6963-06-2008/4480469	Engagement des personnes atteintes du VIH/sida au programme de prévention POZ pour les hommes gais	Fondation pour les personnes atteintes du sida de Toronto
6963-06-2008/4480470	Renforcement de la capacité des personnes atteintes du VIH/sida afin d'accroître l'engagement communautaire	Projet ontarien sur le deuil et la résilience face au sida parrainé par la fondation Fife House
6963-06-2008/4480473	Projet de prévention positive : Élaboration de stratégies menées par les jeunes à l'appui d'une approche commune pour la prévention du VIH, de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement	Planned Parenthood Toronto
6963-06-2008//4480484	Plan de coordination et d'intégration régional du VIH/sida - Mettre les personnes vivant avec le VIH/sida dans la région en contact avec les services et soins et de soutien	Regional HIV/AIDS Connection (Connexion régionale sur le VIH/sida)

RENFORCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Numéro de projet	Titre	Organisme Parrain
6963-06-2008/4480482	Le projet « Aht Fra » : Services d'interprétation pour les personnes atteintes du VIH/sida	AIDS Committee of Cambridge Kitchener, Waterloo and Area (ACCKWA) (Comité sur le sida de Cambridge, Kitchener, Waterloo et des régions avoisinantes)
6963-06-2008/4480490	Projet de développement de l'infrastructure afin d'améliorer la prévention du VIH	Hamilton AIDS Network (Réseau SIDA de Hamilton)

Pour obtenir plus de détails, veuillez consulter le site :
http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/reg_ontario_e.html

APPENDICE D: QUESTIONS DANS OCRSO

Section	Question dans OCRSO	Objectifs dans PSPL
Planification et évaluation des programmes	7.1 Processus/outils utilisés pour évaluer les services	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.3 Outils utilisés pour mesurer les changements dans les comportements	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.4 Quels moyens avez-vous pris pour partager vos connaissances	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.7 Comment votre organisme fait-il participer les membres des groupes cibles	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.8 Participation à la recherche communautaire	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.9 Obstacles organisationnels	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
Éducation	9.2.1 Séances éducatives	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	9.2.1 Séances éducatives – programmes de ressources provinciaux	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	9.2.1 Réunions de développement communautaire	5.4 Améliorer la coordination et la collaboration
	9.2.2 Ressources éducatives – Ressources pour la promotion de la santé et le soutien	5.2 Améliorer l'accès aux services
	9.2.2 Ressources éducatives – Ressources affectées à la planification/prise de décisions/élaboration des politiques et la formation	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	9.3 et 9.4 Commentaires	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
Prise de contact	10.2 Contacts dans le cadre des activités de prise de contact par emplacement	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.3 Campagnes de sensibilisation	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.4 Contacts avec les médias	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.5 Activités par téléphone et par Internet	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.5 Activités par téléphone et par Internet – Counselling avant et après les résultats du test et aiguillage	5.2 Améliorer l'accès aux services
	10.6 Articles pour réduire les risques lors des rapports sexuels	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.7 Bulletins de prise de contact	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.8 et 10.9 Commentaires	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
Services de soutien	11.1.1 Nombre de clients desservis selon le sexe	5.2 Améliorer l'accès aux services
	11.1.2 Nouveaux clients	5.2 Améliorer l'accès aux services
	11.1.3 Nombre de clients desservis selon l'âge	5.2 Améliorer l'accès aux services
	11.2.1 Services fournis	5.2 Améliorer l'accès aux services
	11.2.2 Séances offertes	5.2 Améliorer l'accès aux services
	11.3 Groupes de soutien	5.2 Améliorer l'accès aux services
	11.4 Soutien financier et en nature	5.2 Améliorer l'accès aux services
	11.5 et 11.6 Commentaires	5.2 Améliorer l'accès aux services

Section	Question dans OCRSO	Objectifs dans PSPL
Bénévoles	12.1 Bénévoles et gestion des bénévoles	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	12.2 Activités bénévoles	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	12.3 Placements étudiants	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	12.4 Activités réalisées par des étudiants	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	12.5 et 12.6 Commentaires	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
Services aux UDI ou relatifs à la consommation de substances	13.1.1 Contacts dans le cadre des services de prise de contact	5.2 Améliorer l'accès aux services
	13.1.2 Prise de contact – Clients individuels	5.2 Améliorer l'accès aux services
	13.2.1 Contacts dans le cadre d'autres services	5.2 Améliorer l'accès aux services
	13.2.2 Autres services – Clients individuels	5.2 Améliorer l'accès aux services
	13.3a Services fournis	5.2 Améliorer l'accès aux services
	13.4 Emplacements des services de prise de contact	5.2 Améliorer l'accès aux services
	13.5 Participation des pairs	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	13.6 Activités réalisées par des pairs – Programmes officiels, interactions informelles, soutien téléphonique, aide pratique	5.2 Améliorer l'accès aux services
	13.6 Activités réalisées par des pairs – Distribution de matériel	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	13.6 Activités réalisées par des pairs – Formation	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	13.7 Activités de développement communautaire	5.4 Améliorer la coordination et la collaboration
	13.8 Contacts de développement communautaire	5.4 Améliorer la coordination et la collaboration
	13.8 Contacts de développement communautaire – Recherche	5.3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	13.9 Drogue préférée	5.2 Améliorer l'accès aux services
	13.10 Ressources de distribution des méfaits distribuées	5.1 Améliorer les connaissances et sensibilisation
	13.11 et 13.12 Commentaires	5.2 Améliorer l'accès aux services

APPENDICE E : CALCUL DE LA VALEUR PÉCUNIAIRE DU BÉNÉVOLAT POUR VOTRE PROJET FINANCÉ PAR LE PACS OU LE BUREAU DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Les données sur la valeur pécuniaire du bénévolat indiquées dans Perspective des services de première ligne ont été calculées au moyen d'une version adaptée d'un outil développé par Yang Cui, un étudiant du troisième cycle qui a travaillé au bureau régional du Manitoba/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 le ROTV.

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 ont été 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 d'OCRSO, 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 d'OCRSO « 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'activité de bénévolat peuvent ne pas correspondre exactement à la catégorie salariale auxquelles 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 dans les activités des organismes communautaires liés au VIH.

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

- Données de la section 12.2 d'OCRSO sur le nombre total d'heures de bénévolat, par catégorie d'activités, durant le dernier exercice (S1 + S2)
- Données de la Classification nationale des professions (CNP), qui comprend le salaire moyen canadien, provincial et régional versé dans diverses professions.

Catégories de bénévoles aux fins du calcul de la valeur : *	Catégories d'activités de bénévolat d'OCRSO	Nombre d'heures de bénévolat (Somme des totaux de S1 et S2)	Titre, code et salaire moyen du CNP pour ce type de poste au cours des 12 derniers mois	Valeur pécuniaire estimative des tâches (Nombre d'heures X salaire moyen)
Administration (comprend services de soutien, réception, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en Administration	36,537	• Employés de soutien de bureau généraux • Code CNP : 1411 • Salaire : 17,31	632 455 $
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	22,942	• Cadres supérieurs – santé, enseignement, services sociaux et communautaires et associations mutuelles • Code CNP : 0014 • Salaire : 30,95	710 055 $
Services de soutien (comprend l'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida, soutien par les pairs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en aide pratique et counselling	58,812	• Travailleurs des services sociaux et communautaires • Code CNP : 4212 • Salaire : 19,81	1 165 066 $
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	15,259	• Travailleurs des services sociaux et communautaires • Code CNP : 4212 • Salaire : 19,81	302 281 $
Collecte de fonds (comprend les marches, campagnes de collecte de fonds, sollicitation pour obtenir des subventions de fondations, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat à la collecte de fonds	26,051	• Professionnels des relations publiques et des communications • Code CNP : 5124 • Salaire : 25,53	665 082 $
Événements publics (comprend conférenciers, événements spéciaux comme la parade de la fierté gaie, stand dans des centres d'achat, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux événements spéciaux/développement communautaire	57,224	• Employés de soutien de bureau généraux • Code CNP : 1411 • Salaire : 17,31	990 547 $
Ressources humaines	12.2 Nombre total des heures de bénévolat relatives aux activités de dotation et d'élaboration des politiques et procédures	2,652	• Professionnels en ressources humaines • Code CNP : 1121 • Salaire : 27,02	71 657 $
Soutien en TI	12.2 Nombre total des heures de bénévolat dans des activités de soutien des TI	2,756	• Concepteurs et développeurs Web • Code CNP : 2175 • Salaire : 24,94	68 735 $
VALEUR ESTIMATIVE TOTALE DU TRAVAIL:		**222,233**		**4,605,878 $**

** Cet outil a été élaboré par l'ASPC afin de calculer les heures de bénévolat du PACS. Pour cette raison, il utilise principalement les catégories de bénévolat figurant dans les rapports du PACS dans l'ensemble du pays et non pas les catégories d'activités bénévoles utilisées dans OCRSO pour l'Ontario.*

Ontario
Ontario Ministry of Health and Long Term Care
Ministère de la santé des soins longue durée de l'Ontario

Public Health Agency of Canada
Agence de la santé publique du Canada

OHTN