

REMERCIEMENTS

Le Bureau de lutte contre le sida et le Bureau régional (BR) de l'Ontario de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) aimeraient remercier les organismes qui leur ont fourni les données utilisées dans le présent 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 (OERVSCO); aussi les bailleurs de fonds apprécient-ils l'attention que les organismes et leur personnel y ont portée. Le Bureau de lutte contre le sida et le BR de l'Ontario de l'ASPC tiennent également à remercier tous les intervenants qui ont contribué tout au long de l'année à améliorer les questions et la précision des données de l'OERVSCO.

En outre, le Bureau de lutte contre le sida et le BR de l'Ontario de l'ASPC aimeraient remercier le Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV) pour son appui à l'égard de l'OERVSCO. Le Réseau a notamment élaboré l'outil OERVSCO en ligne, fourni une formation et un soutien continus aux organismes sur l'utilisation de l'OERVSCO, et stocké, extrait et analysé les données utilisées dans le présent rapport. Nous aimerions aussi remercier Just Becuz pour ses suggestions utiles au sujet des stratégies visant la présentation efficace de données.

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

Greg Mitchell
416-642-6486, poste 2303
gmitchell@ohsn.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 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 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 de l'Agence de la santé publique du Canada

Jean Bacon

Directrice, Politiques et Échange et transfert des connaissances, ROTV

Greg Mitchell

Coordonnateur, OERVSCO, Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique, ROTV

Michelle Song

Spécialiste, Base de données, ROTV

Maria Hatzipantelis

Coordonnatrice, Évaluation, Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique, ROTV

Diana Campbell

Coordonnatrice, Évaluation du système OCASE, Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique, ROTV

PRÉFACE

Nous sommes heureux de vous présenter le 7e rapport annuel de l'OERVSCO (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 de l'Agence de la santé publique du Canada, sont tenus de remplir l'OERVSCO 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 l'OERVSCO.

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

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

Les analyses de données et les rapports de l'OERVSCO 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.

OBJECTIFS DU RAPPORT DE L'OERVSCO

OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES

Les rapports permettent aux organismes, 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 modifier les services ou à mettre au point de nouveaux services à l'échelle locale ou provinciale.

ÉVALUATION/AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

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

ASSOCIATION DES QUESTIONS DE L'OERVSCO AUX ACTIVITÉS

Pour obtenir de l'information sur une question de l'OERVSCO en particulier, consulter l'appendice D. Il indique comment nous avons établi des correspondances entre les questions de l'OERVSCO et les quatre résultats présentés dans le rapport ainsi que la page où figure une analyse des données liées à cette question.

STRUCTURE DU RAPPORT

1. MISE EN RELIEF DES CHANGEMENTS ET DES TENDANCES SIGNIFICATIFS

Comme dans le rapport de l'année dernière, nous mettons en relief seulement les données qui révèlent des changements ou des tendances significatifs; toutefois, un document distinct sur le site Web de l'OERVSCO présente des données sur toutes les questions de l'OERVSCO.

2. ACCENT MIS SUR LES RÉSULTATS DE NOTRE TRAVAIL

Nos conclusions de 2011-2012 sont classées selon les quatre résultats escomptés de notre travail comme l'illustre le modèle logique qui suit, qui est une synthèse des modèles logiques du Bureau de lutte contre le sida et du programme de financement intitulé PACS :

- connaissances et sensibilisation améliorées
- accès aux services accru
- capacités individuelles et organisationnelles renforcées
- coordination et collaboration communautaires améliorées.

L'intention est de démontrer comment différentes activités contribuent à un ou plusieurs objectifs et d'encourager le type d'analyse et de rapport qui permettra au milieu de comprendre et d'évaluer l'incidence (les résultats) de nos activités.

LIMITES DES DONNÉES

EXACTITUDE ET COHÉRENCE

Les données présentées dans le rapport sont fondées sur les données déclarées par les organismes. Un certain nombre d'employés des organismes sont chargés de la collecte des données; par conséquent, cela peut entraîner un manque de cohérence dans les données (c.-à-d. différentes définitions, différentes interprétations). Les organismes disposant de systèmes de suivi des activités plus robustes sont capables de fournir des réponses plus exactes aux questions de l'OERVSCO. Au cours des dernières années, le personnel responsable de l'OERVSCO 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.

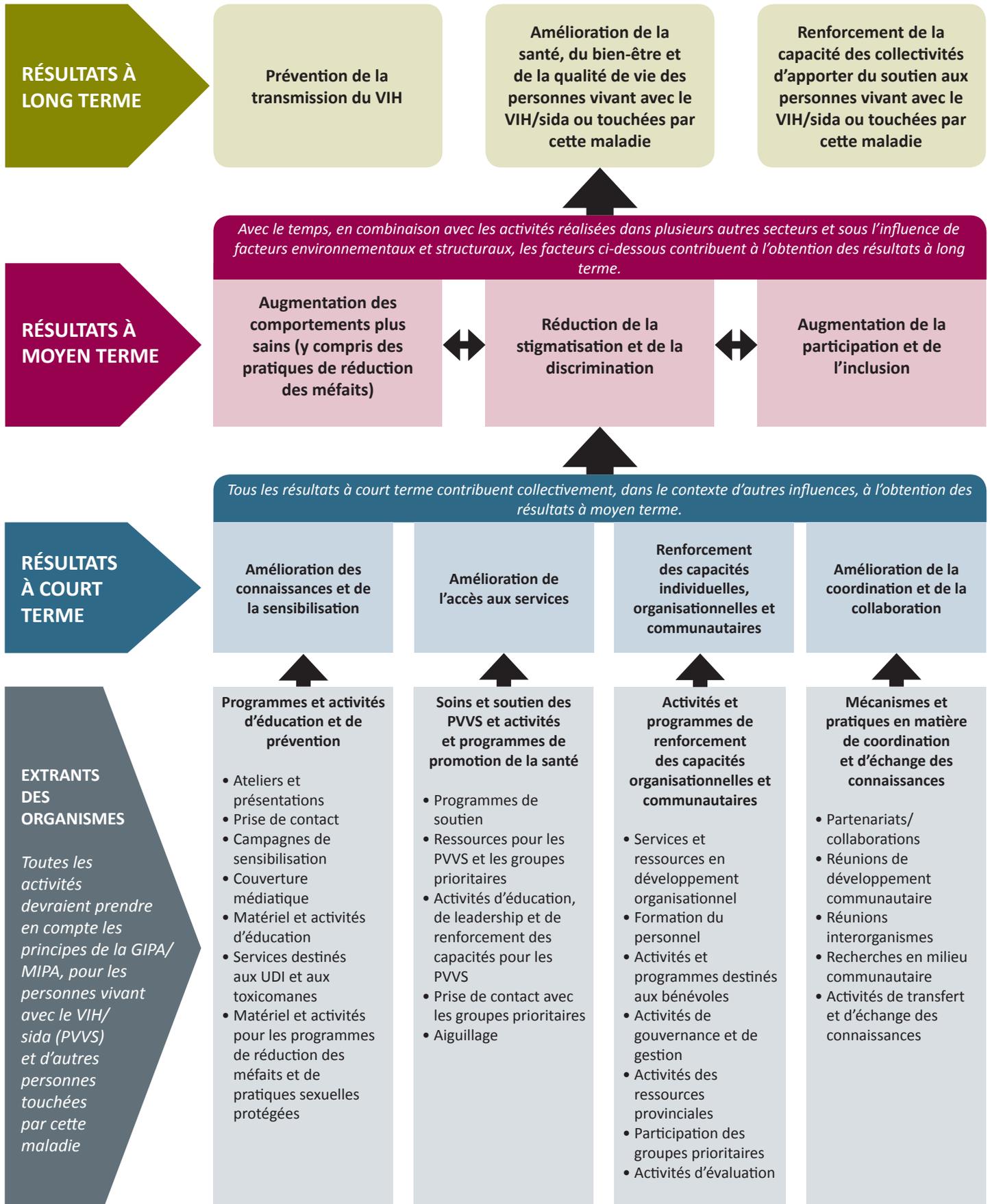
UTILISATION DE DONNÉES AGRÉGÉES

Dans le rapport, nous présentons des données agrégées en regroupant les réponses provenant des organismes contributeurs afin de faire des inférences sur les niveaux d'activité 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 importante 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. Nous continuons à chercher des façons de faire en sorte que les données reflètent l'expérience de tous les organismes.

FLUCTUATION DU NOMBRE DE PROGRAMMES FINANCÉS

Le nombre d'organismes qui remettent un rapport de l'OERVSCO est différent d'une année à l'autre : certains programmes reçoivent des fonds seulement pour un certain nombre d'années alors que d'autres cessent d'offrir des services liés au VIH. Cependant, dans ces situations, le financement accordé aux services communautaires liés au sida n'est pas perdu, car les fonds sont réaffectés à d'autres programmes. Ainsi, l'OERVSCO brosse un tableau de l'utilisation du financement total accordé par la province et le PACS chaque année.

SYNTHÈSE DES MODÈLES LOGIQUES DES PROGRAMMES DE FINANCEMENT DES ORGANISMES D'ACTION COMMUNAUTAIRE SUR LE VIH ET LE SIDA EN ONTARIO



EXPLICATION DU MODÈLE LOGIQUE

Le modèle logique est une synthèse des modèles logiques du Bureau de lutte contre le sida et de l'ASPC visant à consolider la façon dont les deux programmes de financement collaborent pour atteindre des objectifs communs. Comme le modèle logique synthétisé représente les activités des deux bailleurs de fonds, il est possible que certains groupes et certains extrants ne s'appliquent pas à tous les programmes financés. Cela dépend des sources de financement de chaque programme. Par exemple, les jeunes à risque sont un groupe prioritaire pour le PACS, mais pas pour le Bureau de lutte contre le sida, et les services de prise de contact avec les UDI et de réduction des méfaits sont financés par le Bureau de lutte contre le sida, mais pas par le PACS. 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 case dans la partie supérieure du modèle logique décrit les résultats à long terme ou les objectifs de nos activités. Le reste du modèle logique explique comment nos activités nous aident à atteindre ces objectifs.

Pour interpréter le modèle logique, il faut commencer au bas de la page :

- La case des activités clés décrit le rôle du Bureau de lutte contre le sida, de l'ASPC, du ROTV et des organismes communautaires et énumère les types de programmes communautaires liés au VIH en Ontario.
- La case des groupes prioritaires énumère les groupes les plus touchés par le VIH. Il s'agit des bénéficiaires de nos activités.
- Au-dessus des activités clés et des groupes prioritaires figurent quatre piliers qui énumèrent les extrants associés à chaque programme communautaire lié au 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.
- Le 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 un seul résultat à court terme pour lequel il existe la relation logique la plus étroite; 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 de la sensibilisation », étant donné que le changement sur le plan des 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 le renforcement 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 montons dans le 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 indépendants de la volonté des organismes communautaires et des bailleurs de fonds.

TABLE DES MATIÈRES

Messages Clés	3
Part 1: Tendances relatives aux infections à VIH	9
Part 2: Comment nous travaillons	17
Part 3: La clientèle que nous servons	25
Part 4: L'impact des investissements dans les services communautaires liés au sida	35
1 Améliorer les connaissances et la sensibilisation	36
2 Amélioration de l'accès aux services	63
3 Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles	86
4 Améliorer la coordination et la collaboration communautaires	106
Appendix A: Liste des programmes financés	116
Appendix B: Modèles logiques	118
Appendix C: Projets financés par le PACS par type et approche de financement	122
Appendix D: Questions dans OCRSO	126
Appendix E: Calcul de la valeur pécuniaire du bénévolat pour votre projet financé par le PACS ou le Bureau de lutte contre le sida	128

MESSAGES CLÉS

MESSAGES CLÉS

L'ÉPIDÉMIE

En 2011, le nombre total de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario avait chuté d'environ 8 % par rapport à 2010, mais nous continuons à observer un nombre considérable de nouveaux diagnostics chez les hommes homosexuels, surtout ceux âgés de plus de 40 ans. Environ un nouveau diagnostic sur deux est posé chez les hommes homosexuels, et un sur cinq, chez les membres des communautés africaines, noires ou des Caraïbes.

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES CLIENTS ET RÉACTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les clients de services communautaires liés au sida continuent d'avoir des besoins sociaux et en matière de santé complexes, qui découlent de problèmes comme la stigmatisation, la pauvreté, le chômage, l'insécurité alimentaire et les troubles de santé mentale.

Plus de la moitié des nouveaux diagnostics s'observent chez les hommes homosexuels, lesquels représentent 60 % de la population vivant avec le VIH; toutefois, ils ne représentent que de 8 à 44 % des utilisateurs de services, selon le type de service (éducation, prise de contact ou soutien) et le type de programme (organismes de services liés au sida [OSS], centre de santé communautaire [CSC], organisme de services non liés au sida et autres établissements de soins de santé). Cette variation s'explique en partie par les mandats particuliers de chaque organisation. Par exemple, les OSS signalent qu'environ 44 % des clients des services de soutien sont des hommes homosexuels, tandis que les CSC, qui servent principalement d'autres groupes, comme les femmes ou les toxicomanes, déclarent que seulement environ 8 % des clients des services de soutien sont des hommes homosexuels. Au chapitre de l'éducation et de la prise de contact, les OSS déclarent qu'entre 30 et 34 % de leurs clients sont des hommes homosexuels. On ignore si les hommes homosexuels ont moins besoin de ces services, s'ils les obtiennent ailleurs ou si des obstacles compromettent leur accès à ces services.

Les organismes signalent qu'ils servent un plus grand nombre de nouveaux arrivants que par le passé et qu'ils prennent des mesures pour s'assurer que leurs services sont adaptés à la culture.

Les organismes signalent qu'une proportion importante de leurs clients (43 %) a des problèmes de consommation. Les taux sont encore plus élevés dans les régions du Nord, d'Ottawa, de l'Est et du Sud-Ouest.

Malgré une augmentation du financement de 5 % du Bureau de lutte contre le sida et un financement du PACS stable en 2011-2012, les organismes de services liés au sida ont révélé une chute de presque un million de dollars en financement global, en grande partie imputable aux diminutions des sommes recueillies pendant les activités de collecte de fonds et aux réductions du financement d'autres sources gouvernementales (p. ex. administrations municipales et réseaux locaux d'intégration des services de santé).

AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET LA SENSIBILISATION

De plus en plus d'organismes reconnaissent que l'éducation est un processus et une composante clé d'un changement social plus général. Ils collaborent avec des partenaires locaux pour rattacher leurs programmes d'éducation à un travail plus général au chapitre du développement communautaire et de la justice sociale qui profitera aux groupes à risque de contracter le VIH.

Les programmes communautaires de prévention sont efficaces. De 2001 à 2009, les investissements dans les programmes communautaires ont contribué à éviter 12 087 cas d'infection à VIH; c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu infection. Ils ont aussi permis d'épargner 3,4 milliards de dollars en coûts médicaux directs pour le système de santé. Chaque dollar investi en prévention du VIH représente pour le système de santé une épargne de 51 \$.

En 2011-2012, les organismes ont présenté moins d'exposés généraux dans les écoles, mais ont davantage joint des jeunes LGBT et leur ont offert un soutien, ce qui cadre avec leur mission.

Les organismes ont signalé que les demandes qu'ils ont reçues des fournisseurs de services pour de l'éducation liée au VIH et au vieillissement étaient plus nombreuses, ce qui s'explique par le « grisonnement » de la population atteinte du VIH; c'est-à-dire que nous observons un certain nombre de personnes âgées de 40 ans et plus recevoir un diagnostic de

VIH et un certain nombre de personnes âgées qui demandent des services de soutien.

La capacité d'évaluer les programmes d'éducation dans le domaine est en hausse : presque 80 % des organismes financés procèdent maintenant à une évaluation régulière des changements qui sont les fruits de leurs activités d'éducation, et 60 % mesurent également l'intention de changer de comportement.

Le présent rapport tente d'établir la distinction entre les contacts « prolongés », comme les conversations individuelles dans des bars, des saunas, des cliniques et sur Internet, et les contacts « brefs », comme la distribution de condoms et de brochures à des événements communautaires.

Les organismes déclarent une hausse de la demande de prise de contact de la part des travailleurs du sexe, des femmes, des jeunes transgenres, des jeunes LGBTBA, des communautés des Premières Nations, des gens dans un centre de détention et des hommes africains, noirs et des Caraïbes.

Les endroits de prise de contact les plus répandus sont toujours les bars et les saunas. Les contacts par Internet augmentent, mais ils sont principalement offerts par un petit nombre d'organismes (7) à l'échelle de la province.

Les organismes qui prennent contact avec des toxicomanes ont signalé que les clients utilisaient beaucoup plus de services d'aide pratique que par le passé, y compris ceux qui se rattachent au logement, aux banques alimentaires, au transport et à l'emploi.

On a pris contact avec plus de toxicomanes dans des centres d'accueil et par l'intermédiaire de services mobiles que par le passé, ce qui donne à penser que l'offre de ces services est susceptible d'attirer des clients. Toutefois, il faut obtenir plus de renseignements pour déterminer si ces sites attirent plus de clients ou servent un petit nombre de clients plus souvent.

Le nombre de condoms distribués en 2011-2012 a augmenté de 26 % par rapport à l'exercice précédent; la distribution de matériel d'injection sécuritaire a également augmenté de 20 %. On a également observé une augmentation importante du nombre de programmes offrant du matériel d'inhalation sécuritaire et de la quantité de matériel distribué.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES

Les organismes ont continué à déclarer offrir chaque semestre des services de soutien à environ 14 000 personnes, dont la plupart vivent avec le VIH (70 %), sont touchées par le VIH (14 %) ou sont à risque de le contracter (11 %).

Le nombre de femmes et de transgenres utilisant les services de soutien a légèrement augmenté en 2011-2012, malgré une baisse du nombre de nouveaux diagnostics chez les femmes. Ce groupe représentait plus du tiers des clients dans toutes les régions, à l'exception de la région d'Ottawa et de l'Est, et plus de la moitié des clients des services de soutien dans le Nord et le Centre-Est. Les femmes sont plus constantes dans leur recours aux services de soutien. Comme un grand nombre de femmes infectées ont récemment immigré, leurs besoins en matière de soutien risquent d'être plus grands.

Le nombre de nouveaux clients des services de soutien en 2011-2012 surpassait le nombre de nouveaux diagnostics, ce qui indique peut-être que les gens se tournent vers les services communautaires au besoin au cours de leur vie avec le VIH et pas nécessairement tout de suite après avoir obtenu leur diagnostic. La plupart des gens ont tendance à utiliser des services de façon sporadique, selon leurs besoins.

En 2011-2012, on demandait à l'aide de l'OERVSCO l'âge des nouveaux clients : une proportion importante d'entre eux sont âgés de plus de 40 ans, ce qui cadre avec les tendances relatives aux nouveaux diagnostics. Par ailleurs, l'Ontario continue d'observer un grand nombre de personnes vieillissant avec le VIH. Presque la moitié de tous les clients des services de soutien, toutes régions confondues, sont âgés de plus de 40 ans. Compte tenu du « grisonnement » de la population atteinte du VIH, les programmes devront peut-être adapter leurs services en fonction des besoins des clients plus âgés.

Les clients des services de soutien utilisent surtout les services d'aide pratique, de gestion de cas et d'information ainsi que les services d'aiguillage et de counselling.

Les programmes d'aide financière offerts au client (un total de 758 680 \$ en 2011-2012) servent principalement au transport et à l'alimentation. Le transport, pour se rendre à un rendez-vous médical ou en revenir, par exemple, continue de poser une difficulté à nombre de clients, surtout ceux qui habitent dans des régions rurales et éloignées.

On a, pour la première fois, demandé aux organismes de fournir des données au sujet du décès des clients. Ils ont déclaré un total de 145 décès; toutefois, comme les clients peuvent recourir aux services de plus d'un organisme (surtout à Toronto), le véritable nombre de décès est peut-être légèrement inférieur. Les taux de décès étaient particulièrement élevés dans le Nord, dans le Sud-Ouest et dans le Centre-Est.

RENFORCER LA CAPACITÉ ET AMÉLIORER LA COORDINATION ET LA COLLABORATION

Les programmes continuent d'offrir aux personnes vivant avec le VIH des emplois rémunérés et des postes bénévoles et ils continuent d'attirer et de maintenir en poste un important effectif bénévole, qui représente une valeur de plus de cinq millions de dollars en temps et en compétences.

PART I:

**TENDANCES
RELATIVES AUX
INFECTIONS À VIH**

CONTEXTE : LES BESOINS ET NOS SERVICES

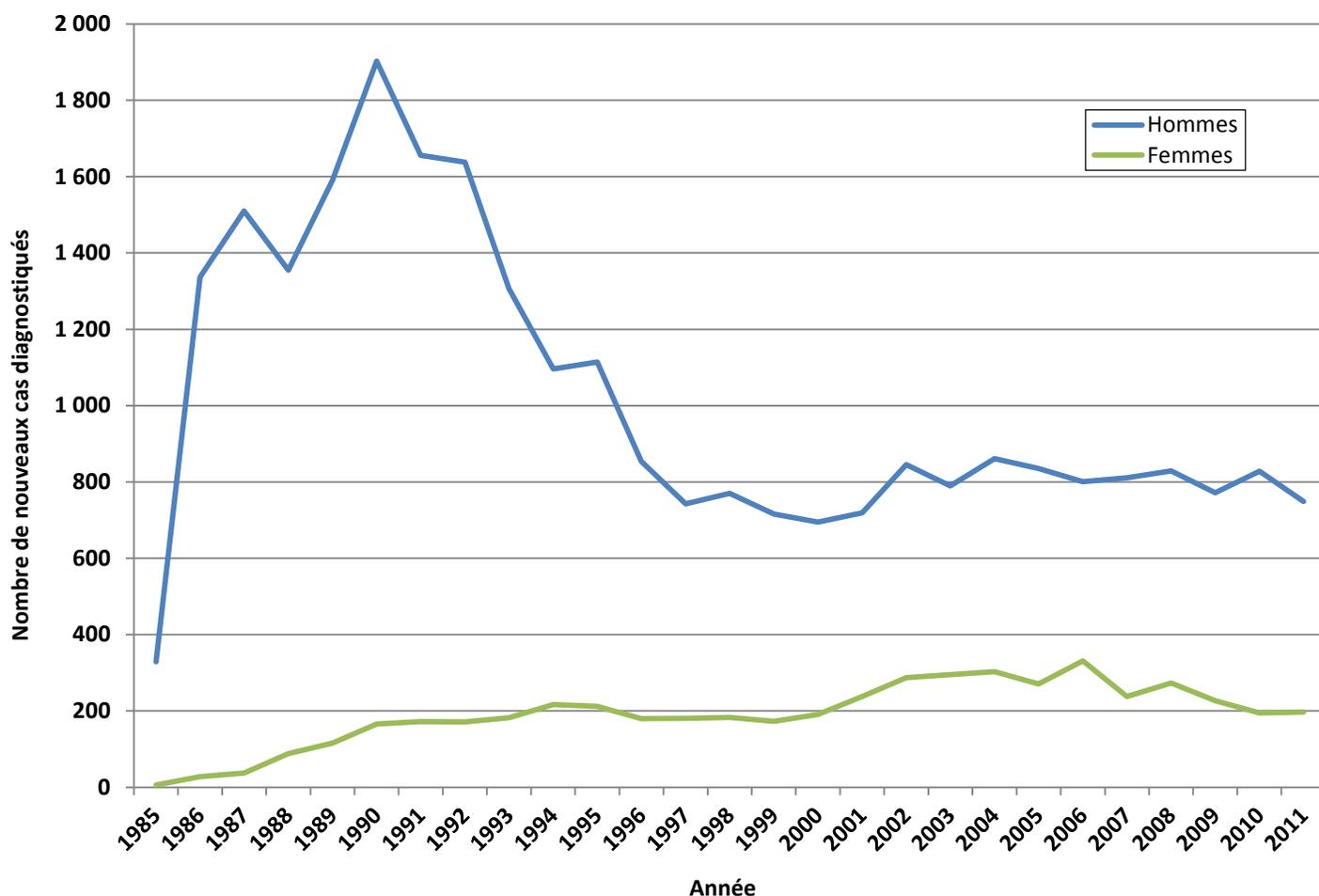
LÉGÈRE BAISSÉ DU NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS EN 2011-2012

Les laboratoires de Santé publique Ontario ont signalé 946 nouveaux diagnostics de VIH en 2011, une baisse d'environ 8 % par rapport aux 1 023 diagnostics établis en 2010 et aux 999 établis en 2009-2010. Le nombre de nouveaux diagnostics chez les hommes (749) était le plus faible depuis 2001, tandis que chez les femmes, le nombre (197) est demeuré presque aussi faible qu'en 2010 (192). Cela laisse croire à un possible retour du balancier à la suite de la hausse du nombre de diagnostics entre 2000 et 2009. (Note : L'Unité de surveillance épidémiologique du VIH en Ontario a récemment mis à jour son analyse des diagnostics de VIH pour éliminer les résultats positifs à des tests de dépistage du VIH répétés, ce qui a entraîné une diminution du nombre de nouveaux diagnostics d'année en année depuis 1996).

Ces chiffres sont encourageants, mais il faudra attendre de voir s'ils sont constants pour déterminer qu'il s'agit d'une tendance. Malgré cette diminution prometteuse du nombre de nouveaux diagnostics, nous observons toujours un taux d'infection constant et continu qui renforce l'importance des programmes de prévention.

NOTE : Les données relatives aux diagnostics du VIH illustrent seulement le nombre de diagnostics ou le taux de dépistage. Elles ne tiennent pas compte des estimations selon lesquelles 20 ou 30 % de gens sont séropositifs sans le savoir parce qu'ils n'ont pas encore passé de test ou obtenu le diagnostic.

Figure 1
Nombre de diagnostics de VIH (rajusté¹) chez les hommes et les femmes selon l'année de diagnostic, Ontario : 1985-2011



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.

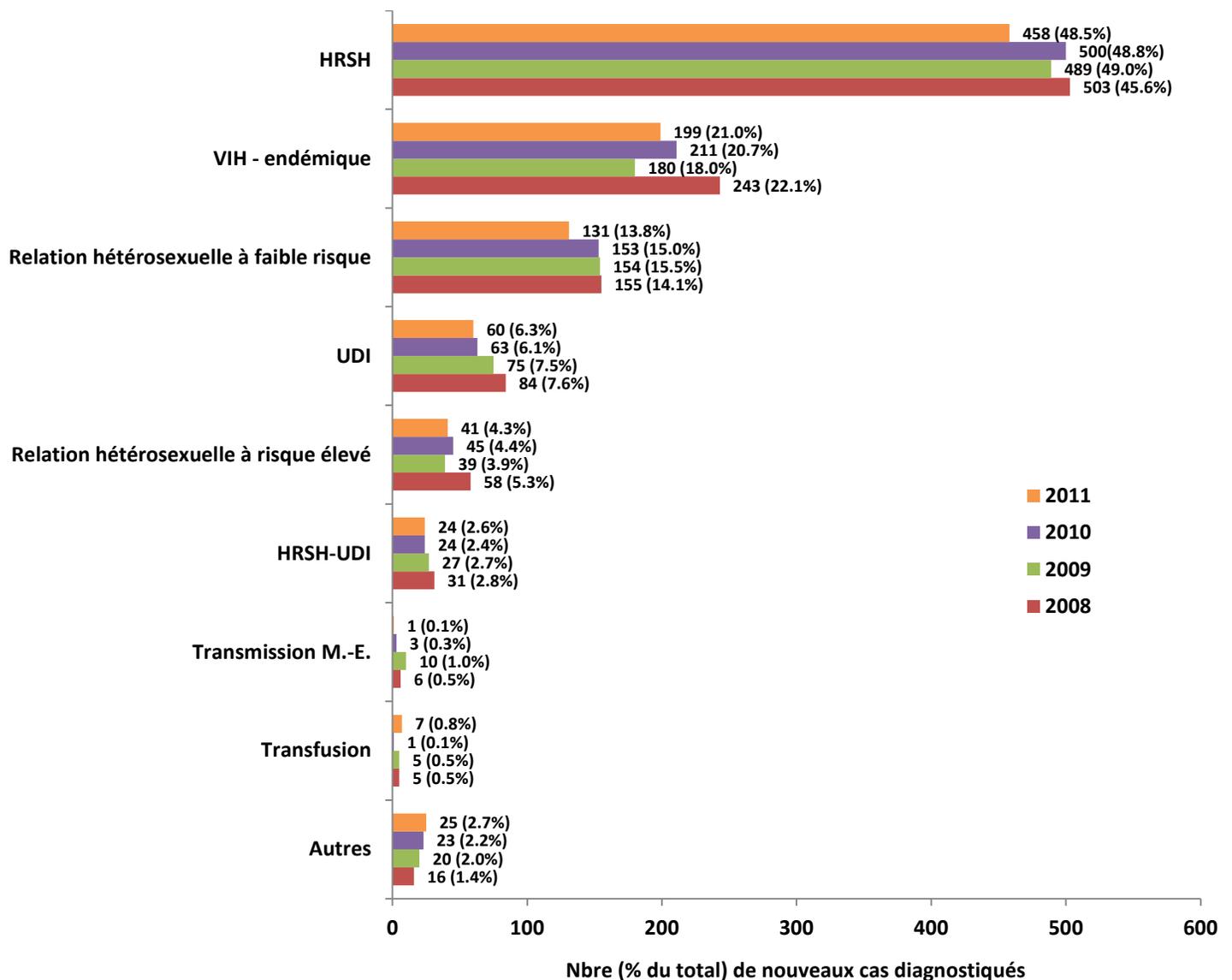
Source : Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Tiré de : <http://www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/Table1.pdf>; consulté le 25 juin 2012

LES HOMMES QUI ONT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES REPRÉSENTENT TOUJOURS MOINS DE 50 % DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS

Les groupes les plus touchés par le VIH en Ontario sont les mêmes au fil du temps. Malgré la baisse du nombre de nouveaux diagnostics chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), ce groupe représente toujours plus de la moitié des cas d'infection nouvellement diagnostiqués lorsque nous incluons la catégorie des HRSH-UDI. En fait, la proportion de nouveaux diagnostics chez les hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes est probablement supérieure à ce qu'indiquent ces statistiques parce que, selon le programme d'identification des donneurs et des receveurs de l'Ontario, certains formulaires de demande d'analyse générale portant la mention « hétérosexuel à faible risque », « hétérosexuel à risque élevé » et « autre » se rattachent à des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Environ un nouveau diagnostic sur cinq s'observe toujours chez les membres des communautés africaines, noires et des Caraïbes, et la consommation de drogues injectables continue d'être le facteur de risque pour 6 à 7 % des nouveaux diagnostics.

Figure 2
Nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués selon l'année du test et la catégorie d'exposition : 2008 à 2011

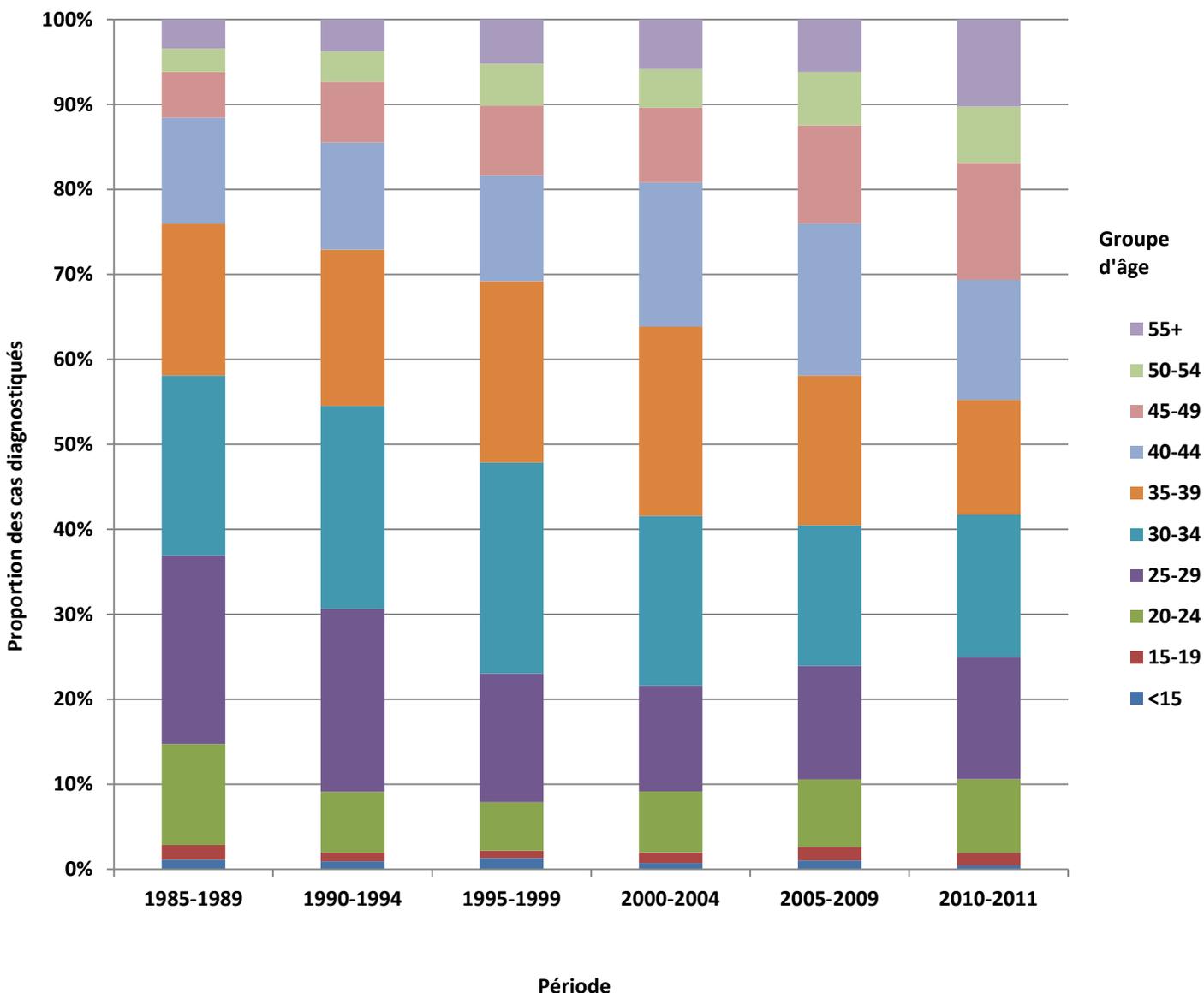


* Les données recueillies dans la catégorie Hétérosexuel comprennent les hétérosexuels qui ont un risque élevé et un faible risque de contracter le VIH/sida. Les hétérosexuels à risque élevé désignent les personnes qui signalent avoir des antécédents sexuels avec une personne réputée être porteuse du VIH ou à risque élevé de l'être (p. ex. hommes bisexuels [seulement pour les femmes], utilisateurs de drogues injectables, personnes provenant d'une région où le VIH est endémique). Les hétérosexuels à faible risque représentent toutes les autres personnes qui ont eu une relation sexuelle avec une personne du sexe opposé qui n'a jamais été déclarée porteuse du VIH, à risque accru de l'être ou étant exposée à un risque quelconque d'infection à VIH. (Lorsqu'on analyse plus en profondeur les cas d'hétérosexuels à faible risque, les activités risquées avec une personne de la catégorie à risque élevé sont souvent déclarées.)

QUARANTE-CINQ POUR CENT DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS S'OBSERVENT CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 40 ANS

Malgré une légère augmentation du nombre de nouveaux diagnostics chez les Ontariens âgés de 20 à 24 ans, la majorité des nouveaux diagnostics s'observent toujours chez les Ontariens plus âgés, et les taux sont généralement à la hausse chez les personnes âgées de 40 ans et plus. Les personnes ayant plus de 40 ans représentent maintenant presque la moitié des nouveaux diagnostics. Nous relevons chez les hommes les mêmes tendances relatives à l'âge au moment du diagnostic que chez les femmes. Toutefois, 61,4 % de la prévalence du VIH chez les hommes s'observe chez les hommes âgés de plus de 40 ans, comparativement à 42,3 % chez les femmes.

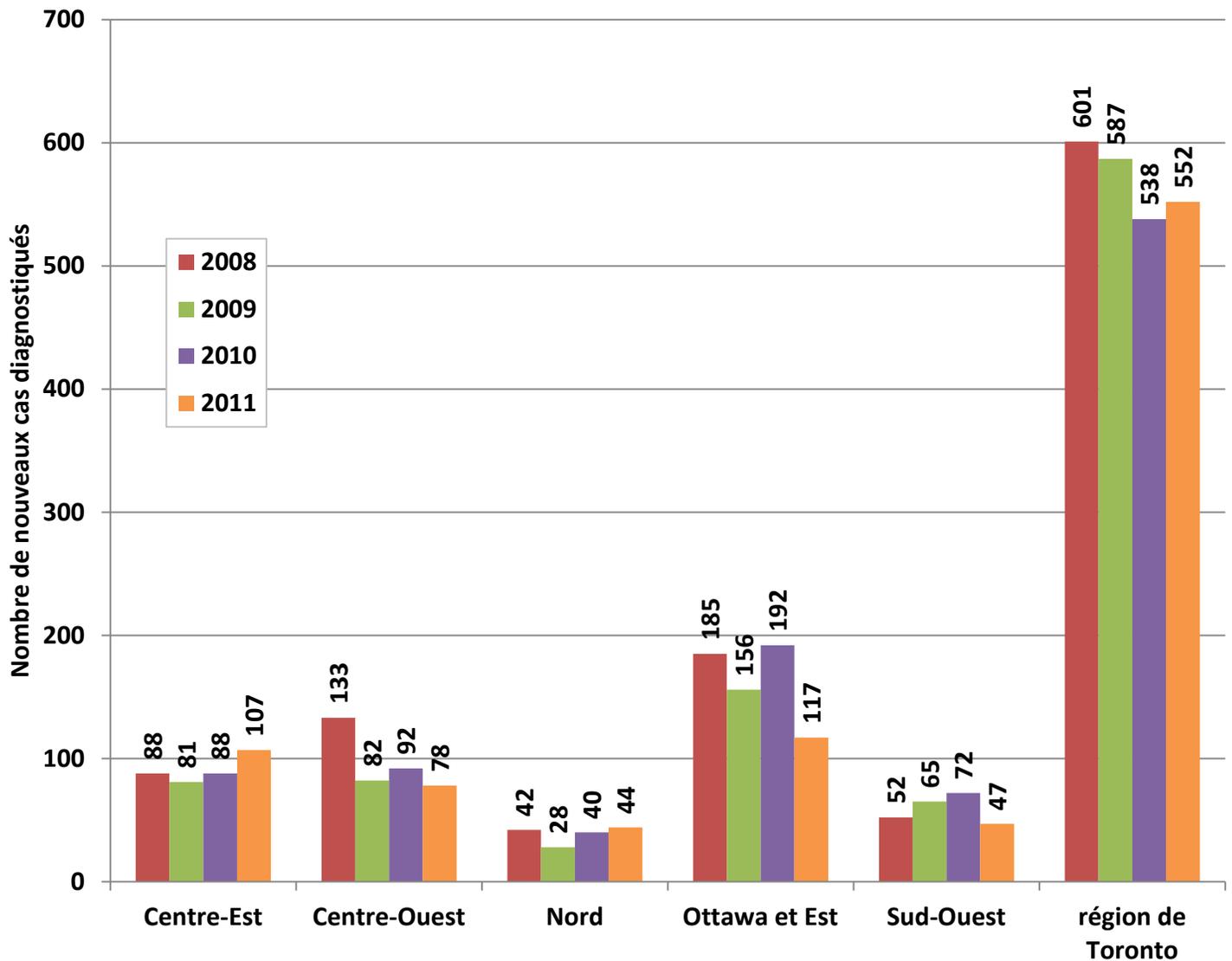
Figure 3
Âge au moment du diagnostic de VIH



AUGMENTATION DU NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS DANS LE CENTRE-EST ET À TORONTO ET DIMINUTION OU STABILITÉ DANS LA PLUPART DES AUTRES RÉGIONS

Les régions de Toronto et du Nord ont observé une légère augmentation du nombre de nouveaux diagnostics en 2011 (4 % et 5 %), tandis qu'Ottawa et le Sud-Ouest ont assisté à une diminution considérable (39 % et 34 % respectivement) et le Centre-Ouest a enregistré une légère baisse (10 %). En 2011, c'était dans le Centre-Est qu'on enregistrait le nombre le plus élevé de nouveaux diagnostics dans les cinq dernières années (107) — une augmentation de 18 % par rapport à 2010.

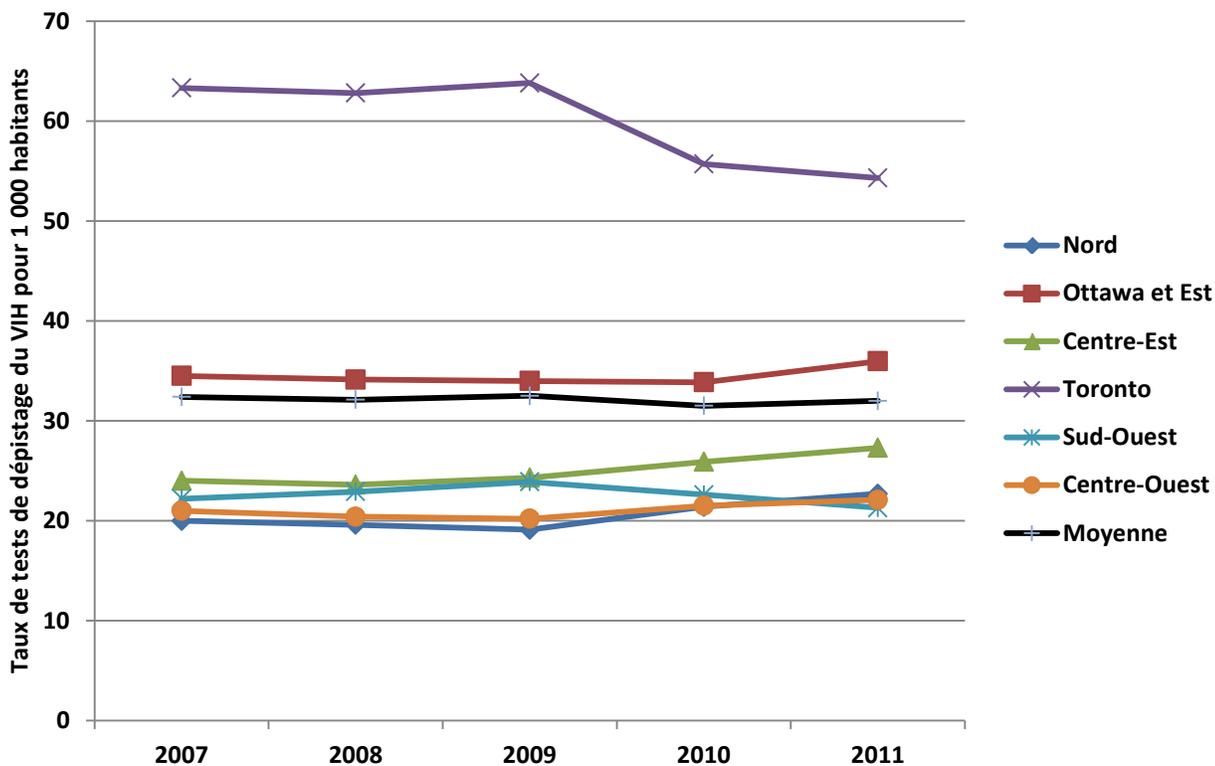
Figure 4
Nouveaux cas diagnostiqués par région



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

En ce qui concerne les taux de dépistage, le nombre de tests de dépistage du VIH effectués chaque année par tranche de 1 000 personnes a augmenté dans toutes les régions sauf Toronto et le Sud-Ouest (figure 5). Il importe de noter que Toronto a assisté à une augmentation du nombre de résultats positifs malgré une proportion de tests inférieure. Cette tendance révèle peut-être que les programmes de dépistage interpellent les personnes qui sont exposées au risque le plus élevé. Le Centre-Ouest et le Nord, qui avaient vu augmenter le nombre de tests en 2011, ont également obtenu plus de résultats positifs aux tests de dépistage; toutefois, la tendance ne s'observe pas à Ottawa, où une proportion plus élevée de la population a été testée, mais où on a enregistré moins de résultats de tests de dépistage positifs.

Figure 5
Nombre de tests de dépistage du VIH par tranche de 1 000 personnes



PART II:

COMMENT NOUS TRAVAILLONS

RÉSEAU COMMUNAUTAIRE LIÉ AU VIH DE L'ONTARIO

Perspectives des services de première ligne traite des activités entreprises dans le cadre de 87 programmes communautaires par 71 organismes différents répartis dans la province, dont 40 organismes de services communautaires liés au sida (OSS), 19 organismes non liés au sida, 8 centres de santé communautaires et 4 autres types d'organismes de soins de santé, qui reçoivent du financement du Bureau de lutte contre le sida et du PACS afin de fournir des services de prévention et de soutien aux personnes atteintes du VIH ou présentant le risque de le contracter, ainsi qu'à leurs partenaires et à leur famille.

Parmi ces 71 organismes :

- 61 administrent des programmes locaux ou régionaux qui offrent des services directs aux clients dans leur région géographique
- 4 sont des organismes provinciaux qui offrent des services directs aux clients dans l'ensemble de la province
- 6 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, comme l'OAHAS et Hemophilia Ontario, 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 6
Organismes provinciaux liés au VIH/sida

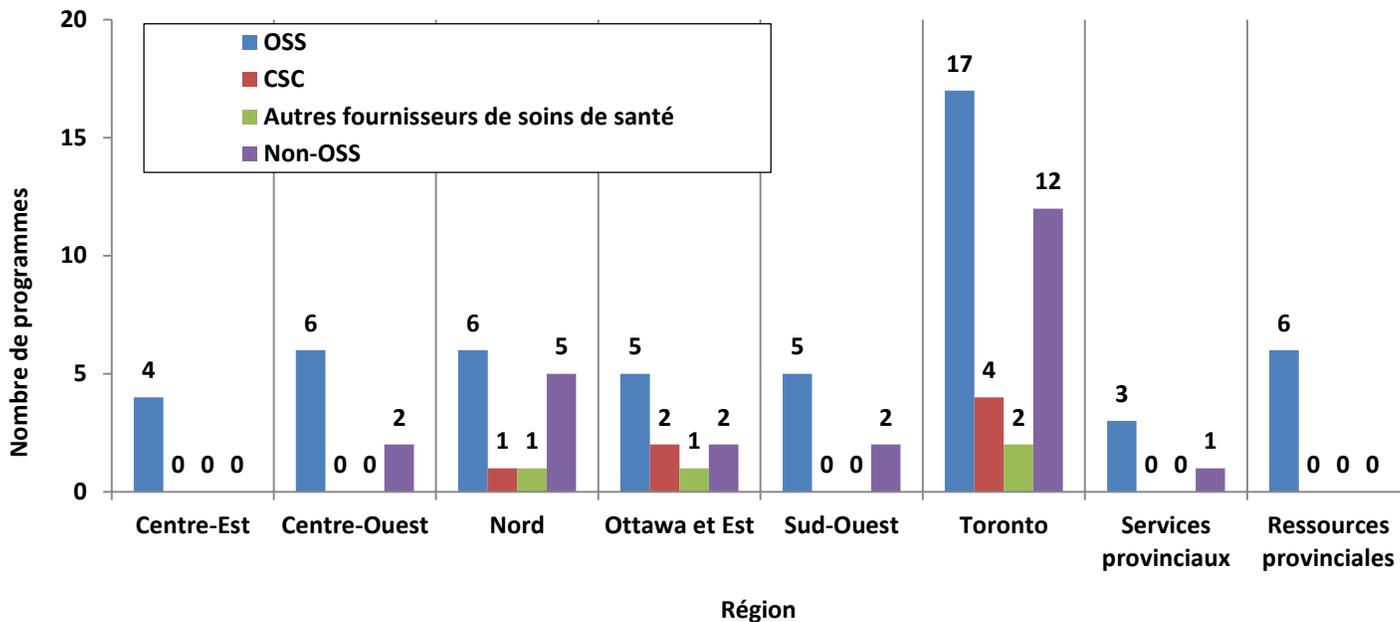
Organismes provinciaux qui fournissent des services directement aux clients	Organismes provinciaux qui servent de ressources à d'autres organismes liés au VIH/sida*
HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) (HALCO) [Clinique d'aide juridique sur le VIH et le sida de l'Ontario]	Conseil des africains et caribéens 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 programmes de ressources provinciales fournissent la formation, des informations, et d'autres services pour rehausser la capacité des autres organismes de services communautaires liés au sida.

LES SERVICES COMMUNAUTAIRES SE TROUVENT PARTOUT DANS LA PROVINCE

Toutes les régions de l'Ontario ont des services communautaires liés au VIH, mais la majorité (dont les programmes de ressources provinciaux) se situent à Toronto, où l'on trouve le plus grand nombre de cas de VIH.

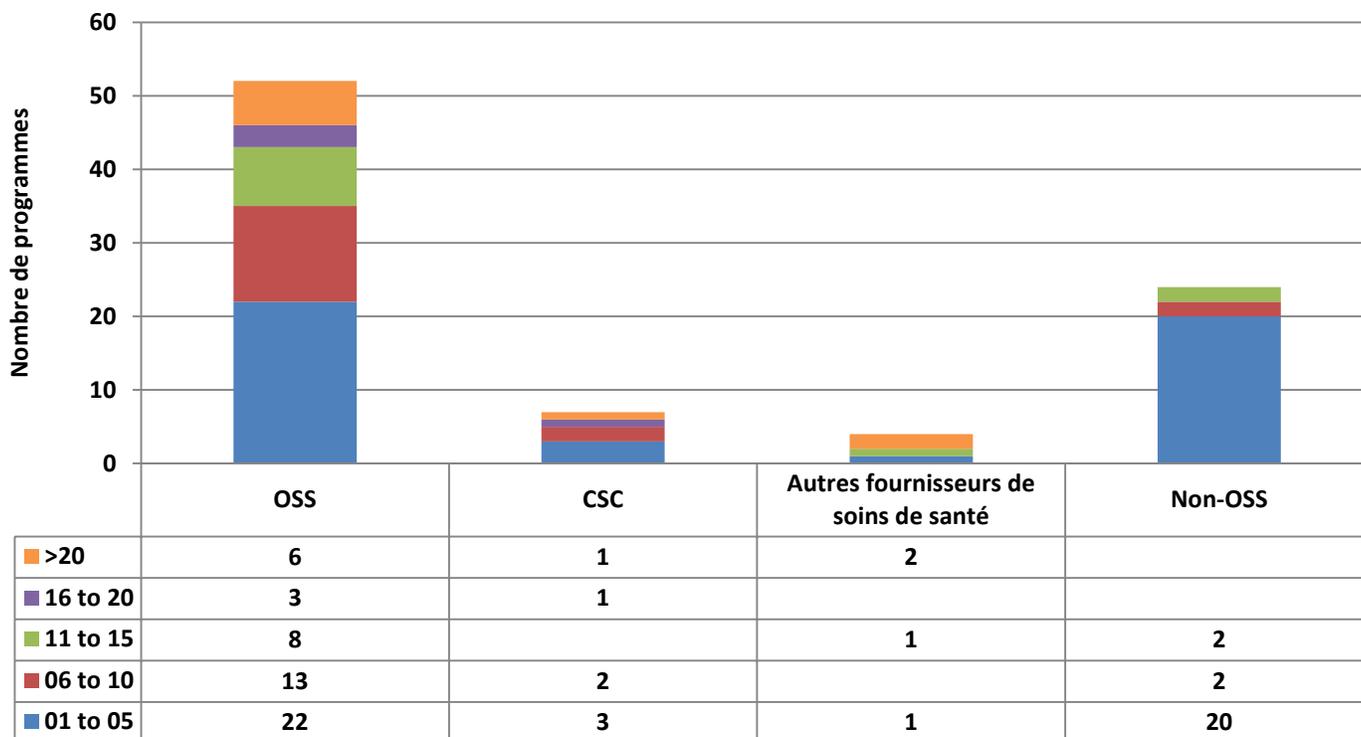
Figure 7
Services communautaires partout dans la province



LA TAILLE ET LA PORTÉE DES PROGRAMMES VARIENT

La taille des programmes communautaires varie beaucoup : plus de la moitié ont un effectif de cinq employés ou moins. Comme on peut l'imaginer, les plus grands programmes se situent dans les grands centres urbains, comme Toronto.

Figure 8
Nombre de programmes selon le type de programme et la taille (nombre d'ETP)

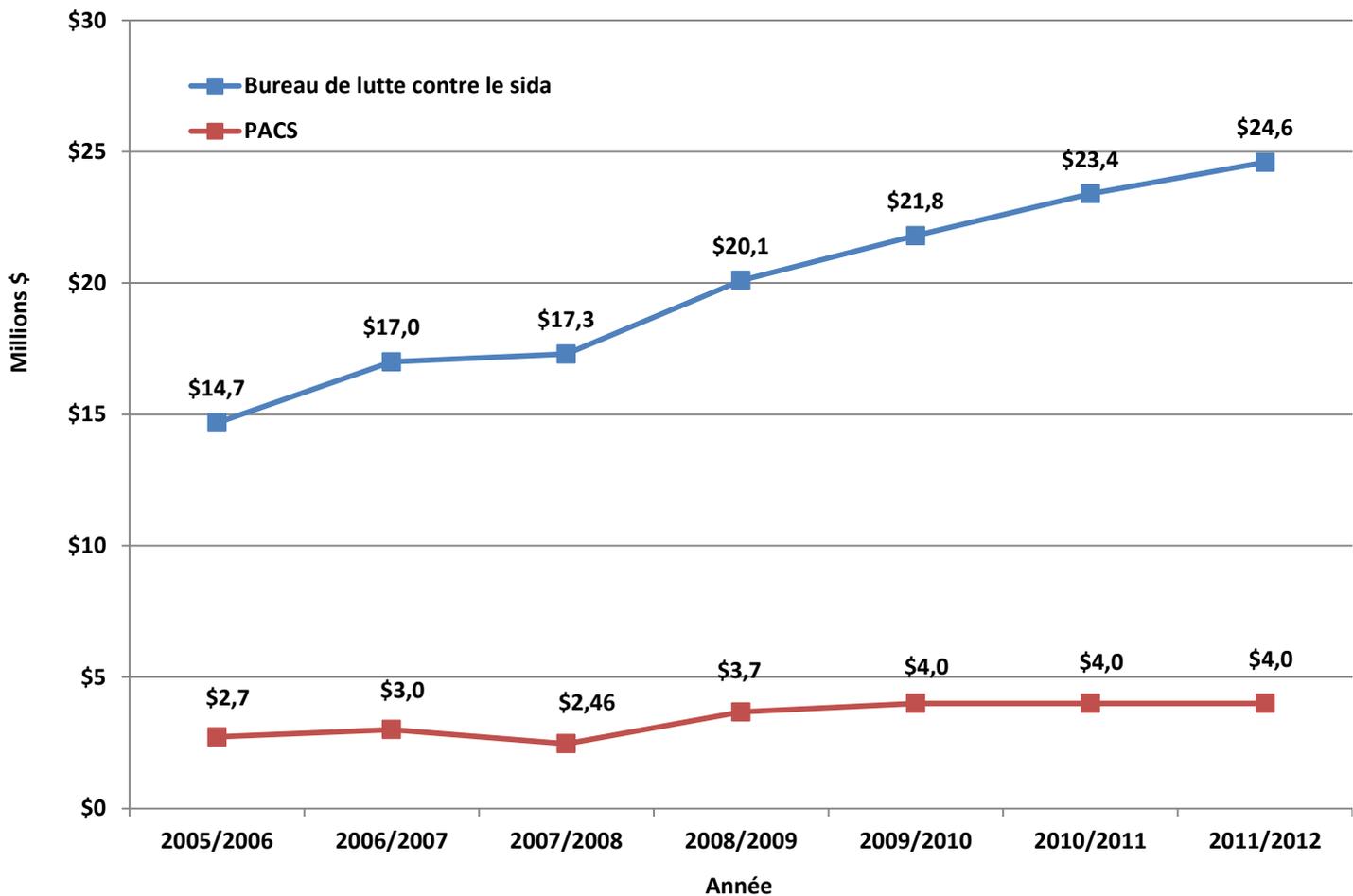


LE FINANCEMENT GOUVERNEMENTAL DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES LIÉS AU VIH A AUGMENTÉ DE PLUS DE 4 % EN 2011

Les 87 programmes du 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 de l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC]) afin qu'ils offrent des services de prévention et de soutien à l'intention des personnes atteintes du VIH ou à risque de contracter le virus.

En 2011-2012, les programmes ont obtenu un total de 28,6 millions de dollars du Bureau de lutte contre le sida et de l'ASPC. Le graphique suivant illustre les tendances en matière de financement au cours des sept dernières années. Le financement du Bureau de lutte contre le sida a augmenté chaque année (de 5 % en 2011-2012), tandis que le financement de l'ASPC est demeuré relativement stable au cours des quatre dernières années.

Figure 9
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 ATTRIBUÉ EN FONCTION DES BESOINS LIÉS AU VIH

En ce qui a trait à la répartition des fonds dans la province, le pourcentage le plus élevé (47 % en 2011-2012) des fonds a été attribué à des organismes situés à Toronto, ville qui compte le plus grand nombre de programmes et le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH et à risque. Toutefois, le financement a augmenté de façon constante dans toutes les régions au cours des quatre dernières années.

De nombreux organismes situés à Toronto offraient également des services directs aux gens à l'extérieur de Toronto ou des services dans le cadre de programmes communautaires liés au sida partout dans la province. Environ 3,5 % du financement reçu par les programmes torontois sert à financer des programmes et des services provinciaux.

LES OSS DÉPENDENT DU FINANCEMENT GOUVERNEMENTAL

Note : L'information sur le financement présentée ci-dessous est fondée sur les données de l'OERVSCO fournies par les organismes plutôt que sur les dossiers des bailleurs de fonds. Elle inclut seulement les fonds accordés à 29 organismes de services liés au sida dans la province et n'inclut pas les fonds versés aux organismes non liés au sida, aux centres de santé communautaires ou à des programmes mis en œuvre dans d'autres établissements de soins de santé, parce que nous ne disposons pas de données complètes sur la gamme de sources de financement de ces autres organismes.

Les 29 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 programmes du gouvernement fédéral représentent 79 % du financement total que les organismes ont déclaré avoir reçu en 2010-2011.

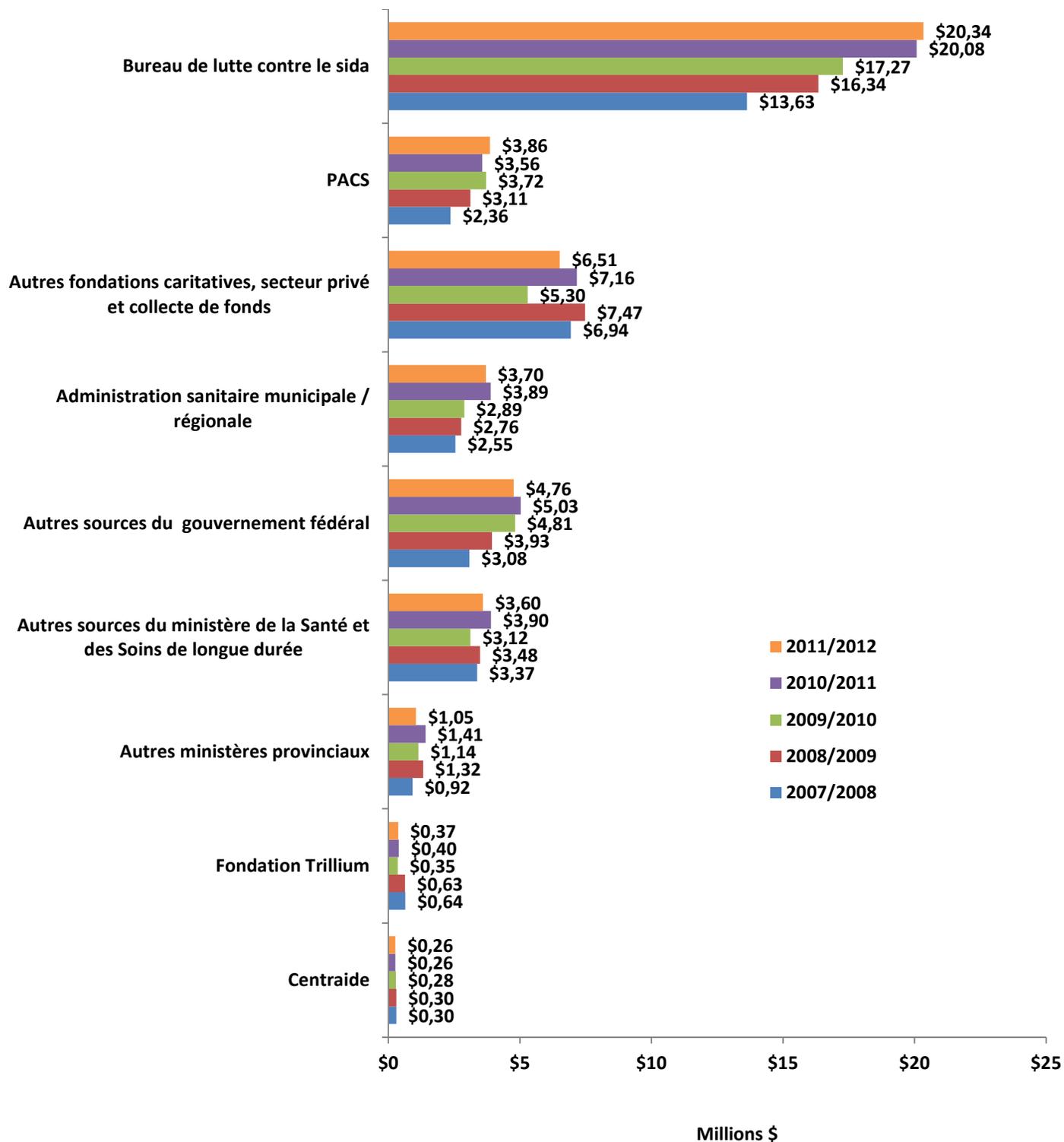
Figure 10
Sources de financement déclarées par les OSS

	Source	Amount (\$)	%
Gouvernement de l'Ontario	Bureau de lutte contre le sida	20 338 042	43
	Autres sources du ministère de la Santé et des Soins de longue durée	3 598 497	8
	Autres ministères provinciaux	1 049 518,36	3
Gouvernement fédéral	PACS	3 859 085	8
	Autres sources du gouvernement fédéral	4 762 165	10
Local	Municipal / Regional Health Authority	3 696 247	8
Secteur privé	Autres fondations caritatives, secteur privé, activités de collecte de fonds	3 194 259,23	7
	Activités de collecte de fonds	3 317 337,23	7
Financement non gouvernemental	Trillium	372 385,05	1
	Centraide	260 434,05	1
Autre	Autre	2 574 860	5
Total global		47 022 829,33	100
		Highlighted Sources	79

Malgré l'augmentation de 5 % du financement du Bureau de lutte contre le sida, les 29 OSS ont déclaré que le financement reçu avait diminué de plus de 900 000 \$ en 2011-2012 par rapport à 2010-2011. Au cours de la dernière année, les OSS ont obtenu seulement 7 % de leur financement du secteur privé et des activités de collecte de fonds comparativement à 15 % en 2010-2011. Au total, 15 des 29 organismes de services liés au sida ont signalé que le financement non gouvernemental avait chuté de plus de 10 %. Ils ont ajouté qu'ils obtenaient moins de fonds des administrations municipales et des administrations sanitaires régionales, qui connaissent également des contraintes budgétaires.

Note : Nous avons examiné le montant relativement élevé (5 % du financement global) inscrit dans la catégorie « Autre ». Une importante proportion représente des fonds des réseaux locaux d'intégration des services de santé ou d'autres sources qui auraient pu être placés dans la catégorie du secteur privé ou du financement non gouvernemental.

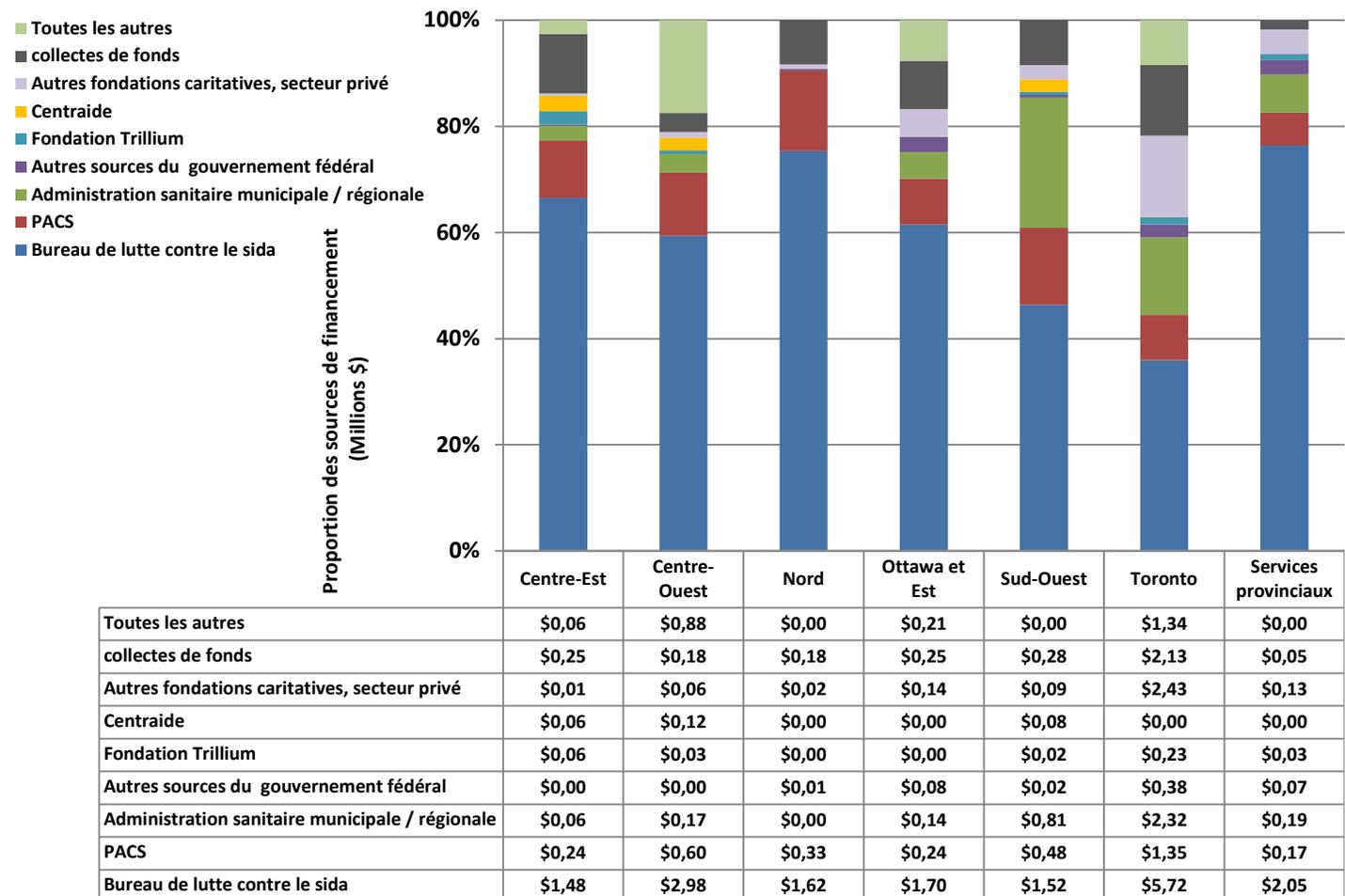
Figure 11
Sources de financement des OSS



CERTAINES RÉGIONS ONT UNE PLUS GRANDE CAPACITÉ EN MATIÈRE DE COLLECTE DE FONDS

La figure 12 constitue une comparaison de la proportion de financement dans chaque région selon la source de financement. Elle montre clairement que certaines régions, comme le Nord, le Centre-Est, Ottawa et le Centre-Ouest, dépendent plus du financement du Bureau de lutte contre le sida et du PACS que le Sud-Ouest et Toronto. Le Sud-Ouest et Toronto en particulier ont réussi à obtenir une proportion considérable de leurs fonds de l'administration municipale ou de l'administration sanitaire régionale (RLISS). La figure 12 met également en lumière l'importance du rôle de la collecte de fonds dans la plupart des régions. Parmi toutes les régions, Toronto est celle qui a le mieux réussi à obtenir des fonds à l'aide d'activités de collecte et auprès de fondations caritatives et du secteur privé. Cela s'explique probablement par la grande quantité de personnes vivant avec le VIH, de programmes et de donateurs dans un grand centre urbain.

Figure 12
Sources de financement par région – 2011-2012 (en millions \$)



NOUVEAUX ENJEUX, NOUVELLES TENDANCES

Le financement et la stabilité et la viabilité financières sont toujours un problème.

1. Que signifient pour le secteur les tendances actuelles au chapitre de la collecte de fonds?
2. Quelles stratégies emploie-t-on dans les programmes pour solliciter le RLISS?

PART III:

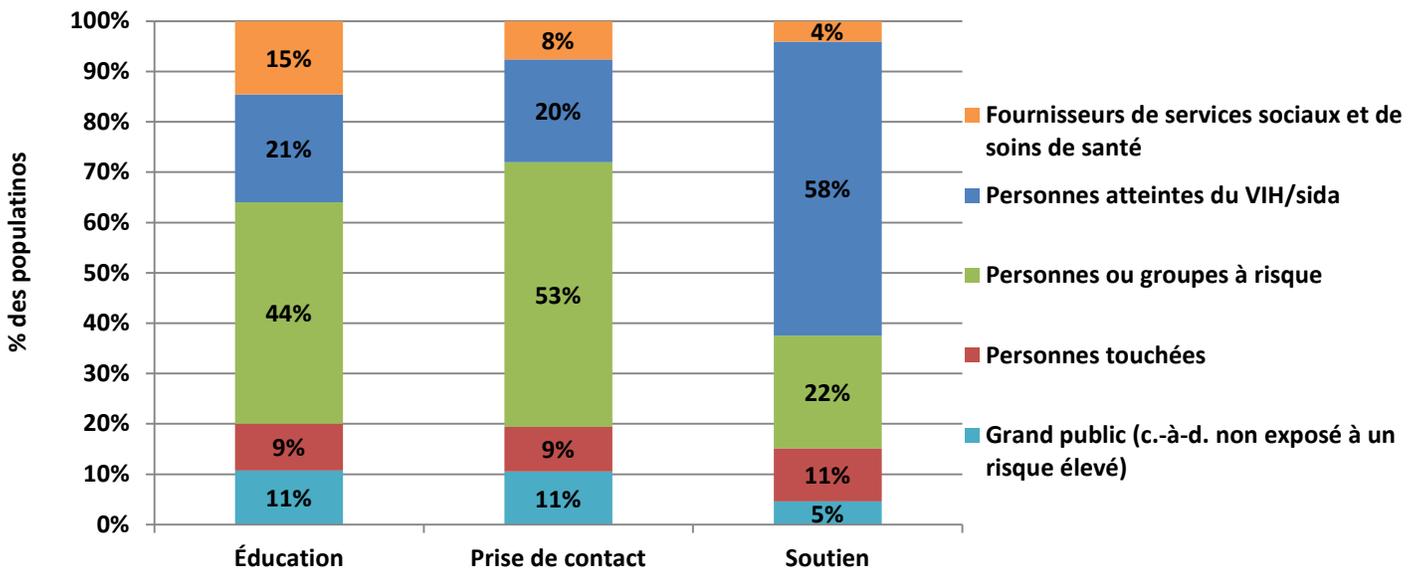
**LA CLIENTÈLE
QUE NOUS
SERVONS**

SERVICES COMMUNAUTAIRES LIÉS AU VIH EN ONTARIO

Les organismes d'action communautaire sur le VIH en Ontario ont déclaré principalement servir les personnes vivant avec le VIH ou à risque de contracter le virus. Ils offrent également des services aux personnes touchées par le VIH (p. ex. partenaires, famille et amis des personnes ayant le VIH), à d'autres organismes qui servent les personnes porteuses du VIH ou les groupes à risque, et au grand public.

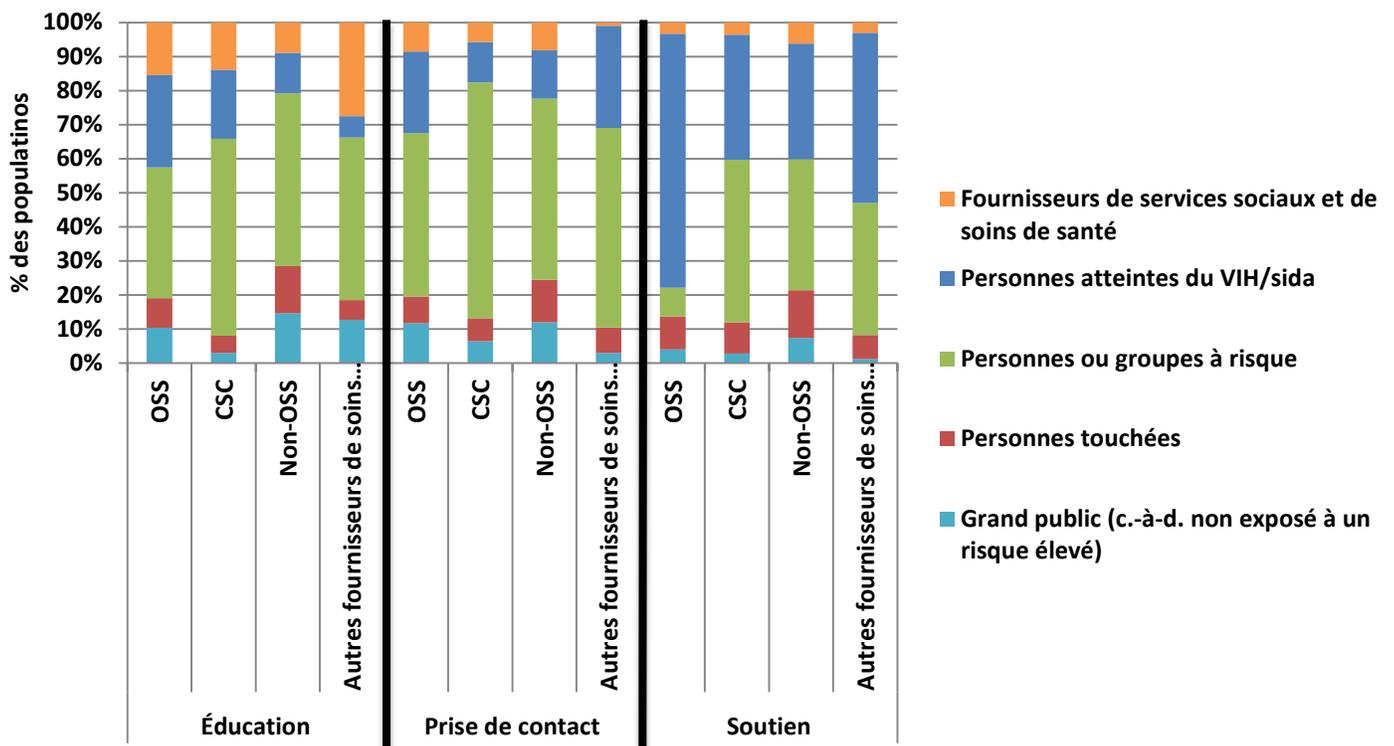
Les programmes d'éducation et de prise de contact ciblent principalement les personnes à risque, alors que les programmes de soutien servent surtout les personnes vivant avec le VIH.

Figure 13
Proportion des groupes cibles par type de services : 2011-2012 S2



Si on se penche sur les groupes que cible chaque service par type d'organisme (figure 14), il est clair que les OSS axent davantage leurs activités sur les personnes vivant avec le VIH (segments bleu foncé), tandis que d'autres organismes axent davantage leurs activités sur les personnes à risque (segments verts). Les OSS ciblent davantage les personnes vivant avec le VIH dans le cadre de programmes d'éducation et de prise de contact que d'autres types d'organismes, tandis que ces derniers sont plus susceptibles que les OSS de se concentrer sur l'offre de services de soutien à l'intention des personnes à risque. Comme le souligne le rapport de l'an dernier, on ignore pourquoi un organisme offrirait des services de soutien à des membres du grand public qui ne présentent pas un risque élevé. Ce problème semble toucher davantage les organismes non liés au sida que d'autres types d'organismes.

Figure 14
Groupes cibles selon le service et le type d'organisme : 2011-2012 S2



LES PROGRAMMES SERVENT-ILS LES BONS CLIENTS?

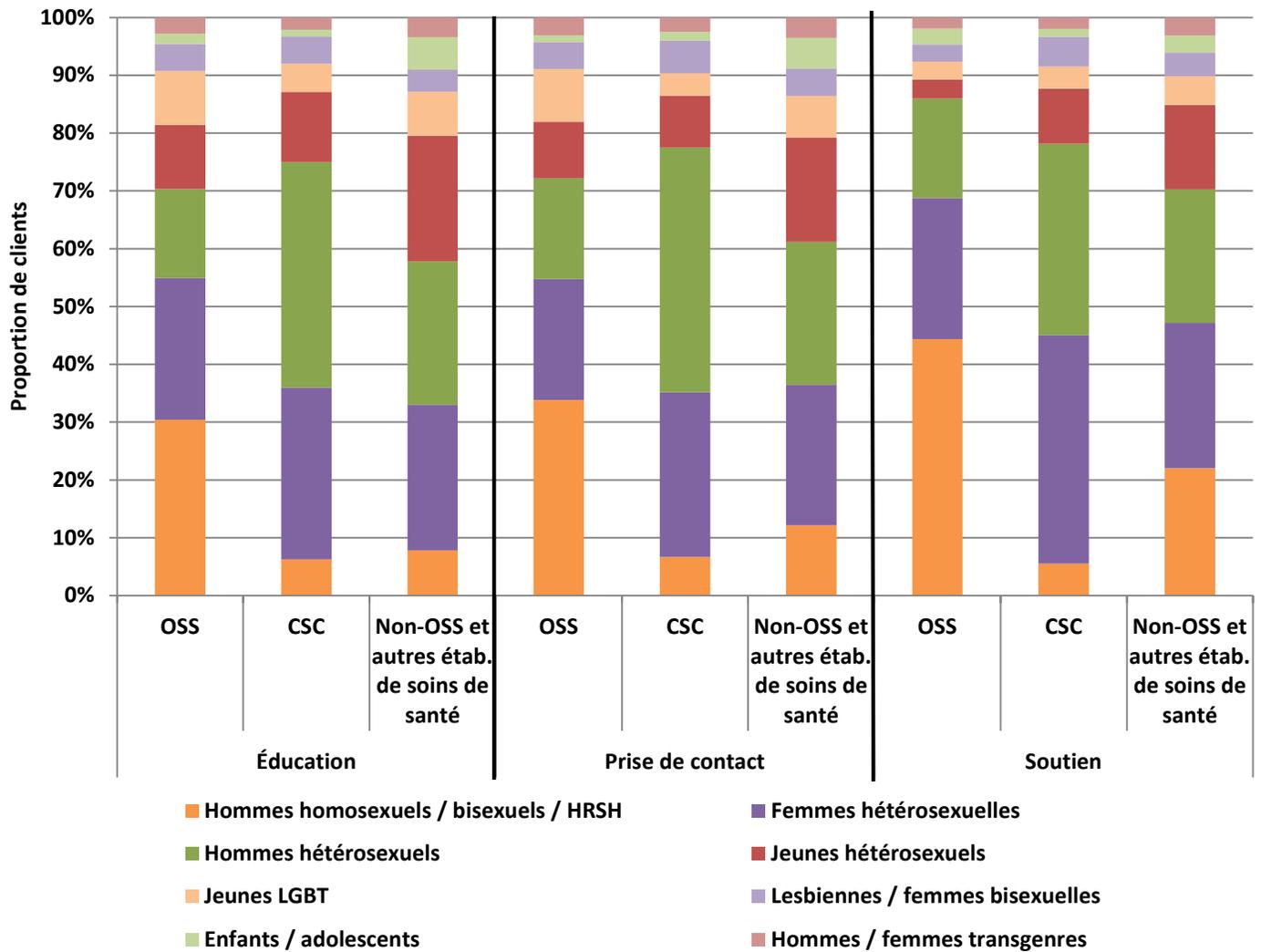
Cinquante pour cent des nouveaux diagnostics concernent des hommes homosexuels, lesquels représentent plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH. Lorsqu'on leur a posé des questions au sujet de la composition de leur clientèle, les organismes ont répondu qu'ils estimaient qu'entre 8 et 44 % des utilisateurs de leurs services, selon le type de service (éducation, prise de contact ou soutien) et le type de programme (organismes de services liés au sida, centres de santé communautaires, organismes non liés au sida et autres établissements de soins de santé), étaient des hommes homosexuels et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. La variation de la proportion d'hommes homosexuels parmi les clients s'explique en partie par le mandat particulier de chaque organisme. Comparativement à des organismes qui œuvrent dans d'autres contextes, les OSS, dont le mandat est précisément de servir les gens atteints du VIH ou à risque de le contracter, signalent une proportion plus élevée d'hommes homosexuels et d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes parmi leur clientèle et une plus faible proportion de jeunes hétérosexuels. Par ailleurs, le mandat des CSC est de servir un groupe particulier, comme des gens qui consomment des drogues injectables et d'autres substances et les communautés africaines, noires et des Caraïbes, alors il est normal qu'ils enregistrent moins de visites d'hommes homosexuels et plus de visites de femmes et d'hommes hétérosexuels.

Cela dit, une proportion considérable de la clientèle des services d'éducation (15 %), de prise de contact (13 %) et même de soutien (87 %) dans le cadre de tous les programmes est constituée de jeunes hétérosexuels — davantage que de jeunes LGBT. Ces clients sont-ils exposés à un risque (p. ex. parce qu'ils consomment de la drogue, vivent dans la rue ou sont membres des communautés africaines, noires et des Caraïbes)? Ou considère-t-on qu'il s'agit d'un moyen d'atteindre les jeunes homosexuels qui ne sont pas nécessairement « sortis du placard »? Les organismes d'action communautaire sur le VIH devraient-ils offrir autant de services aux jeunes hétérosexuels, ou d'autres organisations sont-elles mieux placées pour combler les besoins de ces jeunes sur le plan de l'éducation et de la prise de contact?

Les hommes homosexuels comptent pour plus de 50 % des victimes de l'épidémie, mais seulement pour 30 à 33 % des clients des services d'éducation et de prise de contact au sein des OSS. Les raisons qui sous-tendent cet écart ne sont pas claires. Les hommes homosexuels ont-ils moins besoin de ces services? Obtiennent-ils l'information ou les services ailleurs? Doivent-ils surmonter des obstacles pour utiliser les services communautaires? Les programmes communautaires doivent-ils être réaménagés pour atteindre les hommes homosexuels et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes?

Figure 15

Proportion de clients par type d'organisme selon les services d'éducation, de prise de contact et de soutien : 2011-2012 S2

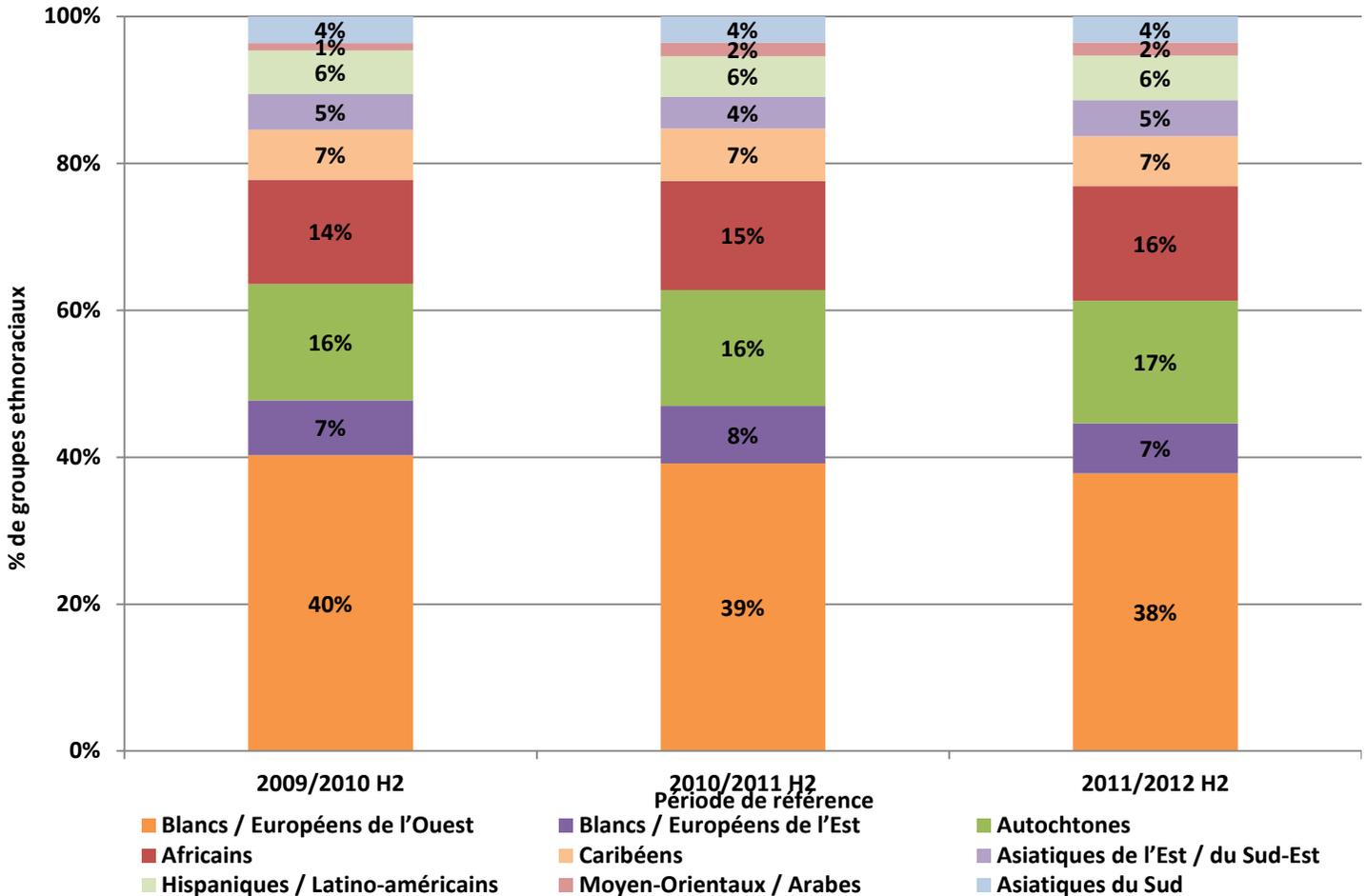


LES SERVICES SONT-ILS ADAPTÉS À LA CULTURE?

Sur le plan de l'ethnicité, la proportion de clients appartenant à différents groupes ethnoraux que les organismes déclarent servir a peu changé. La proportion de Blancs et d'Européens occidentaux continue de diminuer légèrement, tandis que la proportion d'Autochtones et d'Africains a légèrement augmenté.

À la lumière de notre savoir concernant les groupes ethnoculturels touchés par l'épidémie en Ontario, cette composition de services en fonction de la culture semble adéquate

Figure 16
Pourcentage moyen de services fournis selon le groupe ethnoral



L'OERVSCO ne contient pas de questions précises au sujet du nombre de nouveaux arrivants servis ou de programmes à l'intention des nouveaux arrivants, mais, sur le plan du besoin et de la capacité en matière de services adaptés à la culture, nous avons pu obtenir des renseignements de la part des organismes financés par le PACS. Dans leur modèle logique, ils ont indiqué qu'un plus grand nombre de nouveaux arrivants demandaient leurs services et qu'un plus grand nombre de fournisseurs de services participaient à des ateliers axés sur la compétence culturelle et les communautés de nouveaux arrivants.

UN PLUS GRAND NOMBRE DE CLIENTS ÉPROUVENT DES PROBLÈMES LIÉS AU CHÔMAGE, À LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET À LA SANTÉ MENTALE

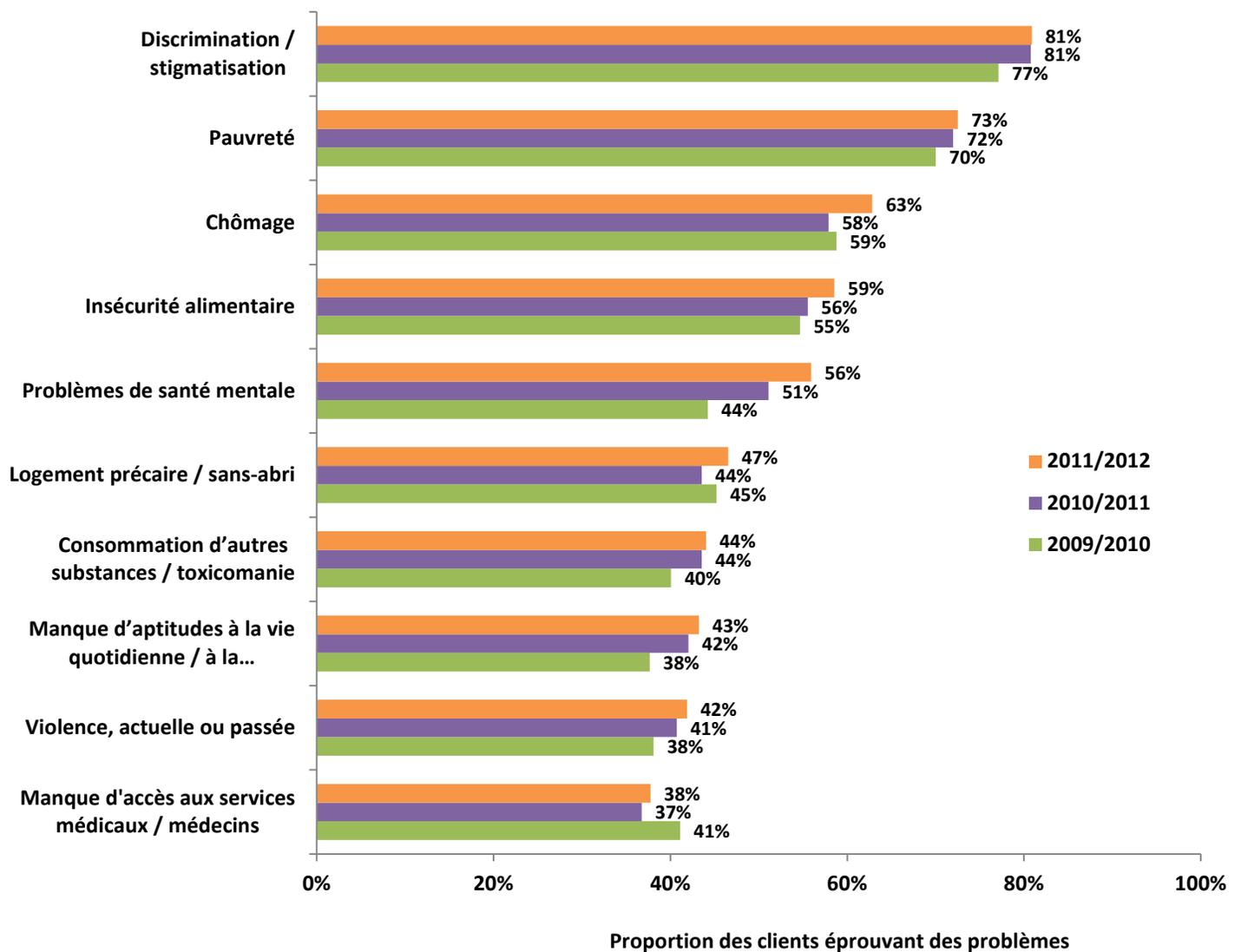
Le classement relatif des problèmes de santé et sociaux qu'éprouvent les clients n'a pas changé; toutefois, les organismes signalent une plus grande proportion de personnes maintenant aux prises avec des problèmes liés au chômage, à la sécurité alimentaire, à la santé mentale, à la dynamique de la vie et à la violence, entre autres. La stigmatisation et la discrimination sont des problèmes qui persistent, bien que l'épidémie sévisse depuis plus de 30 ans. Il serait utile d'en savoir davantage au sujet de la stigmatisation que connaissent les clients et de la mesure dans laquelle elle est le fruit du VIH par opposition à d'autres facteurs comme l'homophobie, le racisme et la stigmatisation se rattachant à la consommation de drogues. Compte tenu de ces tendances relatives aux déterminants sociaux de la santé, les organismes devront peut-être élaborer différents services et créer des partenariats plus solides avec différents organismes dans leur collectivité. Quelles stratégies emploient les organismes pour combler ces besoins croissants?

Au chapitre de l'accès aux services médicaux, presque 40 % des clients semblent faire face à des obstacles.

Ces données sont fondées sur les estimations des organismes. À l'avenir, nous nous efforcerons de recueillir plus de données quantifiables par l'intermédiaire d'OCASE afin de déterminer à quel point ces estimations reflètent la réalité.

Figure 17

Proportion de clients faisant face à des difficultés sociales et de santé : 10 principaux problèmes

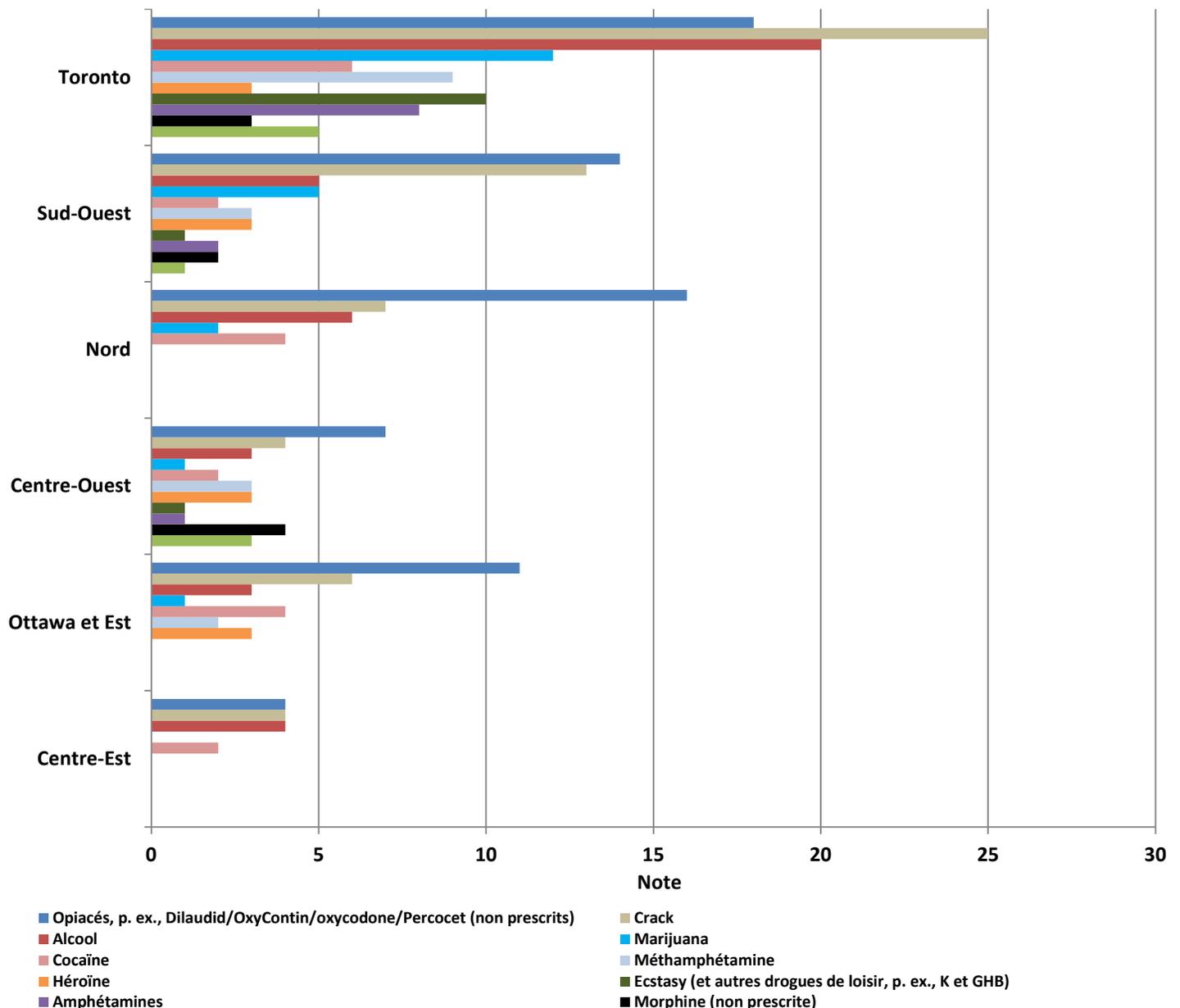


LA CONSOMMATION D'OPIACÉS, DE CRACK ET D'ALCOOL INFLUE SUR LA CONSOMMATION

En moyenne, 43 % des clients ont des problèmes de consommation. Cette proportion est beaucoup plus élevée dans certaines régions de la province, comme le Nord (62 %), Ottawa et l'Est (56 %) et le Sud-Ouest (45 %).

Selon les responsables de nos programmes financés, les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter consomment le plus souvent des opiacés, du crack et de l'alcool, bien que les tendances en matière de consommation varient selon l'endroit dans la province. (Voici comment est calculée la note dans la figure 18 : on attribue trois points à la drogue classée au premier rang sur le plan de la consommation, deux points à celle qui arrive au deuxième rang et un point à celle qui arrive au troisième rang). Il faudra déterminer si le retrait du marché d'Oxycontin et la transition à Oxyneo auront une incidence sur la substance de choix des sujets (p. ex. consommation d'héroïne accrue) et les tendances en matière de consommation.

Figure 18
Consommation de drogues par région : 2011-2012 S2



PART IV:

**L'IMPACT DES
INVESTISSEMENTS
DANS LES SERVICES
COMMUNAUTAIRES
LIÉS AU SIDA**

La présente section du rapport traite particulièrement des activités de programmes et de leur incidence sur nos quatre objectifs ou résultats escomptés communs :

1. Améliorer les connaissances et la sensibilisation
2. Améliorer l'accès aux services
3. Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
4. Améliorer la coordination et la collaboration communautaires

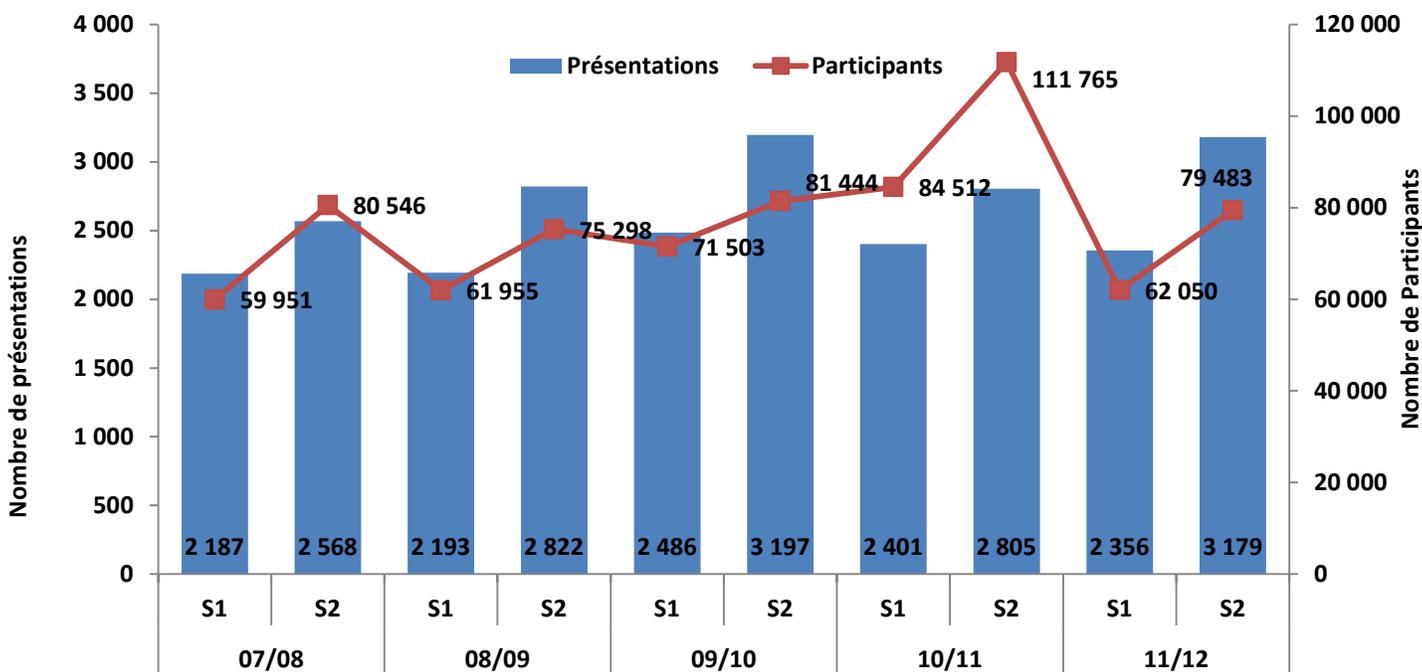
1. AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET LA SENSIBILISATION

L'un des principaux objectifs communs des programmes communautaires liés au VIH/sida est d'éduquer les personnes à risque ou vivant avec le VIH afin de les sensibiliser au VIH, aux facteurs de risque de contracter le virus ou de faire progresser la maladie ainsi qu'aux facteurs de protection (c.-à-d. qui peuvent améliorer leur santé et leur bien-être). Les programmes d'éducation ne se limitent pas à la diffusion de connaissances. Ils permettent aussi d'acquérir les compétences et les ressources nécessaires pour mettre en application les connaissances en vue de la réduction du risque et de créer les services qui aident à réduire le risque.

LES EXPOSÉS CIBLENT DE PLUS PETITS GROUPES

Les organismes financés ont présenté un plus grand nombre d'exposés éducatifs en 2011-2012 que durant l'exercice précédent, mais ils ont atteint moins de participants. Une proportion considérable de la baisse du nombre de participants était attribuable à un organisme qui semble avoir présenté moins d'exposés à des étudiants du secondaire l'an dernier. Le Bureau de lutte contre le sida et le PACS considèrent qu'il s'agit d'une tendance positive, car elle dénote une plus grande prise de responsabilité par d'autres partenaires communautaires (comme les écoles ou les unités de santé publique) afin d'assurer l'éducation générale en matière de santé sexuelle dans les écoles, ce qui libère des ressources dans les OSS, lesquels peuvent axer leurs efforts sur l'éducation, la prise de contact et le soutien à l'intention des jeunes LGBT ou par ailleurs exposés à un risque. En général, les organismes ont déclaré une hausse de la demande dans les écoles en raison du projet de loi 13; les écoles cherchent de l'aide pour créer des espaces sécuritaires à l'intention des jeunes LGBT, ce qui constitue un rôle essentiel que les organismes communautaires sont bien en mesure d'assumer.

Figure 19
Nombre de présentations éducatives et de participants par période de référence



En 2011-2012, le nombre moyen de participants par séance d'éducation a chuté, pour passer de 38 à 26. L'atteinte d'un moins grand nombre de participants ne traduit pas un manque d'incidence. La présentation d'exposés devant de plus petits groupes a peut-être en fait une plus grande incidence qu'un exposé présenté à un grand groupe parce que les participants auront davantage la possibilité de poser des questions et de discuter de stratégies en vue de réduire le risque.

Le nombre d'exposés ne brosse pas un portrait global des programmes d'éducation sur le VIH en Ontario. Les OSS adaptent constamment leurs programmes d'éducation en fonction des besoins en évolution. En 2011-2012, les organismes ont déclaré une demande accrue pour les services suivants :

- Éducation et soutien centrés sur les femmes (dont les femmes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les LGBTBA)
- Éducation axée sur le soutien des PVVS vieillissantes
- Ateliers à l'intention d'un jeune public (sixième à huitième années)
- Soutien aux nouveaux arrivants (information/éducation)
- Collaboration avec les travailleurs du sexe

« Les membres de la communauté demandent des ateliers sur les saines relations. Certains membres ont de la difficulté à conserver une relation et demandent de l'aide pour cerner des stratégies en vue de rendre leurs relations fructueuses. Les demandes des écoles augmentent, car les élèves des septième et huitième années commencent à sortir le soir et on craint qu'ils soient poussés à poser des actes sexuels contre leur gré. »

« Besoins changeants d'une population vieillissante, besoin d'aide accru pour cheminer dans le système de santé/services sociaux. Les complexités du VIH chez la population vieillissante causent de nouvelles préoccupations à prendre en compte. »

« Demande accrue des travailleurs du sexe et d'une liste de médecins n'ayant pas de préjugés pour des renseignements clairs sur l'obligation de déclarer la maladie et les lois en matière de VIH. »

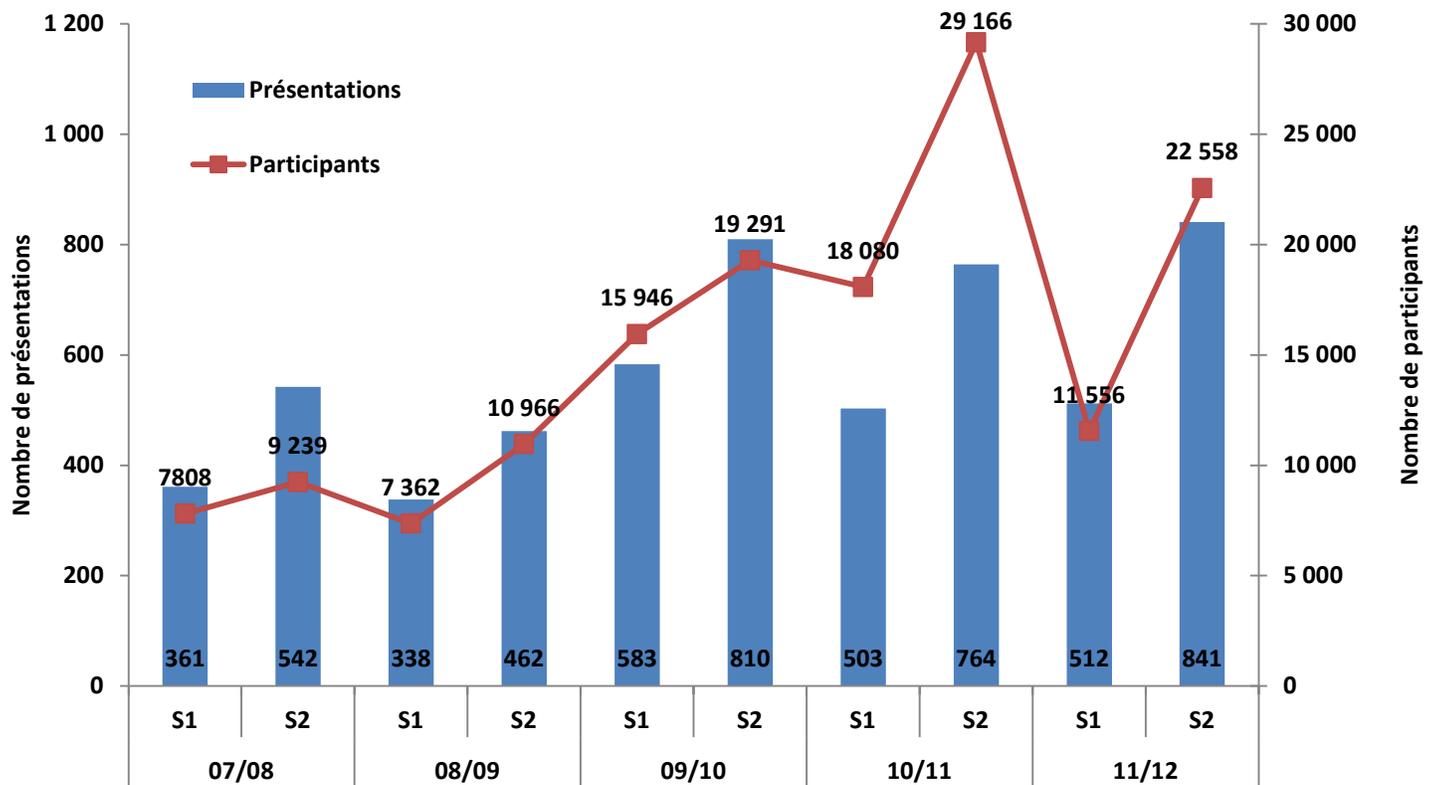
Dans certains cas, des nouveaux partenariats ou des partenariats renforcés avec un autre organisme dans la collectivité ont entraîné une hausse des demandes d'éducation de groupes qui n'avaient pas manifesté d'intérêt au chapitre du VIH par le passé, comme les maisons de soins de longue durée.

« Les fournisseurs de soins de santé de longue durée demandent de plus en plus des cours d'introduction au VIH, car un plus grand nombre de personnes séropositives pour le VIH commencent à être admises dans ces résidences/programmes. »

LE PACS A FINANCÉ 24 % DES EXPOSÉS ÉDUCATIFS

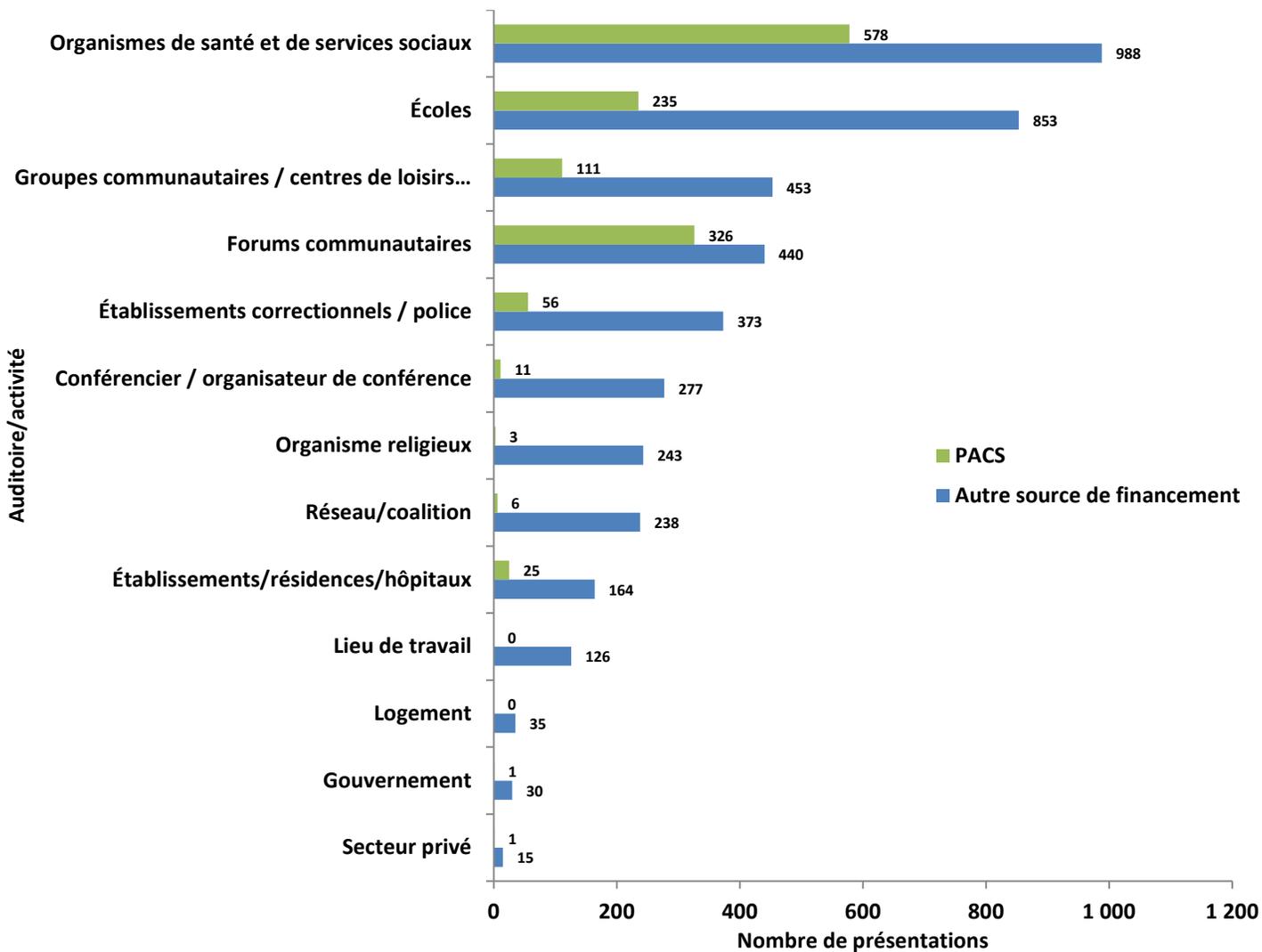
Comme dans les exercices précédents, le PACS a financé environ le quart des exposés éducatifs présentés dans la province, ce qui représentait environ 24 % des participants.

Figure 20
Présentations éducatives et nombre de participants : projets financés par le PACS



La plupart des exposés financés par le PACS ont été présentés dans l'un des cinq types d'emplacements suivants : organismes de soins de santé et de services sociaux, écoles, groupes communautaires, tribunes communautaires et établissements correctionnels. Le financement du Bureau de lutte contre le sida a également profité aux exposés présentés dans ces endroits ainsi que dans plusieurs autres, comme dans le cadre de conférences, auprès de groupes confessionnels, dans des établissements et des lieux de travail. Un certain nombre d'organismes signalent que les organisations locales leur demandent maintenant souvent d'offrir leurs ateliers.

Figure 21
Exposés éducatifs par source de financement : 2011-2012

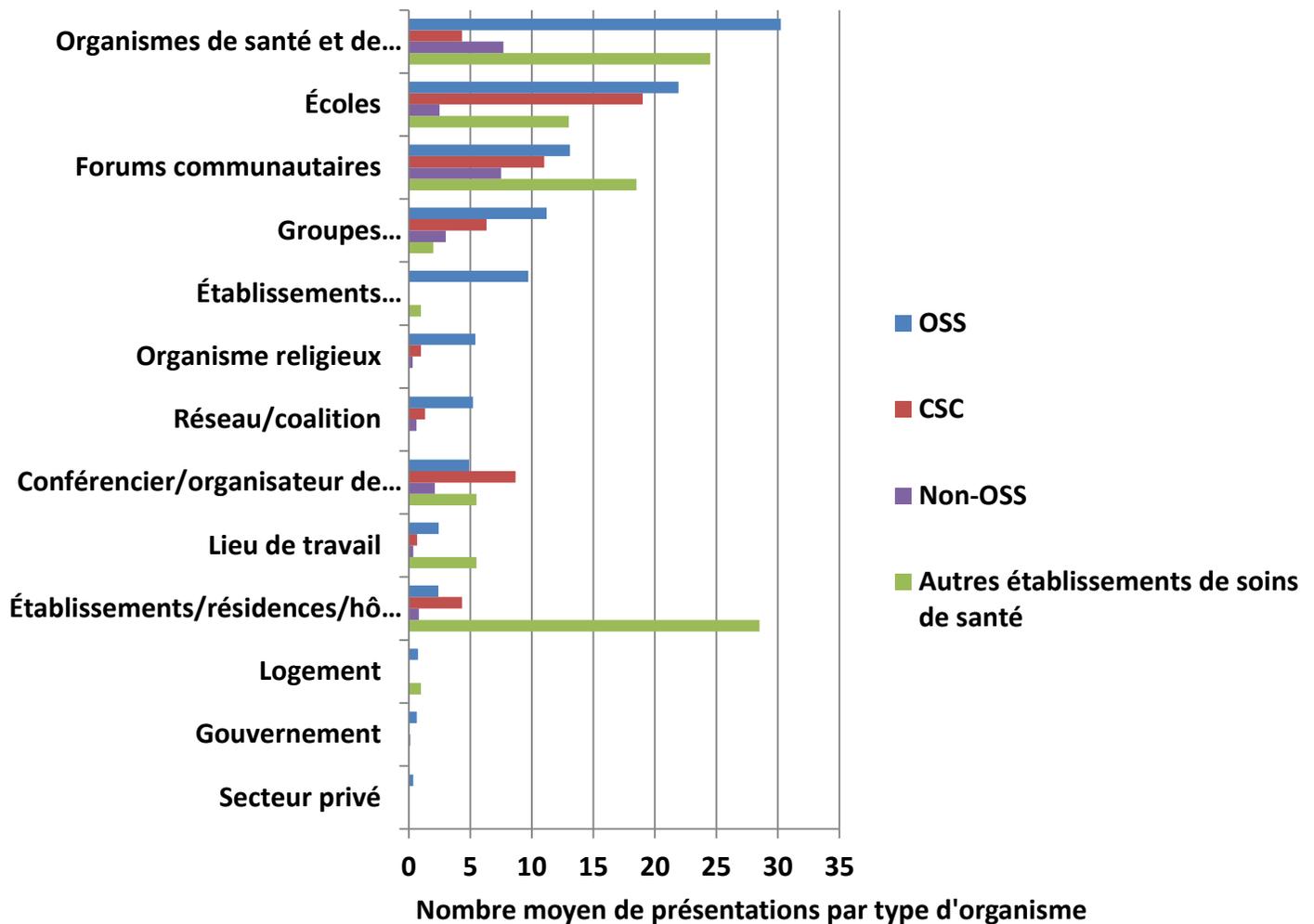


LE SUJET DE L'ÉDUCATION VARIE SELON LE TYPE D'ORGANISME

Les OSS consacrent une plus grande proportion d'efforts à l'éducation que d'autres types d'organismes. Comme le montre la figure suivante, en moyenne, les OSS présentent plus d'exposés que d'autres types d'organismes. Les OSS sont également plus susceptibles de présenter des exposés à l'intention d'organismes de soins de santé et de services sociaux, d'écoles, de groupes communautaires, d'établissements correctionnels et de groupes confessionnels, tandis que les organismes qui œuvrent dans d'autres contextes de soins de santé sont plus susceptibles de présenter des exposés à des fournisseurs de services, dans des établissements de santé et (fait intéressant) dans des lieux de travail.

Figure 22

Nombre moyen d'exposés par type d'organisme : 2011-2012



Le sujet de l'éducation varie d'un organisme à l'autre. Par exemple, les OSS et les organismes non liés au sida présentent un plus grand nombre d'exposés à l'intention d'organismes de soins de santé et de services sociaux que les CSC ou autres établissements de soins de santé. Les OSS sont également plus susceptibles de déployer des efforts en matière d'éducation dans des systèmes de services correctionnels que des organismes œuvrant dans un autre contexte.

RÔLE DE L'ÉDUCATION AU CHAPITRE DU CHANGEMENT SOCIAL

Un nombre croissant d'organismes reconnaissent que l'éducation est un processus (plutôt qu'un événement ponctuel) et une composante clé d'un changement social plus général. Ils établissent des liens entre leurs programmes d'éducation et le développement communautaire et les projets de justice sociale plus généraux et collaborent avec leurs partenaires pour définir différentes façons de mettre à profit les ressources communautaires pour combler les besoins en matière d'éducation. Nombre de ces efforts en matière d'éducation vont au-delà de l'éducation sur le VIH et abordent d'autres sujets qui ont une incidence sur le risque et la santé, comme les droits de la personne. Voici des exemples :

« Nous envisageons une approche systémique au chapitre de l'éducation et du développement communautaire, collaborons avec ceux qui occupent des postes d'influence, reconnaissons que les problèmes dans notre collectivité sont habituellement fondés sur la peur ou l'ignorance et collaborons avec des partenaires communautaires pour définir notre vision partagée et nous lancer le défi de rétablir les préjugés qui peuvent soit nous nuire, soit nous aider à atteindre nos objectifs. »

« Cette stratégie a été bénéfique sur le plan de la création de réseaux communautaires et de partenariats avec des alliés dans des secteurs de service ne se rattachant pas directement au VIH mais étant importants pour nos clients. »

« Grâce à notre travail visant à créer des relations de travail positives avec des groupes confessionnels, nous avons observé une augmentation de la demande en services de programme. La direction locale de ces organisations confessionnelles a très bien reçu notre appel à la collaboration. »

« Récemment, nous avons commencé à travailler dans la collectivité pour contribuer à la coordination d'une initiative communautaire en réponse aux besoins des travailleurs migrants dans notre région au chapitre de la santé et des droits de la personne. »

« Récente augmentation des problèmes découlant d'un manque de soutien adéquat en gestion de cas et d'aiguillage à l'intention des PVVS appartenant à un groupe ethnoracial et nouvellement arrivées à cause du grand roulement de personnel de première ligne dans les OSS et de la formation/l'orientation inadéquate au chapitre du VIH/sida, de l'immigration et de l'accès aux services. Différente incidence des préoccupations accrues relatives aux nouvelles dispositions législatives en matière d'immigration et à la criminalisation de la non-divulgaration sur les communautés de PVVS nouvellement arrivées. Besoins non comblés accrues chez les femmes séropositives pour le VIH racialisées concernant des facteurs liés à la santé sexuelle et génésique (dont la contraception, le cancer du col de l'utérus et la naissance d'un enfant) ainsi qu'à la violence familiale. Les PVVS nouvellement arrivées continuent de faire face à des obstacles complexes pour accéder à des soins de santé de base, des services d'établissement et de soutien ainsi qu'à des initiatives de renforcement de la capacité en fonction des nombreux déterminants sociaux qui se rattachent aux difficultés qu'elles éprouvent. »

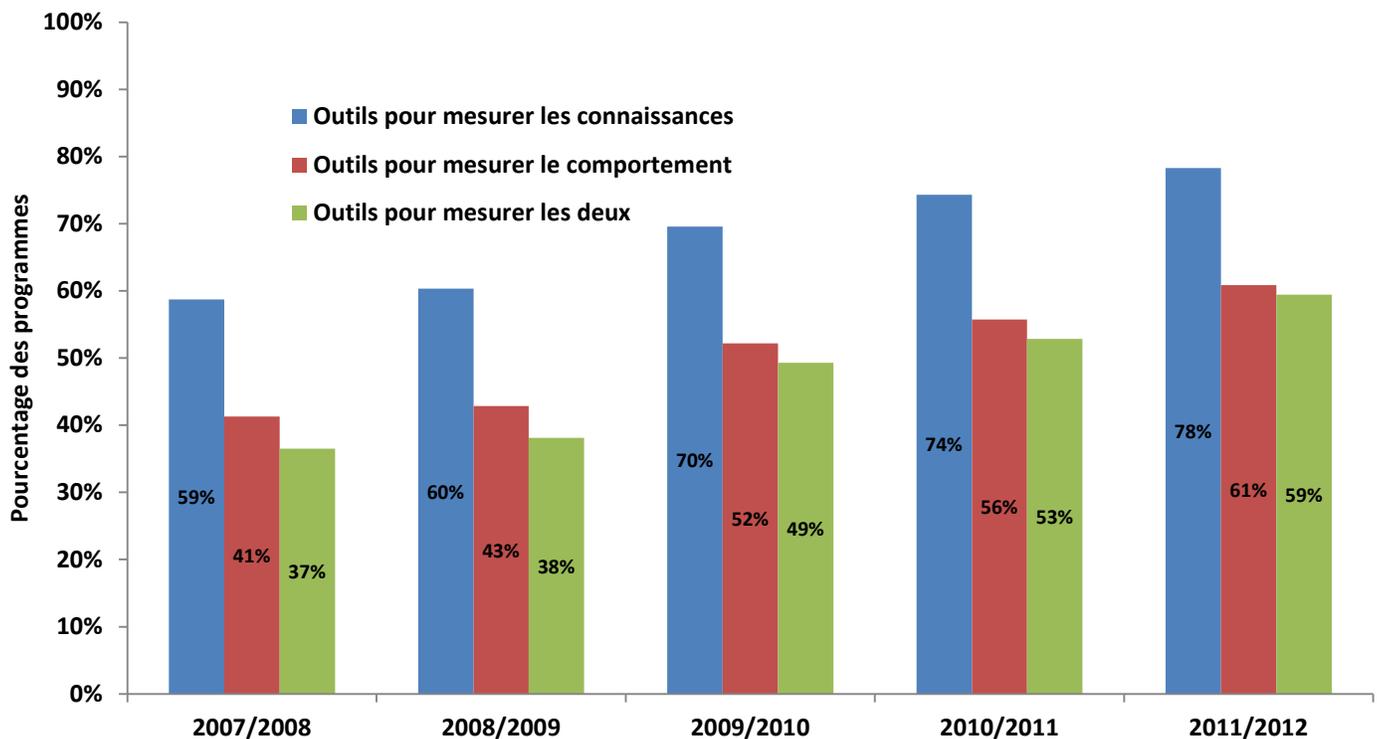
UN PLUS GRAND NOMBRE D'ORGANISMES ÉVALUENT L'INCIDENCE DE LEURS PROGRAMMES D'ÉDUCATION

Au cours des cinq dernières années, la proportion des organismes utilisant des outils pour mesurer les changements sur le plan des connaissances et du comportement dans leur groupe cible a augmenté de façon stable. Maintenant, presque 80 % d'entre eux mesurent régulièrement les changements sur le plan des connaissances, tandis que 60 % mesurent les changements sur le plan du comportement ou de l'intention de changer de comportement et presque 60 % mesurent ces deux choses.

Auprès des organismes financés par le PACS, l'éducation ciblant les personnes atteintes du VIH ou à risque de le contracter et l'éducation ciblant les fournisseurs de services ont eu une incidence sur les connaissances ainsi que l'intention de changer de comportement. Toutefois, la proportion de participants ayant déclaré une intention de changer de comportement variait considérablement, allant de 20 à 80 %. Dans le cas de l'atelier où seulement 20 % des participants (membres de communautés multiculturelles) avaient l'intention de changer de comportement, 73 % ont déclaré avoir déjà adopté des comportements sûrs. Les fournisseurs de services ont pour leur part déclaré qu'ils avaient l'intention de mettre en application les connaissances acquises dans les ateliers pour offrir, par exemple, des services mieux adaptés à la culture afin de lutter contre la stigmatisation. Dans certains cas, ils ont ajouté qu'ils aiguillaient leurs clients vers l'OSS avec confiance.

La prochaine étape de l'évaluation consistera à définir les aspects des exposés ou des programmes d'éducation qui ont la plus grande incidence sur les connaissances et l'intention de changer de comportement. Cette information aidera les organismes à évaluer l'incidence de leurs efforts en matière d'éducation et de les perfectionner pour les rendre plus efficaces.

Figure 23
Outils pour mesurer les changements au niveau des connaissances et du comportement dans les populations cibles



MATÉRIEL ET RESSOURCES AU CHAPITRE DE L'ÉDUCATION

À la lumière du changement des besoins en matière d'éducation, certains OSS ont déclaré essayer de mettre au point de nouvelles ressources qui éliminent les obstacles à l'éducation, comme la distance et la stigmatisation.

« Nous mettons actuellement au point une série de webinaires et de rencontres électroniques accessibles de n'importe quel ordinateur ayant une connexion Internet. Cela permettra aux résidents de régions rurales d'accéder plus facilement au volet éducatif et aussi de participer à des rencontres de groupe de jeunes allosexuels en ligne sans devoir communiquer leur situation aux membres de leur famille. »

« À la lumière de ces nouvelles tendances, nous modifions constamment le contenu et la forme des exposés pour nous assurer que la matière convient à l'âge du public ciblé; nous établissons des liens avec des partenaires/réseaux existants et cherchons à créer de nouveaux partenariats pour combler les lacunes relatives à l'expérience/au savoir et aiguiller les clients, au besoin; en outre, nous déployons constamment des efforts pour nous assurer que la langue, la forme et le contenu des exposés respectent l'égalité entre les sexes (en ce qui concerne les identités et les expériences qui s'inscrivent dans la relation binaire homme-femme ou en marge). »



PRINCIPAUX ENJEUX EN MATIÈRE D'ÉDUCATION

Les questions de l'OERVSCO liées à l'éducation ont fait l'objet d'une révision (qui sera mise en œuvre à compter de 2012-2013) afin de préciser les personnes que touchent les organismes à l'aide de leurs programmes d'éducation et des sujets abordés. À cette étape des programmes d'éducation dans le domaine, il serait utile que les organismes répondent aux questions suivantes :

1. À la lumière de l'évaluation accrue, quels types d'activités sont les plus efficaces au chapitre de l'éducation?
2. Quels éléments devraient cibler les organismes à l'avenir?
3. Est-il possible de créer un partenariat avec d'autres organisations pour offrir des programmes d'éducation?

RESSOURCES AU CHAPITRE DE L'ÉDUCATION

En 2011-2012, les organismes ont déclaré qu'ils mettaient au point un certain nombre de ressources au chapitre de l'éducation, dont les suivantes :

Matériel promotionnel/défense des droits/campagnes de sensibilisation	
Alliance pour la prévention du sida au sein de la communauté de l'Asie du Sud	Deux bulletins d'information communautaires : un sur le VIH et la criminalisation, qui a été transmis à nos personnes-ressources des médias et des bénévoles
Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario	Nouvelle campagne jeunesse en ligne pour inciter au dépistage : getsexy.com/savoircsexy.com a été annoncé en ligne, dans les transports publics et dans les cinémas en Ontario
Africans in Partnership Against AIDS	Jeu de société – ProjectM : dans le cadre du Muslim Girls Project, on a créé un outil d'apprentissage très utile et amusant, qui est assimilable à un jeu de société mettant à l'épreuve des connaissances de base se rattachant au VIH/sida
Comité sur le sida de North Bay	Campagne d'affichage pour un programme de récupération de seringues
AIDS Thunder Bay	Participation à des campagnes provinciales sur les tests de dépistage et la syphilis et « All the Sex you Want » de l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes homosexuels
Hassle Free Clinic	Nous faisons aussi la promotion du jeu de connaissances sur le VIH/la syphilis sur notre site Web
Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones – Kingston	Présentation et explication de la réduction des méfaits adaptées aux Autochtones pour la consolidation des cercles
Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones – London	Création d'affiches sur les épreuves de dépistage rapide du VIH pour les Autochtones
Ressources au chapitre de l'éducation des clients	
Comité sur le sida de Toronto	Série d'ateliers psychoéducatifs pour la planification à long terme à l'intention des hommes homosexuels âgés survivants de longue date – service d'approche
Comité sur le sida de la région de York	Brochure sur les fondements du VIH à l'intention des hommes
Hospice Casey House	Atelier sur le VIH, le sida et la démence
Hospice Casey House	Accès aux services à l'intention des PVVS qui quittent le système correctionnel
Association éthiopienne	Brochure sur la prévention du VIH/sida qui contient les risques liés à l'abus d'alcool et de drogues
Family Service Toronto	Présentation PowerPoint sur le fait de sortir du placard à un âge avancé
Hospice Toronto	Hommes fournisseurs de soins
Hospice Toronto	Trousse sur la fin de vie
Assoc. ont. des sourds, Deaf Outreach Program	Deux présentations PowerPoint – une pour l'école primaire et l'autre pour l'école secondaire au sujet de la prévention du VIH/sida et de l'information connexe, de l'hépatite A, B et C et du VPH
Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands	« To Tell or Not To Tell » – guide concernant la divulgation du VIH chez les femmes africaines, caribéennes et noires au Canada
Matériel de formation professionnelle	
Comité sur le sida de la région de North Bay	Manuel de formation pour la prise de contact dans la rue
Comité sur le sida d'Ottawa	Boîte à outils : « Ottawa Sex Workers Speak Out » – ressource à l'intention des fournisseurs de services
Alliance pour la prévention du sida au sein de la communauté de l'Asie du Sud	Guide des pratiques exemplaires pour les travailleurs des OSS
Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands	Renforcement de la capacité des fournisseurs de services d'offrir des programmes de prévention du VIH dans les communautés africaines, noires et des Caraïbes au Canada : guide et boîte à outils
Matériel de formation des bénévoles	
Africans In Partnership Against AIDS	On a élaboré une boîte à outils de formation en format pdf à l'intention des jeunes bénévoles dans le cadre du projet d'éducation des jeunes au sujet de la prévention du VIH (HYPE)
Comité sur le sida de la région de York	« My Story » - un manuel de formation du Bureau des conférenciers sur la positivité

PRISE DE CONTACT

Le Bureau de lutte contre le sida et le PACS financent des activités de prise de contact, en fonction des données probantes démontrant que, lorsque des gens ont accès à de l'éducation, à du soutien et à des ressources (p. ex. des condoms) dans des endroits où ils prennent des décisions liées au risque, ils sont susceptibles de prendre des mesures pour le réduire^{1,2}.

Dans l'OERVSCO, 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 ou se rassemblent ou qu'ils visitent en passant. Les activités de prise de contact se distinguent des exposés éducatifs 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'inclut pas les campagnes médiatiques ou le publipostage.

Dans la présente version de Perspectives des services de première ligne, nous essayons d'établir la distinction entre les contacts prolongés ou intensifs, comme les conversations dans des bars, dans des saunas, sur Internet et dans des cliniques, et les contacts brefs, comme la distribution de brochures et de condoms dans le cadre d'un défilé, à un kiosque d'information, dans une foire sur la santé ou un autre événement communautaire. Au fil du temps, nous espérons pouvoir évaluer l'incidence de ces différents contacts sur les connaissances et le comportement. À compter de l'exercice 2012-2013, les questions de l'OERVSCO aideront à distinguer les contacts prolongés et les contacts brefs.

Au moins deux organismes ont déclaré qu'ils déployaient désormais des efforts pour recueillir des données seulement sur les contacts « prolongés »; c'est-à-dire que le travailleur a tenu une conversation significative au sujet du VIH, de la santé sexuelle ou du dépistage du VIH ou que le contact a donné lieu à un aiguillage. Par conséquent, puisqu'on se penche davantage sur la qualité des contacts et leur incidence potentielle sur les connaissances et le comportement plutôt que sur leur nombre, ces organismes ont déclaré un plus petit nombre de contacts en général. Toutefois, nous tirons la conclusion raisonnable que le plus petit nombre de contacts « prolongés » a une plus grande incidence.

Quant à la demande de prise de contact, un certain nombre d'organismes ont déclaré une augmentation des contacts.

- Davantage de contacts avec les travailleurs du sexe

« Depuis l'arrêt de la Cour suprême du Canada touchant les travailleurs du sexe, nous avons assisté à une explosion de la demande d'information de la part des professionnels du sexe. Ils veulent des renseignements sur les rapports protégés, les ITS et la transmission et le dépistage du VIH. »

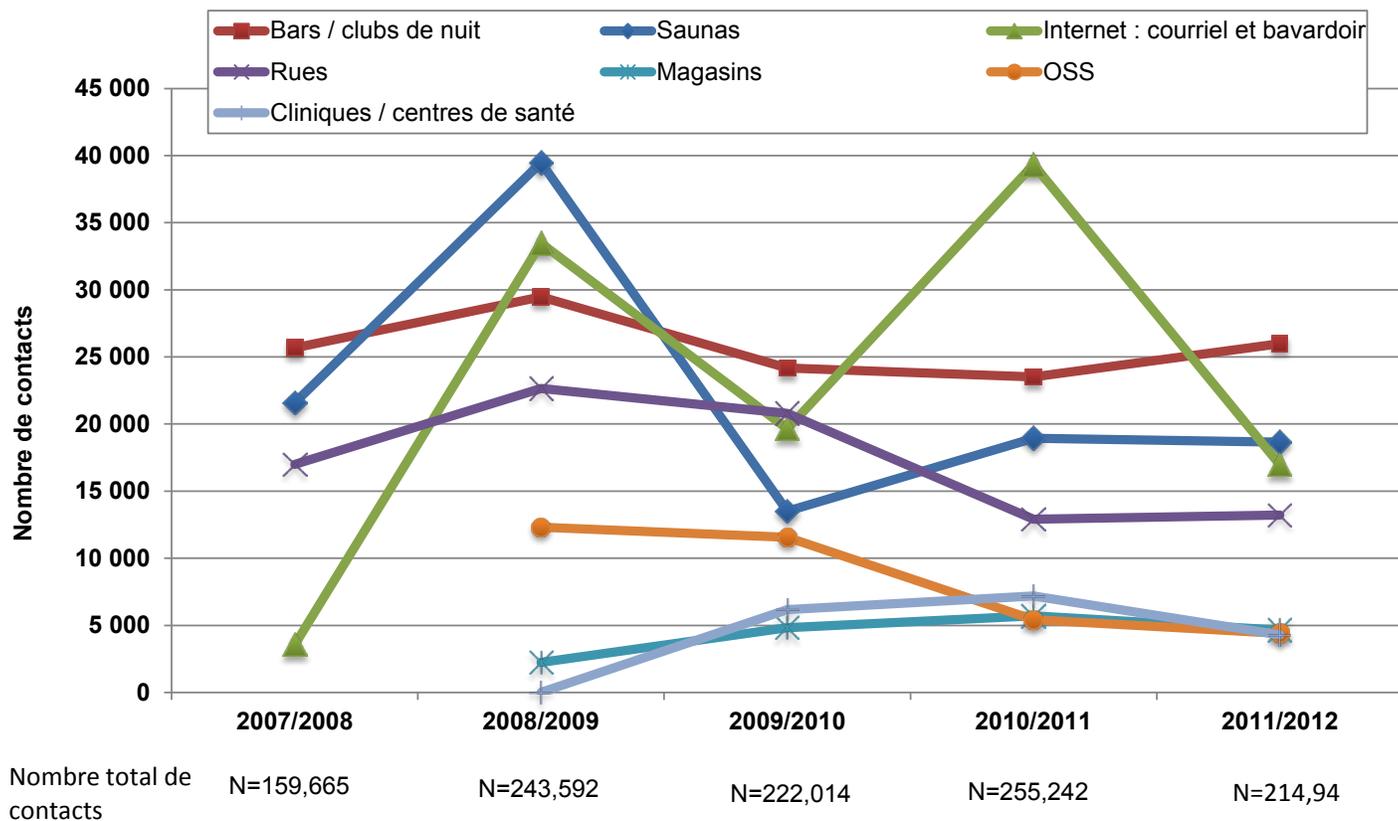
- Demande accrue de contacts avec les femmes
- Augmentation du nombre de jeunes se déclarant transgenres et plus de contacts auprès des jeunes LGBTBA
- Capacité accrue d'atteindre des groupes prioritaires difficiles à joindre et augmentation de la demande de contacts auprès des communautés des Premières Nations, des gens dans des centres de détention et des hommes ACN.

1. Organisation mondiale de la Santé, « Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users », Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2004 http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EFA_community_based_outreach.pdf
2. Bonell C., Strange V., Allen, E. et E. Barnett-Page, « HIV prevention outreach in commercial gay venues in large cities: evaluation findings from London », Health Educ Res. 2006, août; vol. 21, no 4 : 452-64.

INTERNET REMPLACE-T-IL LES CONTACTS TRADITIONNELS?

La figure 24 illustre le nombre de contacts par emplacement. Les bars, les saunas et la rue continuent d'être les principaux emplacements des contacts prolongés. Toutefois, au cours des quatre dernières années, la quantité de contacts sur Internet a progressivement augmenté, surtout auprès des hommes homosexuels et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, qui rencontrent des partenaires en ligne.

Figure 24
Sept principaux emplacements pour la prise de contact



En 2011-2012, 37 organismes ont déclaré avoir pris contact au moins une fois sur Internet. De façon globale, le nombre total de contacts sur Internet a diminué, mais cela s'explique peut-être par les méthodes plus efficaces pour repérer et dénombrer ces contacts, plutôt que par une baisse de la quantité de contacts sur Internet. Quant à l'emplacement géographique, il y a de l'activité sur Internet dans toutes les régions; toutefois, les organismes torontois représentent 70 % de toute l'activité sur Internet. Sept organisations, dont trois à Toronto, une dans le Sud-Ouest, une à Ottawa et dans l'Est, une dans le Centre-Est et un organisme provincial, représentent 75 % de l'activité sur Internet, par courriel et dans des bavardoirs. Ces conclusions donnent à penser qu'Internet ne remplace pas les méthodes de contact traditionnelles dans la plupart des régions de la province et que les organismes utilisant beaucoup Internet ont élaboré des méthodes efficaces pour l'utiliser comme outil ou de meilleures méthodes de dénombrement de ces activités.

Les organismes semblent trouver des façons novatrices d'atteindre les groupes à risque et de prendre contact. Par exemple :

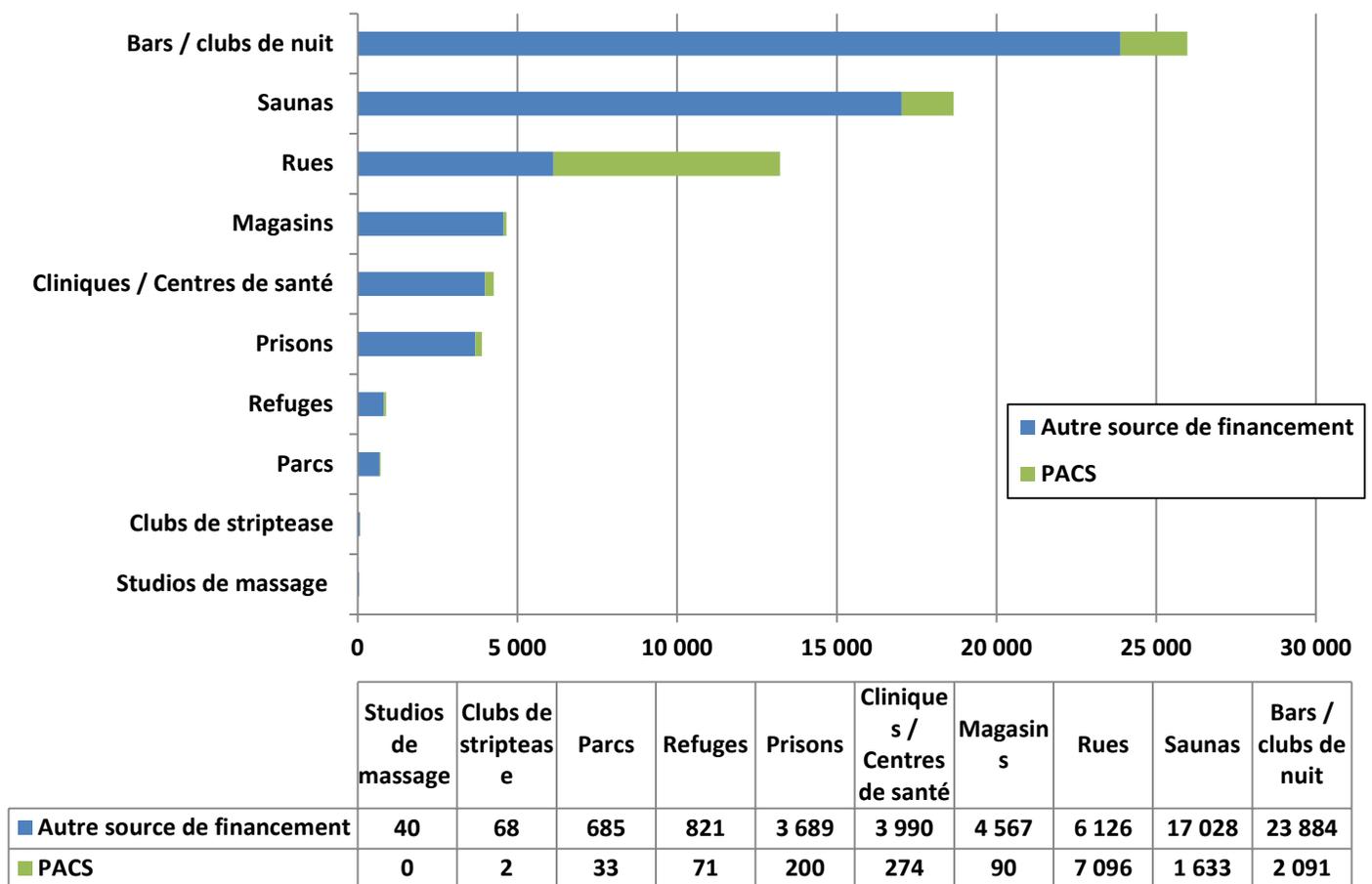
« Formation d'un bénévole au centre correctionnel pour présenter une série d'ateliers sur la prévention du VIH. Séries modifiées pour le personnel et les bénévoles qui travaillent auprès des femmes qui ont fait de la prison et sont dans des refuges. »

« Il y a un grand terrain de camping saisonnier pour les LGBTA ouvert six mois par année. On a signalé qu'il fallait prendre contact avec les HRSH, mener des activités d'éducation et distribuer des documents sur les rapports protégés dans cette communauté saisonnière. »

« De plus en plus de responsables d'événements organisés dans le milieu postsecondaire veulent obtenir des renseignements au sujet de la consommation de drogues sécuritaire. Il y a aussi une augmentation des demandes d'exposés au sujet de la diversité sexuelle. »

La plupart des prises de contact sont financées par le Bureau de lutte contre le sida; toutefois, les programmes financés par le PACS ont permis d'effectuer plus de la moitié des contacts dans la rue déclarés à l'aide de l'OERVSCO en 2011-2012 et environ 8,8 % des contacts dans les bars et 9,6 % des contacts dans les saunas. Un total de 26 organismes a déclaré des services de prise de contact dans la rue.

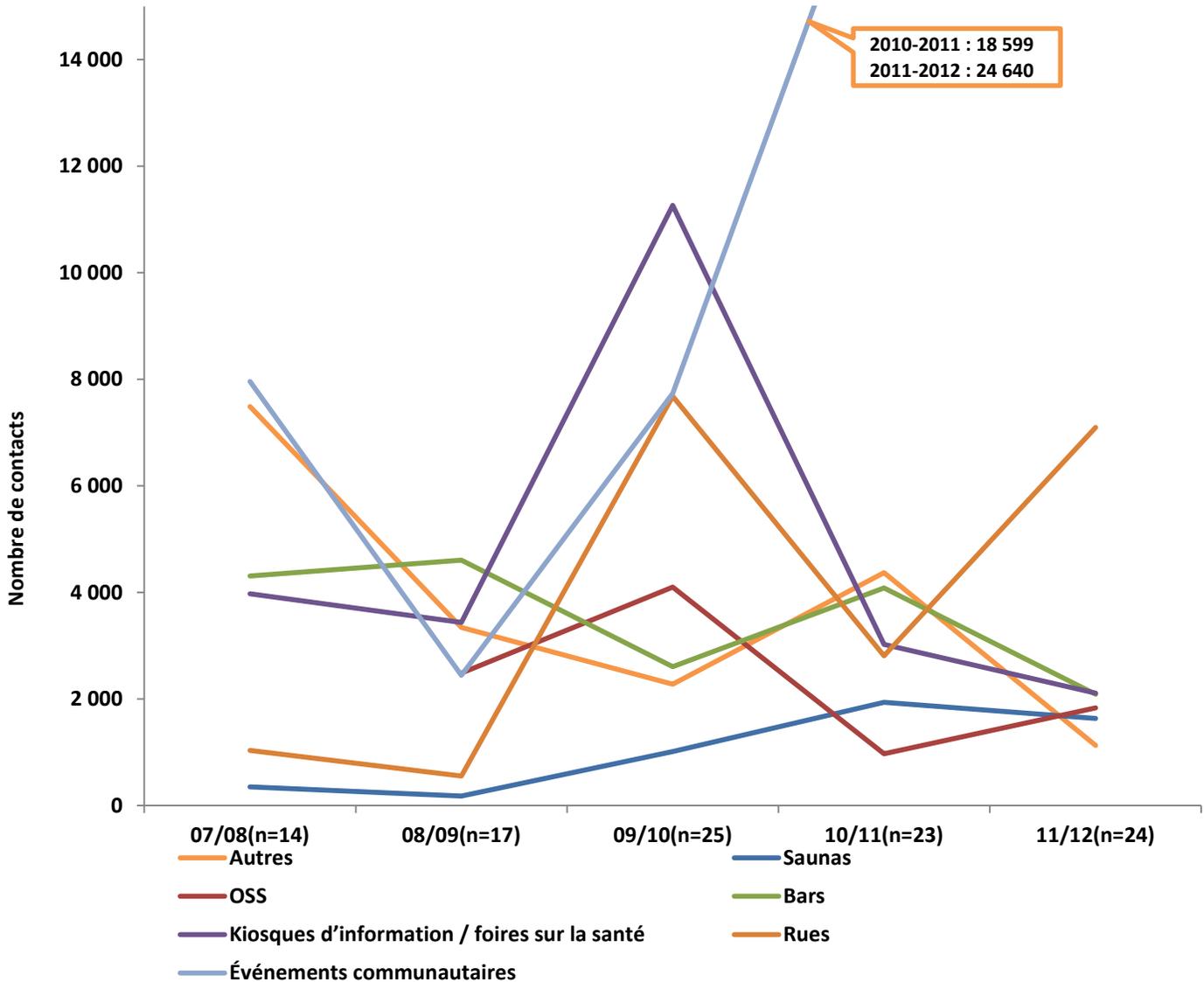
Figure 25
Nombre de contacts par bailleur de fonds : exercice 2011-2012



LES INVESTISSEMENTS DU PACS ONT FAVORISÉ LA PRISE DE CONTACT DANS LES ÉVÉNEMENTS COMMUNAUTAIRES ET DANS LA RUE

En 2011-2012, les organismes financés par le PACS ont déclaré une augmentation considérable du nombre de contacts brefs dans des événements communautaires (30 % de plus que l'année précédente) et des contacts prolongés dans la rue. Ces augmentations s'expliquent par des événements comme le défilé de la fierté gaie et d'autres festivals et fêtes, Afrofest et la Journée éthiopienne. Quatre des 24 organismes ont signalé plus de 1 000 contacts brefs en 2011, comparativement à cinq organismes sur 23 en 2010.

Figure 26
Sept principales activités de prise de contact par emplacement au fil du temps — PACS



Ces contacts brefs n'ont peut-être pas la même incidence sur le plan des connaissances et du comportement, mais ils peuvent constituer une façon valable de s'attaquer à la stigmatisation et de jeter les bases pour des contacts plus prolongés. Comme l'a déclaré un organisme financé par le PACS, dans le cadre d'événements communautaires à grande échelle comme des festivals culturels, certains organismes profitent d'une visibilité auprès de groupes culturels particuliers. Leur présence fréquente à ces événements ainsi que leur travail de collaboration au chapitre de la planification des événements semblent « normaliser » le VIH au sein de ces groupes, et les personnes sont plus à l'aise de les aborder, de prendre des produits ou de recueillir de l'information et de demander des ateliers pour des groupes confessionnels et des associations communautaires.

LES PROGRAMMES CONTINUENT D'UTILISER LES MÉDIAS CLASSIQUES ET EN UTILISENT DE NOUVEAUX

La plupart des programmes continuent d'investir dans les communications pour la prise de contact, y compris les communications à l'aide de médias et la communication directe auprès des clients et des groupes cibles à l'aide de trousseaux d'information et de bulletins.

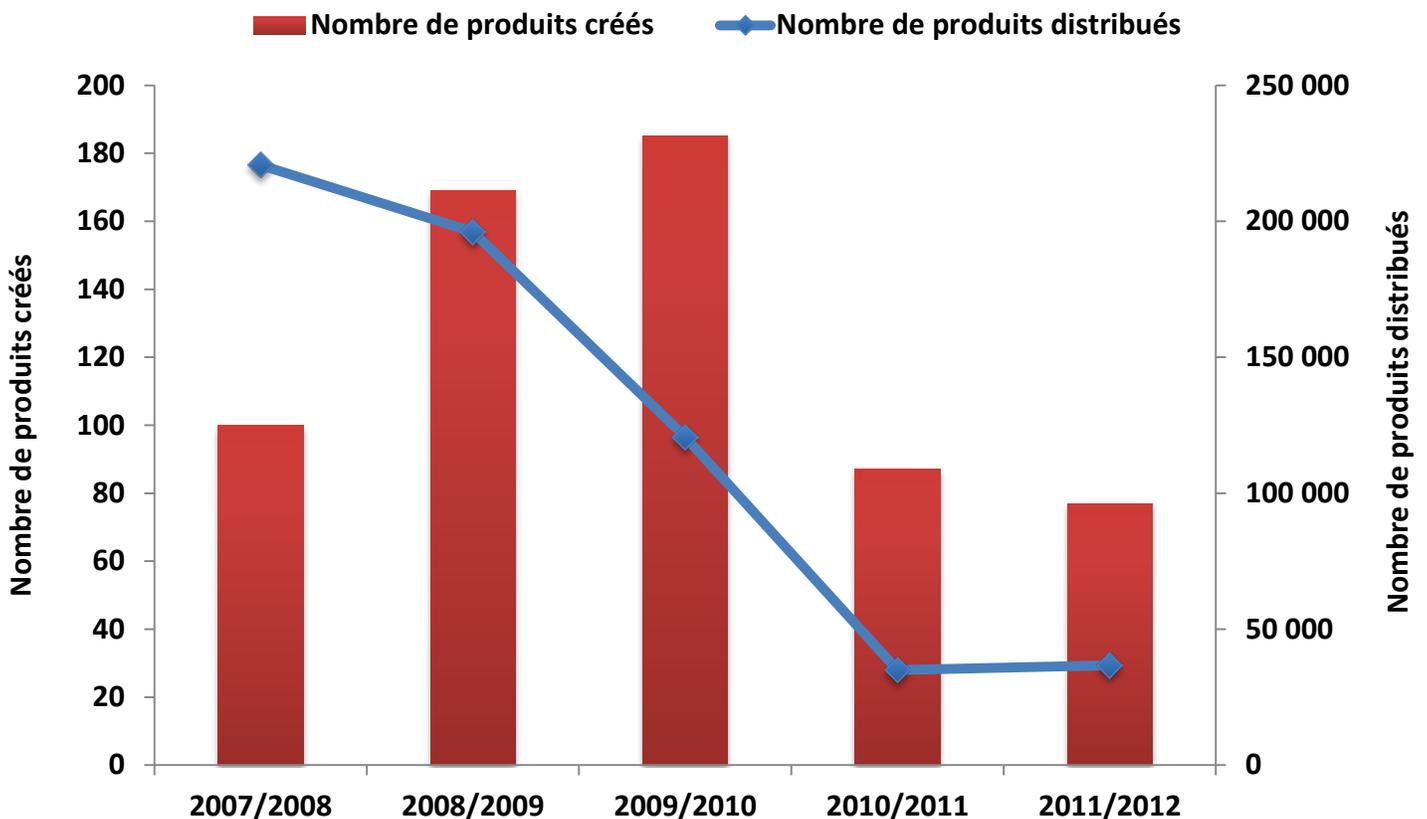
Selon leur propre compte rendu, les OSS ont défini un certain nombre de tendances, dont l'augmentation de la présence en ligne et de l'utilisation d'outils de médias sociaux, quoiqu'une certaine incertitude quant à la façon de bien prendre contact sur Internet et des difficultés persistantes au chapitre du suivi et de l'évaluation de l'incidence du travail règnent toujours. Les bailleurs de fonds reconnaissent et partagent cette difficulté.

LES MÉDIAS TRADITIONNELS SONT REMPLACÉS PAR INTERNET

Au cours des dernières années, le nombre de produits élaborés et distribués à l'aide de la publicité payée a chuté de façon remarquable, et on a observé une augmentation constante des médias en ligne et du marketing social. Cette tendance reflète très bien la réalité au-delà de notre secteur.

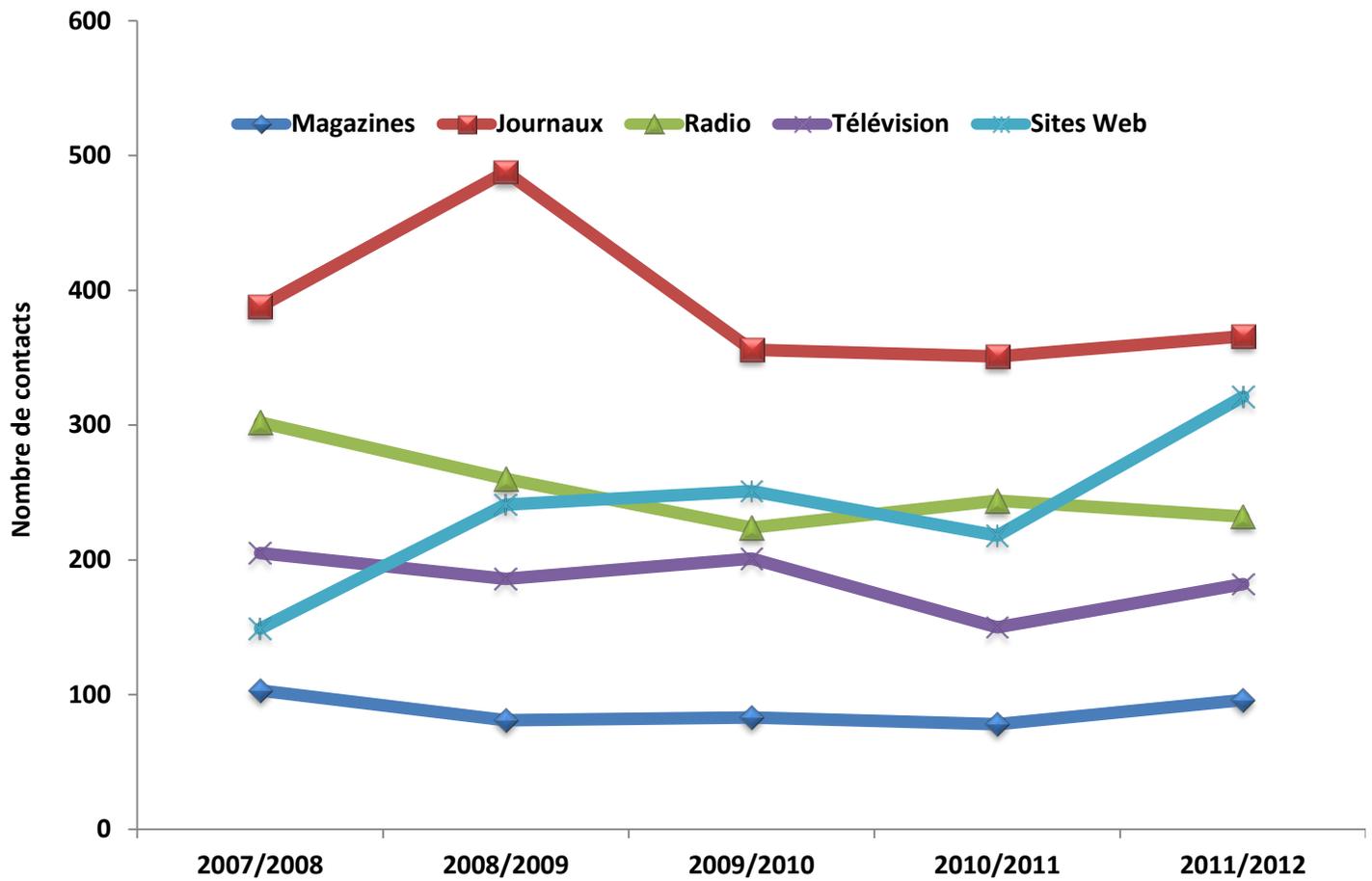
Toutefois, le marketing social est un moyen efficace d'atteindre nombre d'hommes homosexuels qui emploient Internet pour rencontrer des gens et obtenir de l'information, mais cette méthode est moins efficace lorsqu'il s'agit d'atteindre des groupes économiquement marginalisés, comme les toxicomanes.

Figure 27
Tendances de l'utilisation de la publicité payée



Même pour la publicité non payée, nous observons un ralentissement des contacts à l'aide des médias traditionnels et une augmentation des contacts en ligne.

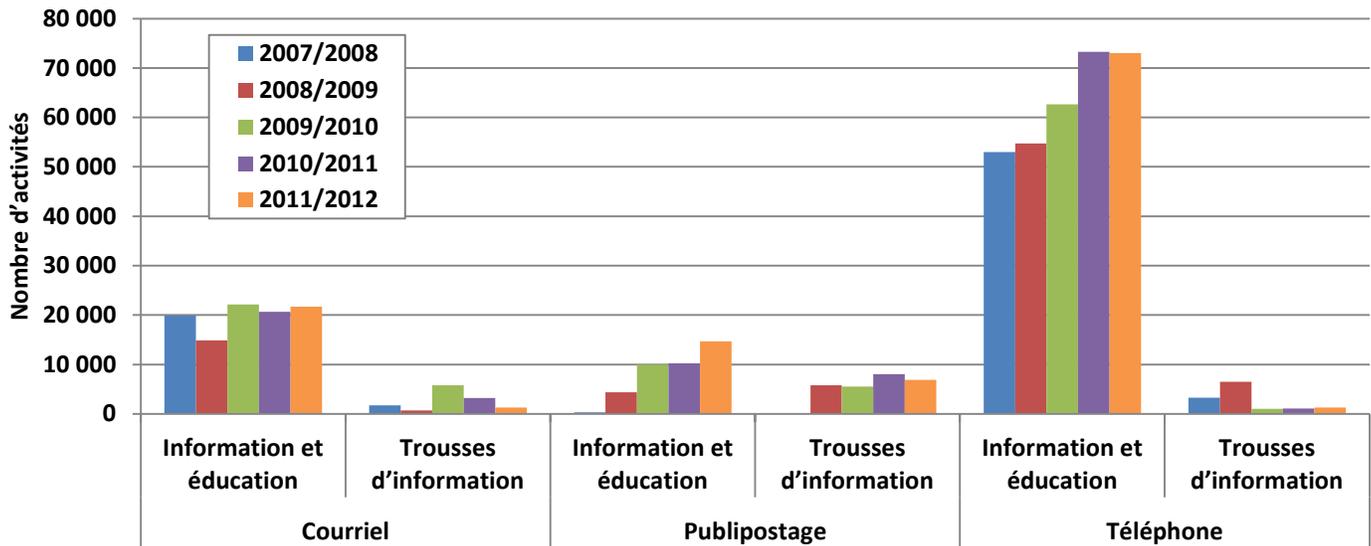
Figure 28
Tendances en matière de contacts à l'aide des médias



LES ORGANISMES CONTINUENT D'UTILISER DES MÉTHODES DE COMMUNICATION TRADITIONNELLES POUR ATTEINDRE LES GENS

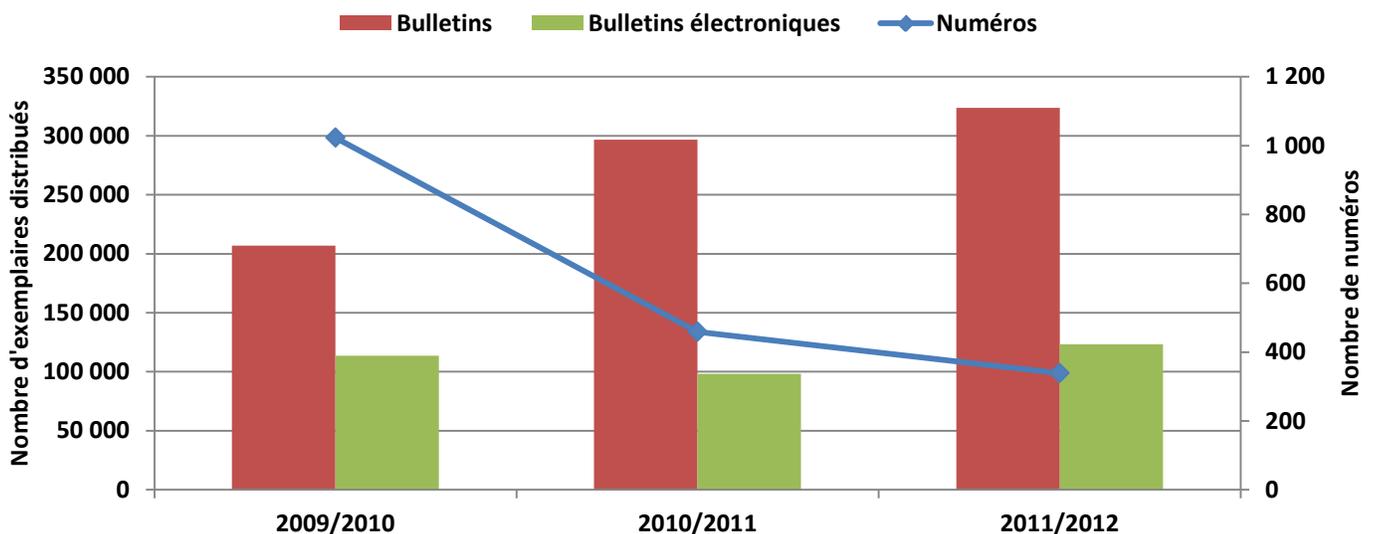
Pour atteindre les gens et répondre à des demandes d'information et d'éducation particulières, les organismes continuent de recourir principalement au téléphone, et le nombre de contacts téléphoniques a augmenté au cours des cinq dernières années. Nos données ne révèlent pas clairement si ces contacts téléphoniques se rapportent uniquement à des conversations ou s'ils comprennent d'autres usages moins traditionnels du téléphone, par exemple les messages textes, les gazouillis et les messages sur Facebook.

Figure 29
Modes de diffusion utilisés pour la prestation des services d'information/éducation et la distribution des trousseaux d'information



Les organismes continuent également à utiliser de plus en plus les bulletins classiques et les bulletins électroniques. Le nombre de numéros de bulletins produits a diminué au cours des trois dernières années, mais le nombre de bulletins distribués a augmenté, particulièrement dans le cas des bulletins sur papier; toutefois, les organismes peuvent avoir de la difficulté à déterminer le nombre de téléchargements ou de consultations d'un bulletin électronique..

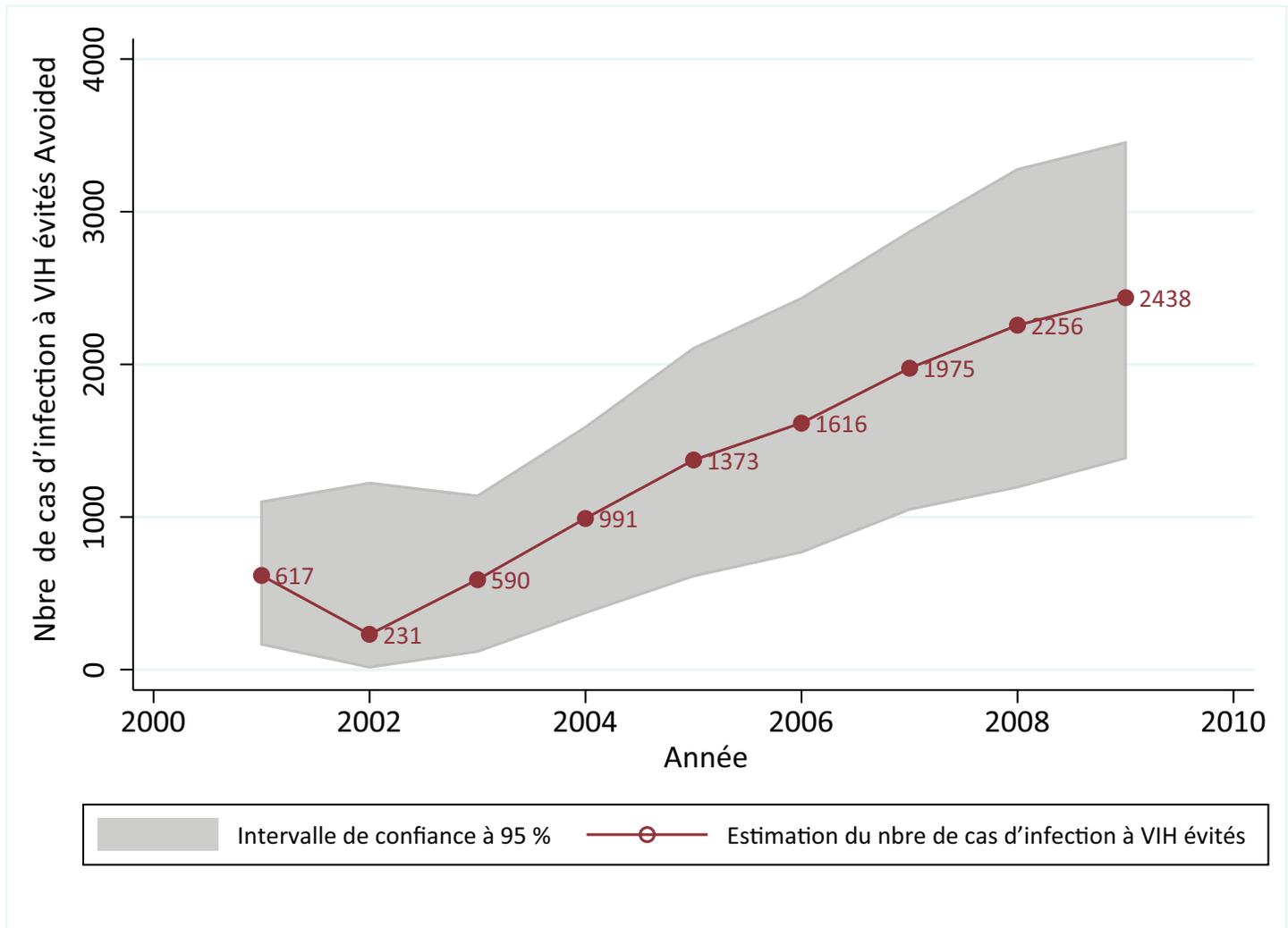
Figure 30
Contacts par bulletins



INCIDENCE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Les programmes d'éducation et de prise de contact ont pour but de prévenir les nouvelles infections à VIH. Une analyse récente menée par le ROTV a révélé que les investissements dans les programmes de prévention en Ontario ont contribué à éviter 12 087 cas d'infection à VIH de 2001 à 2009.

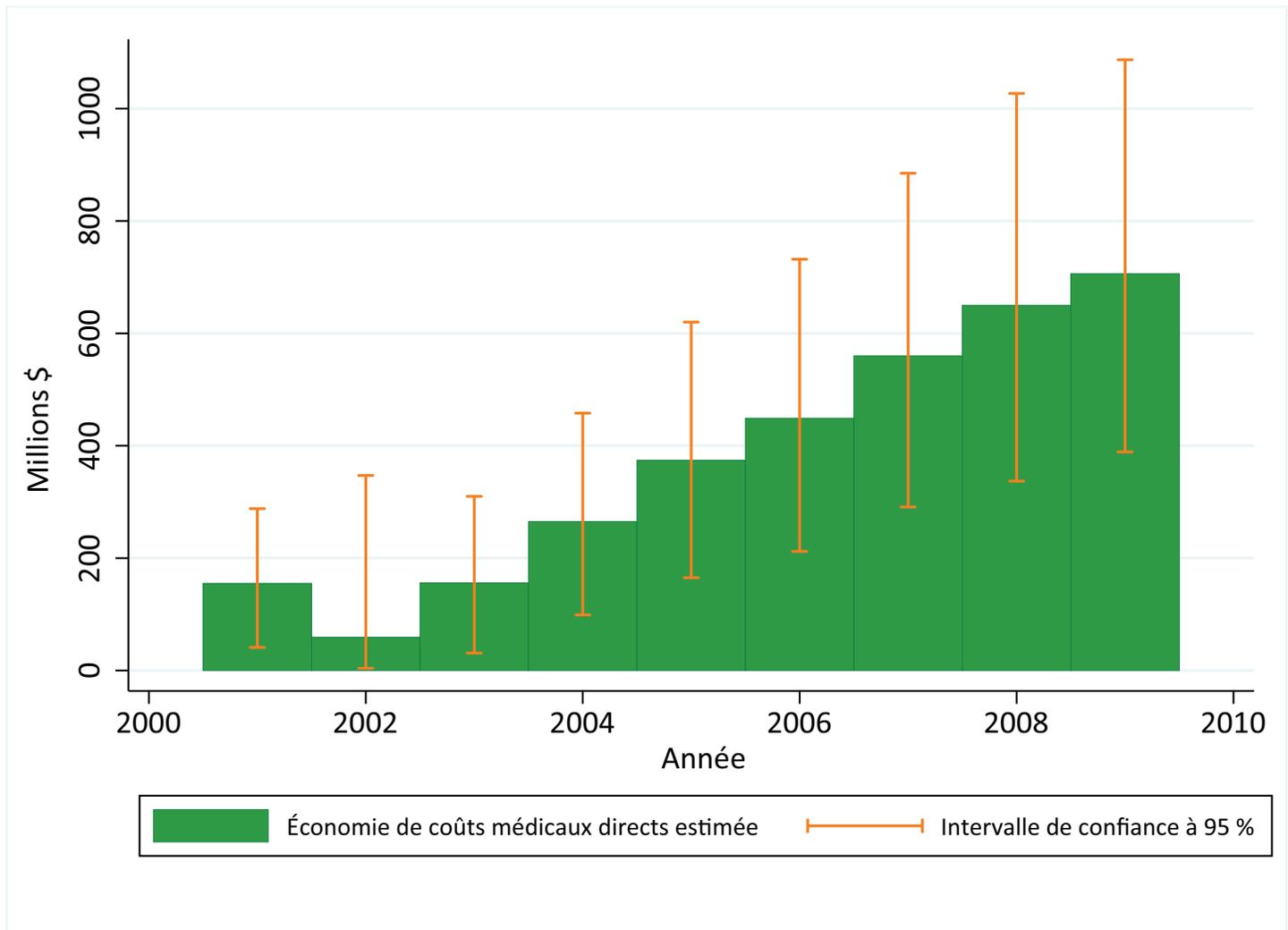
Figure 31 *
Estimation du nombre de cas d'infection à VIH évités (IC à 95 %) de 2001 à 2009



* Rourke, S.B.; Choi, S. et J. Bacon. « Economic Evaluation and Impact of Community-based HIV Prevention Programs in Ontario from 2001 to 2009, People Policy and Progress, 16 et 17 octobre 2012, Réseau ontarien de traitement du VIH.

Les investissements dans les programmes communautaires de prévention du VIH constituent une politique efficace sur le plan de la santé publique. Ils sont également une excellente stratégie d'épargne : de 2001 à 2009, les programmes de prévention du VIH ont permis au système de santé d'économiser 3,4 milliards de dollars. Ces données ne comprennent que les coûts médicaux directs et ne tiennent pas compte des économies découlant de la productivité accrue.

Figure 32 *
Estimation des économies de coûts médicaux directs (IC à 95 %) de 2001 à 2009



* Rourke, S.B.; Choi, S. et J. Bacon. « Economic Evaluation and Impact of Community-based HIV Prevention Programs in Ontario from 2001 to 2009, People Policy and Progress, 16 et 17 octobre 2012, Réseau ontarien de traitement du VIH.

Chaque dollar investi dans les programmes de prévention de 2006 à 2009 a permis au système de santé d'épargner 51 \$. Les programmes communautaires de prévention sont efficaces. De 2001 à 2009, les investissements dans les programmes communautaires ont contribué à éviter 12 087 cas d'infection à VIH, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu d'infection. Ils ont également permis au système de santé d'économiser 3,4 milliards de dollars en coûts médicaux directs.



NOUVEAUX ENJEUX EN MATIÈRE DE PRISE DE CONTACT ET TENDANCES CONNEXES

Aux fins de l'amélioration de nos activités de prise de contact, il est utile que les organismes répondent aux questions suivantes :

1. Quels types de contact ont la plus grande incidence?
2. Quelles stratégies emploient les organismes pour suivre et évaluer l'efficacité du contact sur Internet?
3. De quelles ressources et de quelles compétences ont besoin les organismes pour utiliser les médias sociaux et prendre contact en ligne de façon efficace?
4. Quelles sont les difficultés qu'éprouvent les organismes sur le plan des communications et des médias?
5. Quelle proportion de leurs ressources sont attribuées à ces formes de communication et quelle est leur incidence?
6. Que nous révèlent les évaluations quant aux méthodes de communication et d'utilisation des médias les plus

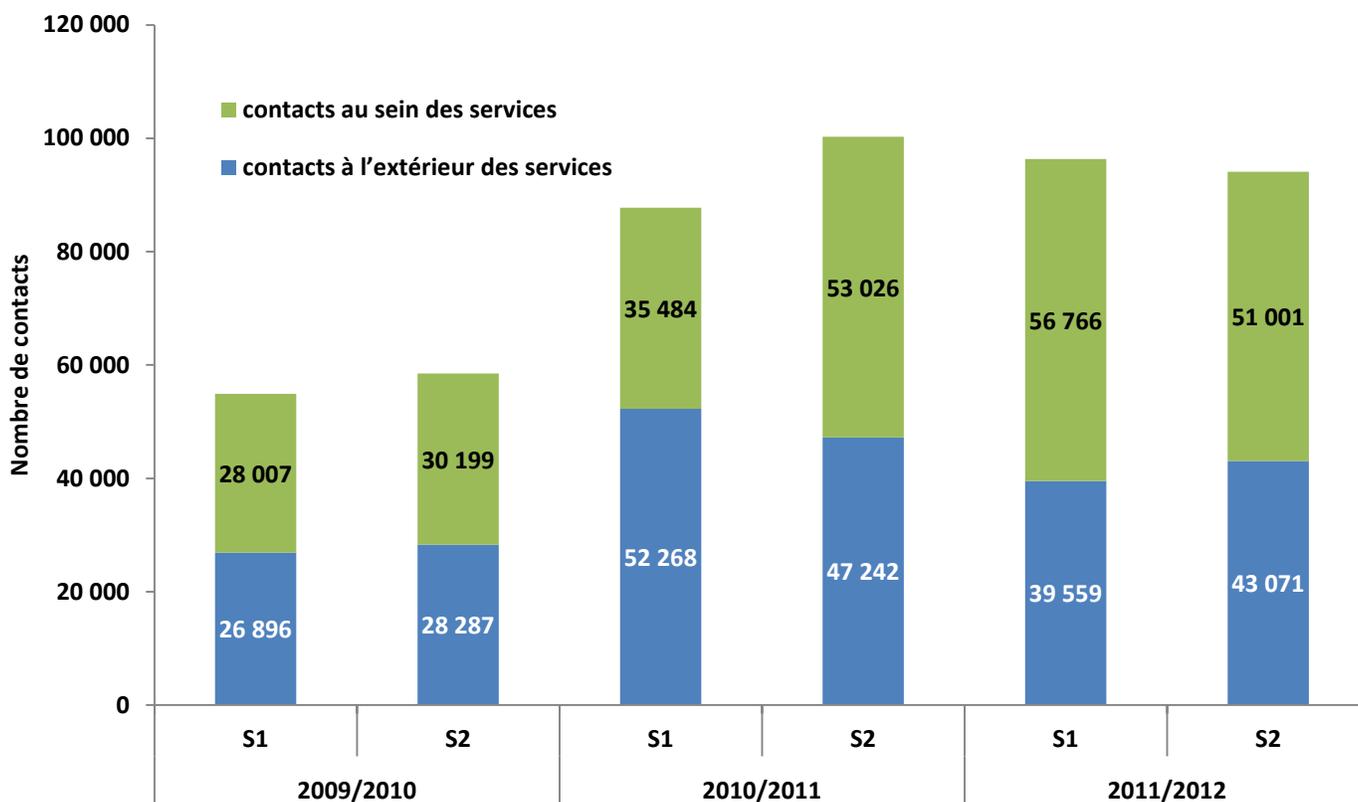
CONTACT AVEC LES TOXICOMANES

Le Bureau de lutte contre le sida finance 20 organismes — 10 OSS, 5 CSC, 4 organismes non liés au sida et 1 autre établissement de soins de santé — afin qu'ils prennent contact avec les consommateurs de drogues injectables ou d'autres substances. En plus de ces organismes spécialisés qui prévoient un personnel particulier à cet effet, 17 autres organismes déclarent prendre contact avec des toxicomanes.

L'AUGMENTATION DES CONTACTS À L'INTÉRIEUR DES SERVICES TÉMOIGNE DE RELATIONS PLUS SOLIDES AVEC LES CLIENTS

Le nombre total de contacts en plus des contacts à l'intérieur des services, en 2011-2012, est semblable à celui de l'exercice précédent, mais le total des contacts a diminué de 16 880, tandis que le nombre de contacts à l'intérieur des services (c.-à-d. avec les gens qui se rendent à l'organisme pour obtenir un service) a augmenté de 19 257. Cette tendance révèle peut-être que les organismes ont construit des relations de confiance avec les clients toxicomanes et que ces derniers sont davantage disposés à consulter un organisme pour obtenir des services.

Figure 33
Nombre total de prises de contact à l'intérieur et à l'extérieur des services

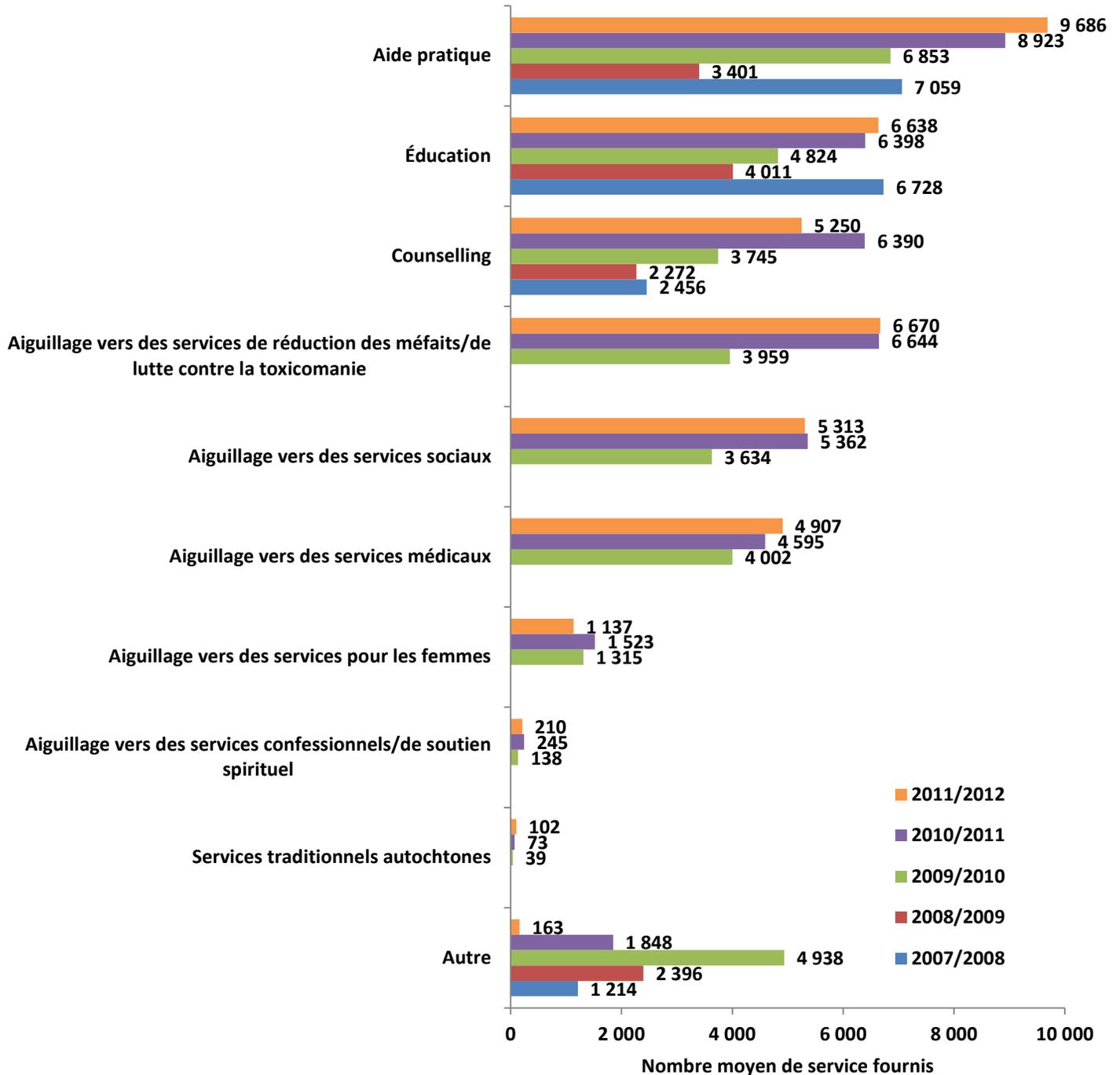


Le total de clients servis dans le cadre d'un programme de prise de contact a augmenté de 8 % en 2011-2012 (24 200) comparativement à 2009-2010 (22 367). Parmi les utilisateurs des services de contact, 14 435 (60 %) étaient des hommes, 9 365 (39 %) étaient des femmes et 400 (2 %) étaient transgenres.

LES TOXICOMANES ACCÈDENT À PLUS DE SERVICES D'AIDE PRATIQUE

En 2011-2012, les organismes ont déclaré que les toxicomanes utilisaient davantage les services d'aide pratique, lesquels comprennent des services liés au logement, aux banques alimentaires, au transport et à l'emploi. Les organismes signalent souvent de façon anecdotique qu'aider un toxicomane à combler ses besoins pratiques contribue souvent à bâtir la confiance et l'incite à recourir à d'autres services. Au cours des deux dernières années, le nombre d'aiguillages vers des services de réduction des méfaits/de la toxicomanie, des services sociaux et des services médicaux est demeuré stable, tandis que la demande en services de counselling ou la capacité de les offrir a diminué.

Figure 34
Nombre moyen de services offerts à des UDI/toxicomanes



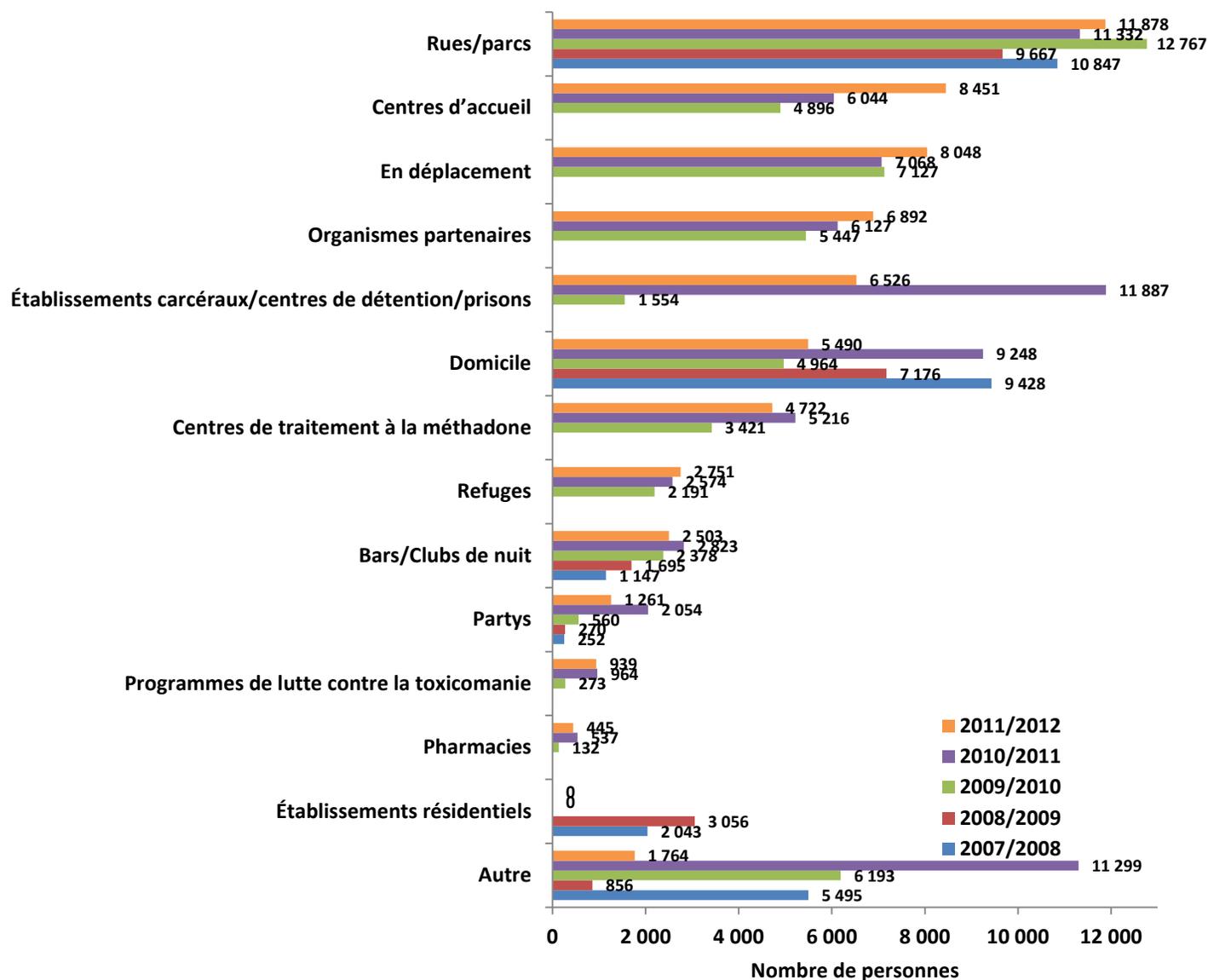
PLUS DE CONTACTS DANS LES CENTRES D'ACCUEIL, MOINS DANS LES PRISONS

L'augmentation du nombre de contacts effectués dans des centres d'accueil et des services mobiles révèle peut-être que ce type de contexte contribue à inciter les toxicomanes à recourir à des services; toutefois, pour définir leur rôle dans la prise de contact, nous devons recueillir plus de renseignements pour déterminer si ces services servent un grand nombre de clients ou un petit nombre de clients plus souvent.

« Nous avons créé un partenariat avec un organisme de jeunes pour établir un centre d'accueil de réduction des méfaits dans l'organisme. Le centre d'accueil est actuellement ouvert une journée par semaine, mais les demandes de renseignements ou de tests témoignent de notre réussite à atteindre ce groupe difficile à servir. La création et la distribution de trousse de perçage au centre d'accueil serviront d'incitatifs pour que les jeunes de la rue s'inscrivent à un programme et prennent soin de leur santé. Des jeunes fournissent les illustrations pour les trousse d'information et révisent le contenu pour s'assurer que la langue est appropriée. »

La diminution considérable du nombre de contacts effectués en prison est principalement imputable à deux organismes, ce qui révèle peut-être un changement de l'objectif de leurs services ou une différente méthode de suivi et de dénombrement des services de contact.

Figure 35
Emplacements des prises de contact

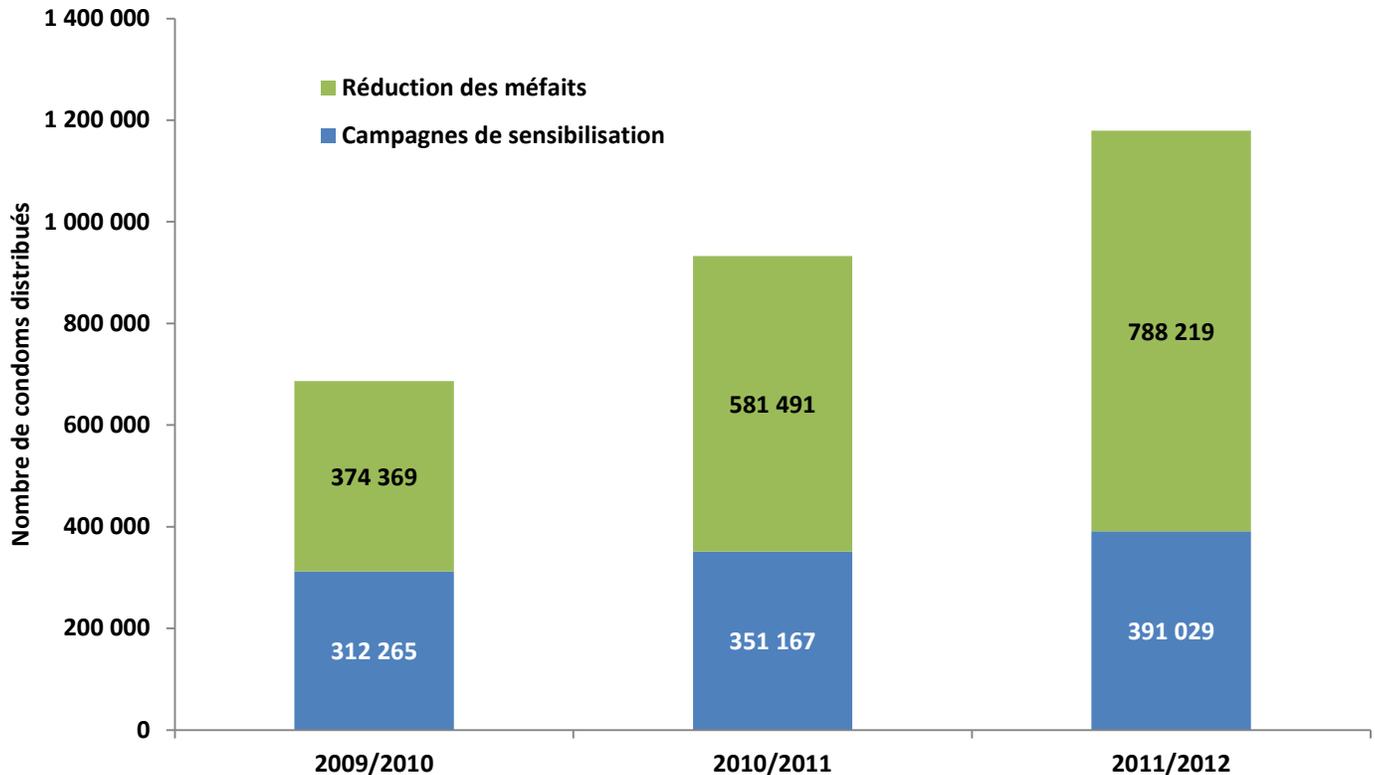


AUGMENTATION CONSIDÉRABLE DE LA QUANTITÉ DE MATÉRIEL DISTRIBUÉ POUR LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

En 2011-2012, les organismes ont signalé qu'ils ont distribué beaucoup plus de ressources pour la prévention et la réduction des méfaits.

En tout, 52 organismes sur 87 ont déclaré avoir distribué des condoms, et le nombre de condoms distribués a augmenté de 26 % (il est passé de 932 658 à 1 179 248), surtout en raison de l'augmentation dans un organisme. La majeure partie de l'augmentation est survenue dans le cadre de programmes routiniers de contact/réduction des méfaits plutôt que dans le contexte de campagnes de sensibilisation.

Figure 36
Nombre de condoms distribués par activité



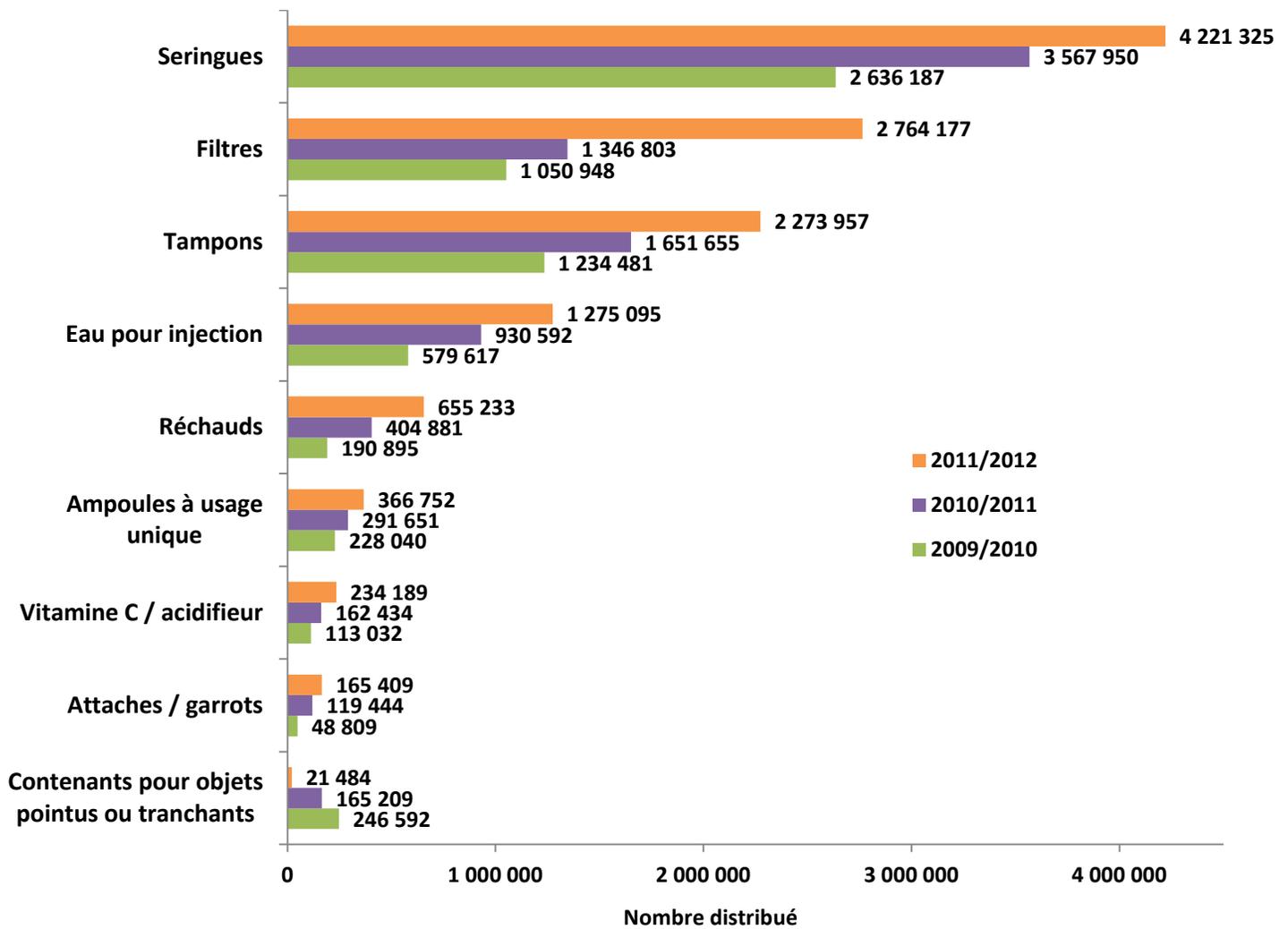
Les organismes ont déclaré des problèmes liés aux programmes de distribution de condoms, surtout en ce qui concerne la marque des condoms. Ils ont reçu des plaintes au sujet de certains types de condoms et davantage de demandes pour une marque de condoms particulière.

« Davantage de jeunes ont demandé la marque de condoms Trojan. Les jeunes déclarent qu'ils préfèrent cette marque parce qu'elle offre une sensation plus naturelle et qu'elle est fiable. »

« Par le passé, nous recevions un approvisionnement gratuit de condoms Lifestyle de Santé publique. À la lumière de la rétroaction que nous avons reçue en ce qui concerne les problèmes de ce produit, nous devons probablement acheter des condoms Trojan, ce qui risque d'exiger un financement supplémentaire pour les fournitures de programme. On a besoin d'une analyse de l'efficacité des condoms Lifestyle et d'autres marques pour s'assurer qu'ils sont sécuritaires et efficaces. »

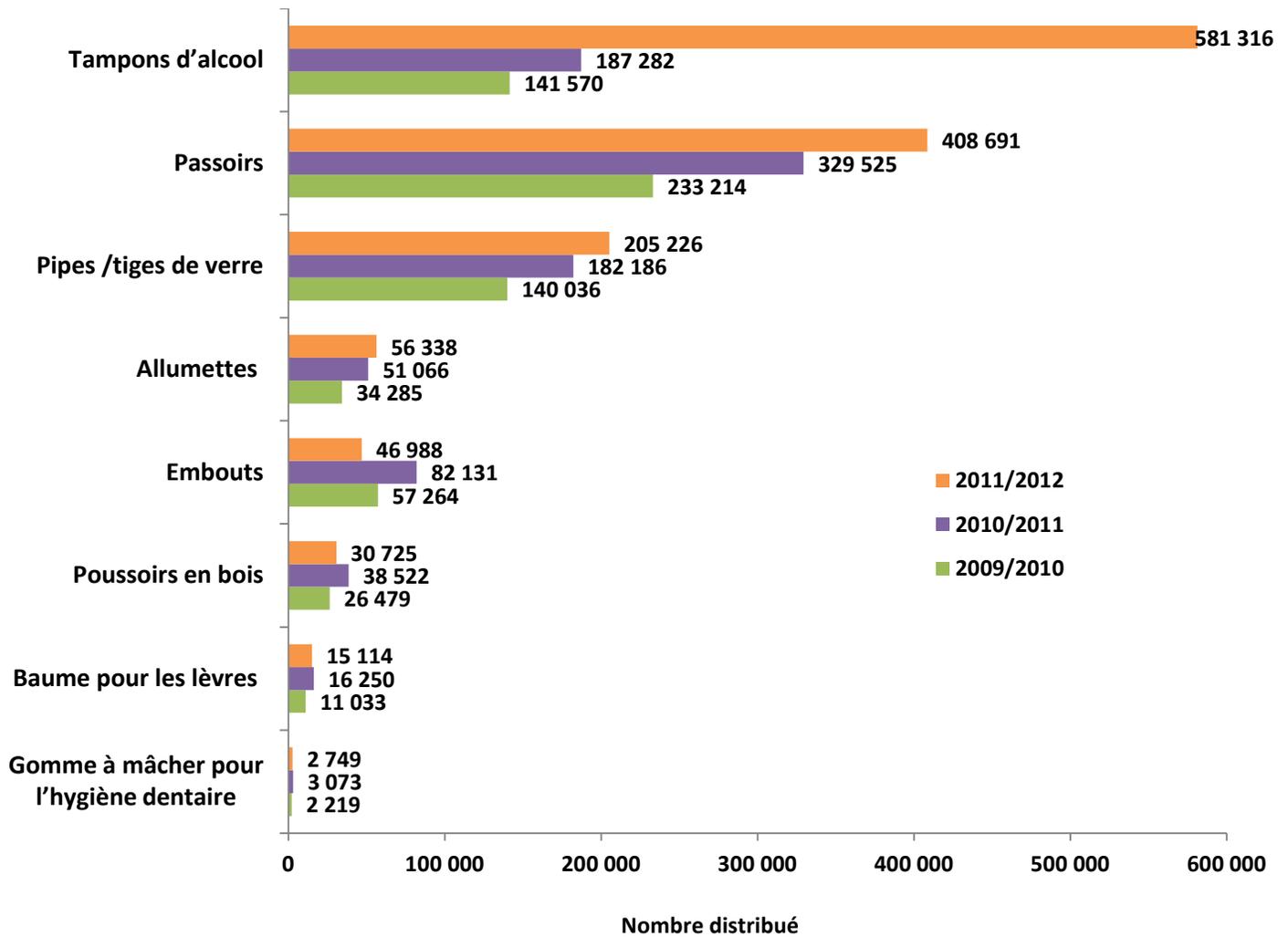
Nous avons également observé une augmentation considérable (plus de 20 %) de la quantité de matériel d'injection sécuritaire distribué, malgré le fait que trois organismes de moins que l'exercice précédent ont distribué des seringues.

Figure 37
Nombre total d'articles d'injection sécuritaire distribués



Il y a aussi eu une augmentation marquée de la distribution de matériel d'inhalation sécuritaire. Le nombre d'organismes qui ont permis la distribution de ce matériel a augmenté (à 20), et ce matériel est désormais disponible dans la plupart des régions de la province.

Figure 38
Nombre total d'articles d'inhalation sécuritaire distribués



Les organismes ont déclaré avoir observé les tendances suivantes au chapitre de la consommation de drogues :

- le remplacement d'Oxycontin comme drogue de choix par des substances comme l'héroïne, le fentanyl, les drogues illicites sans ordonnance et l'hydromorphone; la drogue de choix est souvent propre à chaque communauté;
- l'augmentation du prix de détail des opiacés depuis le retrait d'Oxycontin du formulaire d'assurance-médicaments.

« Il y a des témoignages de personnes qui passent aux opioïdes comme le fentanyl et l'hydromorphone à cause de la difficulté d'injection de la nouvelle formule appelée OxyNeo. Il y a aussi augmentation de la consommation d'héroïne. Nous sommes toujours très préoccupés à l'égard de la mort et des dommages causés par la surdose accidentelle, de la pureté des substances de rechange disponibles et de l'incapacité d'obtenir de la naloxone, en plus des conséquences juridiques, financières et psychosociales pour les utilisateurs. »

« Selon nos observations, les clients ont tendance à abandonner les médicaments sur ordonnance pour passer aux drogues illicites sans ordonnance. Il s'agit d'un phénomène important, car les clients qui consomment des médicaments sur ordonnance savent ce qu'ils prennent et à quoi s'attendre, tandis que les clients qui consomment de la drogue illicite sans ordonnance n'ont aucune façon de savoir ce qu'ils prennent. Cela peut entraîner une augmentation du nombre de surdoses et de décès. L'augmentation du nombre de consommateurs de fentanyl est alarmante, en raison des risques de surdose élevés associés à cette drogue. »

Les organismes ont également signalé avoir observé une augmentation de leur jeune clientèle ainsi que de la demande de contacts avec les travailleurs du sexe. Au chapitre de la santé de leurs clients, les organismes observent une augmentation des infections cutanées, des abcès et des réactions à la cocaïne ou au crack coupé au lévamisole.

La demande augmente pour les éléments suivants :

- des trousse d'inhalation sécuritaire;
- le traitement à la méthadone/les établissements de traitement;
- l'aide pratique (p. ex. alimentation, vêtements d'hiver, logement, articles de base);
- des services de santé mentale et axés sur les troubles concomitants.

« En général, nous constatons que la demande de trousse d'échange de seringues et de services de contact augmente. »

« [Nous devons] revoir la politique interdisant la distribution d'articles de consommation de crack sécuritaire aux jeunes de moins de 18 ans. Rien ne justifie clairement le maintien de cette politique, alors la communauté a relevé le besoin de revoir cette mesure en lançant un projet pilote. XXX et YYY collaboreront au projet pilote afin de réduire l'âge minimal de 18 à 16 ans pour la distribution de pipes à crack. »

« Durant la période sur laquelle porte le rapport, il y a eu une augmentation de la demande pour des programmes axés sur les troubles concomitants et fondés sur le modèle accordant la priorité au logement. Depuis qu'un tel programme a vu le jour l'an dernier, nos utilisateurs de services ont manifesté un intérêt évident à cet égard. »

Pour répondre aux besoins en évolution, les organismes prennent les mesures suivantes :

- révision des programmes/services;
- création de nouveaux partenariats et consolidation de partenariats existants;
- augmentation de l'aiguillage;
- augmentation de l'éducation auprès des clients;
- augmentation de l'éducation communautaire sur les méthodes de réduction des méfaits;
- poursuite de la promotion de l'accès à des services non stigmatisants pour leurs clients.

Selon les commentaires anecdotiques, il est clair que les responsables de programmes de contact auprès des UDI et de réduction des méfaits évaluent continuellement la demande pour leurs services et cherchent des façons de les améliorer.

« Durant la période visée par le rapport, nous avons remarqué une augmentation de l'utilisation de seringues à la lumière de nos contacts à l'intérieur et à l'extérieur du service. Cela donne à penser que nos clients du service de réduction des méfaits font confiance au service que nous offrons. »

« D'autres organismes manifestent de plus en plus d'intérêt pour un programme d'échange de seringues chez eux. De plus, des membres de la collectivité et des entreprises locales demandent de plus en plus de contenants pour objets contaminés et de matériel d'élimination. Ainsi, la quantité d'objets contaminés et les coûts connexes ont augmenté de 10 à 15 % cette année pour notre organisme. On continue de nous téléphoner régulièrement pour que nous ramassions des seringues utilisées laissées dans des parcs et d'autres endroits dans la collectivité. »

« Durant le présent semestre, nous avons formé et ajouté deux nouveaux travailleurs pairs dans le cadre de notre programme de prise de contact, ce qui nous aide à atteindre plus de clients dans le besoin et à offrir des renseignements et du soutien de bonne qualité au sujet de l'accès à nos services. »

« Nous adaptons notre financement et profitons de chaque cent pour répondre aux besoins des clients liés aux éléments de base comme l'alimentation, les vêtements et les articles d'hygiène. »

Un organisme a mis en lumière les lacunes qui rendent plus difficile le fait de servir les toxicomanes.

« Les services offerts aux clients ayant des troubles concomitants demeurent lacunaires. L'obtention de soins médicaux est difficile, car le client est tenu de s'abstenir de consommer pour une longue période. Or, le client a du mal à s'abstenir de consommer pour une longue période sans soutien direct des intervenants en santé mentale. »

« Nombre de nos clients dorment dans des lits infestés de punaises. »



NOUVEAUX ENJEUX, NOUVELLES TENDANCES

L'augmentation du nombre de contacts, de la présence dans les centres d'accueil et de la demande d'aide pratique donne à penser que les organismes ont noué des relations de confiance avec leurs clients UDI. Quelles sont les conséquences de ces changements pour les services continus?

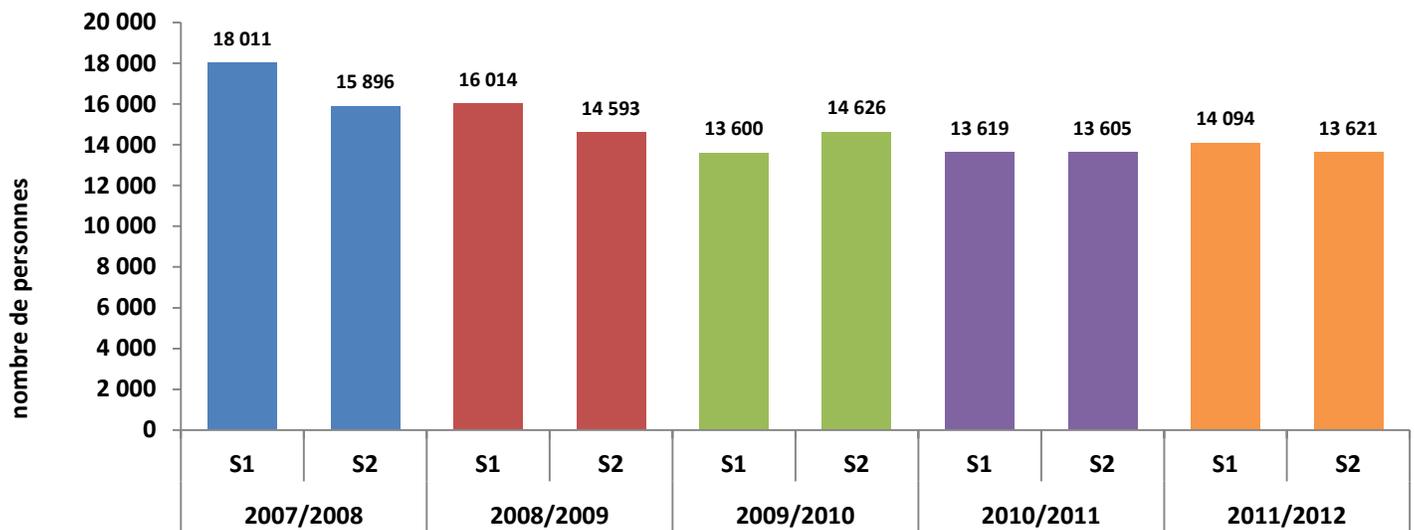
1. A-t-on besoin de différentes compétences ou de différentes ressources dans les programmes pour répondre aux besoins changeants?
2. Comment les programmes peuvent-ils équilibrer le besoin accru d'intervention à l'intérieur du service et de soutien avec le besoin de poursuivre la prise de contact auprès des toxicomanes?
3. Quelles stratégies emploient les organismes pour créer des relations de travail et des réseaux d'aiguillage avec d'autres services, comme des organismes de santé mentale et de toxicomanie, ou de services de soins primaires?

2 AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES

L'objectif des programmes communautaires financés par le Bureau de lutte contre le sida et dans le cadre du PACS est d'améliorer l'accès aux services offerts aux personnes vivant avec le VIH ou présentant un risque de le contracter. Au total, 65 des 88 organismes financés offrent des services de soins et de soutien.

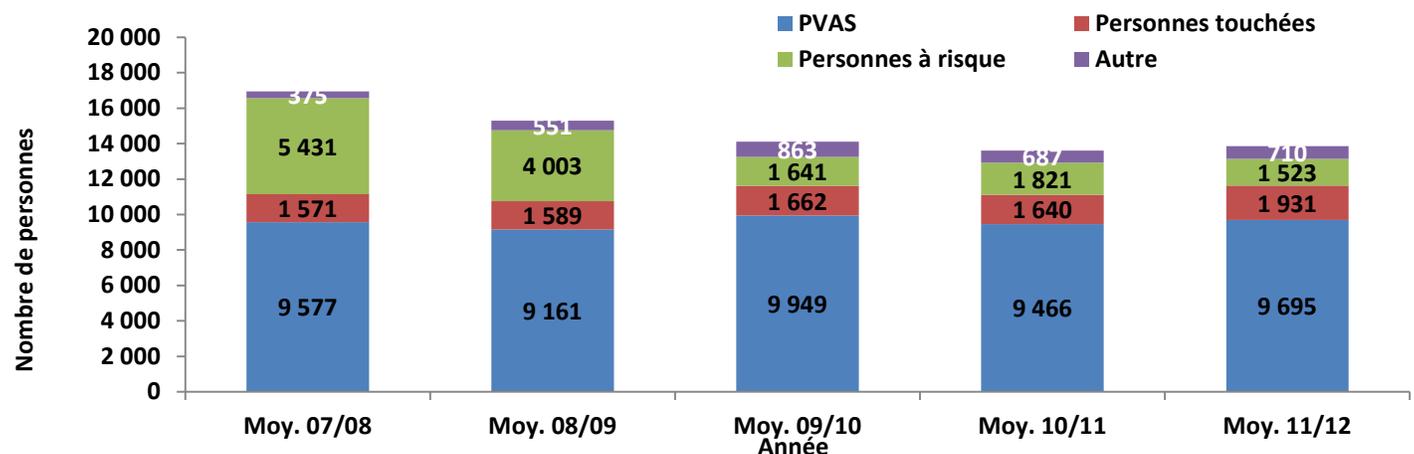
En 2011-2012, les organismes ont déclaré avoir offert des services à 13 858 personnes en moyenne pendant chacune des deux moitiés de l'exercice. Cette moyenne est légèrement plus élevée que celle de l'exercice précédent. NOTE : Certaines personnes peuvent recevoir des services auprès de plus d'un organisme (particulièrement à Toronto), et il y a donc des clients qui peuvent avoir été comptés plus d'une fois..

Figure 39
Nombre de clients qui ont utilisé des services de soutien durant chaque période de référence



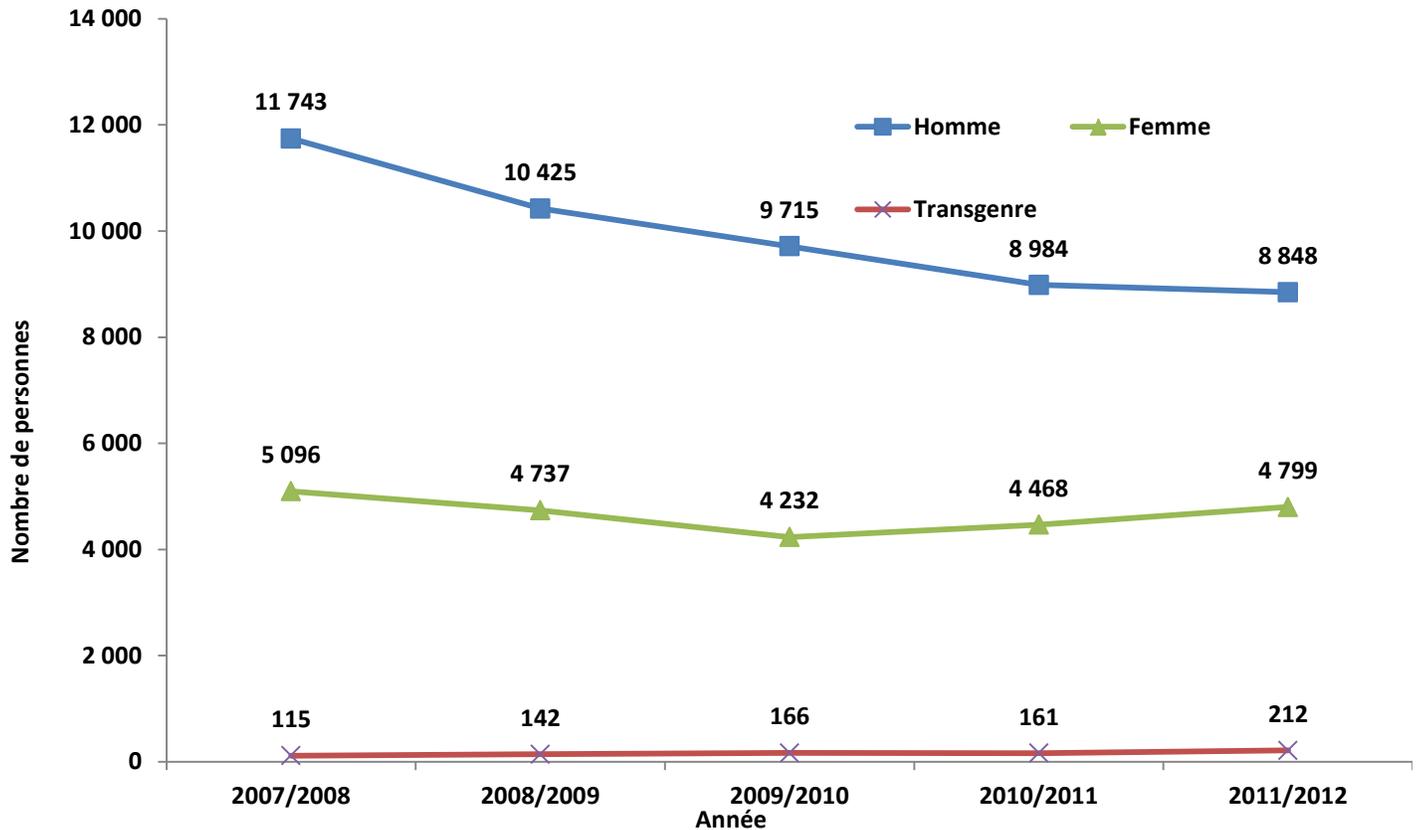
La plupart des utilisateurs des services de soutien sont des personnes vivant avec le VIH (70 %). En 2011-2012, la deuxième catégorie en importance (14 %) était celle des personnes touchées (c.-à-d. les partenaires, les membres de la famille, les amis des personnes vivant avec le VIH), et la troisième était celle des personnes présentant un risque (11 %). Les organismes ont fait état de 5 % d'utilisateurs de services de soutien appartenant à la catégorie « autre », laquelle inclut surtout des gens ayant une maladie du sang, des personnes atteintes d'hépatite C et des travailleurs de l'industrie du sexe.

Figure 40
Prestation des services de soutien par type de client



En ce qui a trait au sexe, les organismes ont dit avoir offert des services à un peu plus de femmes et de transgenres et à un peu moins d'hommes en 2011-2012 qu'auparavant. Le nombre de femmes qui ont recours aux services augmente constamment depuis trois ans, malgré la chute du nombre de nouveaux cas d'infection chez les femmes. Cette tendance pourrait indiquer que les femmes recourent plus systématiquement aux services communautaires que les hommes ou encore qu'elles disposent de moins de ressources et bénéficient de moins de mesures de soutien social. Comme de nombreuses femmes vivant avec le VIH sont aussi susceptibles d'être des immigrantes de fraîche date et d'avoir des enfants (dont certains peuvent être séropositifs pour le VIH), leurs besoins en matière de soutien peuvent être plus grands que ceux des hommes.

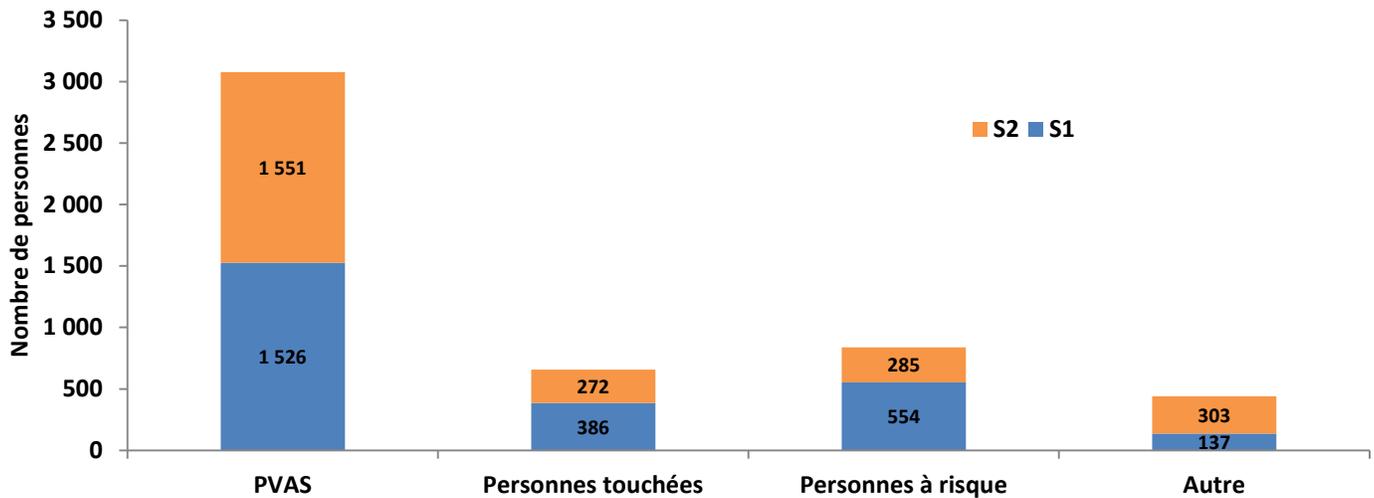
Figure 41
Nombre moyen d'utilisateurs de service de soutien selon le sexe



AUGMENTATION DU NOMBRE DE NOUVEAUX CLIENTS

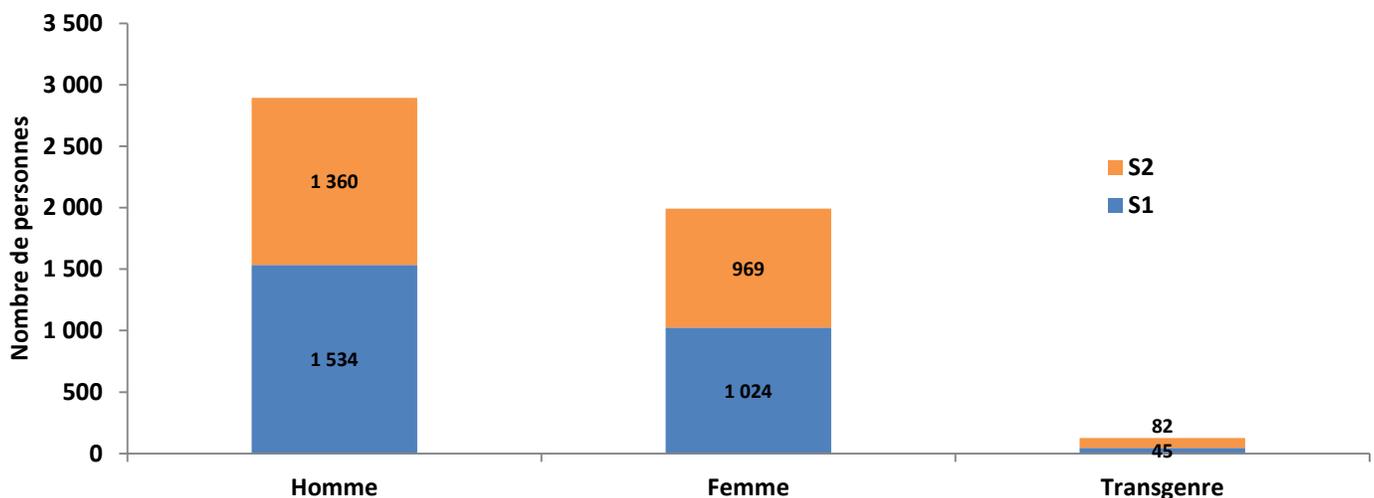
Les organismes ont fait état d'un nombre important de nouveaux clients pour chacune des deux moitiés de l'exercice 2011-2012. Plus de 3 000 des personnes vivant avec le VIH et ayant reçu des services au cours de l'exercice étaient de nouveaux clients. Comme le nombre de nouveaux clients est plus élevé que le nombre de nouveaux diagnostics pour 2011-2012, il semble que les gens font appel aux services communautaires au moment où ils en ont besoin au cours de leur vie avec le VIH.

Figure 42
Nombre de nouveaux clients par type de client: 2011-2012



Les organismes ont indiqué que le nombre de nouveaux clients était plus élevé que le nombre de nouvelles clientes en 2011-2012; toutefois, comme les femmes ne comptent que pour moins de 25 % des nouveaux diagnostics et des diagnostics cumulatifs, elles forment une proportion beaucoup plus élevée que les hommes des nouveaux clients ayant recours aux services communautaires. Cela correspond à des tendances observées dans d'autres secteurs du système de soins de santé, où les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser les services. Les trois organismes qui font état du plus grand nombre de nouveaux clients sont tous situés à Toronto. Il s'agit d'un organisme qui offre des services juridiques, d'un autre qui offre des services aux communautés africaines, noires et des Caraïbes et d'un autre enfin qui offre des services aux personnes vivant avec le VIH.

Figure 43
Nombre de nouveaux clients de soutien selon le sexe: 2011-2012



La majorité des hommes et des femmes qui utilisent les services de soutien sont des personnes vivant avec le VIH. Cependant, une plus grande proportion de la clientèle des personnes touchées par le VIH sont féminine.

Figure 44
Nombre d'hommes servis par type de client

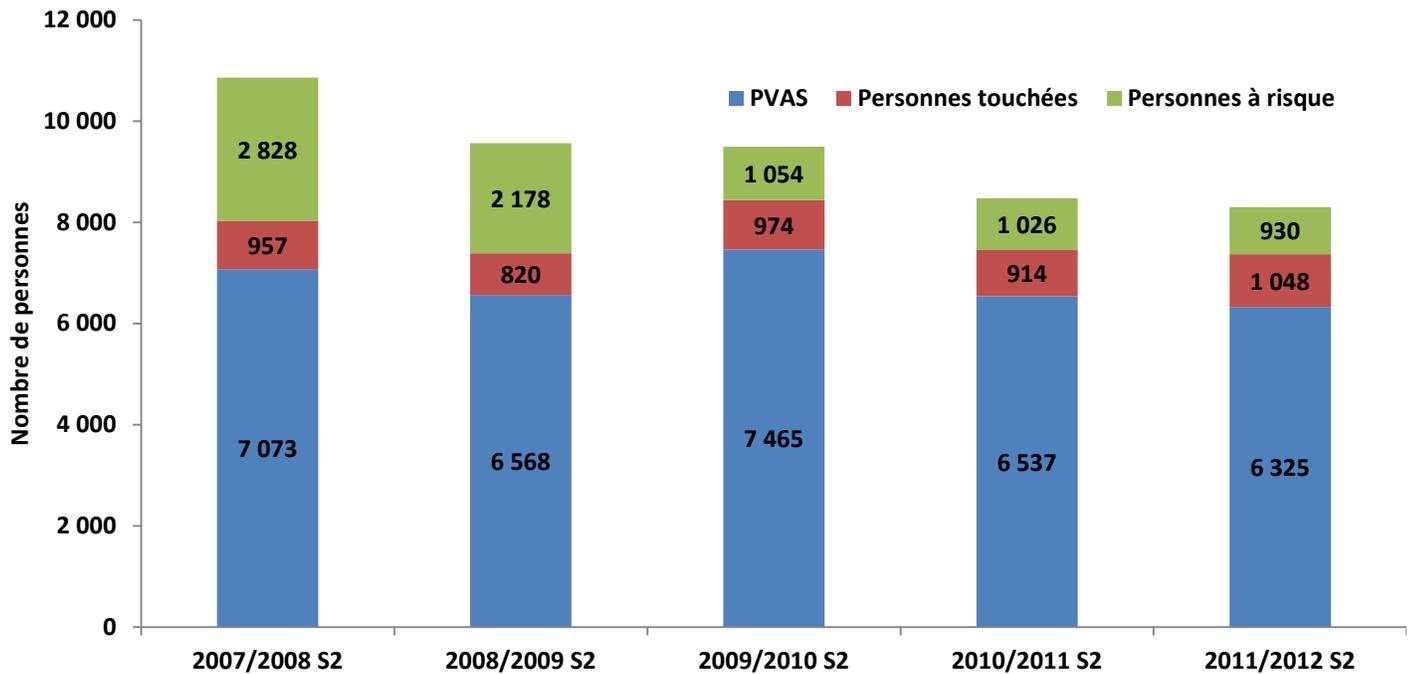
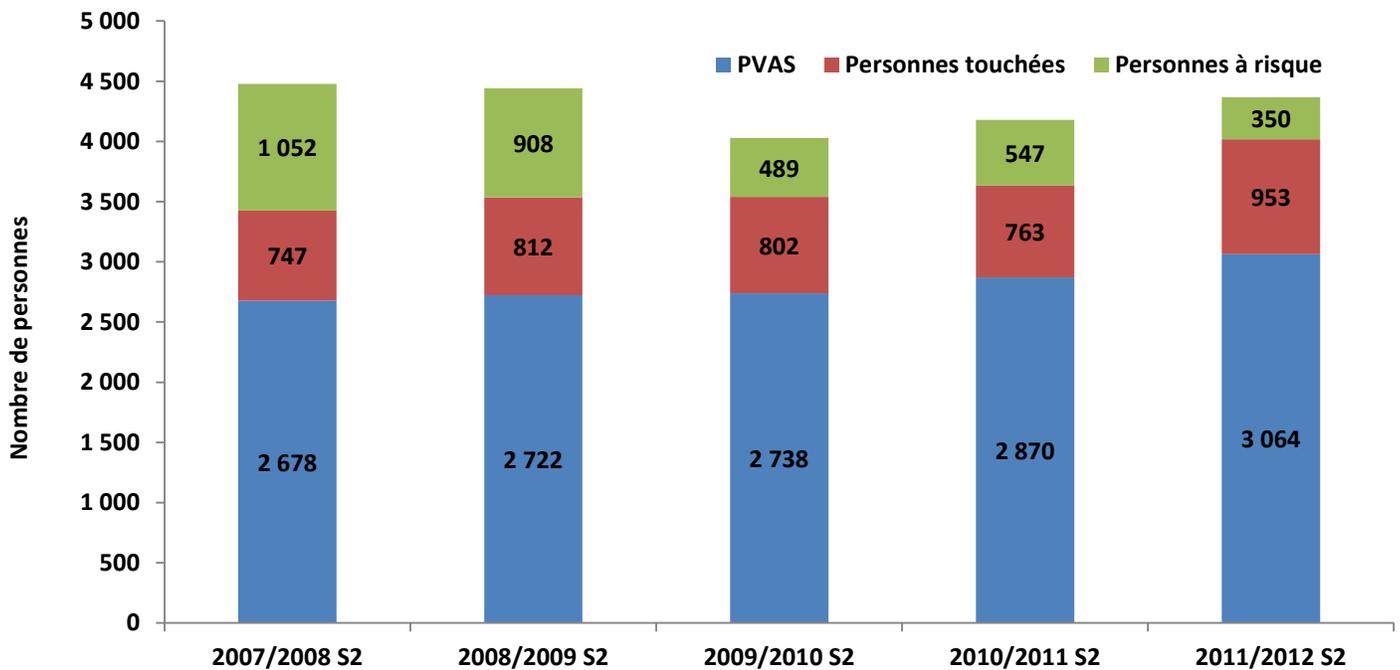


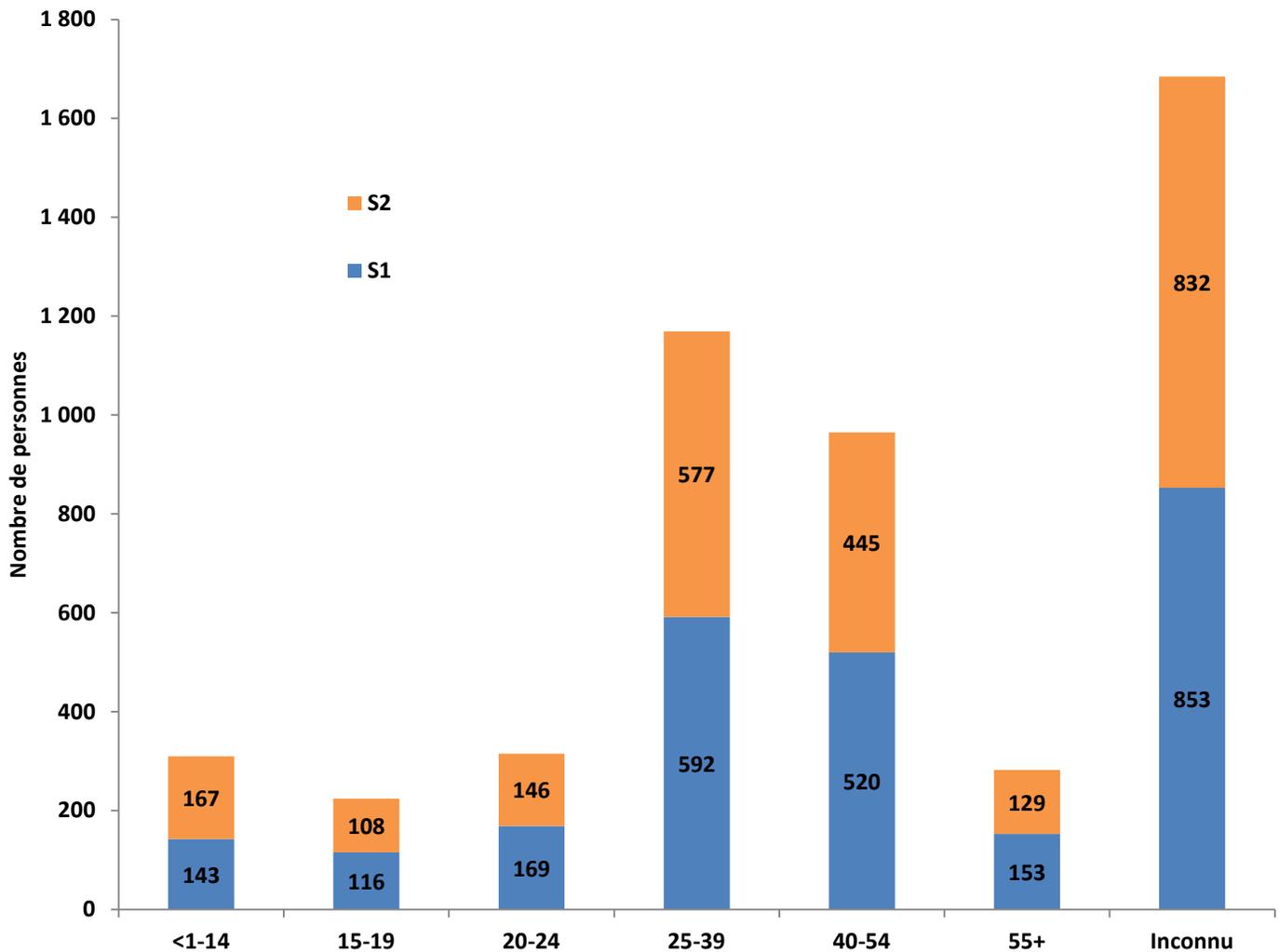
Figure 45
Nombre de femmes servies par type de clients



LA TENDANCE AU « GRISONNEMENT » SE MAINTIENT

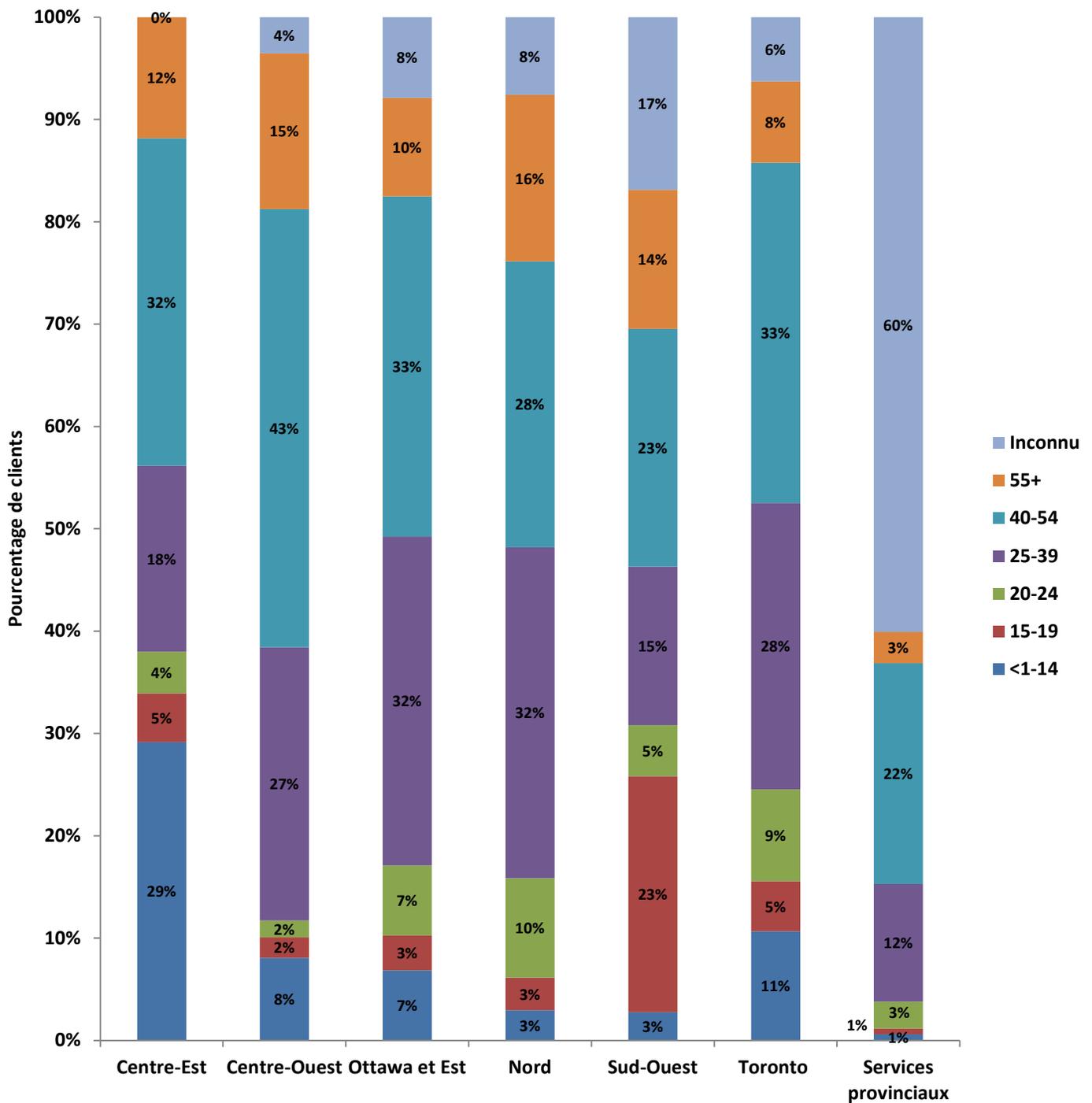
Nous continuons d'observer un « grisonnement » de la population atteinte du VIH. En 2011-2012, l'OERVSCO demandait (pour la première fois) l'âge des nouveaux clients. La plupart des nouveaux clients (dont l'âge est connu) ont plus de 25 ans, et une proportion importante de clients sont âgés de plus de 40 ans. Des nouveaux clients de moins de 14 ans, la plupart (250 personnes) sont des personnes touchées (c.-à-d. des enfants de personnes vivant avec le VIH), et 15 sont des personnes vivant avec le VIH et ayant subi une infection périnatale avant de s'installer au Canada. Note : Le nombre important de clients dont l'âge est inconnu est attribuable à un seul organisme, qui offre des services de conseils juridiques et ne recueille pas de données sur l'âge des clients.

Figure 46
Nombre de nouveaux clients de soutien selon l'âge: 2011-2012



L'examen de la répartition géographique nous permet de constater que la tendance au grisonnement se manifeste partout dans la province. Près de la moitié des clients de l'ensemble des régions ont plus de 40 ans.

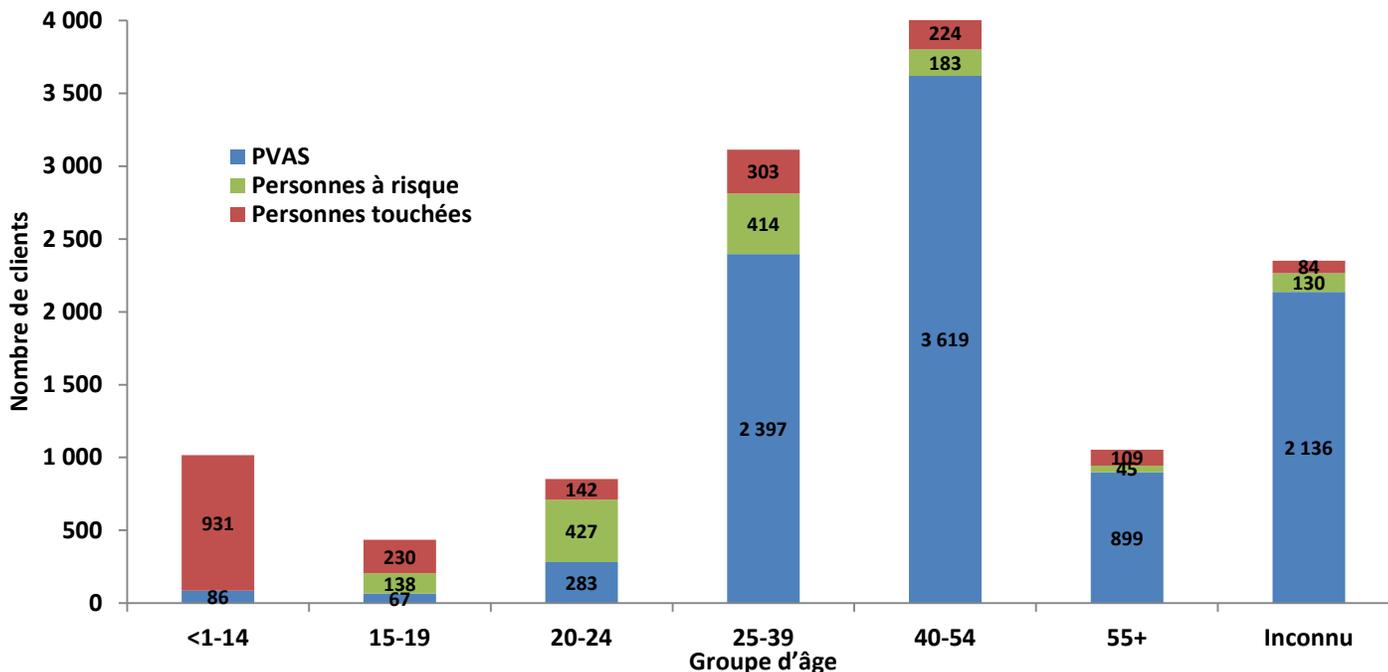
Figure 47
Proportion de clients utilisant les services de soutien selon l'âge et la région : S2 - 2011-2012



LA PLUPART DES CLIENTS ÂGÉS DES SERVICES DE SOUTIEN SONT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Comme le montre la figure ci-dessous, la majorité des clients âgés qui ont recours aux services de soutien sont des personnes vivant avec le VIH, alors qu'une forte proportion de jeunes clients sont des personnes touchées ou à risque.

Figure 48
Nombre de clients utilisant les services de soutien selon le type de clients et l'âge : 2011-2012 S2



LES OSS ET LES AUTRES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ S'OCCUPENT DE CLIENTS ÂGÉS

D'après la répartition par catégorie d'âge des clients en fonction du type d'organisme, les CSC et les organismes non liés au sida ont tendance à s'occuper de clients plus jeunes que les OSS ou les responsables de programmes offerts dans d'autres établissements de soins de santé.

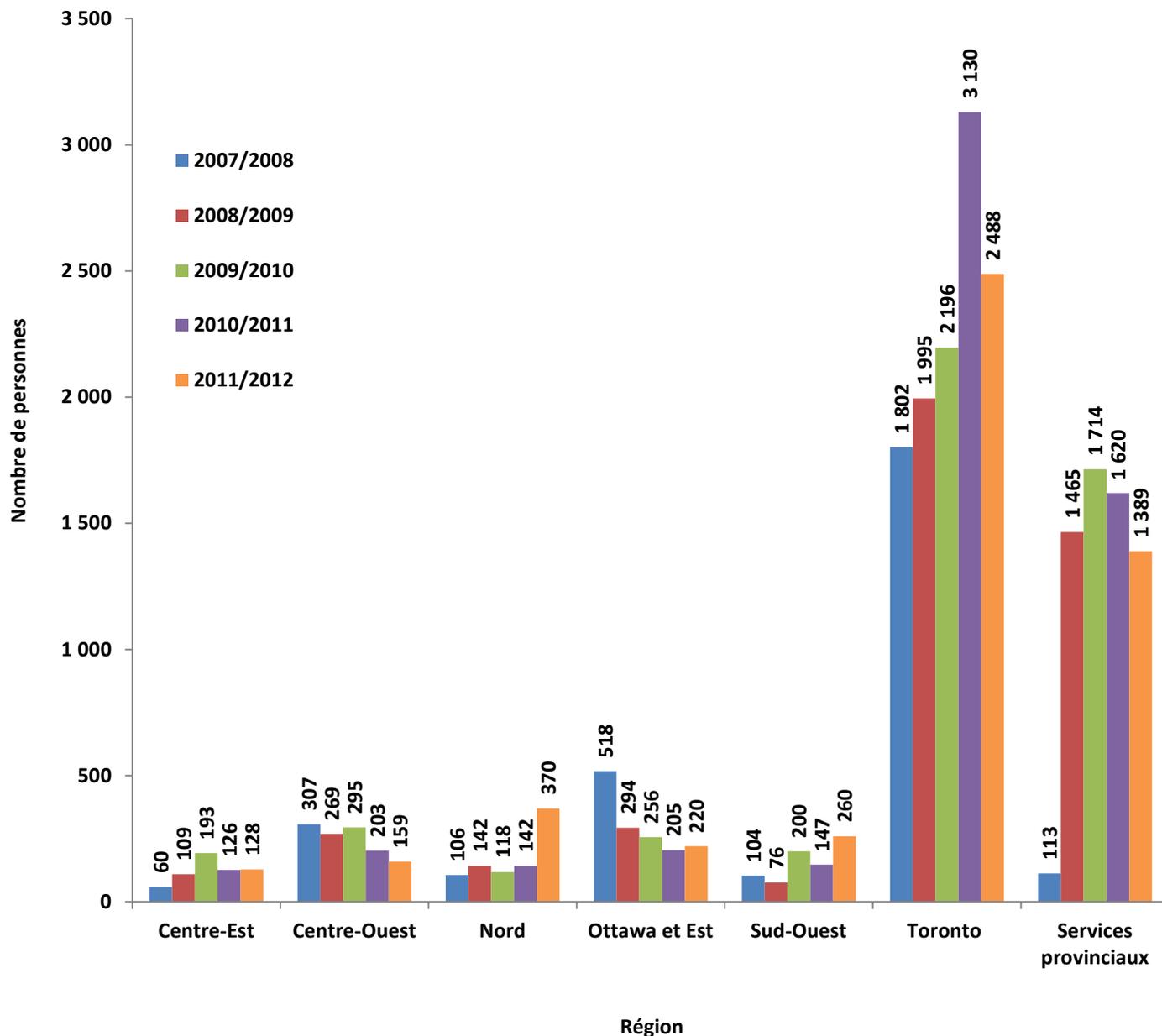
Figure 49
Age Profile by Agency Type (H2 2011)

Catégorie d'âge	OSS	CSC	Organismes non liés au sida	Autres établissements de soins de santé	Total global
Moins de 1 an à 14 ans	8,77 %	1,19 %	6,12 %	0,72 %	8,13 %
De 15 à 19 ans	3,85 %	0,00 %	9,83 %	1,08 %	4,35 %
De 20 à 24 ans	3,68 %	5,64 %	30,01 %	5,05 %	6,65 %
De 25 à 39 ans	22,91 %	51,93 %	25,37 %	20,58 %	23,85 %
De 40 à 54 ans	31,51 %	36,20 %	18,17 %	57,40 %	30,70 %
Plus de 55 ans	8,14 %	5,04 %	6,93 %	14,08 %	8,05 %
Âge inconnu	21,13 %	0,00 %	3,57 %	1,08 %	18,27 %
Total global	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

PROPORTION ÉLEVÉE DE NOUVEAUX CLIENTS DANS LES RÉGIONS DU NORD ET DU SUD-OUEST

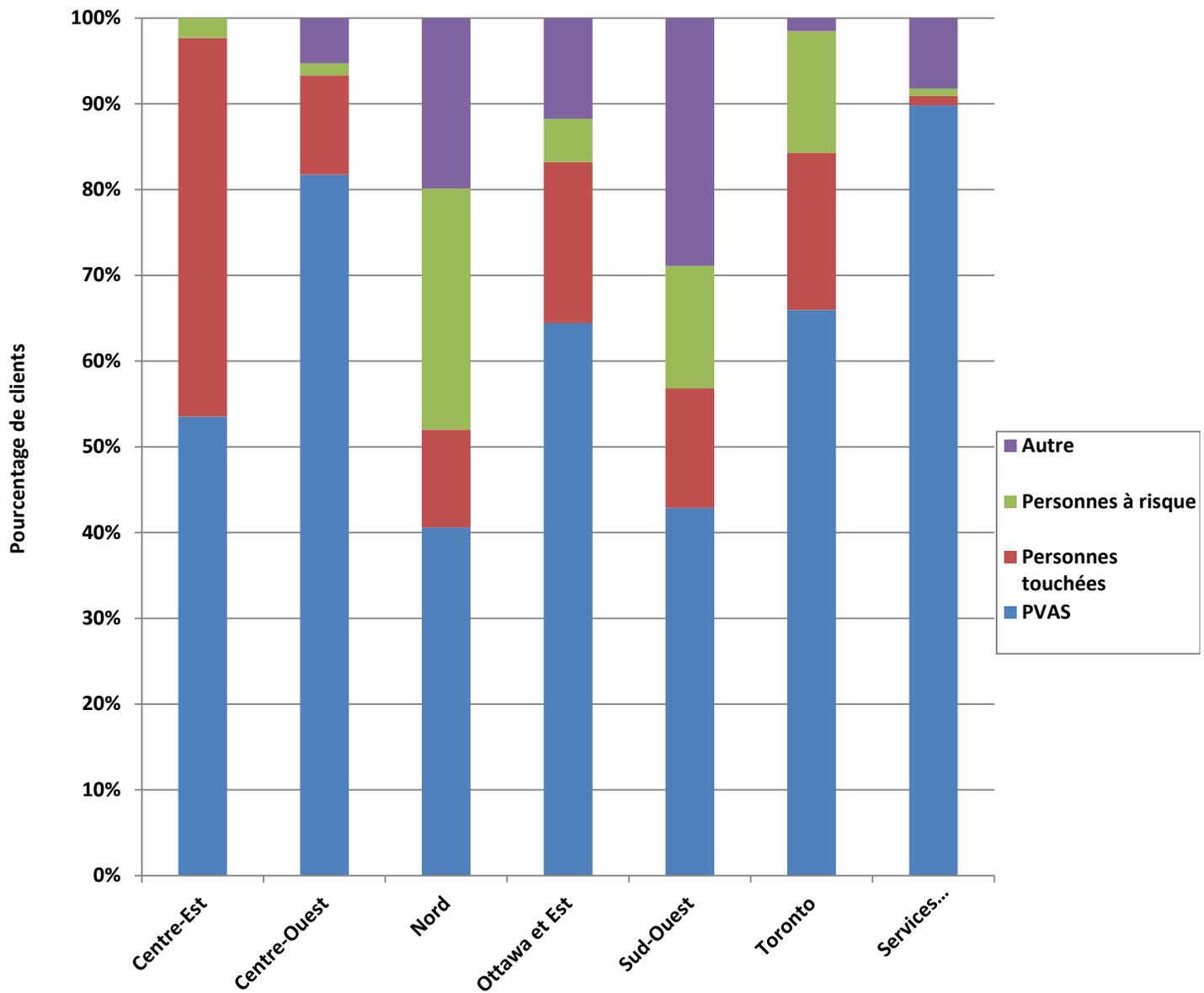
L'examen approfondi des programmes dont les responsables disent offrir des services de soutien à de nouveaux clients nous permet de constater qu'il s'agit de programmes répartis dans l'ensemble de la province. C'est dans la région de Toronto, où l'épidémie sévit le plus gravement, que le nombre de nouveaux clients est le plus élevé — quoiqu'il ait diminué par rapport à l'exercice précédent. (Note : La diminution observée à Toronto est attribuable principalement au fait qu'un organisme a fermé ses portes.) En 2011-2012, le nombre de nouveaux clients des services de soutien a augmenté de façon marquée dans les régions du Nord et du Sud-Ouest. Dans la région du Nord, cette augmentation est principalement attribuable à deux organismes et à des personnes qui sont à risque ou touchées, et elle pourrait être liée à la forte prévalence de l'hépatite C dans cette région.

Figure 50
Nombre de nouveaux clients par région



Pour ce qui est des types de clients qui reçoivent des services, les personnes vivant avec le VIH comptent pour la plus forte proportion des clients des services de soutien dans les régions du Centre-Ouest, de Toronto et d'Ottawa ainsi que des clients des organismes provinciaux qui offrent des services directs. Dans les régions du Centre-Est, d'Ottawa et de Toronto, une assez forte proportion de clients qui sont des personnes touchées obtiennent des services dans le cadre des programmes, tandis que dans les régions du Nord, du Sud-Ouest et de Toronto, une assez forte proportion de clients qui obtiennent des services sont des personnes à risque. Les organismes des régions du Sud-Ouest, du Nord, d'Ottawa et du Centre-Ouest ainsi que les services provinciaux font état d'une forte proportion de clients appartenant à la catégorie « autre », laquelle comprend les gens qui ont une maladie du sang (55 %), les personnes atteintes de l'hépatite C (22 %) et les jeunes ouvertement homosexuels (18 %). Ces proportions sont semblables à celles de l'exercice précédent.

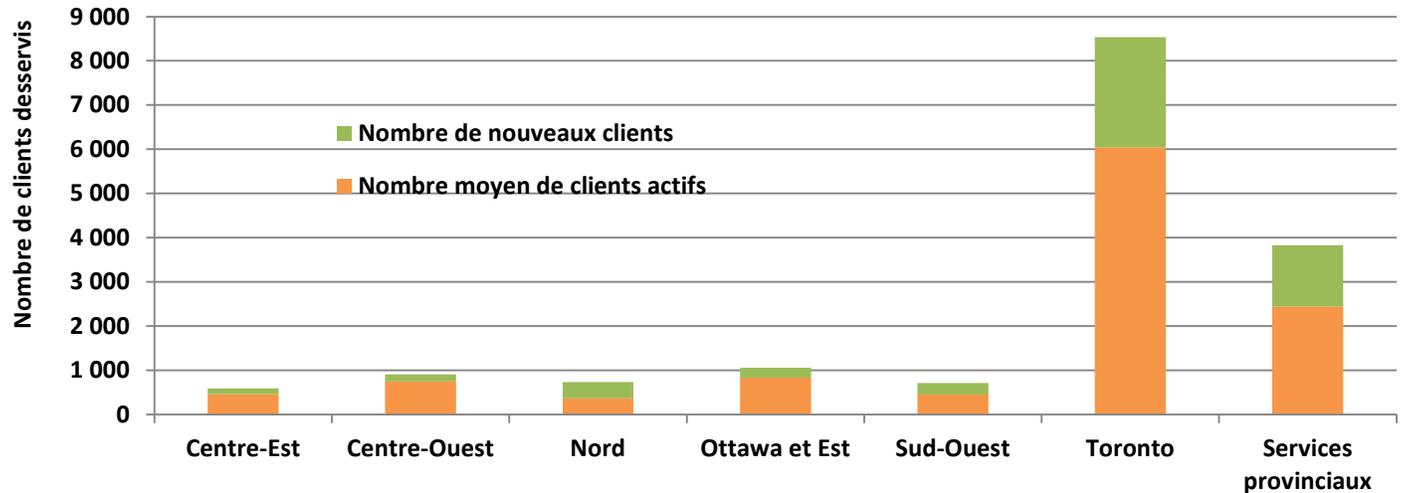
Figure 51
Pourcentage de clients qui ont utilisé les services de soutien selon le type de clients et la région : 2011-2012 - S2



DÉCÈS DE 145 CLIENTS EN 2011-2012

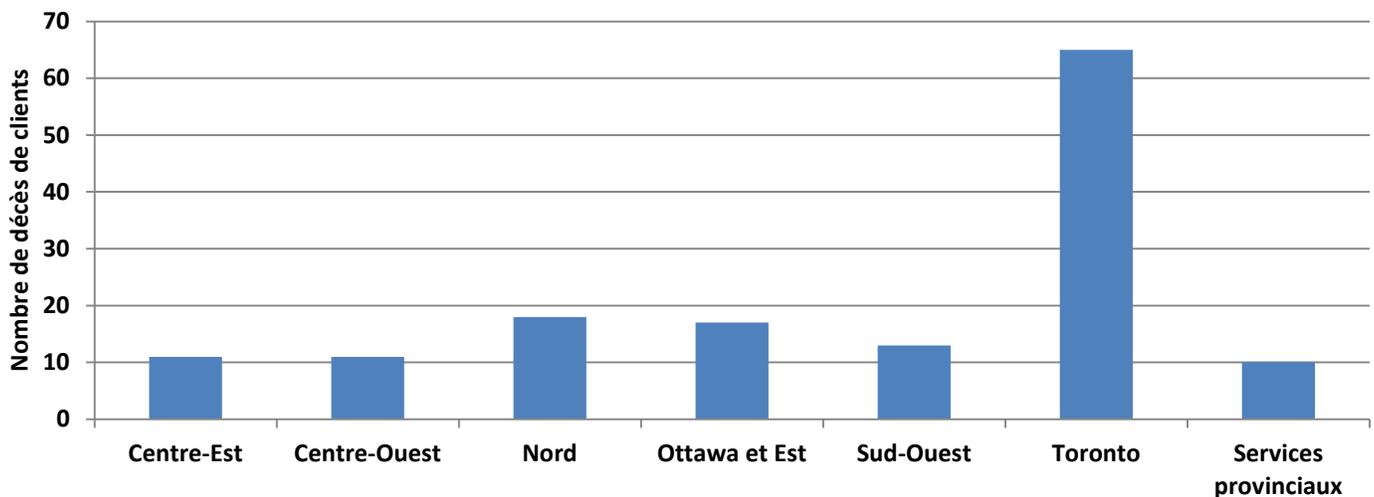
La figure 52 montre encore une fois que la majorité des clients des programmes ne sont pas nouveaux, mais sont plutôt des clients actifs de façon permanente. Nous ne savons pas encore pendant combien de temps en moyenne ou à quelle fréquence les clients ont recours aux organismes communautaires pour obtenir des services de soutien. Toutefois, nous espérons pouvoir cerner les tendances relatives à l'utilisation des services grâce au système OCASE.

Figure 52
Nombre de nouveaux clients et de clients actifs en fonction de la région : 2011-2012



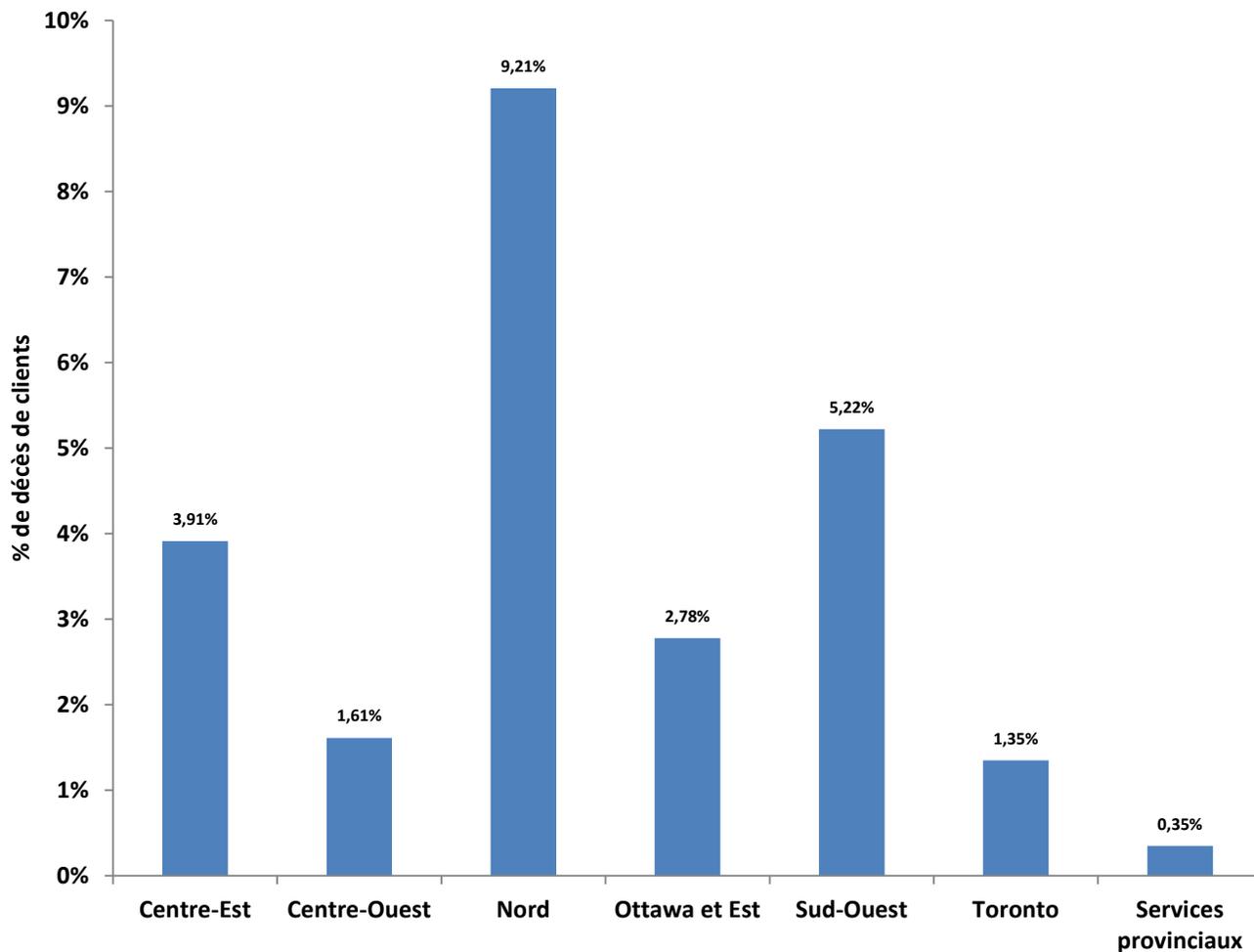
La figure 53 nous rappelle que malgré les améliorations apportées aux soins et aux traitements, le VIH demeure une menace pour la vie et limite les possibilités de celle-ci. Pour la première fois en 2011-2012, les organismes ont dû indiquer le nombre de décès survenus au cours de l'année, et ils ont fait état de 145 décès au total. (Note : Comme certains clients peuvent obtenir des services auprès de plus d'un organisme, surtout à Toronto, le nombre de décès déclarés pourrait être plus élevé que le nombre de décès survenus en réalité.)

Figure 53
Nombre de clients décédés par région : 2011-2012



La figure 54 montre la proportion de clients atteints du VIH décédés en 2011-2012. Les organismes du Nord de l'Ontario ont indiqué que près de 10 % de leurs clients séropositifs sont décédés au cours de la dernière année, tandis que les organismes du Sud-Ouest ont déclaré que plus de 5 % de leurs clients séropositifs sont décédés. Ces chiffres pourraient témoigner du fait que les personnes vivant avec le VIH deviennent plus susceptibles de s'adresser aux organismes communautaires au fur et à mesure qu'elles vieillissent et que leur santé déperit. Ils pourraient également refléter le problème du diagnostic tardif chez les gens qui consomment des drogues injectables et chez les Autochtones. Quels que soient les facteurs qui entraînent le taux de décès élevé dans certaines régions, ces décès sont extrêmement difficiles à vivre pour les membres du personnel des organismes et pour les autres clients, et ils pourraient justifier l'accroissement des services liés à la planification préalable des soins, aux soins palliatifs et au soutien en cas de deuil.

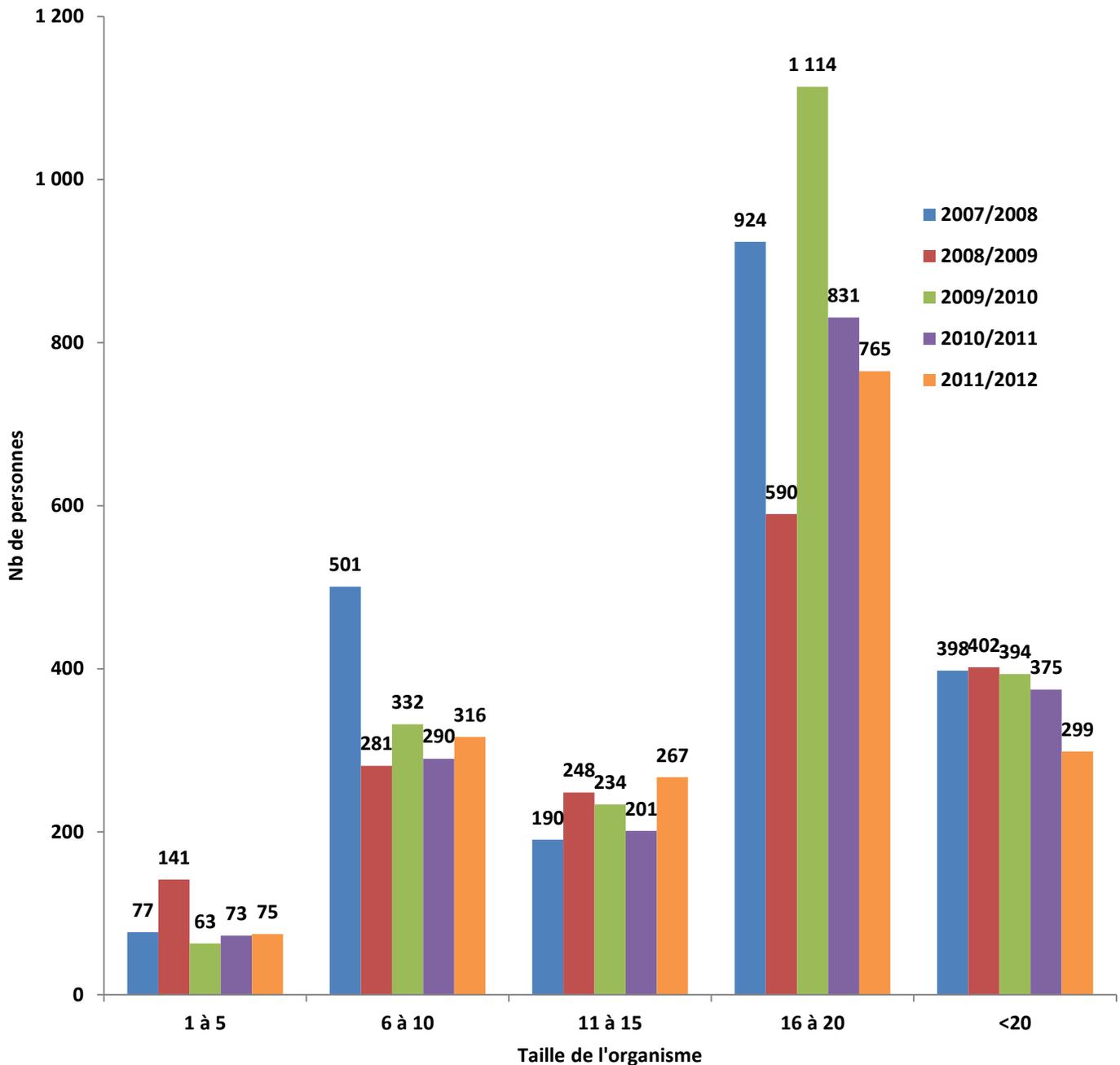
Figure 54
Proportion des PVVS décédées en fonction des régions : 2011-2012



LA TAILLE DE L'ORGANISME N'EST PAS NÉCESSAIREMENT UN INDICATEUR DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Fait intéressant, la taille de l'organisme n'est pas nécessairement un indicateur de la charge de travail. En fait, les organismes qui comptent de 6 à 10 ETP offrent des services à plus de clients en moyenne que les organismes de taille légèrement plus grande, quoiqu'ils en offrent moins que les organismes de 16 à 20 employés. Le nombre relativement élevé de clients servis par les petits organismes pourrait être attribuable au fait que la plupart des OSS de la province appartiennent à cette catégorie.

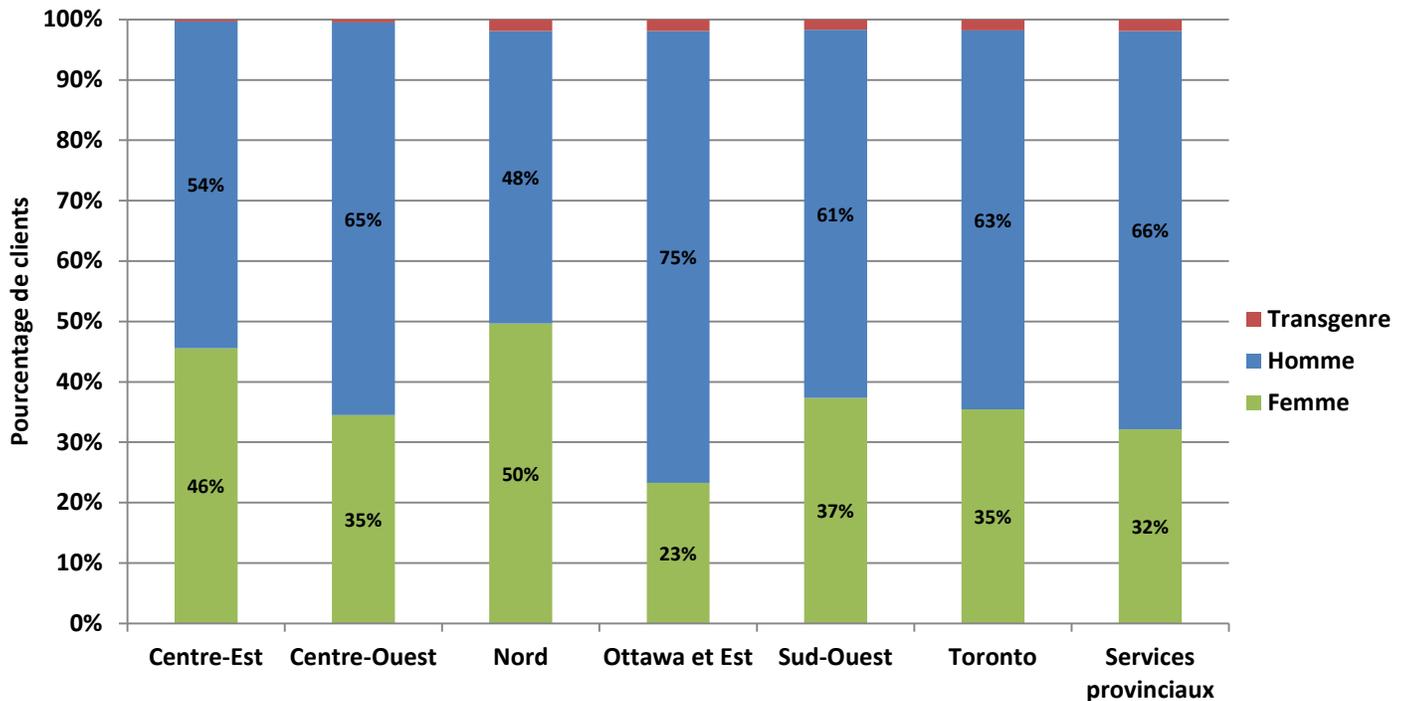
Figure 55
Nombre moyen de clients servis en fonction de la taille de l'organisme



LES PROGRAMMES DE TOUTES LES RÉGIONS OFFRENT DES SERVICES AUX FEMMES

Même si nous entendons souvent dire que les programmes communautaires liés au VIH ne sont pas conçus pour les femmes, celles-ci comptent pour plus du tiers des clients dans toutes les régions sauf dans celles d'Ottawa et de l'Est – et elles comptent pour environ la moitié des clients des services de soutien dans les régions du Nord et du Centre-Est, quoiqu'elles ne reçoivent que 20 % des nouveaux diagnostics.

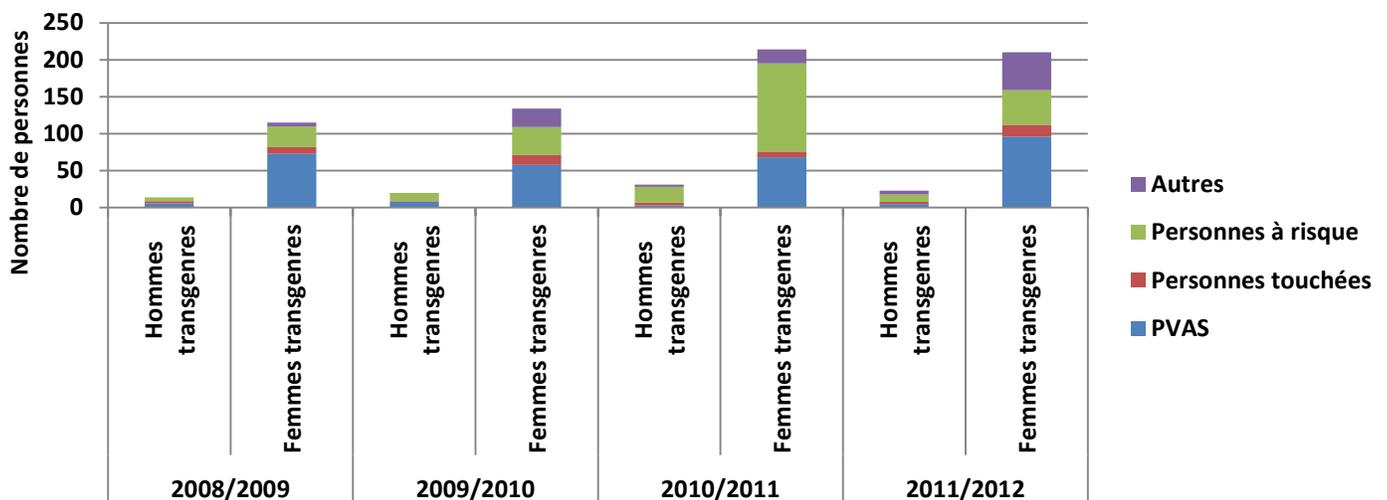
Figure 56
Proportion de clients utilisant les services de soutien par région : 2011-2012 - S2



DAVANTAGE DE CLIENTS TRANSGENRES ACCÈDENT AUX PROGRAMMES

Au cours des cinq dernières années, le nombre de personnes transgenres ayant accédé aux services de soutien a augmenté constamment – en particulier, les transgenres vivant avec le VIH ou présentant un risque de le contracter.

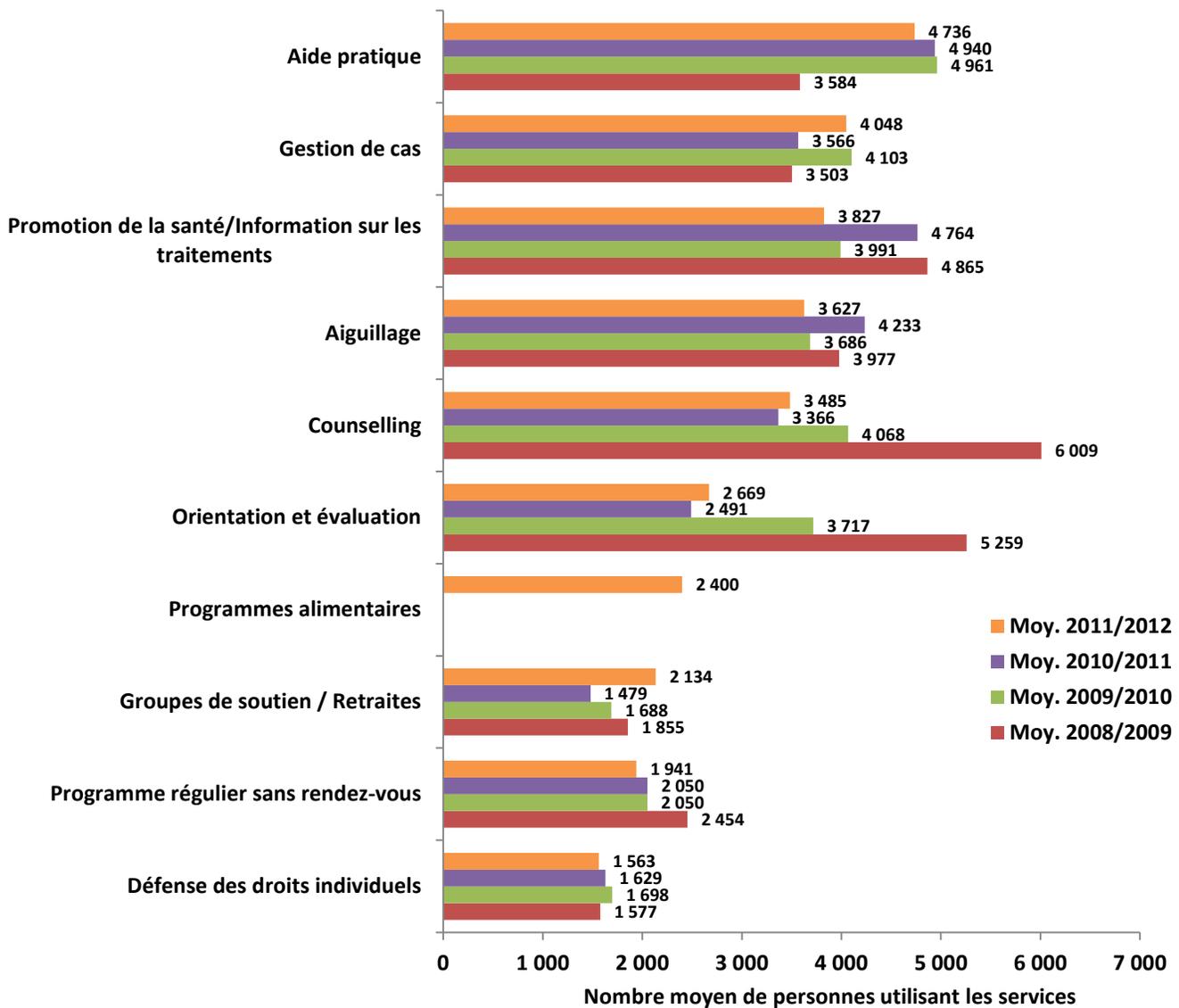
Figure 57
Nombre de clients transgenres accédant aux services de soutien en fonction du groupe



LES SERVICES LES PLUS UTILISÉS DEMENTENT LES MÊMES

Les clients continuent d'utiliser les mêmes types de services que dans le passé, à l'exception des programmes alimentaires. L'exercice 2011-2012 a été le premier où l'OERVSCO comportait des questions sur la sécurité alimentaire et le recours aux programmes alimentaires. Il semble qu'un nombre important de clients aient des problèmes liés à la sécurité alimentaire. Au total, 25 organismes – au moins un dans chaque région – ont fait état de leur prestation de programmes alimentaires. Le nombre d'organismes déclarant offrir des programmes de ce genre est passé de 15 au cours de la première moitié de 2011-2012 à 25 au cours de la deuxième moitié de l'exercice. Toutefois, cette augmentation pourrait être attribuable au fait que les organismes ont commencé à effectuer un suivi plus serré des programmes alimentaires une fois qu'ils ont su que l'OERVSCO comportait des questions sur ces renseignements précis. Les programmes alimentaires les plus utilisés sont ceux de Toronto et d'Ottawa, mais la demande semble être croissante dans les régions du Centre-Est et du Nord.

Figure 58
Les 10 principaux services de soutien fournis (en fonction des données de 2011-2012)



Les organismes ont dit avoir observé une augmentation de l'aiguillage à partir des soins primaires ainsi que du nombre de jeunes et de femmes vivant avec le VIH qui accèdent à leurs services.

« L'augmentation du nombre d'aiguillages des PVVS par les médecins de la région vers le programme de la banque de vitamines [de l'organisme] a entraîné une augmentation du nombre de nouveaux clients qui n'accédaient pas à nos services auparavant. »

Pour ce qui est des besoins des clients, les organismes s'occupent plus souvent qu'avant de clients ayant des troubles de santé mentale, faisant face à des difficultés liées au vieillissement et exigeant des soins complexes (p. ex. parce qu'ils ont des troubles cognitifs ou des comorbidités).

« Augmentation du nombre de clients accédant aux services qui souffrent d'une maladie mentale grave et ont des dépendances, qui n'ont pas de logement stable ou qui vivent dans la rue. »

« Comme 83 % de [nos] clients qui sont des PVVS ont plus de 40 ans, le vieillissement et le VIH deviennent des thèmes importants pour la détermination de la source des problèmes de santé. Les symptômes sont-ils liés au VIH ou au vieillissement? Il y a eu une augmentation du nombre de gens atteints d'un cancer [...] une personne est devenue gravement diabétique à cause de ses médicaments pour le VIH, et une autre a maintenant de graves problèmes cardiaques. »

« Les participants vieillissants continuent d'accéder aux services, et les diverses étapes de la gestion de leurs préoccupations d'ordre personnel, médical et financier exigent une approche pratique. Les troubles de santé mentale et toutes sortes d'autres problèmes personnels ou liés à la santé ressortent plus clairement qu'avant, surtout en ce qui concerne les effets à long terme sur la santé du VIH/sida et des traitements. Le logement abordable, le transport, la sécurité alimentaire, les problèmes liés à la famille et aux relations ainsi que les préoccupations concernant le revenu demeurent des enjeux prioritaires et exigent une intervention de notre part. »

Les types de services utilisés varient en fonction du groupe de clients. Comme on s'y attendrait, les personnes vivant avec le VIH et les personnes touchées sont plus susceptibles de recourir aux services de gestion de cas, tandis que les personnes à risque sont plus susceptibles de recourir aux services de counselling, aux groupes de soutien et aux programmes sans rendez-vous; toutefois, une proportion importante de clients à risque recourent également aux services d'aide pratique et d'aiguillage. La forte proportion de personnes touchées qui ont recours aux programmes alimentaires est étonnante. Elle reflète probablement les besoins des membres de la famille de personnes vivant avec le VIH.

Les organismes font état d'un accroissement de la demande dans les domaines suivants :

- L'aide pratique (p. ex. pour l'alimentation, le logement, le transport et les finances)
- Les services d'établissement
- Les thérapies complémentaires
- Les renseignements juridiques en ce qui concerne la non-divulgence

« Il y a eu une augmentation du besoin de l'aide pratique en ce qui concerne les vitamines et les suppléments alimentaires, les coupons d'alimentation, les billets d'autobus et le transport pour les rendez-vous chez le médecin. »

La demande alimentaire a également été affectée par les modifications apportées aux critères d'admissibilité à l'Allocation pour régime spécial de la province. Beaucoup de gens inscrits au POSPH ont perdu leur allocation ou subi une réduction de celle-ci et ont demandé de l'aide juridique.

« Nous avons affecté des ressources internes aux demandes liées aux modifications apportées aux critères d'admissibilité à l'Allocation pour régime spécial, et nous avons ouvert plus de 50 dossiers de clients à cet égard. Notre demande de financement dans le cadre du Fonds de l'innovation d'Aide juridique Ontario a été approuvée. Cela nous a permis de faire passer de trois à cinq le nombre de jours de travail par semaine du deuxième avocat spécialiste de l'admission. Il s'occupe maintenant de questions d'immigration trois jours par semaine. »

Quant aux problèmes, les responsables d'au moins un programme ont fait état du manque d'espace les empêchant d'offrir des services traditionnels aux Autochtones.

Figure 59
Utilisation des services de soutien en fonction du type de client : 2011-2012 S2

	PVVS		Personnes touchées		Personnes à risque	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Aide pratique	3 645	12,92 %	984	21,37 %	490	11,57 %
Gestion de cas	3 435	12,18 %	734	15,94 %	117	2,76 %
Counselling	2 389	8,47 %	414	8,99 %	788	18,61 %
Promotion de la santé/information sur les traitements	2 695	9,56 %	291	6,32 %	484	11,43 %
Aiguillage	2 558	9,07 %	255	5,54 %	413	9,75 %
Programmes alimentaires	2 172	7,70 %	708	15,38 %	26	0,61 %
Orientation et évaluation	2 261	8,02 %	274	5,95 %	188	4,44 %
Groupes de soutien/retraites	1 487	5,27 %	135	2,93 %	643	15,18 %
Programme régulier sans rendez-vous	1 085	3,85 %	224	4,87 %	500	11,81 %
Défense des droits individuels	1 441	5,11 %	108	2,35 %	89	2,10 %
Ateliers/formation/ perfectionnement des compétences	1 395	4,95 %	81	1,76 %	84	1,98 %
Visites à domicile et à l'hôpital/ équipes de soins	684	2,43 %	73	1,59 %	25	0,59 %
Thérapies complémentaires	577	2,05 %	68	1,48 %	24	0,57 %
Aide au logement	494	1,75 %	48	1,04 %	74	1,75 %
Counselling avant et après le test	181	0,64 %	77	1,67 %	233	5,50 %
Logement avec services de soutien	456	1,62 %	6	0,13 %	1	0,02 %
Counselling financier	332	1,18 %	16	0,35 %	8	0,19 %
Services en cas de deuil	228	0,81 %	89	1,93 %	25	0,59 %
Services d'emploi	294	1,04 %	6	0,13 %	17	0,40 %
Services d'établissement	247	0,88 %	4	0,09 %	0	0,00 %
Interprétation/traduction	108	0,38 %	6	0,13 %	6	0,14 %
Programme de jumelage	40	0,14 %	3	0,07 %	0	0,00 %

Pour ce qui est de la répartition géographique, la demande est importante en ce qui concerne l'aide pratique, la gestion de cas et le counselling dans tous les milieux – urbain, rural et urbain, et Nord; toutefois, le recours aux programmes alimentaires est plus important dans les grandes régions urbaines et dans le Nord.

La figure 60 montre de nouveau que les clients des OSS sont plus susceptibles de recevoir des services d'aide pratique que les clients des programmes offerts par d'autres types d'organisations, tandis que les clients des CSC, des organismes non liés au sida et des autres établissements de soins de santé sont plus susceptibles de recevoir des services de promotion de la santé et de l'information sur les traitements. Ces différences touchant les services concordent avec la composition diverse des groupes de clients dans chacun des milieux.

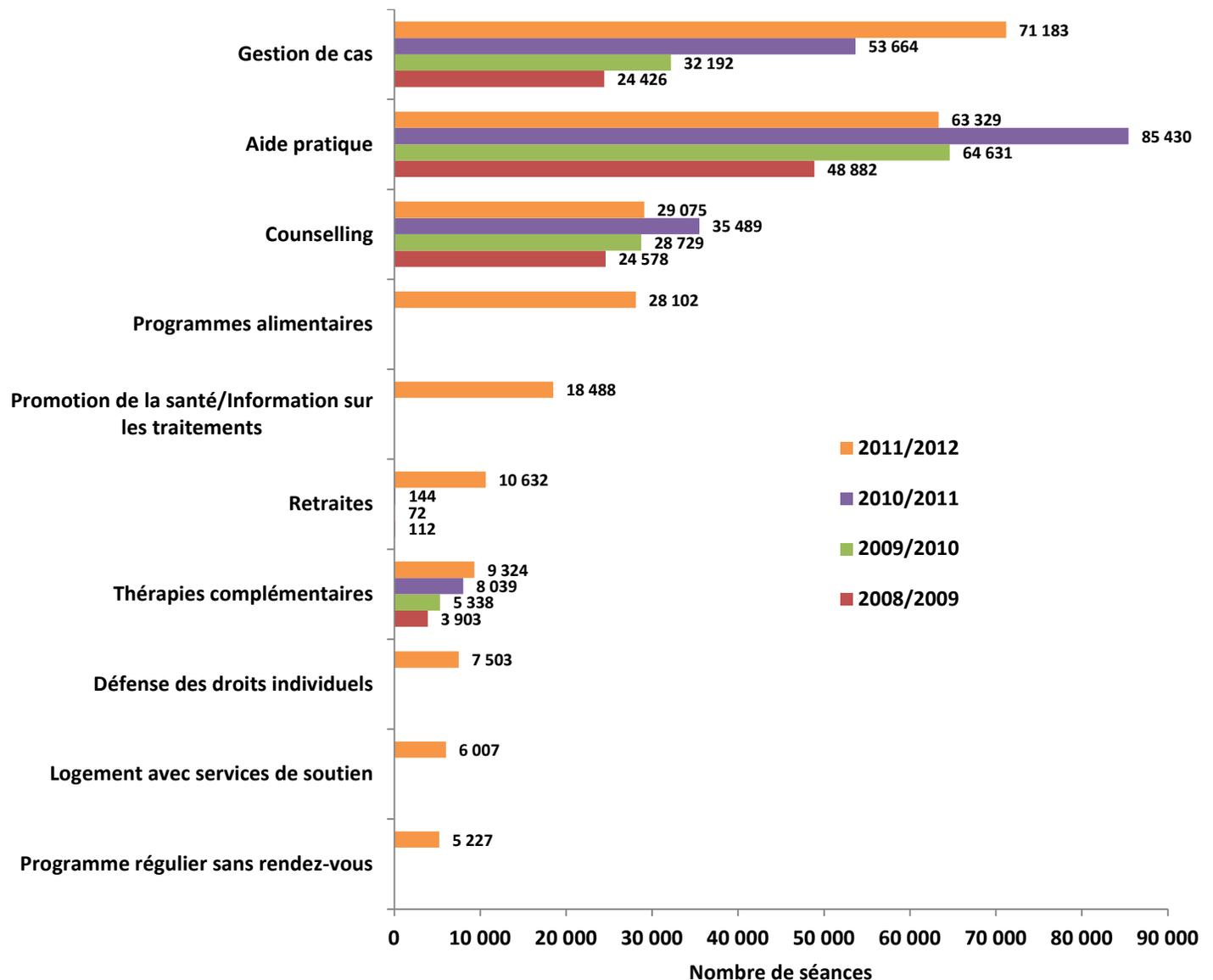
Figure 60
Proportion de clients utilisant certains services par type d'organismes : 2011-2012 - S2

Service	OSS		CSC		Non-OSS		Autres établissements de soins de santé	
	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12	2010-11	2011-12
Aide pratique	19 %	15 %	1 %	0 %	5 %	2 %	7 %	6 %
Gestion de cas	13 %	12 %	1 %	10 %	4 %	3 %	5 %	6 %
Counselling	9 %	9 %	6 %	2 %	12 %	19 %	7 %	4 %
Aiguillage	12 %	8 %	1 %	10 %	19 %	12 %	8 %	7 %
Promotion de la santé/ information sur les traitements	14 %	8 %	37 %	27 %	21 %	19 %	11 %	13 %
Orientation ou évaluation	8 %	8 %	12 %	1 %	9 %	8 %	2 %	1 %
Programme régulier sans rendez-vous	6 %	5 %	0 %	0 %	15 %	11 %	0 %	0 %

ACCROISSEMENT DES SERVICES DE GESTION DE CAS OFFERTS DANS LE CADRE DES PROGRAMMES

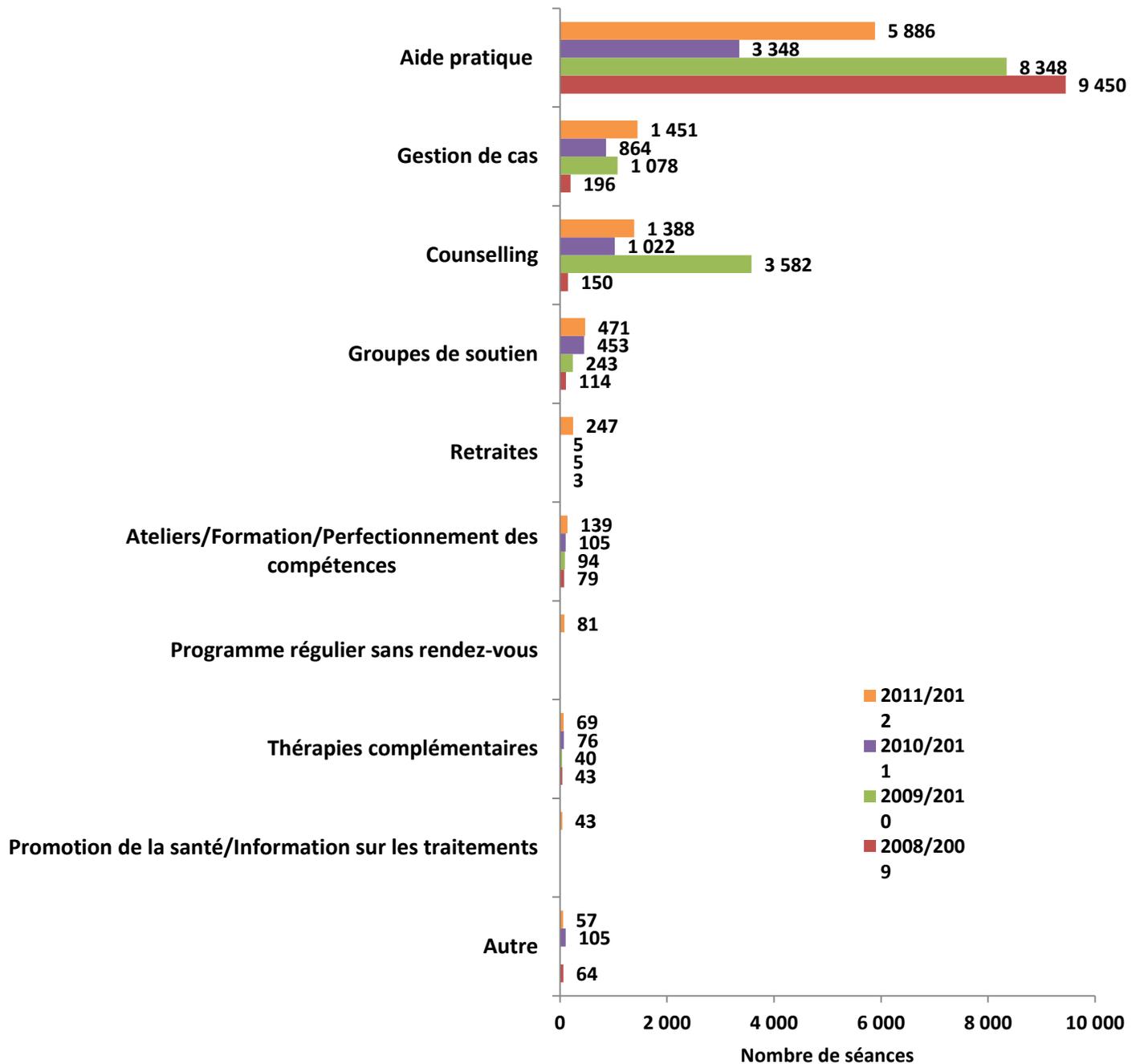
Au cours du dernier exercice, il y a eu une croissance marquée (33 %) au chapitre des séances de gestion de cas. Toutefois, comme les responsables des divers programmes définissent « gestion de cas » chacun à leur manière, il est difficile de déterminer exactement ce que cela suppose sur le plan des services que les clients reçoivent. Il y a eu aussi une croissance marquée du nombre de séances de retraite. La diminution du nombre de séances d'aide pratique est attribuable à l'ajout d'une catégorie pour le suivi des séances liées aux programmes alimentaires. Dans le passé, les organismes faisaient état de leurs activités liées aux programmes alimentaires sous la rubrique de l'aide pratique. Pour la première fois cette année, ils ont pu effectuer un suivi des séances consacrées à d'autres activités comme la promotion de la santé et l'information sur les traitements, la défense des droits, l'aide au logement et les programmes sans rendez-vous. Au fil du temps, cette façon de procéder nous aidera à mieux comprendre la demande en services de soutien ainsi que les aptitudes/capacités que les organismes doivent posséder pour pouvoir répondre aux besoins.

Figure 61
Les 10 principales catégories de services en fonction du nombre de séances offertes



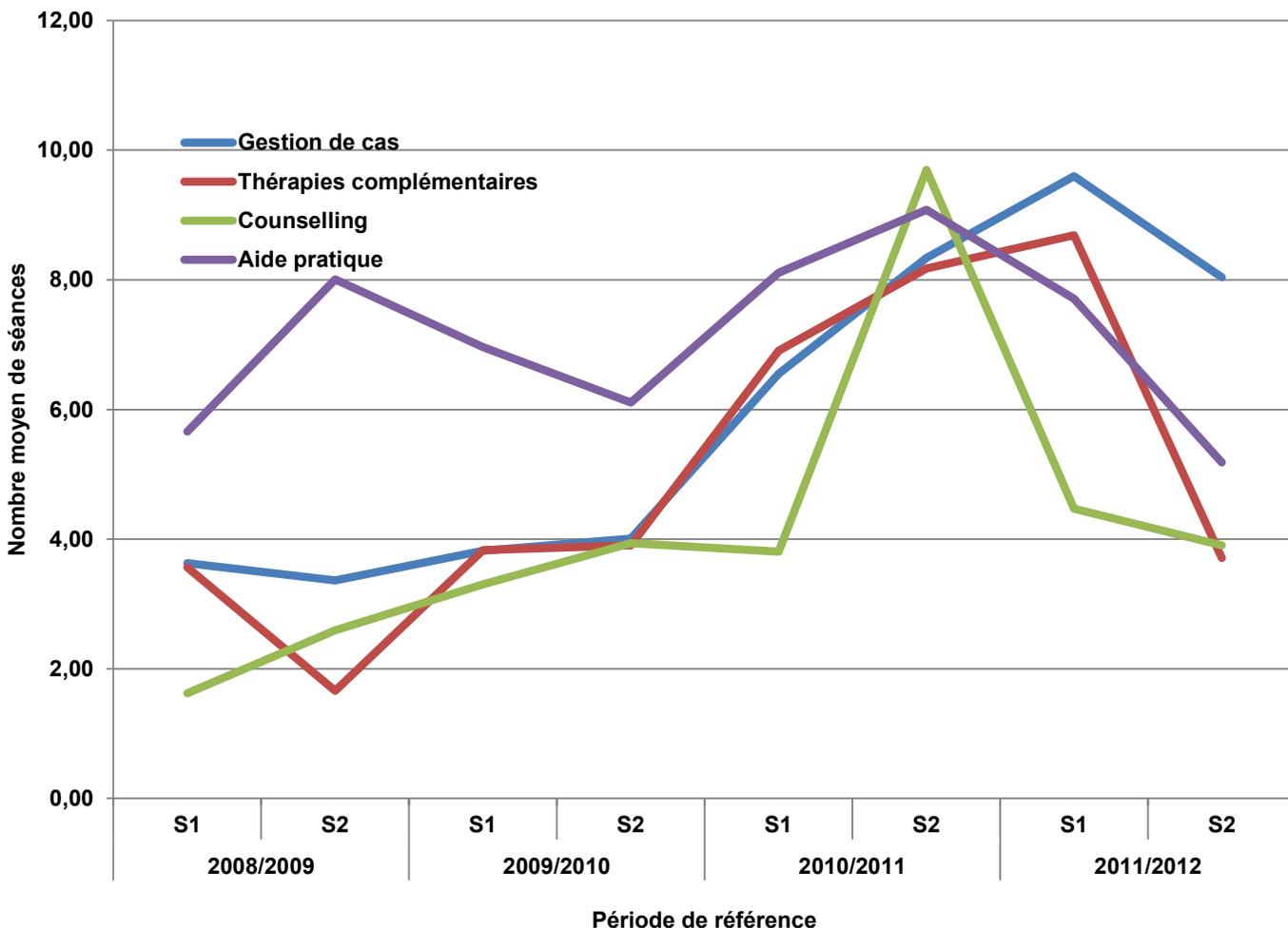
Les organismes financés dans le cadre du PACS ont déclaré avoir offert davantage de séances d'aide pratique, de gestion de cas et de counselling qu'au cours de l'exercice précédent. L'augmentation du nombre de séances d'aide pratique était principalement attribuable à deux organismes. Vu l'augmentation, le PACS a financé environ 8 % de l'aide pratique offerte en 2011-2012.

Figure 62
Nombre de séances - PACS



Le nombre moyen de séances par client pour les quatre principaux services offerts a diminué en 2011-2012. Ce changement est-il attribuable à la plus grande précision avec laquelle les organismes font état du nombre de séances, au fait qu'ils essaient d'être plus efficaces ou à des problèmes de capacité au sein des programmes?

Figure 63
Nombre moyen de séances par client pour certains services



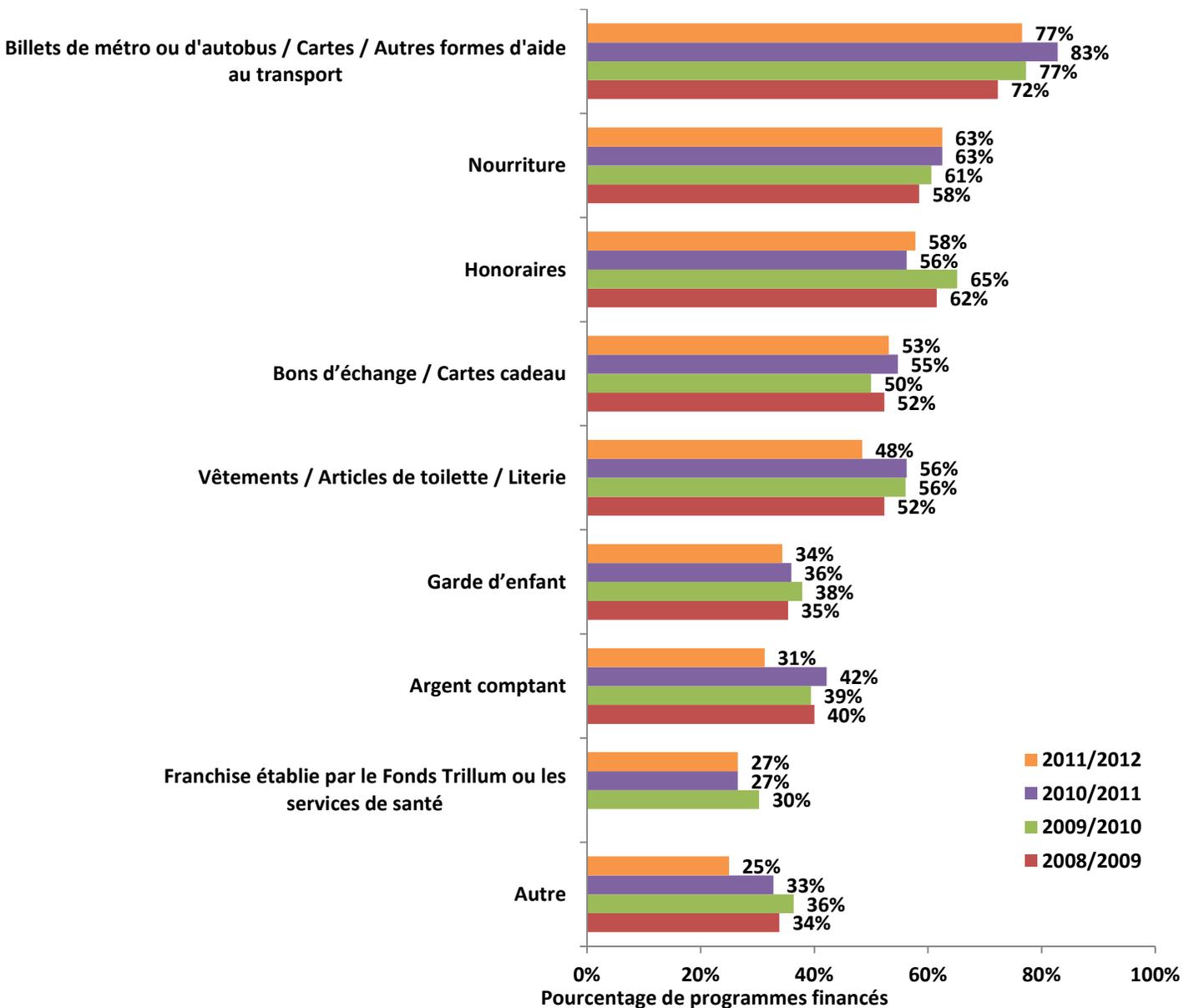
Le nombre moyen de séances par client était inférieur dans le cas des programmes financés dans le cadre du PACS. Une partie de la différence est attribuable au fait que les organismes mettaient fin à leurs programmes à la fin du S2 en raison de la fin du cycle de financement du PACS.

AIDE FINANCIÈRE UTILISÉE PRINCIPALEMENT POUR LE TRANSPORT ET L'ALIMENTATION

Les frais de transport demeurent un problème important pour beaucoup de clients des services de soutien. Plus des trois quarts des organismes offrent de l'aide à leurs clients pour payer leurs frais de transport lorsqu'ils veulent utiliser leurs services ainsi que pour se rendre chez le médecin. Près des deux tiers offrent de l'aide financière pour l'achat de nourriture, et plus de la moitié remettent à leurs clients des coupons qu'ils peuvent utiliser pour acheter de la nourriture et des articles de toilette, entre autres. Plus du quart des organismes aident les clients à payer le coût de la franchise dans le cadre du Programme de médicaments Trillium. L'existence de ces programmes d'aide financière montre encore une fois qu'une proportion importante de clients n'ont pas un revenu suffisant pour répondre à leurs besoins de base.

Plus de la moitié des organismes financés offrent des honoraires à leurs clients qui participent aux activités de l'organisation.

Figure 64
Types d'aide financière et en nature fournie



Les organismes cherchent à offrir des services aux clients ayant des besoins complexes, et, pour y parvenir, ils travaillent au renforcement des partenariats et à l'amélioration de la collaboration avec d'autres organismes de la collectivité :

« [Nous améliorons] notre capacité grâce à un partenariat communautaire avec notre CSC local, lequel offre gratuitement des services de soins primaires, de soins d'urgence, de phlébotomie, de vaccination et d'immunisation dans notre salle de traitement [...] »

« Comme fournisseur de services, nous répondons aux nouveaux besoins qui se font sentir en établissant des relations avec d'autres membres de la collectivité dans le cadre d'initiatives de mobilisation communautaires et de notre participation à divers comités dans le milieu des soins de santé. En outre, nous continuons de favoriser une communication ouverte avec nos participants et intervenants en menant des sondages sur la satisfaction de la clientèle, en créant des groupes de réflexion et en tenant des événements dans le but de renseigner notre personnel, ce qui nous permet de participer continuellement aux réorientations nécessaires avec nos participants. »

« Nous réagissons aux nouvelles tendances en travaillant en partenariat avec les autres OSS qui offrent les services que [nous n'offrons] pas. »

Les organismes ont également recours à la technologie pour combler les lacunes au chapitre des services. Exemples :

« Nous offrons des services [...] dans des comtés qui sont vastes, et nous avons de plus en plus recours au courriel pour communiquer et pour fournir du soutien à nos clients. »

« Nous avons fait l'acquisition d'un système informatique de télémédecine pour notre bureau, et cela permet aux PVVS de consulter leurs spécialistes du VIH et les membres du personnel infirmier de façon régulière, ce qui contribue à l'amélioration des soins de santé. En outre, elles peuvent accéder aux services du travailleur social de la clinique au besoin. C'est un changement extraordinaire que nous avons fait, et, actuellement, tous nos clients reçoivent des soins réguliers. »

Les organismes mettent continuellement au point de nouveaux programmes et services pour répondre aux besoins changeants :

« [Nous avons] effectué [une] évaluation des besoins concernant la thérapie complémentaire auprès des PVVS de [notre] région, et nous l'avons fait avec l'aide du coordonnateur de l'évaluation de l'unité de la pratique axée sur les données probantes du Réseau ontarien de traitement du VIH; [nous avons] mené un processus de recrutement permanent afin de mobiliser des praticiens de thérapies complémentaires dans le cadre d'un programme à participation volontaire que nous avons lancé dans notre salle de traitement en mai (c.-à-d. que nous allons offrir gratuitement des services de naturopathie, d'acupuncture et de digitopuncture et que nous sommes aussi en train de recruter des massothérapeutes autorisés). »

« [...] Des programmes adaptés sur le plan culturel sont en train d'être mis au point dans le but de venir en aide aux nouveaux arrivants. Ces programmes visent l'établissement de réseaux de soutien, l'information sur le VIH/sida et l'acquisition de compétences. »



NOUVEAUX ENJEUX, NOUVELLES TENDANCES RELATIVEMENT AU SOUTIEN

Afin d'améliorer leurs services de soutien, les organismes devraient chercher à répondre aux questions suivantes :

1. En quoi le vieillissement des clients des services de soutien modifie-t-il le type de services de soutien dont ces clients ont besoin? Comment les organismes réagissent-ils à cette situation?
2. Comment les organismes pourraient-ils offrir de meilleurs services aux clients transgenres?
3. Quels sont les obstacles auxquels se heurtent les organismes dans le domaine de la gestion de cas? Quels partenariats communautaires sont le plus utiles pour répondre aux besoins des clients en matière de services?
4. Dans quelle mesure les organismes arrivent-ils à faire participer leurs clients de façon utile à la planification et à la prestation des services de soutien (MIPA/GIPA)? Quels sont les problèmes que cause la stratégie MIPA?

Les conclusions et recommandations de la récente analyse de la conjoncture des services de soutien orienteront les discussions sur le sujet.

3 RENFORCER LES CAPACITÉS

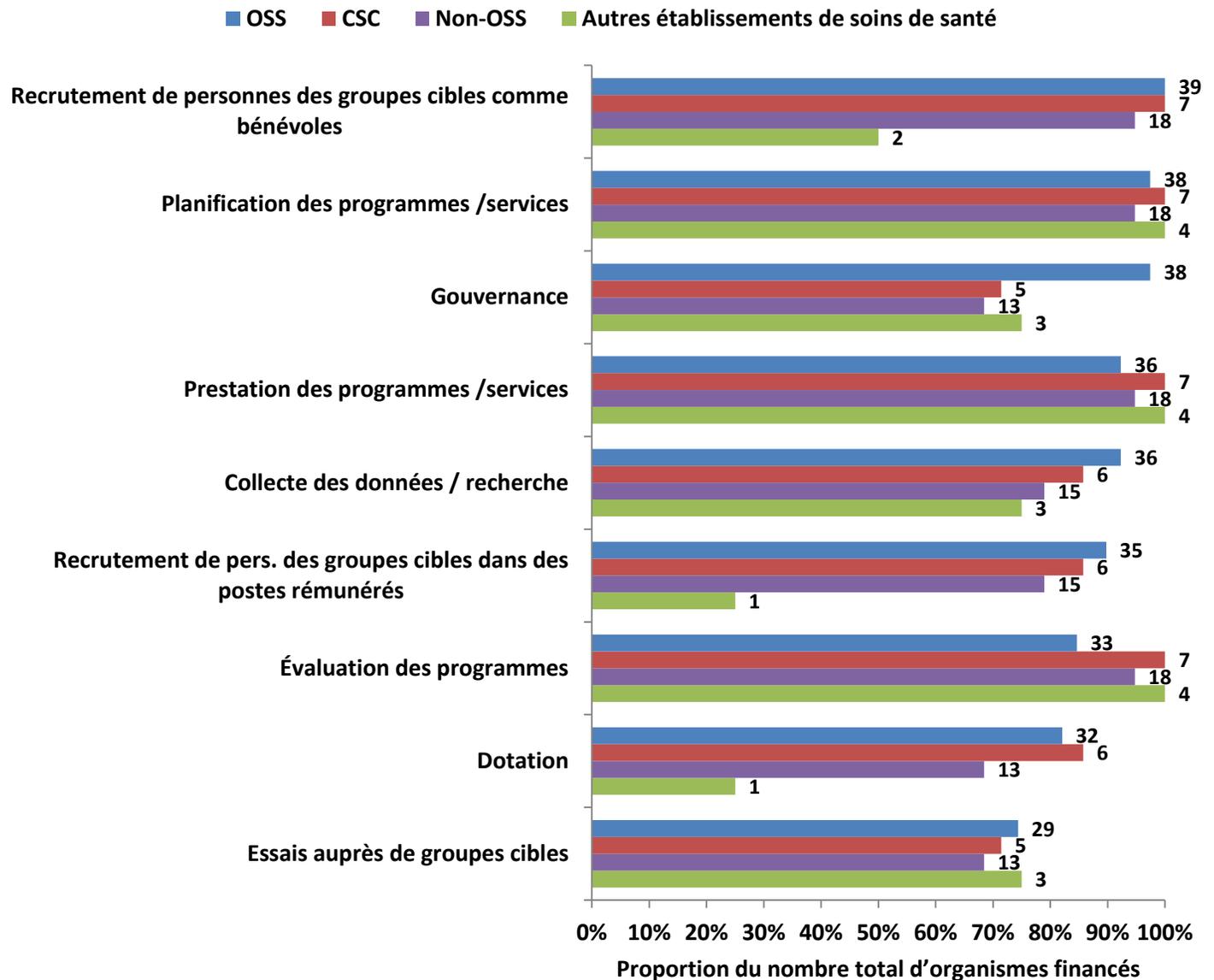
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS INDIVIDUELLES

Les responsables des programmes continuent de faire participer aux activités de leur organisation des personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter, ainsi que de créer des occasions pour ces personnes d'accroître la portée de leur participation. En 2011-2012, pour la première fois, 75 % des organismes ont déclaré employer des membres de leur groupe cible, et près de 90 % ont déclaré que des membres de leur groupe cible participaient à la gouvernance.

La figure suivante montre que les OSS sont plus susceptibles que les autres organisations de faire participer les membres de leur groupe cible à la gouvernance.

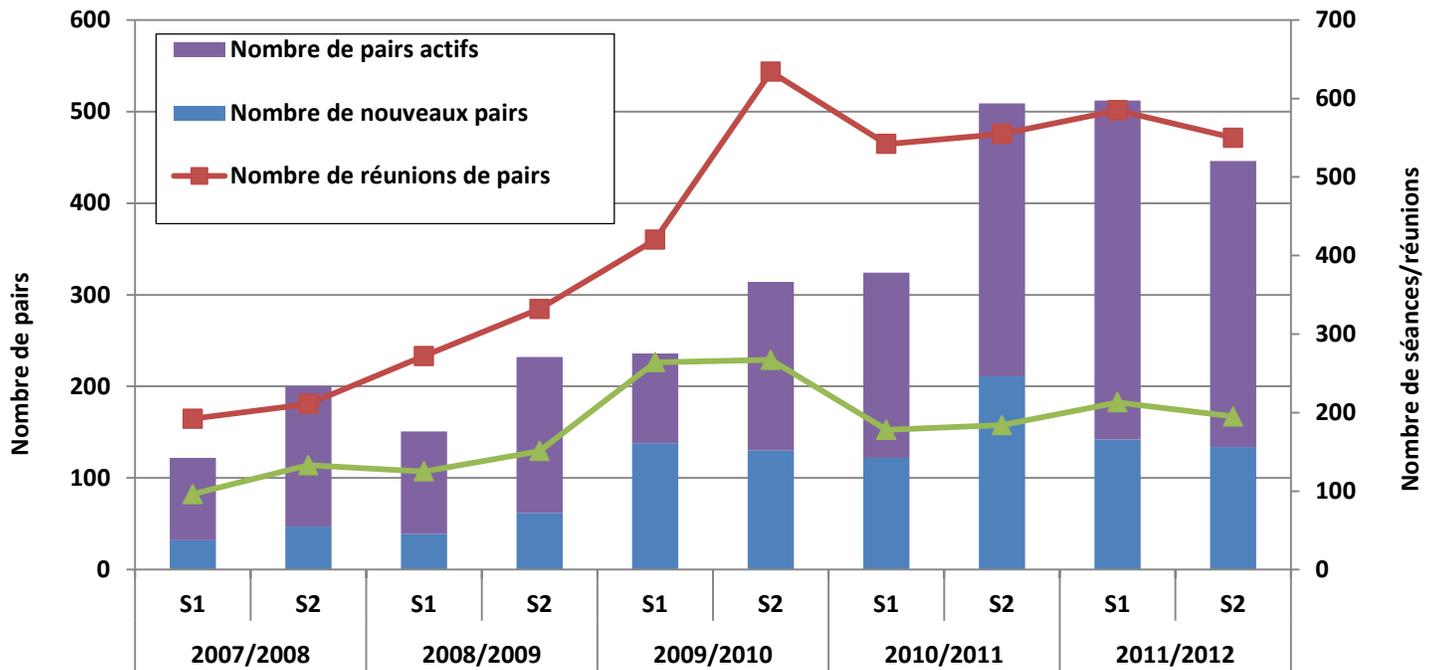
Figure 65

Organismes signalant la participation de personnes de groupes cibles à leurs activités: 2011-2012



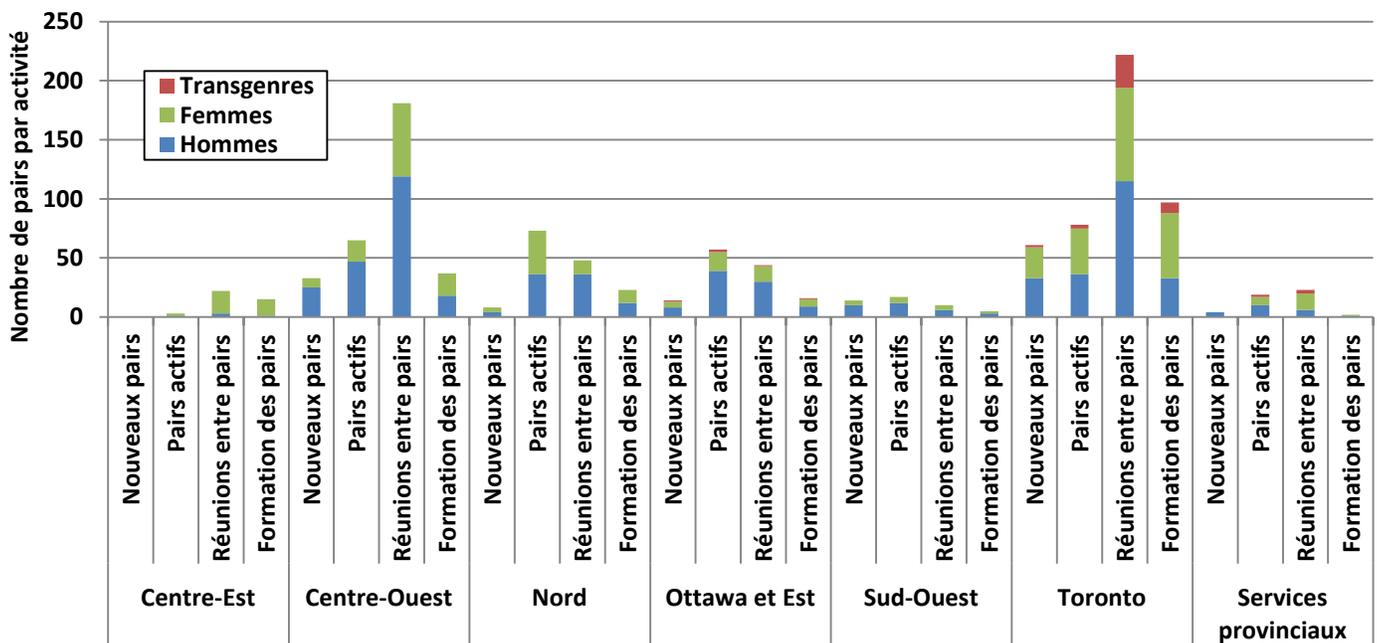
Au cours des 18 derniers mois, les responsables des programmes pour les UDI ont connu plus de succès que les autres dans le recrutement et le maintien en poste de travailleurs parmi les pairs.

Figure 66
Participation des pairs



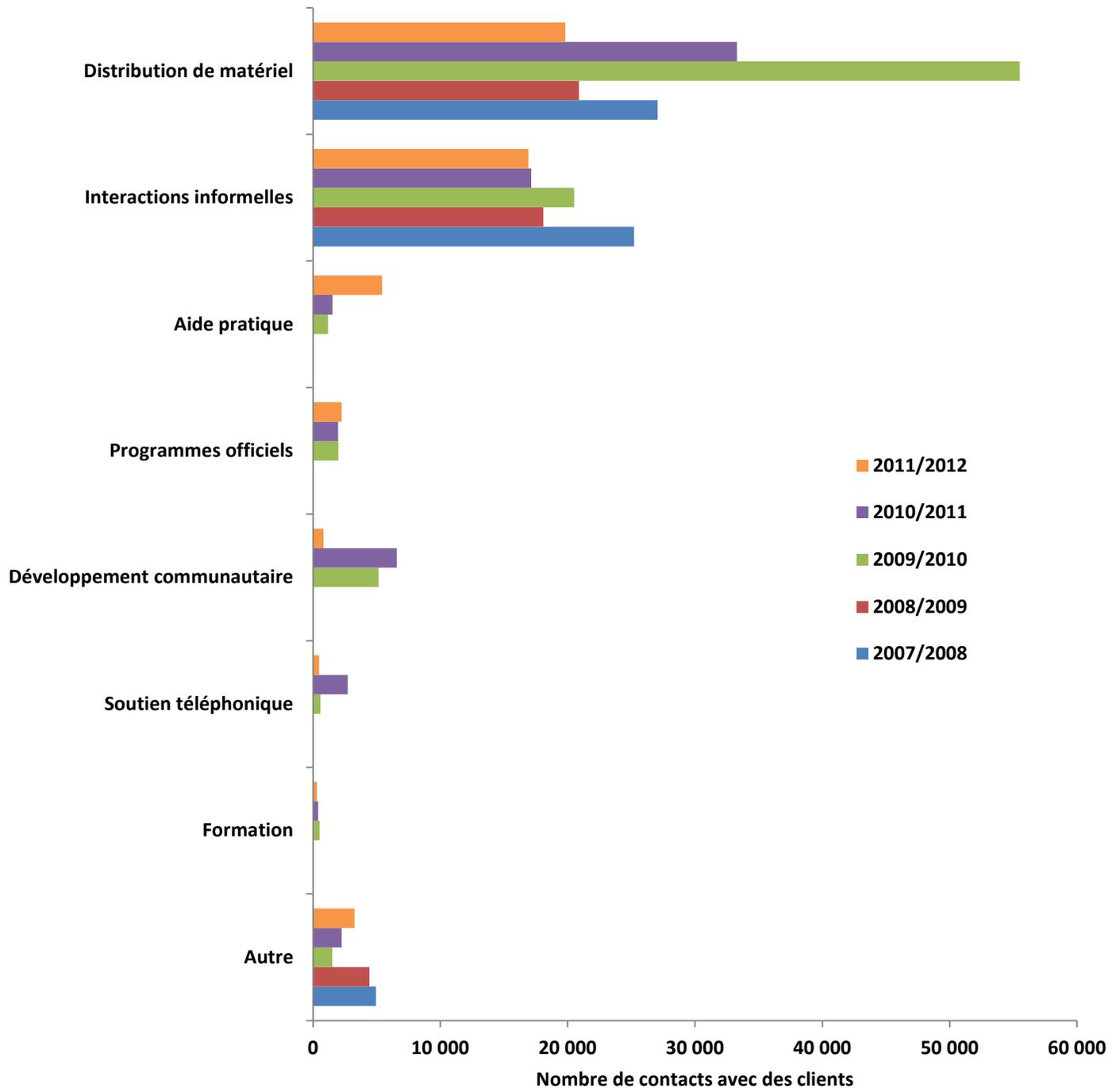
Les responsables des programmes pour les UDI de la province ont recruté efficacement des travailleurs parmi les pairs de sexe masculin et féminin, et les programmes de Toronto et d'Ottawa ont fait des progrès dans le recrutement de pairs transgenres.

Figure 67
Participation des pairs par région : 2011-2012 - S2



En 2011-2012, les pairs ont participé plus que dans le passé à la prestation d'aide pratique. Un certain nombre d'entre eux jouent maintenant le rôle de « navigateurs » et aident les autres à accéder au système de services.

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

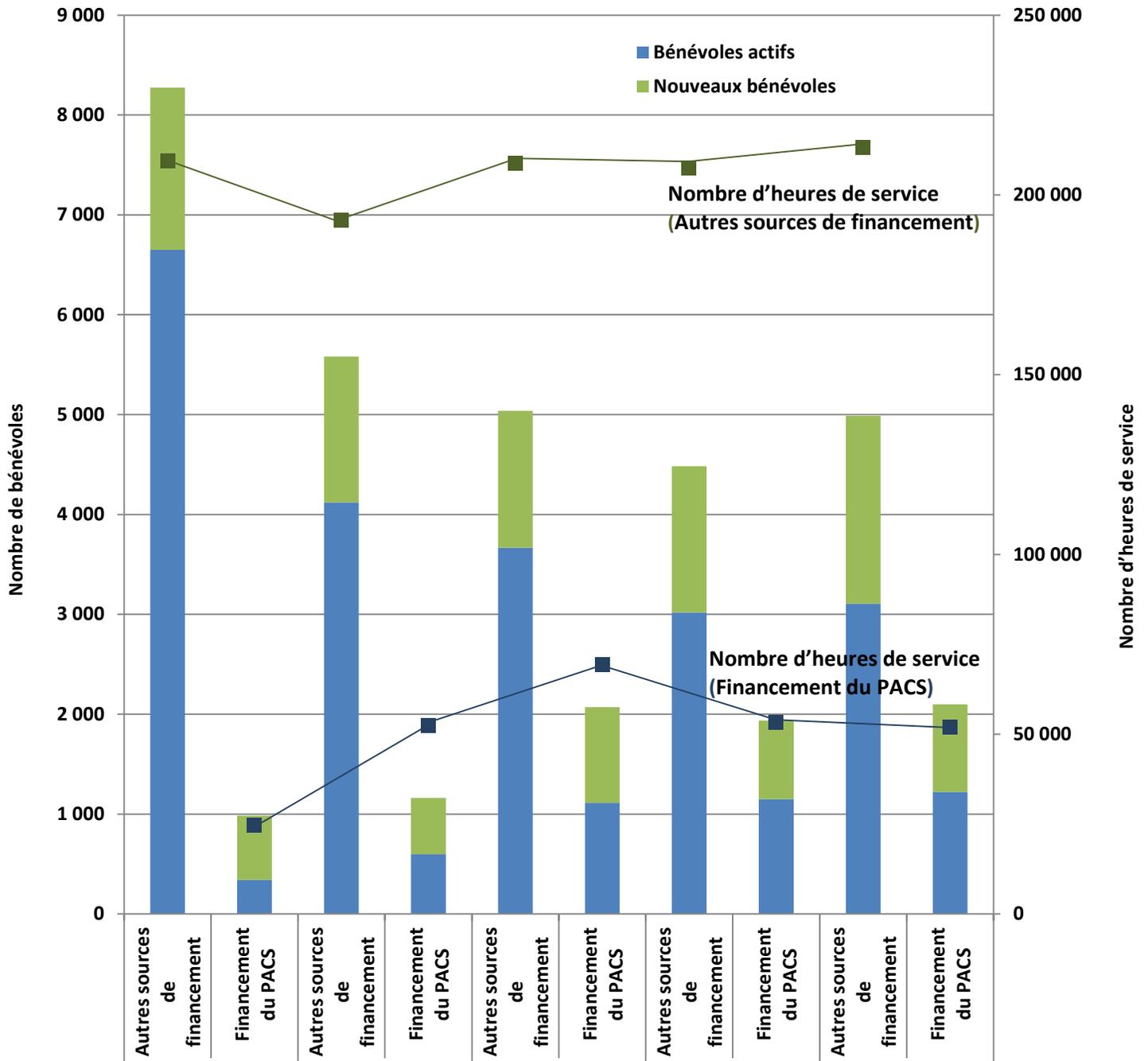


RECRUTEMENT ET MAINTIEN EN POSTE DE BÉNÉVOLES

Les organismes ont aussi connu du succès pour ce qui est de maintenir en poste les bénévoles et d'en recruter de nouveaux, dans le cadre du PACS et d'autres programmes financés.

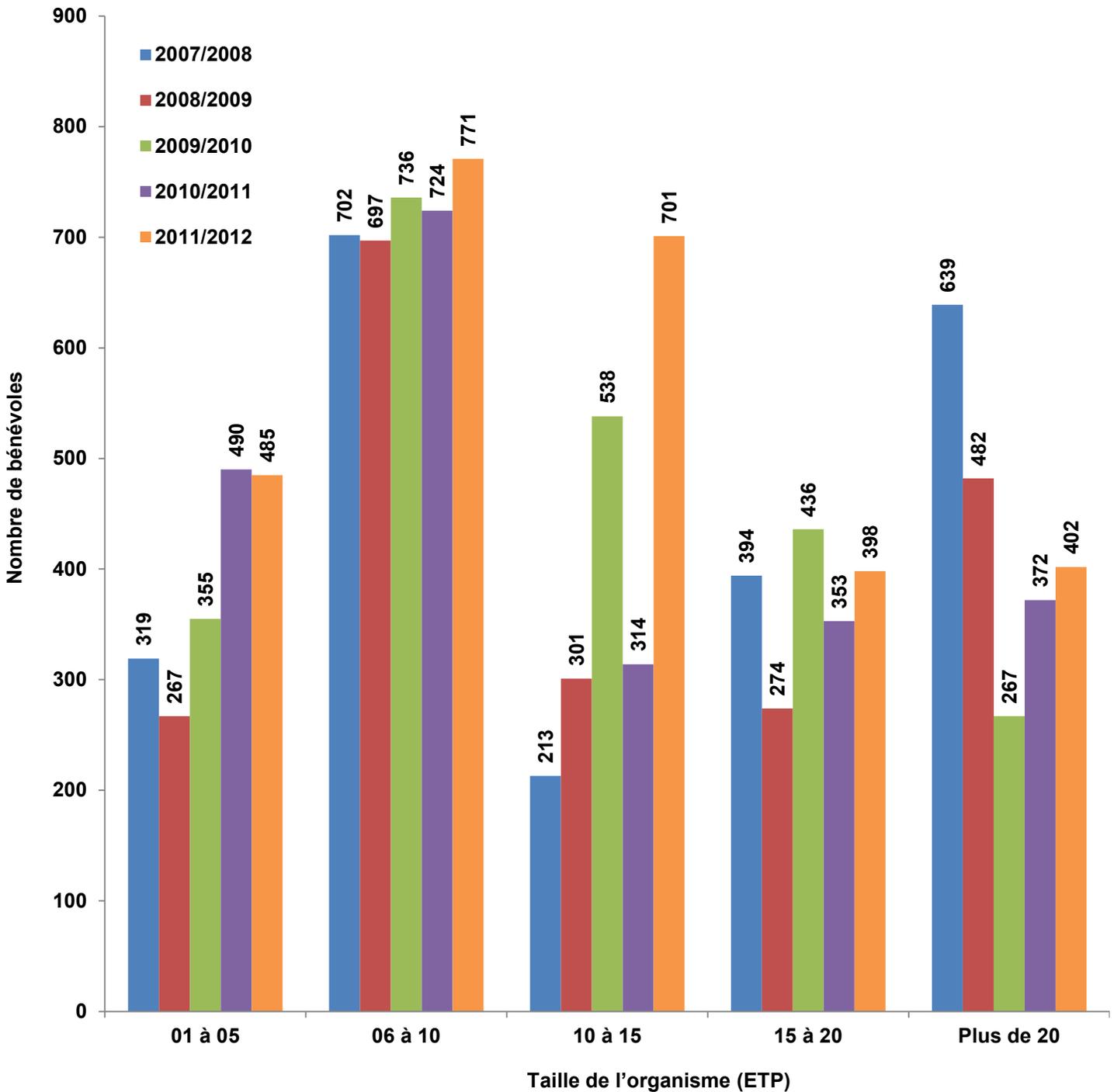
Figure 69

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



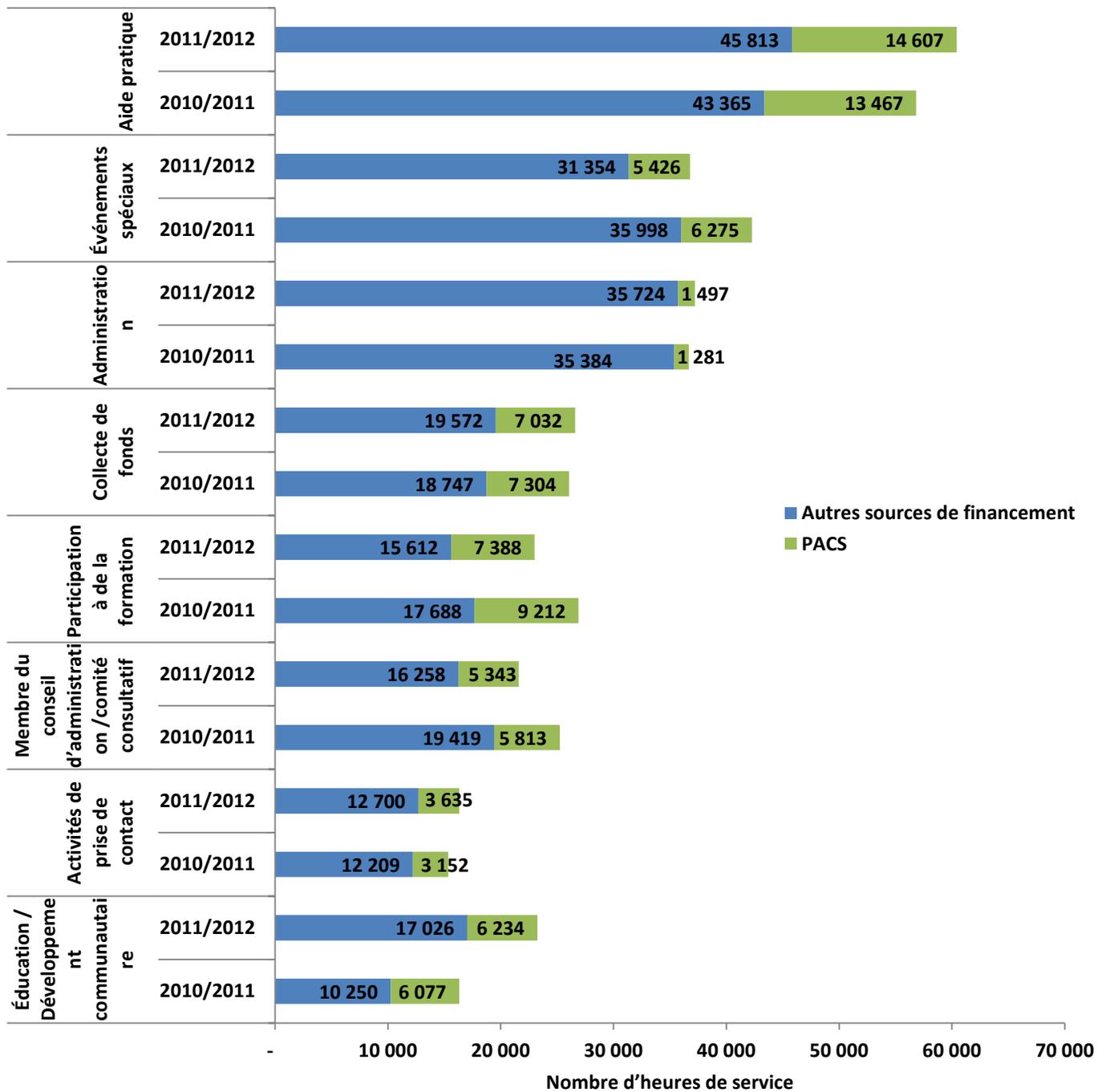
En 2011-2012, nous avons pu constater une hausse marquée (> 100 %) du nombre de nouveaux bénévoles au sein des organismes de taille moyenne, ce qui pourrait refléter le fait que ces organismes font davantage appel aux bénévoles pour accroître leur capacité de prestation de services. Les bénévoles continuent de participer activement à la prestation d'aide pratique, à l'organisation d'événements spéciaux et de collecte de fonds et aux programmes d'information.

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



Les bénévoles des programmes financés dans le cadre du PACS ont fourni une proportion importante des heures de travail dans les domaines de l'aide pratique, de la collecte de fonds et de l'information en 2011-2012.

Figure 71
Pour activités sélectionnées - Total des heures de bénévolat par source de financement : 2010 and 2011



LES BÉNÉVOLES OFFRENT DES HEURES DE TRAVAIL D'UNE VALEUR DE PLUS DE CINQ MILLIONS DE DOLLARS

La valeur de la contribution des bénévoles à notre travail est incontestable. À partir des données de la Classification nationale des professions, nous avons calculé que les bénévoles offrent des services d'une valeur de plus de 5 millions de dollars qui, sans eux, ne seraient pas accessibles aux clients des programmes communautaires.

Figure 72

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

	Poste	Question de l'OERVSCO	Classification nationale des professions (CNP)	Nombre total d'heures de bénévolat au cours des 12 derniers mois*	Taux horaire moyen d'après la CNP pour ce type d'emploi au cours des 12 derniers mois	Nombre total d'heures de bénévolat X Taux horaire moyen d'après la CNP	Avantages sociaux (12 %)	Valeur totale
				(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)
1	Administration (comprend services de soutien, réception, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en administration	Employés de soutien de bureau généraux (1411)	35 915	15,25 \$	547 703,75 \$	65 724,45 \$	613 428,20 \$
2	Gouvernance (comprend la participation au conseil d'administration, aux comités consultatifs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat au sein d'un conseil d'administration/ comité consultatif	Cadres supérieurs – santé, enseignement, services sociaux et communautaires et associations mutuelles (0014)	16 493	39,00 \$	643 227,00 \$	77 187,24 \$	720 414,24 \$
3	Services de soutien (comprend l'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida, le soutien par les pairs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en aide pratique et counselling	Travailleurs des services sociaux et communautaires (4212)	63 912	21,51 \$	1 374 747,12 \$	164 969,65 \$	1 539 716,77 \$
4	Prévention (comprend les services de prise de contact, l'éducation de groupes cibles, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux activités de prise de contact	Travailleurs des services sociaux et communautaires (4212)	15 163	21,51 \$	326 156,13 \$	39 138,74 \$	365 294,87 \$
5	Collecte de fonds (comprend les marches, les campagnes de collecte de fonds, la sollicitation pour obtenir des subventions de fondations, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées à la collecte de fonds	Professionnels des relations publiques et des communications (5124)	25 782	29,74 \$	766 756,68 \$	92 010,80 \$	858 767,48 \$
6	Événements publics (comprend conférences, événements spéciaux comme la parade de la fierté gaie, stands dans des centres commerciaux, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux événements spéciaux et à l'éducation ou au développement communautaire	Employés de soutien de bureau généraux (1411)	57 521	15,25 \$	877 195,25 \$	105 263,43 \$	982 458,68 \$
7	Ressources humaines	12.2 Nombre total des heures de bénévolat relatives aux activités de dotation et d'élaboration des politiques et procédures	Professionnels en ressources humaines (1121)	2 123	29,74 \$	63 138,02 \$	7 576,56 \$	70 714,58 \$
8	Soutien des TI	12.2 Nombre total des heures de bénévolat dans des activités de soutien des TI	Concepteurs et développeurs Web (2175)	2 171	27,78 \$	60 310,38 \$	7 237,25 \$	67 547,63 \$
Total						4 659 234,33 \$		5 080 080,24 \$

Les organismes font état d'une augmentation de la demande d'occasions de bénévolat chez les étudiants, les gens qui sont condamnés à des travaux communautaires et les nouveaux arrivants possédant une formation professionnelle en santé et souhaitant acquérir de l'expérience au Canada. La demande est également plus forte chez les personnes vivant avec le VIH ou à risque de contracter le virus qui souhaitent profiter d'une expérience de bénévolat enrichissante.

« Nous avons observé une augmentation du nombre de jeunes bénévoles qui participent aux activités de projet. La plupart de nos bénévoles ont demandé de l'information liée à la recherche d'emploi. Les bénévoles s'intéressaient davantage aux activités de projet qu'à l'aide pratique (p. ex. les appels téléphoniques). Nous avons vu plusieurs bénévoles formés à l'étranger et possédant une expérience pertinente dans le domaine du VIH/sida et de la gestion de programme. »

Pour ce qui est des problèmes qui se posent, les organismes ont fait état du manque de bénévoles disponibles pour travailler pendant la journée ainsi que du fait qu'ils devaient accroître la capacité de bénévolat pour compenser la diminution de financement subie dans l'ensemble (voir la page 19). Certains organismes souffrent toujours d'un manque de capacité de gestion des bénévoles.

« De plus en plus de bénévoles ont des disponibilités très limitées. Les personnes qui offrent leurs services sont occupées et ne peuvent nous aider que le soir et la fin de semaine. Il y a des possibilités de bénévolat en dehors des heures de pointe, et un nouveau type de bénévolat est en train de voir le jour : le bénévolat virtuel. Il y a une demande en ce qui a trait au bénévolat à court terme, car beaucoup de jeunes gens sont en transition, mais veulent quand même participer aux activités d'un organisme caritatif dans le but d'acquérir de l'expérience et de pouvoir bénéficier de possibilités d'emploi dans l'avenir. »

« Il demeure difficile de trouver des bénévoles disponibles pour participer aux activités de jour/ pendant les jours de la semaine ainsi qu'aux activités liées à la préparation et à la livraison de repas. En ce moment, les clients de l'organisme souhaitent participer bénévolement surtout à l'exécution des programmes et à la tenue d'événements [...] Nous commençons notre recrutement auprès des entreprises pour les activités de bénévolat de groupe comme notre programme de repas pendant les fins de semaine et une corvée de nettoyage et de peinture dans les locaux de [l'organisme]. »

« Je reçois de nombreuses demandes de la part de bénévoles et d'étudiants qui veulent faire un stage. Toutefois, le manque de personnel et de temps m'empêche d'y donner suite. »

Les organismes recourent à plusieurs stratégies pour recruter des bénévoles et les maintenir en poste.

« Nous offrons de nouveaux programmes et services, ce qui fait croître le nombre de demandes de stage présentées par des étudiants qui souhaitent faire de l'élaboration de programmes leur projet principal. Nous avons également reçu plus de demandes d'aide qu'avant de la part du Fund Development Department en ce qui a trait à l'administration/la collecte de fonds. »

« Un programme de leadership pour les bénévoles a été mis sur pied afin d'accroître la capacité des bénévoles pour ce qui est de leurs compétences en animation et en leadership. Cela va exiger une formation supplémentaire et une collaboration accrue entre les membres du personnel. »

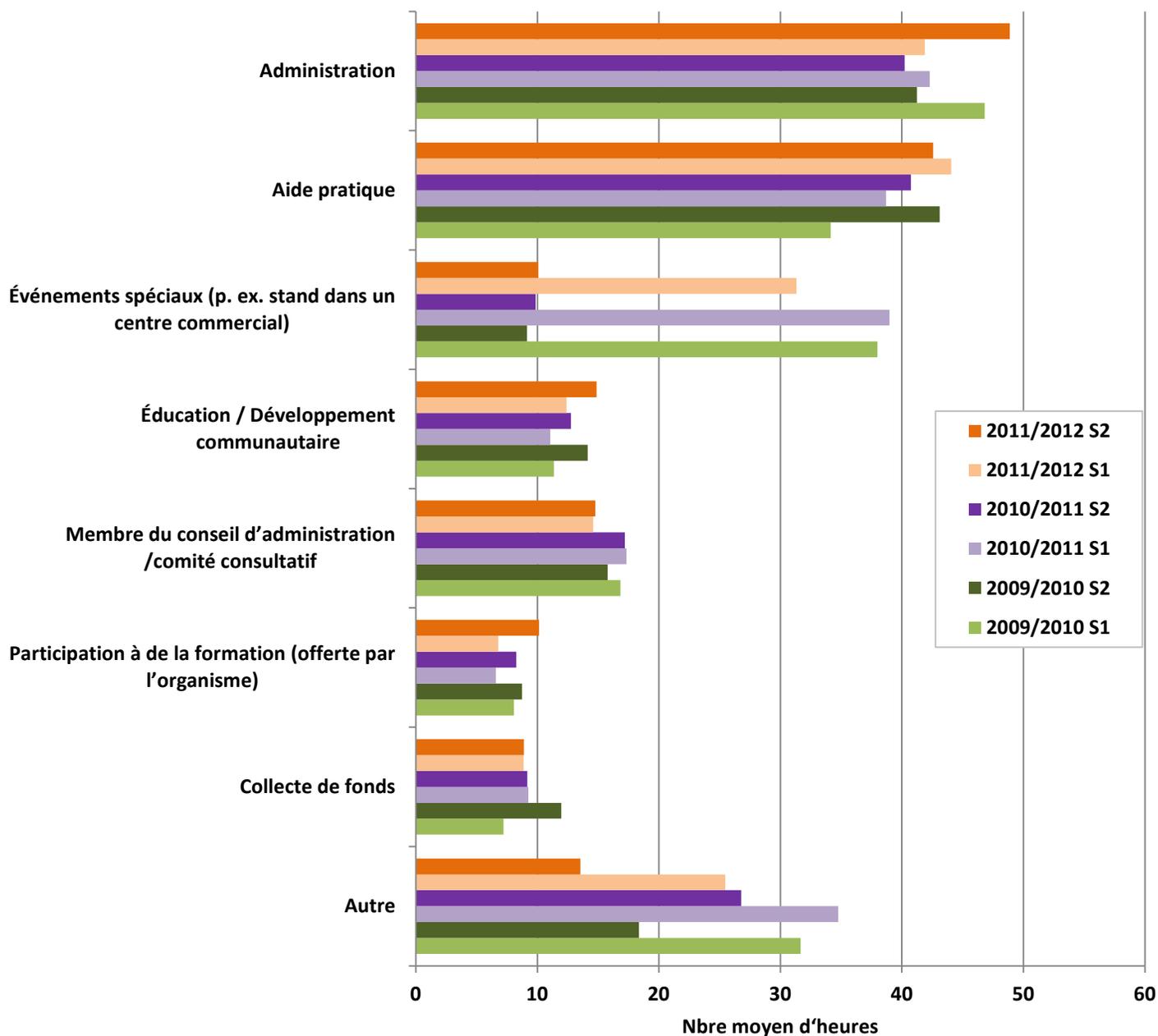
« Nous créons les postes des bénévoles sur mesure de façon à ce que ces postes les mènent à un emploi, en les appuyant et en leur fournissant aussi une formation adéquate pour qu'ils puissent accroître leurs compétences professionnelles. »

« Les bénévoles continuent de travailler plus longtemps qu'avant pour l'organisme et de participer à plusieurs activités de bénévolat : la gouvernance, la tenue d'événements et l'exécution des programmes. Les programmes menés par des pairs font croître le nombre de PVVS qui participent bénévolement à des activités de programme précises. »

« Une stratégie de recrutement des bénévoles a été mise au point afin de favoriser le recrutement. L'organisme utilisera les réseaux existants, comme les associations culturelles et ethniques, les collèges, les universités, les centres de ressources en matière d'emploi et les associations professionnelles, pour le recrutement et le maintien en poste de nouveaux bénévoles. Le recrutement se fera également durant les activités de prise de contact et il sera effectué par les membres du personnel, par l'intermédiaire des membres de la collectivité et des bénévoles de [l'organisme]. Nous demanderons à nos partenaires de la collectivité d'encourager les membres de la collectivité à examiner nos demandes. »

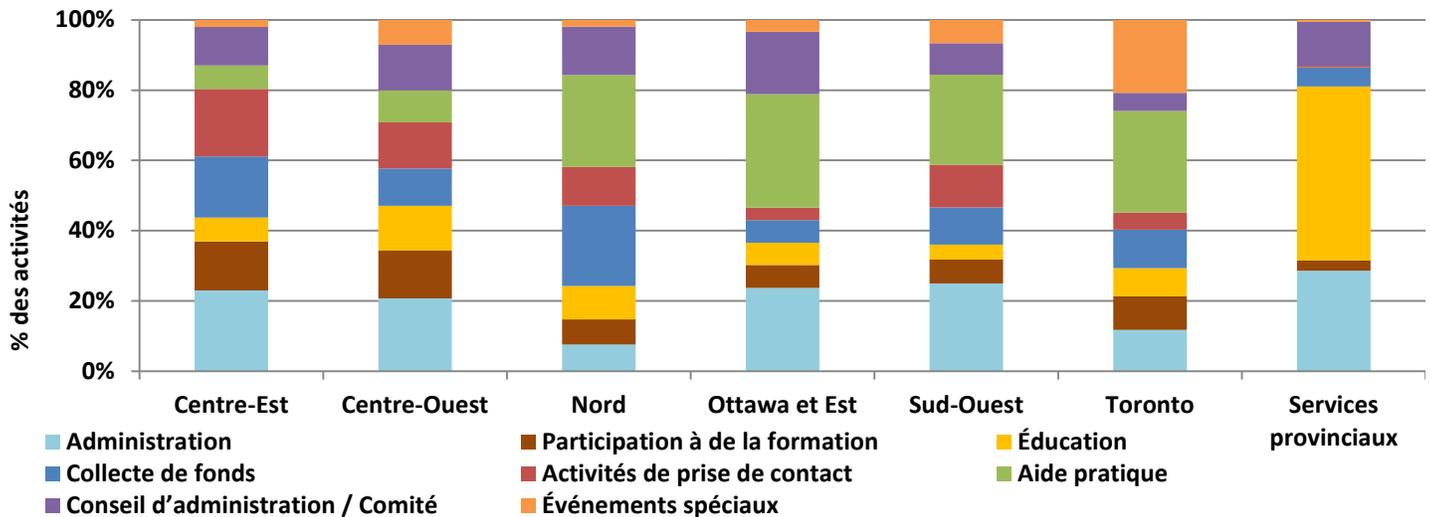
Pour ce qui est du temps consacré au bénévolat, les bénévoles font en moyenne plus d'heures de travail lorsqu'ils participent aux activités d'administration et d'aide pratique que lorsqu'ils participent à d'autres activités.

Figure 73
Nombre moyen d'heures de service par bénévole



L'examen des activités des bénévoles en fonction de la région nous permet de constater que les bénévoles des régions d'Ottawa et de l'Est, de Toronto, du Nord et du Sud-Ouest sont susceptibles de participer à des activités d'aide pratique, tandis que ceux des régions du Centre-Est et du Centre-Ouest sont susceptibles de participer à des activités de prise de contact.

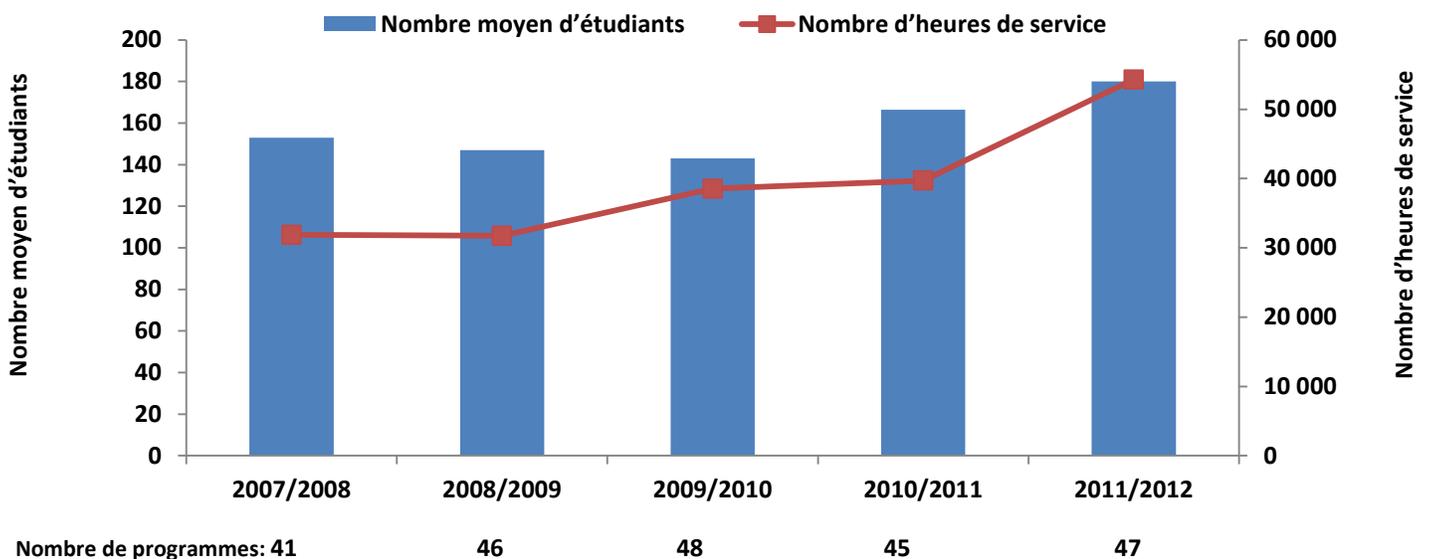
Figure 74
Activités bénévoles sélectionnées et nombre d'heures de service par région : 2011-2012



Les organismes continuent de recourir davantage aux étudiants, lesquels offrent davantage d'heures de service. Dans certains cas, la demande chez les étudiants qui veulent faire un stage empêche les organismes de maintenir d'autres bénévoles en poste.

« Pendant l'année scolaire, les stagiaires qui doivent faire un certain nombre d'heures de travail auprès des gens de la rue prennent la place des autres bénévoles et de nouvelles personnes souhaitant faire ce travail bénévolement. Nous avons établi une relation avec les responsables d'un programme collégial relatif à la toxicomanie, et nous demandons régulièrement à des groupes d'étudiants d'assembler les trousseaux de réduction des méfaits. »

Figure 75
Placements d'étudiants





NOUVEAUX ENJEUX CONCERNANT LES BÉNÉVOLES

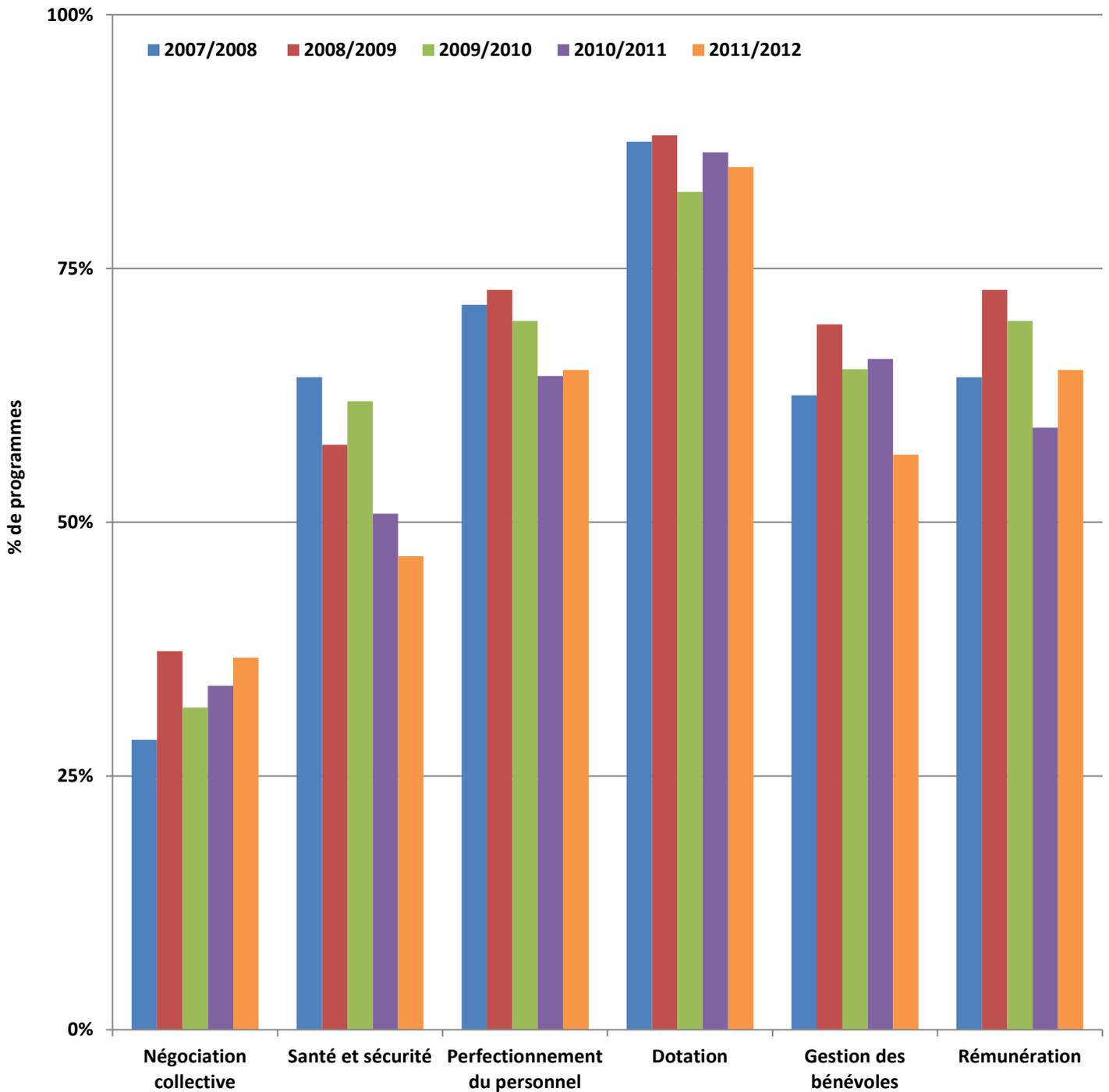
Les bénévoles continuent de jouer un rôle essentiel dans la prestation des services. Pour comprendre ce rôle et accroître sa portée, les organismes devraient tâcher de répondre aux questions suivantes :

1. Dans quelle mesure les organismes ont-ils besoin des bénévoles pour la prestation des services?
2. Quels sont les types de tâches pouvant être délégués aux bénévoles et assurés efficacement par ceux-ci?
Quelles sont les tâches qui devraient être réservées au personnel rémunéré?
3. Quelles sont les stratégies efficaces de recrutement, de formation et de maintien en poste des bénévoles?

AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES ET DU MAINTIEN EN POSTE DU PERSONNEL

Les organismes doivent employer du personnel qualifié pour la prestation des services. En 2011-2012, plus de 85 % des organismes ont indiqué qu'ils faisaient face à des problèmes de dotation, et plus de la moitié ont dit avoir des problèmes liés aux salaires et au perfectionnement professionnel des employés.

Figure 76
Problèmes des organismes en matière de ressources humaines

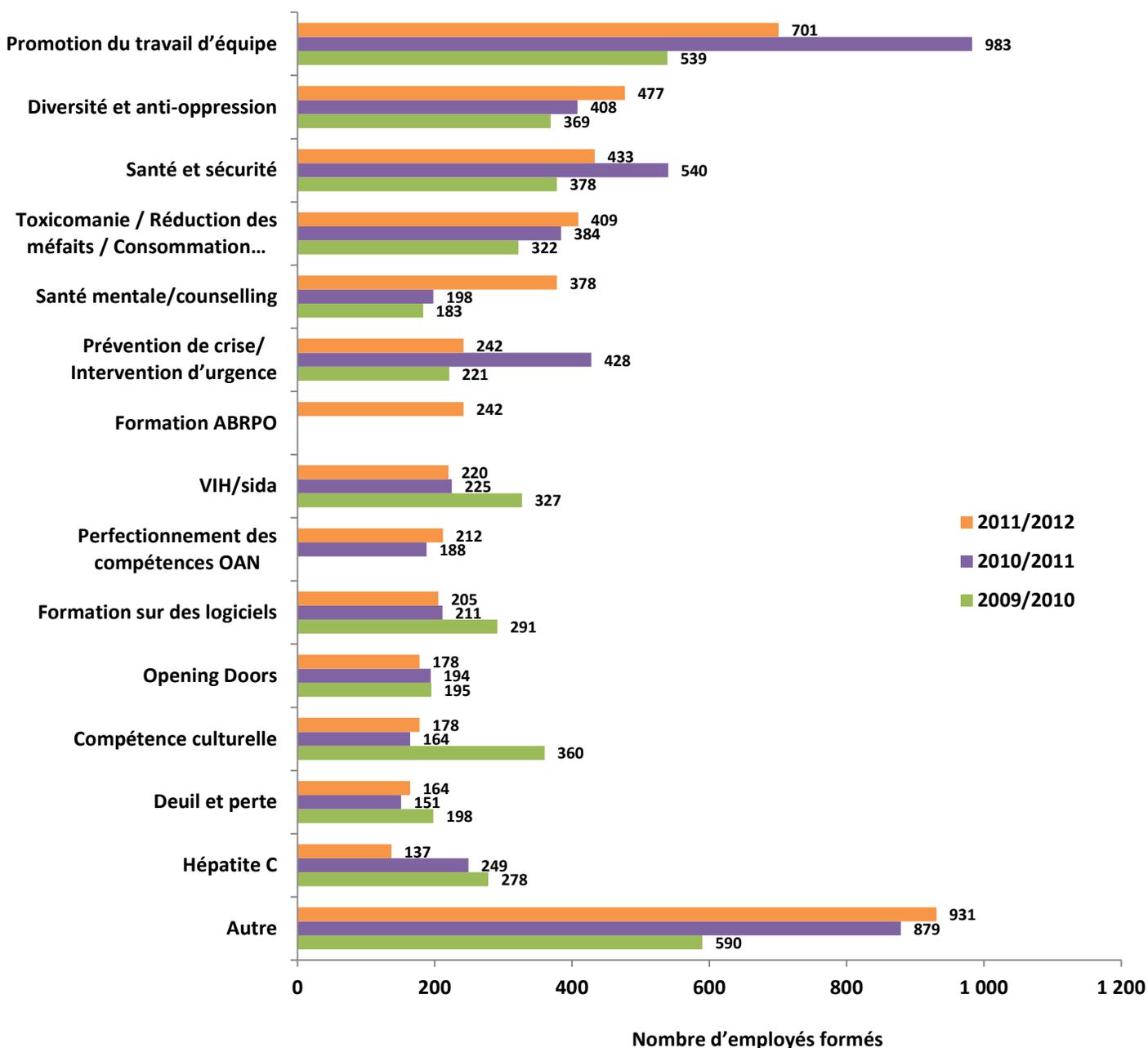


DEMANDE ACCRUE EN FORMATION SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA TOXICOMANIE

Les organismes ont déclaré offrir plus de formation qu'avant aux membres de leur personnel dans les domaines des troubles de santé mentale et du counselling, de la toxicomanie, de la réduction des méfaits et de la consommation de drogues. Cela reflète les problèmes auxquels le personnel fait face lorsqu'il travaille auprès de clients ayant des troubles de santé mentale et des problèmes de dépendance et concorde avec les données anecdotiques antérieures concernant l'accroissement des troubles de santé mentale chez les clients.

Note : La catégorie « Autre » inclut principalement la formation en premiers soins et en RCR, ainsi que la formation obligatoire liée à la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario. La majeure partie de cette formation aurait pu figurer à la rubrique « Santé et sécurité ».

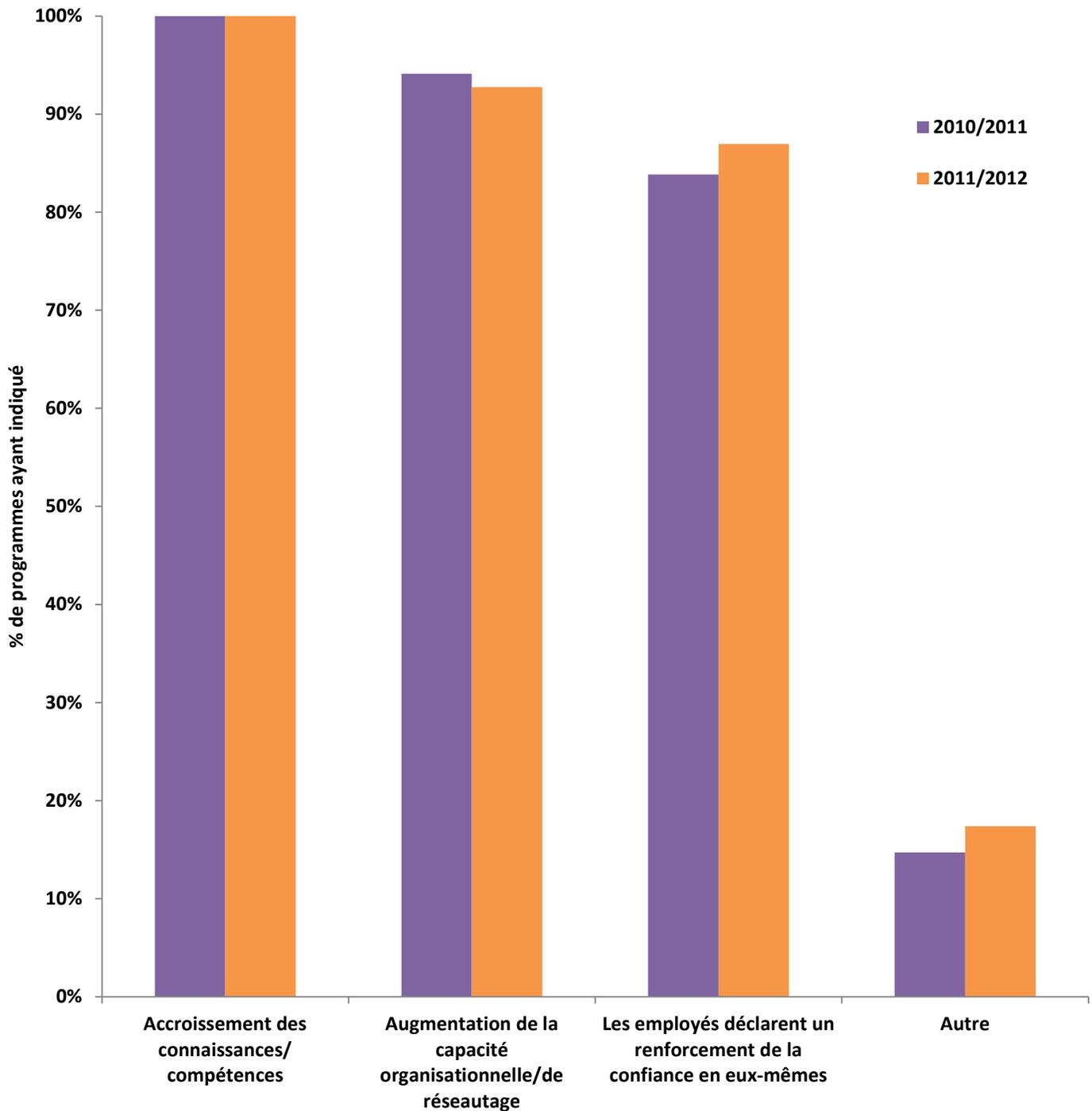
Figure 77
Types de formation sélectionnés offerts au personnel



LA FORMATION PERMET L'ACQUISITION DE COMPÉTENCES ET DE CONFIANCE

Au sujet de l'effet de la formation sur les membres de leur personnel, les organismes ont dit que tous les membres de leur personnel acquièrent des connaissances et des compétences grâce à la formation et que plus de 85 % d'entre eux accroissent leur capacité de créer des réseaux et ont davantage confiance en leur capacité de faire leur travail. Toutefois, il n'y a pas de façon uniforme, dans le domaine, d'évaluer si la formation mène à une amélioration des services offerts au fil du temps.

Figure 78
Contribution de la formation du personnel : 2010 et 2011

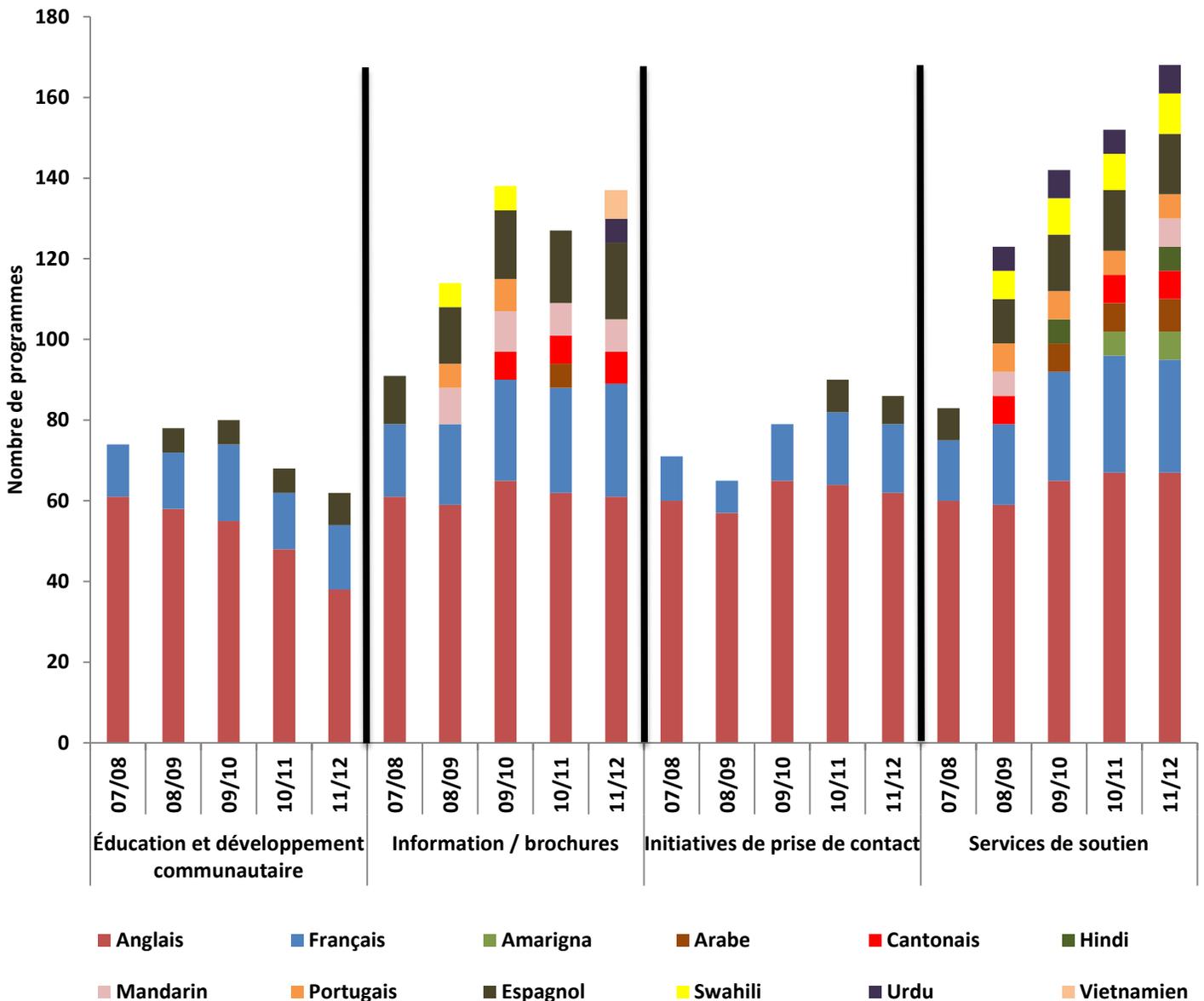


CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE

UNE PLUS GRANDE CAPACITÉ D'OFFRIR DES SERVICES DE SOUTIEN ADAPTÉS SUR LE PLAN CULTUREL

Depuis cinq ans, nous avons constaté une augmentation constante du nombre de programmes offrant des services de soutien dans différentes langues.

Figure 79
Nombre de programmes fournissant des services selon la langue et la catégorie de services

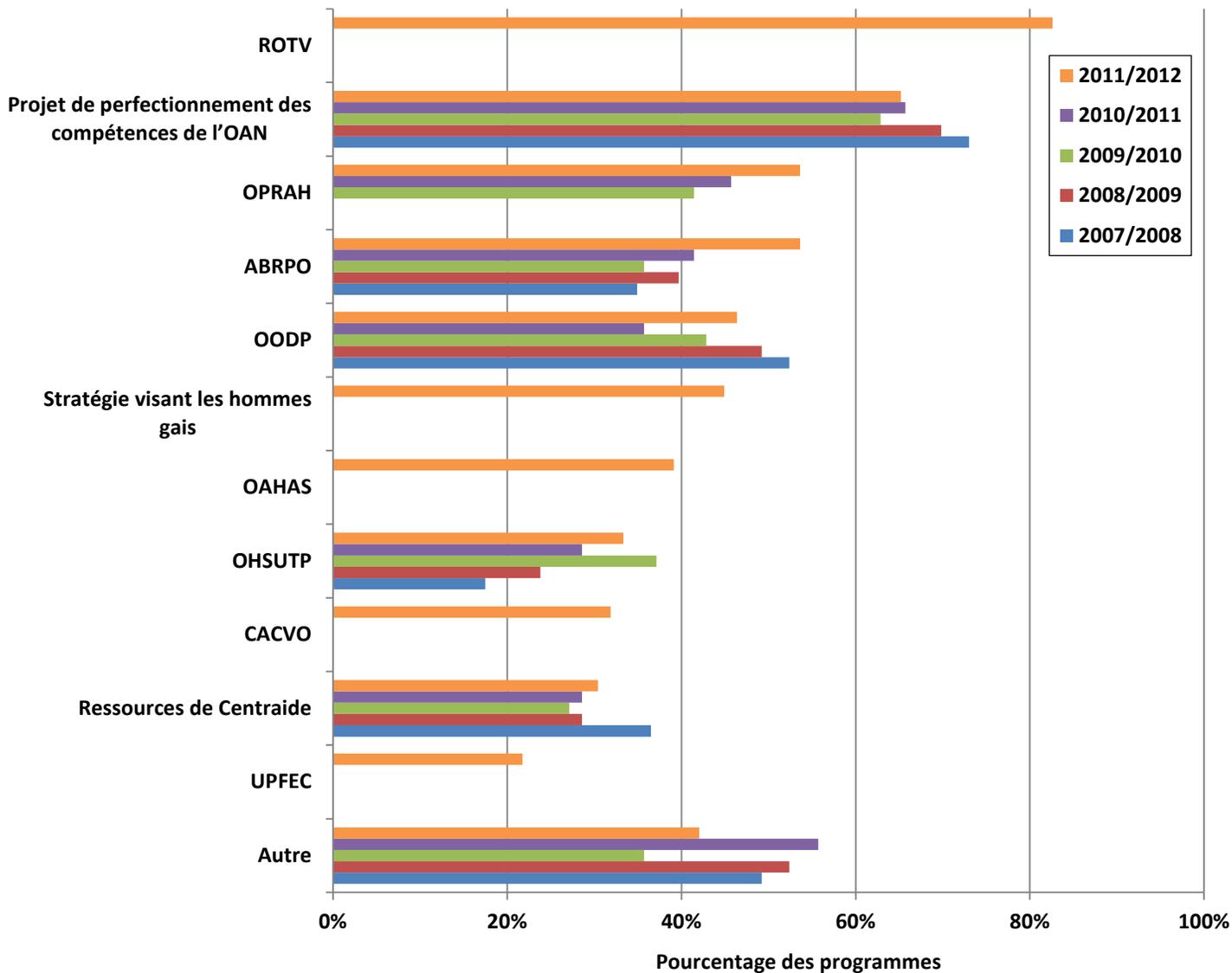


LES PROGRAMMES PROFITENT DES MESURES DE SOUTIEN AUX ORGANISATIONS

En 2011-2012, la liste des services provinciaux et mesures de soutien aux organisations dont les programmes peuvent profiter a été allongée; elle inclut maintenant le Réseau ontarien de traitement du VIH, l'Unité des pratiques fondées sur l'expérience clinique et les stratégies visant certains groupes précis, dont la stratégie sur la santé des hommes gais, la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones, et le Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO). Plus de 80 % des organismes ont dit utiliser les ressources du ROTV, et de 35 à 50 % ont dit utiliser les ressources des stratégies axées sur des groupes précis.

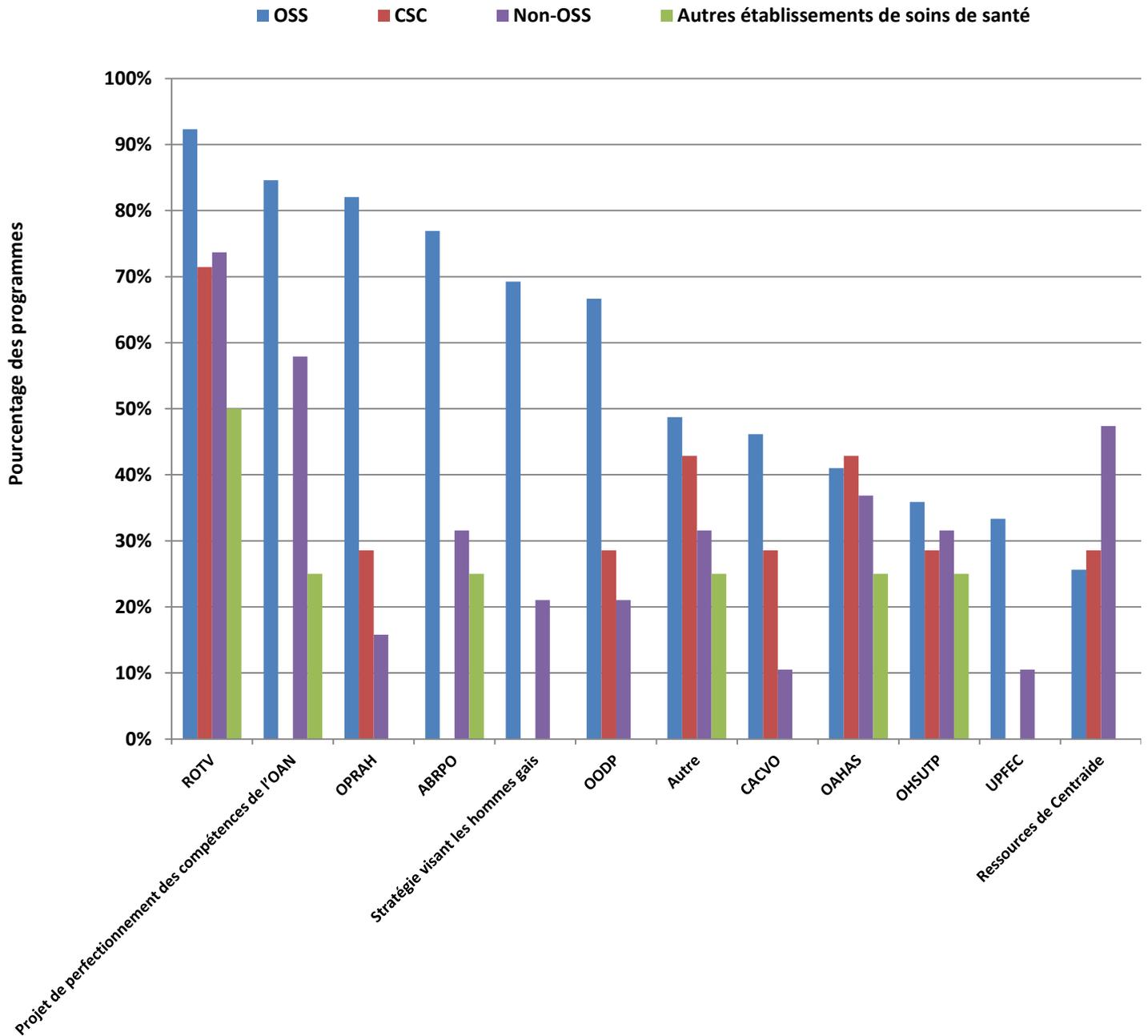
Figure 80

Proportion des programmes profitant des mesures de soutien aux organisations par exercice



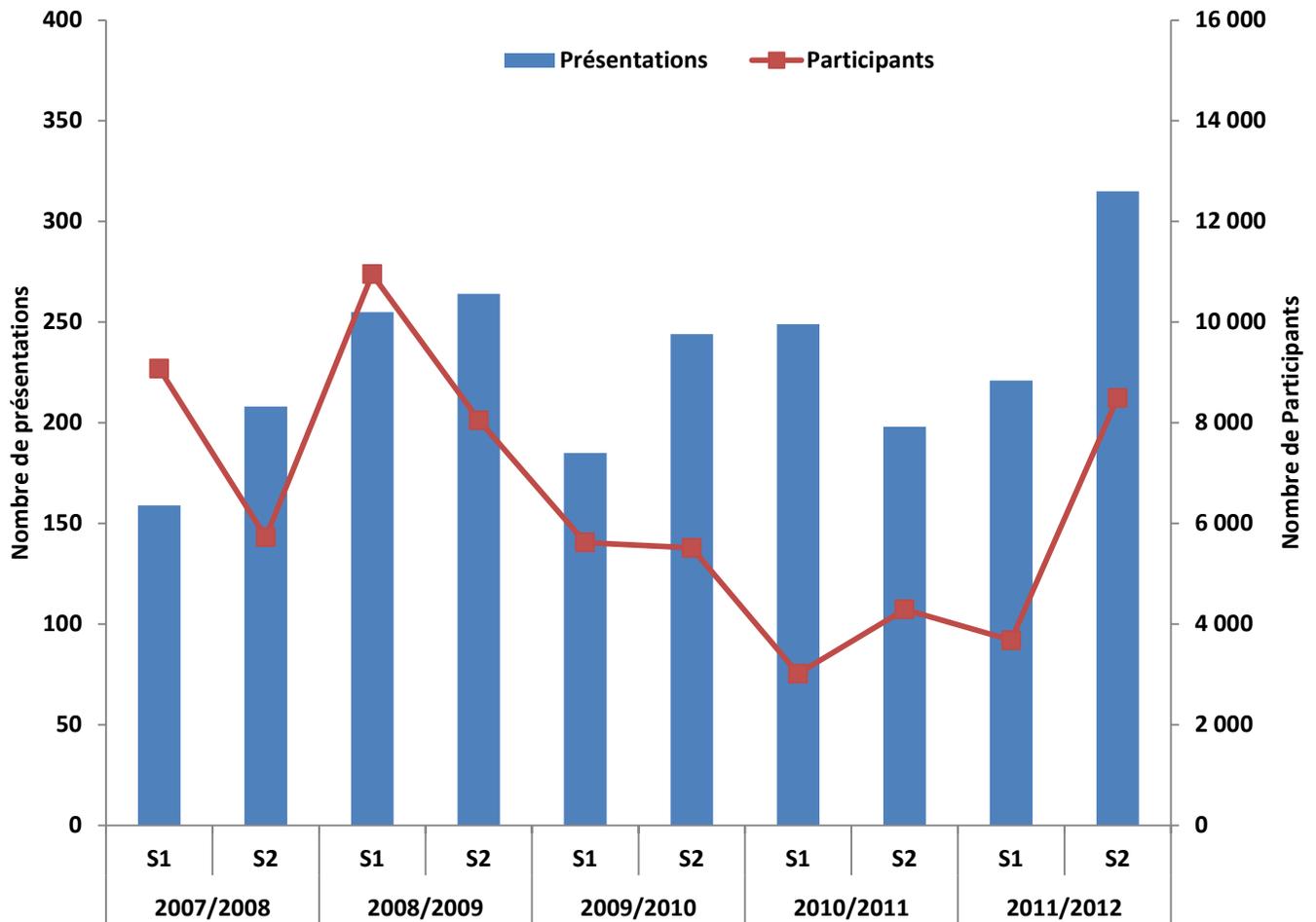
Dans presque tous les cas, les OSS recourent davantage à ces services de soutien que les autres types d'organismes.

Figure 81
Pourcentage de programmes utilisant les soutiens organisationnels par type d'organisme : 2011-2012



Les organismes de ressources provinciales ont contribué aux séances d'information offertes au cours de l'exercice. Le nombre de séances a augmenté considérablement, comme le nombre de participants.

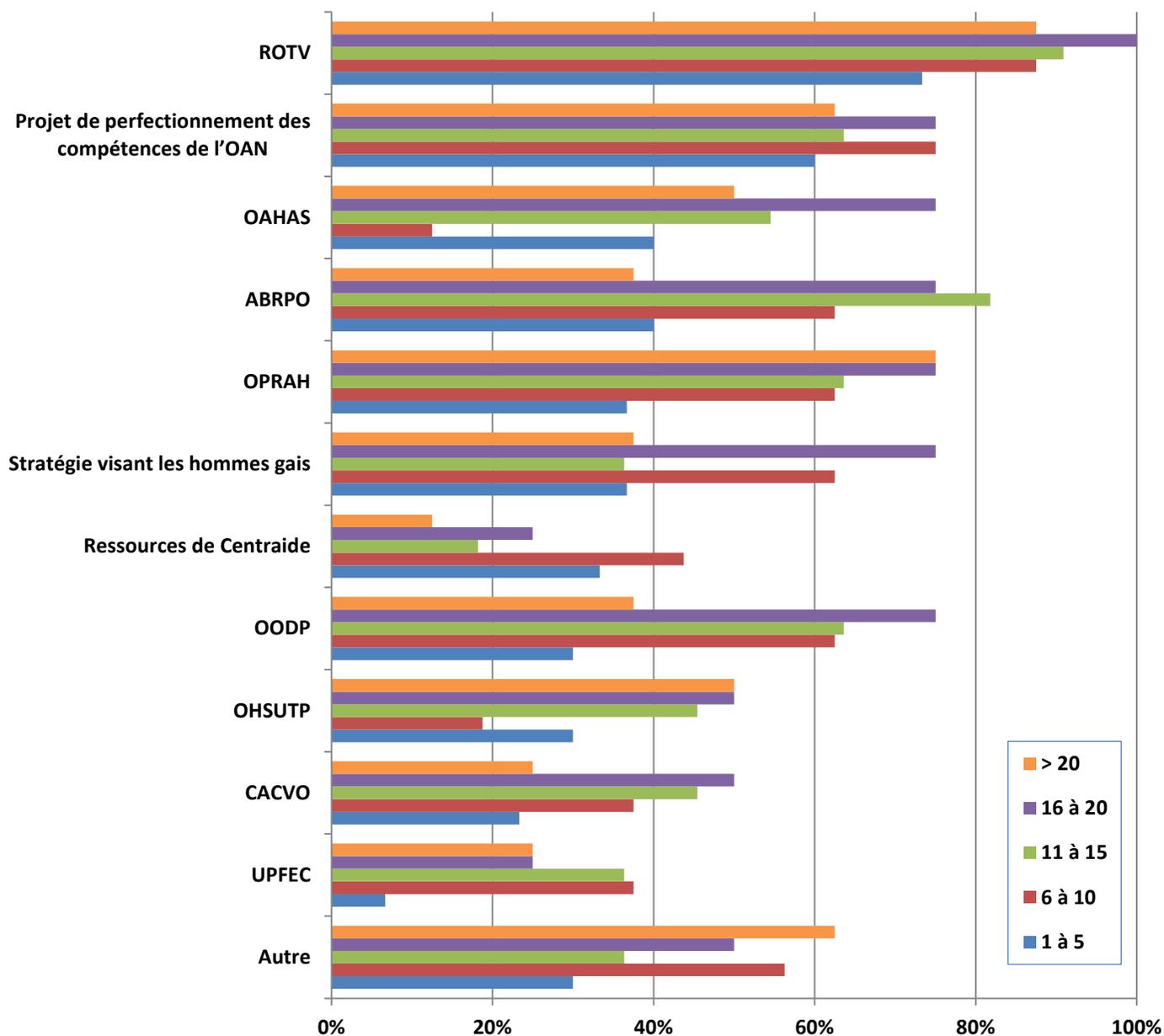
Figure 82
Présentations éducatives des programmes de ressources provinciales et nombre de participants



LIEN ENTRE LA TAILLE ET LA CAPACITÉ

Dans les petits organismes (< 5 ETP), on utilise généralement moins les mesures de soutien aux organisations qu'au sein des grands organismes, quoique environ 75 % aient eu recours aux services du ROTV. Cela pourrait refléter le fait que les petits organismes n'ont pas la capacité ou le personnel nécessaires pour tirer parti de ces ressources ou encore que les programmes de soutien aux organisations devraient organiser leurs ressources différemment pour les rendre plus accessibles aux petits organismes.

Figure 83
Pourcentage de programmes utilisant des soutiens organisationnels selon la taille de l'organisme : 2011-2012

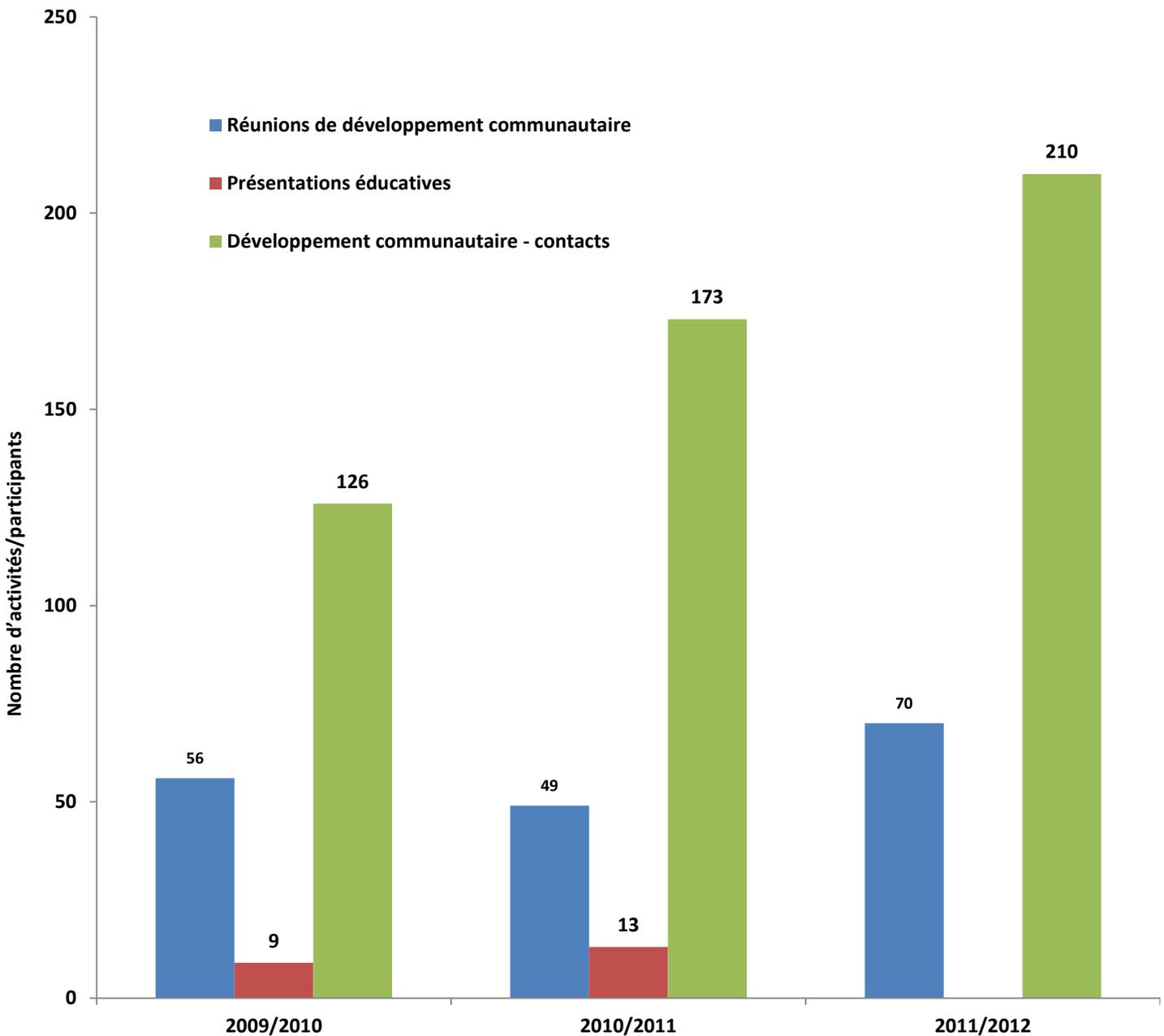


LA RECHERCHE JOUE UN RÔLE PLUS IMPORTANT QU'AVANT DANS LE DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

Au cours des trois dernières années, les organismes ont signalé avoir tenu plus de réunions de développement communautaire et de séances d'information et avoir noué plus de liens avec des gens du milieu du développement communautaire faisant de la recherche. Il faudrait plus d'information pour déterminer si ces réunions et liens créés découlent des efforts déployés pour faire de la recherche dans la collectivité ou pour diffuser l'information et les conclusions de la recherche pouvant avoir une incidence sur les services.

Figure 84

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



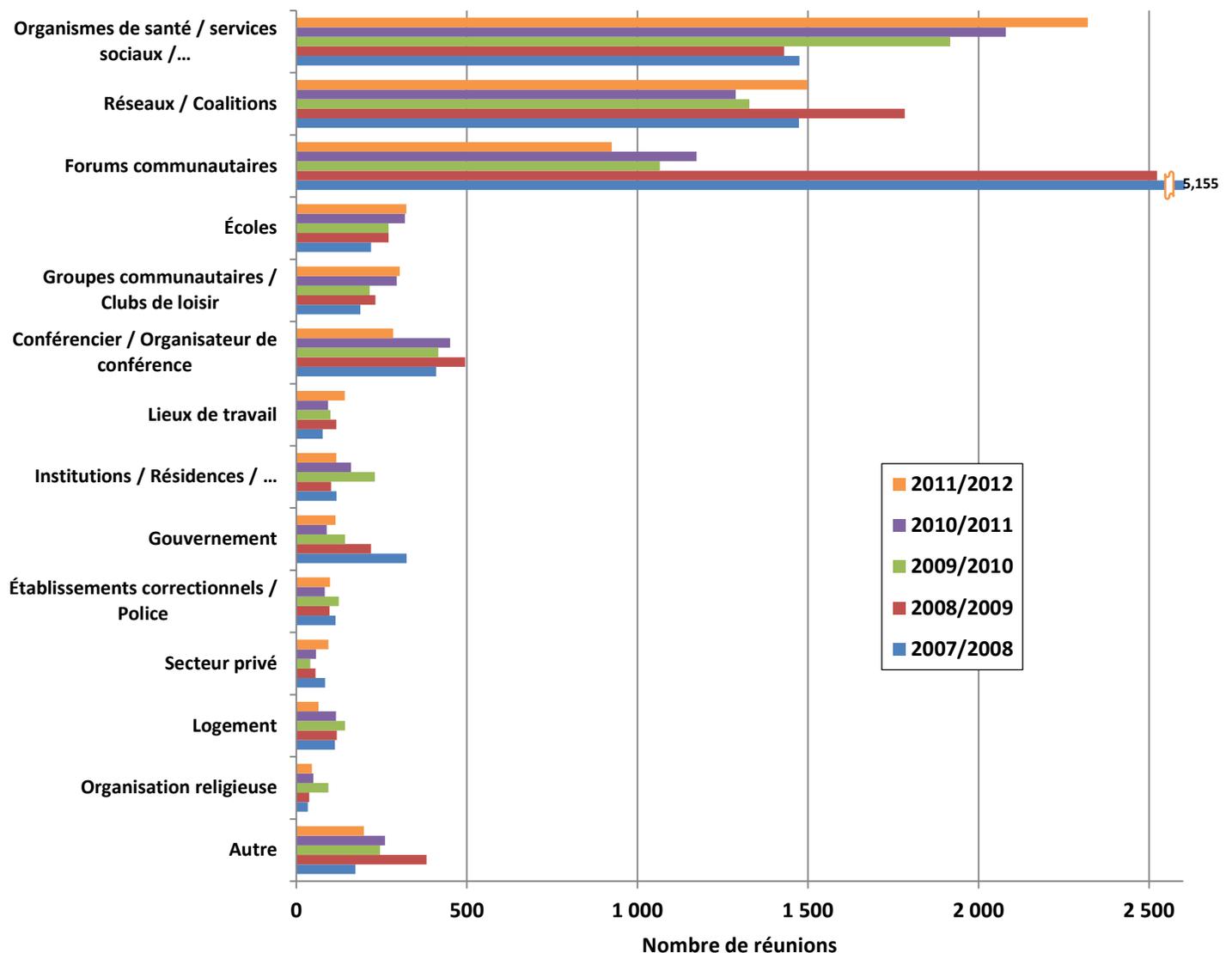
4 AMÉLIORER LA COORDINATION ET LA COLLABORATION COMMUNAUTAIRES

Afin d'être efficaces et d'atteindre leurs objectifs, les responsables des programmes communautaires liés au VIH doivent établir des relations avec les responsables d'autres services de la collectivité et conclure des partenariats solides. Ils doivent aussi travailler, au sein de leur collectivité, à la création d'un milieu sûr et accueillant pour les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter.

DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE EN GÉNÉRAL

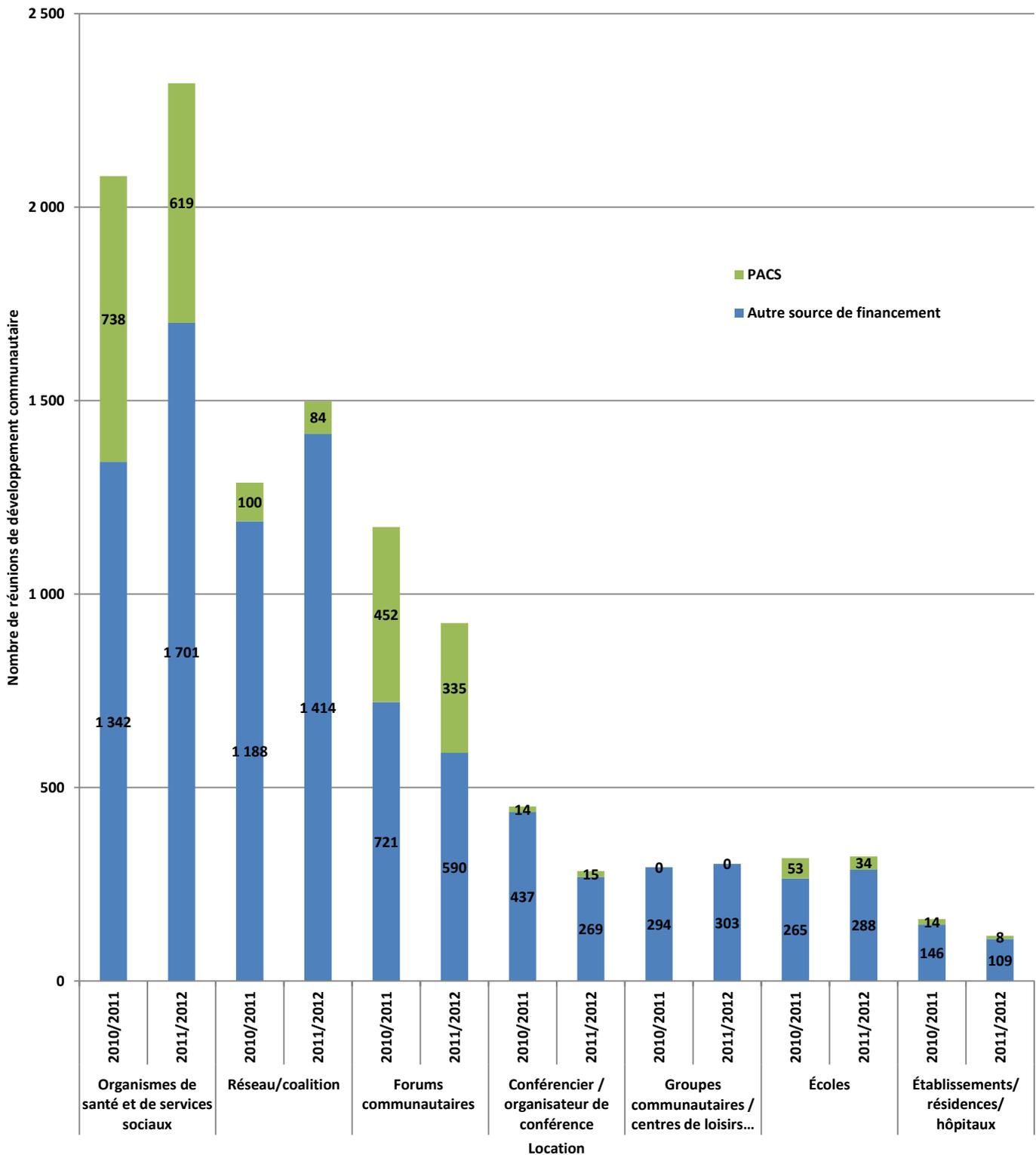
En 2011-2012, les organismes ont tenu plus de réunions de développement communautaire qu'auparavant avec les organismes de santé et de services sociaux ainsi qu'avec les réseaux de services de leur collectivité.

Figure 85
Développement communautaire – Réunions



Les organismes financés dans le cadre du PACS avaient tenu plus du quart des réunions avec les intervenants des organismes de santé et de services sociaux.

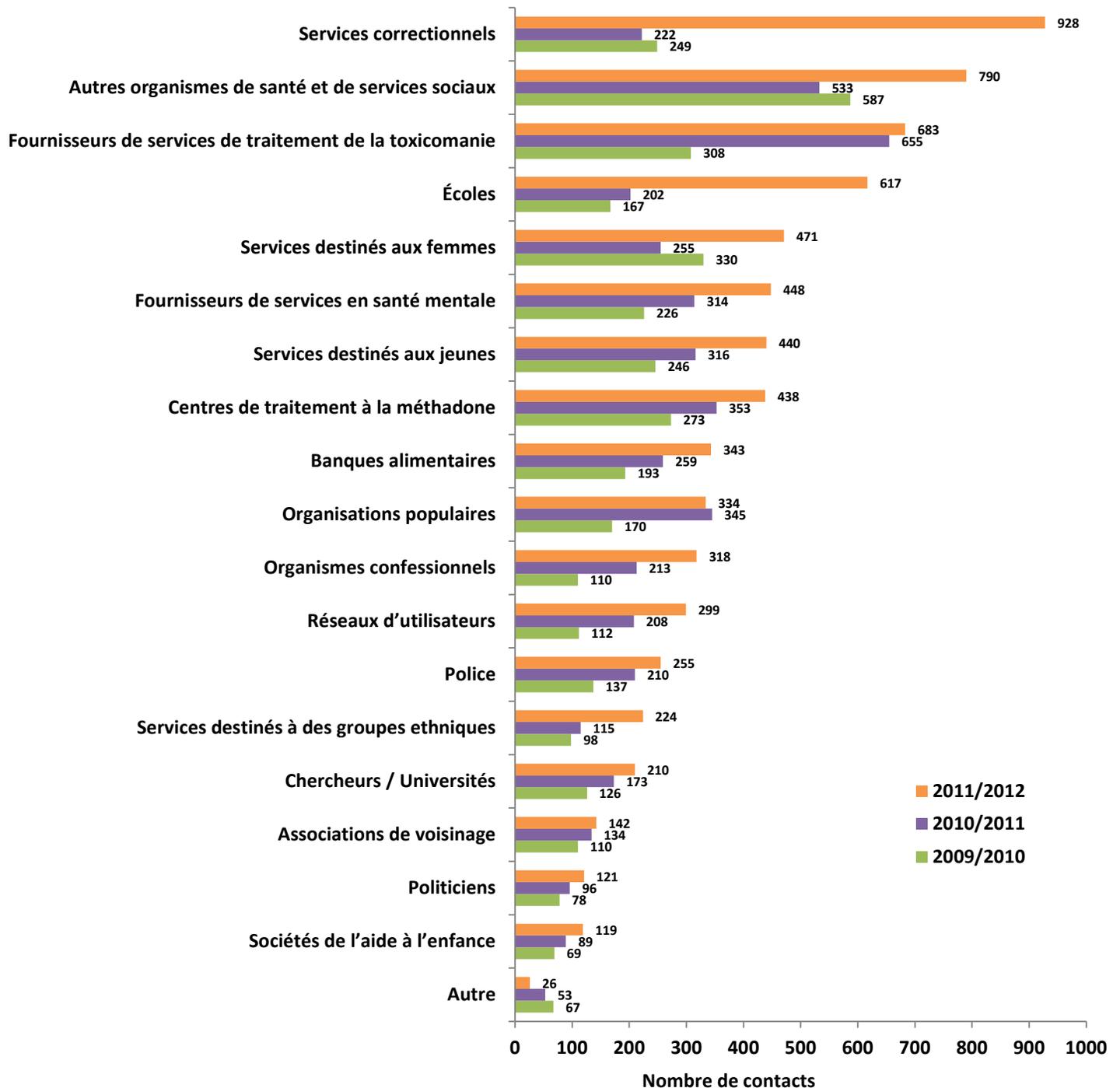
Figure 86
Présentations éducatives par source de financement: 2010 et 2011



COLLABORATION ENTRE LES PROGRAMMES POUR LES UDI ET LES SERVICES CORRECTIONNELS

En 2011-2012, les responsables des programmes de prise de contact avec les UDI ont fait état d'une augmentation de plus de 400 % des contacts avec les services correctionnels, d'une multiplication par trois des contacts avec les écoles et d'une augmentation importante du nombre de contacts avec les intervenants des services pour les femmes, des services liés à la santé mentale, des services pour les jeunes, des organismes confessionnels et des banques alimentaires. L'augmentation du nombre de contacts relatifs au développement communautaire avec les services correctionnels et les écoles était attribuable principalement aux chiffres fournis par un organisme. L'augmentation du nombre de contacts avec les intervenants des services de santé et sociaux, des services pour les femmes et des fournisseurs de services en santé mentale était également attribuable aux chiffres fournis par un organisme chargé de l'exécution d'un programme provincial de réduction des méfaits.

Figure 87
Nombre total de contacts lors d'activités de développement communautaire



Les responsables des programmes de ressources provinciaux ont fait état d'une augmentation marquée du nombre de réunions de développement communautaire. Comme le montre la figure 89, la plupart de ces réunions étaient des réunions avec des intervenants des organismes de santé et de services sociaux.

Figure 88
Réunions de développement communautaire : Programmes des organismes de ressources provinciaux

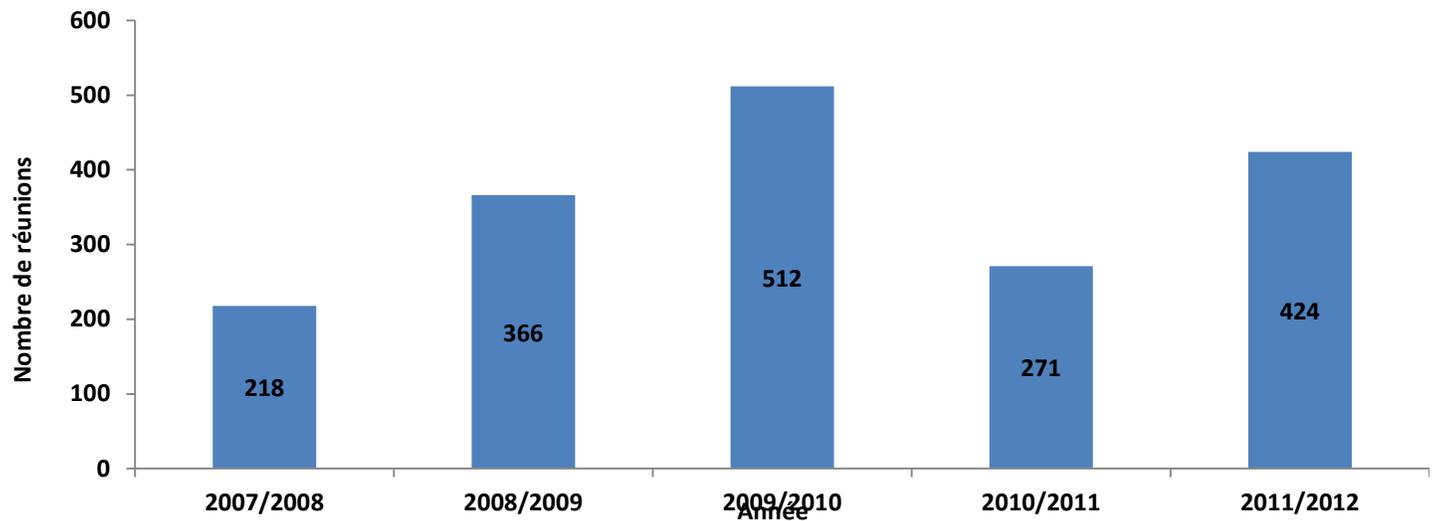
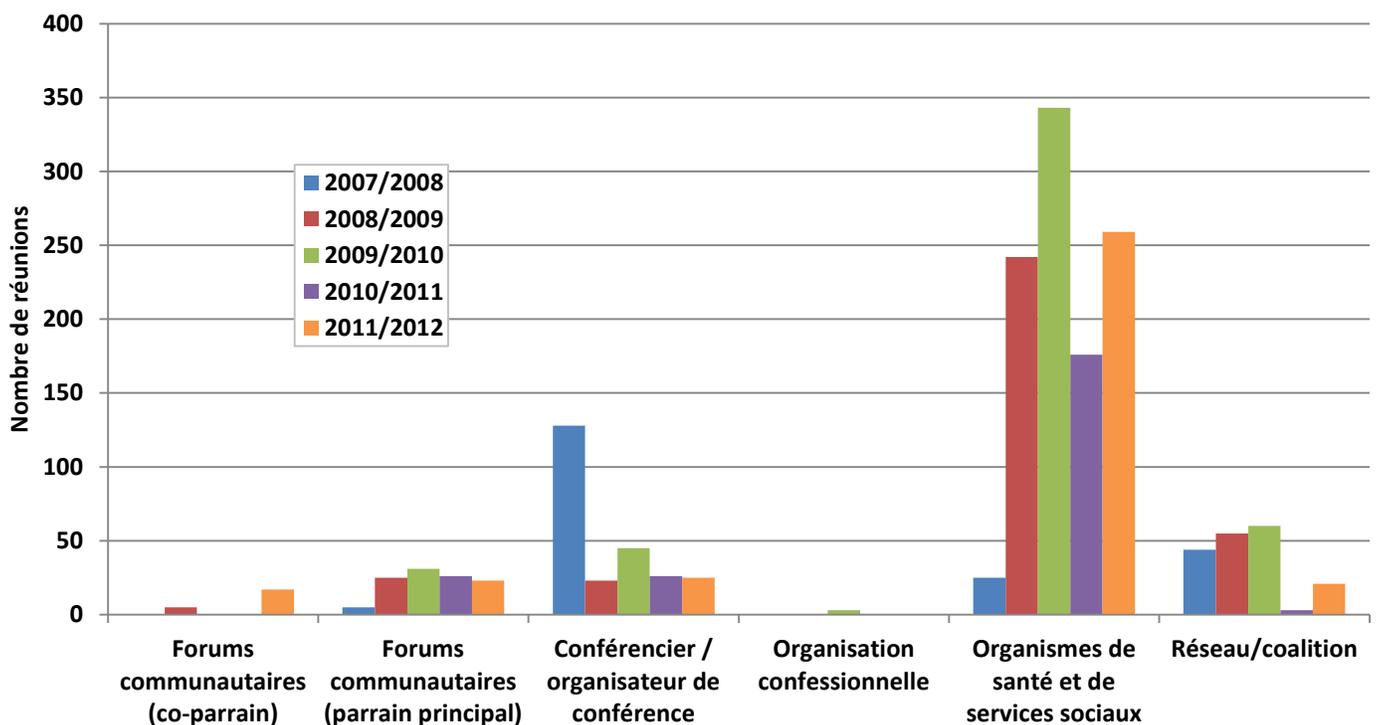


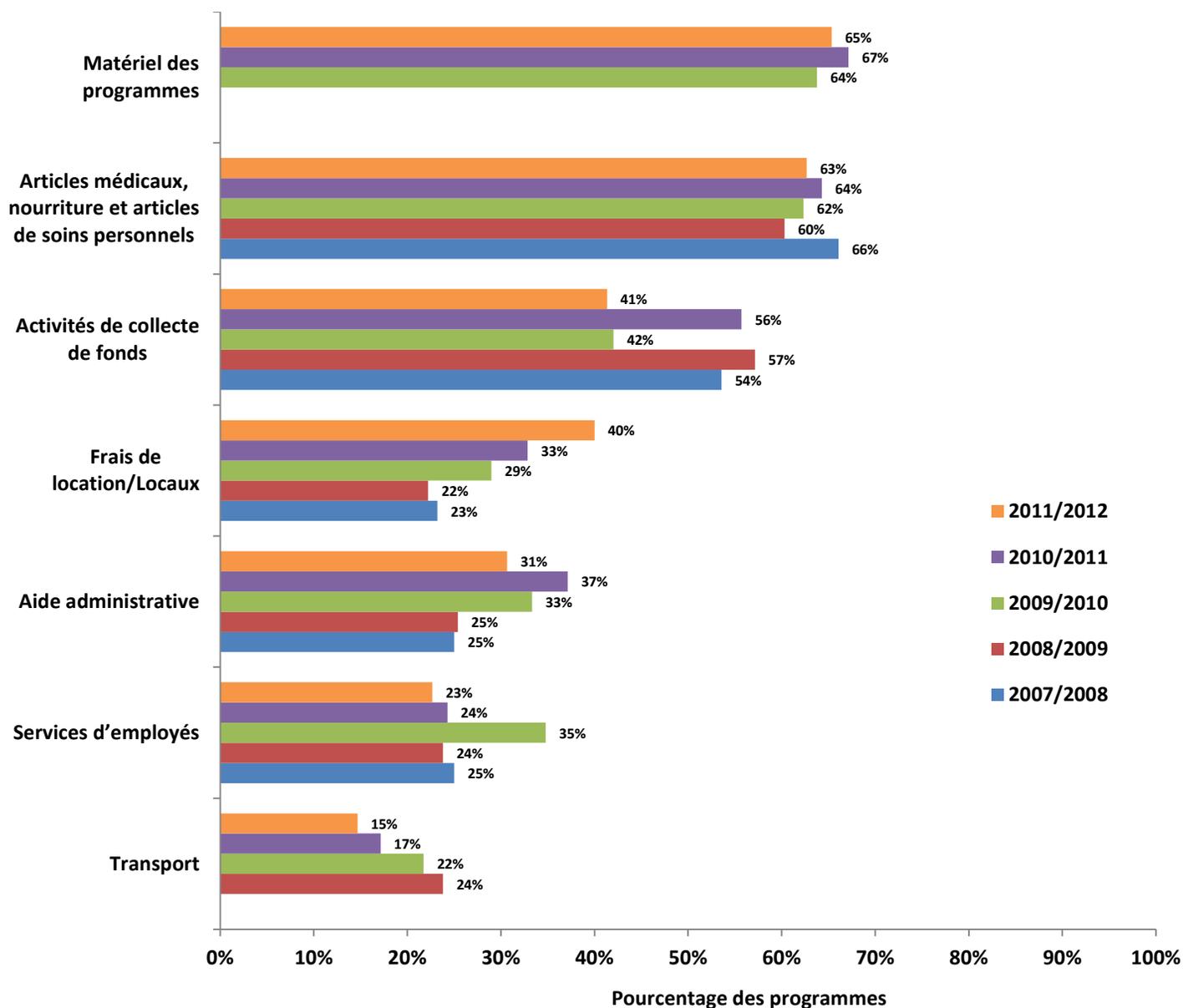
Figure 89
Réunion de développement communautaire par activité/emplacement : Programmes des organismes de ressources provinciaux



PARTENARIATS DE SERVICE

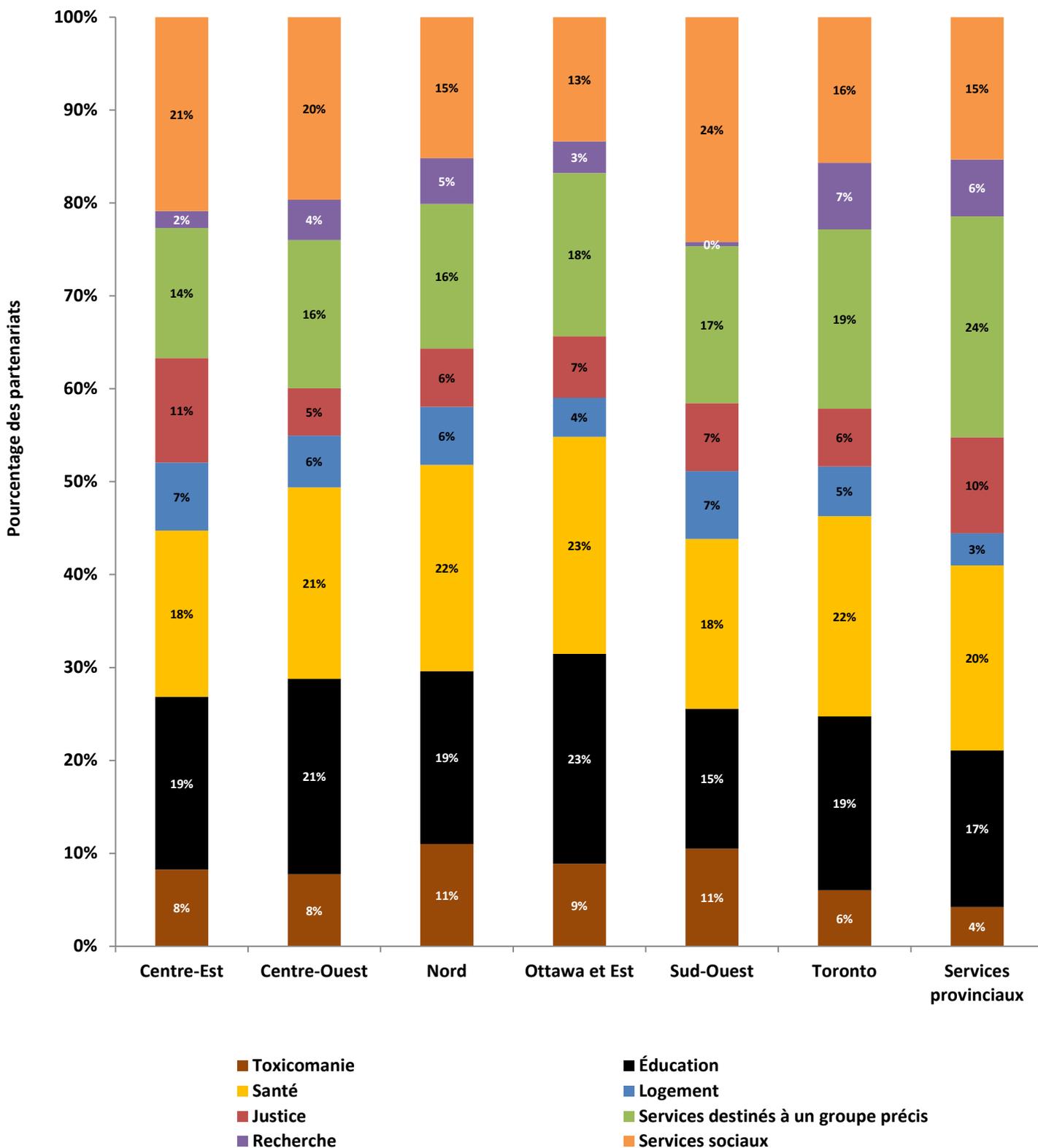
Quatre des 10 programmes partagent maintenant leurs locaux avec d'autres organisations; il s'agit d'une augmentation de 25 % par rapport à 2010-2011. Nous considérons cela comme étant un indicateur positif, car la prestation des services au même endroit est souvent liée à une meilleure coordination et à une meilleure collaboration, ainsi qu'à une démarche de prestation de soins davantage axée sur le client. Toutefois, dans certains cas, il semble que le partage des locaux ne donne pas lieu à une mise en commun du personnel et des ressources administratives. L'incidence du partage des locaux peut dépendre du fait que l'organisme mette certaines choses en commun avec un autre organisme qui offre des services au même groupe ou à un groupe similaire.

Figure 90
Pourcentage de programmes qui ont déclaré avoir reçu des contributions en nature



La proportion des organismes ayant fait état de l'établissement de partenariats avec d'autres organismes n'a pas beaucoup changé en 2011-2012 par rapport à l'exercice précédent.

Figure 91
Secteur ciblé par les partenariats, par région : 2011-2012 S2





NOUVEAUX ENJEUX CONCERNANT LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Afin d'évaluer le rôle des partenariats dans le renforcement des capacités, les organismes devraient chercher à répondre aux questions suivantes :

1. Dans quelle mesure les organismes s'appuient-ils sur les partenariats pour la prestation des services ou pour s'assurer qu'ils offrent des services complets à leurs clients?
2. Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour la mobilisation de partenaires?
3. Quels sont les nouveaux partenariats que les OSS cherchent à conclure pour répondre aux besoins changeants de leurs clients?

APPENDICES

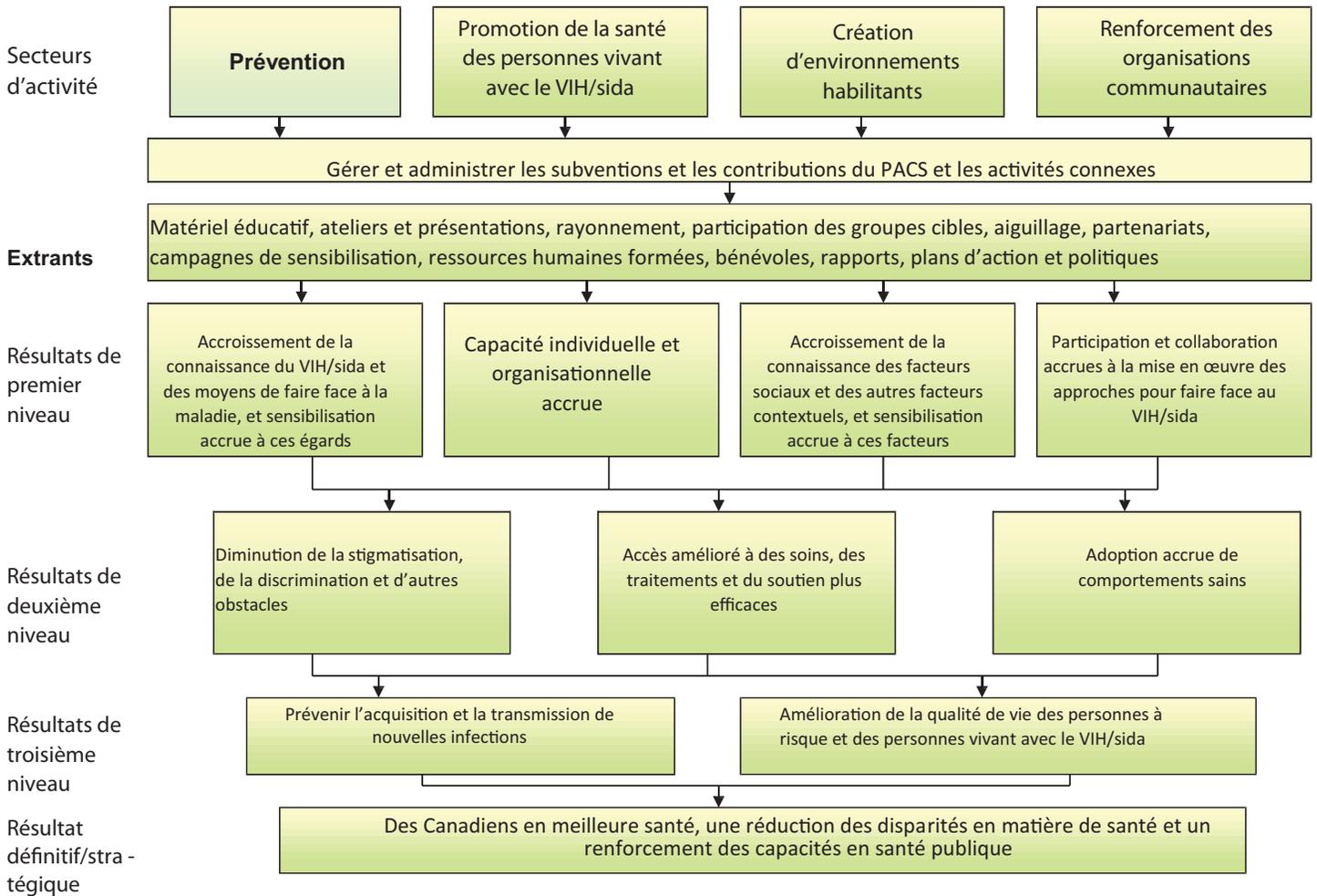
APPENDICE A : LISTE DES PROGRAMMES FINANÇÉS

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 (Sida 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 (Comité sur le sida de Guelph et du comté de Wellington — Masai)	Waterloo-Wellington
	AIDS Committee of Guelph and Wellington County (Comité sur le sida de Guelph et du comté de 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 - WALLACE-BURG	Erie-St. Clair
	Association of Iroquois and Allied Indians (Association des Iroquois et des Indiens alliés)	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 régionale 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 (Centre pour hispanophones)	Toronto-Centre
	Société Elizabeth Fry de Toronto	Toronto-Centre
	Ethiopian Association	Toronto-Centre
	Family Service Toronto	Toronto-Centre
	Fife House	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 (Planning des naissances 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	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	
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 Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario) (CACVO)	Provincial
	AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario (Projet ontarien sur le deuil et la résilience face au sida) – parrainé par Fife House	Provincial
	Canadian AIDS Treatment Information Exchange (Réseau canadien d'info-traitements sida)	Provincial
	FIFE House – OHSUTP	Provincial
	Ontario AIDS Network (Réseau sida de l'Ontario)	Provincial
Ontario Organizational Development Program (Programme de développement organisationnel de l'Ontario)	Provincial	

APPENDICE B : MODÈLES LOGIQUES

Modèle logique du Programme d'action communautaire sur le sida



Indique l'exécution par le personnel du Centre de responsabilité et grâce aux fonds de F et E



Indique l'exécution en collaboration avec les bénéficiaires de S et C

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.

Objectifs - 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 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 PVVS et d'autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de la dotation, de l'administration et de la gestion des programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 PVVS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de la dotation, de l'administration et de la gestion des programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins et soutien aux PVVS • Programmes de promotion de la santé et de renforcement des capacités destinés aux PVVS • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 PVVS • 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 PVVS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de la dotation, de l'administration et de la gestion des programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 PVVS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de la dotation, de l'administration et de la gestion des programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 et fondées sur celles-ci

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 (PVVS)
- Renforcer les capacités de la communauté à servir les personnes atteintes du VIH/sida, touchées par cette maladie ou présentant un risque de contracter le virus

Groupes prioritaires en Ontario

- Personnes vivant avec le VIH/sida
- Gais, bisexuels et autres HRSH
- Autochtones
- Consommateurs de drogues
- Ontariens des communautés africaines, noires et des Caraïbes
- 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/ateliers d'éducation
- Développement communautaire
- Campagnes de marketing social
- Distribution de ressources
- Counselling de prévention de l'infection à 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 alloué à chaque objectif
- Données consignées dans l'OERVSCO (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 mesures de données, 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 personnes d'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 PVVS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue

- Services de counselling et de gestion de cas pour les PVVS, les personnes touchées et les personnes à risque
- Aiguillage vers des services connexes
- Aide pratique et autres formes de soutien
- Programmes dirigés par des pairs à l'intention des PVVS
- Activités de promotion de la santé et de renforcement des capacités destinées aux PVVS

- Financement total affecté à chaque objectif
- Données consignées dans l'OERVSCO (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 PVVS 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 alloué à chaque objectif
- Données consignées dans l'OERVSCO (sections 3, 4, 12 et 7), y compris les ressources provinciales utilisées, le nombre d'activités par programme de ressources 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 PVVS, 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 PVVS 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 – OERVSCO, OCASE, et rapports d'évaluation
- Partenariats et collaborations
- Activités de développement communautaire
- Activités d'évaluation

- Financement total alloué à chaque objectif
- Financement total des activités de recherche et de transfert et d'échange des connaissances (TEC) connexes
- Données consignées dans l'OERVSCO (sections 13, 5 et 8) comprenant les données suivantes : partenariats, nombre de réunions de développement communautaire
- Autres mesures de données, y compris 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 fondée sur des données probantes améliorées en ce qui a trait à la réponse au VIH/sida
- Efficacité, transparence et réceptivité accrues du système
- Intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVVS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue

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

Projets opérationnels du PACS en 2009-2010

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 (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 (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 PVVS

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 de l'Asie du Sud atteintes du sida/Programme de bénévoles	Alliance for South Asian AIDS Prevention (Alliance des personnes de l'Asie du Sud pour la prévention du sida)
6963-06-2002/4480435	Food For Life (Le pain c'est la vie)	Parrainé par la Toronto People with AIDS Foundation (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 atteintes du sida de Toronto
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 caraïbéennes de l'Ontario	Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (BlackCAP)
6963-06-2008/4480495	Gestion de cas pour les Noirs, les Africains et les Caraïbéens 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)
6963-06-2002/2370440	Programme de soutien des bénévoles	Bruce House
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
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 personnes de l'Asie 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	The Teresa Group
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-fra.php.

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 (Centre pour hispanophones)
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/Intégration et appropriation communautaire	Africans in Partnership Against HIV/AIDS (Partenariat africain de lutte contre le sida)

PROMOTION DE LA SANTÉ CHEZ LES PVVS

Numéro de projet	Titre	Organisme parrain
6963-06-2008/4480464	Prévention positive – Former le formateur	AIDS Committee of Guelph & Wellington County (Comité sur le sida de Guelph et du comté de Wellington)
6963-06-2008/4480469	Engagement des personnes atteintes du VIH/sida au programme de prévention POZ pour les hommes gais	Toronto People with AIDS Foundation (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 (Planning des naissances 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 de 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 d'infections à 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-fra.php.

APPENDICE D : QUESTIONS DANS L'OERVSCO

Section	Question dans l'OERVSCO	Objectifs dans PSPL
Planification et évaluation des programmes	7.1 Processus/outils utilisés pour évaluer les services	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.2 Outils utilisés pour mesurer les changements dans les connaissances	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.3 Outils utilisés pour mesurer les changements dans les comportements	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.4 Quels moyens avez-vous pris pour partager vos connaissances?	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.7 Comment votre organisme fait-il participer les membres des groupes cibles?	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.8 Participation à la recherche communautaire	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	7.9 Obstacles organisationnels	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
Éducation	9.2.1 Séances éducatives	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	9.2.1 Séances éducatives – programmes de ressources provinciaux	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	9.2.1 Réunions de développement communautaire	Améliorer la coordination et la collaboration
	9.2.2 Ressources éducatives – Ressources pour la promotion de la santé et le soutien	Améliorer l'accès aux services
	9.2.2 Ressources éducatives – Ressources allouées à la planification/prise de décisions/élaboration des politiques et la formation	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	9.3 et 9.4 Commentaires	Améliorer les connaissances et sensibilisation
Prise de contact	10.2 Contacts dans le cadre des activités de prise de contact par emplacement	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.3 Campagnes de sensibilisation	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.4 Contacts avec les médias	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.5 Activités par téléphone et par Internet	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.5 Activités par téléphone et par Internet – Counselling avant et après les résultats du test et aiguillage	Améliorer l'accès aux services
	10.6 Articles pour réduire les risques lors des rapports sexuels	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.7 Bulletins de prise de contact	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	10.8 et 10.9 Commentaires	Améliorer les connaissances et sensibilisation
Services de soutien	11.1.1 Nombre de clients desservis selon le sexe	Améliorer l'accès aux services
	11.1.2 Nouveaux clients	Améliorer l'accès aux services
	11.1.3 Nombre de clients desservis selon l'âge	Améliorer l'accès aux services
	11.2.1 Services fournis	Améliorer l'accès aux services
	11.2.2 Séances offertes	Améliorer l'accès aux services
	11.3 Groupes de soutien	Améliorer l'accès aux services
	11.4 Soutien financier et en nature	Améliorer l'accès aux services
	11.5 et 11.6 Commentaires	Améliorer l'accès aux services
Bénévoles	12.1 Bénévoles et gestion des bénévoles	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	12.2 Activités bénévoles	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	12.3 Placements étudiants	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	12.4 Activités réalisées par des étudiants	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	12.5 et 12.6 Commentaires	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	Améliorer l'accès aux services
	13.1.2 Prise de contact – Clients individuels	Améliorer l'accès aux services
	13.2.1 Contacts dans le cadre d'autres services	Améliorer l'accès aux services
	13.2.2 Autres services – Clients individuels	Améliorer l'accès aux services
	13.3a Services fournis	Améliorer l'accès aux services
	13.4 Emplacements des services de prise de contact	Améliorer l'accès aux services
	13.5 Participation des pairs	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	13.6 Activités réalisées par des pairs – Programmes officiels, interactions informelles, soutien téléphonique, aide pratique	Améliorer l'accès aux services
	13.6 Activités réalisées par des pairs – Distribution de matériel	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	13.6 Activités réalisées par des pairs – Formation	Améliorer les connaissances et sensibilisation
	13.7 Activités de développement communautaire	Améliorer la coordination et la collaboration
	13.8 Contacts de développement communautaire	Améliorer la coordination et la collaboration
	13.8 Contacts de développement communautaire – Recherche	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	13.9 Drogue préférée	Améliorer l'accès aux services
	13.10 Ressources de réduction des méfaits distribuées	Améliorer les connaissances et sensibilisation
13.11 et 13.12 Commentaires	Améliorer l'accès aux services	

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

Les données sur la valeur pécuniaire du bénévolat indiquées dans **Perspectives des services de première ligne** ont été calculées au moyen d'une version adaptée d'un outil élaboré par Yang Cui, étudiant du troisième cycle qui a travaillé au bureau régional du Manitoba/de la Saskatchewan de l'ASPC en août 2009. Pour obtenir des instructions détaillées sur la façon d'utiliser cet outil dans le cadre de votre projet, veuillez communiquer avec 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 y sont saisies. Si le suivi des heures de bénévolat n'a pas été effectué correctement ou si les données ont été consignées dans la mauvaise catégorie de l'OERVSCO, l'estimation de la valeur du travail bénévole ne sera pas exacte.

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

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

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

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

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

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

Poste	Question de l'OER-VSCO	Classification nationale des professions (CNP)	Nombre total d'heures de bénévolat au cours des 12 derniers mois*	Taux horaire moyen d'après la CNP pour ce type d'emploi au cours des 12 derniers mois (B)	Nombre total d'heures de bénévolat X Taux horaire moyen d'après la CNP (C)	Avantages sociaux (12 %) (D)	Valeur totale (C+D)
Administration (comprend services de soutien, réception, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en administration	Employés de soutien de bureau généraux (1411)	35 915	15,25 \$	547 703,75 \$	65 724,45 \$	613 428,20 \$
Gouvernance (comprend la participation au conseil d'administration, aux comités consultatifs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat au sein d'un conseil d'administration/ comité consultatif	Cadres supérieurs – santé, enseignement, services sociaux et communautaires et associations mutuelles (0014)	16 493	39,00 \$	643 227,00 \$	77 187,24 \$	720 414,24 \$
Services de soutien (comprend l'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida, le soutien par les pairs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en aide pratique et counselling	Travailleurs des services sociaux et communautaires (4212)	63 912	21,51 \$	1 374 747,12 \$	164 969,65 \$	1 539 716,77 \$
Prévention (comprend les services de prise de contact, l'éducation de groupes cibles, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux activités de prise de contact	Travailleurs des services sociaux et communautaires (4212)	15 163	21,51 \$	326 156,13 \$	39 138,74 \$	365 294,87 \$
Collecte de fonds (comprend les marches, les campagnes de collecte de fonds, la sollicitation pour obtenir des subventions de fondations, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées à la collecte de fonds	Professionnels des relations publiques et des communications (5124)	25 782	29,74 \$	766 756,68 \$	92 010,80 \$	858 767,48 \$
Événements publics (comprend conférences, événements spéciaux comme la parade de la fierté gaie, stands dans des centres commerciaux, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux événements spéciaux et à l'éducation ou au développement communautaire	Employés de soutien de bureau généraux (1411)	57 521	15,25 \$	877 195,25 \$	105 263,43 \$	982 458,68 \$
Ressources humaines	12.2 Nombre total des heures de bénévolat relatives aux activités de dotation et d'élaboration des politiques et procédures	Professionnels en ressources humaines (1121)	2 123	29,74 \$	63 138,02 \$	7 576,56 \$	70 714,58 \$
Soutien des TI	12.2 Nombre total des heures de bénévolat dans des activités de soutien des TI	Concepteurs et développeurs Web (2175)	2 171	27,78 \$	60 310,38 \$	7 237,25 \$	67 547,63 \$
Total					4 659 234,33 \$		5 080 080,24 \$

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 de l'Agence de la santé publique du Canada



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

