
Du sprint au marathon : La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH/sida à Ottawa

Rapport présenté au :
Conseil sur le SIDA d'Ottawa-Carleton

Par : Anne Wright and Associates Inc.
Site Web : www.annewright.ca

Février 2003

Table des matières

SOMMAIRE.....	I
INTRODUCTION.....	I
LES OBJECTIFS DE 2003-2008.....	II
LES STRATÉGIES.....	II
PARTIE I. INTRODUCTION.....	1
1. SURVOL DU RAPPORT.....	2
2. LA MÉTHODE.....	4
PARTIE II. LE SOMMAIRE DES PRINCIPALES CONSTATATIONS.....	6
1. LE MODÈLE CONCEPTUEL DU RISQUE DE VIH.....	6
2. DONNÉES SUR LES TENDANCES DU VIH À OTTAWA.....	7
a) <i>Le nombre de nouveaux cas de séropositivité constatés chaque année demeure élevé et pourrait même augmenter.....</i>	7
b) <i>Les économies offertes par la prévention.....</i>	7
c) <i>Les tendances d'infection parmi les sous-populations.....</i>	11
3. LES GRANDES QUESTIONS DE L'HEURE CONCERNANT LE VIH/SIDA À OTTAWA.....	18
a) <i>Les pressions exercées sur les services à l'appui des personnes atteintes du VIH (PHV) dont le nombre va croissant.....</i>	18
b) <i>Le VIH/sida n'occupe pas une place prépondérante dans le programme des politiques gouvernementales.....</i>	20
c) <i>Un faible taux de diagnostic.....</i>	20
d) <i>L'offre sporadique de services adaptés à la culture.....</i>	21
4. LES AVANTAGES DONT BÉNÉFICIE OTTAWA DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.....	22
PARTIE III. LES STRATÉGIES RECOMMANDÉES.....	25
LES BUTS.....	25
STRATÉGIE 1 : AMÉLIORER LES SERVICES DE PRÉVENTION, DE RÉDUCTION DES EFFETS NUISIBLES ET DE PROMOTION DU BIEN-ÊTRE DESTINÉS AUX PVS.....	28
a) <i>Les jeunes.....</i>	28
b) <i>Gais et bisexuels.....</i>	32
c) <i>Les utilisateurs de drogues injectables.....</i>	33
d) <i>Immigrants et réfugiés.....</i>	35
e) <i>Familles.....</i>	37
f) <i>Femmes.....</i>	38
STRATÉGIE 2 : REMANIEMENT DU SYSTÈME ET PERFECTIONNEMENT DES SERVICES.....	40
i) <i>Adapter les programmes et les services aux cultures et approfondir l'engagement des organismes clés.....</i>	40
ii) <i>Accroître la capacité de prévention et de service.....</i>	44
STRATÉGIE 3 : ÉTABLIR LA COALITION DU VIH/SIDA D'OTTAWA.....	47
i) <i>Remanier le CSOC pour en faire la Coalition du VIH/sida d'Ottawa.....</i>	48
ii) <i>Recruter des champions et des partenaires clés.....</i>	57
iii) <i>La collaboration avec les organismes participants à l'obtention des ressources que nécessite la mise en œuvre du plan.....</i>	57

<i>iv) L'examen annuel des progrès de la démarche stratégique.....</i>	57
PARTIE IV : LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....	59
LES RESSOURCES NÉCESSAIRES.....	59
LES ÉTAPES DE LA MISE EN ŒUVRE.....	61
ANNEXE A : SOMMAIRE DE LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS AUX FINS DU PLAN STRATÉGIQUE DU CSOC.....	63
ANNEXE B : APERÇU DU MODÈLE LOGIQUE DU PLAN DE LA COALITION DU VIH/SIDA D'OTTAWA, 2003-2008	82
ANNEXE C : SOMMAIRE DES SERVICES DE RÉDUCTION DES EFFETS NUISIBLES VISANT À RÉDUIRE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA PARMIS LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES À OTTAWA ET À PRÉPARER LES PVS QUI FONT USAGE DE DROGUES AU TRAITEMENT DU VIH.....	86

L'équipe responsable du projet

Une équipe relevant du cabinet Anne Wright and Associates Inc. a élaboré le présent plan pour le compte du Conseil sur le SIDA d'Ottawa-Carleton (CSOC). Elle était composée des membres suivants :

- ▶ Anne Wright (directrice)
- ▶ Andrea Perrier (coordonnatrice et chercheuse)
- ▶ Ross Hammond (facilitateur et conseiller en VIH/sida)
- ▶ Lisa Sullivan (consultante)

Le présent plan propose au CSOC un jeu de recommandations issues d'une importante démarche de collecte de données et de consultation. À noter que les consultants ne sont pas des spécialistes du VIH/sida. Le cabinet Anne Wright and Associates Inc. est spécialisé dans l'élaboration et la planification de programmes communautaires dans les secteurs de la santé et des services aux personnes. Les consultants ont donc compté sur les ressources, les renseignements et les conseils d'orientation à l'appui de la planification que lui ont fournis pour la circonstance les membres du CSOC.

Le comité directeur du projet

Le CSOC a mis sur pied un comité de planification stratégique chargé de guider les consultants. Ses membres étaient les suivants :

- ▶ Ron Chaplin, président du Conseil sur le SIDA d'Ottawa-Carleton
- ▶ Orhan Hassan, gestionnaire de projet, Santé-sexualité, Santé publique et Soins de longue durée, Services aux citoyens, Ville d'Ottawa (depuis septembre)
- ▶ Paul Lavigne, agent du projet de réduction des effets nuisibles, Équipe d'action sociale pour la santé-sexualité et la réduction des risques, Santé publique et Soins de longue durée, Ville d'Ottawa; ancien spécialiste en VIH/sida auprès du Centre de toxicomanie et de santé mentale
- ▶ Kevin Muise, codirecteur, Oasis
- ▶ Brent Oliver, directeur général, Comité du SIDA d'Ottawa
- ▶ Rita Pettes, infirmière en santé publique, Équipe d'action sociale pour la santé-sexualité et la réduction des risques, Santé publique et Soins de longue durée, Services aux citoyens, Ville d'Ottawa

Le présent plan stratégique n'a pu voir le jour que grâce au temps, à l'énergie et aux ressources qu'y ont consacrés les membres du comité directeur.

Remerciements

L'équipe responsable du projet tient à souligner la participation et l'apport des personnes suivantes :

- **David Hoe** a animé les séances d'élaboration de stratégies tenues fin septembre et début octobre. Ce faisant, il a mis au service du projet ses nombreuses années d'expérience du mouvement de lutte contre le sida à Ottawa, aussi bien qu'aux échelons national et international. Il a encouragé l'équipe et l'a mise au défi de réaliser les meilleurs résultats possible dans la lutte contre le VIH/sida à Ottawa au cours des cinq prochaines années.
- **Les membres du CSOC** ont participé avec dynamisme et adresse aux séances de planification stratégique, nous ont adressés à des personnes-ressources et ont fait montre de patience en nous familiarisant avec les nombreux volets complexes du dossier de la lutte contre le VIH/sida. De plus, ils nous ont aidés à organiser des consultations avec des membres de la collectivité.
- **La D^e Lynne Leonard et Christine Navarro** nous ont fourni un soutien et des conseils précieux.
- **Le D^r Robert Remis** s'est tenu à notre disposition et s'est empressé de nous fournir les plus récents résultats de sa recherche à toutes les étapes de nos travaux.
- **Les principales personnes-ressources** (énumérées dans le rapport technique) ont participé à des entretiens, à des groupes de discussion organisés à leur intention, à des groupes de ciblage et à la séance de planification stratégique du 30 septembre.

Nous tenons particulièrement à remercier **les membres de l'Équipe d'action sociale pour la santé-sexualité et la réduction des risques, de la Direction de la santé publique et des soins de longue durée de la Ville d'Ottawa**, qui ont mené à bien leur processus de planification parallèlement à celui que conduisait le CSOC et qui ont abondamment alimenté, chemin faisant, les stratégies de prévention que recommande le présent document.

Sommaire

La cabinet Anne Wright and Associates Inc. soumet le présent plan à l'examen du Conseil sur le SIDA d'Ottawa-Carleton (CSOC). Le document recommande des lignes d'action à l'encontre du VIH/sida à mettre en œuvre à Ottawa de 2003 à 2008. Il est fondé sur un sommaire des écrits spécialisés, des recherches et d'importants travaux de consultation et de collecte de renseignements auprès de personnes et d'organismes à l'œuvre dans le domaine du VIH/sida aux échelles locale et nationale. L'équipe responsable du projet a l'espoir que le plan proposé aidera le CSOC à mener son action continue visant à atténuer les effets du VIH à Ottawa.

Introduction

Le VIH/sida n'est pas disparu, malgré le mythe grandissant selon lequel il ne s'agit plus d'un important problème de santé. Force est de constater, néanmoins, que l'infection au VIH n'est plus la condamnation à mort quasi certaine qu'elle était voici vingt ans. Par contre, elle continue d'altérer gravement la vie de ses victimes, parfois au point d'être débiliteuse, et de leurs proches. Et elle fait encore parfois des morts. La rançon du VIH/sida déborde largement le coût estimatif des soins par personne, fixé à 9 000 \$ par an. La maladie modifie profondément quantité d'aspects du mode de vie de ses victimes — corps, relations, finances, coût de l'entretien personnel, capacité de revenu, choix concernant le présent et l'avenir — et les changements s'étalent désormais sur de nombreuses années. Parents et amis sont affectés par l'état de la victime. La maladie est le plus répandue parmi les jeunes adultes, et la société est donc perdante au chapitre du potentiel humain et de la productivité, aussi bien que des coûts occasionnés au régime de santé publique.

Ottawa compte environ 2 670 personnes infectées au VIH. Chaque année, plus de 90 résidents d'Ottawa découvrent qu'ils portent le virus, tandis que 28 personnes ignorent qu'elles sont infectées, et, forcément, leur état n'est pas déclaré. Au cours des cinq dernières années, le nombre de nouvelles déclarations de séropositivité à Ottawa a diminué légèrement.

Deuxième ville en importance de l'Ontario, collectivité éprise de diversité, Ottawa attire des personnes à risque et des personnes infectées. Ce n'est donc pas l'effet du hasard qui fait que la collectivité d'Ottawa peut prendre appui sur de nombreuses forces pour lutter de façon continue contre le VIH/sida, car les personnes touchées de plus près constituent le fer de lance de la lutte au VIH. Ottawa possède une école de médecine qui attire spécialistes, généralistes et chercheurs en médecine et en santé qui sont les chefs de file du traitement du VIH/sida et de la recherche dans le domaine. Les personnes atteintes à Ottawa ont accès à d'excellents services de soins. Les bénévoles, les professionnels et les groupes communautaires qui s'emploient à prévenir le VIH et à appuyer les personnes séropositives sont parmi les ressources les plus fortement engagées du réseau de soutien d'Ottawa. Leur talent et leur engagement ont posé les assises de modèles de service novateurs et inimitables.

Le Conseil sur le SIDA d'Ottawa-Carleton a ses origines dans ce contexte marqué d'engagement et de bonne volonté. Il s'agit de l'unique partenariat communautaire canadien ayant pris en charge la totalité des volets du dossier du VIH/sida. L'organisme est un modèle d'appui indéfectible au « marathon » interminable de la lutte contre le VIH/sida.

Les objectifs de 2003-2008

Le présent plan énonce une stratégie à trois volets dont l'objet est de réduire le nombre de nouveaux cas de séropositivité à Ottawa de 50 % au cours des cinq prochaines années. La mise en œuvre de la stratégie nécessitera l'engagement de 1,2 à 2,3 millions de dollars par an. Dans les cinq ans, les économies que la stratégie fera réaliser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario équivaldront à elles seules à la mise de fonds, sans compter le coût des effets de chaque cas de séropositivité sur les personnes et la productivité. Une part de la stratégie visant à réduire le nombre de cas de VIH consiste à appuyer activement le bien-être des personnes atteintes du virus (PVS). Ainsi, les PVS disposeront de moyens cohérents à prendre pour empêcher que le VIH se répande et assurer leur santé optimale.

Les objectifs poursuivis à ce titre sont les suivants :

- ▶ **réduire le nombre de nouveaux cas de séropositivité à Ottawa de 50 % d'ici à 2008;**
- ▶ **augmenter le pourcentage des personnes atteintes qui subissent un test de dépistage et reçoivent des soins dans les six mois qui suivent la date d'infection;**
- ▶ **augmenter le pourcentage de PVS qui bénéficient de ressources favorisant leur bien-être et qui s'occupent adéquatement de leur entretien personnel.**

Les stratégies

Le présent rapport recommande les stratégies clés suivantes :

1. **Augmenter le nombre d'initiatives de prévention, de réduction des effets nuisibles et de promotion du bien-être :** Le rapport recommande des stratégies précises assorties d'objectifs à des fins de prévention parmi les jeunes, notamment les jeunes gais et toxicomanes. Il est recommandé de mettre en œuvre des efforts de prévention ciblés et axés sur les caractéristiques culturelles qui visent les gais et les utilisateurs de drogues injectables. Le plan propose des mesures particulières en matière d'action sociale, de réduction des effets nuisibles, d'appui du bien-être et de détection précoce. Notamment, il fait les recommandations suivantes en faveur de l'exécution de la stratégie.

Sommaire des initiatives recommandées de prévention, de réduction des effets nuisibles et d'appui du bien-être			
<i>Groupe aux affinités culturelles</i>	<i>Initiatives recommandées</i>	<i>Financement annuel minimal estimatif</i>	<i>Financement annuel maximal estimatif</i>
a) Jeunes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gais, bisexuels, bispirituels, en réflexion : équipe panmunicipale (français, anglais) : développement communautaire, éducateurs choisis parmi les pairs, formation en leadership ▶ Sensibilisation et prévention (activités 	300 000	500 000

Sommaire des initiatives recommandées de prévention, de réduction des effets nuisibles et d'appui du bien-être			
<i>Groupe aux affinités culturelles</i>	<i>Initiatives recommandées</i>	<i>Financement annuel minimal estimatif</i>	<i>Financement annuel maximal estimatif</i>
	annuelles)		
b) Gais, bisexuels et bispirituels	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stratégie de bien-être <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention axée sur les pairs (s'ajoute au projet Man-to-Man) ○ Marketing social ○ Gestion des cas et appui réciproque des PVS 	300 000	500 000
c) Utilisateurs de drogues injectables	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sensibilisation du public ▶ Expansion du Programme d'échange d'aiguilles ▶ Expansion des programmes de stabilisation des toxicomanies ▶ Élaboration de politiques 	200 000	400 000
c) Immigrants et réfugiés	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Développement communautaire ▶ Intégration des services d'appui des personnes atteintes du VIH/sida (coordonnateur de la Coalition et organismes partenaires en activité dans le domaine) ▶ Expansion de l'activité de gestion des cas 	200 000	400 000
e) Familles	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Counselling et gestion des cas ▶ Élaboration de politiques 	50 000 En nature	150 000 En nature
f) Femmes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Développement communautaire adapté aux femmes ▶ Gestion des cas et appui réciproque ▶ Contrôle des tendances ▶ Campagne de sensibilisation 	50 000	150 000

2. Adapter les programmes et les services aux groupes aux affinités culturelles et en augmenter l'ampleur : Le rapport recommande certains changements à la forme des programmes et des services visant la réalisation des objectifs en matière de VIH/sida. Trois questions capitales commandent une intervention à ce moment :

- **Extension du rayonnement** : La capacité de l'actuel système de services est insuffisante, notamment par rapport aux besoins des gais, des immigrants et des réfugiés. Le rapport recommande des mesures à prendre pour recruter un éventail élargi d'organismes qui feraient une priorité de l'élaboration de programmes touchant au VIH. Il est essentiel également d'amener les organismes au service de la jeunesse à se livrer à des activités de prévention à l'intention de tous les groupes de jeunes et à tendre la main aux jeunes gais, bisexuels, bispirituels ou en réflexion.
 - **Augmentation des capacités** : Il est nécessaire d'augmenter les ressources engagées à l'appui du bien-être de la population grandissante des PVS. Toutes les PVS ont besoin d'appui à certains moments pour supporter leur infection dans la vie courante. Dans bien des cas, leurs besoins à ce sujet sont occasionnels et de durée relativement courte. D'autres (très souvent les personnes aux prises avec une toxicomanie ou des problèmes de santé mentale) nécessitent un appui important et soutenu. Le rapport recommande, entre autres, l'augmentation du nombre d'agents de gestion des cas chargés de favoriser le bien-être des PVS. Il propose également la multiplication des ressources dans des domaines précis : prévention, logement, réduction des effets nuisibles et bien-être, au profit des gais, des bisexuels et des bispirituels.
 - **Caractéristiques culturelles** : Les programmes et les services de prévention, à plus forte raison s'ils reposent sur des valeurs, des croyances et des normes, de développement communautaire, de mise en place de moyens d'appui réciproque et de counselling collectif ne donnent pas de résultats optimaux lorsqu'ils s'adressent à des groupes aux caractéristiques culturelles divergentes. Pour cette raison, le rapport recommande, entre autres, que, au cours des cinq prochaines années, les organismes adaptent leurs modèles de prestation de services et de programmes de sorte que tous leurs aspects tiennent compte des affinités culturelles de la clientèle. À ce propos, le rapport les engage à concentrer leurs efforts et à concevoir leurs programmes et services sans poser que leur clientèle sera composée de membres de groupes aux caractéristiques culturelles différentes. On estime entre 50 000 \$ et 100 000 \$ par an les coûts occasionnés par la coordination de la formation, l'échange de pratiques exemplaires et l'acquisition continue de capacités.
- 3. Former la Coalition du VIH/sida d'Ottawa** : La dernière stratégie amènerait le CSOC à se « muer » en la *Coalition du VIH/sida d'Ottawa*. Le CSOC doit remanier ses mécanismes de planification et de contrôle des progrès réalisés ainsi que les moyens qu'il emploie pour influencer la forme des politiques, ce afin d'être en mesure d'exercer à long terme une activité puissante, en temps opportun. Il lui est recommandé de prendre appui sur ses excellentes bases et

de renouveler l'appui que lui accordent des organismes clés à Ottawa, ainsi que de gagner la collaboration de dirigeants communautaires qui se donneraient pour mission d'influencer le cours des politiques et l'opinion publique. À cet égard, le rapport énonce le détail de l'administration recommandée de la *Coalition*. Le financement nécessaire aux travaux de la Coalition se situerait entre 100 000 \$ et 150 000 \$. Certaines des ressources nécessaires pourraient être fournies sous forme de services en nature par des organismes partenaires. De plus, l'organisme devra être doté d'un coordonnateur à plein temps.

En qualité de conseil d'organismes partenaires, le CSOC n'est pas habilité à charger ses membres d'exécuter les stratégies 1 et 2, et la Coalition n'aura pas non plus ce pouvoir. Toutefois, cette dernière pourra offrir de l'encouragement aux bailleurs de fonds et aux organismes locaux, leur donner des moyens, leur adresser des recommandations et collaborer avec eux afin qu'ils saisissent bien la nécessité de procéder sans attendre à leur exécution, leur faisabilité et les avantages qu'elles procureront. Cela dit, elle ne pourra imposer des exigences ni confier un mandat à quiconque. Il appartiendra aux organismes responsables des divers aspects de programmes et de services de décider les priorités organisationnelles, l'affectation des ressources et la réalisation des stratégies 1 et 2. Déjà, des intervenants clés conceptualisent nombre des activités que recommande le présent plan. Leur exécution nécessitera l'appui des décisionnaires et des bailleurs de fonds.

Du sprint au marathon : La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH/sida à Ottawa — 2003-2008

Février 2003

Partie I. Introduction

Voici dix ans, le Conseil sur le SIDA d'Ottawa-Carleton (CSOC) élaborait un plan stratégique qui a débouché sur le lancement de plusieurs initiatives, entre autres la mise sur pied d'Oasis, un programme décisif parmi ceux qui visaient à répondre efficacement aux besoins d'un nombre croissant d'utilisateurs de drogues injectables qui contractaient le VIH. Depuis lors, le CSOC a réussi à s'associer plus de vingt organismes, agences et groupes qui collaborent régulièrement à son activité, sans compter un grand nombre de particuliers. Fort de ses collaborateurs, le CSOC a pu, grâce à la concertation, résoudre des problèmes touchant au VIH/sida dans l'ensemble d'Ottawa-Carleton, en mettant à profit des formules novatrices. Le Conseil a pu également influencer la mise en œuvre d'initiatives et de services, donner plus d'ampleur aux services offerts et sensibiliser la population à son dossier.

Au cours des dix années écoulées, l'épidémie du VIH/sida au Canada a suivi un cours tortueux. Des tendances sans cesse changeantes et de nombreuses nouvelles circonstances tant dans le milieu du VIH/sida qu'à l'extérieur de celui-ci influenceront la forme qu'aura la vision ferme de l'avenir que se donnera le CSOC et seront lourdes de conséquences pour elles au sein de la nouvelle ville d'Ottawa.

Depuis le début des années 1990, la maladie s'est transformée, passant d'une condamnation à mort quasi inéluctable à une maladie chronique qui se prête au traitement et qui ne cause que parfois la mort des personnes atteintes, grâce à la découverte de divers « cocktails médicamenteux ». Ces dernières années, toutefois, les multithérapies antirétrovirales se sont révélées inefficaces pour certaines personnes, et de nouvelles souches du VIH semblent résistantes à la pharmacothérapie.

Le profil de l'épidémie a évolué également. Dès le début des années 1990, on se rendait compte que le VIH n'était pas que l'affaire des gais. Depuis dix ans, les cas d'infection sont à la hausse parmi d'autres populations, notamment utilisateurs de drogues injectables, immigrants et réfugiés provenant de régions du monde frappées d'endémies, peuples autochtones et, plus récemment, hétérosexuelles. Une première chute du taux de séropositivité chez les gais au milieu des années 1990 a été suivie d'une reprise de la tendance à la hausse ces dernières années. Les groupes qui continuent d'être marqués par un taux élevé de VIH/sida sont le plus souvent ceux qui sont en marge de la société. En outre, l'infection constatée au VIH peut augmenter l'isolement d'une personne. Les décideurs sont de plus en plus à l'affût de moyens de réduire la marginalisation et l'isolement pour freiner le taux d'augmentation exponentielle de l'épidémie.

En traitant des changements énumérés ci-dessus, les fournisseurs de soins de santé, les militants d'action communautaire et les administrations publiques ont été de plus en plus

persuadés de la nécessité d'adopter des approches novatrices de l'épidémie et des moyens de lutte inventifs. Nombre des approches actuelles intègrent les facteurs déterminants de la santé à leurs analyses et à l'élaboration de stratégies de prévention et de systèmes de soins et de traitement. Dans la région d'Ottawa, il est indispensable que l'analyse englobe les itinérants et l'effet de l'offre insuffisante de logements sur des populations déjà fragilisées. Parmi les autres facteurs à prendre en compte figurent la co-infection et les diagnostics multiples de nombreuses personnes atteintes du virus. Les exemples précités illustrent la participation active, indispensable par ailleurs, de représentants d'un grand nombre de secteurs en comparaison de la situation que nous connaissons il y a dix ans. Cette réalité complique la planification, mais elle apporte des résultats plus productifs qu'avant. Elle est emblématique des moyens qui nous permettront d'avoir la haute main sur l'épidémie.

À la lumière de ce pari à tenir en matière de planification, le CSOC a choisi de mettre en œuvre un plan dont les produits seraient des stratégies de lutte contre le VIH/sida à Ottawa au cours des cinq prochaines années. À cette fin, il s'est posé les questions suivantes :

- ▶ **Intendance** : Quelle structure le CSOC pourrait-il se donner pour maximiser la capacité collective d'influencer le VIH/sida à Ottawa?
- ▶ **Prévention** : Quelles stratégies doivent être exécutées pour prévenir la séropositivité à Ottawa au cours des cinq prochaines années?
- ▶ **Traitement et appui** : Quelles stratégies doivent être exécutées en faveur de la santé et du bien-être des personnes atteintes du VIH à Ottawa?

En mars 2002, le Conseil a chargé Anne Wright and Associates Inc. d'élaborer un plan préliminaire.

1. Survol du rapport

Le présent rapport contient les sections suivantes :

Partie I : Introduction

Partie II : Le sommaire des principales constatations

Partie III : Les stratégies recommandées

Partie IV : La mise en œuvre du plan

Les annexes :

Annexe A : Sommaire de la collecte de renseignements aux fins du plan stratégique du CSOC

Annexe B : Aperçu du modèle logique du plan de la Coalition du VIH/sida d'Ottawa, 2003-2008

Annexe C : Sommaire des services de réduction des effets nuisibles visant à réduire la transmission du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables à Ottawa et à préparer les PVS qui font usage de drogues au traitement du VIH

Le lecteur peut consulter un rapport technique complémentaire qui contient :

- Une analyse documentaire;

- un survol et des notes/rapports sommaires découlant des activités de planification stratégique, y compris les entretiens avec les personnes-ressources, les consultations communautaires (groupes de ciblage, processus d'examen éthique aux fins des entretiens particuliers avec la clientèle) et les deux séances de planification stratégique du CSOC.

2. La méthode

La figure 1 illustre les étapes de la planification qui ont conduit à l'élaboration du présent plan.

Une analyse de l'environnement a été menée à bien au printemps 2002. Elle a consisté à résumer les données sur la fréquence et la prévalence du VIH/sida dans la région et certaines des grandes questions relatives à l'épidémie locale (voir le rapport technique). Les membres du CSOC ont examiné et complété les résultats de l'analyse environnementale à l'occasion d'une réunion d'une journée tenue en avril. À cette occasion, ils se sont employés

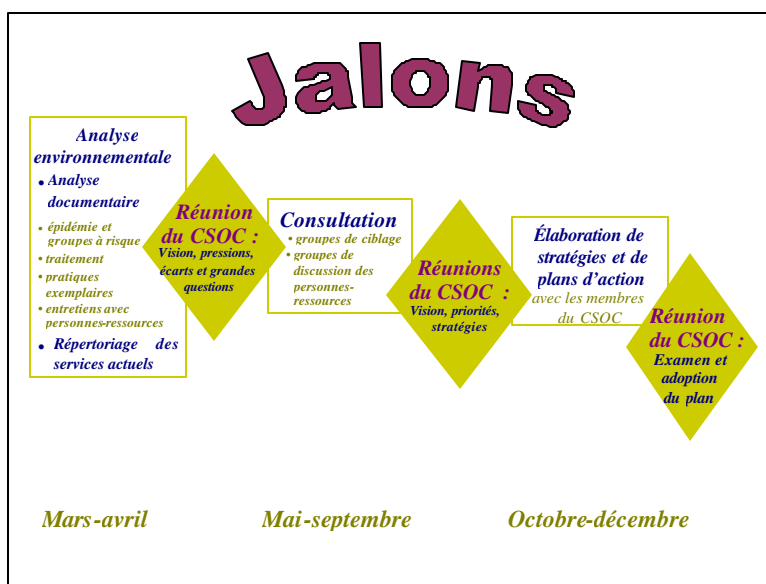
- ▶ à concevoir une vision de stratégie du VIH/sida à Ottawa.
- ▶ à résumer les services actuels de prévention, de diagnostic, de traitement et d'appui relatifs au VIH/sida et à cerner les lacunes du système.
- ▶ à examiner la méthode proposée de tenue de groupes de ciblage et de collecte de données au cours de l'été.

Des consultations ont eu lieu entre mai et septembre avec des membres des populations à risque, des personnes séropositives (PHV) et des fournisseurs de services aux membres des populations à risque ou aux PHV.

Des groupes de ciblage ont été tenus avec deux groupes de gais, soit, dans le premier cas, des personnes séropositives ayant été diagnostiquées récemment (à compter de 1996), dans le second, des personnes séropositives qui vivent avec la maladie depuis plus de cinq ans (diagnostic antérieur à 1996). Des groupes de ciblage de jeunes et d'utilisateurs de drogues injectables ont également eu lieu. Les participants ont été interrogés généralement sur les points suivants :

- leurs principales préoccupations et les grands paris personnels qu'ils doivent tenir par rapport au VIH/sida;
- les services de soutien régionaux aux personnes atteintes du VIH/sida (ceux qui, de leur avis, donnent de bons résultats, ceux qui doivent être améliorés [dans ce cas, les participants ont été invités à faire des recommandations] et ceux qui seraient utiles mais qui ne sont pas offerts à Ottawa);

Figure 1 : Aperçu des étapes de la planification



- leurs pronostics concernant la transmission du VIH/sida à Ottawa;
- les défis à relever pour prévenir la séropositivité chez les jeunes gais;
- les moyens actuels qui préviennent la transmission du VIH ou les mesures qui seraient utiles à cet égard;
- les facteurs qui poussent les gens à subir un test de dépistage du VIH ou à l'éviter;
- les objectifs et les priorités souhaitables du CSOC.

Les consultants ont tenu quatre groupes de discussion distincts avec des fournisseurs de services afin de traiter de leur perception des besoins des groupes suivants et des moyens qu'il est recommandé de prendre pour les atteindre :

- femmes séropositives ou à risque de contracter le VIH;
- jeunes, notamment jeunes à risque;
- immigrants et réfugiés provenant de régions du monde frappées d'endémies;
- personnes séropositives aux besoins complexes (par exemple personnes ayant aussi des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et autres).

Les résultats des groupes de ciblage et des groupes de discussion auxquels ont participé des personnes-ressources sont résumés dans le rapport technique sur les renseignements recueillis aux fins de la planification stratégique du CSOC.

Entretiens particuliers avec des PHV : Dans le cadre de la collecte de données, les consultants entendaient tenir des entretiens particuliers avec des immigrants et des réfugiés séropositifs de même qu'avec des parents d'enfants séropositifs. Par contre, le conseil de l'examen éthique de la Direction de la santé publique et des soins de longue durée de la Ville a refusé d'approuver ces activités pour des raisons morales, à cause de la vulnérabilité des éventuels participants. Par conséquent, des renseignements sur les besoins des populations concernées ont été tirés des groupes de discussion auxquels ont participé des fournisseurs de services et des entretiens tenus avec des personnes-ressources.

Élaboration de stratégies : L'équipe de consultants a résumé les données recueillies (voir le rapport technique, le texte sur la présentation du 30 septembre et le sommaire des propos recueillis à ce jour) et a présenté des projets de buts et objectifs aux membres du CSOC et aux parties intéressées qui avaient participé aux groupes de discussion des personnes-ressources (le 30 septembre). Le lendemain, les membres du Conseil ont complété les propositions. La stratégie d'intendance a été étoffée davantage le 12 novembre, à l'occasion d'une réunion de suivi à laquelle ont participé les membres du CSOC.

Partie II. Le sommaire des principales constatations

La présente section contient les sous-sections suivantes :

1. Le modèle conceptuel du risque de VIH
2. Données sur les tendances du VIH à Ottawa
3. Les questions capitales de l'heure concernant le VIH/sida à Ottawa
4. Les avantages à faire valoir dans la lutte contre le VIH/sida

1. Le modèle conceptuel du risque de VIH

À la réunion du 30 avril à laquelle ont participé des membres du CSOC, Barry Deeprise, représentant des Services du triangle rose au CSOC, a proposé le modèle conceptuel présenté à la figure 2 afin de faire la lumière sur les degrés d'intervention éventuels dans le processus d'infection au VIH et ses conséquences pour le porteur. Le modèle en question a été utilisé par Santé Canada et par le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida auprès du ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

*Cadre conceptuel de facteurs conduisant au risque
d'infection au VIH et de maladies (Deeprise)*

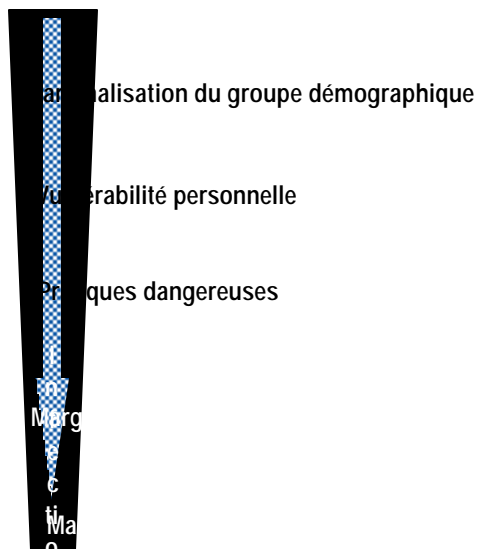


Figure 2

La figure illustre que la marginalisation de groupes particuliers au sein de la société est susceptible d'augmenter leur vulnérabilité au VIH. La vulnérabilité et le pouvoir relatif peuvent

influencer le degré de protection des personnes qui se livrent à des pratiques dangereuses. En retour, cette situation peut influencer sur la probabilité d'infection et de diagnostic. La marginalisation des PHV provoquée par la perte du revenu, de l'emploi, du logement et, parfois, des amis au sein de leur sous-communauté peut limiter davantage la volonté de prendre en charge son entretien personnel et d'accéder à des services d'appui réciproque et estomper la volonté de se protéger et de protéger les autres. Ces circonstances peuvent accentuer l'effet de la maladie sur la santé et le risque de contracter d'autres infections.

La prévention a surtout été centrée jusque-là sur la sensibilisation des particuliers aux pratiques dangereuses et l'adoption, au sein de sous-groupes, de normes sociales favorisant la diminution des risques et la protection. L'intervention a principalement visé l'accès aux tests de dépistage et le traitement de la maladie. Au cours de la décennie écoulée, une attention accrue a été accordée à la réduction des effets nuisibles, notamment parmi les utilisateurs de drogues injectables. Au Canada, peu d'efforts ont été engagés en vue de rattacher l'intervention au décrochage scolaire, à l'état de sans-abri, à l'absence de possibilités d'études et à d'autres facteurs qui visent à réduire la vulnérabilité au VIH/sida. Il est souhaitable de collaborer davantage avec les PHV afin de freiner leur marginalisation et de les aider ainsi à conserver un état de santé optimal et à favoriser la santé des membres de leur communauté.

Le modèle présenté ci-dessus sous-tend les stratégies que recommande le présent plan.

2. Données sur les tendances du VIH à Ottawa

a) Le nombre de nouveaux cas de séropositivité constatés chaque année demeure élevé et pourrait même augmenter

Comme l'illustre la figure 3, depuis 1996 le nombre de nouveaux cas déclarés d'infection au VIH à Ottawa est de l'ordre de 90 à 100. Les données sur les gais et les utilisateurs de drogues injectables reculent peu à peu. Chez les femmes, le nombre de nouvelles déclarations de séropositivité est demeuré relativement stable depuis quelques années. Santé Canada¹ et Remis et autres² estiment au tiers environ (30 %) le nombre de nouveaux cas non déclarés, ce qui porte aux environs de 120 à 130 le nombre réel des nouveaux cas de VIH à Ottawa chaque année depuis 1996. Selon le médecin en santé publique de la Ville d'Ottawa, le nombre de cas de maladies transmises sexuellement, y compris gonorrhée et syphilis, a grimpé de façon alarmante en 2001 et 2002. La hausse touche particulièrement les gais. Cette tendance, conjuguée aux renseignements non scientifiques recueillis auprès de gais, révèle le délaissement des pratiques sexuelles sécuritaires dans cette tranche de la population à Ottawa.

b) Les économies offertes par la prévention

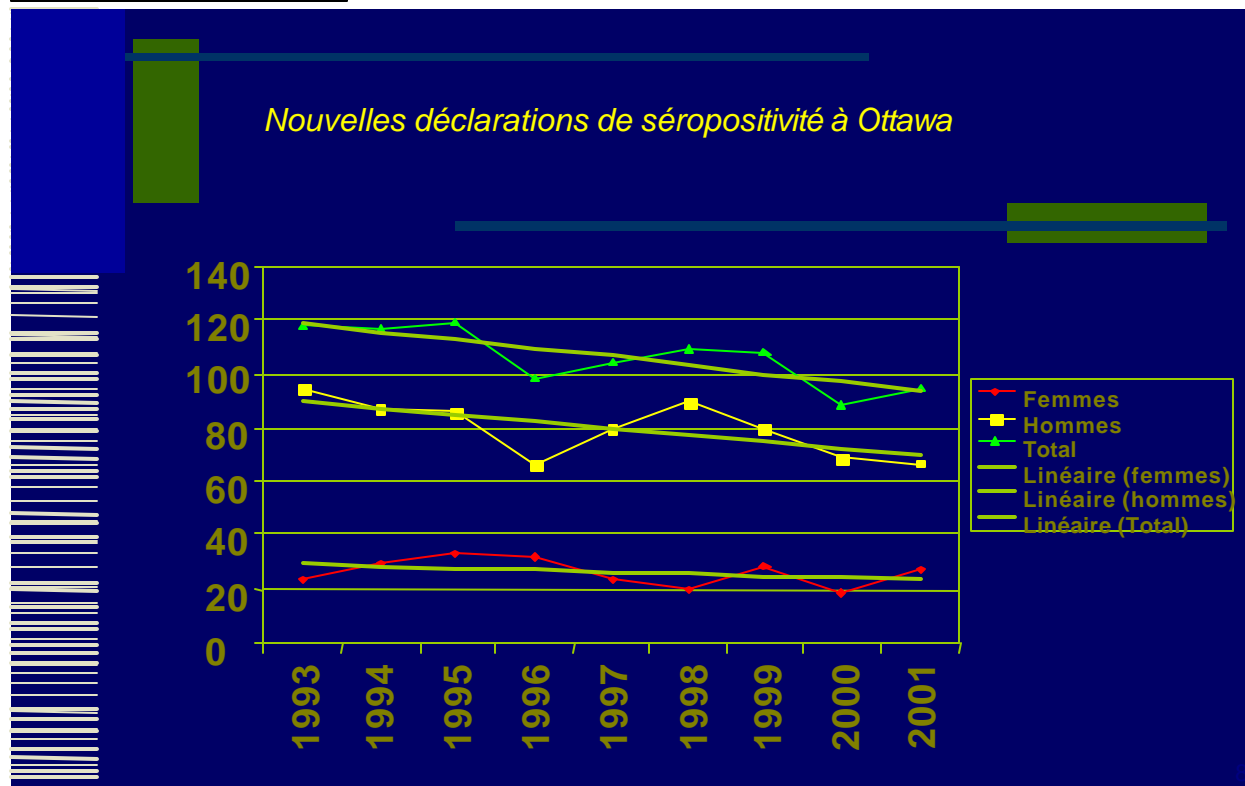
L'infection au VIH peut être évitée. Cependant, l'activité de prévention a diminué partout au Canada depuis dix ans, à Ottawa y compris. Selon Albert et Williams (1997), chaque nouveau cas de VIH occasionne des frais de 9 000 \$ par an au titre du seul traitement (à l'exclusion du

¹ Santé Canada, avril 2002, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*.

² Remis, R.S., C. Major, E. Wallace, L. Schiedel et E.P. Whittingham, *Report on HIV/AIDS in Ontario — 2000*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, décembre 2001.

coût des congés de maladie, de la diminution éventuelle de l'espérance de vie et ainsi de suite), soit 153 000 \$ au cours de la vie complète (en posant que le porteur vivra 17 ans en moyenne après avoir été infecté)³.

Figure 3



Le tableau 1 et la figure 4 illustrent trois projections de la fréquence du VIH de 2003 à 2008 établies par les auteurs. Chacune utilise comme données de référence le nombre réel de déclarations de séropositivité de 1996 à 2001.

- **La projection pessimiste** suppose une progression modérée du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH au cours des cinq prochaines années, ce dont témoignerait éventuellement la hausse du nombre de cas de gonorrhée. Si cela s'avère, 618 nouveaux cas seront diagnostiqués à Ottawa de 2003 à 2008.
- **Selon la projection optimiste sans mesures de prévention**, si aucune nouvelle mesure de prévention du VIH n'est mise en œuvre à Ottawa, le taux de régression du

³ Cette donnée englobe les coûts directs des médicaments et des soins de santé en supposant le recours à la multithérapie antirétrovirale. Elles ne comprennent pas les coûts indirects attribuables, par exemple, à la perte de productivité, à l'achat de suppléments nutritifs, aux soins de substitution ou aux services de soins non assurés.

nombre de déclarations de séropositivité enregistré depuis 1996 se maintiendra. Eu égard à la hausse des taux de MTS et de la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables, l'hypothèse est optimiste. Elle se traduirait par la déclaration de 510 nouveaux cas à Ottawa entre 2003 et 2008.

- **Selon la projection assortie de mesures de prévention**, un programme concerté à multiples volets pourrait réduire de moitié en cinq ans le nombre de nouvelles infections à Ottawa. Elle pose que la prévention aura un effet effectif sur les facteurs déterminants du risque de VIH. Le scénario prévoit la déclaration de 375 nouveaux cas entre 2003 et 2008. Elle montre que l'application énergique de mesures de prévention empêcherait l'infection au VIH de 135 à 243 personnes au cours de la période à l'étude. Cela se traduit par un potentiel d'économie de 20 à 37 millions de dollars au seul titre des frais de traitement.

Les projections présentées au tableau 1 ci-dessous montrent que des mesures énergiques de prévention pourraient empêcher l'infection au VIH de 135 à 243 personnes au cours des cinq prochaines années. Cela se traduit par un potentiel d'économie de 20 à 37 millions de dollars au titre des frais de traitement. La donnée exclut le coût de la souffrance et de la perte de potentiel humain, aussi bien que les coûts économiques supportés par la société et occasionnés par la perte de productivité et une contribution moindre, aussi bien que les coûts de l'entretien personnel acquittés directement par le porteur et la famille.

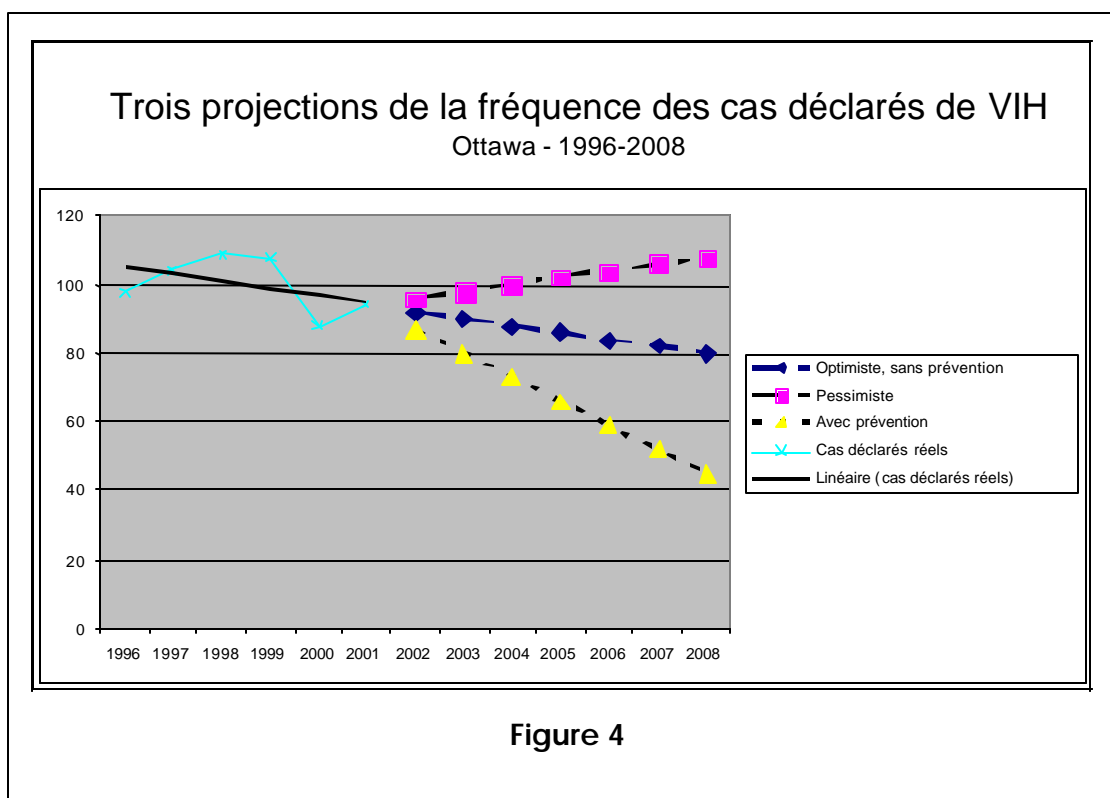


Figure 4

*Du sprint au marathon :
La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH /sida à Ottawa — 2003 - 2008
Février 2003*

Tableau 1 : Nombres réels, projetés et ciblés de nouveaux cas d'infection au VIH (nombre estimatif de cas réels diagnostiqués), Ottawa, 1996-2008

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Nombre de nouveaux cas 2003-2007	Écart entre nombre de personnes infectées en comparaison du scénario 1 avec mesures préventives	Économies réalisées au cours de la vie complète (millions de dollars) 2003-2008	Économies au titre du coût total des soins (en millions de dollars) 2003-2008	Économies annuelles estimatives au titre du coût des soins postérieures à 2008
Nombre réel de cas déclarés	98	104	109	108	88	94												
<i>Projections</i>																		
Scénario 1 avec mesures préventives							87	80	73	66	59	52	45	375				
Scénario 2 sans mesures préventives							92	90	88	86	84	82	80	510	135	20,7 \$	3,78 \$	1,2 \$
Scénario 3 pessimiste							96	98	100	102	104	106	108	618	243	37,2 \$	6,80 \$	2,2 \$

c) Les tendances d'infection parmi les sous-populations

Qui est touché par le VIH à Ottawa et dans quelle mesure le virus est-il répandu parmi les différentes populations à risque? Les renseignements sur la concentration des infections au VIH dans les sous-populations à risque nous permettent de mieux cibler les interventions. À ce propos, la recherche montre qu'une activité intensive et ciblée de prévention devient plus économique à mesure qu'augmente la concentration du VIH dans la population visée. Les taux de fréquence (nombre de nouvelles infections par an divisé par le nombre de membres de la population à risque) et les taux de prévalence (nombre de personnes infectées divisé par le nombre de membres de la population à risque) sont des indicateurs de la concentration du VIH dans une sous-population.

Les tendances de la fréquence

La figure 5 illustre le nombre réel de nouvelles déclarations de séropositivité à Ottawa (selon la Direction de la santé publique et des soins de longue durée de la Ville d'Ottawa) et le nombre réel estimatif de nouvelles infections (y compris infections déclarées et nombre estimatif d'infections non diagnostiquées) selon les estimations formulés par le D^r Robert Remis et ses collègues au Département d'épidémiologie de l'Université d'Ottawa⁴. Le D^r Remis et ses collaborateurs ont également estimé la taille de certaines des sous-populations à risque de VIH à Ottawa⁵. Le groupe des HRSH⁶ (hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes) est composé principalement d'hommes qui se disent gais. La population des UDI comprend les personnes qui font usage de drogues injectables. La population provenant de régions frappées d'endémies comprend les immigrants, les réfugiés et les néo-Canadiens provenant principalement d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

La figure 5 nous livre les principaux renseignements suivants :

- ▶ Les gais continuent d'intervenir pour la majorité des nouvelles infections (tant déclarées qu'estimatives). Compte tenu de la taille estimative de la population, le taux de fréquence estimatif (nombre d'infections divisé par la taille estimative de la population à risque) des infections au VIH parmi les gais à Ottawa est de 4,5 par 1 000 personnes.

⁴ Exception faite des données estimatives sur la période périnatale fournies par l'équipe responsable du VIH à l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario.

⁵ L'analyse documentaire figurant dans le rapport technique donne le détail de la taille estimative des sous-populations.

⁶ Dans le présent rapport, les auteurs désignent par le terme « gais » la population que les épidémiologistes spécialistes du VIH qualifient normalement de « HRSH ». De cette façon, ils reconnaissent que la majorité des hommes qui ont contracté le VIH en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes se considèrent comme gais et que les interventions visant cette population à risque sont le plus efficaces lorsque les responsables admettent cette réalité. Les gais qui ont fourni des renseignements aux fins du présent rapport ont fait savoir que, de leur avis, le mouvement du VIH/sida a perdu une partie de sa pertinence pour les gais, du fait, entre autres, qu'il accorde trop d'attention à la faible minorité d'hommes à risque qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui ne se considèrent pas comme gais.

- ▶ Les immigrants et les réfugiés provenant des régions du monde frappées d'endémies sont au deuxième rang par le nombre de cas déclarés et le nombre estimatif de nouveaux cas d'infection, le taux de fréquence estimatif les concernant étant de 1,1 par 1 000 personnes.
- ▶ Les hétérosexuels sont au troisième rang par le nombre réel des déclarations de séropositivité. Le nombre estimatif de cas réels d'infection concernant ce groupe est identique à la donnée concernant les immigrants et les réfugiés (fréquence de 0,03 par 1 000 personnes).
- ▶ Les dernières statistiques sur l'ensemble du Canada montrent qu'une part grandissante des nouveaux cas d'infection au VIH concerne les femmes⁷.
- ▶ Le nombre réel de cas d'infection déclarés et estimés parmi les utilisateurs de drogues injectables n'est pas aussi important que la donnée qui se rapporte aux autres groupes, mais le taux de fréquence les concernant (4 par 1 000 personnes) est presque aussi élevé que le taux constaté parmi les gais, étant donné leur population estimative relativement faible.

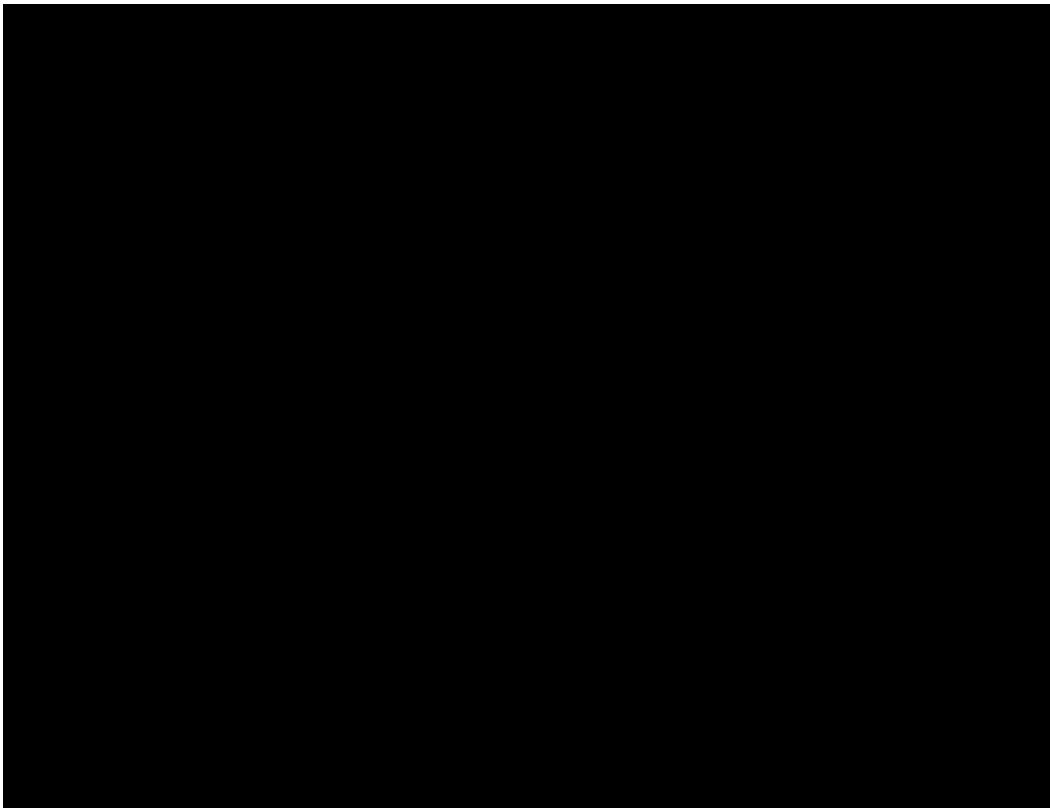


Figure 6

⁷ Santé Canada, avril 2002, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* (à consulter en ligne à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/pdf/epiact042002_f.pdf).

Les tendances de la prévalence

La figure 6 montre le taux de prévalence des infections au VIH à Ottawa selon les estimations formulées par le D^r Robert Remis et ses collègues⁸. La prévalence représente le nombre de personnes infectées. Remis estime le nombre de cas de séropositivité pour chaque sous-population. Le taux de prévalence est présenté entre parenthèses. Il est fondé sur la taille de la population donnée dans les cercles fortement ombrés.

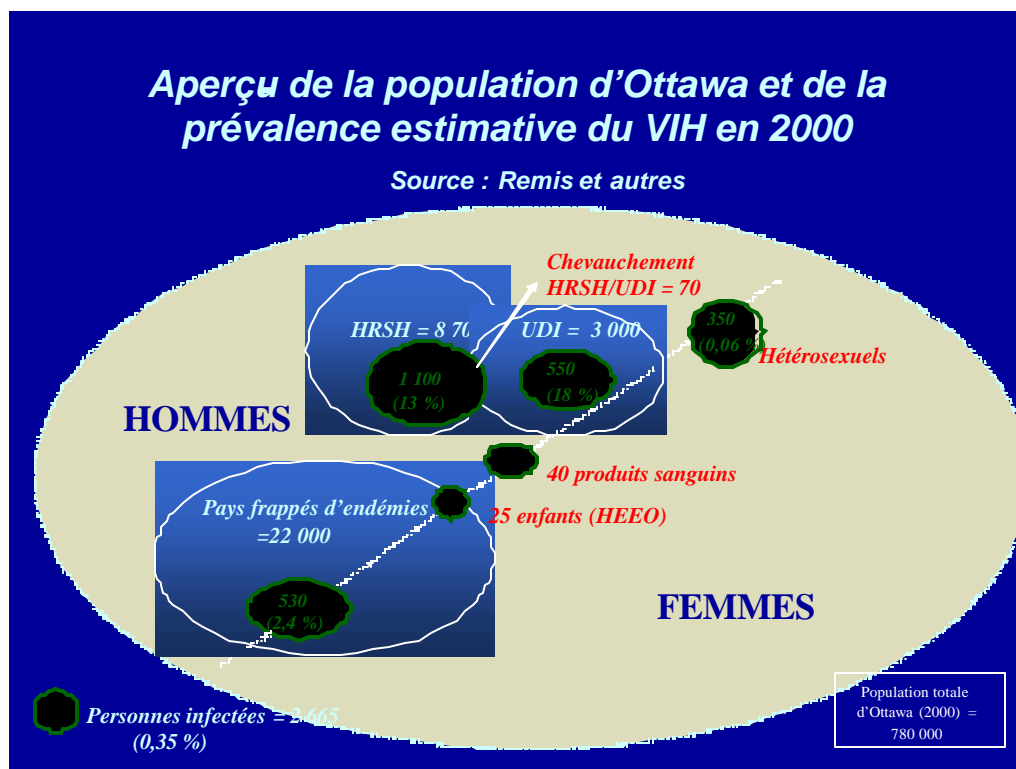


Figure 7

Les renseignements suivants sont au nombre des points saillants de la figure 6 :

- Les taux de prévalence sont le plus élevés parmi les utilisateurs de drogues injectables, suivis des gais, puis des immigrants et des réfugiés.

⁸ Les données estimatives sur les personnes infectées au VIH proviennent de Remis et autres, décembre 2001, tableau 4.3, à l'exception des estimations concernant les bébés et les enfants, qui correspondent au nombre de sujets de cette catégorie suivis par l'équipe responsable du VIH à l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario. L'analyse documentaire figurant au rapport technique présente les particularités de la taille estimative des sous-populations. Nota : Les rapports de Remis et autres sur le VIH/sida peuvent être consultés en ligne à l'adresse www.phs.utoronto.ca/ohemu/tech%20reports.html.

- Si les hommes constituent le groupe le plus nombreux parmi les personnes séropositives, la catégorie des femmes séropositives gagne en importance, bon nombre ayant contracté le virus par des relations hétérosexuelles.

Les femmes et le VIH à Ottawa

Bien que les hétérosexuelles connaissent de faibles taux de prévalence et de fréquence de séropositivité, le nombre de femmes devenues porteuses par suite de relations hétérosexuelles demeure élevé. Les données sont en croissance rapide et méritent d'être soigneusement contrôlées à Ottawa au cours des cinq prochaines années. Nombre des UDI et des personnes provenant de régions frappées d'endémies qui sont à risque ou infectées sont des femmes. Le tableau 2 présente la ventilation des taux de fréquence et de prévalence du VIH par sexe et sous-population.

	Population estimative	Nombre estimatif d'hommes infectés au VIH	Nombre estimatif de femmes infectées au VIH	Nombre total estimatif de personnes infectées au VIH	Prévalence globale (hommes et femmes)	Nombre global estimatif de nouveaux cas chaque année (nombre de nouveaux cas d'infection chaque année chez les hommes et chez les femmes)	Taux global estimatif de fréquence par année chez les hommes	Taux global estimatif de fréquence par année chez les femmes
Gais	8 700	1 100	S. O.	1 100	12,6 %	100	100	S. O.
Gais-UDI	270	70	S. O.	70	25,9 %	10	10	S. O.
UDI	3 000	400	150	550	18,3 %	40	30	10
Personnes provenant de pays frappés d'endémies de VIH	21 960	450	80	530	2,4 %	60	40	20
Hétérosexuels	571 940	150	200	350	0,1 %	60	20	40

⁹ Tableaux reprenant des données des tableaux 1 et 2 du rapport technique. Les estimations de prévalence et d'incidence sont tirées des tableaux 4.3 et 4.4 de Remis et autres, *Report of HIV/AIDS in Ontario — 2000*, décembre 2001.

Total		2 170	430	2 600		270	200	70
-------	--	-------	-----	-------	--	-----	-----	----

Bien que les entretiens tenus avec des personnes-ressources et les résultats de recherche¹⁰ aient montré que les hommes constituent la majorité des personnes atteintes du VIH, le nombre de femmes à Ottawa dont c'est le cas est en hausse. Les femmes dépendent très souvent de leur partenaire, des points de vue économique autres, et leur vulnérabilité à ce chapitre les empêche souvent de se protéger adéquatement contre le VIH. Il est généralement accepté que les relations hétérosexuelles avec un partenaire à long terme présentent peu de danger d'infection. Or les renseignements sur le degré de risque posé par leurs partenaires que possèdent les femmes sont ceux que les partenaires veulent bien leur fournir. Les femmes qui utilisent des drogues injectables tendent à s'en servir différemment des hommes. Les mesures de prévention et les moyens à employer pour vivre avec le VIH jugés acceptables par les femmes provenant de régions frappées d'endémies qui ont contracté le virus ou dont un membre de la famille est séropositif varient selon leur âge, leur culture, leur confession et leur niveau de scolarité. Certains moyens de soutien doivent être axés sur le sexe, d'autres sur la famille. Voilà pourquoi il est nécessaire d'offrir aux femmes appartenant à des sous-groupes des formules de sensibilisation à la prévention qui ciblent expressément les femmes, notamment :

- des programmes de prévention et de réduction des effets nuisibles à l'adresse des femmes qui utilisent des drogues injectables différentes des interventions conçues pour les hommes;
- des mesures de prévention adressées aux femmes provenant de régions du monde frappées d'endémies qui partagent des cultures et des religions semblables; ces mesures doivent être complétées par des interventions axées sur la famille et la communauté qui viseraient à la fois la prévention et la mise en place d'éléments de soutien communautaires au profit des personnes atteintes du VIH;
- la communication d'information pertinente sur la prévention aux hétérosexuelles, notamment aux jeunes femmes, et l'offre de services d'appui réciproque et de counselling susceptibles d'aider les femmes séropositives à faire face aux conséquences de l'infection.

Les sous-populations dans lesquelles la prévention est susceptible de donner les meilleurs résultats

Une mise de fonds initiale en faveur de la prévention nous permettra d'éviter des frais de 20 à 37 millions de dollars au titre du seul traitement au cours des deux prochaines décennies. Les résultats de recherches sur la prévention du VIH montrent que les effets les plus économiques sont ceux qu'offrent des programmes intensifs ciblant des populations à forte prévalence de VIH. Le Centre for AIDS Prevention Studies¹¹ signale qu'un investissement de 1 million de dollars

¹⁰ Voir le tableau 2 et la figure 3 du rapport technique.

¹¹ Center for AIDS Prevention Studies (1996), *Is AIDS Prevention a Good Investment?*, San Francisco, Californie, Université de Californie à San Francisco, cité dans Alexander McKay, « Prevention of sexually

dans des populations dont la prévalence du VIH est de 10 à 15 % permettra d'éviter environ 1 000 cas d'infection. La même mise de fonds dans une population dont la prévalence du VIH est d'environ 1 % permettra d'éviter quelque 15 cas. Cependant, la somme ne préviendra que 2 cas environ dans une population générale dont le taux de prévalence est très faible (0,1 %).

À Ottawa, à l'heure qu'il est, comme l'illustre le tableau 3, les deux populations qui connaissent les taux de séropositivité les plus élevés sont les suivantes :

- Les utilisateurs de drogues injectables
- Les gais

Une part appréciable des ressources visant à prévenir l'infection au VIH doit être affectée aux deux populations cibles susmentionnées. De plus, des ressources doivent être mises au service des jeunes gais, bissexuels, bispirituels et en réflexion. La part restante doit être employée à la prévention des nouveaux cas d'infection parmi les immigrants et les réfugiés provenant de régions du monde frappées d'endémies et à la promotion de la sensibilité au VIH parmi la population en général, y compris les femmes.

Le tableau 3 montre que les utilisateurs de drogues injectables constituent le groupe démographique dont la fréquence de nouveaux cas de séropositivité est la plus élevée, soit un taux annuel estimatif de 13,3 par 1 000 personnes. La tranche démographique dont le taux est deuxième en importance est celle des gais, dont le nombre de nouveaux cas est estimé à 11,5 par 1 000 personnes. Viennent au troisième rang les immigrants et les réfugiés provenant de pays frappés d'endémies, qui connaissent un taux de fréquence de 2,7 par 1 000 personnes. Bien que les taux soient en progression parmi les hétérosexuels, ils demeurent relativement faibles lorsque mesurés en pourcentage de la population à risque. *L'investissement dans la prévention des infections parmi les utilisateurs de drogues injectables et les gais au cours des cinq prochaines années donnera les meilleurs résultats.*

transmitted infections in different populations: review of behaviorally effective and cost-effective interventions », *Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 9, p. 95-120, 2000.

Tableau 3 : Nombre annuel déclaré et estimatif de nouveaux cas de séropositivité à Ottawa, 2000 et 2001

Sous-population	Taille estimative de la population à Ottawa ¹² (2000)	Fréquence		Prévalence
		Nouveaux cas déclarés (taux par 1 000 personnes), 2001 (Ville d'Ottawa)	Nombre réel estimatif de nouveaux cas (taux par 1 000), 2000 ¹³ (Remis et autres)	Nombre réel estimatif de personnes infectées (taux par 1 000) ¹⁴
Hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH)	8 700	39 (4,5)	100 (11,5)	1100 (12,6 %)
UDI gais	270			70 (25,9 %)
Utilisateurs de drogues injectables	3000	12 (4)	40 (13,3)	550 (18,3 %) ¹⁵
Immigrants et réfugiés provenant de régions frappées d'endémies	22 000	24 (1,1)	60 (2,7)	530 (2,4 %)
Hétérosexuels	572 000	14 (0,03)	60 (0,1)	350 (0,1 %)
Bébés et enfants	183 360	2 (0,01)		33 (0,02)
Produits sanguins	Non estimée	2 (s. o.)		40 (s. o.)

¹² L'analyse documentaire présentée dans le rapport technique explique la méthode d'estimation de la taille des sous-populations.

¹³ Remis, Robert S., Carol Major, Evelyn Wallace, Lorraine Schiedel et Elaine P. Whittingham, *Report of HIV/AIDS in Ontario — 2000*, tableau 4.4, décembre 2001.

¹⁴ Toutes les données sont tirées du tableau 4.3 du document intitulé *Report of HIV/AIDS in Ontario — 2000*, de Robert S. Remis, Carol Major, Evelyn Wallace, Lorraine Schiedel et Elaine P. Whittingham, à l'exception de celles qui concernent les bébés et les enfants, dont l'estimation a été fondée sur les 25 cas déclarés de sujets séropositifs que contrôle l'équipe responsable du VIH de l'HEEO, augmentés d'un tiers pour tenir compte des cas de bébés et d'enfants non diagnostiqués.

¹⁵ La D^{re} Lynn Leonard, épidémiologiste à l'Université d'Ottawa, signale que le taux de prévalence parmi les utilisateurs de drogues injectables à Ottawa est en progression rapide (selon les données provenant de SurVIDU, enquête sur la prévalence parmi les utilisateurs de drogues injectables) et qu'il atteignait 21 % en 2002.

3. Les questions capitales de l'heure concernant le VIH/sida à Ottawa

a) Les pressions qui pèsent sur les services à l'appui des personnes atteintes du VIH (PHV) dont le nombre va croissant

Tandis que diminuait le taux de mortalité du VIH à la faveur de thérapies antirétrovirales lancées au milieu des années 1990, le nombre de personnes séropositives augmentait (voir la figure 7 ci-dessous). À l'heure qu'il est, plus de 2 600 personnes infectées habiteraient à Ottawa. Si la fréquence des nouveaux cas demeure constante, le nombre de séropositifs dépassera les 3 300 d'ici à 2007. Les projections précitées ne prennent pas en considération l'immigration éventuelle de personnes qui contractent le VIH et qui s'établissent à Ottawa pour avoir accès à des services.

Les personnes séropositives doivent aujourd'hui tenir des paris différents de ceux qu'ils avaient à défendre aux premiers jours de l'épidémie, avant la découverte de thérapies antirétrovirales. Le fait de devoir assurer son entretien personnel à long terme, tandis que, très souvent, le nombre de ses amis diminue et ses ressources financières s'amenuisent, peut engendrer isolement et dépression. La demande de soins palliatifs est en recul, mais de plus en plus de séropositifs font face à des crises et à de l'instabilité à l'occasion car nombre d'entre eux deviennent progressivement plus vulnérables. Leur énergie s'estompe et leur capacité à gagner un revenu diminue parfois s'ils n'ont pas accès à des pensions d'invalidité. Ils doivent composer avec la bureaucratie et des démarches complexes, qui sont anxiogènes, pour pouvoir accéder aux ressources financières qui leur permettront d'acquitter le coût de médicaments coûteux ou à des allocations alimentaires par voie du Programme de médicaments Trillium ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

La pénurie de logements abordables à Ottawa éprouve particulièrement les séropositifs qui doivent respecter un horaire de pharmacothérapie complexe. Pour eux, l'accès à un logement peut faire la différence entre le succès et l'échec du traitement.

Les tensions sont particulièrement fortes au sein

Voici une liste des services de soins et d'appui aux personnes séropositives :

Traitement

- ▶ Centre de soins primaires de l'Université d'Ottawa
- ▶ Clinique d'immunodéficience de l'Hôpital d'Ottawa
- ▶ Oasis
- ▶ Centre médical Sainte-Anne
- ▶ CSC centre-ville et Centre Wabano
- ▶ Projet de santé urbaine d'Ottawa
- ▶ Clinique d'immunodéficience de l'HEEO

Services d'appui

- ▶ Maison Bruce
- ▶ Oasis
- ▶ Comité du SIDA d'Ottawa
- ▶ Conseil interconfessionnel sur le sida d'Ottawa
- ▶ Centre de service familial d'Ottawa
- ▶ Voices of Positive Women
- ▶ Aboriginal Women's Support Centre
- ▶ Centre Wabano
- ▶ Fondation mondiale canadienne du sida
- ▶ La Source
- ▶ Société d'aide à l'enfance

Logement

- ▶ Maison Bruce (programme d'appartements et résidence de groupe)
- ▶ Bureau des services à la jeunesse
- ▶ Pinganodin Lodge
- ▶ Minwashin Lodge
- ▶ Oshki Kizis Healing Lodge

Services juridiques

- ▶ Clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa
- ▶ HIV and AIDS Legal Clinic (Ontario)
- ▶ Aide juridique de l'Ontario

Aide financière

- ▶ Programme de médicaments Trillium
- ▶ Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées
- ▶ Pension d'invalidité du RPC

Services d'emploi

- ▶ Marche des dix sous de l'Ontario
- ▶ ABC Positive Resources Centre

Palliative Care

- ▶ Palliative Home

d'organismes qui n'ont pu étendre leurs moyens pour satisfaire à la demande croissante de services de la part de personnes séropositives, notamment les services qui leur permettraient de s'orienter dans le système et d'accéder à des services de soutien.

- ▶ Les personnes qui viennent en aide aux séropositifs qui font usage de drogues injectables ou qui ont été l'objet d'un double diagnostic (toxicomanie ou maladie mentale aussi bien que VIH, et, souvent, hépatite C) déplorent l'insuffisance des ressources affectées à la gestion des cas : il en est ainsi du personnel du Centre de soins primaires de l'Université d'Ottawa, de la Maison Bruce, d'Oasis, et des centres de santé communautaire de l'hypercentre urbain.
- ▶ Les personnes qui servent des familles ont signalé la faible marge de manœuvre dont bénéficient les familles comportant des enfants dans les secteurs du logement, des services de relève et de l'intervention de soutien, aussi bien que l'insuffisance des services de counselling pour séropositifs et des services de gestion des cas dont les responsables font le nécessaire pour répondre aux divers besoins des familles touchées par le VIH.
- ▶ Les personnes responsables de répondre aux besoins des gais ont fait savoir que les services de gestion des cas, de counselling et d'appui réciproque nécessaires à cette population font défaut.

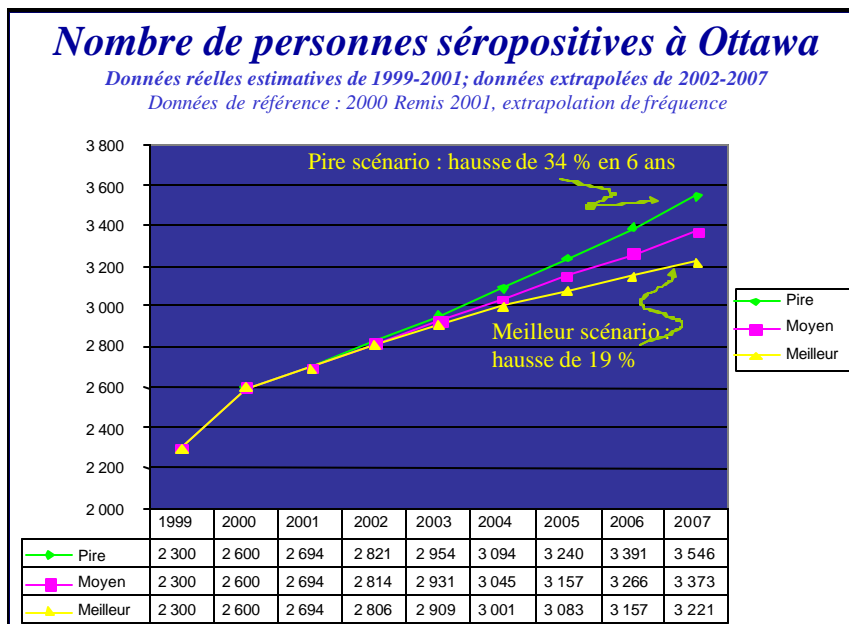


Figure 8

Nous recommandons la mise en œuvre d'initiatives dans le cadre de la stratégie 1 présentée ci-dessous afin de donner aux services locaux de meilleurs moyens de favoriser le bien-être des personnes séropositives.

b) Le VIH/sida n'occupe pas une place prépondérante au programme des politiques gouvernementales

Au cours de la décennie écoulée, le VIH/sida s'est effacé du programme des politiques gouvernementales canadiennes. Le personnel de la Ville d'Ottawa chargé de santé-sexualité a joué un rôle déterminant à l'appui du CSOC, mais les ordres de gouvernement supérieurs se sont désengagés du dossier à Ottawa depuis dix ans. Les stratégies de prévention du VIH/sida ont rarement été renouvelées dans les programmes de santé scolaire au cours de la période. De plus, la Ville d'Ottawa a peu investi dans la sensibilisation à la prévention depuis de nombreuses années.

Les gouvernements provincial et fédéral sont à concevoir une politique en la matière¹⁶. Il est nécessaire d'investir à nouveau dans la prévention et d'intervenir face aux facteurs qui provoquent la marginalisation de la population à risque aussi bien que des séropositifs mêmes. La Province s'est peu interrogée sur l'intégration du diagnostic et du traitement du VIH/sida à la réforme des soins primaires, malgré les services supplémentaires de gestion des cas que commande la population vulnérable de séropositifs. L'une des principales activités recommandées ci-dessous dans le cadre de la stratégie 1 consiste à augmenter la mise de fonds en faveur de la prévention, laquelle viendrait compléter les stratégies nationales et provinciales d'information publique qui, espère-t-on, verront le jour. L'activité en question vise expressément les populations à risque.

c) Un faible taux de diagnostic

Selon Remis et autres (décembre 2001), 37 % des séropositifs de l'Ontario ignorent qu'ils portent le virus et, par voie de conséquence, ne reçoivent aucun traitement¹⁷. Le groupe est ventilé comme il suit :

- Les gais constituent le plus important groupe de personnes non diagnostiquées (57 % de l'ensemble). Quantité de facteurs poussent les gais à éviter un diagnostic, notamment la crainte de devoir renoncer à leur droit à des prestations d'assurance, à leur mode de vie sexuel ou de perdre leurs partenaires sexuels ou leurs amis.
- Les immigrants et les réfugiés provenant de régions du monde frappées d'endémies composent le deuxième groupe en importance de personnes non diagnostiquées (environ 21 % de l'ensemble). Un puissant stigmatisation accompagne le VIH dans bien des communautés, qui alimente la crainte de perdre son statut ou de devoir renoncer à l'appui de la famille et des amis. Qui plus est, ceux dont le statut au Canada est précaire craignent d'être contraints de quitter le pays advenant un diagnostic de VIH.
- Les hétérosexuelles forment le groupe le plus nombreux parmi les femmes non diagnostiquées (57 % d'entre elles). Nombre d'hétérosexuelles évitent de se faire tester puisqu'elles ne se considèrent pas comme étant à risque.

¹⁶ Échange de courriels avec David Hoe, le 28 janvier 2003.

¹⁷ Remis, Robert S., Carol Major, Evelyn Wallace, Lorraine Schiedel et Elaine P. Whittingham, *Report of HIV/AIDS in Ontario — 2000* (rapport de surveillance), tableau 4.2, décembre 2001.

L'absence de diagnostic peut être lourde de conséquences pour la personne atteinte, en ce sens que l'infection n'est pas traitée à un stade précoce. De plus, la personne infectée qui ignore son état risque davantage de transmettre le virus à d'autres à son insu, soit à un fœtus soit à des partenaires sexuels avec qui elle a des relations non protégées. L'un des buts recommandés du plan est d'augmenter le nombre de personnes séropositives dont l'état est diagnostiqué dans les six mois qui suivent la date d'infection, bien que la donnée soit difficilement mesurable.

d) L'offre sporadique de services adaptés à la culture¹⁸

Les sous-populations qui courent le plus grand risque de contracter le VIH/sida et qui connaissent les taux de prévalence les plus élevés sont « culturellement » distincts à l'extrême : elles possèdent des attitudes, des croyances, des normes sociales, des valeurs et des modes de vie qui diffèrent largement de ceux des autres. La culture des hommes gais dominait les services offerts aux personnes atteintes du VIH/sida à la fin des années 1980 et au début des années 1990, et les premiers services proposés à Ottawa-Carleton étaient conçus par cette tranche de la population et adaptés à elle. Cependant, au cours des années 1990, tandis que le taux de VIH/sida grimpeait parmi les utilisateurs de drogues injectables, les services offerts aux gais et les organismes au service de la population gaie ont adapté leurs programmes à cette nouvelle clientèle. Il en a résulté que les gais ont commencé à bouder les services.

Les immigrants et les réfugiés provenant de régions du monde frappées d'endémies de VIH nécessitent des services donnés sous le signe de la confidentialité la plus rigoureuse par des intervenants sensibles à la culture du client et axés sur la famille. Règle générale, ils ne sont pas à l'aise face aux services annoncés comme étant destinés aux personnes séropositives, et, si l'on excepte leur infection, ils ont peu de choses en commun avec la plupart des gais et des utilisateurs de drogues injectables.

Il importe particulièrement d'adapter les programmes de prévention à la culture de la clientèle. Les programmes visent à influencer les valeurs, les croyances, les attitudes, les habiletés et le comportement de la communauté, et ils font parfois appel à cette fin aux médias ou à des stratégies qui reposent sur les pairs ou des groupes. L'expérience nous a appris que les programmes adressés à une clientèle mixte de jeunes, de gais, d'utilisateurs de drogues injectables et d'immigrants et de réfugiés ne donnent pas de bons résultats. Il importe également d'offrir des programmes expressément conçus pour les femmes, et d'autres à l'intention de groupes mixtes, compte tenu de la position particulièrement vulnérable des femmes vis-à-vis de leurs partenaires des points de vue sexuel et économique, notamment des programmes qui présentent un intérêt particulier pour les mères désireuses de protéger la santé de leurs enfants. Il est recommandé que les organismes d'Ottawa qui s'intéressent principalement au VIH/sida annoncent clairement la clientèle visée et adaptent leurs services en conséquence (voir la stratégie 2). La Coalition du VIH/sida d'Ottawa participera au recrutement d'organismes appelés à jouer un rôle actif auprès de populations particulières.

¹⁸ Les expressions « adapté à la culture » et « culturellement distinct » utilisées dans le présent rapport renvoient aux attitudes, aux croyances, aux normes sociales, aux valeurs et aux modes de vie de la sous-population concernée, aussi bien qu'à l'affiliation ethnoculturelle et à la langue.

Les populations suivantes ont manifesté le besoin de services adaptés à leur culture et conçus en fonction de leurs circonstances :

- ▶ **Jeunes** : Les écoles et les organismes au service des jeunes ne participent pas dans une mesure égale aux activités de sensibilisation de leur clientèle au VIH/sida. Le Bureau des services à la jeunesse est actif dans le domaine et un travailleur terrain spécialiste du VIH/sida employé par le Bureau s'occupe des jeunes itinérants. Les Services du triangle rose collaborent avec le CSOC et s'occupent d'un groupe de jeunes de plus en plus nombreux. Par contre, les principaux fournisseurs d'information sur la sexualité sont absents du domaine : Planification des naissances d'Ottawa, la Direction des services communautaires des Services aux citoyens (anciennement représentée dans le domaine par Santé publique, direction désormais rattachée à un autre secteur des Services aux citoyens et ne participant plus, à toutes fins pratiques, à la planification relative au VIH/sida) et les quatre conseils scolaires de la région.
- ▶ **Gais** : Les gais nécessitent un assortiment de services différent de celui qui répondait à leurs besoins au début des années 1990. Il s'agit de services axés sur le bien-être, adaptés à l'âge de la clientèle et destinés tant aux personnes séropositives qu'aux autres.
- ▶ **Immigrants et réfugiés** : Les immigrants et les réfugiés provenant de régions du monde où le VIH est endémique ont besoin de messages de prévention adaptés à leur culture aussi bien que d'un éventail de services d'appui et de gestion des cas qui évitent de les étiqueter et qui respectent leur confidentialité au sein de leur communauté.
- ▶ **Familles** : Les séropositifs qui ont des enfants à la maison éprouvent des besoins particuliers en matière de logement, de services de garde d'enfants, de déclaration de renseignements personnels et de maintien de la garde des enfants lorsqu'ils sont en panne d'énergie. Les parents d'enfants infectés font face à de nombreuses questions, notamment stades de développement, franchise vis-à-vis de l'enfant et des autres qui font partie de sa vie, besoins liés au développement des autres membres de la famille.

4. Les avantages à faire valoir dans la lutte contre le VIH/sida

Comme l'a révélé la collecte de renseignements, Ottawa dispose de nombreuses forces sur lesquelles prendre appui pour préparer la prochaine décennie d'activité dans le domaine du VIH/sida.

Mouvement du VIH/sida : Les personnes atteintes du VIH/sida (PVS) et ceux que la maladie touche continuent d'influencer fortement l'élaboration des stratégies en la matière et le mode de prestation des services connexes. La collectivité continue de s'intéresser de près à l'intervention face au VIH/sida et à en déterminer l'orientation. À Ottawa, les PVS et les personnes touchées par la maladie ont été le moteur de l'innovation, de l'amélioration des services et de l'excellence. Les populations susmentionnées ont contribué à mettre en place le CSOC et le Comité du SIDA

d'Ottawa et ont profité, en retour, de l'appui des organismes précités. Le présent plan a pour objet d'imprimer une nouvelle vigueur aux services offerts à la population touchée par le VIH/sida à Ottawa.

Planification communautaire : Ottawa est l'unique ville canadienne qui possède un organisme de planification communautaire — nommé le Conseil sur le SIDA d'Ottawa-Carleton — qui amène des organismes, des PVS et d'autres personnes intéressées à collaborer à la planification et à la coordination dans le secteur. D'autres villes sont dotées de groupes de collaboration communautaires intéressés par le VIH/sida qui sont centrés sur une population ou une communauté donnée. Le CSOC repose sur la bonne volonté et sur un engagement indéfectible des particuliers et des organismes concernés envers les PVS et la prévention de la séropositivité. Au fil des années, le CSOC a été l'auteur d'améliorations apportées aux services et d'initiatives particulières. Il a servi de tribune à laquelle les intervenants ont pu actualiser leurs connaissances spécialisées et les organismes ont pu dépister des lacunes et concevoir des solutions. L'organisme a exercé son activité sans formalité et en disposant d'une structure relativement minime au cours des années, et le groupe est donc caractérisé par une souplesse et une absence de bureaucratie qui réjouissent tous les intéressés.

Services de traitement d'avant-garde : Ottawa a le bonheur de posséder une école de médecine et un hôpital d'enseignement qui procurent à la population des services de pointe en traitement du VIH/sida. En effet, les services offerts par l'Hôpital d'Ottawa et l'HEEO sont considérés comme exemplaires, et le personnel de ces établissements sont des chefs de file dans leur secteur. Ils font preuve d'un dévouement à toute épreuve et poursuivent la recherche de solutions dans la lutte en cours contre le VIH.

Bailleurs de fonds attentifs : Les décisionnaires ont réagi à la crise colossale du VIH/sida en se donnant des approches novatrices et rationnelles de l'élaboration des politiques et du financement. Il s'ensuit que des services spécialisés en VIH/sida à Ottawa (Maison Bruce, Comité du SIDA d'Ottawa, Oasis) ainsi que des projets spéciaux et des initiatives de recherche ont reçu l'appui du Bureau de lutte contre le sida de l'Ontario et des responsables de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. À l'heure qu'il est, les gouvernements provincial et fédéral élaborent tous deux des stratégies du VIH/sida. Des signes précoces nous portent à croire que les recommandations du présent plan viendront vraisemblablement les compléter.

Innovation : La situation à Ottawa a beaucoup évolué depuis dix ans en ce qui a trait à l'intervention face au VIH/sida :

- ▶ **Diminution du risque couru par les utilisateurs de drogues injectables**
 - **Établissement d'Oasis :** Oasis est un programme de services de santé et de services auxiliaires particulièrement adaptés aux utilisateurs de drogues injectables et à une clientèle itinérante. Il est parrainé par le Centre de santé communautaire Côte-de-Sable.
 - **Services de réduction des effets nuisibles :** Des fournisseurs de services de première ligne d'Ottawa ont mis en place des initiatives de réduction des effets nuisibles, dont les suivantes :
 - **Programme d'échange d'aiguilles :** Les responsables distribuent des seringues inutilisées et recueillent les vieilles seringues à plusieurs endroits à Ottawa.

- **Programme SITE** : Le Programme SITE d'échange de seringues offre une gamme exhaustive de services de santé et de services sociaux aux utilisateurs de drogues injectables et à leurs partenaires, en ce qui a trait, notamment, au VIH, aux tests de dépistage de l'hépatite B et C, aux vaccins contre l'hépatite B et la grippe, à la consultation au sujet de l'atténuation des risques, aux renseignements sur la désintoxication et les soins, à la distribution de condoms et aux services d'aiguillage aux autres organismes communautaires. Les responsables offrent des services en établissement et des services itinérants.
 - **Traitement à la méthadone** : Un programme de traitement d'entretien à la méthadone est offert par l'intermédiaire de services de soins de santé indépendants, y compris la clinique de l'Université d'Ottawa et la Clinique Sainte-Anne. Un groupe de travail sur la méthadone cherche actuellement à augmenter la capacité de traitement à Ottawa en faisant appel aux fournisseurs de soins primaires et de services de traitement des toxicomanies.
 - ▶ **Projet de santé urbaine d'Ottawa** : Les responsables offrent des soins palliatifs et des soins à long terme aux sans-abri chroniques, dont bon nombre sont infectés au VIH ou en train de mourir des effets du sida.
 - ▶ **Accessibilité accrue aux tests** : Des tests anonymes de dépistage du VIH sont offerts à différents endroits à Ottawa.

Recherche : La D^{re} Lynn Leonard, de la Faculté d'épidémiologie de l'Université d'Ottawa, a effectué plusieurs études sur le VIH et les utilisateurs de drogues injectables à Ottawa, dont les résultats ont été utilisés par les membres du CSOC pour adapter leurs services à la clientèle et proposer des améliorations. Pour leur part, le D^r Robert Remis et ses collègues à l'Université de Toronto se sont employés à estimer les taux de prévalence et de fréquence réels du VIH, en tenant compte des taux de non-diagnostic parmi les diverses sous-populations. Le D^r Ted Myers, également de l'Université de Toronto, exécute actuellement une enquête sur les hommes de l'Ontario (Ontario Men's Survey) dont les résultats devraient paraître en juin 2003. L'enquête fournira des renseignements sur les pratiques à risque et l'entretien personnel parmi les gais et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes dans les milieux urbains de la province.

Partie III. Les stratégies recommandées

Le survol du modèle logique auquel répond le plan de 2003-2008 de la Coalition du VIH/sida d'Ottawa, présenté à l'annexe B, décrit trois grappes de stratégies conçues à l'intention des groupes démographiques visés prioritairement par les interventions à l'encontre du VIH/sida. Les trois grappes susmentionnées visent les objectifs suivants :

1. *Augmenter le nombre d'initiatives de prévention, de réduction des effets nuisibles et de promotion du bien-être.*
2. *Adapter les programmes et les services aux groupes aux affinités culturelles et en augmenter l'ampleur.*
3. *Augmenter la capacité stratégique de planification, de surveillance et d'élaboration de politiques par l'établissement de la Coalition du VIH/sida d'Ottawa.*

Le modèle logique fait état d'initiatives clés recommandées pour atteindre les buts et les objectifs touchant aux groupes démographiques suivants :

- a) *Jeunes*
- b) *Gais, bisexuels et bispirituels*
- c) *Utilisateurs de drogues injectables*
- d) *Immigrants et réfugiés*
- e) *Familles*
- f) *Femmes*
- g) *Grand public et autres intéressés*

Les composantes décisives de chacune des stratégies sont décrites ci-dessous.

Les buts

Le présent plan est conçu pour atteindre les grands buts suivants de nature communautaire.

- ▶ ***Réduire le nombre de nouveaux cas de séropositivité à Ottawa de 50 % d'ici à 2008*** : Les moyens à prendre en priorité pour atteindre le but susmentionné doivent consister en des mesures de prévention ciblées qui font appel à des stratégies conçues expressément à l'intention des sous-populations marquées par des taux élevés de fréquence et de prévalence, soit :
 - hommes gais, bisexuels et bispirituels, ainsi que jeunes gais, bisexuels, bispirituels et en réflexion;
 - utilisateurs de drogues injectables.

Des campagnes générales de sensibilisation visant expressément jeunes, hommes et femmes doivent également être lancées afin de faire comprendre aux publics visés que le VIH demeure une affection grave susceptible d'être évitée.

- ▶ ***Augmenter le pourcentage de personnes infectées qui subissent un test de dépistage et reçoivent des soins dans les six mois qui suivent l'infection*** : Il importe de diagnostiquer rapidement les cas d'infection afin que les personnes touchées soient contrôlées en vue d'un éventuel traitement et entreprennent rapidement un régime

d'entretien personnel. Il importe également de réduire le risque que courent leurs partenaires et leurs proches. Beaucoup de facteurs font obstacle au diagnostic — tantôt la crainte de devoir renoncer à son droit à l'assurance, à son statut de résident, à son emploi, tantôt la peur de faire face aux conséquences de l'infection — conséquences pour le mode de vie, l'amitié, et ainsi de suite. La sensibilité aux avantages d'un traitement précoce n'est qu'un modeste facteur. Parmi les lignes d'action de la stratégie figurent des efforts de sensibilisation des personnes susceptibles d'ignorer qu'elles sont à risque (hétérosexuelles, immigrantes et réfugiées) et des services d'approche ciblés dans le cadre des mesures de prévention à l'adresse des UDI et des gais.

- ▶ **Augmenter le pourcentage de PVS qui bénéficient de ressources favorisant leur bien-être et qui s'occupent adéquatement de leur entretien personnel** : Le nombre de personnes atteintes du VIH augmente régulièrement, mais les services de soutien conçus pour elles ne progressent pas au même rythme. Les fournisseurs de services s'essouffent. Certains organismes chargés d'offrir un appui aux PVS tentent de desservir diverses sous-populations. Les gais, les UDI, les immigrants, les réfugiés et les hétérosexuelles ne font pas appel aux mêmes services : il leur faut des types de services et des mécanismes de prestation distincts. Voici des mesures à mettre en œuvre pour atteindre le but décrit ci-dessus :
 - **Se concentrer sur des groupes compatibles du point de vue culturel** : Les organismes spécialisés principalement en VIH/sida doivent cesser de vouloir servir tous les PVS et plutôt annoncer le groupe démographique qu'ils visent et adapter leurs services en conséquence.
 - Oasis doit se concentrer sur deux groupes démographiques distincts et adapter ses services de manière à les servir indépendamment : soit UDI et femmes touchées par le VIH qui sont portées à se prévaloir de services axés sur les femmes.
 - Le Comité du SIDA d'Ottawa doit confier aux organismes compétents la responsabilité des services qu'il fournit directement et se charger plutôt de formation, d'extension de la capacité du système et du soutien accordé à la planification et à l'élaboration de politiques.
 - Une importante grappe de services se concentre sur les besoins des utilisateurs de drogues injectables. Il serait avantageux de concevoir des grappes comparables qui répondraient aux besoins des autres tranches de la population, notamment gais, immigrants et réfugiés, femmes et familles.
 - **Étendre le réseau d'organismes concernés** : Il est recommandé de recruter un large éventail d'organismes chargés directement de la prestation de services dans le domaine du VIH/sida :
 - un CSC spécialisé dans le bien-être des gais;
 - un réseau de CSC au service des communautés d'immigrants et de réfugiés à risque;

- des écoles, des organismes au service des jeunes, des entités municipales de services communautaires, chargés de venir en aide aux jeunes;
 - la Société d'aide à l'enfance, des organismes de services familiaux et de services de logement, aussi bien que l'HEEO, chargés de venir en aide aux familles touchées par le VIH.
- **Élargir les ressources d'appui :** Il est recommandé d'augmenter les ressources dans des secteurs clés où des écarts sont constatés, notamment :
- accroître l'accès des PVS (notamment UDI, gais, immigrants et réfugiés, femmes et familles) aux services de gestion des cas et d'appui réciproque;
 - augmenter les ressources chargées de réduire les effets nuisibles à l'appui du bien-être des UDI, y compris services de traitement de toxicomanies et de logement;
 - augmenter le nombre de logements abordables et de services de gestion des cas et de soutien au profit des familles touchées.

Stratégie 1 : Améliorer les services de prévention, de réduction des effets nuisibles et de promotion du bien-être destinés aux PVS

La présente stratégie traite des grands changements à opérer au cours des cinq prochaines années pour réaliser des progrès appréciables dans la poursuite des buts visés. Sa mise en œuvre incombe à de nombreux organismes d'Ottawa qui assurent des programmes et des services aux personnes. À cet égard, le rôle d'un organisme de planification concertée et de coordination comme le CSOC (comme il est dit dans le texte qui accompagne la stratégie 3) consistera

- ▶ à établir des objectifs;
- ▶ à préparer des arguments probants à l'adresse tant des bailleurs de fonds que des organismes qui ne s'occupent pas normalement de la question du VIH/sida afin que les organismes compétents prennent en charge le dossier;
- ▶ à établir des mécanismes qui permettraient aux organismes d'élaborer des plans en se concertant et en consultant les membres touchés de la collectivité;
- ▶ à contrôler les progrès réalisés envers les objectifs et les buts et à aider les organismes à corriger les programmes afin d'en maximiser les résultats.

Les mesures prévues par la stratégie 1 sont ventilées par groupes cibles :

- ▶ Jeunes
- ▶ Gais
- ▶ Utilisateurs de drogues injectables
- ▶ Immigrants et réfugiés
- ▶ Femmes
- ▶ Autres

a) Les jeunes

L'une des pierres angulaires d'une stratégie efficace de prévention du VIH/sida est un solide programme de santé-sexualité intégré au programme scolaire des jeunes, de la maternelle à la fin de l'école secondaire. Des consultations menées au sujet de la prévention de la grossesse chez les adolescentes ont fait ressortir que l'enseignement de la santé-sexualité dans les écoles d'Ottawa laisse à désirer¹⁹. Son offre est sporadique, il n'est pas intégré au programme scolaire suffisamment tôt, et l'état de préparation des enseignants à la présentation de la matière est variable. Pour ces raisons, l'un des groupes ciblés par une stratégie jeunesse est l'ensemble des jeunes qui fréquentent l'école. Les objectifs visés relativement à ce groupe sont les suivants :

¹⁹ Comité directeur pour la prévention de la grossesse à l'adolescence à Ottawa, sommaire des points saillants recueillis au forum sur la prévention de la grossesse à l'adolescence intitulé « La jeunesse parle : Écoutons-les », tenu le 7 mars 2002.

- ▶ Tous les jeunes ont les connaissances et les compétences nécessaires pour avoir des relations sexuelles sans risque.
- ▶ Les jeunes qui ont une vie sexuelle active acceptent aisément d'avoir des relations sexuelles sans risque, notamment les jeunes hommes gais, bisexuels, bispirituels et en réflexion.
- ▶ Un plus grand nombre de jeunes comprennent la gravité du VIH/sida.

De nombreux gais déclarent avoir eu leurs premières relations sexuelles avec des hommes ou des jeunes hommes à l'adolescence. Des preuves empiriques montrent que la majorité des jeunes adultes canadiens ont leurs premiers rapports sexuels étant adolescents²⁰. Les jeunes font un usage sporadique du condom et s'en servent bien moins souvent qu'ils le devraient pour prévenir de manière optimale les MTS et le VIH²¹. Les jeunes hommes gais, bisexuels, bispirituels ou en réflexion n'ont pas accès à l'information dont ils ont besoin en bas âge sur des méthodes précises de prévention du VIH.

Ottawa dispose de plusieurs avantages sur lesquels prendre appui pour concevoir des programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes, notamment les suivants.

- La Coalition pour la prévention de la grossesse chez les adolescentes, en voie de formation, est résolue à améliorer la qualité de l'enseignement de la santé-sexuelle dans les écoles. Elle vise à réduire le taux de grossesse chez les adolescentes, mais elle partage l'objectif d'améliorer la qualité de l'enseignement de la santé-sexualité par l'intégration à la matière de la prévention du VIH/sida et des MTS. Parmi les membres de la Coalition figurent les Services communautaires de la Ville, qui offrent des programmes de santé et de santé-sexualité dans les écoles, Planification des naissances d'Ottawa, qui propose un programme avant-gardiste de théâtre populaire français et anglais comme moyen d'aborder des sujets délicats et de sensibiliser les milieux scolaires aux questions de santé-sexualité, ainsi que le Réseau de soutien pour jeunes parents célibataires, entre autres partenaires.
- Ottawa peut se prévaloir du volet santé-sexualité du programme scolaire de chaque conseil.
- Selon des jeunes, plusieurs écoles sont dotées de personnel sensible et « sorti du placard » qui est disposé à aider les étudiants à trouver de l'appui.
- Le Bureau des services à la jeunesse offre un éventail de services, dont les suivants, tous faisant bon accueil aux LGBTBR (lesbiennes, gais, bisexuels, transsexuels, bispirituels et en réflexion) :
 - **Counselling** : Des services de counselling sont offerts aux jeunes de du groupe des LGBTBR et à leurs familles, soit des services aux particuliers, aux familles ou aux groupes. (*Services permanents*)

²⁰ Maticka et autres, « Reducing the incidence of sexually transmitted disease through behavioural and social change », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 6, p. 89-104, 1997 et 2000.

²¹ Fisher et Boroditsky, 2000.

- **Soutien des pairs** : Le BSJ a établi un partenariat avec les Services du triangle rose en vertu duquel un conseiller rattaché au premier organisme prend en charge chaque semaine le groupe jeunesse du triangle rose — le partenariat existe depuis au moins dix ans. (*Service permanent qui attire plus de soixante jeunes par semaine actuellement*)
- **Halte-accueil pour jeunes sexuellement marginaux** : Le Bureau organise et offre des programmes hebdomadaires de halte-accueil à l'intention des jeunes sexuellement marginaux, soit Rainbow Drop-In à Orléans et à Bells Corners (*Programmes permanents*)
- **Groupe d'exploration de son orientation sexuelle** : Le BSJ a facilité la tenue de groupes d'« orientation-exploration », ou d'affirmation de son identité, à l'intention des jeunes lesbiennes, gais, bispirituels et bisexuels. Le programme est offert sans interruption depuis douze ans. (*Programme permanent*)
- **Groupes de soutien des jeunes sexuellement marginaux** : Le BSJ organise des groupes de soutien à l'intention des jeunes de plusieurs écoles secondaires de la catégorie LGBTBR aux termes d'un partenariat avec l'Ottawa District School Board. (*Programme permanent offert sporadiquement*)

D'énormes pressions pèsent actuellement sur le programme scolaire, et il est extrêmement difficile d'opérer les changements stratégiques nécessaires à la présentation de programmes efficaces de santé-sexualité dans les écoles. Des personnes-ressources ont fait savoir que les organismes au service des jeunes inondent les écoles de demandes (concernant, par exemple, la prévention de la grossesse chez les adolescentes, la prévention de la conduite en état d'ébriété, le tabagisme, les MTS, les rapports entre les comportements et la drogue). Il est fortement recommandé d'adopter une approche coordonnée des écoles relativement aux questions de santé.

L'éducation sexuelle demeure controversée dans certains milieux. Un effort coordonné en faveur de la santé des jeunes par voie des écoles, notamment de ceux qui proviennent de groupes ethnoculturels qui, souvent, interdisent à leurs enfants de participer à des programmes d'éducation sexuelle, doit comprendre un volet qui consiste à joindre et à sensibiliser les parents. Actuellement, il n'existe pas de programme d'éducation sexuelle se rapportant au groupe des LGBTBR dans les écoles d'Ottawa. De plus, même l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle à l'intention des jeunes hétérosexuels est variable, ce à cause de plusieurs facteurs :

- Les programmes ne sont pas offerts à des groupes d'élèves suffisamment jeunes.
 - Ils sont axés sur la sensibilisation, mais ils ne prévoient pas l'acquisition d'habiletés en négociation des relations, gestion de ses sentiments, et ainsi de suite, autant de facteurs jugés déterminants de la volonté d'avoir des relations sexuelles sans risque.
 - Ils sont présentés par des enseignants plutôt que par des consultants spécialisés en santé-sexualité :
-

- Certains enseignants sont gênés par la matière.
 - Certains jeunes préfèrent discuter avec un « étranger » qui ne fait pas partie du milieu scolaire.
- ▶ Le volet concernant les jeunes devrait réunir des initiatives de nature scolaire et communautaire, notamment les suivantes :

i) Faire une plus grande place aux cultures favorables aux gais et à l'appui accordé aux gais dans les écoles

- Des stratégies anti-persécution visant à réduire la discrimination contre les gais, les jeunes en réflexion et les garçons efféminés à partir de la maternelle.
- La mise en place de mesures de soutien des gais et des jeunes en réflexion dans les écoles intermédiaires et secondaires (en accordant la priorité aux écoles parallèles), y compris les suivantes :
 - un appui qui permettrait aux employés gais et lesbiennes d'affirmer leur identité dans le milieu scolaire et au personnel favorable aux LGBTBR d'être facilement reconnu par les élèves;
 - des mesures d'encouragement et d'appui à l'établissement de groupes de soutien des pairs, telles alliances gais-hétérosexuels, dans les écoles;
 - la formation des enseignants et des orienteurs aux techniques de d'approche et à leurs responsabilités envers les étudiants en matière de sexualité et d'identité sexuelle;
 - l'offre de soutien aux parents aux prises avec des questions se rapportant à la sexualité ou à l'identité sexuelle de leur enfant.

ii) Fournir à tous les jeunes des renseignements pratiques sur la prévention du VIH et les pratiques sexuelles sans risque

- Une stratégie éducative par Internet faisant appel à des sites fréquentés par les jeunes, notamment ceux qui explorent des questions de sexualité et d'identité sexuelle.
- L'offre de programmes d'éducation en santé-sexualité à tous les étudiants, y compris des renseignements sur les relations buccales et anales et les partenaires multiples. Les programmes doivent être offerts par des spécialistes en santé-sexualité.
- Des renseignements sur le perçage et le tatouage sans risque, aussi bien que sur les dangers posés par l'injection de stéroïdes et d'autres drogues.
- L'offre de services confidentiels de santé-sexualité à tous les étudiants et la promotion de pareils services; il faudrait envisager la possibilité d'installer ces services dans un centre polyvalent axé sur la jeunesse, en s'inspirant, par exemple, du modèle de centre *The Door* de New York. Ce dernier offre de nombreux programmes et services aux jeunes, y compris

en formation au leadership, arts, habiletés et activités culturelles (théâtre, danse, musique), loisirs, formation à l'emploi et services jeunesse.

iii) Fournir aux jeunes gais, bisexuels ou bispirituels ou aux jeunes en réflexion quant à leur sexualité et à leur identité sexuelle un éventail de mesures de soutien aux fins de l'entretien personnel, de l'appui réciproque et de la santé mentale

- Accès des jeunes gais, bisexuels, bispirituels ou en réflexion à des activités de formation en leadership, de mentorat par les pairs, de counselling, d'éducation par les pairs et à des activités sociales comme solution de rechange à la fréquentation des bars. Le Bureau des services à la jeunesse et les Services du triangle rose collaborent actuellement à une proposition au profit des jeunes du groupe des LGBTBR qui englobera tous les renseignements susmentionnés.

b) Gais et bisexuels

Les participants aux groupes de ciblage tenus à l'étape de la planification ont fait savoir que les gais, séropositifs y compris, sont las des relations sexuelles sans risque. Selon les renseignements non scientifiques recueillis, la fréquence des relations anales sans condom semble suivre une tendance haussière. Bientôt, le sondage sur les hommes ontariens (Ontario Men's Survey) nous livrera de plus amples preuves empiriques sur l'entretien personnel et les pratiques sexuelles sans risque chez les hommes d'Ottawa. Certains ont des connaissances inexactes sur le risque du VIH, et les hommes séropositifs qui désirent avoir des relations sexuelles et ceux qui en ont sachant que leur partenaire est séropositif doivent disposer de renseignements détaillés, précis et de qualité.

La négociation des rapports sexuels, particulièrement avec des partenaires nouveaux ou inconnus, est une compétence capitale qui fait particulièrement défaut chez les hommes, jeunes et autres, dans l'industrie du sexe. Les programmes généraux d'éducation sexuelle destinés aux jeunes dans les écoles et à des groupes de gais et de jeunes en réflexion doivent comprendre de l'information sur les pratiques sexuelles sûres.

**Qu'arrive-t-il aux gais?
(Commentaires recueillis lors des groupes de ciblage)**

- ♦ « Les jeunes gais qui prennent des risques avaient beaucoup plus tendance que les autres à se trouver en situation de logement instable, à être faiblement instruits, à éprouver des problèmes de dépression, à consommer de la cocaïne, de l'alcool et des nitrates inhalées et à fumer. » (Strathdee et autres, 1996)
- ♦ Le fait de ne pas utiliser de condom est le signe que je fais partie d'un couple — c'est le symbole de ma confiance inhérente...
- ♦ Si sa charge virale est faible, nous ne nous inquiétons pas, car le risque d'infection est moindre...
- ♦ Si les résultats sont négatifs, je ne pose aucun danger et je peux avoir des relations sexuelles non protégées avec une personne dont les résultats récents sont négatifs également.
- ♦ Les relations anales sans condom deviennent plus fréquentes.
- ♦ Les personnes dans la quarantaine sont lasses des pratiques sexuelles sans risque.
- ♦ Il est difficile de parler de sexualité sans risque avec un partenaire sexuel d'une nuit...
- ♦ À l'école, les gais sont ciblés davantage que les

Nous recommandons donc ce qui suit :

i) La prévention du VIH, la détection précoce et l'appui accordé aux PVS doivent être partie intégrante d'un programme global de promotion du bien-être et d'intervention précoce destiné aux gais.

- ▶ **Prévention et détection précoce** : Il existe une forte corrélation entre la prise de risques et la consommation de drogues, la perte de l'appui accordé par la famille et la communauté, la dépression et l'absence de débouchés²². La stratégie de promotion du bien-être doit comprendre un grand volet de prévention du VIH, sans que celle-ci soit l'unique ni même le principal objectif visé. L'initiative doit traiter de santé-sexualité, de santé mentale, de consommation de drogue, de conditionnement physique et d'autres aspects de la vie des gais se rapportant au bien-être. Le volet VIH pourrait comprendre les composantes suivantes :
 - des activités d'approche et de sensibilisation axées sur les pairs, y compris le recours à des « petits médias », par exemple journaux communautaires, prospectus, dépliants;
 - des sites Web éducatifs comportant des liens avec des sites fréquentés par les gais;
 - la distribution gratuite de condoms et de lubrifiants dans tous les milieux où les gais se réunissent ou qui sont favorables aux gais;
 - des services confidentiels, y compris services de counselling, en santé-sexualité.
- ▶ **La stratégie de promotion du bien-être doit cibler les gais séropositifs** : L'appui accordé au bien-être et à l'entretien personnel des hommes séropositifs est un moyen capital de favoriser leur santé et de les amener à se soucier de celle des autres gais.

c) Les utilisateurs de drogues injectables

La prévention du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables d'Ottawa est une priorité depuis le milieu des années 1990, et elle doit continuer de l'être. Le groupe démographique connaît un taux de prévalence du VIH supérieur aux autres, et ce dernier risque d'amorcer une escalade affolante à défaut de mesures soutenues et accentuées de prévention et de réduction des effets nuisibles.

L'annexe C est une liste partielle des services offerts à Ottawa aux UDI. Elle met également en lumière les lacunes et propose des changements. En substance, les personnes-ressources ont souligné les besoins suivants :

- Une campagne efficace visant à sensibiliser le public à la réduction des effets nuisibles et à gagner son appui. L'opposition manifestée par le public aux programmes actuels tel le Programme SITE à Ottawa a fait obstacle aux projets capables de réduire la transmission du VIH au sein de la population concernée. À

²² Strathdee et autres, 1996.

ce titre, on sait par exemple que le Programme d'échange d'aiguilles en vigueur à Ottawa ne répond qu'à 4,4 % des besoins en seringues stériles²³.

- De plus nombreuses options de traitement des toxicomanies, y compris le traitement d'entretien à la méthadone. Les quelques médecins qui offrent le traitement d'entretien à la méthadone sont rudement éprouvés et risquent l'épuisement. Ils disent consacrer des heures non rémunérées à fournir des services de gestion des cas et de défense des droits à des clients pour qu'ils mènent une vie stable et soient en mesure de poursuivre le programme de traitement.
- La reconnaissance que les hommes et les femmes font un usage bien différent des drogues injectables. Les stratégies d'intervention qui président au programme de sensibilisation à la prévention et de traitement doivent s'inspirer des différences entre les deux sexes.

Les stratégies de réduction des effets nuisibles

i) Sensibilisation du public : Il est recommandé que la Coalition sensibilise les résidents d'Ottawa aux avantages que les stratégies de réduction des effets nuisibles offrent à tous les intéressés, membres du public et utilisateurs de drogues injectables. La campagne en ce sens doit être d'une grande visibilité et faire appel aux médias de masse locaux (radio, journaux, télévision) afin de gagner l'appui du public aux stratégies de cet ordre visant à prévenir le VIH/sida.

ii) Échange de seringues : Il est recommandé à l'Équipe de santé-sexualité de la Ville d'élargir son programme de distribution de seringues et de trousses stériles, à mesure que le public saisit mieux le concept de la réduction des effets nuisibles. À cet égard, l'équipe devrait :

- prolonger les heures de service de la fourgonnette du Programme SITE;
- recruter des pharmacies situées dans des secteurs clés de la ville pour qu'elles participent au Programme d'échange d'aiguilles;
- augmenter le nombre d'organismes partenaires;
- intensifier l'activité d'approche chez les jeunes.

iii) Stabilisation des toxicomanies : Outre les initiatives que préconisera la Coalition en vue d'accroître l'accessibilité aux services de traitement des toxicomanies, il est recommandé :

- que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée octroie les ressources nécessaires à Oasis, au Centre de santé-sexualité de la Ville et aux services pertinents de traitement des toxicomanies pour qu'ils collaborent à la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail sur la méthadone. Les initiatives en la matière auront pour effet d'étendre les services de stabilisation de la toxicomanie des utilisateurs de drogues injectables.

²³ Leonard, Lynne E., C. Navarro et R. Remis (2002), « Going Beyond Individual HIV-Related Risk Behaviours and Practices among Ottawa IDUs : The Importance of HIV-Related Risk Conditions », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, volume 13, supplément A, mars-avril 2002, p. 77A-78A.

iv) Élaboration de politiques à l'appui des PVS

Il existe des mesures potentielles qui ne sont pas du ressort des autorités locales et qui, si elles étaient mises en œuvre avec succès, contribueraient à prévenir des cas de séropositivité et de sida, notamment la décriminalisation de la drogue, la mise en place de bons services de traitement des toxicomanies, y compris à l'intention des utilisateurs de drogues injectables qui ne sont pas abstinents, l'extension des services de désintoxication et l'aménagement de services de logement au profit des personnes en voie de désintoxication, assortis de services de soutien sur place (pareils logements doivent être situés à l'extérieur de l'hypercentre). Il est recommandé que la Coalition recrute des champions qui l'aideraient à presser les décideurs municipaux, provinciaux et fédéraux de mettre en place des conditions favorables à la prévention du VIH/sida.

▶ **Logement**

- **Soutien permanent** : Faire en sorte que l'Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC) continue de financer des services d'appui au logement et que l'Initiative de réaffectation du financement des services d'hébergement d'urgence se poursuive et que ses sources de financement deviennent permanentes.
 - **Accessibilité à des logements abordables dotés de services de soutien** : Augmenter d'au moins trente-cinq unités le nombre d'appartements gérés par la Maison Bruce ou auxquels l'organisme accorde un appui et étendre dans une mesure correspondante les services d'appui au logement.
 - **Logement familial** : Veiller à ce qu'au moins cinq unités soient situées en dehors de l'hypercentre et à ce qu'elles soient adaptées aux familles comportant des enfants.
- ▶ **Gestion des cas d'itinérants chroniques** : Le Projet de santé urbaine d'Ottawa a très bien réussi à accorder un soutien aux personnes itinérantes séropositives, lesquelles font souvent face à de multiples problèmes. Le travailleur des services d'approche d'Oasis, financé par l'IPAC, vient en aide à ceux qui seraient incapables par ailleurs de respecter leur régime de pharmacothérapie. Il est recommandé qu'un appui soit accordé au Projet de santé urbaine d'Ottawa et au travailleur des services d'approche d'Oasis financé par l'IPAC afin qu'ils poursuivent leurs programmes, dont le bon rapport coût-efficacité est manifeste.
- ▶ **Autres politiques de réduction des effets nuisibles** : La Coalition doit chercher à exécuter des politiques nationales, provinciales et régionales qui réduisent la marginalisation des utilisateurs de drogues injectables, notamment décriminalisation de la drogue et aménagement de locaux surveillés réservés aux UDI.

d) Immigrants et réfugiés

Les taux d'infection demeurent élevés parmi les immigrants et les réfugiés provenant de régions du monde frappées d'endémies de VIH (surtout l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes). En revanche, les taux de diagnostic sont faibles. Les personnes séropositives exercent la plus grande discrétion concernant leur infection. Nombre de cultures continuent de considérer le VIH comme tabou, et certains groupes de communautés ethnoculturelles nient l'existence d'un

problème dans leur milieu, si bien qu'aucune mesure de soutien, ni informelle ni officielle, n'est offerte. De plus, certaines familles interdisent aux enfants de participer aux programmes scolaires de santé-sexualité. Des personnes-ressources ont fait valoir la nécessité de sensibiliser les hommes et les femmes aux résultats des recherches qui montrent que l'éducation sexuelle ne favorise pas l'activité sexuelle précoce. Elles ont ajouté que les femmes sont parfois incapables de négocier les rapports sexuels au sein d'une relation conjugale. Des interventions axées sur le sexe des participants et d'autres axées sur la famille sont des volets essentiels d'un programme de sensibilisation au VIH/sida. Les activités suivantes sont recommandées à ce propos.

i) Développement communautaire : Il est nécessaire de concevoir des stratégies visant chacune des principales communautés touchées par l'adoption d'une approche de développement communautaire à laquelle participent des dirigeants communautaires et des organismes qui offrent des services d'établissement, de counselling, de soins primaires et d'éducation sexuelle. Les responsables de la conception des activités feraient bien de tenir compte des tuyaux suivants offerts par des personnes-ressources :

- ▶ offrir une formation aux interprètes culturels et aux autres travailleurs du secteur de la santé et du secteur communautaire qui collaborent avec les communautés d'immigrants et de réfugiés à assurer leur bonne santé, ce afin qu'ils puissent intégrer à leur message des renseignements sur le VIH/sida;
- ▶ faire appel à des éducateurs rémunérés choisis parmi les pairs;
- ▶ collaborer avec les médecins au service de la population visée pour qu'ils puissent renseigner leur clientèle sur la prévention du VIH et l'importance de la détection précoce;
- ▶ concevoir des moyens imaginatifs à mettre en œuvre pour joindre la population en respectant l'anonymat, par exemple démarchage téléphonique, Internet, émissions de radio dans la langue parlée à la maison;
- ▶ appliquer au Canada les solutions qui donnent de bons résultats dans le pays d'origine;
- ▶ engager les dirigeants communautaires dans la démarche;
- ▶ sensibiliser les familles dès leur arrivée au pays, par voie des organismes d'établissement;
- ▶ promouvoir les tests de dépistage du VIH afin de prévenir la transmission de la maladie de la mère à l'enfant; faire participer les pères au processus.

ii) Intégration des services d'appui aux personnes atteintes du VIH/sida : Très peu d'organismes qui participent au CSOC actuellement parviennent à cibler avec succès les populations d'immigrants et de réfugiés. Les membres des communautés précitées ne se prévaudront pas de services qui portent l'étiquette « VIH/sida », et il est improbable qu'ils soient attirés par des activités de groupes de PVS. Il faudrait offrir des services de soutien des personnes atteintes du VIH et des membres de leur famille sans les étiqueter ainsi ou sans faire la distinction entre le VIH/sida et d'autres affections chroniques.

iii) Extension des services de gestion des cas : La gestion des cas doit figurer parmi les services d'appui clés offerts aux PVS et aux membres de leurs familles dans des contextes de

services intégrés, comme le décrit la recommandation 2i). Les gestionnaires de cas doivent être plus nombreux au sein des organismes qui servent déjà les communautés concernées (p. ex. certains CSC et organismes de services aux immigrants), et des protocoles d'aiguillage doivent être définis de concert avec des médecins communautaires et des organismes de traitement du VIH/sida, de sorte que ceux qui en ont besoin aient accès aux services dans la confidentialité.

e) Familles

Parmi les familles touchées par le VIH figurent celles dont un des parents ou les deux sont séropositifs et/ou un ou plusieurs enfants le sont également. Voici certains des problèmes auxquels font face les familles dont c'est le cas :

- ▶ Les services de soutien sont insuffisants, notamment services de soins, de relève et de soutien à domicile, et cela peut jouer dans la rupture de la famille. Les pratiques de protection des enfants et la législation en la matière ne prévoient pas de moyens souples d'appui aux familles touchées par le VIH/sida, et il peut arriver, par exemple lorsque l'état de santé d'un parent est critique, que la seule solution pratique consiste à placer les enfants en foyer nourricier, situation qui peut être évitée éventuellement grâce à un meilleur soutien à domicile.
- ▶ Les ressources actuelles ne sont pas suffisantes pour que soient offerts des services tel counselling à l'intention des frères et sœurs touchés.
- ▶ L'HEEO ne possède pas le financement voulu pour offrir des services de gestion des cas aux enfants séropositifs et à leurs familles. Le personnel se débrouille avec les moyens du bord, mais il est éprouvé par l'évolution constante des besoins de la clientèle susmentionnée. De plus, les stades de développement des enfants séropositifs sont exceptionnels. Il faut souvent faire intervenir la Société d'aide à l'enfance, des fournisseurs de logement, des organismes de soutien du revenu, Trillium (en ce qui concerne le coût des médicaments), des banques d'alimentation, des écoles, des employeurs et autres.
- ▶ Les logements adaptés aux familles font défaut : les unités offertes par la Maison Bruce sont destinées aux couples sans enfant ou aux personnes seules. Les familles touchées par le VIH doivent bénéficier de logements stables et abordables, notamment d'un plus grand nombre de maisons en rangée ou d'unités de logement situées dans des quartiers de caractère familial.

Les auteurs font les recommandations suivantes pour venir en aide aux familles touchées par le VIH :

i) Counselling et gestion des cas : Augmenter le nombre de services de counselling et de gestion des cas au profit des membres de familles touchés par le VIH.

ii) Élaboration de politiques : Les questions stratégiques suivantes doivent être soulevées avec l'appui de la Coalition :

- ▶ pratiques relatives au bien-être de l'enfance : offrir plus de soutien aux familles touchées afin d'en prévenir la rupture;
- ▶ logement : augmenter l'offre de logements abordables de caractère familial dont bénéficient les familles touchées par le VIH.

f) Femmes

Santé Canada faisait valoir ce qui suit en avril 2002 : « Au Canada, les femmes sont de plus en plus infectées au VIH, particulièrement les utilisatrices de drogues injectables et les femmes qui ont des partenaires sexuels à risque élevé. » (Voir le tableau 4 et la figure 8 ci-dessous.)

Comme l'illustre le tableau 2 à la page 15, le nombre de femmes qui avaient été infectées par des relations hétérosexuelles était estimé à plus de 200 en 2000. Environ 150 femmes du groupe des PVS avaient contracté le virus par l'utilisation de drogues injectables, et quelque 80 provenaient des régions du monde qui connaissent des endémies. Peu importe le mode d'infection qui les guette le plus, les femmes doivent supporter des pressions différentes de celles des hommes lorsqu'elles négocient la prévention du VIH. Les services aux femmes infectées par des contacts hétérosexuels sont rares, et il en est de même des programmes de prévention qui s'adressent expressément aux femmes. Les mesures suivantes sont donc recommandées :

i) Élaborer des stratégies adaptées aux femmes : Concevoir des stratégies de prévention et d'appui des PVS adaptées expressément

- ▶ aux hétérosexuelles,
- ▶ aux femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe,
- ▶ aux utilisatrices de drogues injectables,
- ▶ aux immigrantes et aux réfugiées.

ii) Gestion des cas et appui réciproque : Fournir des services de gestion des cas aux femmes infectées et constituer des groupes d'appui réciproque des PVS à l'intention des femmes, selon que justifie la demande.

iii) Contrôle des tendances : La Coalition doit contrôler les taux de fréquence et de prévalence chez les femmes et adapter les stratégies aux tendances constatées à mesure qu'elles se manifestent.

iv) Information : Bien que des initiatives de prévention ciblées et concentrées à l'adresse des femmes n'offrent pas un bon rapport coût-efficacité à ce moment, compte tenu des faibles taux de prévalence et de fréquence, les femmes doivent être renseignées de façon générale sur les risques d'infection grandissants afin de les inciter à se faire tester et de les aider à déceler rapidement les signes et les symptômes de la maladie.

Tableau 4 : Proportion des déclarations de séropositivité parmi les femmes selon les catégories d'exposition et l'année du test, au Canada²⁴

Année	Catégorie d'exposition		
	Contact hétérosexuel	UDI	Sang et produits sanguins
1985-95	46,5	36,2	10,7
1996	43,4	51,1	1,3
1997	45,7	45,0	1,4
1998	52,8	38,8	3,6
1999	48	47,9	1,2
2000	55,0	39,6	1,7
2001	63,5	31,6	1,6
TOTAL	48,9	39,6	6,0

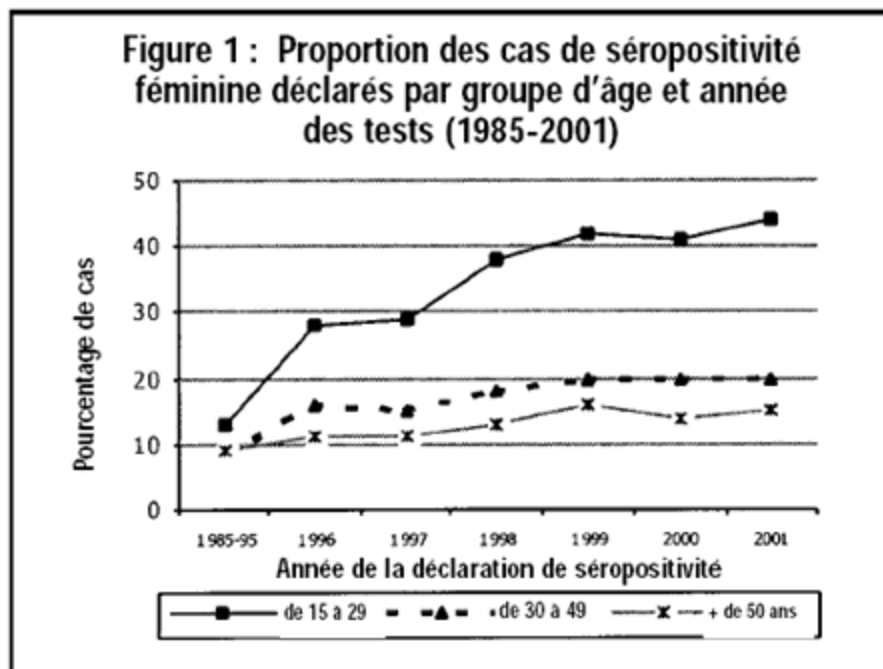


Figure 9

²⁴ Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, « Le VIH et le sida chez les femmes au Canada », *Actualités en épidémiologie VIH/sida*, avril 2002, Canada.

Stratégie 2 : Remaniement du système et perfectionnement des services

Les principales composantes de la stratégie de remaniement du système et de perfectionnement des services se présentent comme il suit :

i) Adapter les programmes et les services : Faire en sorte qu'ils soient accessibles et répondent aux besoins des groupes « culturels » distincts touchés par le VIH/sida.

ii) Augmenter les capacités : Donner aux services les moyens de répondre aux besoins d'un nombre croissant de PVS à Ottawa en collaborant avec les organismes et les bailleurs de fonds locaux à augmenter les ressources affectées tant à la prévention qu'au maintien du bien-être. Une constante que partagent les améliorations recommandées est l'augmentation du nombre de gestionnaires de cas chargés d'aider les PVS à avoir accès aux ressources et à faire face aux besoins complexes qui se manifestent chez la personne séropositive.

iii) Approfondir l'engagement des organismes : Réunir des grappes de programmes et de services auxquels ont accès des sous-groupes démographiques précis touchés par le VIH/sida, lesquels sont adaptés à leurs besoins, afin de concevoir, de coordonner et de planifier les services offerts.

iv) Faire le nécessaire pour que des corrections soient apportées au système de services et contrôler les corrections

v) Accorder un appui aux organismes pour qu'ils puissent augmenter leurs capacités

i) Adapter les programmes et les services aux diverses cultures et approfondir l'engagement des organismes clés

Il est recommandé d'adopter le principe selon lequel les programmes et les services de développement communautaire, d'approche, de halte-accueil, de soutien ou de counselling collectif ou d'appui réciproque doivent être adressés à un groupe culturel à la fois. Bien que tous les services doivent être accessibles à quiconque souhaite s'en prévaloir, les organismes sont encouragés à concevoir en priorité des services qui répondent aux besoins de sous-populations précises. De cette manière, les usagers pourront choisir les services qui répondent le plus à leurs caractéristiques culturelles. Si, d'aventure, un organisme desservait plusieurs sous-populations, il devrait fixer l'horaire et les lieux de desserte et y affecter du personnel de manière à assurer que la prestation des services corresponde aux préférences du groupe cible.

L'organisme que la présente recommandation touchera le plus est le Comité du SIDA d'Ottawa (CSO). Ce dernier offre des services directs aux PVS, peu importe leurs caractéristiques culturelles. L'organisme a conclu récemment un accord de partenariat avec les Services du triangle rose (STR), en vertu duquel il assumera la gestion du projet Man-to-Man des STR, programme d'approche à l'adresse des gais. Il est recommandé au CSO de transférer la responsabilité de ses services directs à des organismes communautaires auxquels ont accès

expressément des groupes aux affinités culturelles. (Voir la recommandation iii ci-dessous, qui décrit le nouveau rôle proposé du COS.)

Il est recommandé, en outre, afin de mieux joindre certains groupes aux affinités culturelles, qu'un large éventail d'organismes soient recrutés et chargés d'offrir des services relatifs au VIH/sida et que soient constituées des grappes d'organismes responsables de coordonner la planification et la prestation des services. Là où des travaux d'aménagement sont nécessaires, les organismes pourront être intégrés à des équipes d'action commune. Dans le cas contraire, ils feraient partie d'une grappe du réseau. (Les équipes d'action commune et le réseau sont présentés dans le texte qui accompagne la stratégie 3.) Le tableau 5 ci-dessous illustre les grappes recommandées. Les grappes doivent compter des organismes chargés de collaborer avec les PVS à la mise sur pied de groupes d'appui réciproque et de groupes consultatifs (voir le texte ci-dessous qui traite de la structure recommandée de planification du système).

Tableau 5 : Grappes recommandées d'organismes ventilés par sous-populations touchées par le VIH/sida	
Groupes démographiques	Principaux organismes de services
Conception globale du système	Planification, coordination et augmentation des capacités par groupe démographique : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Comité du SIDA d'Ottawa ▶ Santé publique et Soins de longue durée de la Ville d'Ottawa ▶ Centre de toxicomanie et de santé mentale
Grand public (services universels)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cliniques d'immunodéficience : Hôpital d'Ottawa ▶ Centre de soins primaires de l'Université d'Ottawa ▶ Santé publique et Soins de longue durée de la Ville d'Ottawa
Jeunes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bureau des services à la jeunesse ▶ Équipe municipale de santé-sexualité dans les écoles des Services communautaires, Services aux citoyens ▶ Planification des naissances d'Ottawa ▶ Services du triangle rose ▶ Autres organismes au service de la jeunesse qui font partie du « groupe Popcorn » de fournisseurs de services jeunesse ▶ Centre Wabano ▶ Ottawa : L'amie de la jeunesse
Utilisateurs de drogues injectables	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Oasis ▶ Santé publique et Soins de longue durée de la Ville d'Ottawa ▶ Clinique Sainte-Anne ▶ Centre de soins primaires de l'Université d'Ottawa ▶ CSC de la Côte-de-Sable ▶ CSC Somerset Ouest ▶ Rideauwood ▶ Projet de santé urbaine d'Ottawa ▶ Maison Bruce ▶ Centre de toxicomanie et de santé mentale
Gais	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Services du triangle rose ▶ CSC centre-ville ▶ Santé publique et Soins de longue durée de la Ville d'Ottawa ▶ Centre de soins primaires de l'Université d'Ottawa ▶ Maison Bruce
Immigrants et réfugiés	<ul style="list-style-type: none"> ▶ CSC Somerset Ouest ▶ CSC Pinecrest/Queensway ▶ CSC Carlington ▶ CSC du Sud-Est d'Ottawa ▶ Santé publique et Soins de longue durée de la Ville d'Ottawa ▶ Fondation mondiale canadienne du sida ▶ Organismes de services aux immigrants ▶ Organismes ethnoculturels mis en place par des communautés

Tableau 5 : Grappes recommandées d'organismes ventilés par sous-populations touchées par le VIH/sida	
Groupes démographiques	Principaux organismes de services
	provenant d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes

Tableau 5 (suite) : Grappes recommandées d'organismes ventilés par sous-populations touchées par le VIH/sida	
Groupes démographiques	Principaux organismes de service
Familles	<ul style="list-style-type: none"> ▶ HEEO ▶ SAE ▶ Programme Source de la Clinique Sainte-Anne ▶ Maison Bruce ▶ En liaison avec <ul style="list-style-type: none"> ○ grappe des immigrants et des réfugiés ○ grappe des femmes
Autochtones	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Centre Wabano ▶ Aboriginal Women's Support Centre ▶ Pinganoden Lodge ▶ Minwashin Lodge ▶ Odawa ▶ Oshki Kizis ▶ Projet de santé urbaine d'Ottawa
Femmes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Santé publique et Soins de longue durée de la Ville d'Ottawa ▶ Oasis ▶ La Source

ii) Accroître la capacité de prévention et de service

La mise en œuvre de la stratégie 1 appelle les changements suivants, dont l'objet est d'étendre et d'améliorer les services essentiels qui concourront à promouvoir la prévention du VIH/sida et le bien-être au cours des cinq prochaines années à Ottawa.

- ▶ ***Prévention, détection précoce et développement communautaire*** : Amener les membres de la communauté à concevoir des services et à adapter les services existants à l'intention de groupes précis, notamment :
 - ▶ services à l'intention des jeunes;
 - ▶ services de bien-être destinés aux gais;
 - ▶ services intégrés et programmes communautaires conçus pour des communautés cibles d'immigrants et de réfugiés (personnes provenant d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes);
 - ▶ services destinés aux femmes (élaboration de stratégies et de maintien du bien-être pour les utilisatrices de drogues injectables, les hétérosexuelles, les immigrantes et les réfugiées).
- ▶ ***Réduction des effets nuisibles*** :
 - ▶ campagne de sensibilisation du public visant à gagner son appui aux politiques de réduction des effets nuisibles à Ottawa;

- ▶ *expansion du Programme d'échange d'aiguilles;*
- ▶ *stabilisation des toxicomanies;*
- ▶ *élaboration de politiques en matière de traitement des toxicomanies, de logement et de stratégies diverses de réduction des effets nuisibles.*
- ▶ **Soins primaires** : *Étendre le réseau de fournisseurs de soins primaires, soit services de counselling, de dépistage et de traitement continu du VIH/sida, en consultation avec des spécialistes. Notamment :*
 - ▶ *gagner le concours de centres de santé communautaire et de médecins offrant des soins primaires pour qu'ils proposent aux populations d'immigrants et de réfugiés provenant d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes qui comptent des membres à risque ou séropositifs un éventail exhaustif de services de santé et de gestion des cas.*
- ▶ **Gestion des cas**²⁵ : *Offrir de plus amples services de gestion des cas aux personnes séropositives et à leurs proches, selon le rythme de progression de la population des PVS. Notamment :*
 - ▶ *accroître les services de gestion des cas offerts aux médecins qui sont au service de PVS aux besoins aigus et d'utilisateurs de drogues injectables (augmenter les ressources dont dispose Oasis et charger l'organisme de servir les clients de médecins à l'œuvre dans la communauté qui offrent un traitement d'entretien à la méthadone);*
 - ▶ *mettre en place au moins un gestionnaire de cas communautaire au service des gais séropositifs, ce dans le cadre des services de promotion du bien-être des gais (augmenter les ressources de gestion des cas dont dispose un centre de santé communautaire qui joue un rôle directeur en faveur du bien-être des gais);*
 - ▶ *lancer des services de gestion des cas spécialisés en VIH/sida dans chaque CSC participant, dans le cadre des services généraux de bien-être offerts aux immigrants et aux réfugiés. Faire en sorte que des services de gestion des cas soient accessibles aux médecins en exercice privé qui servent la communauté susmentionnée (augmenter les ressources en gestion des cas de deux ou trois centres de santé communautaire qui servent les principales populations d'immigrants et de réfugiés);*

²⁵ Dans le présent contexte, la gestion des cas peut être assurée par un infirmier ou une infirmière, un travailleur social ou une travailleuse sociale ou une infirmière praticienne ou un infirmier praticien spécialisés en VIH/sida et en sensibilité culturelle vis-à-vis des populations clientes. Les services de gestion des cas consistent, entre autres, à aiguiller les clients pour qu'ils aient accès à un éventail de services et de ressources communautaires, à aider les clients à fixer des buts se rapportant aux divers aspects de la vie (santé mentale et physique, relations sociales, logement, emploi, sécurité), à leur prêter assistance pour qu'ils bénéficient des ressources et des appuis communautaires qui leur permettront d'atteindre leurs buts, à intervenir en temps utile pour assurer la bonne gestion d'une crise et à faire état des progrès réalisés en regard des buts personnels fixés.

- ▶ *augmenter la capacité d'offrir des services de counselling et de gestion des cas aux familles touchées par le VIH;*
- ▶ *augmenter la capacité d'offrir des services d'appui réciproque et de gestion des cas aux femmes.*
- ▶ **Traitement du VIH :** *Continuer à accroître les services de traitement spécialisés offerts de manière continue à l'Hôpital d'Ottawa et à l'HEEO.*

iii) Faire en sorte que des corrections soient apportées au système de service, contrôler les corrections et offrir aux organismes un appui à l'expansion de leurs capacités : Le CSO doit se réorienter et jouer un rôle de développement du système afin de favoriser l'atteinte des buts relatifs au VIH/sida. Le rôle en question doit englober

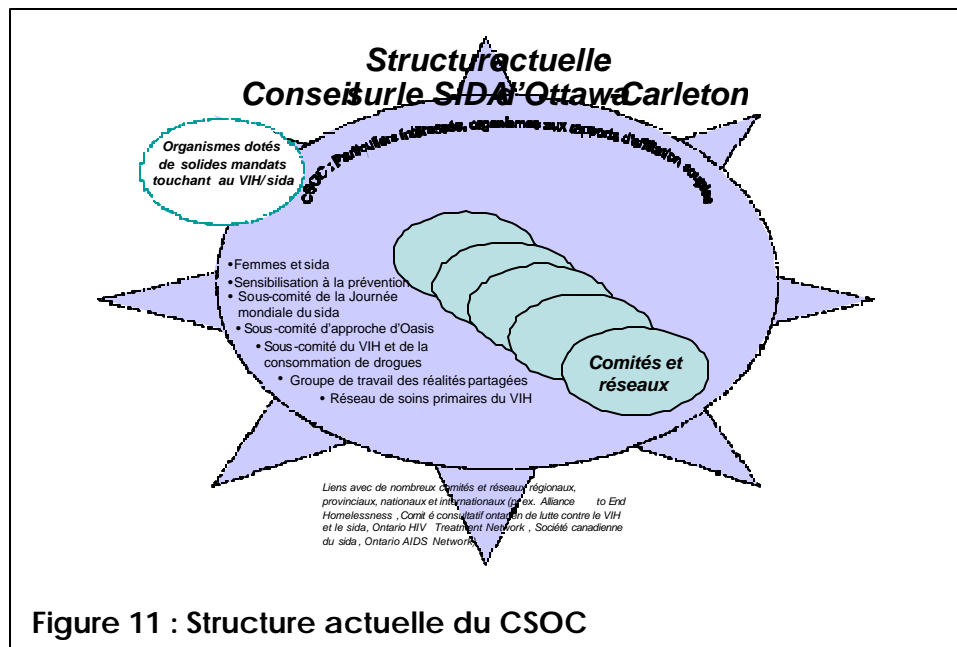
- ▶ la sensibilisation aux politiques;
- ▶ la planification et la coordination du système (fournir les ressources en coordination que nécessite la Coalition);
- ▶ l'augmentation des capacités :
 - coordonner la formation et l'appui accordés aux organismes qui offrent des services directs;
 - jeter des ponts entre les initiatives et les acteurs régionaux et les projets d'envergure provinciale, nationale et internationale au sein du mouvement du VIH/sida.

Les organismes au service de la population infectée au VIH/sida devront bénéficier d'un soutien important avant de pouvoir bien servir leur clientèle.

Stratégie 3 : Former la Coalition du VIH/sida d'Ottawa

La présente stratégie doit sous-tendre toutes les autres. Elle a pour objet

- ▶ de sauvegarder les forces du CSOC.
- ▶ d'approfondir l'engagement des organismes à combattre le VIH/sida et à servir ceux qui en sont atteints.
- ▶ de faire participer des décisionnaires de niveau supérieur aux réunions stratégiques.



- ▶ de faire participer davantage d'autres secteurs à la lutte contre le VIH/sida et à la prestation de services appropriés à cette fin.

Comme le résume la figure 9, le CSOC est doté depuis de nombreuses années d'une structure sans trop de formalité. Était libre d'y adhérer quiconque souhaitait voir progresser les travaux sur le VIH/sida, y compris séropositifs (PVS), personnes touchées par le VIH/sida, bénévoles et travailleurs du domaine, aussi bien que représentants d'organismes. Le groupe est présidé par un bénévole, et la Direction de la santé publique et des soins de longue durée charge un employé de soutien de tenir les procès-verbaux des rencontres. Il s'est nourri de l'engagement et de la passion de ses membres.

La structure actuelle comporte de nombreux avantages fort appréciés des membres :

- Certains jugent avantageuse son approche sans formalité et non bureaucratique.
- Le CSOC est accessible à quiconque s'y intéresse.
- Les participants manifestent un degré élevé d'engagement.

Par ailleurs, tandis que l'épidémie se poursuit et évolue, le groupe s'est rendu compte qu'il voulait augmenter ses moyens dans des secteurs clés, notamment :

- accroître la capacité d'intervention du groupe et permettre aux organismes participants de pratiquer une intervention concertée efficace;
- clarifier l'engagement des organismes clés;

- concentrer les efforts sur les questions stratégiques qui appellent la collaboration des membres et consacrer moins de temps à la recherche de solutions à des questions d'importance immédiate ou urgente dont peut se charger un seul organisme;
- recruter un plus grand nombre d'organismes dont le mandat central ne concerne pas le VIH/sida et qui rejoignent des populations qui courent un important risque de contracter le VIH;
- obtenir des ressources à engager à l'appui d'actions concertées.

L'objet des recommandations suivantes est de sauvegarder les forces du CSOC tout en lui donnant de meilleurs moyens de réagir aux questions stratégiques, de gagner le concours d'un plus grand nombre de partenaires et de continuer à s'adapter à l'évolution de l'épidémie et des conditions locales.

j) Remanier le CSOC pour en faire la Coalition du VIH/sida d'Ottawa

Le CSOC devrait prendre le nom de *Coalition du VIH/sida d'Ottawa*.

Mission : La Coalition devrait se donner la mission suivante :

La Coalition du VIH/sida d'Ottawa est un regroupement d'organismes et de particuliers qui conjuguent leurs efforts en vue de réduire la fréquence des infections au VIH et de favoriser le bien-être des personnes séropositives à Ottawa.

Ses responsabilités sont les suivantes :

- **Planification stratégique :** *Établir des buts et des priorités à l'échelle de la communauté en matière de prévention du VIH et de prestation de services à Ottawa.*

Changements proposés à la mission	
CSOC actuel (1998)	Projet de Coalition du VIH/sida d'Ottawa (2003-2008)
<ul style="list-style-type: none"> • Planification : Aider à la planification des services relatifs au VIH/sida à O.-C. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planification stratégique : Fixer des buts et des priorités en matière de prévention du VIH et de prestation de services à Ottawa. • Contrôler les progrès : Contrôler les progrès réalisés quant à l'atteinte des buts et au respect des priorités. • Établissement de lignes d'action : Appuyer les organismes qui collaborent à l'élaboration de stratégies communes en vue d'atteindre des buts particuliers.
<ul style="list-style-type: none"> • Défense des droits : Défendre les droits des PVS et faire valoir les services aux sidéens à O.-C. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de politiques et sensibilisation du public : Favoriser la modification des politiques et des services en vue de la mise en œuvre de stratégies.
<ul style="list-style-type: none"> • Réseautage et coordination : <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'échange de renseignements entre les organismes membres; - Faciliter la prestation des services en regroupant les organismes membres et autres; - Aider les organismes membres à coordonner leurs activités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser l'environnement, coordonner, augmenter les capacités : Accorder un appui aux organismes et aux particuliers qui s'intéressent au VIH afin de se tenir au fait des pratiques, des recherches et des tendances et de reconnaître les circonstances en émergence qui commandent une intervention.
<ul style="list-style-type: none"> • Conseils : Offrir des conseils sur demande sur les organismes membres et les activités d'autres groupes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseils : Offrir des tribunes où des organismes et des particuliers qui poursuivent des buts relatifs au VIH peuvent obtenir des conseils d'autres parties intéressées.

Figure 13 : Sommaire des changements proposés à la mission

- **Contrôler les progrès :** *Contrôler les progrès réalisés quant à l'atteinte des buts et au respect des priorités à l'échelle de la communauté.*
- **Établir des lignes d'action :** *Aider les organismes à collaborer à l'élaboration de stratégies communes visant à atteindre des buts particuliers.*
- **Défense des droits :** *Revendiquer la modification des politiques et des services en vue de mettre en œuvre des stratégies.*

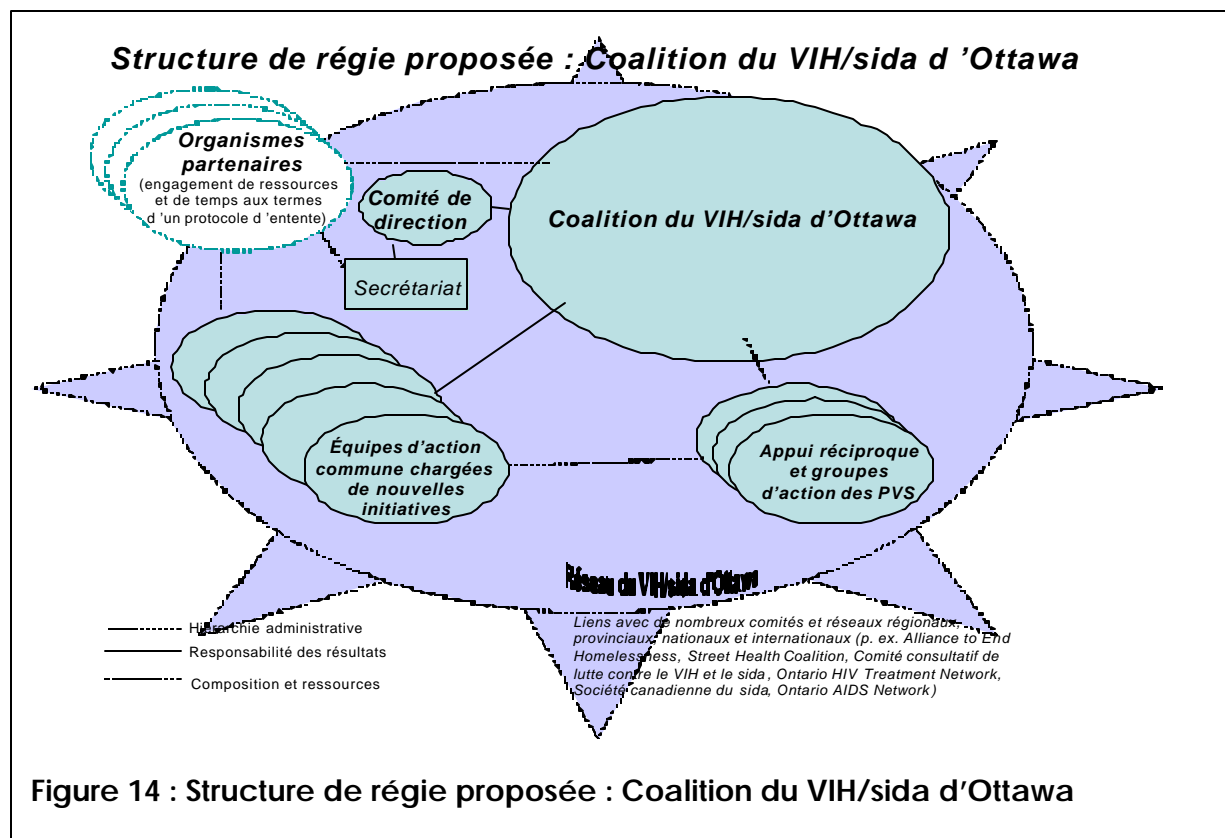
- **Analyser l'environnement, coordonner, augmenter les capacités** : Aider les organismes et les particuliers qui s'intéressent au VIH à se tenir au fait des pratiques, des recherches et des tendances et à reconnaître les circonstances en émergence qui nécessitent une intervention.
- **Conseils** : Offrir des tribunes pour que des organismes et des particuliers qui poursuivent des buts relatifs au VIH puissent obtenir des conseils d'autres parties intéressées.

Comme le montre la figure 10, le nouvel énoncé de mission met l'accent davantage sur la planification stratégique et l'appui de l'action commune, par contraste avec l'énoncé adopté par le CSOC en 1998.

Structure : Coalition organisationnelle dotée d'un réseau composé de particuliers associés

La structure de partenariat

Il est recommandé que la Coalition du VIH/sida d'Ottawa soit un regroupement d'organismes qui répond à la structure présentée à la figure 11.



La structure comporte les composantes suivantes :

- ▶ Une coalition interorganismes, chargée de prendre des décisions stratégiques et de catalyser l'action commune.
- ▶ Des équipes d'action commune établies par la Coalition.
- ▶ Le Réseau du VIH/sida d'Ottawa, coordonné par la Coalition et composé de particuliers, de groupes et d'organismes qui s'intéressent au VIH/sida. Le réseau se chargera de coordonner des activités, d'échanger de l'information et de favoriser l'acquisition de capacités.
- ▶ Des groupes d'appui réciproque et d'action des PVS, bénéficiant du soutien et des ressources des organismes membres de la Coalition. Des groupes d'appui réciproque et d'action seront constitués à l'intention de PVS appartenant à des groupes aux affinités culturelles, à mesure que les PVS en font la demande et en éprouvent le besoin à court terme. En toute probabilité, il existera un groupe pour les gais et un autre pour les utilisateurs de drogues injectables. Si l'intérêt manifesté est suffisant, un groupe sera constitué au service des femmes.
- ▶ Un groupe d'appui réciproque et d'action pour les femmes pourrait voir le jour. D'autres groupes pourraient naître grâce à l'appui des organismes qui collaborent directement avec les PVS à assurer leur bien-être, à mesure que ces dernières ressentent le besoin d'établir des contacts entre elles et d'avoir voix au chapitre en ce qui a trait aux politiques et aux services.

Tableau 6 : Exemples d'activités que mèneront la Coalition et le Réseau	
Coalition	Réseau
<p>? Amener les principaux intervenants à élaborer une démarche pratique à court et à long terme qui inciterait les utilisateurs de drogues injectables à renoncer aux seringues. Les participants pourraient inclure des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, des CSC, de l'Ontario AIDS Network, de centres de traitement des toxicomanies.</p> <p>? Faire valoir auprès des conseils scolaires une stratégie de prévention du VIH/sida chez les jeunes, conçue par une équipe d'action commune.</p> <p>? Faire en sorte qu'un jeu d'indicateurs et de mesures servent à contrôler la fréquence et la prévalence du VIH à Ottawa et, chaque année, apprécier l'évolution des deux paramètres susmentionnés; décider de la correction des priorités en fonction des constatations, annoncer les progrès</p>	<p>? Formuler des idées aux fins de la Journée mondiale du SIDA.</p> <p>? Gagner l'appui de parties intéressées à la promotion d'initiatives de financement.</p> <p>? Pressentir des parties intéressées au sujet d'un éventuel concept de programme envisagé par un organisme donné.</p> <p>? Faire du réseautage avec des collègues situés à divers endroits et renseigner les autres membres du Réseau sur les recherches et les faits nouveaux les plus récents; discuter de leurs conséquences.</p> <p>? Répertorier les faits nouveaux importants et leurs conséquences et les signaler à la Coalition, accompagnés de recommandations de mesures à prendre.</p>

réalisés et les nouveaux développements en matière de stratégie.	
? Établir un mécanisme intéressant le Réseau dont l'objet est de demeurer au fait des dernières recherches et de les faire connaître.	

La Coalition ne doit s'intéresser qu'aux questions stratégiques relatives aux initiatives interorganismes. Le tableau 6 dénombre les questions qui doivent être du ressort de la Coalition et celles qui doivent relever du Réseau. Elles évolueront à long terme, mais il faudra exercer la plus grande vigilance pour que la Coalition fasse un usage avisé de son temps et de ses pouvoirs. Les responsables de la Coalition ne doivent pas s'occuper de communications, de bulletins d'information ou de la promotion du soutien des initiatives des organismes, car ces activités sont le propre du Réseau. Les activités susmentionnées sont décrites en détail ci-dessous.

Le mandat de la Coalition

Il faudra impérativement distinguer le rôle de la Coalition de celui du Réseau, notamment, tandis que le CSOC se transforme en Coalition du VIH/sida d'Ottawa. Le tableau 6 offre des exemples d'activités dont se chargera chacun des organismes. Il incombera à la Coalition

- d'établir les buts, les objectifs et les priorités de son action;
- d'inciter des organismes à participer de façon soutenue à son activité et à celle des équipes d'action commune;
- de mettre sur pied des équipes d'action commune, à savoir :
 - définir les mandats et les attributions des équipes, les résultats attendus d'eux et leur obligation de rendre compte;
 - en nommer les membres;
 - veiller à ce que les équipes possèdent suffisamment de ressources en incitant les organismes et les personnes concernées à y contribuer;
 - conclure des protocoles d'entente avec les organismes et les personnes qui participent à son activité ou à celle des équipes d'action commune;
 - examiner et approuver les recommandations des équipes et faire en sorte qu'elles soient mises en œuvre;
- de coordonner l'activité des équipes afin de favoriser leur collaboration et de minimiser la redondance;
- de sensibiliser les décisionnaires et les membres du grand public à des questions qui débordent le champ d'action des membres de la Coalition;
- de réunir des ressources en collaboration avec les organismes membres en vue de garantir la mise en œuvre des recommandations.

La composition de la Coalition

Il est recommandé que la Coalition soit composée des membres votants et non votants suivants.

- **Les membres votants**

- Des décisionnaires habilités à engager des ressources et à prendre des décisions pour le compte des organismes disposés à mettre leurs ressources, leurs connaissances, leur capacité d'intervention ou d'autres actifs utiles au service des buts et des objectifs de la Coalition en matière de VIH/sida au profit d'Ottawa. La composition devrait se présenter comme il suit :
 - Les directeurs généraux de tous les organismes de services anti-sida :
 - Comité du SIDA d'Ottawa;
 - Oasis;
 - Maison Bruce;
 - Le médecin en santé publique responsable du VIH/sida;
 - Le cadre supérieur responsable des programmes de prévention du VIH/sida à la Direction de la santé publique et des soins de longue durée de la Ville;
 - Le cadre supérieur responsable des programmes scolaires de santé-sexualité aux Services communautaires de la Ville;
 - Le cadre supérieur responsable de la Clinique d'immunodéficience de l'Hôpital d'Ottawa;
 - Le cadre supérieur responsable de la Clinique d'immunodéficience de l'HEEO;
 - Le président du réseau de soins primaires du VIH;
 - Un cadre supérieur qui représente un groupe interorganismes dans le domaine de la santé des immigrants et des réfugiés;
 - Un gestionnaire de soins primaires qui représente le réseau des soins primaires des CSC et/ou un directeur général qui représente la coalition des CSC/CRC;
 - Un cadre supérieur du Bureau des services à la jeunesse (qui représente également le groupe Popcorn des organismes de services jeunesse);
 - Un médecin des services de santé de l'Université d'Ottawa;
 - Un cadre supérieur de la Clinique Sainte-Anne;
 - Un cadre supérieur du Centre Wabano;
 - Le directeur du Projet de santé urbaine d'Ottawa (qui représente également l'Alliance pour résoudre la question des sans-abri);
 - Le président de chaque équipe d'action commune;
 - Le président ou un représentant désigné des comités de PVS;
 - Un administrateur ou un cadre supérieur des Services du triangle rose.

• **Les membres non votants**

- Des « champions du VIH » recrutés (dont les rôles consisteraient à faciliter l'atteinte des buts en temps opportun, d'offrir des conseils sur les stratégies, de faire fonction de porte-parole, etc.);
- Un représentant du Programme d'action communautaire sur le sida;
- Un représentant de l'Ontario AIDS Network;
- Un représentant du Conseil régional de santé du district de Champlain;
- Un représentant du bureau régional du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario;
- Le coordonnateur de la Coalition (voir ci-dessous).

Le Comité de direction

La Coalition mettra sur pied un comité de direction composé du président, du directeur général de l'organisme de services anti-sida qui parraine le personnel de la Coalition et d'au moins un autre membre élu (la Coalition décidera de la taille du Comité). Le coordonnateur siègera d'office au Comité. Le Comité de direction se réunira au besoin et s'acquittera des responsabilités suivantes :

- ▶ assurer la bonne gestion de la Coalition et du Réseau;
- ▶ faire en sorte que l'activité de la Coalition soit transparente, qu'elle entretienne des relations de partenariat favorables et qu'elle rende compte de ses résultats à ses membres et à ses bailleurs de fonds;
- ▶ fournir au coordonnateur des conseils d'orientation et de l'encadrement relativement aux questions fonctionnelles se rapportant aux affaires de la Coalition et du Réseau;
- ▶ prendre des décisions opportunes entre les réunions de la Coalition;
- ▶ dresser des ordres du jour;
- ▶ contrôler l'utilisation des ressources;
- ▶ convoquer les réunions extraordinaires qu'il juge utiles.

Les équipes d'action commune

Il est recommandé que la Coalition se dote d'équipes d'action commune chargées d'établir des plans d'action d'initiatives qui nécessitent une action et un engagement interorganismes et d'en coordonner la mise en œuvre. La Coalition fixera le mandat précis, les buts, les jalons et les échéanciers (dont certains pourront être indéfinis) des équipes, et elle recrutera le coordonnateur et les participants actifs de chacune.

Les groupes d'appui réciproque et d'action des PVS

Des personnes séropositives mettront sur pied des groupes d'appui réciproque et d'action au service de leurs semblables. Les groupes s'articuleront autour d'affinités particulières, selon la volonté exprimée par les PVS et leurs besoins. Les groupes bénéficieront de l'appui d'organismes qui servent activement les PVS d'une catégorie particulière, comme il est expliqué ci-dessous :

- ▶ gais : les Services du triangle rose, parrainés pour la circonstance par le Comité du SIDA d'Ottawa, accorderaient éventuellement son soutien à un groupe d'appui réciproque et d'action de PVS gaies.
- ▶ utilisateurs de drogues injectables : un groupe particulier pourrait être mis sur pied à l'intention de PVS en voie de désintoxication; un autre pourrait être composé de PVS qui poursuivent un objectif de bien-être mais qui continuent de faire usage de drogues. Pareils groupes pourraient bénéficier de l'aide accordée par Oasis;
- ▶ autres : des organismes particuliers collaboreraient éventuellement à la mise sur pied d'autres groupes d'appui réciproque et d'action de PVS : par exemple, la Source ou le CSO constituerait un groupe de femmes PVS; l'un des CSC au service de communautés de personnes provenant d'Afrique subsaharienne pourrait constater que le nombre des personnes séropositives à la recherche de services d'appui réciproque justifie l'établissement d'un groupe d'Africains.

Le Réseau du VIH/sida d'Ottawa

La Coalition épaulera le Réseau du VIH/sida d'Ottawa. Le Réseau aura pour rôle de coordonner les initiatives en cours, d'accroître les capacités, de partager de l'information, d'effectuer des analyses environnementales, et, ce faisant, de soulever des questions qui commandent une attention et une intervention et de fournir une rétroinformation et des conseils au groupe directeur. Ses membres se réuniront tous les trimestres au cours de la première année, puis ils décideront de la fréquence désirée des rencontres. Il sera présidé par le président de la Coalition. Pourra y siéger quiconque a pris un engagement personnel envers les buts de la Coalition. La majorité des membres présents à une réunion du Réseau à laquelle une proposition est discutée décidera des activités du Réseau. Ces dernières pourront englober divers modes de partage de l'information, tels bulletin d'information, site Web, serveur de listes, réunions du réseau, séances d'apprentissage et d'exploration.

Les activités et les principes de fonctionnement de la Coalition

La prise de décision et le désengagement de décisions particulières

Il importe de prendre des décisions opportunes et de mener les activités à un rythme soutenu afin d'éviter que l'épidémie du VIH/sida s'emballe.

Il est recommandé que les décisions de la Coalition soient limitées aux questions stratégiques touchant aux objectifs de planification à l'échelle de la collectivité, au classement des objectifs par degré de priorité et aux positions qu'elle recommande relativement à leur réalisation — aux décisionnaires, aux intervenants et aux organismes. Elle visera à réunir un consensus des

membres dans des délais convenus auxquels seront soumises les discussions et, si un accord n'intervient pas dans les délais impartis, la question sera mise aux voix et tranchée à la majorité.

Les membres de la Coalition pourront décider officiellement de se soustraire à une décision ou une action de la Coalition visant une question particulière, là où les intérêts ou les positions d'un organisme divergent de ceux de la Coalition.

Les valeurs et les principes directeurs

Il est recommandé à la Coalition de se munir d'un jeu minime de valeurs et de principes directeurs qui favoriseront une collaboration efficace, lesquels serviraient de repères aux fins des décisions et de l'établissement des priorités. Certains des principes avancés au cours des travaux de planification sont donnés ci-dessous.

- ***Respecter les différences*** : Les organismes et les particuliers diffèrent par leurs ressources, leur expérience et leurs moyens, dont tous sont prisés. Si le VIH/sida n'occupe pas une place centrale dans les mandats de tous les organismes, ils ont néanmoins un rôle capital à jouer quant à la prévention du VIH et au bien-être des PVS. Les intéressés pourront choisir parmi diverses formules de participation et divers niveaux d'engagement.
- ***Appuyer la participation*** : Les PVS et les bénévoles autres toucheront des honoraires et se verront rembourser leurs dépenses comme moyen de souligner et de faciliter leur apport, et des ressources seront réunies à cette fin.
- ***Reconnaître les conflits d'intérêt*** : Il est tout naturel que des questions particulières dont traite une coalition occasionnent parfois des conflits d'intérêts, par exemple là où un organisme partenaire est touché par l'élaboration de politiques. La Coalition doit se doter de principes directeurs en prévision de pareils cas et aider ses membres à les mettre en pratique.
- ***Pratiquer une approche de la santé de la population*** : La Coalition, lorsqu'elle élabore des stratégies de prévention et de promotion du bien-être, visera à répondre aux besoins du grand public, aussi bien qu'à ceux de groupes « culturels » particuliers, ainsi qu'à mettre en place au sein de la collectivité des conditions qui favorisent la prévention et le bien-être.
- ***Appliquer les principes divers*** qui se sont révélés utiles dans le cadre de collaborations comme celle qui nous intéresse²⁶, notamment :
 - ***Communication tous azimuts*** : Tenir les participants directs au courant de l'évolution de la situation par des échanges directs et indirects de vive voix. Aider les représentants de réseaux et d'organismes à communiquer avec leurs publics et à reconnaître les questions qu'ils doivent confier à leurs collègues pour qu'ils en assurent le suivi. Il ne faut pas oublier de faire le point sur la situation au public et aux principaux alliés.

²⁶ Ekos Research Associates, *Lessons Learned on Partnerships: Final Report*, Ottawa, Table ronde sur le secteur bénévole, 1998.

- **Cadence** : La lenteur du démarrage d'un projet de collaboration risque d'être contrariante, et l'action concertée est effectivement plus lente que l'action individuelle. Il faut trouver le point d'équilibre entre la consultation et l'action — et des personnes clés au sein du groupe doivent être habilitées à aller de l'avant dans des secteurs d'importance capitale pour que la démarche progresse régulièrement. Il n'est pas nécessaire de soumettre invariablement chaque décision au contrôle de tous les acteurs.
- **Continuité et compromis** : Il s'agit de la présence continue des partenaires clés qui manifestent une volonté de compromis.
- **Réussites et célébrations** : Il faut prévoir la façon de souligner les réussites concrètes à court terme et profiter des occasions de célébrer ses réalisations.
- **Résultats palpables** : Il est conseillé de mesurer et de contrôler quelques résultats simples et de corriger les plans à la lueur des constatations.

Un protocole d'entente

Cependant qu'elle se constitue et met sur pied les équipes d'action commune, la Coalition invitera des organismes (membres et autres) à collaborer avec elle, par exemple en lui contribuant du personnel ou des heures de bénévolat, en exécutant des tâches particulières, en lui versant des contributions en argent ou en prenant d'autres engagements. L'établissement de protocoles d'entente entre la Coalition et les organismes participants confirmera les engagements qui permettront aux équipes d'action commune de voir le jour. De plus, la Coalition pourra inviter des particuliers (représentants d'organismes, PVS ou d'autres membres de la collectivité dont la collaboration se révélera éventuellement précieuse) à participer à une équipe. Ceux dont c'est le cas concluront des protocoles d'entente portant sur leur engagement et leur rôle en regard du mandat de l'équipe, notamment le temps qu'ils sont disposés à lui consacrer et leur activité de communication et de consultation au sein de leur réseau et de leur organisme d'attache.

Le secrétariat de la Coalition

Il est recommandé d'établir des postes de coordonnateur à plein temps et d'adjoint administratif à mi-temps. Le coordonnateur doit relever du président de la Coalition pour ce qui est de toute question d'importance. L'adjoint administratif devrait être parrainé par l'un des organismes de services anti-sida (Comité du SIDA Ottawa, Maison Bruce ou Oasis) et être comptable, du point de vue administratif, au directeur général de l'organisme en question. Ce dernier devrait siéger au Comité de direction de la Coalition.

Le coordonnateur s'acquittera des responsabilités suivantes :

- ▶ Offrir des services de secrétariat à la Coalition, notamment
 - favoriser de bonnes relations entre la Coalition et ses organismes partenaires et les groupes de parties intéressées;
 - assurer l'efficacité de l'activité de la Coalition :
 - conseiller le Comité de direction quant aux ordres du jour et aux priorités;
 - rédiger des mémoires et des énoncés pour le compte de la Coalition;

- appuyer les équipes d'action commune en leur fournissant les ressources dont elles ont besoin et en renseignant chacune sur le travail des autres pour éviter la redondance;
- coordonner le calendrier des réunions et les activités;
- coordonner la tenue d'ateliers et d'événements spéciaux;
- faciliter l'établissement de protocoles d'entente entre la Coalition et les particuliers et les organismes participants;
- assurer des communications opportunes, pertinentes et efficaces, officielles et sans formalité, entre toutes les parties intéressées, à savoir,
 - maintenir des mécanismes de communication régulière décidés par la Coalition ou le Réseau, y compris, éventuellement, site Web, bulletin d'information, serveur de listes, système d'avis par courriel;
- répondre aux demandes de renseignements des médias en les adressant aux sources compétentes;
- tenir des documents à jour : procès-verbaux, listes de distribution.

ii) Recruter des champions et des partenaires clés

L'efficacité de la Coalition ne sera égale qu'à celle des organismes et des particuliers qu'elle recrute à titre de partenaires. À cet égard, la sélection de champions et de partenaires qui participeront à la mise en œuvre du plan sera capitale.

iii) La collaboration avec les organismes participants à l'obtention des ressources que nécessite la mise en œuvre du plan

La Coalition ne bénéficiera d'aucun financement direct, exception faite des ressources que lui fournira le CSO aux fins de la coordination et de la planification des systèmes. Cela dit, elle devra collaborer activement avec ses organismes partenaires au démarchage des bailleurs de fonds, ce afin d'obtenir les ressources dont elle a besoin pour atteindre les buts et les objectifs du présent plan. Le financement obtenu sera réparti entre les organismes participants, qui devront rendre compte à la Coalition aussi bien qu'aux bailleurs de fonds concernés des progrès réalisés envers les objectifs ou de la recommandation de corrections à apporter aux objectifs et aux stratégies.

iv) L'examen annuel des progrès de la démarche stratégique

Une fois par an, la Coalition doit inviter toutes les parties intéressées à faire état des progrès réalisés par rapport aux buts, aux objectifs et aux priorités, et corriger son tir en conséquence. Les rencontres annuelles auront pour raison d'être

- ▶ de recueillir les renseignements les plus récents sur l'épidémie du VIH, le traitement de la maladie et des méthodes prometteuses de prévention et d'intervention;
 - ▶ de permettre aux équipes d'action commune et aux groupes de PVS de faire le point sur leur activité;
-

- ▶ de recevoir les vues des bailleurs de fonds et des décisionnaires sur les questions clés (par exemple le logement);
- ▶ de recueillir les points de vue sur l'adaptation souhaitée des stratégies et les priorités à adopter en vue des deux ou trois prochaines années.

Partie IV : La mise en œuvre du plan

Les ressources nécessaires

Le tableau 7 présente une estimation brute des ressources nécessaires à la mise en œuvre du présent plan. (L'établissement des plans d'action consécutif à l'adoption du plan comprendra la formulation d'estimations justes.) Puisque Ottawa possède une base de services solide, les besoins annuels estimatifs en ressources, au cours des cinq prochaines années, qui permettront d'économiser de 1,2 à 2,2 millions de dollars par an en coûts de traitement, se chiffrent entre 1,25 et 2,35 millions seulement (voir le tableau 1) à la page 11). Dans une perspective purement économique, le rendement de l'investissement, sous forme d'économies au titre des coûts de traitement, aura été réalisé pleinement dans la cinquième année. Les économies augmenteront progressivement grâce à l'efficacité soutenue des mesures de prévention.

Tableau 7 : Estimation brute de l'enveloppe annuelle de ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan			
Stratégie	Ressources estimatives requises	Enveloppe annuelle	
		Minimum	Maximum
1. Prévention, réduction des effets nuisibles et promotion du bien-être			
a) Jeunes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Équipe panmunicipale (ressources anglaises et françaises) : développement communautaire, éducateurs choisis parmi les pairs, formation en leadership ▶ Sensibilisation et prévention (activités annuelles) 	300 000	500 000
b) Gais, bisexuels et bispirituels	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stratégie de bien-être <ul style="list-style-type: none"> ○ Prévention axée sur les pairs (s'ajoute au projet Man-to-Man) ○ Marketing social ○ Gestion des cas et appui réciproque des PVS 	300 000	500 000
c) Utilisateurs de drogues injectables	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sensibilisation du public ▶ Expansion du Programme d'échange d'aiguilles ▶ Expansion des programmes de stabilisation des toxicomanies ▶ Élaboration de politiques 	200 000	400 000

Tableau 7 : Estimation brute de l'enveloppe annuelle de ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan

Stratégie	Ressources estimatives requises	Enveloppe annuelle	
d) Immigrants et réfugiés	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Développement communautaire ▶ Intégration des services d'appui aux personnes atteintes du VIH/sida (coordonnateur de la Coalition et organismes partenaires déjà à l'œuvre dans le domaine) ▶ Expansion de l'activité de gestion des cas 	200 000	400 000
e) Familles	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Counselling et gestion des cas ▶ Élaboration de politiques 	50 000 En nature	150 000 En nature
f) Femmes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Développement communautaire adapté aux femmes ▶ Gestion des cas et appui réciproque ▶ Contrôle des tendances ▶ Campagne de sensibilisation 	50 000	150 000
2. Augmenter les capacités de mise en œuvre du système régional de services	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appui aux organismes en vue de l'acquisition de capacités 	50 000	100 000
3. Former la Coalition du VIH/sida d'Ottawa	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Coordonnateur de la Coalition et ressources administratives ▶ Examen annuel 	100 000	150 000
Enveloppe annuelle estimative des ressources requises		1,25 M\$	2,35 M\$

Les étapes de la mise en œuvre

En qualité de conseil d'organismes partenaires, la Coalition n'est pas habilitée à confier à ses membres le mandat d'exécuter les stratégies 1 et 2. Elle peut offrir de l'encouragement aux bailleurs de fonds et aux organismes locaux, leur fournir des moyens, leur faire des recommandations et collaborer avec eux pour qu'ils saisissent mieux le besoin de procéder à la mise en œuvre, son urgence, sa faisabilité et ses avantages. En revanche, elle ne peut rien exiger d'eux ni leur donner un mandat particulier. Il incombe aux organismes responsables des diverses composantes des programmes et des services de décider eux-mêmes des priorités organisationnelles, de la répartition des ressources et de la mise en œuvre des stratégies 1 et 2. Déjà des acteurs clés sont à conceptualiser quantité des activités que recommande le présent plan. Par ailleurs, leur réalisation nécessitera l'appui des décisionnaires et des bailleurs de fonds.

L'activité prioritaire du CSOC est de décider s'il doit adopter ou non le plan en principe. Les équipes d'action commune décideront des particularités de la mise en œuvre, selon leur pertinence et leur aspect pratique, à mesure qu'approche la date d'exécution. Une fois le plan adopté par le CSOC, ce dernier doit mettre sur pied une **équipe de transition**, qui planifiera la mutation de l'organisme en coalition. L'équipe doit être habilitée à faire progresser l'activité au cours de la transition, tandis que se poursuit le recrutement des principaux membres de la Coalition. Grâce à l'obtention des ressources financières nécessaires à un secrétariat de la Coalition dans les meilleurs délais par suite de la décision prise de la constituer, la planification et la transition pourront progresser. Dans le cas contraire, la mise en œuvre risque de s'enliser.

La figure 12 offre un survol du calendrier proposé de la première année d'activité de la Coalition. Une fois cette dernière établie, elle devrait examiner le plan et constater les mesures que les partenaires sont disposés à prendre. Il lui faudra, à cette fin, trouver un point d'équilibre entre l'état de préparation, la faisabilité, les priorités des bailleurs de fonds et l'effet éventuel de ces facteurs sur les buts et objectifs retenus. Certaines initiatives pourront être prises sur-le-champ, sans qu'il soit nécessaire d'en définir davantage les particularités (le plan du programme a été élaboré, les ressources requises sont connues). Aux fins de pareilles initiatives, la Coalition devra dépister des ressources, en collaboration avec les organismes responsables de la prestation des services connexes. D'autres auront un degré de priorité élevé et nécessiteront des éclaircissements au cours de l'année qui vient. Il sera nécessaire de charger des équipes d'action commune d'effectuer le travail susmentionné et de recommander des lignes d'action à la Coalition. D'autres secteurs seront qualifiés de prioritaires en vue d'interventions au cours des années ultérieures. Elles seront l'objet d'un contrôle et d'une analyse dans le cadre de l'examen stratégique annuel.

*Du sprint au marathon :
La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH /sida à Ottawa — 2003 - 2008
Février 2003*

Étape	2003				2004				2005				2006				20		
	Tr. 4	Tr. 1	Tr. 2	Tr. 3	Tr. 4	Tr. 1	Tr. 2	Tr. 3	Tr. 4	Tr. 1	Tr. 2	Tr. 3	Tr. 4	Tr. 1	Tr. 2	Tr. 3	Tr. 4	Tr. 1	Tr. 2
1	La Coalition du VIH/sida d'Ottawa est formée.																		
2	Le CSOC adopte le plan.																		
3	La transition est planifiée.																		
4	Les ressources nécessaires au secrétariat sont réunies et la recherche de celles que requiert la mise en œuvre est entreprise.																		
5	Les organismes fondateurs et des champions sont recrutés.																		
6	La première réunion de la Coalition a lieu.																		
7	La mise en œuvre est planifiée.																		
8	Les équipes d'action commune sont chargées d'élaborer des plans d'action.																		
9	La Coalition établit les priorités des années 1 et 2.																		
10	La Coalition réunit les principales ressources des années 1 et 2.																		
11	La Coalition lance des initiatives stratégiques.																		
12	? L'examen annuel des progrès a lieu.																		

Figure 15

Annexe A : Sommaire de la collecte de renseignements aux fins du plan stratégique du CSOC

PRÉVENTION

Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes- ressources)
<p>Prévention à l'intention des jeunes</p>	<p>Sensibilisation de tous les jeunes (groupe défini comme englobant généralement tous ceux qui ont au plus 25 ans) dès la 5^e ou la 6^e année, notamment : habiletés de négociation de questions sexuelles au sein d'une relation, moyens visant à leur inculquer l'estime de soi en général et à leur donner confiance en l'avenir.</p> <p><i>Messages clés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Intégrer l'information sur le VIH/sida aux messages généraux de sécurité et de prévention communiqués dans tous les milieux (à la maison, dans les médias, à l'école) dont l'objet est d'éviter que les jeunes aient des comportements à risque de façon générale. ▶ Faire valoir des messages positifs et souligner les avantages. Éviter les messages du genre « ne faites pas ceci » — les jeunes sont de nature rebelle et se valorisent en se 	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Intégration possible avec l'initiative de prévention de la grossesse à l'adolescence (initiative multiorganismes à laquelle participent les Services communautaires de la Ville, le Réseau de soutien pour jeunes parents célibataires (RSJPC), Planification des naissances et autres). ▶ Réseau Ado — consolidation nationale de réseaux, moyen d'accès à des ressources d'un océan à l'autre. ▶ Le groupe Popcorn d'organismes de services jeunesse constitue un portail conduisant à tous les organismes sans but lucratif au service des jeunes d'Ottawa. ▶ Bureau des services à la jeunesse — Rainbow Youth Group et services aux jeunes gais et en réflexion; site Web pour jeunes du groupe des LGBTBR. ▶ PTY : Halte-accueil mensuel pour jeunes du groupe des LGBTBR organisé par les Services du triangle rose. ▶ Renseignements offerts sur le site Web www.aidsida.ca. ▶ Faire des jeunes une partie de la solution : l'influence des pairs est puissante; la sensibilisation faite par les pairs procure une prise sur la situation. ▶ Offrir des programmes récréatifs : les problèmes occupent une place prépondérante et on oublie le besoin de divertissement. ▶ Une vague de dépliants et de condoms donne des résultats — il faut les offrir là où les jeunes se retrouvent. ▶ Écoles : Semaine du VIH/sida, éducateurs spécialisés en sida. ▶ Constatations faites par McKay après un examen des résultats de diverses évaluations nord-américaines des interventions visant à favoriser les comportements de prévention du VIH : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les interventions fondées sur l'abstinence ne se sont pas révélées efficaces. ○ Des programmes scolaires, notamment les suivants, ont donné de bons résultats : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Reducing the Risk</i> (comprend habiletés sociales, mises en situation et encouragement à s'entretenir avec les parents), Kirby et autres, 1991. ▪ <i>Safer Choices</i> (cinq composantes : conseil scolaire de promotion de la santé, élaboration de programmes scolaires et formation du personnel, équipe ou club de pairs, sensibilisation des parents, y compris au moyen de bulletins d'information, liaisons scolaires-communautaires aux fins de l'accès aux services, programmes comportant dix leçons et événements parrainés par les pairs à l'échelle de l'école), Coyle et autres, 1999. ▪ Activités concernant les élèves de sixième et septième années — huit cours d'une heure, fondés sur théorie sociale cognitive, action raisonnée, comportement planifié; acquisition d'habiletés; discussions en groupe, vidéos, jeux, remue-méninges, exercices expérimentiels et acquisition d'habiletés — résultats positifs manifestes selon Jemmott, Jemmott et Fong (1998). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stratégie panmunicipale à l'intention des jeunes : parvenir, au sein de l'administration municipale d'Ottawa, à accorder un appui aux organismes au service des jeunes qui conjuguent leur activité dans le cadre d'une grande stratégie de développement visant le groupe. « Activité conjugulée » s'entend du partage efficace des instruments et des ressources, de la planification améliorée. ▶ Établir des liens entre le CSOC et d'autres initiatives pour jeunes en vue de l'intégration de messages de prévention du VIH. ▶ Offrir aux enseignants (et à quiconque travaille avec les jeunes) des séances de sensibilisation à l'homophobie, à l'établissement d'un milieu accueillant et sécuritaire. ▶ Étendre les programmes scolaires d'éducation sexuelle aux LGBTBR. ▶ Axer les programmes d'éducation sur les pairs et faire participer les jeunes



Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes- ressources)
	<p>permettant des « interdits ».</p> <p><i>Communication des messages clés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le porteur du message est aussi important que le message même. ▶ Invoquer l'exemple des jeunes atteints pour contrer l'attitude « cela ne peut m'arriver ». ▶ Communiquer le message au moyen de supports adaptés à l'école et aux jeunes. ▶ Utiliser des ressources au diapason de la « culture populaire ». 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Programmes ayant donné des résultats auprès des jeunes itinérants. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bien qu'ils soient difficiles à évaluer, des programmes intensifs bien conçus peuvent influencer sur les comportements. Toutefois, « les stratégies de prévention du VIH ne réussiront que si les jeunes itinérants bénéficient d'un milieu de vie stable de longue durée ». Walters, 1999. <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La majorité des jeunes adultes canadiens ont leurs premiers rapports sexuels à l'adolescence. (Maticka et autres, 1997, 2000) ▶ Le condom est utilisé sporadiquement et bien moins souvent qu'il le faudrait pour assurer la prévention optimale des MTS. (Fisher et Boroditsky, 2000) ▶ Les taux de MTS sont le plus élevés parmi les adolescents et les jeunes adulte — la prévalence du VIH est relativement faible actuellement, mais elle pourrait augmenter. (Santé Canada, 1999) <p>Écoles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Programme scolaire — approche occasionnant contrariétés, succès fortement dépendant de l'enseignant, du directeur. ▶ Les écoles parallèles sont la clé. ▶ Pas d'éducation sexuelle à l'école à l'intention des LGBTBR, seulement pour les hétérosexuels. L'environnement scolaire perpétue peut-être l'homophobie. ▶ Le Conseil scolaire public est en crise à cause de compressions répétées. ▶ Il faut cesser de vouloir faire passer l'éducation et les messages uniquement par les écoles. Il est très coûteux de former les enseignants, et il en ressort en bout de ligne une approche fragmentée. Il faudrait entourer les jeunes de messages partout où ils se trouvent, à l'extérieur des écoles. ▶ Les organismes au service de la jeunesse inondent les écoles de demandes (concernant, entre autres, la grossesse à l'adolescence, la conduite en état d'ébriété, le tabagisme, les MTS, les questions concernant les LGBTBR, les rapports entre le comportement et la drogue). Il est nécessaire de concevoir une approche coordonnée. ▶ Il faut établir des contacts avec les parents et les sensibiliser, notamment les parents de groupes ethnoculturels qui refusent à leurs enfants le droit de participer à l'éducation sexuelle. Il n'est plus à démontrer que l'éducation sexuelle favorise les choix intelligents et retarde l'activité sexuelle et non le contraire, comme le croient certains parents. <p>Communauté</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tendre la main aux jeunes en dehors des écoles par des halte-accueil accessibles, par exemple dans les centres commerciaux, par des affiches aux arrêts d'autobus. Le modèle du centre « The Door » à New York est 	<p>autant que possible à la conception et à la prestation des programmes, ainsi qu'à la conception de documents et de matériel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Halte-accueil « à guichet unique » offrant un large éventail de services, notamment services de santé, de loisirs, d'emploi, de logement, d'aide sociale. ▶ Offrir de l'information et des services d'échange de seringues et de matériel afin de réduire le risque posé par le tatouage et le perçage corporel; utilisation de stéroïdes. ▶ Sensibilisation du public par les médias — conscientisation, renforcement des messages de sécurité et de prévention. ▶ Distribution de « cartes de rave » comprenant des renseignements utiles. ▶ Distribution de cartes indiquant des numéros à composer pour obtenir des condoms et des renseignements gratuits.

<i>Objectif/ cible</i>	<i>Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)</i>	<i>Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)</i>	<i>Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes- ressources)</i>
		<p>utile. Offrir de nombreux services en un même endroit (« guichet unique ») — éviter les cliniques de MTS pour ne pas annoncer son problème à tout le monde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tendre la main aux jeunes en réflexion du groupe des LGBTBR, lutter contre l'homophobie. ▶ Joindre les jeunes itinérants ou ceux qui travaillent dans l'industrie du sexe par voie de services adaptés aux caractéristiques culturelles du groupe, par exemple des services offerts tard le soir. ▶ Des précautions s'imposent à ceux qui s'adonnent au tatouage et au perçage corporel — beaucoup de jeunes y procèdent eux-mêmes et n'utilisent pas d'aiguilles ou de matériel stériles. ▶ Le perçage et le tatouage, notamment sur son propre corps, sont des activités à risque. ▶ Injection de stéroïdes — risque chez les culturistes. ▶ Services de santé mentale : aider à constituer un réseau approprié d'appui social non axé sur des professionnels, à l'intention des jeunes isolés de leurs familles. ▶ Cesser de travailler en « vase clos » — personne ne sait ce que font les autres, et il en résulte l'inefficience. ▶ Financement — absence de durabilité: de nombreux programmes « ponctuels » sans continuité. ▶ Augmentation du nombre de jeunes hommes et de jeunes femmes dans l'industrie du sexe — besoin de prise de contact, activité de sensibilisation propre au groupe — degré de vulnérabilité extrêmement élevé. 	

PRÉVENTION

Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)
<p>Prévention chez les gais</p>	<p>Les gais doivent redevenir un groupe client à part entière.</p>	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Jeunes gais : BSJ — une profusion de dépliants et de condoms. La formule réussit. PTY — de multiples activités de protection contre le VIH et de sensibilisation — rapport avec Services du triangle rose. ▶ Ligne-info pour gais — diffusion d'information. ▶ Défilé de la fierté gaie — distribution spontanée de condoms. ▶ Campagnes publicitaires à Toronto et Montréal. ▶ Centre communautaire pour LGBTBR prévu à Ottawa. ▶ Preuves empiriques concernant les pratiques exemplaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Interventions personnelles axées sur l'individu : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Extending beyond HIV Education alone</i> : la tenue de rencontres en petits groupes (de une à douze séances) diminue les pratiques sexuelles à risque (de 23 % à plus de 77 % ,Kelly et autres, 1989; de 35 % à 80 %, Valdiserri et autres, 1989; neuf heures d'intervention (la tenue de trois séances de trois heures pour gais afro-américains a réduit de moitié la fréquence des relations anales sans condom). Habiletés : utilisation du condom, affirmation de soi dans un contexte sexuel et négociation de relations sexuelles, formation à l'autogestion — déclencheurs des relations à risque, auto-orientation et auto-renforcement cognitifs; établissement de rapports entre le VIH et la fierté, le respect de soi et la responsabilité de se protéger et de protéger les autres. <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La fréquence des MTS (p. ex. gonorrhée) est à la hausse chez les hommes, ce qui révèle un délaissement des pratiques sexuelles sans risque (données du Service de la santé de la Ville). ▶ Idées fausses et ignorance du degré de risque. ▶ Attrait pour les loubards. Relations anales sans condom, exposition volontaire au virus. Les relations sexuelles à risque sont dangereuses, donc attirantes. ▶ L'univers est conçu pour les jeunes et les beaux gars. Le milieu des bars n'offre rien aux hommes d'âge moyen. ▶ Les reportages sur les vaccins portent les gens à croire qu'ils peuvent avoir des rapports sexuels à risque. ▶ L'apparition de nouveaux médicaments a créé un faux sentiment de sécurité. Les gens qui 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stratégie de bien-être pour gais. Composante d'un modèle de développement communautaire pour gais, conçu par eux. Services de santé et services sociaux pour les gais. ▶ Rendre provocantes les relations sexuelles sans risque. Les érotiser. Rendre les condoms excitants comme partie intégrante du jeu sexuel. Faire de la fellation la pratique recherchée. ▶ Éducation sexuelle pour gais dans les écoles. ▶ Bars : faire circuler les messages dans les bars. Les propriétaires devraient se charger de promouvoir les pratiques sexuelles sans danger et d'afficher de la publicité les concernant. Il devrait y avoir des paniers de condoms bien en vue dans les bars. Des responsables devraient distribuer des renseignements sur les pratiques sexuelles sans danger dans les bars (selon le modèle de l'Electric Dreams Foundation aux États-Unis). ▶ Des annonces devraient être affichées dans les salles de toilettes des bains gais. ▶ Prise de contact dans les parcs et aux bains gais. ▶ Investissement dans un vaccin. ▶ Plus de campagnes publicitaires comme celles qui ont eu lieu à Toronto et Montréal — messages « percutants ». Persuader le gouvernement fédéral de lancer une campagne comparable à la campagne antiracisme. ▶ Responsabilité personnelle. ▶ Jeunes gais. ▶ Renseignements sur les relations buccales, le type de risques qui leur sont associés et leur importance. ▶ La documentation devrait traiter des choix et de la

<i>Objectif/ cible</i>	<i>Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)</i>	<i>Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)</i>	<i>Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)</i>
		<p>les prennent ont l'air bien. La population doit être renseignée sur les effets secondaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lassitude des personnes dans la quarantaine face aux rapports sexuels sans risque. ▶ Les pratiques sexuelles à risque sont la « preuve » que les partenaires forment un couple. Confiance inhérente. L'usage du condom est une mesure temporaire. ▶ Absence de grands bols de condoms ou de messages de promotion des rapports sexuels sans risque dans les bars gais. ▶ Pas de lubrifiants ou de condoms aux bains gais (il faut utiliser un lubrifiant avec un condom). ▶ Personne ne parle plus du VIH. ▶ Peu de vrais rapports entre les membres de la communauté. « Beaucoup de baisers mais peu d'amour. » 	<p>responsabilité personnelle et non des conséquences — éviter de faire la morale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les gens doivent être informés des effets des médicaments — les « médicaments miracles » n'ont rien de rigolo.

PRÉVENTION

Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)
<p>Prévention auprès des immigrants et des réfugiés</p>	<p>Sensibilisation à la prévention du VIH/sida des membres de communautés ethnoculturelles. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant.</p> <p>Messages clés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Expérimentation en groupes de ciblage visant à déterminer les messages adaptés culturellement qui sont jugés acceptables (p. ex. les femmes ont trouvé offensante la démonstration des techniques du condom — exemple de message mal adapté). ▶ Trouver des façons de traiter indirectement de sujets tabous sans offenser l'interlocuteur. <p>Communication des messages clés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Importance de la sensibilité — discuter du VIH et de la sexualité n'est pas comme traiter de nutrition. Offrir des choix et prévoir un assortiment de milieux. ▶ Intégrer le VIH/sida aux messages généraux pour en faciliter la communication dans le système scolaire et joindre les hommes. ▶ Liste de membres de la communauté qui parlent diverses langues et qui sont capables de faire passer les messages, p. ex. interprètes culturels formés à la tâche. ▶ Former les hommes à communiquer avec d'autres hommes dans des cadres sans formalité. 	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La Source — privilégier les contacts téléphoniques (anonymat), les visites à domicile. Trouver des façon imaginatives de joindre les gens en respectant l'anonymat, p. ex. Internet. ▶ CKCU et programme de lutte contre le tabagisme à l'intention de la communauté somalienne (CSSC Carlington). ▶ Les pays frappés d'endémies de VIH conçoivent des solutions — appliquer au Canada les solutions qui se sont révélées efficaces. ▶ Initiatives visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant, p. ex. adoption de la nouvelle politique de l'AMC. <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Certains groupes parmi les communautés ethnoculturelles refusent de reconnaître l'existence d'un problème de VIH. Ils n'offrent aucun service de soutien aux personnes atteintes. Ces dernières se retrouvent souvent très isolées au sein de leur propre communauté. ▶ Joindre et informer les parents appartenant à des groupes ethnoculturels qui refusent à leurs enfants le droit de participer à l'éducation sexuelle. Très souvent, l'opposition vient des hommes. Les aider à comprendre qu'il est prouvé que l'éducation sexuelle favorise les choix avisés et retarde le début de l'activité sexuelle, plutôt que le contraire, comme ils ont tendance à le croire. Faire des présentations éducatives dans des lieux inusités, p. ex. dans un théâtre. Intégrer le VIH à des messages généraux de sécurité et de prévention. ▶ Taux le plus élevé de transmission de la mère à l'enfant. ▶ Faible pouvoir des femmes au sein de la relation comparativement aux hommes — les femmes sont incapables de négocier les relations sexuelles. ▶ Comment contacter les hommes appartenant à des communautés ethnoculturelles? P. ex. par l'intermédiaire du groupe des pères somaliens. ▶ Les organismes risquent de ne pas remplir leur mandat de prévention, puisqu'ils s'efforcent de satisfaire à la demande de services cliniques (c'est le cas d'Oasis). ▶ Tous les mots qui stigmatisent, p. ex. racisme, préjugé, se répercutent sur le traitement du VIH. ▶ Logement et finances. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Formation à l'intention d'interprètes culturels et d'autres communicateurs, tels les responsables du programme Bébés en santé, enfants en santé. ▶ Travail effectué par l'intermédiaire d'éducateurs désignés parmi les pairs, selon le modèle du programme Bébés en santé, enfants en santé. ▶ Sensibilisation et formation des médecins, notamment de ceux dont la clientèle compte un grand nombre de familles d'immigrants et de réfugiés provenant de régions du monde frappées d'endémies. ▶ Concevoir des techniques inventives pour contacter les gens et respecter leur anonymat, p. ex. appels téléphoniques, Internet. ▶ Recourir aux techniques qui ont fait leurs preuves dans les pays frappés d'endémies de VIH. ▶ Gagner l'engagement des dirigeants de communautés ethnoculturelles. ▶ Informer les familles fraîchement débarquées. ▶ Promouvoir les tests en vue de prévenir la transmission de la mère à l'enfant — faire participer les pères aussi.



PRÉVENTION

Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)
<p>Réduction des effets nuisibles à l'intention des utilisateurs de drogues injectables et des travailleuses de l'industrie du sexe</p>	<p>Les UDI ont accès à du matériel stérile, en font usage et adoptent des pratiques sexuelles sans risque. Politiques globales de traitement parallèle des UDI en prison.</p>	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Certains services offerts, p. ex. Programme d'échange de seringues, fourgonnette du Programme SITE, Oasis, nombreux travailleurs des services d'approche, clinique municipale de santé-sexualité — situés dans l'hypercentre. ▶ Il existe de nombreux programmes inventifs d'information, à témoin le concours new-yorkais qui consiste à retirer un condom d'une pipe à crack. ▶ Modèles de réduction des effets nuisibles : CSC Somerset, Oasis, Centre Améthyste, Rideauwood (par l'intermédiaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale). ▶ Exemples de pratiques exemplaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Programmes communautaires d'envergure de prévention du VIH/des MTS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une expérience pluriannuelle menée dans cinq villes par le CDC visait les utilisateurs de drogues actifs, les partenaires féminins d'UDI masculins, les travailleuses de l'industrie du sexe, les jeunes à risque, les hommes non gais qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les résidents de lieux marqués par des taux élevés de MTS; 1999; mesures d'intervention : petits imprimés illustrant des modèles de comportement (bulletins d'information, dépliants, cartes de baseball); activités d'approche menées par des pairs utilisant des imprimés; disponibilité accrue de condoms et de trousse de désinfection à l'eau de Javel. Effets manifestes sous forme de pratiques sexuelles et d'utilisation de drogues sans risque. ▪ Femmes habitant des ensembles d'habitation (Sikkema et autres, 2000) : des leaders d'opinion qui ont la cote sont recrutés à titre d'éducateurs populaires; tenue d'ateliers sur la réduction des effets nuisibles — indemnité de 15 \$ versée aux participantes; information et acquisition d'habiletés. Événements éducatifs communautaires — musique et dîners à la fortune du pot, aussi bien que conférenciers. Effets — taux accru d'usage du condom et de négociation chez les femmes; taux plus élevés parmi celles qui ont assisté à plusieurs séances. ○ Réduction des effets nuisibles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions courantes : échange ou distribution de seringues, traitement ou drogues de substitution, p. ex. méthadone; locaux surveillés à l'usage des UDI, information et services d'approche visant les UDI. Pour réussir, 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nécessité d'une campagne efficace de sensibilisation du public afin de gagner un appui large et énergique à l'extension des services de réduction des effets nuisibles. ▶ La décriminalisation de la drogue et du raccrochage rendrait plus acceptable la réduction des effets nuisibles et diminuerait la marginalisation des consommateurs de drogues et des travailleuses de l'industrie du sexe. ▶ Sensibilisation des UDI à l'utilisation de seringues stériles et aux pratiques sexuelles sans risque. ▶ Services accessibles d'échange de seringues — jour et nuit; accès élargi au matériel stérile : <ul style="list-style-type: none"> ○ accueil chaleureux; ○ assouplissement des restrictions. ▶ Groupes de sensibilisation et de soutien dirigés par les pairs, p. ex. VANDU. ▶ Nécessité de traiter de la modification du système. ▶ Seringues rétractables? ▶ Revoir les politiques d'interdiction. ▶ Offre de trousse stériles en pharmacie. ▶ Multiplication du nombre de locaux sécuritaires où les utilisateurs s'injectent sous surveillance médicale? ▶ Formation des fournisseurs de services à la nécessité de discuter des pratiques sexuelles sans risque. ▶ Allocation de « survie ». ▶ Séances de sensibilisation des gestionnaires, superviseurs, travailleurs sociaux, etc. ▶ Services d'approche offerts par les pairs.



Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)
		<p>les programmes de sensibilisation à la drogue doivent comporter de nombreux volets, notamment les suivants (ONUSIDA, 1998) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • information destinée aux utilisateurs de drogues et à leurs partenaires sexuels sur le VIH et les autres pathogènes à diffusion hématogène; • acquisition d'habiletés; • accès à du matériel d'injection stérile; • accès à des condoms; • programme de traitement visant à limiter ou à faire cesser la consommation; • information et éducation dont l'objet est de mettre fin à la demande de drogues injectables. <p>▪ Il est démontré que l'échange de seringues diminue les taux d'infection au VIH parmi les UDI sans encourager ni accroître la consommation illicite de drogues. Les moyens de traitement et les autres interventions doivent comprendre un éventail de programmes — faciles d'accès, par ailleurs — qui n'imposent pas l'abstinence.</p> <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ L'accès aux programmes de désintoxication et de traitement est limité. ▶ Le grand public ne comprend pas le concept de la réduction des effets nuisibles ou son efficacité — une minorité active préoccupée par la présence de seringues dans les parcs influence la forme des politiques à Ottawa. ▶ Le Programme SITE (fourgonnette) et le Programme d'échange d'aiguilles n'atteignent qu'un sous-groupe des utilisateurs de drogues injectables. ▶ Les politiques d'incarcération empêchent les UDI d'accéder à des services d'appui dans certains établissements. ▶ Les UDI ont des taux élevés de VIH et d'hépatite C. ▶ Le refus de reconnaître l'existence de la situation continue de faire problème. ▶ Partage de matériel avec les partenaires = intimité. ▶ Volatilité des cocainomanes. ▶ La volatilité de l'intoxication à la cocaïne limite l'efficacité de l'éducation comme technique de prévention. ▶ La situation doit être traitée en tant que problème de santé et non de moralité. ▶ Nécessité d'augmenter le nombre de lits réservés à la désintoxication et à la réadaptation, désintoxication préventive, lits à usage hospitalier dans les établissements, services de soutien de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Services d'approche classiques et dans la rue. ▶ Ciblage des enfants, non seulement des toxicomanes et des gais — augmenter le budget des conférenciers spécialisés en classe.

<i>Objectif/ cible</i>	<i>Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)</i>	<i>Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)</i>	<i>Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Crainte d'abandonner la drogue car « aucun moyen de désintoxication douce n'est offert ». ▶ Les médicaments nécessaires à la désintoxication sont trop coûteux. ▶ Besoin de suivi du traitement initial et de logement de transition — maisons de transition, foyers de transition à supervision minimale. ▶ Soutien accru des UDI en prison. ▶ Intervention accrue auprès des personnes qui répandent la maladie sciemment. ▶ Acquisition de connaissances de base (nutrition, budgétisation). 	

BIEN-ÊTRE DES PVS

Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)
<p>Généralités — Augmenter les services offerts aux séropositifs au rythme de la progression de leur nombre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter le financement des programmes et des services afin de répondre aux besoins des séropositifs. ▪ Sensibiliser la collectivité et les milieux politiques aux besoins en services. ▪ Établir des liens entre les fournisseurs de services communautaires et coordonner leur activité. 	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le CSOC veille à ce que les services soient étroitement liés en réseau. ▶ Excellents services de traitement offerts à Ottawa par des intervenants compétents et dévoués. ▶ Éventail de services de soutien — innovation dans le secteur. ▶ Les personnes à l'œuvre dans le secteur sont véritablement soucieuses de la clientèle. <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Les organismes au service des PVS font face à une escalade de la demande. ▶ L'épuisement du personnel est fréquent — les salaires sont bas dans les secteur. ▶ Financement inégal, p. ex. la Maison Bruce dépend principalement de campagnes de financement pour offrir ses services. ▶ Il n'existe pas de système sûr de recensement du nombre de séropositifs à Ottawa. ▶ À terme, toutes les PVS font face aux défis posés par une maladie de longue durée dans tous les secteurs de leur vie : physique, financier, psychosocial, professionnel, spirituel, de même que dans le domaine du logement. ▶ Il existe une sous-population croissante de personnes séropositives dont les besoins en services de santé et services sociaux sont complexes, à cause, notamment, de la pluralité de leurs conditions : toxicomanie et maladie mentale — les membres du groupe ont besoin de beaucoup d'appui pour poursuivre leur traitement. ▶ Problèmes nouveaux et variés en matière de traitement, p. ex. complications à long terme, résistance. ▶ La crise du logement accentue le risque — augmente l'instabilité que connaissent les PVS, dont bon nombre ont un revenu très limité. ▶ Il existe une demande croissante de services d'intervention en cas de crise, situation qui limite le temps que les professionnels peuvent consacrer à d'autres formes de soutien. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le CSOC exerce des moyens de pression en faveur du financement accru des programmes et des services. ▶ Campagne générale de sensibilisation de la collectivité au besoin d'accorder un appui continu et de longue durée aux personnes séropositives. ▶ Augmenter les services en amenant les intervenants et les organismes de soutien autres que les organismes de services anti-sida à fournir un appui adapté aux besoins des sous-groupes de personnes séropositives : <ul style="list-style-type: none"> ○ sensibiliser les fournisseurs de services; ○ coordonner les services; ○ faire la promotion des services actuels auprès du public et des autres fournisseurs.



BIEN-ÊTRE DES PVS

Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)
<p>Diagnostic précoce</p>	<p>Les personnes séropositives sont testées plus rapidement et accèdent au système de traitement et de soutien dans ___ temps suivant l'infection.</p> <p>Mettre en valeur les facteurs qui incitent les personnes touchées à se faire tester.</p> <p>Atténuer les facteurs qui empêchent les personnes touchées de se faire tester.</p>	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Des tests anonymes sont offerts en de nombreux endroits. <p>Quelques facteurs qui incitent les personnes touchées à se faire tester :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Encouragement donné par les amis. ▶ Après une expérience traumatisante, p. ex. viol par une connaissance. ▶ Après des relations sexuelles non protégées. ▶ Au début d'une relation sérieuse. ▶ Curiosité. ▶ Résultats de test positifs obtenus par un partenaire actuel ou antérieur, une relation passagère. ▶ Bons rapports avec le médecin de famille — propose série de tests. ▶ Apparition de symptômes. ▶ Rite de passage. ▶ Perçage corporel, tatouage. ▶ Désir d'avoir des enfants (concerne surtout les hétérosexuels). ▶ Test subi lors d'un séjour en prison. ▶ Mode de vie. ▶ Consommation imprudente de drogues. ▶ Les personnes de son entourage attrapent toutes sortes de choses, ce qui porte à réfléchir. ▶ « J'ai consulté pour une autre raison, mais j'ai décidé quand même de subir un contrôle. » ▶ « J'ai découvert mon état lorsque j'ai donné du sang. » ▶ Un atelier ou une discussion sur le VIH/sida rend un participant paranoïaque, lui donne « la frousse ». ▶ Campagnes de sensibilisation et d'approche faisant la promotion des tests. <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Précision des tests et délai d'attente avant d'obtenir les résultats. ▶ Service de tests anonymes administré par des bénévoles — problème de ressources et de confidentialité. ▶ Certaines personnes (petite minorité) réagissent avec colère à l'annonce qu'elles sont séropositives et sont parfois portées à vouloir infecter d'autres — « Quelqu'un m'a fait ça — je vais le faire à quelqu'un d'autre. » <p>Certains facteurs qui empêchent de se faire tester :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ « Cela ne m'arrivera jamais. » (Invincibilité, refus de reconnaître son état) ▶ À défaut d'un bon traitement ou d'une cure, pourquoi s'inquiéter? ▶ Déclaration obligatoire, surtout pour ceux qui voyagent aux États-Unis (interdiction d'entrer au pays). ▶ Les dossiers médicaux peuvent être consultés en Ontario. ▶ Conséquences financières; assurance-vie. ▶ On risque la prison si on infecte quelqu'un sciemment — le contraire n'est pas vrai (la faute du service de santé). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmenter les options et les choix en matière de tests. ▶ Programmes de sensibilisation ciblés concernant le besoin de se faire tester. ▶ Formation des médecins.

BIEN-ÊTRE DES PVS

<i>Objectif/ cible</i>	<i>Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes- ressources)</i>	<i>Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)</i>	<i>Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes- ressources)</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un gai dans le placard éviterait probablement de se faire tester. ▶ Une connaissance peut nous voir à la clinique (amis, famille), crainte et gêne. ▶ Peur des prises de sang, aversion. ▶ Déteste attendre les résultats — inquiétude. ▶ Difficulté à trouver le temps nécessaire et à repérer l'endroit qui offre le service. ▶ Ne sait pas où subir un test. ▶ Crainte que les parents découvrent la situation. ▶ Personnes ayant des relations non protégées par effronterie — ne veulent pas prendre de mesures anti-virus. ▶ Crainte d'être rejeté par les amis ou la famille. ▶ La séropositivité risque d'occuper une place dominante dans le mode de vie — « Si j'avais su ce que je sais maintenant, jamais je ne me serais fait tester. » ▶ « Je me ferai tester lorsque j'aurai abandonné la drogue. » ▶ Relation monogame. 	

BIEN-ÊTRE DES PVS

Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)
<p>Augmenter la capacité d'offrir aux gais des services adaptés aux caractéristiques culturelles</p>	<p>Services, fournisseurs, milieu, règles de confidentialité et de respect des renseignements personnels adaptés aux caractéristiques culturelles.</p>	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Il est question d'un centre communautaire pour LGBTBR — possibilité de portail conduisant à des services. ▶ Les Services du triangle rose possèdent une base susceptible d'être renforcée et de servir de point d'accueil en vue de la prestation de services. ▶ Certains CSC et CRC ont des antécédents positifs en ce qui concerne la prestation de services aux gais (CSC centre-ville, Ottawa Ouest, Nepean); le CSC centre-ville entreprendra un exercice de planification stratégique au cours de l'année qui vient. ▶ Le centre de santé-sexualité envisage une stratégie à l'intention des gais. ▶ Réseau de médecins et de spécialistes en soins primaires favorable aux gais. ▶ Le Comité de liaison avec les gais et lesbiennes de la Police d'Ottawa fait « des pieds et des mains » pour servir la communauté gaie. <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Absence de centre d'information central — où aller pour obtenir ce que l'on cherche. ▶ Insuffisance des services destinés expressément aux gais infectés. ▶ L'Hôpital Général a fait du bon travail, mais il est surchargé. ▶ Certains organismes n'ont pas suffisamment de personnel compétent. ▶ Les fournisseurs de services supposent systématiquement que nous consommons de la drogue et nous refusent donc des analgésiques. ▶ Le personnel chargé de rappeler les demandeurs de renseignements sur la drogue n'est pas suffisamment nombreux. ▶ Difficulté à consulter des médecins ou des spécialistes — compressions de personnel, de services médicaux? Impossibilité de communiquer avec le médecin pour faire renouveler une ordonnance. ▶ Le nombre d'omnipraticiens spécialisés en sida est insuffisant. ▶ Il est difficile d'accéder à des médecines et des thérapies parallèles. ▶ Les gens ne s'intéressent pas vraiment à la question — épuisement. ▶ Compression des heures de service (CSO/Le Vivoir) — n'est plus un centre d'accueil. Pourquoi les services ont-ils diminué — financement insuffisant, manque de bénévoles (difficulté à devenir 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regroupement des services sous un même toit — économie de temps et d'énergie pour tous les intéressés, exemples de Toronto et Vancouver. Centraliser les ressources, collaboration entre les organismes; plus de coordination et moins de redondance : le Comité du sida de Winnipeg a surmonté les difficultés — Ottawa doit en faire autant. ▶ Augmenter le financement — les compressions nous font mal. ▶ POSPH : le coût de la vie a augmenté, mais non les ressources du POSPH. De plus en plus pauvre. ▶ Former davantage les employés d'organismes et d'associations (refuges) aux rapports avec les PVS. ▶ Augmenter le nombre de logements offerts aux PVS. ▶ Services de réadaptation professionnelle. ▶ Groupes de soutien au profit des personnes aux différents stades de la maladie. ▶ Désigner des personnes responsables d'organiser des activités sociales, p. ex. camps d'été. ▶ Augmenter l'offre de services de massage. ▶ Augmenter l'offre gratuite ou à tarif

BIEN-ÊTRE DES PVS

<i>Objectif/ cible</i>	<i>Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)</i>	<i>Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)</i>	<i>Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)</i>
		<p>bénévole).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées/Trillium : personne ne semble vouloir aider ou savoir quoi faire, besoin d'amélioration; pourquoi l'attente est-elle si longue? ▶ Absence de services de counselling professionnels — POSPH/Trillium aux prises avec des problèmes de bureaucratie. ▶ Une banque d'alimentation qui reconnaît les besoins nutritionnels des PVS. ▶ Les personnes aux différents stades de la maladie ont besoin de groupes de soutien distincts. ▶ Retour au travail : obstacles bureaucratiques, c.-à-d. règles du RPC, du POSPH, etc. ▶ Difficulté à repérer des gens qui nous aideront à retourner au travail, à trouver de l'emploi. ▶ Discrimination et homophobie. ▶ Occasions sociales. 	<p>réduit de médecines et thérapies parallèles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mettre sur pied une « banque de médicaments » (suivant le modèle de la banque d'alimentation) — à laquelle les gens auront recours temporairement lorsqu'ils sont à court d'argent

BIEN-ÊTRE DES PVS

<i>Objectif/ cible</i>	<i>Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)</i>	<i>Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)</i>	<i>Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes- ressources)</i>
<p>Immigrants et réfugiés</p>	<p>Services, fournisseurs, milieux, règles de confidentialité et de respect des renseignements professionnels adaptés aux caractéristiques culturelles.</p> <p>Fournir aux immigrants et aux réfugiés des services confidentiels et privés, adaptés à leurs caractéristiques culturelles, dont ils feront effectivement usage.</p>	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La Source — établir des contacts par téléphone (anonymat), faire des visites à domicile. Trouver des moyens imaginatifs de joindre les gens en respectant leur anonymat, p. ex. Internet. ▶ Adaptations apportées aux salles d'attente des cliniques pour dysérection — aménagement d'aires d'attente entièrement privées. ▶ Groupe de soutien des préadolescents de l'HEEO. ▶ Préférence accordée aux centres polyvalents pour ce qui est du respect de la confidentialité et de l'anonymat. Le groupe n'utilisera pas de services annoncés comme étant à l'intention des personnes séropositives, et ses membres préfèrent les endroits où ils ne risquent pas de croiser leurs semblables. Recours importants aux professionnels généralistes (comme les médecins de famille). Les CSC sont en bonne posture à cet égard, sont capables d'établir des contacts avec de nombreuses personnes (ils offrent déjà des tests anonymes, font la promotion de la santé et disposent de travailleurs qui s'occupent de l'établissement d'immigrants et de réfugiés). <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gagner la collaboration de dirigeants communautaires (rabbins et imams) — les groupes appartenant à des communautés ethnoculturelles refusent de reconnaître l'existence d'un problème de VIH. Aucun service de soutien n'est offert aux personnes atteintes du VIH/sida, lesquelles sont très souvent extrêmement isolées au sein de leur communauté. ▶ La recherche de services aux centres polyvalents se traduira par la mobilisation accrue des généralistes (p. ex. médecins de famille) — il faudra donc augmenter leur connaissance du VIH et leur degré d'aisance face à celui-ci. ▶ Se renseigner sur les endroits où les groupes obtiennent leurs renseignements. À quels médias accordent-ils la préférence? ▶ Service de garde d'enfants, transport aux endroits où les services sont offerts — obstacles aux services, particulièrement pour les femmes. ▶ Tentatives d'approche ponctuelles (p. ex. Oasis) — non durables, s'expliquent peut-être par le manque de financement ou de bénévoles (nombre de services de soutien et de relève dépendent de bénévoles). Les organismes sont déjà éprouvés et ne peuvent offrir de nouveaux programmes. ▶ Problème de confidentialité et d'anonymat lorsqu'il est question de bénévoles. ▶ Écarts dans les services offerts en banlieue et en milieu rural. ▶ Tests : crainte d'expulsion par l'immigration si les résultats sont positifs, de rejet par la famille. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Concevoir des moyens imaginatifs de joindre les gens en respectant leur anonymat, p. ex. téléphone, Internet. Faire montre de souplesse dans l'offre de certains services afin de respecter la confidentialité, p. ex. emballage de médicaments livrés par la pharmacie dans des sacs en papier uni, sans logo. ▶ Offrir une aide pratique aux personnes qui désirent accéder aux services, p. ex. garde d'enfants, transport. ▶ Former des médecins de famille, des interprètes culturels et d'autres généralistes pour qu'ils soient à l'aise face au VIH/sida. Dresser la liste des personnes ainsi formées. ▶ CSOC — identifier et recruter des dirigeants communautaires de groupes ethnoculturels. ▶ CSOC — point névralgique où partager les stratégies provenant de pays frappés d'endémies de VIH.

BIEN-ÊTRE DES PVS

<i>Objectif/ cible</i>	<i>Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)</i>	<i>Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)</i>	<i>Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes- ressources)</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Questions de pouvoir entre hommes et femmes — difficulté à discuter de questions intimes comme les relations sexuelles sans risque. 	

BIEN-ÊTRE DES PVS


Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretien avec personnes- ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretien avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Idées pour aller de l'avant (groupes de ciblage et entretien avec personnes-ressources)
<p>Personnes aux besoins multiples, y compris membres de la famille touchés</p>	<p>Services, fournisseurs, milieux, règles de confidentialité et de protection des renseignements personnels adaptés aux affinités culturelles.</p>	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Programmes existants, p. ex. Oasis, Maison Bruce, activités d'approche des travailleuses de l'industrie du sexe, programme de prévention du VIH du CSC Wabano. <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmentation des cas de troubles, de problèmes de santé et de problèmes sociaux multiples. ▶ Nécessité d'établir des groupes de soutien à l'intention des hommes autochtones séropositifs. ▶ Offre de soutien et de services préalables au traitement du VIH. ▶ Bien s'orienter dans le système et suivre le régime de thérapie. ▶ Les femmes ne sont pas perçues comme étant exposées à un risque : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le taux d'infection au VIH augmente chez les hétérosexuelles. ○ Le nombre de femmes qui recourent aux services de refuges est en hausse. ○ Les femmes connaissent souvent mal leur corps et le risque auquel elles sont exposées. ○ Les recherches sur les femmes sont insuffisantes. ▶ Bien souvent, les besoins des enfants, des familles et des proches « touchés » par la maladie ne sont pas reconnus — besoin en logement, relève, counselling au sujet des stades de développement de la maladie, déclaration, sexualité, etc. ▶ Impuissance, groupe vulnérable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gestion des cas. ▶ Appui des toxicomanes et services de traitement de toxicomanies. ▶ Approches axées sur la réduction des effets nuisibles. ▶ Service de gestion des cas qui aide les personnes touchées à s'orienter dans le système. ▶ Solutions aux problèmes de traitement à long terme, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ○ financement temporaire pour couvrir le coût des médicaments, etc.; ○ résistance; ○ effets secondaires; ○ retour au travail; ○ logement; ○ déclaration. ▶ Augmenter le nombre de programmes de soutien à domicile et de jumelage.



LEADERSHIP STRATÉGIQUE

Objectif/ cible	Idées sur la vision (rencontre du 30 avril et entretiens avec personnes-ressources)	Forces, occasions, défis (groupes de ciblage, entretiens avec personnes-ressources et analyse documentaire)	Démarches possibles (groupes de ciblage et entretiens avec personnes-ressources)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organismes d'accueil ▪ Augmenter la capacité de coordination et de planification du système stratégique et opérationnel, sensibiliser les décisionnaires et bien renseigner le public ▪ Stimuler l'action communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Resserrer et étendre les partenariats ▶ Planification du système et obligation de rendre compte ▶ Coordination des services et du financement ▶ Élaboration de politiques solides ▶ Sensibilisation du public ▶ Financement 	<p>Forces et occasions</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La coordination de l'activité des organismes et leur partenariat sont excellents. ▶ Les « guerres de territoire » sont terminées. ▶ Voix collective. ▶ Leaders locaux. ▶ Capacité d'influencer la planification et la mise en œuvre des services aux personnes séropositives. <p>Défis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Des conditions en mutation rapide. ▶ Absence d'appui politique. ▶ Quelques services redondants. ▶ L'entité n'est pas universellement connue. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintenir une position neutre et se concentrer sur l'acquisition de capacités, mais éviter de devenir un bailleur de fonds ou un fournisseur de programmes. ▶ Négocier l'engagement des membres et de leurs organismes — le membre qui est un intermédiaire impartial est implicitement redevable de la poursuite active des buts relatifs au VIH et est comptable envers les autres membres. ▶ Garder la prévention au premier rang. ▶ Importance du partage de l'information. ▶ Obtenir du financement et des ressources afin <ul style="list-style-type: none"> ○ de défendre les droits des intéressés; ○ de concevoir des campagnes locales novatrices et percutantes; ○ d'établir des rapports avec les stratégies nationales et provinciales; ○ de resserrer et d'augmenter les partenariats; ○ de jouer un rôle directeur dans la planification du système et la responsabilisation; ○ de coordonner les initiatives interorganismes; ○ de venir en aide aux membres, lorsque la situation s'y prête.

*Du sprint au marathon :
La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH/sida à Ottawa — 2003 - 2008
Février 2003*



Annexe B : Aperçu du modèle logique du plan de la Coalition du VIH/sida d'Ottawa, 2003-2008

Du sprint au marathon :
La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH/sida à Ottawa — 2003 – 2008
Février 2003

Aperçu du modèle logique du plan de la Coalition du VIH/sida d'Ottawa, 2003-2008

Stratégie clé	a) Jeunes	b) Gais, bisexuels et bispirituels	c) Utilisateurs de drogues injectables	d) Immigrants et réfugiés	e) Familles	f) Femmes
<p>Augmenter le nombre d'initiatives de prévention, la réduction des effets nuisibles et la promotion du bien-être</p>	<p>i) Fournir à tous les jeunes de l'information pratique sur la prévention du VIH et les pratiques sexuelles sans risque.</p> <p>ii) Fournir aux jeunes gais, bisexuels, bispirituels et en réflexion un éventail de ressources en faveur de l'entretien personnel, de l'appui réciproque et de la santé mentale.</p> <p>iii) Rendre plus favorables aux gais le milieu scolaire et les programmes au service des jeunes.</p>	<p>i) Intégrer la prévention du VIH et l'appui des PVS à la stratégie de promotion du bien-être des gais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Élaboration et mise à jour annuelle d'initiatives de marketing social, de prévention ciblée axée sur les pairs et de détection précoce à l'intention des jeunes en général, des jeunes gais, bisexuels et bispirituels, des hommes et des gais adultes séropositifs. ▶ Augmenter l'offre de services de gestion des cas et d'appui réciproque aux PVS gais, y compris dans le cadre de la stratégie globale de promotion du bien-être des adultes gais. 	<p>Réduction des effets nuisibles</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Sensibilisation du public et élaboration de politiques relatives à la valeur de la réduction des effets nuisibles en vue d'en augmenter la compréhension du public. ii) Extension du Programme d'échange d'aiguilles. iii) Extension des programmes de stabilisation des toxicomanies. iv) Élaboration de politiques : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmentation du nombre d'options en matière de logements abordables pour personnes autonomes ou nécessitant des services d'appui; ▶ Gestion des cas au profit des itinérants chroniques; ▶ Décriminalisation de la drogue; ▶ Maintien des ressources de l'IPAC qui aident les UDI à conserver leur logement et à respecter leur régime de traitement du VIH. ▶ Maintien du Projet de santé urbaine d'Ottawa au profit des itinérants séropositifs. ▶ Autres politiques de réduction des effets nuisibles (p. ex. décriminalisation et locaux surveillés pour UDI). 	<p>i) Développement communautaire : Élaborer des stratégies pour tendre la main aux communautés d'immigrants et de réfugiés (familles, hommes, femmes et jeunes) grâce à des formules de développement communautaire qui prennent appui sur les enseignements tirés de l'expérience internationale.</p> <p>ii) Intégration des services de soutien aux personnes atteintes du VIH/sida : Intégrer les services de soutien aux PVS aux programmes généraux de promotion du bien-être des familles offerts par des organismes qui ont réussi à établir de bons contacts avec les communautés ciblées.</p> <p>iii) Extension des services de gestion des cas : Accroître les ressources en gestion des cas spécialisés en VIH/sida au sein des principaux CSC ou organismes de services aux immigrants.</p>	<p>i) Counselling et gestion des cas : Augmenter les services de counselling et de gestion des cas offerts aux familles touchées par le VIH.</p> <p>ii) Élaboration de politiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Collaborer à cette fin avec les responsables du bien-être de l'enfance, en ce qui concerne l'appui accordé aux familles dont les parents sont séropositifs. ▶ Multiplier le nombre d'unités de logement abordables adaptées aux familles touchées par le VIH. 	<p>i) Stratégies adaptées aux femmes : Concevoir des stratégies de prévention et d'appui des PVS adaptées aux hétérosexuelles, aux utilisatrices de drogues injectables, aux immigrantes, aux réfugiées et au grand public.</p> <p>ii) Gestion des cas et appui réciproque : Former un groupe d'appui réciproque de femmes séropositives ou sidéennes, à mesure que l'intérêt se manifeste.</p> <p>iii) Contrôle des tendances — VIH parmi les hétérosexuelles.</p> <p>iv) Sensibilisation</p>

Du sprint au marathon :
La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH/sida à Ottawa — 2003 – 2008
Février 2003

Aperçu du modèle logique du plan de la Coalition du VIH/sida d'Ottawa, 2003-2008

Stratégie clé	a) Jeunes	b) Gais, bisexuels et bispirituels	c) Utilisateurs de drogues injectables	d) Immigrants et réfugiés	e) Familles	f) Femmes
---------------	-----------	------------------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------

Stratégie 2. Augmenter la capacité de mise en œuvre de programmes du système de services local :

- i) Adapter les programmes et les services aux groupes ayant des affinités culturelles et approfondir l'engagement des organismes
- ii) Accroître la capacité de prévention et de prestation de services
- iii) Faciliter la correction du système de services, en contrôler les résultats et appuyer les efforts engagés par les organismes pour augmenter leurs moyens

Stratégie 3. Former la Coalition du VIH/sida d'Ottawa

- i) **Restructurer** le CSOC pour en faire la Coalition du VIH/sida d'Ottawa
- ii) **Partenaires et champions** : Amener les principaux organismes partenaires à collaborer aux initiatives de prévention et de promotion du bien-être
- iii) **Ressources** : Collaborer avec les organismes participants afin de leur garantir les ressources nécessaires
- iv) **Examen annuel** :
 - ▶ Collaborer avec la Direction de la santé publique et des soins de longue durée et les chercheurs locaux au contrôle de la mise en œuvre du plan
 - ▶ Contrôler les tendances du VIH/sida et corriger le plan en conséquence

Objectifs	Jeunes	Gais, bisexuels et bispirituels	Utilisateurs de drogues injectables	Immigrants et réfugiés	Familles	Femmes
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Procurer aux jeunes les connaissances et les habiletés nécessaires pour avoir des pratiques sexuelles sans risque. ▶ Rendre généralement acceptables les pratiques sexuelles sans risque parmi les jeunes qui ont une vie sexuelle active. ▶ Augmenter le nombre de jeunes qui comprennent la gravité du VIH/sida <p><i>Jeunes gais, bisexuels, bispirituels et en</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmenter le taux de diagnostic de la séropositivité chez les hommes dans les six mois qui suivent l'infection. ▶ Réduire le taux d'utilisation de drogues et augmenter la prise en charge de son entretien personnel (conditionnement physique, tabagisme, pratiques sexuelles sans risque). ▶ Rendre plus accessibles de l'information gratuite et des moyens d'appui favorisant les pratiques sexuelles sans risque. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmenter l'appui accordé par le public et les décideurs à la réduction des effets nuisibles à Ottawa. ▶ Augmenter le pourcentage d'UDI qui utilisent des seringues stériles et des techniques d'injection salubres. ▶ Augmenter le pourcentage d'UDI qui ont accès à des services de traitement des toxicomanies, y compris programmes d'entretien à la méthadone. ▶ Augmenter l'appui accordé aux PVS pour assurer leur entretien personnel et leur bien-être. ▶ Augmenter le pourcentage d'UDI qui habitent des logements abordables à long terme et qui bénéficient au besoin de moyens d'appui. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmenter la part des personnes séropositives diagnostiquées dans les six mois suivant l'infection. ▶ Accroître l'appui accordé par les dirigeants communautaires à la prévention du VIH et au bien-être des personnes séropositives. ▶ Amener tant les hommes que les femmes à recourir à des pratiques d'entretien personnel et de prévention. ▶ Accroître le pourcentage de personnes séropositives qui bénéficient du soutien dont elles ont besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Offrir un réseau de soutien élargi aux enfants de parents séropositifs. ▶ Permettre aux enfants séropositifs et aux membres de la famille touchés d'accéder à des services de counselling et de soutien adaptés à leur stade de développement en ce qui concerne la déclaration de l'état, la sexualité, etc. ▶ Réduire le nombre de familles en rupture à cause du VIH/sida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Permettre aux femmes touchées par le VIH d'accéder à des moyens d'appui efficaces et pertinents. ▶ Faire en sorte que les femmes menacées par l'infection au VIH et les PVS acquièrent et appliquent des habiletés d'entretien personnel et de négociation. ▶ Amener un plus grand nombre de femmes à risque à se charger de leur entretien personnel et à se soucier de prévention.


*Du sprint au marathon :
La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH/sida à Ottawa — 2003 – 2008
Février 2003*



Aperçu du modèle logique du plan de la Coalition du VIH/sida d'Ottawa, 2003-2008

Stratégie clé	a) Jeunes	b) Gais, bisexuels et bispirituels	c) Utilisateurs de drogues injectables	d) Immigrants et réfugiés	e) Familles	f) Femmes
	<i>réflexion</i> ▶ Mieux intégrer les jeunes GBBR aux écoles et aux familles. ▶ Amener les jeunes GBBR à mieux comprendre la prévention du VIH et la gravité de l'infection. ▶ Accroître le pourcentage de jeunes GBBR de moins de 30 ans qui ont des pratiques sexuelles sans risque.					
Effets à long terme	▶ Un pourcentage accru de personnes infectées bénéficient de traitement dans les trois mois qui suivent l'infection. ▶ Un pourcentage accru de PVS bénéficient de moyens d'appui à leur bien-être et ont des pratiques efficaces d'entretien personnel. ▶ Le nombre de nouveaux cas de séropositivité est réduit de 50 % à Ottawa d'ici à 2008.					

*Du sprint au marathon :
La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH/sida à Ottawa — 2003 – 2008
Février 2003*



Annexe C : Sommaire des services de réduction des effets nuisibles visant à diminuer le taux de transmission du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables à Ottawa et à préparer les PVS qui font usage de drogues au traitement du VIH

Sommaire des services de réduction des effets nuisibles visant à diminuer le taux de transmission du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables à Ottawa et à préparer les PVS qui font usage de drogues au traitement du VIH	
<i>Programmes et services actuels de réduction des effets nuisibles pour les utilisateurs de drogues injectables</i>	<i>Écarts et propositions (mis au jour à l'occasion des entretiens avec les personnes-ressources et des groupes de ciblage)</i>
Programme d'échange d'aiguilles coordonné par le Service de la santé municipale, offert à plusieurs endroits dans la ville par onze organismes partenaires.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nécessité de lancer des stratégies novatrices de distribution de seringues, p. ex. distribution gratuite par les pharmacies. ▶ Des associations communautaires se sont opposées au Programme d'échange d'aiguilles, craignant que ces dernières soient abandonnées dans des parcs et ailleurs ou elles poseraient un risque pour les enfants et les résidents. Cette crainte a limité l'expansion du Programme. ▶ Autre initiative proposée à Ottawa : distribution de seringues par les pharmacies, locaux surveillés l'usage des UDI.
Programme SITE (fourgonnette) — la clientèle peut commander par téléphone les services de la fourgonnette : échange d'aiguilles, trousse stériles, counselling en réduction des effets nuisibles aux UDI sur tout le territoire municipal. Le service n'est offert que durant certaines heures en soirée et la fin de semaine.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Il est souhaitable que le service soit offert jour et nuit, sept jours par semaine.
Services d'accueil et d'approche et services cliniques pour UDI du programme Oasis, fondés sur une formule de réduction des effets nuisibles.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le programme est généralement considéré comme offrant de précieux services; des pressions sont exercées pour que les fournisseurs de services de traitement à la méthadone bénéficient de plus amples ressources de gestion des cas; les responsables sont encouragés à assumer le rôle de principal partenaire en offrant une clinique de traitement intégral à la méthadone dont les services comprendraient l'appui des toxicomanes, la gestion des cas et des services médicaux.
Services cliniques et d'approche du Centre Wabano	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maintien de services holistiques au profit des autochtones, y compris des UDI.
Traitement des toxicomanies : <ul style="list-style-type: none"> ▶ programmes de désintoxication; ▶ assortiment restreint de programmes de traitement des toxicomanies fondés sur le modèle de réduction des effets nuisibles chez les utilisateurs de drogues injectables; ▶ programme d'entretien à la méthadone : 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Il est nécessaire de lancer de plus nombreux programmes de désintoxication des UDI. ▶ Ceux qui désirent participer à un programme de traitement à la méthadone doivent s'inscrire sur une liste d'attente, et ceux qui se chargent de stabiliser l'état des UDI font savoir qu'il serait nécessaire d'offrir de plus amples services de traitement.

Sommaire des services de réduction des effets nuisibles visant à diminuer le taux de transmission du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables à Ottawa et à préparer les PVS qui font usage de drogues au traitement du VIH	
<i>Programmes et services actuels de réduction des effets nuisibles pour les utilisateurs de drogues injectables</i>	<i>Écarts et propositions (mis au jour à l'occasion des entretiens avec les personnes-ressources et des groupes de ciblage)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Clinique Sainte-Anne ○ Services médicaux de l'Université d'Ottawa ○ D^r Lisa Bromley au Centre de santé communautaire Côte-de-Sable ○ Certains médecins en exercice privé 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les médecins signalent que les participants aux programmes de traitement à la méthadone ou de traitement de stabilisation parallèle ont d'importants besoins en traitement et en services de gestion des cas en ce qui concerne l'aide financière, le logement, la sécurité et d'autres questions. Les médecins s'épuisent à traiter de ces questions complexes sans aide. ▶ Une étude récente menée par Kristiansen et Pelude (2001) a consisté à examiner la faisabilité de la prestation de services de traitement à la méthadone par des centres de santé communautaire d'Ottawa. Les auteurs ont recommandé l'extension des services de traitement actuels par la participation des CSC à une démarche de mise en œuvre à deux étapes. Les CSC et la Direction de la santé publique et des soins de longue durée de la Ville poursuivent l'examen des moyens à prendre pour donner suite aux recommandations, comme ils ne disposent pas de nouvelles ressources. Un comité d'étude est chargé d'élaborer un plan d'action. ▶ Le Centre de traitement des toxicomanies Rideauwood et le Centre de santé communautaire Somerset Ouest ont collaboré à une proposition de « cour de la drogue », qui, si elle est financée, offrira à des toxicomanes des services de traitement prescrits en vertu d'une ordonnance des tribunaux. Parmi les traitements offerts figurerait un traitement d'entretien à la méthadone.
<p>Services médicaux offerts aux UDI :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Projet de santé urbaine d'Ottawa ▶ Centre de soins primaires de l'Université d'Ottawa ▶ Centres de santé communautaire ▶ Centre médical Sainte-Anne 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les intervenants médicaux au service de clients séropositifs aux prises avec de multiples problèmes (toxicomanie, maladie mentale, problèmes multiples de santé physique, problèmes sociaux, p. ex. revenu) ou en crise, surtout les fournisseurs de services primaires, sont rudement éprouvés. Ils ne disposent pas du temps voulu pour assurer la gestion des cas

Sommaire des services de réduction des effets nuisibles visant à diminuer le taux de transmission du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables à Ottawa et à préparer les PVS qui font usage de drogues au traitement du VIH	
<i>Programmes et services actuels de réduction des effets nuisibles pour les utilisateurs de drogues injectables</i>	<i>Écarts et propositions (mis au jour à l'occasion des entretiens avec les personnes-ressources et des groupes de ciblage)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Clinique d'immunodéficience, Hôpital d'Ottawa, Hôpital Civic ▶ Clinique régionale du VIH, Hôpital d'Ottawa, Hôpital général ▶ Clinique d'immunodéficience de l'HEEO 	<p>nécessaire au traitement adéquat de la clientèle en période d'instabilité.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Le Projet de santé urbaine d'Ottawa offre de précieux services aux itinérants, et il y a lieu de le poursuivre en lui accordant un financement stable.
<p>Services de soutien des UDI séropositifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Foyers de groupe bénéficiant de services d'appui : <ul style="list-style-type: none"> ○ Résidence de groupe de la Maison Bruce servant des personnes séropositives nécessitant de l'appui pour s'occuper de leurs tâches quotidiennes ou des soins palliatifs ○ Hospice at Maycourt ○ Unité de soins palliatifs Élisabeth-Bruyère ○ Mission Hospice — Projet de santé urbaine d'Ottawa ▶ Logement pour personnes autonomes avec services de soutien communautaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme d'appartements de la Maison Bruce ▶ Programmes financés par l'IPAC : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le Projet de santé urbaine d'Ottawa offre aux itinérants des services de contrôle et d'appui pour qu'ils respectent un régime de médicaments, aussi bien que des services de contrôle de la santé et de soutien médical sur place. ○ Oasis et la Maison Bruce assurent le contrôle des régimes de médicaments offrent des services de gestion des cas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Problèmes multiples, souvent compliqués par l'hépatite C et d'autres affections physiques. ▶ Cas fréquents de crises répétées et d'instabilité à cause du manque de logements abordables, du besoin d'assistance financière, des retards mis à approuver la participation aux régimes de médicaments du Programme Trillium, etc. ▶ Les services financés actuellement par voie de l'IPAC devraient être l'objet d'un financement permanent et prendre de l'expansion au rythme de croissance de la population séropositive. Les services actuels sont éprouvés à cause de la hausse de la population des séropositifs. <p>Logement et services de soutien connexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Besoin de logements convenables partout à Ottawa, non seulement dans les ensembles de logements sociaux; ▶ Possibilité d'unités de logement distinctes dont les résidents bénéficieraient d'un certain soutien sur place, par exemple le contrôle de leurs régimes de médicaments.

Du sprint au marathon :
La mise en forme en prévision d'une nouvelle ère du VIH/sida à Ottawa — 2003 - 2008
Février 2003

