



2015

*Perspectives
des services de
Première
ligne*



OERVSCO

Sommaire et analyse annuels des données
fournies par les services communautaires
liés au VIH et au sida en Ontario
Avril 2014 au 31 Mars 2015

2015

*Perspectives des services de
Première ligne*



ONTARIO
HIV TREATMENT
NETWORK



Public Health
Agency of Canada

Agence de santé
publique du Canada



Ontario

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

De plus, le Bureau de lutte contre le sida 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. Ceci inclut le maintien de l'outil OERVSCO en ligne, la prestation continue de formation et de soutien aux programmes quant à l'utilisation de l'OERVSCO, ainsi que le stockage, l'extraction et l'analyse des données utilisées dans le présent rapport.

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

Jaime-Lee Webster

416-642-6486 poste 2303 / jwebster@ohntn.on.ca



ONTARIO
HIV TREATMENT
NETWORK

Réseau ontarien de traitement du VIH

1300, rue Yonge, bureau 600

Toronto, ON M4T 1X3

www.ohntn.on.ca

Ce rapport est téléchargeable à : www.ochart.ca/reports

Demandes de données

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

<http://www.ohntn.on.ca/evidence-based-practice-unit>

Ce rapport doit être cité de la manière suivante :

Source des données : L'Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes (OERVSCO). *Perspectives des services de première ligne*, (2015) : Résumé annuel et analyse des données fournies par les services communautaires VIH / sida en Ontario. Toronto, ON : Sida et l'hépatite C Programmes, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Agence de la santé publique du Canada (région de l'Ontario) (2015) .

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, Bureau régional de l'Ontario de l'Agence de la santé publique du Canada, Programme d'action communautaire sur le sida

Samantha Earl (en congé) / **Lina Coladipietro** (par intérim)

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

Jean Bacon

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

Jaime-Lee Webster

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

Michelle Song

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

Diana Campbell

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

Dmitry Rechnov

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

Maria Hatzipantelis

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

Mark Gilbert

Directeur, épidémiologie appliquée, OHTN

James Wilton

Épidémiologiste, épidémiologie appliquée, OHTN

Chris Carriere

Coordonnateur, Échange et transfert des connaissances, OHTN

Kohila Kurunathan

Spécialiste, production Web et imprimée, OHTN

Katherine Murray

Coordonnatrice, Échange et transfert des connaissances, OHTN

Préface

Nous sommes heureux de vous présenter ce 10^e rapport annuel de l'OERVSCO (Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes) : *Perspectives des services de première ligne*. Le rapport de cette année comporte deux changements importants.

I. Nombre accru de programmes et services

Les rapports reçus de 109 programmes et de 91 organismes sont inclus dans le présent rapport – comparativement à 99 programmes et à 85 organismes dans celui de 2013-2014. L'augmentation est due principalement au fait que différents programmes VIH rendent à présent des comptes à l'aide de l'OERVSCO; en plus de comptes rendus des activités de :

- **69 programmes communautaires sur le VIH/sida** (y compris des programmes d'organismes en VIH et d'organismes d'autres domaines comme des centres de santé communautaires) qui sont financés par le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que le Bureau régional (BR) de l'Ontario de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) afin de fournir des services de prévention, de proximité et de soutien aux personnes qui vivent avec le VIH et le VHC ou qui sont à risque pour ces infections, de même qu'à leurs partenaires et familles
- **4 organismes provinciaux qui offrent des services directs à des clients** – Hémophilie Ontario, Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones (OAHAS), Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN) et la HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO)
- **10 programmes de renforcement des capacités :**
 - 7 organismes provinciaux offrant **formation, information et autres services** pour soutenir les organismes communautaires locaux de lutte contre le sida ainsi que d'autres organismes
 - 3 **réseaux de populations clés**, incluant le Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) et la Women and HIV/AIDS Initiative [Initiative femmes et VIH/sida] (WHAI)¹ – qui ont chacun leur bureau provincial et un réseau de membres principalement constitué d'organismes de lutte contre le sida (OLS) à travers la province

L'édition 2014-2015 de *Perspectives des services de première ligne* inclut pour la première fois les activités de trois autres types d'organismes de services communautaires financés par le Bureau de lutte contre le sida :

- **8 programmes de dépistage anonyme**
- **5 cliniques communautaires en VIH**
- et le **Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN)** – un organisme de recherche et d'échange de connaissances (qui est inclus parmi les programmes de renforcement des compétences et porte leur nombre à onze).

L'édition 2014-2015 inclut également, pour la deuxième année :

- **16 Équipes en matière d'hépatite C** financées par le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C du Ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, qui travaillent en contact étroit avec des médecins traitants et fournissent des soins et traitements pour le VHC ainsi que de l'éducation et des services de proximité et de soutien, dans les communautés aux quatre coins de la province (elles étaient incluses dans le rapport pour une première fois l'an dernier).

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

¹ Le Bureau de lutte contre le sida soutient également deux autres groupes de travailleurs et organismes qui fournissent des services à des populations spécifiques : services centrés sur les personnes indigènes, y compris la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones (OAHAS), Two-Spirited People of the First Nations, la Nation Nishnawbe Aski Nation, l'Association of Iroquois and Allied Indians, Union of Ontario Indians et Waasegiizhig Nanaandawe'iyewigamig; 21 organismes communautaires sont financés spécifiquement pour du travail de proximité en réduction des méfaits.

FIGURE I

LES PROGRAMMES VIH ET ÉQUIPES HÉPATITE C COUVRENT LA PROVINCE

Nord

Organismes en VIH :	7
Organismes non-VIH :	5
Services cliniques communautaires en VIH :	1
Programmes de dépistage anonyme :	2
Équipes en matière d'hépatite C :	4
Nombre total de programmes financés :	19

Ottawa et Est

Organismes en VIH :	6
Organismes non-VIH :	6
Programmes de dépistage anonyme :	1
Équipes en matière d'hépatite C :	1
Nombre total de programmes financés :	14

Centre-Est

Organismes en VIH :	4
Organismes non-VIH :	1
Programmes de dépistage anonyme :	1
Équipes en matière d'hépatite C :	1
Nombre total de programmes financés :	7

Centre -Ouest

Organismes en VIH :	6
Non-AIDS service organizations :	1
Services cliniques communautaires en VIH :	2
Programmes de dépistage anonyme :	1
Équipes en matière d'hépatite C :	4
Nombre total de programmes financés :	14

Sud-Ouest

Organismes en VIH :	5
Organismes non-VIH :	1
Programmes de dépistage anonyme :	2
Équipes en matière d'hépatite C :	2
Nombre total de programmes financés :	10

Toronto

Organismes en VIH :	6
Organismes non-VIH :	22
Services cliniques communautaires en VIH :	1
Programmes de dépistage anonyme :	1
Des programmes de renforcement des capacités :	11
Équipes en matière d'hépatite C :	4
Nombre total de programmes financés :	45

Nombre total de programmes financés en Ontario

Organismes en VIH :	34
Organismes non-VIH :	35
Services cliniques communautaires en VIH :	5
Programmes de dépistage anonyme :	6
Des programmes de renforcement des capacités :	11
Équipes en matière d'hépatite C :	16
Nombre total de programmes financés :	109

2. La nouvelle stratégie provinciale sur le VIH jusqu'en 2015

En 2014-2015, plusieurs des programmes en VIH qui font des comptes rendus par l'OERVSCO ont été encouragés à réorienter leurs services afin de refléter l'approche stratégique établie dans la nouvelle stratégie provinciale :

- Changer le cours de la prévention du VIH; implication; cascade des soins
- Point de mire sur les populations les plus affectées par le VIH
- Adopter des approches systémiques (c.-à-d. intégrer les services en VIH avec d'autres services sociaux et de santé).

Bien que les programmes financés travaillaient à l'aide d'un modèle logique développé avant la nouvelle stratégie (voir Appendice B), ils étaient également informés des objectifs de la nouvelle stratégie et travaillaient selon ces orientations pour les atteindre :

1. Améliorer la santé et le bien-être des populations les plus affectées par le VIH
2. Promouvoir la santé sexuelle et prévenir les nouvelles infections à VIH et à VHC ainsi que les ITS
3. Diagnostiquer de façon précoce les infections à VIH et arrimer les personnes aux soins en temps opportun
4. Améliorer la santé, la longévité et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH
5. Assurer la qualité, l'uniformité et l'efficacité de tous les programmes et services en VIH financés par la Province.

D'ici 2025, les nouvelles infections à VIH seront rares, en Ontario, et les personnes vivant avec le VIH auront une longue vie en santé et exempte de stigmatisation et de discrimination.

Comment les données de l'OERVSCO sont utilisées

Les données et informations fournies par le biais de l'OERVSCO procurent aux bailleurs de fonds l'information dont ils ont besoin pour :

1. examiner la gamme de services fournis
2. identifier les nouveaux enjeux et les tendances
3. orienter la planification
4. rendre des comptes sur 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. Pour une explication des limites des données, consultez l'Appendice D.

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 des programmes et les modèles logiques. 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 en mettre au point de nouveaux 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

I. Faits saillants

Cette section résume les changements et tendances d'importance que contiennent les données de l'OERVSCO 2014-2015.

II. Programmes et services pour le VIH

Cette section compte huit parties :

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

Quatre résultats escomptés de ces services, à court terme, en 2014-2015 :

- Capacités accrues des organismes et individus
- Connaissances et sensibilisation améliorées
- Accès accru aux services
- Coordination et collaboration communautaires améliorées.

III. Hepatitis C teams

Cette section se divise en trois parties :

1. Épidémiologie du VHC en OntarioA description of the hepatitis C teams
2. Description des Équipes en matière d'hépatite C
3. Services de prévention, d'implication et de traitement.

IV. Appendices

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

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

Contents

Préface	i
I. Faits saillants	1
Le VIH en Ontario en 2014	2
Le secteur communautaire du VIH	2
Services de prévention, d'éducation et de proximité	2
Travail de proximité auprès d'UDI	3
Services de dépistage anonyme	4
Services cliniques communautaires en VIH	4
Services de soutien	5
Renforcement des capacités et développement communautaire	5
Services pour l'hépatite C	7
II. Programmes et services VIH	9
1. Épidémiologie du VIH en Ontario	10
<i>Nouveaux diagnostics de VIH</i>	10
<i>Orientations directions</i>	17
<i>Sources d'information</i>	17
2. Les services en matière de VIH en Ontario	18
<i>La situation du financement en 2014-2015</i>	18
<i>Qui fait fonctionner les programmes?</i>	20
3. Services de prévention, d'éducation et de proximité, incluant la proximité pour personnes s'injectant des drogues	28
<i>Tendances concernant les exposés éducatifs</i>	28
<i>Quelle éducation les personnes vivant avec le VIH reçoivent-elles?</i>	32
<i>Où les exposés sont-ils présentés?</i>	33
<i>Tendances de l'éducation individualisée dans le cadre des services</i>	34
<i>De l'éducation à l'engagement : connecter les individus avec d'autres services</i>	35
<i>Ce que les programmes nous ont déclaré à propos des obstacles à l'éducation et des moyens de les surmonter</i>	36
<i>Programmes de proximité</i>	38
<i>Baisse du nombre de contacts brefs et significatifs dans le travail de proximité en 2014-2015</i>	38
<i>Changements au nombre et à l'emplacement des contacts significatifs dans le travail de proximité</i>	41
<i>Utilisation des médias sociaux comme outil d'éducation/proximité</i>	42
<i>Campagnes de sensibilisation plus ciblées</i>	45
<i>Changements dans le développement et la distribution de matériel</i>	46
<i>Qu'est-ce que vous nous avez dit à propos de surmonter les obstacles de sensibilisation</i>	51

Services de proximité à l'intention d'UDI	53
Joindre les personnes qui consomment des drogues, par la biais des organismes/services communautaires	56
4. Services de dépistage anonyme du VIH	74
Qui dépistons-nous dans le cadre du programme de dépistage anonyme?	76
Quelles références offrons-nous?	80
5. Services cliniques communautaires en VIH	81
6. Services de soutien	90
Qui utilise les services de soutien?	90
7. Renforcement des capacités et développement communautaire	107
Programmes provinciaux de renforcement des capacités	107
Point de mire accru sur la sexualité saine, les limites et le principe GIPA/MIPA	108
Promouvoir des recherches et pratiques fondées sur les données	113
Qui participe aux activités de développement communautaire pour UDI?	124
8. Portrait régional	125
Portrait régional des présentations sur la prévention	127
Portrait régional des services de proximité	133
Portrait régional des services de soutien	137
Assistance financière par région	140
III. Équipes en matière d'hépatite C	142
1. Épidémiologie du VHC	143
2. Les équipes en matière d'hépatite C	148
3. Services d'implication dans la prévention et de traitement en matière de VHC	152
Dépistage du VHC	158
List of figures	167
IV. Appendices	172
Appendice A. Programmes	173
Appendice B. Modèles logiques	179
Modèle logique du programme d'action communautaire sur le sida	179
Programme de financement du Bureau de lutte contre le sida	180
Appendice C. Synthèse et modèle logique	184
Comprendre le modèle logique	184
Appendice D. Limites des données	186
Appendice E. Sources de financement	187
Appendice F. Qu'est-ce qu'un RPP?	188
Appendice G. Impact économique	189
Appendice H. Acronymes	191

I. Faits saillants



Au total, 91 organismes (109 programmes) ont soumis des rapports par le biais de l'OERVSCO, en 2014-2015. En voici les faits saillants et les messages à retenir qui en émanent.

Le VIH en Ontario en 2014

- Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a diminué, au cours de la récente décennie.
- Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH en 2014 a été légèrement supérieur à celui de 2013, en raison d'une légère augmentation du nombre de diagnostics parmi les femmes s'injectant des drogues, en particulier dans les régions du Nord, de l'Est et du Centre-Ouest. Cette augmentation pourrait refléter la variation d'année en année ou être due à d'autres facteurs comme un nombre accru de dépistages.
- Le pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH par facteur de risque/population, dans la province en 2013 et 2014, suit les tendances à plus long terme : en augmentation chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) et les HRSH utilisateurs de drogues par injection (HRSH-UDI); stable chez les personnes qui s'injectent des drogues (UDI); et en diminution dans les populations hétérosexuelles et de personnes venues de pays où le VIH est endémique.
- L'âge où se recense le plus grand nombre de diagnostics, tant chez les hommes que chez les femmes, était de 30-34 ans, avec une tendance vers un diagnostic à un âge plus avancé pour les deux sexes. Chez les hommes, cette tendance semble avoir un rapport avec les hommes nés dans les

années 1960, qui portent le plus grand fardeau du nombre de diagnostics de VIH depuis 20 ans.

- Depuis dix ans, il y a eu augmentation du nombre de diagnostics parmi les hommes plus jeunes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Le secteur communautaire du VIH

Les services communautaires en matière de VIH qui sont inclus dans le présent rapport sont fournis par une combinaison de :

- 492 employés à des postes équivalents temps plein
- 1 709 pairs impliqués dans des programmes d'éducation et de soutien
- 1 042 pairs impliqués dans des programmes de proximité pour UDI
- 6 112 bénévoles.

Les principales cibles des exposés éducatifs sont encore les praticiens, professionnels et fournisseurs de services, car les programmes s'efforcent de créer des réseaux de services qui soient sensibles et capables de servir les personnes vivant avec le VIH ou à risque pour celui-ci.

Services de prévention, d'éducation et de proximité

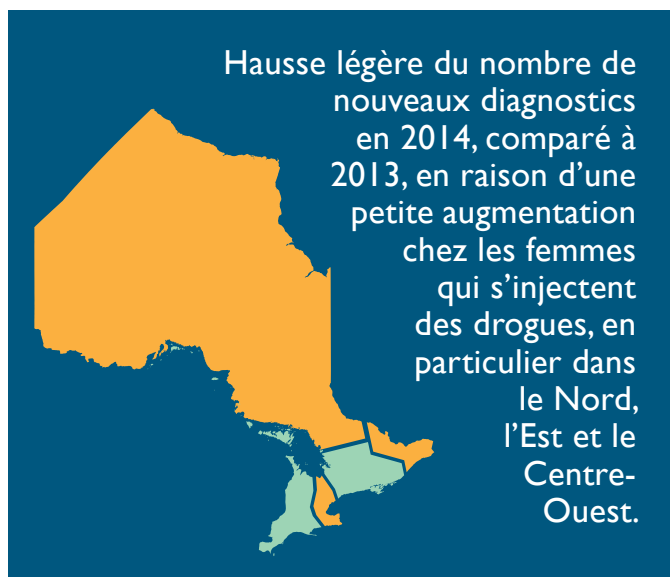
Les programmes d'éducation ciblent les populations prioritaires

Le secteur réoriente bien son point de mire vers les populations les plus affectées par le VIH.

Moins de présentations s'adressaient au grand public ou à des étudiants; et un plus grand nombre s'adressaient aux trois populations prioritaires : personnes indigènes; hommes gais, bisexuels ou autres hommes qui ont des rapports avec des hommes; et femmes à risque.

Il y a eu diminution du nombre de présentations à l'intention des communautés africaines, caraïbéennes et noires; cependant, ce changement est associé à des postes vacants, et non à un manque d'intérêt ou d'importance du point de mire.

Parmi les organismes communautaires de lutte contre le sida, une plus grande part des présentations éducatives sont maintenant données par du



personnel dont le travail concerne une population particulière, comme des travailleurs auprès d'UDI ou de personnes indigènes, ou d'intervenants locaux qui font partie des réseaux des populations prioritaires (à l'opposé d'intervenants en prévention grand public) – l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais (GMSH), le Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) et l'Initiative femmes et VIH (WHA1).

L'éducation individuelle répond à des demandes d'information

Des travailleurs ont investi un temps considérable à donner de l'éducation individualisée – principalement en réponse à des individus demandant de l'information. Les demandes d'éducation individuelle les plus fréquentes concernaient de l'information pour des enjeux spécifiques à des populations et les ITS. Pour les membres du réseau de population prioritaire de la GMSH, les plus fréquentes concernaient l'information sur le dépistage du VIH, la vie avec le VIH et la stigmatisation. Dans les communautés africaines, caraïbéennes et noires, les demandes les plus fréquentes concernaient de l'information sur des enjeux populationnels spécifiques, les notions de base touchant le VIH ainsi que la vie avec le VIH.

De l'éducation à l'engagement : connecter les gens à d'autres services

En 2014-2015, l'OERVSCO a demandé que les programmes fassent état de toute référence offerte dans le cadre d'activités d'éducation, de proximité, en ligne et de médias sociaux. Les types de références données par des intervenants en éducation, en 2014-2015, ont mis en évidence les besoins sociaux et de santé complexes des personnes qui recourent à des services dans le cadre de programmes communautaires :

- deux tiers concernaient des services cliniques comme le dépistage du VIH ou d'autres ITS, des cliniques de santé sexuelle ou services de counselling, un professionnel des soins, un

établissement de santé ou la santé publique;

- un tiers des références étaient vers des services communautaires, comme un autre OLS, une banque alimentaire, services spécifiques à des populations, services sociaux, programmes de toxicomanie, d'emploi, de logement et d'établissement.

Travail de proximité

En 2014-2015, les programmes ont déclaré 12 % moins de contacts brefs en proximité (p. ex., donner une brochure lors d'un événement communautaire) et 18 % moins de contacts significatifs en personne – mais il y a eu des hausses considérables du nombre de contacts avec des individus des communautés indigènes et ACN. Une partie des diminutions pourrait être due à une précision accrue de la déclaration de données. L'utilisation des médias sociaux pour le travail de proximité a été déclarée par un plus grand nombre de programmes; il est toutefois difficile de mesurer l'impact d'initiatives de médias sociaux.

Travail de proximité auprès d'UDI

Deux types différents de programmes font état de services de proximité à des personnes s'injectant des drogues (UDI) : 21 programmes de proximité pour UDI qui sont financés expressément par le Bureau de lutte contre le sida pour fournir ces services; et entre 14 et 16 programmes qui fournissent également des services aux UDI. Pour la première fois en 2014-2015, nous avons examiné séparément l'expérience de ces deux groupes de programmes.

Les 21 programmes financés pour du travail de proximité auprès d'UDI ont déclaré moins de contacts de terrain et dans leurs locaux, bien que d'autres programmes travaillant également auprès d'UDI ont déclaré une hausse considérable de contacts de proximité et une hausse légère des contacts au point de services. En dépit de cette tendance, les programmes financés pour le travail de proximité auprès d'UDI fournissent encore la majorité des services à cette population.

« Notre équipe, chez GMSH, a eu une période record dans le travail de proximité en ligne, avec 130 contacts en ligne pendant la période de ce rapport. 88 de ces contacts ont été classés comme significatifs, ce qui veut dire qu'au moins une question liée à la santé sexuelle a été posée à l'intervenant. Parmi ces contacts, nous avons référé plusieurs personnes à des services de dépistage du VIH et d'ITSS, et des programmes communautaires et de counselling. »

– AIDS Committee of Cambridge, Kitchener and Waterloo Area

Les programmes ont déclaré avoir plus de contacts avec des UDI par le biais d'organismes/services communautaires. Plus de contacts ont été faits, également, par l'entremise de pharmacies; et un moins grand nombre dans les cliniques de méthadone. Ce changement est probablement dû au nombre accru de pharmacies fournissant la méthadone.

Les programmes sont efficaces pour ce qui concerne la rétention des clients au fil du temps et pour le recrutement de nouveaux clients. Dans la région de Toronto, une part importante de l'augmentation du nombre de clients UDI uniques était due à une augmentation du nombre de femmes trans accédant à des services – un changement qui résulte probablement de deux nouvelles initiatives s'adressant à la communauté trans.

Bien que la plupart des clients UDI soient de sexe masculin, les clientes tendent à utiliser plus de services. Les clients de sexe masculin sont plus susceptibles d'utiliser du soutien pratique, de l'éducation ainsi que du counselling, mais moins susceptibles d'utiliser des services de références ou d'autres services sociaux et de santé.

Au cours des trois dernières années, les programmes servant les personnes qui consomment des drogues ont distribué approximativement cinq millions d'unités additionnelles de matériel d'injection plus sécuritaire.

Services de dépistage anonyme

En 2014-2015, huit organismes et programmes financés pour fournir le dépistage anonyme du VIH ont commencé à faire état de leurs activités et services par le biais de l'OERVSCO.

En 2014-2015, les huit sites de dépistage ont procédé à 8 024 dépistages du VIH (anonymes, nominatifs et codés) à l'aide d'un test rapide ou de la méthode traditionnelle de l'échantillon sanguin. La plupart des dépistages étaient anonymes, soit 6 875 tests (86 %).

Les hommes représentaient 82 % de l'ensemble des dépistages effectués dans les huit sites en 2014-2015;

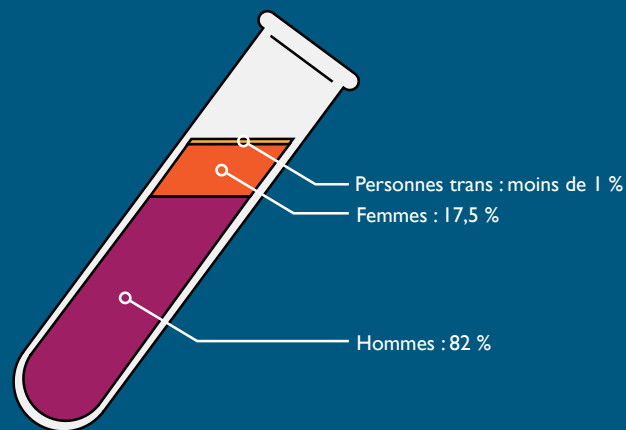
les femmes, 17,5 % et les personnes trans, moins de 1 %. En 2014-2015, 86 % de tous les dépistages du VIH effectués dans les huit sites ont été à des personnes de 20 à 39 ans; s'agissant en majorité (68 %) de personnes de 20 à 39 ans. Il semble que les hommes – jeunes, en particulier – préfèrent le dépistage anonyme.

Les huit sites ont diagnostiqué un total de 55 infections à VIH (taux de positivité de 0,69 %). En observant l'ensemble des sites dans la perspective du type de dépistage effectué, le dépistage anonyme correspond à un taux de positivité de 0,79 %, le dépistage nominatif à un taux de 0,09 % et le dépistage non nominatif à un taux de positivité de 0,0 %. Le dépistage anonyme du VIH semble donc attirer des personnes qui sont à risque et qui n'ont pas été diagnostiquées.

FIGURE 2

SERVICES DE DÉPISTAGE

8 sites ont effectué 8,024 dépistages du VIH, dont 86 % (6 875) étaient anonymes.



Services cliniques communautaires en VIH

En 2014-2015, cinq organismes communautaires de services cliniques pour le VIH ont fait pour la première fois des rapports à l'OERVSCO. Les cinq cliniques ont fourni des services à un total de 1 629 personnes vivant avec le VIH (148 nouveaux clients et 1 481 clients maintenus). Toutes les cliniques ont noté une hausse considérable du nombre clients

faisant usage de drogues par injection – possiblement parce que les personnes ayant des antécédents de consommation de drogue sont plus à l’aise de recevoir des soins en milieu communautaire qu’à l’hôpital.

Quatre-vingt-deux pour cent des clients cliniques étaient des hommes, et 18 % des femmes. La plupart étaient âgés d’entre 30 et 59 ans; et un quart des nouveaux clients avaient entre 20 et 29 ans.

Les défis que vivent les clients varient d’une région à l’autre. L’insécurité alimentaire, le chômage et la pauvreté étaient de plus grands enjeux pour les clients du Nord que pour ceux de Toronto; la stigmatisation et la santé mentale étaient des enjeux plus importants dans le Centre-Ouest.

Les services les plus utilisés dans les cliniques étaient les soins primaires et les analyses sanguines ou tests de laboratoire. La plupart des références fournies étaient vers des médecins spécialisés, suivis des spécialistes du VIH. Bien que les cliniques aient déclaré que 48 % des clients avaient des défis concernant la santé mentale, seulement 119 clients ont été référés pour des services en la matière. Cet écart pourrait être dû au fait que certaines cliniques offrent des services de santé mentale à l’interne.

Services de soutien

En 2014-2015, 61 programmes communautaires sur le VIH, dans 47 organismes, ont déclaré fournir des services de soutien à une moyenne de 16 323 personnes, dont 29 % étaient de nouveaux clients. L’assistance pratique est demeurée le service communautaire le plus utilisé par les personnes vivant avec le VIH/sida, suivi des programmes alimentaires et de la gestion de cas. La nécessité de ces services met en relief le fait qu’un nombre considérable de personnes vivant avec le VIH qui utilisent des services communautaires vivent dans la pauvreté et dans l’insécurité alimentaire, en plus d’être affectées par d’autres déterminants de la santé.

Parmi les personnes à risque pour le VIH, les programmes ont signalé avoir observé une augmentation considérable des demandes de services sur rendez-vous ainsi que de programmes alimentaires

et de références. Parmi les personnes affectées par le VIH, les services les plus fréquemment utilisés étaient les programmes alimentaires, l’assistance pratique, la gestion de cas, le counselling, les références et les services de promotion de la santé.

Les clientes étaient plus susceptibles que leurs homologues de sexe masculin d’utiliser des services d’interprétation et d’établissement, ce qui donne à penser qu’une plus grande proportion des clientes est composée de nouvelles arrivantes. Les services les plus utilisés par les personnes trans ont été les programmes sans rendez-vous, l’assistance pratique et les références. À présent que deux organismes torontois offrent des services aux femmes trans qui pratiquent le travail du sexe, le nombre de femmes trans recourant à de l’assistance pratique et à des références, en 2014-2015, a augmenté.

Renforcement des capacités et développement communautaire

Des activités de renforcement des capacités et de développement communautaire sont réalisées aux échelons provincial et local.

À l’échelon provincial, 11 programmes de renforcement des capacités ont fourni au total 727 séances d’échange et de transfert des connaissances (ÉTC) et de renforcement des capacités, en 2014-2015, soit une diminution de 19 % en comparaison avec 2013-2014. Cependant, ce changement est probablement attribuable à une modification dans la façon de présenter des séances de renforcement des capacités (c.-à-d. à un groupe plutôt qu’en formule individuelle). Il y a eu moins de séances de renforcement des capacités, mais le nombre de personnes en ayant bénéficié est semblable aux années précédentes.

Les organismes provinciaux de renforcement des capacités se sont détournés des formations spécifiques au VIH, au profit des déterminants sociaux de la santé, de la divulgation ainsi que d’enjeux juridiques. Ils ont fait plus de présentations portant sur la sexualité saine, les limites et le principe GIPA/MIPA.

Il y a eu plus de réunions de développement communautaire en 2014-2015 (soit 628) qu'en 2013-2014 (586); et un plus grand nombre de ces réunions étaient avec des travailleurs de première ligne, plutôt qu'avec des directeurs généraux et membres de conseils d'administration. Bien que les réunions aient continué de porter sur des enjeux comme la planification de programmes et le réseautage, un nombre accru a porté sur la gouvernance, la coopération interagence et la planification stratégique.

Quant à l'impact, cinq organismes provinciaux de renforcement des capacités ayant reçu des fonds du PACS en 2014-2015 ont déclaré avoir fait 163 présentations, à un total de 534 participants. De ce groupe, 464 participants ont été interrogés sur l'évolution de leurs connaissances : 379 (80 %) ont indiqué un changement dû à la présentation ou à l'atelier de renforcement des capacités. Par ailleurs, 350 ont été interrogés sur le changement comportemental : 279 (71 %) de ceux-ci ont déclaré avoir changé comment ils fournissaient des services en raison de leurs apprentissages.

En 2014-2015, l'OHTN a fait des rapports par l'OERSVCO pour la première fois; il compte parmi 11 organismes provinciaux de renforcement des capacités. Des 119 projets de recherche actifs financés par l'OHTN au cours de l'année, 118 concernaient au moins une population prioritaire. Près de la moitié étaient centrés sur les personnes vivant avec le VIH, près d'un quart sur les hommes gais, et le reste sur les personnes faisant usage de drogues, les populations africaines, caraïbéennes et noires (ACN), les femmes à risque et les personnes indigènes.

Le personnel de l'OHTN a organisé plus de 173 événements d'éducation et de formation, qui ont joint au total 2 150 personnes, formé plus de 30 pairs chercheurs et affiché 110 vidéos concernant la recherche qui ont été visionnés par 11 681 internautes. Les scientifiques de l'OHTN ont participé à plus de 10 projets de recherche, publié plus de 21 articles examinés par des pairs ainsi que dix publications dans la littérature grise, et 40 ressources. Les équipes de l'OHTN en matière de synthèse du savoir et en échange des connaissances ont développé

14 réponses rapides sur des sujets aussi diversifiés que la gestion de cas, le trouble de stress post-traumatique chez les personnes vivant avec le VIH, et l'impact de la méthamphétamine cristallisée sur les comportements à risque d'hommes gais. Des employés de l'OHTN ont par ailleurs fait 67 présentations à un total de 3 052 participants qui étaient principalement des fournisseurs de services à l'emploi d'OLS, des fournisseurs de services cliniques pour le VIH, des personnes à risque, des intervenants d'autres organismes que les OLS, de même que des responsables des politiques.

Le personnel de l'Étude de cohorte de l'OHTN, qui suit plus de 5 000 participants vivant avec le VIH en Ontario, a inscrit 425 nouveaux participants, en 2014-2015; il a également donné 21 présentations et fourni des données pour plusieurs études et articles. At the local level, community-based HIV programs worked to enhance the capacity of their communities to serve people with or at risk of HIV. The number of community development meetings were up – mainly due to more meetings organized by IDU outreach programs.

À l'échelon local, les programmes communautaires sur le VIH ont travaillé à rehausser les capacités de leurs communautés à servir les personnes vivant avec le VIH ou qui sont à risque pour celui-ci. Le nombre de réunions de développement communautaire a connu une augmentation, due principalement à un nombre accru de réunions organisées par des programmes de proximité pour UDI.

Une part importante du renforcement des capacités au palier local est faite par des directeurs généraux et des gestionnaires de programmes – qui favorisent le partenariat avec d'autres services sociaux et de santé – et par les réseaux des populations prioritaires (WHAI, GMSH, CACVO).

Les activités de développement communautaire ont contribué à bâtir des coalitions et des réseaux, à planifier des événements communautaires, à partager de l'information et à forger de nouveaux partenariats. La plupart de ces activités impliquent d'autres organismes de la communauté, d'autres OLS, des services spécifiques à des populations

ainsi que des organismes de services sociaux. En particulier, les programmes ont signalé une augmentation du nombre de réunions/partenariats avec des services spécifiques à des populations.

Services pour l'hépatite C

Approximativement 4 214 cas confirmés d'hépatite C ont été déclarés en Ontario en 2014 – ce qui est semblable aux trois années précédentes. Le nombre de nouveaux cas était le plus élevé dans le Nord, et en croissance : dans le territoire des unités de santé publique du Nord-Ouest, du District de Thunder Bay ainsi que du District de Sudbury. Environ 60 % des cas d'hépatite C touchent des personnes qui font ou ont déjà fait usage de drogues par injection; et 20 % chez des personnes venues de pays où l'hépatite C est endémique. Dans le Nord de l'Ontario, au moins 88 % des nouveaux cas étaient chez des personnes s'injectant des drogues.

Les hommes représentaient 62,2 % des nouveaux cas d'hépatite C; pour la plupart, ils avaient entre 25 et 29 ans.

Les équipes de la province en matière d'hépatite C ont servi en moyenne 5 932 clients, soit une augmentation de 15 % sur l'année précédente.

De ces clients :

- 1 871 étaient de nouveaux clients vivant avec le VHC – une augmentation de 19 %
- 1 998 étaient des clients actifs vivant avec le VHC – une augmentation de 18 %
- 1 579 étaient des clients à risque – une augmentation de 11 %
- 484 étaient des clients affectés.

La plupart des clients avaient plus de 40 ans – et 32 % des clients actifs ont plus de 55 ans – une augmentation de 12 % sur 2013-2014.

Avec l'introduction de nouveaux traitements contre l'hépatite C qui sont plus brefs et mieux tolérés, les équipes en matière d'hépatite C ont fait état des résultats suivants des traitements, en 2014-2015 :

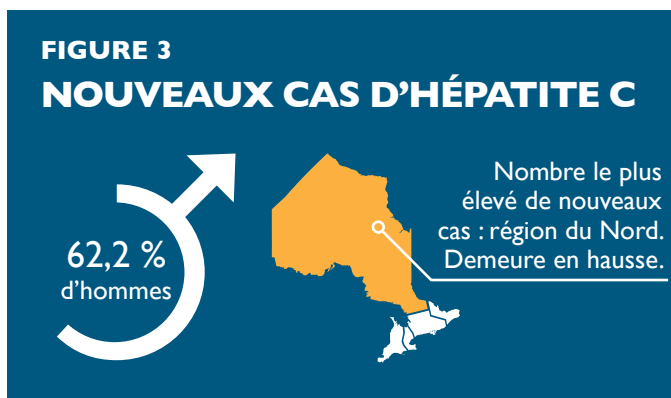
- 3 869 personnes impliquées auprès d'une équipe VHC
- 3 172 clients en phase pré-traitement – une augmentation de 493 sur l'année précédente

- 218 personnes ayant éliminé le virus spontanément
- 557 clients ayant amorcé un traitement
- 488 clients ayant terminé un traitement
- 54 clients qui ont abandonné le traitement (39 % de moins que l'année précédente). Quinze de ces abandons étaient dus à des effets secondaires du traitement.

Avec les nouveaux régimes de traitement, certains clients ont franchi les trois étapes thérapeutiques dans une même période semi-annuelle de déclaration de données.

L'écart important entre le nombre de clients amorçant le traitement et ceux complétant le traitement, en 2014-2015, est dû principalement au nombre élevé de personnes qui ne sont pas encore admissibles à la couverture des médicaments. Grâce au travail des équipes VHC, toutefois, beaucoup moins de clients ont été perdus à l'étape du suivi (-52 %) ou ont eu une interruption du traitement en raison d'une instabilité sociale (-55 %).

Les équipes VHC impliquent activement des personnes qui ont une expérience vécue dans la prestation d'éducation et de services de proximité. Les pairs ont fourni une large gamme de services et ont participé à la distribution de ressources, à la planification et à la réalisation de campagnes de sensibilisation ainsi que d'activités de proximité. En moyenne, 345 pairs ont fourni des services dans chaque semestre de 2014-2015.





II. Programmes et services VIH



I. Épidémiologie du VIH en Ontario

Nouvelles tendances en 2014

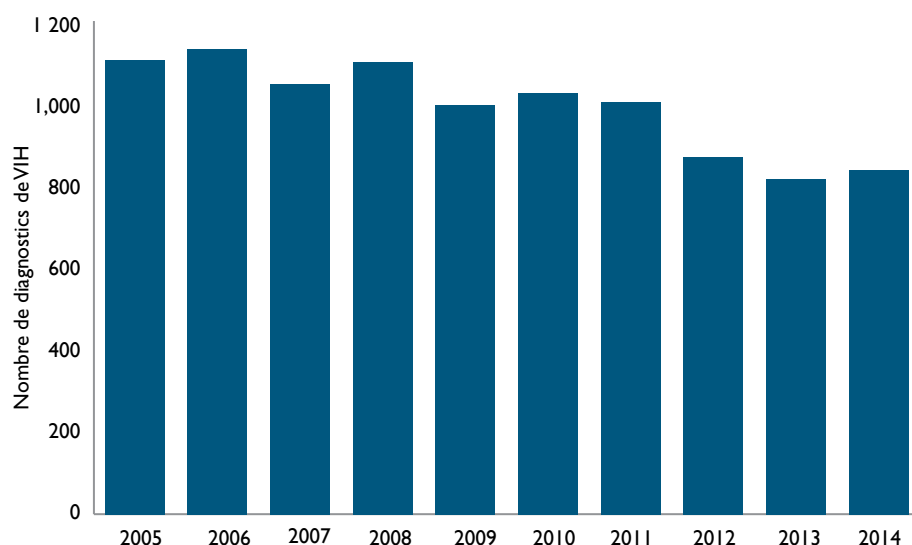
- Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a diminué, au cours de la récente décennie.
- Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH en 2014 a été légèrement supérieur à celui de 2013, en raison d'une légère augmentation parmi les femmes s'injectant des drogues, en particulier dans les régions du Nord, de l'Est et du Centre-Ouest. Cette augmentation pourrait refléter la variation d'année en année ou être due à d'autres facteurs comme un nombre accru de dépistages.
- Le pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH par facteur de risque/population, dans la province en 2013 et 2014, concorde avec les tendances à plus long terme : en augmentation chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) et chez les HRSH s'injectant des drogues (HRSH-UDI); stable chez les personnes s'injectant des drogues (UDI); et en diminution chez les personnes venues de pays où le VIH est endémique et dans les populations hétérosexuelles.
- L'âge où se recense le plus grand nombre de diagnostics de VIH, tant chez les hommes que chez les femmes, était de 30-34 ans, avec une tendance vers un diagnostic à un âge plus avancé pour les deux sexes. Chez les hommes, cette tendance semble liée au vieillissement des hommes nés dans les années 1960, qui ont porté un plus lourd fardeau des diagnostics de VIH ces 20 dernières années.
- On note depuis dix ans une augmentation du nombre de diagnostics parmi les hommes plus jeunes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Les données épidémiologiques sont de l'année civile 2014; les données sur les activités concernent l'année budgétaire 2014-2015.

Nouveaux diagnostics de VIH

Aperçu : En 2014, il y a eu 837 nouveaux diagnostics de VIH en Ontario.

FIGURE 4 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, 2005-2014



Le nombre de nouvelles infections à VIH diminue-t-il?

Une tendance à la baisse dans les nouveaux diagnostics de VIH pourrait indiquer que le taux de nouvelles infections à VIH diminue, en Ontario – mais nous ne pouvons pas l'affirmer avec certitude. Un nouveau diagnostic de VIH n'équivaut pas à une nouvelle infection par le VIH : certaines personnes peuvent contracter l'infection plusieurs années avant d'être diagnostiquées, et les tendances du diagnostic peuvent dépendre de changements dans les habitudes de dépistage du VIH. Par ailleurs, les nouveaux diagnostics de VIH incluent des personnes qui sont devenues séropositives au VIH à l'extérieur de l'Ontario, mais qui sont déménagées dans cette province et y ont été dépistées pour la première fois.

Tendances au fil du temps : Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH en 2014 était plus élevé que les 815 de 2013, mais tout de même moins élevé que les nombres recensés pendant la majeure partie de la dernière décennie, qui dépassaient généralement les 1 000 diagnostics par année.

Par sexe/genre

Aperçu : En 2014, 656 (79 %) des diagnostics touchaient des hommes, et 174 (21 %), des femmes, en Ontario (le sexe/genre était inconnu dans sept cas).

Données manquantes : À l'heure actuelle, les seuls choix offerts dans les formulaires de dépistage du VIH sont « homme » et « femme ». Si une personne nouvellement diagnostiquée séropositive au VIH s'identifie à un genre autre qu'« homme » ou « femme » (par exemple, transgenres), cette information n'est pas recueillie. Des révisions au formulaire sont en cours afin de recueillir un plus grand nombre de renseignements sur le genre et l'origine ethnique. Voir la page 16 pour plus d'information.

Femmes	Hommes
Instantané : Les femmes diagnostiquées séropositives au VIH étaient le plus souvent noires (51 %), venues de pays où le VIH est endémique (48 %) et âgées de 30 à 34 ans (21 %). Tendances au fil du temps : Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez les femmes a généralement diminué, au cours de la dernière décennie. Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH en 2014 (174) était supérieur à celui de 2013 (138) – mais tout de même inférieur à celui de la plupart des années de la dernière décennie.	Instantané : Les hommes diagnostiqués séropositifs au VIH étaient le plus souvent blancs (56 %), des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (73 %) et âgés de 30 à 34 ans (17 %). Tendances au fil du temps : Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez les hommes a généralement diminué, au cours de la dernière décennie. Cette tendance s'est maintenue en 2014 (656) comparativement à 2013 (671).

FIGURE 5 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH selon le sexe, en Ontario, 2005-2014



Catégorie d'exposition ou population? Chaque nouveau diagnostic de VIH en Ontario est attribué à ce que l'on appelle une « catégorie d'exposition ». Dans le présent rapport, ces catégories sont appelées « populations ». Les populations incluent les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH), les personnes s'injectant des drogues (UDI), les HRSH qui sont aussi des UDI (HRSH-UDI), les personnes venues de pays où le VIH est endémique (nées ou ayant vécu dans un tel pays), les personnes qui ont contracté le VIH par des rapports hétérosexuels, et les autres. Si un nouveau diagnostic de VIH correspond à plus d'une population, on utilise un ensemble de règles pour l'attribuer à une seule. Par conséquent, ces populations sont mutuellement exclusives.

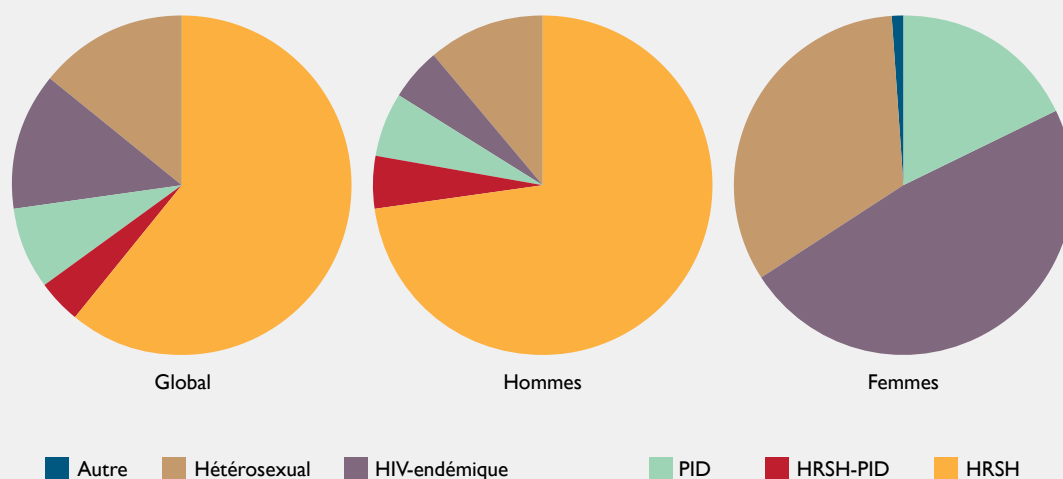
Données manquantes : En 2014, l'information sur la population était manquante pour environ 25 % des nouveaux diagnostics de VIH – une proportion similaire aux années précédentes.

Par population

Aperçu : Ces deux dernières années (2013 et 2014), la majorité des nouveaux diagnostics de VIH concernait des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (61 %), suivis des personnes ayant contracté le VIH par contact hétérosexuel (14 %) et des personnes venues de pays où le VIH est endémique (13 %) et des.

Différences selon le sexe/genre : Les populations les plus affectées variaient selon le sexe/genre. Chez les hommes, ces groupes étaient les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (73 %) et les personnes ayant des contacts hétérosexuels (11 %); chez les femmes, il s'agissait des personnes venues de pays où le VIH est endémique (48 %), des hétérosexuelles (33 %) et des personnes s'injectant des drogues (18 %).

FIGURE 6 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribués à différentes populations (si elle est connue) globale et par sexe / genre , 2-13 et 2014 (combiné)



Tendances au fil du temps : Le pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribué à certaines populations en 2013-2014 concorde généralement avec les tendances de la dernière décennie : en augmentation chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) ainsi que les HRSH s'injectant des drogues (HRSH-UDI); stable parmi les personnes s'injectant des drogues (UDI); et en diminution chez les personnes venues de pays où le VIH est endémique et dans les populations hétérosexuelles.

Ces tendances générales au fil du temps s'observent à la fois chez les hommes et les femmes (Figures 7 et 8) – à quelques exceptions près chez les femmes, où le pourcentage de nouveaux diagnostics attribués à des contacts hétérosexuels a varié, et où le pourcentage attribué aux personnes s'injectant des drogues a légèrement augmenté au cours des deux dernières années (2013 et 2014).

FIGURE 7 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribué à diverses catégories d'exposition (lorsque connues), *hommes*, 2005-2014

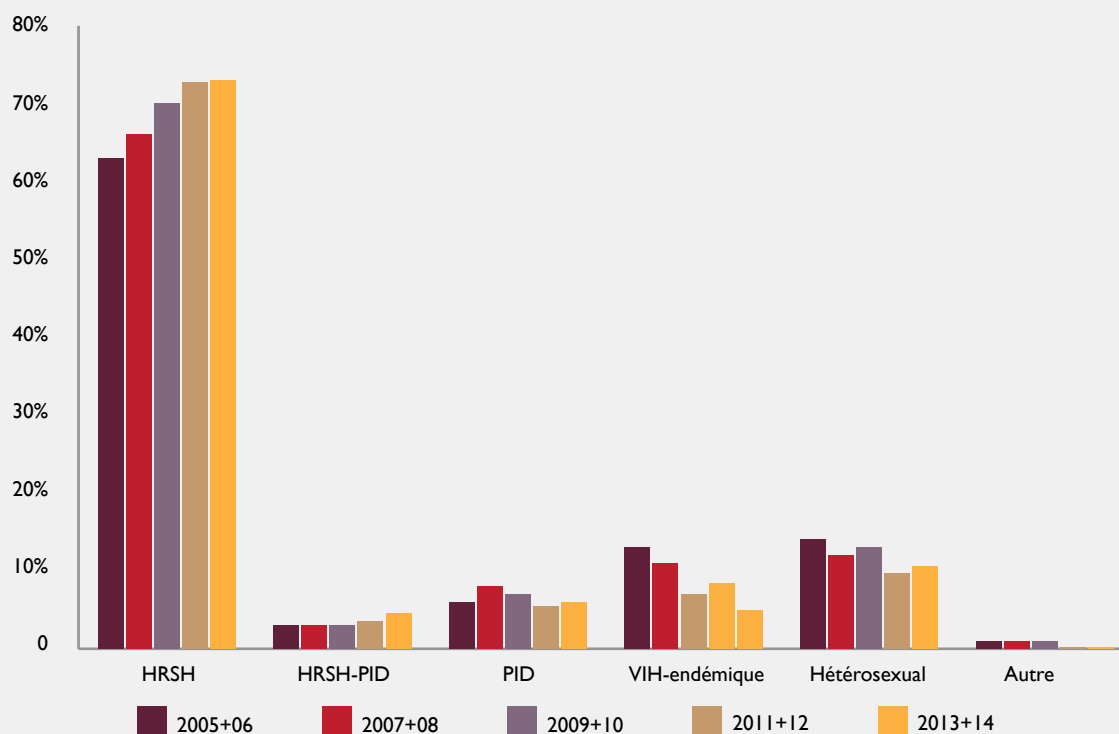
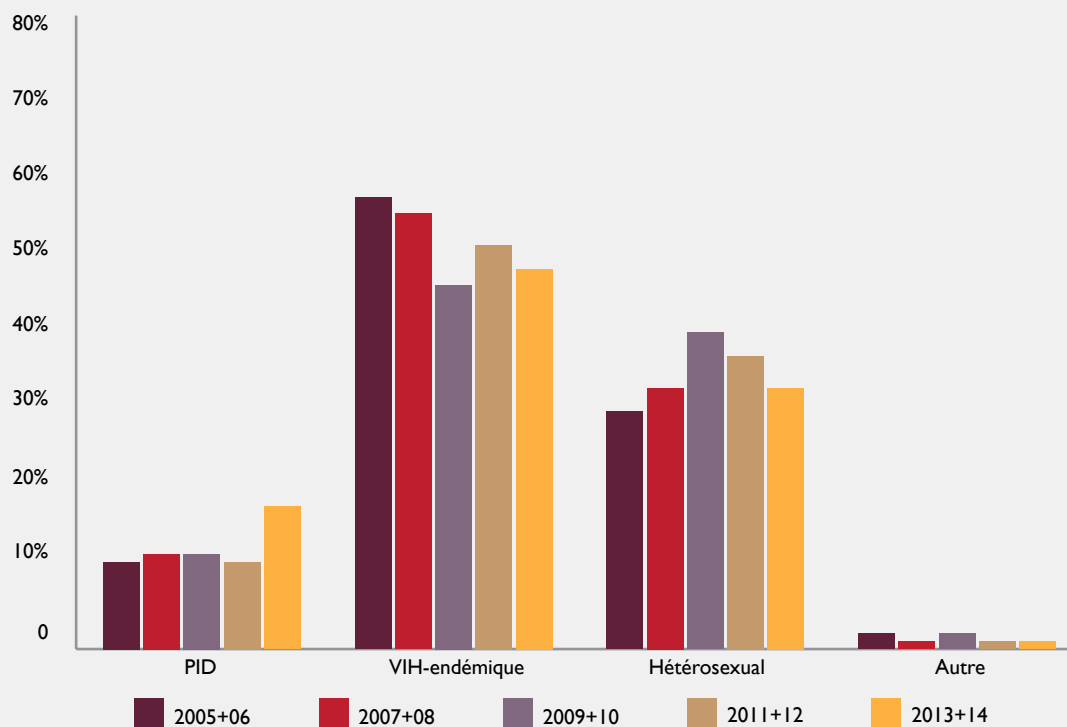


FIGURE 8 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribué à diverses catégories d'exposition (lorsque connues), *femmes*, 2005-2014



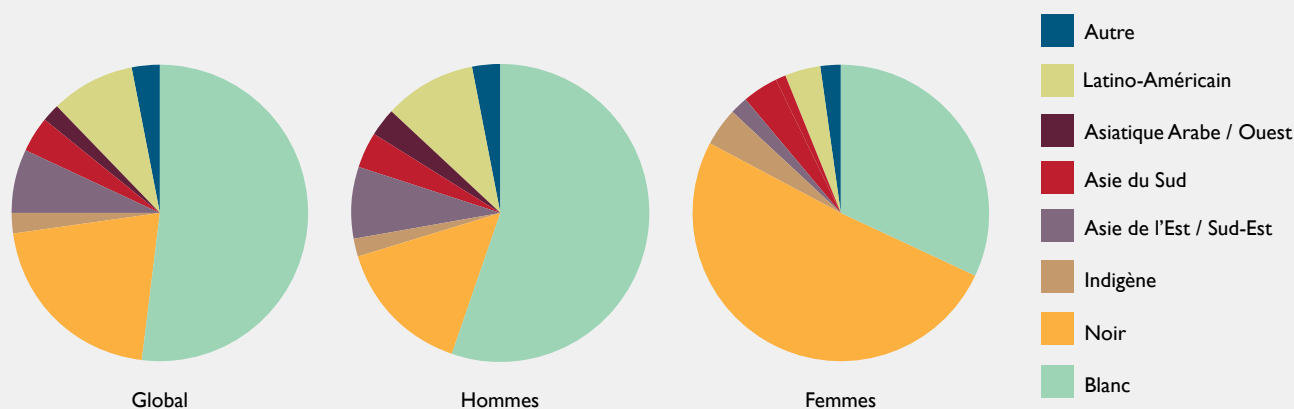
Par origine ethnique

Aperçu : Au cours des deux dernières années (2013 et 2014), la majorité des nouveaux diagnostics de VIH touchaient des Blancs (52 %). La deuxième origine ethnique la plus fréquente était les Noirs (21 %). Dans l'ensemble, 2 % des nouveaux diagnostics de VIH touchaient des personnes qui s'identifient comme Indigènes.

Différences selon le sexe/genre : Les origines ethniques les plus fréquentes variaient selon le sexe/genre. Chez les hommes, ces groupes étaient les Blancs (56 %), les Noirs (15 %) et les Latino-Américains (10 %). Chez les femmes, il s'agissait des Noires (51 %), des Blanches (32 %) et des Indigènes, Sud-Asiatiques et Latino-Américaines (4 % chaque).

Données manquantes : En 2014, les données sur l'origine ethnique étaient manquantes pour environ 40 % des nouveaux diagnostics de VIH. La proportion des diagnostics dont les données sur l'origine ethnique sont manquantes est relativement stable depuis 2009 – année où l'on a commencé à recueillir cette information.

FIGURE 9 Pourcentage de diagnostics de VIH attribués à différentes ethnies (lorsqu'ils sont connus), globalement et par sexe, 2013 et 2014 (combiné)



Tendances au fil du temps : Depuis 2009, les tendances de la proportion des nouveaux diagnostics de VIH attribués à différentes ethnies ont varié. Cela est vrai aussi bien pour les hommes et les femmes (figures 10 et 11).

FIGURE 10 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH de sexe *masculin* attribué à différentes ethnies (lorsqu'ils sont connus), 2009-2014

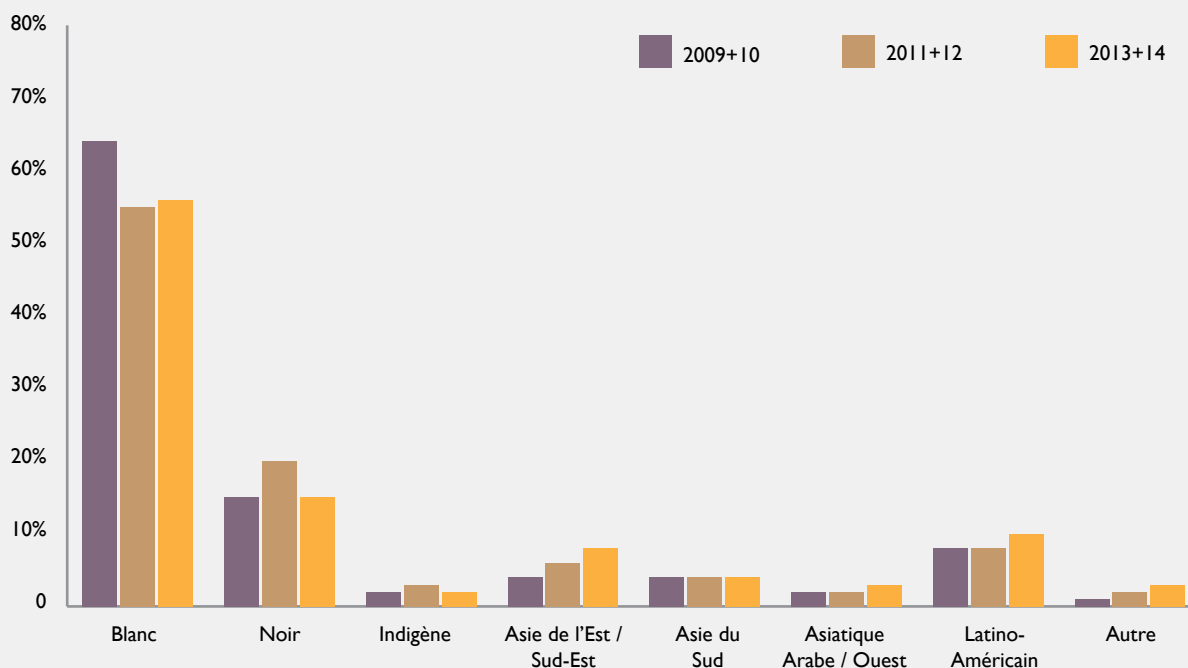
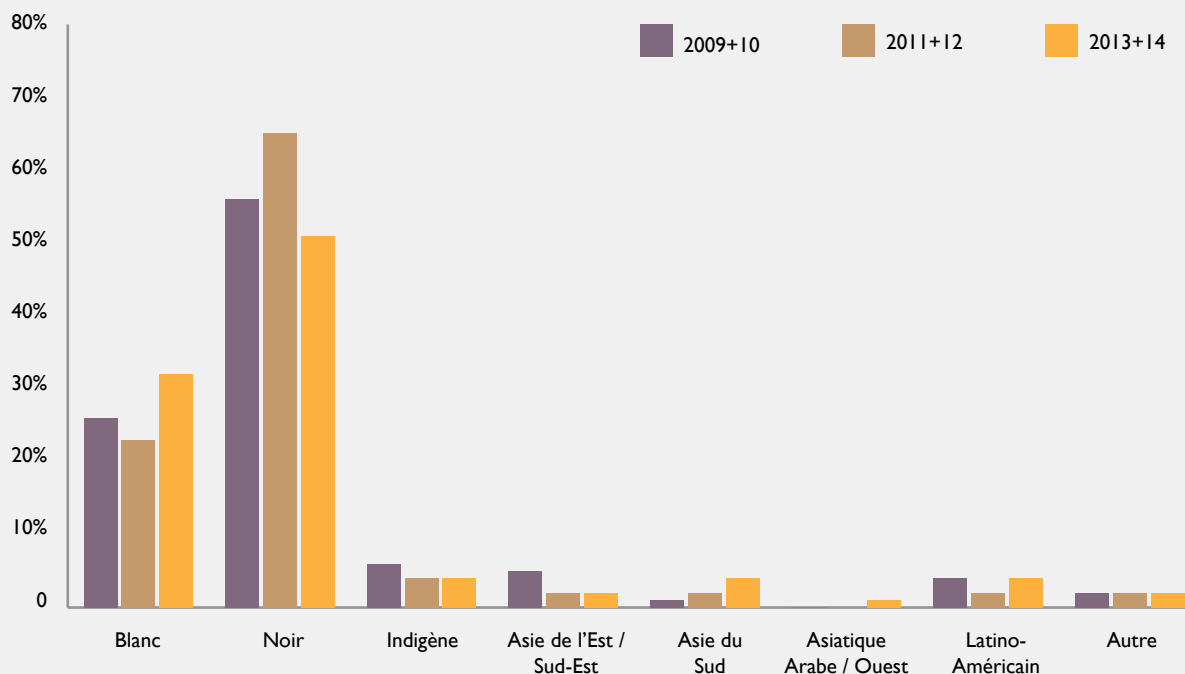


FIGURE 11 Pourcentage de nouveaux diagnostics VIH *féminins* attribués à différentes ethnies (lorsqu'ils sont connus), 2009-2014

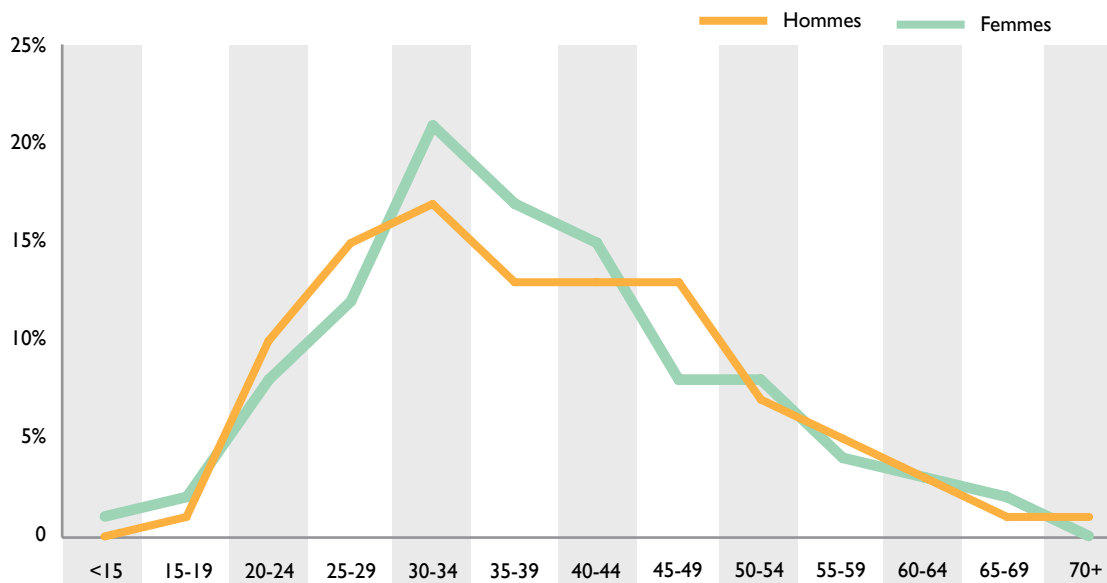


Par âge

Aperçu : De 2012 à 2014, 18 % des diagnostics concernaient des personnes âgées de 30 à 34 ans – tant chez les hommes (17 %) que chez les femmes (21 %).

Différences selon le sexe/genre : L'âge au moment du diagnostic était généralement plus jeune chez les hommes et plus avancé chez les femmes. Cette tendance ne s'applique pas au groupe des 45-49 ans (personnes nées dans les années 1960), où il y a eu un plus grand nombre de diagnostics chez les hommes que chez les femmes (Figure 12).

FIGURE 12 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribués à différents groupes d'âge, par sexe / genre, 2012-2014 (combiné)



Tendances au fil du temps : En comparant la proportion de nouveaux diagnostics de VIH par groupe d'âge sur diverses périodes de cinq ans, nous observons les tendances suivantes selon le sexe/genre :

Femmes	Hommes
Tendance : On note une tendance vers un âge plus avancé au moment du diagnostic, les femmes de 40 ans et plus représentant une proportion croissante des diagnostics (Figure 9). En dépit de cette tendance, l'âge le plus fréquent se maintient à 30-34 ans depuis deux décennies.	Tendance : On note une tendance vers un âge plus avancé au moment du diagnostic – principalement en raison du vieillissement des hommes nés dans les années 1960, qui ont rencontré un plus lourd fardeau de diagnostics de VIH au cours des deux dernières décennies. On observe également depuis 10 ans une tendance vers un âge plus jeune au moment du diagnostic, principalement chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Tendances générationnelles. Alors que la tendance parmi les hommes nés dans les années 1960 s'observait à la fois chez les hommes connus et non connus comme étant des HRSH, le virage vers un âge plus jeune au moment du diagnostic ne s'appliquait qu'aux HRSH. La plus récente période (2012-2014) est la première lors de laquelle les diagnostics de VIH ne touchaient pas surtout des hommes nés dans les années 1960. Ces tendances générationnelles pourraient être dues à des variations dans les attitudes et les croyances, la prévalence du VIH, les comportements à risque pour le VIH et/ou les taux de dépistage du VIH.

Orientations directions

Le Bureau de lutte contre le sida, Santé publique Ontario et l'OHTN – les organismes impliqués dans l'Ontario HIV Epidemiology and Surveillance Initiative – prennent des mesures pour améliorer la description des tendances du VIH en Ontario, notamment :

- modifier les formulaires de dépistage du VIH afin de recueillir des données sur l'identité de genre (p. ex., les identités transgenres), l'origine ethnique et les antécédents de dépistage (p. ex., premier résultat positif ou résultat positif répété).
- Délaisser les catégories d'exposition au profit des populations prioritaires. À l'heure actuelle, chaque nouveau diagnostic de VIH est attribué à une catégorie d'exposition mutuellement exclusive (appelée « population » dans le présent rapport). Les prochains rapports présenteront les données sur le VIH en fonction des populations prioritaires identifiées dans la stratégie provinciale sur le VIH, où les individus peuvent être comptés plus d'une fois, le cas échéant (p. ex., hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et venus de pays où le VIH est endémique).
- Développer de nouvelles méthodes statistiques pour composer avec les données manquantes et fournir de meilleures estimations des tendances.

Sources d'information

Ce rapport utilise les informations fournies à l'Ontario Épidémiologie du VIH et de l'Initiative de surveillance (OHESI) par le Laboratoire de Santé publique Ontario.

Lorsqu'une personne se fait dépister pour le VIH en Ontario, le fournisseur de soins de santé qui commande le test remplit un formulaire de dépistage du VIH puis l'achemine à Santé publique Ontario. Ce formulaire recueille des informations au sujet de la personne dépistée, comme son âge, son sexe et ses facteurs de risque. Si le résultat est positif, le Laboratoire de Santé publique Ontario envoie un second formulaire au fournisseur de soins de santé qui a commandé le test, afin de recueillir ces informations. Les données des deux formulaires sont combinées et utilisées pour décrire les tendances des diagnostics de VIH en Ontario.



Qu'est-ce que l'Ontario Épidémiologie du VIH et de l'Initiative de surveillance (OHESI)?

L'OHESI est une nouvelle collaboration entre le Bureau de lutte contre le sida, Santé publique Ontario, l'Agence de la santé publique du Canada et le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN). Elle est dirigée par l'Unité d'épidémiologie appliquée de l'OHTN. L'OHESI a pour objectif principal de comprendre, de surveiller et de transposer l'épidémiologie du VIH dans la province de l'Ontario.

Pour plus d'information et pour s'abonner aux mises à jour, visiter www.ohesi.ca.

Quelles sont les populations prioritaires?

1. Personnes vivant avec le VIH/sida
2. Hommes gais, bisexuels et autres HRSH, y compris les hommes trans
3. Communautés africaines, caraïbéennes et noires, y compris les personnes venues de pays où le VIH est endémique
4. Hommes et femmes indigènes
5. Hommes et femmes qui consomment des drogues
6. Femmes à risque, y compris les femmes trans

2. Les services en matière de VIH en Ontario

Qui nous sommes et ce que nous faisons

Les programmes et services liés au VIH qui sont financés par le Bureau de lutte contre le sida et l'Agence de la santé publique du Canada couvrent la cascade de la prévention, de l'implication et des soins en matière de VIH.

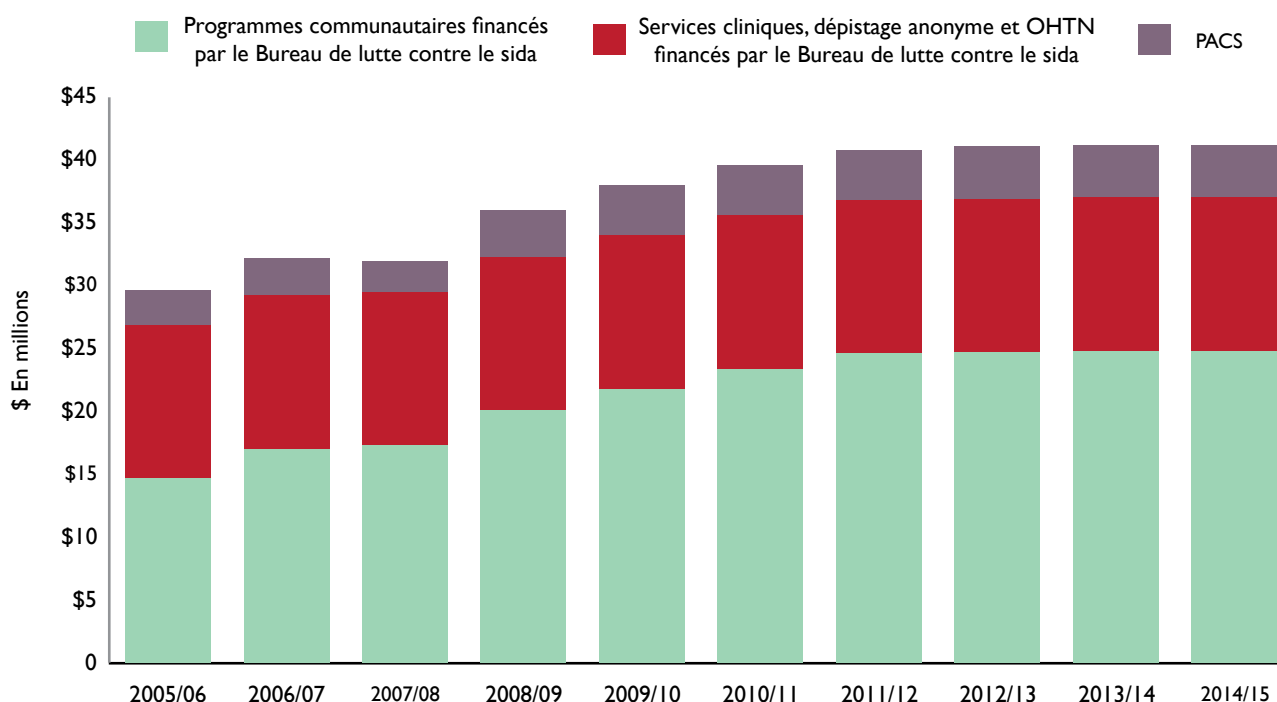
La situation du financement en 2014-2015

Tendances clés

- Le financement du Bureau de lutte contre le sida et du PACS destiné aux services d'éducation, de proximité et de soutien est demeuré stable à 29 millions \$, au cours des deux dernières années.
- Des programmes ont réussi à obtenir d'autres fonds du gouvernement provincial. La collecte de fonds a ralenti, en 2014-2015, mais un certain nombre de programmes ont trouvé d'« autres » sources de financement.

La Figure 13 indique les sommes de financement versées par le Bureau de lutte contre le sida et le PACS au cours des 10 dernières années. Elle inclut – pour la première fois – les 12,2 millions \$ que le Bureau de lutte contre le sida investit chaque année dans les services de dépistage anonyme, les services cliniques communautaires en VIH et l'OHTN.

FIGURE 13 Financement annuel du Bureau de lutte contre le sida et du PACS, déclaré par eux, 2005-2006 – 2014-2015 (OERVSCO q.5.1, 5.2, 5.3)



Fonds pour les services d'éducation, de proximité et de soutien

La Figure 14 illustre les différentes sources de financement déclarées par les programmes communautaires qui fournissent des services d'éducation, de proximité et de soutien (organismes de lutte contre le sida et d'autres domaines que le sida). Ensemble, le Bureau de lutte contre le sida et le PACS composent 56 % du financement de ces programmes. Le Bureau de lutte contre le sida demeure la principale source de financement de base (opérationnel), ayant contribué à 48 % du financement total (45 % du financement total des organismes de lutte contre le sida et 37 % du financement des autres programmes communautaires), tandis que le PACS a fourni un financement de projet pluriannuel correspondant à 8 % du financement total.

Outre les fonds versés par le Bureau de lutte contre le sida et le PACS, les organismes ont déclaré en 2014-2015 une somme additionnelle de 22,6 millions \$ venant d'autres sources (gouvernementales et non gouvernementales) – en légère hausse par rapport à l'année précédente.

En ce qui concerne les autres sources de financement gouvernemental, les municipalités fournissent environ 8 % – un niveau semblable à l'an dernier; et les autres ministères et autres programmes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 12 % – en hausse par rapport à l'an dernier.

La somme des fonds venant de sources non gouvernementales – collecte de fonds, fondations de bienfaisance, secteur privé, Trillium, Centraide et « autres » – a augmenté d'environ 450 000 \$ par rapport à 2013-2014. Toutefois, cette augmentation est due en grande partie au fait que 35 organismes ont déclaré un financement « autre » – plusieurs pour la première fois, alors que les sources plus classiques de financement de bienfaisance (c.-à-d., collecte de fonds, Trillium) ont diminué l'an dernier. Le financement « autre » a bondi de 100 % (1,2 million \$); un programme a déclaré une quadruple augmentation de son financement « autre ».

Il s'agit de la deuxième année consécutive que les recettes de la collecte de fonds diminuent, ce qui met en relief les défis que les organismes rencontrent dans la tâche de persuader les donateurs que le VIH demeure un enjeu. L'année 2012-2013 avait marqué un record pour la collecte de fonds (principalement en raison de l'anniversaire important d'un événement annuel de collecte de fonds). Les chiffres de la dernière année budgétaire sont supérieurs à ceux de 2011-2012, ce qui pourrait indiquer un retour au niveau d'avant 2012-2013. Pour les montants réels en dollars des quatre dernières années, voir l'Appendice E.

FIGURE 14 Annuel des fonds supplémentaires tel que rapporté par le programme financé
(OERVSCO q.5.1, 5.2, 5.3)

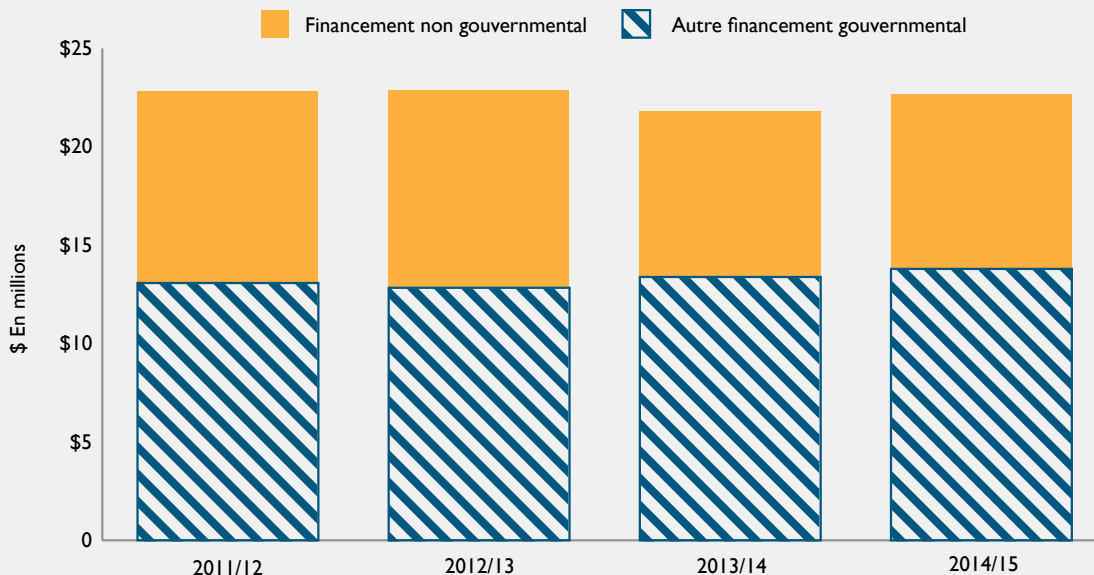
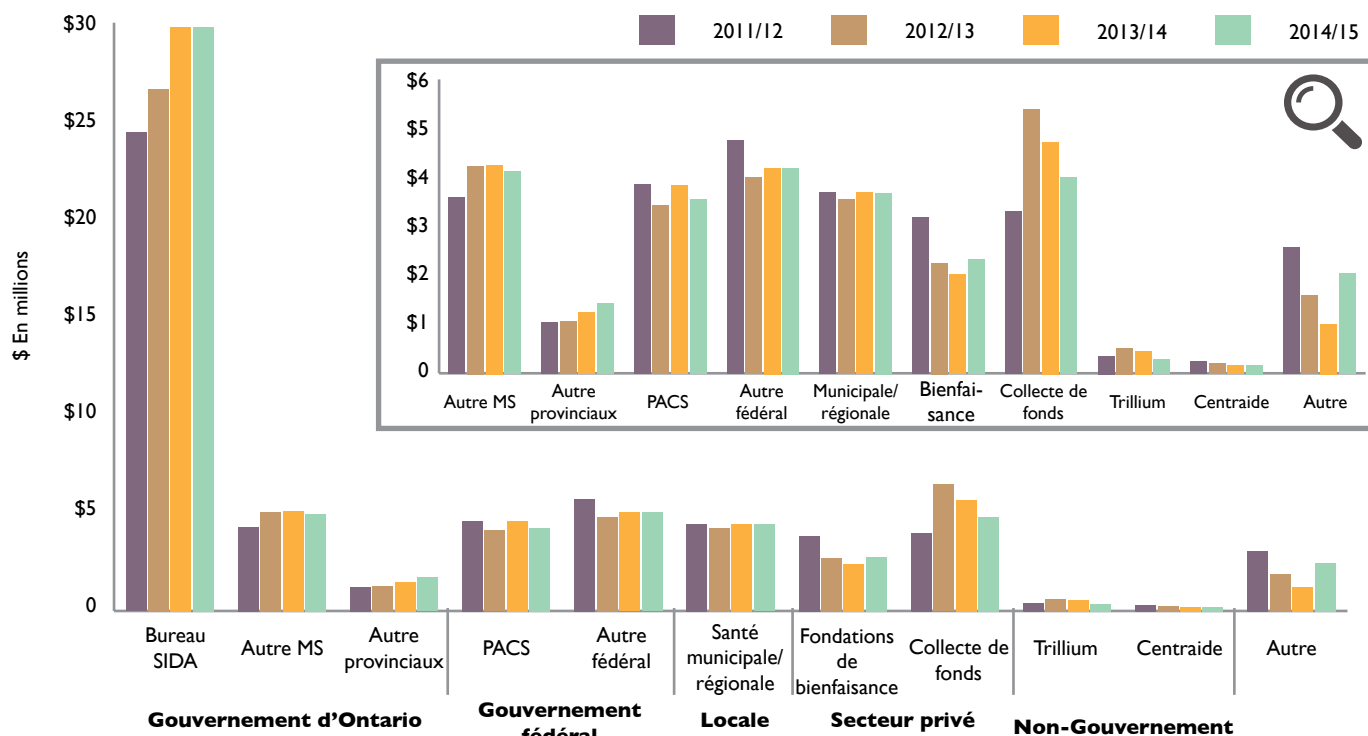


FIGURE 15 Toutes les sources de financement des organisations du SIDA à base communautaire
2011 / 12 – 2014 / 15 (OERVSCO q. 5.1, 5.2 and 5.3)



* Remarque: Le financement du PACS et Bureau du sida a été sous-estimée dans les présentations du programme. Les figures 13 et 15 ont été ajustés pour tenir compte de dollars réels investis.

Qui fait fonctionner les programmes?

Tendances clés

- Le nombre d'employés rémunérés est constant par rapport à 2013-2014.
- Le nombre de bénévoles a augmenté de près de 10 %, mais le nombre d'heures de bénévolat a diminué de 13 %.
- Hausse de 39 % du nombre de pairs impliqués dans des programmes de proximité auprès d'UDI – attribuable principalement à deux organismes.
- Le nombre d'étudiants le plus élevé depuis que l'OERVSCO fait le suivi de leur implication.
- Les principaux défis au renforcement des capacités des employés incluent : la démographie changeante de la clientèle dans certaines communautés, les besoins changeants des clients, des enjeux de ressources humaines (p. ex., roulement du personnel) et les coûts liés à la formation.
- Malgré ces défis, les programmes ont déclaré que 492 employés rémunérés avaient participé à un total de 6 387 occasions de formation.

Le fonctionnement des programmes qui fournissent des services d'éducation, de proximité et de soutien dépend d'une combinaison d'employés rémunérés et de bénévoles. Par ailleurs, ces programmes impliquent activement des pairs dans leur travail. Les pairs sont définis comme étant des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter et/ou des personnes qui ont des caractéristiques en commun avec la ou les populations cibles d'un programme, comme la culture, la langue, l'expérience vécue, l'identité de genre et l'orientation sexuelle, l'âge ou l'état de santé. Les chiffres de cette année incluent les bénévoles impliqués dans des sites de dépistage anonyme, des services cliniques communautaires en VIH et l'OHTN, qui misent principalement sur des employés rémunérés.

Progrès relatifs aux principes GIPA/MIPA

« Nous avons augmenté le nombre de pairs PVVIH qui font du bénévolat pour nous, de sept bénévoles actifs il y a quatre ans, à 65 au cours de la dernière année budgétaire. » — Fife House

« Nous observons une augmentation du nombre de bénévoles qui veulent collaborer avec le coordonnateur à donner des exposés et à fournir des services de proximité. » — HIV/AIDS Regional Services

- Les programmes financés ont déclaré avoir eu 492 **employés à des postes équivalents temps plein (ETP)** pendant la seconde moitié de l'année budgétaire (M2), y compris les 64 ETP déclarés par des sites de dépistage anonyme, des services cliniques communautaires en VIH et l'OHTN. Lorsque nous retirons ces programmes de l'analyse, les programmes communautaires sur le VIH ont déclaré un ETP de moins qu'en 2013-14.
- 55 programmes uniques – trois de plus que l'an dernier – ont déclaré avoir impliqué au total 1 709 **pairs** (en hausse par rapport aux 1 438 de 2013-2014) dans des activités de prévention et d'éducation (c.-à-d., proximité en personne et en ligne, distribution de ressources, présentation d'exposés et d'ateliers, et développement et mise en œuvre de campagnes de sensibilisation).
Note : Les organismes définissent les pairs de différentes façons. Dans certains cas, les pairs sont des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter. Dans d'autres cas, ce sont des personnes qui s'identifient comme appartenant à une population prioritaire.
- 33 programmes uniques – dont cinq recevant des fonds du PACS – ont déclaré avoir impliqué 1 042 **pairs dans des services de proximité auprès d'UDI** : une augmentation de 39 % sur l'année précédente. La plupart des organismes ont déclaré une légère augmentation et deux organismes sont responsables en grande partie de l'augmentation générale. Les pairs UDI sont définis comme étant des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de drogues. Ces pairs ont consacré un nombre d'heures considérablement plus élevé que l'an dernier à la distribution de matériel et au soutien pratique.
- 67 programmes uniques – dont 27 recevant des fonds du PACS – ont déclaré avoir impliqué 6 112 **bénévoles** (en hausse par rapport aux 5 907 de 2013-2014) qui ont contribué 230 216 heures de service – en diminution par rapport aux 264 998 heures enregistrées en 2013-2014. Plus d'un tiers des bénévoles ont été recrutés par le biais d'initiatives financées par le PACS. Comparativement aux années précédentes, moins d'heures de bénévolat ont été déclarées dans chaque catégorie, à l'exception des événements spéciaux, dont les heures ont bondi de 150 % – probablement en raison des activités de la World Pride de Toronto.
- 201 **étudiants** – un nombre record depuis les débuts du suivi de ce groupe par l'OERVSCO – ont fourni 65 709 heures de service. Les étudiants ont aidé principalement à l'éducation et au développement communautaire.

Note : Il pourrait y avoir des recoupements dans ces données puisque la définition de « bénévoles » varie : certains organismes pourraient considérer les étudiants et certains pairs comme des bénévoles.

FIGURE 16

QUI FAIT FONCTIONNER LES PROGRAMMES?

(OERVSCO q. 2.2, 9.13a, 12.1, 12.3, 13.5a)

492 EMPLOYÉS RÉMUNÉRÉS

6 112 BÉNÉVOLES

230 216 heures

201 ÉTUDIANTS

65,709 heures

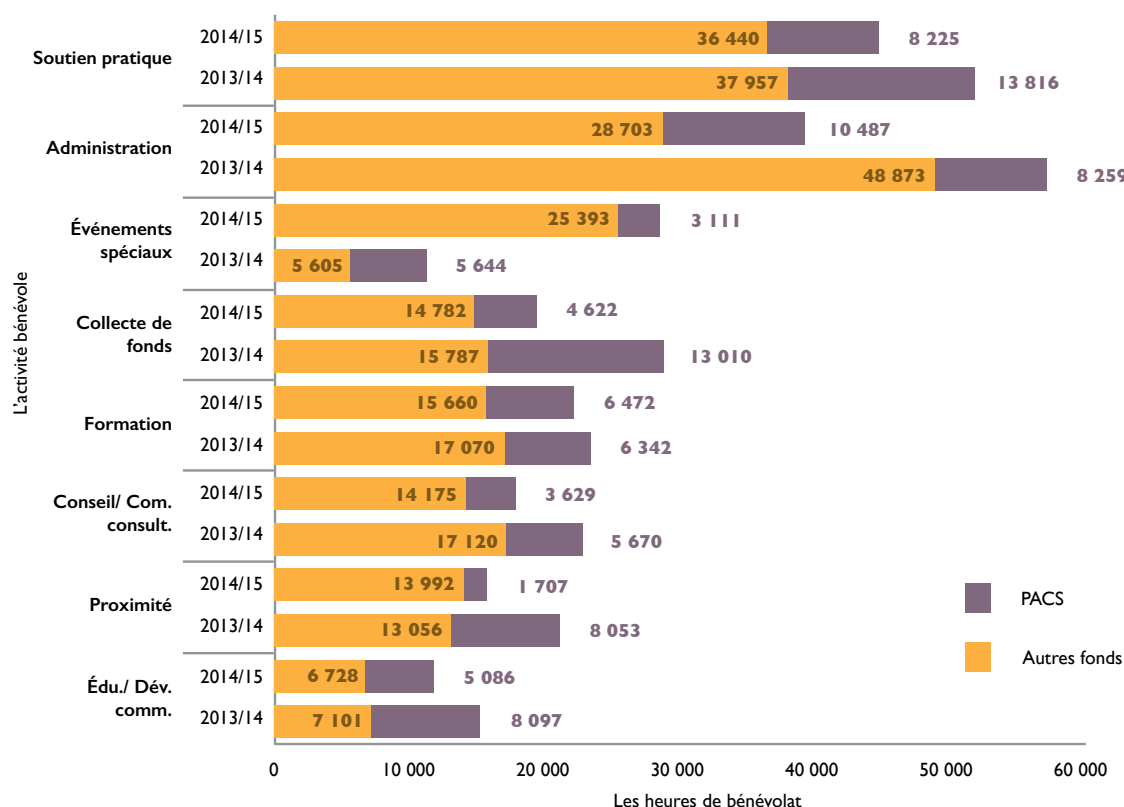
1 709 PAIRS

Contribuent aux activités
d'éducation et de développement
communautaire

1 042 PAIRS

Contribuent au travail
de proximité pour UDI



FIGURE 17 Tendances des bénévoles heures / services (OERVSCO q. 12.2)

L'impact économique des bénévoles

Les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida dépendent de bénévoles pour accomplir leur mission. En 2014-2015, les bénévoles ont fourni du travail en nature équivalant à 4,7 millions \$ (un peu moins que les 5,1 millions \$ de 2013-2014). Pour calculer l'impact économique de vos bénévoles, voir les formules pertinentes à l'Appendice G.

« ... Le nombre de bénévoles n'augmente peut-être pas rapidement, mais la qualité du travail accompli s'améliore. Cela est dû principalement au fait que les bénévoles sont de plus en plus passionnés par le travail que nous faisons et trouvent des moyens de s'impliquer aux échelons supérieurs, ce qui implique de participer à des ateliers et à des occasions de formation. »

— AIDS Committee of Windsor

« Au cours de la période de déclaration M2, il y a eu une augmentation considérable de la réponse au projet Red Scarf de la Semaine de sensibilisation au sida – le nombre total de foulards tricotés par des bénévoles a augmenté de 140 % par rapport à l'an dernier. Un nombre modeste de 3 689 heures de bénévolat a été enregistré, et 1 220 foulards ont été tricotés et distribués par des bénévoles. »

— Regional HIV/AIDS Connection

Trends in volunteer activities

HIV/AIDS Regional Services

Avec l'envol du programme pour les hommes gais, nous avons vu une augmentation du nombre d'hommes gais souhaitant s'impliquer.

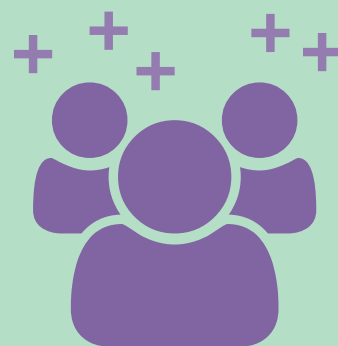
NOMBRE ACCRU DE MEMBRES DE POPULATIONS PRIORITAIRES

Peterborough AIDS Resource Network

Nous avons constaté une augmentation des demandes pour travailler spécifiquement à nos initiatives WHAI, Rainbow Youth et de réduction des méfaits.

Ontario HIV and Substance Use Training Program

Au cours de cette période de déclaration, nous avons vu une hausse marquée du nombre de demandes de formations sur la stigmatisation liée aux drogues, de séances Drogues 101, d'ateliers de réduction des méfaits spécifiques aux femmes, et de formations dans des réserves d'indigènes. Puisque les formations du programme évoluent en fonction des besoins de la communauté, nous avons commencé à chercher et à utiliser des pairs ayant une expérience actuelle ou antérieure de consommation de drogues, pour qu'ils puissent parler de la stigmatisation qu'ils ont rencontrée et partager leurs connaissances personnelles sur l'usage de drogues.



Africans in Partnership Against AIDS

Au cours de cette période de déclaration, nous avons noté un plus grand nombre de bénévoles et d'heures de bénévolat. Nos très nombreuses activités de proximité pendant l'année et nos relations étroites avec des refuges pour nouveaux arrivants, des universités, des collèges et des écoles secondaires nous ont aidés à attirer un bassin de bénévoles plus diversifié.

2-Spirited People of the First Nations

Oui, il y a eu une augmentation du nombre de personnes non indigènes qui souhaitent devenir bénévoles, vu la somme d'efforts de proximité déployés par d'autres organismes.

INTÉRÊT ACCRU POUR LE BÉNÉVOLAT

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area

L'âge moyen des candidats aux postes bénévoles a tendance à baisser.

Women's Health In Womens Hands

Les femmes plus âgées souhaitent faire du bénévolat et s'impliquer dans l'éducation communautaire.

Asian Community AIDS Services

Les bénévoles sont plus jeunes (20-25 ans), car ils cherchent à connecter avec leurs pairs et leur communauté.

BÉNÉVOLES PLUS ÂGÉS ET PLUS JEUNES

AIDS Committee of Durham Region

On a développé un Camp de la relâche de mars, ciblant des jeunes à risque; 12 jeunes de foyers de groupe et d'écoles alternatives s'y sont inscrits, la plupart s'identifiant comme trans, queer, en questionnement ou de la rue.

Regional HIV/AIDS Connection

Nous développons un processus et un système en vue d'un programme de bénévolat annuel pour le projet Red Scarf (sensibilisation au sida) dans les six comtés desservis.

Teresa Group

Nous participons au projet bénévole du Toronto HIV Network afin de collaborer avec d'autres OLS à offrir aux bénévoles des modules de formation de base; nous sommes emballés par la mise en œuvre prochaine de la formation pilote.

Women's Health In Women's Hands

Nous développons également des ressources d'atelier appropriées à la culture que les bénévoles pourront utiliser dans leurs activités de proximité et d'éducation communautaires.

NOUVEAUX PROGRAMMES DE BÉNÉVOLAT

Comité pour des traitements anti-sida accessibles

Au cours de cette période de déclaration, nous avons mentoré et appuyé quatre de nos pairs dans le développement d'un programme de mentorat de groupe en santé mentale qui viendra en aide à nos pairs aux prises avec des enjeux de santé mentale et de toxicomanie. Nous avons également soutenu cinq pairs dans l'assistance à l'animation d'ateliers de préparation à l'emploi.

Africans in Partnership Against AIDS

Nous avons mis à profit la compétence linguistique de nos bénévoles ACN afin de les impliquer dans l'élaboration de ressources de sensibilisation au VIH dans diverses langues. Par exemple, avec l'aide de nos bénévoles, nous avons traduit, la version anglaise du dépliant d'APAA sur l'Islam et le VIH en français et dans deux langues africaines. Les bénévoles d'APAA ont fourni près de 8 000 heures de service.

Peel HIV/AIDS Network

Les bénévoles ont intensifié leur leadership dans les programmes, cette année, et ils s'occupent de plus en plus d'activités liées à la planification et à la mise en œuvre.

CAPACITÉ REHAUSSÉE DES BÉNÉVOLES (ACAP)

Asian Community AIDS Services

Les bénévoles qui participent à la Journée mondiale du sida (WAD) événement de sensibilisation du SIDA et aussi un événement mini-collecte de fonds dans les stations de métro de la TTC. Les bénévoles apprécié interagir avec le public lors de l'événement WAD.

Centre pour les personnes de langue espagnole

Nos bénévoles ont travaillé sur les questions technologiques, telles que la réalisation des émissions de radio enregistrées sur place et ... disponible en ligne.

Santé communautaire régionale VIH / SIDA

Projet d'éducation rurale régionale: Pride & Prejudice à Guelph et de nombreux projets d'éducation (tels que des présentations dans les écoles et les activités de sensibilisation) ont été couronnés de succès en raison de la participation des bénévoles.

LES BÉNÉVOLES IMPLIQUÉS DANS DES PROJETS INNOVANTS

AIDS Committee of Windsor

Nous travaillons également avec Weava pour mettre en valeur et de reconnaître l'engagement bénévole dans la communauté à travers des canaux tels que le Windsor Star.

DES NOUVELLES STRATÉGIES DE RECONNAISSANCE DES BÉNÉVOLES

AIDS Committee of Durham Region

Notre coordonnateur de sensibilisation des jeunes a organisé un étudiant stagiaire du Programme de développement communautaire du Collège Centennial. Son projet principal était de développer et de mettre en œuvre un Mars Pause Camp 3 jours pour les élèves du secondaire sur la base éducation au VIH / SIDA.

AIDS Committee of Windsor

Ce 6 derniers mois, nous avons eu 4 stages d'étudiants à Chatham et 7 à Windsor, qui a renforcé le partenariat communautaire entre nous et les établissements d'enseignement locaux.

Fife House

Nous continuons d'avoir de nombreux étudiants en stage avec nous , y compris certains qui sont des PVVIH , et nous avons embauché certains d'entre eux dans notre bassin d'emploi après leur placement,

Ontario AIDS Network

PLDI avait 5 diplômés qui ont reçu 50 heures de coaching de vie combinées. PLDI utilise la vue depuis la première ligne pour montrer à nos participants comment le bénévolat significatif et précieux est.

DAVANTAGE D'ETUDIANTS (AGENCES PACS)



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

Presque tous les organismes communautaires financés par le Bureau de lutte contre le sida et par le PACS – OLS et non-OLS – participent à l'éducation, et la plupart offrent des services de proximité. Au cours des récentes années, les programmes communautaires ont concentré leurs programmes d'éducation et de proximité sur les populations les plus affectées par le VIH.

Pour l'OERVSCO, les activités éducatives sont divisées en deux catégories principales : présentations à des groupes et éducation individuelle.

Ces services ont pour buts de :

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

Tendances clés

- Les programmes ont déclaré avoir donné, au total, 3 733 présentations, une diminution de 14 % en comparaison avec 4 262 en 2013-2014. Bien que la plupart des organismes aient déclaré avoir fait moins de présentations, trois d'entre eux dont le personnel n'était pas complet au cours de l'année sont en cause pour la majeure partie (65 %) de la diminution.
- Le nombre total de présentations financées par le PACS a diminué de 5 %, soit de 1 102 à 1 044.
- Le nombre de participants joints par les présentations a également diminué, en 2014-2015, principalement parce que les programmes tentent de joindre des populations difficiles à joindre et en raison d'un organisme qui a signalé de sérieux problèmes pour joindre les populations carcérales (ce qui est souvent lié à des questions syndicales au sein du système correctionnel).
- La plupart des références fournies par des programmes d'éducation concernent le dépistage du VIH et d'ITSS ainsi que des services de counselling.
- La plupart des présentations sont données à des organismes de services de santé, des écoles et des centres communautaires, quelle que soit la source de financement.
- Les programmes ont déclaré un nombre moindre de présentations au grand public (diminution de 684 à 418), car ce public n'est pas considéré comme une population prioritaire.

Tendances concernant les exposés éducatifs

Qui réalise les présentations éducatives?

Les présentations éducatives sont données par des intervenants en éducation générale et d'autres employés de programmes, des employés d'OLS locaux qui font partie des réseaux de populations prioritaires (RPP) [pour plus d'informations, consultez l'Appendice F], les travailleurs régionaux attirés à des populations qui font partie de l'OAHAS, Hémophilie Ontario ainsi que les programmes de travail de proximité pour UDI. En 2014-2015, l'ensemble de ces intervenants a déclaré avoir donné plus de présentations ciblant des populations prioritaires ou s'y rapportant.

Grand rôle joué par les intervenants spécifiques à des populations

D'année en année, les membres des réseaux de populations prioritaires (RPP) et autres intervenants attirés à des populations donnent une plus grande proportion des présentations. En 2014-2015, le nombre de présentations s'adressant à des UDI a plus que doublé (passant de 494 à 1 094) – bien que ceci soit dû principalement à une modification à la formulation de la question dans l'OERVSCO. Ceci englobe à présent un plus grand nombre d'activités d'organismes que par les années passées. L'augmentation est également attribuable à un nombre accru de bénévoles, de deux organismes, qui donnent des présentations. Les membres du RPP des hommes gais ont également déclaré un nombre accru de présentations. La diminution du nombre de présentations pour les communautés ACN est due à la capacité réduite en personnel dans un organisme.

La plupart des présentations s'adressent à des praticiens, des professionnels ou des fournisseurs de services – et, de fait, le nombre pour ce groupe a augmenté en 2014-2015 –, principalement en raison des efforts ciblés des travailleurs de la WHAI, de la GMSH et des travailleurs pour les populations indigènes, afin de joindre des fournisseurs de services. L'éducation d'autres fournisseurs de services peut être un moyen efficace de faire en sorte que les personnes à risque aient accès à des services de prévention sensibles à la culture, dans les systèmes de services sociaux et de santé.

FIGURE 18 Nombre de présentations éducatives et participants par source de financement (OERVSCO q. 9.1.a)



Présentations plus ciblées sur les populations prioritaires

Pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie provinciale, les programmes communautaires sur le VIH concentrent leurs activités d'éducation sur les populations prioritaires. En 2014-2015, les programmes ont déclaré un nombre considérablement réduit de présentations pour le grand public (de 684 à 418), puisque celui-ci ne fait pas partie des populations prioritaires.

Dans l'ensemble des travailleurs en éducation :

- le nombre de présentations à des personnes indigènes, à des hommes gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, de même qu'à des femmes à risque, a connu une augmentation;
- près de 50 % moins de personnes incarcérées ont assisté à des présentations, en 2014-2015 – en raison de problèmes d'un organisme à avoir accès à ce milieu;
- il y a eu moins de présentations à des communautés ACN – en raison principalement d'un poste vacant au sein d'un organisme; toutefois, les communautés ACN demeuraient l'un des six principaux publics ciblés pour l'éducation.

FIGURE 19 Nombre de présentations par type de travailleur 2014/15 (OERVSCO q. 13.7 and 9.1.a)

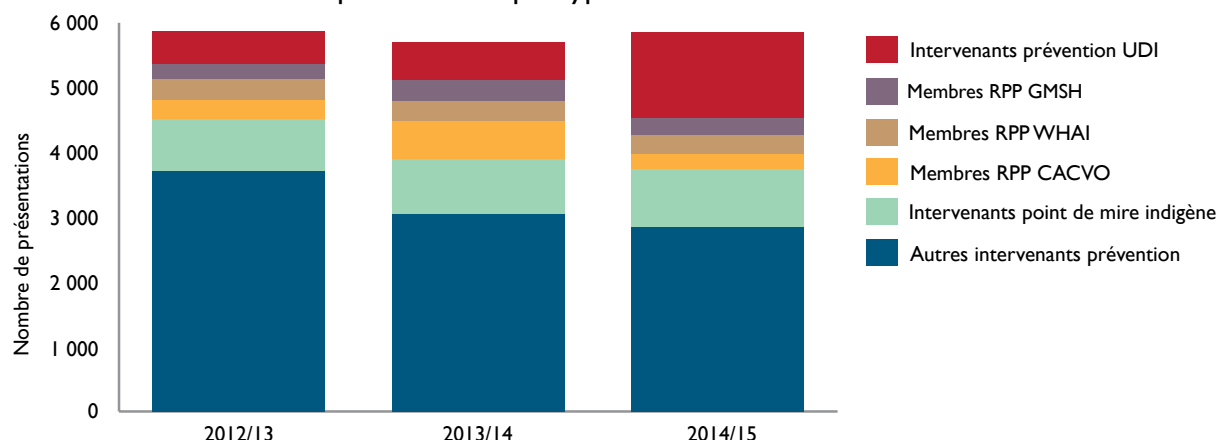
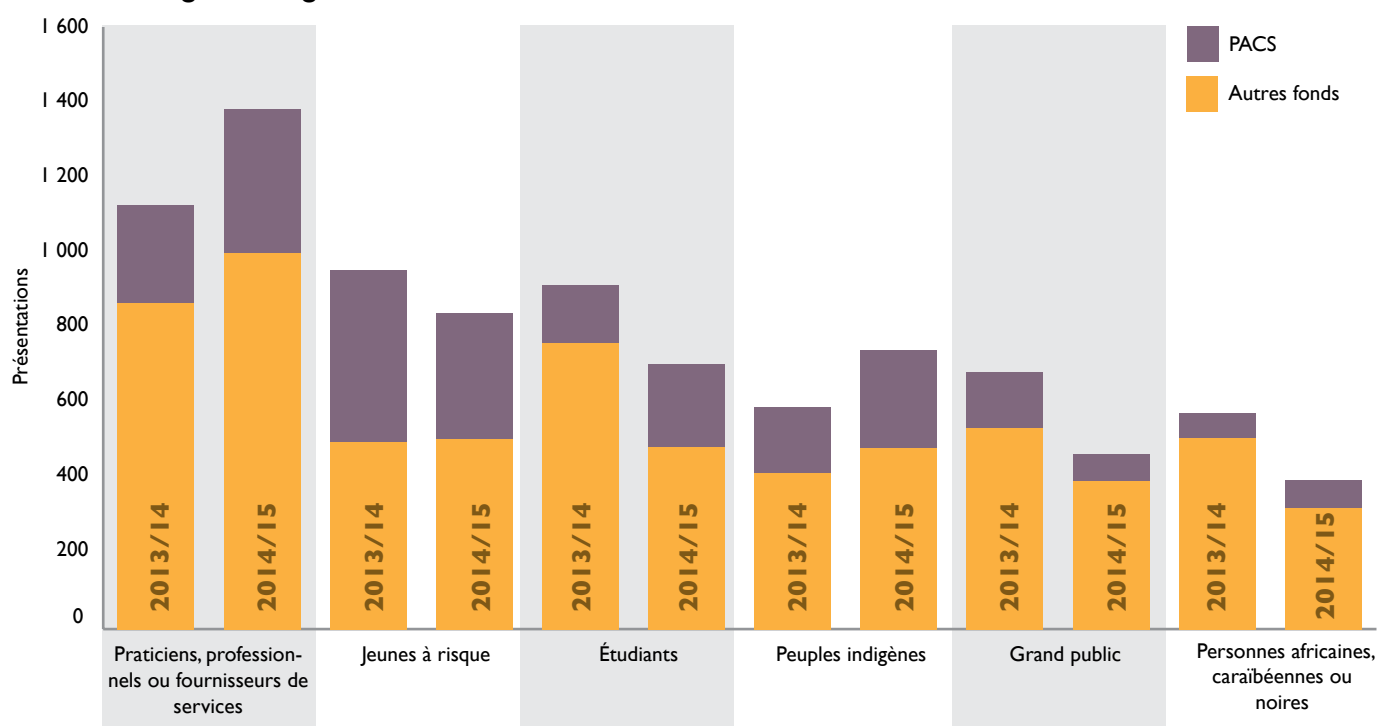
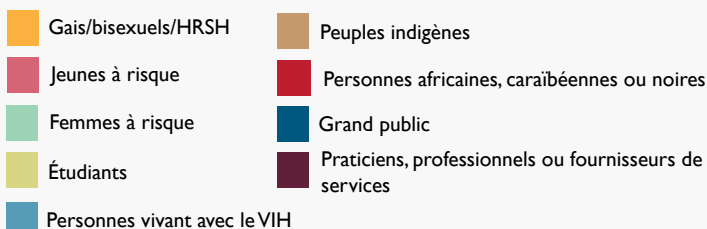


FIGURE 20 Top 6 audiences pour les présentations éducatives destinées par le personnel de l'enseignement général (OERVSCO q. 9.1.a)





Remarque : Les questions OERVSCO actuel ne saisissent pas toute la gamme des activités d'éducation. Les questions sont en cours de révision pour assurer que les données représentent précisément le travail que les programmes font. Ces nouvelles questions seront introduites en Avril 2016.



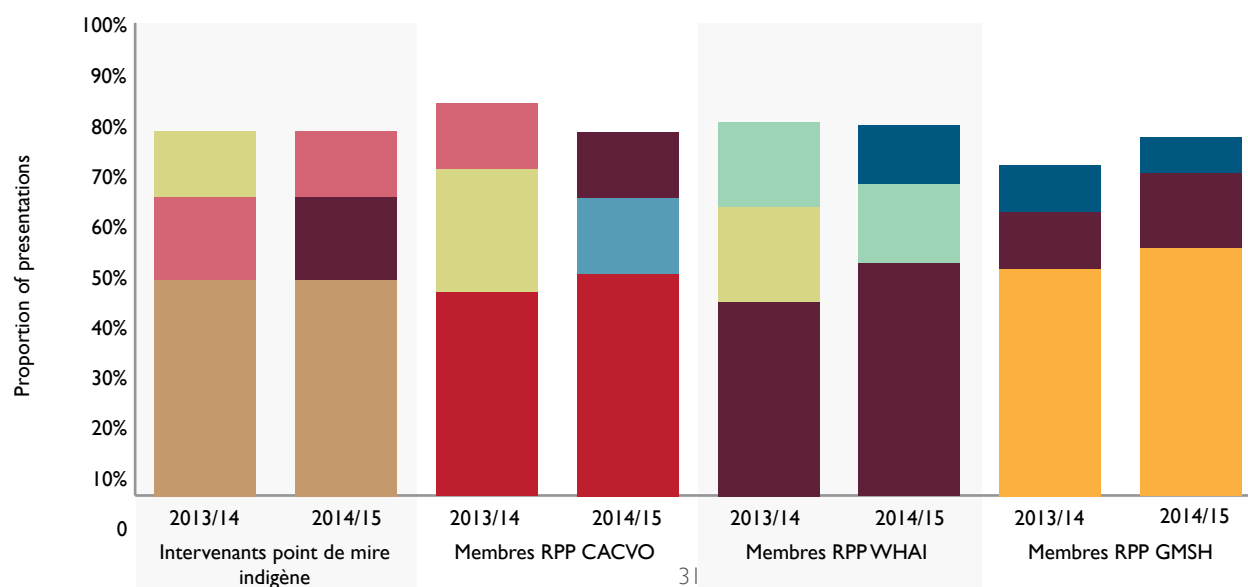
Joindre les gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

Donner des présentations à des hommes gais, bisexuels ou autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes présente des difficultés dans plusieurs régions, en raison du manque d'espaces de rassemblement ou parce que cette population est cachée. Les travailleurs misent plutôt sur l'éducation individualisée et sur le travail de proximité afin de fournir de l'éducation à des gais et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Connexion à des populations prioritaires par des travailleurs spécifiques à des populations

La Figure 22 montre les trois principaux publics de l'éducation préventive, selon le type de travailleurs. Tous les membres des RPP ont déclaré avoir eu plus de succès dans la tâche de joindre leur public prioritaire principal ainsi que des praticiens, professionnels ou fournisseurs de services. Conformément au point de mire sur les populations prioritaires, les membres du RPP CACVO et du RPP WHAI ainsi que les travailleurs pour les personnes indigènes ont tous déclaré avoir fait moins de présentations s'adressant à des jeunes ou à des étudiants.

FIGURE 22 Top populations 3 d'audience atteint par les travailleurs des populations spécifiques (OERVSCO q. 13.7 and 9.1.a)



Quelle éducation les personnes vivant avec le VIH reçoivent-elles?

Les personnes vivant avec le VIH jouent un rôle important dans la prévention du VIH. Pour les aider à réduire le risque de transmission du VIH et à se protéger contre la coïnfection avec d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) ou des infections hématogènes (comme l'hépatite C), les OLS utilisent diverses stratégies comme l'éducation et les groupes de prévention pour personnes séropositives.

En 2014-2015, les organismes ont déclaré avoir donné 383 présentations à des personnes vivant avec le VIH (une baisse de 8 %, soit 35 présentations, comparativement à 2013-2014). Ces présentations étaient données principalement par des intervenants en prévention générale, suivis par les membres du RPP du CACVO et les travailleurs du RPP de GMSH.

Au cours des trois dernières années, il y a eu une réorientation dans le contenu des présentations s'adressant aux personnes vivant avec le VIH. Il est étonnant de voir, après 30 années d'épidémie, que les notions de base sur le VIH (« VIH 101 ») demeurent le principal point de mire en 2014-2015. Les raisons ne sont pas évidentes. VIH 101 n'est-il pas défini clairement dans le cadre de l'OERVSCO? Est-ce que les intervenants en prévention discutent de prévention positive et indiquent qu'il s'agissait de VIH 101? Est-ce que VIH 101 fait partie du contexte de la majorité des présentations? Est-ce que les bénévoles, qui livrent une part considérable des présentations, se concentrent sur VIH 101 alors que les employés, qui livrent moins de présentations, fournissent l'information plus complexe et avancée?

En 2014-2015, les programmes ont déclaré un plus grand nombre de présentations sur la diversité/anti-oppression/compétence culturelle – ce qui est principalement dû aux travailleurs de la WHAI. Les présentations sur des enjeux populationnels spécifiques et sur la stigmatisation et la discrimination sont encore très demandées.

Table 1. Sujets les plus fréquents des présentations à des personnes vivant avec le VIH

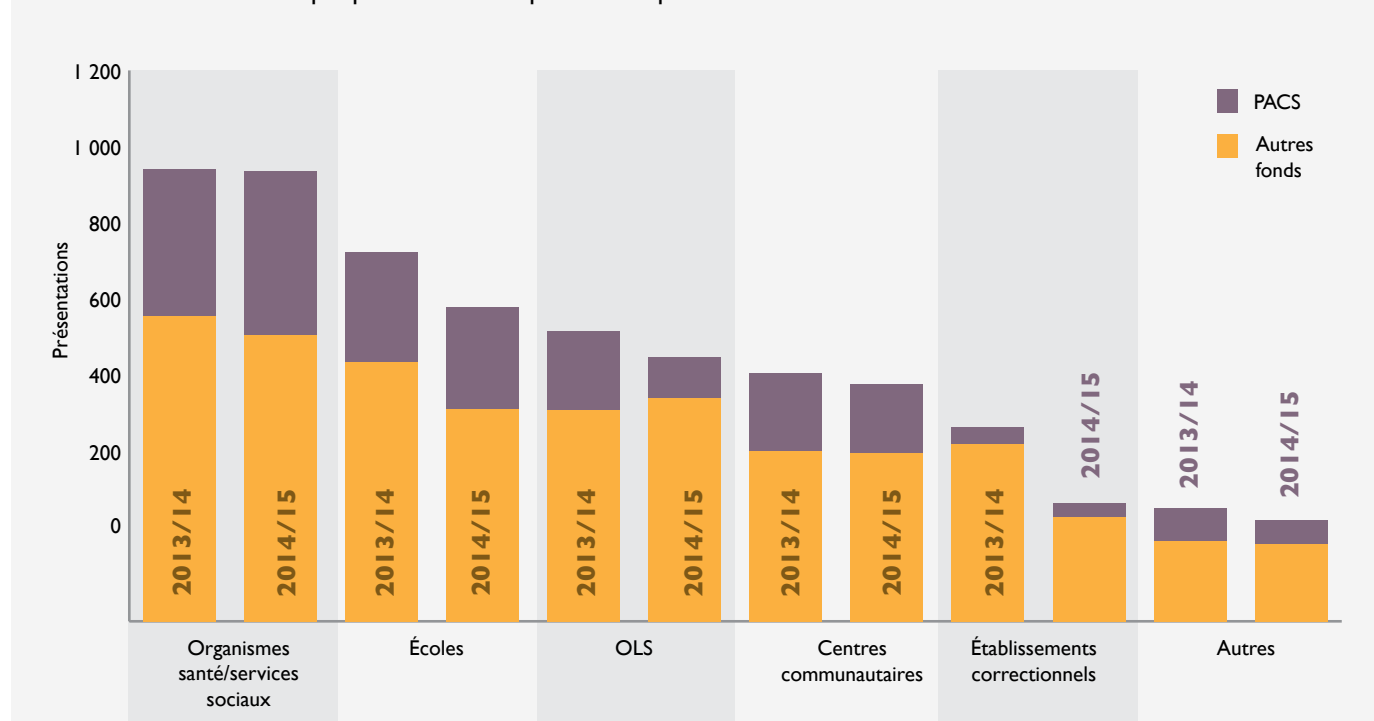
2012/13	2013/14	2014/15
Enjeux spécifiques à une population	ITS/pratiques sexuelles plus sécuritaires	VIH 101
Vivre avec le VIH	VIH/sida en milieu de travail	Vivre avec le VIH
Autre	Enjeux spécifiques à une population	Stigmatisation

Où les exposés sont-ils présentés?

Les principaux lieux des présentations ont été les mêmes que l'année dernière, mais le nombre de séances dans des écoles et dans des établissements correctionnels a chuté de façon importante. Ces nouvelles tendances sont dues principalement à deux facteurs :

- un virage des exposés généraux pour les jeunes vers des exposés plus ciblés à l'intention de populations prioritaires
- des problèmes pour avoir accès aux établissements correctionnels, en particulier aux prisons provinciales.

FIGURE 23 Top 6 présentation emplacements par bailleur de fonds (OERVSCO q.9.1c)



Tendances de l'éducation individualisée dans le cadre des services

Les exposés ne sont pas le seul moyen d'éducation ou de mesure de l'impact des programmes éducatifs. Les travailleurs consacrent un temps considérable à l'éducation individuelle – principalement en réponse à des demandes d'information venant d'individus. L'information incluse ici présente un portrait des sujets importants pour les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont à risque.

FIGURE 24 Demandes d'éducation individualisée au point de service (OERVSCO q. 9.10.2)

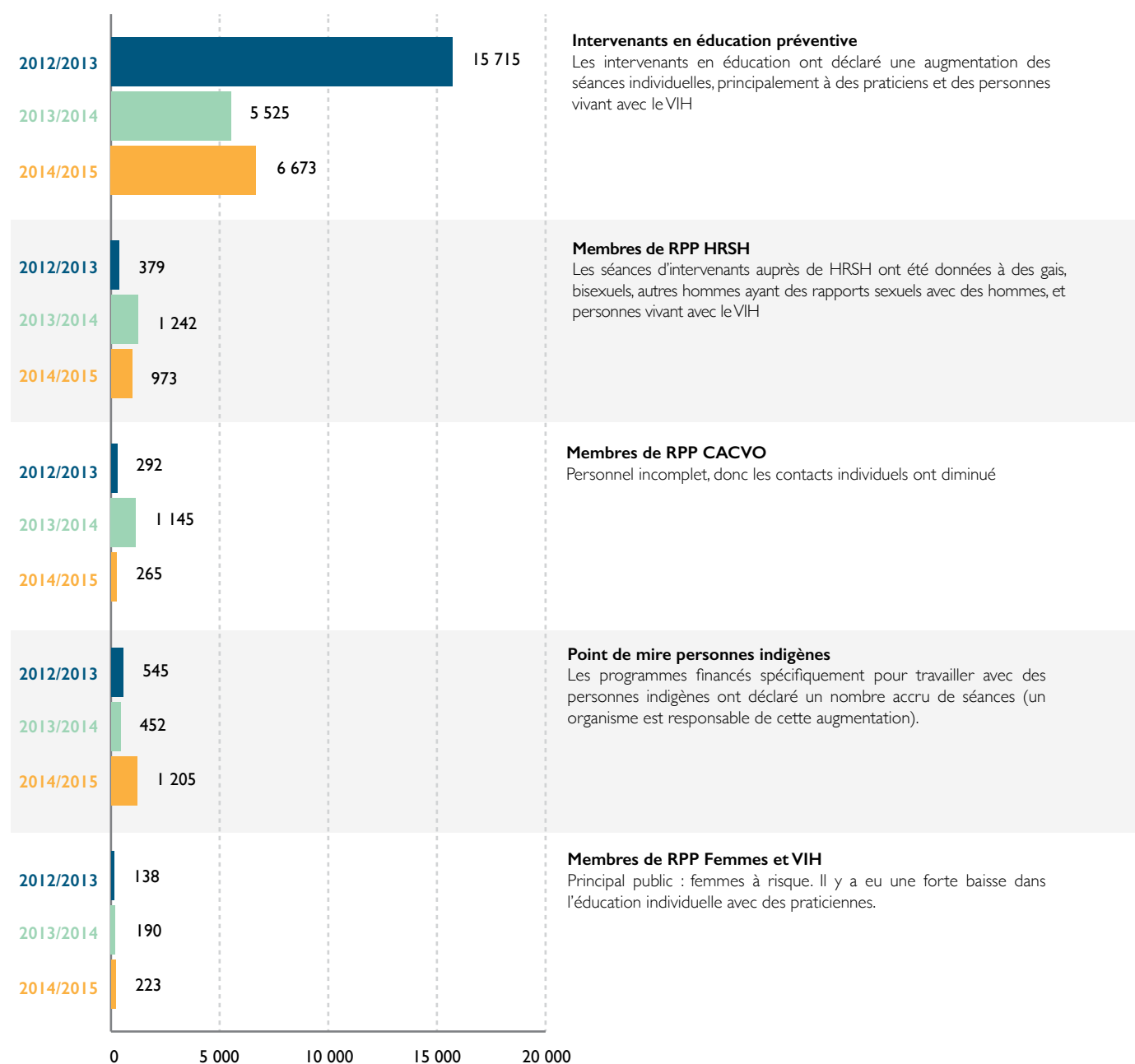


FIGURE 25

3 PRINCIPALES DEMANDES DE SÉANCES INDIVIDUELLES, PAR TYPE DE TRAVAILLEUR

(OERVSCO q. 9.2)



Intervenants éducation préventive

1. Enjeux populationnels
2. Infections transmissibles sexuellement
3. VIH 101

RPP santé sexuelle des hommes gais

1. Dépistage du VIH
2. Vivre avec le VIH
3. Stigmatisation

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

1. Enjeux populationnels
2. VIH 101
3. Vivre avec le VIH

Point de mire personnes indigènes

1. Dépistage du VIH
2. Infections transmissibles sexuellement
3. Vivre avec le VIH

RPP Initiative femmes et VIH (WHA1)

1. Enjeux populationnels
2. Infections transmissibles sexuellement
3. Répondre à la violence

De l'éducation à l'engagement : connecter les individus avec d'autres services

En 2014-2015, l'OERVSCO a demandé aux programmes de déclarer toute référence fournie dans le cadre de leurs activités d'éducation, de proximité et en ligne ou de médias sociaux. Bien qu'il ne soit pas possible d'établir si les personnes suivent effectivement ces recommandations, l'offre de références augmente les chances d'impliquer les gens auprès des services dont ils ont besoin. Les types de références qu'ont faites les intervenants en éducation, en 2014-2015, mettent en relief les besoins sociaux et de santé complexe des personnes qui recourent aux services de programmes communautaires :

- deux tiers étaient des références à des services cliniques, comme le dépistage du VIH et d'autres ITS, à des cliniques de santé sexuelle, des services de counselling, un professionnel ou établissement de soins de santé et à la santé publique
- un tiers étaient des références à des services communautaires, comme un autre OLS, une banque alimentaire communautaire, des services pour une population spécifique, des services sociaux, des programmes de toxicomanie, d'emploi, de logement ou d'établissement.

Ce que les programmes nous ont déclaré à propos des obstacles à l'éducation et des moyens de les surmonter

Défi	Surmonter le défi
Accès à des fournisseurs de services pour une formation	Exposés plus brefs et partenariats astucieux « WHAI : Un obstacle est de faire en sorte que les [autres] organismes [de services sociaux et de santé] consacrent suffisamment de temps à des présentations pour leurs employés. Un moyen de répondre à cela est de raccourcir les exposés, par exemple pour qu'ils puissent avoir lieu pendant la pause-midi. Cela permet de familiariser les intervenants avec le VIH et avec le risque des femmes, de même qu'avec certains des services offerts par l'ARCH. Ainsi, ils ont les coordonnées pour obtenir plus d'information et sont mieux placés pour référer leurs clientes à l'ARCH. Plusieurs références et contacts ont été le résultat d'exposés brefs. » — HIV/AIDS Resources and Community Health « Le Programme Femmes et VIH a établi un nouveau partenariat continu en éducation avec le programme de soins infirmiers de l'Université de Windsor. Nous ferons partie d'un panel de discussion annuel sur les populations diversifiées et la stigmatisation dans le système de soins de santé. Dans un effort collaboratif, les coordonnateurs de la WHAI, de GMSH et du CACVO ont commencé à planifier un forum d'éducation pour les médecins et infirmières. Une réussite, entre-temps, a été de rassembler cinq importants organismes de soins de santé lors de réunions du comité de planification. » — AIDS Committee of Windsor
Population à risque mais réticente à parler de sujets délicats ou tabous	Miser sur des pairs pour partager des connaissances et des messages de prévention « Les obstacles liés à la perception du risque, lors de comportements à risque, demeurent un problème dans les populations avec lesquelles nous travaillons. Certaines personnes sont conscientes des risques qu'elles prennent, mais sont plus susceptibles de faire ce qui est socialement acceptable dans leurs groupes de pairs. Par conséquent, adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires, ou en parler, peut être ressenti comme un tabou; ceci peut empêcher ces personnes de prendre les mesures nécessaires pour les choix sécuritaires les plus éclairés. Nous avons répondu à ces enjeux en impliquant des pairs dans le développement, la présentation et l'évaluation de tous les ateliers éducatifs. » — Black Coalition for AIDS Prevention « Trois exposés ont été présentés par le pair coordonnateur au développement en matière de commerce du sexe. ... Trois autres ont été présentés par des travailleuse(-eur)s du sexe dans une conférence organisée par SWANS – le Sex Workers Advisory Network Sudbury. SWANS s'est développé à partir de notre organisme. » — Réseau Access Network

Défi	Surmonter le défi
La géographie comme obstacle dans les grandes régions rurales	Utilisation novatrice de la technologie et programmes d'incitation « Un autre obstacle ... vient des ressources limitées dans les régions rurales. Faire des ateliers dans ces régions peut être un défi, parce que les stratégies de changement ne sont pas toujours faciles à appliquer. Les références, suivis, liens à d'autres organismes en milieu rural ainsi que l'éducation aident à surmonter ces obstacles, sans les avoir éliminés jusqu'ici. » — HIV/AIDS Resources and Community Health « Fournir le même degré de services éducatifs aux communautés éloignées. Notre organisme a commencé à examiner des stratégies technologiques afin d'offrir un espace alternatif pour l'éducation. » — AIDS Committee of North Bay and Area « L'ampleur géographique des régions limite la participation des membres. En offrant des cartes-cadeaux pour de l'essence, on réduit le coût de transport et ceci encourage la participation. » — Hémophilie – Nord
Manque de ressources	Miser sur les bénévoles et explorer d'autres possibilités de financement « Depuis six mois, le volume de travail est élevé et il y a eu diminution des ressources financières et humaines. Nous explorons des occasions pour continuer d'offrir des séances de formation de formateurs, lorsque possible, et autant de séances d'éducation et de proximité pour la communauté. Nous continuons de miser sur des bénévoles, des étudiants et des membres de la communauté, pour fournir du soutien de façon moins formelle lorsque possible. Nous continuons d'explorer de nouvelles avenues financières dans l'espoir de pouvoir offrir plus d'occasions éducatives et/ou de partenariats. » — Hospice Toronto

Programmes de proximité

Note : Cette section de l'OERVSCO porte spécifiquement sur les activités de proximité qui ne ciblent pas les UDI. Pour les activités des 38 programmes qui font état de services de proximité auprès de personnes qui utilisent des drogues, voir la page 48.

Tendances clés

- Au total, 119 339 contacts brefs en 2014-2015 – soit une diminution de 12 % sur l'an dernier
- Les programmes financés par le PACS ont déclaré environ le même nombre de contacts brefs (30 147); cependant, leurs contacts de proximité avec des populations indigènes et communautés ACN ont plus que doublé, alors qu'il y a eu une baisse concernant les hommes gais, bisexuels et ayant des rapports sexuels avec des hommes, de même que les personnes vivant avec le VIH et les jeunes à risque
- Hausse du travail de proximité dans les communautés ACN – en particulier lors d'événements comme le Jambafest et le Scotiabank Caribbean Carnival Toronto
- Augmentation considérable du travail de proximité dans des communautés indigènes, en 2014-2015 – due principalement à huit programmes additionnels déclarant des contacts brefs avec des personnes indigènes, ce qui peut être le résultat d'un virage de point de mire de ces organismes pour leurs efforts
- Deux programmes de moins ont déclaré des contacts brefs avec des gais, bisexuels ou hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes; et le nombre total de contacts avec cette population prioritaire a diminué de 15 % en 2014-2015; cependant, les hommes gais étaient encore la cible principale pour les contacts brefs de proximité, suivis du grand public, des peuples indigènes et des communautés ACN
- Trois programmes de moins que l'an dernier ont déclaré des contacts significatifs de proximité; et tous les organismes qui ont déclaré ce type de contact ont diminué leur nombre, sauf un.

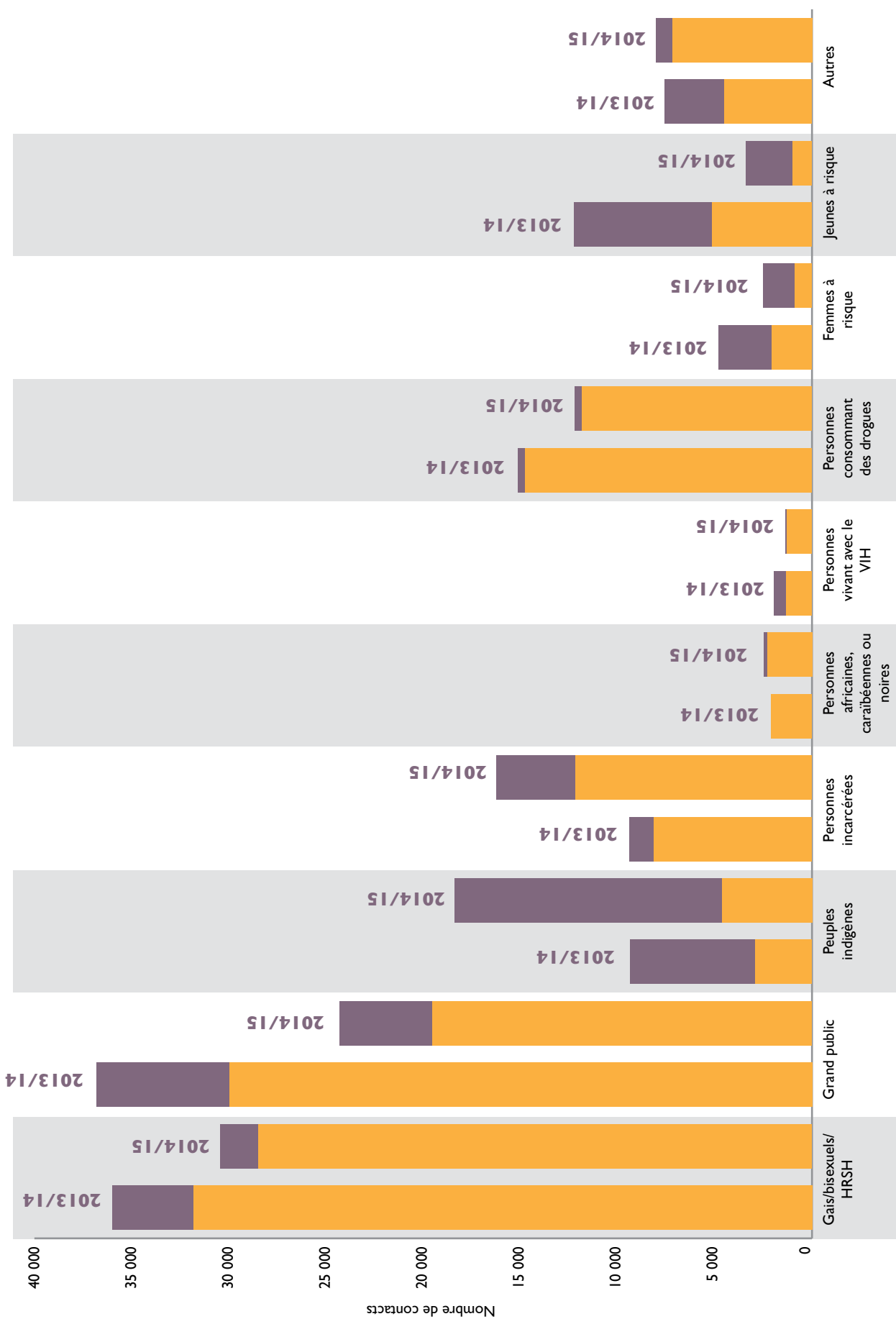
Baisse du nombre de contacts brefs et significatifs dans le travail de proximité en 2014-2015

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

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

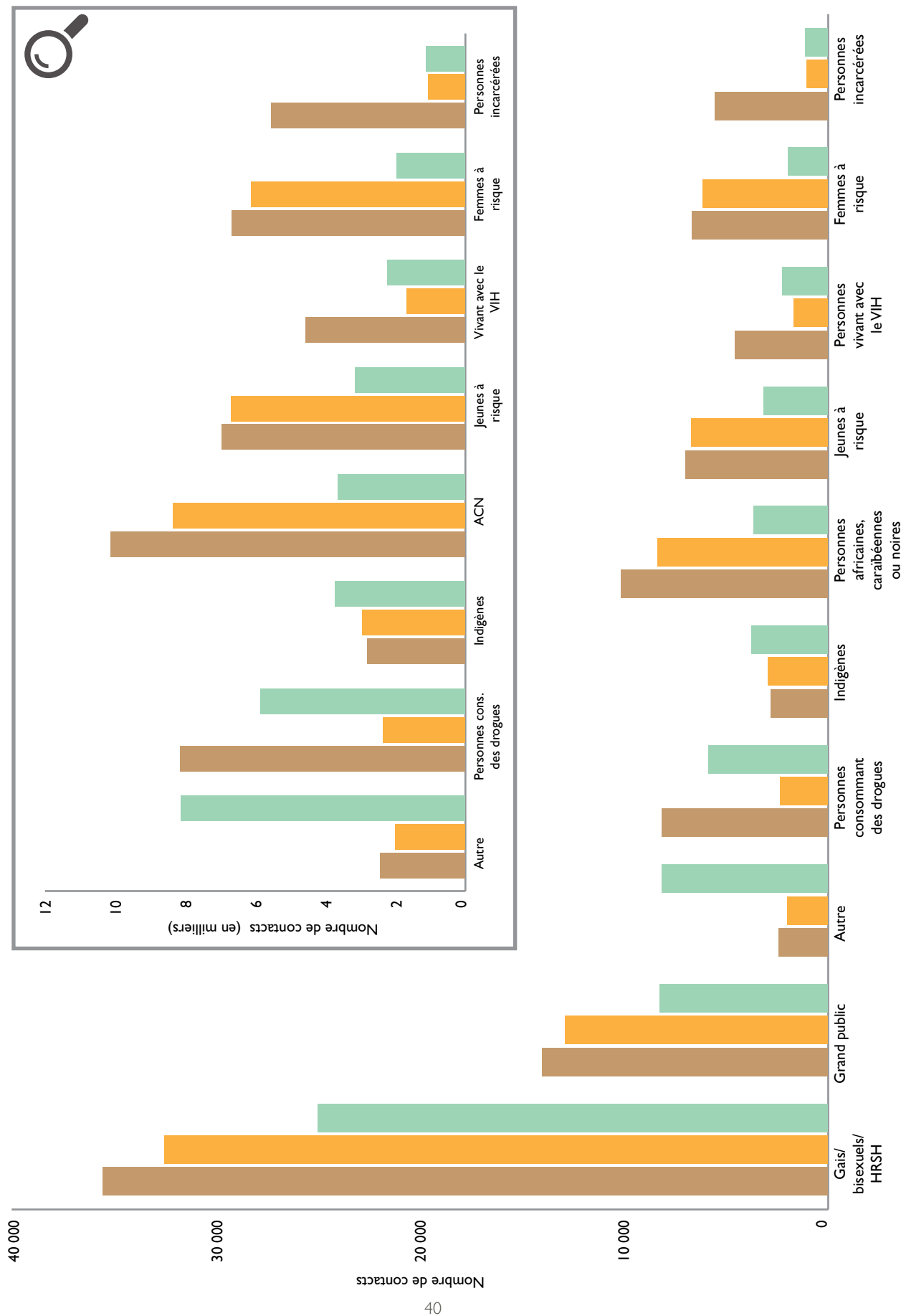
Alors que le total des contacts brefs a été de 12 % plus faible en 2014-2015, les contacts avec les communautés indigènes et ACN ont connu une augmentation considérable pour au moins quatre organismes. Seulement quelques organismes ont déclaré travailler avec des personnes s'injectant des drogues, dans cette section de l'OERVSCO; voir la page 48 pour des informations sur le travail de proximité et d'éducation pour cette population.

Le nombre déclaré de contacts significatifs en personne a diminué de 18 %, en 2014-2015. Par des entretiens avec des organismes, nous avons compris que cette baisse est probablement due en partie à une utilisation plus répandue des outils de suivi et à une déclaration plus précise des données. Le nombre de contacts a diminué pour toutes les populations à l'exception des personnes consommant des drogues, des personnes indigènes, et de la catégorie « autre ».

FIGURE 26 Contacts de sensibilisation brief par la population (OIEVSCO q 9.10b)

Note : « Autres » comprend un mélange de fournisseurs de services, les étudiants, le grand public et les travailleurs du sexe.

FIGURE 29 Nombre de contacts face-à-face significatifs, par type de population (OERVSCO q. 10a)



Changements au nombre et à l'emplacement des contacts significatifs dans le travail de proximité

Un plus grand nombre de contacts directs significatifs a eu lieu dans des bars et refuges, que par le passé – même si moins de programmes ont déclaré faire du travail de proximité dans ces lieux. Un nombre considérablement moindre de contacts s'est fait dans des saunas, des espaces communautaires publics ou la rue.

Trois organismes qui avaient par le passé un très grand nombre de contacts dans certains lieux comme des saunas n'en ont déclaré aucun en 2014-2015; et deux autres en ont déclaré un nombre considérablement réduit. Ces changements sont dus à un ensemble de modifications à la façon dont nous dénombrons les contacts (p. ex., comptage des individus plutôt que du nombre de condoms distribués), de même qu'à des postes vacants au sein du personnel et à des réorientations du point de mire des programmes au cours de l'année. Dans le cas du travail de proximité dans la rue, un plus grand nombre de programmes a déclaré en effectuer, mais la plupart des programmes ont eu moins de tels contacts.

Table 2. Changements considérables aux lieux des contacts directs significatifs en travail de proximité (OERVSCO q. 9.10.a)

Lieu	2013/14	# de programmes en déclarant	2014/15	# de programmes en déclarant
Bars/boîtes de nuit	5 115	22	15 206	17
Saunas	27 998	11	13 923	9
Espaces communautaires publics	12 577	35	5 305	38
Refuges	367	10	1 133	7
Rue (incl. parcs)	7 377	13	3 647	16
Clubs de striptease	216	3	55	2

Utilisation des médias sociaux comme outil d'éducation/proximité

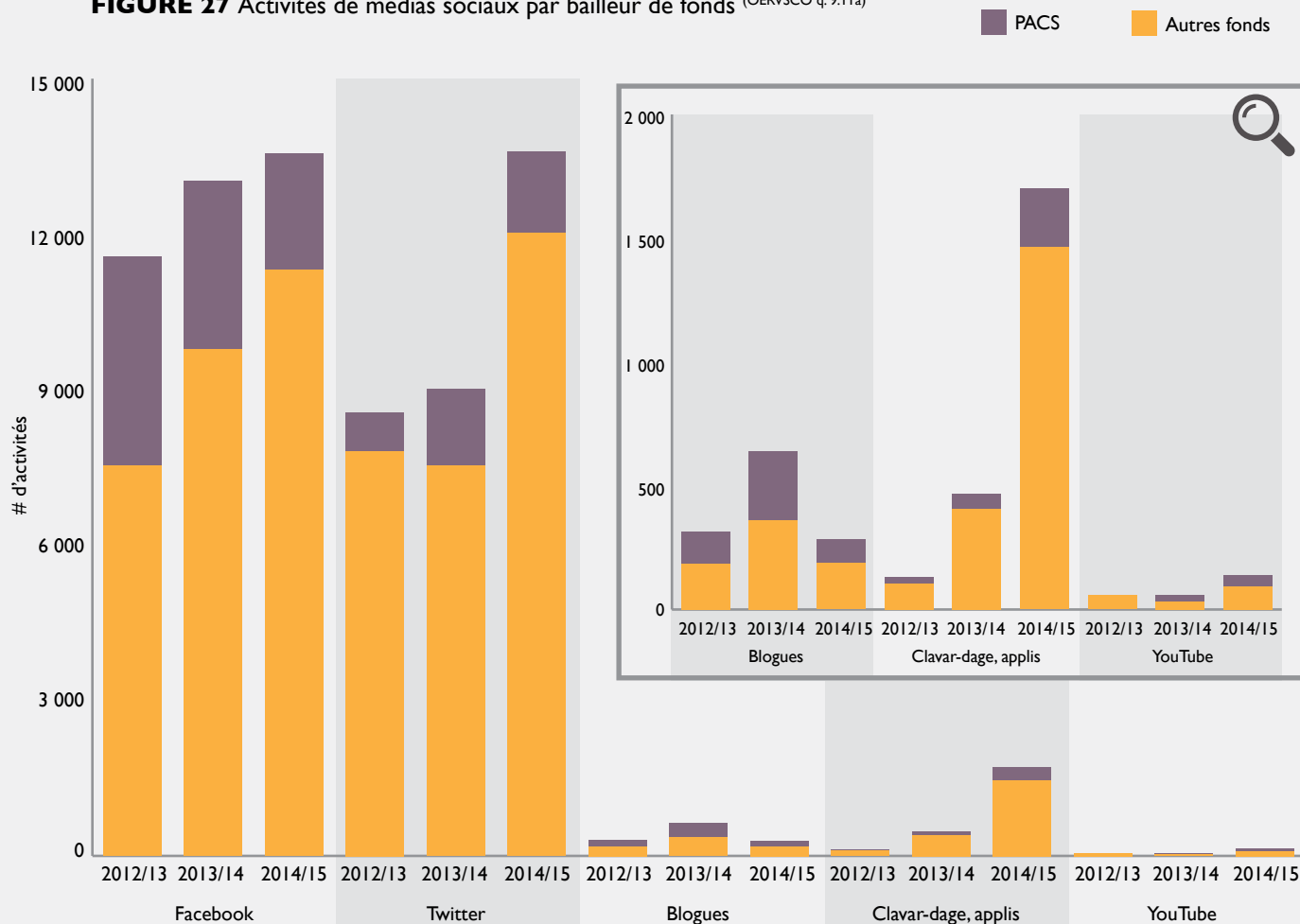
Plus de programmes utilisent les médias sociaux pour l'éducation et le travail de proximité, et sont plus actifs dans les médias sociaux (54 programmes en 2014 vs 46 en 2012).

En général, les programmes semblent utiliser Facebook et Twitter davantage que les blogues, pour joindre les internautes.

Table 3. Nombre d'organismes utilisant divers médias sociaux^(OERVSCO q. 9.11.a)

		2012/13	2013/14	2014/15
	Blogues	9	10	10
	Facebook	42	43	50
	Espaces/applis de clavardage	18	21	22
	Twitter	28	30	34
	Sites Web	31	34	39
	YouTube	14	21	20

FIGURE 27 Activités de médias sociaux par bailleur de fonds^(OERVSCO q. 9.11a)



Nous ne savons toutefois pas encore clairement quel impact ont ces efforts en ligne. Il n'existe plus de programmes gratuits d'analyse, pour les médias sociaux; et ces analyses conviennent mieux pour mesurer des activités ou campagnes distinctes, et sont difficiles à agréger pour un ensemble d'activités sur une période de six mois. À l'heure actuelle, nous savons seulement si les activités de médias sociaux ont suscité une réponse, comme un commentaire, un partage ou une rediffusion – mais nous ignorons si cela a un impact sur les connaissances, comportements ou compétences. Sans information sur l'impact, le secteur est incapable de savoir ce qui fonctionne et de cerner où les investissements de ressources dans les médias sociaux sont les meilleurs. La façon dont ces activités sont déclarées dans le cadre de l'OERVSCO ne permet pas non plus d'établir quelle proportion a servi à faire connaître l'organisme plutôt qu'à du travail de proximité ou à des messages de prévention.

Les programmes continuent d'afficher des vidéos sur YouTube. C'est un des rares médias où des outils analytiques sont accessibles. Avec le temps, nous voyons une augmentation du nombre de vidéos en ligne et une diminution du taux vidéo/utilisateur. Ceci peut être dû au succès de quelques vidéos, ces récentes années, comme le film documentaire *Unlocking HIV* ou *The River of Healing*, qui ont été visionnées plus de 2 000 fois à ce jour.

Les programmes de renforcement des capacités utilisent aussi de plus en plus les médias sociaux. Ils ont déclaré une hausse de 275 % de cette utilisation; mais seulement une augmentation de 5 % de leur portée.

L'OERVSCO mesure la « portée » en termes d'items disséminés. À l'heure actuelle, les programmes n'ont pas des façons constantes et précises pour mesurer la distribution électronique, ce qui pourrait expliquer pourquoi l'utilisation des médias sociaux a augmenté alors que la portée a diminué.

Site Web :

Modifications récentes à OERVSCO rapports pour les activités du site font qu'il est difficile de comparer avec les années précédentes, mais en 2014/15 :

- 3 584 mises à jour ou nouvelles pages
- 912 620 visiteurs

FIGURE 28

MÉDIAS SOCIAUX : ACTIVITÉ ET RÉSULTAT (OERVSCO Q. 9.11A)

					
	Blogues	Facebook	Sites clavardage / applis	Twitter	YouTube
2012/13	Billets : 92 Commentaires : 58	Billets : 10 978 Partages : 37 509	Sites utilisés : 128 Interactions: 6 012	Tweets: 8 283 Retweets: 4 623	Vidéos publiées : 41 Vues : 53 617
2013/14	Billets : 325 Commentaires : 302	Billets : 12 943 Partages : 43 680	Sites utilisés : 466 Interactions: 4 202	Tweets: 9 035 Retweets: 4 885	Vidéos publiées : 58 Vues : 19 736
2014/15	Billets : 283 Commentaires : 38	Billets : 13 552 Partages : 13 757	Sites utilisés : 1 702 Interactions: 2 959	Tweets: 13 596 Retweets: 11 826	Vidéos publiées : 136 Vues : 23 145

LES PROGRAMMES FINANCÉS PAR LE PACS DÉCLARENT UNE UTILISATION NOVATRICE ET EFFICACE DES MÉDIAS SOCIAUX ET APPLIS

AIDS Committee of York Region

Nous avons observé une participation bien plus grande dans nos activités de médias sociaux, en termes de nombre de visiteurs, de J'aime, de partage et de suivis (en particulier sur Facebook) depuis que nous avons réorienté intentionnellement le contenu des messages affichés, sur la santé sexuelle, mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et les populations clés affectées.

HIV/AIDS Resource Community Health

Notre appli "Halt Homophobia & HIV" a été téléchargée 86 fois dans environ 11 pays. Nous avons fait des mises à jour à l'appli pour inclure de l'information sur les ITS, sur la façon de signaler un crime haineux et sur les compétences de négociation; et nous avons ajouté un géolocalisateur de fourniture gratuite de condoms et de matériel de réduction des méfaits dans notre bassin de service.

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area

Notre service de textos anonymes (dans le cadre de Doin' It) s'est avéré très utile pour joindre des jeunes à risque rencontrant plusieurs obstacles (transport, programmes obligatoires, honte intériorisée, homo-/transphobie, etc.) qui les empêchent de bénéficier de nos services de proximité ou des programmes offerts dans nos locaux. Les conversations ont porté principalement sur les rapports sexuels plus sécuritaires; en particulier : dépistage (qui, quoi, où, quand, comment), prévention de la grossesse et options pour des rapports sexuels plus sécuritaires. Un certain nombre de conversations se sont étalées sur quelques heures, et les jeunes ont partagé de l'information qui n'aurait peut-être pas été partagée en personne; et ont posé des questions de suivi (p. ex., Comment dire à mon partenaire que je ne suis pas à l'aise de faire quelque chose?; et J'ai l'impression de laisser tomber mes parents).

GRAND SUCCÈS DES APPLIS EN LIGNE S'ADRESSANT AUX GAIS, BI ET HRSH

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area

L'équipe de GMSH a enregistré une période record dans la proximité en ligne, avec 130 contacts en ligne au cours de cette période de déclaration. 88 de ces contacts ont été classés comme étant significatifs, signifiant qu'au moins une question au sujet de la santé sexuelle a été posée à l'intervenant. Lors de ces contacts, nous avons fait plusieurs références à des services de dépistage du VIH et d'ITS, à des programmes communautaires et à des services de counselling.

AIDS Committee of Windsor

La proximité en ligne demeure un outil efficace pour la sensibilisation en matière de dépistage du VIH et elle a entraîné une augmentation du nombre d'hommes gais qui viennent à notre local pour des soirées de dépistage.

Campagnes de sensibilisation plus ciblées

Les campagnes de sensibilisation, qui peuvent avoir un volet médias sociaux, peuvent être un moyen efficace d'éduquer, de sensibiliser et de joindre des personnes à risque. Cependant, de telles campagnes peuvent être compliquées à développer et dispendieuses – et ne sont pas à la portée des programmes de taille modeste. Pour une utilisation optimale des ressources, une part considérable de la responsabilité du développement de campagnes et d'évaluation de leur impact a été détournée vers les réseaux de populations à risque, en particulier le CACVO et GMSH. Le matériel est développé à l'échelon provincial puis utilisé/adapté par les programmes, pour leurs communautés.

En 2014-2015, les programmes ont déclaré moins de campagnes de sensibilisation ainsi que de réunions à cette fin. Ce changement peut s'expliquer par un nombre réduit de campagnes plus ciblées. Le nombre de campagnes de sensibilisation organisées par des programmes de renforcement des capacités, y compris les RPP, est retourné en 2014-2015 au niveau de l'année 2012-2013. Le nombre élevé de réunions de planification, en 2013-2014, était lié à la campagne *Notre agenda* de GMSH.

Table 4. Campagnes et réunions par des organismes de renforcement des capacités (OERVSCO q.14.7b)

Année	Nombre de campagnes	Réunions de planification
2012/13	7	53
2013/14	6	104
2014/15	6	58

Changements dans le développement et la distribution de matériel

En général, le nombre de ressources et items d'éducation/proximité, comme des infographiques, développés par le secteur a augmenté de 74 % en 2014-2015. Cependant, la plupart des produits étaient offerts sous forme électronique et les programmes de première ligne n'ont pas la capacité de quantifier leur distribution. Les programmes de renforcement des capacités semblent pour leur part capables de quantifier la distribution de ressources et ont déclaré une augmentation de 27 %, attribuable principalement à la WHAI et à CATIE (voir le Tableau 5).

Table 5. Ressources distribuées par les organismes de renforcement des capacités ^(OERVSCO q. 14.6b)			
Ressources distribuées	2012/13	2013/14	2014/15
Info-santé PVVIH ou ressources de soutien	256 914	188 587	273 556
Bulletin ou article de nouvelle	113 223	41 958	51 468
Brochures, affiches, feuillets, dépliants – matériel de promotion de l'organisme	75	560	100 043
Brochures, affiches, feuillets, dépliants – matériel de prévention/éducation	N/A	1 737	1 660
Guides/trousses de formation	1 578	497	185
Autre (préciser)	N/A	12 192	80
Sommaire de recherche ou rapport d'évaluation	1	2	67
Matériel d'ateliers (inclut modèles, PowerPoint, feuillets à distribuer, etc.)	1 496	200	52
Planification stratégique, outils de prise de décisions, de politiques ou de développement organisationnel	188	145	20
Film/DVD	0	13	0
GRAND TOTAL	373 475	245 891	337 131

Ce que vous nous avez dit des succès dans le travail de proximité

AIDS Committee of Durham Region

Aussi, des promotions croisées, avec d'autres employés de la stratégie provinciale, ont moussé l'intérêt régional pour les événements à Durham.

Action positive VIH/SIDA

L'utilisation d'une nouvelle stratégie pour promouvoir notre site Web a fait augmenter le nombre de l'aime et de visiteurs.

DES STRATEGIES ET DES PARTENARIATS DE SENSIBILISATION NOUVELLES POUR ENGAGER LA COMMUNAUTÉ

Comité du sida d'Ottawa

Pour ce qui concerne SPOT, nous travaillons maintenant avec Queer Mafia, Fever, Swizzles, M. Cuir Ottawa et HUMP. Nous avons recruté et formé plus de bénévoles pour SPOT afin de travailler dans les événements, ce qui sera utile ce printemps et cet été. En travaillant avec Santé publique Ottawa, nous obtiendrons (éventuellement) des trousse de dépistage mobile de la chlamydia et de la gonorrhée, pour notre équipe de travail de proximité auprès des hommes gais. Les bénévoles de la Zone gaie sont plus engagés que jamais, et grâce à leur travail formidable notre nombre de contacts de proximité a augmenté, à la Zone gaie, ce qui signifie qu'un plus grand nombre d'hommes gais et de HRSH sont joints.

L'ENGAGEMENT DES COMMUNATÉS GAYS / BISEXUELS / HRSH

AIDS Committee of Toronto

Notre équipe de proximité pour hommes gais a développé une nouvelle relation avec Dudesnude.com, au moment où l'ACT était le seul programme de santé sexuelle inscrit dans le site. Dudesnude (un site de rencontre sexuelle pour gais) a ensuite commencé à promouvoir des liens à des pages de notre site Web sur la santé sexuelle, sur le sien.

AIDS Committee of Toronto

Play Safely (trousse de condoms et lubrifiant, lors de la Coupe du monde) – Le programme de proximité pour hommes lusophones a développé des trousse de condoms et lubrifiant, avec une inscription en portugais sur l'emballage, pour distribution pendant le tournoi de la Coupe du monde de soccer, dans les populations cibles et les régions de la ville fréquentées par la communauté portugaise.

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener/Waterloo & Area

Notre tableau de quiz pour le travail de proximité dans les bars a fait augmenter la fréquence du contact de proximité en ligne; et des machines distributrices de condoms ont été installées dans le nouveau bar gai de notre région, The Order.

Africans in Partnership Against AIDS

Nous avons développé une activité pour joindre les personnes de pays marginalisés dits « où le VIH est endémique », comme les pays de l'Afrique subsaharienne et d'îles des Caraïbes.

AIDS Committee of York Region

Nous avons été invités pour la première fois à être à une table aux célébrations du Mois de l'histoire des Noirs, organisées par l'African Caribbean Canadian Association de Markham (MACCA), ce qui nous a permis de rencontrer plusieurs membres de la communauté africaine, caraïbéenne et noire (ACN) que nous avions du mal à joindre jusque-là.

L'ENGAGEMENT DES COMMUNAUTÉS AFRICAINES, CARAÏBES ET LES COMMUNAUTAIRES NOIRS

Elevate North Western Ontario

Nos BBQ de proximité ont attiré plus de 200 convives à chaque endroit. L'événement avait lieu dans deux refuges locaux. Un service de dépistage sur place a été fourni par la santé publique, avec du soutien de notre personnel. 17 personnes se sont fait dépister. Et quatre nouveaux utilisateurs de nos services ont découlé de cette activité de proximité.

HIV & AIDS Legal Clinic Ontario

Nous sommes très fiers de notre projet d'évaluation des besoins juridiques trans*, lancé en juin 2014. Les buts du projet sont de documenter les besoins de services juridiques chez les personnes trans* de l'Ontario, d'identifier les obstacles à l'accès à des services juridiques par une série de groupes de discussion et une enquête à l'échelle provinciale, et de développer des stratégies pour répondre à ces obstacles. Le projet misera sur le savoir et l'expérience des personnes et communautés trans*, des fournisseurs de services juridiques et d'autres intervenants, pour assurer qu'une information contextualisée, sensée et utile à l'action soit accessible, afin d'atteindre les objectifs du projet.

ACCÈS PLUS DIFFICILE D'ATTIENDRE LES POPULATION

Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa

Spectrum, le service sans rendez-vous pour jeunes queer et trans, compte 208 clients uniques. Un intervenant en santé mentale travaillant spécifiquement avec des jeunes LGBTQ+ y vient une fois par mois et signale que 25 % de ses clients sont inscrits auprès de Spectrum. On observe qu'approximativement 35 % des jeunes qui fréquentent Spectrum s'identifieraient à l'éventail général trans. Puisque le rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes portant sur les femmes (ASPC, 2008, p. 33) signale que 27,7 % des femmes trans vivent avec le VIH, notre programme VIH/sida est persuadé que créer des moyens d'être inclusifs de la population trans doit être une priorité. De plus, les participants incluent de multiples populations faisant partie de la communauté des jeunes LGBTQ+, comme des jeunes de la rue, des jeunes racialisés et des jeunes qui utilisent une marchette et/ou un fauteuil roulant.

Réseau Access Network

Les pairs qui travaillent au programme *Surviving Sex Trade* deviennent beaucoup plus confiants et impliqués dans le soutien et l'éducation entre pairs. J'ai présentement trois pairs qui sont impliqués à fournir des services de proximité et de soutien une fois par semaine. Des pairs font aussi du travail de proximité dans leur propre milieu – par exemple, une d'entre elles travaille dans les clubs de striptease et donne régulièrement du soutien et de l'éducation à ses collègues.

Africans in Partnership Against AIDS

Nous avons réussi à joindre un nombre important de communautés africaines, caraïbéennes et noires dans le Grand Toronto. Nous avons lancé un forum jeunesse ACN, avec d'autres organismes partenaires, qui a été une réussite. Nous avons joint la plupart des sites ACN, comme les salons de barbiers, restaurants, boutiques ethniques, cafés et avons été sur les intersections importantes du Grand Toronto.

AIDS Comittee Windsor

Notre travail auprès de populations à risque difficiles à joindre, comme les ouvriers migrants ACN, a été un succès puisque nous avons réussi à fournir des condoms, à accroître l'accès aux soins primaires grâce au plaidoyer et au soutien pour la navigation du système, avec d'autres fournisseurs de services hors du secteur du VIH.

ACCÈS PLUS DIFFICILE DES CARAÏBES ET LES COMMUNAUTÉS NOIRES

ACCÈS DES FEMMES À RISQUE

HIV/AIDS Resource Community Health

L'alliance pour la santé des femmes s'est alliée afin de faire du travail de proximité dans la communauté, cet été. Nous avons créé une course à obstacles, portant sur la santé des femmes, et installé une table avec des ressources. Nous avons eu un grand nombre de visites et beaucoup de gens ont découvert l'alliance pour la santé des femmes ou en ont entendu parler.

The AIDS Network

Pendant cette même période de déclaration, la coordonnatrice de la WHAI a réussi à développer une relation avec un nouveau centre sans rendez-vous pour femmes marginalisées (pour la plupart itinérantes ou en situation de logement très instable, impliquées dans le travail du sexe dans la rue et faisant usage de drogues), chapeauté par un refuge local. Ce nouveau centre a adopté un nom suggéré pour le centre sans rendez-vous par la coordonnatrice (Willow's Place); de plus, la coordonnatrice de la WHAI remplit les stocks de ressources et de matériel concernant les enjeux liés au VIH, y compris le dépistage, les relations sexuelles plus sécuritaires, la réduction des méfaits et la documentation spécifique aux femmes – en ayant un point de ressources (sans employée) qui est accessible à toutes les femmes qui fréquentent le centre. (Ce centre offre des programmes, des douches gratuites, du café, des repas, un espace lounge, etc.)

AIDS Committee of Windsor

Spinwheel est un formidable outil d'éducation : les questions suscitent des conversations plus approfondies; les contacts ont identifié avoir appris quelque chose de nouveau, en particulier sur la transmission et la stigmatisation. L'efficacité du travail de proximité a été favorisée par : ressources spécifiques aux jeunes (folioscopes, bonne aventure, sacs à surprise), des choses à donner ainsi que des pairs bénévoles.

Programme de proximité pour personnes malentendantes

...un plus grand nombre de personnes utilise les médias sociaux pour avoir accès à des informations sur le VIH/sida et les ITS. Le fait d'avoir un journal vidéo (video log) aide grandement à l'accessibilité de l'information en langage signé américain au sujet de nos mises à jour.

ACTIVITÉS DE PRÉVENTION INNOVANTES

Qu'est-ce que vous nous avez dit à propos de surmonter les obstacles de sensibilisation

Défi	Surmonter le défi
Stigmatisation et discrimination	Subtilité et solidarité « Il est difficile de trouver et de joindre des jeunes séropositifs, à cause de la stigmatisation, de l'homophobie et des normes culturelles et religieuses, dans certaines communautés, et de l'éparpillement géographique des gens. Nous tentons de joindre une population qui est en grande partie cachée, et peaufinons sans cesse nos stratégies d'emplacements, d'occasions et de méthodes pour y arriver. Pour vaincre les obstacles, nous approchons diverses communautés et assistons à des événements locaux qui ne sont pas typiquement liés aux personnes LGBTQ. De plus, pour le 25e anniversaire du programme, nous faisons connaître les bienfaits et impacts positifs de l'implication auprès de lui, ce qui le rendra encore plus attrayant. » — AIDS Committee of Toronto « Les PVVIH rencontrent de la stigmatisation, de la discrimination et de l'isolement. Nous continuons de recruter et de soutenir des PVVIH comme ambassadrices pour la communication et l'éducation, afin de mettre en valeur la voix de ces personnes et de leur démontrer qu'elles ne sont pas seules. » — Casey House « Nous continuons de rencontrer/identifier des obstacles au travail de proximité communautaire utilisant tout symbole, logo, langage ou référence identifiant le VIH, le sida, le ruban rouge ou le logo de l'organisme. L'équipe travaille à résoudre ce problème en faisant souvent en sorte qu'il n'y ait pas d'indicateur visible de ces services en matière de VIH, dans les ressources et les kiosques, de même que d'autres facteurs susceptibles de faire en sorte que les membres de la communauté ne s'approchent même pas ou ne discutent pas, si une affiliation au VIH/sida est perçue. Ceci est particulièrement pertinent pour toutes les activités du CACVO; et pour la proximité en région, tout en se rencontrant également à Hamilton et à Halton. Le stigmatisme et les peurs qui s'y rattachent sont encore bien présents dans le travail de terrain. » — The AIDS Network

Défi	Surmonter le défi
Manque de ressources : technologie	Innovation et développement de compétences « Il y a eu des difficultés à naviguer l'aspect médias sociaux dans le cadre de la proximité et de l'éducation en ligne. Pour mieux saisir comment améliorer les interactions en ligne et rehausser le profil de l'organisme, j'ai assisté à un webinaire sur les médias sociaux conseillé par le CACVO. » — Africans in Partnership Against AIDS « Le manque de capacité de faire du travail de proximité en ligne, dans les médias sociaux, a continué de nous rendre difficile de joindre la population HRSH en particulier. Les travailleurs ont développé un plan complet de proximité en ligne, et nous sommes assurés d'arriver à le mettre en œuvre au cours de la prochaine période de déclaration. » — Algoma Group Health
Manque de ressources : cerner/cibler les populations prioritaires	Offrir des incitatifs et remettre en question les perceptions « Nous avons décelé une lacune dans notre capacité de réponse en ligne aux besoins des GBHRSH racialisés. Nous avons donc commencé à prendre des mesures au palier provincial, avec la création de l'Alliance of Aboriginal, Racialized Men of Ontario Region et l'implication auprès d'elle. » — AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area « Des LGBTQ noirs qui sont à des postes de pouvoir, hors de la région, résistent à aider en créant des stratégies de travail de proximité en marge du temps « rémunéré ». Nous répondons à cela par du travail de proximité en journée auprès des LGBTQ racialisés dans ces établissements post-secondaires. » — AIDS Committee of Durham Region « Les cycles de présence policière accrue créent des obstacles à la mobilité des personnes qui consomment des drogues, et donc à notre capacité de les joindre ou à leur capacité de nous visiter. » — Comité du sida d'Ottawa « Le manque de lieux conviviaux aux LGBTQ, dans la région, rend plus difficile d'avoir accès à cette population. Même problème pour la communauté ACN. Il y a une préoccupation répandue parmi nos intervenants de proximité, que le VIH ne soit pas considéré comme un enjeu ou une chose très importante dans cette communauté. Il faut donc qu'ils se concentrent d'abord à changer la perception de la personne quant au risque, avant de pouvoir chercher à changer ses comportements. » — Positive Living Niagara « En raison de la honte entourant le sexe dans notre société, en plus d'enjeux de pression des pairs et d'estime de soi à l'adolescence, les jeunes sont souvent réticents à approcher notre kiosque ou à prendre des brochures ou du matériel pour des relations sexuelles plus sécuritaires. Nous avons constaté qu'apporter des hauts-parleurs pour faire jouer de la musique, les inviter à notre kiosque pour notre éventail de « choses gratuites! » et objets promotionnels du site Web Doin' It sont des choses qui réduisent certains obstacles susceptibles de rendre notre kiosque intimidant. » — AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area

Services de proximité à l'intention d'UDI

En 2014-2015, le Bureau de lutte contre le sida a financé 21 programmes de proximité pour les UDI – soit un de plus que par les années passées. De plus, entre 14 et 16 autres programmes ont fourni des services de proximité à des UDI en 2014-2015 et leur travail est également inclus dans la présente section.

(Note : avec le temps, le nombre d'« autres » organismes – non financés spécifiquement pour du travail de proximité pour UDI – a oscillé entre 16 et 19; leur déclaration de données n'est pas toujours constante.) Pour avoir un meilleur aperçu des tendances, nous avons examiné ensemble les données déclarées par les programmes financés et par les autres, et avons également procédé à une ventilation par service.

Table 6. Programmes financés de proximité pour UDI et autres programmes ayant transmis des données dans la section 13 en 2014-2015

Programmes financés pour la proximité UDI	Autres programmes*
AIDS Committee of Durham Region	AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area
AIDS Committee of Windsor	AIDS Committee of North Bay and Area
Central Toronto Community Health Centres	Comité du sida d'Ottawa
Santé publique Ottawa	AIDS Committee of Simcoe County
Elevate North Western Ontario	AIDS Committee of Toronto
Hamilton Public Health & Community Services	Algoma Group Health
HIV/AIDS Resources & Community Health	Black Coalition for AIDS Prevention
Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy	Elizabeth Fry Society of Toronto
Peel HIV/AIDS Network	The AIDS Network (Hamilton)
Peterborough AIDS Resource Network	HIV/AIDS Regional Services
Positive Living Niagara	Maggie's: The Toronto Sex Workers Action Project
Regional HIV/AIDS Connection	Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy Sudbury
Réseau Access Network	Réseau de soutien et d'action pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le sida
Centre de santé communautaire Somerset West	Centre de santé communautaire Sandy Hill
Centre de santé communautaire South Riverdale	Toronto People with AIDS Foundation
Street Health Centre, Kingston Community Health Centres	Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa
Sudbury Action Centre For Youth	
Syme-Woolner Neighbourhood and Family Centre	
The Works, City of Toronto Public Health	
Unison Health and Community Services	
Warden Woods Community Centre	

*Entre 2010-2011 et 2013-2014, au moins dix autres programmes (non inclus ci-dessus) ont transmis des données dans la section 13 de l'OERVSCO.

Tendances clés des programmes de proximité UDI

- Les opiacés, incluant Oxyne, Oxycodone, Fentanyl, Percocet, Dilaudid et morphine, étaient les drogues les plus souvent consommées, suivies du crack et de l'alcool. Les rapports de l'utilisation de méthamphétamine cristallisée continuent d'augmenter.
- Les types de services utilisés par les personnes s'injectant des drogues demeurent constants depuis cinq ans.
- Les programmes financés pour la proximité UDI ont déclaré moins d'interactions au cours des deux dernières années (-16 % en 2013-2014 et -12 % en 2014-2015), alors que les autres programmes ont déclaré une augmentation de ces interactions pendant la même période (+12 % en 2013-2014 et +63 % en 2014-2015).
- La région Centre-Ouest a déclaré une augmentation du nombre d'interactions de proximité depuis trois années consécutives, tant chez les programmes financés pour cela que chez les autres. Les programmes financés pour la proximité UDI dans la région ont également déclaré depuis trois ans des augmentations du nombre de contacts au point de services.
- Les programmes torontois financés pour la proximité UDI ont déclaré moins de contacts de proximité depuis quatre années consécutives.

Y a-t-il une différence entre les programmes de proximité UDI qui sont financés et les autres?

Les données fournies par les programmes financés pour le travail de proximité à l'intention des UDI sont plus constantes au fil des années, puisqu'elles viennent du même bassin d'organismes. Ces données sont plus propices à présenter un aperçu clair des tendances dans les services, dans la province, alors que les autres programmes (qui peuvent varier d'année en année) donnent une indication du travail additionnel qui est accompli.

Programmes financés pour proximité UDI	• Moins de contacts au point de services (tendance deux ans : diminution puis augmentation) • Moins d'interactions en proximité déclarées depuis deux ans • Sites de travail de proximité concentrés sur organismes communautaires, services mobiles, une résidence et des pharmacies • Ont fourni plus de services en matière de counselling, d'éducation, de soutien pratique et de références à des services sociaux
Autres programmes	• Depuis quatre ans, plus grand nombre d'interactions au point de services • Depuis deux ans, plus grand nombre d'interactions de proximité • Sites de travail de proximité concentrés sur organismes communautaires, espaces communautaires publics, rues et parcs, bars et boîtes de nuit • Hausse du nombre de services en matière de counselling, d'éducation, de soutien pratique et de références à des services sociaux – mais il convient de noter qu'en 2013-2014 le nombre de services déclarés avait été largement inférieur à celui de l'année précédente • Ces autres programmes ont fourni plus de services à des femmes trans

Moins d'interactions avec des UDI au point de services

Le total d'interactions uniques au point de services (c.-à-d., programmes financés pour la proximité UDI et autres programmes) a diminué de 13 % par rapport à l'année précédente (101 976 en 2014-2015, contre 116 869 en 2013/14) – alors que le nombre d'interactions de proximité a connu une augmentation sur l'an dernier mais demeure inférieur aux chiffres de 2013-2014.

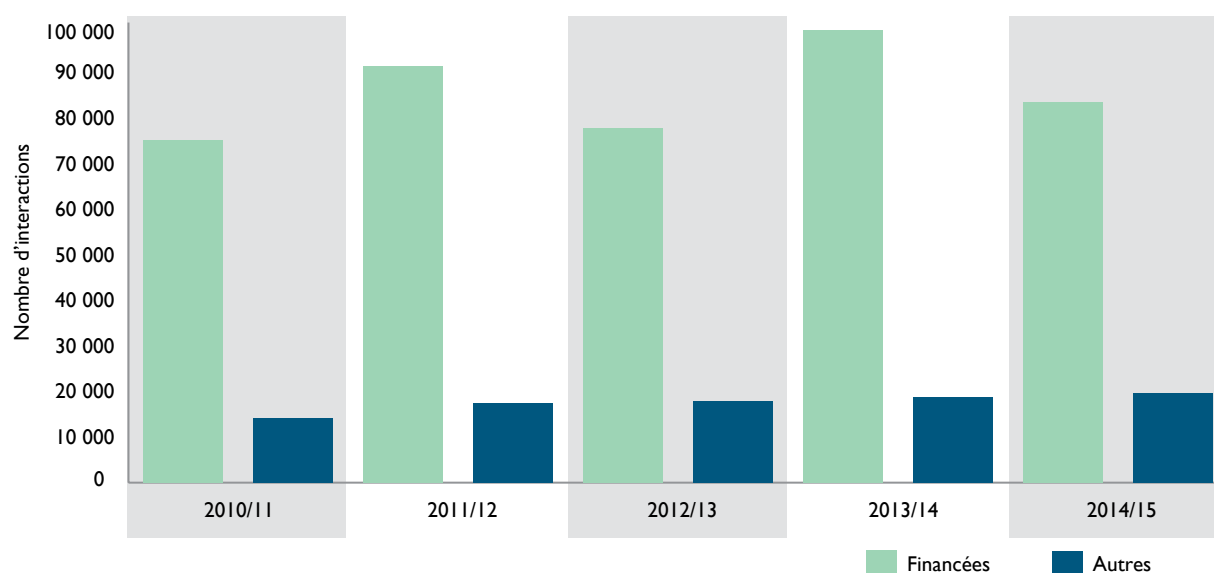
Table 7. Nombre total d'interactions UDI déclarées par les programmes financés et les autres
(OERVSCO q. 13.11 & 13.21)

	2012/13	2013/14	2014/15
Interactions UDI au point de services	94 739	116 869	101 976
Interactions IDU en contexte de proximité	76 881	67 538	68 647

Ces récentes années, les programmes ont déclaré plus d'interactions au point de services qu'en proximité sur le terrain. Cependant, les tendances varient selon le type de programme. Les programmes financés pour le travail de proximité UDI ont déclaré 16 % moins d'interactions au point de services, alors que les autres ont déclaré une augmentation de 5 %.

En général, le nombre d'interactions tend à fluctuer davantage parmi les programmes financés pour la proximité UDI, et à être plus stable au sein des autres programmes – mais le nombre d'autres programmes peut varier d'année en année. Toutefois, les programmes financés pour le travail auprès d'UDI fournissent un nombre de services considérablement supérieur à celui des autres programmes.

FIGURE 30 Nombre total de IDU en service interactions par des programmes financés de sensibilisation UDVI et d'autres programmes (OERVSCO q. 13.21)



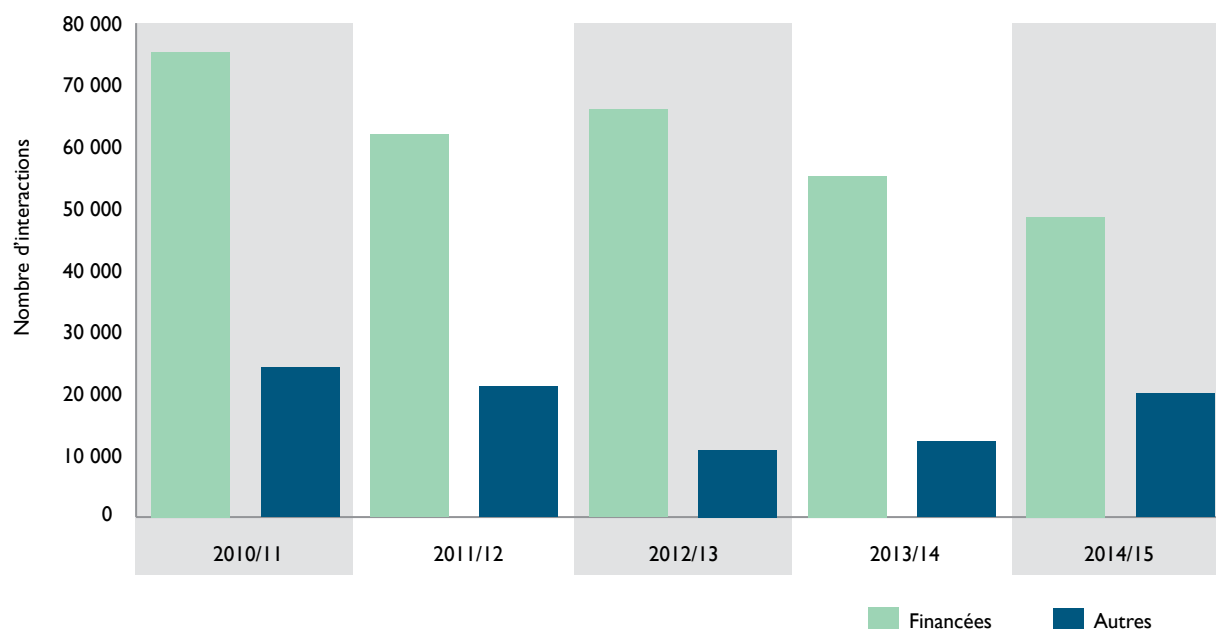
L'instauration de l'outil de suivi pour la réduction des méfaits pourrait affecter les statistiques

Certains changements au nombre total d'interactions pourraient être dus en partie à l'introduction de la base de données NEO sur la réduction des méfaits, qu'utilisent à présent plusieurs organismes. Une analyse plus approfondie a révélé que tous les organismes qui ont commencé à utiliser la base de données NEO ont déclaré moins d'interactions, ce qui pourrait signifier que les données deviennent plus précises ou que les organismes sont encore en train d'apprendre comment utiliser le nouveau système.

Tendances dans les interactions de proximité

Les programmes financés pour la proximité UDI ont déclaré moins d'interactions pour une deuxième année consécutive, alors que les autres en déclarent un plus grand nombre depuis trois ans, incluant 63 % plus de contacts de proximité en 2014-2015. Puisque le travail de proximité auprès d'UDI dépend souvent de la capacité d'un programme, une partie de l'augmentation pourrait être due à un nombre moindre d'organismes participants qui auraient un plus grand nombre de bénévoles (voir la Figure 31).

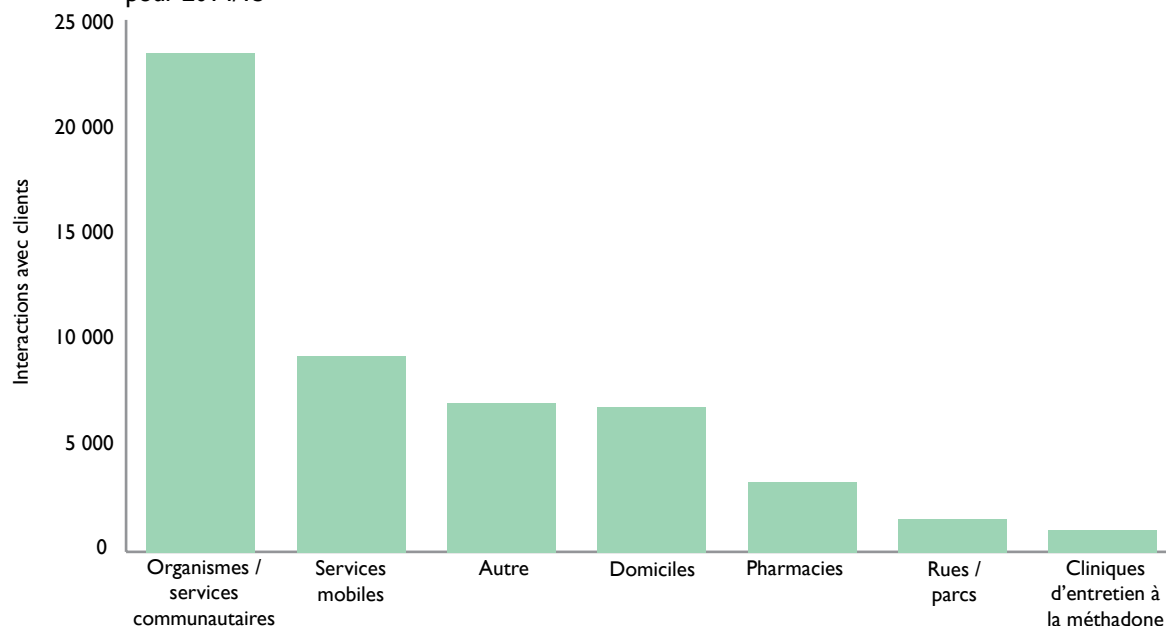
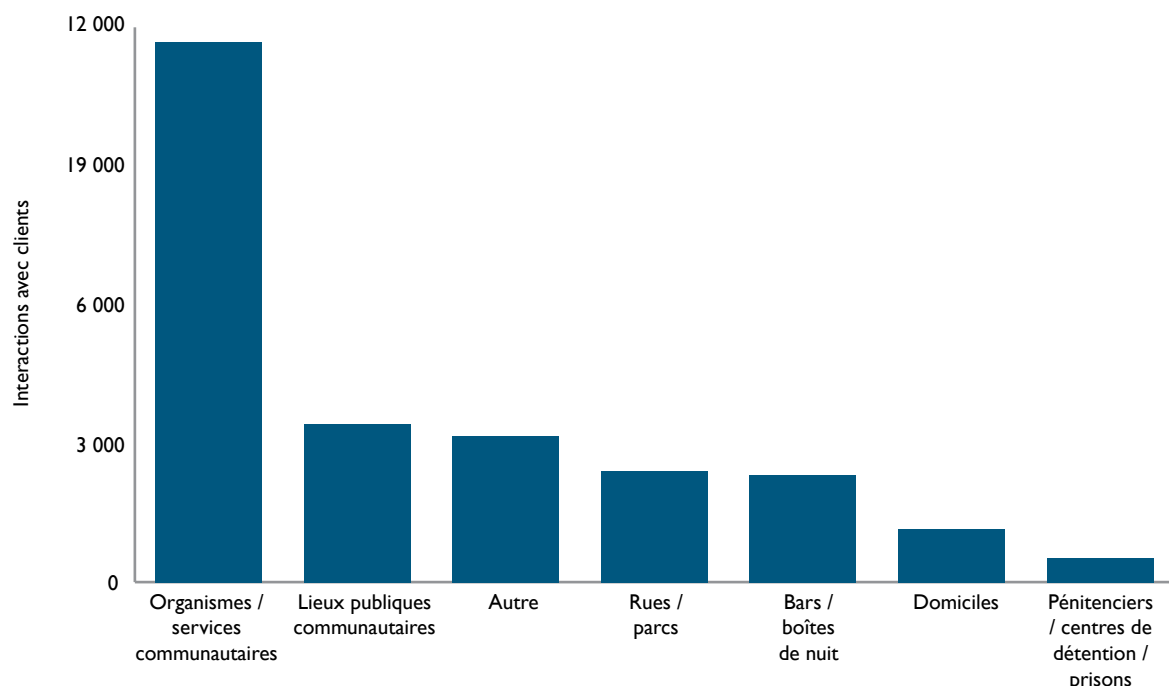
FIGURE 31 Nombre total de sensibilisation UDVI interactions par financé sensibilisation des IDU et d'autres programmes (OERVSCO q. 13.1.1)



Joindre les personnes qui consomment des drogues, par la biais des organismes/services communautaires

Pour la période de déclaration de 2014-2015, la question sur les emplacements du travail de proximité a été modifiée et ceci ne nous permet pas de comparer les données de cette année à celles des autres. Cependant, nous pouvons mettre en relief certaines tendances des données de 2014-2015. Un nouveau lieu de services de proximité, ajouté en 2014-2015 – les organismes/services communautaires – est devenu le site où a été déclaré le plus grand nombre d'interactions, par les programmes financés pour cette proximité ainsi que les autres programmes. Les programmes financés pour la proximité UDI ont également déclaré avoir fait une part importante de leur travail de proximité par le biais de services mobiles, chez des gens et dans d'« autres » lieux, alors que les autres programmes se sont concentrés davantage sur les espaces communautaires publics et les parcs.

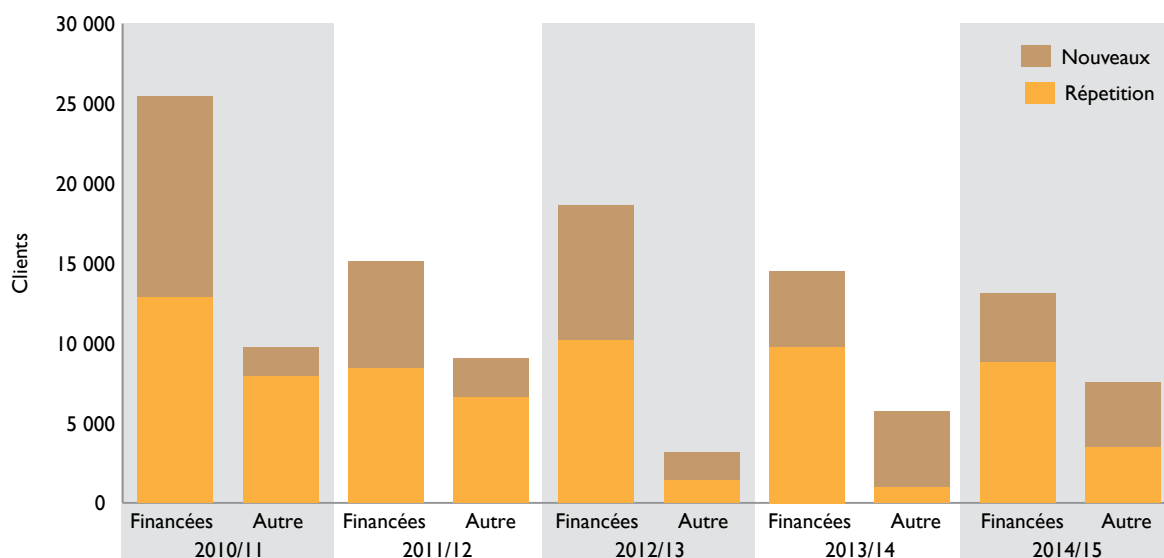
Plus de contacts ont été faits dans des pharmacies (3 970 en 2014-2015, comparé à 475 en 2013-2014), mais moins de contacts ont été faits dans des cliniques de méthadone (1 163, comparé à 3 960 en 2013-2014). Ce changement est très probablement dû au nombre accru de pharmacies fournissant de la méthadone. Depuis trois ans, plus de contacts dans des établissements correctionnels ont été déclarés, et moins lors de parties.

FIGURE 32 Top sept emplacements de sensibilisation pour les programmes financés de sensibilisation IDU pour 2014/15 (OERVSCO q. 13.4)**FIGURE 33** Top sept emplacements de sensibilisation pour d'autres programmes pour 2014/15 (OERVSCO q. 13.4)

Clients uniques de la proximité

L'OERVSCO demande aux programmes de déclarer le nombre de clients uniques. Comme les organismes n'ont pas tous le moyen de cerner les clients uniques, ces chiffres fluctuent avec le temps et ne sont peut-être pas représentatifs de toutes les personnes qui utilisent des services. Dans l'ensemble, le total de clients uniques de services de proximité déclaré en 2014-2015 a augmenté de 6 %. Les programmes financés pour la proximité UDI ont déclaré moins de clients uniques nouveaux (-8 %) et constants (-10 %), alors que les autres programmes ont déclaré 14 % moins de clients uniques en proximité mais une augmentation de plus de 250 % du nombre de clients revenants pour ces services. Puisque le développement de liens de confiance avec des UDI peut être un défi, il est encourageant de constater une augmentation des clients uniques constants.

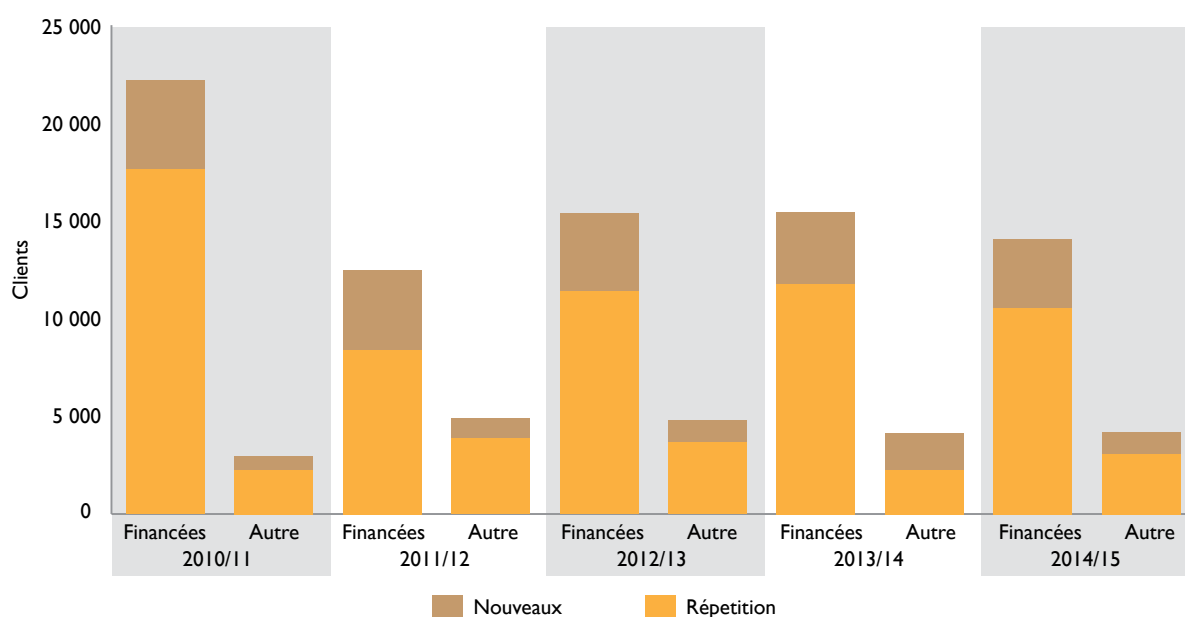
FIGURE 34 Nombre total de clients de sensibilisation uniques signalés par des programmes de sensibilisation UDVI financés et d'autres programmes 2010 / 11-2014 / 15 (OERVSCO q. 13.1.2)



Unique in-service client

Pour les programmes financés pour la proximité UDI, le nombre de nouveaux clients uniques au point de services est demeuré relativement stable depuis quatre ans, alors que celui des clients uniques revenants au point de services a diminué d'environ 10 % (voir la Figure 35). Les autres programmes ont déclaré 40 % moins de nouveaux clients uniques au point de services et 36 % plus de clients uniques répétés.

FIGURE 35 Nombre total de clients en service uniques signalés par des programmes de sensibilisation des UDVI financés et d'autres programmes 2010 / 11-2014 / 15 (OERVSCO q. 13.2.2)



Plus d'hommes que de femmes utilisent les services pour UDI

Les Figures 36 etc 37 démontrent qu'un plus grand nombre d'utilisateurs (nouveaux et constants) des services pour UDI sont des hommes

FIGURE 36 Mâle et femelle clients de sensibilisation UDVI (OERVSCO q. 13.1.2)

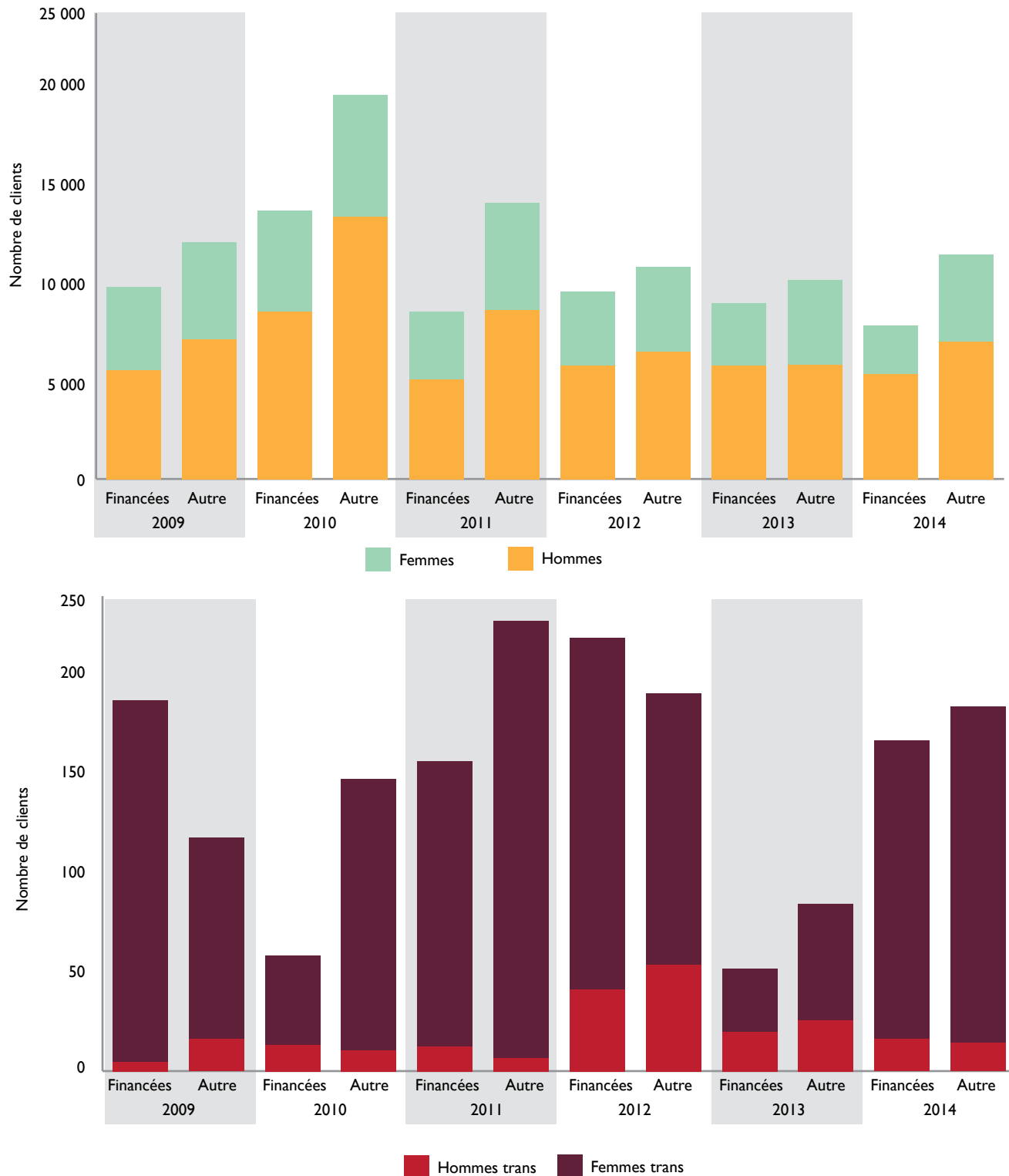
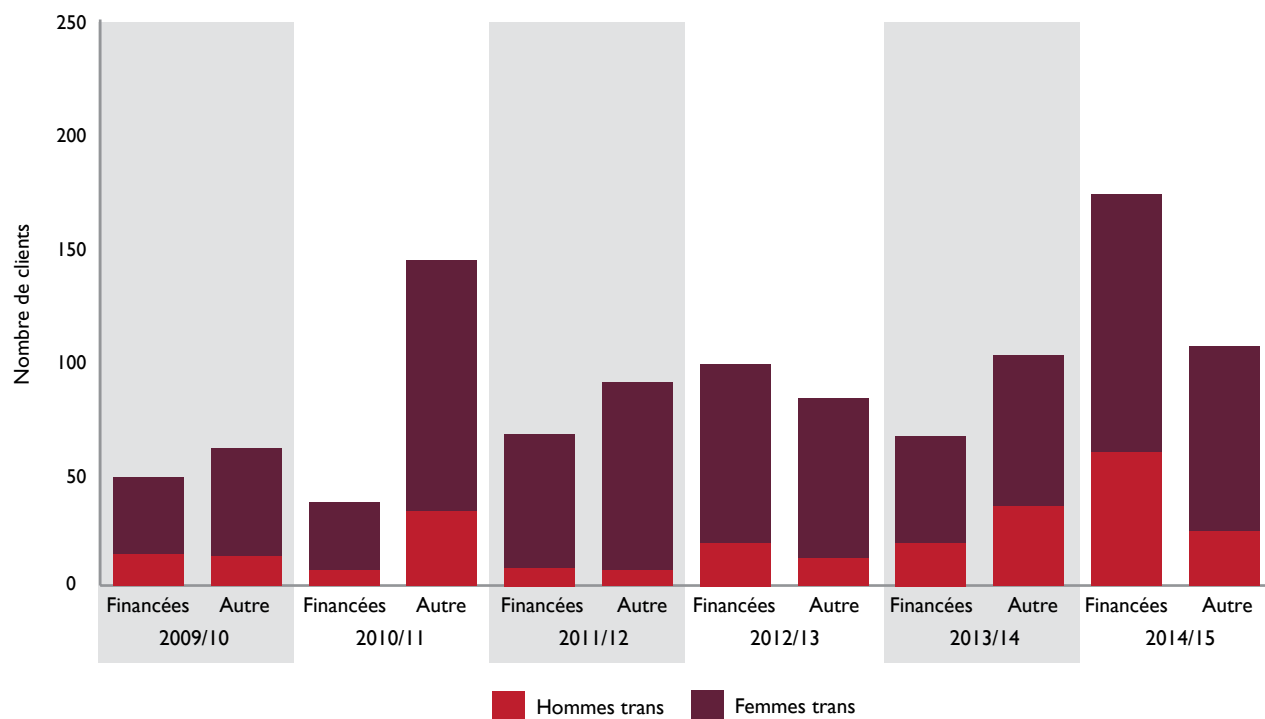
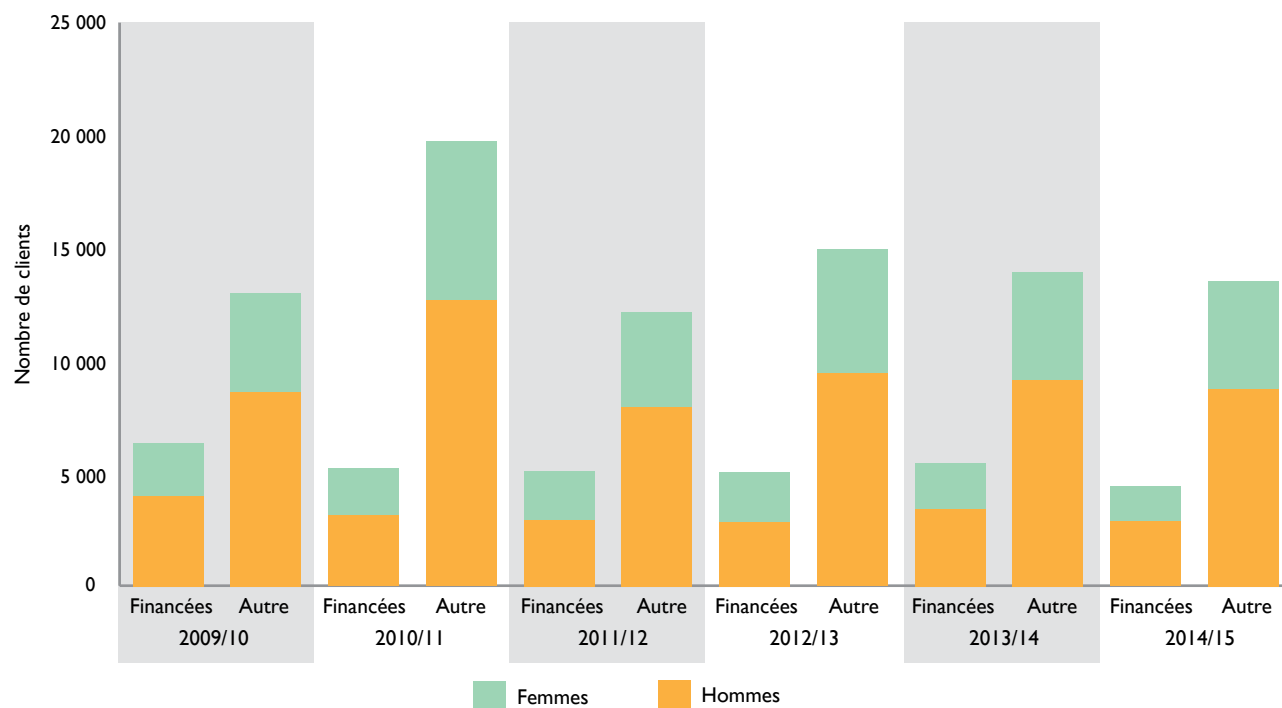


FIGURE 37 Clients IDU en service selon le sexe (OERVSCO q. 13.1.2)

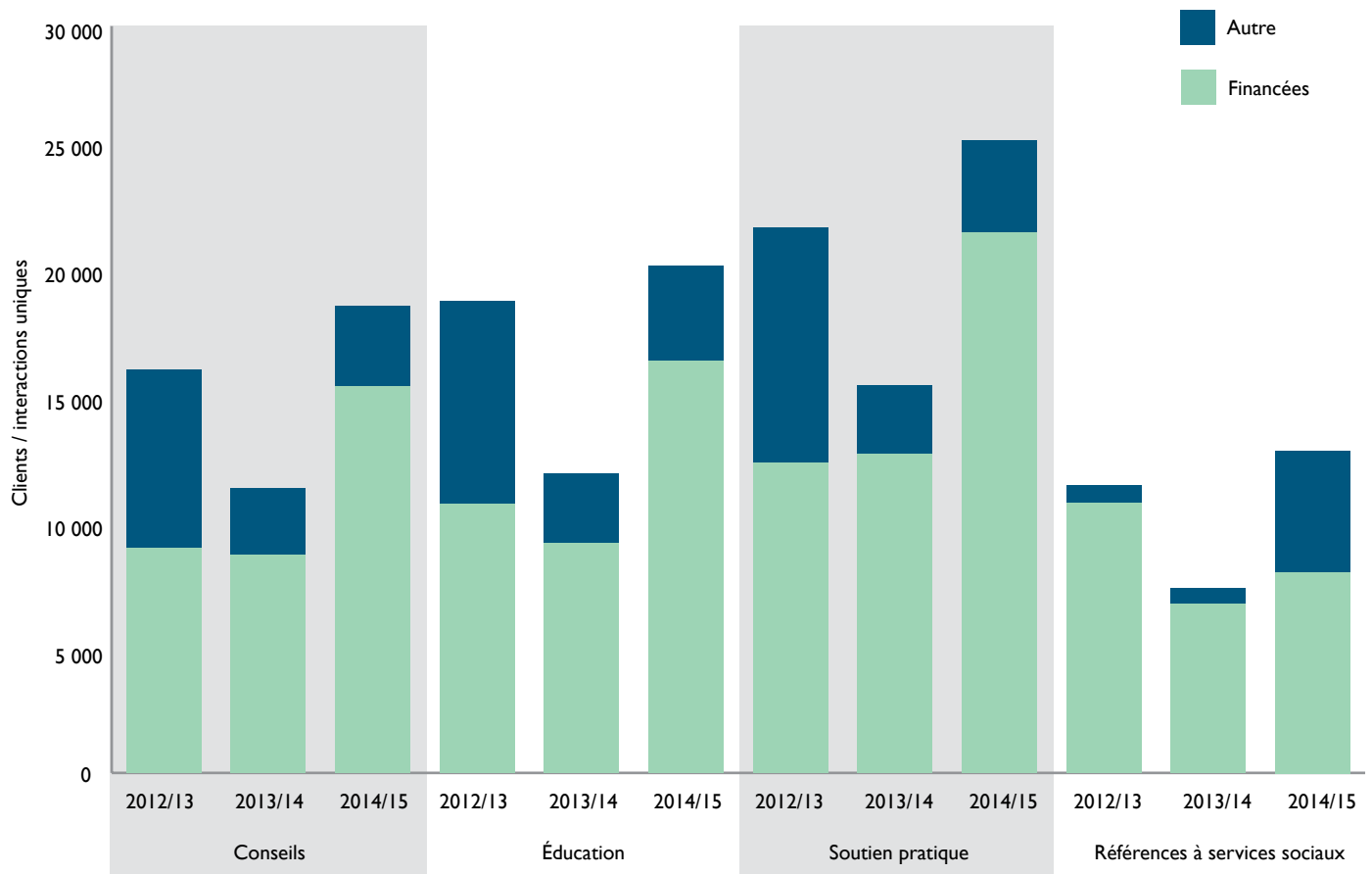


Plus de clients UDI ont utilisé des services de counselling, d'éducation, de soutien pratique et de référence

Les services pour les personnes qui s'injectent des drogues sont une composante cruciale des stratégies ontariennes de prévention du VIH et du VHC. Les programmes financés pour la proximité UDI et les autres programmes ont déclaré un nombre accru de clients utilisant des services de counselling, d'éducation, de soutien pratique et de référence.

La proportion des services fournis par les programmes financés et par les autres varie dans le temps. En général, les programmes financés pour la proximité UDI fournissent plus de soutien pratique et de services d'éducation alors que les autres programmes fournissent plus de références à des services sociaux.

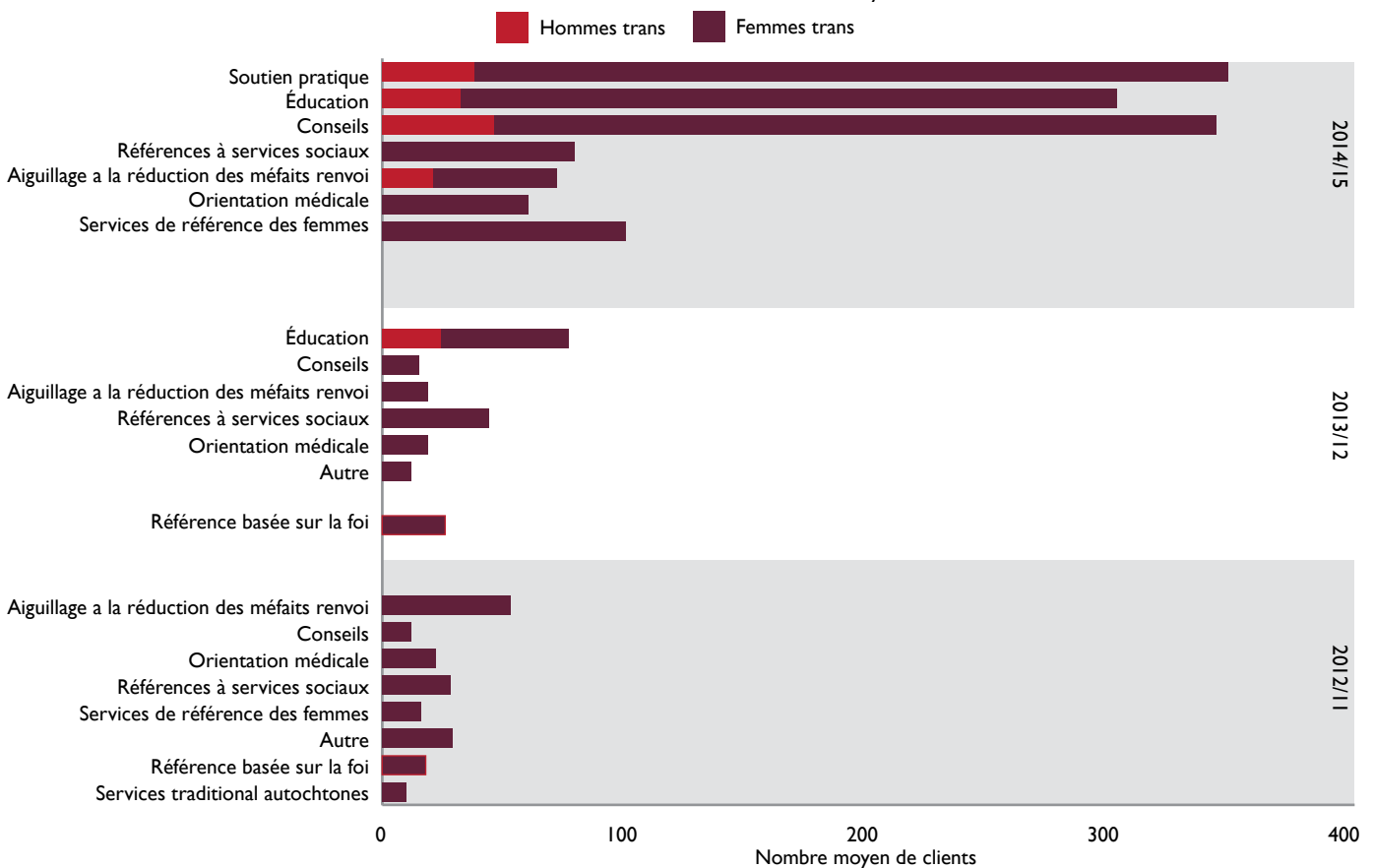
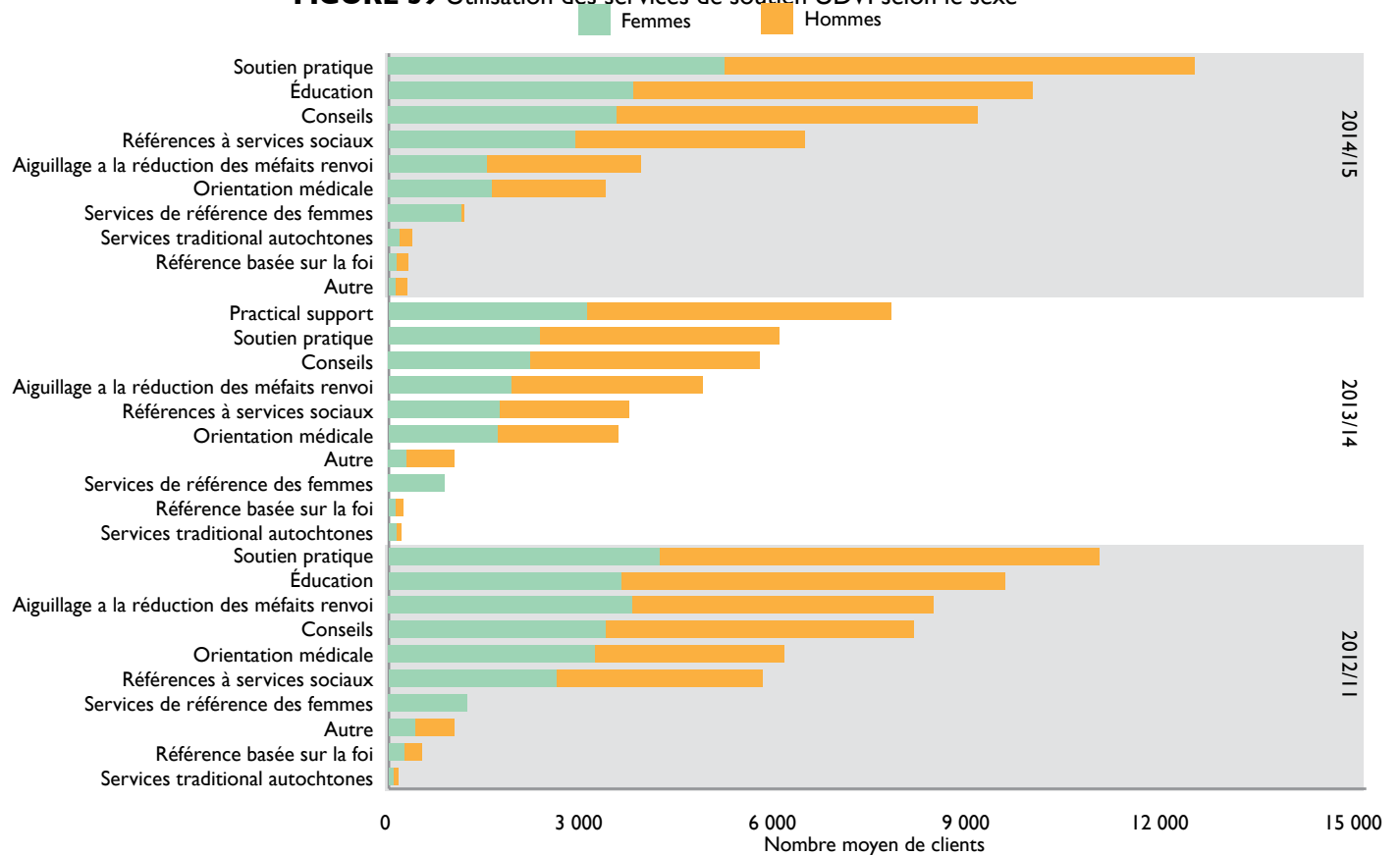
FIGURE 38 Services Top 4 UDVI fournis sur 3 ans (OERVSCO q. 13.3a)



Les femmes utilisent plus de services

Quant aux différences entre les sexes, dans l'utilisation des services, les femmes représentent généralement plus de la moitié des services utilisés, alors qu'elles ne représentent que 35 % du bassin de clients. Il semble que les hommes soient plus disposés à recourir à des services de soutien pratique, d'éducation et de counselling, mais moins susceptibles de recevoir des références à d'autres services sociaux et de santé.

FIGURE 39 Utilisation des services de soutien UDVI selon le sexe (OERVSCO q. 9.13.3a)



Un plus grand nombre de pairs son des femmes

Les femmes ne représentent que 35 % du nombre de clients UDI, mais elles composent 51 % des pairs actifs et 41 % des nouveaux pairs.

FIGURE 40 Total des UDVI pairs selon le sexe (OERVSCO q. 13/5)

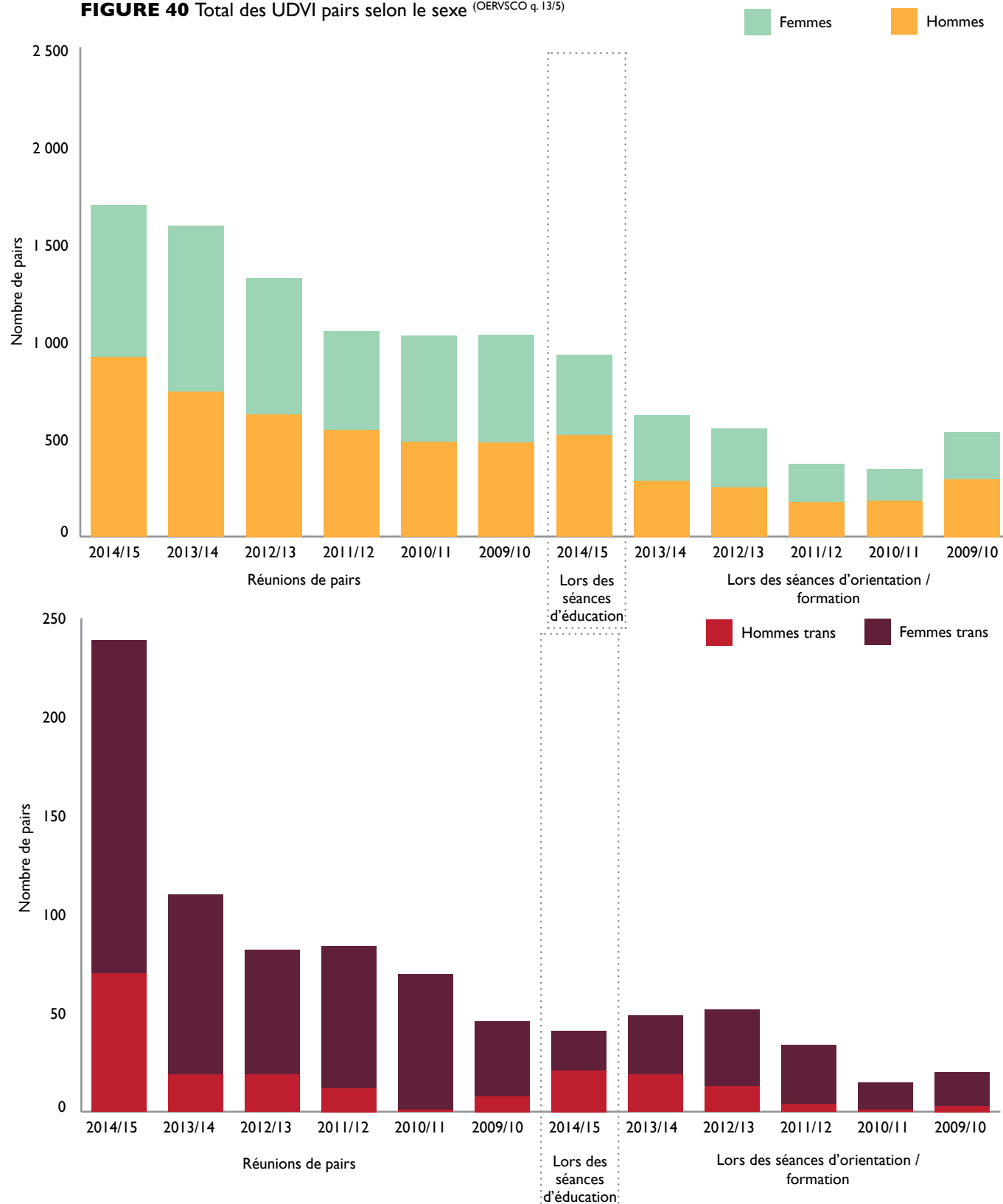
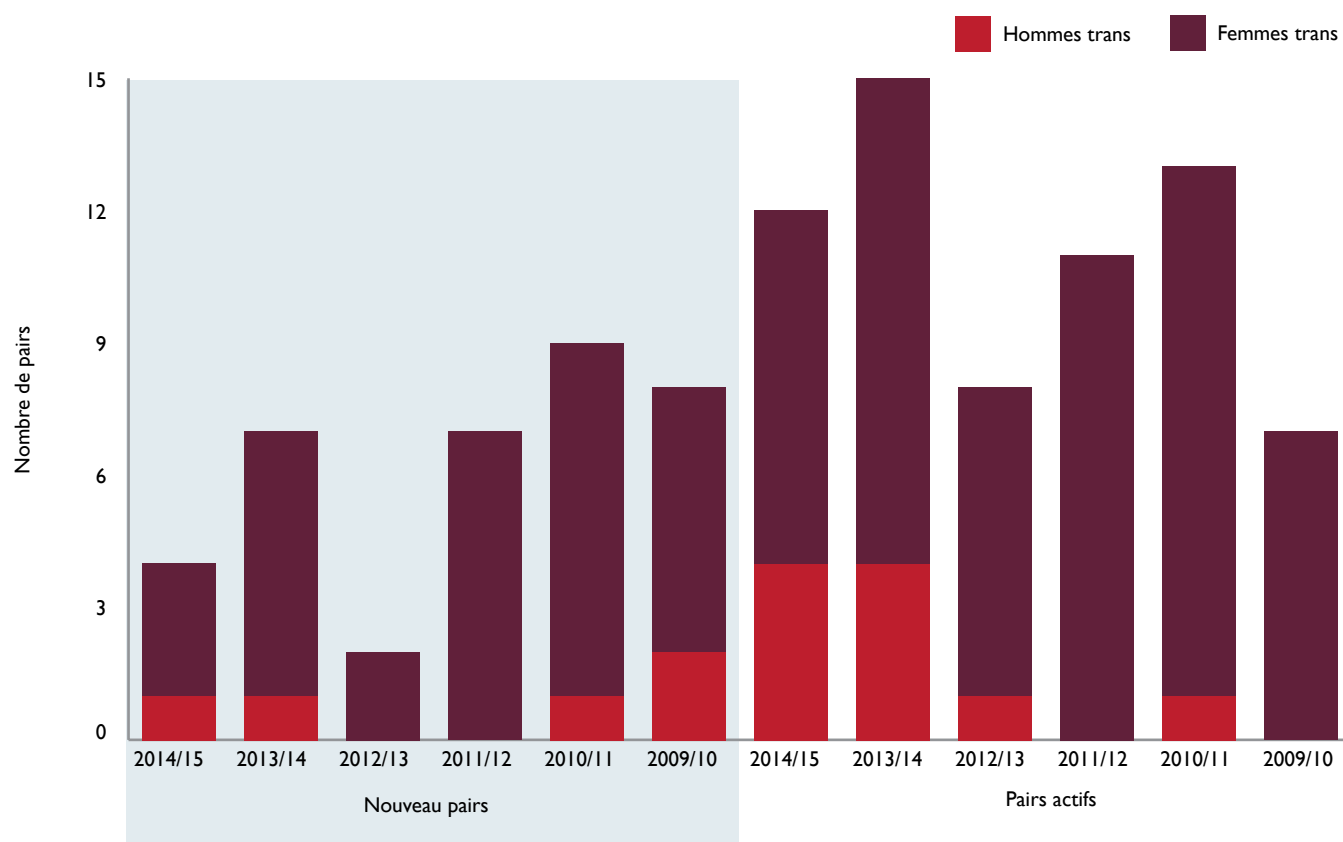
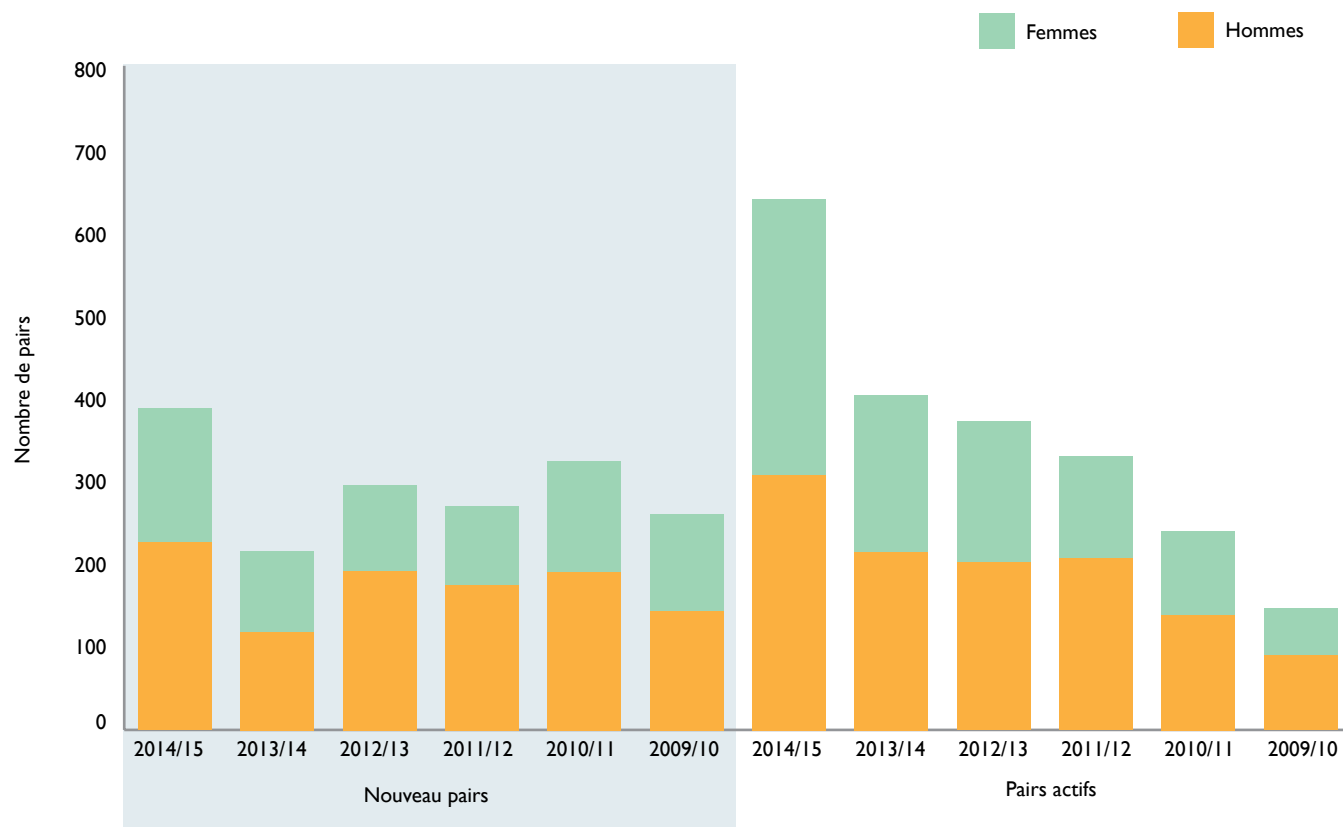


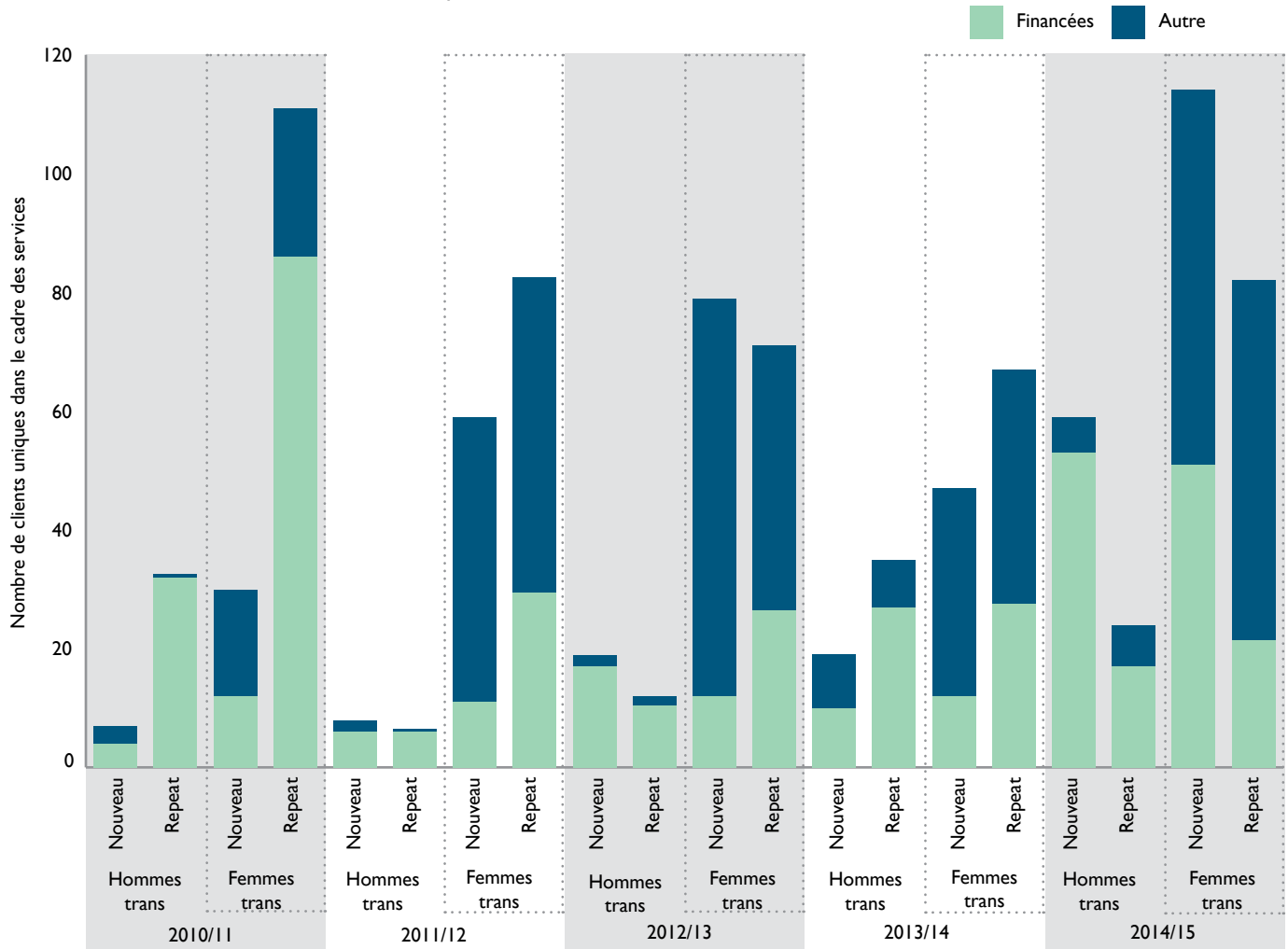
FIGURE 4I Nouvelle et moyenne pairs UDVI actifs par sexe (OERVSCO q. 13/5)



Plus de services ciblés pour les femmes trans

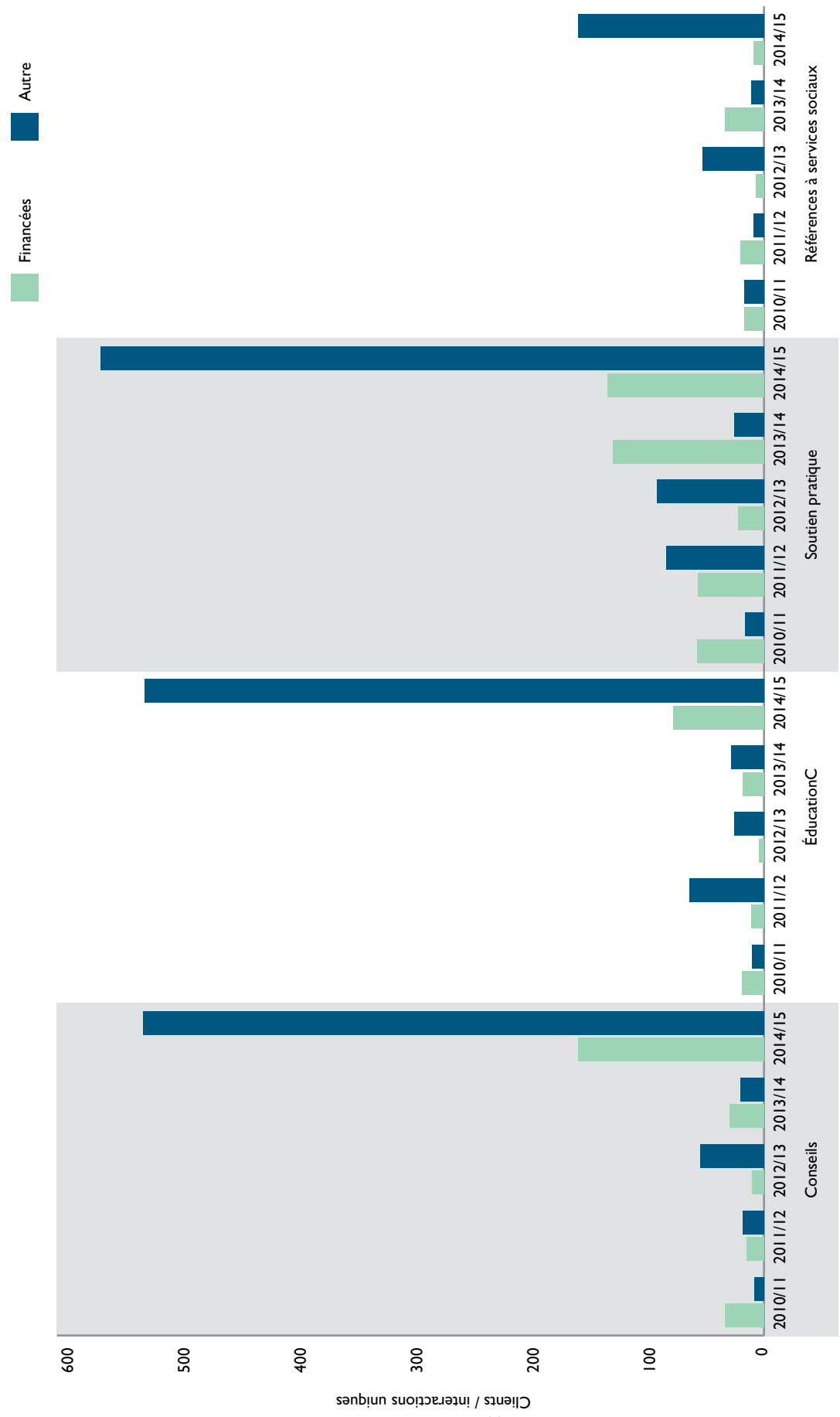
Dans la région de Toronto, une importante part de l'augmentation du nombre de clients uniques est due au nombre accru de femmes trans qui recourent aux services. Ce changement est très probablement attribuable aux deux nouvelles initiatives de programmes s'adressant à la communauté trans (voir la Figure 42).

FIGURE 42 Nombre total de uniques en service clients trans sur 5 ans (OERVSCO q. 13.2.2)



Comparativement aux hommes trans, les femmes trans étaient plus susceptibles d'utiliser les services et utilisés plus de services de réduction des méfaits au cours des cinq dernières années.

FIGURE 43 Services Top 4 UDVI fournis aux clients trans sur 5 ans par des programmes financés et autres (OERVSCO q. 13.3a)

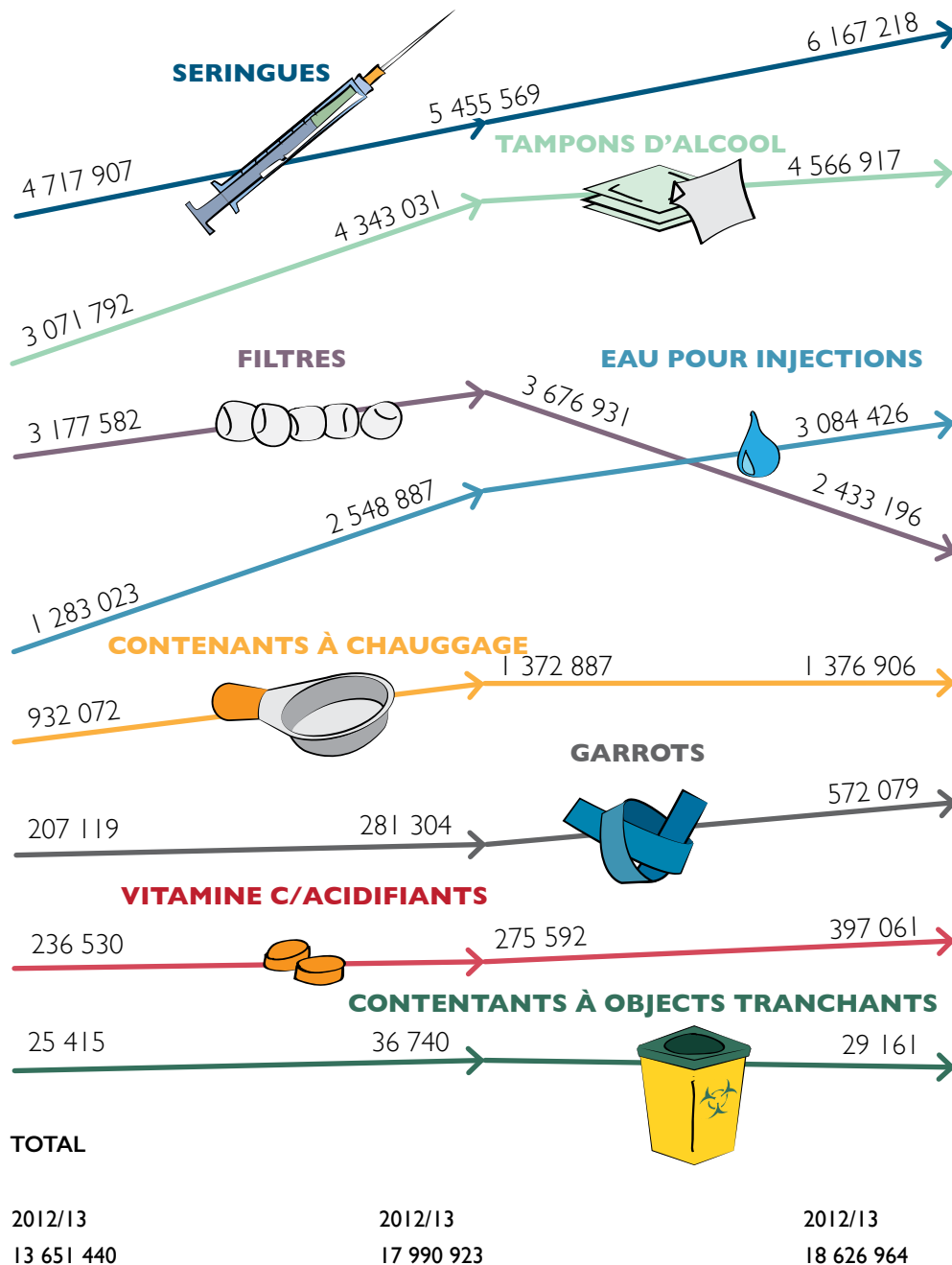


Besoin accru de matériel d'injection plus sécuritaire

Depuis trois ans, les programmes ont distribué approximativement cinq millions d'unités supplémentaires de matériel d'injection plus sécuritaire. Le nombre de contenants de chauffage est demeuré constant et celui des filtres a diminué. Ce changement peut découler du fait que l'on distribue moins de trousses et plus d'instruments individuels à la demande d'utilisateurs. Bien que le besoin de contenants à objets tranchants se maintienne, on en distribue moins. Un organisme a déclaré que le coût de ces contenants est en voie de devenir un obstacle.

FIGURE 44

MATÉRIEL DISTRIBUÉ (OERVSCO q. 13.10a)

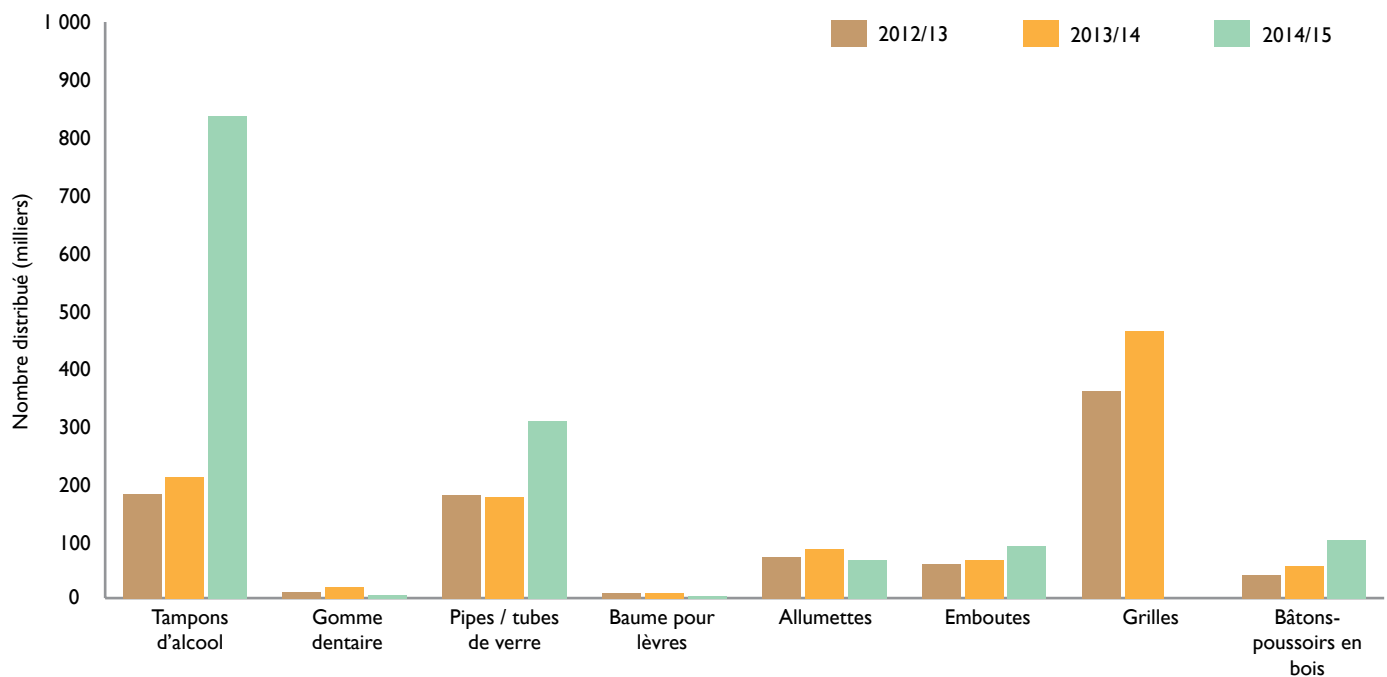


La distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire varie à travers la province

Tandis que la plupart des programmes ont déclaré distribuer moins de pipes, quelques-uns en ont distribué un plus grand nombre et ont déclaré une demande accrue et des ruptures de stock accrues concernant le matériel d'inhalation plus sécuritaire. Les différences ne s'expliquent pas par la géographie.

L'augmentation de 300 % du nombre de cotons-ouate distribués peut être due à une erreur de déclaration. Cependant, plusieurs organismes ont déclaré en distribuer un plus grand nombre et expliquaient cela par « un accès accru à cet item, qui nous permet d'en distribuer plus ». Si le nombre de cotons-ouate est retiré de l'analyse, le nombre d'items pour l'inhalation sécuritaire distribués a augmenté dans toutes les régions sauf une. Cette augmentation est attribuable aux tiges de verre, aux embouts et aux bâtonnets.

FIGURE 45 Tendances des plus sûres des produits d'inhalation distribué 2012/13-2014/15 (OERVSCO 13.10a)



Peterborough AIDS Resource Network

Nous entendons encore les clients dire qu'il y a augmentation de l'abus de fentanyl et augmentation de la disponibilité de l'héroïne.

Réseau Access Network

La consommation de fentanyl a augmenté au cours de cette période de déclaration, faisant augmenter la nécessité d'éducation et de messages sur la prévention des surdoses, en parallèle à l'introduction de la naloxone dans notre communauté afin d'éviter que les surdoses mortelles d'opiacés continuent de s'accumuler.

AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION DE MÉTHAMPHÉTAMINE CRISTALISÉE CAR SON UTILISATION A AUGMENTÉ DE FAÇON RADICALE

Algoma Group Health

Nous avons remarqué que plus de gens qui utilisent l'échange de seringues déclarent que les stéroïdes sont leur drogue de choix.

AIDS Committee of Durham Region

There is an increase in the number of short-tip needle requests.

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area

Il y a un besoin de matériel d'inhalation de méthamphétamine cristallisée car son utilisation a augmenté de façon radicale.

AIDS Committee of North Bay Area

Un plus grand nombre de demandes de nourriture, de vêtements et d'items pratiques, ce qui démontre probablement une population marginalisée et qui devient plus à risque.

CHANGEMENT DANS LA PERCEPTION DANS LA COMMUNAUTÉ

Syme-Woolner Neighbourhood and Family Centre

Depuis la mise en œuvre du programme d'échange de seringues et des corvées de nettoyage communautaire, il y a eu une diminution marquée des plaintes d'édifices voisins au sujet de matériel jeté en leurs murs ou à proximité.

Réseau Access Network

Un changement encourageant que nous avons observé est l'augmentation du nombre de personnes qui utilisent une nouvelle clinique de méthadone. Il y a eu plusieurs commentaires positifs de nos clients, sur la façon dont ils sont traités et les services qui leur sont fournis.

Warden Woods

En général, il semble y avoir un virage positif dans l'attitude de la communauté plus large; il y a moins de négativité au sujet de la dépendance.

AIDS Committee of Durham and Region

Un changement se poursuit dans la communauté afin de réduire les surdoses d'opioïdes.

Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (Oahas), Toronto

Nous continuons d'observer des délais d'attente pour du logement abordable au centre-ville. Nous observons également que les gens sont logés dans la région métropolitaine de Toronto plutôt qu'au centre-ville, en raison de la gentrification dans les communautés à faible revenu au centre-ville. C'est un problème, puisque les services pour personnes qui consomment des drogues sont manquants dans ces parties du Grand Toronto. Pour un logis de trois chambres auprès de Native Housing, ici à Toronto, l'attente est de 10 à 12 ans.

INQUIÉTUDES CONCERNANT LES DÉLAIS D'ATTENTE

Algoma Group Health

Les services de santé mentale spécifiques aux besoins des personnes s'identifiant comme des LGBTQ++ (les jeunes, en particulier) ainsi que comme gais, bisexuels et autres HRSH, ne sont pas disponibles dans notre district, ce qui est un autre défi continu.

AIDS Committee of Ottawa

L'aspect des zones de services et la recherche d'un omnipraticien qui connaît bien les enjeux de santé des hommes queer ou du VIH compliquent les choses.

Positive Living Niagara

Il y a eu un nombre élevé de surdoses déclarées, concernant presque exclusivement l'héroïne, mais dans plusieurs cas la naloxone a été utilisée et a réussi à faire cesser la surdose.

AUGMENTATION DU NOMBRE DE SURDOSES

Réseau Access Network

Nous avons perdu plusieurs clients au cours de cette période, en raison de surdoses mortelles d'opiacés.

The AIDS Network

Un nombre accru de clients est aux prises avec des psychoses associées à des pics notables de la consommation de méthamphétamine cristallisée; et l'on observe une consommation accrue de kétamine et de GHB, et moins pour ce qui concerne l'héroïne. L'utilisation de stéroïdes n'est pas aussi élevée que par les années passées, à la fin de cette période de déclaration.

Santé publique Hamilton

Nous avons remarqué que plus de clients déclarent consommer de la méthamphétamine cristallisée, et deux cas de travailleurs ayant rencontré des clients aux prises avec un délire causé par cette drogue.

EFFETS NÉFASTES DE LA MÉTHAMPHÉTAMINE CRISTALLISÉE

Répondre aux changements

Somerset West

We have responded to the increase in heroin use by distributing foil that can be used to smoke heroin. We have developed a poster and distributed over 300 copies on the safer use of Fentanyl.

AIDS Committee of North Bay & Area

Nous parlons aux clients des dangers possibles de la pratique de diviser un comprimé de wellbutrin et nous parlons de la consommation plus sécuritaire.

DÉVELOPPER DES RESSOURCES ET PROGRAMMES D'INFORMATION SUR LES CHANGEMENTS CONCERNANT LES DROGUES DE CHOIX

AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo & Area

Nous cherchons plus d'information sur les méthodes d'inhalation plus sécuritaires pour les personnes qui consomment de la méthamphétamine et souhaitons sensibiliser les gens aux dangers du mélange de stimulants et d'opiacés.

AIDS Committee of Durham Region

Nous continuons de travailler avec des partenaires de la communauté pour mettre en œuvre un programme d'échange de tampons adhésifs de fentanyl et un programme de naloxone, en plus de fournir de l'éducation à nos clients et à l'ensemble de la communauté.

City of Ottawa Public Health

Visites hebdomadaires de proximité à un refuge pour UDI dirigé par les pairs; expansion du programme de réduction des méfaits sans rendez-vous pour les jeunes, incluant des séances bihebdomadaires pour jeunes LGBTQ+, en partenariat avec le Bureau des services à la jeunesse; service mensuel de proximité au Centre de traitement Dave Smith pour jeunes; et exploration du dépistage du VIH par les pairs, dans le cadre de notre modèle prestation continue de services.

Peel HIV/AIDS Network

En collaboration avec d'autres partenaires de la communauté, nous avons contribué à établir un programme sans rendez-vous et dirigé par les pairs, pour les femmes, avec un point de mire sur le travail du sexe, et la participation y est constante. Ceci a suscité l'intérêt d'autres organismes pour une expansion des services à l'intention des travailleuse(-eur)s du sexe.

DÉVELOPPEMENT DE PROGRAMMES POUR RÉPONDRE AUX HANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Unison Health and Community Services

Nous allons collaborer avec la santé publique pour offrir plus de formations sur les surdoses. Nous développons une formation pour éduquer les fournisseurs de nos clients. Nous croyons que c'est une étape très importante dans une approche de réduction des méfaits, puisque ces vendeurs de drogue ont le plus grand nombre de contacts avec nos clients, dans cette communauté. L'augmentation accrue d'héroïne est également un territoire nouveau pour ces vendeurs, donc nous croyons que c'est la raison de l'augmentation des surdoses. Nos clients sont très paranoïaques quant à la pureté des produits qu'ils se procurent auprès des vendeurs. Et ils sont également conscients d'avoir perdu trois de leurs pairs, ces récentes années, en raison de surdoses de drogues.

NOUS AVONS UN PROGRAMME DE NALOXONE. AUGMENTATION DU NOMBRE DE DÉPLIANTS SUR LA MÉTHAMPHÉTAMINE

Positive Living Niagara

Nous avons tenté d'augmenter le nombre de formations sur la naloxone, avec 80 personnes formées pendant cette période. Nous cherchons une source pour financer un formateur en matière de naloxone puisque la capacité du personnel ne permet pas de maintenir ce rythme.

Centre de santé communautaire Somerset West

Dix-huit de nos pairs intervenants ont reçu la formation à la prévention des surdoses chez des pairs; et huit remplissent les conditions pour être en possession de trousse de naloxone.

AIDS Committee of Windsor

Nous avons un programme de naloxone. Augmentation du nombre de dépliants sur la méthamphétamine.

4. Services de dépistage anonyme du VIH

En 2014-2015, huit organismes et programmes financés par le Bureau de lutte contre le sida du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour fournir le dépistage anonyme du VIH ont commencé à faire état de leurs activités et services par le biais de l'OERVSCO. Voici le premier aperçu de leurs données.

The contexte du dépistage du VIH en Ontario

Le dépistage anonyme du VIH est disponible depuis 1992 en Ontario. Cinquante (50) organismes offrant le dépistage du VIH (dont certains ayant plusieurs emplacements secondaires) sont désignés par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé (LPPS)* pour fournir également le dépistage anonyme du VIH. De ces 50 sites, huit sont financés par le Bureau de lutte contre le sida pour soutenir la fourniture du dépistage anonyme dans leurs communautés. Les données présentées dans cette section font état des activités de dépistage du VIH des huit sites qui font des déclarations à l'OERVSCO. En Ontario, le dépistage du VIH est offert sous forme nominative, codée/non nominative et anonyme :

- **Test de dépistage nominatif du VIH :** Le nom de la personne dépistée est inscrit sur le formulaire de demande de dépistage envoyé au laboratoire de santé publique ainsi que dans le dossier conservé par l'établissement médical. Cette forme de dépistage est disponible dans tous les établissements médicaux qui offrent le dépistage du VIH. La majorité des tests de dépistage du VIH effectués en Ontario sont nominatifs.
- **Test de dépistage (non nominatif) du VIH codé :** La personne dépistée est désignée au moyen d'un code sur le formulaire de demande de dépistage envoyé au laboratoire de santé publique. Son nom apparaît dans le dossier conservé par l'établissement médical. Le code peut être relié au nom de la personne par le biais de son dossier médical. Cette forme de dépistage est disponible dans certains établissements médicaux qui offrent le dépistage du VIH.
- **Test de dépistage anonyme du VIH :** La personne dépistée est désignée au moyen d'un code et aucun renseignement personnel n'est recueilli. Le code est inscrit sur le formulaire de demande de test envoyé au laboratoire de santé publique ainsi que dans le dossier conservé par l'établissement médical. Le dossier médical anonyme est conservé séparément et ne peut être relié à la personne dépistée. Seuls les sites de dépistage anonyme du VIH désignés par le Gouvernement de l'Ontario sont autorisés à offrir le dépistage anonyme.

Anonyme VIH sites de dépistage par région de la santé publique

Nord

- Thunder Bay District Health Unit
- Sudbury District Health Unit

Centre-Ouest

- Hamilton Public Health & Community Services

Sud-Ouest

- London Intercommunity Health Centre (Options Clinic)
- Windsor Regional Hospital

Centre-Est

- Simcoe Muskoka District Health Unit

Ottawa et Est

- Somerset West Community Health Centre

Toronto

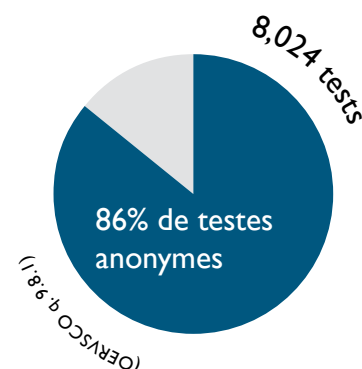
- Hassle Free Clinic

Presque tous les sites de dépistage anonyme du VIH offrent le test traditionnel par prélèvement sanguin et le test rapide. Le test traditionnel par échantillon sanguin implique de prélever un échantillon de sang au bras de la personne dépistée et à l'acheminer au laboratoire de la santé publique; le résultat sera connu dans un délai de quelques jours à une semaine. Le test rapide implique de prélever une goutte de sang par piqûre au bout du doigt; il peut donner un résultat en environ 60 secondes (20 minutes si l'on inclut le counselling pré- et post-test).

Peu importe la méthode de dépistage choisie, les individus reçoivent un counselling pré- et post-test et des références à des services au besoin. De plus, des renseignements sur l'âge, le genre et les facteurs de risque sont recueillis pour aider à comprendre l'épidémiologie du VIH dans la province.

Combien de tests de dépistage du VIH les huit sites ont-ils effectués?

En 2014-2015, les huit sites de dépistage ont procédé à 8 024 dépistages du VIH (anonymes, nominatifs et codés) à l'aide d'un test rapide ou de la méthode traditionnelle de l'échantillon sanguin. La plupart des dépistages étaient anonymes, soit 6 875 tests (86 %). Les autres 14 % (1 149) étaient des tests codés et nominatifs. Note : Le nombre total de dépistages n'inclut pas les tests sanguins de confirmation des tests rapides réactifs.

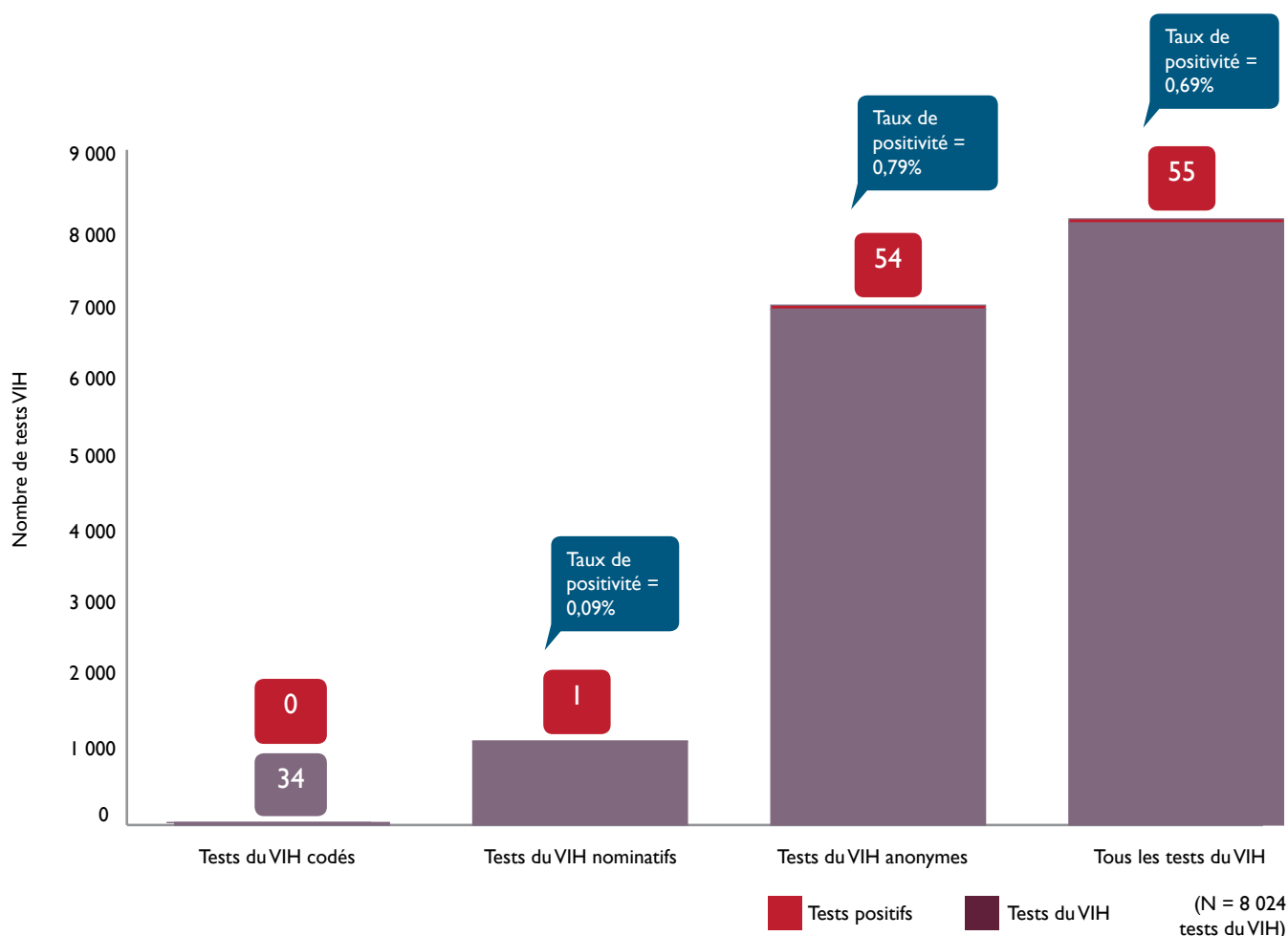


Dans quelle mesure sommes-nous à diagnostiquer les personnes infectées par le VIH?

La majorité des personnes sont diagnostiquées à l'aide d'un dépistage anonyme

En 2014-2015, les huit sites ont diagnostiqué 55 infections à VIH (incluant par tests nominatifs et anonymes). Cela représente un taux de positivité de 0,69 % (55/8 024). Toutefois, en observant le taux de positivité selon le type de dépistage, nous constatons que le test anonyme correspond à un taux de positivité de 0,79 %, et le test nominatif, à un taux de positivité de 0,09 %. (Les tests du VIH codés n'ont livré aucun résultat positif dans les huit sites.) Ces taux de positivité suivent la tendance des données sur le dépistage du VIH dans la province (fournies par le laboratoire de Santé publique Ontario), qui révèle que le dépistage anonyme du VIH attire des personnes non diagnostiquées dans une proportion considérablement plus forte que le dépistage nominatif et le dépistage codé.

FIGURE 46 Nombre de tests VIH par type d'essai et le taux de positivité 2014/15

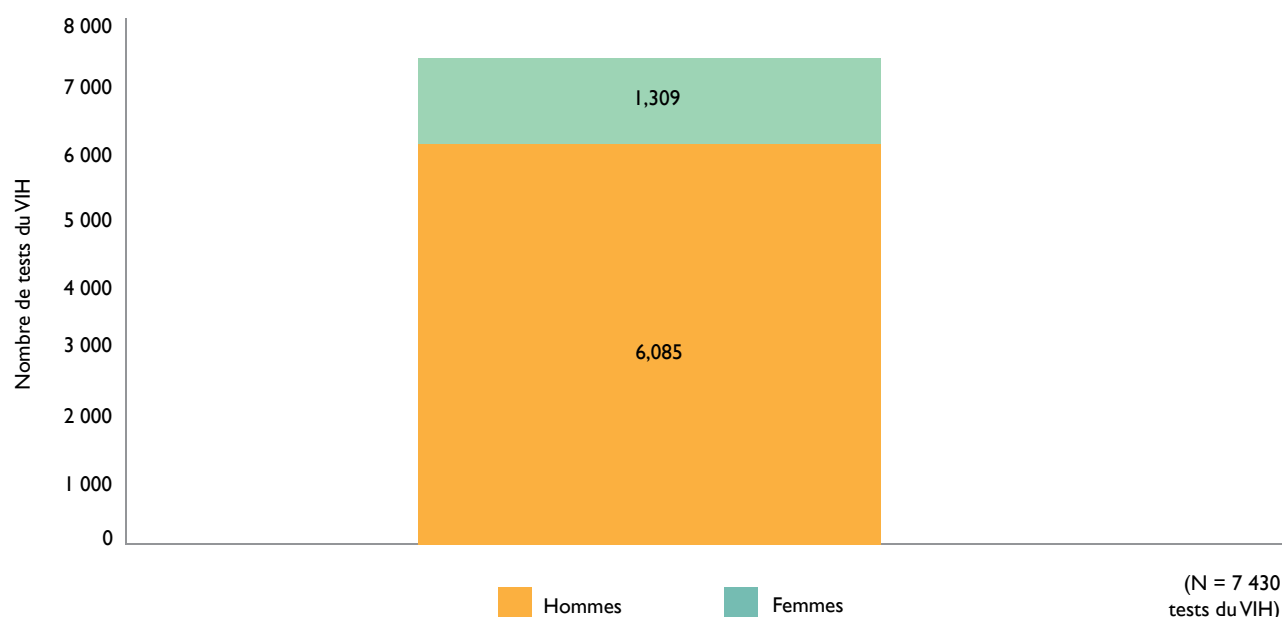


Qui dépistons-nous dans le cadre du programme de dépistage anonyme?

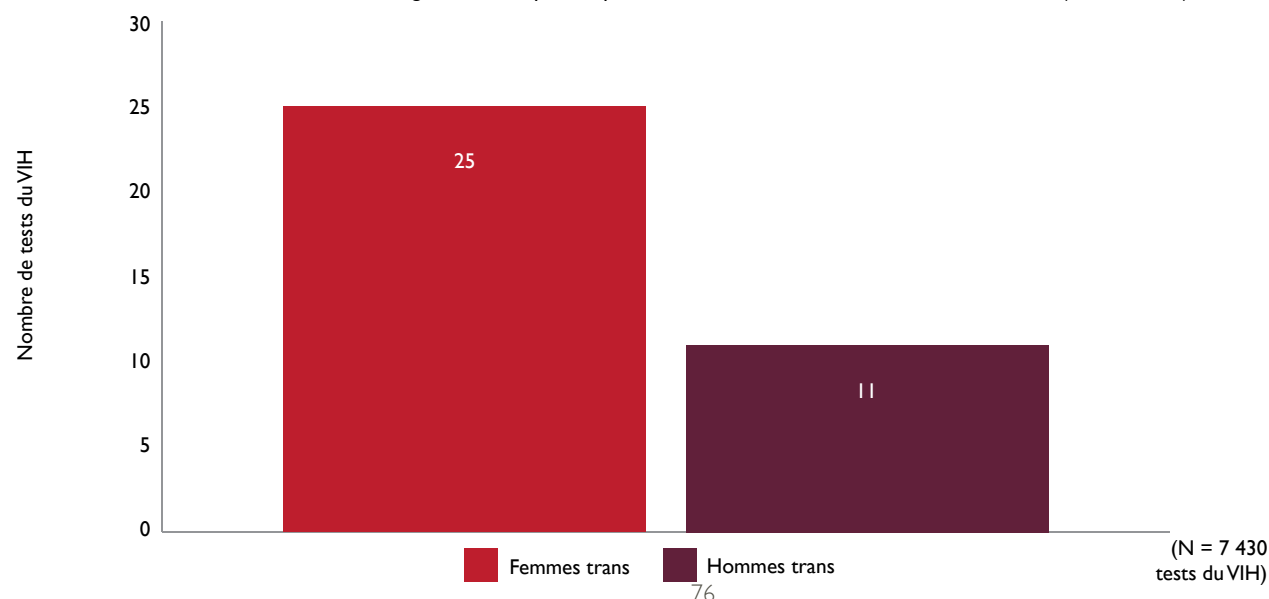
Plus d'hommes dépistés

En général, les hommes représentaient 82 % (6 085/7 430) de l'ensemble des dépistages effectués dans les huit sites en 2014-2015. Les femmes représentaient approximativement 17,5 % (1 309/7 430), et les personnes trans, moins de 1 % (36/7 430), de tous les dépistages effectués. Cette tendance du dépistage concorde avec le taux général de nouveaux diagnostics en Ontario en 2013-2014 : 82 % des nouveaux diagnostics touchaient des hommes et 17 % touchaient des femmes.

FIGURE 47 Nombre de tests VIH par sexe / genre 2014/15 2014/15 (OERVSCO q.8.1b)



Note: Les données sur le sexe / genre était disponible pour 93% de tous les tests VIH effectués en 2014/15 (7 430 / 8 024).

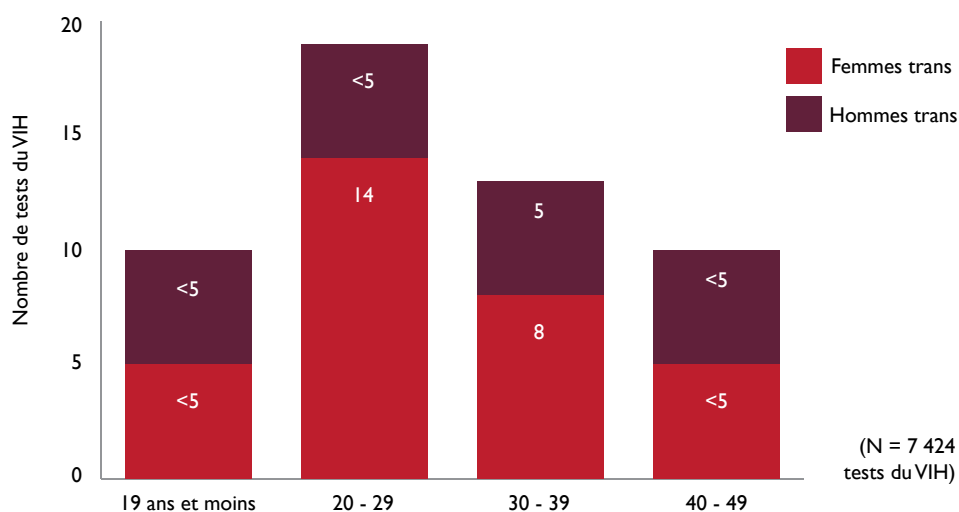
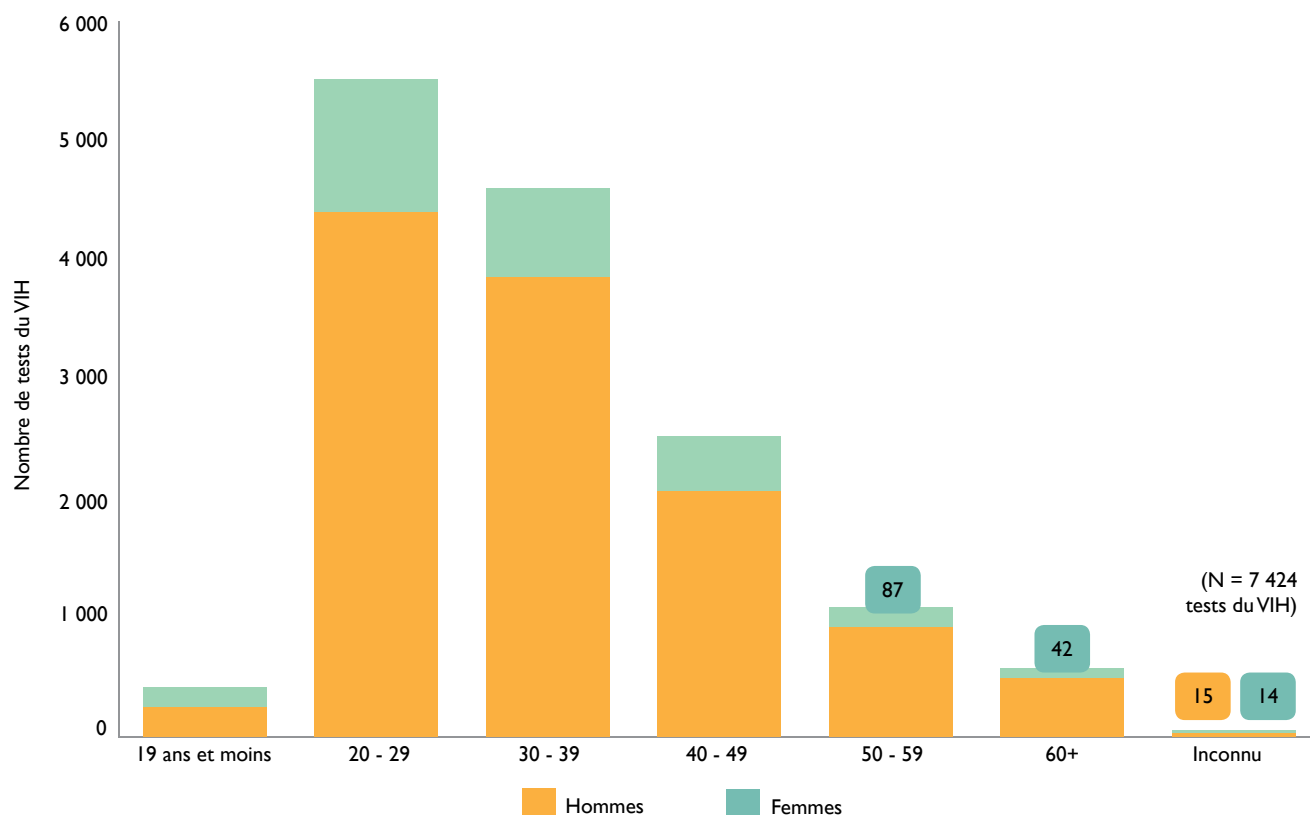


Près de 90% des tests de dépistage du VIH étaient pour des personnes de 20 à 49 ans

En 2014-2015, 86 % de tous les dépistages du VIH effectués dans les huit sites ont été administrés à des personnes de 20 à 49 ans. La plupart des tests (68 %) étaient pour des personnes de 20 à 39. De tous les groupes d'âge, la plus forte proportion de femmes dépistées (40 %) était chez les 19 ans ou moins. Les personnes trans représentaient environ 1 % des personnes dépistées de tous âges.

Note : Des données sur l'âge ont été déclarées pour approximativement 93 % de tous les dépistages du VIH effectués dans les huit sites en 2014-2015 (7 424/8 024)

FIGURE 48 Nombre de tests VIH par âge et par sexe / genre 2014/15 (OERVSCO q.8.1d)

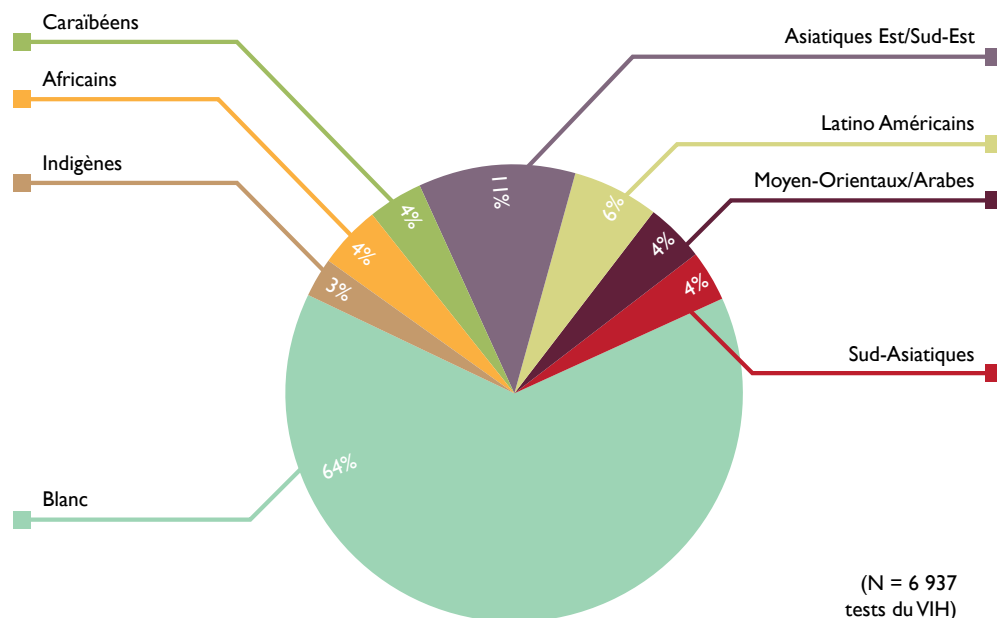


La plupart des personnes dépistées sont blanches

En 2014-2015, 64 % des tests du VIH ont été administrés à des individus dont l'origine ethnique déclarée était blanche (y compris les Européens occidentaux et de l'Est), 11 % à des Asiatiques de l'Est/Sud-Est, et 8 % à des Africains ou Caraïbéens.

Note : Des données sur l'origine ethnique ont été déclarées pour environ 86 % des dépistages du VIH effectués dans les huit sites en 2014-2015 (6 937/8 024).

FIGURE 49 Nombre de tests VIH par origine ethnique 2014/15 (OERVSCO q. 8.1c)



Aperçu selon le risque

Les individus dépistés pour le VIH déclarent souvent de multiples facteurs de risque (catégories d'exposition) pour le VIH (par exemple, avoir des rapports sexuels avec des hommes et être originaire d'un pays où le VIH est endémique). Par conséquent, le nombre de facteurs de risque déclarés est supérieur au nombre total de dépistages effectués.

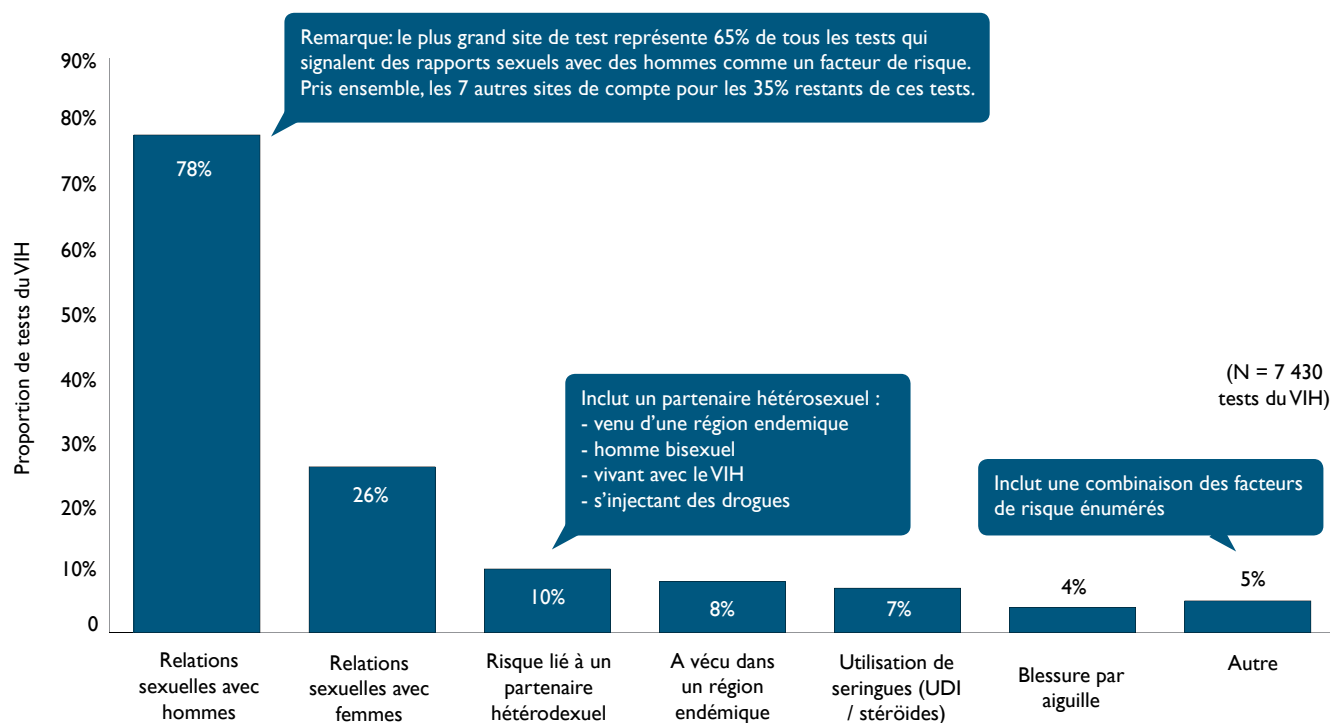
En 2014-2015, le facteur de risque le plus souvent déclaré était les rapports sexuels avec des hommes (78 % de tous les dépistages du VIH). Parmi les individus ayant déclaré comme facteur de risque les rapports sexuels avec des hommes, 81 % étaient des hommes. Le deuxième facteur de risque le plus fréquent était les rapports sexuels avec des femmes (26 %). Environ 10 % des clients ont déclaré avoir un partenaire hétérosexuel à risque (c.-à-d., un partenaire hétérosexuel venu d'une région où le VIH est endémique, un homme bisexuel, une personne vivant avec le VIH ou une personne s'injectant des drogues).

Dans 5 % des cas, les facteurs de risque déclarés étaient « autres »; toutefois, plusieurs risques classés dans la catégorie « autre » correspondent en fait à des catégories de risque existantes, comme le risque lié à un partenaire hétérosexuel, l'utilisation de seringues et les rapports sexuels avec des hommes. Leur identification comme « autre » relève de pratiques d'entrée et de déclaration des données particulières à certains sites et témoigne des difficultés soulevées par la documentation d'expériences de vie complexes. Suivant la tendance des nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, moins de 1 % des tests de dépistage du VIH administrés par ces huit sites ont identifié la transmission de la mère au bébé ou les transfusions sanguines (avant 1986) comme facteur de risque.

Les données des huit sites, concernant le risque, suivent la tendance du dépistage à l'échelle provinciale qui indique qu'une plus forte proportion des populations prioritaires – les plus à risque pour l'infection – choisit le dépistage anonyme plutôt que le dépistage codé/non nominatif et le dépistage nominatif. proportion of priority populations — those at greatest risk of infection — choose to test anonymously compared to coded/non-nominal and nominal testing.

FIGURE 50 Proportion de tests VIH qui ont déclaré chaque facteur de risque 2014/15

(OERVSCO q. 8.1b)



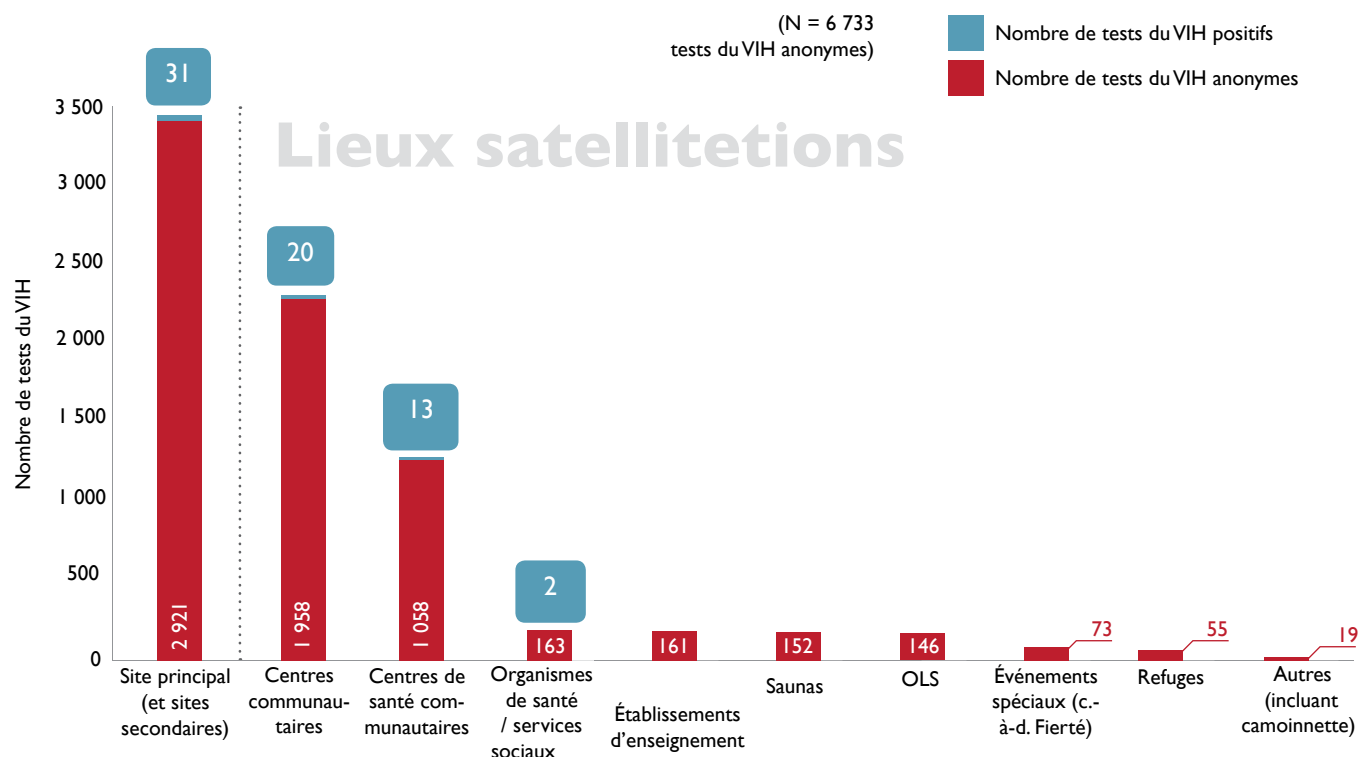
Note: Les données sur les facteurs de risque a été signalé pour environ 93% de tous les tests VIH effectués en 2014/15 (7 430 / 8 024).

Où joignons-nous les gens pour le dépistage?

La plupart (88 %) des dépistages anonymes du VIH ont été effectués dans les sites principaux de cliniques de dépistage anonyme et dans des sites satellites comme des centres communautaires et des centres de santé communautaire.

Près de la moitié (43 %) des dépistages anonymes du VIH ont été fournis dans les emplacements principaux et secondaires des organismes de dépistage. Les autres tests ont été fournis dans des sites satellites de la communauté. Les sites satellites les plus fréquemment utilisés pour le dépistage anonyme du VIH étaient les centres communautaires (29 %) et les centres de santé communautaire (16 %), alors que les saunas et les services mobiles (p. ex., camionnette) représentaient chacun approximativement 1 à 2 % de tous les dépistages anonymes du VIH.

Les taux de positivité les plus élevés ont été recensés dans des sites satellites de centres de santé communautaire (1,20 %, 13 résultats positifs/1 085 tests) et d'organismes de santé/services sociaux (1,23 %, 2 résultats positifs/163 tests). En raison de la façon dont les données sont déclarées, nous ne sommes pas en mesure d'associer ces résultats positifs aux caractéristiques démographiques des clients.

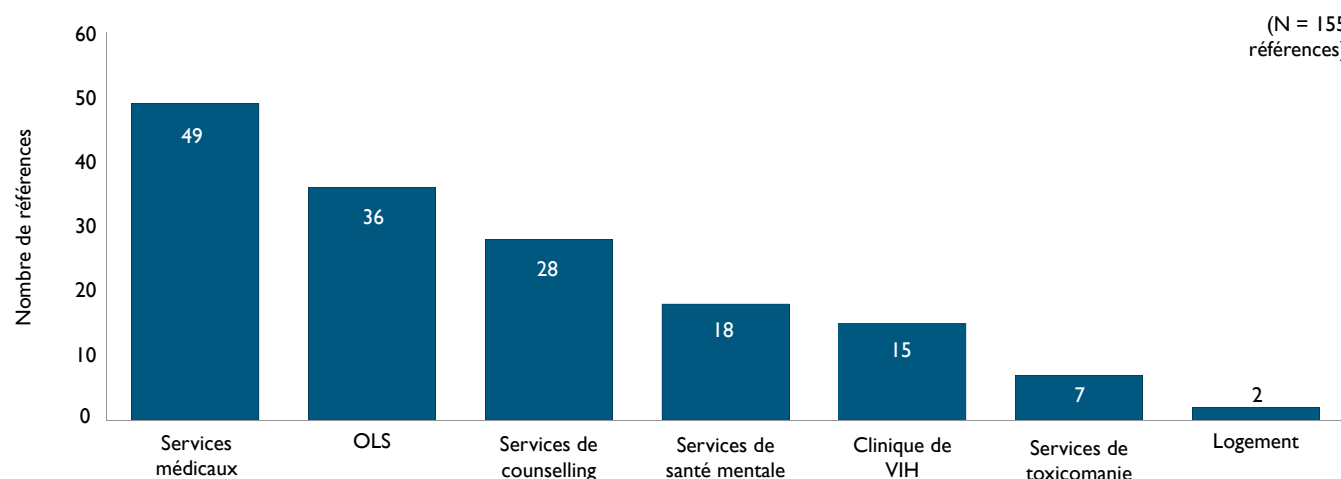
FIGURE 51 Nombre de tests VIH anonymes par emplacement 2014/15 (OERVSCO q.8.2a)

Remarque: Les données de localisation a été signalé pour environ 98% de tous les tests de dépistage du VIH anonymes menées en 2014/15 (6 733 / 6 875)

Quelles références offrons-nous?

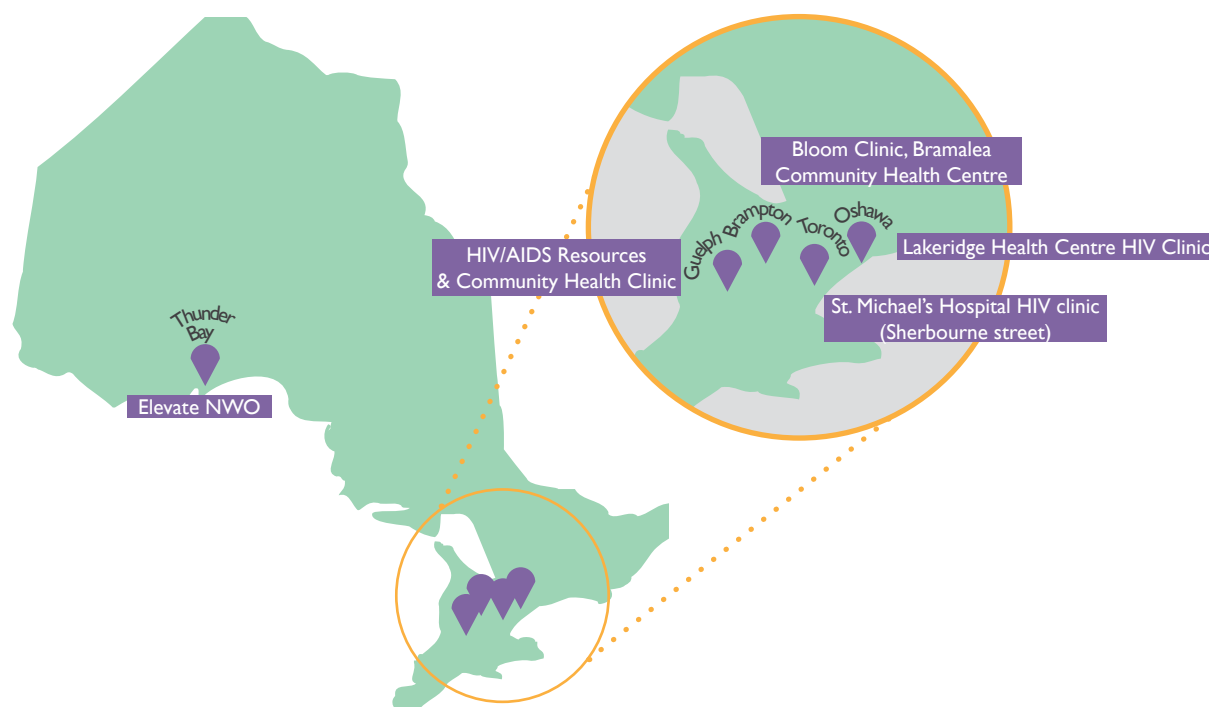
Sept des huit programmes ont déclaré au moins un résultat positif en 2014-2015. Au total, les programmes ont diagnostiqué 55 infections à VIH et fourni 155 références à des services additionnels.

Les trois principaux types de références étaient à des services médicaux, des OLS et des services de counselling.

FIGURE 52 Parrainages faites pour les clients séropositifs en 2014/15 (OERVSCO 8.3)

5. Services cliniques communautaires en VIH

In 2014/15, five community-based HIV clinical service providers reported their data for the first time through OCHART.



Ces cinq cliniques communautaires multidisciplinaires fournissent des soins cliniques pour le VIH, des services en santé mentale et en toxicomanie, en gestion de cas, en santé sexuelle et génésique, en pharmacie et en nutrition ainsi que des soins primaires. Elles relient également leurs clients à d'autres services médicaux et sociaux dans leurs communautés, donnent des exposés éducatifs et participent à des activités de développement communautaire. Contrairement aux 16 autres cliniques pour le VIH de l'Ontario, qui se trouvent dans des hôpitaux, ces cinq cliniques sont situées dans la communauté.

Note : Les données sur les services fournis par les 16 cliniques en milieu hospitalier ne sont pas abordées dans la présente section ni dans l'OERVSCO. Les tendances décrites ici concernent uniquement les cinq programmes communautaires.

À qui s'adressent ces services cliniques communautaires ho do these community-based HIV clinical services serve?

Les cinq cliniques de services communautaires servent des personnes vivant avec le VIH, des personnes à risque pour le VIH et des personnes affectées par celui-ci, comme des membres de la famille de personnes séropositives. Cependant, il est difficile pour certaines cliniques d'extraire de leurs dossiers des informations sur les clients « à risque » et « affectés ». Par conséquent, le nombre de clients desservis inclut uniquement les personnes vivant avec le VIH pour la clinique de l'Hôpital St. Michael's, et les trois groupes de clients pour les autres cliniques.

En 2014-2015, les cinq cliniques ont fourni des services à un total de 1 629 personnes vivant avec le VIH, dont 148 étaient de nouveaux clients et 1 481 étaient des clients maintenus. La majorité de ces individus (70 %) ont reçu des services à la clinique Sherbourne Street de l'Hôpital St. Michael's.

En termes de populations prioritaires :

- les cliniques de Toronto et du Centre-Est ont vu principalement des hommes gais et des personnes s'injectant des drogues
- la clinique du nord de l'Ontario a vu principalement des personnes s'injectant des drogues et des personnes indigènes
- les cliniques du Centre-Ouest ont vu principalement des personnes des communautés africaines, caraïbéennes et noires, des personnes s'injectant des drogues et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

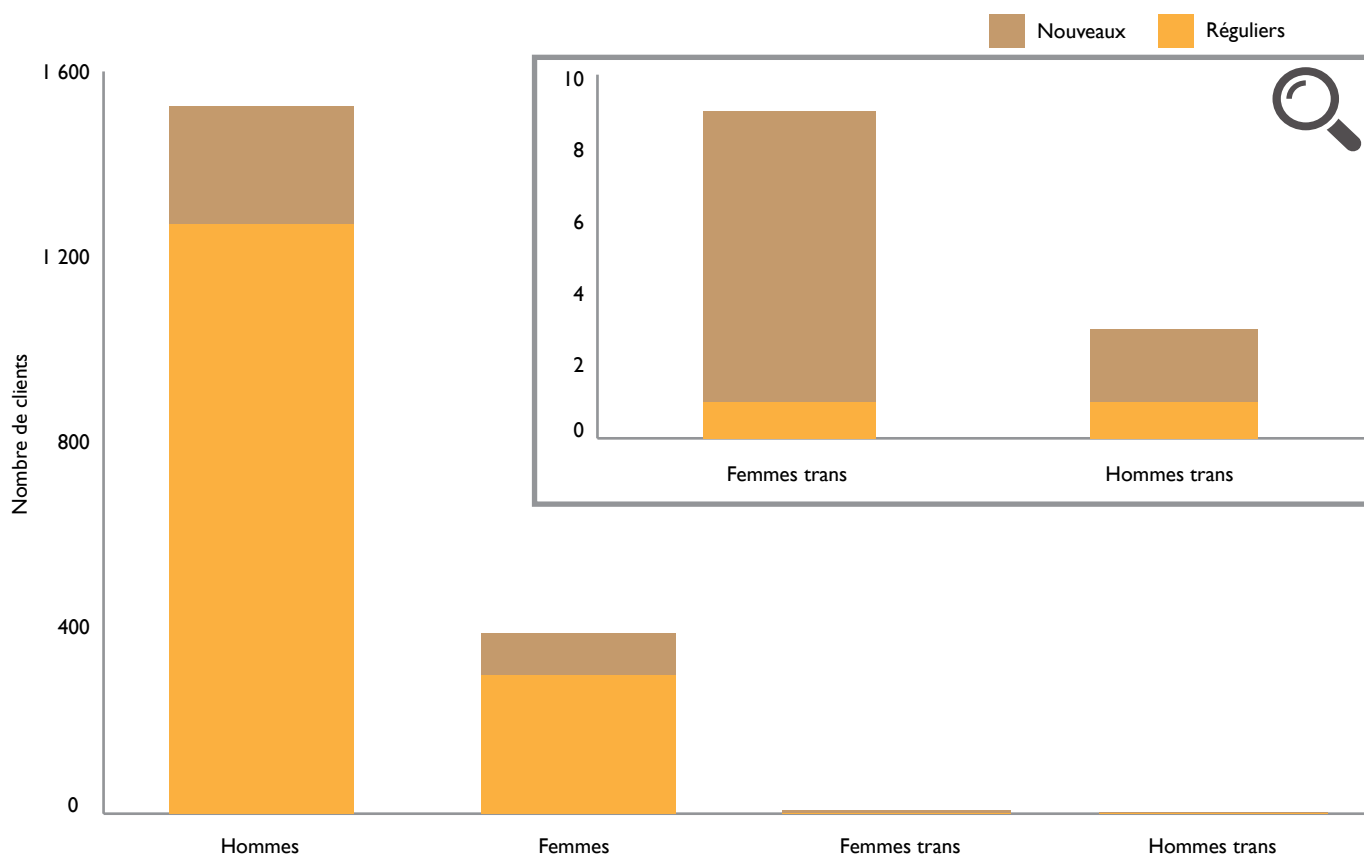
Il est intéressant de noter que toutes les cliniques estiment qu'une part importante de leurs clients sont des personnes qui s'injectent des drogues – alors que ce groupe représente une proportion relativement faible des personnes vivant avec le VIH en Ontario. Cela pourrait être dû au fait que les personnes ayant des antécédents de consommation de drogues sont plus à l'aise de recourir à des soins dans des cliniques communautaires (qu'en milieu hospitalier).

Note : Les populations prioritaires ne sont pas mutuellement exclusives : une personne peut appartenir à plusieurs populations prioritaires.

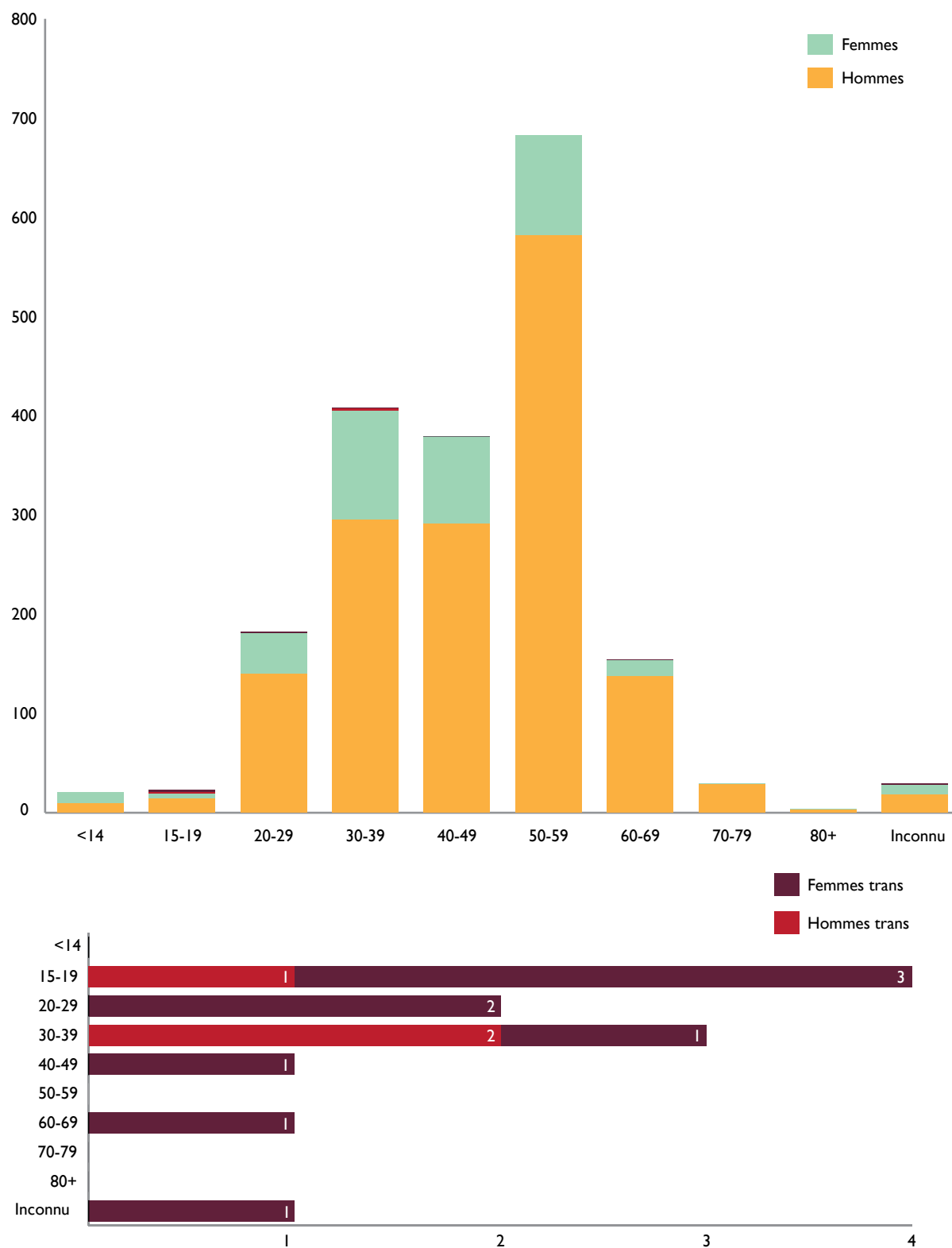
Aperçu selon le sex/genre et l'âge des personnes ayant recours à des services cliniques

Les cliniques ont déclaré que 82 % des clients étaient des hommes, et 18 % des femmes. Seulement 12 clients étaient des hommes trans et des femmes trans.

FIGURE 53 Nombre de nouveaux moyens clients actifs servis par sexe / genre (OERVSCO q. 7.1a)



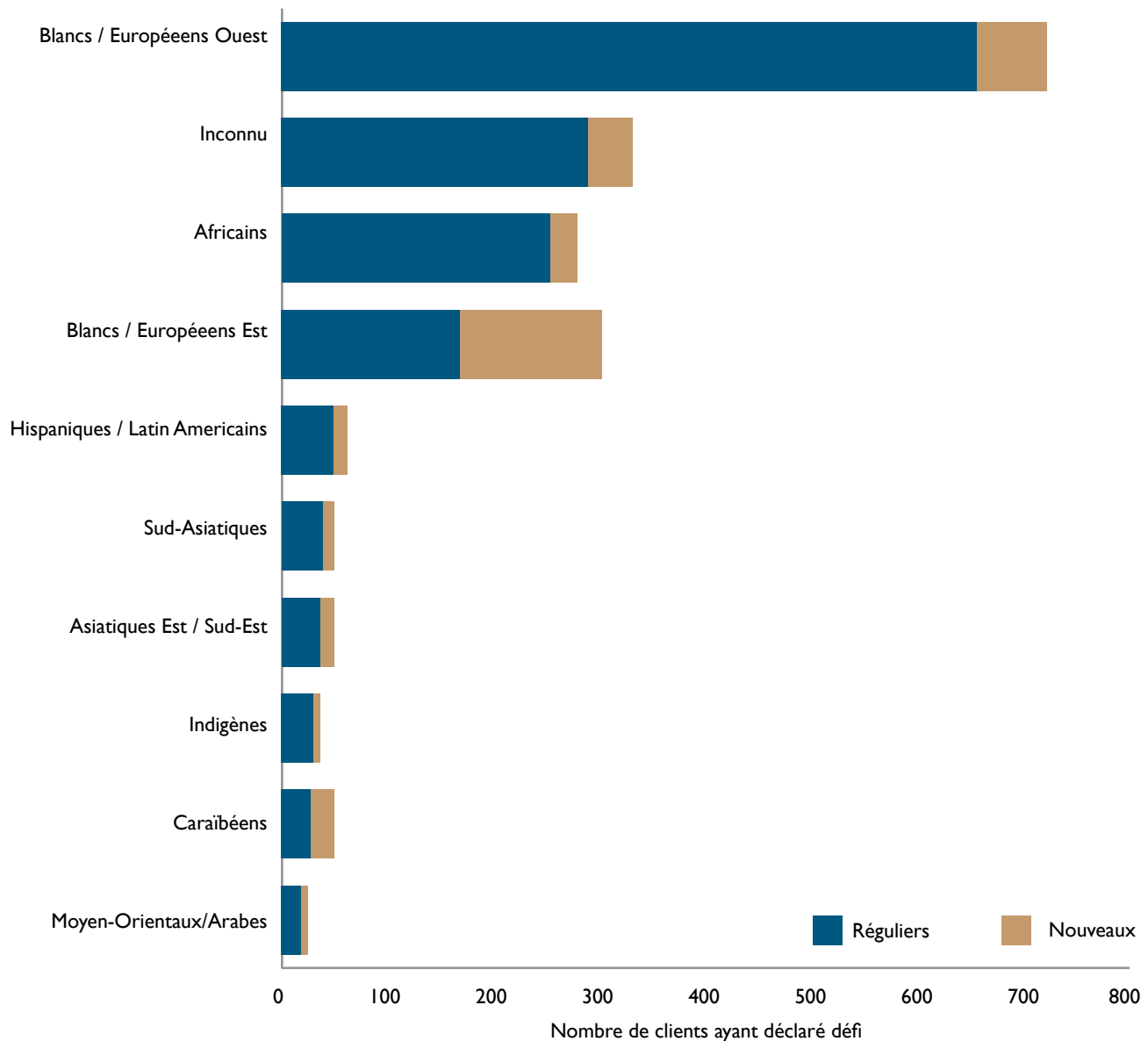
Pour ce qui est de l'âge, la majorité des clients desservis en 2014-2015 avaient entre 30 et 59 ans; plus du tiers étaient âgés de 50 à 59 ans.

FIGURE 54 Nombre de clients (nouveaux et moyenne actif) par âge et par sexe / genre (OERVSCO 7.1b)

Même si la plupart des clients sont plus âgés, les cliniques ont déclaré que 25 % (84) des nouveaux clients de 2014-2015 avaient entre 20 et 29 ans – comparativement à seulement 6 % des clients actifs. Il est important de noter que les « nouveaux » clients des cliniques ne correspondent pas nécessairement à de nouveaux diagnostics.

Sur le plan de l'origine ethnique, les cliniques ont déclaré que la plupart des clients actifs et nouveaux étaient des Blancs. Lorsque combinés, les Blancs/Européens occidentaux et les Blancs/Européens de l'Est représentaient 54 % de tous les clients desservis en 2014-2015. Les personnes africaines et caraïbéennes formaient 17 % de la clientèle.

FIGURE 55 Origine ethnique des nouvelles et moyennes clients actifs (OERVSCO q.7.1c)

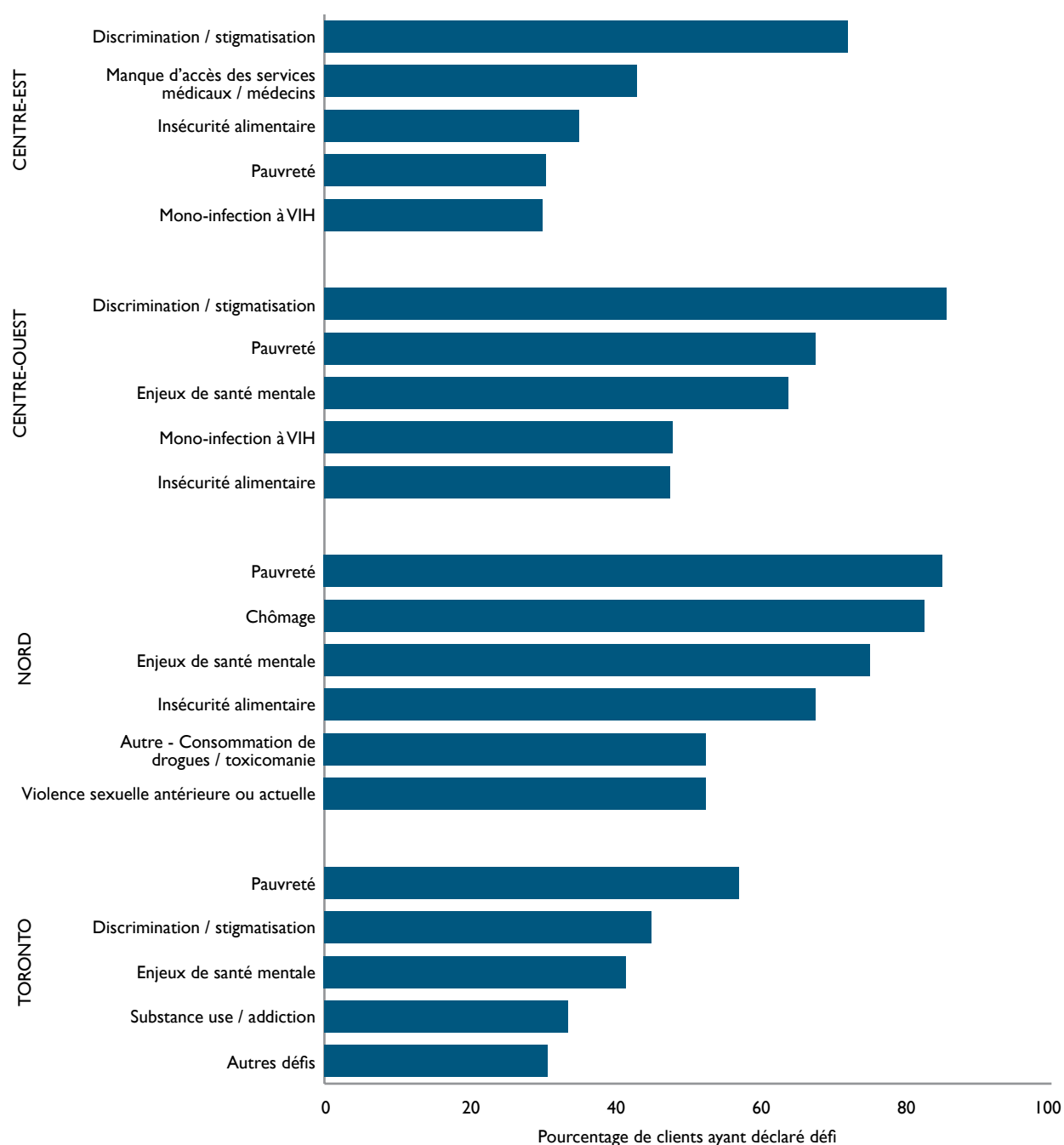


Quels défis les clients rencontrent-ils

On a demandé aux cliniques d'estimer la proportion de leurs clients qui rencontrent certains obstacles ou défis. *Note : Les réponses sont des estimations.*

Les défis que vivent les clients varient d'une région à l'autre et entre les populations des cliniques. Comme l'illustre le tableau ci-dessous, l'insécurité alimentaire, le chômage et la pauvreté étaient de plus grands enjeux pour les clients du Nord que pour ceux de Toronto; la stigmatisation et la santé mentale étaient des enjeux plus importants dans le Centre-Ouest.

FIGURE 56 Les cinq défis auxquels sont confrontés les clients par région
(OERVSCO q. 11.1.6)

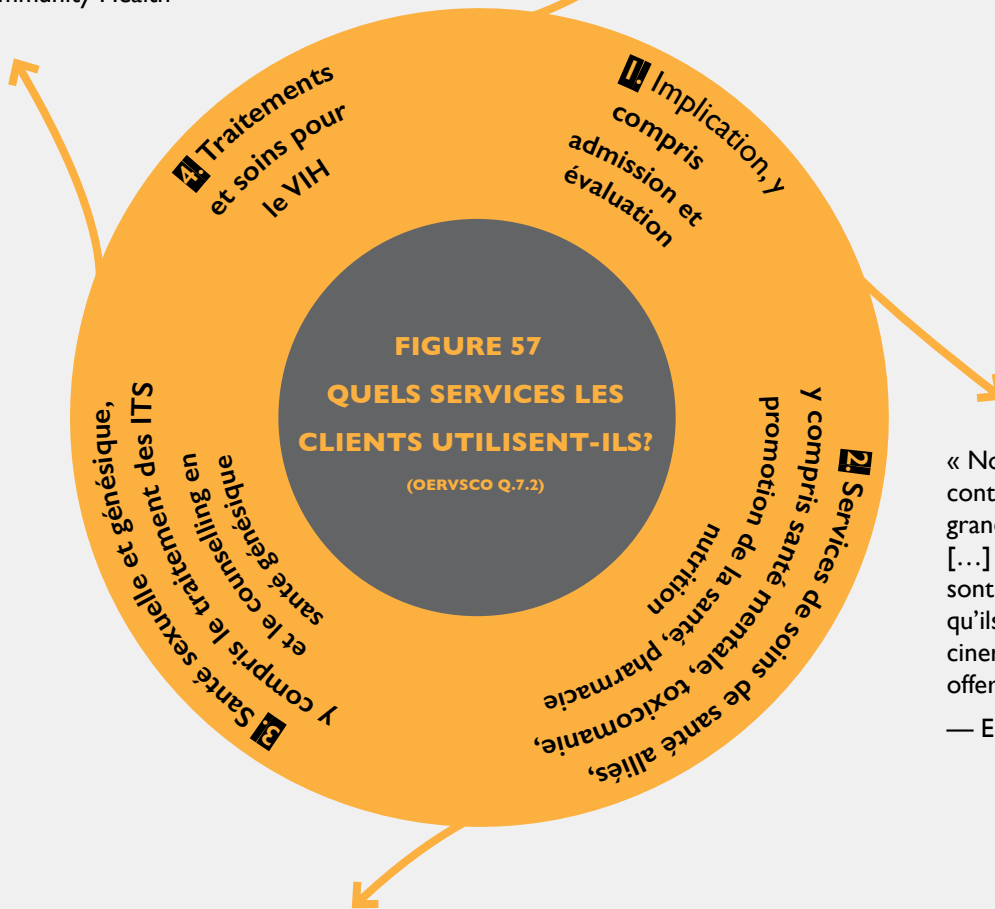


Quels services les clients utilisent-ils?

Les services cliniques en VIH sont regroupés en quatre catégories :

« Nous avons remarqué un besoin croissant de services de traitement, à la fois pour les nouveaux diagnostics et pour les transferts de soins. Nous avons également constaté une hausse des services pour les personnes transgenres « à risque » et les jeunes HRSH. »
— HIV/AIDS Resource Community Resources and Community Health

« Nous continuerons de suivre les clients actuels et de faire en sorte qu'ils s'impliquent dans les soins de santé à la fréquence recommandée par leurs médecins, en accordant un temps de meilleure qualité aux nouveaux clients qui entrent dans la cascade du traitement, et en nous efforçant de maintenir et de réimpliquer les clients perdus au cours du suivi. »
— St. Michael's Hospital



« Nos cliniques de vaccination contre la grippe ont connu un grand succès, ces dernières années. [...] Les commentaires des clients sont positifs; plusieurs affirment qu'ils ne se seraient pas fait vacciner si le service n'avait pas été offert par notre clinique. »
— Elevate North Western Ontario

« ... presque tous les répondants ont affirmé avoir acquis de nouvelles connaissances ou stratégies en quantité « importante » ou « modérée » qui les aideront à adopter des comportements plus sécuritaires et plus sains. »
— HIV/AIDS Resources and Community Health

Comme on peut s'y attendre en milieu clinique, les services les plus utilisés étaient liés aux traitements – en particulier les soins primaires et les services d'analyses sanguines/tests de laboratoire. On observe peu de différences dans l'utilisation des services en fonction du genre, à l'exception du fait que les femmes ont utilisé plus de services de promotion de la santé et de santé génésique, et que les hommes ont utilisé plus de services en santé mentale et en toxicomanie. Les clients transgenres ont eu recours en plus grand nombre à un counselling sur la santé sexuelle et à un soutien pour les demandes à des programmes comme Trillium.

À quels autres services les clients sont-ils référés?

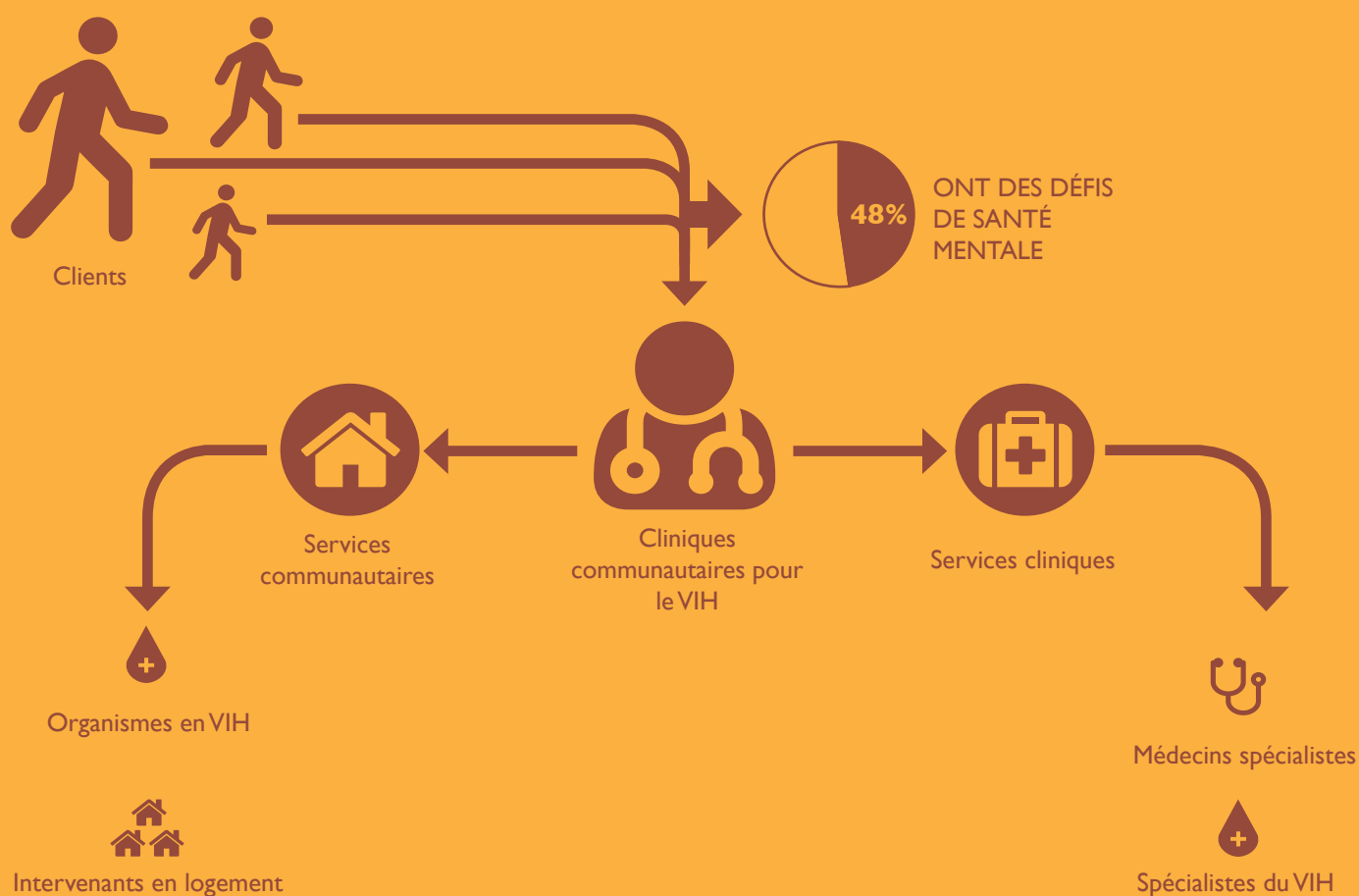
Les cliniques communautaires en VIH réfèrent activement leurs clients à d'autres services cliniques et sociaux ou communautaires.

En termes de services cliniques, le plus grand nombre de références était vers des médecins spécialistes, suivis des spécialistes du VIH. Puisque la plupart des cliniques communautaires sont des cliniques de soins primaires (avec une expertise en VIH), elles réfèrent au besoin leurs clients à des spécialistes, notamment en matière de maladies infectieuses/VIH. Les cliniques communautaires composées de spécialistes réfèrent leurs clients à des soins primaires. Bien que les cliniques aient déclaré que 48 % des clients avaient des défis concernant la santé mentale, seulement 119 clients ont été référés pour des services en la matière. Cet écart pourrait être dû au fait que certaines cliniques ont une certaine capacité (p. ex., travailleurs sociaux) d'offrir des services de santé mentale à l'interne.

En termes de services communautaires, le plus grand nombre de références était vers des organismes de lutte contre le sida, suivis des fournisseurs de services de logement. Une clinique a déclaré que 95 % de ses clients actifs reçoivent des services d'OLS. Les cliniques dépendent d'OLS pour les aider à répondre aux besoins complexes de leurs clients; ils établissent des partenariats formels, partagent des informations et coordonnent leurs plans de soins.

FIGURE 58

À QUELS AUTRES SERVICES LES CLIENTS SONT-ILS RELIÉS? (OERVSCO q. 7.3)

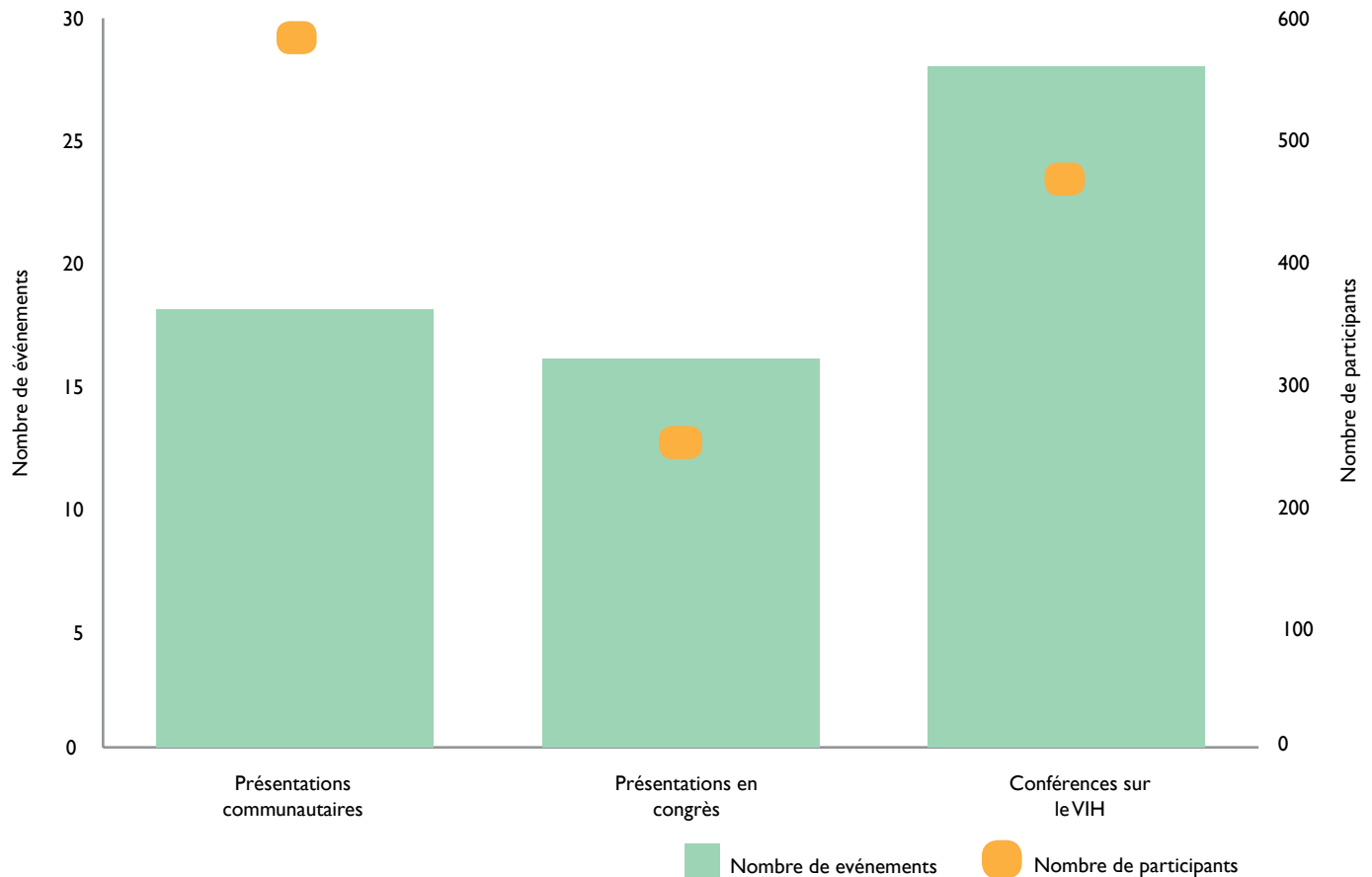


Leur rôle dans l'éducation e le développement communautaire

Les services cliniques communautaires en VIH sont actifs dans l'éducation d'autres professionnels de la santé et de la communauté à propos du VIH. En 2014-2015, ils ont présenté au total 44 exposés à des professionnels, et 18 à des auditoires communautaires.

FIGURE 59 Nombre de présentations éducatives et des participants par type de présentation

(OERVSCO q.7.4a)

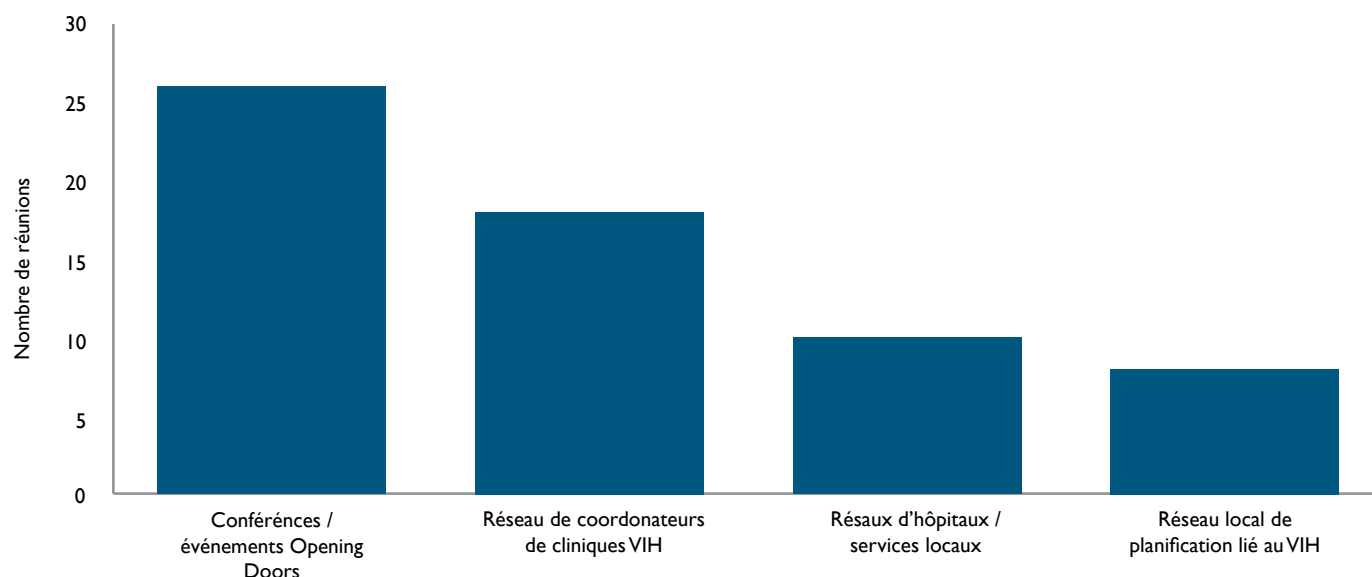


Hôpital St. Michael's

Nous comptons de plus en plus sur l'imputabilité des services de santé alliés afin de démontrer leurs contributions aux résultats cliniques des clients. Nous travaillerons à formaliser les pratiques et interventions fondées sur des données et à développer des méthodes de surveillance, au cours de la prochaine année.

Les services cliniques communautaires en VIH participent également aux activités de développement communautaire de deux façons : en participant à des événements/conférences et en prenant part à des réseaux professionnels comme le HIV Clinic Network, des réseaux d'hôpitaux et des réseaux communautaires.

Ils travaillent à développer des partenariats et à élargir de leurs réseaux de références.expanding their referral networks.

FIGURE 60 Nombre de réunions de développement communautaire par type (OERVSCO 7.4b)

Offrir de meilleurs soins centrés sur le client

Les services cliniques communautaires en VIH ont fait état d'efforts continus pour améliorer l'expérience du client, y compris par des sondages aux clients et par l'utilisation des résultats pour éclairer des changements à la fourniture des services, et par l'ajustement ou le développement de services pour répondre aux besoins des clients.

Lakeridge Health Centre

Les réunions de planification initiale en vue de l'amélioration du processus ont commencé et se poursuivront en MI de 2015-2016; des experts en amélioration de la qualité aideront l'équipe interdisciplinaire à accroître l'efficacité individuelle et d'équipe, tout en se concentrant sur l'amélioration de l'expérience du client, le maintien et la rétention des clients dans la cascade des traitements, et le développement de stratégies pour réimpliquer les clients perdus au cours du suivi.

HIV/AIDS Resources and Community Health

Des clients ont exprimé des frustrations dans la recherche d'un médecin de famille; nous avons à présent un médecin de famille dans notre équipe pour leur offrir des soins.

La disponibilité de services de counselling, d'analyses sanguines ou de tests de laboratoire, de services médicaux et de références « sur place » ou « à un seul et même endroit » était perçue comme étant particulièrement utile.

Pour fournir de meilleurs soins, le personnel de la clinique participe à des activités de perfectionnement professionnel. En 2014/15, les cliniques ont indiqué que :

- 27 employés ont assisté à la formation médicale continue (FMC) ou des cours postsecondaires
- 25 conférences ont assisté
- 9 mises à jour de soins infirmiers achevés
- 4 ont suivi des cours requis par leur ordre professionnel.

St. Michael's Hospital

Les clients ont fait état de soins de santé d'excellente qualité et d'un personnel convivial. Certains ont dit avoir recommandé notre clinique à des amis séropositifs au VIH, car nos employés dépassent toujours les attentes et s'assurent que tout le monde est bien soigné.

6. Services de soutien

Tendances clés

- Les programmes communautaires ont déclaré avoir fourni des services de soutien à une moyenne de 16 323 personnes au cours de l'année – dont 4 735 (29 %) étaient de nouveaux clients.
- 29 % étaient de nouveaux clients, et 71 % des clients maintenus.
- La plupart des clients (62 %) étaient des personnes vivant avec le VIH, suivies de personnes à risque (18 %) et de personnes affectées par le VIH (11 %).
- Les femmes représentaient 35 % des nouveaux clients, mais seulement 21 % des nouveaux diagnostics.

Qui utilise les services de soutien?

En 2014-2015, 61 programmes communautaires sur le VIH (dans 47 organismes) ont déclaré fournir des services de soutien à une moyenne de 16 323 personnes.

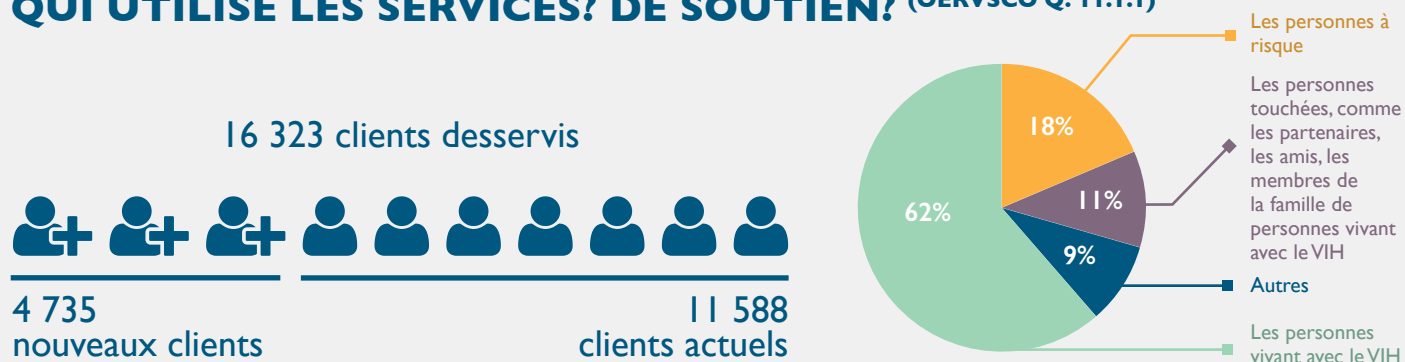
De celles-ci, 4 718 étaient de nouveaux clients et 11 553 étaient des clients actuels ou maintenus. Ces chiffres se situent à plus ou moins 10 % de ceux de l'an dernier.

Parmi les personnes qui ont eu recours à des services de soutien en 2014-2015 :

- 62 % (10 050) étaient des personnes vivant avec le VIH
- 18 % (3 015) étaient des personnes à risque
- 11 % (1 795) étaient des personnes affectées, comme des partenaires, des amis et des membres de la famille de personnes vivant avec le VIH
- 9 % (1 463) ont été classées dans la catégorie « autre ».

FIGURE 61

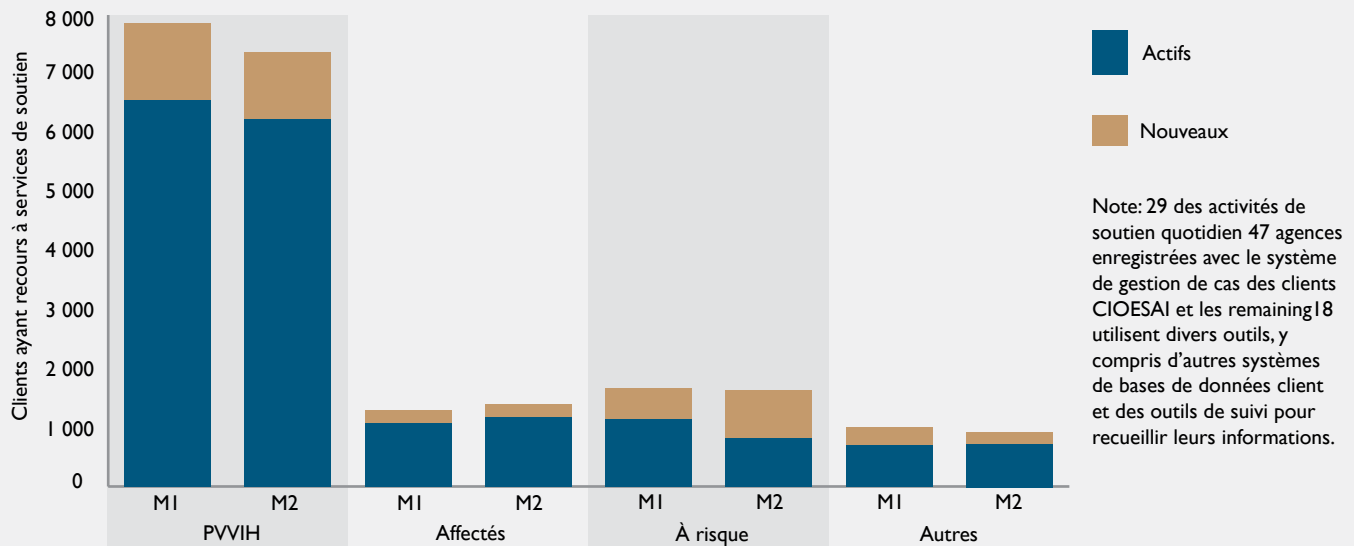
QUI UTILISE LES SERVICES? DE SOUTIEN? (OERVSCO Q. 11.1.1)



Les OLS sont efficaces à retenir les clients qui vivent avec le VIH : 76 % sont des clients actifs, ce qui veut dire qu'ils sont associés à l'organisme depuis plus de six mois et qu'ils ont eu recours au service pendant la période de déclaration.

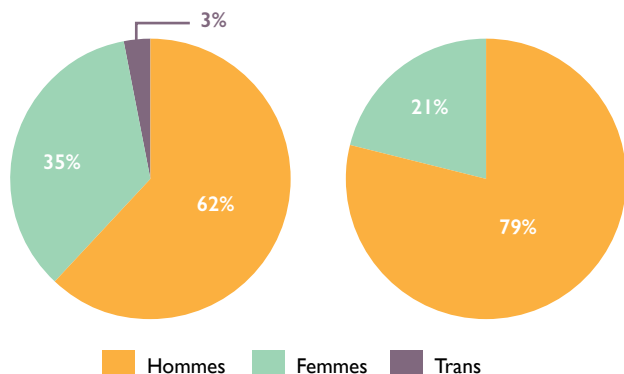
La plupart (45 %) des clients à risque étaient nouveaux. Ce groupe de clientèle n'a généralement pas besoin de services continus.

FIGURE 62 Les clients ont accès aux services de soutien par groupe de clients et H1 et H2 - 2014/15 (OERVSCO q. 11.1.1.)



Les personnes vivant avec le VIH n'utilisent pas toutes des services offerts par des programmes communautaires. Grâce à l'amélioration des traitements, plusieurs personnes vivant avec le VIH gèrent bien leur santé. Les OLS sont plus susceptibles de rencontrer des personnes vivant avec le VIH qui ont des besoins complexes de santé, de services sociaux et d'assistance pratique, y compris un faible revenu, des troubles de santé mentale et de toxicomanie, et des problèmes juridiques et de logement. Les personnes vivant avec le VIH ont tendance à utiliser les services communautaires de façon sporadique – c'est-à-dire en cas de crise de santé ou lorsque leurs besoins de services sociaux ou de santé changent.

FIGURE 63 Répartition des personnes vivant avec le VIH en utilisant des services de soutien par sexe (OERVSCO q. 11.1.1)



Plus de femmes et de personnes trans parmi les clients en 2014/15

En 2014-2015, 62 % des nouveaux clients étaient des hommes et 35 % étaient des femmes, alors que 79 % des personnes nouvellement diagnostiquées en Ontario étaient des hommes et 21 % étaient des femmes.

- La plupart des clients sont des hommes.
- Les femmes représentaient 35 % des nouveaux clients – en hausse de 5 % sur les années précédentes.
- 3 % des nouveaux clients étaient des personnes trans; celles-ci représentent 1 % de l'ensemble de la clientèle.

Aperçu selon l'âge

En 2014-2015, nous avons modifié les tranches d'âge de l'OERVSCO afin de mieux comprendre le vieillissement des personnes vivant avec le VIH (la dernière catégorie d'âge était auparavant « 55 ans et + »). Une proportion considérable de clients des services de soutien fait partie des 50-59 ans et des 60-69 ans. Les programmes ont desservi plus de clients âgés, mais ont signalé moins de décès pour la troisième année consécutive : 100 (en 2014-2015), 118 (en 2013-2014) et 142 (en 2012-2013).

Près des trois quarts des clients d'âge inconnu sont attribuables à un programme provincial qui fournit des services directs aux clients mais qui ne recueille pas de données sur l'âge.

FIGURE 64 Nombre de clients ayant accès aux services de soutien par type de client et de l'âge: 2014/15

(OERVSCO q. 11.1.3)

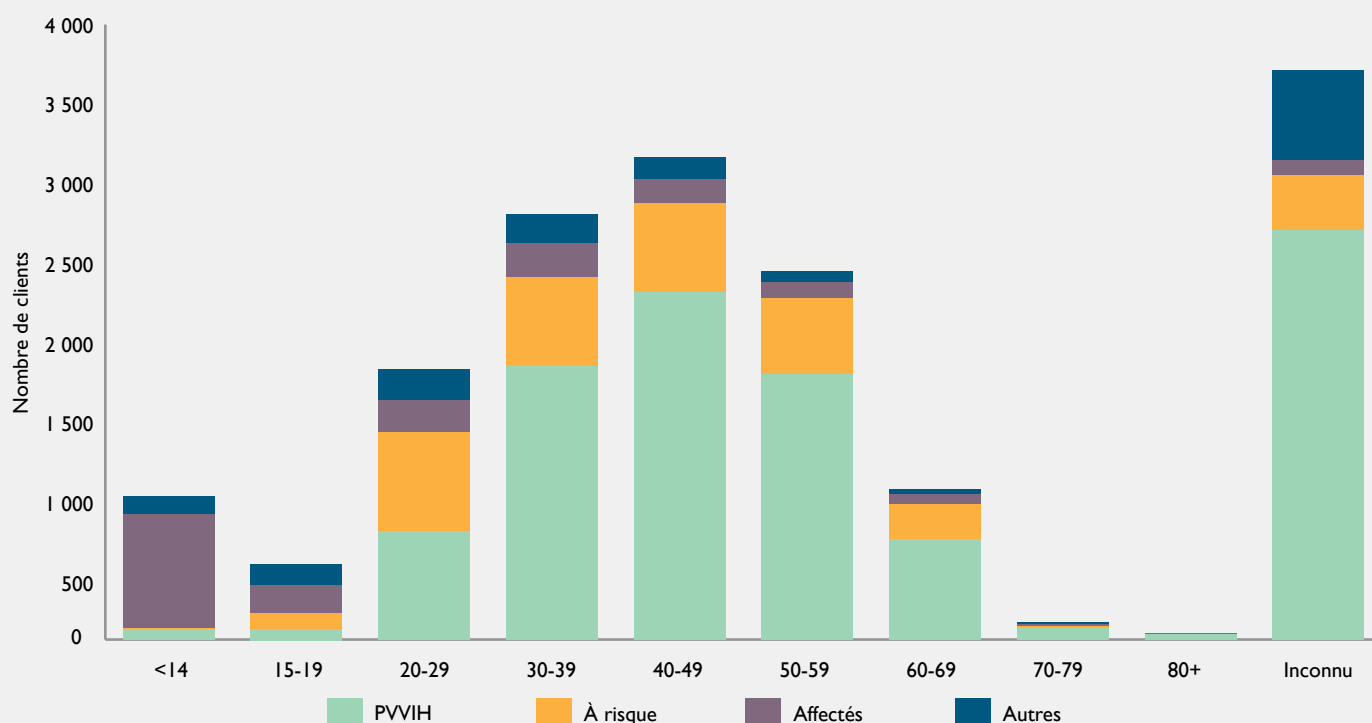
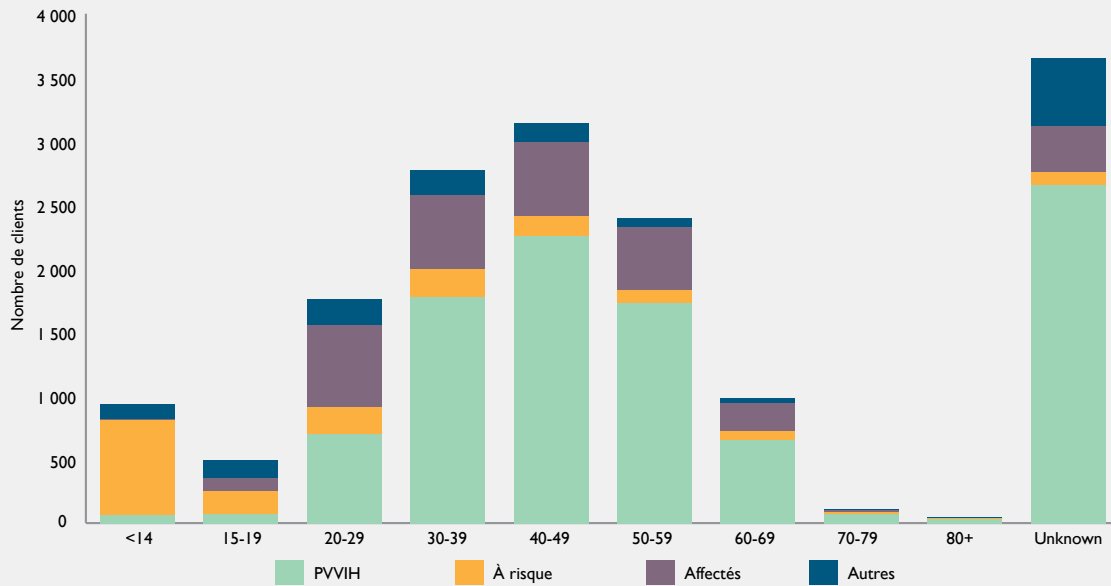
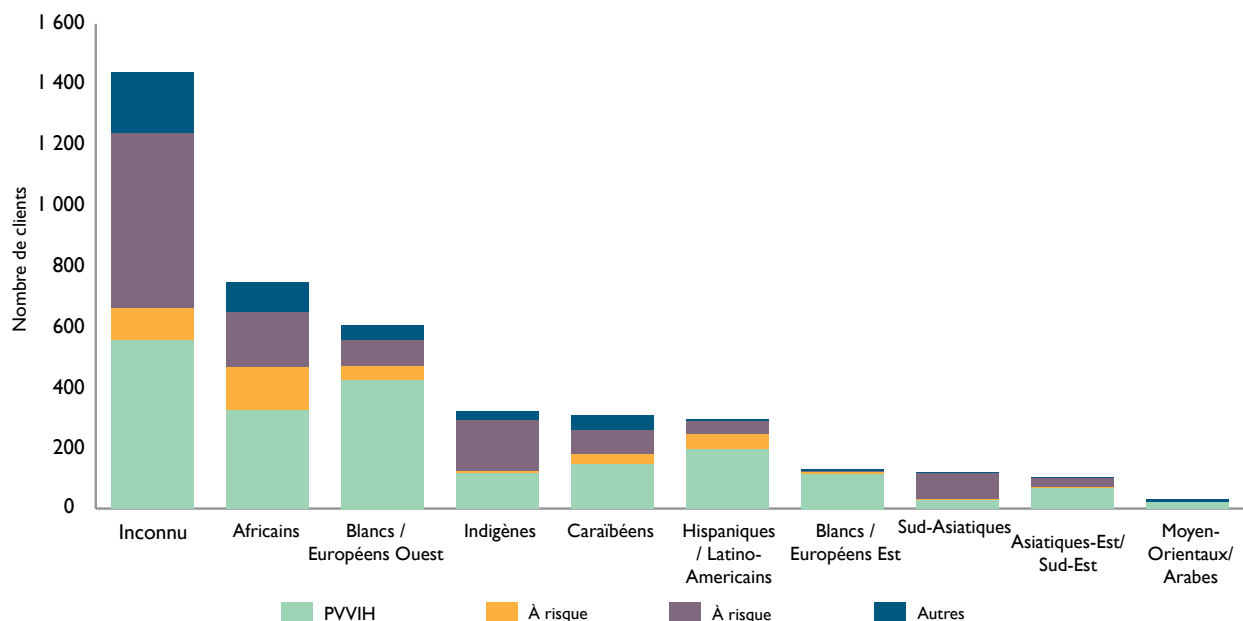


FIGURE 65 Nombre de nouveaux clients par tranche d'âge 2014/15 (OERVSCO q. 11.1.3)

Aperçu selon l'origine ethnique

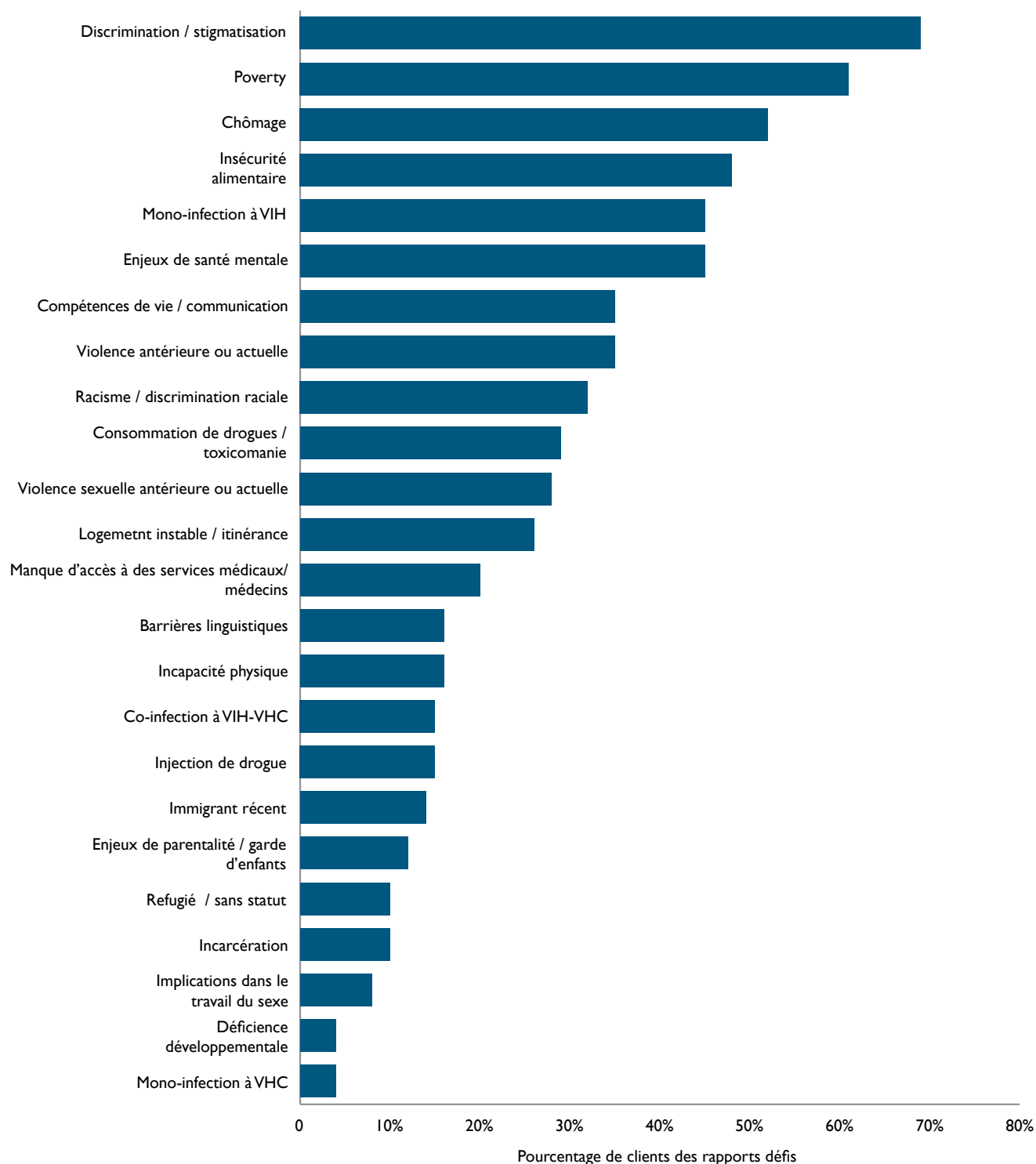
Comprendre l'origine ethnique de nos clients demeure un défi. Les programmes ne fournissent pas de façon systématique des renseignements sur l'origine ethnique des clients. De fait, les données sur l'origine ethnique sont manquantes pour 32 % des clients existants et 35 % des nouveaux clients. Cette information est importante, car elle aide à identifier et à comprendre les besoins de services changeants. Les clients dont l'origine ethnique est connue sont en majorité Africains, Blancs, Indigènes, Caraïbéens et Hispaniques – ce qui suit la tendance des diagnostics de VIH.

FIGURE 66 Nombre total de nouveaux clients par l'appartenance ethnique 2014/15 (OERVSCO q. 11.1.4)

Quels sont les défis rencontrés par les utilisateurs de services de soutien?

Les clients continuent de rencontrer des défis associés aux déterminants sociaux de la santé. La Figure 47 indique que la discrimination / stigmatisation, la pauvreté, le chômage, l'insécurité alimentaire, la mono-infection à VIH et les enjeux de santé mentale sont les défis les plus souvent déclarés.

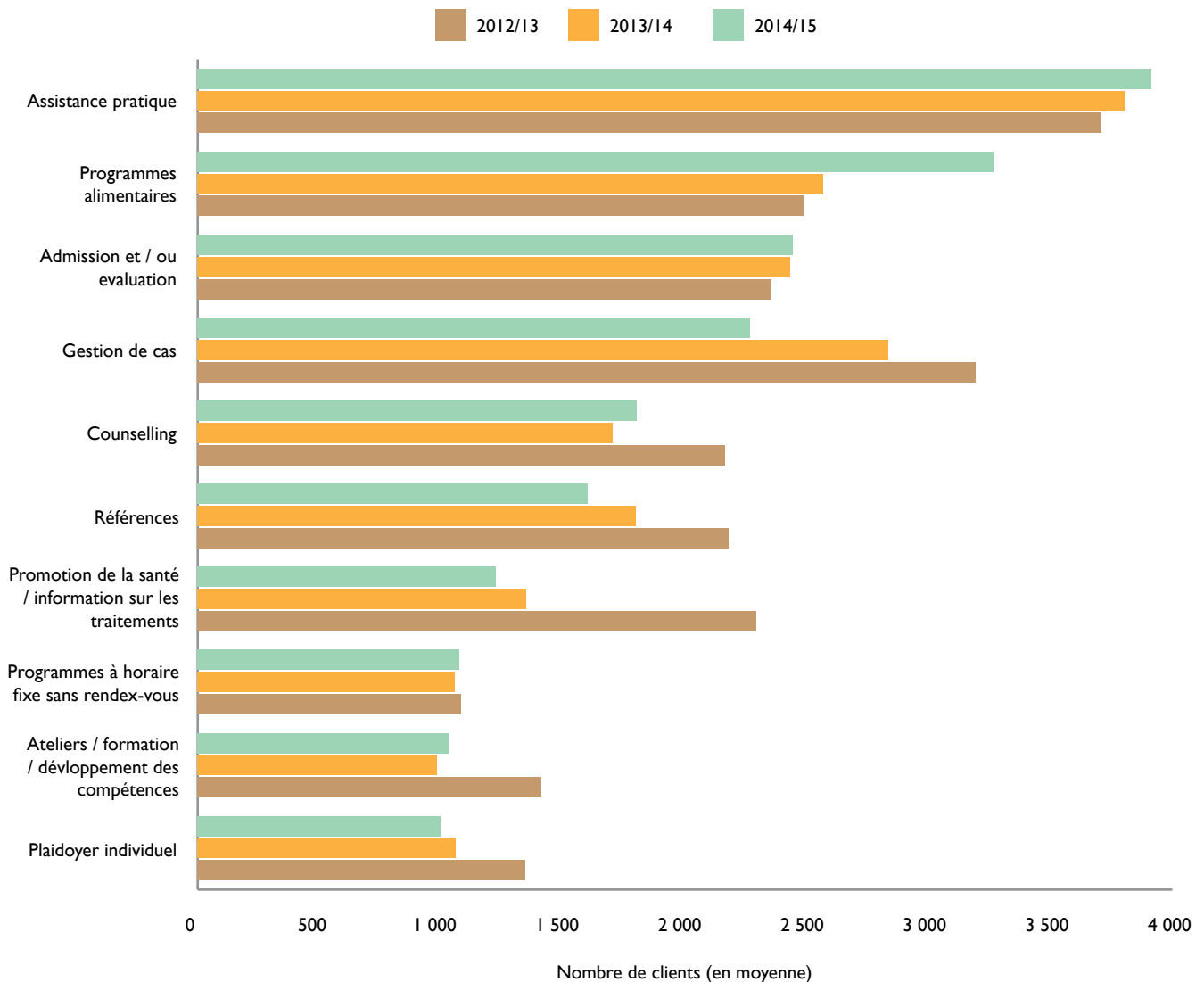
FIGURE 67 Défis rencontrés par les clients (proportionnelle) (OERVSCO q. 11.1.6)



Quels services de soutien les personnes vivant avec le VIH utilisent-elles?

L'assistance pratique continue d'être le service le plus couramment utilisé dans les 2014/15 (voir la figure 68), suivie par des programmes alimentaires et d'admission / évaluation. Le besoin de tels services démontre qu'un nombre considérable de personnes vivant avec le VIH qui ont recours à des services communautaires vivent dans la pauvreté et font face à l'insécurité alimentaire. Par ailleurs, la gamme de services offerts reflète les besoins des clients, et des partenariats sont établis avec d'autres organismes pour combler les lacunes et répondre aux besoins de services plus intensifs.

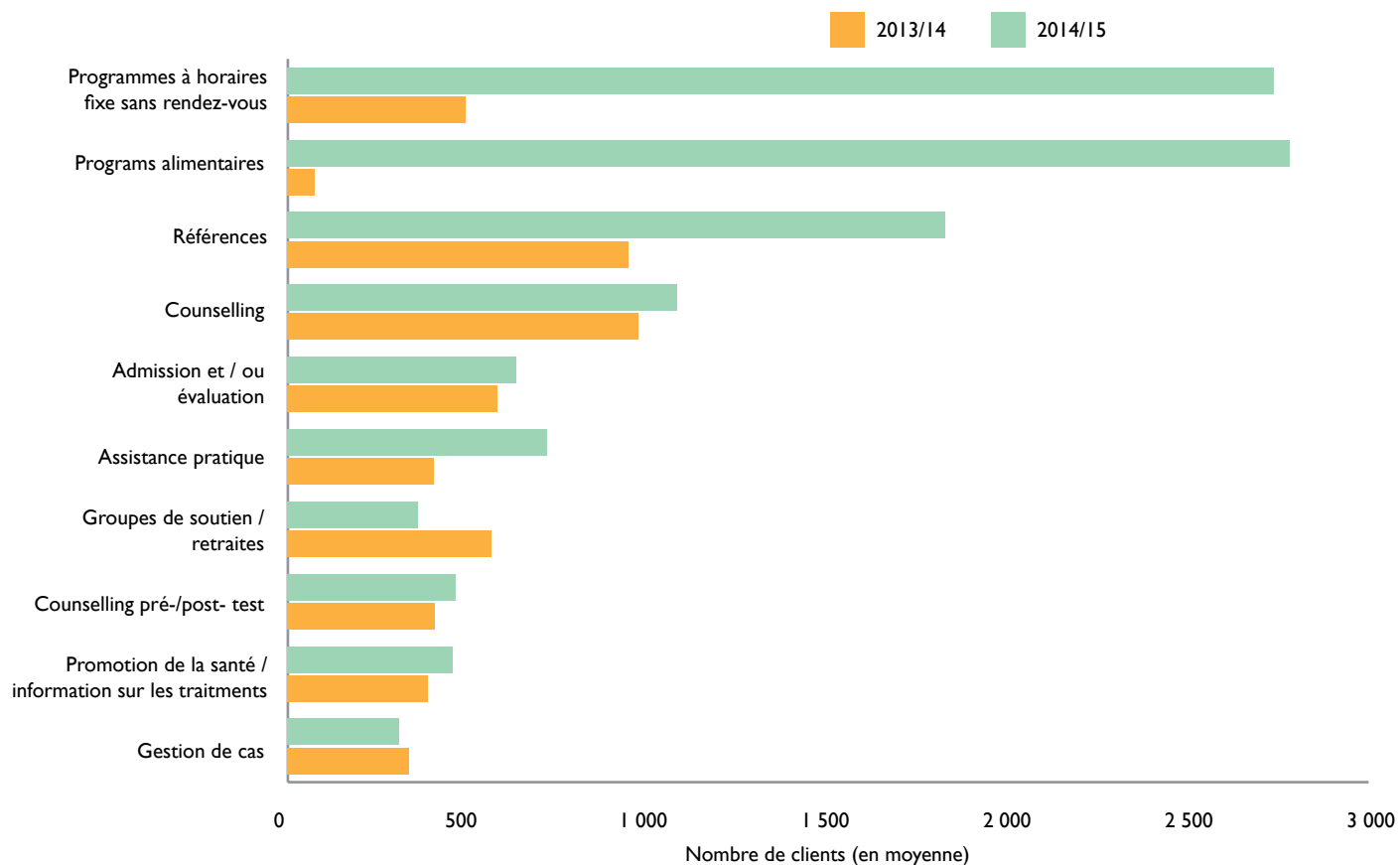
FIGURE 68 Services top 10 étant accessibles par les personnes vivant avec le VIH (OERVSCO q. 11.2.1)



Quels services de soutien les personnes à risque reçoivent-elles

Les programmes ont signalé un changement dans les services utilisés par les clients à risque. En 2014-2015, ceux-ci ont utilisé un nombre considérablement plus élevé de programmes à horaire fixe sans rendez-vous, de programmes alimentaires et de références – ce qui est principalement dû aux données déclarées pour la première fois par un certain programme dans ces catégories. Moins de clients à risque ont participé à des groupes de soutien/retraites; toutefois, leur recours aux services de counselling est demeuré stable. Ce changement pourrait être dû à l'adoption par les organismes d'une stratégie plus ciblée, dans la cascade du VIH, pour aider les personnes à risque à éviter l'infection.

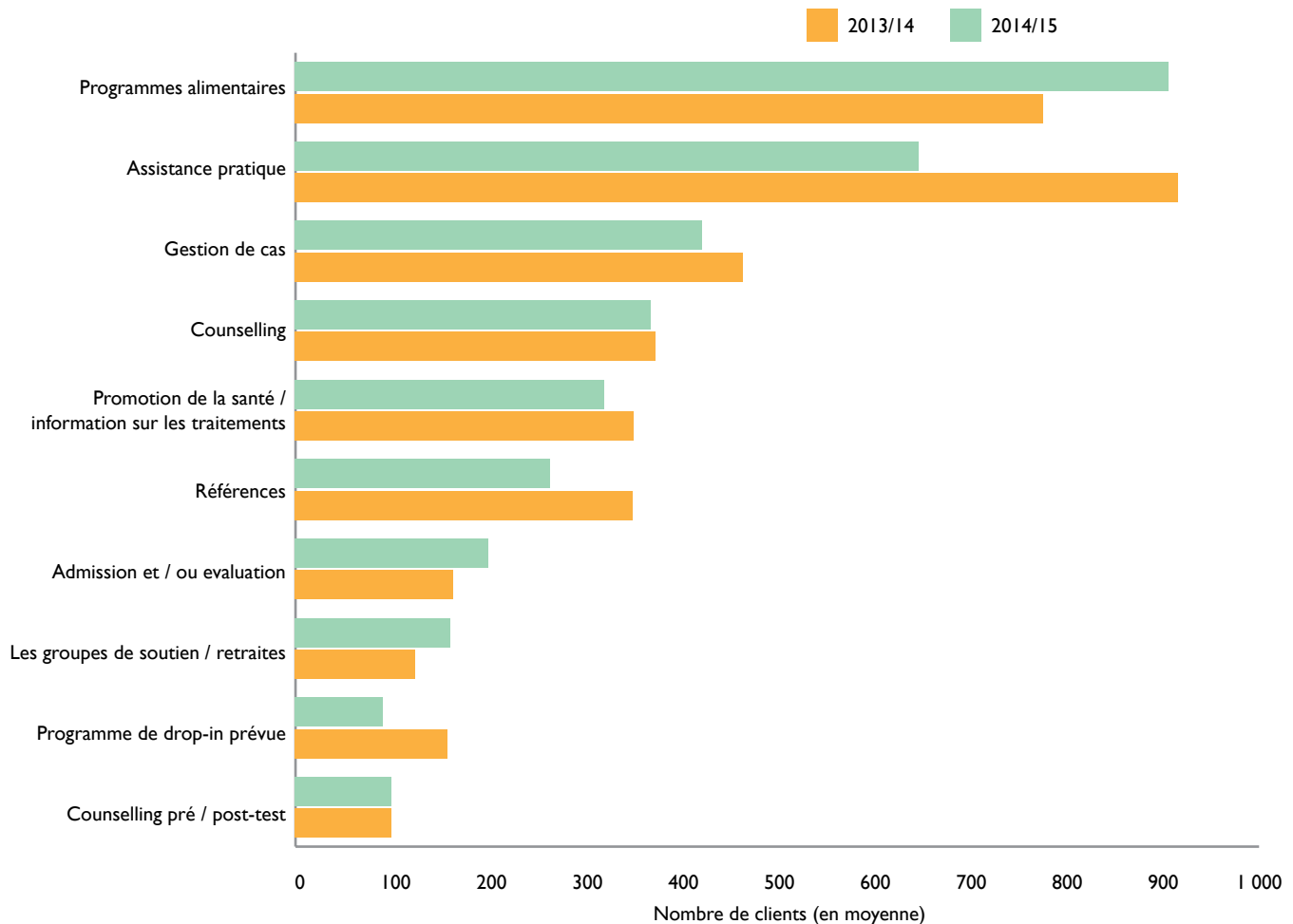
FIGURE 69 Top 10 des services d'accès par les clients à risque (OERVSCO 11.2.1)



Quels services de soutien les personnes affectées reçoivent-elles?

Les services utilisés par les personnes affectées sont semblables à ceux qu'utilisent les personnes vivant avec le VIH – programmes alimentaires et assistance pratique, gestion de cas, counselling, références et promotion de la santé. Ces ressemblances ne sont pas étonnantes, car la plupart des personnes affectées sont des membres de la famille des personnes vivant avec le VIH et ont les mêmes besoins élémentaires.

FIGURE 70 Services Top 10 accessibles par les clients concernés (OERVSCO 11.2.1)



Y a-t-il une différence entre les genres, dans l'utilisation des services?

Des hommes et des femmes ont recours à une assistance pratique, à la gestion de cas, à la promotion de la santé, à des programmes alimentaires et à des références. Toutefois, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser des services d'interprétation et d'établissement, ce qui donne à penser qu'une plus forte proportion de clientes sont de nouvelles arrivantes.

Les personnes trans utilisent principalement les programmes sans rendez-vous, l'assistance pratique et les références. On observe une variation entre les services utilisés par les hommes trans et les femmes trans; toutefois, le nombre de services utilisés par les hommes trans est trop faible pour que nous puissions en tirer des conclusions. À présent que deux organismes torontois offrent des services aux femmes trans qui pratiquent le travail du sexe, le nombre de femmes trans recourant à de l'assistance pratique et à des références a augmenté.

Des 354 personnes trans qui ont utilisé des services de soutien en 2014-2015, 34 % étaient à risque, 21 % vivaient avec le VIH, 2 % étaient affectées et 43 % appartenaient à la catégorie « autre ». Environ 8,5 % des clients trans avaient recours à des programmes financés uniquement par le PACS.

FIGURE 71 Cinq services top utilisés par les femmes trans (OERVSCO q. 11.2.1)

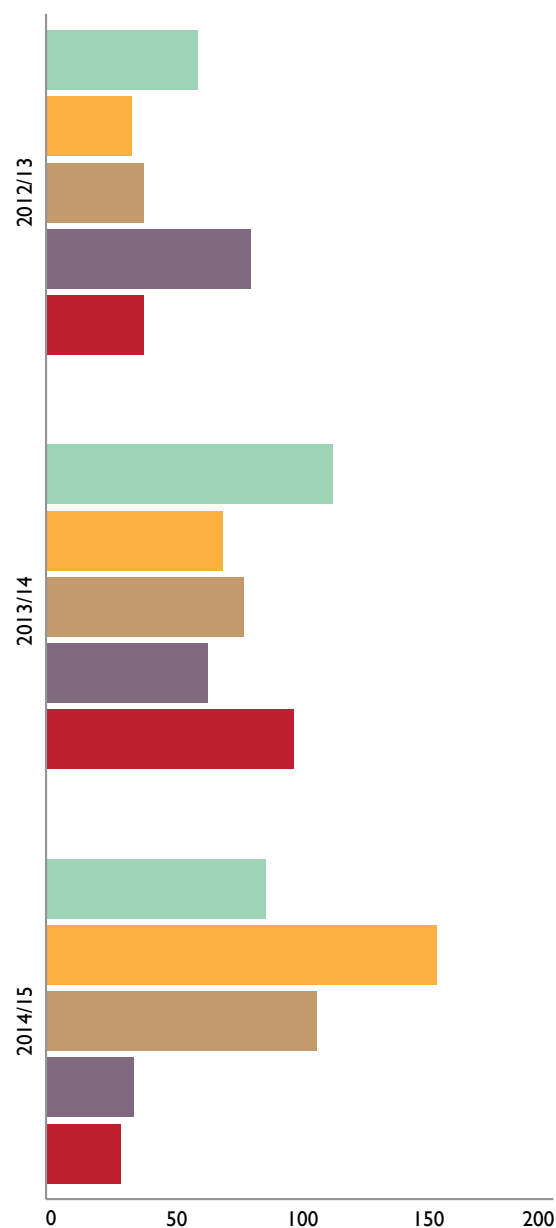
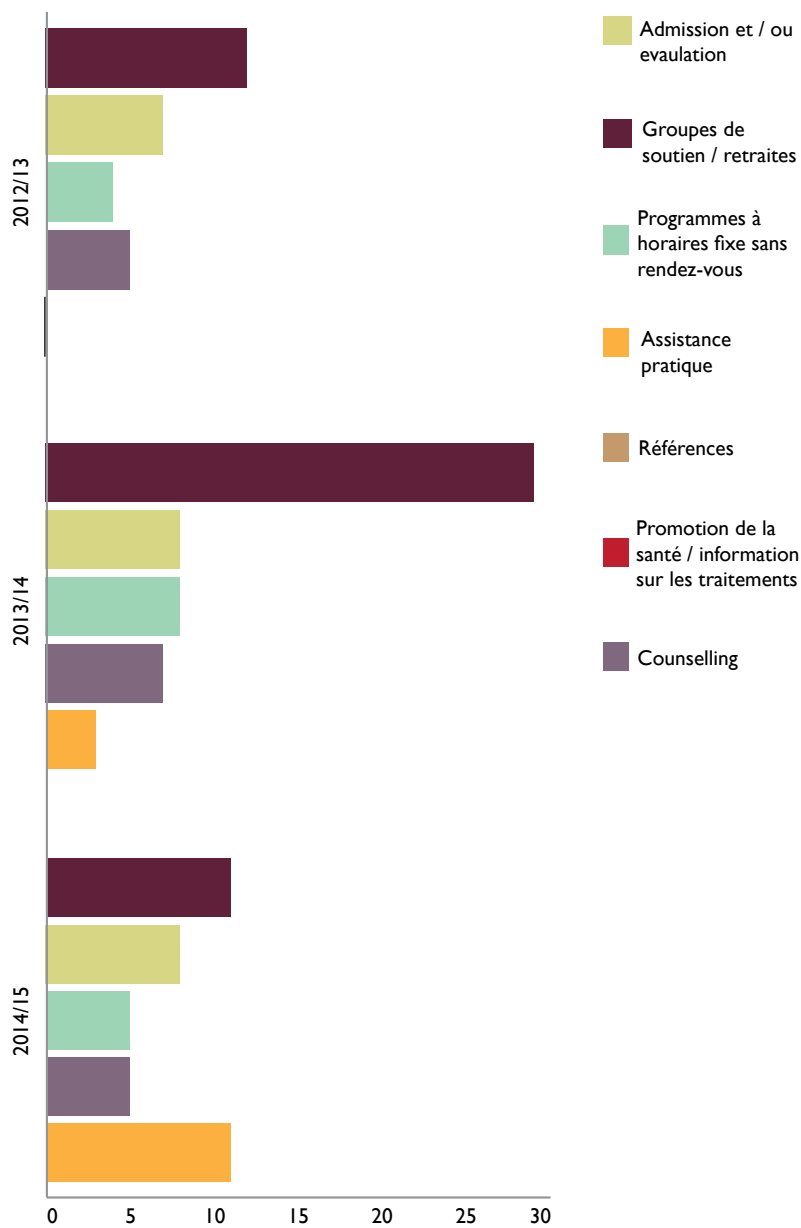


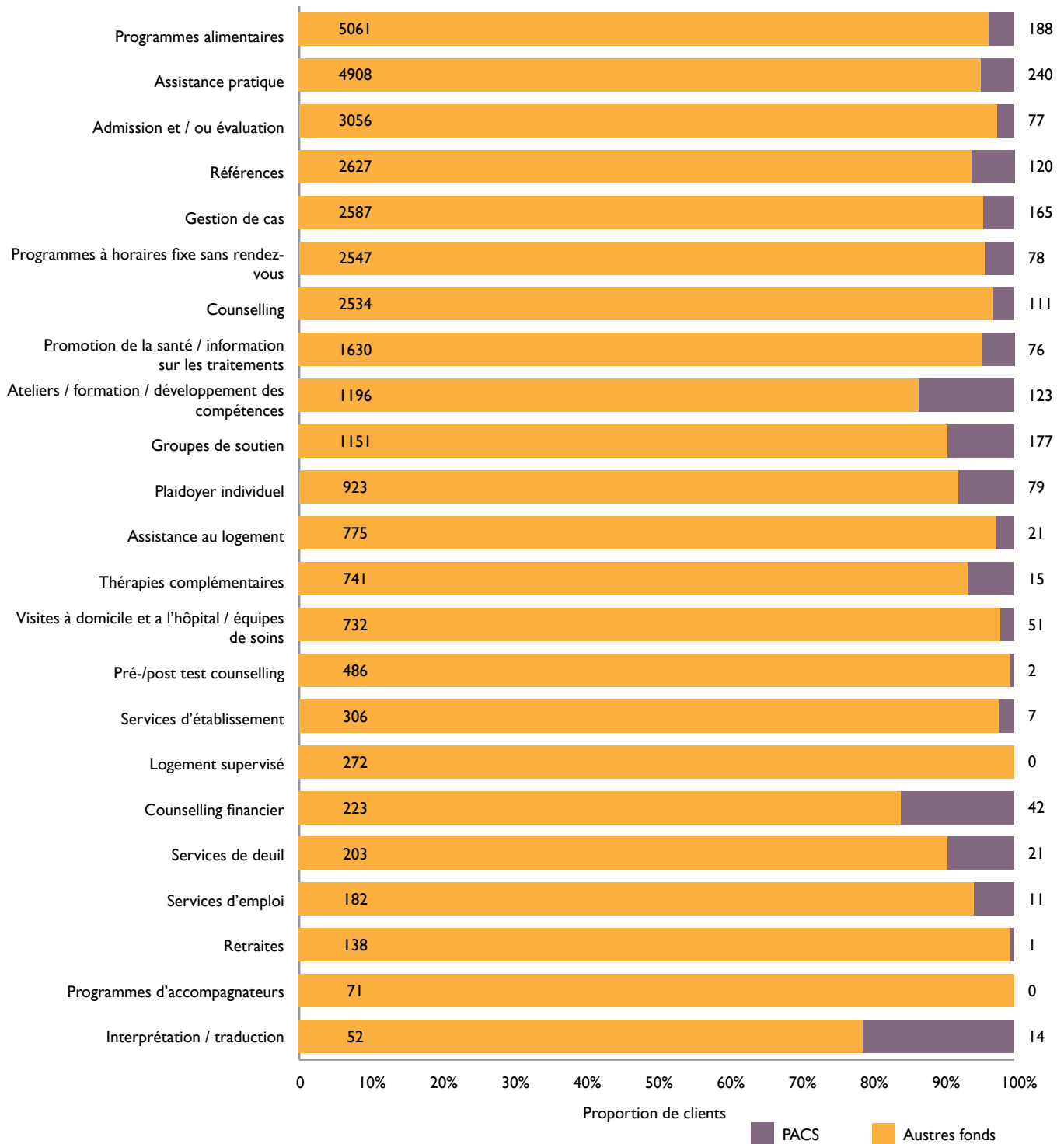
FIGURE 72 Cinq services top utilisés par les hommes trans (OERVSCO q. 11.2.1)



Le fonds du PACS soutiennent principalement des programmes alimentaires, des programmes à horaire fixe sans rendez-vous et des groupes soutien

Les organismes qui reçoivent un financement du PACS pour des services de soutien utilisent ces fonds principalement pour offrir des groupes de soutien, des programmes alimentaires et des programmes à horaire fixe sans rendez-vous. Les fonds du PACS ont contribué en 2014-2015 à une proportion des services de soutien similaire à celle de l'an dernier.

FIGURE 73 Proportion et nombre de tous les clients ayant accès aux services par bailleur de fonds 2014/15 (OERVSCO q. 11.2.1)



Références offertes par les services soutien

Les références jouent un rôle crucial dans l'offre de soins complets centrés sur le client et dans la création d'un réseau de services pour les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter. En 2014-2015, l'OERVSCO a recueilli des informations sur les références selon le genre. La plupart des références étaient vers des services cliniques (voir la Figure 74), y compris le counselling, les cliniques de dépistage d'ITS et de santé sexuelle, et le dépistage du VIH. L'autre type de références le plus fréquent était vers des services spécifiques à des populations.

FIGURE 74 Nombre de références cliniques et communautaires uniques par sexe / genre (hommes et femmes) (OERVSCO q. 11.2.1b)

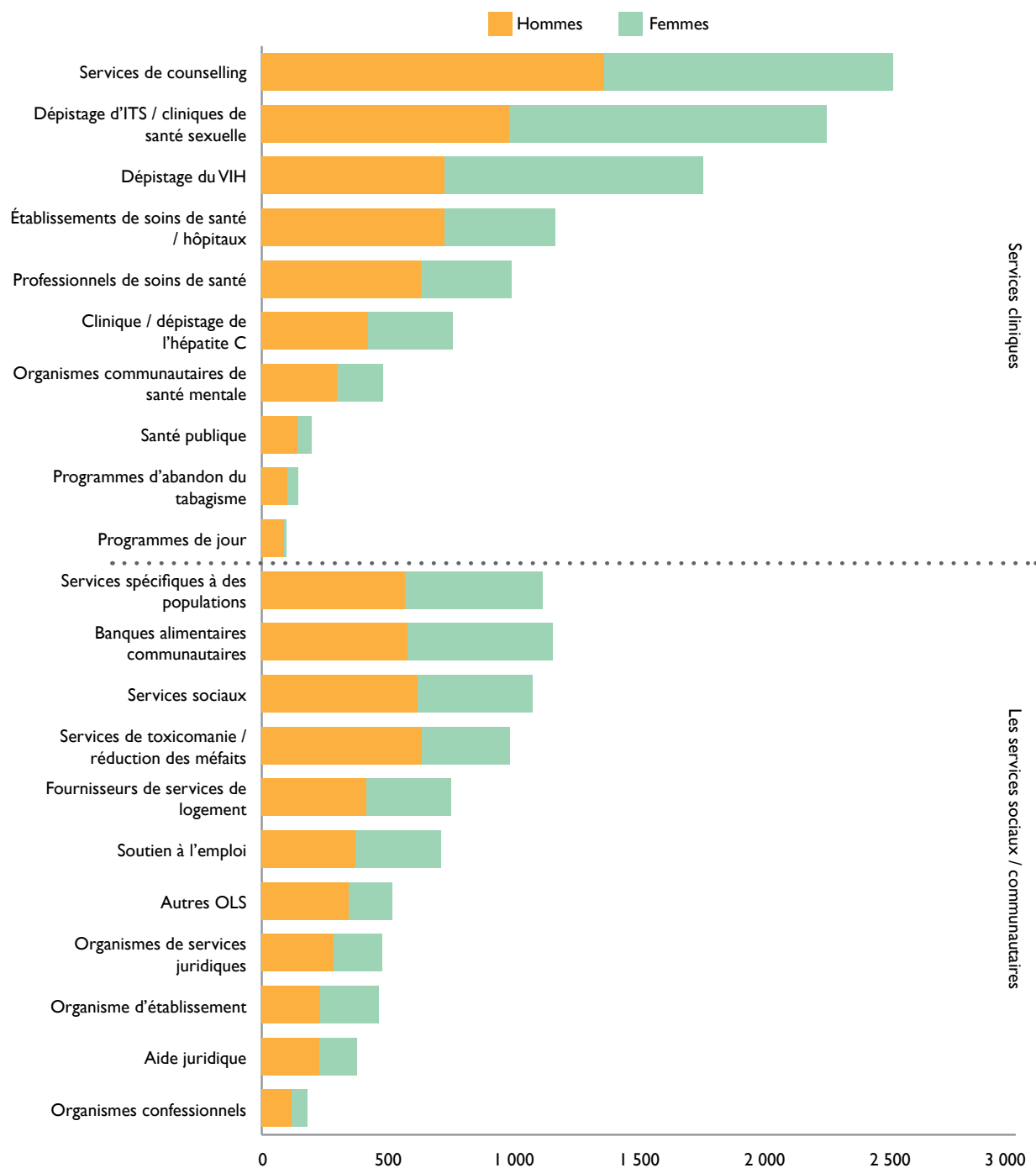
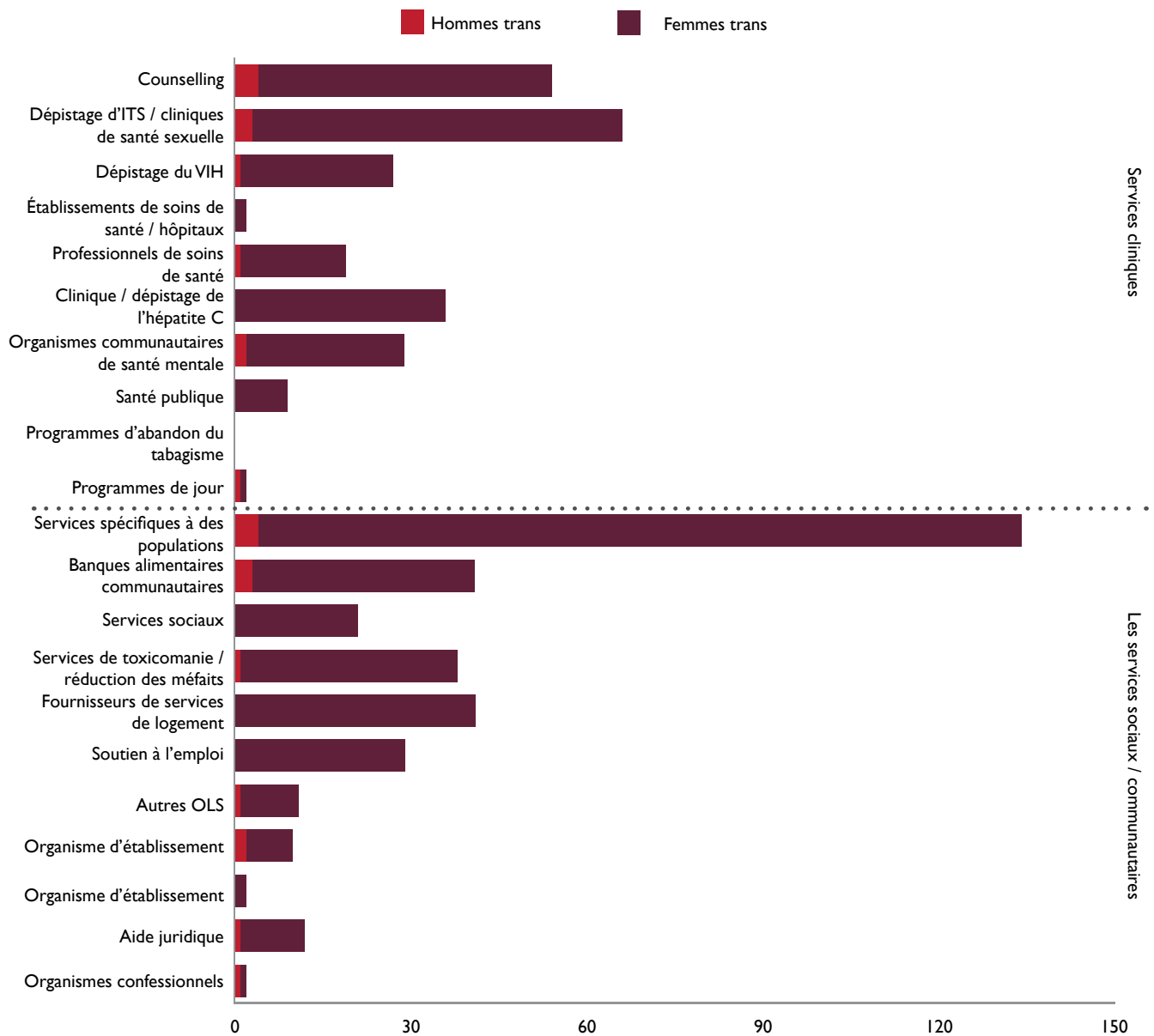


FIGURE 75 Nombre de références uniques cliniques et communautaires par sexe / genre (hommes trans et les femmes trans) (OERVSCO q. 11.2.1b)



Changements dans la demande de services de soutien	
Changements dans la demande	Exemples
Plus la demande de services trans-spécifiques	« Des personnes trans ont demandé des services spécifiques. » — Action Positive
	« La communauté trans, en particulier celle des femmes trans, demeure sous-desservie. Nous espérons explorer des partenariats, à l'avenir, afin d'accroître l'accès aux services pour les femmes, en particulier les femmes trans vulnérables à la violence. » — AIDS Committee of Toronto
	« L'augmentation des appels téléphoniques et des courriels de Latino Trans femmes (...) qui demandent des services ou des références, mais ils semblent se perdre dans le système." » — Centre pour les peuples hispanophones
	« Plus de demandes de soutien à des clients trans. » — Oahas Ottawa
Plus liée à l'âge issues	« 20 % des clients desservis ont été transférés en soins de longue durée et à d'autres établissements de soins. La forte prévalence des troubles cognitifs associés au VIH de modérés à sévères chez la plupart des clients accroît non seulement la fréquence des services fournis par tous les partenaires, mais également leur intensité (durée). » — Fife House
	« Nous remarquons une augmentation du nombre de clients dont les capacités cognitives sont affectées par le VIH ou ayant un retard développemental préexistant ou des lésions cérébrales acquises. » — Barrett House
	« Une tendance croissante parmi les participants est la diminution de la cognition et de la mémoire, de même que la démence. » — HIV/AIDS Regional Services
Les questions d'immigration et d'aide financière	« En raison de changements au processus d'immigration et des délais de traitement plus rapides, nous voyons un nombre élevé de rendez-vous pour des évaluations individuelles qui impliquent un plan d'objectifs à court et à long terme pour les clients et une assistance à l'atteinte de ces buts dans le cadre de leur établissement. Nous avons remarqué, lors de l'évaluation, que les clients manifestent des niveaux élevés de traumatisme, d'homophobie intériorisée et d'enjeux de santé mentale basés sur l'orientation sexuelle et les relations, mais également dus à leur migration et à la fuite d'un pays où l'homophobie est forte. » — Black Coalition for AIDS Prevention
	« Aide financière offerte. Augmentation du nombre de clients qui demandent une assistance financière pour les coûts d'immigration (p. ex., résidence permanente, considérations d'ordre humanitaire). » — Africans in Partnership Against AIDS

Changements dans la demande	Changements dans la demande de services de soutien Exemples
Les questions d'immigration et d'aide financière (suite)	« La suspension temporaire des déportations de demandeurs du statut de réfugié du Zimbabwe et d'Haïti a été levée en décembre 2014, ce qui a entraîné une peur d'être déportées chez nos clientes sans statut juridique. » — Women's Health in Women's Hands « Nombre accru de nouveaux immigrants, dont certains demandent le statut de réfugié. » — Action Positive VIH/sida
L'insécurité du logement	« Le logement abordable est toujours un problème considérable pour nos clients. Le partage de logement n'est pas approprié pour les clients ayant des problèmes médicaux. » — Somerset West Community Health Centre « Le logement demeure un enjeu ainsi que le transport pour les utilisateurs qui vivent dans les régions rurales de notre zone de service. » — HIV/AIDS Regional Services « Le logement abordable est toujours une priorité de très haut niveau. » — AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area
Démographie changeante	« La plupart des PVVIH rencontrées à l'admission sont des personnes dans la trentaine. Trois de ces nouvelles PVVIH sont des hommes gais hispanophones nouvellement établis dans la région de Durham. » — AIDS Committee Durham Region « Comparativement aux périodes précédentes, nous avons rencontré plus de nouveaux clients jeunes (18-25 ans)... Nous avons reçu des demandes de services de PVVIH qui sont incarcérées, dans le cadre d'efforts de proximité en prison par le biais du programme de bénévolat d'ACAS. » — Asian Community AIDS Services « Nous observons une augmentation du nombre de clients hispanophones et d'immigrants latino-américains... La demande de services a augmenté dans le groupe des PVVIH de 50 ans et plus. » — Positive Living Niagara « Nombre accru de nouvelles ITS/infections à VIH parmi les jeunes nouveaux arrivants (principalement de l'Espagne, du Chili et du Venezuela). Demande accrue de counselling en ligne (par Skype). » — Centre for Spanish Speaking Peoples « En raison des nouvelles admissions (nouveaux diagnostics de VIH/sida), qui incluent huit PVVIH dans la vingtaine, nous constatons une demande accrue de services de soutien pour les jeunes. » — The AIDS Network « Demande accrue pour référer des adultes plus jeunes et plus âgés à des services appropriés aux moins de 25 ans et aux plus de 55 ans. » — Hospice Toronto « Nous avons remarqué qu'un certain nombre de nos clients réguliers utilisant des services de soutien pratique ont plus de 40 ans. » — Regional HIV/AIDS Connection

Tendance	Répondre aux tendances émergentes Exemples
Renforcer les partenariats et les réseaux de références	« Aux clients qui n'étaient pas inscrits au Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN) avant d'être incarcérés, nous avons fourni les références nécessaires pour répondre adéquatement à leurs besoins. » — Black Coalition for AIDS Prevention « En communication active avec des partenaires impliqués dans des programmes en prison pour fournir du soutien par le biais de ressources éducatives... Les gestionnaires de cas demeurent en contact avec les services de libération conditionnelle, de probation et de toxicomanie pour assurer un retour stable dans la communauté et l'accès à des soins et traitements. » — The AIDS Network « Nous collaborons avec l'ETSN (Ethnoracial Treatment Support Network) à fournir à nos jeunes clients une formation axée sur les jeunes et réservée à ceux-ci. » — Asian Community AIDS Services « Des clients d'Haïti et du Zimbabwe sont référés à la HIV & AIDS Legal Clinic Ontario pour un soutien juridique. WHIWH fournit des lettres de soutien aux clientes qui font des demandes pour considérations d'ordre humanitaire. » — Women's Health in Women's Hands « En matière de logement, nous avons amorcé un partenariat formidable avec All-together Housing, à Belleville, qui a conduit à l'ouverture de deux unités permanentes pour PVVIH et à la possibilité d'en ouvrir deux autres. Nous avons également été en contact avec d'autres organismes de logement et continuons de travailler à cet enjeu. » — HIV/AIDS Regional Services « Nous avons élargi nos partenariats et avons développé des contacts avec de nouveaux partenaires et programmes de soutien aux personnes marginalisées, y compris un nouveau programme intitulé « PEACH: Palliative Education and Care for the Homeless (and those who live marginally in the city) » [PEACH : Éducation et soins palliatifs pour itinérants (et autres personnes vivant en marge, dans la ville)]. Nous collaborons étroitement avec le médecin communautaire et le praticien en soins infirmiers de ce programme, qui soutiennent plusieurs individus impliqués dans le système des refuges ou itinérants. Cela nous a permis de soutenir nos clients mutuels et de trouver des façons de partager nos ressources, y compris nos bénévoles formés. » — HIV/AIDS Regional Community Health

Tendance	Répondre aux tendances émergentes Exemples
Créer de nouveaux programmes/services	« Les partenariats (par exemple, le Réseau Fierté des aîné(e)s d'Ottawa) et l'introduction de programmes/groupes de soutien axés sur le VIH et le vieillissement (par exemple, Groupe VIH 50+ et groupe social des Golden Girls). » — Le comité du sida d'Ottawa « Création de deux groupes de soutien; un pour francophones et un pour musulmans. » — Africans in Partnership Against AIDS « Nous avons ouvert un groupe de soutien/groupe social pour les aînés de 60 ans et plus, comme première étape dans la recherche de moyens pour mieux servir notre population vieillissante. » — Positive Living Niagara « En réponse à la demande croissante d'un espace de soutien pour les HRSH sud-asiatiques dans la région de Peel, nous nous sommes efforcés d'organiser des groupes de soutien trois fois par période de déclaration de l'OERVSCO, à Mississauga, et de conserver le même emplacement pour assurer une certaine continuité aux utilisateurs de services actuels et potentiels. » — Alliance for South Asian AIDS Prevention « De plus, nous avons développé un Programme intensif de rétablissement des traumatismes sur 12 semaines pour les participants qui ont signalé des traumatismes dans leurs récits. Le programme explore les préjudices physiologiques du traumatisme et ses manifestations spirituelles, mentales et physiques dans la vie d'un individu. Il offre plusieurs interventions : modalités narratives et cognitivo-comportementales, et médiation des dommages au système limbique et au néocortex. Une différence notable qui distingue le Groupe de rétablissement des traumatismes des groupes thérapeutiques traditionnels est que ses principales interventions sont des stratégies orientées vers le corps, comme des méthodes de contrôle de la respiration, la relaxation musculaire progressive et le yoga. » — HIV/AIDS Resources & Community Health
Demander plus de fonds	« Nous sommes à la recherche de mécanismes de financement pour les compétences de vie et le soutien pratique spécifiques aux personnes trans. » — Asian Community AIDS Services « Développer de nouveaux partenariats et identifier de nouvelles avenues de financement comme la recherche, le financement pour l'hépatite C, le développement communautaire, les fonds des IRSC, etc. » —Centre for Spanish-Speaking Peoples « Nous avons demandé une subvention Trillium de trois ans pour renforcer notre capacité de travailler auprès de travailleuse(-eur)s du sexe migrants. » — Maggie's: The Toronto Sex Workers Action Project

Tendance	Répondre aux tendances émergentes Exemples
Accroître la capacité de l'organisme	« Nous avons formé un plus grand nombre de bénévoles accompagnateurs; cela a joué un rôle primordial dans le soutien aux clients par des visites à domicile et/ou à l'hôpital, ainsi que dans le soutien pratique et l'interprétation entre pairs. » — Africans in Partnership Against AIDS « En réponse à l'intérêt pour les services d'emploi, nous avons commencé à travailler à un partenariat avec les services d'emploi du YMCA de notre région afin de renforcer nos capacités organisationnelles. » — AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area « Nous répondons au changement géographique par des efforts de proximité dans le cadre de notre partenariat avec le Centre d'accueil d'Ajax (une initiative financée par Citoyenneté et Immigration Canada et administrée par le CDCD). » — AIDS Committee of Durham Region « Nous avons travaillé à traduire nos documents d'information et avons recruté des bénévoles hispanophones. » — Positive Living Niagara « Devant la forte demande liée à nos services, nous continuons d'inscrire nos demandeurs du statut de réfugié sur une liste d'attente pour rencontrer le coordonnateur de l'établissement des réfugiés en vue d'une évaluation complète après l'admission. Auparavant, ces rendez-vous d'évaluation avaient lieu dans les trois semaines, mais avec la demande accrue, un problème émergent est que nous devons inscrire les clients sur une liste d'attente pour prendre un rendez-vous d'admission. Cela signifie qu'une personne pourrait devoir patienter de cinq à six semaines avant d'avoir un rendez-vous d'admission et d'évaluation. Cette situation a modifié notre façon de fournir des services aux demandeurs du statut de réfugié. Afin que nos demandeurs du statut de réfugié soient en contact avec un organisme pendant que nous faisons du rattrapage dans nos rendez-vous d'admission, nous leur permettons de participer à nos groupes de soutien et séances d'information pour LGBT et nouveaux arrivants vivant avec le VIH. Ces groupes/séances leur fournissent des informations, du soutien et des orientations d'importance sur le processus d'établissement, qu'ils pourraient ne pas recevoir autrement jusqu'à ce qu'ils rencontrent un professionnel. On leur présente également d'autres ressources dans la salle communautaire de notre organisme, et on leur offre l'occasion de devenir des bénévoles actifs et de rencontrer d'autres intervenants comme notre conseiller en emploi et notre intervenant en matière de logement. » — Black Coalition for AIDS Prevention « Développer un plan/intervention de réponse rapide pour l'OHTN en lien avec les 1 980 hommes s'auto-identifiant comme des HRSH latinos sur l'appli Grindr en janvier 2015. » — Centre for Spanish-Speaking Peoples « Collaborer avec nos partenaires, la Casey House et CCAC, à fournir une formation et un soutien en matière de soins pour le VIH et de stigmatisation dans des établissements de soins de longue durée et d'autres centres de soins. » — Fife House

7. Renforcement des capacités et développement communautaire

Activités de renforcement des capacités

Le renforcement des capacités est un élément clé de la réponse de l'Ontario au VIH; il s'effectue à deux échelons principaux, dans le secteur :

- **à l'échelon provincial** : 11 programmes provinciaux de renforcement des capacités aident les programmes de première ligne à acquérir de nouvelles compétences et à mettre en œuvre des pratiques et programmes éclairés par des données probantes. Le travail de ces organismes cadre généralement dans trois catégories : renforcement des capacités, développement de compétences et mentorat
- **à l'échelon local** : les programmes communautaires aident leurs communautés à développer les compétences et capacités nécessaires à créer un réseau complet de services sociaux et de santé pour les personnes vivant avec le VIH ou à risque pour celui-ci. Leur travail passe habituellement par des activités de développement communautaire.

Ce chapitre décrit les efforts provinciaux et locaux de renforcement des capacités.

Organismes provinciaux de renforcement des capacités

- Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario – CACVO
- AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario – ABRPO
- Réseau canadien d'info-traitements sida – CATIE
- Committee for Accessible AIDS Treatment – CAAT
- Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais – GMSH
- Ontario AIDS Network – OAN
- Ontario HIV and Substance Use Training Program – OHSUTP (parrainé par la Fife House)
- Réseau ontarien de traitement du VIH - OHTN
- Programme de développement organisationnel de l'Ontario – OODP
- Toronto HIV Network - THN (parrainé par la Toronto People With AIDS Foundation)
- Initiative Femmes et VIH/sida - WHAI

Principaux constats

- Les programmes mettent à l'essai de nouveaux modèles de formation de pairs en matière de renforcement des capacités.
- On a déclaré moins de présentations courtes ou de type congrès; et plus d'ateliers d'une demi-journée ou d'une journée complète.
- Un plus grand nombre de réunions de développement communautaire ont eu lieu avec d'autres travailleurs des premières lignes pour des programmes sur le VIH, en particulier à des fins de réseautage et de planification de programmes.

Programmes provinciaux de renforcement des capacités

Les onze programmes provinciaux de renforcement des capacités ont donné au total 717 présentations de transfert/échange de connaissances, de mentorat/coaching et de renforcement des capacités – soit une diminution de 19 % en comparaison avec 2013-2014. La diminution a été due principalement à un changement à la façon dont la formation aux pairs, en matière de deuil et de perte, a été livrée, en 2014-2015. Jusqu'ici, ces séances étaient offertes de façon individuelle et chacune était déclarée comme étant une formation. En 2014-2015, ces formations ont été présentées sous forme de séances de groupe; donc, même s'il y a eu 42 % moins de séances de mentorat et de coaching, le nombre de personnes formées n'a pas forcément diminué. Si nous retirons ces séances de l'analyse, le nombre de présentations en renforcement des capacités a été relativement semblable à celui des années précédentes.

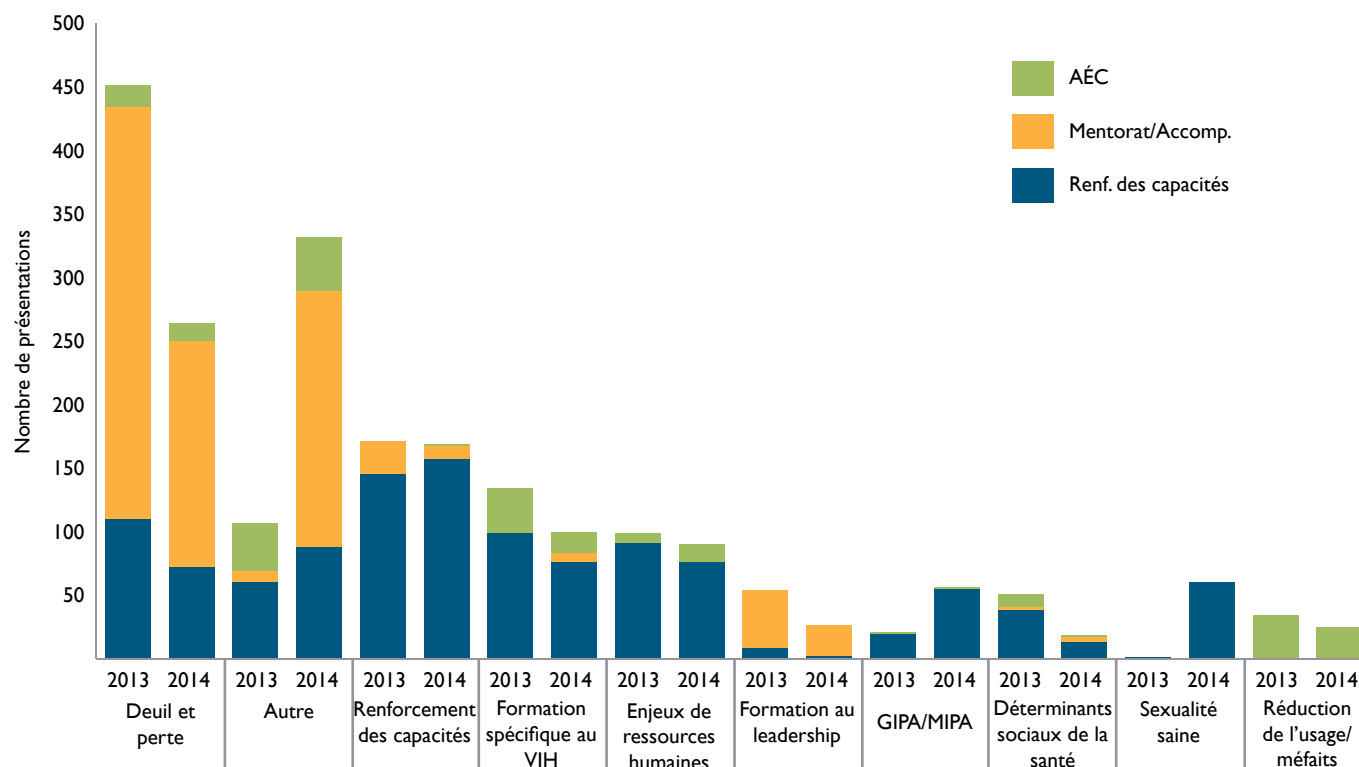
Table 8. Nombre de présentations/séances de renforcement des capacités (OERVSCO q. 14.1a)

Catégorie de présentation	2013-14	2014/15
Renforcement des capacités	394	400
ÉTC	101	95
Mentorat et séances de coaching	402	232
Mentorat et séances de coaching (excluant la formation deuil et perte)	78	54

Point de mire accru sur la sexualité saine, les limites et le principe GIPA/MIPA

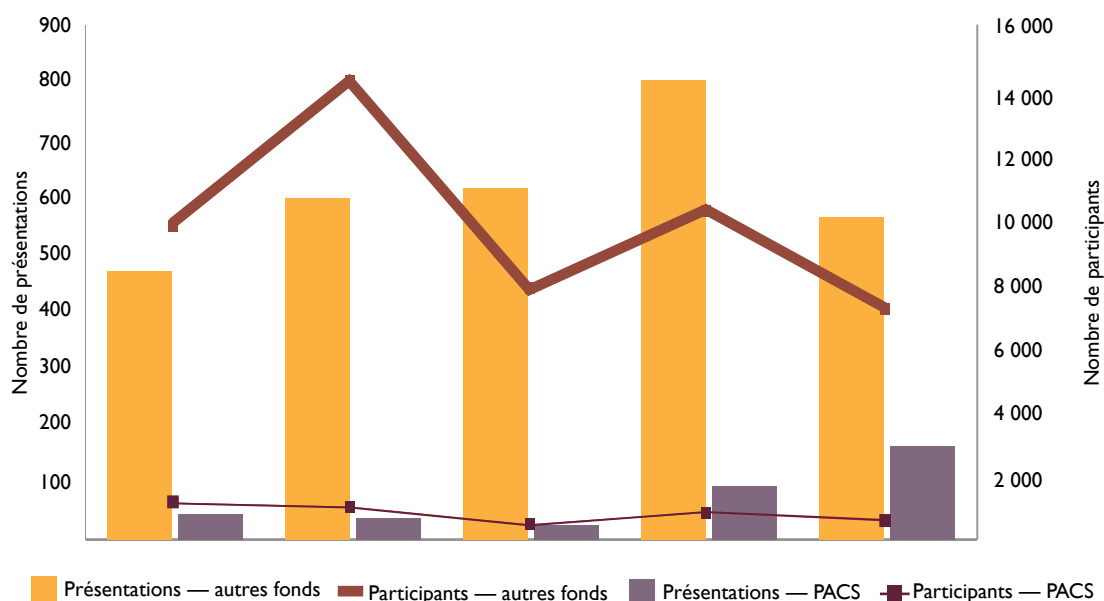
En examinant les données sur le point de mire des présentations provinciales de renforcement des capacités, il est important de noter que les programmes peuvent déclarer deux sujets par présentations; c'est pourquoi les chiffres rapportés dépasseront le total des présentations. En 2014-2015, l'OERVSCO a offert plus d'options pour catégoriser les présentations. Ce changement, combiné à ce qui semble une réelle tendance dans le point de mire des programmes, a fait en sorte que plus de présentations qu'auparavant ont porté sur la sexualité saine, les limites et le principe GIPA/MIPA (voir la Figure 76). Cependant, toujours quant au sujet, les programmes provinciaux ont déclaré un très grand nombre de présentations en renforcement des capacités, en ÉTC et en mentorat dans la catégorie « autres », ce qui nous porte à croire que l'OERVSCO doit trouver une meilleure façon de catégoriser ces activités.

En général, le secteur a signalé un virage, dans les présentations d'ÉTC, qui s'écarte de la formation spécifique sur le VIH au profit des déterminants sociaux de la santé, de la divulgation du statut VIH ainsi que de questions juridiques.

FIGURE 76 Nombre de présentations par foyer (OERVSCO q. 14.1.a)

Les programmes provinciaux ont déclaré avoir donné un plus grand nombre de présentations financées par le PACS, en 2014-2015. Bien que le nombre de présentations financées par le PACS ait augmenté, le nombre de participants a diminué – ce qui pourrait indiquer qu’une formation plus spécifique en matière de compétences a été offerte à de plus petits groupes d’intervenants.

FIGURE 77 Présentations de renforcement des capacités et des participants par bailleur de fonds (OERVSCO q. 14.1a)

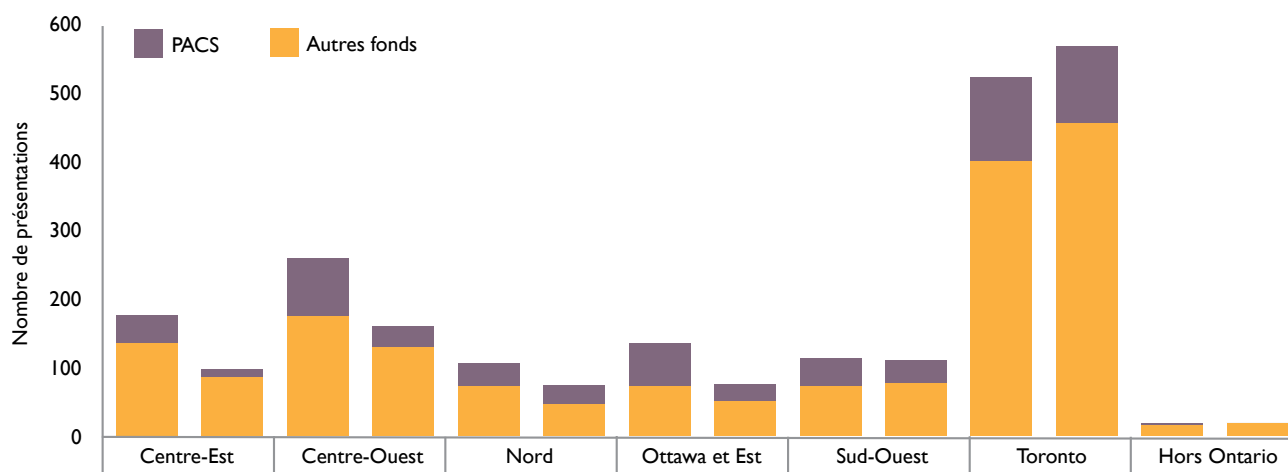


Les programmes provinciaux voient au renforcement des capacités à l’échelle de la province

La plupart des présentations livrées par les programmes provinciaux de renforcement des capacités ont lieu à Toronto – probablement en raison des coûts de transport (c.-à-d. qu’il est plus économique de faire venir les gens à Toronto que d’aller dans toutes les régions).

Cependant, une part des séances de renforcement des capacités a eu lieu dans chaque région; leur nombre a toutefois diminué dans toutes les régions sauf le Sud-Ouest, en 2014-2015. Quelques présentations ont été faites hors de l’Ontario afin de démontrer le travail effectué dans notre province.

FIGURE 78 Emplacement des exposés présentés par des programmes de renforcement des capacités par région sanitaire (OERVSCO q. 14.1c)

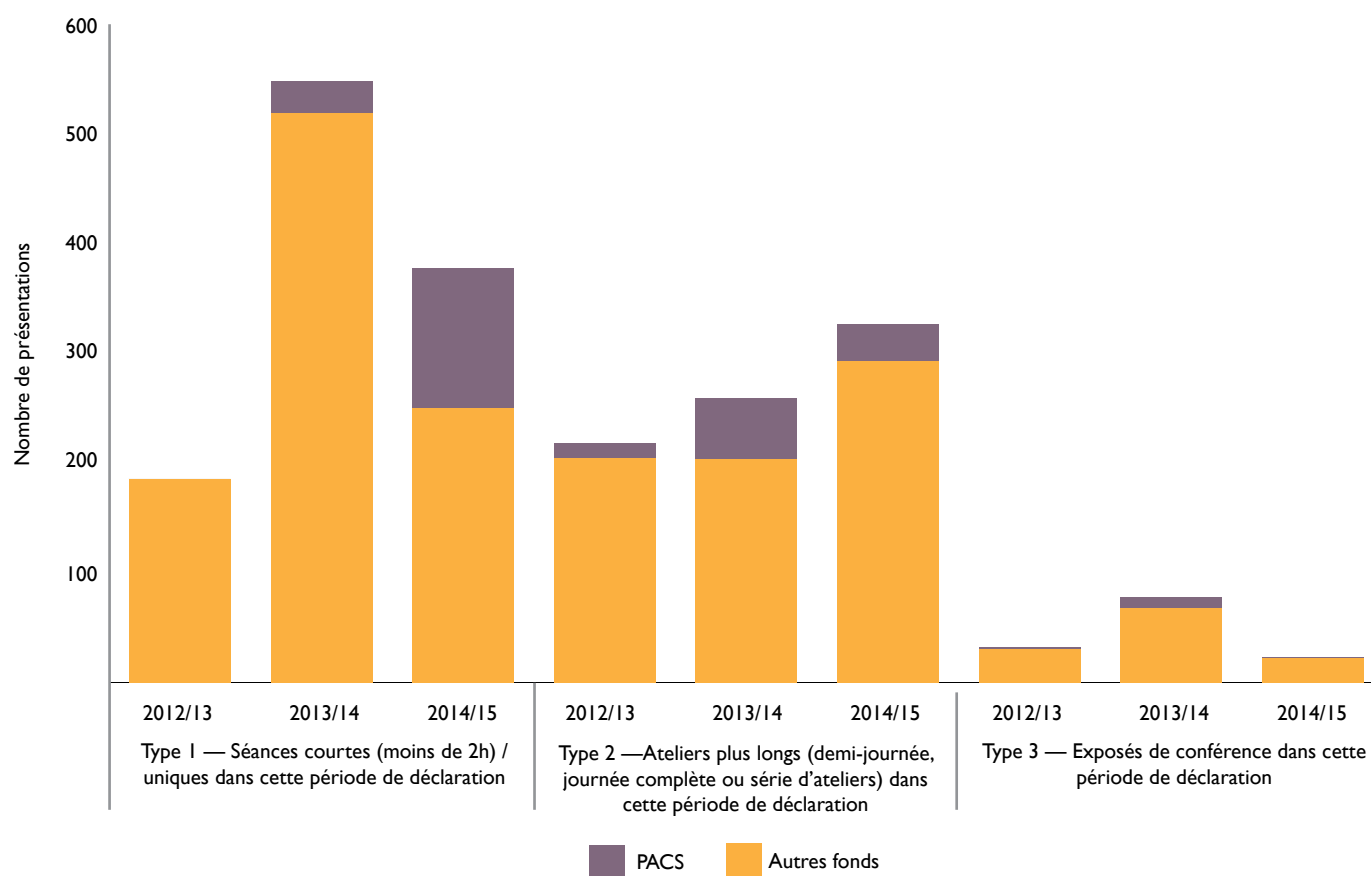


Conférences et ateliers ciblant les administrateurs et les travailleurs de première ligne

Les programmes de renforcement des capacités ont déclaré avoir organisé (ou contribué à) 30 conférences et ateliers, au cours de l'année, joignant 1 561 participants. Un tiers (10) des 30 événements portait sur des compétences organisationnelles, comme la gestion des ressources humaines, la gouvernance et la collecte de fonds; les autres visaient à améliorer les compétences de prestation de services. La plupart des ateliers étaient brefs (moins de 2 heures) et uniques.

En 2014-2015, les programmes de renforcement des capacités ont déclaré un nombre moindre de présentations de style congrès, et un plus grand nombre d'ateliers d'une demi-journée ou d'une journée. Ce changement est probablement dû à des rétroactions de programmes communautaires de première ligne indiquant que des ateliers plus approfondis offrent un apprentissage plus utile.

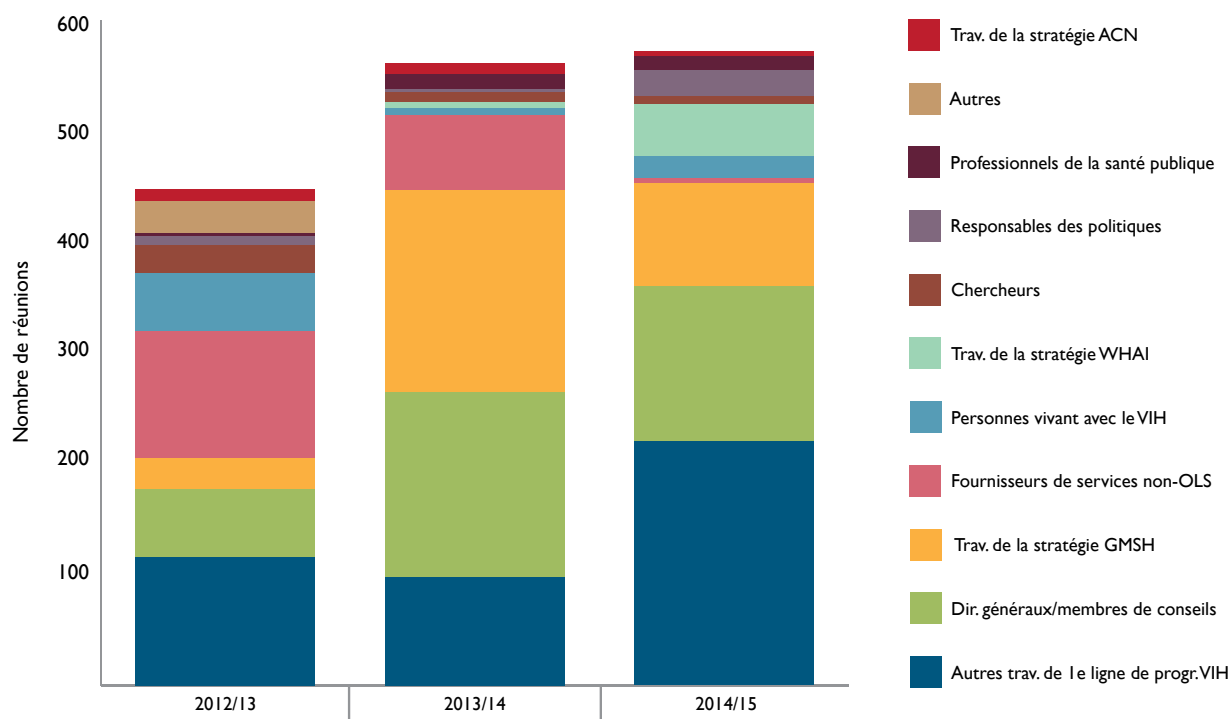
FIGURE 79 Format des présentations de renforcement des capacités (OERVSCO q. 14.1b)



Plus de réunions de développement communautaire avec des travailleurs de première ligne

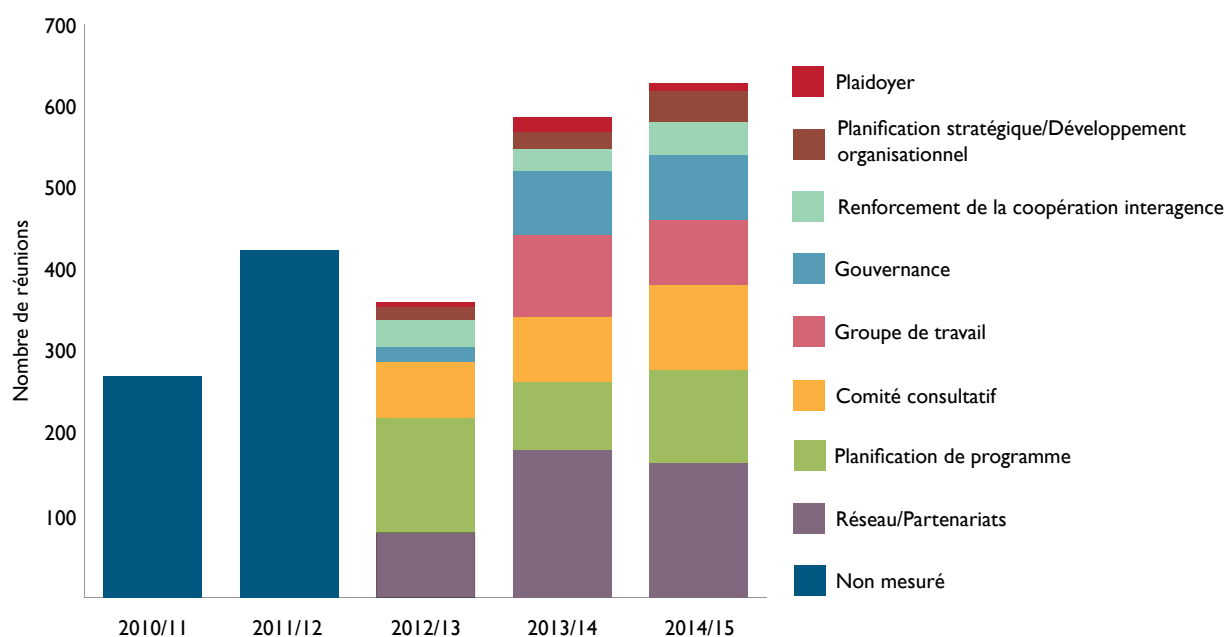
Les organismes provinciaux de renforcement des capacités ont déclaré un plus grand nombre de réunions de développement communautaire en 2014-2015 (628) qu'en 2013-2014 (586); et un plus grand nombre de ces réunions étaient pour les travailleurs de première ligne plutôt que les directeurs généraux et membres de conseils d'administration, que par le passé. L'augmentation considérable du nombre de réunions avec des travailleurs de la WHAI (47 en 2014-2015, contre 5 en 2013-2014) est probablement liée à des travaux de planification de programme.

FIGURE 80 Nombre de réunions de développement communautaire par le public cible (pour les programmes de renforcement des capacités) (OERVSCO q. 14.4)



Les principaux objectifs des réunions de développement communautaire étaient similaires aux années précédentes: les comités création de réseaux / partenariats, la planification des programmes et de conseil. Cependant, il y avait aussi d'autres réunions liées à la gouvernance, la coopération interinstitutions et la planification stratégique.

FIGURE 81 But des réunions de développement communautaire de programmes de renforcement des capacités (OERVSCO q. 14.4)



Quel impact ont les programmes provinciaux de renforcement des capacités?

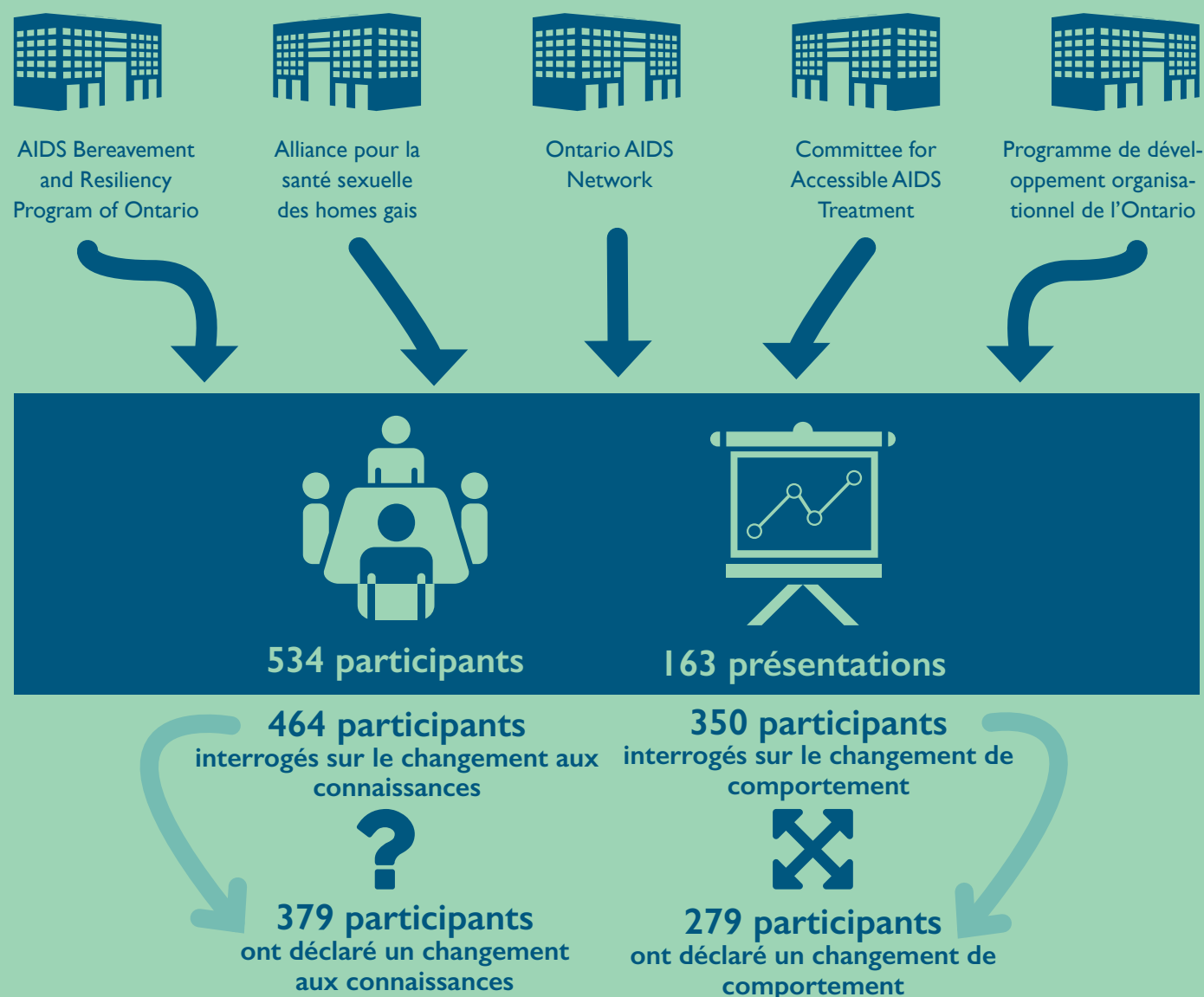
L'OERVSCO ne collecte pas en ce moment beaucoup d'information sur l'impact des programmes de renforcement des capacités; toutefois, le PACS demande aux programmes qu'il finance d'évaluer l'impact de leurs initiatives en ce qui concerne les connaissances et le comportement. Cinq organismes provinciaux de renforcement des capacités ayant reçu des fonds du PACS en 2014-2015 ont déclaré avoir donné 163 présentations à un total de 534 participants. De ces individus :

- 464 ont été interrogés sur le progrès de leurs connaissances – dont 379 (80 %) ont déclaré un changement dû à la présentation ou à l'atelier de renforcement des capacités
- 350 ont été interrogés sur le changement comportemental – dont 279 (71 %) ont déclaré avoir changé leur façon de fournir des services en raison de ce qu'ils avaient appris.

FIGURE 82

LES PARTICIPANTS À DES PRÉSENTATIONS PACS DÉCLARENT DES CHANGEMENTS À LEURS CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS

(OERVSCO Q. 14.1.C & 14.1.D)



Promouvoir des recherches et pratiques fondées sur les données

En 2014-2015, le Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN) – un organisme financé pour promouvoir des recherches rigoureuses et pertinentes, et pour transposer les données dans l'action – faisait pour la première fois des déclarations à l'OERVSCO.

Financement de recherches concernant les populations prioritaires

L'OHTN finance et réalise des recherches afin de contribuer à l'atteinte des objectifs de la stratégie provinciale. En 2014-2015, l'OHTN a financé 119 études : 25 nouvelles et 89 continuations – et il a octroyé cinq bourses pour soutenir des stagiaires médicaux.

La plupart des projets de recherche portaient sur des questions identifiées comme prioritaires par les populations les plus affectées par le VIH.

Le principe GIPA/MIPA dans la recherche

L'OHTN implique les personnes vivant avec le VIH, ou à risque pour celui-ci, de façons significatives dans la recherche, notamment comme chercheurs, conseillers, collaborateurs et employés.

FIGURE 83 Nombre de recherches actives financées, par population prioritaire (OERVSCO q. 6.5b)

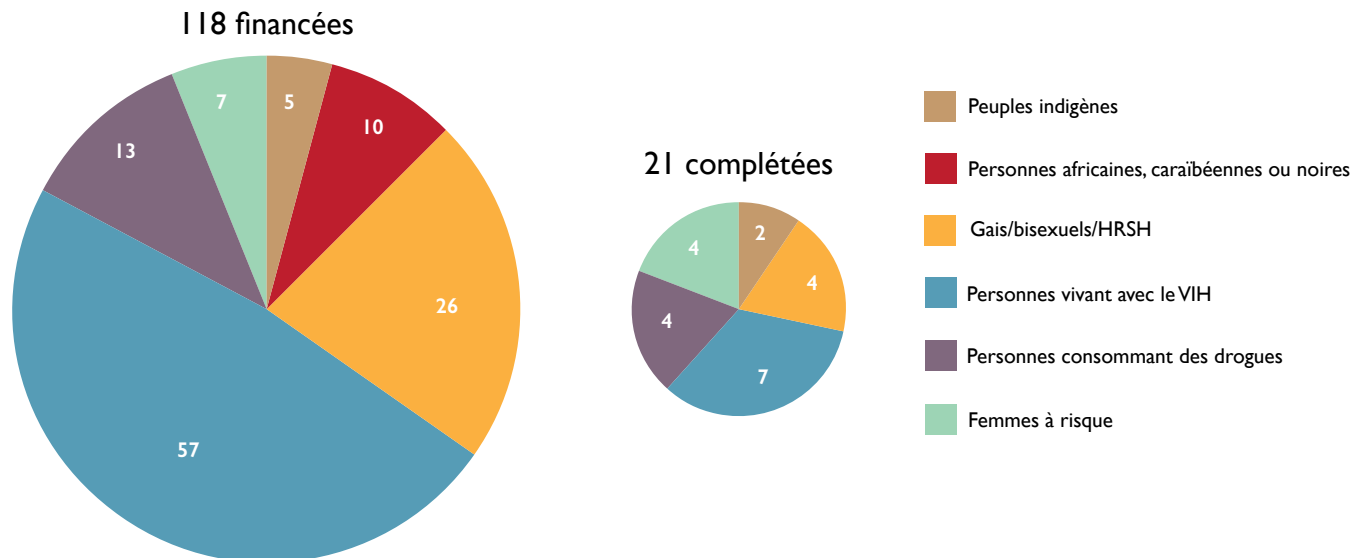
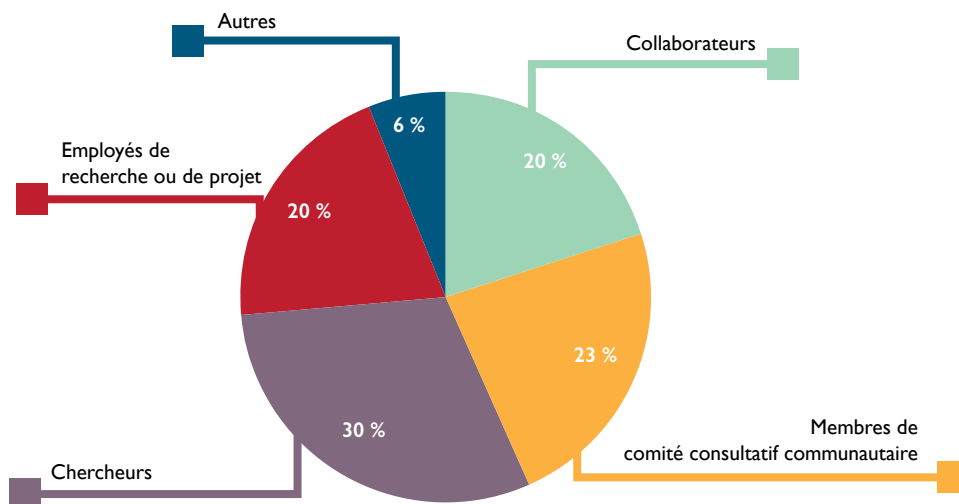


FIGURE 84 Contributions de personnes vivant avec le VIH à la recherche (OERVSCO q. 6.5d)

75 personnes vivant avec le VIH contribuent à la recherche, à titre de :



Produits

- Plus de 173 événements (incluant des webconférences, médias sociaux, enregistrements et post-production) ont joint au total 2 150 personnes
- 18 modules en ligne – dont la moitié ont été traduits en français
- Plus de 30 pairs chercheurs ont été formés
- Un cours de certificat d'apprentissage mixte, par le biais de l'Université York
- 110 vidéos fondées sur des recherches, visionnées par 11 681 visiteurs.

En 2014-2015, les scientifiques et employés de l'OHTN ont participé à plus de dix projets de recherche et produit un éventail de ressources et de produits pour le secteur du VIH, incluant :

- 21 articles soumis à l'examen des pairs
- 10 publications de littérature grise
- 40 ressources (incluant des bulletins d'information et des textes de soutien à l'étude).

Produits

-  173 événements
ont permis de joindre 2 150 personnes
-  18 modules en ligne
-  30 pairs chercheurs formés
-  un cours de certificat
en apprentissage mixte
-  110 vidéos sur des recherches
visionnées par 11 681 visiteurs

En 2014-2015, les employés et scientifiques de l'OHTN ont produit

-  21 articles révisés par les pairs
-  10 publications de littérature grise
-  40 ressources
(incluant bulletins d'information et documents de soutien à l'étude)pièces)

L'Étude de cohorte de l'OHTN

L'Étude de cohorte de l'OHTN (ÉCO) est une recherche multicentrique (dans 9 sites) qui collecte des données cliniques et sociocomportementales au sujet de plus de 5 000 personnes vivant avec le VIH en Ontario. En 2014-2015, 435 nouveaux participants se sont inscrits à l'ÉCO, dont 24 % de MSM, 10 % de personnes ACN, 6 % de personnes consommant des drogues, 6 % de femmes à risque et 3 % de personnes indigènes.

Les données de l'ÉCO servent à comprendre les besoins de santé des personnes vivant avec le VIH et à améliorer les soins. Les principaux constats de 2014-2015 incluent :

Table 9. Principaux constats de l'ÉCO pour l'exercice 2014-2015	
Points clés	Pourquoi ceci est important
Les taux de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée sont en hausse	Puisque le VIH affecte le système immunitaire, la présence d'une autre ITS peut affecter comment le corps gère le VIH et l'ITS; les symptômes peuvent être plus sévères si une personne a une coïnfection que si elle n'en a pas. De plus, les personnes vivant avec le VIH qui ont une autre ITS, comme la chlamydia ou la gonorrhée, peuvent transmettre le VIH plus facilement (c.-à-d. être plus contagieuses).
Les femmes ont des pointages dépressifs plus élevés que les hommes	Des recherches antérieures ont démontré que la dépression peut avoir un impact néfaste sur la vie des personnes vivant avec le VIH. Connaître les facteurs de risque pour la dépression chez les personnes vivant avec le VIH peut aider les cliniciens à identifier lesquels de leurs patients pourraient avoir besoin de soutien ou d'un traitement. Aider les personnes vivant avec le VIH à prendre en charge leur dépression peut contribuer à améliorer leurs résultats de santé en général.
Taux élevés d'infection à VHC parmi les hommes séropositifs au VIH	Des flambées de VHC parmi les hommes gais et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) vivant avec le VIH ont été observées à l'échelle internationale, même chez les hommes qui ne déclarent pas s'injecter de drogues (ce qui est la principale voie de transmission du VHC). De plus en plus de données démontrent que le VHC peut se transmettre sexuellement, en particulier entre HRSH vivant avec le VIH. Bien que la transmission sexuelle du VHC se produise rarement par voie vaginale, des chercheurs croient qu'elle peut se produire par contact de sang à sang lors de rapports sexuels anaux, lors d'activités sexuelles comme le fisting ou dans tout contact sexuel si des plaies sont présentes (comme celles causées par la syphilis). Le constat que l'infection par le VHC peut se produire chez des hommes longtemps après un diagnostic de VIH signifie qu'un dépistage périodique pour le VHC peut être important pour les HRSH vivant avec le VIH. Un diagnostic de VHC en temps opportun peut contribuer à prévenir sa propagation. Le diagnostic est également important pour guider les décisions de traitement et de soins, puisque la coïnfection à VHC peut compliquer le traitement pour le VIH.

Les données de l'ÉCO sont souvent citées dans des publications et des présentations ainsi que comme source de données dans de nombreuses demandes de financement de projets (voir le Figure 85).

FIGURE 85

UTILISATIONS FAITES DE DONNÉES DE L'ÉCO EN 2014-2015

(OERVSCO Q. 6.4C)

6 de publications contenant
des données de l'ÉCO



21 présentations par des
employés de l'ÉCO



4 Revues des données
(à l'interne)



7 propositions de projets
reçues; 4 approuvées



Transposer les données dans la pratique

Afin de favoriser l'application des données dans la pratique, l'OHTN synthétise l'information. En 2014-2015, il a réalisé sept revues de littérature – incluant trois revues systématiques – et publié 14 réponses rapides. Les sujets des revues de littérature sont souvent identifiés par des chercheurs et des responsables des politiques, alors que les thèmes abordés dans les réponses rapides viennent principalement de la communauté. Le service de réponse rapide, qui présente des résumés de recherches en réponse à des questions d'organismes communautaires en VIH de l'Ontario, vise à aider à soutenir des programmes fondés sur les données probantes et à améliorer la prestation de services et le plaidoyer. En 2014-2015, l'OHTN a déclaré avoir complété 14 réponses rapides sur des thèmes incluant la prestation de services en VIH, la santé mentale et le VIH, de même que le VHC et la santé des HRSH (voir le Tableau 10).

**Table 10. L'OHTN résume les données de recherche
à l'aide d'examens systématiques et de réponses rapides**

7 revues de littérature	14 réponses rapides
1. Revue de la littérature en recherche communautaire	1. Gestion de cas et implication communautaire
2. Examen systématique sur logement et VIH	2. Troubles répandus chez les HRSH VIH+
3. Revue de littérature IAS	3. Méthamphétamine cristallisée, comportement sexuel et HRSH
4. Interventions de santé mentale et VIH	4. État actuel de la télémédecine
5. Prisons et VIH	5. Réinfection par le VHC
6. Examen systématique sur les interventions préventives pour les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	6. Taux de réinfection par le VHC parmi les consommateurs de drogues
7. Examen systématique sur la stigmatisation	7. Urgences comportementales chez des HRSH
	8. Nouveaux arrivants vivant avec le VIH/VHC
	9. Programmes d'observance aux ARV fondés sur les pairs
	10. Trouble de stress post-traumatique parmi les PVVIH
	11. Santé sexuelle des HRSH hétérosexuels
	12. Sites d'injection supervisée
	13. Télémédecine et soins de santé en VIH
	14. Traitement de nouveaux arrivants vivant avec le VIH/VHC

Aider les programmes communautaires, à l'aide de données et d'évaluations

L'Unité de l'OHTN pour des pratiques fondées sur les données probantes appuie le secteur du VIH dans la province, par des services de gestion de données, de déclaration, de développement de programme ainsi que d'évaluation. Elle a pour buts d'aider les OLS à utiliser l'information qu'ils recueillent par le biais de l'OCASE et d'autres outils, afin d'améliorer leurs services, de faire état des retombées de leur travail (via l'OERVSCO) et d'évaluer leurs programmes pour améliorer leur prestation de services. En 2014-2015, l'Unité a répondu à 364 demandes de données (189 demandes simples et 175 complexes), présenté 162 séances de formation et participé à l'évaluation de 33 projets/programmes. Elle a également développé des modules de formation/soutien concernant l'OCASE ainsi que 33 outils d'évaluation.



FIGURE 87

TOTAL DES PRÉSENTATIONS DE L'OHTN ET DES PARTICIPANTS, PAR OBJECTIF (OERVSCO Q. 6.1A)

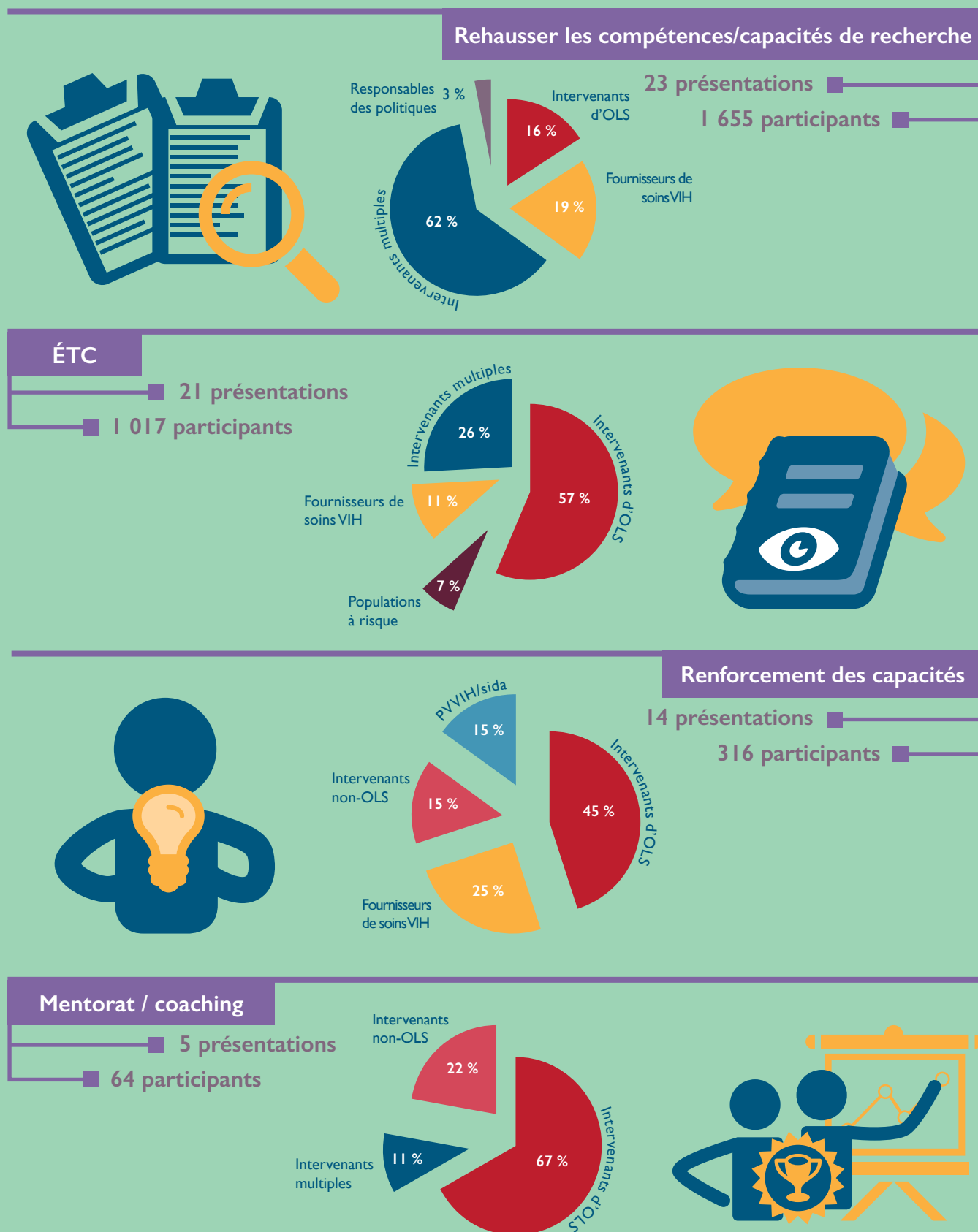


FIGURE 88

DEMANDES D'ANALYSES DE DONNÉES À L'OERVSCO ET À L'OCASE EN 2015 (OERVSCO Q 6.7.A)



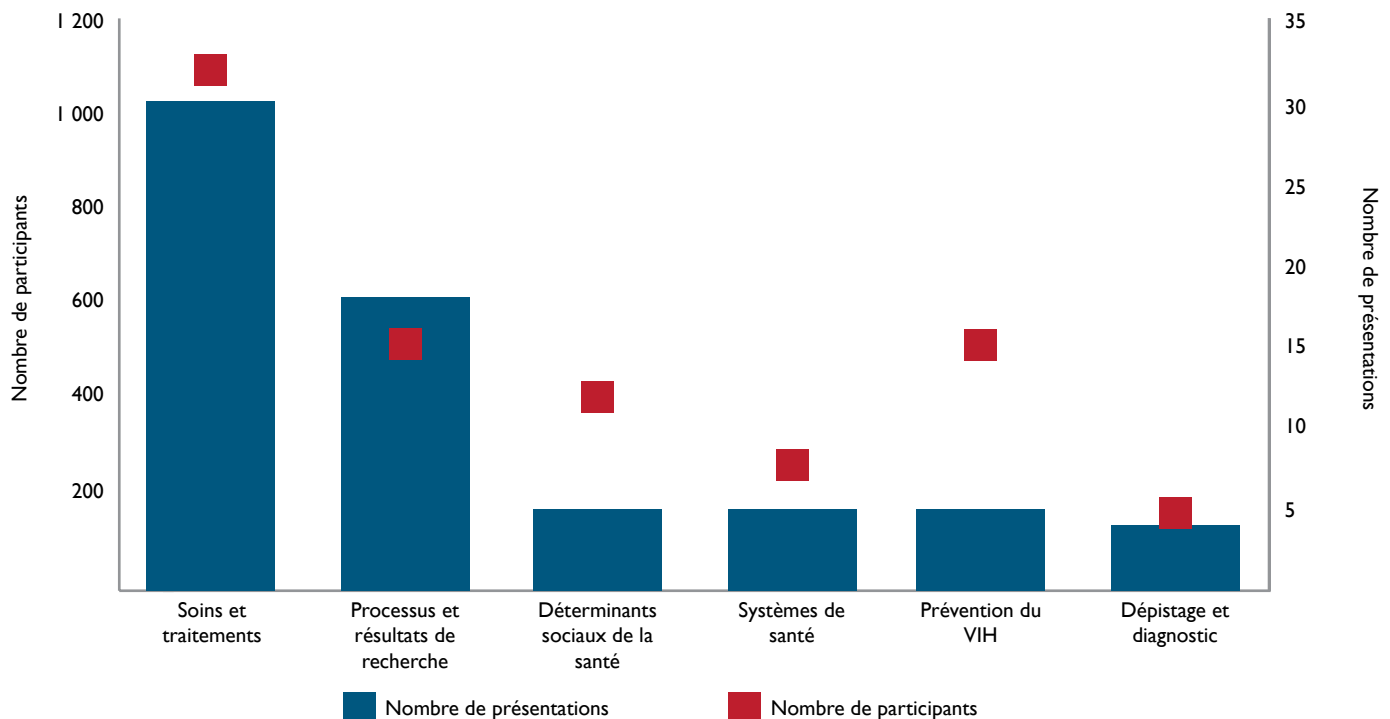
DEMANDES D'ANALYSES
DE DONNÉES



Parler des Recherches

L'OHTN a déclaré avoir livré 67 présentations à un total de 3 052 participants. Les soins et traitements ont été le point de mire d'un grand nombre des présentations, suivis par le processus et les conclusions de recherches.

FIGURE 89 Figure 89 Nombre total de présentations et de participants par présentation accent 2014/15
(OERVSCO q. 6.1a)



En ce qui a trait à l'intérêt et à l'impact, un grand nombre de personnes a assisté à un nombre relativement petit de présentations sur la prévention du VIH et les déterminants sociaux de la santé – mettant en relief l'importance de ces enjeux. Il est probable que ces présentations étaient destinées à des organismes communautaires.

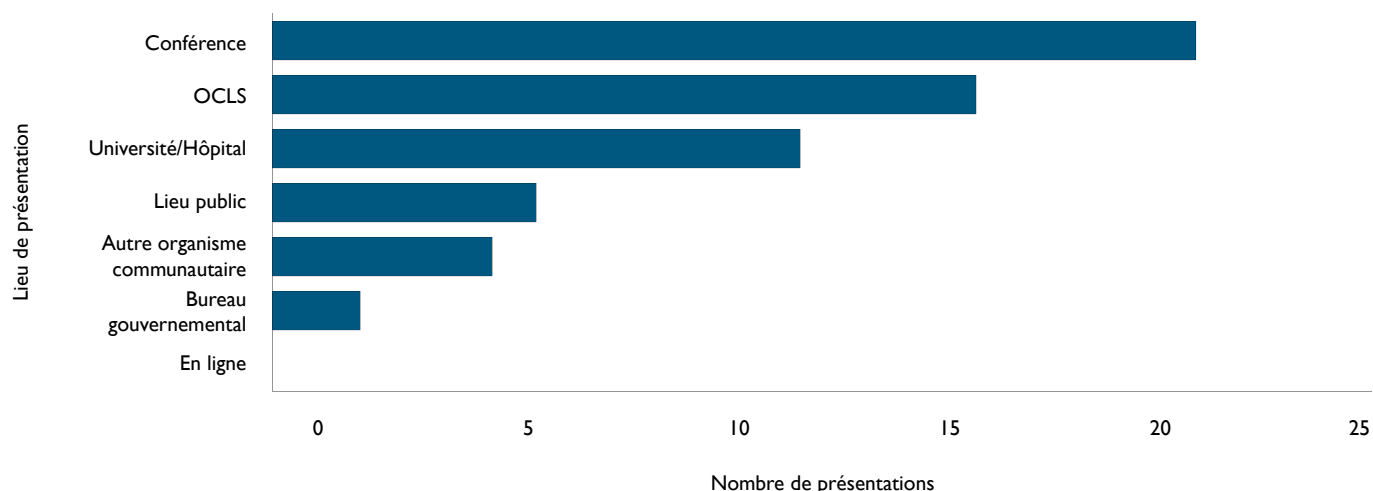
PACS et le développement communautaire

Le PACS finance 14 % des réunions de développement communautaire; le point de mire de celles-ci est semblable à celui des réunions financées par d'autres sources.

Les présentations de l'OHTN ont pour objectifs de rehausser les compétences de recherche, de disséminer les conclusions des recherches (ÉTC), de renforcer les capacités d'utilisation de la recherche dans la pratique et de fournir du mentorat ou du coaching à la prochaine génération de leaders.

Puisqu'un des objectifs de l'OHTN est la dissémination de connaissances au sujet des conclusions de recherche, le contexte le plus fréquent pour les présentations, en 2014-2015, a été les congrès, suivi des OLS et des universités/hôpitaux.

FIGURE 90 Nombre de présentations par la mise en 2014/15 (OERVSCO q. 6.1b)



Renforcement des capacités locales : les fournisseurs de services en VIH favorisent des relations et partenariats dans leurs communautés

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

Pour joindre les personnes à risque et faire en sorte qu'elles et les personnes vivant avec le VIH reçoivent un éventail complet de services sociaux et de santé, les programmes communautaires sont censés bâtir des relations et des partenariats et – dans certains cas – négocier des ententes de services avec d'autres intervenants de leur communauté. Le but sous-jacent est de développer des réseaux de services auxquels les clients peuvent avoir accès.

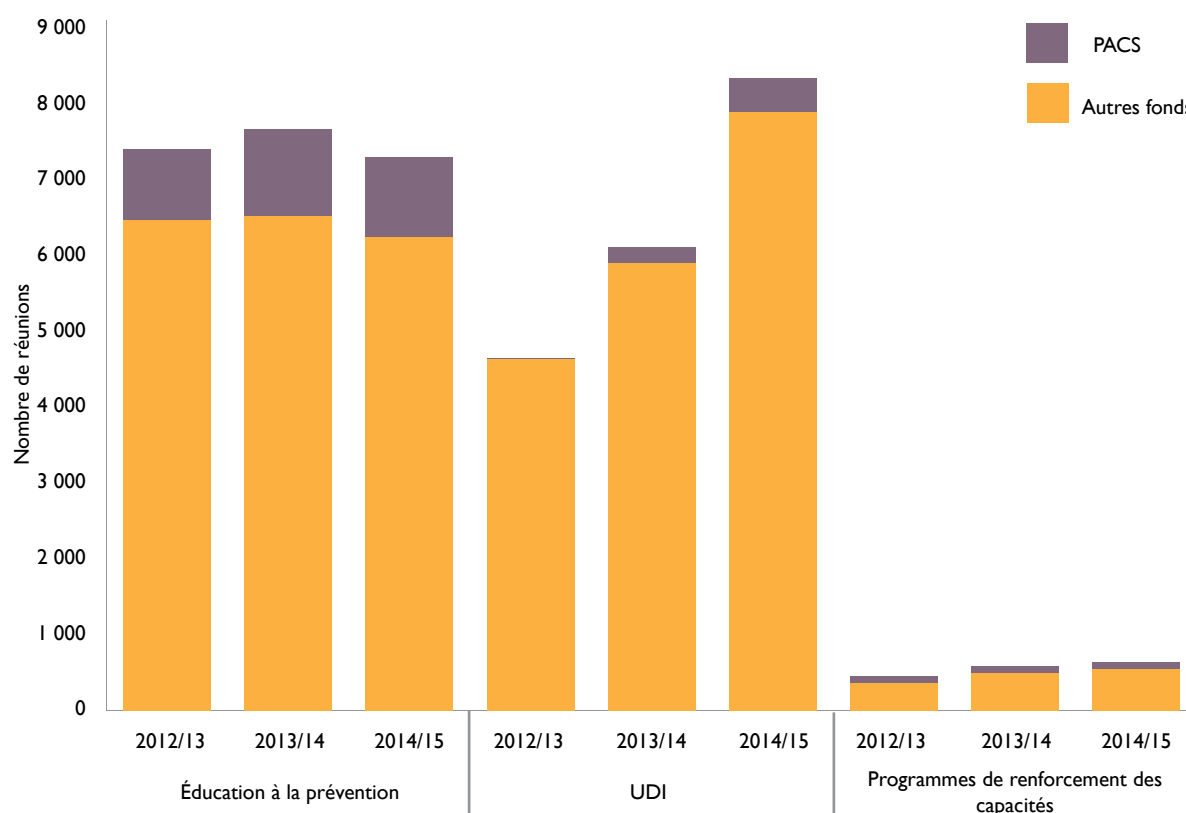
Les programmes recherchent des partenaires pour les aider à fournir des services d'éducation, de proximité et de soutien. De plus, ils cherchent à créer des environnements sécuritaires et à accroître la compétence culturelle d'autres intervenants qui fournissent des services à des personnes vivant avec le VIH. Dans l'OERVSCO, trois types de programmes font état d'activités de développement communautaire :

1) les programmes de prévention (éducation et proximité); 2) les programmes de proximité pour UDI; et 3) les programmes provinciaux de renforcement des capacités.

Hausse de nombre de réunions de développement communautaire

Un moyen de mesurer l'efficacité du secteur dans la création de réseaux de services est le suivi des réunions de développement communautaire. En 2014-2015, les programmes ont déclaré au total 16 078 réunions de développement communautaire – en comparaison avec 14 193 en 2013-2014. Cette augmentation est attribuable principalement au développement communautaire concernant les personnes qui s'injectent des drogues.

FIGURE 91 Réunions de développement communautaire, par bailleur de fonds (OERVSCO q. 9.5 and 13.7 and 14.4)



Qui fournit le leadership en développement communautaire?

Le développement communautaire est une activité d'importance particulière pour les directeurs généraux, les gestionnaires de programmes et les membres de réseaux de populations prioritaires impliqués dans la prévention du VIH.

- Les directeurs généraux et gestionnaires de programmes sont plus impliqués dans des réunions consultatives ou de réseaux, le développement de nouveaux partenariats et des réunions pour améliorer la prestation des services.
- Les intervenants en prévention générale se concentrent principalement sur les réunions de réseaux, le partage d'information, les nouveaux partenariats et l'amélioration de la prestation de services.
- Les membres des réseaux de populations prioritaires participent principalement aux réunions de réseaux, à la planification d'événements communautaires, aux réunions de comités consultatifs et au développement de relations.

Le développement communautaire aide à bâtir des réseaux

Le but des réunions de développement communautaire sur la prévention (éducation et proximité) est de rehausser les capacités individuelles, organisationnelles et communautaires. Les principaux objectifs des réunions sont de développer des coalitions/réseaux et de planifier des événements communautaires (voir la Figure 92).

FIGURE 92 Les plus commun 5 des activités de développement communautaire par bailleur de fonds (OERVSCO q. 9.5)

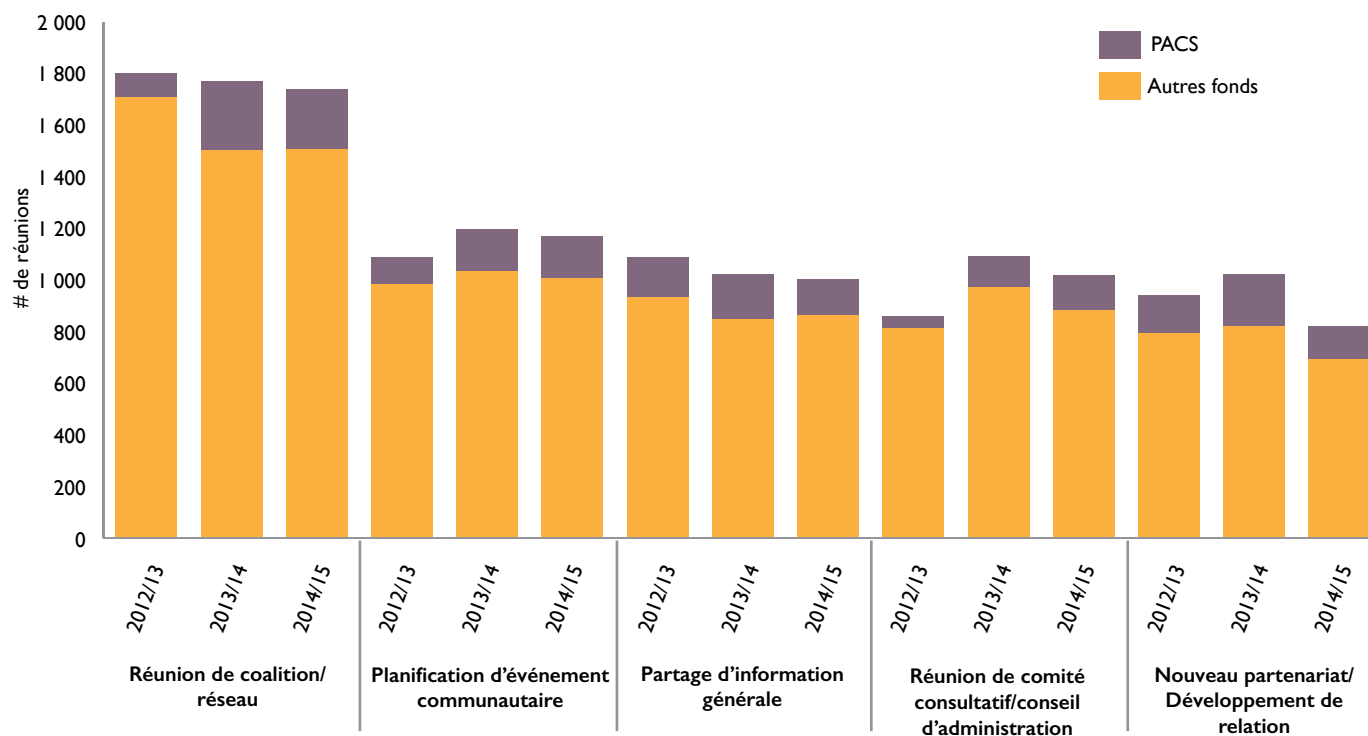
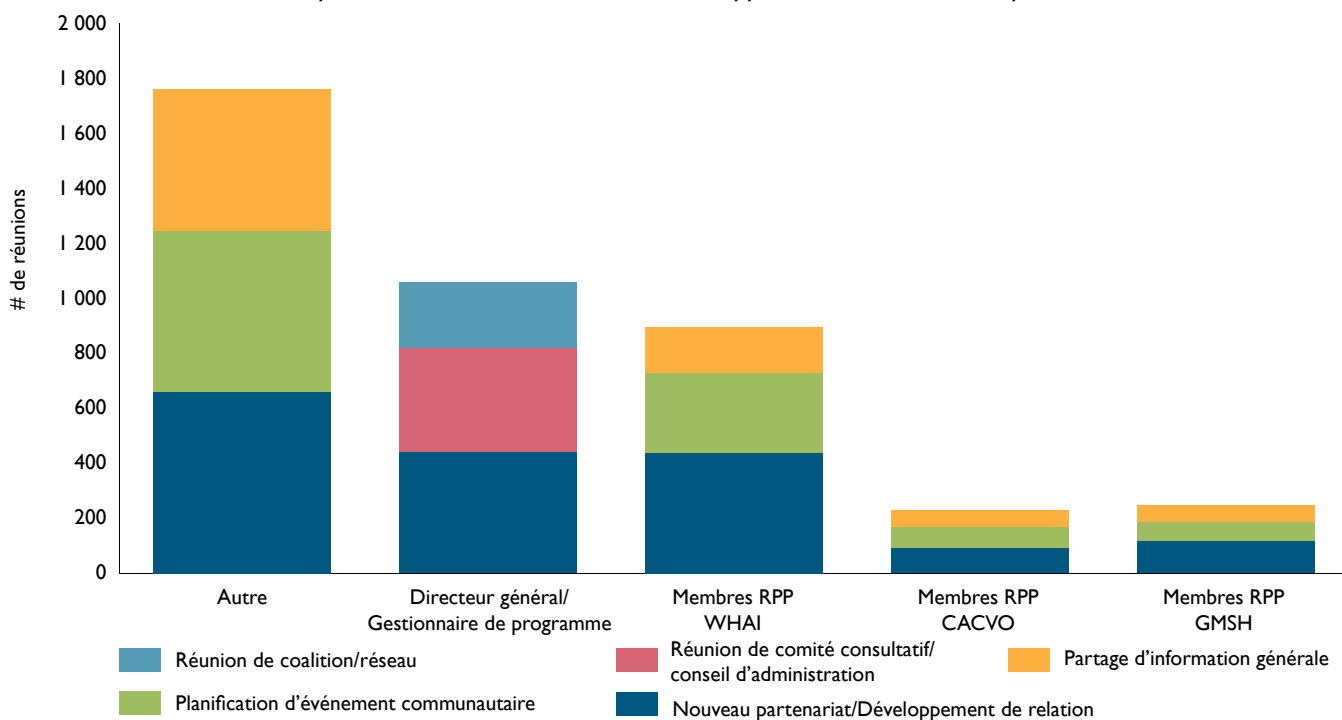


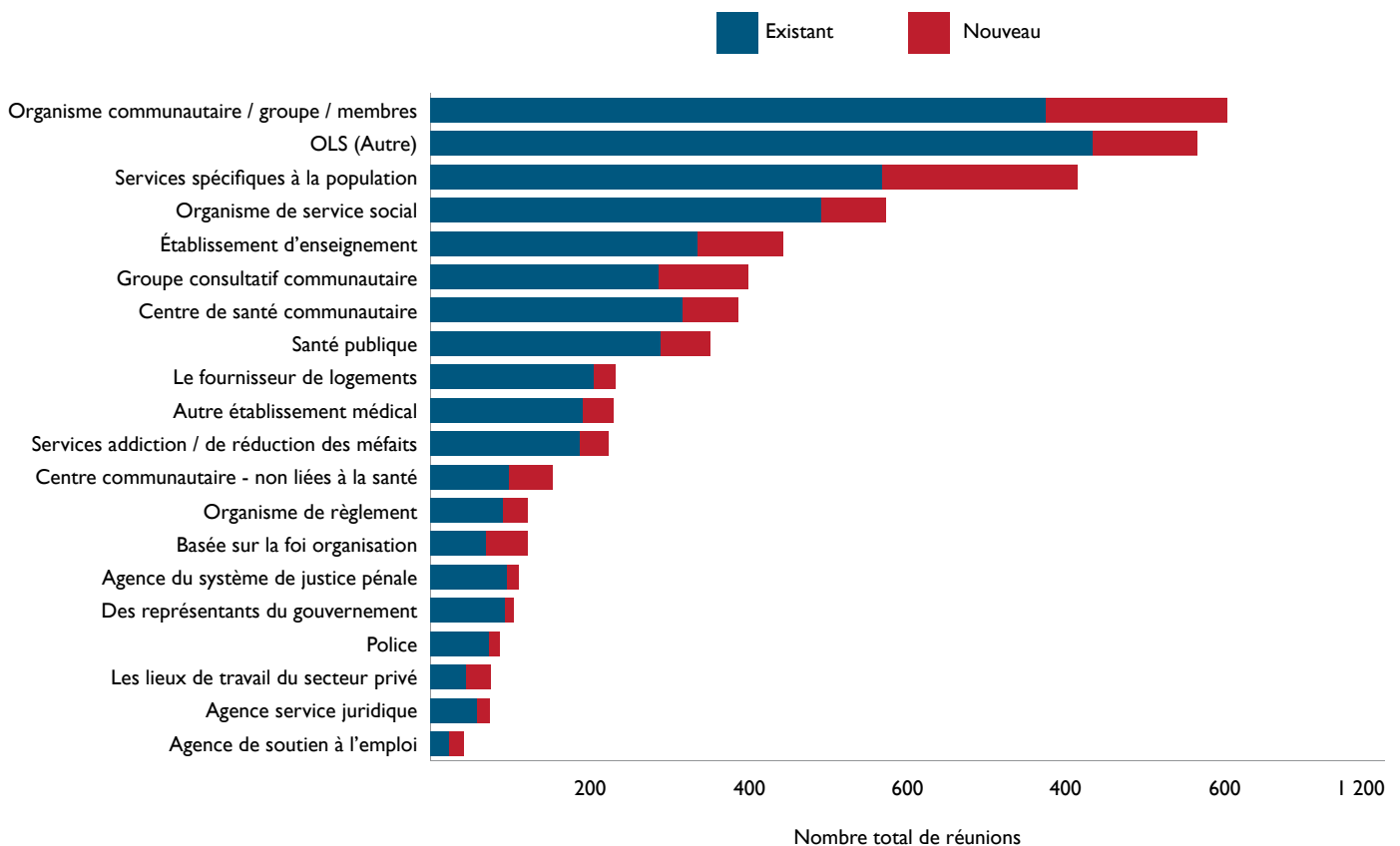
FIGURE 93 Les plus commun 3 des activités de développement communautaire par rôle (OERVSCO q. 9.5)



Les services spécifiques à des populations : Partenaires croissants dans le développement communautaire

Une part importante du travail de développement communautaire réalisé par les intervenants en prévention est centrée sur les organismes communautaires, d'autres OLS et des services spécifiques aux populations. En accord avec la stratégie provinciale, il est prometteur d'observer une augmentation des partenariats dans les services spécifiques aux populations, de même que parmi les centres de santé communautaire et la santé publique (voir la Figure 94).

FIGURE 94 réunions de développement communautaire par type de partenaire (pour les travailleurs de prévention) 2014/15 (OERVSCO 9.5b)



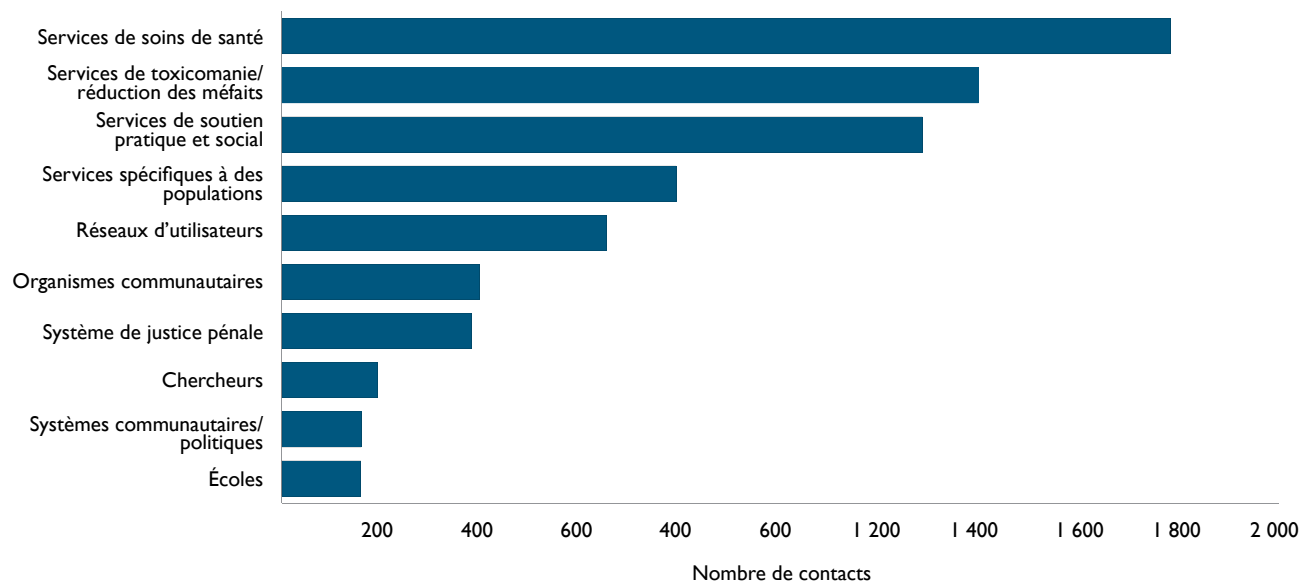
Qui participe aux activités de développement communautaire pour UDI?

Les activités de développement communautaire pour les UDI s'adressent principalement à d'autres fournisseurs de services sociaux et de santé. En 2014-2015, les programmes à l'intention des UDI se sont efforcés d'impliquer les services et soins de santé, de toxicomanie et de réduction des méfaits ainsi que les services de soutien social et pratique. Ceci cadre dans les efforts plus généraux pour répondre aux besoins sociaux et de santé complexes des personnes qui consomment des drogues.

FIGURE 95 Participation au développement communautaire pour UDI (OERVSCO q. 13.7)

	Réunions de comité / réseau / coalition	Nettoyages communautaires	Événements communautaires	Exposés éducatifs / programmes formels	Recherche
					
PACS					
# de réunions / contacts	91	11	17	103	13
# de participants	206	34	1 603	1 559	7
AUTRE FINANCEMENT					
# de réunions / contacts	795	230	198	991	35
# de participants	4 117	232	7 302	9 490	280

FIGURE 96 IDU community development contacts by agency type 2014/15 (OERVSCO 13.8)



8. Portrait régional

Tendances géographiques de l'épidémie

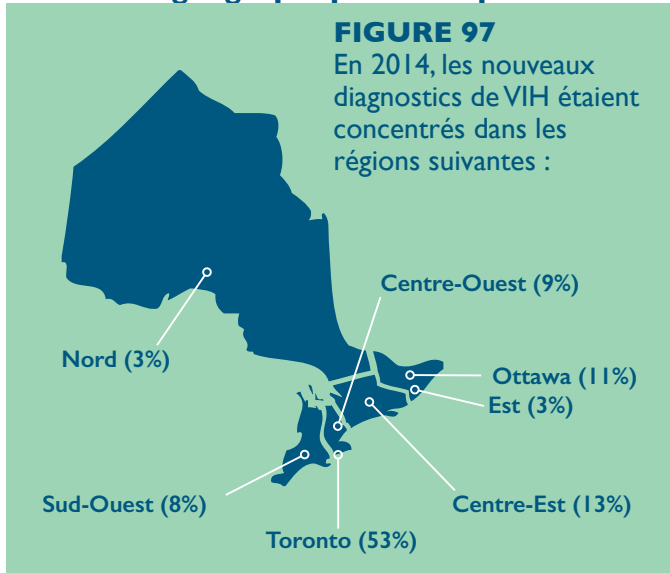
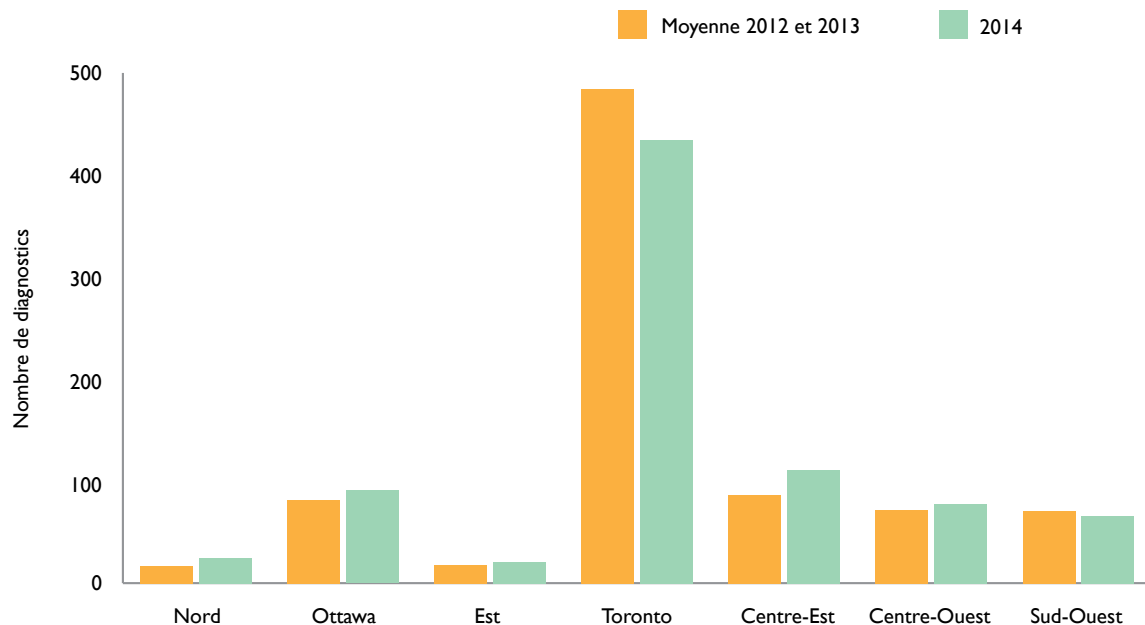


Table 11. Nombre et pourcentage de diagnostics de VIH attribués aux diverses régions de l'Ontario, 2014

Région	Nombre de nouveaux diagnostics de VIH	Pourcentage des nouveaux diagnostics de VIH
Nord	25	3%
Ottawa	91	11%
Est	21	3%
Toronto	434	53%
Centre-Est	111	13%
Centre-Ouest	78	9%
Sud-Ouest	66	8%
Hors province	11	-

Tendances au fil du temps : En comparaison au nombre moyen d'infections par le VIH au cours des deux années précédentes (2012-2013), le nombre de nouvelles infections a diminué dans la région de Toronto et celle du Sud-Ouest, mais augmenté légèrement dans toutes les autres régions (Figure 98).

FIGURE 98 Nombre de nouveaux diagnostics du VIH attribué à diverses régions, 2012-2013 (en moyenne) vs 2014



Différences selon le sexe : Parmi les femmes, il y a eu des augmentations relativement importantes du nombre de nouveaux diagnostics de VIH dans les régions du Nord, de l'Est et du Centre-Ouest (Figure 99). Chez les hommes (Figure 100), il n'y avait pas de différences majeures par rapport aux tendances générales.

FIGURE 99 Nombre de nouveaux diagnostics du VIH chez des *hommes*, attribué à diverses régions, 2012-2013 (en moyenne) vs 2014

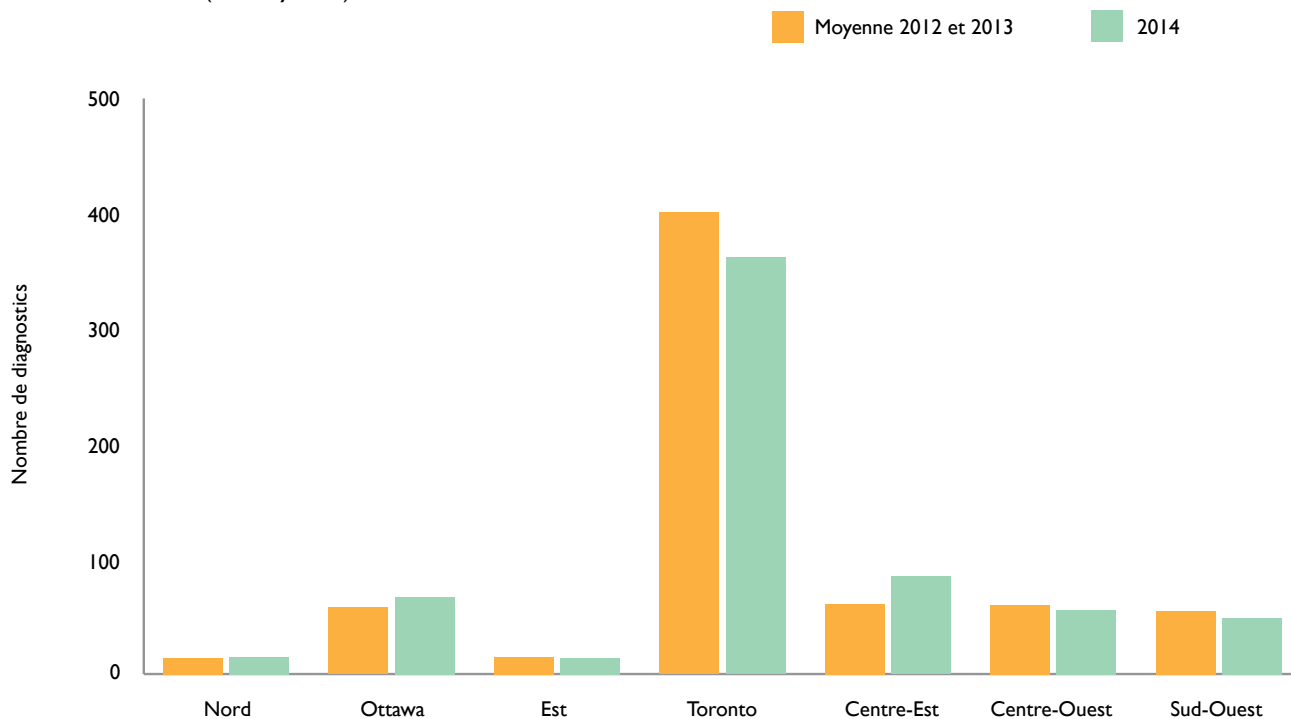
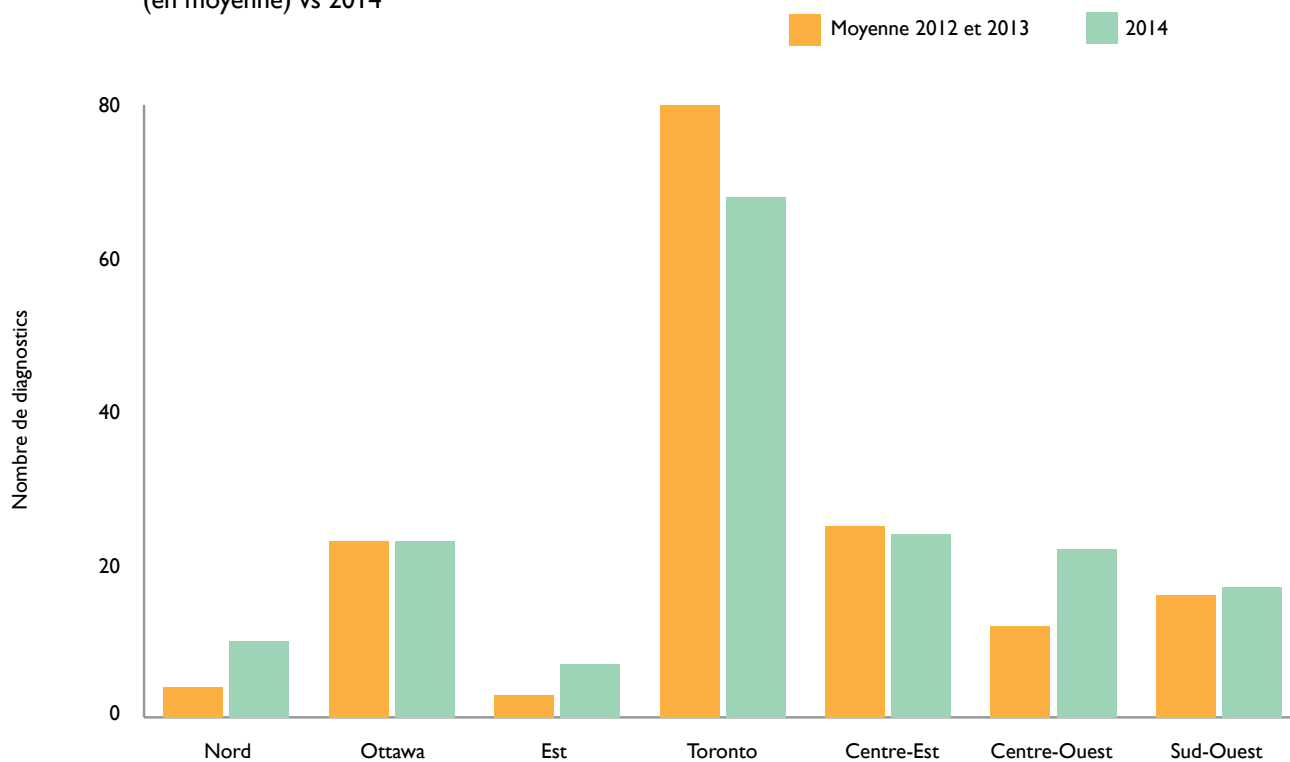


FIGURE 100 Nombre de nouveaux diagnostics du VIH chez des *femmes*, attribué à diverses régions, 2012-2013 (en moyenne) vs 2014

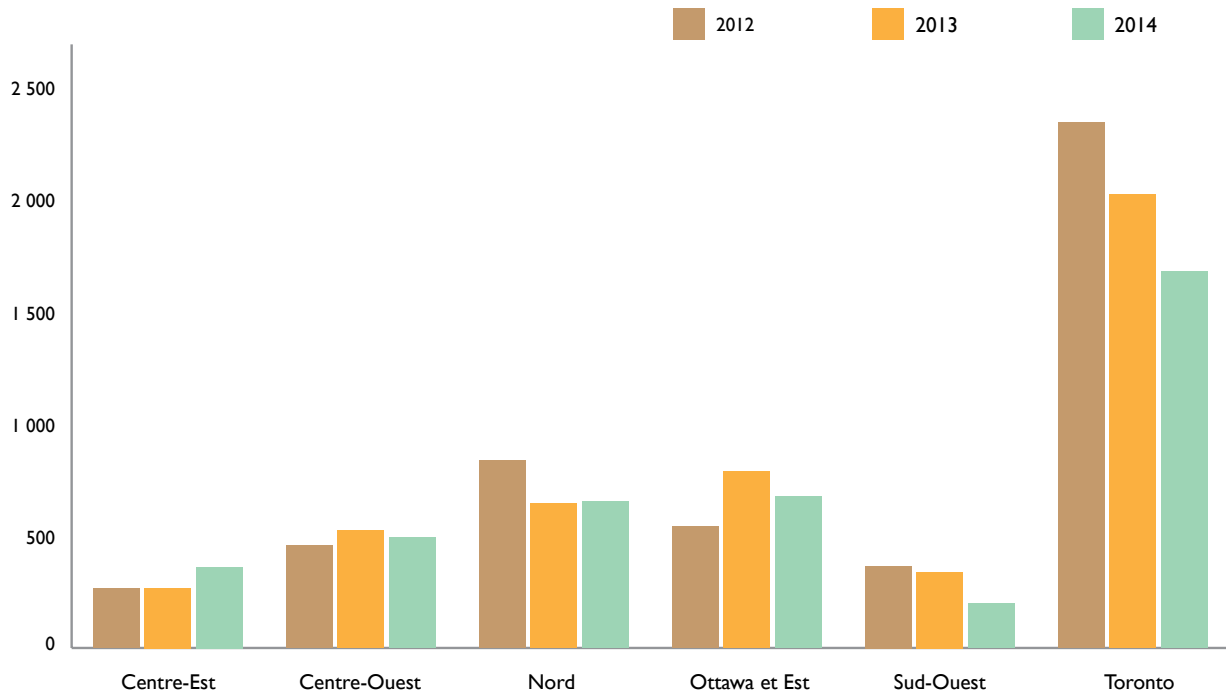


Portrait régional des présentations sur la prévention

À qui adresse-t-on?

Des présentations éducatives sont livrées partout dans la province. En 2014-2015, dans le Centre-Est, le nombre de présentations livrées présente une augmentation sur l'année dernière.

FIGURE 101 Nombre de présentations par région (OERVSCO q. 9.1a)



Dans au moins quatre régions – Nord, Ottawa-Est, Sud-Ouest et Centre-Ouest – on a déclaré un moins grand nombre de présentations pour les jeunes. Ce changement correspond au point de mire accru sur les populations prioritaires (voir la Figure 102).

FIGURE 102 Tendances des présentations régionales en public (OERVSCO 9.1a)

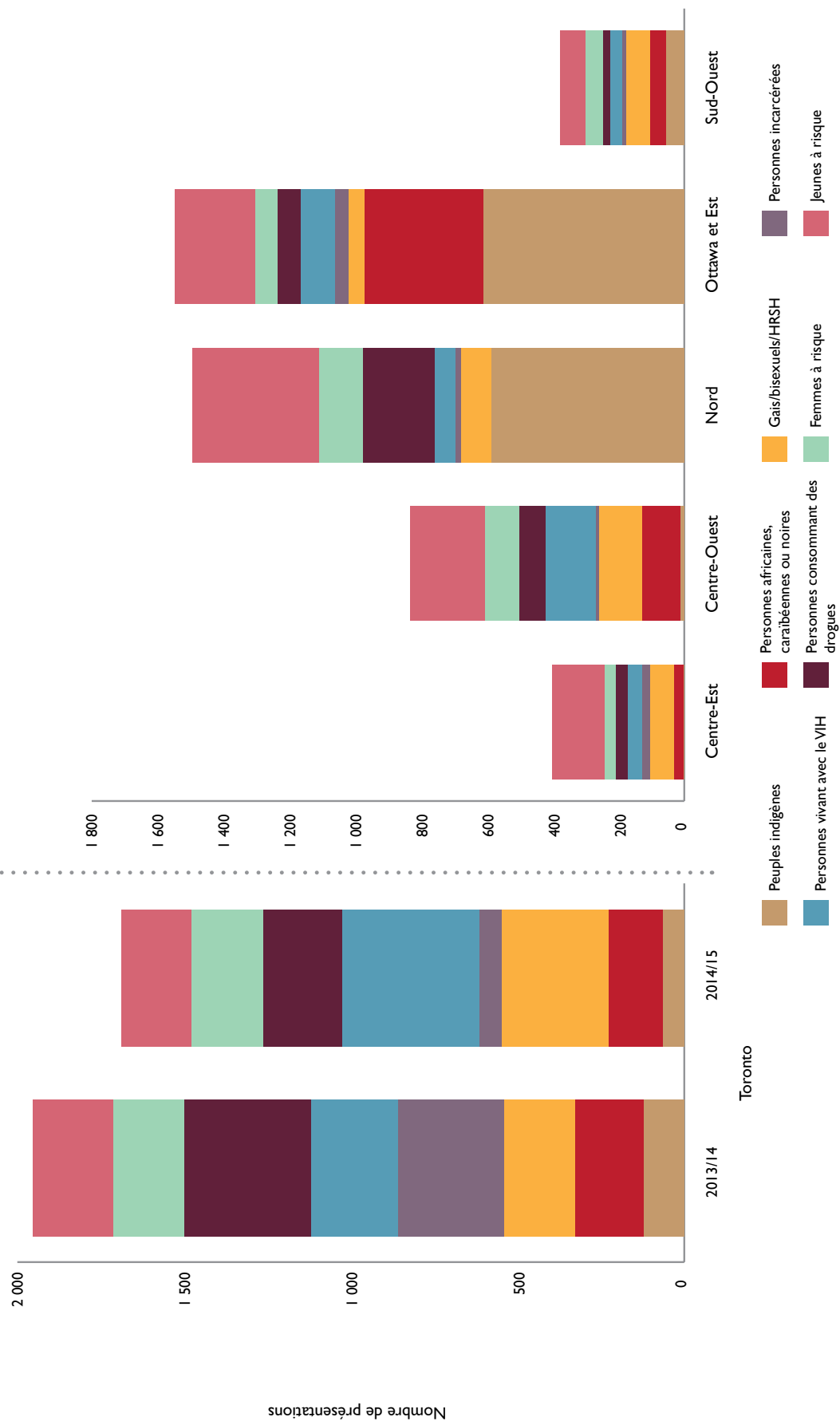


FIGURE 103

PROGRAMMES ET SERVICES EN VIH : PORTRAIT RÉGIONAL

(OERVSCO Q. 9.1A)

Nord

Nombre accru de présentations à des personnes qui consomment des drogues et à des personnes indigènes; diminution dans toutes les autres catégories, en particulier les jeunes à risque.

Ottawa et Est

Nombre accru de présentations à des personnes indigènes, des personnes vivant avec le VIH et des femmes à risque; diminution pour les personnes ACN et les jeunes à risque.

Centre-Est

Nombre accru de présentations à des jeunes à risque, personnes qui consomment des drogues, personnes vivant avec le VIH et personnes ACN; diminution pour les gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ainsi que pour les personnes incarcérées.

Centre-Ouest

Nombre accru de présentations à des personnes qui consomment des drogues, des gais/bisexuels et autres HRSH et des personnes indigènes; diminution pour les jeunes à risque et les personnes vivant avec le VIH.

Sud-Ouest

Nombre accru de présentations à des gais/bisexuels et autres HRSH, et à des personnes ACN; diminution pour les jeunes à risque et les personnes incarcérées.

Toronto

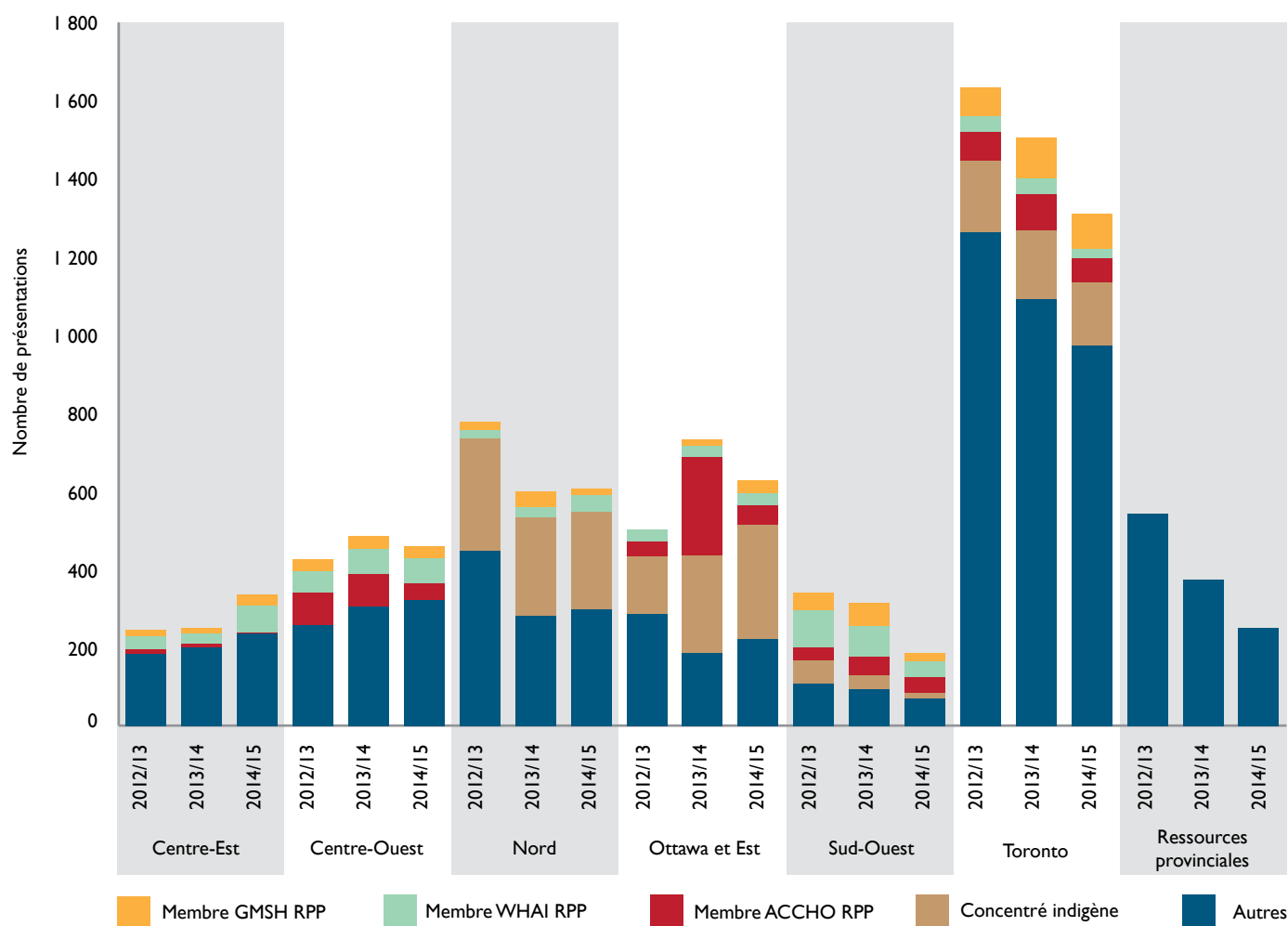
Nombre accru de présentations à des personnes vivant avec le VIH, et à des gais/bisexuels et autres HRSH; diminution pour toutes les autres catégories.



Qui livre les présentations sur la prévention, en région?

La plupart des présentations sont encore faites par les intervenants en prévention générale – un fait prévisible, vu la proportion qui leur incombe, en comparaison avec les intervenants pour des populations spécifiques. Cependant, puisque les membres locaux des réseaux de populations prioritaires et les intervenants pour des populations spécifiques développent des relations de plus en plus fortes et deviennent mieux établis au sein de leurs communautés, ils livrent un nombre croissant de présentations. Toute diminution du nombre de présentations livrées par ces employés, dans une région, est habituellement due à un changement d'employé.

FIGURE I04 FIGURE I04 Nombre de présentations par région et par type de travailleur (OERVSCO q. 9.1a)



Quels sont les sujets les plus fréquents dans chaque région?

La Figure 105 illustre les sujets les plus souvent abordés dans chacune des régions. Les quatre thèmes les plus populaires sont le VIH 101, des enjeux spécifiques à des populations, l'hépatite C 101 ainsi que la stigmatisation et la discrimination; toutefois, la proportion des présentations sur chacun de ces sujets varie d'une région à l'autre. Les plus populaires dans le Centre-Est incluent la diversité/anti-oppression/compétence culturelle et les sujets « autres ». Plus d'informations sont nécessaires quant à ce qu'englobe l'enveloppe « autres ».

FIGURE 105 Top 3 sujets par région (OERVSCO q. 9.1a)

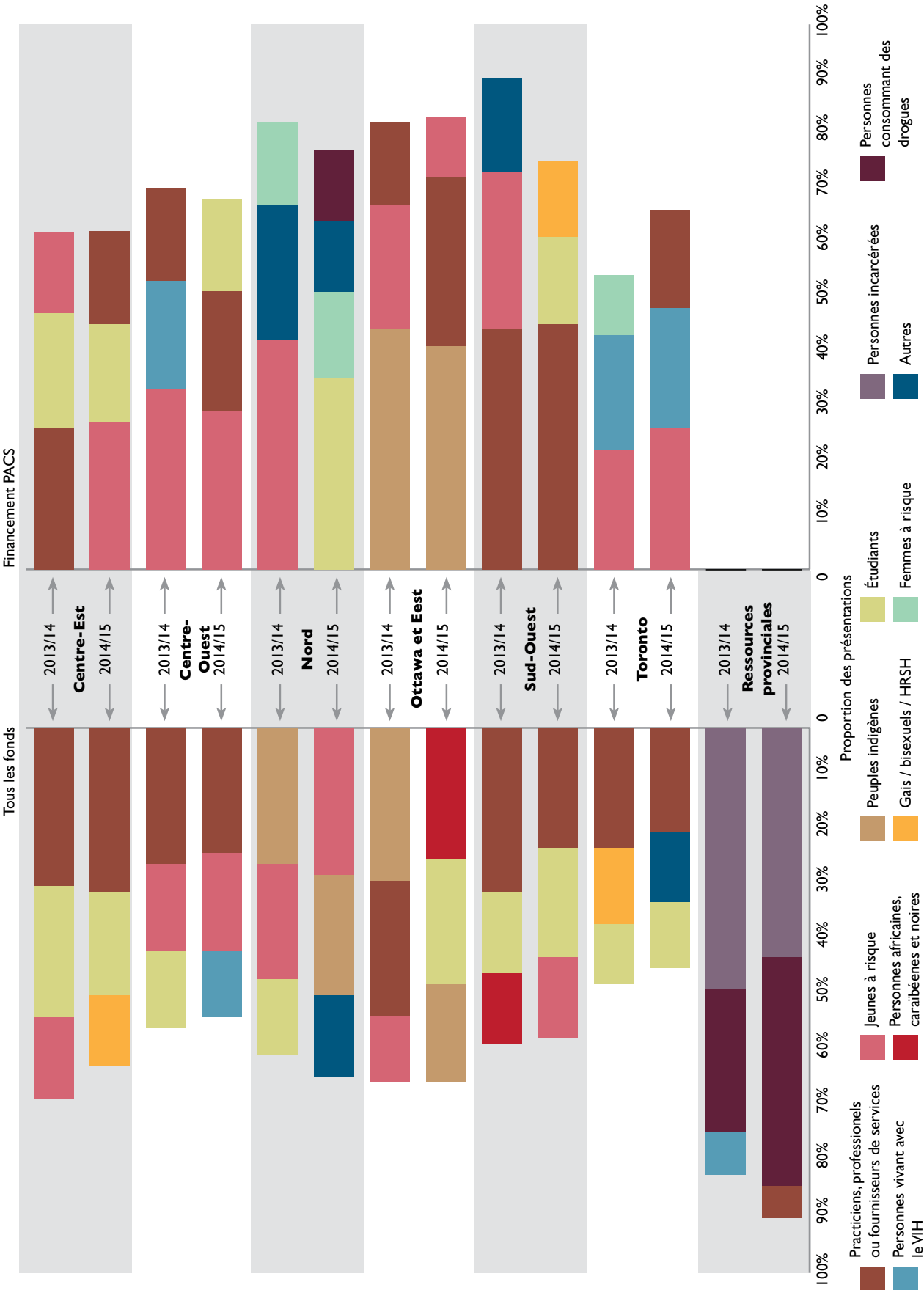


Joignons-nous les « bonnes » personnes dans nos régions?

À l'examen des trois principaux publics cibles des présentations éducatives, par région, il semble que les programmes des régions Ottawa/Est et du Nord consacrent une part importante de leurs ressources éducatives aux personnes indigènes. Les jeunes à risque sont une cible principale de l'éducation dans quatre des six régions – même si le taux de nouveaux diagnostics chez les jeunes n'est pas élevé. Dans deux régions, les jeunes à risque représentent plus d'un tiers du public total des présentations. Ceci est-il dû au fait qu'on avait prévu joindre ce public ou qu'on avait planifié de joindre une population prioritaire mais qu'on ne l'a pas inscrit/déclaré correctement? Bien que les taux de nouveaux diagnostics d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes soient élevés dans la plupart des régions, et que les communautés ACN soient une population prioritaire, cette population figure parmi les trois principaux publics dans une seule région. Est-ce dû à la préférence de ces communautés pour d'autres formules d'intervention que les présentations formelles?

Les praticiens, professionnels ou fournisseurs de services, les jeunes à risque et les étudiants forment la majeure partie du public des présentations financées par le PACS dans toutes les régions, à l'exception des programmes de renforcement des capacités, qui utilisent des fonds pour joindre des personnes incarcérées et des personnes qui consomment des drogues.

FIGURE 106 Top 3 types d'audience de présentation par région (OERVSCO q.9.1.a)

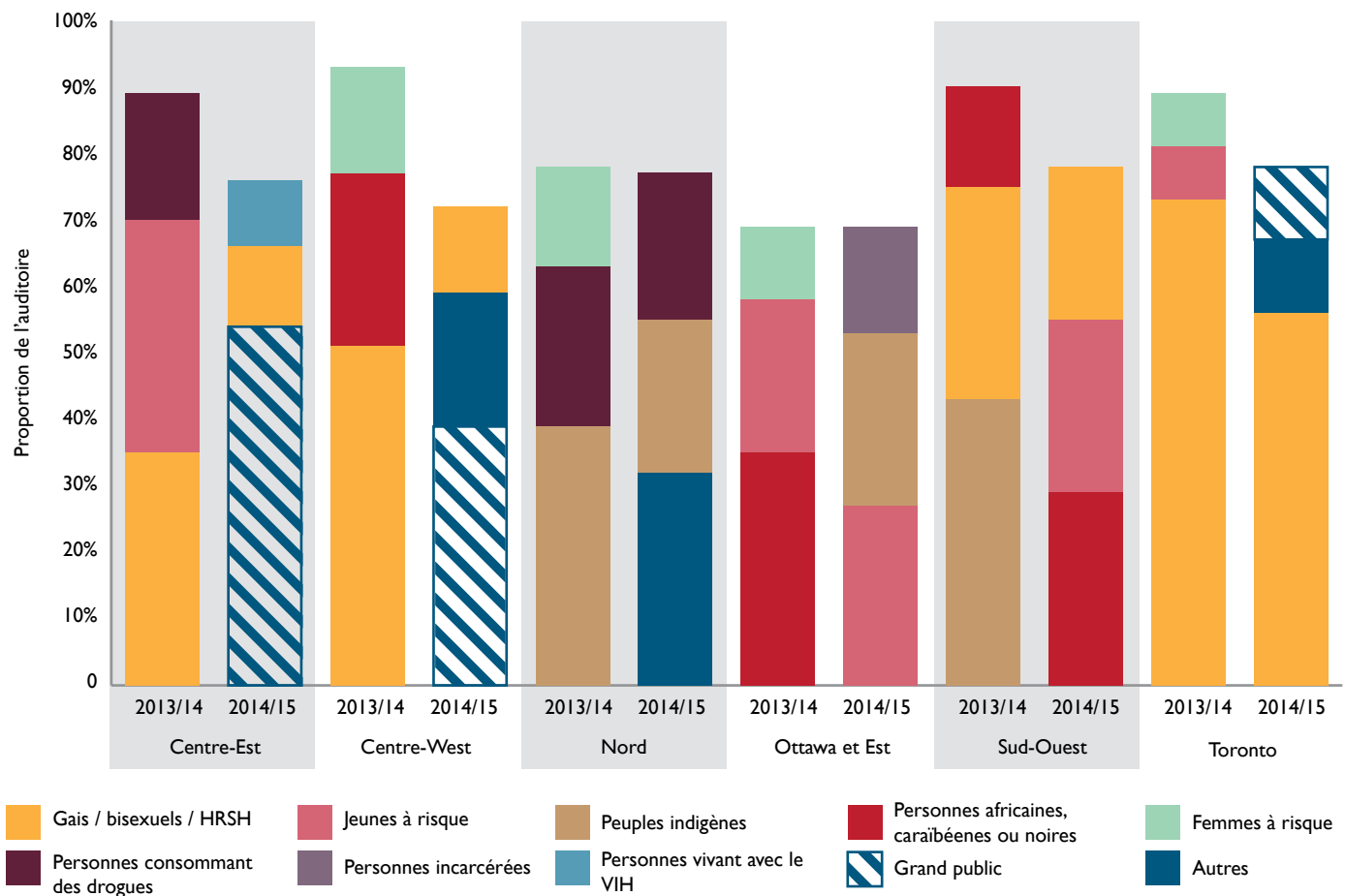


Portrait régional des services de proximité

Qui est joint par le travail de proximité dans les régions?

- Toronto et le Sud-Ouest avaient leur point de mire sur les gais, bisexuels et HRSH.
 - La région Ottawa-Est ainsi que celle du Sud-Ouest ont ciblé les jeunes à risque.
 - Le Nord et Ottawa-Est ont ciblé les personnes indigènes.
 - Le Nord a ciblé les personnes consommant des drogues. (Note : D'autres régions semblent avoir déclaré leur travail de proximité pour les personnes consommant des drogues dans la section de l'OERVSCO portant sur le travail de proximité pour UDI, plutôt que la proximité en général.)
- Le Centre-Est et l'Ouest se sont concentrés sur la population générale.

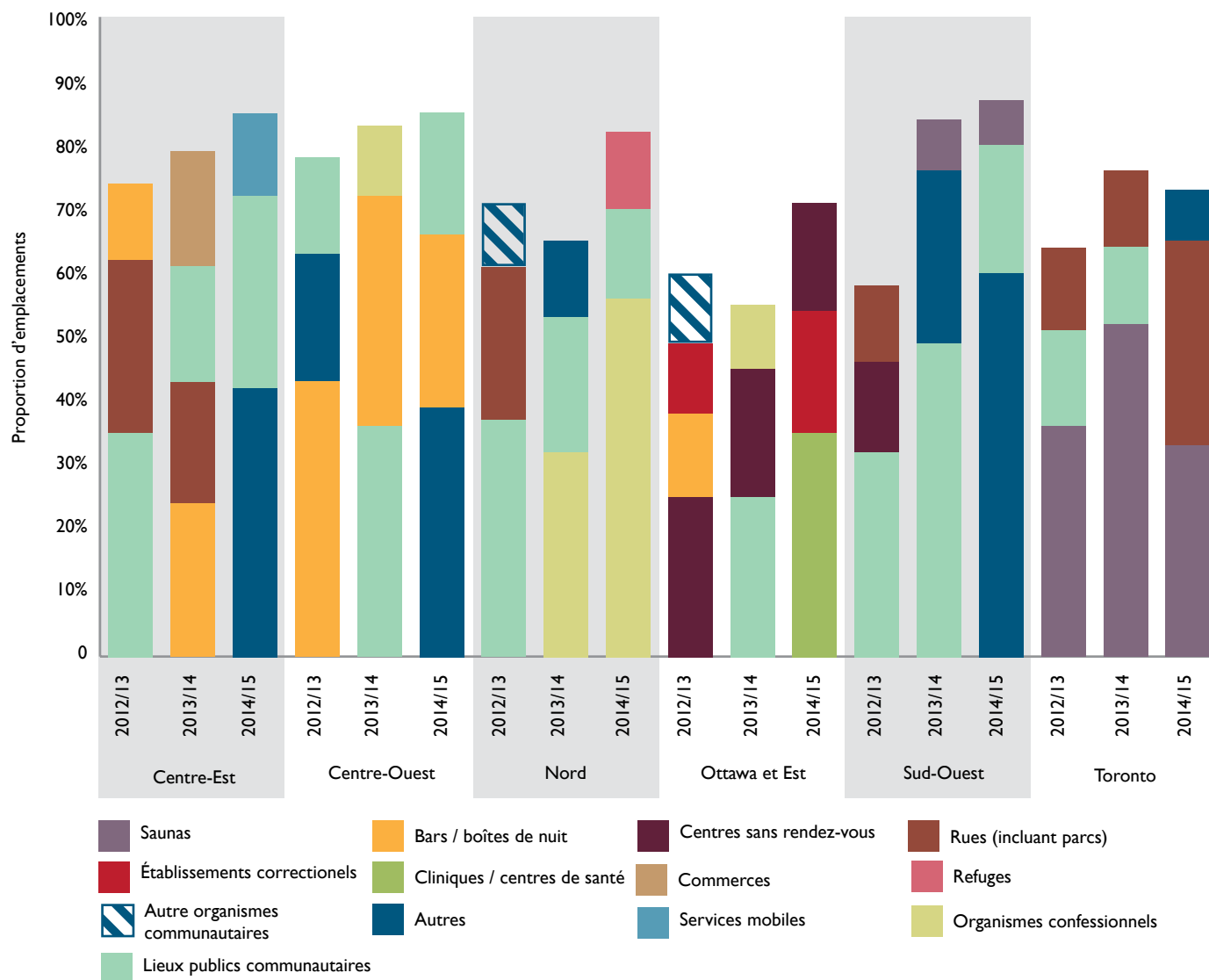
FIGURE 107 Top 3 contacts de sensibilisation significatifs par région (OERVSCO q. 9.10a)



Changement des lieux du travail de proximité

Toutes les régions ont déclaré les espaces communautaires publics comme étant des lieux clés pour le travail de proximité. La région Ottawa-Est a déclaré qu'une part importante de son travail de proximité est effectuée dans des cliniques ou centres de soins de santé; c'est la seule région à avoir mentionné ce type de lieu. Dans le Nord, on se concentre davantage sur les refuges. Le Centre-Est, le Centre-Ouest et le Sud-Ouest ont déclaré faire une somme importante de travail de proximité dans d'« autres » lieux. On ne sait pas si cela est dû à l'émergence d'un nouveau lieu pour le travail de proximité dans ces régions, ou plutôt à une erreur dans les données.

FIGURE 108 Top 3 sensibilisation lieux par région (OERVSCO q. 9.10a)



Différences régionales dans les tendances du travail de proximité pour UDI

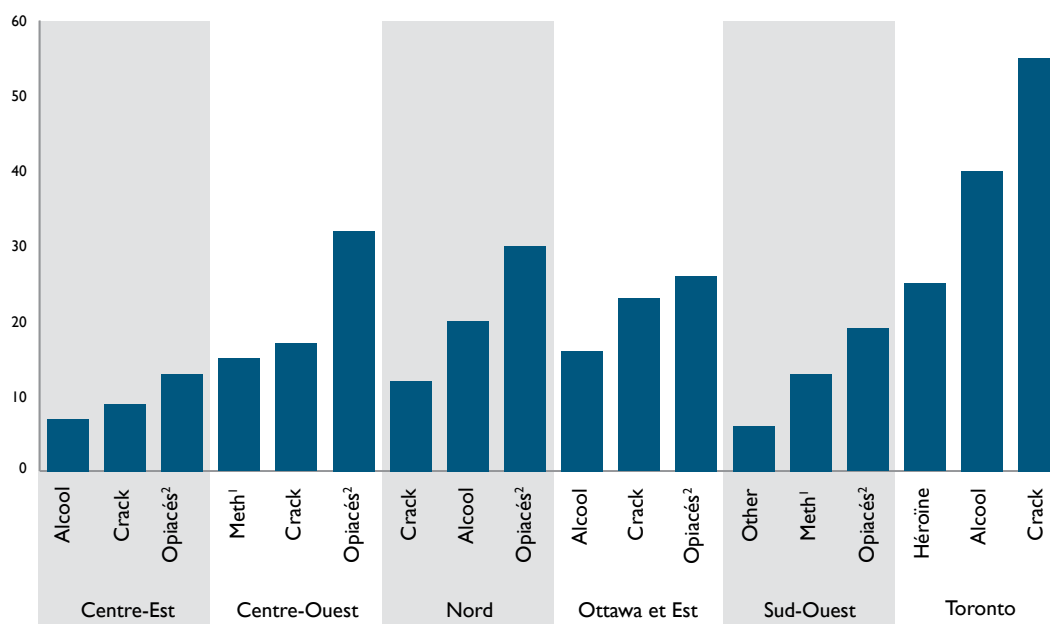
En examinant les tendances des services de proximité à l'intention des UDI, des différences sont évidentes. Pour la quatrième année consécutive, Toronto a déclaré moins d'interactions (alors que le nombre d'interactions par des programmes financés pour le travail de proximité a diminué, le nombre de contacts déclarés par les autres programmes a augmenté). Les régions d'Ottawa-Est, du Nord et du Centre-Est ont toutes déclaré un nombre accru d'interactions de proximité.

Table 12. Différences régionales dans les programmes de proximité pour UDI

	Programmes financés	Autres programmes
Interactions de proximité	Augmentation déclarée dans quatre des six régions – Centre-Est, Centre-Ouest, Ottawa-Est et Nord. La région de Toronto continue de déclarer beaucoup moins d'interactions de proximité.	Augmentation déclarée dans quatre des six régions – Centre-Est, Centre-Ouest, Toronto et Nord. Toronto et Ottawa-Est ont déclaré beaucoup plus d'interactions
Au point de services	Centre-Ouest et Ottawa-Est ont déclaré plus d'interactions alors que toutes les autres régions en ont déclaré moins.	Les autres programmes à Ottawa et dans le Centre-Ouest ont déclaré plus de contacts au point de services que ceux de Toronto. Dans le Sud-Ouest et le Centre-Est, aucun autre programme n'a fait de déclaration

Le nombre déclaré d'interactions au point de services a diminué, en 2014-2015. Dans l'ensemble, il y a eu déclin de 13 % (-16 % parmi les programmes financés pour la proximité pour UDI et +5 % parmi les autres programmes). Cependant, Ottawa-Est a été la seule région à déclarer plus d'interactions au point de services, tant dans les programmes financés pour la proximité UDI que dans le cadre des autres programmes). Les interactions au point de services déclarées par Toronto, le Sud-Ouest et le Centre-Ouest étaient principalement faites par les programmes financés pour la proximité pour UDI, alors que dans les régions Ottawa-Est et du Nord, ces services sont surtout fournis par les autres programmes.

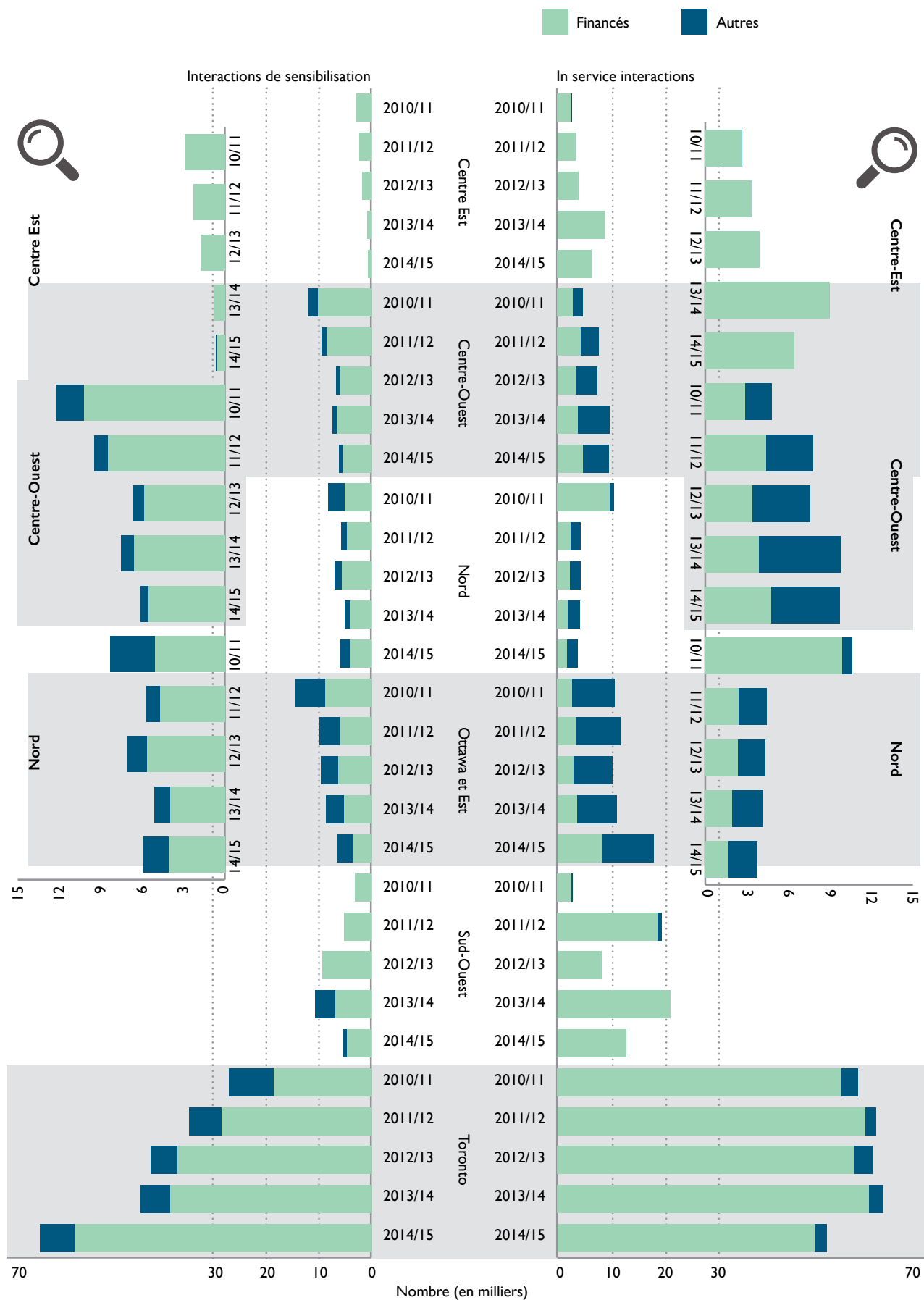
FIGURE 109 Médicaments de choix par région (OERVSCO q. 13.9)



1. Meth: Comprend la méthamphétamine, le cristal, la méthamphétamine, la glace.

2. Opiacés: Comprend OxyNEO, oxycodone, fentanyl, Percocet, Dilaudid, Morphine, etc.

FIGURE 110 Nombre total de IDU sensibilisation et interactions en service (OERVSCO q. 13.11 & 13.2.1)



Portrait régional des services de soutien

Qui a recours aux services de soutien?

Alors que les hommes constituent environ deux tiers des utilisateurs de services, la proportion des hommes et des femmes recourant aux services de soutien varie dans certaines régions de la province. Par exemple, les programmes du Centre-Est ont déclaré que 43 % de la clientèle des services est composée de femmes – c'est le taux le plus élevé de femmes dans la province. À l'opposé, les programmes d'Ottawa et de l'Est servent principalement des hommes.

FIGURE 111 Proportion de clients ayant accès aux services de soutien par région et par sexe 2013/14 (OERVSCO q. 11.1.1)

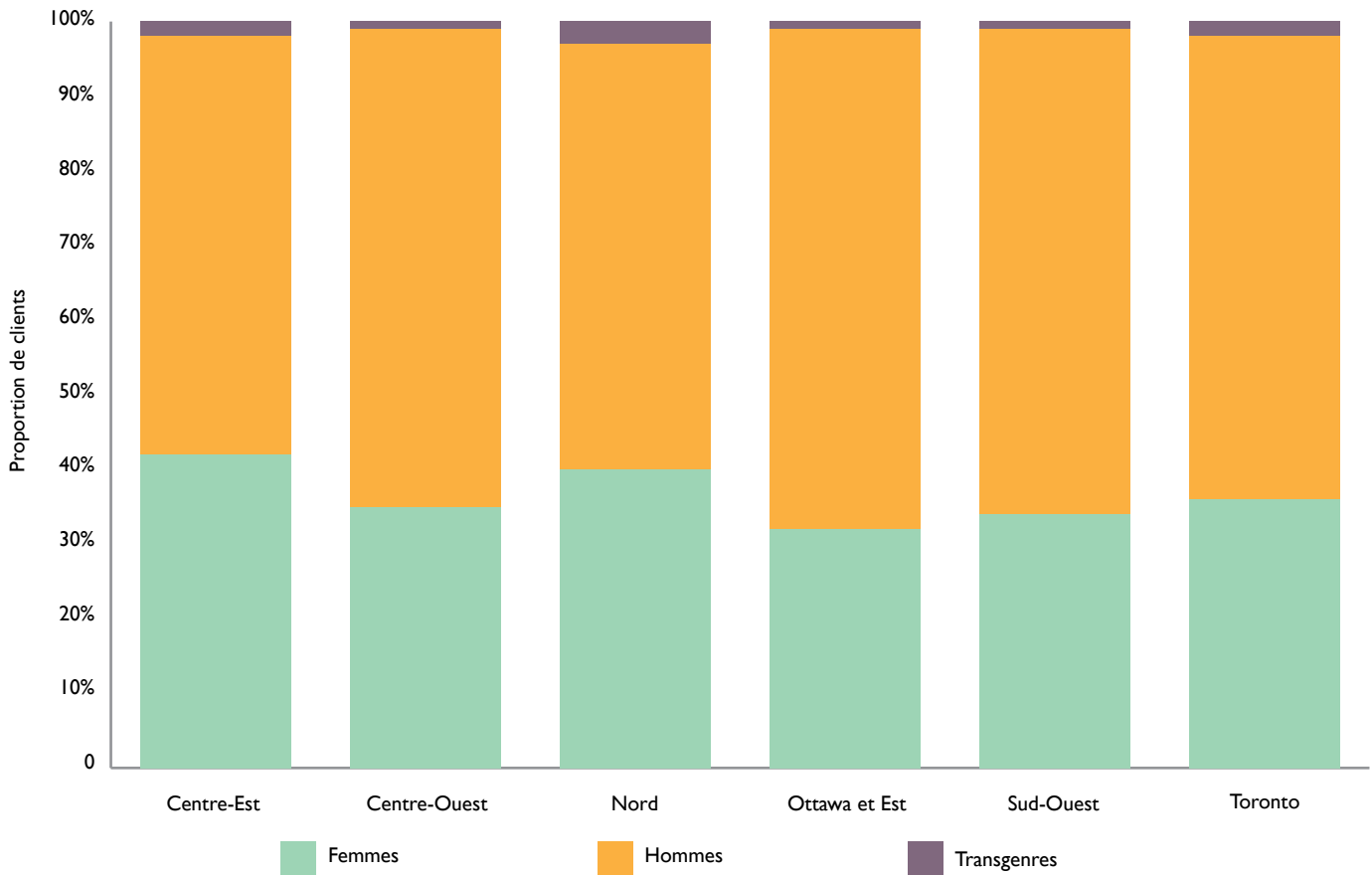
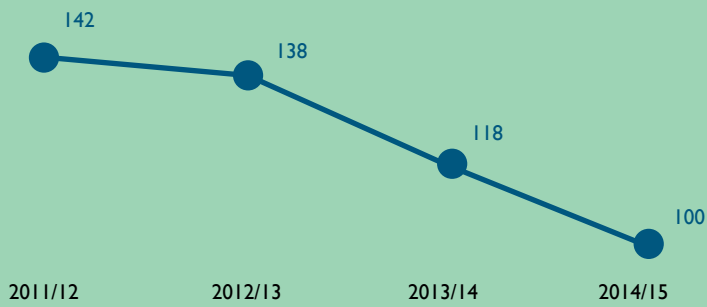


Table 13. Distribution régionales des 16 323 services de soutien, par group de clients et genre
 (OERVSCO 11.1.1)

	Femmes	Hommes	Hommes trans	Femmes trans	Total
Centre-Est					
Moyenne des continus et total des nouveaux	273	381	10	27	690
Personnes affectées	131	113	0	1	244
À risque	29	49	10	22	109
Autres	2	2	0	0	4
PVVIH	112	218	0	4	333
Central West					
Moyenne des continus et total des nouveaux	239	441	1	5	685
Personnes affectées	38	28	0	0	65
À risque	2	4	1	2	8
Other	14	36	0	1	50
PVVIH	186	374	0	3	562
Northern					
Moyenne des continus et total des nouveaux	231	346	16	11	603
Personnes affectées	16	17	1	0	33
À risque	108	149	16	11	283
Other	31	42	0	0	72
PVVIH	77	138	0	0	215
Ottawa and Eastern					
Moyenne des continus et total des nouveaux	815	1 569	7	12	2 402
Personnes affectées	55	76	0	2	133
À risque	491	833	5	6	1,335
Autres	77	116	1	3	196
PVVIH	192	545	1	2	739
Provincial Services					
Moyenne des continus et total des nouveaux	819	1 703	6	16	2 542
Personnes affectées	55	1	0	0	4
À risque	491	0	0	1	2
Autres	77	8	0	1	9
PVVIH	192	1 695	6	14	2 528
South West					
Moyenne des continus et total des nouveaux	182	326	8	4	519
Personnes affectées	27	32	0	0	59
À risque	25	31	4	3	63
Autres	48	58	4	1	111
PVVIH	82	205	0	0	287
Toronto					
Avg. active and total new	3,204	5 444	21	216	8 884
Personnes affectées	584	672	1	2	1 258
À risque	290	883	11	33	1 217
Autres	553	326	8	136	1 022
PVVIH	1 777	3 564	2	45	5 387
Total	5 761	10 208	66	288	16 323

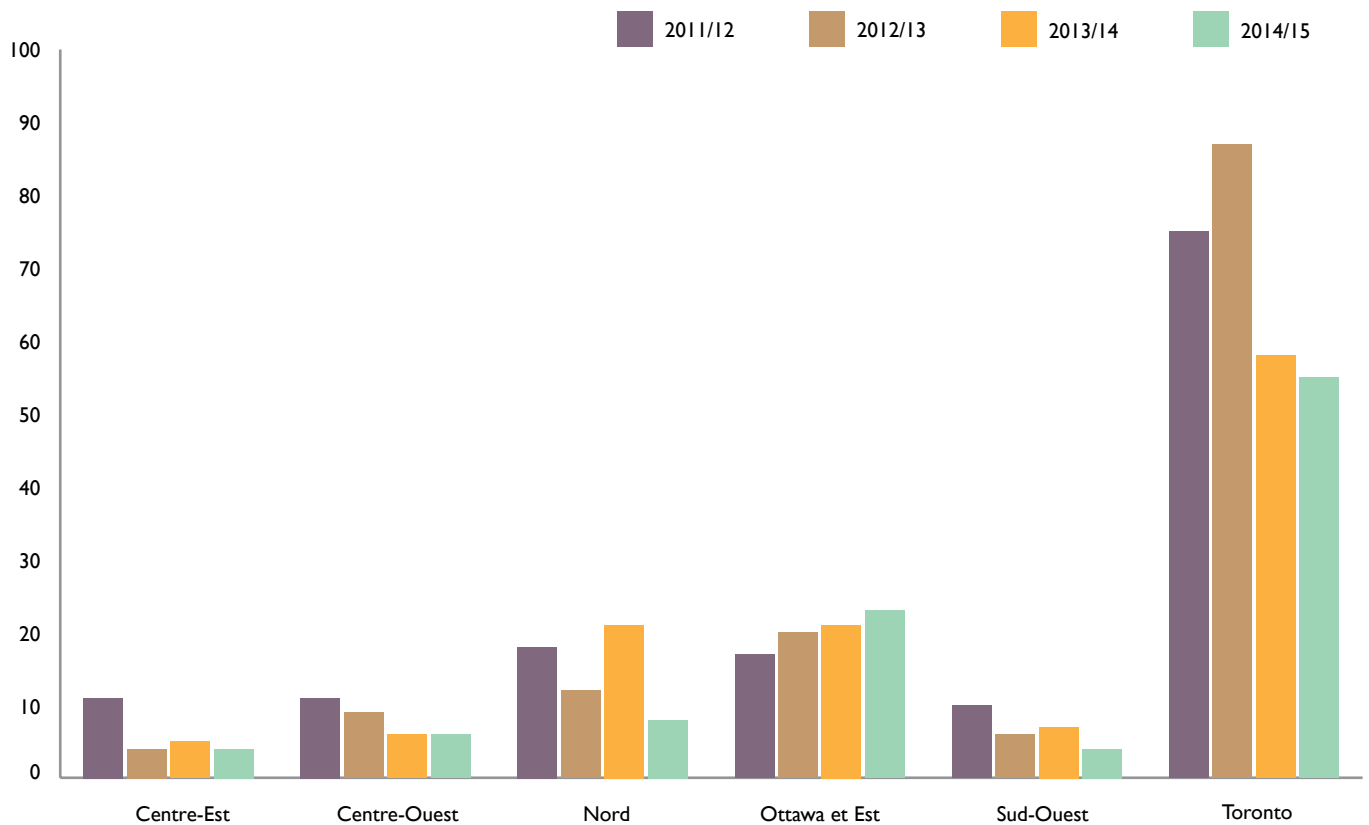
FIGURE 112 Nombre total de décès signalés
(OERVSCO q. 11.1.5)



Moins de décès

Although programs are serving older clients, this is the fourth consecutive year where they reported fewer death. Northern region reported a substantial decrease in deaths. The number of deaths remained stable across all other regions.

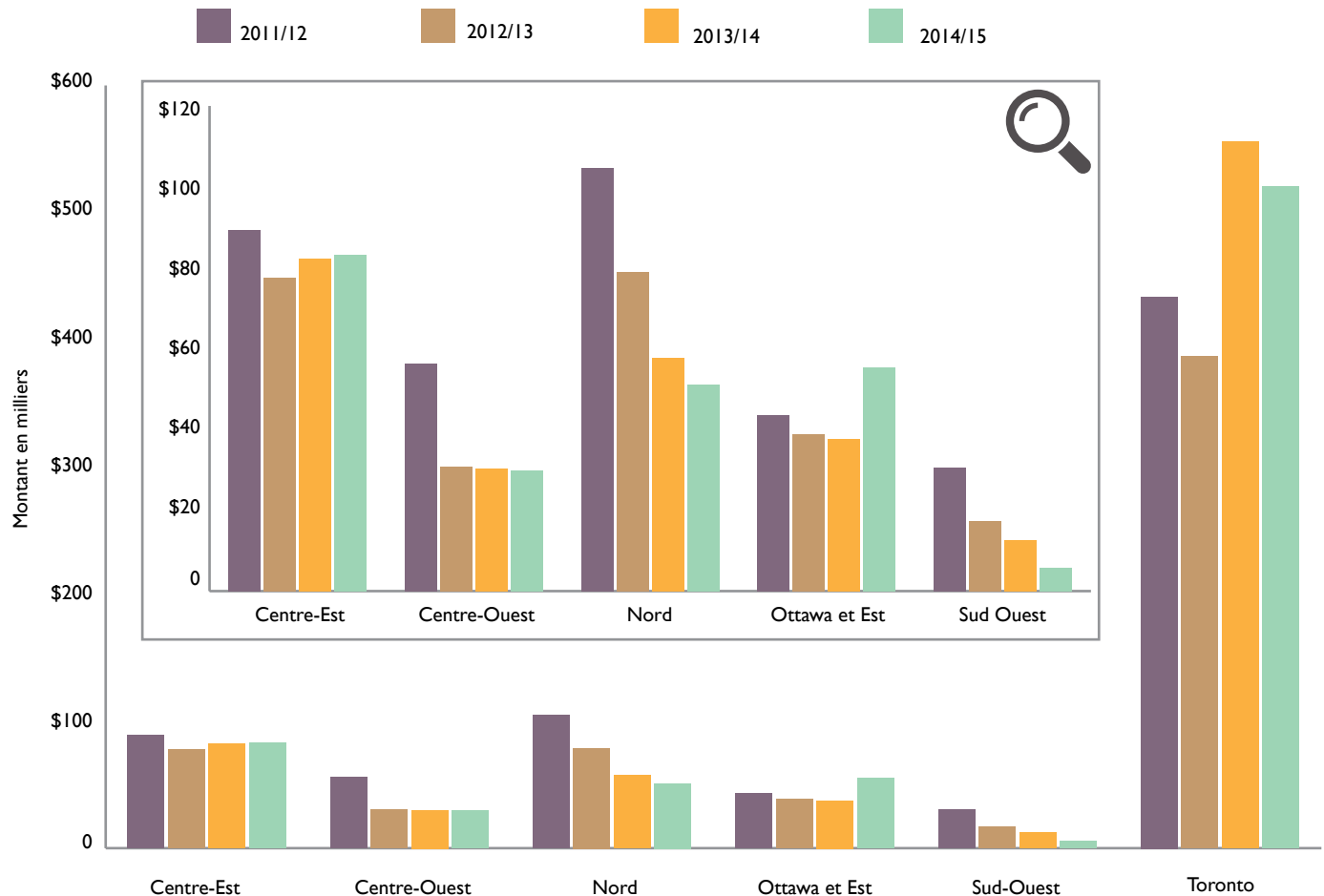
FIGURE 113 Nombre de décès du client par région (OERVSCO 11.1.5)



Assistance financière par région

En examinant l'assistance financière dans la province, nous observons une légère diminution du total de l'assistance financière disponible – même si la nécessité de ce service continue de croître. Le ratio dollars/clients a continué de diminuer, sauf à Toronto où la somme d'assistance disponible était moindre mais a été demandée par moins de clients, augmentant donc la somme accessible par client. Le Centre-Est a déclaré disposer de fonds légèrement plus élevés, mais également avoir eu une hausse de 89 % du nombre de clients recourant à ce service.

FIGURE 114 L'aide financière accordée par la région (OERVSCO 11.4)



III. Équipes en matière d'hépatite C



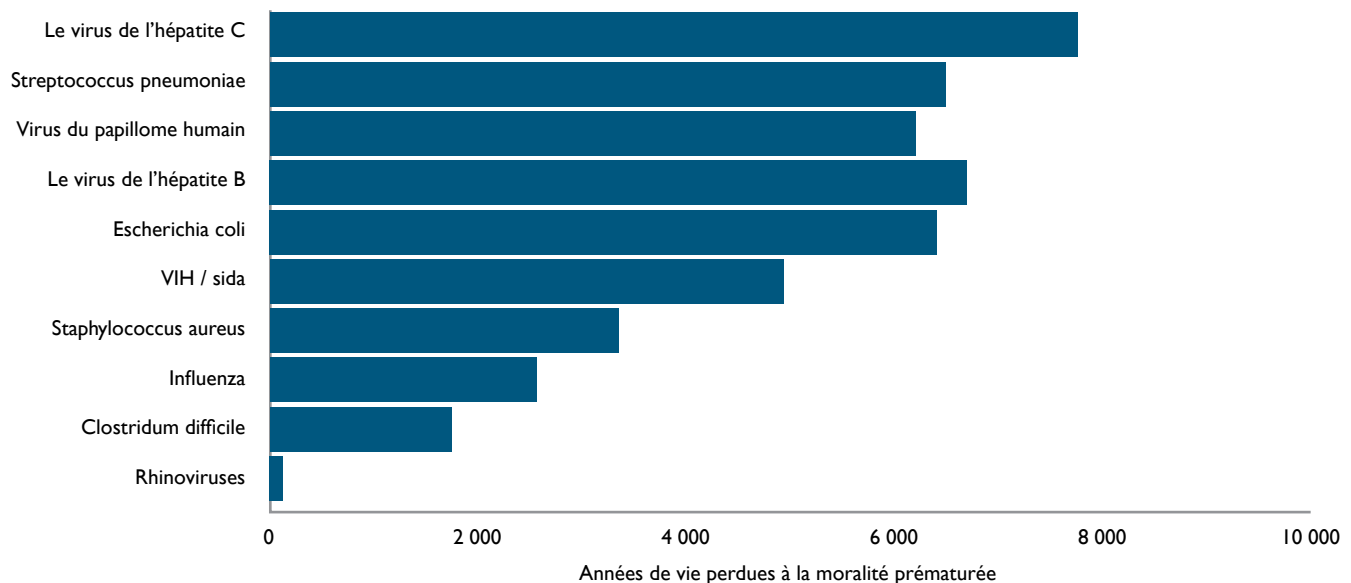
I. Épidémiologie du VHC

L'hépatite C est un virus qui s'attaque au foie et qui peut entraîner des complications à long terme comme la cirrhose, l'insuffisance hépatique et le cancer du foie. Environ 15 à 20 % des personnes qui contractent l'hépatite C élimineront l'infection d'elles-mêmes; toutefois, 80 % en demeureront porteuses même si elles pourraient ne pas développer de symptômes pendant plusieurs années. En raison de cette longue période asymptomatique, entre 20 % et 70 % des personnes vivant avec l'hépatite C ne sont pas au courant de leur infection.

L'hépatite C est la maladie qui cause le plus grand nombre d'années de vie perdues en Ontario.

En 2014, 32 des 4 214 personnes déclarées comme ayant l'hépatite C ont été hospitalisées (0,8 %) et 23 sont décédées (0,5 %). Les taux d'hospitalisation des personnes vivant avec l'hépatite C sont les plus élevés dans le Nord.

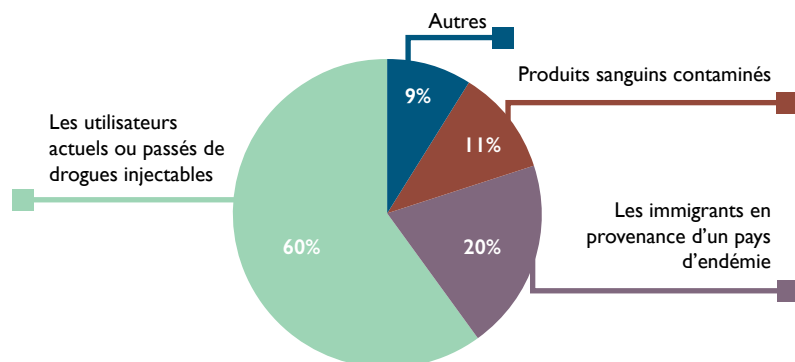
FIGURE I 15 Les agents les plus infectieuses en Ontario



L'injection de drogues est le facteur de risque plus courant

The main risk factors for hepatitis C infection are: injection drug use, coming from a country where hepatitis C is endemic and having received contaminated blood products. Rates of hepatitis C are higher among people who inject drugs and among Indigenous people. In Ontario, about 60% of hepatitis C cases are in current or past users of injection drugs and 20% in people from countries where HIV is endemic.

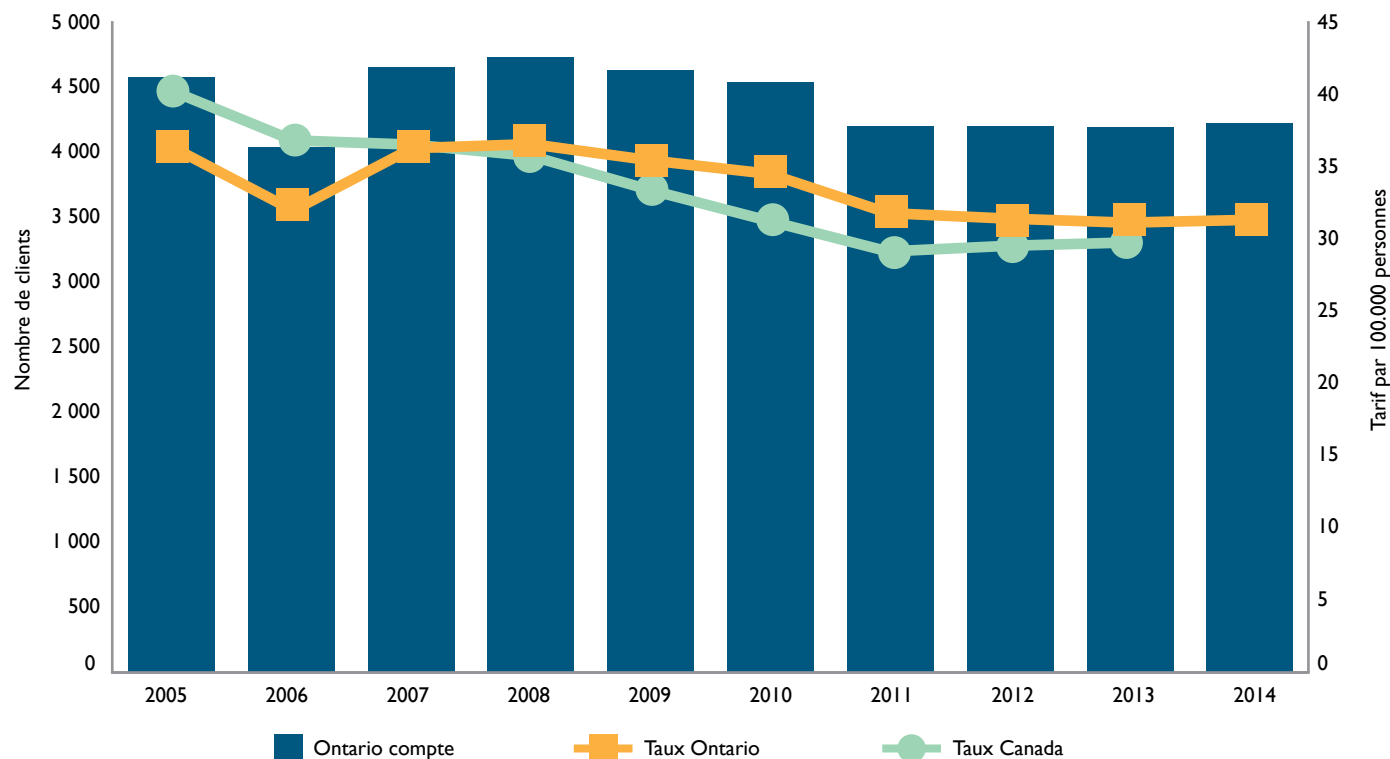
FIGURE I 16 Facteurs de risque parmi les personnes vivant avec l'hépatite C



Le nombre de nouveau cas est stable

L'hépatite C demeure un sérieux problème de santé, en Ontario. En 2014, il y a eu 4 214 cas confirmés d'hépatite C dans la province. Le nombre et le taux de nouveaux cas sont en diminution par rapport au sommet de 2008, mais se maintiennent depuis quatre ans. Le taux d'hépatite C (c.-à-d., le nombre de cas par 100 000 habitants) est plus élevé en Ontario que dans le reste du Canada.

FIGURE 117 Cas et taux déclarés d'hépatite C : Ontario et Canada, 2005-2014



L'hépatite C est plus répandue parmi les hommes que les femmes

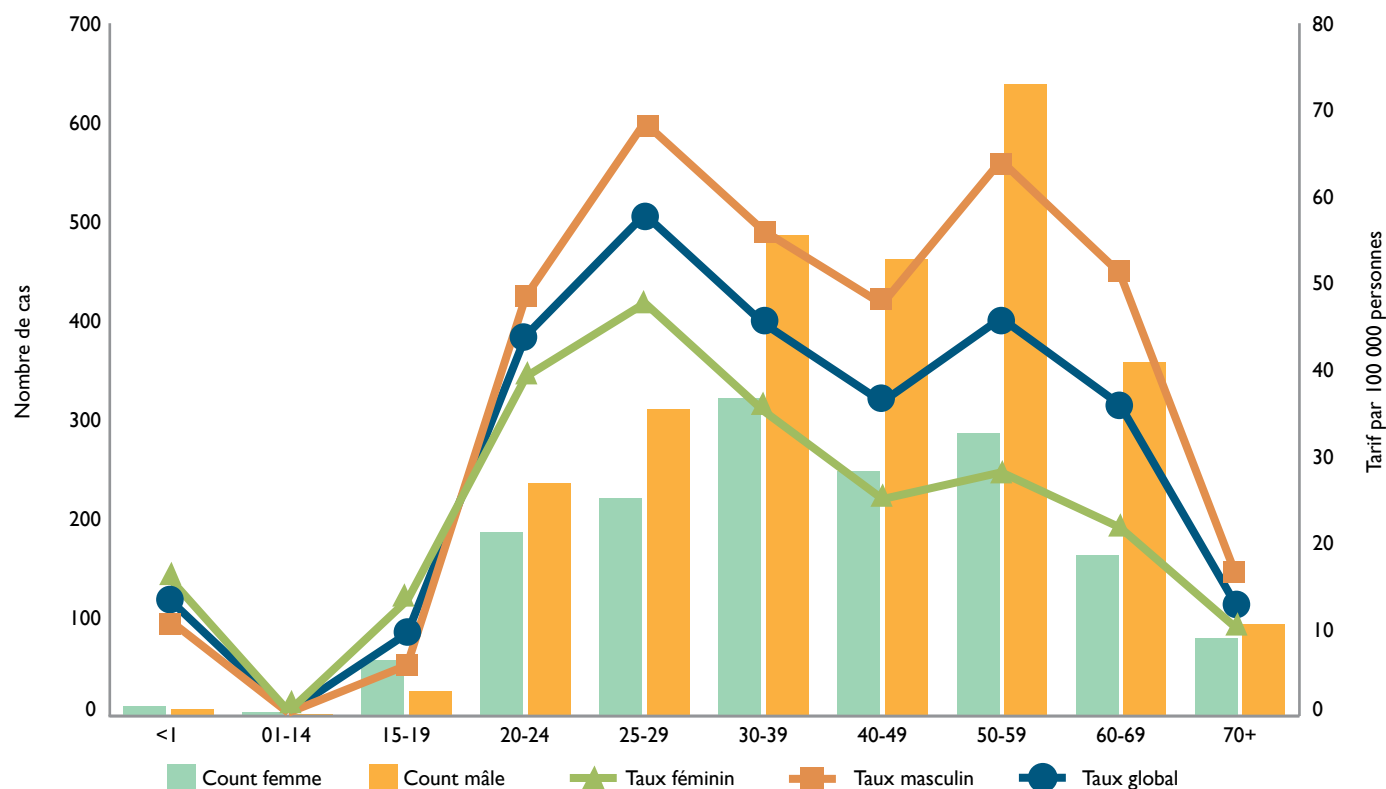
À propos de la Stratégie ontarienne sur l'hépatite C

Principaux éléments de la stratégie :

- **Services et soutien rehaussés** : 16 Équipes en matière d'hépatite C assurent une approche coordonnée et complète au traitement et au soutien des personnes vivant avec l'hépatite C et à risque de la contracter
- **Éducation et proximité** : Une stratégie ciblée d'éducation et de proximité pour les communautés à risque; et un programme d'éducation médicale continue à l'intention des médecins et autres professionnels de la santé.
- **Incitation à la prévention** : Soutien additionnel fourni au Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits.
- **Coordination améliorée des services** : Un Groupe de référence interministériel soutenant d'autres collaborations et de l'assistance pour une intégration sans faille des programmes, et impliquant Affaires autochtones, Services à l'enfance et à la jeunesse, Affaires civiques et immigration, Sécurité communautaire et services correctionnels, Promotion de la santé, et Recherche et Innovation.

L'hépatite C est plus souvent déclarée chez des hommes. En 2014, les hommes représentaient 62,2 % (2 623/4 214) des cas d'hépatite C déclarés en Ontario, avec un taux général de 39,5 cas par 100 000 habitants, comparativement à un taux de 22,9 cas par 100 000 habitants chez les femmes. Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux était le plus élevé parmi le groupe d'âge des 25 à 29 ans, à 68,6 et 47,8 cas par 100 000 habitants, respectivement. Vingt cas ont été déclarés chez des nouveau-nés de moins d'un an, probablement en raison d'une transmission de la mère au bébé.

FIGURE 118 Ont signalé des taux d'hépatite C selon l'âge et le sexe, Ontario 2014



Populations cibles

Les services en matière d'hépatite C ciblent six populations prioritaires de personnes vivant avec le VHC, à risque de le contracter ou affectées par lui :

- personnes qui consomment des drogues
- personnes impliquées dans le système correctionnel
- personnes itinérantes ou inadéquatement logées
- personnes indigènes
- jeunes de la rue
- personnes ayant des tatouages et/ou des perçages.

Les taux d'hépatite c sont les plus élevées dans le nord hepatitis C rates highest in the North

En termes de distribution géographique, les taux déclarés d'hépatite C sont nettement plus élevés dans le Nord. Alors que les taux d'hépatite C diminuent dans la plupart des régions de l'Ontario, ils sont en croissance dans le Nord. Les taux les plus élevés de la province étaient dans le territoire des unités de santé publique du Nord-Ouest, du District de Thunder Bay District ainsi que du District de Sudbury, à 123,3, 103,1 et 75,6 cas par 100 000 habitants, respectivement. Dans les unités de santé du Nord-Ouest et de Thunder Bay, au moins 88 % des cas touchaient des personnes s'injectant des drogues.

Table 14. Taux déclarés d'hépatite C par unité de santé publique de résidence, Ontario, 2014

Unité de santé publique	Cas (n)	*Les taux
Algoma	73	62.6
Brant	51	35.7
Chatham Kent	51	48.2
Durham	137	25.9
Elgin-St.Thomas	15	16.6
Ontario Est	50	24.4
Grey Bruce	34	20.9
Halton	98	18.2
Hamilton	208	38.1
Haldimand-Norfolk	61	55.5
Haliburton-Kawartha Pine Ridge	76	42.4
Hastings-Prince Edward	52	31.8
Huron	17	29.1
Kingston	128	64.1
Lambton	91	69.8
Leeds-Grenville	63	37.2
Middlesex-London	216	46.8
Niagara	250	56.1
North Bay Parry Sound	61	47.6
Northwestern	100	123.3
Ottawa	235	25.2
Oxford	47	42.4
Perth	11	14.1
Peel	304	21.9
Porcupine	29	33.4
Peterborough	61	43.9
Renfrew	18	17.1
Simcoe-Muskoka	196	36.7
Sudbury	151	75.6
Thunder Bay	160	103.1
Toronto	649	23.4
Timiskaming	9	26.0
Waterloo	122	22.8
Wellington-Dufferin Guelph	52	18.7
WEC	146	36.3
York Regional	162	14.6
Ontario	4,214	31.1

* Par 100 000 habitants par unité de santé publique

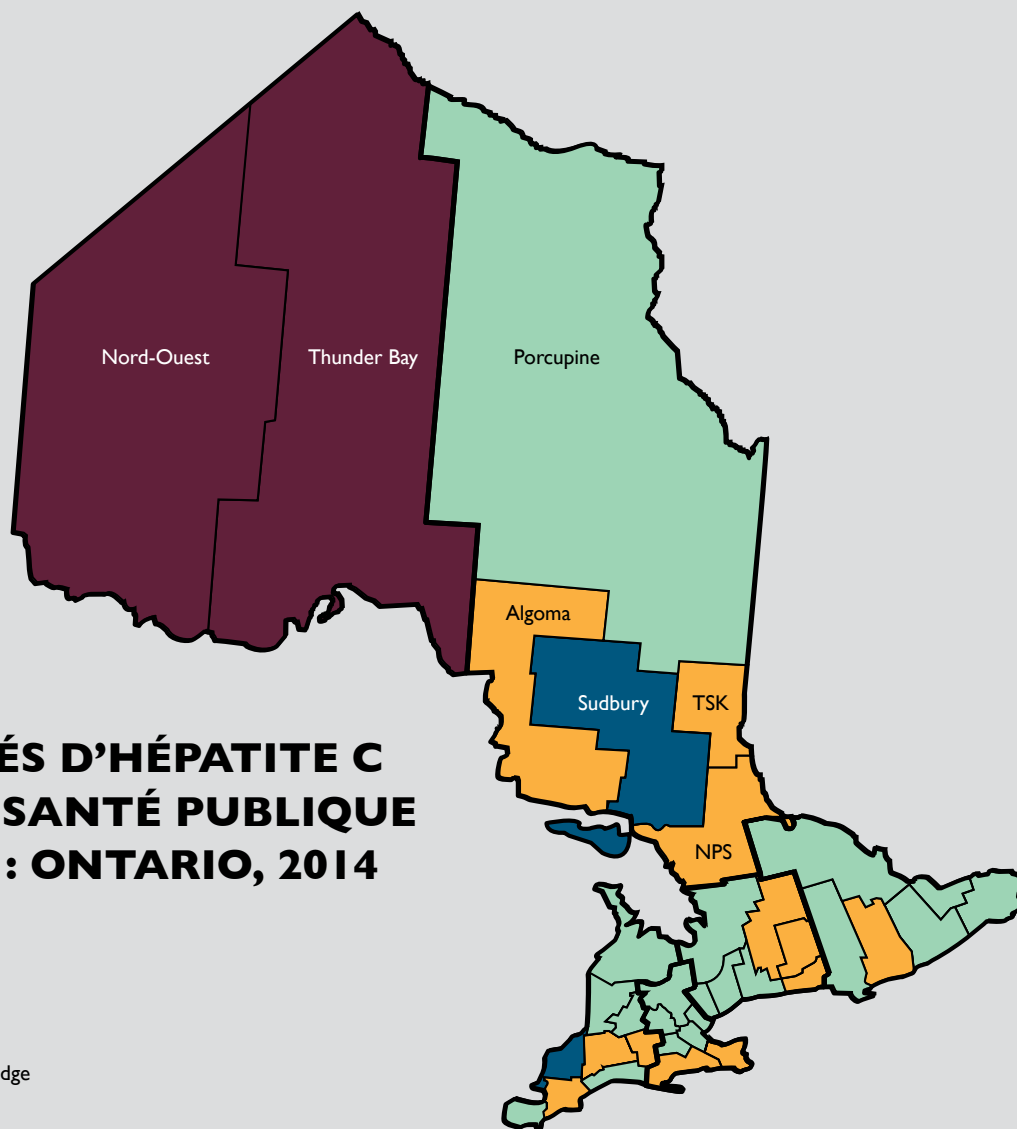
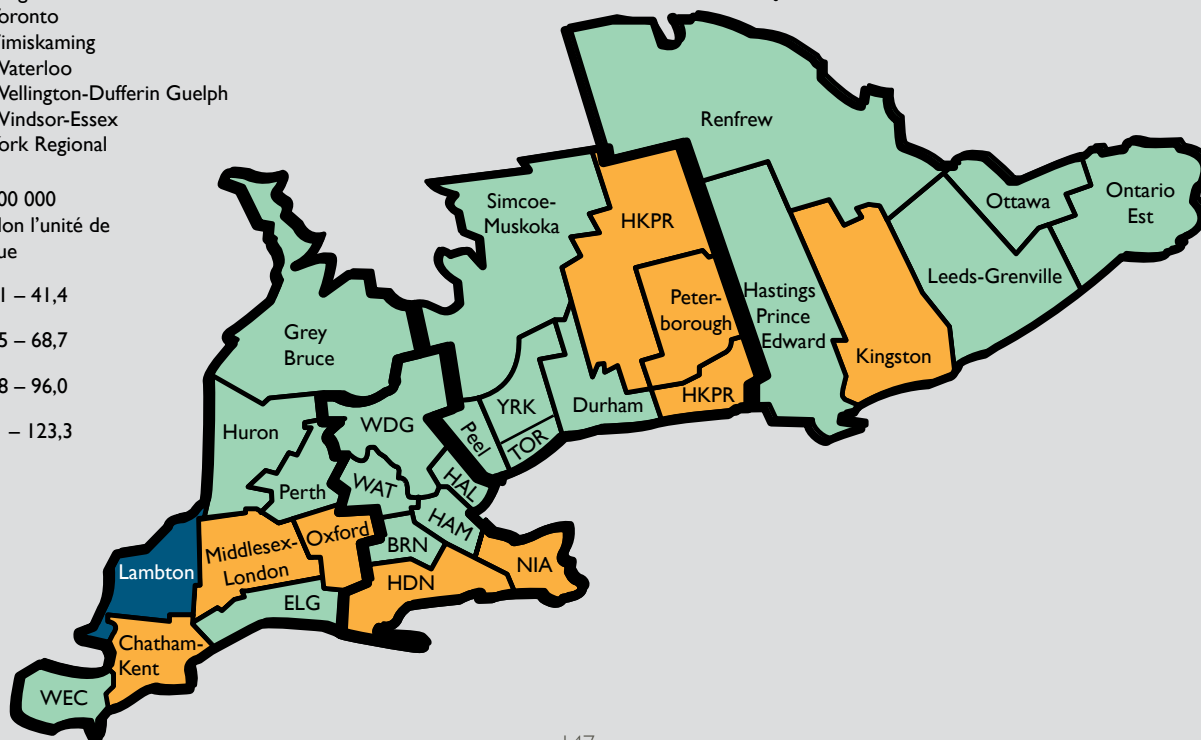


FIGURE 119
TAUX DÉCLARÉS D'HÉPATITE C
PAR UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE
DE RÉSIDENCE : ONTARIO, 2014

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

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

	14,1 – 41,4
	41,5 – 68,7
	68,8 – 96,0
	96,1 – 123,3



2. Les équipes en matière d'hépatite C

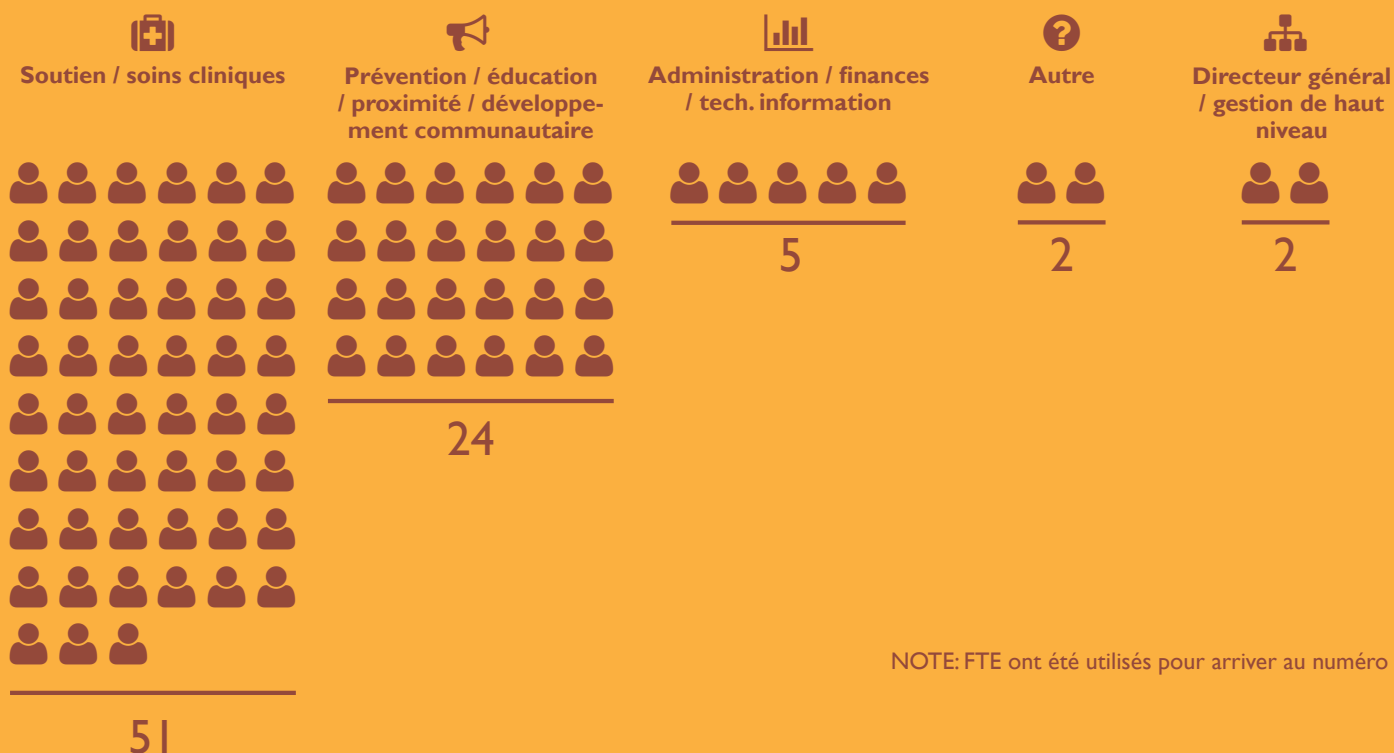
Qui fournit des services pour l'hépatite c?

Le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C finance au total 85 postes ETP pour fournir des services en matière d'hépatite C (VHC), notamment :

- 16 équipes multidisciplinaires de soins en matière d'hépatite C (équipes VHC) – un travailleur de proximité, des pairs, des infirmier(ère)s, un coordonnateur communautaire, un coordonnateur de programme et un intervenant en soutien social – collaborent étroitement avec des médecins traitants à fournir des soins et traitements ainsi que des services d'éducation, de proximité et de soutien en matière de VHC
- un infirmier au Centre de santé Lakeridge
- un travailleur de proximité qui se consacre aux personnes impliquées dans les services correctionnels (financé par le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida [PASAN])
- un coordonnateur de cas (financé par l'Autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout) qui est responsable de la coordination et du soutien pour 31 communautés des Premières Nations dans le Nord-Ouest de l'Ontario.

FIGURE 120

POSTES FINANCÉS EN MATIÈRE D'HÉPATITE C, SELON LE RÔLE, 2014-2015 (OERVSCO Q. 2.2)

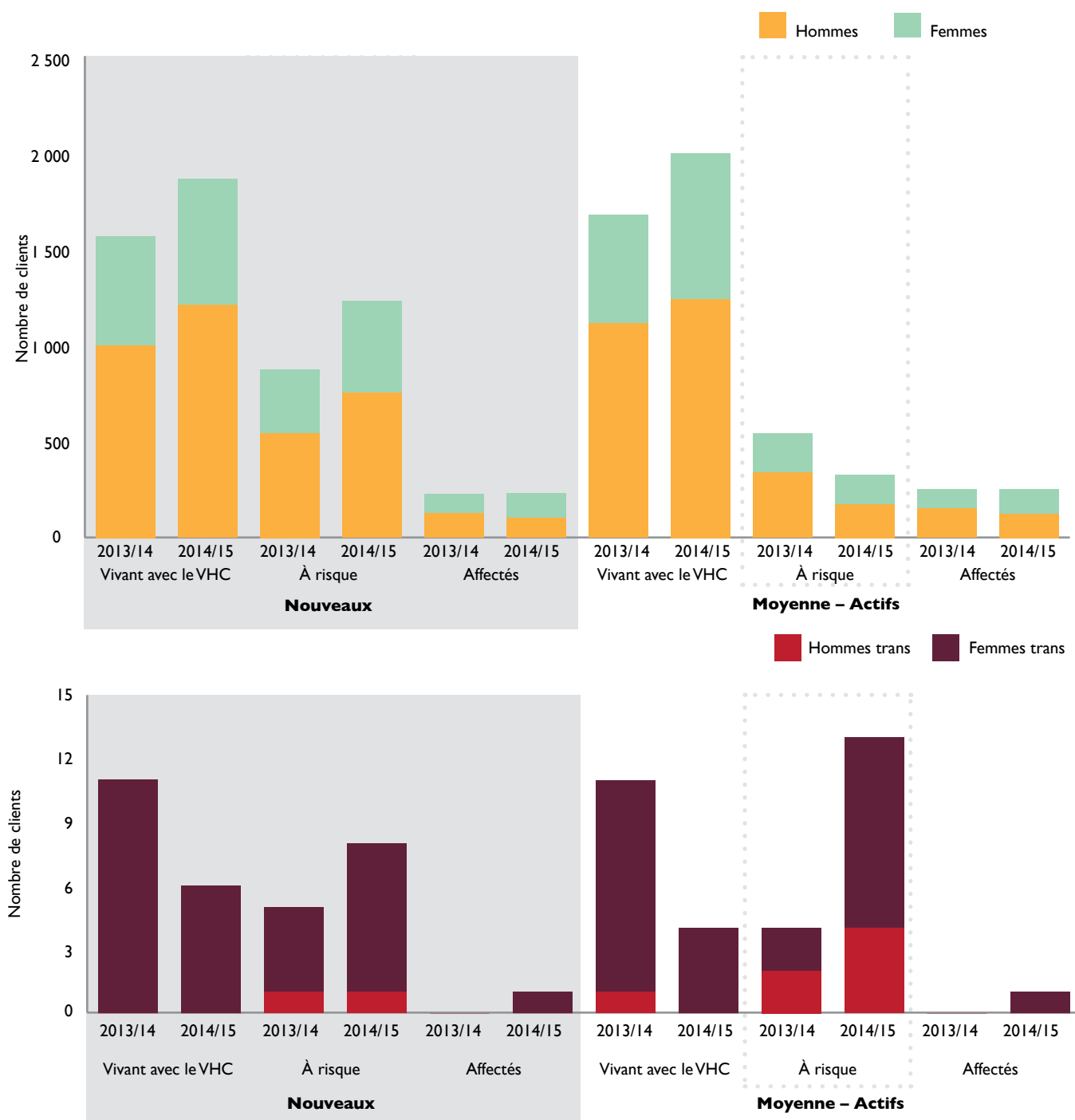


Les personnes auxquelles nous avons fourni des services en 2014-15

En 2014-2015, les programmes ont servi en moyenne 5 932 clients – soit une augmentation de 15 % sur l'année précédente. De ces clients :

- 1 871 étaient de nouveaux clients vivant avec le VHC – une augmentation de 19 %
- 1 998 étaient des clients actifs vivant avec le VHC – une augmentation de 18 %
- 1 579 étaient des clients à risque – une augmentation de 11 %
- 484 étaient des clients affectés

FIGURE 121 Nombre total de clients desservis par type de genre et client 2013/14-2014/15 (OERVSCO q. 15.1a)



Plus des femmes ont recours aux services dans tous les groupes clients

Les hommes représentaient 63 % des nouveaux clients vivant avec le VHC et des clients à risque, mais un plus grand nombre de femmes a eu recours aux services en 2014-2015 que l'année précédente. Les femmes représentaient 56 % des clients affectés par le VHC. Les personnes trans constituent moins de 1 % des nouveaux clients; elles ont été 43 % moins nombreuses à recourir à des services en 2014-2015, comparativement à 2013-2014.

Le ratio genre varie selon les régions

La plupart des clients qui ont eu recours aux équipes VHC à Toronto étaient des hommes. Toronto reçoit 63 % de l'ensemble des clients trans de la province, dont 80 % étaient des femmes trans. Dans les régions du Centre et du Sud-Ouest, les deux tiers des clients des hommes, et le tiers, des femmes. Dans les régions du Nord et du Centre-Est de l'Ontario, les programmes ont déclaré servir environ 55 % d'hommes et 45 % de femmes. À Ottawa, on a déclaré avoir servi 18 % plus de femmes que l'an dernier, tandis qu'à Toronto, on en a servi 4 % moins. PASAN, le programme provincial destiné aux personnes incarcérées, a déclaré que 88 % de ses clients étaient des hommes.

FIGURE 122 Clients par région, sexe / genre et groupe de clients 2014/15 (hommes et femmes trans) (OERVSCO q. 15.1a)

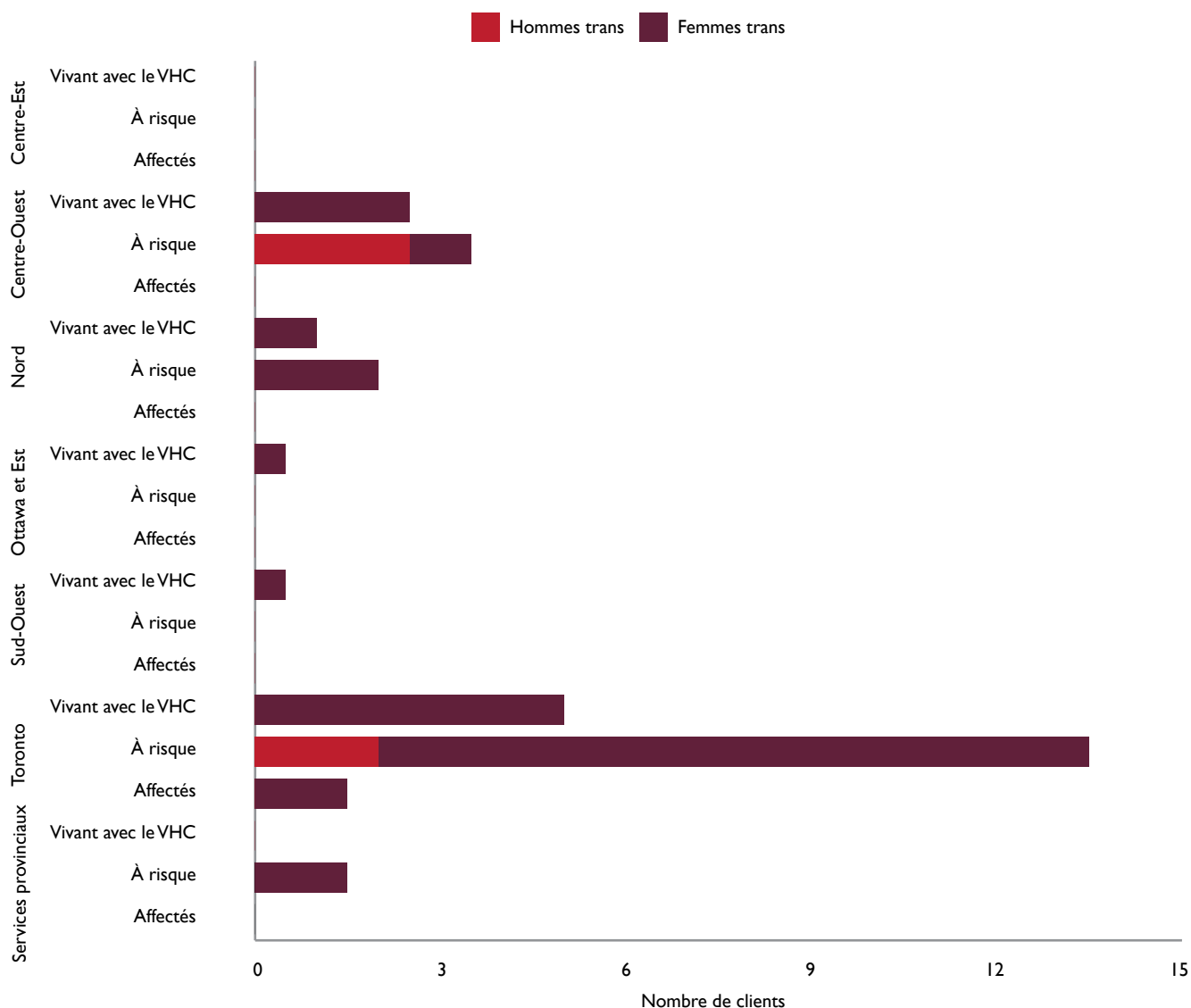
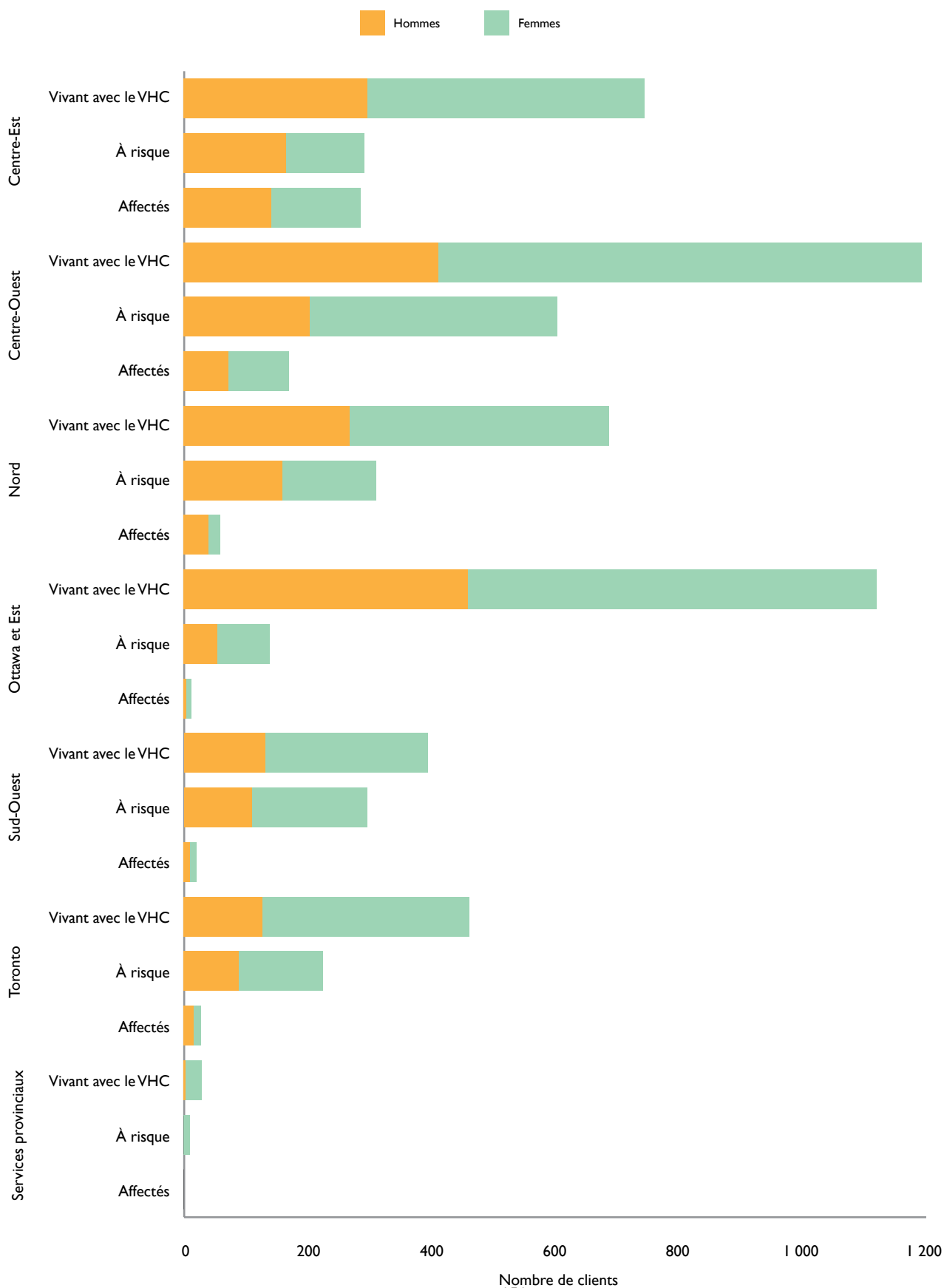


FIGURE 123 Clients par région, sexe / genre et groupe de clients 2014/15 (mâle et femelle)

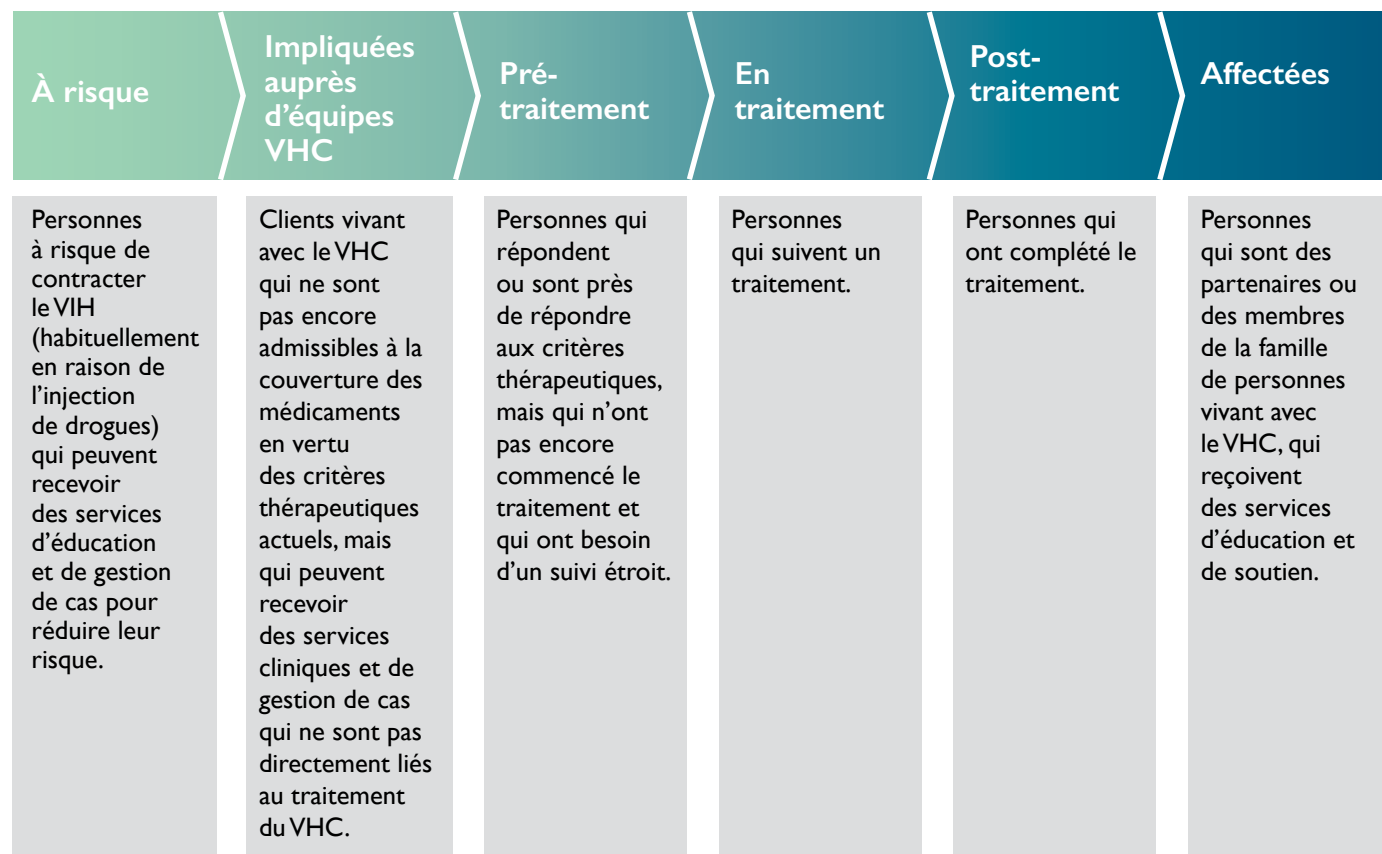
(OERVSCO q. 15.1a)



3. Services d'implication dans la prévention et de traitement en matière de VHC

Groupes de clients

Les personnes qui ont recours aux services des équipes VHC sont classées en six catégories, selon le stade où elles en sont dans le continuum du traitement :



OBJECTIF : Accroître l'accès aux soins et traitement pour l'hépatite c pour les populations prioritaires en Ontario

Au cours de la dernière année, le paysage des traitements du VHC a évolué considérablement. De nouveaux traitements plus brefs, mieux tolérés et plus efficaces sont à présent disponibles.

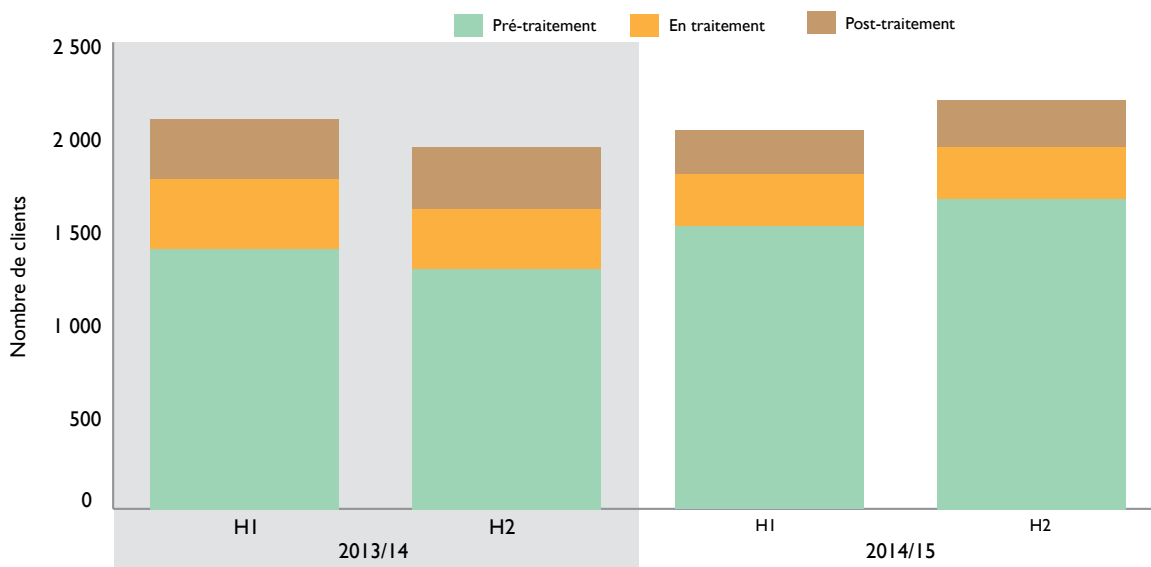
En 2014-2015, les équipes VHC ont servi 493 clients de plus en phase pré-traitement que l'année précédente. Les clients en pré-traitement représentaient 75 % du nombre de cas, comparativement à 67 % en 2013-2014, et les clients en traitement sont passés de 17 % du nombre de cas en 2013-2014, à 13 % en 2014-2015. Les clients en phase post-traitement représentaient 12 % du nombre total de cas, soit une diminution par rapport aux 16 % de 2014-2015.

La plus forte proportion d'individus en phase pré-traitement est due au fait que plusieurs personnes ont choisi de retarder leur traitement jusqu'à ce que les nouveaux traitements soient disponibles ou attendaient d'être admissibles à ces nouveaux traitements. (Note : L'admissibilité est fondée sur le stade de la maladie du foie.)

Personnes impliquées auprès d'équipes VHC

Le plus grand groupe de clients servis en 2014-2015 était les personnes impliquées auprès d'équipes VHC. Cette augmentation est principalement due au fait que plusieurs personnes qui avaient été perdues à l'étape du suivi ont rétabli le contact avec les équipes VHC après avoir entendu parler des nouveaux traitements.

FIGURE 124 Charge de travail totale selon l'étape de traitement par période de déclaration
2013 / 14-2014 / 15 (OERVSCO q. 15.3a)



Même si le nombre de clients impliqués auprès d'équipes VHC a augmenté, ils ont utilisé une plus faible part des services cliniques et de gestion de cas – 39 % et 43 %, respectivement –, comparativement à l'année précédente.

Clients à risque

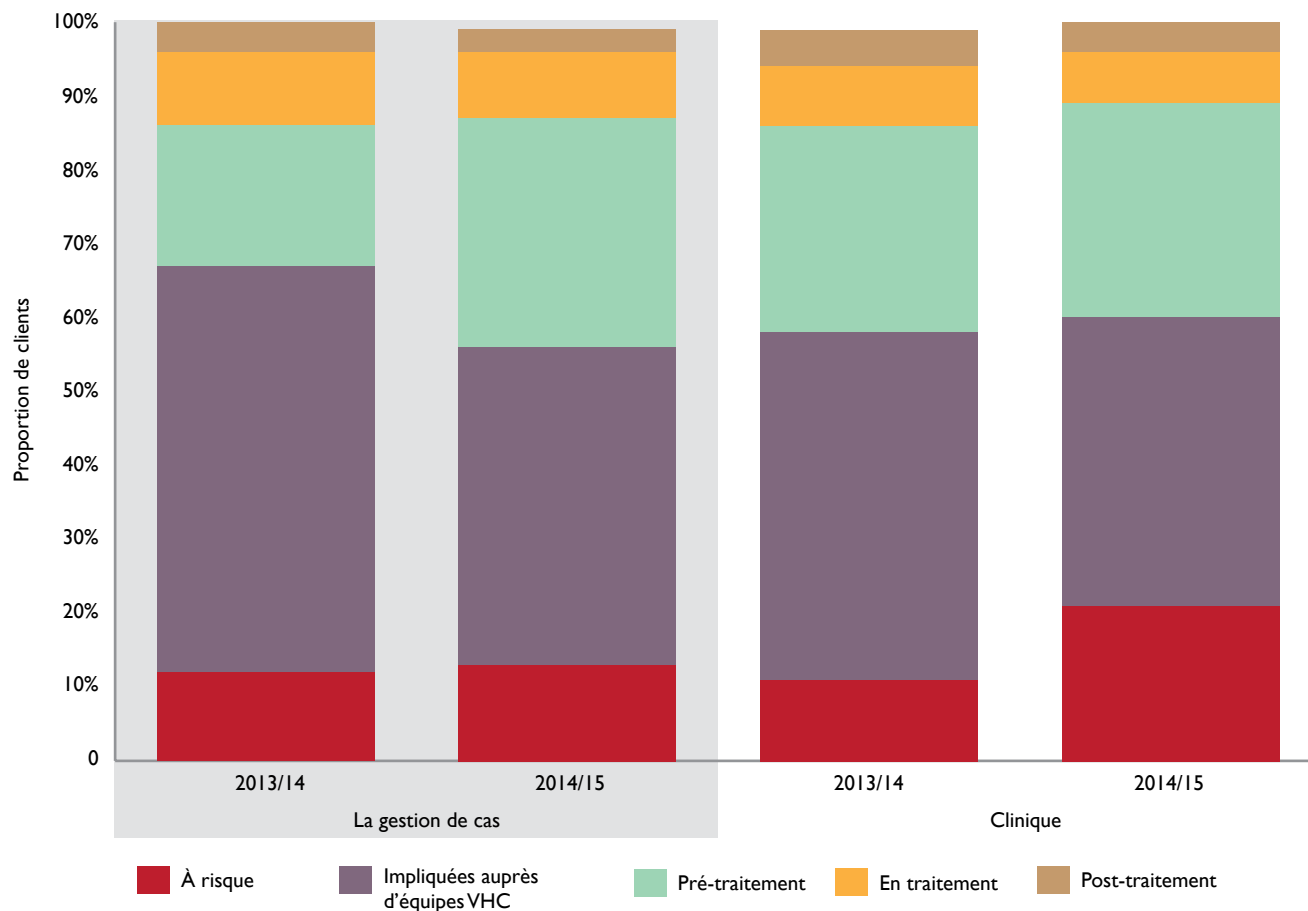
Contrairement aux personnes impliquées auprès d'équipes VHC, les clients à risque ont eu recours à un plus grand nombre de services en 2014-2015, même s'ils représentaient la même proportion de clientèle (27 %) qu'en 2013-2014. Ils ont utilisé 21 % des services cliniques et 13 % des services de gestion de cas.

Clients pre-traitement, en traitement et post-traitement

Puisque les options de traitement ont changé, les services auxquels les clients ont accès à chaque stade du traitement ont évolué aussi. En 2014-2015, les clients en phase pré-traitement ont utilisé une plus forte proportion des services de gestion de cas (31 %) qu'en 2013-2014 (19 %). Les clients en phase post-traitement ont utilisé seulement 2,6 % des services de gestion de cas, en 2014-2015 – en diminution par rapport aux 4,4 % de l'année précédente.

Tous ces changements sont principalement dus au fait que les clients qui suivent les nouveaux traitements ont à présent moins besoin de services intensifs de gestion de cas qu'avec les régimes plus anciens et plus longs, qui avaient des effets secondaires beaucoup plus nombreux.

FIGURE I25 Proportion de clients recevant des services cliniques et de gestion de cas par étape de traitement (OERVSCO q.15.1f)



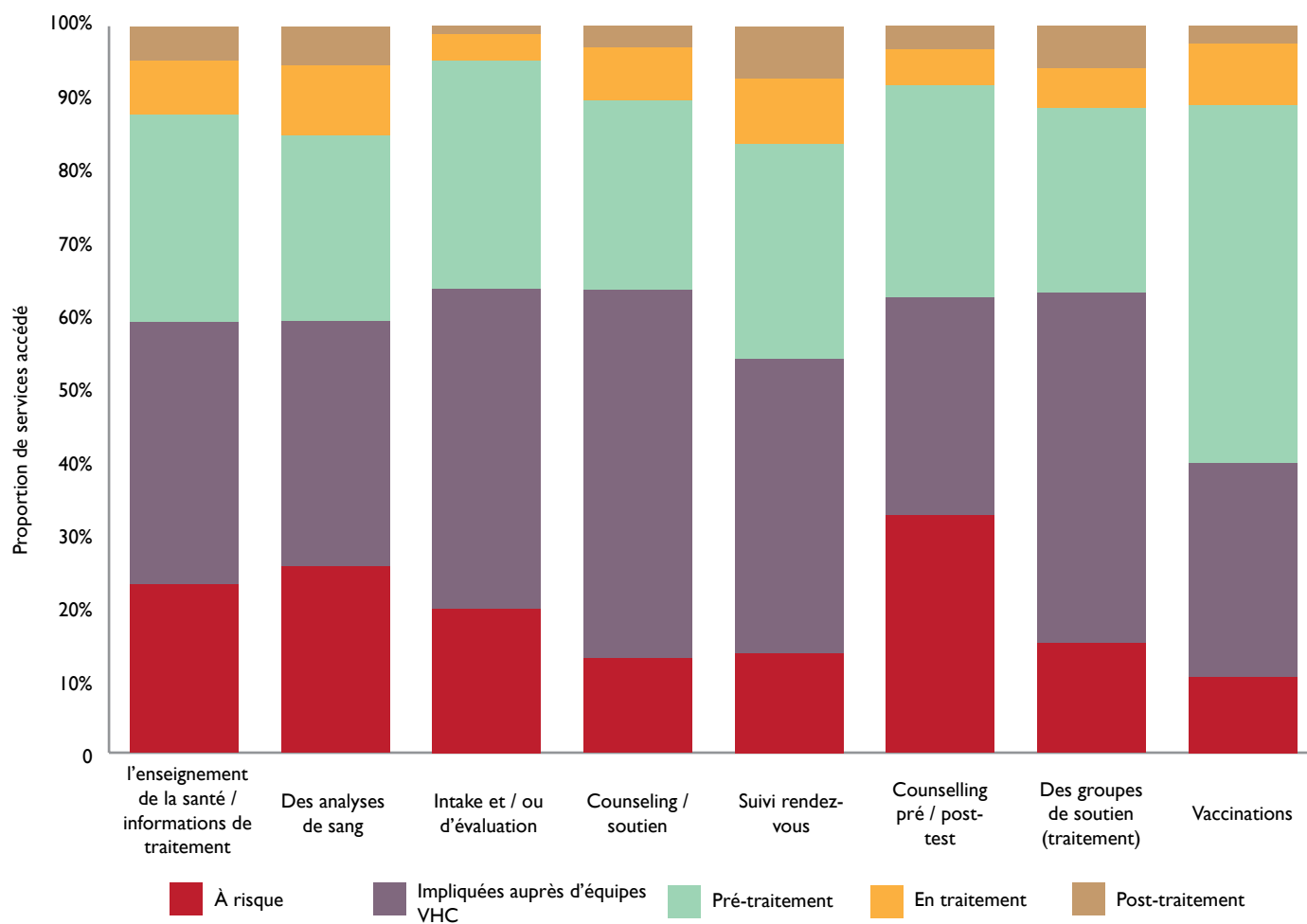
Services cliniques

Les personnes impliquées auprès d'équipes VHC ou en phase post-traitement ont utilisé moins de services cliniques, alors que les clients à risque ou en phase pré-traitement en ont utilisé plus. Par exemple :

- en 2014-2015, les personnes impliquées auprès d'équipes VHC représentaient 30 % des vaccinations – comparativement à 70 % en 2013-2014
- les personnes en phase pré-traitement représentaient 50 % des vaccinations – soit une augmentation par rapport aux 13 % de l'année précédente
- les personnes impliquées auprès d'équipes VHC ont utilisé 30 % des services de counselling sur le dépistage – comparativement à 44 % en 2013-2014
- les personnes à risque ont utilisé 33 % des services de counselling – soit une augmentation par rapport aux 13 % de 2013-2014.

Encore une fois, ces changements sont dus principalement aux types de services requis pour soutenir les individus à différentes phases du traitement, dans le contexte des nouveaux régimes de traitement.

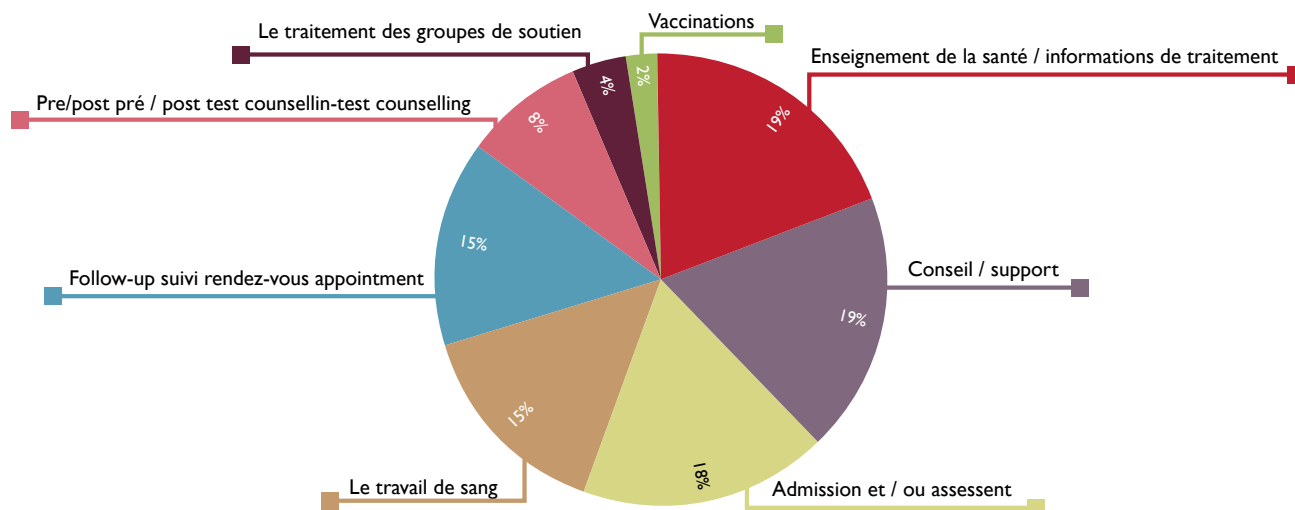
FIGURE 126 Services cliniques accessibles par groupe - 2014/15 (OERVSCO q.15.1f)



L'éducation sur la santé et l'information sur les traitements sont les services cliniques les plus utilisés

L'éducation représente 21 % des services cliniques auxquels ont eu recours les clients à toutes les phases du traitement ainsi que ceux qui ne suivaient pas de traitement. Les vaccinations et les groupes de soutien sont les services les moins utilisés – principalement parce que les gens n'ont pas besoin du même niveau de soutien dans le contexte des nouveaux traitements.

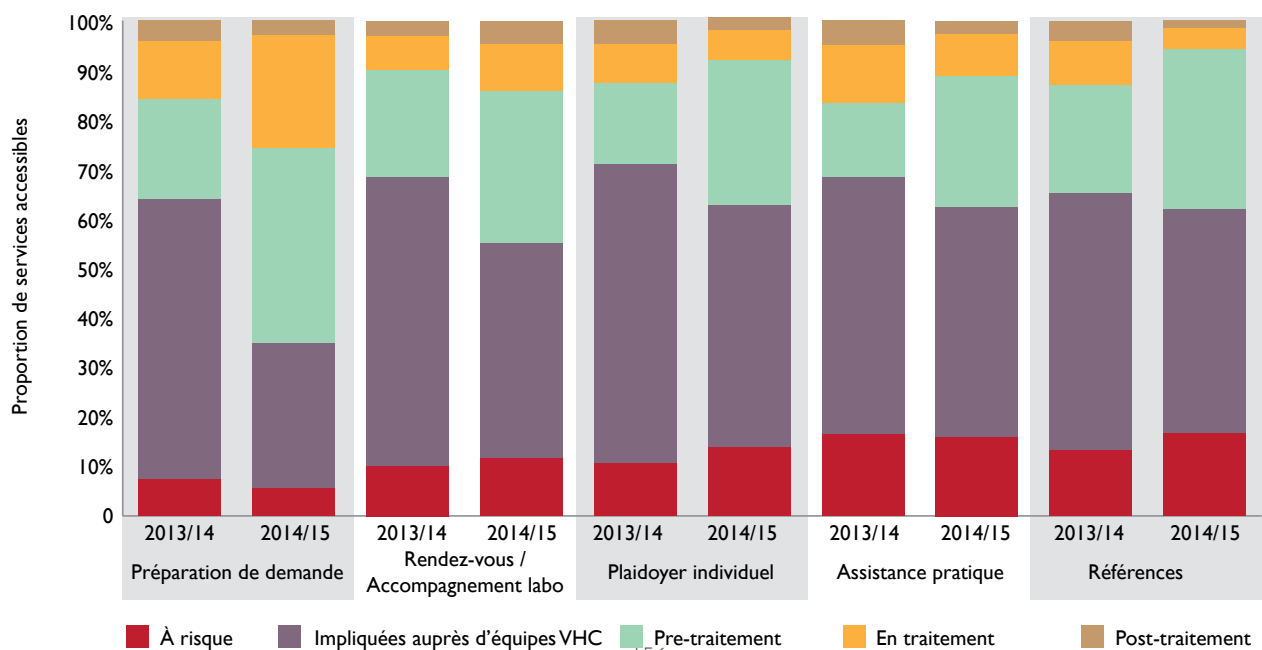
FIGURE I27 Services cliniques accessibles - 2014/15 (OERVSCO q. 15.1f)



Services de gestion de cas

Des individus de tous les groupes de clientèle ont continué de recourir à des services de gestion de cas, en 2014-2015, mais ceux impliqués auprès d'équipes VHC en ont utilisé moins, alors que ceux en phase pré-traitement ou à risque en ont utilisé plus. Ensemble, les clients en phase pré-traitement et les clients à risque représentaient 49 % de toutes les références et 45 % des services d'aide à la préparation de demandes.

FIGURE I28 Accessibles par groupe de clients • 2013 / 14-2014 / 15 2013/14-2014/15 (OERVSCO q. 15.1f)



Les équipes VHC ont déclaré consacrer plus de temps au plaidoyer, à aider des clients dans la préparation de demandes de prestations du POSPH et de logement, et à aider des clients à naviguer dans le marché de l'assurance médicale et à comprendre la couverture des traitements. Plusieurs programmes ont déclaré servir un plus grand nombre de clients ayant des besoins complexes qu'au cours de l'année précédente. Le nombre croissant de clients en phase pré-traitement qui rencontrent de multiples défis nécessite une plus grande coordination et des réseaux de références plus solides.

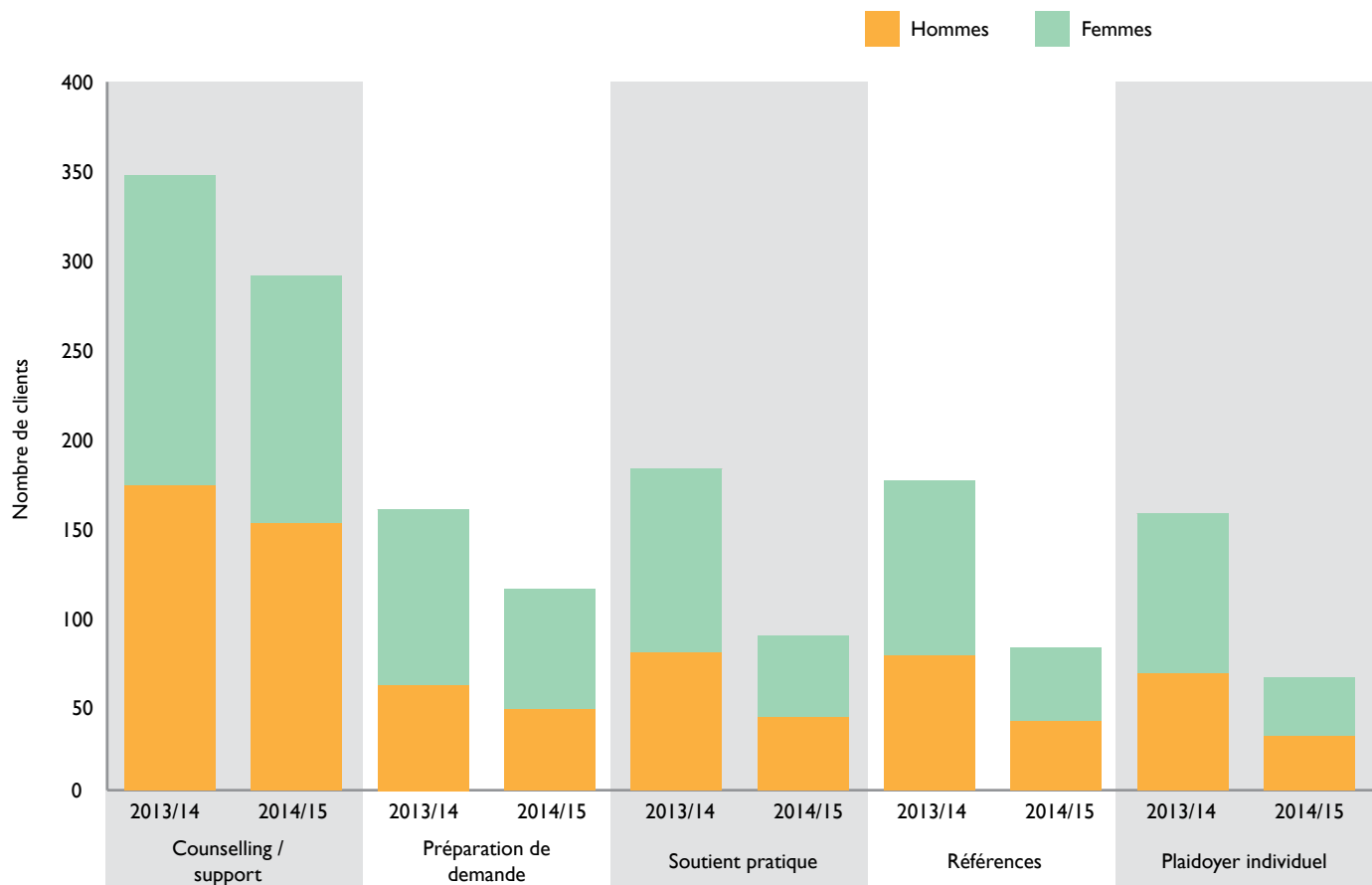
Les références demeurent le service de gestion de cas le plus utilisé

Les références représentaient 30 % de l'ensemble des services de gestion de cas auxquels ont eu recours les clients en processus de traitement et ceux qui n'étaient pas impliqués dans le traitement. L'assistance pratique était le deuxième service le plus utilisé (25 %), alors que l'accompagnement pour des tests était le moins utilisé, ne représentant que 10 % des services de gestion de cas.

Les clients affectés utilisent moins de services

Les équipes continuent d'offrir des services aux personnes affectées par le VHC, mais on note une diminution marquée (soit de 37 % par rapport à 2013-2014) du nombre de clients ayant recours à ces services. La tendance selon le genre a également évolué. En 2014-2015, 51 % des clients affectés ayant recours à des services étaient des hommes, comparativement à 57 % en 2013-2014. Pour les clients affectés, le counselling était le service le plus utilisé, alors que le plaidoyer individuel était le moins utilisé en 2014-2015. Ce changement est probablement dû aux nouveaux critères et processus d'admissibilité aux traitements.

FIGURE 129 Affected client service utilization by gender 2014/15 (OERVSCO q. 15.1f)



Dépistage du VHC

Hausse des tests de d antibody tests up

En 2014-2015, il y a eu une augmentation marquée (44 %) du nombre d'individus ayant reçu un test de dépistage de l'anticorps anti-VHC.

Les équipes se concentrent davantage sur le dépistage et, avec l'information qui circule au sujet des nouveaux traitements du VHC dans les médias et par le bouche-à-oreille, un plus grand nombre de personnes à risque, y compris des personnes incarcérées, souhaitent se faire dépister.

Nous reconnaissons l'importance cruciale de continuer d'intensifier nos efforts de dépistage afin d'identifier les personnes vivant avec le VHC, en particulier devant l'émergence de traitements qui devraient être plus accessibles et plus propices à la guérison.

Sioux Lookout First Nations

FIGURE 130 Nombre de clients testés par type de test de diagnostic (OERVSCO q. 15.2a)

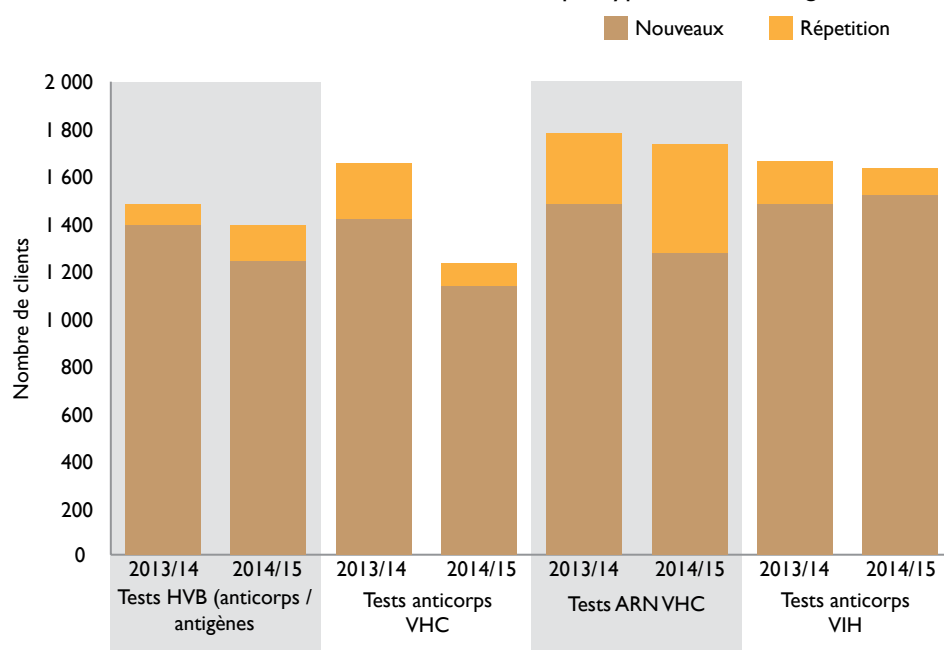


FIGURE 131 Nombre de fibroscans et fibrotests fournis dans 2014/15 (OERVSCO q. 15.2a)

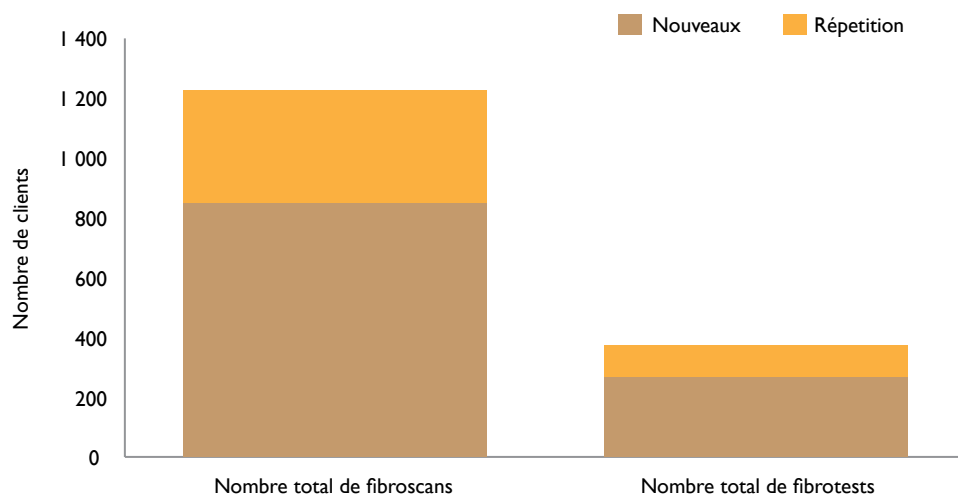
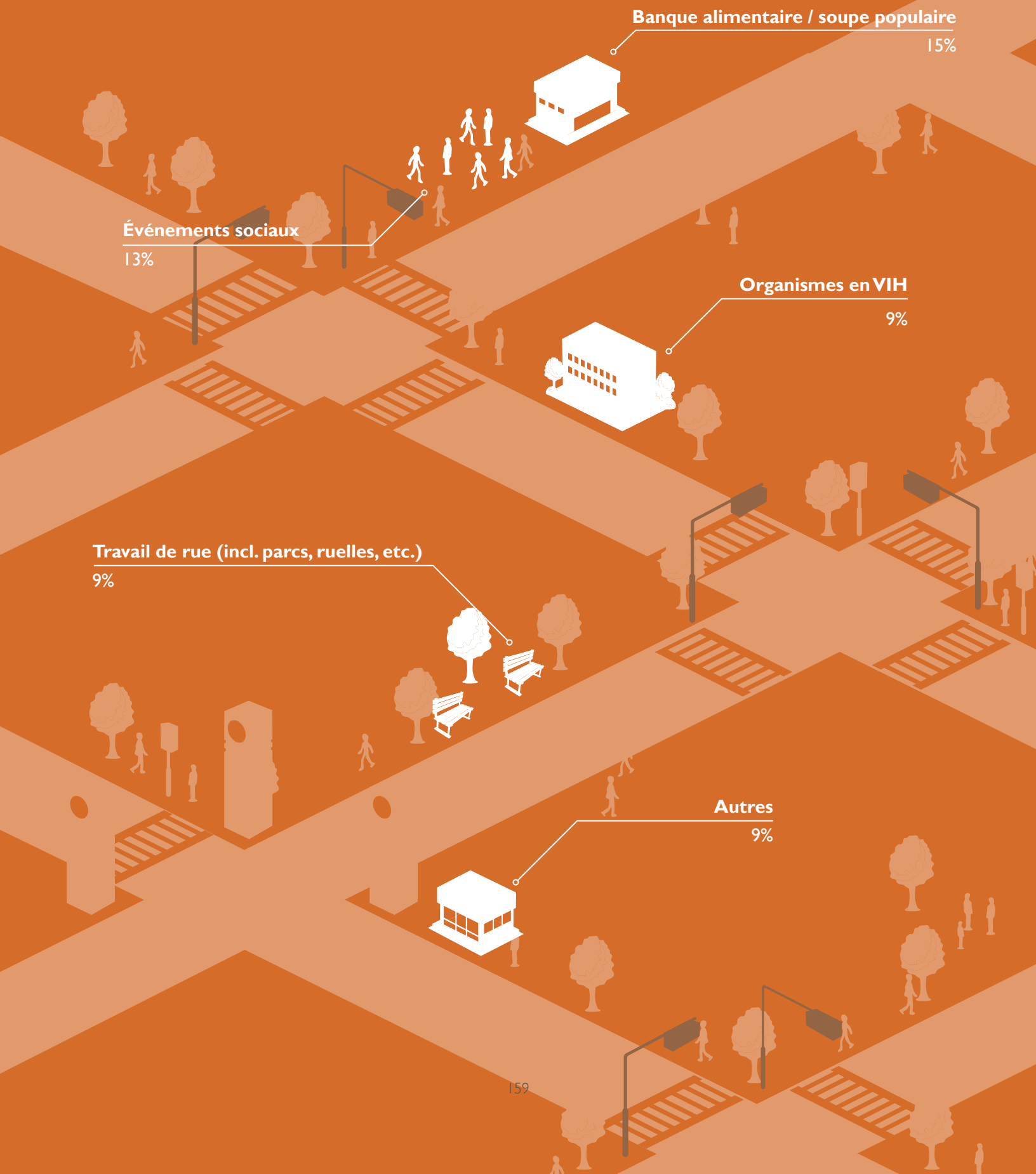


FIGURE 132

CINQ PRINCIPAUX LIEUX DES SERVICES DE PROXIMITÉ



En ce qui concerne les « autres tests », les programmes ont continué de déclarer uniquement les fibroscans et fibrotests. En plus d'être un test obligatoire pour l'admissibilité à un traitement anti-VHC financé par le secteur public, le fibroscan est un important moyen d'impliquer et de réimpliquer les clients. Afin de soutenir ce service, une équipe travaille à développer un réseau communautaire de références pour le fibroscan.

Proximité

Les équipes VHC offrent des services de proximité à divers endroits. En 2014-2015, elles ont joint des clients plus souvent dans des OLS, des sites mobiles et des activités sociales.

Les programmes ont déclaré avoir rencontré plus de jeunes clients à risque. Ils ont également noté une augmentation de la demande de services d'éducation et d'information, car les gens veulent en savoir plus sur le traitement du VHC. Les équipes VHC ont développé de nouveaux partenariats pour fournir plus de services de proximité aux personnes indigènes. Dans leurs efforts pour élargir leur portée, les programmes ont continué de développer des protocoles afin d'assurer des services sécuritaires et accessibles.

Impact: résultats du traitement

En 2014-2015 :

- 3 172 clients étaient en phase pré-traitement – en hausse de 493 comparativement à l'année précédente.
- 218 ont spontanément éliminé le virus
- 557 clients ont amorcé un traitement
- 488 ont complété le traitement
- 54 clients se sont retirés du traitement (39 % de moins que l'année précédente). Quinze des 54 retraits étaient dus à des effets secondaires des traitements.
- 48 %–278 clients – avaient une réponse virologique soutenue.

Avec les nouveaux régimes de traitement, certains clients ont franchi les trois étapes thérapeutiques dans une même période semi-annuelle de déclaration de données.

FIGURE 133 Résultats de traitement 2013 / 14-2014 / 15 (OERVSCO 15.3b & 15.3c)

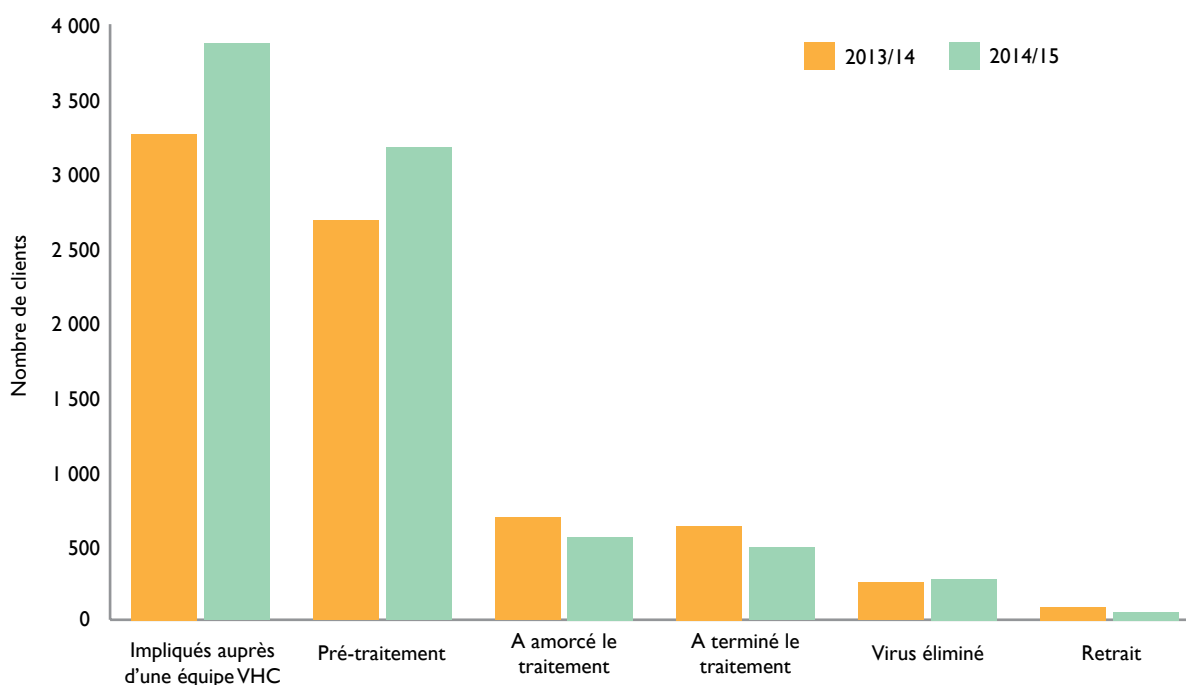
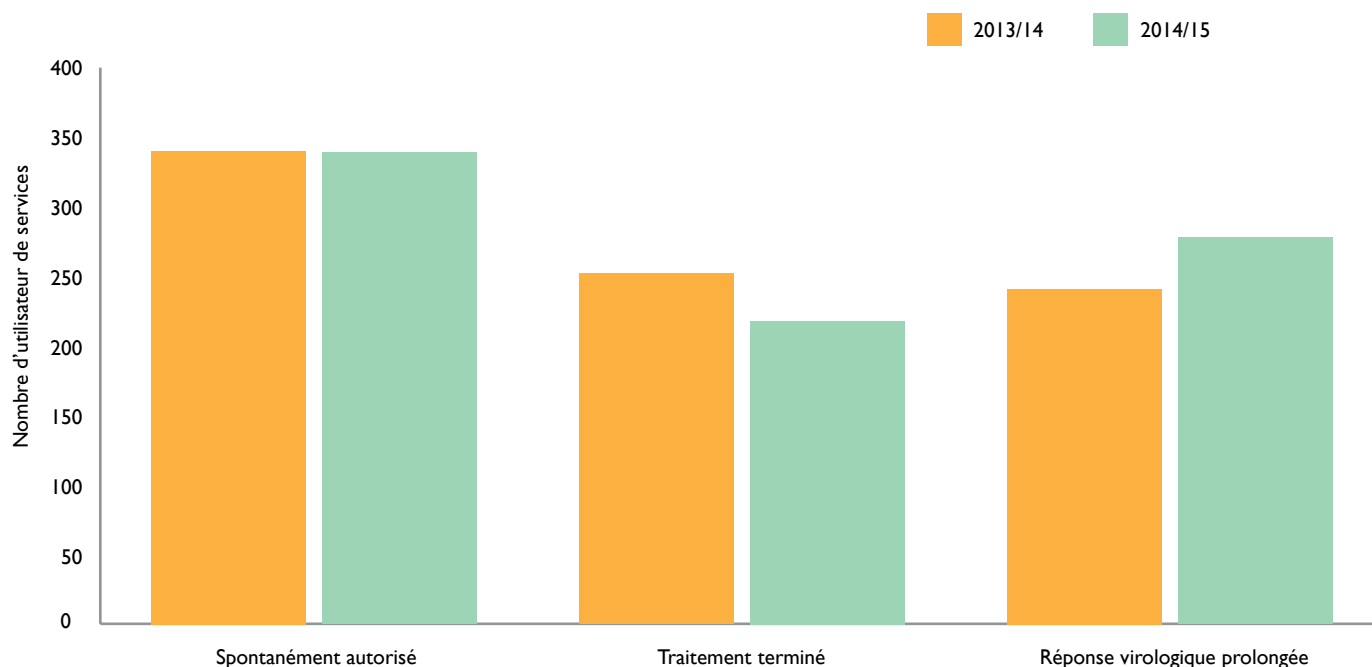
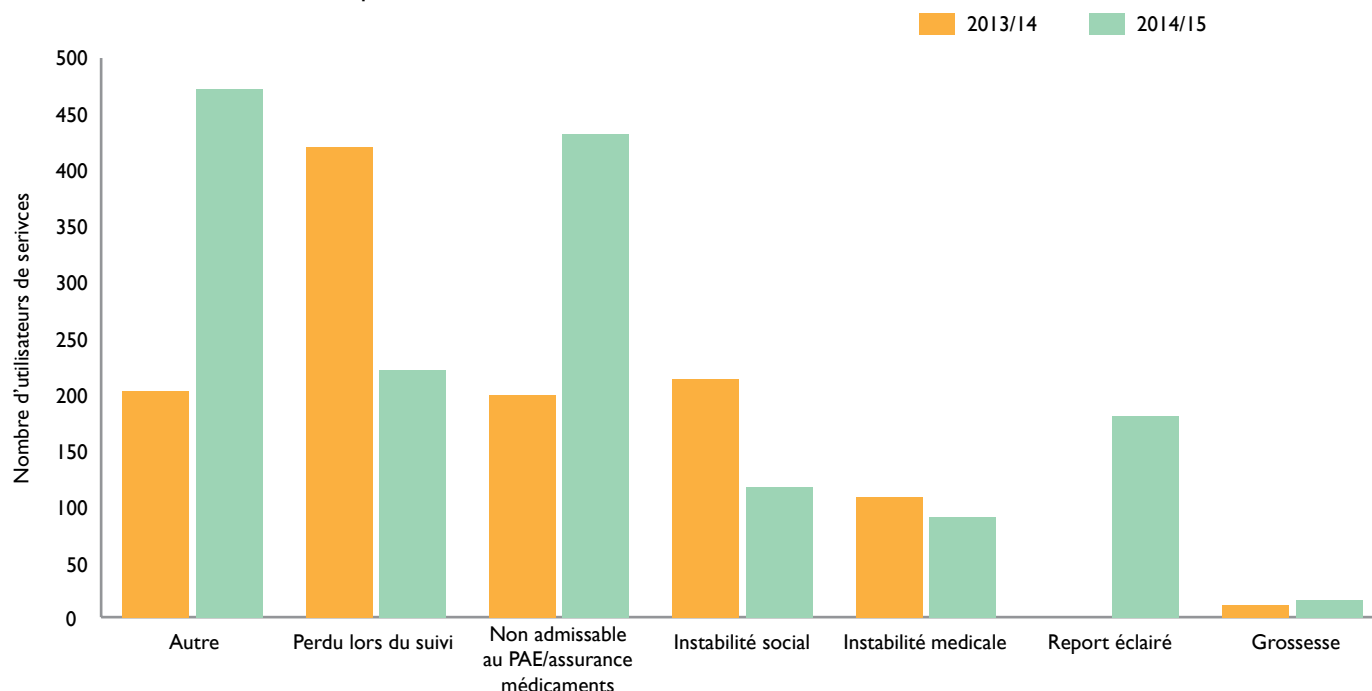


FIGURE 134 H1 et H2 traitement des résultats 2013 / 14-2014 / 15 (OERVSCO q. 15.3b)

Admissibilité au traitement et interruptions du traitement

L'écart important entre le nombre de clients amorçant le traitement et ceux complétant le traitement, en 2014-2015, est dû principalement au nombre élevé de personnes qui ne sont pas encore admissibles à la couverture des médicaments. Grâce au travail des équipes VHC, toutefois, beaucoup moins de clients ont été perdus à l'étape du suivi (-52 %) ou ont eu une interruption du traitement en raison d'une instabilité sociale (-55 %). Au cours de la même période, le nombre de clients qui ont amorcé le traitement, mais n'étaient pas admissibles au Programme d'accès exceptionnel (PAE), a plus que doublé. La Figure 135 montre les raisons pour lesquelles des personnes ne sont pas admissibles au traitement, et la Figure 136, les raisons pour lesquelles des personnes arrêtent leur traitement.

FIGURE 135 Raisons pour le traitement inadmissibilité (OERVSCO q. 15.3c)

Détails additionnels sur les génotypes et sur l'accès aux traitements

Chez la plupart de clients, le génotype 1, 3 ou 2 du VHC était en cause. Le génotype 1 est le plus répandu au Canada parmi les personnes qui consomment des drogues.

Écart dans l'admissibilité

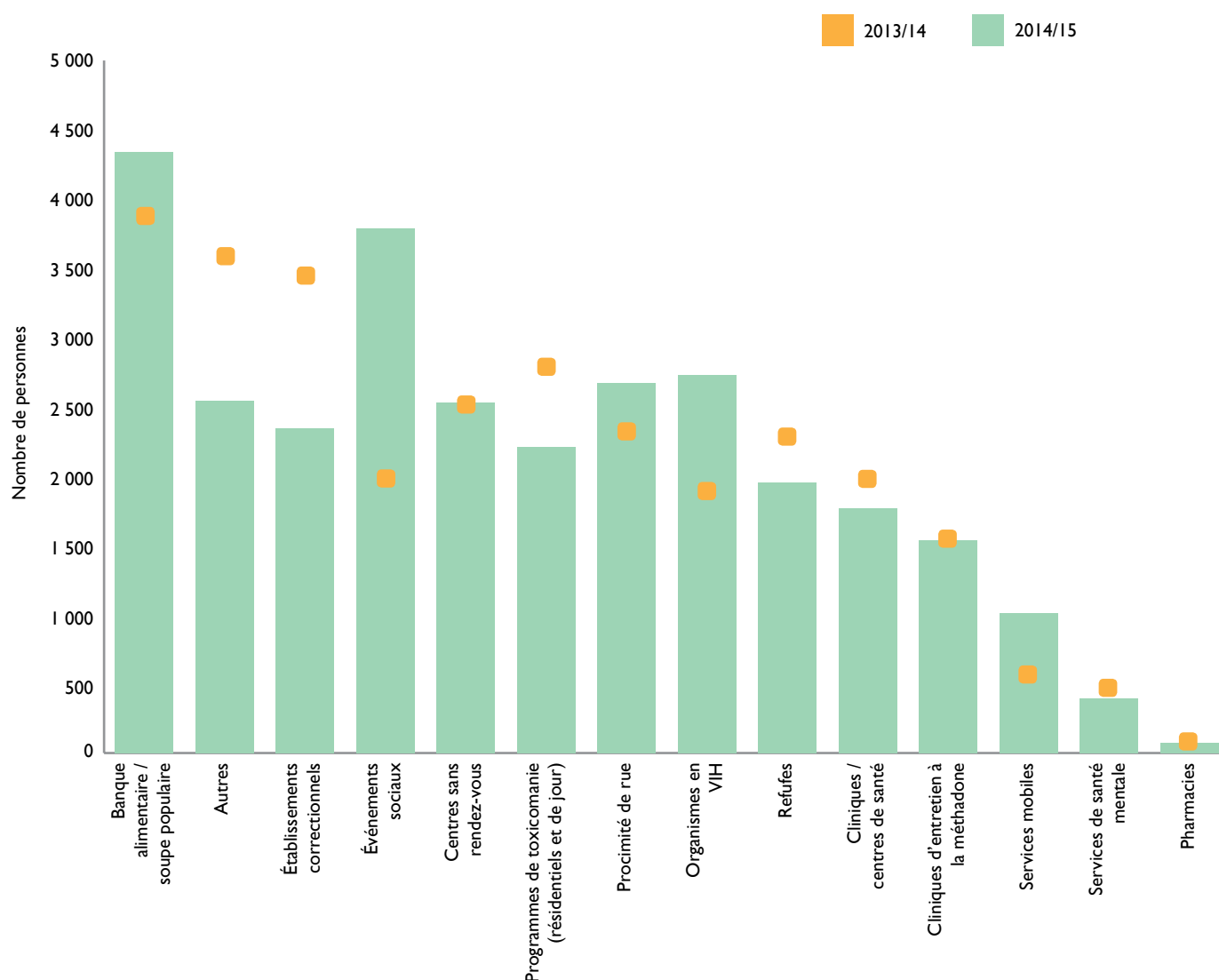
Pour plusieurs personnes vivant avec le VHC, le coût est un obstacle à l'accès aux traitements. Les clients ne sont pas tous admissibles au PAE, qui couvre les médicaments ne figurant pas au Programme de médicaments de l'Ontario. Avec l'avènement de nouveaux traitements en 2014-2015, les équipes du VHC ont déclaré que le PAE avait couvert les coûts des médicaments pour un total de 128 clients (12 % des clients qui ont amorcé un traitement, comparativement à 36 % pour l'année précédente). Parallèlement, des sites ont déclaré que les récents changements au processus d'approbation du PAE impliquent que des patients qui n'étaient pas admissibles à l'interféron peuvent à présent être envisagés pour les régimes plus brefs sans interféron. Les résultats de ces changements seront plus visibles dans la prochaine période de déclaration.

Même si le nombre de personnes ayant reçu un traitement en 2014-2015 ne diffère pas significativement de celui de l'année précédente, les équipes s'attendent à ce que le nombre de clients « en traitement » et « post-traitement » augmente rapidement, car de plus en plus de personnes deviendront admissibles.

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

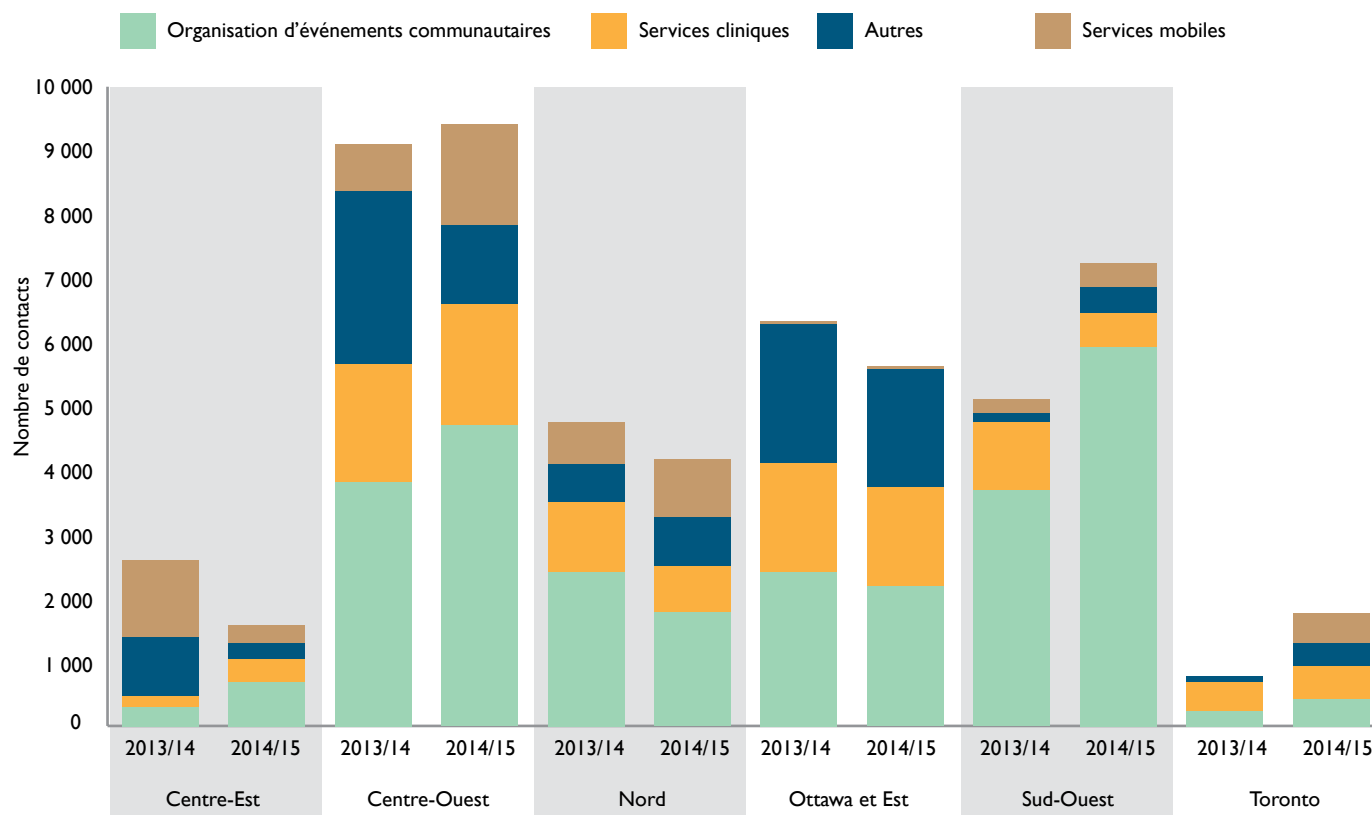
Les équipes VHC ont continué de fournir de l'éducation pour rehausser la sensibilisation et prévenir la transmission du VHC – en particulier parmi les six populations prioritaires. Elles ont déclaré au total 29 881 contacts en services de proximité, dans divers sites de la communauté, y compris une somme importante d'éducation dans les banques alimentaires et les activités sociales (voir la Figure 137).

FIGURE 136 Contacts de l'éducation par emplacement (OERVSCO q. 15.4a)



Les sites de service de proximité varient selon la région; dans le Sud-Ouest, ce sont principalement les autres organismes et événements communautaires, alors que dans le Centre-Est ce sont les services mobiles et « autres » sites (voir la Figure 138).

FIGURE 137 Contacts de l'éducation par région et par emplacement (OERVSCO q. 15.4a)



OBJECTIF : Accroître la collaboration, la coordination et les pratiques fondées sur les données, à l'échelle du système de réponse au VHC

Afin de bâtir des réseaux plus solides de services pour répondre au VHC, les équipes ont donné au total 1 456 présentations dans leurs communautés et régions (-23 % par rapport à l'année précédente). Les sujets les plus fréquents de ces présentations étaient : la réduction des méfaits/utilisation plus sécuritaire des drogues, le traitement du VHC et vivre avec le VHC. Le changement du nombre de présentations VHC 101 est dû à un changement dans la déclaration. Ce sujet a été retiré de la liste, et les programmes l'ont inclus dans la catégorie « autre ».

Différents membres de l'équipe partagent la responsabilité de rehausser la collaboration et la coordination – mais la majorité des présentations ont été données par les intervenants de proximité et les coordonnateurs. La plupart des présentations s'adressaient à des fournisseurs de services et à des professionnels, suivis des personnes qui consomment des drogues puis des fournisseurs de soins de santé.

FIGURE I38 Top 5 présentations éducatives par sujet (OERVSCO q. 15.4c)

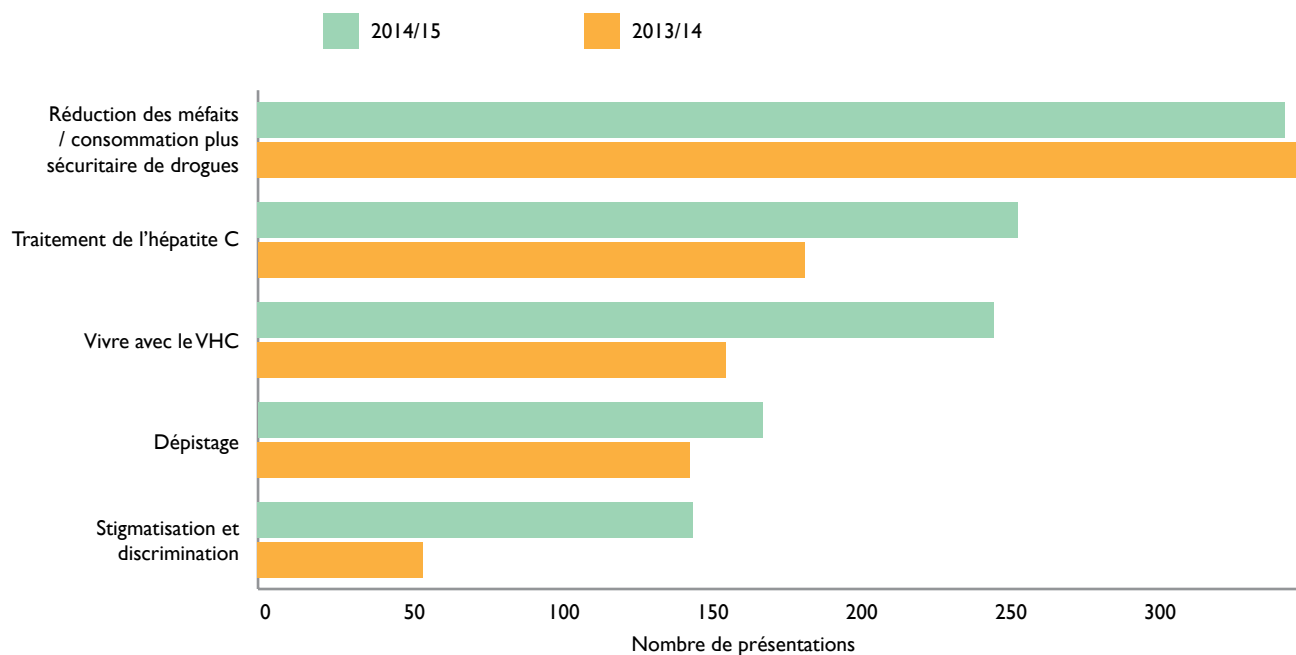
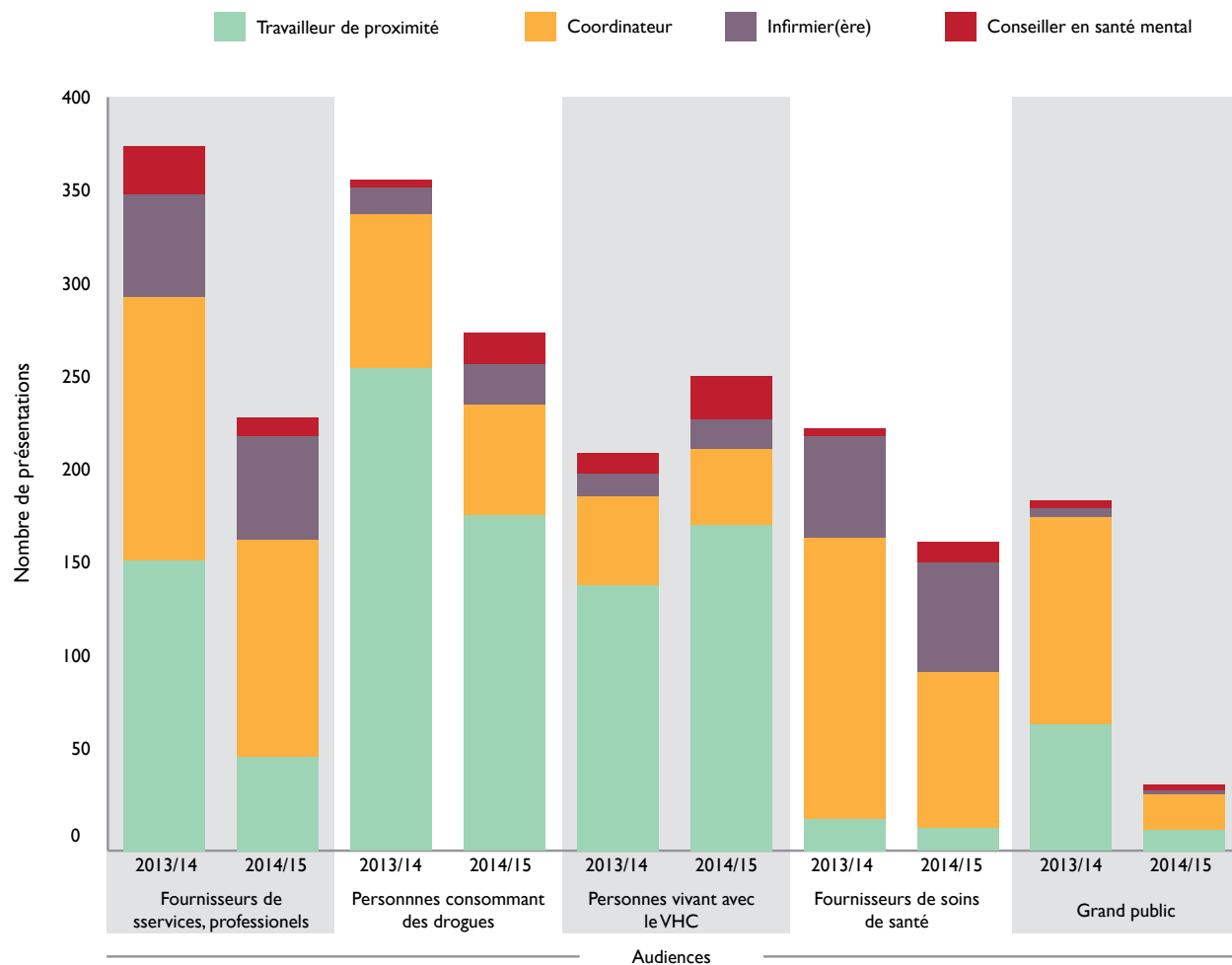


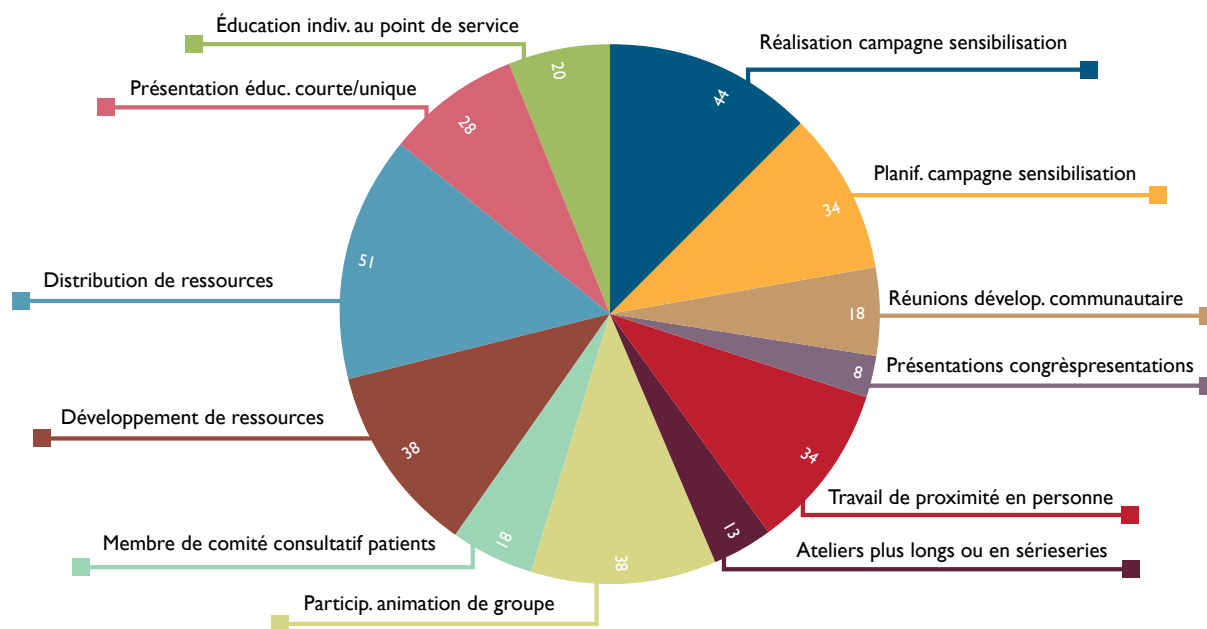
FIGURE I39 Top 5 l'éducation destinée publics par type de travailleur (OERVSCO q. 15.4c)



Implication des pairs

Les équipes VHC impliquent activement des personnes ayant une expérience vécue dans la fourniture des services d'éducation et de proximité. Les pairs offrent une vaste gamme de services et sont activement impliqués dans la distribution de ressources, la planification et la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation et la réalisation d'activités de proximité. En moyenne, 345 pairs ont fourni des services pendant chaque moitié de 2014-2015.

FIGURE 140 Nombre de pairs impliqués dans l'offre de services pour l'hépatite C (OERVSCO q. 15.4d)



Qu'avons-nous appris des équipes VHC, de leurs clients et de leurs partenaires?

L'éducation sur l'hépatite C est souvent intégrée dans les services de réduction des méfaits.

Les équipes VHC continuent de développer des partenariats avec des centres de santé communautaire pour joindre les communautés plus petites et éloignées. Les équipes soulignent l'importance d'un cadre de soins intégrés et travaillent activement à le promouvoir et à le soutenir.

Des infirmier(ère)s en hépatite C fournissent une éducation sur le VHC à d'autres employés en soins infirmiers dans des centres de santé communautaire et des hôpitaux.

Plusieurs clients ont besoin de biens de première nécessité. La fourniture de ces articles est une occasion de les impliquer dans les soins.

Les efforts de proximité entre pairs sont essentiels à la réussite. Les programmes continuent d'investir dans la formation des pairs et cherchent des moyens efficaces pour rendre les initiatives entre pairs plus durables, notamment en offrant un plus grand nombre de formations et d'occasions de contribuer à ces programmes « de manière moins formelle qu'on l'entend habituellement ».

De nouveaux outils d'évaluation complets ont été développés et utilisés, comme les sondages sur la satisfaction à l'égard du traitement et sur les gains de connaissances. Plusieurs équipes planifient des initiatives d'évaluation plus complexes, comme un sondage sur l'impact communautaire.

Des programmes ont déclaré utiliser efficacement la technologie (p. ex., messages textes) pour réduire le nombre de rendez-vous manqués.

Liste des figures

FIGURE 1 Les programmes VIH et équipes hépatite C couvrent la province	ii
FIGURE 2 Services de dépistage	4
FIGURE 3 Nouveaux cas d'hépatite C	7
FIGURE 4 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH en Ontario, 2005-2014	9
FIGURE 5 Nombre de nouveaux diagnostics de VIH selon le sexe, en Ontario, 2005-2014	10
FIGURE 6 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribués à différentes populations (si elle est connue) globale et par sexe / genre , 2-13 et 2014 (combiné)	11
FIGURE 7 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribué à diverses catégories d'exposition (lorsque connues), hommes, 2005-2014	12
FIGURE 8 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribué à diverses catégories d'exposition (lorsque connues), femmes, 2005-2014	12
FIGURE 9 Pourcentage de diagnostics de VIH attribués à différentes ethnies (lorsqu'ils sont connus), globalement et par sexe , 2013 et 2014 (combiné)	13
FIGURE 10 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH de sexe masculin attribué à différentes ethnies (lorsqu'ils sont connus) , 2009-2014	14
FIGURE 11 Pourcentage de nouveaux diagnostics VIH féminins attribués à différentes ethnies (lorsqu'ils sont connus) , 2009-2014	14
FIGURE 12 Pourcentage de nouveaux diagnostics de VIH attribués à différents groupes d'âge, par sexe / genre , 2012-2014 (combiné)	15
FIGURE 13 Financement annuel du Bureau de lutte contre le sida et du PACS, déclaré par eux, 2005-2006 – 2014-2015	17
FIGURE 14 Annuel des fonds supplémentaires tel que rapporté par le programme financé	18
FIGURE 15 Toutes les sources de financement des organisations du SIDA à base communautaire 2011 / 12 – 2014 / 15	19
FIGURE 16 Qui fait fonctionner les programmes?	21
FIGURE 17 Tendances des bénévoles heures / services	22
FIGURE 18 Nombre de présentations éducatives et participants par source de financement	28
FIGURE 19 Nombre de présentations par type de travailleur 2014/15	29
FIGURE 20 Top 6 audiences pour les présentations éducatives destinées par le personnel de l'enseignement général	29
FIGURE 21 Trois principaux publics des exposés financés par le PACS	30
FIGURE 22 Top populations 3 d'audience atteint par les travailleurs des populations spécifiques	30
FIGURE 23 Figure 23 Top 6 présentation emplacements par bailleur de fonds	32
FIGURE 24 Demandes d'éducation individualisée au point de service	33
FIGURE 25 Trois principales demandes de séances individuelles, part type de travailleur	34
FIGURE 26 Contacts de sensibilisation brief par la population	38
FIGURE 29 Nombre de contacts face-à-face significatifs, par type de population	39

FIGURE 27 Activités de médias sociaux par bailleur de fonds	41
FIGURE 28 Média sociaux: activité et résultat	42
FIGURE 30 Nombre total de IDU en service interactions par des programmes financés de sensibilisation UDVI et d'autres programmes	54
FIGURE 31 Nombre total de sensibilisation UDVI interactions par financé sensibilisation des IDU et d'autres programmes	55
FIGURE 32 Top sept emplacements de sensibilisation pour les programmes financés de sensibilisation IDU pour 2014/15	56
FIGURE 33 Top sept emplacements de sensibilisation pour d'autres programmes pour 2014/15	56
FIGURE 34 Nombre total de clients de sensibilisation uniques signalés par des programmes de sensibilisation UDVI financés et d'autres programmes 2010 / 11-2014 / 15	57
FIGURE 35 Nombre total de clients en service uniques signalés par des programmes de sensibilisation des UDVI financés et d'autres programmes 2010 / 11-2014 / 15	57
FIGURE 36 Mâle et femelle clients de sensibilisation UDVI	58
FIGURE 37 Clients IDU en service selon le sexe	59
FIGURE 38 Services Top 4 UDVI fournis sur 3 ans	60
FIGURE 39 Utilisation des services de soutien UDVI selon le sexe	61
FIGURE 40 Total des UDVI pairs selon le sexe	62
FIGURE 41 Nouvelle et moyenne pairs UDVI actifs par sexe	63
FIGURE 42 Nombre total de uniques en service clients trans sur 5 ans	64
FIGURE 43 Services Top 4 UDVI fournis aux clients trans sur 5 ans par des programmes financés et autres	65
FIGURE 44 Matériel distribué	66
FIGURE 45 Tendances des plus sûres des produits d'inhalation distribué 2012/13-2014/15	67
FIGURE 46 Nombre de tests VIH par type d'essai et le taux de positivité 2014/15	74
FIGURE 47 Nombre de tests VIH par sexe / genre 2014/15 2014/15	75
FIGURE 48 Nombre de tests VIH par âge et par sexe / genre 2014/15	76
FIGURE 49 Nombre de tests VIH par origine ethnique 2014/15	77
FIGURE 50 Proportion de tests VIH qui ont déclaré chaque facteur de risque 2014/15	78
FIGURE 51 Nombre de tests VIH anonymes par emplacement 2014/15	79
FIGURE 52 Parrainages faites pour les clients séropositifs en 2014/15	79
FIGURE 53 Nombre de nouveaux moyens clients actifs servis par sexe / genre	81
FIGURE 54 Nombre de clients (nouveaux et moyenne actif) par âge et par sexe / genre	82
FIGURE 55 Origine ethnique des nouvelles et moyennes clients actifs	83
FIGURE 56 Les cinq défis auxquels sont confrontés les clients par région	84

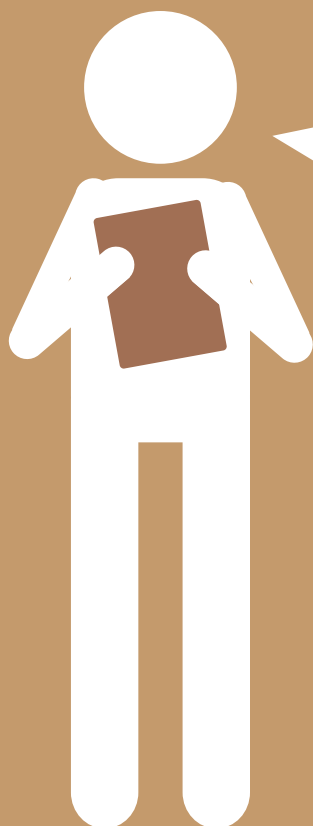
FIGURE 57 Quels services les clients utilisent-ils?	85
FIGURE 58 À quels autres services les clients sont-ils reliés	86
FIGURE 59 Nombre de présentations éducatives et des participants par type de présentation	87
FIGURE 60 Nombre de réunions de développement communautaire par type	88
FIGURE 61 Qui utilise les services? de soutien?	89
FIGURE 62 Les clients ont accès aux services de soutien par groupe de clients et H1 et H2 - 2014/15	90
FIGURE 63 Répartition des personnes vivant avec le VIH en utilisant des services de soutien par sexe	91
FIGURE 64 Nombre de clients ayant accès aux services de soutien par type de client et de l'âge: 2014/15	91
FIGURE 66 Nombre total de nouveaux clients par l'appartenance ethnique 2014/15	92
FIGURE 65 Nombre de nouveaux clients par tranche d'âge 2014/15	92
FIGURE 67 Défis rencontrés par les clients (proportionnelle)	93
FIGURE 68 Services top 10 étant accessibles par les personnes vivant avec le VIH	94
FIGURE 69 Top 10 des services d'accès par les clients à risque	95
FIGURE 70 Services Top 10 accessibles par les clients concernés	96
FIGURE 71 Cinq services top utilisés par les femmes trans	97
FIGURE 72 Cinq services top utilisés par les hommes trans	97
FIGURE 73 Proportion et nombre de tous les clients ayant accès aux services par bailleur de fonds 2014/15	98
FIGURE 74 Nombre de références cliniques et communautaires uniques par sexe / genre (hommes et femmes)	99
FIGURE 75 Nombre de références uniques cliniques et communautaires par sexe / genre (hommes trans et les femmes)	100
FIGURE 76 Nombre de présentations par foyer	107
FIGURE 78 Emplacement des exposés présentés par des programmes de renforcement des capacités par région sanitaire	108
FIGURE 77 Présentations de renforcement des capacités et des participants par bailleur de fonds	108
FIGURE 79 Format des présentations de renforcement des capacités	109
FIGURE 80 Nombre de réunions de développement communautaire par le public cible (pour les programmes de renforcement des capacités)	110
FIGURE 81 But des réunions de développement communautaire de programmes de renforcement des capacités	110
FIGURE 82 Les participants à des présentation PACS déclarent des changements à leurs connaissances et comportements	111
FIGURE 83 Nombre de recherches actives financées, par population prioritaire	112
FIGURE 84 Contributions de personnes vivant avec le VIH à la recherche	113
FIGURE 85 Utilisations faites de données de l'ÉCO en 2014-2015	115
FIGURE 86 Formations de l'OERVESCO et d'OCASE en 2015	116

FIGURE 87 Total des présentations de l'OHTN et des participants, par objectif	117
FIGURE 88 Demandes d'analyses de données à l'OERVSCO à l'OCASE en 2015	118
FIGURE 89 Nombre total de présentations et de participants par présentation accent 2014/15	118
FIGURE 90 Nombre de présentations par la mise en 2014/15	119
FIGURE 91 Réunions de développement communautaire, par bailleur de fonds	120
FIGURE 92 Les plus commun 5 des activités de développement communautaire par bailleur de fonds	121
FIGURE 93 Les plus commun 3 des activités de développement communautaire par rôle	121
FIGURE 94 réunions de développement communautaire par type de partenaire (pour les travailleurs de prévention) 2014/15	122
FIGURE 95 Participation au développement communautaire pour UDI	123
FIGURE 96 IDU community development contacts by agency type 2014/15	123
FIGURE 98 Nombre de nouveaux diagnostics du VIH attribué à diverses régions, 2012-2013 vs 2014	124
FIGURE 97 En 2014-2015, les nouveaux diagnostics de VIH étaient concentrés dans les régions suivantes	124
FIGURE 99 Nombre de nouveaux diagnostics du VIH chez des femmes, attribué à diverses régions, 2012-2013 vs 2014	125
FIGURE 100 Nombre de nouveaux diagnostics du VIH chez des hommes, attribué à diverses régions, 2012-2013 vs 2014	125
FIGURE 101 Nombre de présentations par région	126
FIGURE 102 Tendances des présentations régionales en public	127
FIGURE 103 Programmes et services en VIH : portrait régional	128
FIGURE 104 FIGURE 104 Nombre de présentations par région et par type de travailleur	129
FIGURE 105 Top 3 sujets par région	130
FIGURE 106 Top 3 types d'audience de présentation par région	131
FIGURE 107 Top 3 contacts de sensibilisation significatifs par région	132
FIGURE 108 Top 3 sensibilisation lieux par région	133
FIGURE 109 Médicaments de choix par région	134
FIGURE 110 Nombre total de IDU sensibilisation et interactions en service	135
FIGURE 111 Proportion de clients ayant accès aux services de soutien par région et par sexe 2013/14	136
FIGURE 112 Nombre total de décès signalés	138
FIGURE 113 Nombre de décès du client par région	138
FIGURE 114 L'aide financière accordée par la région	139
FIGURE 115 Les agents les plus infectieuses en Ontario	141

FIGURE 116 Facteurs de risque parmi les personnes vivant avec l'hépatite C	141
FIGURE 117 Cas et taux déclarés d'hépatite C : Ontario et Canada, 2005-2014	142
FIGURE 118 Ont signalé des taux d'hépatite C selon l'âge et le sexe, Ontario 2014	143
FIGURE 119 Taux déclarés d'hépatite C par unité de santé publique de résidence : Ontario, 2014	145
FIGURE 120 Postes financés en Matière d'hépatite C, selon le rôle, 2014-2015	146
FIGURE 121 Nombre total de clients desservis par type de genre et client 2013/14-2014/15	147
FIGURE 122 Clients par région, sexe / genre et groupe de clients 2014/15 (hommes et femmes trans)	148
FIGURE 123 Clients par région, sexe / genre et groupe de clients 2014/15 (mâle et femelle)	149
FIGURE 124 Charge de travail totale selon l'étape de traitement par période de déclaration 2013 / 14-2014 / 15	151
FIGURE 125 Proportion de clients recevant des services cliniques et de gestion de cas par étape de traitement	152
FIGURE 126 Services cliniques accessibles par groupe - 2014/15	153
FIGURE 128 Accessibles par groupe de clients • 2013 / 14-2014 / 15 2013/14-2014/15	154
FIGURE 127 Services cliniques accessibles - 2014/15	154
FIGURE 129 Affected client service utilization by gender 2014/15	155
FIGURE 130 Nombre de clients testés par type de test de diagnostic	156
FIGURE 131 Nombre de fibroscans et fibrotests fournis dans 2014/15	156
FIGURE 132 Cinq Principaux Lieux des Services de Proximité	157
FIGURE 133 Résultats de traitement 2013 / 14-2014 / 15	158
FIGURE 134 H1 et H2 traitement des résultats 2013 / 14-2014 / 15	159
FIGURE 135 Raisons pour le traitement inadmissibilité	160
FIGURE 136 Contacts de l'éducation par emplacement	161
FIGURE 137 Contacts de l'éducation par région et par emplacement	162
FIGURE 139 Top 5 l'éducation destinée publics par type de travailleur	163
FIGURE 138 Top 5 présentations éducatives par sujet	163
FIGURE 140 Nombre de pairs impliqués dans l'offre de services pour l'hépatite C	164
FIGURE 141 All sources of funding 2012/2013 – 2015/2016	184

IV. Appendices

- A. Programmes
- B. Modèles logiques
- C. Synthèse et modèle logique
- D. Limites des données
- E. Sources de financement
- F. Qu'est-ce qu'un réseau de population prioritaire?
- G. Impact économique
- H. Acronymes



Appendix A. Programmes

Région de santé	Nom de l'organisation	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)
Centre-Est	AIDS Committee of York Region (Comité du sida de la région York)	Centre
	AIDS Committee of Durham Region (Comité du sida de la région Durham)	Centre-Est
	Lakeridge Health Centre	Centre-Est
	Oshawa Community Health Centre	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
	Simcoe Muskoka District Health Unit (Comité du sida du comté de Simcoe)	Simcoe Nord-Muskoka
Centre-Ouest	Bramalea Community Health Centre	Centre-Ouest
	Hemophilia Ontario - CWOR (Région du Centre et de l'Ouest de l'Ontario)	Centre-Ouest
	Peel HIV/AIDS Network (Réseau VIH/sida de Peel)	Centre-Ouest
	The AIDS Network - Hamilton (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
	Niagara Health System	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Positive Living Niagara	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	Wayside House of Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant
	AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area (Comité sur le sida de Cambridge, Kitchener, Waterloo et des régions avoisinantes)	Waterloo Wellington
	HIV/AIDS Resources & Community Health Clinic	Waterloo Wellington
	HIV/AIDS Resources & Community Health	Waterloo Wellington
	Sanguen Health Centre	Waterloo Wellington

Région de santé	Nom de l'organisation	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)
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
	Hemophilia Ontario - NEOR (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 pour la jeunesse)	Nord-Est
	Sudbury and District Health Unit	
	Union of Ontario Indians (Union des Indiens de l'Ontario)	Nord-Est
	Elevate NWO	Nord-Est
	Nishnawbe Aski Nation (Nation nishnawbe-aski)	Nord-Ouest
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - Thunder Bay	Nord-Ouest
	Sioux Lookout First Nations Health Authority	
	Thunder Bay District Health Unit	Nord-Ouest
	Waasegiizhig Nanaandawe'yewigamig	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
	Hemophilia Ontario (Région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario) OEOR	Champlain
	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones - Ottawa	Champlain
	The Ottawa Hospital	
	Somerset West Community Health Centre (Centre de santé communautaire Somerset West)	Champlain
	Wabano Centre for Aboriginal Health Inc	
	Youth Services Bureau of Ottawa	Champlain
	HIV/AIDS Regional Services (Services régionaux sur le VIH/sida)	Champlain
	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, communautaire de Kingston)	Sud-Est
		Sud-Est

Région de santé	Nom de l'organisation	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (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
	Windsor-Essex Community Health Centre	Erie-St. Clair
	Association of Iroquois and Allied Indians	Sud-Ouest
	Hemophilia Ontario - SWOR	Sud-Ouest
	London Inter-Community Health Centre	Sud-Ouest
	Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy - London	Sud-Ouest
	Options Clinic	Sud-Ouest
	Regional HIV/AIDS Connection	Sud-Ouest
	Windsor Regional Hospital	Erie-St. Clair
Toronto	2-Spirited People of the First Nations	Toronto-Centre
	Action Positive VIH/SIDA	Toronto-Centre
	Africans In Partnership Against AIDS	Toronto-Centre
	AIDS Committee of Toronto	Toronto-Centre
	Alliance for South Asian AIDS Prevention	Toronto-Centre
	Asian Community AIDS Services	Toronto-Centre
	Barrett House - Good Shepherd Ministries	Toronto-Centre
	Black Coalition for AIDS Prevention	Toronto-Centre
	Casey House Hospice	Toronto-Centre
	Central Toronto Community Health Centres	Toronto-Centre
	Centre for Spanish-Speaking Peoples	Toronto-Centre
	Elizabeth Fry Society of Toronto	Toronto-Centre
	Ethiopian Association	Toronto-Centre
	Family Service Toronto	Toronto-Centre
	Fife House	Toronto-Centre
	The HIV/AIDS Counselling, Testing and Support Program	Toronto-Centre

Région de santé	Nom de l'organisation	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)
Toronto	Hospice Toronto	Toronto-Centre
	LOFT Community Services	Toronto-Centre
	Maggie's: The Toronto Sex Workers Action Project	Toronto-Centre
	Ont. Assoc. of the Deaf, Deaf Outreach Program	Toronto-Centre
	Passerelle Integration et Developpement Economiques	Toronto-Centre
	Planned Parenthood Toronto	Toronto-Centre
	Réseau des Chercheuses Africaines	Toronto-Centre
	Sherbourne Health Centre	Toronto-Centre
	South Riverdale Community Health Centre	Toronto-Centre
	St Michael's Hospital	Toronto-Centre
	St. Stephen's Community House	Toronto-Centre
	Syme-Woolner Neighbourhood and Family Centre	Toronto-Centre
	The Teresa Group	Toronto-Centre
	The Works, City of Toronto Public Health	Toronto-Centre
	Toronto People With AIDS Foundation – RFAC	Toronto-Centre
	Toronto People With AIDS Foundation – FFL	Toronto-Centre
	University Health Network	Toronto-Centre
	Unison Health and Community Services	Toronto-Centre
	Warden Woods Community Centre	Toronto-Centre
	Women's Health in Women's Hands Community Health Centre	Toronto-Centre
Région de santé	Nom de l'organisation	Type de programme
Provincial	Hemophilia Ontario	Les services direct
	HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario)	Les services direct
	Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy	Les services direct
	Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network	Les services direct
	African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario	Renforcement des capacités
	AIDS Bereavement and Resiliency Program of Ontario (sponsored by Fife House)	Renforcement des capacités
	Canadian AIDS Treatment Information Exchange	Renforcement des capacités
	Committee for Accessible AIDS Treatment	Renforcement des capacités
	Fife House - Ontario HIV and Substance Use Training Program	Renforcement des capacités
	Gay Men's Sexual Health Alliance	Renforcement des capacités
	Ontario AIDS Network	Renforcement des capacités
	Ontario Organizational Development Program	Renforcement des capacités
	Toronto People With AIDS Foundation	Renforcement des capacités
	Women and HIV/AIDS Initiative	Renforcement des capacités
	The Ontario HIV Treatment Network	Renforcement des capacités

Les programmes de l'hépatite C

Région de santé	Nom de l'organisation	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)
Centre-Est	Lakeridge Health Centre*	Centre-Est
Centre-Est	Oshawa Community Health Centre	Centre-Est
Centre-Ouest	Bramalea Community Health Centre	Centre-Ouest
Centre-Ouest	Niagara Health System	Hamilton Niagara Haldimand Brant
Centre-Ouest	Wayside House of Hamilton	Hamilton Niagara Haldimand Brant
Centre-Ouest	Sanguen Health Centre	Waterloo Wellington
Nord	AIDS Committee of North Bay and Area	Nord-Est
Nord	Algoma Group Health	Nord-Est
Nord	Réseau Access Network	Nord-Est
Nord	Elevate NWO	Nord-Ouest
Nord	Sioux Lookout First Nations Health Authority	Nord-Ouest
Ottawa & Eastern	The Ottawa Hospital	Champlain
Ottawa & Eastern	Street Health Centre, Kingston Community Health Centres	Sud-Est
Provincial Resource	Canadian AIDS Treatment Information Exchange*	Provincial Resource
Provincial Services	Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network	Provincial Services
Sud-Ouest	Windsor-Essex Community Health Centre	Erie-St. Clair
Sud-Ouest	London Inter-Community Health Centre	Sud-Ouest
Toronto	Sherbourne Health Centre	Toronto-Centre
Toronto	South Riverdale Community Health Centre	Toronto-Centre
Toronto	University Health Network	Toronto-Centre

Le test anonyme

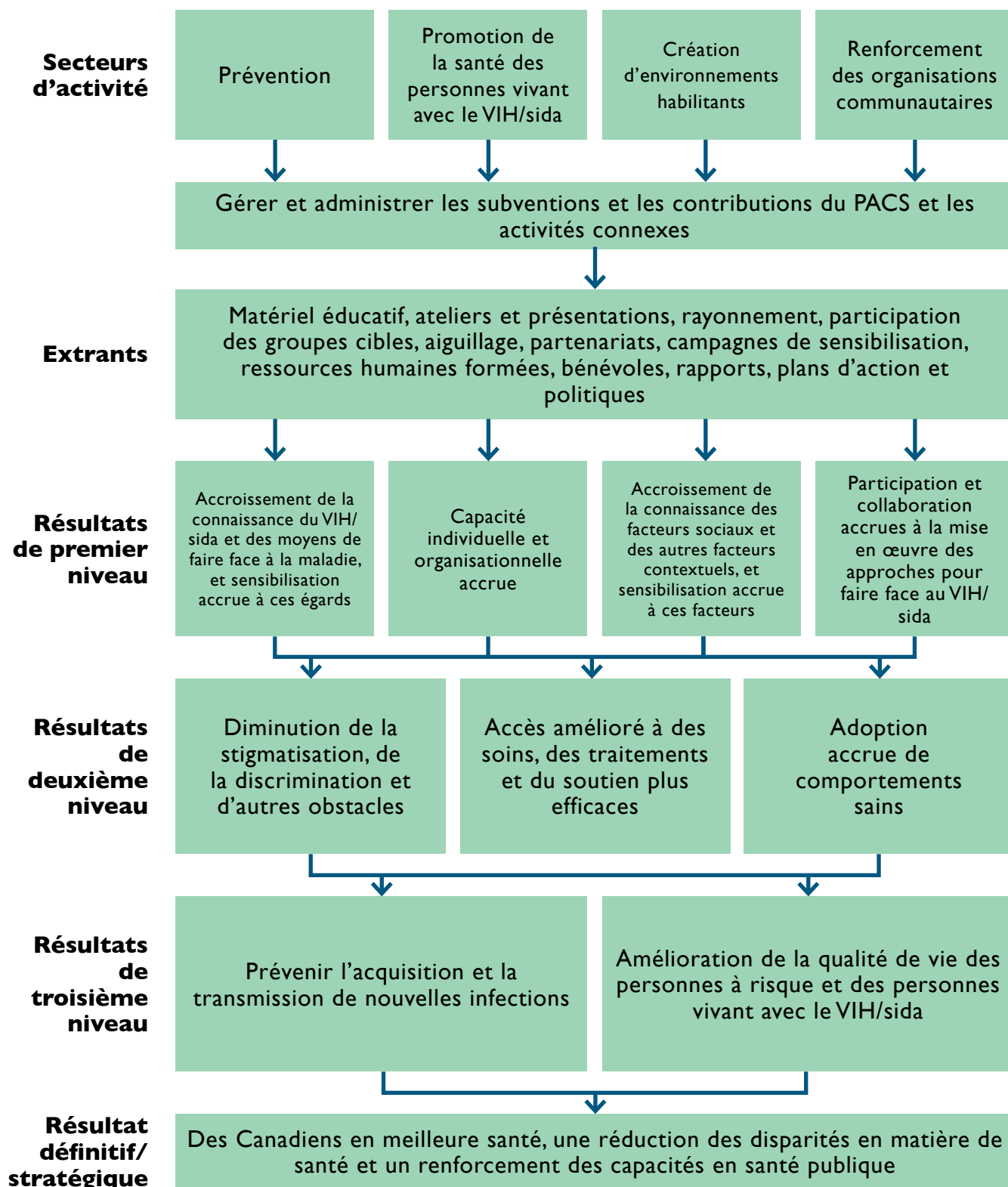
Région de santé	Nom de l'organisation	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)
Sud-Ouest	London InterCommunity Health Centre (Options Clinic)	Sud-Ouest
Centre-Est	Simcoe Muskoka District Health Unit	Simcoe Nord-Muskoka
Nord	Thunder Bay District Health Unit	Nord-Ouest
Nord	Sudbury and District Health Unit	Nord-Est
Sud-Ouest	Windsor Regional Hospital	Erie-St. Clair
Toronto	The HIV/AIDS Counselling, Testing and Support Program (Hassle Free Clinic)	Toronto-Centre Champlain
Ottawa & Eastern	Somerset West Community Health Centre	Hamilton Niagara Haldimand Brant
Centre-Ouest	Hamilton Public Health & Community Services	

Cliniques VIH communautaires

Région de santé	Nom de l'organisation	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)
Toronto	St Michael's Hospital	Toronto-Centre
Centre-Ouest	Bramalea Community Health Centre	Centre-Ouest
Nord	Elevate North Western Ontario	Nord-Ouest
Centre-Est	Lakeridge Health Centre	Centre-Est
Centre-Ouest	HIV/AIDS Resources & Community Health-Clinic	Waterloo Wellington

Appendix B. Modèles logiques

Modèle logique du programme d'action communautaire sur le sida



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

Objectifs	Stratégies	Intrants/Ressources	Extrants
Améliorer les connaissances et la sensibilisation pour prévenir la transmission du VIH/sida parmi les groupes cibles en Ontario	• Accroître la connaissance du VIH/sida et la sensibilisation à cette maladie au moyen de programmes de prévention destinés aux groupes prioritaires • Accroître la sensibilisation et fournir des options pour les tests de dépistage du VIH aux groupes prioritaires • Fournir des services de réduction des méfaits • Promouvoir l'intégration des principes GIPA/MIPA, y compris la participation des PVVS et d'autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue	• Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de la dotation, de l'administration et de la gestion des programmes	• Programmes d'éducation, de prévention et de prise de contact • Initiative de dépistage du VIH • Programmes de réduction des méfaits • Programmes fondés sur les pairs • Programmes de prévention pour lutter contre la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination, comme l'homophobie, le racisme, la stigmatisation des personnes atteintes du VIH, etc. • Comprendre les stratégies financées telles que GMSH, CACVO, prise de contact avec les UDI, SOLVSA
Améliorer l'accès aux services pour les personnes atteintes du VIH/sida ou touchées par cette maladie	• Aider les organismes et les communautés à offrir des services aux personnes atteintes du VIH/sida ou touchées par cette maladie • Fournir du soutien pour combler les lacunes dans les services aux personnes atteintes du VIH/sida ou touchées par cette maladie • Fournir des services de soutien aux groupes prioritaires de l'Ontario • Promouvoir l'intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVVS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue	• Stratégie provinciale sur le VIH/sida • Financement de base et ponctuel • Lignes directrices et stratégies des programmes • Coûts du matériel, de la dotation, de l'administration et de la gestion des programmes	• 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

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
Accroître la capacité des organismes et des communautés à répondre efficacement face au VIH/sida	- Promouvoir l'efficacité, la transparence et la réceptivité du système - Appuyer la capacité de leadership et la coordination des communautés, des organismes, du personnel, des bénévoles et des 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	- 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	- Programmes de développement organisationnel - Programmes de développement des capacités des bénévoles et du personnel - Comprend les stratégies financées : WHAI, CACVO, GMSH, SOLVSA - Établissement d'un réseau d'aiguillage vers des fournisseurs de services connexes - Programmes de développement communautaire pour lutter contre la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination, comme l'homophobie, le racisme, la stigmatisation des personnes atteintes du VIH, etc.
Améliorer la coordination, la collaboration et les pratiques fondées sur des données probantes dans le réseau de services liés au VIH/sida	- Appuyer les occasions de recherche pertinente et de grande qualité - Fournir des occasions de transfert et d'échange de connaissances entre les secteurs - Fournir des occasions d'intégrer les données probantes dans les pratiques - Renforcer les capacités dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida - Promouvoir l'intégration des principes GIPA/MIPA, pour les PVVS et les autres personnes qui possèdent de l'expérience vécue	- Stratégie provinciale sur le VIH/sida - Financement de base et ponctuel - Lignes directrices et stratégies des programmes - Coûts du matériel, de la dotation, de l'administration et de la gestion des programmes	- Partenariats et programmes de coordination des services - Recherche communautaire, clinique et autre, y compris la surveillance épidémiologique - Transfert et échange des connaissances pour améliorer les pratiques fondées sur les données probantes - Collecte, saisie et analyse de données pour améliorer les pratiques éclairées par des données probantes 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

Activités	Data mesures	Short-term outcomes
• 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

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	Data mesures	Short-term outcomes
• 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

Appendix C. Synthèse et modèle logique

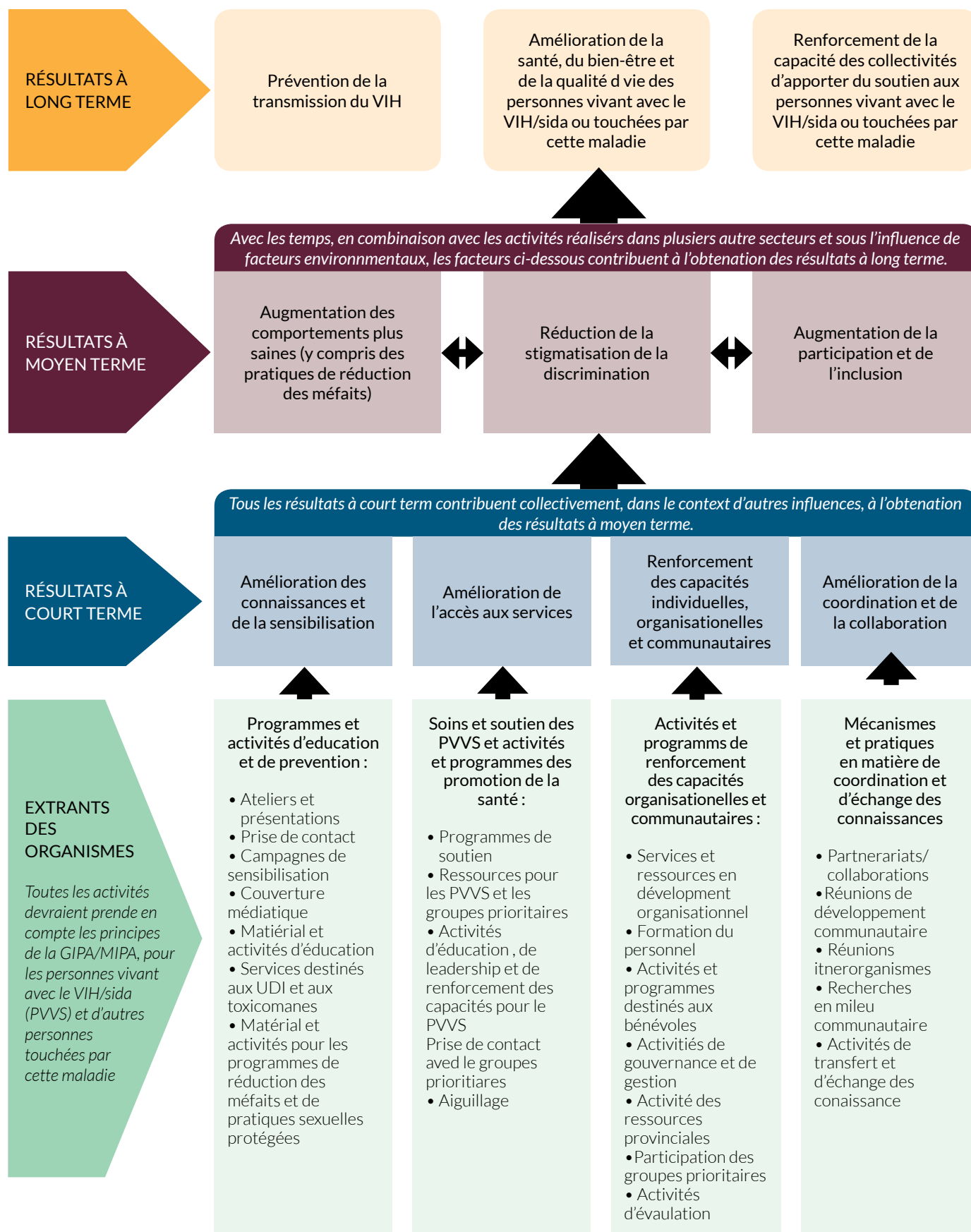
Comprendre le modèle logique

Le modèle logique de l'OERVSCO – une synthèse des modèles logiques du Bureau de lutte contre le sida et de l'ASPC – renforce la façon dont les deux programmes de financement collaborent pour atteindre des objectifs communs. Puisque le modèle logique synthétisé représente les activités des deux bailleurs de fonds, certains groupes et certains extrants ne s'appliquent pas à tous les programmes financés. Par exemple, les jeunes à risque sont un groupe prioritaire pour le PACS, mais pas pour le Bureau de lutte contre le sida; et les services de proximité pour UDI et de réduction des méfaits sont financés par le Bureau de lutte contre le sida, mais pas par le PACS.

La case dans la partie supérieure du modèle logique décrit les résultats à long terme ou les objectifs de nos activités. Le reste du modèle logique explique comment nos activités nous aident à atteindre ces objectifs. Pour lire le modèle logique, il faut commencer au bas de la page :

- Dans la colonne des extrants, sont énumérés les services ou activités des programmes communautaires en VIH, qui sont des moyens pour atteindre des fins.
- Une fin est le changement souhaité ou les résultats que nous souhaitons. Pour ce rapport, nous avons relié chaque extrant à un seul résultat à court terme; cependant, dans la pratique les extrants peuvent contribuer à plus d'un résultat. Par exemple, les « ateliers et présentations » contribuent au résultat d'« améliorer les connaissances et la sensibilisation », mais peuvent également contribuer à d'autres résultats, comme un accès accru aux services et une capacité organisationnelle accrue.
- Il y a différents niveaux de résultats dans le modèle logique, selon le temps et la portée :
 - Les résultats à court terme se manifestent habituellement les premiers; de plus, ils permettent d'observer le lien le plus clair de cause à effet entre les extrants et les résultats. Ce sont les domaines où les organismes financés exercent la plus grande influence et où le changement est le plus directement attribué à leur travail.
 - Les résultats deviennent plus complexes à mesurer lorsque l'on monte vers le haut du modèle logique. Les résultats intermédiaires et à long terme prennent plus de temps à atteindre et dépendent plus du travail d'autres programmes et secteurs. Les organismes financés contribuent, aux côtés d'autres initiatives communautaires et gouvernementales, à leur atteinte.

Synthèse du modèle logique programmes de financement des organismes communautaires de lutte contre le VIH/SIDA en Ontario



Appendix D. Limites des données

Exactitude et cohérence

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

Utilisation de données agrégées

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

Fluctuation du nombre de programmes financés

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

Régional vs. données provinciales

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

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

Appendix E. Sources de financement

FIGURE 141 Toutes les sources de financement 2012/2013 - 2015/2016 (OERVSCO 5.1, 5.2 and 5.3)

		2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Gouvernement de l'Ontario	Bureau de lutte contre le sida*	\$24 700 000	\$24 800 000	\$24 800 000	\$37 000 000
	Autre — Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	\$3 598 497	\$4 237 608	\$4 258 142	\$4 491 678
	Autres ministères provinciaux	\$1 049 518	\$1 073 804		\$1 442 933
Gouvernement fédéral	PACS*	\$4 000 000	\$4 200 000	\$4 200 000	\$4 200 000
	Autre — Gouvernement fédéral	\$4 762 165	\$3 997 281	\$3 702 316	\$3 691 506
Local	Autorité sanitaire municipale / régionale	\$3 696 247	\$3 555 399	\$3 702 316	\$3 691 506
Secteur privé	Autres fondations de bienfaisance, secteur privé	\$3 194 259	\$2 264 300	\$2 026 199	\$2 330 015
	Collecte de fonds	\$3 317 337	\$5 390 831	\$4 722 147	\$3 998 471
Financement non-gouvernemental	Trillium	\$372 385	\$532 413	\$470 781	\$301 032
	Centraide	\$260 434	\$213 582	\$173 197	\$186 751
Local	Autre	\$2 574 860	\$1 601 824	\$1 024 761	\$2 046 846
Total		\$47 022 829	\$48 491 207	\$49 305 406	\$51 043 830

*bailleur de fonds déclaré

Appendix F. Qu'est-ce qu'un RPP?

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

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

Gay Men's Sexual Health Alliance (GMSHA)

www.gmsh.ca

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

Women and HIV/AIDS Initiative (WHAI)

www.whai.ca

- Un organisme provincial (de deux employés) ayant pour mandat de soutenir les intervenants d'OLS locaux (coordonnateurs de la WHAI) qui utilisent une approche de développement communautaire pour renforcer la capacité des communautés de soutenir les femmes vivant avec le VIH/sida et/ou affectées par celui-ci.

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

Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO)

www.accho.ca

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

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

Appendix G. Impact économique

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

Limites de l'outil

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

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

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

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

Certaines tâches bénévoles dans chacune des

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

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

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

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

Catégories OERVSCO exclues de ce calcul sont : Assisté Formation (ne correspond pas à une activité de personnel rémunéré) ; Impliqué dans le processus d'embauche ; Les politiques et les procédures; et le support informatique . Ce sont également les catégories dans OERVSCO avec le plus petit nombre d'heures, afin de les exclure de l'analyse auront un impact négligeable sur l'estimation de valeur totale de \$.

Remarque: ces calculs seront légèrement sous- nombre d'heures de bénévolat signalés dans OERVSCO , car toutes les catégories d'activités de bénévolat OERVSCO sont reflétées dans ce tableau. Ce tableau aligne les catégories de bénévolat OERVSCO avec des catégories de bénévoles utilisés dans l'ACAP déclaré dans le reste du Canada , pour faciliter l'enroulement données de l'Ontario avec des données provenant d'autres régions .

Poste bénévole	Question OERVSCO	Classification nationale des professions (CNP)	Nombre total d'heures de bénévolat au cours des 12 mois	Taux de salaire moyen CNP affecté à ce poste au cours des 12 derniers mois	Nombre total d'heures de bénévolat x CNP taux horaire moyen des salaires	Avantages sociaux : 12 %	Valeur totale
Administration (comprend services de soutien, réception, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en administration	Employés de soutien de bureau généraux (1411)	39 190	\$20,23	\$792 813,70	\$95 137,64	\$887 951,34
Gouvernance (comprend la participation au conseil d'administration, aux comités consultatifs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat au sein d'un conseil d'administration/ comité consultatif	Cadres supérieurs – santé, enseignement, services sociaux et communautaires et associations mutuelles (0014)	17 804	\$46,65	\$830 556,60	\$99 666,79	\$930 223,39
Services de soutien (comprend l'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida, le soutien par les pairs, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat en aide pratique et counselling	Travailleurs des services sociaux et communautaires (4212)	44 665	\$21,51	\$960 744,15	\$115 289,30	\$1 076 033,45
Prévention (comprend les services de prise de contact, l'éducation de groupes cibles, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux activités de prise de contact	Travailleurs des services sociaux et communautaires (4212)	15 699	\$21,51	\$337 685,49	\$40 522,26	\$378 207,75
Collecte de fonds (comprend les marches, les campagnes de collecte de fonds, la sollicitation pour obtenir des subventions de fondations, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées à la collecte de fonds	Professionnels des relations publiques et des communications (5124)	19 404	\$30,33	\$588 523,32	\$70 622,80	\$659 146,12
Événements publics (comprend conférences, événements spéciaux comme la parade de la fierté gaie, stands dans des centres commerciaux, etc.)	12.2 Nombre total des heures de bénévolat consacrées aux événements spéciaux et à l'éducation ou au développement communautaire	Employés de soutien de bureau généraux (1411)	28 504	\$20,23	\$576 635,92	\$69 196,31	\$645 832,23
Ressources humaines	12.2 Nombre total des heures de bénévolat relatives aux activités de dotation et d'élaboration des politiques et procédures	Professionnels en ressources humaines (1121)	1 539	\$34,95	\$53 788,05	\$6 454,57	\$60 242,62
Soutien des TI	12.2 Nombre total des heures de bénévolat dans des activités de soutien des TI	Concepteurs et développeurs Web (2175)	991	\$27,78	\$27 529,98	\$3 303,60	\$30 833,58
Total					\$ 4 168 277,21		\$ 4 668 470,48

Appendix H. Acronymes

	Nom de l'organisation
ACN	Africain(e), caraïbéen(ne) et noir(e)
ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
AÉC	Application et échange des connaissances
APAA	African in Partnership Against AIDS (Partenariat africain contre le sida)
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CAAT	Committee for Accessible AIDS Treatment (Comité pour des traitements anti-sida accessibles)
CACVO	Conseil des Africains et Caraïbéens sur le VIH/sida en Ontario
ÉCO	Étude de cohorte de l'OHTN
ETO	Équivalent temps plein
GIPA	Implication accrue des personnes vivant avec le VIH/sida
GMSH	Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais
HRSH	Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
ITS	Infection transmissible sexuellement
LGBTQ+	Lesbienne, gai, bisexuel, trans, queer; en questionnement
LHIN	Réseau local d'intégration des services de santé
M1	Période de déclaration d'avril à septembre
M2	Message d'intérêt public
MIPA	Implication significative des personnes vivant avec le VIH/sida
OAHAS	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones
OAN	Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones
OCASE	Ontario Community AIDS Services and Evaluation (Services communautaires sur le sida et évaluation en Ontario)
OERVSCO	Outil d'établissement de rapports sur le VIH/sida des communautés ontariennes
OHTN	Réseau ontarien de traitement du VIH
OLS	Organisme de lutte contre le sida
OODP	Ontario Organizational Development Program (Programme ontarien de développement organisationnel)
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
PP	Populations prioritaires
PVVIH/sida	Personne vivant avec le VIH ou le sida
RPP	Réseaux de populations prioritaires
TPS	Test au point 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)



OERVSCO



ONTARIO
HIV TREATMENT
NETWORK



Public Health
Agency of Canada

Agence de santé
publique du Canada

