

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) remercient les programmes 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 remercient également tous les individus qui ont contribué tout au long de l'année à améliorer les questions et la précision des données de l'OERVSCO.

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

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

Greg Mitchell
416-642-6486, poste 2303
gmitchell@ohntn.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

Jean Bacon

Directrice, Politiques et Échange et transfert des connaissances, OHTN

Greg Mitchell

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

Michelle Song

Spécialiste, Base de données, OHTN

Jaime-Lee Webster

Spécialiste, OCASE, OHTN

PRÉFACE

Nous sommes heureux de vous présenter le 8e rapport annuel de l'OERVSCO (Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes) : **Perspectives des services de première ligne**.

Les programmes communautaires de lutte contre 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 programmes 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 programmes communautaires 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.

ASSOCIATION DES QUESTIONS DE L'OERVSCO AUX ACTIVITÉS

Pour obtenir de l'information sur une question de l'OERVSCO en particulier, consultez 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 l'analyse des données liées à cette question.

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.

STRUCTURE DU RAPPORT

1. MISE EN RELIEF DES CHANGEMENTS ET DES TENDANCES SIGNIFICATIFS

Perspectives des services de première ligne met en relief des tendances significatives issues des données de l'OERVSCO; 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 2012-2013 sont classées selon les quatre résultats escomptés à court terme des services communautaires liés au VIH :

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

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). 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 confiants que l'exactitude des données s'améliore chaque année. Les erreurs décelées dans les données de l'année courante et, le cas échéant, des années antérieures ont été corrigées.

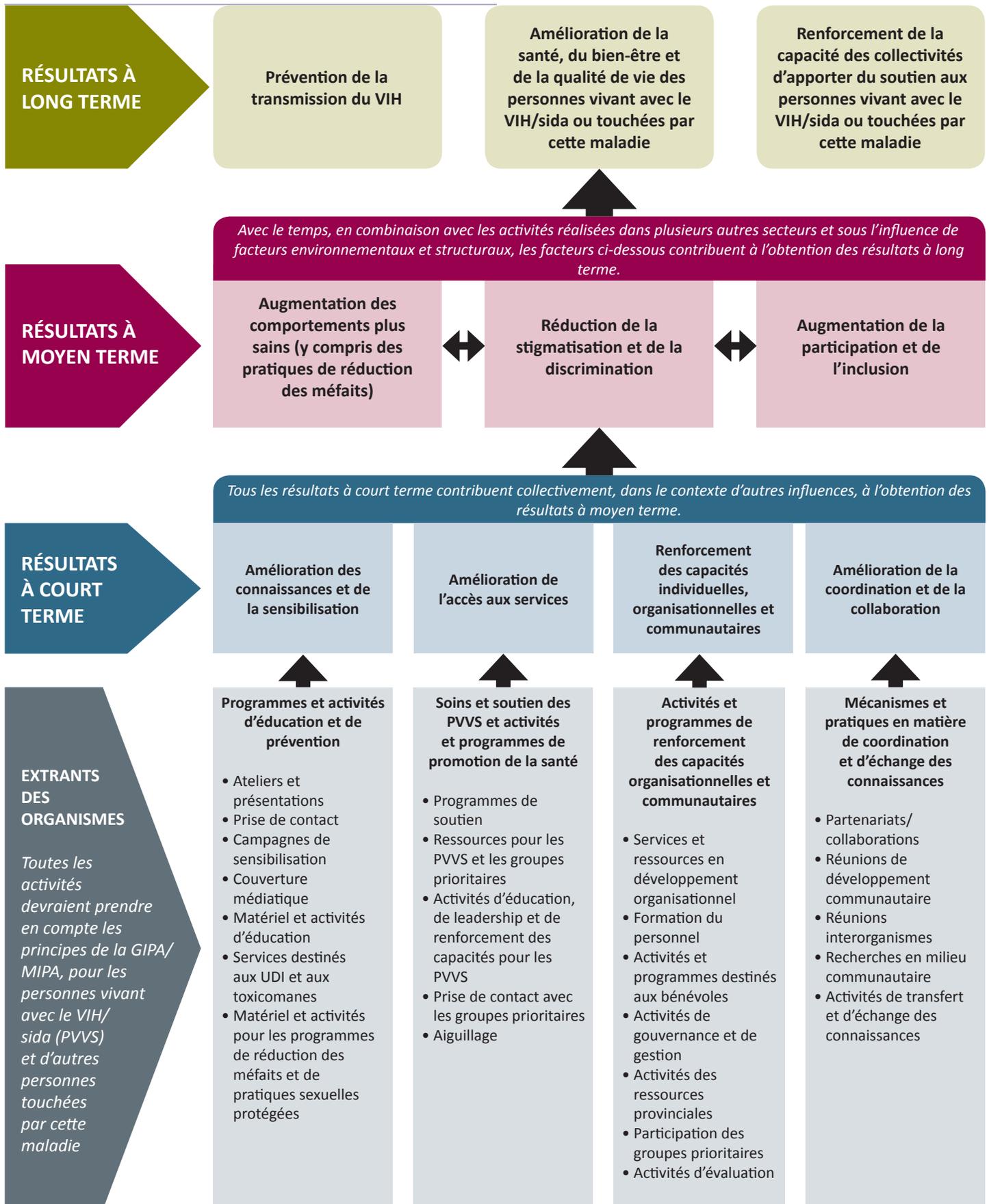
UTILISATION DE DONNÉES AGRÉGÉES

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 de différences dans la taille des organismes, il est possible que les résultats provenant d'un ou de deux grands organismes faussent des données. Les données agrégées ou la moyenne ne reflètent pas nécessairement l'expérience de tous les organismes.

FLUCTUATION DU NOMBRE DE PROGRAMMES FINANCÉS

Le nombre de programmes qui remettent un rapport de l'OERVSCO varie 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 DU MODÈLE LOGIQUE DES PROGRAMMES DE FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN ONTARIO



EXPLICATION DU MODÈLE LOGIQUE

Le modèle logique de l'OERVSCO – une synthèse des modèles logiques du Bureau de lutte contre le sida et de l'ASPC – consolide 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 certaines populations et certains extrants ne s'appliquent pas à tous les programmes financés. Par exemple, les jeunes à risque sont une population prioritaire pour le PACS, mais pas pour le Bureau de lutte contre le sida; et les services de proximité avec les UDI et de réduction des méfaits sont financés par le Bureau de lutte contre le sida, mais pas par le PACS.

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

- Les extrants énumèrent les activités ou services des organismes communautaires de lutte contre le VIH, qui sont 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; toutefois, nous savons qu'en pratique un extrant peut contribuer à l'atteinte de plus d'un résultat. Par exemple, les « ateliers et présentations » contribuent au résultat de l'« amélioration des connaissances et de la sensibilisation », mais peuvent aussi contribuer à d'autres résultats, comme l'amélioration de l'accès aux services ou le renforcement des capacités organisationnelles.
- Le modèle logique comporte divers niveaux de résultats, en fonction de la durée et de la portée :
 - Les résultats à court terme, habituellement atteints en premier, sont ceux qui permettent de constater le plus clairement la relation de cause à effet entre les extrants et les résultats. Ce sont les résultats sur lesquels les organismes financés exercent la plus forte influence et qui permettent d'attribuer le plus directement les changements à leurs activités.
 - Les résultats deviennent plus complexes au fur et à mesure que nous montons dans le modèle logique. L'atteinte des résultats à moyen et à long terme prend plus de temps et dépend davantage d'activités menées dans d'autres programmes ou secteurs. Les organismes financés contribuent conjointement à l'atteinte de ces résultats avec d'autres initiatives communautaires et gouvernementales.

TABLE DES MATIÈRES

Principaux Résultats de L’OERVSCO	4
I. Aperçu du Secteur Communautaire en 2012-2013	12
Le Financement Gouvernemental des Services en Matière de VIH Demeure Stable	13
Les Organismes Dépendent Encore du Financement Gouvernemental	14
Augmentation de la Collecte de Fonds en 2012-2013	15
50 Nouveaux Projets Financés par le PACS ont Débuté en 2012-2013	15
II. Le VIH en Ontario en 2012-13	17
Moins de Nouveaux Diagnostics Malgré des Taux Élevés de Dépistage	18
Baisse de 10 % du Nombre de Nouveaux Diagnostics de VIH	18
La Diminution du Nombre de Nouveaux Diagnostics est-elle « Réelle », ou due à des Paramètres du Dépistage?	19
Le Nombre de Nouveaux Diagnostics a Diminué Dans Toutes les Catégories D’exposition, Sauf Celle des Femmes Africaines, Caraïbéennes et Noires, et celle des Hommes Hétérosexuels à Faible Risque	19
Diagnostics de VIH et Ethnicité	20
Remarque-t-on des Tendances en Matière D’origine Ethnique?	21
Origine Ethnique et Sexe	22
Origine Ethnique, Sexe et Risque	23
Diminution du Nombre de Nouveaux Diagnostics Dans Toutes les Régions, Sauf Dans le Sud-Ouest Ontarien	25
Augmentation des Nouveaux Diagnostics Chez des Adultes Plus Âgés	26
III. OERVSCO	29
1. Améliorer les Connaissances et la Sensibilisation	30
Exposés Éducatifs	30
Les Travailleurs Assignés aux Stratégies Renforcent la Capacité de Fournir de L’éducation aux Populations à Risque	30
Les Exposés Éducatifs Ciblent les Personnes à Risque	30
La Majorité des Exposés Sont des Ateliers de Courte Durée, Présentés une Seule Fois	31
Les Exposés Portent sur des Connaissances de Base et des Enjeux Spécifiques à des Populations	32
Moins D’exposés Financés par le PACS, en Raison du Démarrage de Nouveaux Programmes	33
La Plupart des Exposés Ont Lieu Dans le Milieu de la Santé, de L’éducation ou des Services Sociaux	33
Les Publics Cibles et les Sujets D’exposés Correspondent-ils à L’épidémie de Chaque Région?	34
Les Exposés Éducatifs de 2012-2013 en un Coup D’œil	35
Ressources	36
Les Organismes Communautaires ont Recours à Diverses Ressources Éducatives Pour Joindre Diverses Populations	36
Vidéos Produites en 2012-2013	37
Hausse Considérable de la Distribution de Condoms – Probablement due à sa Déclaration Améliorée	38
L’innovation a des Retombées	39
Obstacles à L’éducation et Stratégies Pour les Vaincre	40
Programmes de Proximité	41
Les Hommes Gais et Bisexuels et les Autres Hommes qui ont des Rapports Sexuels Avec des Hommes Sont la Principale Cible des Programmes de Proximité	41
Les Populations Ciblées par les Services de Proximité Varient Selon les Régions	43
Dans les Centres Urbains Plus Petits, des Services de Proximité Sont Offerts Dans Divers Emplacements Communautaires	44
Les Organismes se Tournent Vers les Médias Sociaux Pour Joindre des Populations Cibles	45
Les Activités de Proximité Dans les Médias Sociaux Fonctionnent-Elles?	46

Les Services de Proximité en un Coup D’oeil, 2012-2013	47
L’impact des Services de Proximité	48
Obstacles au Travail de Proximité et Stratégies Pour les Surmonter	48
Services de Proximité à L’intention d’UDI	50
Les Principales Drogues de Choix Demeurent les Opiacés, le Crack et L’alcool	50
Plus de Personnes ont Recours aux Services Pour UDI – Surtout Pour un Soutien Pratique	50
Les Services aux UDI Développent des Relations Avec des Organismes Partenaires	51
Distribution Accrue de Fournitures Pour la Réduction des Méfaits	51
Défis aux Services de Proximité Pour UDI et Stratégies Pour les Vaincre	53
2. Améliorer L’accès aux Services	55
Services de Soutien	55
La Demande de Services Communautaires de Soutien Demeure Forte	55
Les Personnes Trans Accèdent en Plus Grand Nombre à des Services de Soutien	55
Les Femmes : 38 % de la Clientèle Nouvelle et Entre 25 % et 41 % du Total des Clients Dans Toutes les Régions	56
La Clientèle des Services de Soutien Prend de L’âge	56
Dans Toutes les Régions, on Reçoit des Clients Plus Âgés	57
Nombre Plus Élevé de Décès	59
Demande Accrue Auprès des Programmes De Counselling et de Nutrition, en 2012-2013	59
Le Financement du PACS Appuie Principalement des Services de Counselling Financier, de Formation, de Groupes de Soutien, D’accueil Régulier Ainsi que D’établissement	60
Nombre Accru de Clients Dans le Besoin, Assistance Financière Moindre	61
Obstacles aux Services de Soutien et Stratégies Pour les Résoudre	63
3. Renforcer les Capacités	65
Bénévoles	65
Le Secteur Communautaire du VIH en Ontario Dépend Fortement des Bénévoles	65
Les Bénévoles Sont Cruciaux au Soutien Pratique, à L’administration et aux Événements Spéciaux	68
Un Nombre Accru de Bénévoles Modifie-t-il la Façon de Fournir des Services?	69
Un Plus Grand Nombre D’étudiants Bénévoles, Mais Donnant Moins D’heures de Service	69
Programmes Entre Pairs	71
Les Programmes de Proximité Pour UDI Attirent et Retiennent Plus de Pairs	71
Les Programmes Pour UDI Attirent un Mélange de Pairs Masculins et Féminins	72
Les Pairs UDI S’impliquent Davantage Dans des Interactions Informelles Avec des Clients	73
Renforcement des Capacités Organisationnelles	74
4. Améliorer la Coordination et la Collaboration Communautaires	75
Implication Accrue Auprès D’organismes Religieux, Employeurs et Fournisseurs de Logement	75
Les Programmes Pour UDI Développent des Relations Avec D’autres Services Communautaires	76
Les Programmes de Ressources Provinciales Mettent L’accent sur la Planification de Programmes et le Développement de Réseaux	77
Comprendre L’impact des Partenariats de Services	77
IV. Appendices	
Appendice A: Liste des Programmes Financés	82
Appendice B: Modèles Logiques	85
Appendice C: Projets Financés par le PACS par Type et Approche de Financement	88
Appendice D: Questions Dans L’OERVSCO	91
Appendice E: Calcul de la Valeur Pécuniaire du Bénévolat Pour Votre Projet Financé par le PACS ou Le Bureau De Lutte Contre Le Sida	93
Appendice F: Acronymes	95

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'OERVSCO

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'OERVSCO

Au total, 73 organismes ont soumis des rapports à l'OERVSCO en 2012-2013. Cinquante nouveaux projets du PACS ont débuté en avril 2012 et les projets financés antérieurement ont pris fin. Étant en phase de démarrage, les nouveaux projets du PACS avaient moins de données à déclarer.

- Le nombre de nouveaux diagnostics en 2012 – soit 843 – est le plus faible depuis le début de l'épidémie. Le nombre de nouveaux diagnostics a diminué dans tous les groupes à risque, sauf les femmes africaines, caraïbéennes et noires et les hommes hétérosexuels à risque faible.
- Le nombre de nouveaux diagnostics parmi les hommes gais et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a diminué de 6 % (de 517 à 484), et le nombre de nouveaux diagnostics chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui s'injectent des drogues a diminué de 4 % (de 25 à 24) – toutefois, les hommes gais représentaient encore entre 73 et 76 % des nouveaux diagnostics de VIH chez des hommes, en 2012.
- Le nombre de nouveaux diagnostics parmi les personnes venues de pays où le VIH est endémique (p. ex., Afrique, Caraïbe) a augmenté chez les femmes (de 107 à 116), mais a diminué chez les hommes (de 91 à 55).
- Parmi les personnes qui s'injectent des drogues, le nombre de nouveaux diagnostics a diminué de 22 % (de 38 à 29).
- Parmi les personnes qui ont déclaré comme facteur de risque l'activité hétérosexuelle à risque élevé, le nombre de nouveaux diagnostics a diminué de 14 % parmi les hommes (de 12 à 10) et de 15 % parmi les femmes (de 19 à 17).
- Parmi les personnes qui ont déclaré comme facteur de risque l'activité hétérosexuelle à risque faible, le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté de 9 % parmi les hommes (de 55 à 60) et diminué de 23 % parmi les femmes (de 36 à 27). Note : Les programmes antérieurs de surveillance améliorée ont constaté que la plupart des nouveaux cas classés initialement dans la catégorie « hétérosexuel – risque faible » comportaient un contact à risque élevé (p. ex., rapports sexuels non protégés avec une personne à risque élevé, partage de seringues).

Nous n'avons pas d'information sur la tendance du nombre de diagnostics chez les Autochtones, puisque le statut d'Autochtone n'est pas répertorié comme un facteur de risque sur le formulaire de demande de test du VIH. L'OHTN continue de collaborer avec ses partenaires (la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones, Two-Spirited People of the 1st Nations, l'Unité des études sur le VIH, l'Agence de la santé publique du Canada et le Bureau de lutte contre le sida) au développement d'un Rapport spécial de la situation pour mieux comprendre le VIH parmi les communautés autochtones en Ontario.

Nous observons encore une hausse constante du nombre de nouveaux diagnostics chez des personnes de 40 ans et plus – qui représentaient 44 % du total des nouveaux diagnostics en 2012 (285 hommes et 69 femmes). Cela est particulièrement vrai chez les hommes, dont 40 % allaient à la catégorie « HRSH », 3 % à « UDI », 1 % à « VIH endémique », 7% à « hétéro à risque faible », et les 49 % restants n'ayant « aucun risque connu » (ce dernier groupe nécessite un suivi, pour connaître les facteurs de risque – une analyse supplémentaire est en cours).

1. AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET LA SENSIBILISATION

ÉDUCATION

En 2012-2013, la plupart des exposés éducatifs ont été des ateliers de courte durée, à présentation unique, ou des discussions sur des connaissances de base en matière de VIH et des enjeux spécifiques à des populations. Les organismes devraient-ils s'efforcer de présenter des ateliers approfondis ou de développer une série d'ateliers qui aiderait à aller plus loin que la base, le soi-disant VIH 101? Ou le point de mire sur le VIH 101 est-il nécessaire afin de continuer d'éduquer les générations plus jeunes et de compenser le roulement de personnel dans d'autres organismes?

Les organismes communautaires utilisent diverses stratégies éducatives pour joindre divers publics. Par exemple, ils ont utilisé principalement des documents et autres éléments matériels pour joindre les gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Cela peut indiquer que les organismes trouvent plus facile de joindre cette population par la dissémination d'information qu'en tentant de faire venir ses membres à des exposés éducatifs. Les organismes misent fortement sur des films et des DVD pour joindre les communautés africaines, caraïbéennes et noires; sur les ateliers pour les communautés autochtones; et sur les dépliants pour les femmes à risque.

La distribution de condoms a augmenté de 47 %, en 2012-2013 – cela étant dû en partie au fait que les organismes ont à présent des moyens plus efficaces de suivre et de déclarer cette information.

Les organismes ont recours à un éventail de stratégies éducatives novatrices, comme la collaboration avec des médias communautaires, des programmes artistiques, des programmes jeunesse, le développement de relations communautaires et la formation professionnelle ciblée.

Les principaux obstacles à la sensibilisation au VIH demeurent la stigmatisation, les besoins complexes des clients (c.-à-d., le VIH pourrait ne pas être une priorité), les obstacles linguistiques et culturels, les défis de la collaboration avec d'autres secteurs (p. ex., le milieu correctionnel) et des enjeux organisationnels (p. ex., le roulement du personnel et le manque de ressources).

SERVICES DE PROXIMITÉ

Les initiatives de proximité qui ne ciblent pas les UDI s'adressent principalement aux hommes gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (46 %), suivis du grand public (22 %) et des communautés africaines, caraïbéennes et noires (9 %). Le PACS a ainsi financé environ 7 % des contacts de proximité significatifs et 8 % des contacts brefs, en grande majorité à Toronto (>4 500) et avec des membres de la population africaine, caraïbéenne et noire, des femmes à risque, des hommes gais et des personnes qui utilisent des drogues.

Les programmes font état d'un recours accru aux médias sociaux dans leurs activités de proximité, et ils les considèrent comme efficaces pour accroître leurs interactions avec des populations spécifiques, rehausser la sensibilisation et stimuler des discussions. Il serait utile d'élargir la discussion sur les types de médias sociaux que les organismes considèrent comme étant les plus efficaces pour les activités de proximité. Par exemple, un blogue pourrait ne pas avoir un auditoire aussi vaste qu'un statut Facebook, mais il peut fournir des informations plus détaillées et permettre une discussion plus approfondie ainsi qu'un lien de proximité plus solide.

Les obstacles au travail de proximité incluent la stigmatisation, le manque d'espaces où pratiquer ce travail, les obstacles linguistiques et culturels, le manque de compétences techniques en lien avec les médias sociaux, et des enjeux organisationnels (p. ex., la distance géographique, les défis d'impliquer des pairs et des bénévoles, les problèmes de ressources).

SERVICES DE PROXIMITÉ À L'INTENTION D'UDI

Les programmes ont enregistré une hausse de la demande de services – notamment de soutien pratique, d'éducation, de recommandations et de counselling – ce qui indique qu'ils développent une relation de confiance avec les utilisateurs de drogue, dans la communauté, favorisant une plus grande implication dans les soins.

Les programmes de proximité à l'intention d'UDI ont bâti des relations solides avec des organismes partenaires voués eux aussi aux personnes qui utilisent des drogues; ils collaborent à fournir un continuum de services.

En 2012-2013, on a observé une hausse de 12 % du nombre de seringues distribuées et de 6 % de la quantité de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire distribué, dans la province.

Les obstacles aux programmes de proximité pour UDI incluent l'impact des modifications à la composition et à l'usage des drogues (p. ex., la modification à la composition de l'Oxy a entraîné une hausse de l'utilisation d'héroïne, de fentanyl et de dilaudid), une demande accrue de seringues pour l'injection de stéroïdes et d'hormones, un nombre accru de surdoses et de décès, et un nombre accru de jeunes qui consomment des drogues, en particulier dans le nord. Les stratégies pour vaincre ces obstacles incluent le développement de relations, la fourniture accrue de soins pour les abcès, des programmes de formation concernant la surdose et des campagnes pour les jeunes.

2. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES

SERVICES DE SOUTIEN

Les rapports des organismes font état de près de 13 000 clients desservis en 2012-2013. (Note : Puisque les clients peuvent recourir aux services de plusieurs organismes, ce nombre est susceptible de ne pas être composé entièrement de clients uniques.) La plupart des clients qui utilisent des services communautaires de soutien sont des hommes (62 %); un tiers sont des femmes; et 2 % sont des personnes trans.

Le nombre de personnes trans accédant à des programmes communautaires liés au VIH a bondi de 150 %, entre 2008-2009 et 2012-2013.

En 2012-2013, les femmes représentaient 38 % de la clientèle nouvelle et entre 25 et 41 % des clients dans toutes les régions, même si elles ne constituent que de 20 à 24 % des personnes vivant avec le VIH. Il est possible que les femmes soient plus susceptibles que les hommes de recourir à des services, ou qu'elles soient plus vulnérables et aient besoin de plus de services de soutien.

La plupart des clients qui ont recours à des services de soutien sont âgés de 40 ans et plus. Cette tendance est probablement un reflet de plusieurs facteurs : le vieillissement des personnes qui vivent avec le VIH depuis un certain temps, le nombre accru de personnes qui reçoivent un diagnostic d'infection à VIH à un

âge plus avancé, et l'impact de traitements améliorés et susceptibles de faire en sorte que les plus jeunes qui sont diagnostiqués arrivent mieux à maintenir la santé, un emploi, un revenu et des réseaux sociaux, et en conséquence n'auraient pas le même besoin de services.

Les organismes ont fait état d'une augmentation au chapitre des services de aide pratique, l'an dernier, de même que des clients qui ont recours à des programmes de nutrition – ce qui peut indiquer qu'un nombre accru de clients est aux prises avec la pauvreté.

En 2012-2013, les programmes ont distribué moins d'assistance financière, et la somme disponible a été partagée avec un plus grand nombre de personnes. Il semble y avoir une augmentation de la demande d'assistance financière, mais une diminution de la capacité de fournir ce service.

Les organismes ont signalé une demande accrue de services d'immigration et de navigation, d'assistance pratique, de transport et d'aide pour composer avec le vieillissement et des besoins complexes.

3. RENFORCER LES CAPACITÉS

BÉNÉVOLES

En 2012-2013, les bénévoles ont fourni des services d'une valeur équivalant à 4,9 millions \$, soit une légère diminution par rapport à 2011-2012 (5,08 millions \$).

Les organismes qui ont un grand nombre de bénévoles – soit plus de 100 – sont plus susceptibles d'en assigner une forte proportion à la collecte de fonds, au soutien pratique et à des activités de proximité. En revanche, les organismes qui ont moins de bénévoles sont plus enclins à les impliquer dans leur conseil d'administration, le développement communautaire et l'administration.

ÉTUDIANTS

Le recrutement d'étudiants n'est pas uniquement bénéfique au programme à court terme, car il expose aussi les jeunes au secteur du VIH et ceux-ci pourraient envisager d'y travailler au cours de leur carrière.

Les programmes communautaires liés au VIH ont tiré très bon parti des nouvelles exigences de bénévolat étudiant du programme d'études secondaires de l'Ontario. En 2012-2013, ils ont attiré plus d'étudiants; toutefois, ceux-ci ont donné moins d'heures de service.

PROGRAMMES ENTRE PAIRS

Les programmes de proximité pour UDI ont été nettement plus efficaces à attirer et à retenir des pairs, en 2012-2013. Les régions où l'épidémie de VIH catalysée par l'injection de drogue est plus marquée – comme Toronto, Ottawa et le Nord – réussissent mieux à attirer des pairs.

Les programmes pour UDI semblent miser davantage sur la possibilité que les pairs interagissent avec des personnes qui utilisent des drogues, leur fournissent de l'éducation et du soutien, et les dirigent vers les services de l'organisme et d'autres services de santé. Il s'agit d'une tendance positive, puisque l'évaluation des UDI révèle que le bouche à oreille venant d'un individu qui a vécu une expérience similaire (c.-à-d. un pair) est l'élément grâce auquel la plupart des personnes qui consomment des drogues développent une confiance suffisamment solide pour recourir aux services.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS ORGANISATIONNELLES

Les organismes de ressources provinciales ont joint 8 000 personnes, en 2012-2013, par leurs ateliers et exposés – principalement des travailleurs de première ligne, d'autres fournisseurs de services et des personnes vivant avec le VIH.

4. AMÉLIORER LA COORDINATION ET LA COLLABORATION COMMUNAUTAIRES

DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

En 2012-2013, le nombre de réunions de développement communautaire a augmenté de 22 %; les organismes ont également fait état d'une augmentation du nombre de réunions avec des organismes religieux, des employeurs et des fournisseurs de logement. Il s'agit d'une tendance encourageante, vu l'importance du logement et de l'emploi, en lien avec la santé, et du rôle que les organismes religieux peuvent jouer en matière de soutien et d'atténuation du stigmaté.

Au cours de la même période, les programmes destinés aux UDI ont plus que doublé le nombre de réunions avec d'autres services sociaux et de santé dans leurs communautés. Le nombre de réunions avec des fournisseurs de services en matière de toxicomanie et de santé mentale ainsi que des réseaux d'utilisateurs de services a également connu une augmentation. Ces activités pourraient être le signe d'un virage, dans plusieurs communautés, visant à établir des réseaux de réduction des méfaits qui travaillent ensemble afin de répondre aux besoins des personnes qui consomment des drogues.

Les partenariats avec d'autres services sont importants, car ils favorisent l'efficacité accrue des services, une capacité rehaussée de répondre à des besoins complexes de clients, et des réseaux renforcés.

I. APERÇU DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE EN 2012-2013

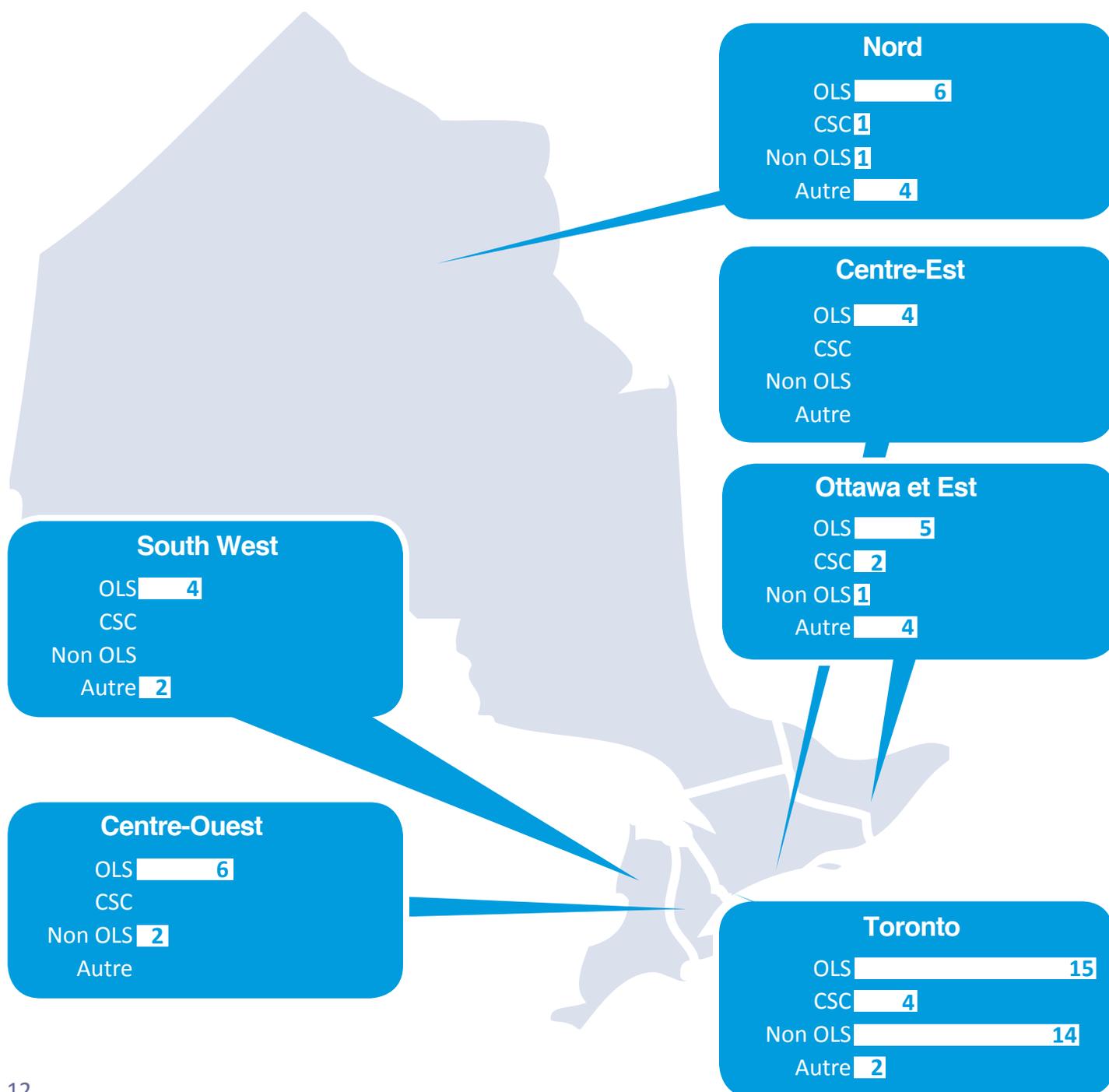
I. APERÇU DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE EN 2012-2013

En 2012-2013, le Bureau de lutte contre le sida et le PACS ont financé au total 87 programmes de 73 organismes, incluant :

- 40 organismes communautaires de services liés au VIH/sida
- 22 organismes de services non liés au sida
- 7 centres de santé communautaire
- 4 autres organismes du domaine des soins de santé.

Ces programmes, situés à divers endroits de la province (voir Figure 1), sont financés pour fournir des services de prévention, de proximité et de soutien aux personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter ainsi qu'à leurs partenaires et à leurs familles.

Figure 1 Où sont situés les services communautaires pour le VIH, en Ontario?



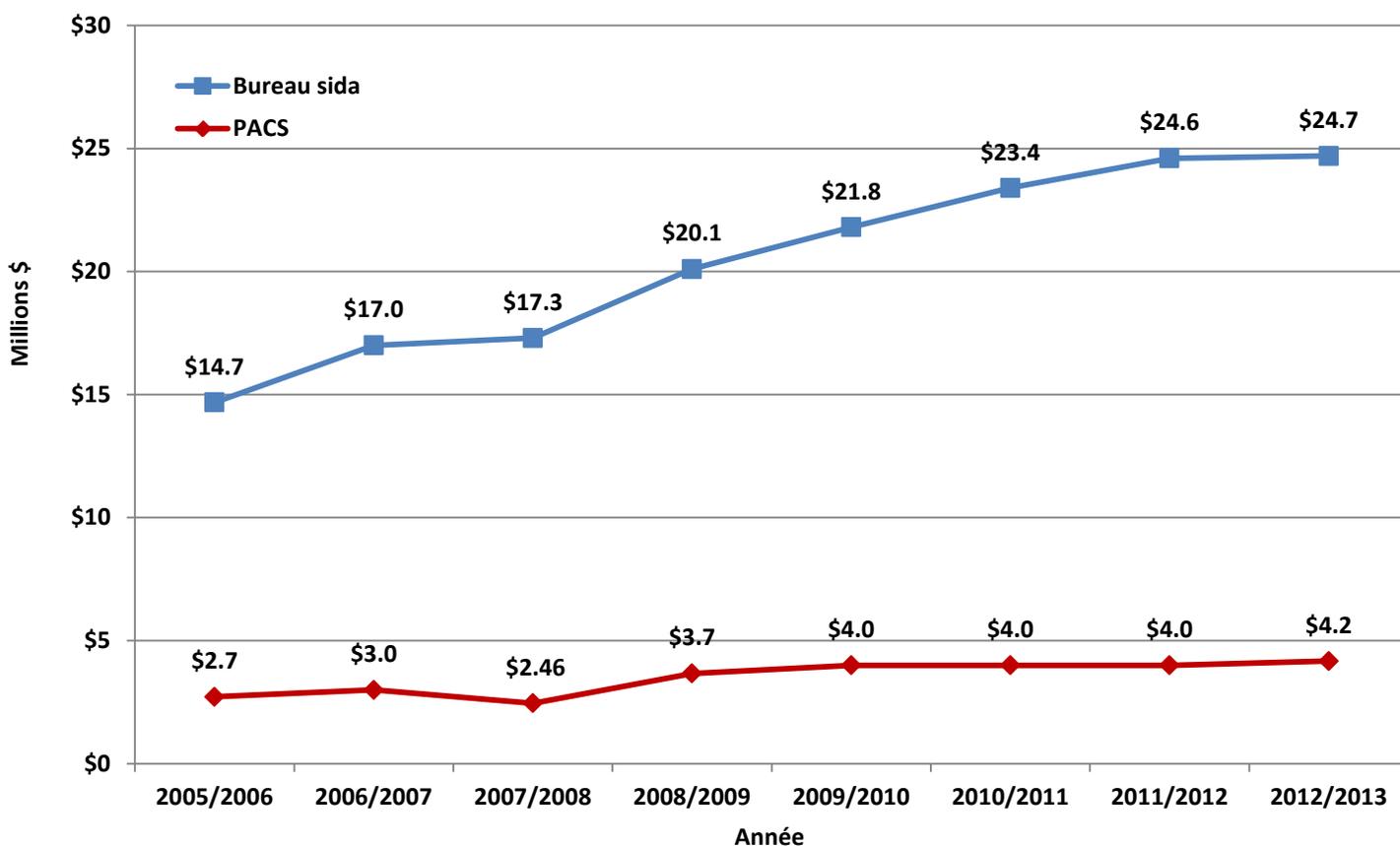
De ces 73 organismes,

- 62 ont des programmes locaux ou régionaux qui fournissent des services directs aux clients, dans leur territoire;
- 11 sont des organismes provinciaux responsables de gérer des programmes pour l'ensemble de la province. De ces 11 organismes provinciaux, 4 fournissent des services directs à des clients étalés dans la province et 7 sont des organismes-ressources provinciaux qui fournissent de la formation, de l'information et d'autres services pour rehausser la capacité des organismes communautaires de services liés au sida ainsi que d'autres organismes (voir Tableau 2). Deux organismes provinciaux – OAHAS et Hémophilie Ontario – sont sis à Toronto mais ils ont des employés/programmes à divers endroits dans la province. Nous avons compté les activités de ces programmes dans les régions où ils sont fournis. Note : Deux de ces programmes régionaux n'ont eu aucune activité pendant la seconde moitié de 2012-2013, en raison de changements de personnel (OAHAS Kingston et Hémophilie Ontario – région Nord-Est).
- La plupart des programmes financés sont de taille relativement petite. Plus de la moitié ont cinq employés ou moins; seulement 10 ont plus de 20 employés.

LE FINANCEMENT GOUVERNEMENTAL DES SERVICES EN MATIÈRE DE VIH DEMEURE STABLE

En 2012-2013, les programmes communautaires ont reçu 28,9 millions \$ en financement du Bureau de lutte contre le sida et du PACS (selon l'information fournie par ces bailleurs de fonds).

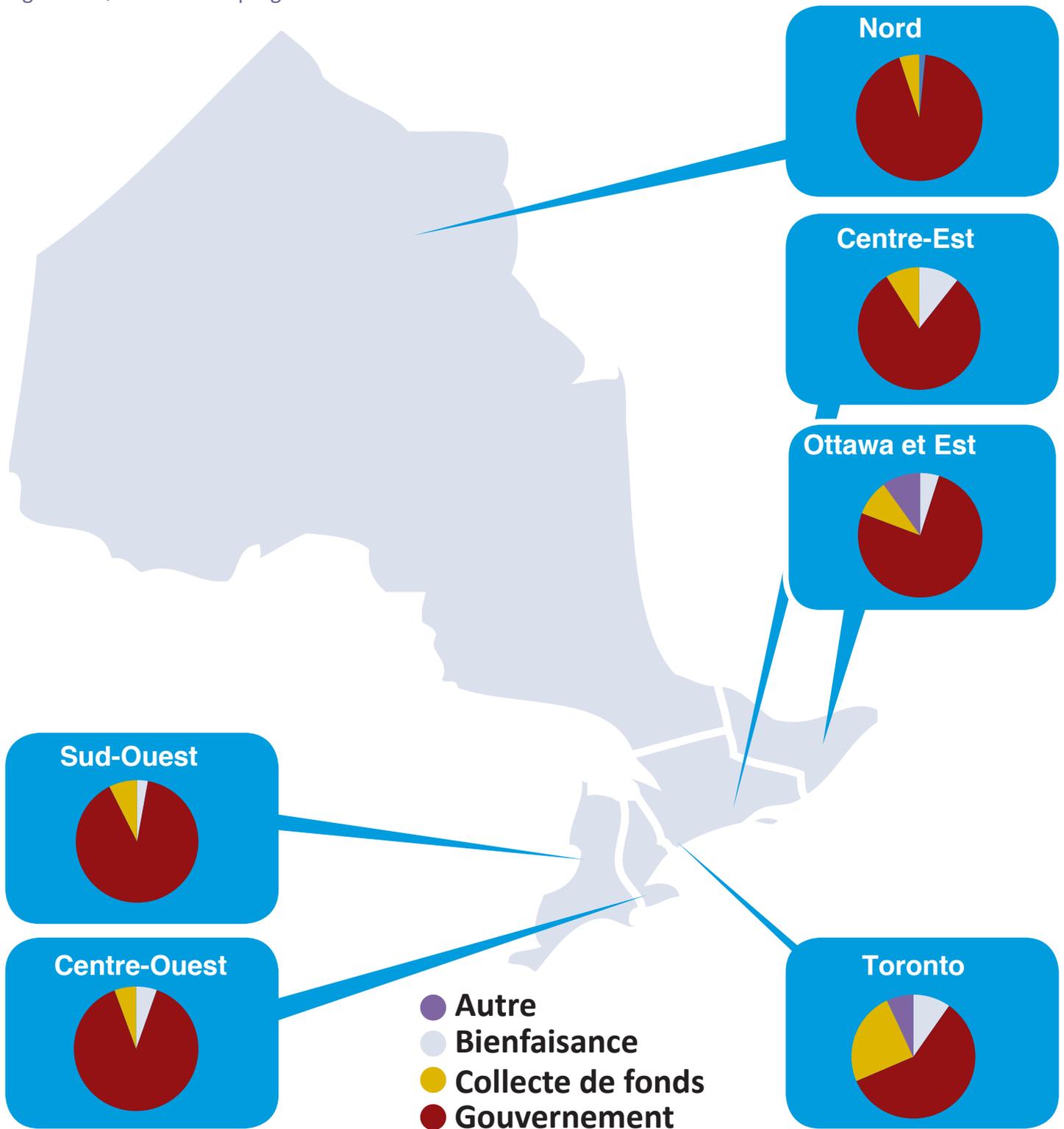
Figure 2 Financement annuel du PACS et du Bureau de lutte contre le sida, selon les rapports fournis par ces bailleurs de fonds



LES ORGANISMES DÉPENDENT ENCORE DU FINANCEMENT GOUVERNEMENTAL

Le Bureau de lutte contre le sida verse du financement de soutien à des programmes communautaires sur le VIH, et il en est la principale source de financement. Les fonds versés par le Bureau de lutte contre le sida constituaient 45 % du financement total déclaré par les organismes en 2012-2013, ce qui représente une part plus importante que les 43 % en 2011-2012. Les programmes ont également signalé une augmentation de 1 % en ce qui concerne la part de leur financement venant d'autres parties du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Figure 3 Qui finance les programmes en Ontario?



AUGMENTATION DE LA COLLECTE DE FONDS EN 2012-2013

D'après les chiffres déclarés par les organismes communautaires, le financement global des programmes communautaires a augmenté d'un peu plus de 3 millions \$, en comparaison avec l'année précédente.

Les programmes ont fait état de revenus accrus de leurs activités de collecte de fonds, en comparaison avec les années précédentes. La collecte de fonds a compté pour 16 % du financement total des organismes – en hausse des 14 % de 2011-2012 et des 15 % de 2010-2011. Cependant, la quasi-totalité de l'augmentation des revenus de la collecte de fonds a été déclarée par des organismes torontois (5,5 \$ millions, comparativement à 4,5 l'année précédente). Seulement deux autres régions ont connu une augmentation de leur collecte de fonds : Centre-Ouest et région d'Ottawa et Est.

Certaines régions ont une plus grande capacité que les autres d'obtenir du financement de sources diverses. Deux régions – Centre-Ouest et Nord – ainsi que les services provinciaux dépendent du Bureau de lutte contre le sida et du PACS pour plus de 80 % de leur financement.

50 NOUVEAUX PROJETS FINANCÉS PAR LE PACS ONT DÉBUTÉ EN 2012-2013

Le PACS verse du financement à délai prescrit. En mars 2012, les projets ayant reçu du financement du PACS au cours des années précédentes ont pris fin. En avril 2013, le PACS a commencé à financer 50 nouveaux projets. Puisque ces projets étaient en phase de démarrage, de planification et de développement pendant une partie de l'année, ils ont déclaré moins d'activités financées par le PACS, en comparaison avec les années précédentes.

II. LE VIH EN ONTARIO EN 2012-13

MOINS DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS MALGRÉ DES TAUX ÉLEVÉS DE DÉPISTAGE

BAISSE DE 10 % DU NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS DE VIH

Un creux historique.

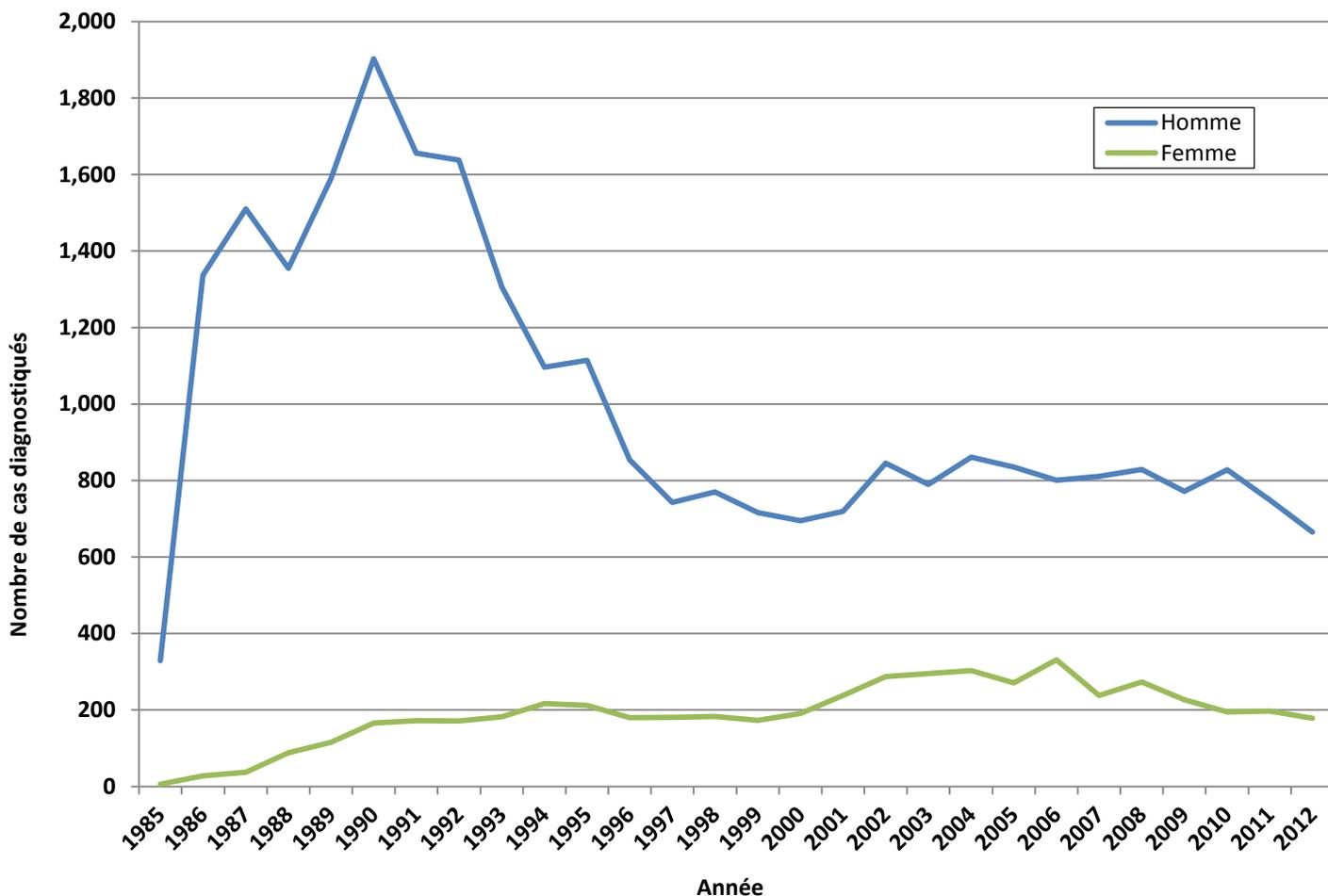
En 2012, l'Ontario a enregistré son niveau le plus faible depuis le début de l'épidémie.


843
Nouveaux diagnostics déclarés en 2012.

En 2012, l'Ontario a observé une diminution considérable du nombre de nouveaux diagnostics de VIH : une baisse de 11 % parmi les hommes et de 10 % parmi les femmes, en comparaison avec l'année précédente (2011-2012).

Pour 2011 et 2012, il y a eu diminution de presque 20 % du nombre de nouveaux diagnostics parmi les hommes.

Figure 4 Nombre de diagnostics de VIH (rajusté) chez les hommes et les femmes selon l'année de diagnostic, Ontario, 1985 - 2012



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.

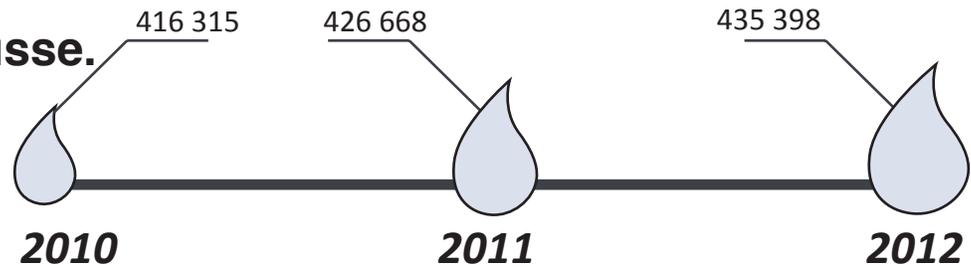
Tiré de : <http://www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/Table1.pdf> (consulté le 25 juin 2012)

LA DIMINUTION DU NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS EST-ELLE « RÉELLE », OU DUE À DES PARAMÈTRES DU DÉPISTAGE?

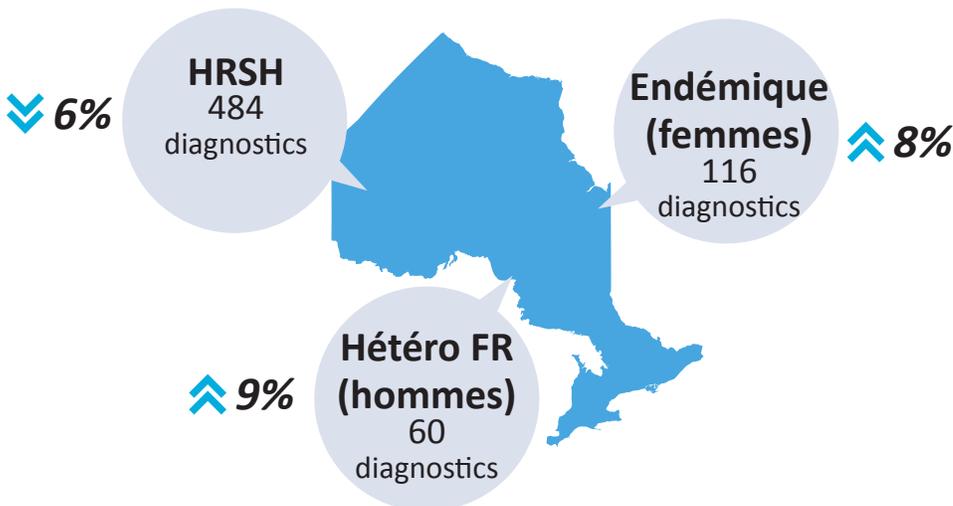
La diminution du nombre de cas diagnostiqués incite à se demander s'il y a bel et bien moins de nouvelles infections par le VIH ou moins de gens qui ont recours au dépistage. Le nombre total de tests de dépistage du VIH effectués en 2012 a été plus élevé que les années précédentes. La question devient par conséquent : est-ce que nos programmes de dépistage ne joignent pas les bonnes personnes, ou y a-t-il réellement moins de nouveaux cas d'infection ou de cas d'infection non diagnostiqués?

Dépistage à la hausse.

La diminution des nouveaux diagnostics ne peut être imputée à une baisse du dépistage : le dépistage est en hausse constante depuis trois ans.



LE NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS A DIMINUÉ DANS TOUTES LES CATÉGORIES D'EXPOSITION, SAUF CELLE DES FEMMES AFRICAINES, CARAÏBÉENNES ET NOIRES, ET CELLE DES HOMMES HÉTÉROSEXUELS À FAIBLE RISQUE



Qui passe le test de dépistage?

Est-ce qu'on ne joint pas les bonnes personnes? Ou y a-t-il effectivement moins de nouveaux cas d'infection? À gauche, voici les trois groupes ayant le plus grand nombre de nouveaux cas diagnostiqués.

Note : les programmes de surveillance améliorée ont révélé que la plupart des cas déclarés initialement dans la catégorie « hétérosexuels à faible risque » ont un contact à risque élevé (p. ex., rapport sexuel non protégé ou partage de seringue avec une personne à risque).

Figure 5 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH selon le sexe et la catégorie de risque (2011 et 2012)

Hommes		2011	2012	% variation
HRSH	No	517	484	-6%
	%	69.0%	72.7%	
HRSH-UDI	No	25	24	-6%
	%	3.4%	3.6%	
UDI	No	38	29	-22%
	%	5.0%	4.4%	
Pays VIH endémique	No	91	55	-39%
	%	12.1%	8.3%	
Hétéro risque élevé	No	12	10	-14%
	%	1.6%	1.5%	
Hétéro faible risque	No	55	60	9%
	%	7.4%	9.0%	
Facteur coagulant, transfusion, autre	No	3	0	-100%
	%	0.39%	0.00%	

Female		2011	2012	% variation
UDI	No	27	17	-39%
	%	14.0%	9.4%	
Pays VIH endémique	No	107	116	8%
	%	54.7%	65.2%	
Hétéro risque élevé	No	19	17	-15%
	%	9.9%	9.3%	
Hétéro faible risque	No	36	27	-23%
	%	18.2%	15.4%	
Facteur coagul., transfus., transmis. vertic., autre	No	6	1	-82%
	%	3.2%	0.7%	

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

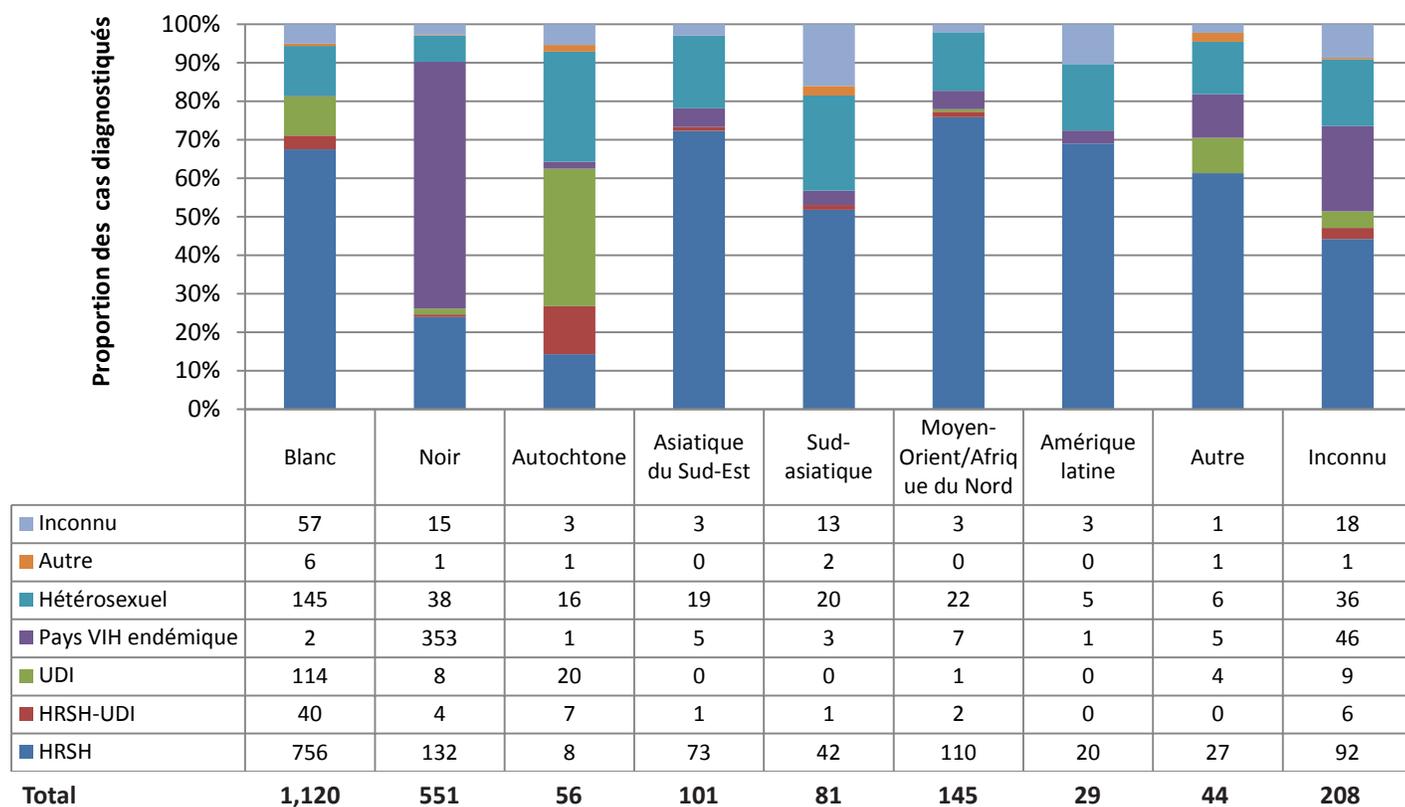
Bien qu'il y ait eu une diminution considérable du nombre de nouveaux diagnostics parmi les hommes gais et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ils représentent une plus forte proportion des hommes nouvellement diagnostiqués en 2012, soit 73 %, ou 76 % si l'on inclut les HRSH-UDI.

DIAGNOSTICS DE VIH ET ETHNICITÉ

Le Programme d'amélioration des laboratoires de l'Ontario cherche à obtenir des renseignements plus complets sur les facteurs de risque pour le VIH et, depuis 2009, sur l'origine ethnique, le pays de naissance et la date d'arrivée au Canada. Le programme envoie un questionnaire à plusieurs médecins, chaque année, demandant plus d'information au sujet des résultats positifs au dépistage du VIH.

Comme l'illustre la Figure 6, le Programme d'amélioration des laboratoires a constaté que, de 2009 à 2012, la majorité des personnes diagnostiquées étaient blanches (53 %) et que leurs risques étaient déclarés le plus souvent comme étant les rapports sexuels entre hommes, les rapports hétérosexuels et l'injection de drogue. En ce qui concerne l'ethnicité, le deuxième groupe le plus affecté était celui des Noirs (26 %), et, parmi ce groupe, les facteurs de risque les plus répandus étaient le fait d'être originaire d'un pays où le VIH est endémique (64 %) et d'être un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes (24 %). Fait à noter, le troisième groupe ethnique le plus affecté est celui des personnes originaires de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord; parmi ce groupe, les facteurs de risque les plus répandus étaient les rapports sexuels entre hommes et les rapports hétérosexuels.

Figure 6 Nombre de diagnostics de VIH selon l'origine ethnique/raciale et la catégorie de risque, 2009 - 2012

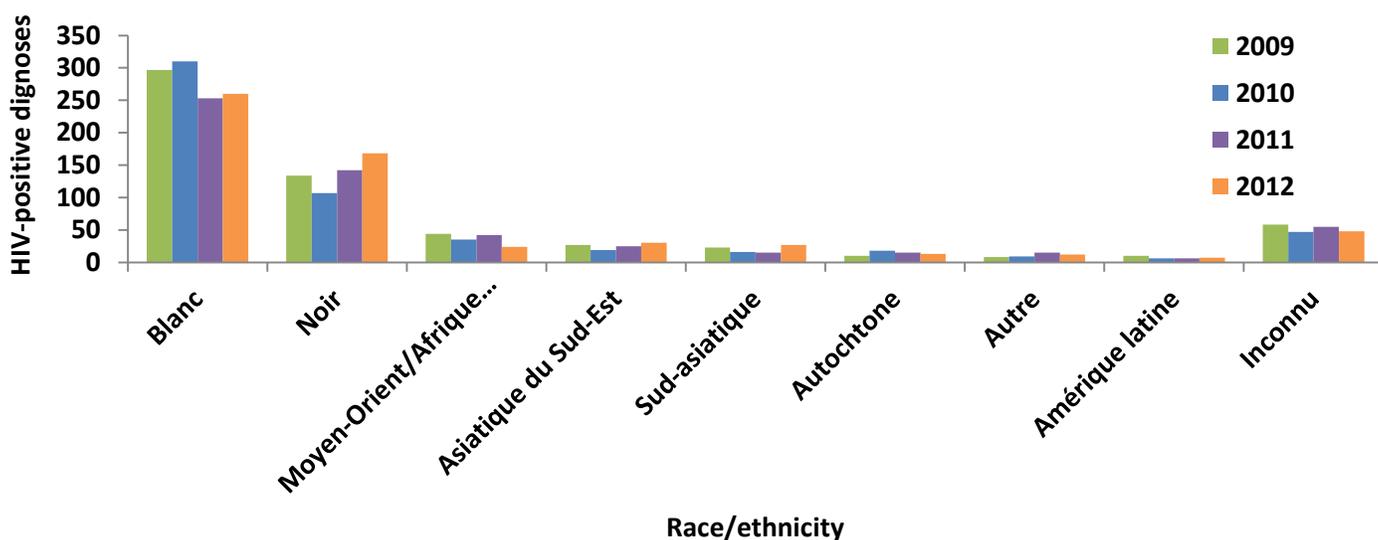


Source : Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

REMARQUE-T-ON DES TENDANCES EN MATIÈRE D'ORIGINE ETHNIQUE?

D'après les données du Programme d'amélioration des laboratoires, il semble y avoir eu une augmentation du nombre d'infections parmi les personnes noires et asiatiques.

Figure 7 Nombre de diagnostics de VIH selon l'origine ethnique ou raciale

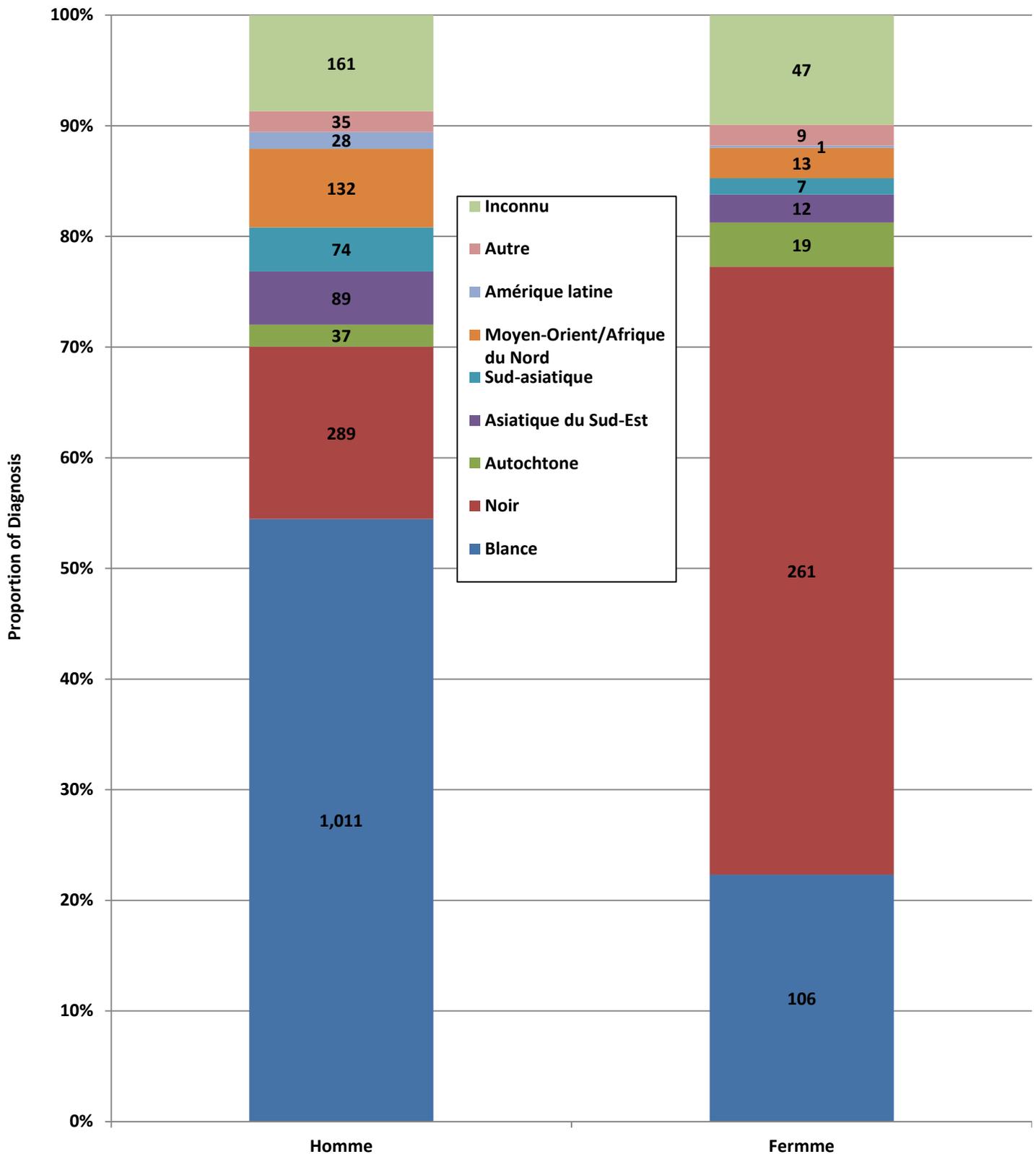


Source : Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

ORIGINE ETHNIQUE ET SEXE

En ce qui concerne le sexe, la plupart des hommes qui ont reçu un diagnostic de séropositivité au VIH étaient blancs, alors que la plupart des femmes étaient noires (d'origine africaine, caraïbienne).

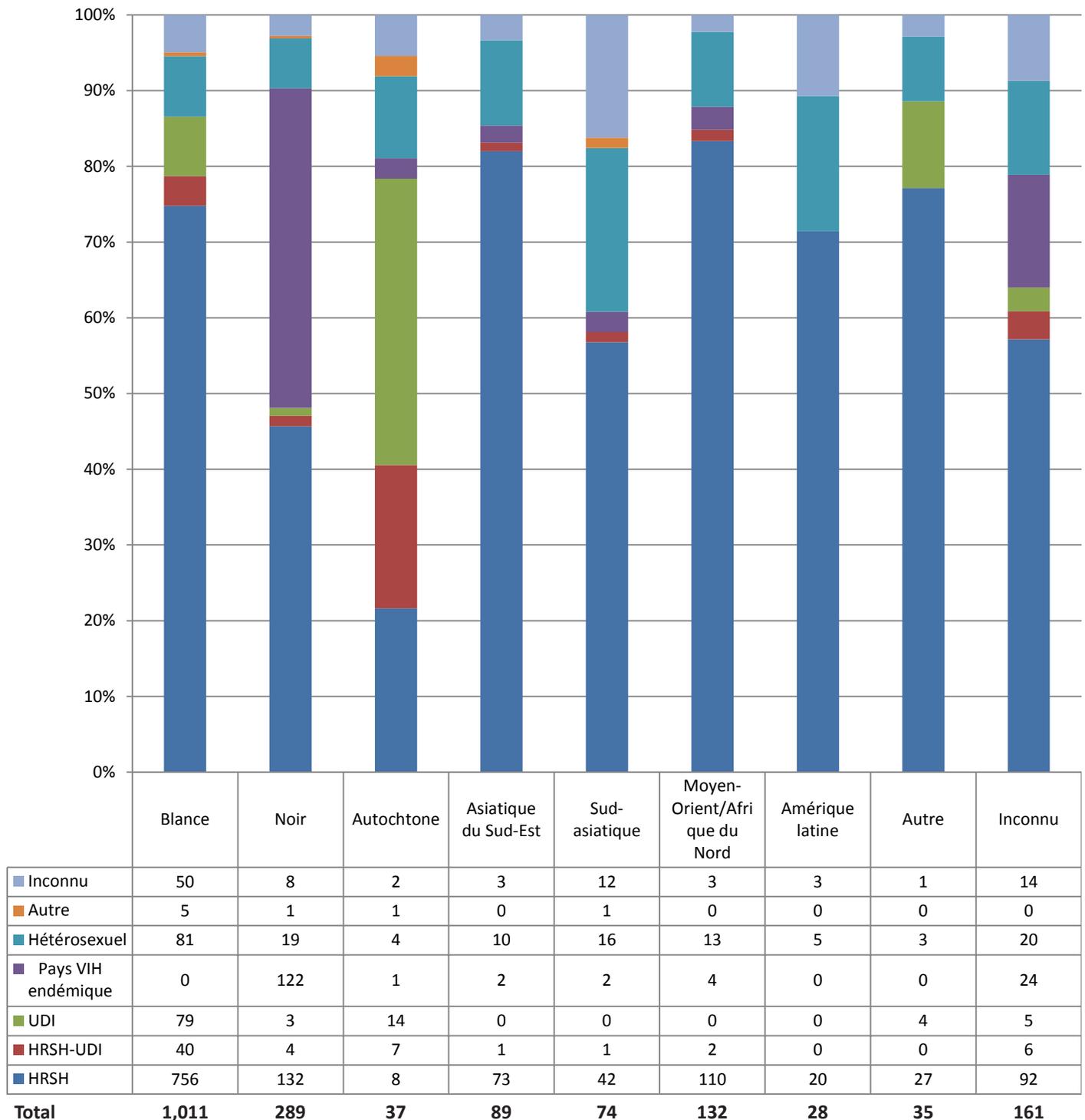
Figure 8 Nombre de diagnostics de VIH selon le sexe et l'origine ethnique, 2009 - 2012



ORIGINE ETHNIQUE, SEXE ET RISQUE

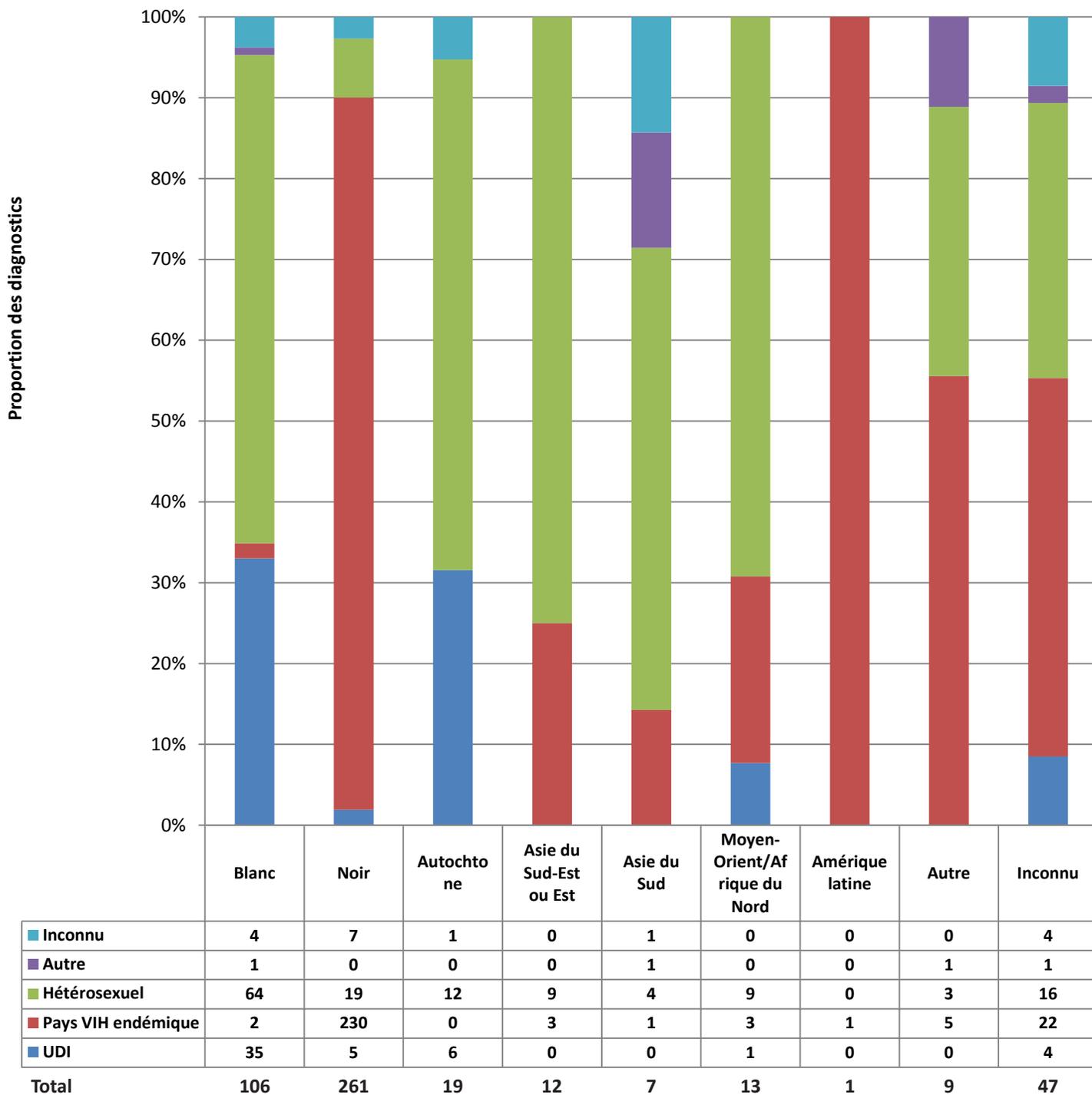
Pour les hommes, selon les diverses origines ethniques, les rapports sexuels avec des hommes étaient le facteur de risque le plus souvent en cause dans les cas diagnostiqués parmi les Blancs, les Asiatiques, les Latino-américains et les hommes dont l'origine ethnique est du Moyen-Orient ou du Nord de l'Afrique. Les hommes autochtones étaient plus susceptibles d'avoir contracté l'infection à VIH par l'injection de drogue. Chez les hommes noirs, deux principaux facteurs de risque étaient en cause : les rapports sexuels avec des hommes et le fait d'être originaire d'un pays où le VIH est endémique.

Figure 9 Origine ethnique, par catégorie de risque chez les hommes, 2009 - 2012



Parmi les femmes, le facteur de risque le plus souvent déclaré a été les rapports hétérosexuels, pour la plupart des origines ethniques. Parmi les femmes noires, toutefois, il s'agit du fait d'être originaire d'un pays où le VIH est endémique. La consommation de drogues a été un facteur de risque important, également, parmi les femmes blanches et les femmes autochtones.

Figure 10 Origine ethnique, par catégorie de risque chez les femmes, 2009 - 2012

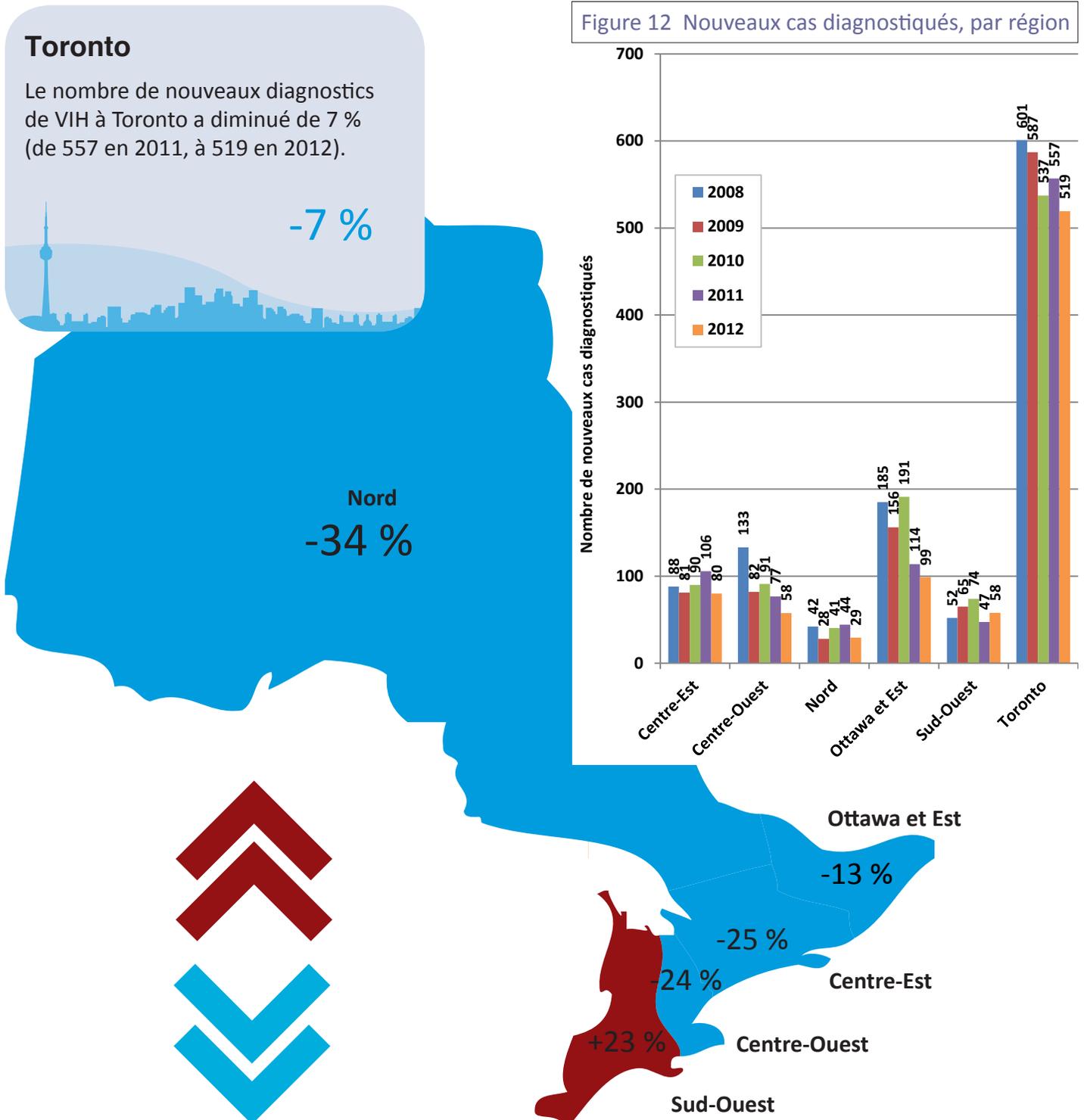


Source : Laboratoire de dépistage du VIH, Direction des laboratoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

DIMINUTION DU NOMBRE DE NOUVEAUX DIAGNOSTICS DANS TOUTES LES RÉGIONS, SAUF DANS LE SUD-OUEST ONTARIEN

À l'exception du Sud-Ouest, toutes les régions de l'Ontario ont connu une baisse du nombre de nouveaux cas diagnostiqués, en 2012, en comparaison avec l'année précédente. Toutefois, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 2012 était plus faible qu'en 2009 et qu'en 2010 même dans le Sud-Ouest.

Figure 11 Diminution du nombre de nouvelles infections dans la plupart des régions.

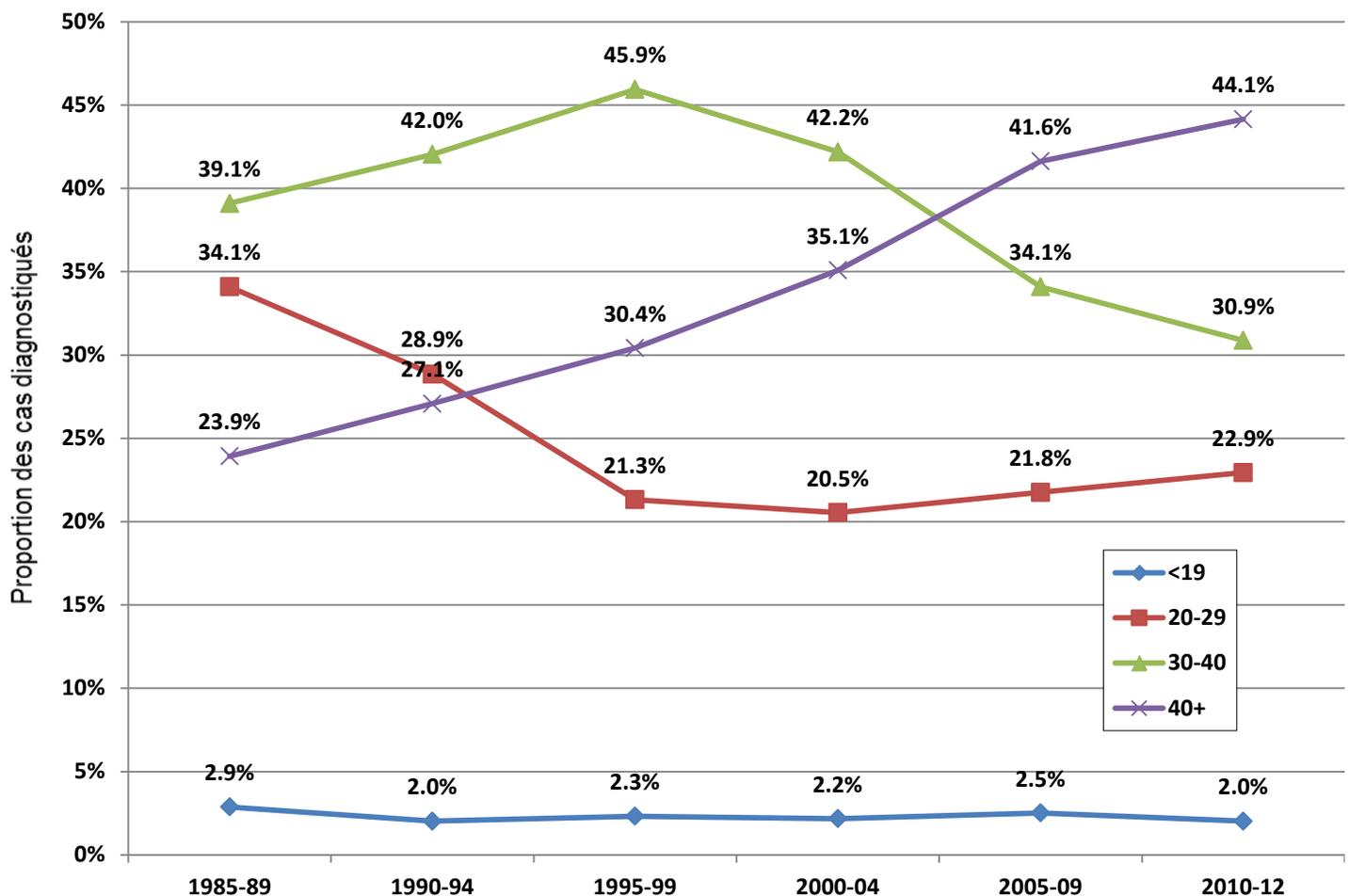


AUGMENTATION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS CHEZ DES ADULTES PLUS ÂGÉS

LE VIH EST-IL EN TRAIN DE DEVENIR UNE MALADIE D'ADULTES PLUS ÂGÉS ET DE JEUNES ADULTES?

La tendance au vieillissement se maintient, dans les nouveaux diagnostics de VIH. Depuis dix ans, les personnes de 40 ans et plus constituent une proportion croissante des nouveaux diagnostics (près de 45 % en 2012). On note également une légère augmentation de la proportion de nouveaux diagnostics chez les 20 à 29 ans, alors qu'elle a diminué chez les 30 à 40 ans. Ces tendances liées à l'âge au moment du diagnostic justifient des programmes de prévention ciblant les membres de groupes d'âge spécifiques.

Figure 13 Âge au moment du diagnostic de VIH



LE RISQUE POUR LES ADULTES PLUS ÂGÉS TOUCHE PRINCIPALEMENT LES HOMMES GAIS ET LES AUTRES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Un examen plus poussé des données relatives aux nouveaux diagnostics parmi les personnes de 40 ans et plus a révélé que 81 % (285) étaient des hommes, et 19 % (69), des femmes. Les rapports sexuels avec des hommes étaient le facteur de risque le plus répandu chez les hommes, alors qu'il s'agissait des rapports hétérosexuels à faible risque chez les femmes.

III. OERVSCO ACTIVITÉS DE OERUSCO

1. AMÉLIORER LES CONNAISSANCES ET LA SENSIBILISATION

Les activités qui contribuent principalement à améliorer les connaissances et la sensibilisation incluent l'éducation et le travail de proximité – mais n'englobent PAS les services de proximité pour les UDI, qui contribuent davantage à améliorer l'accès à des services (voir p. #).

Nous avons pour la première fois, en 2012-2013, des données plus détaillées à propos des initiatives d'éducation et de proximité réalisées par les organismes, ainsi que sur leurs impacts.

EXPOSÉS ÉDUCATIFS

LES TRAVAILLEURS ASSIGNÉS AUX STRATÉGIES RENFORCENT LA CAPACITÉ DE FOURNIR DE L'ÉDUCATION AUX POPULATIONS À RISQUE

Le Bureau de lutte contre le sida finance quatre initiatives qui soutiennent 58 travailleurs spécifiques à des populations dans diverses parties de la province, selon la situation de l'épidémie :

- l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais (GMSH);
- les travailleurs de la Stratégie sur le VIH/sida dans les communautés africaines, caraïbéennes et noires;
- la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones (OAHAS); et
- l'Initiative femmes et VIH/sida (WHAI).

Leur rôle consiste à renforcer la capacité des programmes communautaires de joindre les personnes à risque devant le VIH.

Outre les travailleurs assignés aux stratégies, les programmes emploient 88 individus chargés exclusivement de travail éducatif. Ces postes sont financés par des fonds de soutien du Bureau de lutte contre le sida, des fonds à délai prescrit du PACS ou d'autres fonds d'opération; plusieurs d'entre eux orientent leurs programmes selon les stratégies spécifiques à des populations. Les programmes signalent également que d'autres personnes de l'organisme outre les éducateurs (p. ex., directeur général, travailleurs de soutien) contribuent à des activités d'éducation, comme des exposés.

LES EXPOSÉS ÉDUCATIFS CIBLENT LES PERSONNES À RISQUE

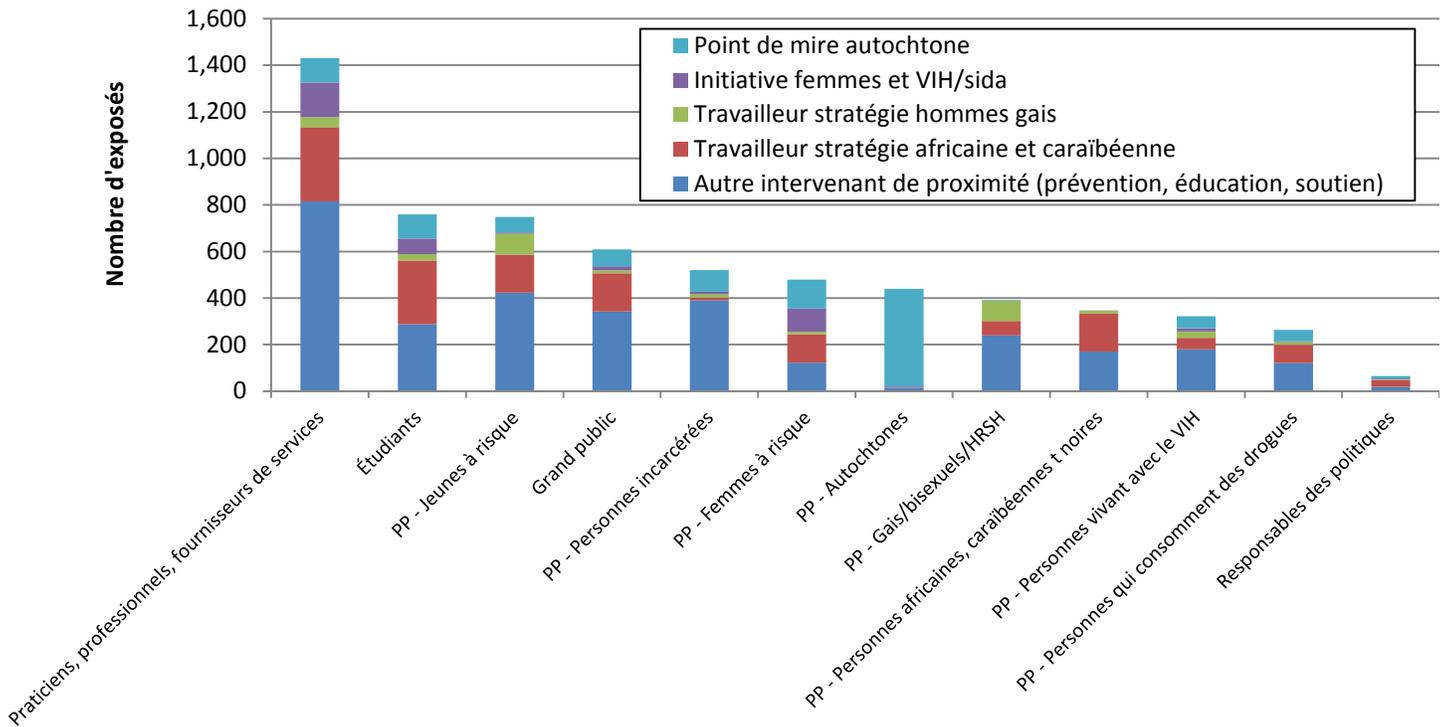
Les programmes communautaires d'éducation sur le VIH se concentrent principalement sur la tâche de joindre les populations les plus à risque :

- hommes gais et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
- communautés africaines, caraïbéennes et noires
- peuples autochtones
- personnes qui consomment des drogues
- personnes vivant avec le VIH
- femmes à risque
- jeunes à risque
- personnes incarcérées.

Les programmes d'éducation cherchent à joindre les populations à risque élevé par des approches directes et indirectes (c.-à-d. par l'entremise d'autres professionnels et organismes qui s'occupent d'elles).

L'OERVSCO demande aux organismes d'indiquer quel type de travailleur a présenté l'exposé et quels en étaient les publics cibles. Le graphique ci-dessous illustre le nombre d'exposés, les types de présentateurs et les deux principaux publics cibles des exposés.

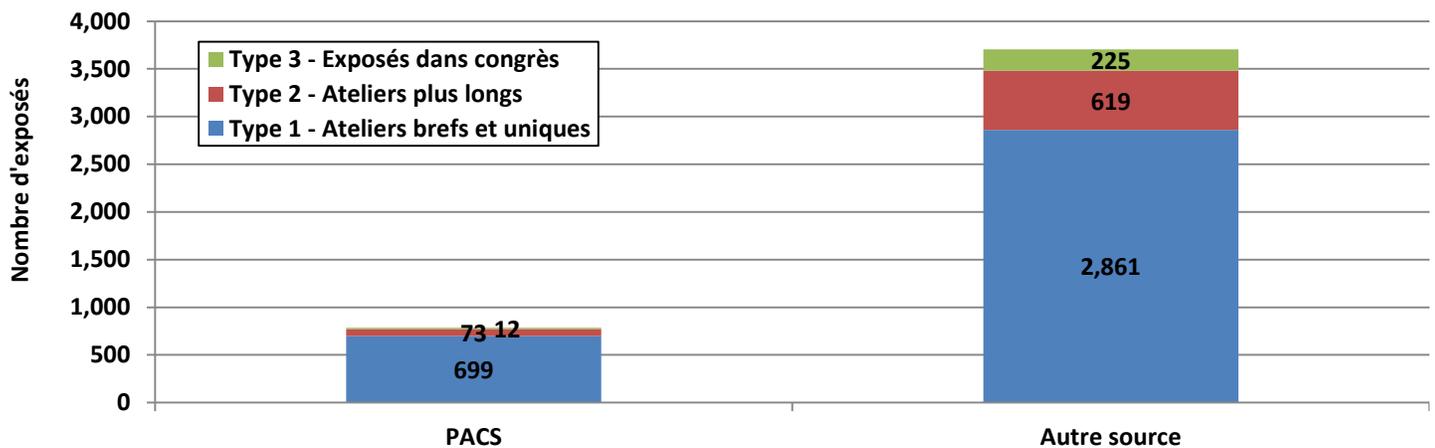
Figure 14 Nombre d'exposés, par type de travailleur et par public, 2012-2013



LA MAJORITÉ DES EXPOSÉS SONT DES ATELIERS DE COURTE DURÉE, PRÉSENTÉS UNE SEULE FOIS

La majorité (79 %) des exposés éducatifs présentés par des organismes communautaires sont de courts ateliers à présentation unique – de brèves présentations à divers publics; 15 % sont des ateliers plus longs et plus approfondis; et 5 % sont des exposés lors de congrès.

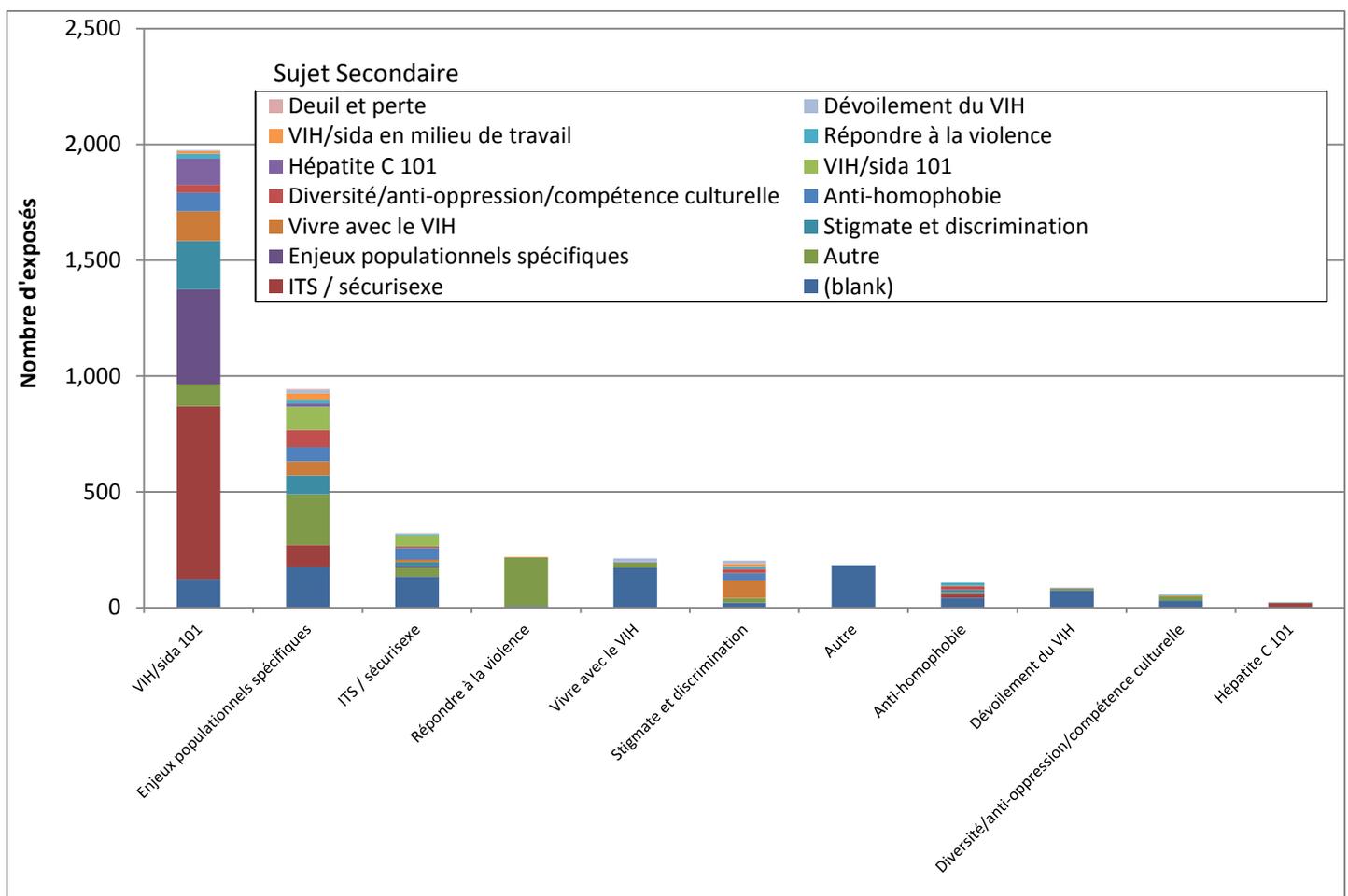
Figure 15 Nombre d'exposés, par type et par bailleur de fonds



LES EXPOSÉS PORTENT SUR DES CONNAISSANCES DE BASE ET DES ENJEUX SPÉCIFIQUES À DES POPULATIONS

Comme l'illustre le graphique ci-dessous, la plupart des exposés éducatifs continuent de porter principalement sur des connaissances élémentaires et la sensibilisation en lien avec le VIH; viennent ensuite les exposés sur des enjeux spécifiques à des populations et sur les ITS et le sécurisexe. L'accent sur l'information élémentaire au sujet du VIH s'explique, compte tenu du grand nombre d'exposés courts et uniques qui sont présentés par les organismes. En ce qui concerne l'atteinte du but d'améliorer les connaissances et la sensibilisation, les exposés uniques sont probablement efficaces comme activités de sensibilisation, mais peut-être pas aussi efficaces que des ateliers plus longs pour aider les personnes dans le développement des connaissances et de compétences. Les organismes devraient-ils s'efforcer de donner des ateliers approfondis ou de développer une série d'ateliers qui aiderait à aller plus loin que la base, le soi-disant VIH 101? Ou le point de mire sur le VIH 101 est-il nécessaire afin de continuer d'éduquer les générations plus jeunes et de compenser le roulement de personnel dans d'autres organismes?

Figure 16 Nombre d'exposés par point de mire, 2012-2013



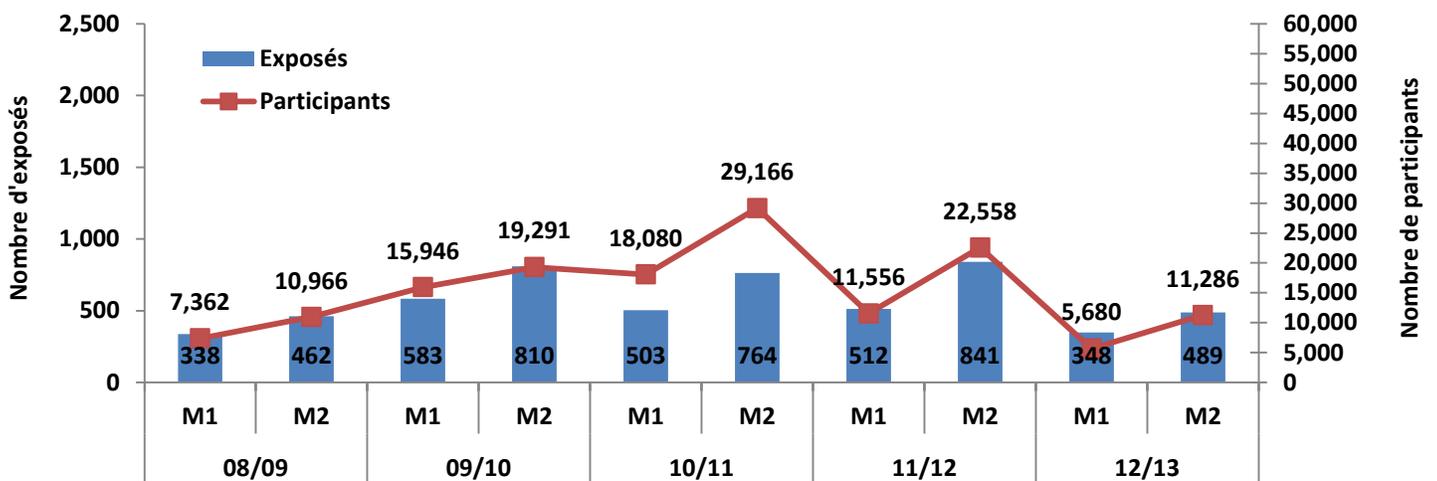
Le public le plus fréquent, lors de ces exposés, est encore l'auditoire des fournisseurs de services. Viennent ensuite les exposés s'adressant aux jeunes – à la fois les jeunes à risque et les élèves – puis le grand public. Parmi les populations prioritaires ou les populations à risque, les exposés pour personnes incarcérées et pour femmes sont plus nombreux que pour les gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ou que pour les communautés africaines, caraïbéennes et noires. Il est encourageant de constater que les investissements dans les travailleurs des stratégies concernant les hommes gais et les communautés africaines et caraïbéennes contribuent de façon considérable au nombre d'exposés à l'intention

de ces populations. Le grand nombre d'exposés pour les personnes incarcérées est probablement dû au fait que le Bureau de lutte contre le sida finance un organisme provincial voué au travail avec les détenus, de même que quelques programmes communautaires dans des régions où l'on trouve des prisons.

MOINS D'EXPOSÉS FINANCÉS PAR LE PACS, EN RAISON DU DÉMARRAGE DE NOUVEAUX PROGRAMMES

Comme nous l'expliquions à la page 15, le PACS a commencé à financer 50 nouveaux programmes en 2012-2013, et les programmes financés antérieurement ont pris fin. Puisque les nouveaux programmes étaient en phase de démarrage, le nombre d'exposés financés par le PACS ainsi que de participants a été moindre que dans les trois années précédentes.

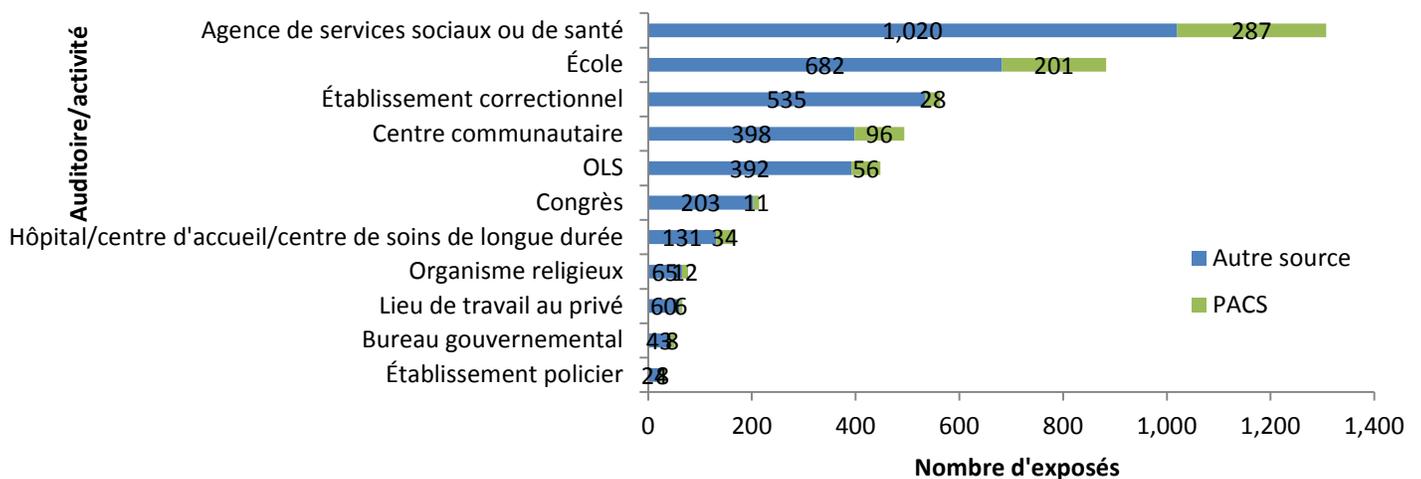
Figure 17 Exposés financés par le PACS et nombre de participants



LA PLUPART DES EXPOSÉS ONT LIEU DANS LE MILIEU DE LA SANTÉ, DE L'ÉDUCATION OU DES SERVICES SOCIAUX

Bien que les programmes déclarent que la majeure partie de leurs exposés s'adresse à des personnes qui vivent avec le VIH ou qui sont à risque, les exposés sont présentés dans des établissements de santé, d'éducation ou de services sociaux; un nombre bien moindre est présenté dans des endroits publics comme des centres communautaires, des lieux religieux et des entreprises. Dans certains cas, en particulier pour ce qui est des établissements correctionnels, le milieu en question peut être le seul moyen pour joindre la population cible.

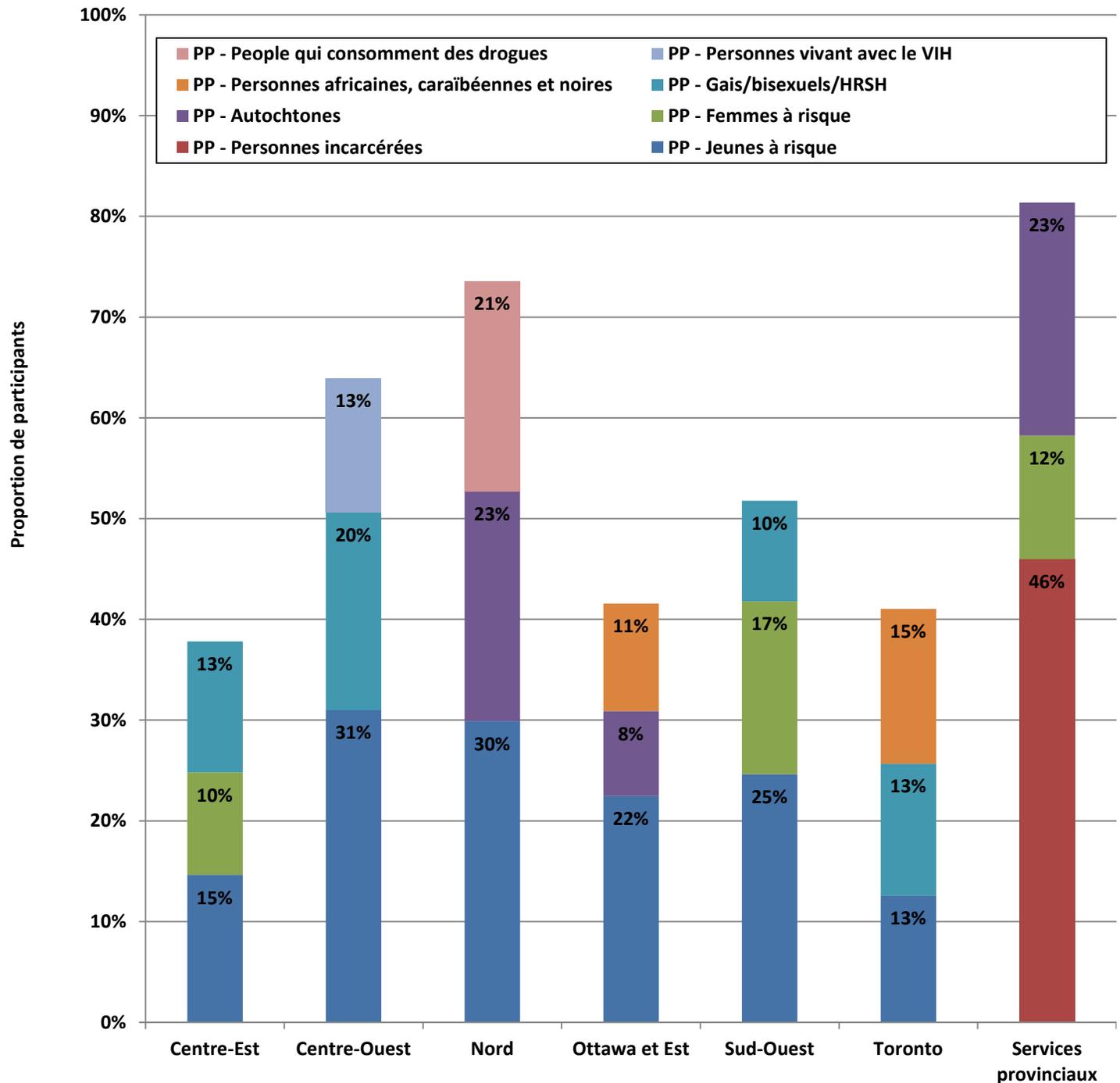
Figure 18 Lieu des exposés éducatifs par source de financement, 2012-2013



LES PUBLICS CIBLES ET LES SUJETS D'EXPOSÉS CORRESPONDENT-ILS À L'ÉPIDÉMIE DE CHAQUE RÉGION?

Les populations ciblées et les points de mire des exposés varient d'une région à l'autre. Le graphique ci-dessous montre les trois principales populations ciblées par les activités éducatives de chaque région. Par exemple, plus de 70 % des exposés éducatifs dans la région Nord ont été présentés à des jeunes, des communautés autochtones et des personnes qui consomment des drogues – ce qui correspond bel et bien à l'épidémie de VIH dans le Nord. La forte proportion d'exposés en lien avec l'incarcération, dans les rapports fournis par des services provinciaux, est le fruit du travail d'un des organismes dont les services sont destinés aux détenus et anciens détenus.

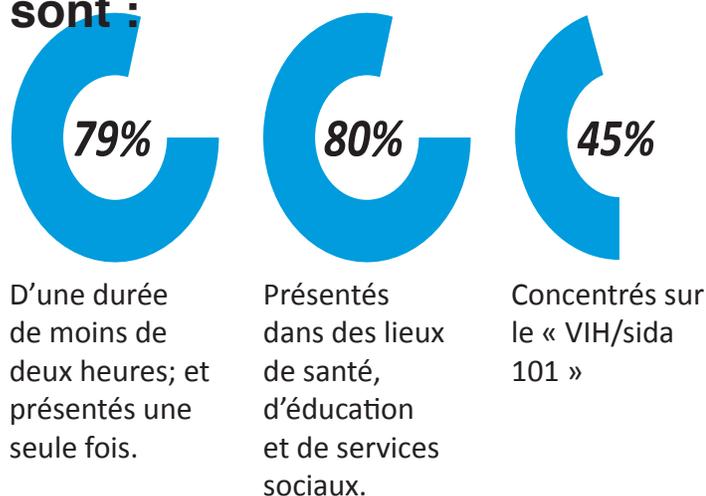
Figure 19 Trois populations prioritaires des exposés éducatifs : exercice financier 2012-2013



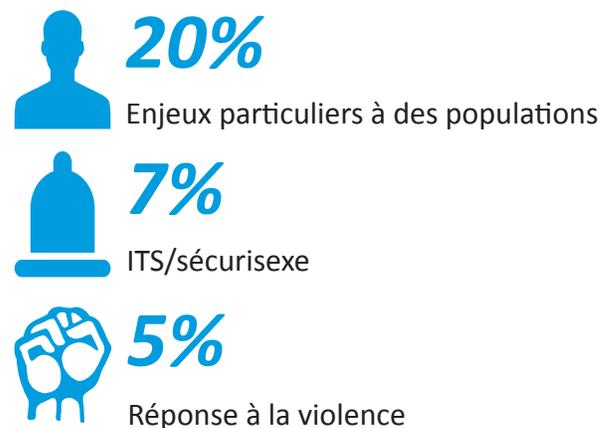
LES EXPOSÉS ÉDUCATIFS DE 2012-2013 EN UN COUP D'ŒIL

Figure 20 Exposés : qui, quoi, quand et où.

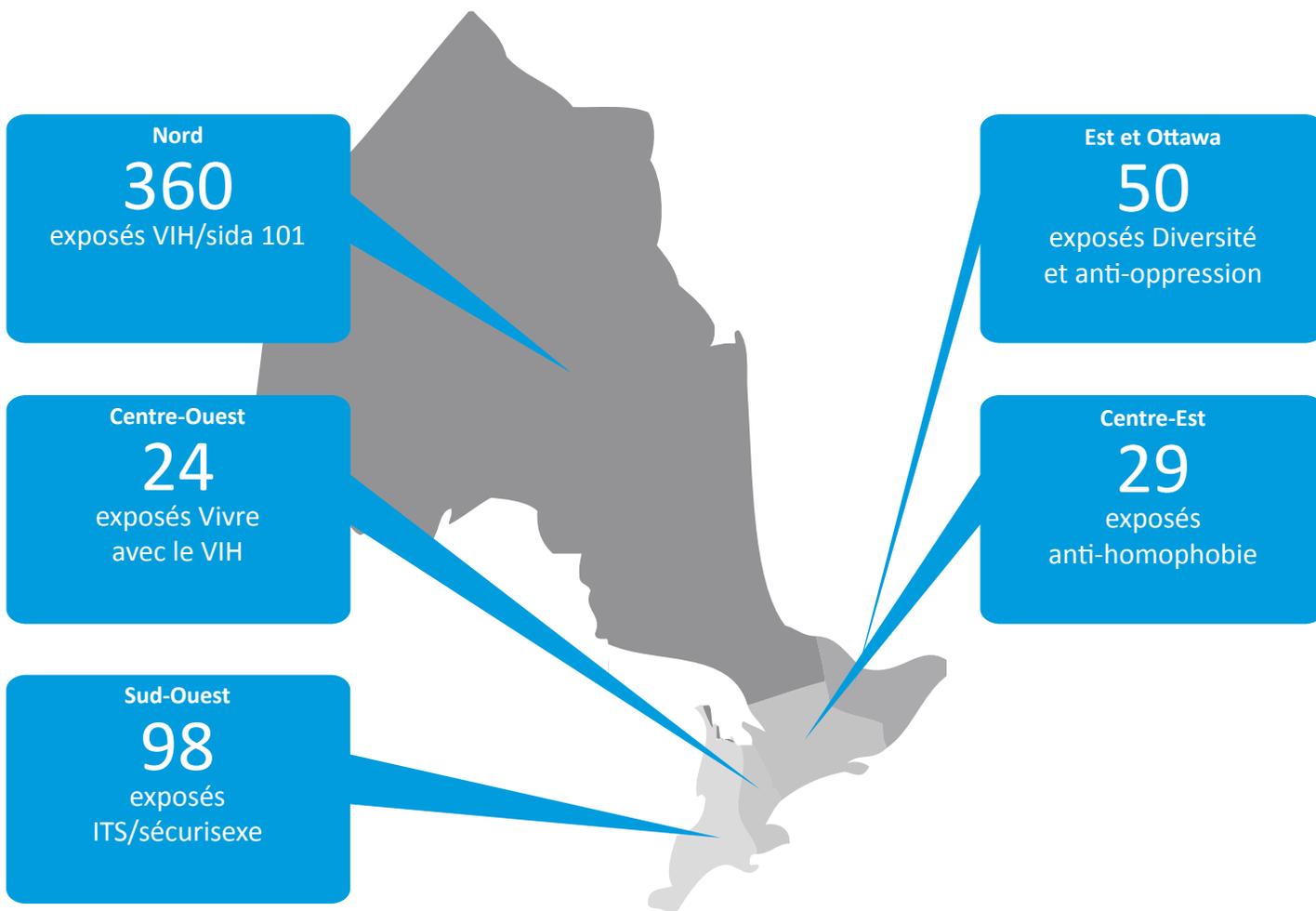
Pour la plupart, les exposés sont :



Autres sujets clés :



Faits saillants par région



RESSOURCES

Les organismes ont produit un nombre considérable de ressources éducatives, en 2012-2013

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ONT RECOURS À DIVERSES RESSOURCES ÉDUCATIVES POUR JOINDRE DIVERSES POPULATIONS

Le seul fait d'examiner les publics cibles des exposés pourrait ne pas rendre justice à la portée ou à l'impact des efforts éducatifs du secteur communautaire. Le graphique qui suit illustre le nombre et les types de ressources s'adressant aux diverses populations à risque. Il semble que les organismes utilisent des ressources différentes, selon la population à joindre. Par exemple, ils ont utilisé principalement des documents et autres éléments matériels pour joindre les gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Cela peut indiquer que les organismes trouvent plus facile de joindre cette population par la dissémination d'information qu'en tentant de faire venir ses membres à des exposés éducatifs. Les organismes qui visent à joindre les communautés africaines, caraïbéennes et noires misent fortement sur des films et des DVD. Par ailleurs, les ateliers sont utilisés comme moyen de prédilection pour joindre des communautés autochtones; et les dépliants, pour les femmes à risque.

Figure 21 Quelles populations reçoivent des ressources éducatives?

Cette année, les personnes vivant avec le VIH ont reçu :



61 338 bulletins d'information et articles de nouvelles.

32 786 dépliants de promotion d'organismes.

12 802 ressources de soutien ou d'information sur la santé.



Les hommes gais/bisexuels/HRSH...

...ont reçu **39 188** dépliants d'information sur la prévention.

Les femmes à risque...

...94 % des ressources reçues par des femmes à risque étaient des dépliants éducatifs sur la prévention.



Les populations africaines/caraïbéennes/noires...

...**698** films/DVD.



Les peuples autochtones...

...ont reçu **304** exposés lors d'ateliers.



VIDÉOS PRODUITES EN 2012-2013

Les organismes ont déclaré avoir produit, au total, 23 vidéos. Nous les énumérons ci-dessous ainsi que l'organisme qui a produit chacune, pour les lecteurs qui souhaiteraient consulter ou utiliser ces ressources.

Figure 22 Vidéos réalisées en 2012-13

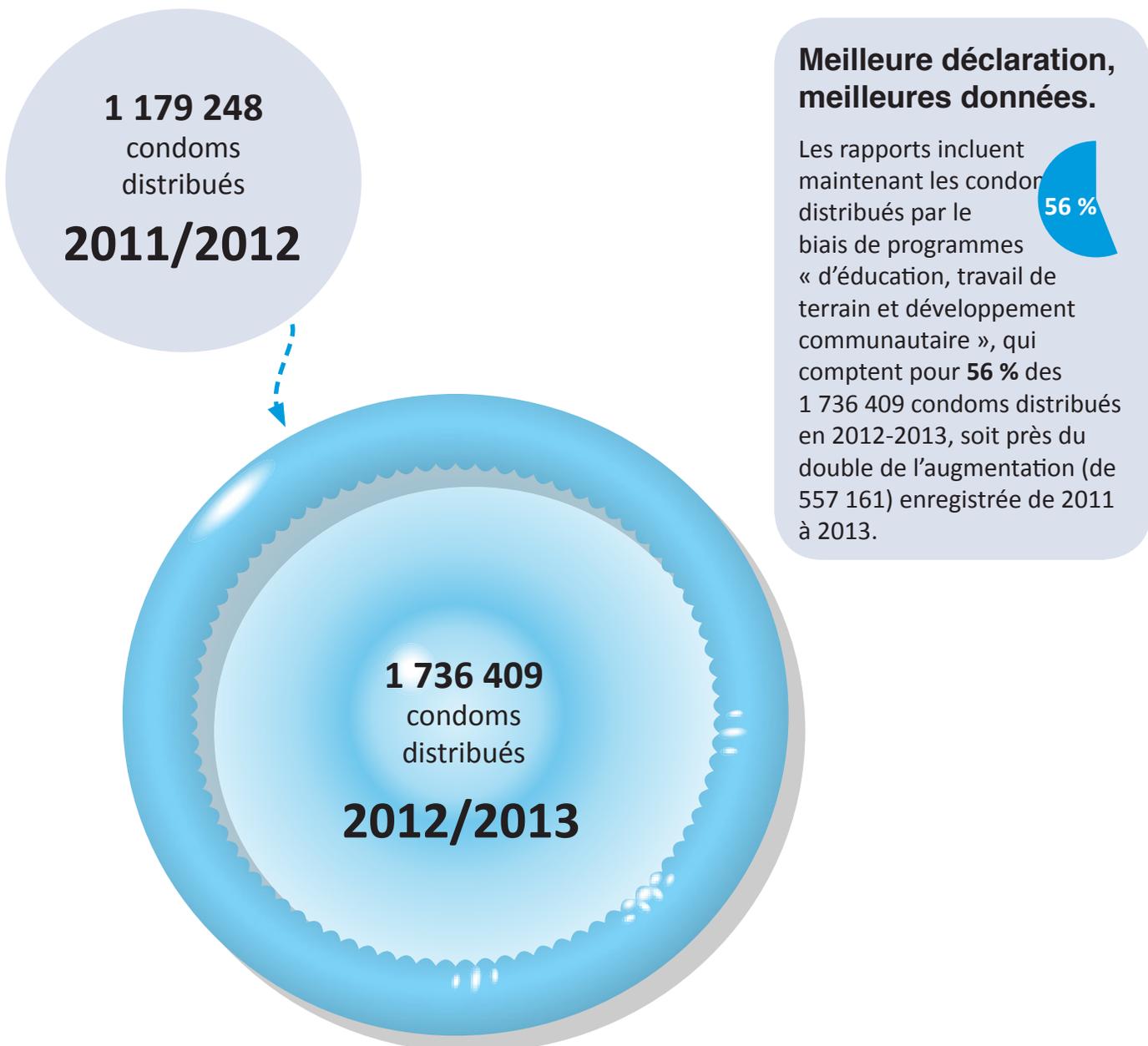
Titre	Public	Organisme
Burdz n da Beez	PP - Personnes incarcérées; PP - Jeunes à risque	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - SUDBURY
Every Woman Matters (rapport sur l'accès aux soins de santé de premier recours pour les Ontariennes noires et de couleur)	PP - Femmes à risque; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Women's Health in Women's Hands Community Health Centre (Centre de santé communautaire pour femmes)
VIH/sida et soins aux malades (à l'intention des fournisseurs de soins de longue durée)	Praticiens, professionnels, fournisseurs de services; étudiants	Casey House Hospice
VIH/sida et enjeux cognitifs des soins de longue durée	Praticiens, professionnels, fournisseurs de services; étudiants	Casey House Hospice
Viréo pilote sur les soins pour le VIH/sida, à l'intention des fournisseurs de soins de longue durée	Praticiens, professionnels, fournisseurs de services; étudiants	Casey House Hospice
« Femmes et séropositives : dénonçons l'injustice »	Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	"AIDS Committee of Guelph and Wellington County Hamilton AIDS Network"
« Protect Your Love » (Protégez votre amour)	PP - Gais/bisexuels/HRSB	Alliance for South Asian AIDS Prevention
« River of Healing » (La rivière de guérison)	PP - Autochtones; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Union of Ontario Indians
Strong Woman Song (Chant de femme forte)	PP - Autochtones; PP - Personnes qui consomment des drogues	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - SUDBURY
Strong Woman's Song / Chant de femme forte (français et anglais)	PP - Personnes africaines, caraïbéennes et noires; PP - People living with HIV	AIDS Niagara
Strong Women Song (Chant de femme forte)	PP - Autochtones; PP - Femmes à risque	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - SUDBURY
Take Back the Night - "Sin by Silence" (Reprendre la nuit – « Pêché par omission »)	Grand public; PP - Femmes à risque	AIDS Committee of Windsor
« The River of Healing » (La rivière de guérison)	PP - Personnes qui consomment des drogues; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - SUDBURY
The Woman I have Become (La femme que je suis devenue)	Grand public; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Women's Health in Women's Hands Community Health Centre (Centre de santé communautaire pour femmes)
The Woman I have Become (La femme que je suis devenue)	PP - Personnes africaines, caraïbéennes et noires; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area
The woman I have become (La femme que je suis devenue) – DVD et guide de l'utilisatrice	PP - People living with HIV; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Women's Health in Women's Hands Community Health Centre (Centre de santé communautaire pour femmes)
Vidéo « Tumaini » (actualisation des statistiques et modifications suivant des suggestions de membres de la communauté)	PP - Personnes africaines, caraïbéennes et noires; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Centre de santé communautaire Somerset Ouest
Two Spirit Women (Femmes bispirituelles)	Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - SUDBURY
Comprendre comment utiliser les bon signes en langage signé, comme interprètes	Grand public; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Assoc. ontarienne des sourds, Programme de proximité pour personnes sourdes
Nous avons développé un court film sur l'infection à VIH, la prévention, le dévoilement, les traitements, la stigmatisation et le soutien.	PP - Personnes africaines, caraïbéennes et noires; Praticiens, professionnels, fournisseurs de services	Centre de santé communautaire Somerset Ouest

HAUSSE CONSIDÉRABLE DE LA DISTRIBUTION DE CONDOMS – PROBABLEMENT DUE À SA DÉCLARATION AMÉLIORÉE

En vertu de l'OERVSCO révisé, les programmes font à présent état du nombre de condoms distribués dans le cadre de trois programmes : éducation et programmes de proximité; campagnes de sensibilisation; et programmes de proximité pour UDI (38 programmes ont déclaré avoir des services de proximité à l'intention d'UDI; 20 sont financés explicitement pour ce programme).

D'après les rapports reçus en 2012-2013, au total 1 736 409 condoms ont été distribués par 71 programmes – une hausse importante (47 %) sur l'an dernier. La majeure partie de l'augmentation est attribuée aux programmes d'éducation et de proximité, ce qui indique que les organismes n'ont possiblement pas saisi complètement cette information dans la version précédente de l'OERVSCO, ou que les condoms jusqu'ici comptés comme faisant partie de campagnes de sensibilisation sont à présent inclus dans le volet éducation et proximité. Une importante proportion de l'augmentation du nombre de condoms distribués est due au fait que plusieurs organismes ont à présent des moyens plus efficaces d'effectuer un suivi quant au nombre de condoms qu'ils distribuent dans le cadre de leurs diverses initiatives.

Figure 23 Hausse de 47 % de la distribution de condoms, probablement due à une déclaration améliorée



L'INNOVATION A DES RETOMBÉES

Dans l'OERVSCO, les organismes étaient enthousiastes devant leur capacité de développer une gamme d'initiatives éducatives novatrices et de ressources qui font une différence dans leurs communautés.

Figure 24 Comment les initiatives d'éducation joignent-elles leurs publics cibles?



OBSTACLES À L'ÉDUCATION ET STRATÉGIES POUR LES VAINCRE

Les organismes rencontrent encore des obstacles et des défis, dans leur travail d'éducation; notamment :

- **Stigmatisation** de l'infection à VIH, de la réduction des méfaits et de l'homosexualité (homophobie); en raison des stigmates, plusieurs personnes qui pourraient tirer profit de l'éducation demeurent cachées ou sont difficiles à joindre.
« La stigmatisation demeure un obstacle. Nous devons présenter notre formation d'autres façons, sans mentionner le VIH puisque les gens sont repoussés par le sujet. La projection d'une vidéo qui est éducative et divertissante en même temps nous permet de parler du VIH. »
- **Complexité des besoins de clients**
« Il peut être difficile de fournir des programmes positifs en matière d'éducation sur la santé, à une population marginalisée et souvent aux prises avec des enjeux concomitants de consommation abusive de substances, de santé mentale et de douleur chronique. Le développement de relations avec ces clients, par des employés et des pairs intervenants, nous permet de fournir de l'information cruciale, en personne, lorsque ces individus viennent chercher des fournitures. »
- **Obstacles linguistiques et culturels** à entrer en contact avec diverses communautés, y compris l'absence de lieux adéquats et culturellement adaptés pour fournir l'éducation.
« Il y a un manque d'information locale pertinente, sur les populations gaies/bisexuelles/HRSH. Il s'agit d'une population cachée – les obstacles incluent l'absence d'espace dédié à rassembler ces hommes (p. ex., pas de bar désigné, sauna), la diversité du groupe en ce qui concerne l'âge et les intérêts, le caractère secret dans le cas des HRSH et la nature cachée de cette population. L'organisme continue de faire partie du groupe de travail de GMSH composé de services de proximité à l'intention des hommes en milieu rural, en réseau avec des OLS et des travailleurs de terrain qui rencontrent des obstacles semblables. L'organisme examine par ailleurs la possibilité d'entreprendre une recherche avec d'autres organismes de services liés au sida dans le Nord ontarien (Sudbury, North Bay, Simcoe), avec l'aide de l'OHTN, afin de mieux comprendre les besoins de cette population. »
- **Implication auprès d'autres fournisseurs de services humains.** Le personnel d'établissements correctionnels ainsi que d'écoles, par exemple, est réticent à l'idée d'une éducation plus complète qui inclut le sécurisexe.
« Nous avons rencontré des défis auprès du conseil scolaire public, à propos de la distribution de ressources pour le sécurisexe (condoms), dernièrement. Nous avons senti ce genre de résistance au conseil scolaire distinct (écoles catholiques), mais au conseil scolaire public ce fut à un degré exceptionnel. ... À ce tournant, nous continuerons d'examiner la situation, à savoir s'il y a typification ou si nous pouvons être confiants d'identifier une tendance dans l'évolution d'attitudes à l'égard de la distribution de condoms dans les écoles publiques locales. »
– Regional HIV/AIDS Connection
- **Enjeux organisationnels.** Plusieurs des organismes sont de petite taille et ont des difficultés liées à des facteurs comme le roulement de personnel et les ressources limitées pour l'éducation (c.-à-d. ressources humaines, ressources ethnospcifiques).
« Comme notre capacité en personnel est limitée, nous avons donné ce trimestre une formation afin que notre Bureau des conférenciers ait recours à au soutien de ses bénévoles, en lien avec certaines des composantes éducatives. »

PROGRAMMES DE PROXIMITÉ

Note : Cette section de l’OERVSCO porte spécifiquement sur les activités de proximité qui ne ciblent pas les UDI. Les activités des 38 programmes qui font état de services de proximité auprès de personnes qui utilisent des drogues (comme la réduction des méfaits) sont décrites à la page 50.

LES HOMMES GAIS ET BISEXUELS ET LES AUTRES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES SONT LA PRINCIPALE CIBLE DES PROGRAMMES DE PROXIMITÉ

En 2012-2013, environ un tiers des contacts de proximité significatifs – c’est-à-dire en personne – ont été avec des hommes gais et bisexuels et d’autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, pour la plupart dans des saunas et des bars. Outre les activités de proximité spécifiques aux UDI et décrites à la page 50, certains programmes ont également déclaré dans cette section un nombre considérable de contacts de proximité avec des personnes qui utilisent des drogues.

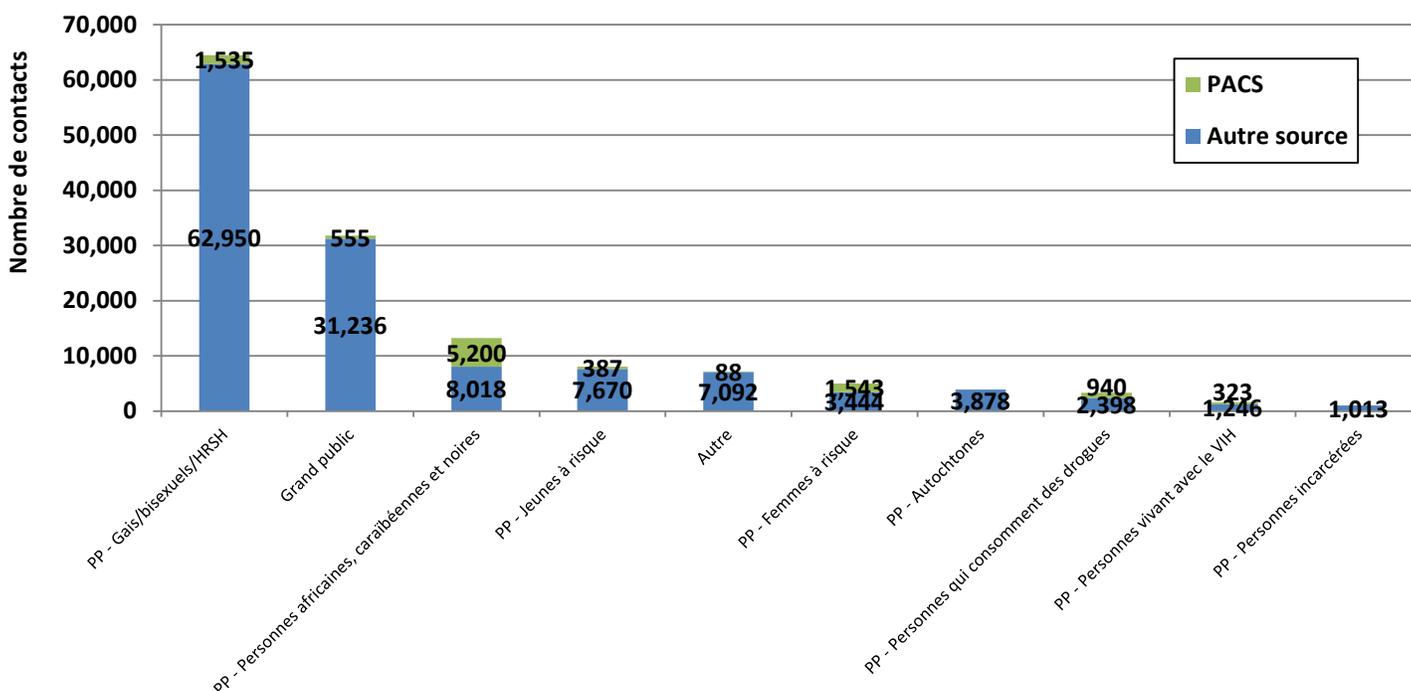
Ce travail de proximité s’est effectué principalement dans la rue, par le biais de services mobiles, et dans des cliniques et des centres de santé (qui seraient d’importants emplacements de travail de proximité pour les centres de santé communautaire).

Les services de proximité impliquent que les intervenants soient là où socialisent ou se rassemblent des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables à celui-ci. L’OERVSCO fait à présent la distinction entre les contacts de proximité significatifs – c’est-à-dire en personne, et individuels – et les contacts de proximité brefs – comme la distribution d’information ou la réponse à des questions lors d’une foire sur la santé ou d’un événement communautaire.

Les organismes ont déclaré au total 139 516 contacts brefs – principalement des contacts de groupe lors de foires sur la santé, de foires de rue ou d’événements comme la Fierté. De ces contacts, plus de 62 000 (46 %) ont été avec des hommes gais et bisexuels et d’autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et plus de 30 000 (22 %) avec le grand public.

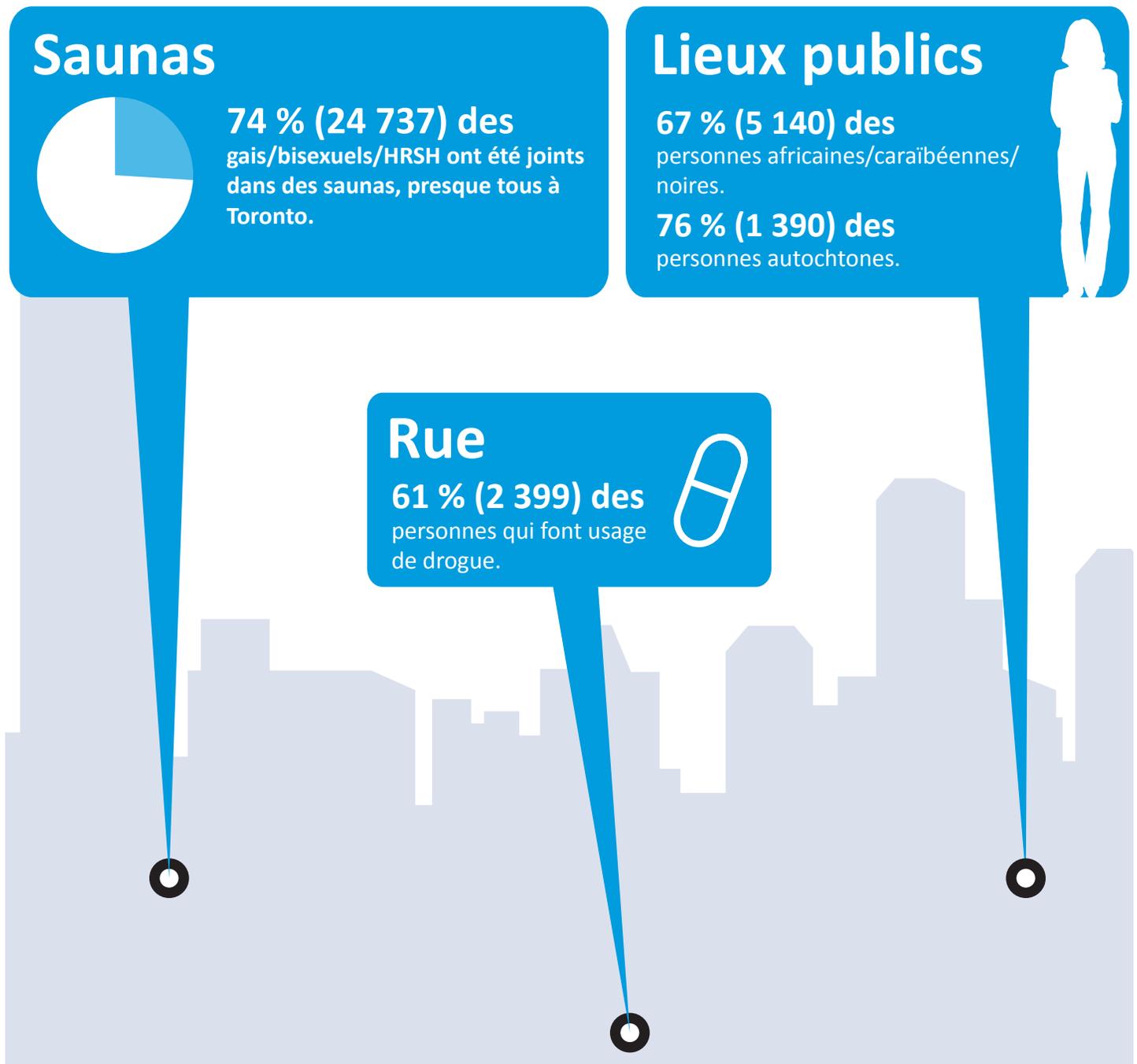
En 2012-2013, le PACS a versé des fonds à 18 organismes pour la prestation de services de proximité, principalement la distribution d’information sur la promotion de la santé et la prévention du VIH à des populations prioritaires. Le PACS a ainsi financé environ 7 % des contacts de proximité significatifs et 8 % des contacts brefs, à Toronto en grande majorité (>4 500). La majorité des contacts brefs financés par le PACS (10 571 au total) ont été avec des membres de la population africaine, caraïbéenne et noire, des femmes à risque, des hommes gais et des personnes qui utilisent des drogues.

Figure 25 Nombre de contacts de proximité brefs par population, 2012-2013



Les lieux publics communautaires et d'autres espaces communautaires sont des sites fréquents de contacts de proximité – en particulier avec les communautés africaines, caraïbéennes et noires et les personnes autochtones. Le travail de proximité auprès des femmes à risque semble s'effectuer principalement dans des centres sans rendez-vous, des espaces publics communautaires, la rue, des refuges et des centres pour femmes.

Figure 26 Travail de proximité : où joint-on les clients et quels clients?



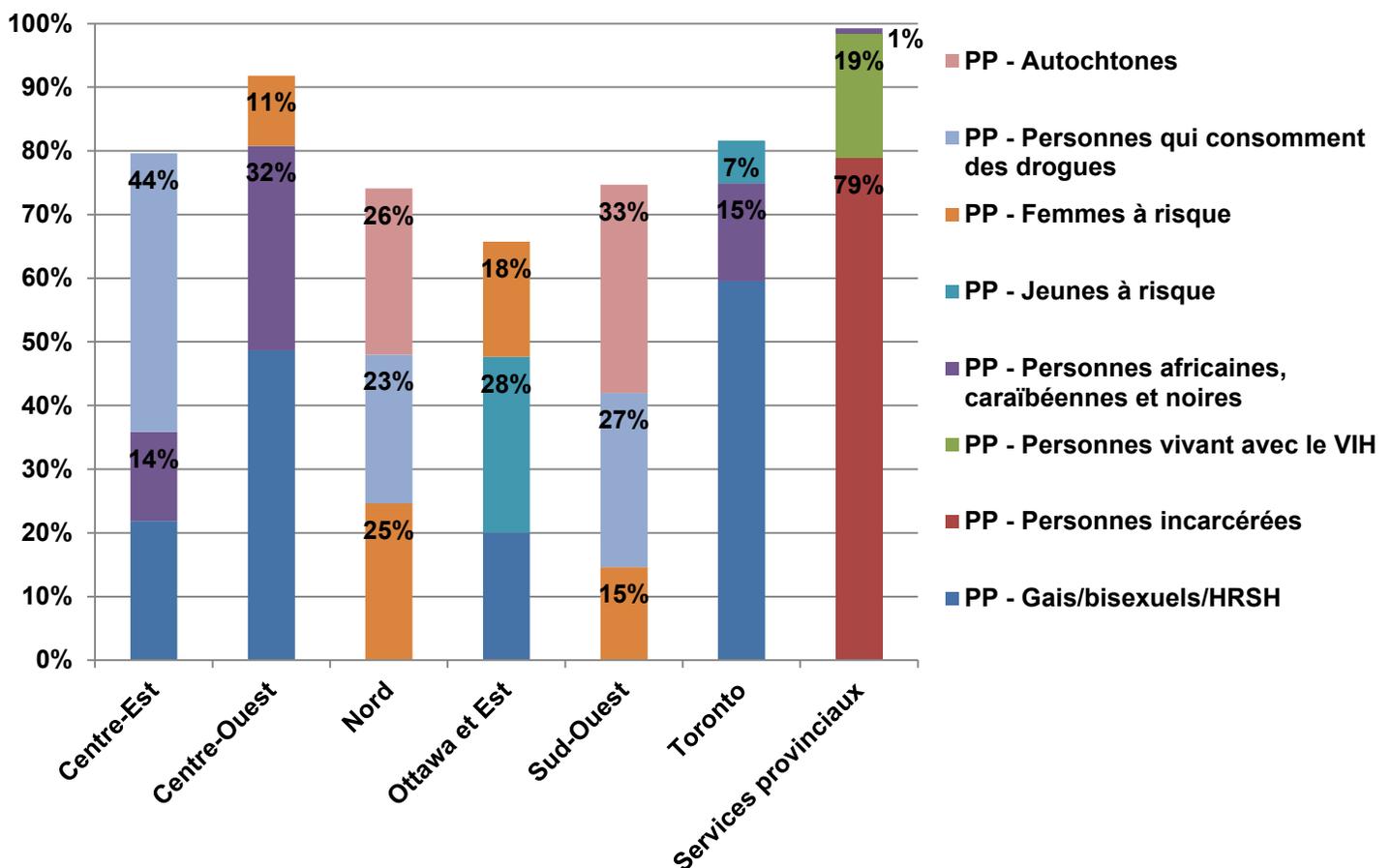
Près de 14 000 contacts de proximité significatifs ont été avec des membres du grand public. Des renseignements supplémentaires seraient nécessaires pour comprendre le but et l'impact de ces contacts. La plupart des contacts avec d'« autres » populations concernaient les travailleuses et travailleurs sexuels.

LES POPULATIONS CIBLÉES PAR LES SERVICES DE PROXIMITÉ VARIENT SELON LES RÉGIONS

En ce qui a trait au public cible des services de proximité, on observe de grandes différences à travers la province. Cela pourrait être dû aux caractéristiques de l'épidémie dans chaque région et à la présence (ou non) de lieux communautaires où se rassemblent les populations à risque, comme les hommes gais ou les personnes qui utilisent des drogues. À l'extérieur des grands centres urbains, les populations à risque peuvent être plus dissimulées et difficiles à joindre.

La vaste population gaie à Toronto, la prévalence du VIH dans cette population et l'existence de saunas et de bars gais expliquent que les hommes gais constituent 45 % des contacts de proximité significatifs dans cette région. Il est compréhensible également que plus de 30 % des contacts dans la région Centre-Ouest aient touché des membres des communautés africaines, caraïbéennes et noires, vu le point de mire des programmes et la présence d'une importante population ACN dans cette région.

Figure 27 Contacts de proximité significatifs par région et par public cible, 2012-2013



La forte proportion de contacts de proximité avec des détenus déclarée par les services provinciaux découle du travail d'un programme en particulier dont le mandat concerne cette population.

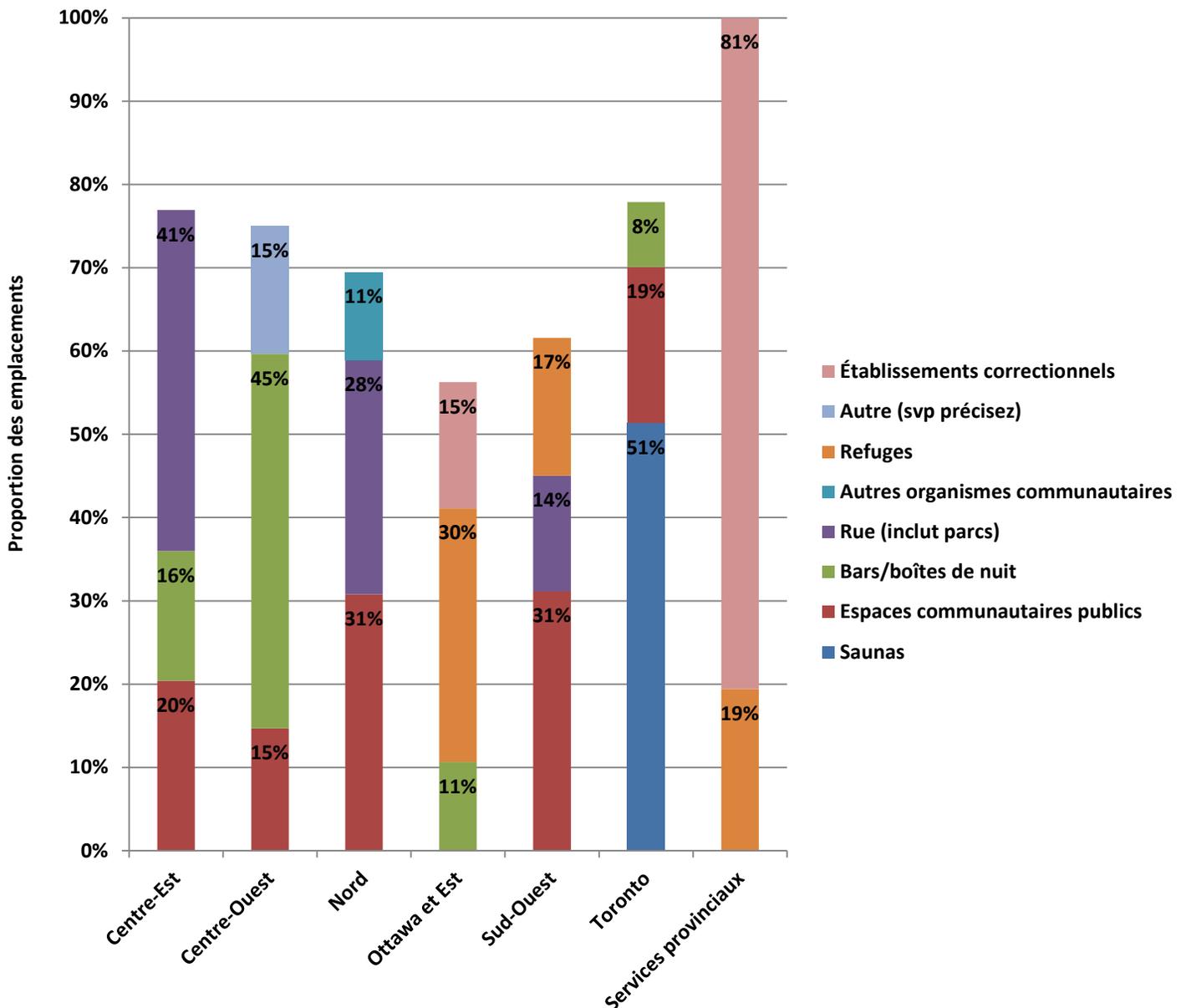
Note : L'absence d'un intervenant de la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones (OAHAS) dans le Nord, pendant une partie de l'année 2012-2013, peut expliquer que le nombre de contacts de proximité dans des populations autochtones ne représente pas la pratique habituelle.

DANS LES CENTRES URBAINS PLUS PETITS, DES SERVICES DE PROXIMITÉ SONT OFFERTS DANS DIVERS EMPLACEMENTS COMMUNAUTAIRES

La Figure # illustre l'importance d'adapter les programmes de proximité pour mettre à profit les circonstances locales. Dans une ville comme Toronto, où l'on trouve un certain nombre de saunas, une part importante des services de proximité peut y être fournie. Toutefois, dans d'autres communautés, les intervenants de proximité doivent s'en remettre à d'autres emplacements, comme des lieux publics communautaires (Centre-Est, Nord et Sud-Ouest), des centres sans rendez-vous (Ottawa et Est, Sud-Ouest) et la rue (Centre-Est, Nord, Sud-Ouest). Par ailleurs, les services mobiles semblent gagner en importance dans le Centre-Ouest, le Centre-Est et à Ottawa.

« Le succès de [notre] centre sans-rendez vous à joindre une population diversifiée de jeunes LGBTQ+ est crucial, surtout à la lumière des données selon lesquelles les jeunes LGBTQ+ qui sont confrontés à des obstacles supplémentaires tels que la race ou le handicap physique sont particulièrement vulnérables au VIH. Des jeunes ont dit à nos employés que leur visite [à notre centre sans rendez-vous] était le moment fort de leur semaine. »

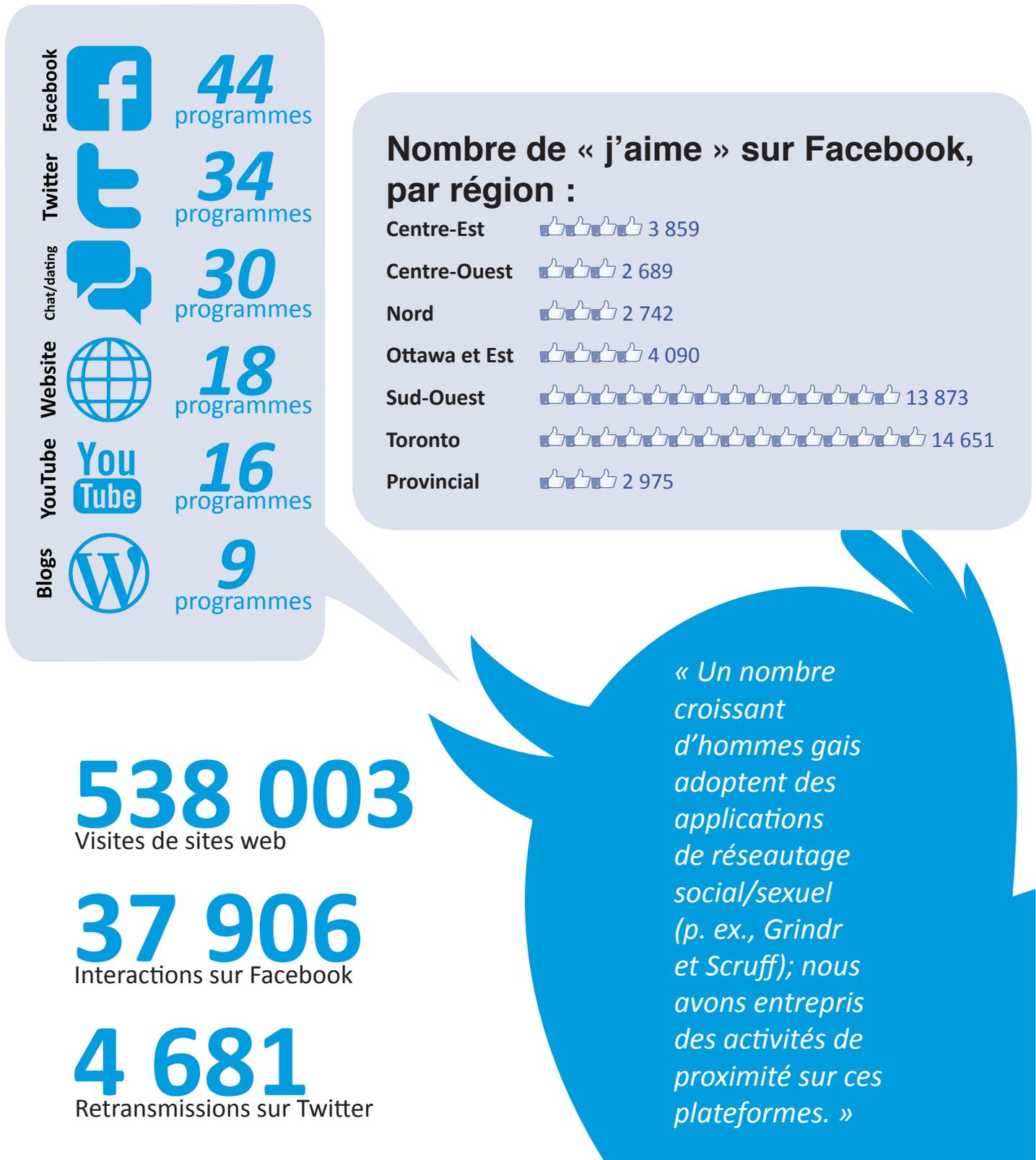
Figure 28 Contacts de proximité significatifs par région et par emplacement, 2012-2013



LES ORGANISMES SE TOURNENT VERS LES MÉDIAS SOCIAUX POUR JOINDRE DES POPULATIONS CIBLES

En 2012-2013, 50 programmes ont déclaré avoir utilisé au moins une plateforme en ligne et de médias sociaux pour leurs activités de proximité; 24 programmes ont utilisé les six outils en ligne. Les activités de proximité dans les médias sociaux se concentraient principalement sur Facebook et sur les sites Internet des organismes.

Figure 29 Médias sociaux : qui les utilise et comment?



LES ACTIVITÉS DE PROXIMITÉ DANS LES MÉDIAS SOCIAUX FONCTIONNENT-ELLES?

Seulement 34 programmes ont déclaré utiliser leur site Internet pour des activités de proximité, mais ces sites semblent très actifs et comptent un nombre important de visiteurs récurrents. Toutefois, on n'a pas analysé qui ces visiteurs sont, et ce qu'ils regardent ou consultent sur ces sites.

Plusieurs organismes ont décrit de façon plus détaillée l'impact de leurs activités de proximité dans les médias sociaux :

« Les médias sociaux comme Twitter et Facebook ont rehaussé grandement nos interactions avec des populations spécifiques [et ils nous aident] à garder les communautés informées. »

« Nous avons commencé à utiliser beaucoup plus souvent les médias sociaux pour garder nos communautés informées. Nous publions des articles de blogues et des messages Twitter pour interagir avec notre communauté et d'autres fournisseurs de services. Nous observons une implication accrue en ligne et une connaissance rehaussée de notre organisme et de nos services. »

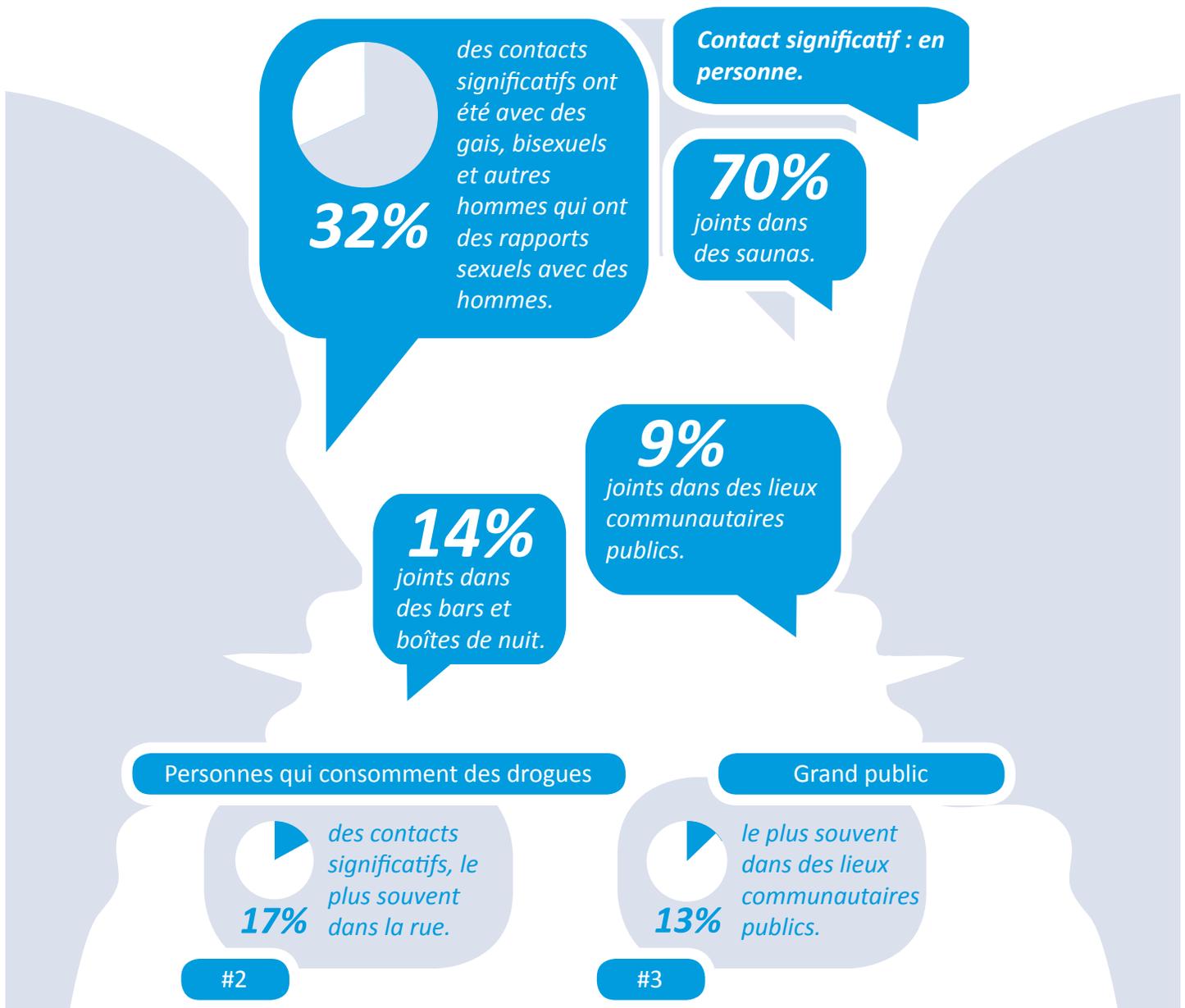
« Le travail de proximité en ligne ou par le biais d'applications est un moyen efficace de joindre les HRSR, en particulier, et de discuter avec eux. Ceci a stimulé la discussion et la sensibilisation au VIH/sida, aux ITS et aux options de dépistage. »

« Étant donné qu'un nombre croissant d'hommes gais adoptent des applications de réseautage social/sexuel (comme Grindr et Scruff), nous avons entrepris des activités de proximité sur ces plateformes. »

Il serait utile d'élargir la discussion sur les types de médias sociaux que les organismes considèrent comme étant les plus efficaces pour les activités de proximité. Par exemple, un blogue pourrait ne pas avoir un auditoire aussi vaste qu'un statut Facebook, mais il peut fournir des informations plus détaillées et permettre une discussion plus approfondie ainsi qu'un lien de proximité plus solide.

LES SERVICES DE PROXIMITÉ EN UN COUP D'ŒIL, 2012-2013

Figure 30 Les hommes gais, principal groupe visé par le travail de proximité non-UDI



L'IMPACT DES SERVICES DE PROXIMITÉ

Outre les impacts susmentionnés, des organismes ont signalé que les activités de proximité ont pour avantages de :

- **Relier des individus à des services**

« Les intervenants de proximité au sauna fournissent de nombreuses références à des personnes intéressées au dépistage du VIH/d'ITS, et ils aident d'autres clients à dévoiler leur séropositivité au VIH. Ils sont aussi très compétents dans le contact avec les gens et l'éducation des pairs. Les gens nous remercient pour nos activités de proximité. »

- **Joindre des groupes ethniques particuliers**

« Deux principaux documents de proximité ont été développés pendant cette période, et ont aidé notre programme à joindre un vaste auditoire, en particulier d'hispanophones, lors d'événements spéciaux et dans des bars et saunas, pour les impliquer dans nos services. »

- **Impliquer des populations difficiles à joindre**

« Nous interagissons avec un plus grand nombre d'individus à risque, dans notre partenariat avec le programme local d'échange de seringues; cela a permis de recueillir plus de feedback sur les moyens de mieux répondre aux besoins de cette population cible. »

- **Faire mieux connaître l'organisme et ses services**

« Au cours de cette période de déclaration, nous avons établi une équipe bénévole de proximité qui fournit des services dans la rue chaque semaine; lors de ces activités, un membre de l'équipe tient une affiche sur laquelle est illustré le logo de l'organisme, ce qui a soulevé plusieurs discussions sur ce que nous faisons et comment nous aidons notre communauté. Ces interactions ont apporté de nouvelles occasions de travail de proximité pour l'organisme. Les vidéos de notre chaîne YouTube ont été visionnées plusieurs fois, tout au long de la période. Elles permettent à un vaste auditoire de connaître The Teresa Group et le travail que nous faisons, et d'entendre ce qu'est la vie dans une famille affectée par le VIH, pour des enfants, des jeunes et leurs proches. » – The Teresa Group

- **Recruter des bénévoles**

« En réponse à nos efforts de proximité, plusieurs membres de communautés ACN locales se sont dits intéressés à faire du bénévolat pour l'organisme, et la majorité des intéressés ont tenu parole... en participant à notre processus de formation des bénévoles. »

OBSTACLES AU TRAVAIL DE PROXIMITÉ ET STRATÉGIES POUR LES SURMONTER

Les organismes travaillent activement pour vaincre les défis et obstacles à l'efficacité des efforts de proximité comme ceux-ci :

- **La stigmatisation**, notamment la peur de la criminalisation, qui empêche des individus à risque élevé d'interagir avec des intervenants de proximité

« La stigmatisation est encore très présente dans nos communautés et elle nuit à l'implication de possibles bénévoles. Nous continuons de travailler à une stratégie de réponse, à l'aide de notre évaluation de la situation. Vu la stigmatisation et la discrimination communautaires et intériorisées (chez les PVVIH/sida) – les précieuses expériences de PVVIH/sida ne sont pas adéquatement représentées, malgré leur efficacité démontrée à modifier la perception communautaire à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH et à faire en sorte que des individus modifient leurs comportements en matière de sécurisexe. »

« La peur d'être criminalisé fait obstacle aux discussions sur le VIH. Nous organisons des tribunes et des séances d'information sur la criminalisation [pour tenter d'atténuer la peur]. »

« Notre principal obstacle est la criminalisation du travail sexuel et de la possession de condoms. Au fil des années, nos efforts pour joindre des travailleuses et travailleurs du sexe ont connu un succès limité. Toutefois, nous espérons que notre persévérance portera ses fruits et que notre nouvel emballage de condoms (qui ressemble à une serviette hygiénique) rassurera les femmes à l'idée que la police ne l'identifiera pas comme un condom. »

- **Des enjeux communautaires**, comme le manque de lieux où les programmes peuvent faire du travail de proximité, la diminution du nombre de lieux destinés à la population LGBTQ et la fragmentation des populations.

« L'accès limité aux espaces communautaires est un obstacle continu du Programme de proximité communautaire. La mentalité de surveillance est omniprésente, dans la ville, ce qui rend parfois très difficile de joindre les populations ciblées, en particulier les 30 à 45 ans. En réponse à cette situation, le chef du programme (appuyé par la direction) a recruté un Pair éducateur aux adultes qui aidera à combler certaines lacunes et à soutenir la composante « médias sociaux » du travail de proximité, par laquelle nous espérons joindre ces individus. »

« Le travail de proximité dans les bars gais, bi et HRSH de London est de plus en plus exigeant. Il peut être difficile d'impliquer de manière significative des gais, des bisexuels et des HRSH n'importe où dans la ville, en raison de la stigmatisation, de l'organisation sociale de la communauté GBHRSH locale et du climat sociopolitique généralement conservateur dans la ville. De plus, la diminution du nombre de sites destinés aux communautés LGBT à London entraîne des défis pour les efforts de proximité traditionnels... Afin de répondre à ces obstacles, nous tentons de greffer nos activités de proximité à des événements existants... »

- **Des barrières linguistiques et culturelles**

« Les HRSH latino-américains ou hispanophones ont encore une forte homophobie intériorisée, que nous tentons d'aborder par la compétence culturelle dans notre approche à leur égard. Nous avons développé une nouvelle forme d'approche à la santé sexuelle pour favoriser l'estime de soi et la fierté lors de la sortie du placard ou lorsque l'enjeu est la séropositivité au VIH. Elle consiste essentiellement à réfléchir de la même façon qu'un homme latino-américain face à son désir sexuel pour un autre homme et à ne pas supposer que la sortie du placard est une affaire efféminée. »

« Certains défis dans notre travail de proximité concernent les besoins linguistiques des populations ciblées et le fait que nos employés ne parlent pas toutes les langues. En réponse à cette situation, nous faisons appel à des groupes culturels et de quartier qui peuvent répondre aux besoins linguistiques et de traduction, pour nos efforts de proximité. De plus, nous développons les compétences linguistiques de notre équipe de bénévoles; 29 langues y sont représentées. »

- **Le manque de compétences techniques** pour gérer des activités efficaces de proximité dans les médias sociaux

« Un de nos défis internes est de développer une compréhension commune de l'utilisation et du pouvoir des médias sociaux; par conséquent, nous élaborons une politique plus pertinente sur les technologies et nous éduquons le personnel à ce sujet. »

- **Des enjeux organisationnels** comme la couverture territoriale limitée des activités de certains organismes, les ressources humaines et le défi d'impliquer des bénévoles et des pairs dans le travail de proximité

« Encore une fois, vu notre petit nombre d'employés, nous ne sommes pas toujours en mesure d'être présents dans la communauté, mais nous faisons en sorte qu'au moins un membre de notre équipe participe aux occasions de proximité les plus bénéfiques à notre population cible. »

« La région est très vaste et plusieurs secteurs ne sont pas encore couverts. Nous travaillons avec nos bénévoles et étudiants stagiaires à élargir nos activités de proximité. Nous participons à plusieurs événements communautaires afin d'élargir notre portée. »

SERVICES DE PROXIMITÉ À L'INTENTION D'UDI

Au total, 38 organismes ont déclaré fournir des services de proximité pour UDI; de ceux-ci, 20 sont financés par le Bureau de lutte contre le sida, spécifiquement pour des travailleurs et des services de proximité auprès d'UDI.

LES PRINCIPALES DROGUES DE CHOIX DEMEURENT LES OPIACÉS, LE CRACK ET L'ALCOOL

L'usage de substances demeure un catalyseur de l'épidémie en Ontario. Il contribue à de nouveaux cas d'infection par le partage de matériel de consommation de drogue et par l'effet de désinhibition des substances sur le comportement sexuel. Les tendances de la consommation de drogue varient légèrement, dans la province, mais en général les organismes signalent que les substances les plus utilisées sont encore les opiacés, le crack et l'alcool. En 2012-2013, trois régions – Nord, Sud-Ouest et Ottawa et Est – ont vu une augmentation significative de l'utilisation de morphine (sans ordonnance). Dans quatre régions – Toronto, Nord, Ottawa et Est et Centre-Ouest – on a signalé une utilisation constante ou accrue de méthamphétamine.

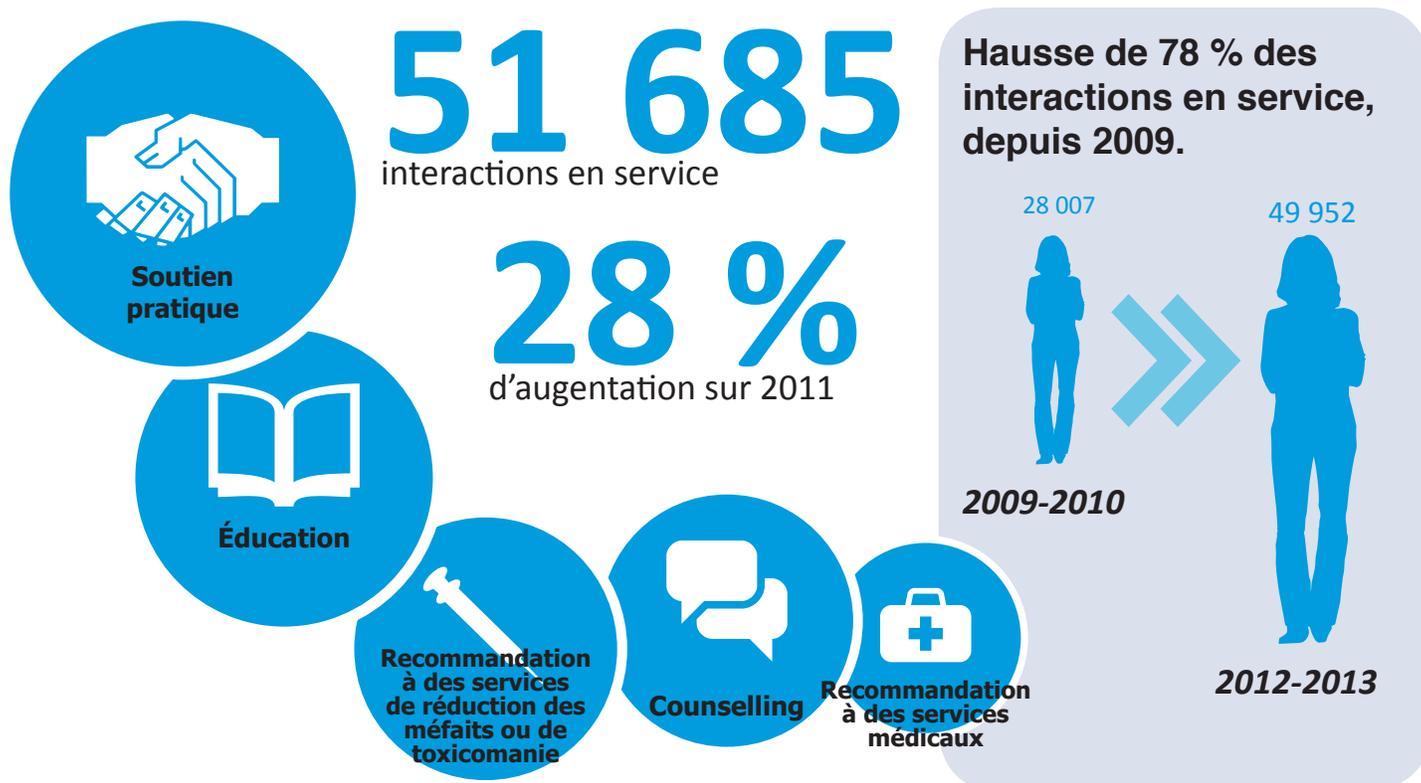
PLUS DE PERSONNES ONT RECOURS AUX SERVICES POUR UDI – SURTOUT POUR UN SOUTIEN PRATIQUE

Les programmes de proximité pour UDI ont déclaré un moins grand nombre d'interactions avec des clients en 2012-2013 (76 881) que l'année précédente (83 133), mais plus de clients ont accédé à des services dans les organismes. En particulier, les programmes ont enregistré une hausse de la demande de soutien pratique, d'éducation, de recommandations et de counselling – ce qui indique qu'ils développent une relation de confiance avec les utilisateurs de drogue, dans la communauté, favorisant une plus grande implication dans les soins.

LES SERVICES AUX UDI DÉVELOPPENT DES RELATIONS AVEC DES ORGANISMES PARTENAIRES

Les lieux où joindre les personnes qui utilisent des drogues sont similaires à ceux des efforts de proximité généraux : rues, parcs et lieux publics, autres organismes communautaires et services mobiles. Les programmes joignent aussi des clients par le biais de cliniques d'entretien à la méthadone et de refuges. De fait, les programmes mettent une emphase particulière sur le développement de partenariats solides avec d'autres organismes qui peuvent servir ou qui servent des personnes qui utilisent des drogues.

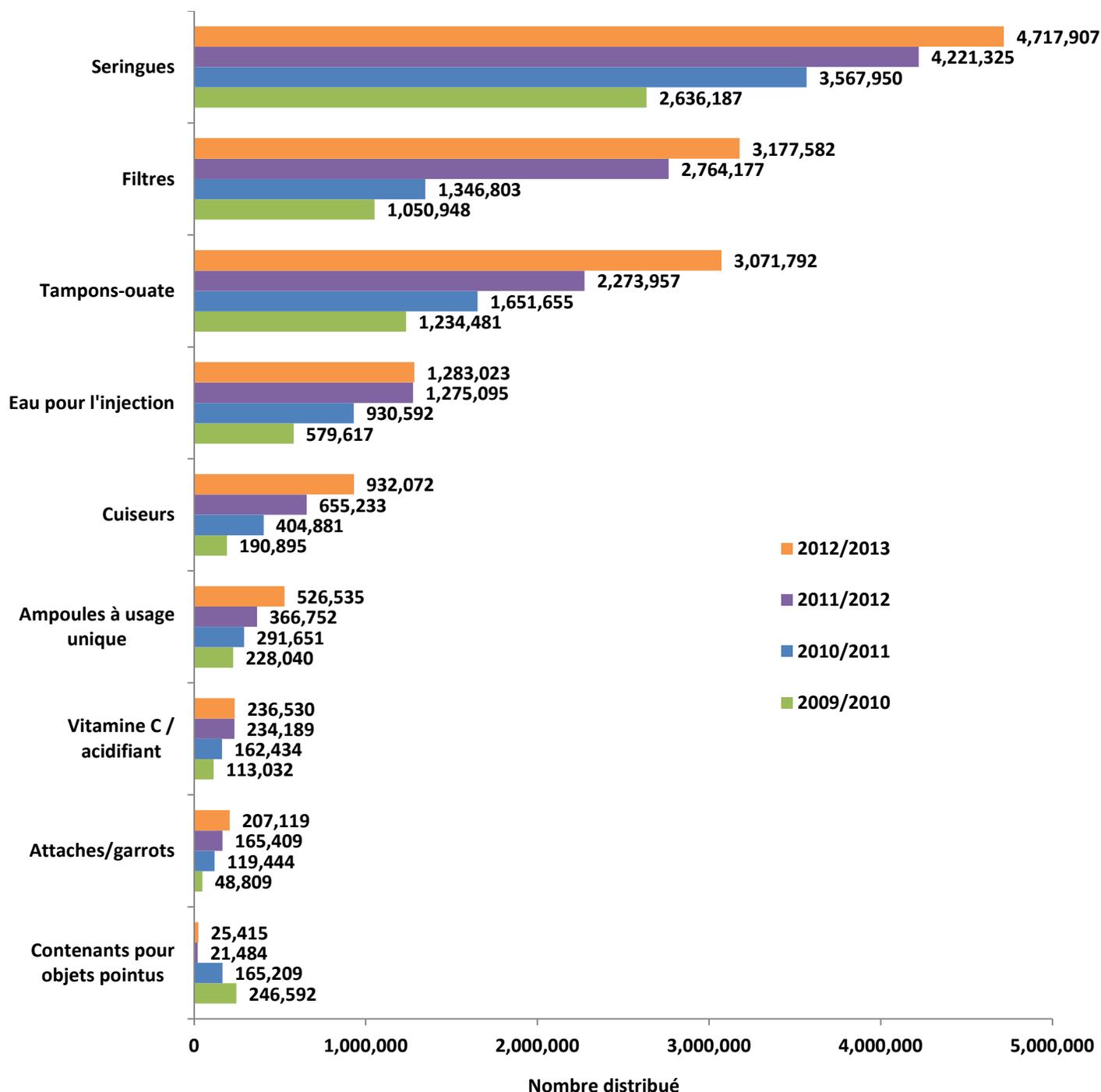
Figure 31 UDI : plus d'interactions en service, principalement pour soutien pratique.



DISTRIBUTION ACCRUE DE FOURNITURES POUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Dans le cadre de leurs services de réduction des méfaits, des programmes distribuent des instruments d'injection et d'inhalation plus sécuritaires de drogue. En 2012-2013, on a observé une hausse marquée (+12 %) du nombre de seringues distribuées et des hausses comparables du nombre de filtres et de tampons d'ouate distribués. Cela est dû aux augmentations déclarées par un certain nombre d'organismes, en particulier dans le sud de l'Ontario. Pendant la même période, on a enregistré en Ontario une diminution marquée des nouveaux diagnostics de VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues (-22 % chez les hommes et -39 % chez les femmes).

Figure 32 Nombre total d'instruments d'injection plus sécuritaire distribués



Les programmes ont aussi fait état d'une hausse de 6 % du nombre de filtres, de pipes et d'allumettes distribués pour susciter des pratiques d'inhalation plus sécuritaires; 34 programmes distribuent à présent du matériel pour l'inhalation plus sécuritaire, comparativement à 33 en 2011-2012.

DÉFIS AUX SERVICES DE PROXIMITÉ POUR UDI ET STRATÉGIES POUR LES VAINCRE

Les organismes ont indiqué rencontrer un certain nombre de défis, dans leurs efforts de réduction des méfaits; notamment :

- **Modifications à la composition et à l'usage des drogues, et répercussions :**

« La modification à la composition de l'Oxy a entraîné une hausse de l'utilisation d'héroïne, de fentanyl et de dilaudid. »

« Vu la composition modifiée de l'Oxy, un nombre croissant de clients ont des abcès. »

« L'introduction d'Oxyneo a fait augmenter les prix, a poussé les utilisateurs vers des opioïdes plus forts (hydromorphone), a créé un marché pour l'héroïne et a entraîné une hausse importante de la consommation de méthamphétamine cristallisée. Il en résulte des dommages aux veines/injections dans le cou, des abcès, des visites à l'urgence, un nombre accru de surdoses et une instabilité générale des utilisateurs. »

- **Demandes accrues pour l'injection de stéroïdes et d'hormones :**

« Un plus grand nombre de personnes transgenre veulent s'injecter elles-mêmes leurs hormones et cherchent de l'information sur l'injection plus sécuritaire. »

« Des utilisateurs de stéroïdes et des personnes trans qui prennent des hormones de substitution ont recours aux services de proximité pour UDI, afin d'obtenir du matériel d'injection plus sécuritaire. »

- **Demande accrue de trousse d'inhalation plus sécuritaire :**

« Nous avons observé une forte demande de trousse d'inhalation plus sécuritaire. 1 500 trousse ont été distribuées. »

- **Nombre accru de surdoses et de décès :**

« On constate une hausse du nombre de surdoses associées directement à l'usage de fentanyl et d'héroïne. »

« Plusieurs surdoses mortelles ont été attribuées à l'usage d'héroïne, ces derniers mois. »

- **Nombre accru de jeunes qui consomment des drogues – en particulier dans le nord :**

« Nous continuons de voir une augmentation du nombre d'individus plus jeunes qui s'injectent des drogues. Il s'agit d'un important changement. Par le passé, les clients UDI d'ATB étaient majoritairement âgés de 20 à 30 ans; à présent, nous constatons une hausse d'environ 50 % chez les 13 à 20 ans. »

« Encore une fois, nous avons remarqué pendant cette période de déclaration qu'un grand nombre de clients de moins de 25 ans avaient eu recours aux services d'échange de seringues pour la première fois. Nous constatons aussi que des clients viennent demander conseil sur les soins appropriés pour des blessures liées à l'injection, comme les abcès. »

En 2012-2013, les organismes ont utilisé diverses stratégies pour vaincre les obstacles et améliorer l'accès aux services pour les personnes qui consomment des drogues, notamment :

- **Développement de relations**

« Nous continuons de travailler à développer une relation de confiance avec la communauté d'utilisateurs de drogue afin d'accroître l'aisance des clients à recourir aux services. Notre période hebdomadaire sans rendez-vous/comité consultatif attire de plus en plus de participants. Plusieurs amènent de nouveaux clients par le biais de ce groupe. »

« Nous cherchons des fonds supplémentaires pour acheter les fournitures requises jusqu'à la fin de l'année et pour le budget de l'an prochain. Nous avons demandé à notre Unité de santé une augmentation du financement pour la prochaine année budgétaire. »

- **Soins pour les abcès**

« Nous avons commencé à préparer des trousse de soins pour les abcès, pour les clients qui ont besoin de bandages stériles et qui n'ont pas recours à des soins médicaux, et nous avons augmenté les ressources disponibles pour prévenir et soigner les abcès. »

« Nous continuons d'impliquer des fournisseurs de services communautaires dans de nouveaux partenariats, y compris une praticienne en soins infirmiers, spécialiste en soins des plaies, qui est disponible une fois par semaine pour répondre aux besoins de tels soins. »

- **Programmes de formation sur la surdose**

« Nous procédons à la mise en œuvre d'un programme communautaire de formation et de distribution de Naxalone, à Niagara, en réponse aux besoins des clients qui utilisent du fentanyl et de l'héroïne de qualité inconnue et des groupes plus jeunes qui sont inexpérimentés et à risque élevé de surdose. »

- **Ressources et programmes pour utilisateurs de stéroïdes**

« En partenariat avec CATIE, [nous avons] développé une ressource nationale à l'intention des utilisateurs de stéroïdes. »

- **Campagnes et programmes pour les jeunes**

« Nous avons modifié nos campagnes de marketing afin d'intéresser un public plus jeune et avons développé un nouveau programme d'implication des jeunes, pour intervenir en particulier auprès des jeunes à risque. »

2 AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES

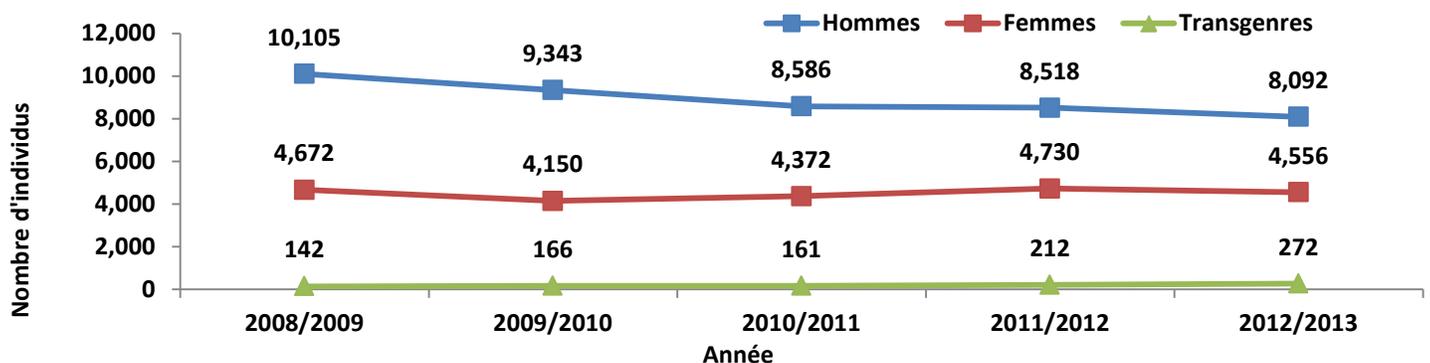
Les activités qui contribuent principalement à l'amélioration de l'accès aux services incluent les services de soutien et les services de proximité s'adressant aux UDI.

SERVICES DE SOUTIEN

LA DEMANDE DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SOUTIEN DEMEURE FORTE

Les rapports des organismes font état de près de 13 000 clients desservis en 2012-2013. (Note : Puisque les clients peuvent recourir à des services de plusieurs organismes, ce nombre est susceptible de ne pas être composé entièrement de clients uniques.) La plupart des clients qui utilisent des services communautaires de soutien sont des hommes (62 %); un tiers sont des femmes; et 2 % sont des personnes trans. Note : La légère diminution du nombre de clients de sexe masculin (<5 %) et de sexe féminin (<4 %) ayant utilisé des services de soutien en 2012-2013 est due principalement à la précision accrue du suivi et des comptes-rendus (c.-à-d., diminution du nombre de doublons indus dans le compte de clients par les organismes).

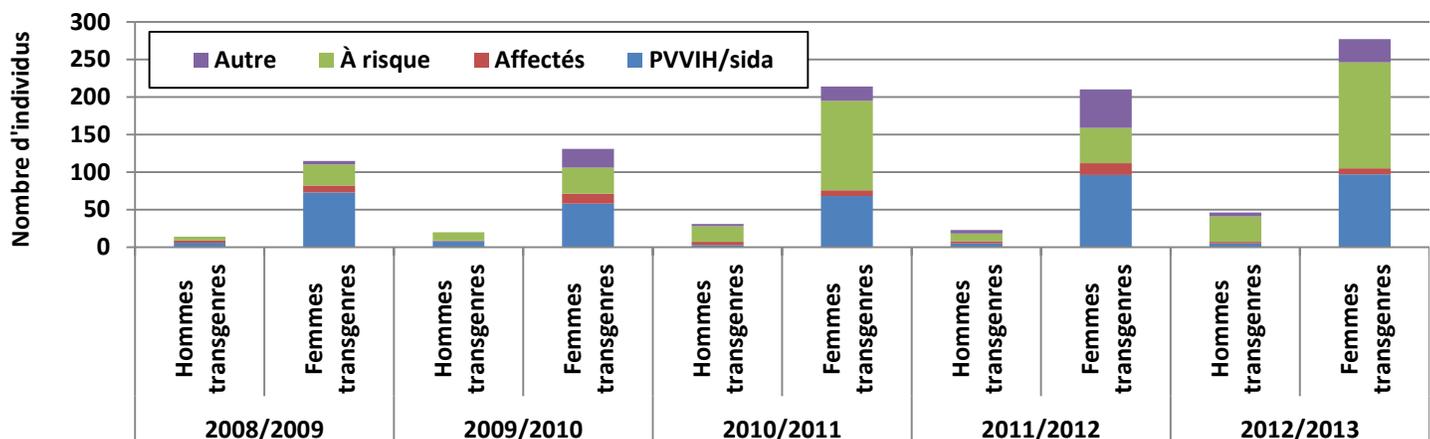
Figure 33 Nombre de clients transgenres qui accèdent à des services de soutien



LES PERSONNES TRANS ACCÈDENT EN PLUS GRAND NOMBRE À DES SERVICES DE SOUTIEN

L'augmentation du nombre de clients trans est un indice extrêmement positif, puisque cette population n'est pas suffisamment reconnue et est mal desservie. En majorité, les clients trans vivent avec le VIH ou sont à risque.

Figure 34 Nombre de clients ayant recours à des services de soutien, par genre



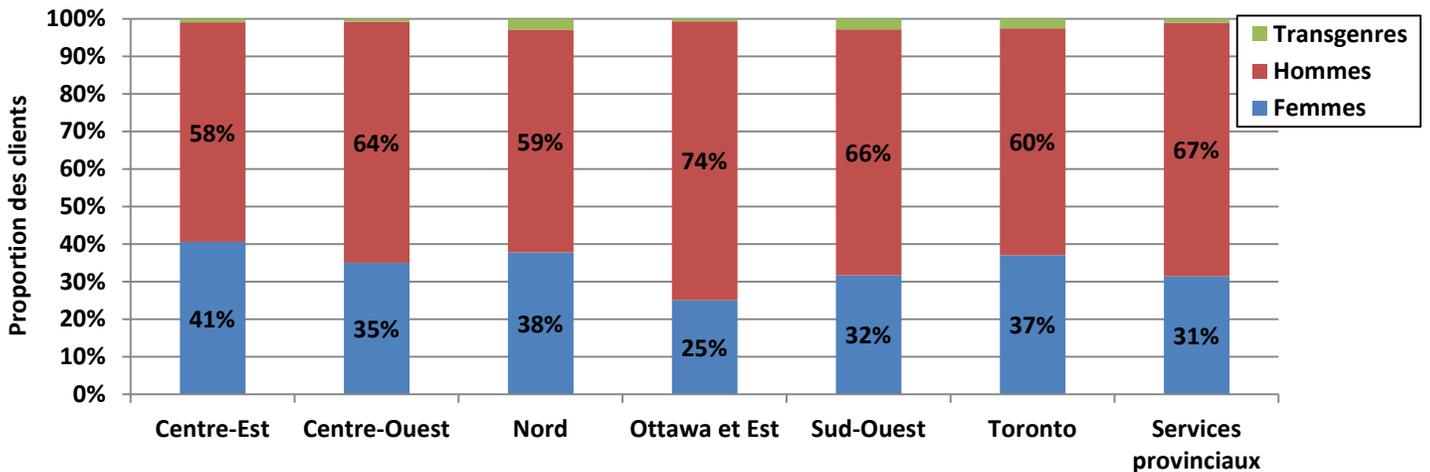
LES FEMMES : 38 % DE LA CLIENTÈLE NOUVELLE ET ENTRE 25 % ET 41 % DU TOTAL DES CLIENTS DANS TOUTES LES RÉGIONS

Les organismes ont déclaré un nombre de 2 354 nouveaux clients pour la première moitié de l'année, et 2 056 dans la seconde moitié (une légère diminution sur l'an dernier); toutefois, comme nous le signalions pour une statistique précédente, il est possible que certaines clientes soient comptées plus d'une fois, car elles peuvent accéder aux services de plusieurs organismes, en particulier à Toronto.

Du point de vue du genre, les femmes comptaient pour 38 % de la nouvelle clientèle, et ce pour les deux moitiés de l'année – ce qui est une part plus grande que les 20 % à 24 % de femmes parmi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. Cette différence indique possiblement que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recourir à des services, ou que les femmes vivant avec le VIH sont plus vulnérables et ont besoin de plus de services de soutien.

Les femmes constituent une proportion considérable de la clientèle des services de soutien dans toutes les régions de la province.

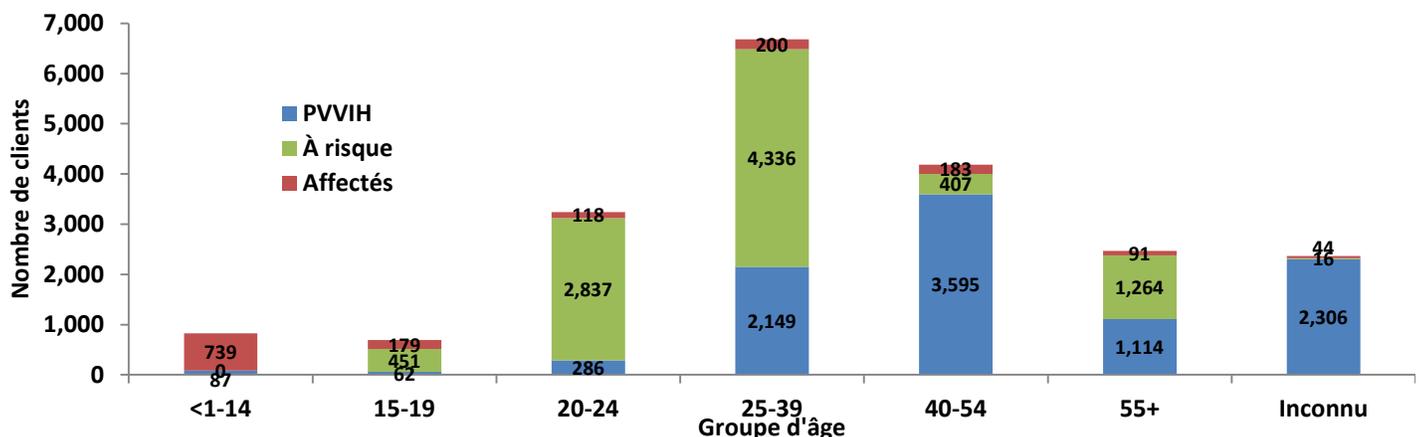
Figure 35 Nombre de clients accédant à des services de soutien par type de client et âge, 2012-2013 M2



LA CLIENTÈLE DES SERVICES DE SOUTIEN PREND DE L'ÂGE

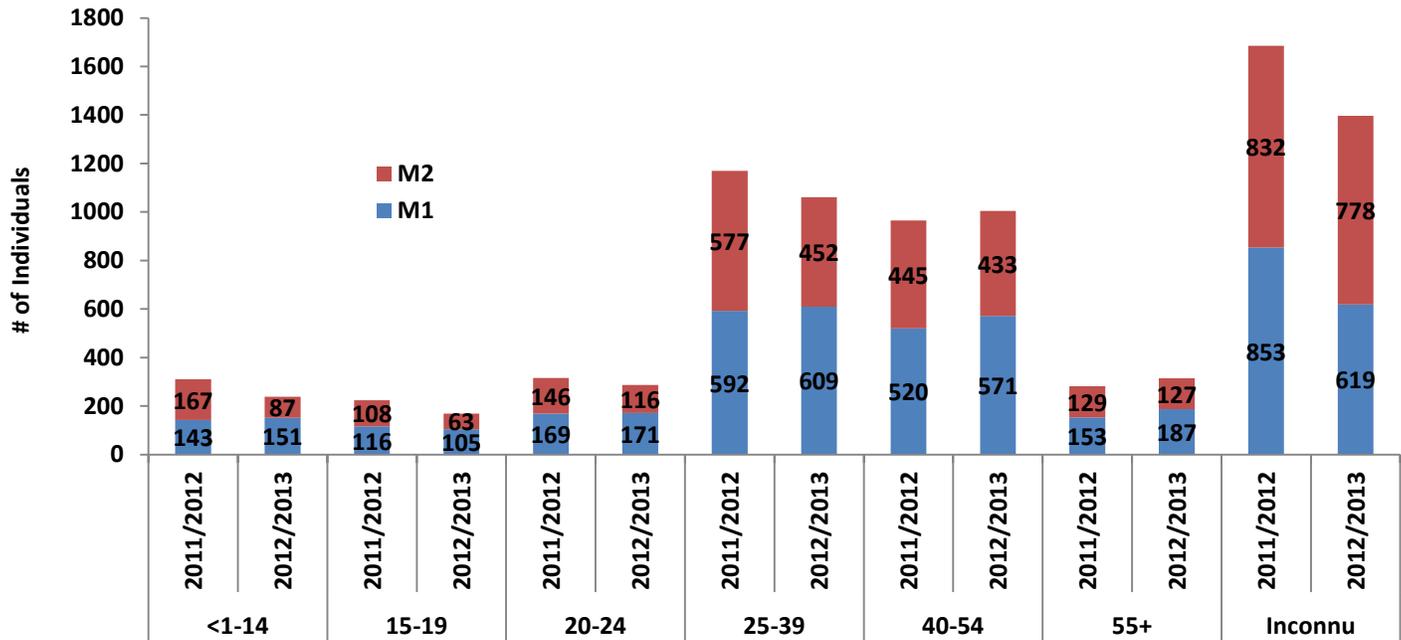
Les organismes – en particulier ceux dont les services sont destinés à des familles – signalent desservir plusieurs enfants dont les parents vivent avec le VIH. En général, cependant, les programmes communautaires desservent des clients plus âgés.

Figure 36 Nombre de clients par groupe d'âge



L'âge des clients ne dépend pas simplement du fait que des clients diagnostiqués dans le passé (donc qui vieillissent avec le VIH) continuent d'obtenir des services au fil du temps. Les programmes communautaires observent une augmentation du nombre de nouveaux clients qui ont plus de 40 ans, et plus de 55 ans également. Ceci coïncide avec l'augmentation du nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans les groupes d'âge plus avancé. (Note : Le grand nombre de clients d'âge inconnu est attribuable à un programme de services juridiques où l'on ne collecte pas d'information sur l'âge des clients.)

Figure 37 Nombre de clients par groupe d'âge

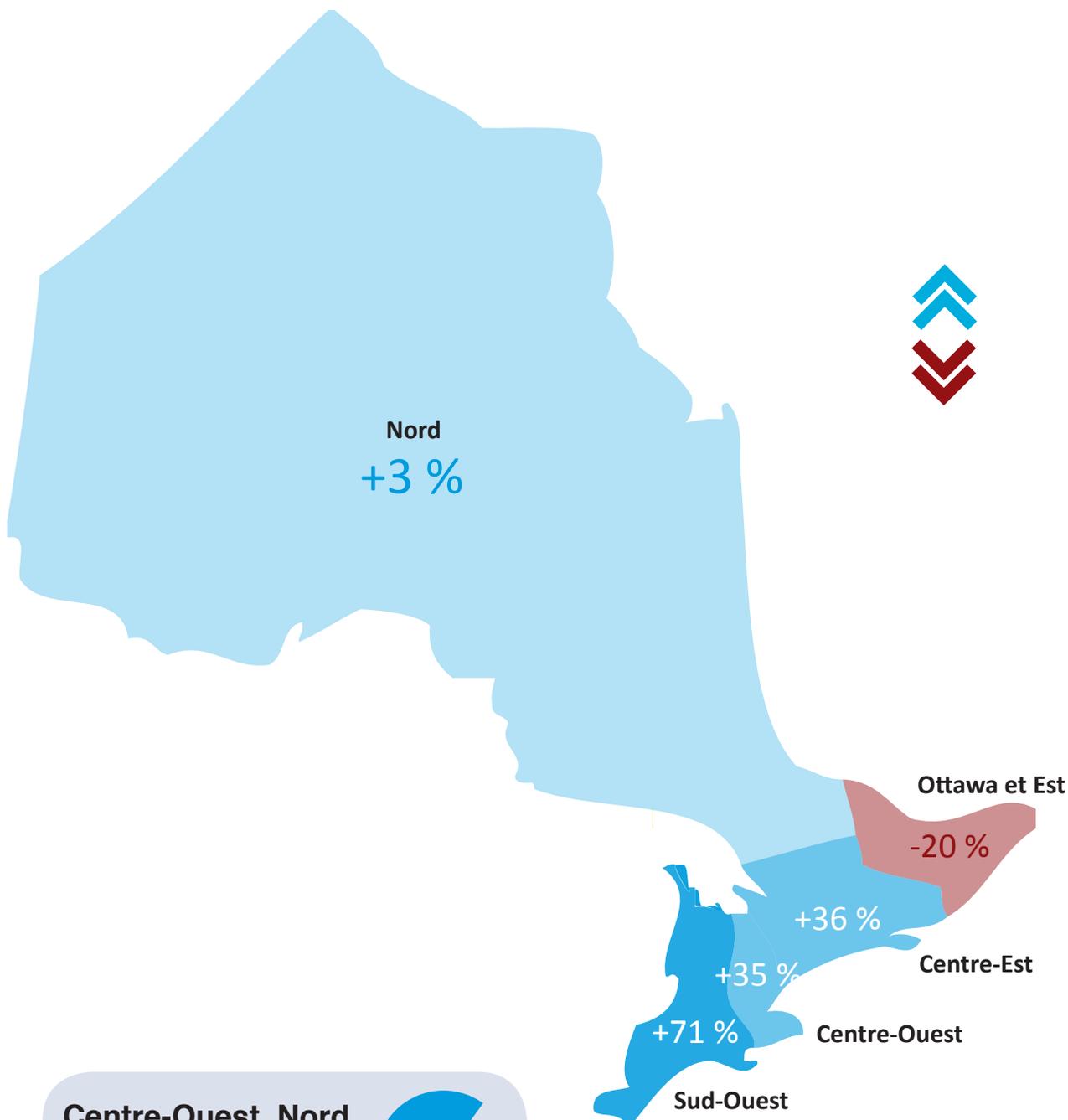


Cette tendance est probablement un reflet de plusieurs facteurs : le vieillissement des personnes qui vivent avec le VIH depuis un certain temps, le nombre accru de personnes qui reçoivent un diagnostic d'infection à VIH à un âge plus avancé, et l'impact de traitements améliorés et susceptibles de faire en sorte que les plus jeunes qui sont diagnostiqués arrivent mieux à maintenir la santé, un emploi, un revenu et des réseaux sociaux, et en conséquence n'auraient pas le même besoin de services.

DANS TOUTES LES RÉGIONS, ON REÇOIT DES CLIENTS PLUS ÂGÉS

Toutes les régions, à l'exception d'Ottawa et Est ontarien, ont fait état d'une augmentation du nombre de clients de plus de 55 ans. Dans la région Ottawa et Est, en dépit d'une diminution de 20 % du nombre de clients de services de soutien ayant 55 ans et plus (de 90 à 72 clients), plus de la moitié de la clientèle a 40 ans ou plus. La diminution du nombre de clients plus âgés, dans cette région, peut être attribuable à une hausse du nombre de décès (voir Figure 39). Dans le Sud-Ouest, le nombre de clients de plus de 55 ans a augmenté de 52 à 89 (71 %). Dans le Centre-Ouest, on a mesuré une augmentation de 35 % sur l'année précédente (de 67 à 91). Une importante proportion de ces changements semble due au vieillissement de la clientèle existante. Bien que le nombre de clients de plus de 55 ans à Toronto ait augmenté de 5 % (de 603 à 661), ce groupe n'y constitue que 8 % de la clientèle. La majorité est âgée de 25 à 54 ans.

Figure 38 Presque toutes les régions ont déclaré une augmentation du nombre de clients de plus de 55 ans



Centre-Ouest, Nord, Ottawa et Est

60%

En 2012-2013, plus de 50 % des clients de services de soutien dans le Centre-Ouest et le Nord avaient 40 ans ou plus. La seule région qui a connu une augmentation du nombre de clients jeunes est Ottawa et Est.

Toronto

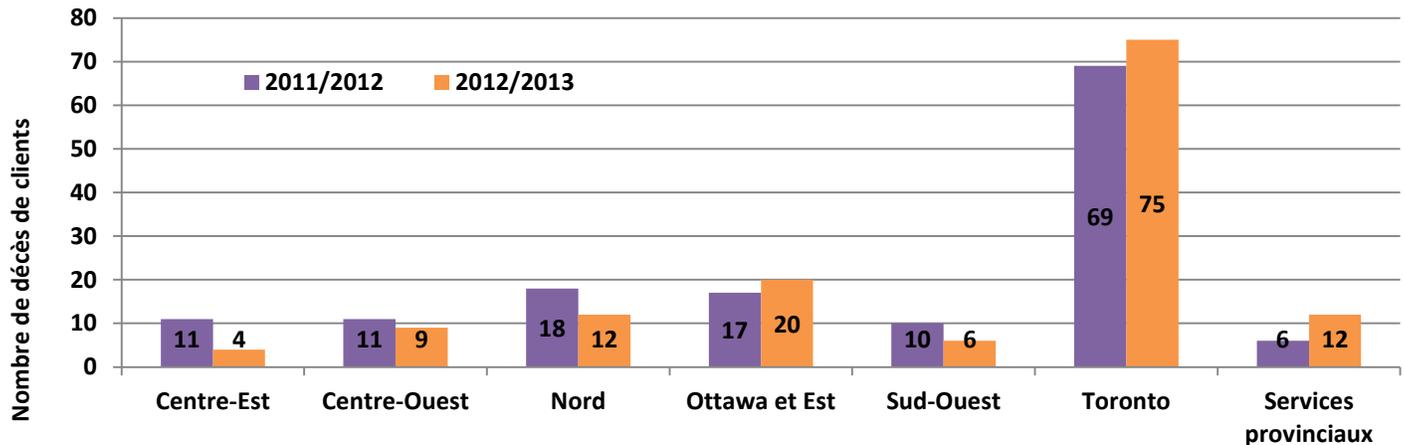
Le bassin de clients de 55 ans et + à Toronto a augmenté de 5 %. Ce bassin constitue 8 % du total des clients de Toronto, le plus faible de toutes les régions.

+5 %

NOMBRE PLUS ÉLEVÉ DE DÉCÈS

À mesure que les personnes vivant avec le VIH prennent de l'âge, d'autres décès se produisent. Les programmes ont déclaré au total 138 clients décédés en 2012-2013 (toutefois, certains décès peuvent avoir été comptés plus d'une fois, si la personne accédait aux services de plus d'un programme). En comparaison avec l'année précédente, Toronto et la région d'Ottawa et de l'Est ont observé une augmentation du nombre de décès.

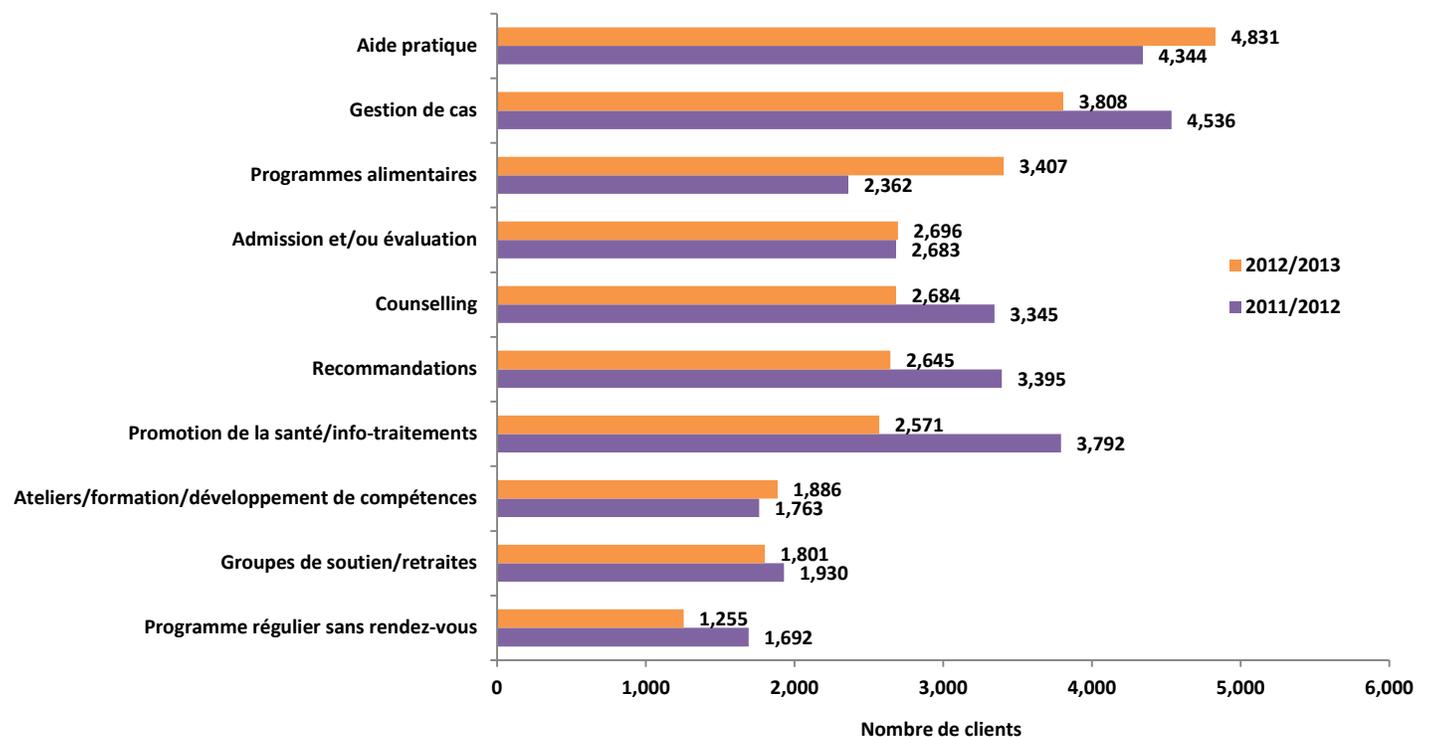
Figure 39 Nombre de décès de clients par région, 2012-2013



DEMANDE ACCRUE AUPRÈS DES PROGRAMMES DE AIDE PRATIQUE ET DE NUTRITION, EN 2012-2013

Les organismes ont fait état d'une augmentation au chapitre des services de aide pratique, l'an dernier, de même que des clients qui ont recours à des programmes de nutrition – ce qui peut indiquer qu'un nombre accru de clients est aux prises avec la pauvreté.

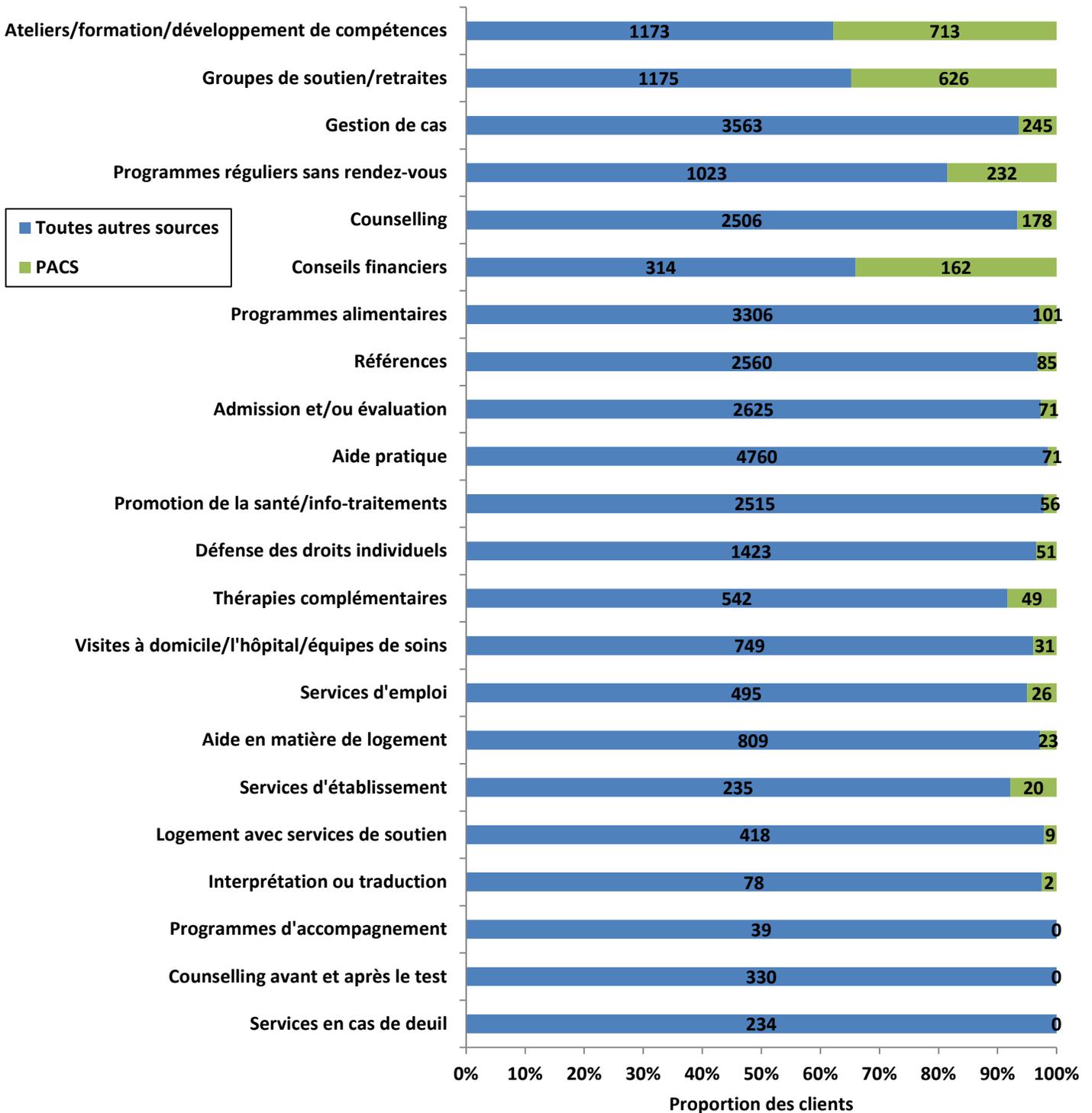
Figure 40



LE FINANCEMENT DU PACS APPUIE PRINCIPALEMENT DES SERVICES DE COUNSELLING FINANCIER, DE FORMATION, DE GROUPES DE SOUTIEN, D'ACCUEIL RÉGULIER AINSI QUE D'ÉTABLISSEMENT

Les organismes qui ont reçu des fonds du PACS pour fournir des services de soutien ont utilisé principalement cet argent pour renforcer leur capacité d'offrir du counselling financier, des ateliers de formation, des programmes réguliers d'accueil sans rendez-vous ainsi que des services d'établissement.

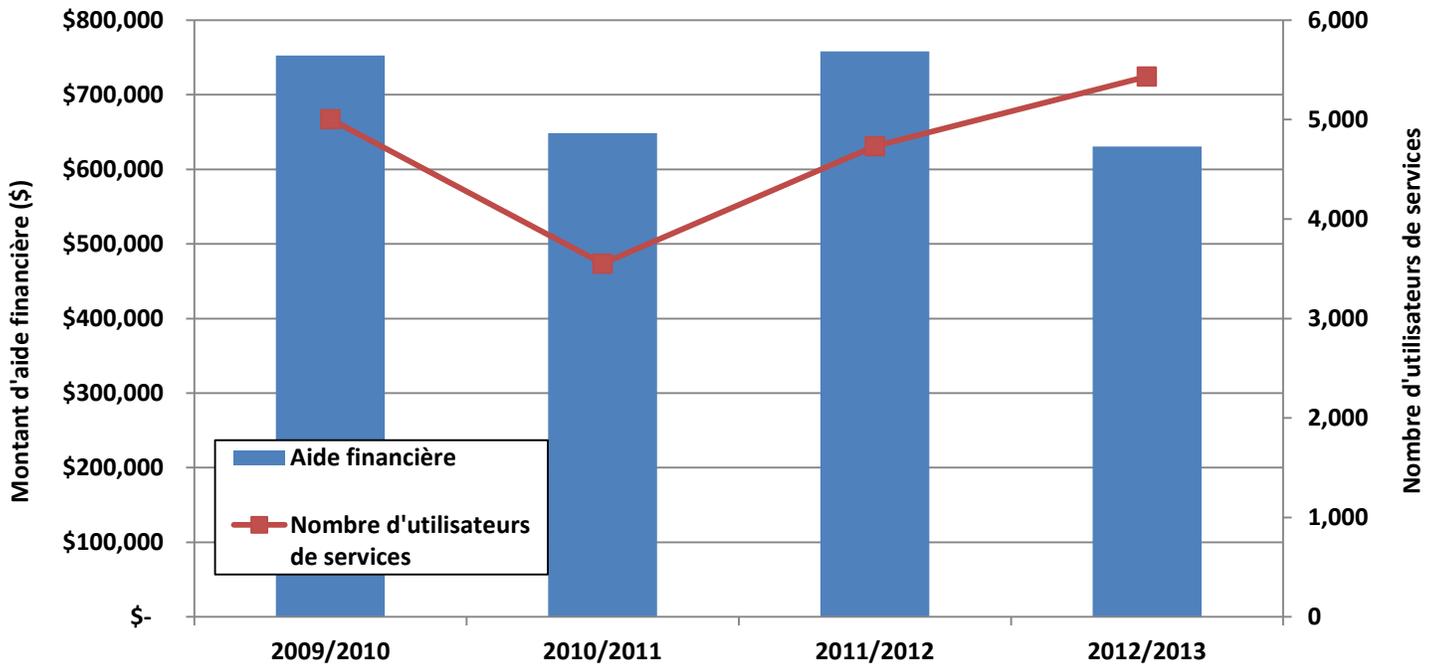
Figure 41 Assistance financière distribuée, par région



NOMBRE ACCRU DE CLIENTS DANS LE BESOIN, ASSISTANCE FINANCIÈRE MOINDRE

En 2012-2013, les programmes ont distribué moins d'assistance financière, et la somme disponible a été partagée avec un plus grand nombre de personnes. Il semble y avoir une augmentation de la demande d'assistance financière, mais une diminution de la capacité de fournir ce service.

Figure 42 Assistance financière



Le total en assistance financière varie considérablement, d'un endroit à un autre dans la province; il est conditionné en grande partie par l'ampleur de l'épidémie dans chaque région et par la capacité locale de fournir du soutien financier. Les plus fortes diminutions, en 2012-2013, ont été observées à Toronto, dans le Sud-Ouest et dans le Centre-Ouest; toutefois, chacune des régions a versé moins d'assistance financière qu'au cours de l'année précédente.

Figure 43 Assistance financière distribuée, par région

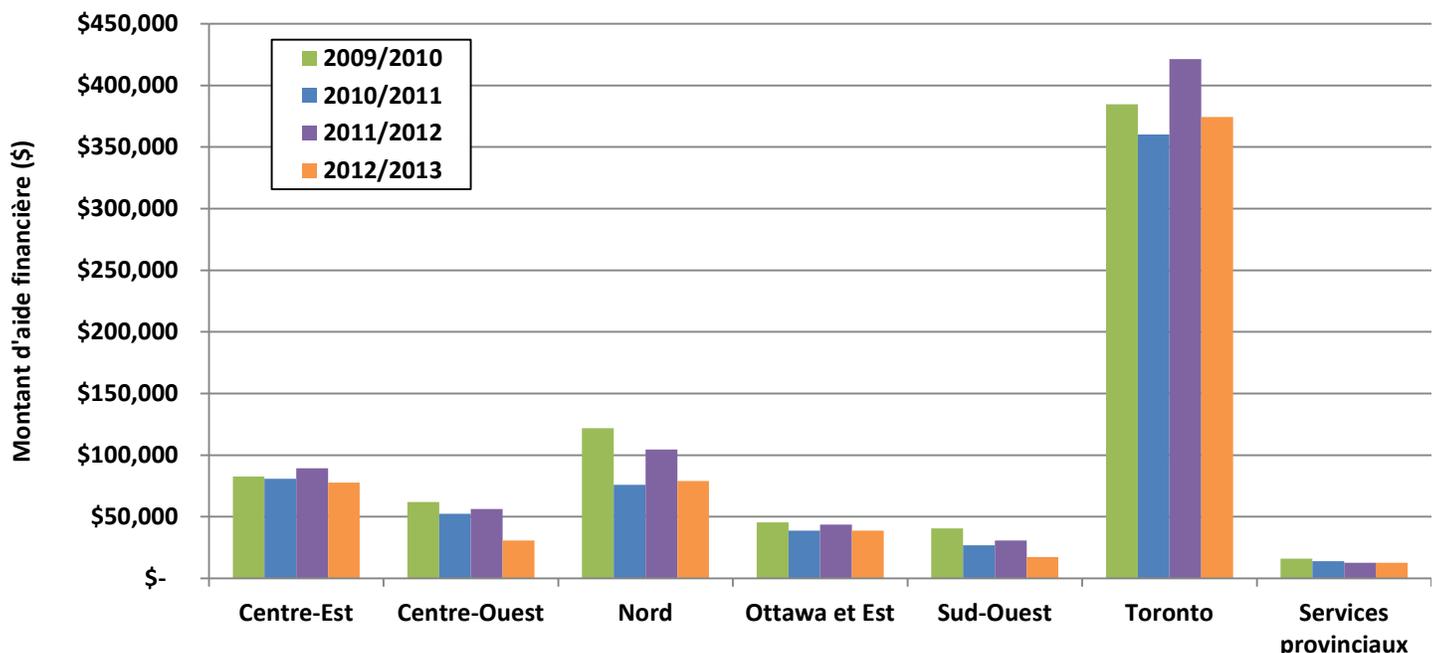
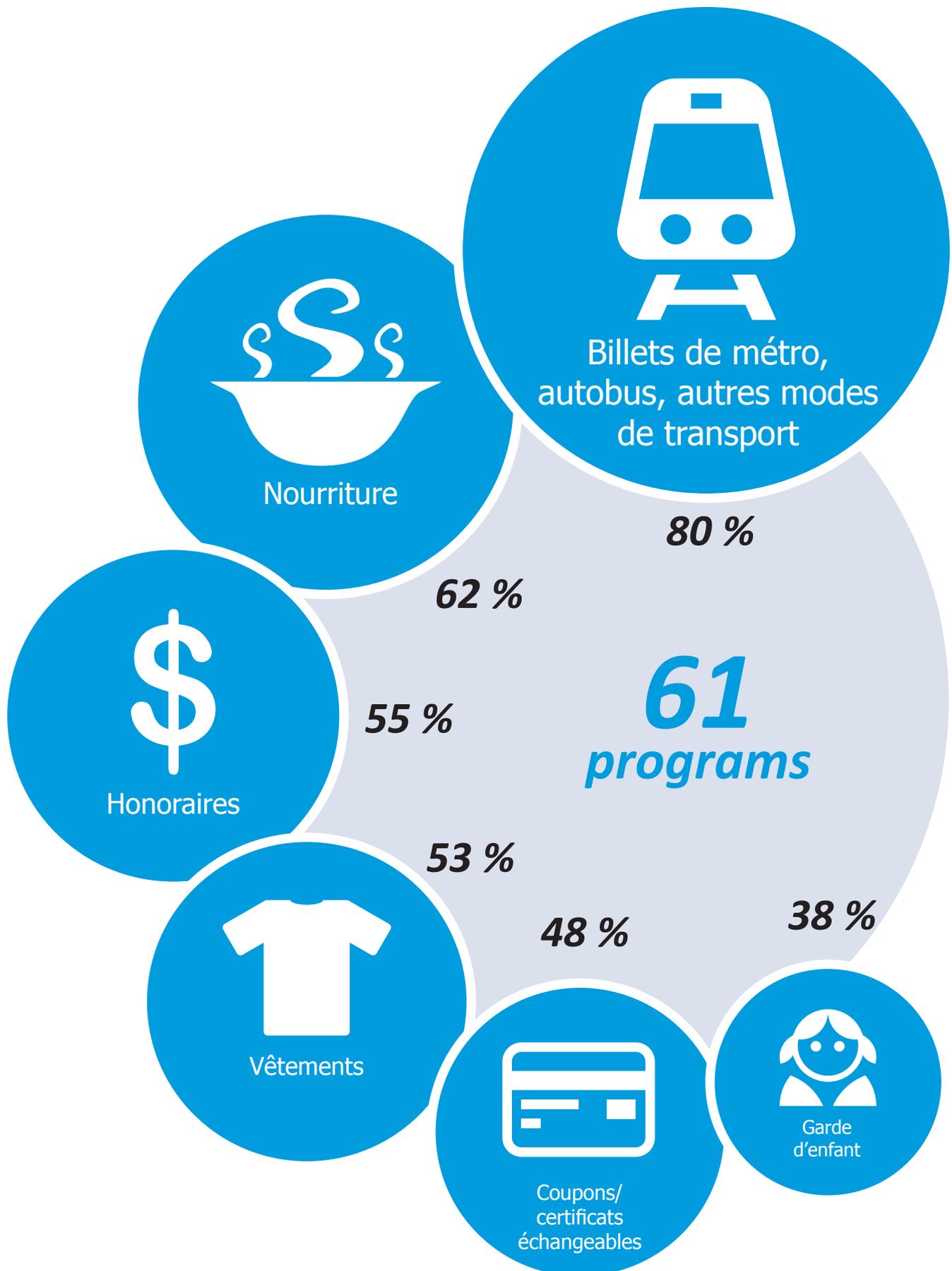


Figure 44 Quel type d'assistance financière les clients reçoivent-ils?



OBSTACLES AUX SERVICES DE SOUTIEN ET STRATÉGIES POUR LES RÉSOUDRE

Les organismes ont identifié plusieurs défis dans la prestation de services de soutien efficaces et cohérents; notamment :

- **Services d'immigration.** La demande de services de soutien en matière d'immigration, venue de nouveaux arrivants, a connu une augmentation fulgurante.
« Nous travaillons en contact étroit avec des avocats en immigration et l'ASFC afin d'aider les clients dans leur démarche de demande pour des considérations humanitaires, ou dans un processus en lien avec une possibilité de déportation; nous tentons de faire en sorte qu'ils sachent où trouver des ressources dans leur pays d'origine. »
- **Besoins complexes.** Une hausse marquée est observée dans le nombre de cas d'enjeux concomitants de toxicomanie et de santé mentale.
« Répondre aux tendances émergentes. Pour satisfaire aux demandes susmentionnées, l'unité du soutien a amorcé de nouveaux partenariats et continue de travailler en collaboration avec d'autres fournisseurs, à fournir des services à des personnes vivant avec le VIH/sida dans une approche de soutien holistique. Nous dirigeons des clients vers les McEwan House, Fred Victor, Fife House, Casey House et Women's Health in Women's Hands, pour du soutien en matière de logement, de toxicomanie et de santé mentale. Des clients sont dirigés vers le Sherbourne Health Centre pour des services de thérapies complémentaires. La [Toronto] PWA continue de fournir des éléments de nutrition à des clients. Le coordonnateur du soutien accompagne à des rendez-vous médicaux les clients qui ont des problèmes d'observance thérapeutique, et il développe un plan de gestion de cas avec chacun. »
- **Services de navigation.** Des clients ont besoin d'assistance pour trouver leur voie dans les systèmes complexes de la santé et des prestations.
« Le rôle de pair navigateur s'avère un modèle très efficace pour répondre à la demande accrue d'accès aux services et en matière d'immigration. Des partenariats avec des organismes comme les cliniques juridiques HALCO et SALCO (South Asian Legal Clinic of Ontario) revêtent une valeur inestimable. D'autres liens sont également établis, avec des spécialistes, médecins, psychothérapeutes et services d'établissement. Le personnel de soutien reçoit une formation appropriée et des occasions de développement professionnel adéquat au sujet des thèmes susmentionnés ainsi que de ceux apparus au cours des années précédentes, comme le vieillissement et l'observance thérapeutique. »
- **Assistance pratique.** La demande est à la hausse.
« Nous fournissons les systèmes nécessaires à soutenir efficacement les femmes, y compris en développant des interventions éclairées en cas de traumatisme. Une avocate vient pro bono, une fois par mois, aider des femmes en vue du dépôt de leurs documents de demande d'immigration. Nous dirigeons également des femmes vers l'HALCO, pour du soutien. Une intervenante en logement vient une fois la semaine aider des femmes qui ont des problèmes de logement. »
- **Criminalisation.** Le nombre de demandes de conseils et de soutien en lien avec la criminalisation a connu un pic.
« Comme nous l'indiquons ci-dessous, un certain nombre de clients ont des inquiétudes relationnelles, concernant la criminalisation du non-dévoilement de leur séropositivité au VIH. Pour répondre à cette situation, nous planifions des séances d'information afin de rehausser les connaissances des PVVIH/sida, quant aux exigences changeantes du droit et à des répercussions dans la vie des femmes et des membres de communautés ethniques. »

- **Vieillesse avec le VIH.** Le nombre de demandes de soutien concernant le VIH et les enjeux du vieillissement demeure à la hausse.

« On a fait état d'un groupe de survivants de longue date qui répond à certains besoins de ses participants. Ils ont procédé à un «examen à vie» de leur parcours avec le VIH. À partir de cet exercice narratif, le groupe a identifié des enjeux pour des discussions futures, comme la planification financière, le dévoilement de la séropositivité, la délégation de pouvoirs et le testament ainsi que le vieillissement avec le VIH. Des discussions pratiques avec les clients incluent la préparation à composer avec des difficultés liées aux éléments climatiques – pannes de courant, troubles de mobilité et isolement social. »

- **Problèmes de transport**

« Nous sommes en pourparlers avec APH [Santé publique Algoma], et travaillons à faire en sorte qu'un infirmier visite notre bureau périodiquement pour fournir un service de dépistage au point de service. C'est une mesure importante, puisque nous sommes situés au centre-ville. Les jeudis matins sont un moment réservé aux services cliniques; les clients/patients voient leur spécialiste du VIH de Sudbury tout en étant dans le confort de notre bureau. Ceci a éliminé le voyage et a permis des économies financières considérables au Programme de subventions aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport, puisque l'aller-retour entre Sault St Marie et Sudbury coûte 309,10 \$. L'argent économisé jusqu'au 1er octobre 2012 est d'approximativement 13 000 \$. L'amélioration de la santé des clients/patients s'ajoute aux économies, de même que leur gain en qualité de vie.

3. RENFORCER LES CAPACITÉS

Les activités qui contribuent à renforcer les capacités incluent celles qui aident des individus et des organismes à développer des compétences. Les initiatives de renforcement des capacités individuelles incluent les programmes entre pairs. Celles qui renforcent les capacités organisationnelles incluent les programmes de bénévoles ainsi que la formation et d'autres services fournis par des organismes de ressources provinciales.

BÉNÉVOLES

LE SECTEUR COMMUNAUTAIRE DU VIH EN ONTARIO DÉPEND FORTEMENT DES BÉNÉVOLES

En 2012-2013, les bénévoles ont fourni des services d'une valeur équivalant à 4,9 millions \$, soit une légère diminution par rapport à 2011-2012 (5,08 millions \$).

 250,000+ volontaires
communautaires ...

 ... à 4,9 millions de
dollars de service ...

 ... avant tout pratique et
du soutien administratif.



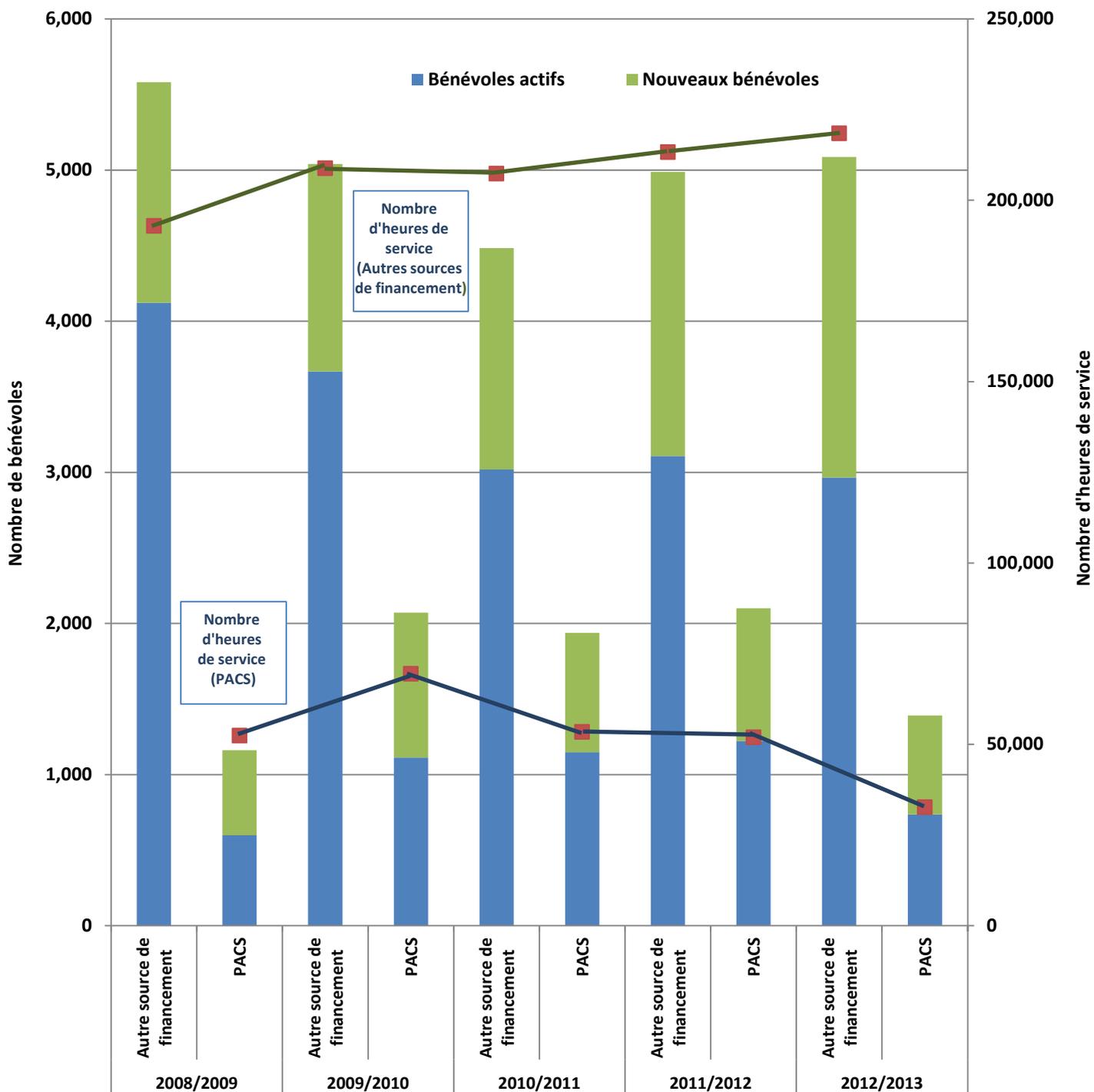
La concurrence est de plus en plus forte, parmi les organismes à but non lucratif et établissements du monde des arts, pour les heures de bénévolat; par conséquent, les programmes communautaires liés au VIH doivent continuer d'offrir des occasions qui attireront et retiendront des bénévoles. En général, en 2012-2013, les programmes ont su attirer un nombre accru de bénévoles, qui ont fait don d'un plus grand nombre d'heures. On observe une diminution dans les programmes de bénévolat financés par le PACS, en raison de l'échéance du financement de certains programmes en mars 2012.

Figure 45 Bénévoles et avantages équivalents en dollars

Poste bénévole	Question de l'OERVSCO	Classification nationale des professions (CNP)	Nombre total d'heures de bénévolat au cours des 12 derniers mois* (A)	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 × taux horaire moyen d'après la CNP (C)	Avantages sociaux 12% (D)	Valeur totale (C+D)
Administration (services de soutien, réception, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en administration	"Employés de soutien général de bureau 1411"	38,369	15.25 \$	585,127.25 \$	70,215.27 \$	655,342.52 \$
Gouvernance (conseil d'administration, 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	20,331	39.00 \$	792,899.25 \$	95,147.91 \$	888,047.16 \$
Services de soutien (aide aux personnes vivant avec le VIH/sida, soutien par les pairs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en aide pratique et counselling	Travailleurs des services sociaux et communautaires 4212	60,226	39.00 \$	2,348,814.00 \$	281,857.68 \$	2,630,671.68 \$
Prévention (outreach, targeted education, etc)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux activités de prise de contact	Travailleurs des services sociaux et communautaires 4212	15,667	39.00 \$	611,013.00 \$	73,321.56 \$	684,334.56 \$
Collecte de fonds (marches, campagnes de collecte de fonds, 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	20,231	39.00 \$	789,009.00 \$	94,681.08 \$	883,690.08 \$
Événements publics (conférences, événements spéciaux comme 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 général de bureau 1411"	46,316	39.00 \$	1,806,324.00 \$	216,758.88 \$	2,023,082.88 \$
Ressources humaines	12.2 Nombre total des heures de bénévolat relatives aux activités de dotation et d'élaboration des politiques et procédures	Professionnels en ressources humaines 1121	1,610	39.00 \$	62,790.00 \$	7,534.80 \$	70,324.80 \$
Soutien des TI	12.2 Nombre total des heures de bénévolat dans des activités de soutien des TI	Concepteurs et développeurs Web 2175	535	39.00 \$	20,865.00 \$	2,503.80 \$	23,368.80 \$
Total					\$4,381,217.57		\$4,906,963.68

* Ajouter les heures de vos rapports H1 et H2 à l'OERVSCO

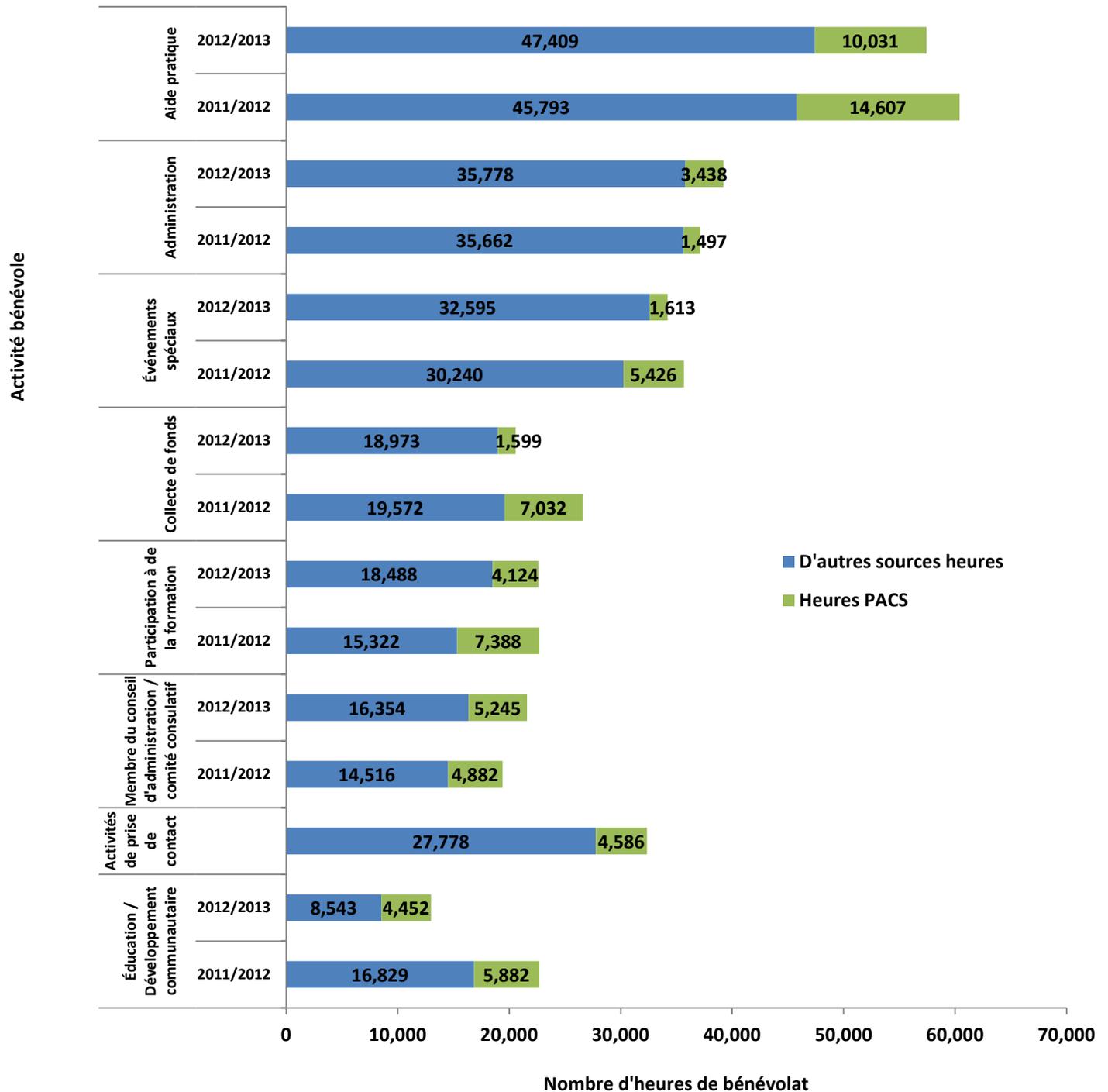
Figure 46 Bénévoles (nombre total de nouveaux bénévoles et nombre moyen de bénévoles actifs) et heures de service, PACS et autres sources de financement



LES BÉNÉVOLES SONT CRUCIAUX AU SOUTIEN PRATIQUE, À L'ADMINISTRATION ET AUX ÉVÉNEMENTS SPÉCIAUX

Les bénévoles semblent consacrer la plus grande part de leurs heures au soutien pratique, à l'administration et aux événements spéciaux.

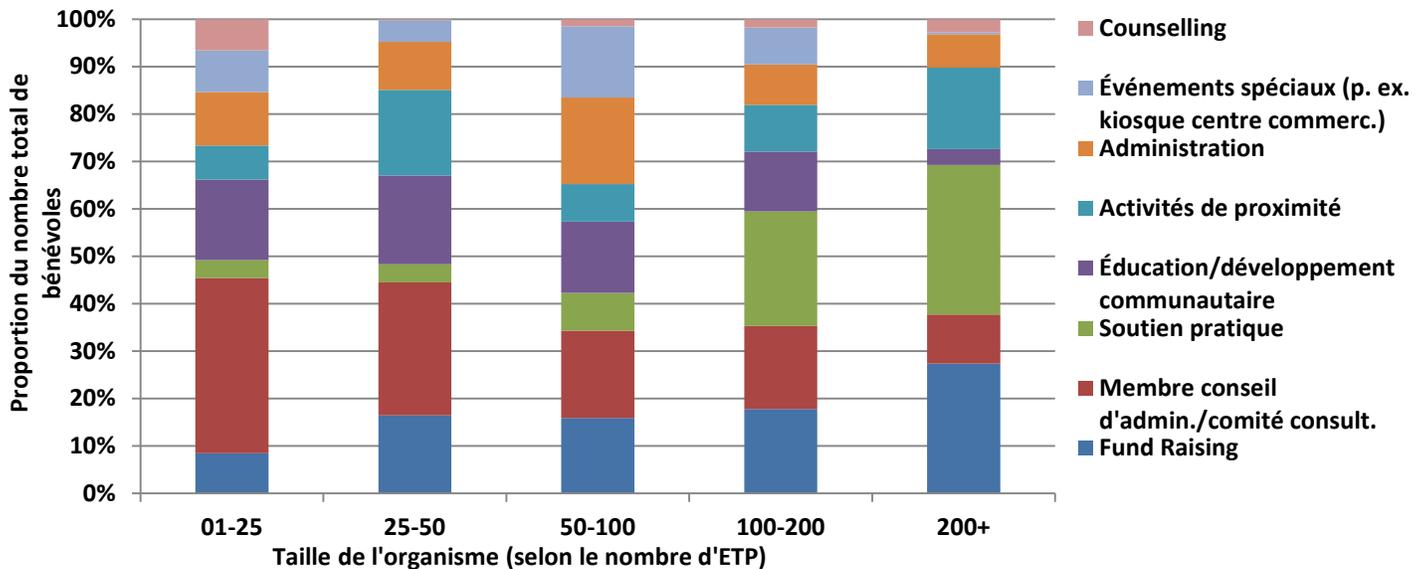
Figure 47 Pour activités sélectionnées – Total des heures de bénévolat par source de financement, 2010 et 2011



UN NOMBRE ACCRU DE BÉNÉVOLES MODIFIE-T-IL LA FAÇON DE FOURNIR DES SERVICES?

Les organismes qui ont un grand nombre de bénévoles – soit plus de 100 – sont plus susceptibles d’en assigner une forte proportion à la collecte de fonds, au soutien pratique et à des activités de proximité. En revanche, les organismes qui ont moins de bénévoles sont plus enclins à les impliquer dans leur conseil d’administration, le développement communautaire et l’administration. Les organismes ayant un grand nombre de bénévoles ne semblent pas avoir besoin de leur soutien pour les technologies de l’information, les politiques et procédures ou l’embauche – probablement parce qu’ils ont la capacité d’assigner ces tâches à des employés rémunérés.

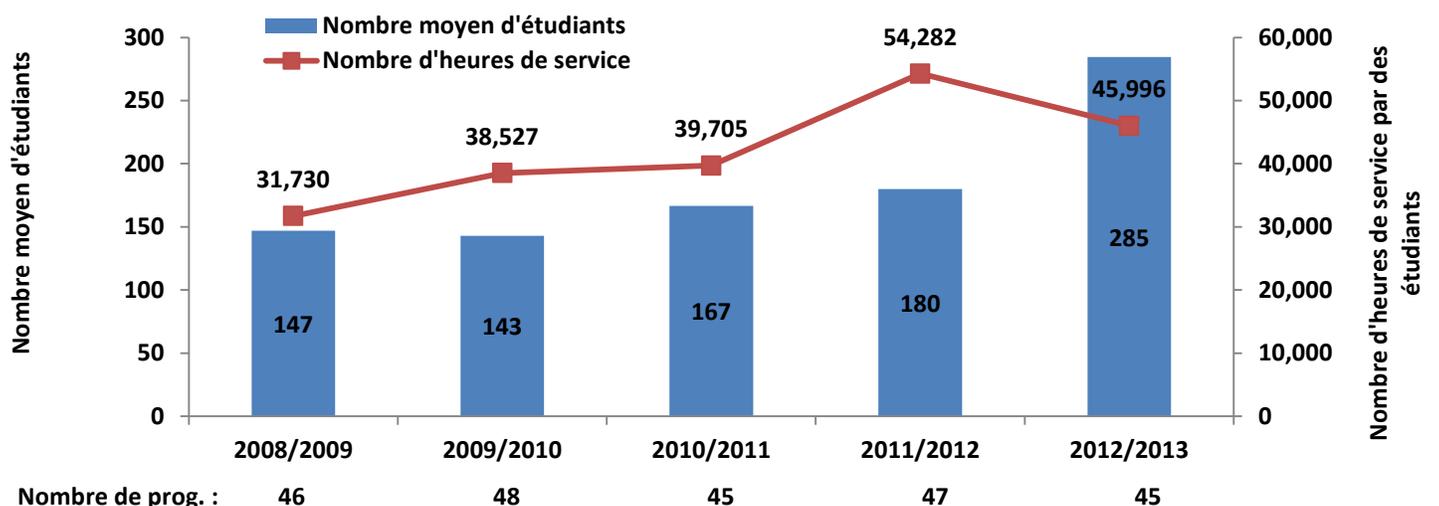
Figure 48 Proportion de bénévoles impliqués dans des activités (sélectionnées), selon l’effectif de bénévoles de l’organisme



UN PLUS GRAND NOMBRE D'ÉTUDIANTS BÉNÉVOLES, MAIS DONNANT MOINS D'HEURES DE SERVICE

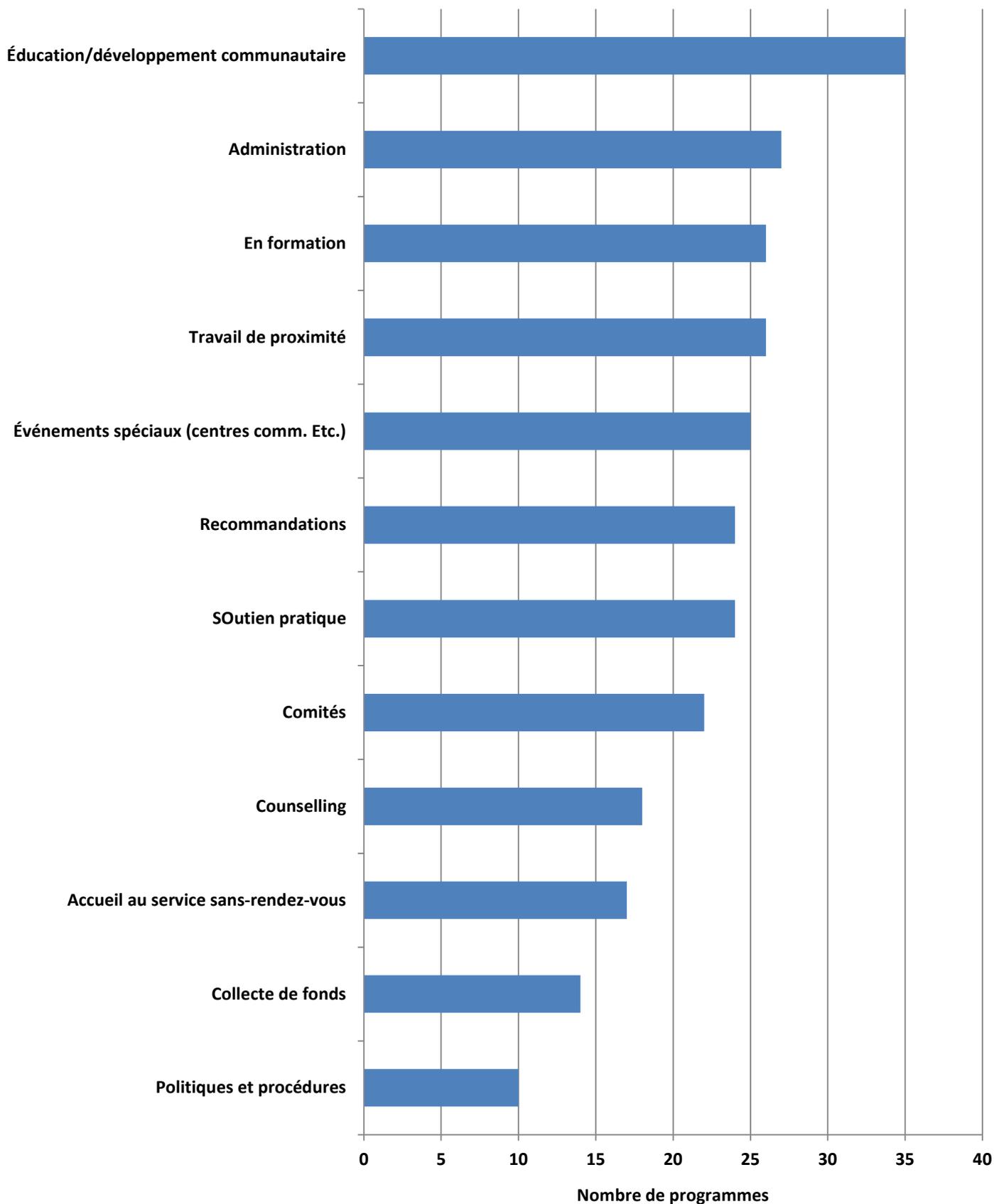
Les programmes communautaires liés au VIH ont tiré très bon parti des nouvelles exigences de bénévolat étudiant du programme d’études secondaires de l’Ontario. En 2012-2013, ils ont attiré plus d’étudiants; toutefois, ceux-ci ont donné moins d’heures de service. Le recrutement d’étudiants n’est pas uniquement bénéfique au programme à court terme, car il expose aussi les jeunes au secteur du VIH et ceux-ci pourraient envisager d’y travailler au cours de leur carrière.

Figure 49 Placements d’étudiants



Les organismes impliquent des étudiants dans un vaste éventail d'activités, avec un point de mire sur l'éducation et le développement communautaire.

Figure 50 Nombre de programmes ayant déclaré des activités étudiantes, M2 2012

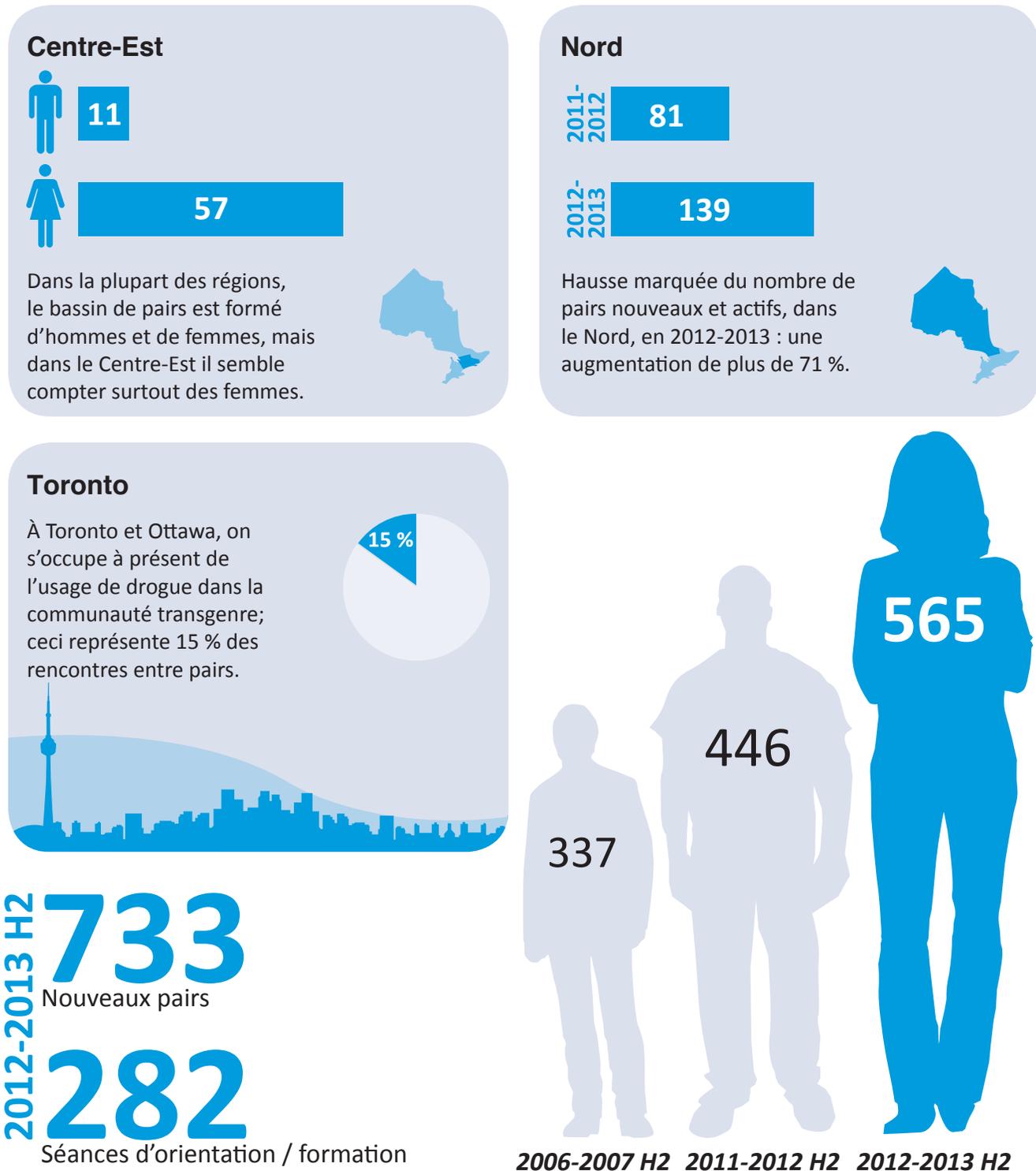


PROGRAMMES ENTRE PAIRS

Bien que tous les organismes communautaires impliquent dans leurs programmes et services des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter, seuls les programmes de proximité pour UDI sont tenus d'impliquer des pairs et de rendre des comptes sur cette implication.

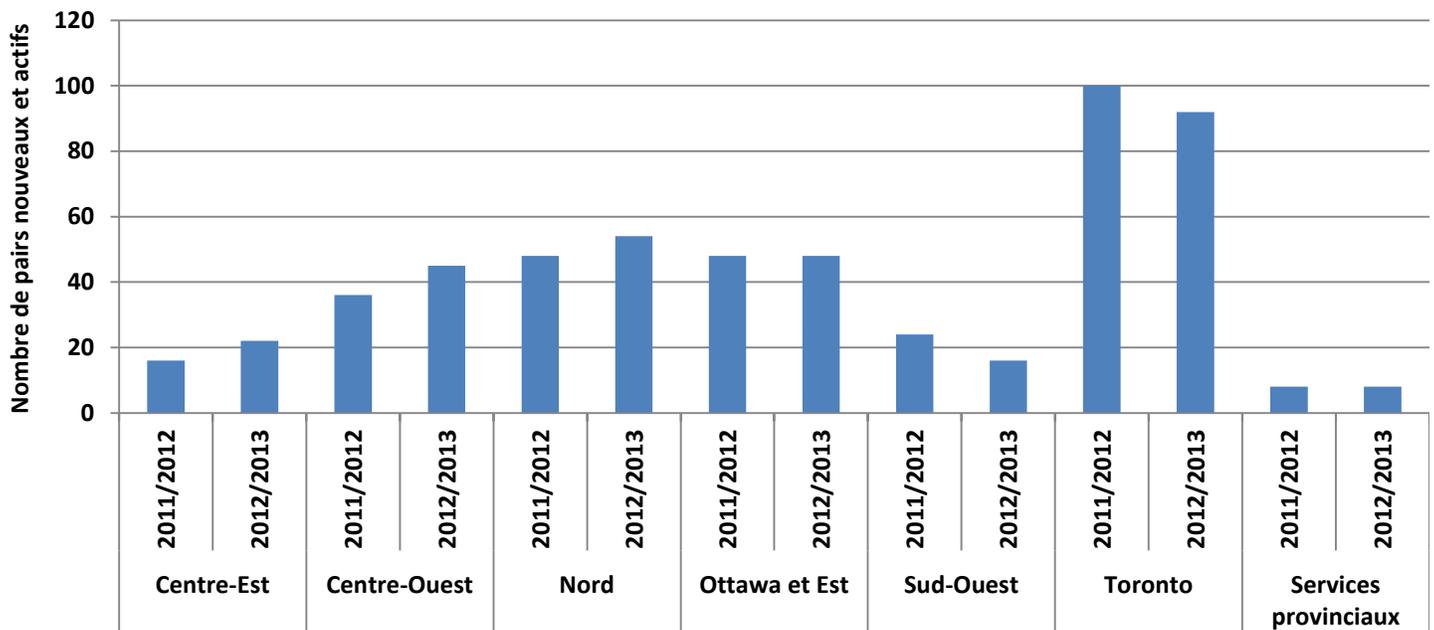
LES PROGRAMMES DE PROXIMITÉ POUR UDI ATTIRENT ET RETIENNENT PLUS DE PAIRS

Figure 51 Hausse de l'implication de pairs dans le travail de proximité pour UDI.



Un examen plus approfondi des données sur les pairs, dans les programmes pour UDI, révèle que ceux situés dans des régions où l'épidémie de VIH catalysée par l'injection de drogue est plus marquée – comme Toronto, Ottawa et le Nord – réussissent mieux à attirer des pairs.

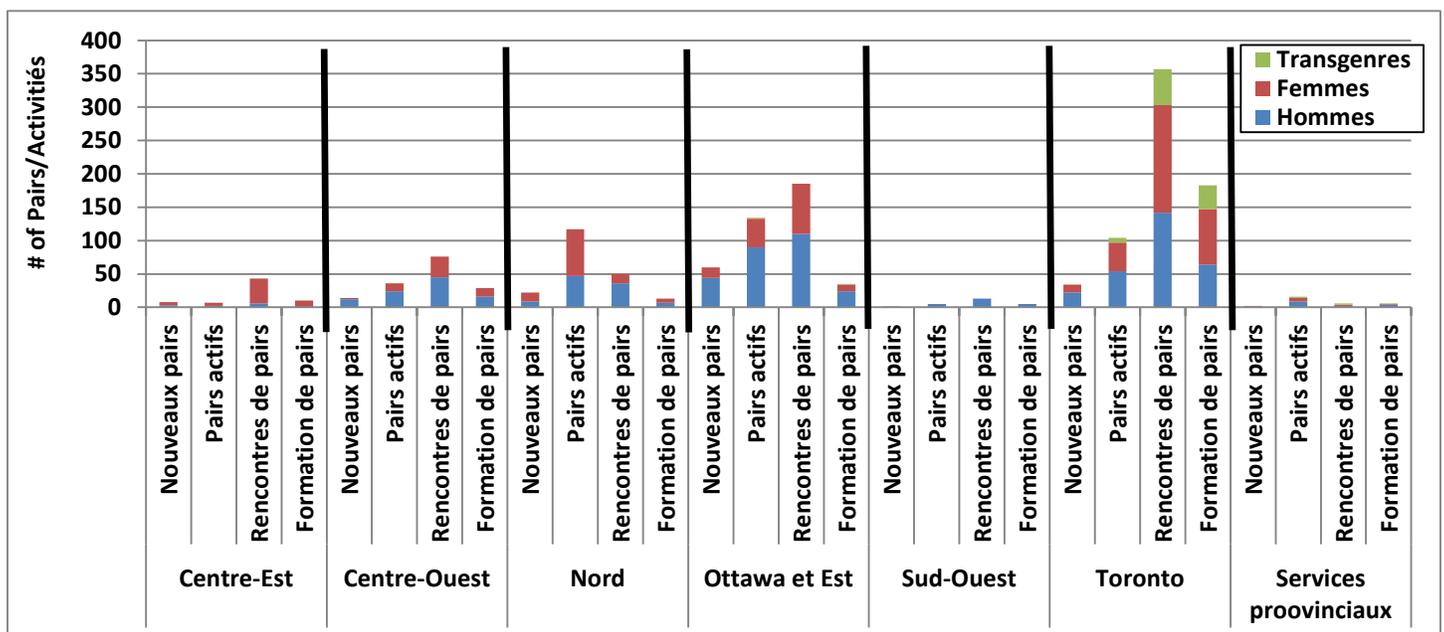
Figure 52 Nombre de pairs nouveaux et actifs par région, M2 2011-2012 et 2012-2013



LES PROGRAMMES POUR UDI ATTIRENT UN MÉLANGE DE PAIRS MASCULINS ET FÉMININS

Dans toutes les régions sauf le Sud-Ouest, le bassin de pairs est composé d'un mélange d'hommes et de femmes. Dans le Centre-Est, les pairs semblent être principalement des femmes. Il est intéressant de noter que la question de l'injection dans la communauté trans est à présent abordée dans les régions de Toronto et d'Ottawa.

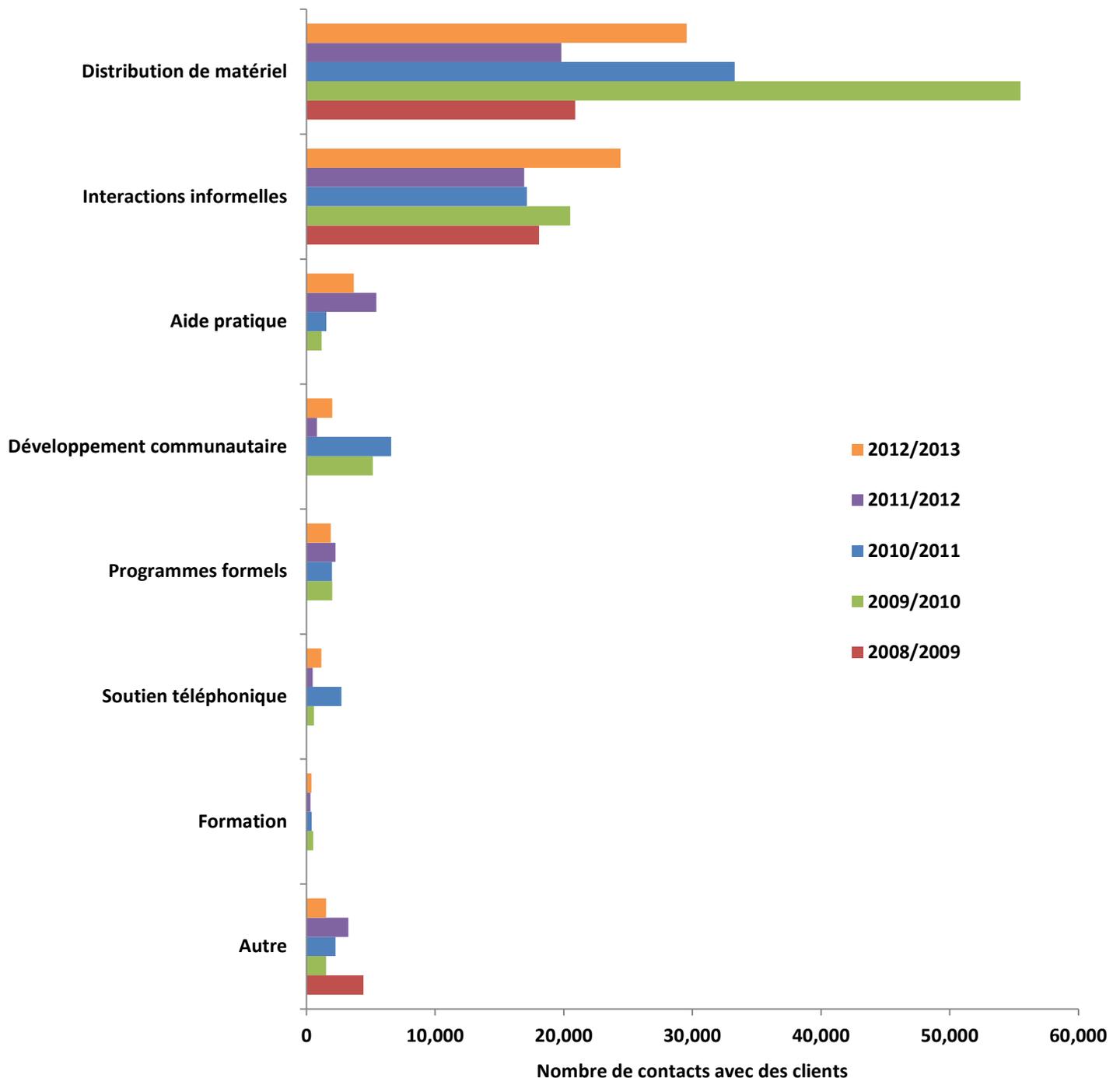
Figure 53 Implication de pairs UDI par genre et par région, 2012-2013 M2



LES PAIRS UDI S'IMPLIQUENT DAVANTAGE DANS DES INTERACTIONS INFORMELLES AVEC DES CLIENTS

Les programmes pour UDI semblent miser davantage sur la possibilité que les pairs interagissent avec des personnes qui utilisent des drogues, leur fournissent de l'éducation et du soutien, et les dirigent vers les services de l'organisme et d'autres services de santé. Il s'agit d'une tendance positive, puisque l'évaluation des UDI révèle que le bouche à oreille venant d'un individu qui a vécu une expérience similaire (c.-à-d. un pair) est l'élément grâce auquel la plupart des personnes qui consomment des drogues développent une confiance suffisamment solide pour recourir aux services.

Figure 54 Nombre de contacts de pairs UDI avec des clients, par activité



RENFORCEMENT DES CAPACITÉS ORGANISATIONNELLES

Les organismes de ressources provinciales ont joint 8 000 personnes – principalement des travailleurs de première ligne, d'autres fournisseurs de services et des personnes vivant avec le VIH

Figure 55 Qui a été joint par les organismes de ressources provinciales?



En termes de compétences acquises, les exposés provinciaux à l'intention d'employés de première ligne portaient sur les moyens de composer avec le deuil et la perte, les limites et d'autres compétences spécifiques au VIH; ceux à l'intention des directeurs généraux abordaient davantage le développement organisationnel et les principes GIPA/MIPA et Anti-Racisme Anti-Oppression (ARAO). En 2012-2013, un nombre considérable d'exposés d'application des connaissances ont traité de la réduction des méfaits.

4. AMÉLIORER LA COORDINATION ET LA COLLABORATION COMMUNAUTAIRES

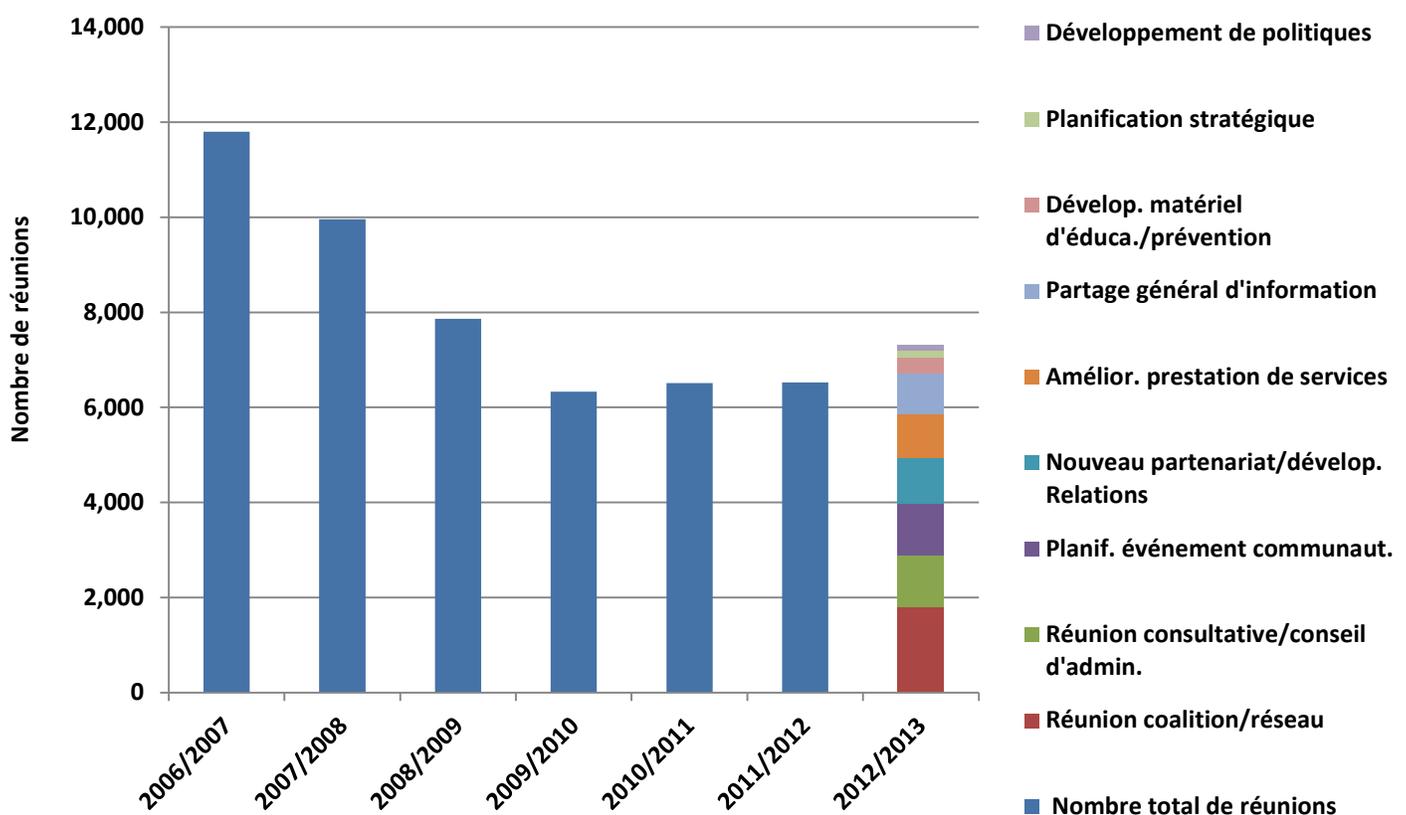
Afin de bien servir leurs clients, les programmes communautaires en matière de VIH doivent être connectés avec d'autres services dans leurs communautés et collaborer à fournir un continuum de services sociaux et de santé et à créer des milieux sûrs et accueillants pour les personnes vivant avec le VIH ou à risque. Les principales activités qui contribuent à la coordination et à la collaboration au sein de la communauté sont les rencontres de développement communautaire, le réseautage et le développement de partenariats avec d'autres organismes de la communauté.

En 2012, l'OERVSCO a connu une modification dans la manière dont on fait les rapports sur les réunions de développement communautaire, afin de ne pas limiter l'information au nombre de réunions, mais de préciser leur but également.

IMPLICATION ACCRUE AUPRÈS D'ORGANISMES RELIGIEUX, EMPLOYEURS ET FOURNISSEURS DE LOGEMENT

En 2012-2013, le nombre de réunions de développement communautaire a augmenté de 22 %; les organismes ont également fait état d'une augmentation du nombre de réunions avec des organismes religieux, des employeurs et des fournisseurs de logement. Il s'agit d'une tendance encourageante, vu l'importance du logement et de l'emploi, en lien avec la santé, et du rôle que les organismes religieux peuvent jouer en matière de soutien et d'atténuation du stigmatisation.

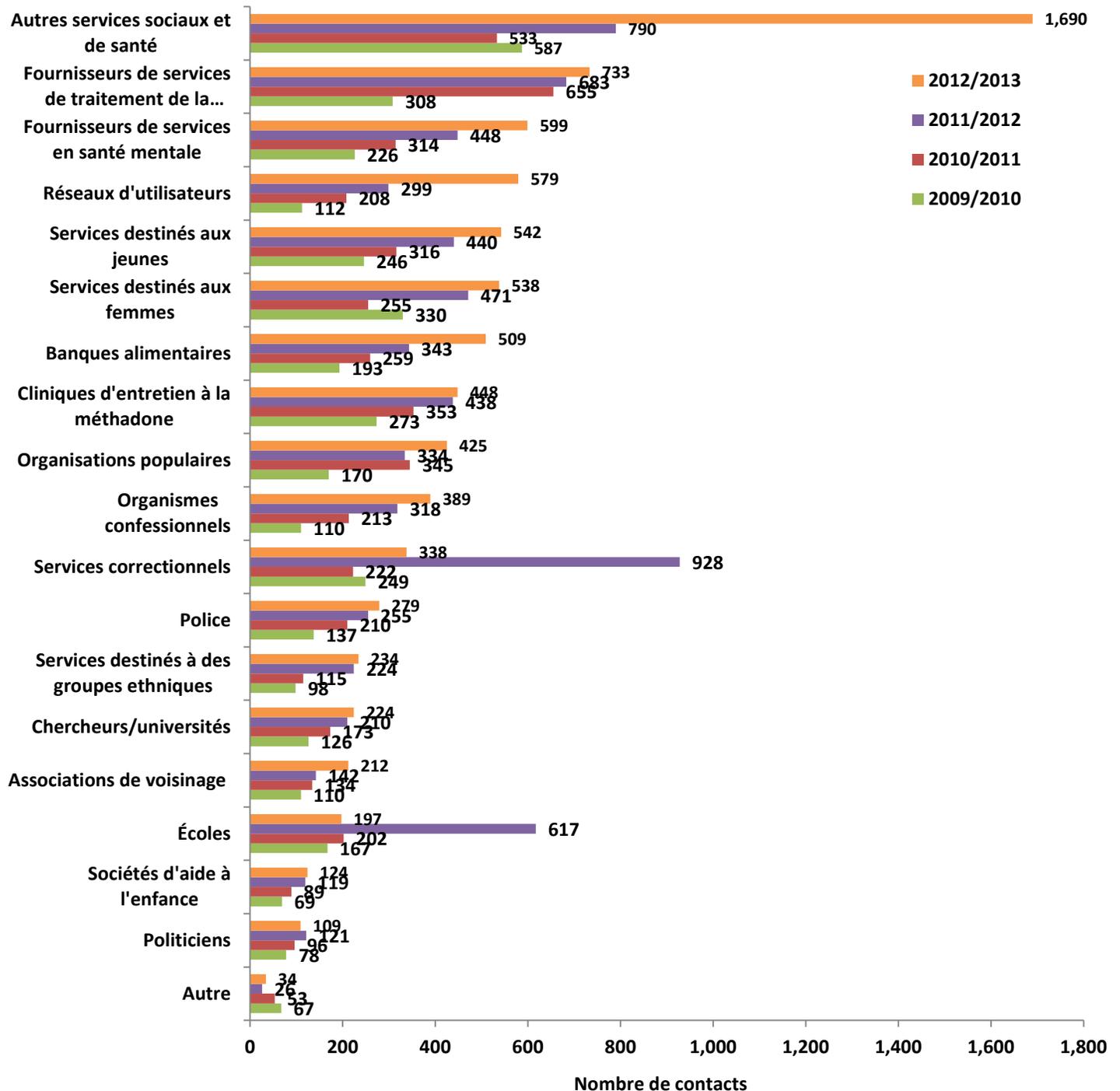
Figure 56 Développement communautaire – Réunions



LES PROGRAMMES POUR UDI DÉVELOPPENT DES RELATIONS AVEC D'AUTRES SERVICES COMMUNAUTAIRES

En 2012-2013, les programmes destinés aux UDI ont plus que doublé le nombre de réunions avec d'autres services sociaux et de santé dans leurs communautés. Le nombre de réunions avec des fournisseurs de services en matière de toxicomanie et de santé mentale ainsi que des réseaux d'utilisateurs de services a également connu une augmentation. Ces activités pourraient être le signe d'un virage, dans plusieurs communautés, visant à établir des réseaux de réduction des méfaits qui travaillent ensemble afin de répondre aux besoins des personnes qui consomment des drogues.

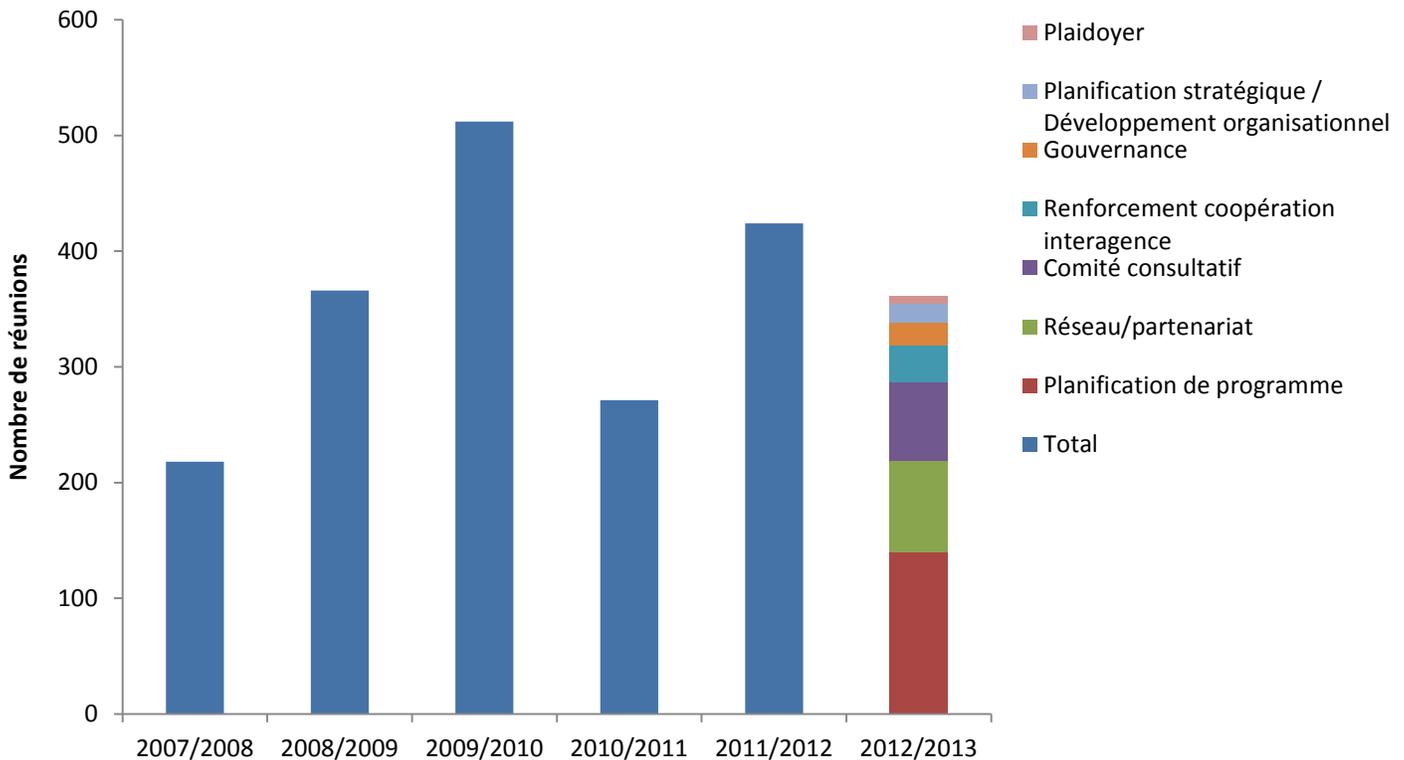
Figure 57 Nombre total de contacts de développement communautaire UDI / usage de drogue



LES PROGRAMMES DE RESSOURCES PROVINCIALES METTENT L'ACCENT SUR LA PLANIFICATION DE PROGRAMMES ET LE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX

Les réunions de développement communautaire organisées par des programmes de ressources provinciales ont été axées principalement sur la planification de programmes et le développement de réseaux et de partenariats. Il se peut que ces organismes soient à la recherche de moyens de relier leurs services et de fournir aux organismes communautaires un soutien plus intégré.

Figure 58 Réunions de développement communautaire : programmes de ressources provinciales



COMPRENDRE L'IMPACT DES PARTENARIATS DE SERVICES

Nous savons que les programmes communautaires sur le VIH investissent de l'énergie dans des partenariats avec d'autres organismes de leur communauté – dans le secteur du VIH et des secteurs connexes, comme la santé mentale, la toxicomanie, le logement et, de plus en plus, les soins de longue durée. Nous sommes encore à travailler pour trouver des moyens simples de réunir de l'information significative à propos des partenariats et de leur impact sur la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH ou à risque.

Dans le présent rapport, nous concentrons notre attention sur les commentaires d'organismes décrivant l'importance et l'impact des partenariats de services :

- **Efficacité accrue des services :**

« La prestation efficace de services n'est pas possible sans nos partenaires communautaires. 65 % de tous les programmes de [notre organisme] sont à présent des programmes conjoints avec d'autres organismes. »

« Les collaborations réussies continuent d'améliorer l'accès aux soins, pour les PVVIH/sida, et l'accès à l'éducation sur le VIH/sida pour les fournisseurs de soins de santé, de soins de longue durée et de services communautaires. Grâce au développement de partenariats, on instaure un niveau de service qui supplémente les services existants, tant pour [notre organisme] que pour nos partenaires, ce qui engendre une capacité accrue de services. »

Des partenariats solides et des coalitions contribuent à réduire les lacunes dans les services, à rehausser les connaissances d'individus et d'organismes, à renforcer la prestation de services appropriés et souples, aux personnes vivant avec le VIH, à risque ou autrement affectées.

- **Capacité de répondre à des besoins complexes de clients :**

« Les clients qui vivent des défis multiples et qui sont les plus marginalisés, notamment sans logement et en état de santé instable, reçoivent une aide par la gestion intensive de cas et l'apport de ressources immédiates de tous les partenaires, pour favoriser des services complets et centrés sur des buts rapidement atteignables; en conséquence, leur situation de logement s'améliore, la santé est stabilisée et ils ont accès à des soins médicaux et à des éléments pour combler leurs besoins élémentaires, y compris un sens de communauté où la diversité est la bienvenue. »

« Les partenariats nous permettent de joindre des clients dans des communautés mal desservies, prioritaires et à risque, parmi la population noire, africaine et caraïbéenne présentant des besoins multiples et complexes, à Toronto, afin de fournir des services. Ceci inclut des adultes des deux sexes, venus de pays où le VIH est endémique, des HRSJ jeunes et adultes, de nouveaux arrivants LGBT, des jeunes et des adultes qui vivent avec le VIH et/ou sont affectés par lui, des femmes transgenres, transsexuelles ou qui ont des rapports sexuels avec des femmes. Les partenaires jouent un rôle considérable dans la prestation de services holistiques et d'assistance aux clients. »

- **Réseaux renforcés :**

« Les partenariats ont permis de former un réseau plus holistique d'éducation, de soutien, d'interventions de proximité, de prévention, de même que de plaidoyer et d'activisme sur des enjeux importants, comme la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH, par exemple. »

« Les partenariats stratégiques sont cruciaux pour permettre au personnel et aux bénévoles [de notre organisme] de joindre nos populations cibles et de fournir des services pertinents qui tiennent compte de la complexité de la vie des gens. »

« Ils nous procurent la capacité de répondre à des obstacles individuels et systémiques que rencontrent nos clients, et de réduire la stigmatisation et les risques des populations marginalisées. »

IV. APPENDICES

APPENDIX A: LIST OF FUNDED PROGRAMS

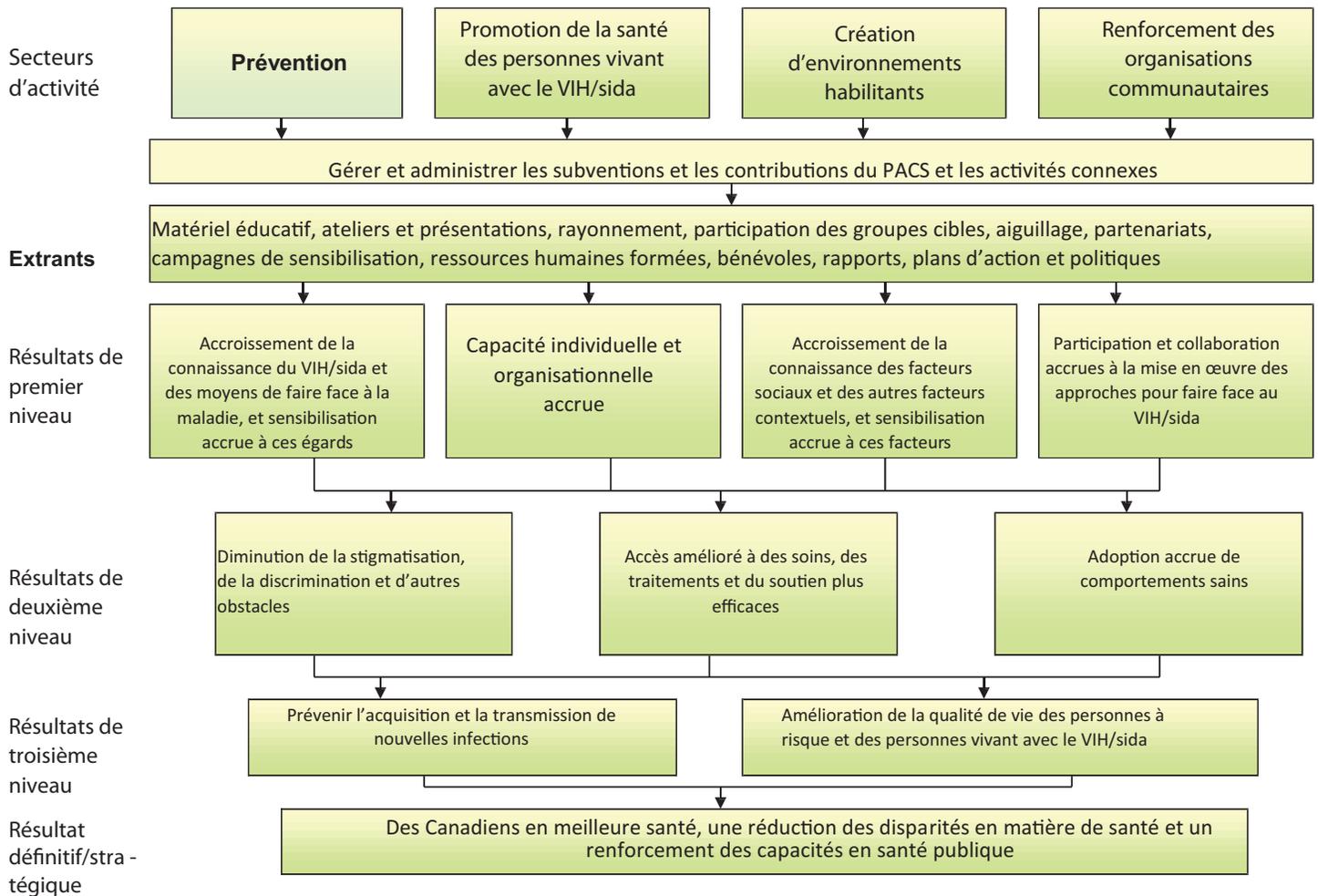
Région sanitaire	Nom de l'organisme	RLISS
Centre-Est	AIDS Committee of York Region (Comité du sida de la région de York)	Centre
	AIDS Committee of Durham Region (Comité du sida de la région de Durham)	Centre Est
	Peterborough AIDS Resource Network (Réseau de ressources sur le sida de Peterborough)	Centre 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 Hamilton-Niagara-Haldimand-Brant
	AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area (Comité sur le sida de Cambridge, Waterloo-Wellington 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
Nord	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
	Réseau Access Network	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
	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 Waasegiizhig Nanaandawe'iyewigamig	Nord-Ouest 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
	Wabano Centre for Aboriginal Health Inc (Centre de santé autochtone Wabano)	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	

Région sanitaire	Nom de l'organisme	RLISS
Sud-Ouest	AIDS Committee of Windsor (Comité du sida de Windsor)	Erie-St.Clair
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - WALLACEBURG	Erie-St.Clair
	Association of Iroquois and Allied Indians (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
Toronto	2-Spirited People of the First Nations (Les personnes bi-spirituelles des Premières Nations)	Toronto-Centre
	Action Positive	Toronto-Centre
	Africans In Partnership Against AIDS (Partenariat africain de lutte contre le sida)	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 (Services 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
	Centre Toronto Community Health Centres (Centres de santé communautaire de Toronto-Centre)	Toronto-Centre
	Centre for Spanish-speaking Peoples (Centre pour hispanophones)	Toronto-Centre
	Circle of Care (Sponsored by TPWAF) (Cercle de soins – parrainé par TPWAF)	Toronto-Centre
	Committee for Accessible AIDS Treatment (Comité pour l'accès aux traitements contre le sida)	Toronto-Centre
	Société Elizabeth Fry de Toronto	Toronto-Centre
	Ethiopian Association (Association éthiopienne)	Toronto-Centre
	Family Service Toronto	Toronto-Centre
	Fife House	Toronto-Centre
	Hospice Toronto	Toronto-Centre
	LOFT Community Services (Services communautaires LOFT)	Toronto-Centre
	Maggie's: The Toronto Prostitutes' Community Service Project (Maggie's : Projet de service communautaire pour les prostituées de Toronto)	Toronto-Centre
	Ont. Assoc. of the Deaf, Deaf Outreach Program (Programme de proximité avec les personnes sourdes)	Toronto-Centre
	Passerelle Intégration et Développement Économiques	Toronto-Centre
	Planned Parenthood Toronto (Planning des naissances Toronto)	Toronto-Centre
	Réseau des Chercheuses (RECAF) Africaines	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 HIV/AIDS Counselling, Testing and Support Program (Programme de counselling, test et soutien en matière de VIH/sida)	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 – RFAC (Fondation pour les personnes vivant avec le sida de Toronto — RFAC)	Toronto-Centre
	Toronto People With AIDS Foundation (Fondation pour les personnes vivant avec le 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	Toronto-Centre	

Région sanitaire	Nom de l'organisme	RLISS
Services provinciaux	Hemophilia Ontario (Centre de santé communautaire pour femmes)	Provincial Services 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
Ressources provinciales	Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO)	Provincial
	AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario (sponsored by Fifehouse) (Programme ontarien sur le deuil et la résilience face au sida – parrainé par Fife House)	Provincial Resource Provincial
	Réseau canadien d'info traitements sida (CATIE)	Provincial
	FIFE House - OHSUTP	Provincial
	Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais	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 FINANCÉS PAR LE PACS PAR TYPE ET APPROCHE DE FINANCEMENT

Operational Projects

Numéro de projet	Organisme parrain	Titre du projet
6963-06-2012/4480524	Bruce House	Élargir et renforcer le soutien bénévole pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida
6963-06-2011/4480510	Réseau Access Network	Favoriser la diversité et rehausser l'accès à l'information sur le VIH/sida dans les établissements d'enseignement
6963-06-2011/4480512	The AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area (Comité sur le sida de Cambridge, Kitchener, Waterloo et des régions avoisinantes)	Programme sur la santé sexuelle des jeunes
6963-06-2011/4480513	The AIDS Committee of York Region Inc. (Comité du sida de la région de York)	Projet d'implication communautaire en matière de VIH
6963-06-2011/4480509	The Teresa Group - Child and Family Aid (The Teresa Group - Assistance aux enfants et familles)	Amélioration du programme de soutien bénévole
6963-06-2011/4480516	Regional HIV/AIDS Connection (Connexion régionale sur le VIH/sida)	GBMSMT2SY et Initiative sur le VIH – Développement communautaire et application et échange des connaissances
6963-06-2012/4480535	AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario Sponsored by Fife House Foundation Inc. (Programme ontarien sur le deuil et la résilience liés au sida – parrainé par la Fondation Fife House Foundation Inc.)	Matières premières: développer des outils organisationnels pour établir des relations de travail efficaces avec les PVVIH/sida dans divers rôles
6963-06-2011/4480517	AIDS Committee (Durham) (Comité du sida – Durham)	HYPE - Programme jeunesse sur le VIH et l'implication des pairs
6963-06-2011/4480507	AIDS Committee of Guelph and Wellington County (Comité sur le sida de Guelph et du comté de Wellington)	Projet régional d'éducation rurale
6963-06-2012/4480526	AIDS Committee of Simcoe County (Comité du sida du comté de Simcoe)	La prévention du VIH pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) et leurs partenaires féminines
6963-06-2012/4480522	AIDS Committee of Toronto (Comité du sida de Toronto)	Promouvoir la santé des hommes gais et des femmes vivant avec le VIH/sida
6963-06-2012/4480523	AIDS Thunder Bay (Sida Thunder Bay)	Programme de mobilisation et d'intégration organisationnelle des PVVIH/sida (PHA MOIP)
6963-06-2012/4480532	Committee for Accessible AIDS Treatment Sponsored by Toronto People With AIDS Foundation (Comité pour l'accès aux traitements contre le sida - parrainé par la Fondation des personnes vivant avec le sida de Toronto)	Marchez avec nous : habilitation collective stimulante et inspirante des PVVIH/sida et des communautés affectées (Legacy 2)
6963-06-2012/4480530	Fife House Foundation Inc.	Camarades pour la vie et recrutement de bénévoles 2.0
6963-06-2012/4480525	Hamilton AIDS Network for Dialogue and Support (HANDS) (Réseau sida de Hamilton pour le dialogue et le soutien)	Programme de prévention du VIH pour les hommes gais

6963-06-2011/4480508	Ontario AIDS Network (Réseau sida de l'Ontario)	Vivre – Le leadership des PVVIH/sida dans nos vies et dans les communautés que nous desservons
6963-06-2012/4480539	Ontario AIDS Network (Réseau sida de l'Ontario)	Accroître la capacité : intervention de groupe pour les hommes gais et bisexuels
6963-06-2012/4480531	Peel HIV/AIDS Network Inc. (Réseau VIH/sida de Peel)	Habilitation et transformation des personnes vivant avec le VIH/sida et affectées par celui-ci, dans la région de Peel
6963-06-2012/4480534	Peterborough AIDS Resource Network (Réseau de ressources sur le sida de Peterborough)	Normaliser le VIH : mobiliser des atouts individuels et communautaires pour répondre aux déterminants des vulnérabilités liées à la santé
6963-06-2012/4480537	Regional Food Access Committee Sponsored by Toronto People With AIDS Foundation (Regional Food Access Committee - parrainé par la Fondation pour les personnes vivant avec le sida de Toronto)	Projet communautaire d'accès alimentaire
6963-06-2012/4480520	The Ontario Organizational Development Program Sponsored by Regional HIV/AIDS Connection (Programme de développement organisationnel de l'Ontario – parrainé par la Connexion régionale sur le VIH/sida)	Création et provision de ressources de développement organisationnel spécifiques au VIH/sida, aux organismes de lutte contre le sida de l'Ontario
6963-06-2012/4480536	Toronto People with AIDS Foundation (Fondation pour les personnes vivant avec le sida de Toronto)	Projet rêves et occasions
6963-06-2012/4480527	AIDS Committee of Niagara (Comité du sida de Niagara)	Programme de développement et d'éducation communautaires
6963-06-2011/4480514	HIV/AIDS Regional Services (HARS) (Services régionaux sur le VIH/sida)	Programme HARS de prévention et d'éducation
6963-06-2013/4480540	AIDS Committee of Windsor (Comité du sida de Windsor)	Programme de santé sexuelle des hommes gais/HRSH
6963-06-2012/4480538	Alliance for South Asian AIDS Prevention (Alliance des personnes de l'Asie du Sud pour la prévention du sida)	Connexion aux soins : soutien mutuel entre pairs leaders sud-asiatiques vivant avec le VIH/sida
6963-06-2012/4480521	Asian Community AIDS Services (Services de lutte contre le sida de la communauté asiatique)	Projet de renforcement de la capacité et d'implication communautaire des bénévoles
6963-06-2011/4480511	Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida	Projet de soutien et de promotion de la santé en prison
6963-06-2012/4480533	The Black Coalition for AIDS Prevention of Metropolitan Toronto (Coalition noire pour la prévention du sida du Toronto métropolitain)	Programme de soutien sur la santé et les déterminants sociaux
6963-06-2012/4480529	AIDS Committee of North Bay and Area (Comité du sida de North Bay et de la région)	Élargir la portée : activités de proximité et éducation régionales sur le VIH
6963-06-2012/4480528	Africans in Partnership Against AIDS (Partenariat africain de lutte contre le sida)	« Taruwan Maza » Rassemblement d'hommes hétérosexuels

Time Limited Projects

Numéro de projet	Organisme parrain	Titre du projet
6963-06-2011/6420458	AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area (Comité sur le sida de Cambridge, Kitchener, Waterloo et des régions avoisinantes)	Programme de santé sexuelle des hommes gais
6963-06-2011/6420473	Planned Parenthood of Toronto (Planning des naissances Toronto)	Projet sur le VIH et les jeunes : prévention, implication, action et connaissance (PEAK)
6963-06-2011/6420455	Réseau Access Network	« Survivre au travail du sexe » : un programme d'éducation et de prévention
6963-06-2011/6420457	Société Elizabeth Fry de Toronto, bureau de Toronto	Sécurité au travail – Projet d'intervention de proximité auprès des travailleuses du sexe transgenres et à risque élevé
6963-06-2011/6420459	Regional HIV/AIDS Connection (Connexion régionale sur le VIH/sida)	Améliorer la fourniture régionale des services aux PVVIH/sida et aux populations à risque dans six pays
6963-06-2011/6420474	Wabano Centre for Aboriginal Health Inc. (Centre de santé autochtone Wabano)	Respecter la Terre, le Feu et le Soi
6963-06-2011/6420456	AIDS Committee of Guelph and Wellington County (Comité sur le sida de Guelph et du comté de Wellington)	Projet ATTACH : art, technologie et théâtre sur la santé communautaire
6963-06-2011/6420463	AIDS Committee of Toronto (Comité du sida de Toronto)	Intervention de proximité auprès de jeunes séropositifs (PYO)
6963-06-2011/6420468	Fife House Foundation Inc. (Fondation Fife House Inc.)	Projet pilote de soins complexes pour le VIH/sida : Développer un continuum de soins communautaires rehaussés et de logement
6963-06-2011/6420467	Hamilton AIDS Network for Dialogue and Support (HANDS) (Réseau sida de Hamilton for Dialogue and Support)	Relier les PVVIH/sida de la région de Haldimand, Norfolk et Brant à des soins et à du soutien
6963-06-2011/6420477	Toronto People with AIDS Foundation (Fondation pour les personnes vivant avec le sida de Toronto)	Implication holistique
6963-06-2011/6420460	Sault Ste. Marie and District Group Health Association (Association de santé collective de Sault Ste. Marie et district)	Projet d'éducation et de prévention communautaires
6963-06-2011/6420471	The Centre for Spanish-Speaking Peoples (Centre pour hispanophones)	INFO plus : intervention pour réduire les cas de VIH/ITS parmi les hommes gais latinos à Toronto
6963-06-2011/6420461	AIDS Committee of Windsor (Comité du sida de Windsor)	Programme de leadership bénévole
6963-06-2011/6420464	Ethiopian Association in the Greater Toronto Area and Surrounding Regions (Association éthiopienne du Grand Toronto et des régions avoisinantes)	Programme de prévention et d'éducation sur le VIH/sida
6963-06-2011/6420466	Somerset West Community Health Centre (Centre de santé communautaire Somerset West)	Initiative VIH, santé et développement de la communauté africaine et caraïbéenne
6963-06-2011/6420476	Women's Health in Women's Hands (Centre de santé communautaire pour femmes)	Intervention sur le dévoilement de la séropositivité au VIH chez les femmes ACN : intégration organisationnelle (institutionnalisation) de l'intervention
6963-06-2011/6420469	Passerelle Intégration et Développement Économiques	Outils de prévention du VIH pour immigrants francophones de pays où le VIH est endémique
6963-06-2011/6420475	Réseau des chercheuses africaines (RECAF)	Trajectoires intersectionnelles de la sexualité et du VIH/sida chez les femmes immigrantes francophones

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, activités de proximité et développement communautaire	9-10 Séances éducatives	Améliorer les connaissances et la sensibilisation
	9-10.5 Réunions de développement communautaire	Améliorer la coordination et la collaboration
	9-10.7 Ressources éducatives	Améliorer les connaissances et la sensibilisation
	9-10.8, 9-10.9 et 13.10 Fournitures de sécurisexe	Améliorer les connaissances et la sensibilisation
	9-10.9 Campagnes de sensibilisation	Améliorer les connaissances et la sensibilisation
	9-10.10 Contacts de proximité, par emplacement	Améliorer les connaissances et la sensibilisation
	9-10.11 Médias sociaux	Améliorer les connaissances et la sensibilisation
	9-10.12 Implication des pairs	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
9-10 Narratifs	Améliorer les connaissances et la 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

Section	Question dans l'OERVSCO	Objectifs dans PSPL
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	
Programmes de ressources provinciales	14.1 Séances éducatives	Renforcer les capacités individuelles et organisationnelles
	14.4 Réunions de développement communautaire	Améliorer la coordination et la collaboration
	14 Narratifs	Améliorer la coordination et la collaboration

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

Les données sur la valeur pécuniaire du bénévolat indiquées dans 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 bénévole	Question de l'OERVSCO	Classification nationale des professions (CNP)	Nombre total d'heures de bénévolat au cours des 12 derniers mois* (A)	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 × taux horaire moyen d'après la CNP (C)	Avantages sociaux 12% (D)	Valeur totale (C+D)
Administration (services de soutien, réception, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en administration	"Employés de soutien général de bureau 1411"	38,369	15.25 \$	585,127.25 \$	70,215.27 \$	655,342.52 \$
Gouvernance (conseil d'administration, 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	20,331	39.00 \$	792,899.25 \$	95,147.91 \$	888,047.16 \$
Services de soutien (aide aux personnes vivant avec le VIH/sida, soutien par les pairs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en aide pratique et counselling	Travailleurs des services sociaux et communautaires 4212	60,226	39.00 \$	2,348,814.00 \$	281,857.68 \$	2,630,671.68 \$
Prevention (outreach, targeted education, etc)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux activités de prise de contact	Travailleurs des services sociaux et communautaires 4212	15,667	39.00 \$	611,013.00 \$	73,321.56 \$	684,334.56 \$
Collecte de fonds (marches, campagnes de collecte de fonds, 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	20,231	39.00 \$	789,009.00 \$	94,681.08 \$	883,690.08 \$
Événements publics (conférences, événements spéciaux comme 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 général de bureau 1411"	46,316	39.00 \$	1,806,324.00 \$	216,758.88 \$	2,023,082.88 \$
Ressources humaines	12.2 Nombre total des heures de bénévolat relatives aux activités de dotation et d'élaboration des politiques et procédures	Professionnels en ressources humaines 1121	1,610	39.00 \$	62,790.00 \$	7,534.80 \$	70,324.80 \$
Soutien des TI	12.2 Nombre total des heures de bénévolat dans des activités de soutien des TI	Concepteurs et développeurs Web 2175	535	39.00 \$	20,865.00 \$	2,503.80 \$	23,368.80 \$
Total					\$4,381,217.57		\$4,906,963.68

* Ajouter les heures de vos rapports H1 et H2 à l'OERVSCO

APPENDICE F : ACRONYMES

Acronyme	Nom
ABRPO	AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario (Programme ontarien sur le deuil et la résilience liés au sida)
ACN	Africain(e), caraïbéen(ne) et noir(e)
ACRV	Association canadienne de recherche sur le VIH
ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
ACT	AIDS Committee of Toronto (Comité du sida de Toronto)
ACTG	AIDS Clinical Trials Group (Groupe d'essais cliniques sur le sida)
AÉC	Application et échange des connaissances
AGA	Assemblée générale annuelle
APAA	African in Partnership Against AIDS (Partenariat africain de lutte contre le sida)
APH	Algoma Public Health (Santé publique d'Algoma)
ARAO	Anti-racisme Anti-oppression
ASFC	Agence des services frontaliers du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ATB	AIDS Thunder Bay (Sida Thunder Bay)
BLACKCAP	Black Coalition For AIDS Prevention (Coalition noire pour la prévention du sida)
CAAT	Committee for Accessible AIDS Treatment (Comité pour l'accès aux traitements contre le sida)
CACVO	Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale
CATIE	Réseau canadien d'info-traitements sida
CCSAT	Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements
CGÉCO	Comité de gouvernance de l'Étude de cohorte de l'OHTN
CH	Demande pour considérations d'ordre humanitaire
CSC	Centre de santé communautaire
ÉCO	Étude de cohorte de l'OHTN
ETP	Équivalent temps plein
FRSF	Femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes
GIPA	Implication accrue des personnes vivant avec le VIH/sida
GMSH	Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais
HALCO	HIV/AIDS Legal Clinic Ontario (Clinique d'aide juridique sur le VIH et le sida de l'Ontario)
Hétéro FR	Hétérosexuel à faible risque
Hétéro RÉ	Hétérosexuel à risque élevé
HRSH	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
ITS	Infection transmissible sexuellement
LGBTQ+	Lesbienne, gai, bisexuel, trans, queer, en questionnement
LPRPS	Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé
M1	Période de déclaration d'avril à septembre
M2	Période de déclaration d'octobre à mars
MIP	Message d'intérêt public
MIPA	Implication significative des personnes vivant avec le VIH/sida
MOHLTC	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Moy.	Moyenne
OACHA	Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida
OAHAS	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones
OAN	Ontario AIDS Network (Réseau sida de l'Ontario)
OCASE	Ontario Community AIDS Services and Evaluation (Services communautaires sur le sida et évaluation en Ontario)
OCLS	Organisme communautaire de lutte contre le sida
OERVSCO	Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes
OHSUTP	Ontario HIV and Substance Use Training Program (Programme ontarien de formation sur le VIH et la toxicomanie)

OHTN	Réseau ontarien de traitement du VIH
OLS	Organisme de lutte contre le sida
OODP	Ontario Organizational Development Program (Programme ontarien de développement organisationnel)
OPRAH	Ontario Provincial Resource for ASOs in Human Resources (Ressources provinciales ontariennes pour les OLS en ressources humaines)
PACS	Programme d'action communautaire sur le sida
PARN	Peterborough AIDS Resource Network (Réseau de ressources sur le sida de Peterborough)
PASAN	Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida
PCÉSS	Programme communautaire d'éducation et de soutien sur le sida
PMO	Programme de médicaments de l'Ontario
PP	Populations prioritaires
PVS	Personne vivant avec le sida
PVVIH/sida	Personne vivant avec le VIH ou le sida
RC	Recherche communautaire
RH	Ressources humaines
RHAC	Regional HIV/AIDS Connection (Connexion régionale sur le VIH/sida)
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
TI	Technologie de l'information
TPS	Test aux points de services
UDI	Utilisation de drogue par injection
UPFD	Unité des pratiques fondées sur des données
VHC	Virus de l'hépatite C
WHAI	Women & HIV/AIDS Initiative (Initiative femmes et VIH/sida)
WHIWH	Women's Health in Women's Hands (Centre de santé communautaire pour femmes)

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

