



Évaluation horizontale de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada de 2013-2014 à 2017-2018

Préparée par le
Bureau de l'audit et de l'évaluation
Santé Canada et Agence de la santé publique du
Canada

Version traduite. En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a
préséance.

Mars 2019



Table des matières

Résumé.....	iv
Réponse de la direction et plan d'action.....	ix
1.0 But de l'évaluation	1
2.0 Description du programme.....	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme.....	2
2.3 Partenaires et gouvernance	2
2.4 Évaluations précédentes.....	4
2.5 Exposé du programme.....	4
2.6 Ressources du programme.....	5
3.0 Description de l'évaluation	6
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	6
3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation.....	6
4.0 Résultats.....	8
4.1 Pertinence	8
4.2 Rendement – Atteinte des résultats de mise en œuvre.....	11
4.2.1 Agence de la santé publique du Canada.....	11
4.2.2 Instituts de recherche en santé du Canada.....	15
4.2.3 Services aux Autochtones Canada.....	18
4.2.4 Service correctionnel du Canada.....	20
4.3 Efficacité et économie	22
4.3.1 Atteinte des résultats en matière de gouvernance	22
4.3.2 Utilisation des ressources.....	28
4.3.3 Pertinence et utilisation des données de mesure du rendement.....	29
5.0 Conclusions	31
5.1 Pertinence	31
5.2 Rendement.....	31
5.3 Économie et efficacité	32
6.0 Recommandations.....	33
Annexe 1 – Rôles des centres de responsabilité	35
Annexe 2 – Modèle logique.....	37
Annexe 3 – Description de l'évaluation.....	38
Annexe 4 – Cibles internationales pour les ITSS	41
Annexe 5 – Écart entre les crédits budgétaires et les dépenses	42

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dépenses prévues de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida de 2013-2014 à 2017-2018 (en dollars)	5
Tableau 2 : Contraintes et stratégies d'atténuation.....	7
Tableau 3 : Écarts entre les dépenses prévues et les dépenses réelles de l'Initiative fédérale de 2013-2014 à 2017-2018 (en dollars)	29

Liste des acronymes

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CATIE	Réseau canadien d'info-traitements sida
CCM-IF	Conseil consultatif ministériel sur l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada
CCR	Comité des centres de responsabilité
CNAVS	Conseil national des autochtones sur le VIH/sida
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
F et E	Fonctionnement et entretien
FIC	Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IF	Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida
IMII	Institut des maladies infectieuses et immunitaires
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PrEP	Prophylaxie préexposition
RASE	Régimes d'avantages sociaux des employés
RC	Recherche communautaire
RCEV	Réseau canadien pour les essais VIH des IRSC
SC	Santé Canada
S et C	Subventions et contributions
SAC	Services aux Autochtones Canada
SCC	Service correctionnel Canada
SMR	Stratégie de mesure du rendement
SPAC	Services publics et Approvisionnement Canada
VIH/sida	irus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

Résumé

Cette évaluation porte sur les activités réalisées dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida (l'« IF ») entre 2013-2014 et 2017-2018. L'IF représente un investissement annuel moyen de 70 à 78 millions de dollars. L'évaluation a été réalisée afin de répondre aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada.

Description du programme

L'IF est une initiative horizontale à laquelle participent quatre organismes du gouvernement du Canada : l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Services autochtones du Canada (SCI) et Service correctionnel Canada (SCC). L'IF constitue un élément clé de l'approche globale du gouvernement du Canada en matière de VIH/sida. Par l'intermédiaire de ces quatre partenaires fédéraux, l'IF offre du financement aux programmes de prévention et de soutien qui ciblent les populations prioritaires, ainsi que des activités de recherche, de surveillance, de sensibilisation du public et d'évaluation.

Les objectifs de l'IF sont les suivants :

- prévenir l'acquisition et la transmission de nouvelles infections;
- ralentir la progression de la maladie et améliorer la qualité de vie;
- atténuer les répercussions socioéconomiques du VIH/sida; et
- contribuer à l'effort mondial en vue de freiner la propagation de l'infection à VIH et d'atténuer l'incidence de la maladie.

Les activités réalisées dans le cadre de l'IF s'adressent à deux groupes distincts : les populations prioritaires qui sont à risque de contracter le VIH, ou qui en sont atteintes, et les publics cibles composés des personnes et organismes qui viennent en aide à ces populations prioritaires. Les publics cibles comprennent les praticiens en santé publique, les prestataires de soins de santé et les professionnels de la santé de première ligne, les éducateurs, les chercheurs, les universitaires et les stagiaires, ainsi que les réseaux de laboratoires. D'autres intervenants qui participent au programme comprennent des organismes gouvernementaux à tous les niveaux de gouvernement, des organismes communautaires et des partenaires mondiaux.

But et portée de l'évaluation

La portée de cette évaluation couvre la période d'avril 2013 à mars 2018. Les enjeux abordés par cette évaluation comprennent un examen de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience. Une méthode d'évaluation axée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès réalisés par rapport aux résultats prévus, ainsi que pour déterminer s'il y a eu des conséquences imprévues et des leçons retenues.

Les données de l'évaluation ont été recueillies au moyen de diverses méthodes, y compris :

- une analyse de la littérature;
- un examen documentaire, y compris l'examen des données sur la mesure du rendement;
- des entrevues avec des informateurs clés
- des études de cas; et
- un examen des données financières.

Conclusions – Pertinence

Il y a un besoin continu pour le gouvernement fédéral de maintenir ses investissements et ses activités, puisque le VIH/sida demeure un problème de santé publique persistant qui touche de façon disproportionnée les populations prioritaires. La prévention, le diagnostic, les soins et le traitement sont essentiels à la gestion et au contrôle du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Le taux d'incidence estimatif de l'infection à VIH a connu une légère augmentation au Canada depuis 2014; des années supplémentaires de données sont nécessaires pour déterminer si ce taux représente une augmentation réelle en raison des larges éventails plausibles liés à ces estimations. Les taux d'ITSS connexes sont également à la hausse.

Le succès associé au traitement du VIH a donné naissance à une dynamique mondiale visant à éliminer les nouvelles infections. À cette fin, le Canada a appuyé le Programme des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et les stratégies du secteur mondial de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour lutter contre le VIH, l'hépatite virale et les infections transmissibles sexuellement (ITS), dans le but d'éliminer les répercussions des ITSS sur la santé d'ici 2030.

Les activités de l'IF s'harmonisent bien avec le mandat et les autorités juridiques de chacun de ses partenaires fédéraux. Les partenaires et les intervenants externes comprennent bien les rôles et les responsabilités de l'IF. Les intervenants externes considèrent que le gouvernement du Canada joue un rôle important dans la coordination nationale et internationale, ainsi que dans l'application des connaissances en matière de prévention, de soins, de traitement, de soutien et de recherche liés au VIH et aux autres ITSS.

Conclusions – Rendement

Les activités menées par les quatre partenaires dans le cadre de l'IF ont contribué à une plus grande sensibilisation et à l'adoption de meilleures pratiques pour prévenir l'acquisition et la transmission du VIH chez les populations prioritaires et les publics cibles. Par exemple, les populations prioritaires ont bénéficié d'interventions directes (p. ex., dans les établissements correctionnels et dans les réserves) ou d'activités communautaires qui ont accru leurs connaissances et leur sensibilisation. Les publics cibles ont également eu accès à des webinaires, des lignes directrices et d'autres produits de connaissances qui ont accru leurs connaissances et leur sensibilisation.

Les résultats révèlent que les praticiens travaillant dans le domaine de la santé sexuelle connaissent très bien les produits de connaissances élaborés par l'ASPC sur le VIH et les autres ITSS et qu'ils en font grand usage. Toutefois, il existe encore des lacunes parmi les prestataires de soins primaires. Par conséquent, il faudrait étendre la diffusion des produits de connaissances élaborés par l'IF à d'autres réseaux permettant de mieux joindre les prestataires de soins primaires (c.-à-d., les médecins de famille et généralistes), afin que ces derniers puissent se familiariser et utiliser davantage les produits de connaissances sur le VIH et les autres ITSS élaborés par l'ASPC. Les partenaires de l'IF devraient également tenir compte des besoins des intervenants en matière d'information dans les domaines de juridiction partagée entre les responsabilités fédérales et provinciales (p. ex., l'utilisation de la prophylaxie préexposition [PrEP], la disponibilité des tests de dépistage) pour combler les lacunes relativement aux produits de connaissances.

En offrant des services tels que les sciences de laboratoire et un accès au matériel de réduction des méfaits dans les établissements correctionnels, les activités de l'IF ont permis de renforcer la capacité des publics cibles et des populations prioritaires à prévenir et à contrôler les infections à VIH. Les activités communautaires financées par l'IF ont également favorisé des changements de comportement au sein des populations prioritaires par l'adoption de comportements plus sains en matière de sexualité et de consommation de drogues, ainsi qu'en supportant l'arrimage aux soins et aux traitements.

Toutefois, les données recueillies à ce jour sur les activités communautaires financées par l'ASPC indiquent que certaines des populations les plus à risque de contracter le VIH et d'autres ITSS (p. ex., hommes gais ou bisexuels, et hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) n'ont pas été suffisamment touchées au cours des cinq dernières années par les activités offertes dans le cadre des projets communautaires. Depuis 2017, grâce à la mise en œuvre du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C (FIC), l'ASPC a pris des mesures pour relever ce défi en finançant des projets qui présentent le meilleur potentiel d'effet positif. Ainsi, le FIC a donné lieu à de nouvelles priorités, à la priorisation de nouvelles populations et à une nouvelle liste d'activités admissibles¹.

L'ASPC a également mis en œuvre le nouveau Fonds pour la réduction des méfaits qui vise à réduire l'incidence de l'infection à VIH et de l'hépatite C chez les personnes qui partagent le matériel qu'elles utilisent pour s'injecter et inhaler des drogues, soutenant ainsi les interventions communautaires auprès des populations les plus à risque².

Conclusions – Économie et efficacité

L'IF a mis en place, par l'intermédiaire du Comité des centres de responsabilité (CCR), une structure de gouvernance et de surveillance qui favorise l'échange de renseignements et un niveau élevé de collaboration entre les partenaires. L'IF a également mis des mécanismes en place qui permettent aux partenaires de collaborer avec les intervenants. Elle a aussi établi des moyens efficaces pour assurer la consultation des intervenants sur divers dossiers.

Les niveaux élevés de collaboration entre les partenaires fédéraux et la participation d'intervenants externes ont permis à l'IF de mettre sur pied une intervention fédérale perçue par les intervenants internes et externes comme étant généralement cohérente. Certains intervenants, notamment des représentants provinciaux, ont néanmoins relevé des lacunes dans l'intervention globale. Par conséquent, ils ont demandé plus de mesures coordonnées pour combattre la stigmatisation et la discrimination associées à l'infection à VIH et aux autres ITSS, ainsi que de faciliter l'accès aux technologies de dépistage.

Les autorités juridiques de l'IF permettent aux partenaires de lier les programmes de lutte contre le VIH/sida avec d'autres programmes de lutte contre des infections connexes, afin de maximiser l'efficacité des activités et d'assurer une intervention intégrée. Dans ce contexte, les partenaires ont travaillé au cours des cinq dernières années à mieux intégrer les activités de lutte contre le VIH avec celles liées aux autres ITSS connexes et à améliorer les interventions. Bien que la majorité des intervenants aient appuyé cette intégration et accueilli favorablement le nouveau cadre d'action pancanadien sur les ITSS, ils ont besoin de plus de renseignements sur les mesures que les partenaires de l'IF prendront pour atteindre les cibles internationales propres à chaque maladie dans le cadre de cette approche.

L'IF a réussi à mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement (SMR) interne complète et les partenaires de l'IF ont recueilli des données sur le rendement au fil des ans. L'utilisation de ces données pour la prise de décisions est toutefois limitée, car aucun résumé de ces données n'a été compilé ces dernières années. La détermination des renseignements essentiels aiderait à réduire les données recueillies par l'entremise de la SMR et des outils qui y sont associés. Il serait ainsi plus facile de résumer les données sur le rendement et d'en maximiser l'utilisation.

Recommandations

Recommandation 1 (pour tous les partenaires de l'IF)

Déterminer de quelle façon les investissements fédéraux contribueront à l'atteinte des buts énoncés dans le Cadre d'action pancanadien sur les ITSS, y compris la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées aux ITSS, et l'orientation des investissements vers les populations qui affichent la plus forte prévalence d'ITSS. Communiquer cette information aux intervenants externes et aux Canadiens.

Le Cadre d'action pancanadien sur ITSS prévoit une approche globale et complète pour favoriser l'atteinte des cibles internationales de lutte contre les ITSS. L'intégration des interventions du gouvernement fédéral en matière d'infections à VIH et d'ITSS est bien accueillie. Toutefois, les intervenants internes et externes ne sont pas certains des mesures qui seront prises par les partenaires fédéraux en vertu de ce cadre et ont besoin de plus de précisions sur les mesures que les partenaires de l'IF prendront pour atteindre les cibles internationales propres à chaque maladie. Des informations supplémentaires sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées aux ITSS, ainsi que des informations sur l'orientation des investissements vers les populations les plus touchées par les ITSS sont nécessaires.

Recommandation 2 (pour l'ASPC)

Explorer l'établissement de partenariats et de mécanismes pour faciliter la diffusion et l'adoption produits de connaissances sur les ITSS.

Les praticiens de la santé sexuelle connaissent et utilisent très bien les produits de connaissances actuels sur le VIH et les ITSS connexes. Néanmoins, pour augmenter les chances d'accéder aux cas non diagnostiqués, les partenaires de l'IF doivent travailler avec d'autres intervenants clés afin d'atteindre des niveaux plus élevés de sensibilisation et d'adoption des connaissances sur le VIH et les ITSS connexes chez tous les publics cibles désignés, y compris les praticiens de soins primaires, et d'en accroître l'utilisation par ces derniers. Les partenaires de l'IF devraient également se pencher davantage sur les façons dont ils pourraient mieux favoriser l'adoption des produits de connaissances dans les domaines de compétence partagée entre le gouvernement fédéral et les provinces (p. ex. conseils relatifs à l'utilisation de la PrEP, accès aux technologies de dépistage), car il existe des lacunes dans ces domaines.

Recommandation 3 (pour tous les partenaires de l'IF)

Améliorer l'utilisation de l'information sur le rendement en simplifiant les indicateurs dans le cadre de la stratégie actuelle de mesure du rendement afin de permettre l'établissement de rapports annuels sur les résultats.

L'IF a réussi à mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement (SMR) interne complète et les partenaires de l'IF recueillent des données sur le rendement depuis plusieurs années. Bien que l'ASPC ait réussi à s'acquitter de son obligation de rendre compte de l'IF au moyen du Rapport ministériel sur les résultats, les partenaires de l'IF souhaiteraient qu'un rapport annuel interne soit produit pour surveiller les progrès et faciliter la prise de décisions. Simplifier les indicateurs de la SMR et de veiller à ce que chaque partenaire de l'IF soit en mesure de recueillir les données requises faciliterait la rédaction d'un rapport annuel.

Réponse de la direction et plan d'action

Évaluation horizontale de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada

Avec la mise en œuvre du Cadre d'action pancanadien sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) en juin 2018, le gouvernement du Canada a fait part de son intention d'intégrer ses interventions relatives au VIH à ses interventions liées aux autres ITSS. Dans ce contexte, les recommandations et les plans d'action présentés ci-dessous s'appliquent non seulement à l'évaluation de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, mais aussi à l'évaluation des activités de l'Agence de la santé publique du Canada liées à l'hépatite virale et aux infections transmissibles sexuellement, qui a été réalisée en même temps.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette et en donner la raison.	Indiquer la ou les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation.	Indiquer les principaux livrables.	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque livrable.	Indiquer le cadre supérieur et le directeur (niveaux SMA et DG) responsables de la mise en œuvre de chaque livrable.	Indiquer les ressources humaines ou financières requises pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget additionnel ou existant)
Recommandation 1 : Déterminer de quelle façon les investissements fédéraux contribueront à l'atteinte des buts énoncés dans le Cadre d'action pancanadien sur les ITSS, y compris la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées aux ITSS, et l'orientation des investissements vers les populations qui affichent la plus	La direction approuve la recommandation.	Élaborer et mettre en œuvre le Plan d'action du gouvernement du Canada sur les ITSS qui présentera les mesures qui seront prises par les partenaires de l'initiative fédérale et autres ministères du gouvernement du Canada pour faciliter l'atteinte des buts du Cadre d'action pancanadien sur les ITSS.	a) Plan d'action fédéral sur les ITSS b) Rapport d'étape du gouvernement fédéral	Publication du plan d'action sur les ITSS du gouvernement du Canada d'ici juin 2019 Juin 2021	Responsable : vice-président de la DGPCMI DG, CLMTI, ASPC Avec le soutien et la contribution des partenaires fédéraux	Utilisation des équivalents temps plein (ETP) et du budget de fonctionnement et d'entretien (F et E) existants

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette et en donner la raison.	Indiquer la ou les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation.	Indiquer les principaux livrables.	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque livrable.	Indiquer le cadre supérieur et le directeur (niveaux SMA et DG) responsables de la mise en œuvre de chaque livrable.	Indiquer les ressources humaines ou financières requises pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget additionnel ou existant)
forte prévalence d'ITSS. Communiquer cette information aux intervenants externes et aux Canadiens.						
Recommandation 2 : Explorer l'établissement de partenariats et de mécanismes pour faciliter la diffusion et l'adoption produits de connaissances sur les ITSS.	La direction approuve la recommandation.	Élaborer une stratégie qui présente les options et les recommandations visant à améliorer et faciliter l'adoption des produits de connaissances liés aux ITSS y compris des activités ciblées pour différents groupes d'intervenants comme les fournisseurs de soins de première ligne, et indiquer les principaux intervenants et partenaires qui pourraient appuyer l'élaboration et la mobilisation des principaux produits.	Stratégie de mobilisation des connaissances	Décembre 2019	Vice-président de la DGPCMI Directeur général du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections	Utilisation des ETP et du budget F et E existants

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette et en donner la raison.	Indiquer la ou les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation.	Indiquer les principaux livrables.	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque livrable.	Indiquer le cadre supérieur et le directeur (niveaux SMA et DG) responsables de la mise en œuvre de chaque livrable.	Indiquer les ressources humaines ou financières requises pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget additionnel ou existant)
Recommandation 3 : Améliorer l'utilisation de l'information sur le rendement en simplifiant les indicateurs dans le cadre de la stratégie actuelle de mesure du rendement afin de permettre l'établissement de rapports annuels sur les résultats.	La direction approuve la recommandation.	Réviser la stratégie de mesure du rendement sur les ITSS aux fins d'aligner avec le Plan d'action sur les ITSS du gouvernement du Canada et avec le Cadre FPT des indicateurs des ITSS approuvés.	a) Cadre sur les indicateurs des ITSS b) Stratégie et indicateurs de mesure du rendement des ITSS révisés	Mars 2020 Mars 2021	Vice-président de la DGPCMI DG, CLMTI Autres partenaires fédéraux	Utilisation des ETP et du budget F et E existants

1.0 But de l'évaluation

Cette évaluation porte sur les activités réalisées par les quatre ministères et organismes (partenaires) financés dans le cadre de l'Initiative fédérale (IF) de lutte contre le VIH/sida : l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Services autochtones du Canada (SCI) et Service correctionnel Canada (SCC). L'évaluation a examiné la pertinence, le rendement et l'efficacité des activités menées dans le cadre de l'IF pour la période d'avril 2013 à mars 2018.

L'évaluation a été réalisée conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada.

L'évaluation traite également de la publication du Cadre d'action pancanadien sur les ITSS en juin 2018, même s'il ne fait pas partie de la période visée par la présente évaluation, puisqu'il définit l'avenir du programme intégré de lutte contre les ITSS, qui englobera les activités menées par les partenaires de l'IF relativement au VIH.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

Le gouvernement du Canada lutte de façon proactive contre l'épidémie nationale de sida depuis plus de 30 ans. En 1990, la Stratégie nationale sur le sida a permis au gouvernement de déployer un effort coordonné. Elle a été remplacée en 1998 par la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

En 2004, le ministre de la Santé a réitéré l'engagement continu du gouvernement du Canada à lutter contre le VIH lorsqu'il a annoncé l'intensification et l'expansion de l'intervention fédérale par la création de l'Initiative fédérale (IF) de lutte contre le VIH/sida au Canada, qui a été lancée officiellement en janvier 2005.

Par l'entremise de l'IF, l'ASPC, les IRSC, SAC et le SCC collaborent avec d'autres ministères du gouvernement du Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux, des organismes non gouvernementaux, des chercheurs, des professionnels de la santé publique et des soins de santé et les populations prioritaires affectées de façon disproportionnée par le VIH/sida dans cinq secteurs d'activité fédérale :

- programmes et politiques;
- développement du savoir;
- communications et marketing social;
- coordination, planification, évaluation et établissement de rapports;
- collaboration internationale.

Puisque les facteurs de risque et les modes de transmission du VIH sont les mêmes que ceux des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les partenaires de l'IF ont progressivement adopté une approche intégrée pour lutter contre le VIH et les autres ITSS.

2.2 Profil du programme

L'IF constitue un élément clé de l'approche globale du gouvernement du Canada en matière de VIH/sida. L'IF finance des programmes de prévention et de soutien qui ciblent les populations prioritaires, ainsi que des activités de recherche, de surveillance, de sensibilisation du public et d'évaluation.

Les objectifs de l'IF sont les suivants :

- prévenir les infections et leur transmission;
- ralentir la progression de la maladie et améliorer la qualité de vie;
- atténuer les répercussions sociales et économiques du VIH/sida;
- contribuer aux efforts mondiaux en vue de réduire la propagation du VIH et d'atténuer les répercussions de la maladie.

Les activités réalisées dans le cadre de l'IF s'adressent à deux groupes distincts : les populations prioritaires qui sont à risque de contracter le VIH ou qui en sont atteintes, et les publics cibles, soit les personnes et les organismes qui viennent en aide aux populations prioritaires. Les publics cibles comprennent les praticiens en santé publique, les professionnels et les fournisseurs de soins de santé de première ligne, les éducateurs, les chercheurs, les universitaires et les stagiaires étudiants, ainsi que les réseaux de laboratoires.

2.3 Partenaires et gouvernance

Les rôles et responsabilités sont répartis entre les quatre partenaires de l'IF, chacun ayant des mandats et des responsabilités spécifiques.

- L'APSC est l'autorité fédérale responsable des dossiers liés au VIH. Elle veille aux travaux scientifiques en laboratoire, à la surveillance, à l'élaboration de programmes, à la transmission des connaissances, à la sensibilisation du public, à l'orientation des professionnels de la santé ainsi qu'à la collaboration et à la coordination mondiales.
- Les IRSC sont responsables de la recherche dans le domaine de la santé. Ils appuient la production de nouvelles connaissances scientifiques et favorisent leur application en vue d'améliorer la santé, de mettre en place des services et des produits de santé plus efficaces et de renforcer le système de santé canadien.
- SAC, par l'entremise de sa Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), appuie la prévention des ITSS ainsi que l'éducation et la sensibilisation à leur sujet. Le nouveau ministère encourage le renforcement des capacités communautaires et facilite l'accès au diagnostic, aux soins, aux traitements

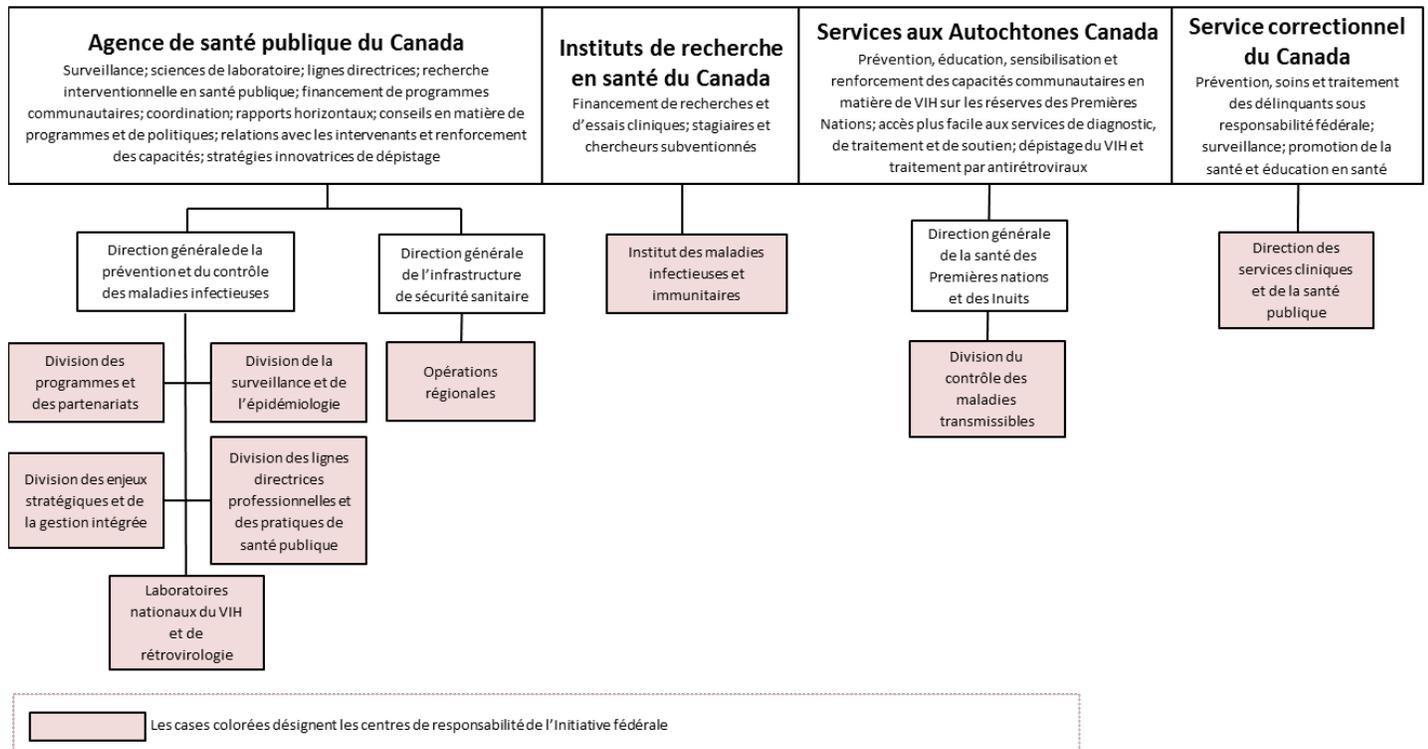
et à un soutien de qualité en matière de VIH et de sida pour les Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités inuites au sud du 60e parallèle. Avant la création de SAC en 2017, ces rôles et responsabilités étaient assumés par Santé Canada (SC).

- Le SCC, un organisme du portefeuille de la Sécurité publique, fournit des services de santé aux détenus incarcérés dans les établissements fédéraux, y compris des services liés à la prévention, au diagnostic, aux soins et au traitement du VIH et des autres ITSS.

Les quatre partenaires divisent le travail de l'IF par centre de responsabilité, chacun ayant des rôles, des responsabilités et des contributions distincts à l'atteinte des objectifs de l'IF. Le Comité des centres de responsabilité (CCO) est l'organisme de gouvernance de l'IF. Il est présidé par un représentant de l'ASPC et composé du directeur ou du directeur général des neuf centres de responsabilité énumérés par les quatre partenaires de l'IF. Le CCO vise à favoriser la cohérence des politiques et des programmes entre les ministères et les agences participants et à s'assurer que les exigences en matière d'évaluation et d'établissement de rapports sont respectées.

La figure 1 illustre les neuf centres de responsabilité de l'IF. Une description détaillée des responsabilités associées à chaque centre est présentée à l'annexe 1.

Figure 1 : Centres de responsabilité de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida dans du Canada



2.4 Évaluations précédentes

L'IF a déjà fait l'objet d'une évaluation en 2014 qui couvrait la période de 2008–2009 à 2012–2013. L'évaluation a révélé qu'il fallait :

- améliorer la planification conjointe du travail et l'établissement des priorités;
- améliorer l'échange et l'application des connaissances en favorisant les activités de transfert des connaissances et la mise en œuvre de pratiques prometteuses;
- renforcer les activités qui visent à éliminer les obstacles à la prévention, au diagnostic, aux soins, au traitement et au soutien; et
- améliorer la collecte et l'utilisation des données à l'interne, y compris la surveillance et l'ajustement en vue d'une amélioration continue, et mettre à jour le modèle logique et la stratégie de mesure du rendement en fonction de l'évolution de l'IF.

2.5 Exposé du programme

L'IF vise à atteindre deux types de résultats : des résultats de mise en œuvre et des résultats de gouvernance.

Les résultats de mise en œuvre de l'IF découlent de ses quatre activités principales, soit :

- le développement du savoir;
- l'application, la synthèse et l'échange des connaissances;
- l'élaboration de politiques et de programmes de financement; et
- des interventions en santé publique.

Certaines de ces activités sont réalisées directement par le gouvernement du Canada, tandis que d'autres sont accomplies par des organismes qui reçoivent des subventions et du financement sous forme de contributions. Grâce à ces activités, l'IF cherche à atteindre les résultats de mise en œuvre suivants :

- connaissance et sensibilisation accrue des moyens de prévenir l'acquisition et de contrôler la transmission du VIH;
- renforcement des capacités (aptitudes, compétences et habiletés) pour les populations prioritaires et les publics cibles;
- amélioration de l'adoption et de la mise en application des connaissances et des pratiques en santé publique; et
- adoption accrue de comportements personnels qui préviennent l'acquisition et la transmission du VIH.

Les résultats de gouvernance de l'IF découlent d'activités qui favorisent la planification conjointe et l'engagement entre les quatre partenaires de l'IF, ainsi que la collaboration avec les intervenants externes. Grâce à ces activités, l'IF cherche à atteindre les résultats suivants :

- solide gouvernance horizontale et une coordination entre les partenaires;
- mobilisation accru en vue d'améliorer l'intervention fédérale;
- meilleur intégration des activités liées au VIH et aux ITSS et d'autres activités clés pertinentes afin d'améliorer l'intervention fédérale; et
- cohérence accrue de l'intervention fédérale.

En fin de compte, toutes les activités et tous les résultats de l'IF visent à réduire l'acquisition et la transmission des infections à VIH.

Le modèle logique du programme (voir l'annexe 2) décrit le lien entre les domaines d'activité et les résultats prévus. L'évaluation a permis de déterminer dans quelle mesure les résultats définis en matière de mise en œuvre et de gouvernance ont été atteints.

2.6 Ressources du programme

Le tableau 1 présente les dépenses totales prévues par les quatre partenaires de l'IF de 2013-2014 à 2017-2018. Dans l'ensemble, les dépenses prévues de l'IF étaient de 358 millions de dollars sur cinq ans.

Tableau 1 : Dépenses prévues de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida de 2013-2014 à 2017-2018 (en dollars)

Année	Subventions et contributions (S et C)	Fonctionnement et entretien (F et E)/capital ^a	Salaires ^b	Total
2013-2014	46 288 601	10 847 017	15 129 562	72 265 180
2014-2015	45 103 056	10 416 493	14 660 086	70 179 635
2015-2016	46 161 310	8 736 597	15 607 779	70 505 687
2016-2017	46 411 662	10 467 038	15 721 300	72 600 000
2017-2018	46 835 758	9 832 797	15 931 445	72 600 000
Total	230 800 387	50 299 942	77 050 172	358 150 501

Source : Données financières fournies par la Direction générale du dirigeant principal des finances (DGDPF).

Remarques : ^a F et E/capital comprend les coûts des locaux de Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC).

^b Les salaires incluent les cotisations versées aux régimes d'avantages sociaux des employés (RASE)

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

La portée de cette évaluation porte vise les activités réalisées entre avril 2013 et mars 2018. Les questions faisant l'objet de l'évaluation sont conformes à la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada. Il s'agit notamment de l'évaluation de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience. Le processus d'évaluation a été guidé par l'examen des questions fondamentales et de questions précises élaborées en consultation avec les responsables du programme.

Une approche fondée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès réalisés quant à l'atteinte des résultats prévus et pour relever les conséquences imprévues et les leçons retenues.

Les données de l'évaluation ont été recueillies au moyen de diverses méthodes, notamment :

- une revue de la littérature;
- l'examen des documents, y compris un examen des données sur la mesure du rendement;
- des entrevues avec des informateurs clés
- des études de cas;
- l'examen des données financières.

Des détails plus précis sur les méthodes de collecte et d'analyse des données figurent à l'annexe 3. Les données ont été analysées par la triangulation de l'information recueillie selon les diverses méthodes énumérées ci-dessus. Le recours à diverses sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations se heurtent à des contraintes qui peuvent avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité de leurs constatations et conclusions. Le tableau 2 présente les contraintes avec lesquelles il a fallu composer lors de l'application des méthodes retenues pour les besoins de cette évaluation. Les stratégies d'atténuation mises en œuvre afin que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés en toute confiance pour orienter la planification du programme et la prise de décisions y figurent également.

Tableau 2 : Contraintes et stratégies d'atténuation

Contrainte	Incidence	Stratégie d'atténuation
<p>Collecte de données brutes limitée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance à l'examen des documents du programme et aux données secondaires. La collecte de données brutes s'est limitée aux entrevues réalisées avec des informateurs clés. • Les bénéficiaires directs du financement n'ont pas été consultés dans le cadre de la collecte de données brutes. Plus d'entrevues réalisées avec ces intervenants auraient pu permettre de se faire une meilleure idée quant au rendement de l'Initiative. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des méthodes de triangulation ont été utilisées pour corroborer les constatations clés, telles qu'une revue de la littérature et des entrevues réalisées avec des informateurs clés. • L'IF a évalué les activités au fil du temps, notamment grâce aux renseignements obtenus directement des personnes participant aux activités qu'elle finance. Ces données ont été utilisées par l'équipe d'évaluation. • Grâce à la revue de la littérature, à l'examen des documents et aux entrevues réalisées avec des informateurs clés, les évaluateurs sont parvenus à une compréhension générale de ces questions.
<p>Les entrevues avec les informateurs clés sont de nature rétrospective</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les entrevues sont de nature rétrospective, fournissant une perspective récente sur des activités passées. Ceci peut affecter la validité des évaluations d'activités ou de résultats qui peuvent avoir changé au fil du temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • La triangulation avec d'autres sources de données a permis de corroborer les données recueillies lors des entrevues ou de fournir des renseignements supplémentaires sur ces dernières. • L'examen des documents a permis d'acquérir des connaissances organisationnelles.
<p>Limites des données sur le rendement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • absence de repères, de données de référence et de cibles • données de sortie plus solides que les données sur les résultats 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans repères ni cibles, il a été difficile d'évaluer la réussite de l'atteinte des résultats. • Dans de nombreux cas, même si une quantité considérable de données sur la mesure du rendement étaient disponibles, il a été difficile d'évaluer l'atteinte des résultats. Il y avait moins de mesures d'extrants disponibles que de mesures d'activités et de résultats, réduisant quelquefois la capacité d'évaluer les preuves de l'atteinte des résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les rapports sur le rendement ont été exploités pleinement et ont permis d'obtenir des indications quant à l'atteinte des résultats. En l'absence d'information, la triangulation des données probantes provenant de la revue de la littérature, de l'examen des documents et des informateurs clés a permis de valider les conclusions et de fournir des preuves supplémentaires de l'atteinte des résultats.
<p>Certains indicateurs clés du rendement ont été mis à jour ou modifiés au cours de la période visée par l'évaluation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse des données sur les indicateurs clés au fil du temps n'a pas été possible, ce qui a limité la capacité d'évaluer si des progrès avaient été réalisés au fil des ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse a été effectuée à l'aide des données disponibles, et une prudence de ne pas en extrapoler la signification. • Dans la mesure du possible, les données ont été triangulées avec d'autres sources de données.

4.0 Résultats

4.1 Pertinence

Les investissements consentis par le gouvernement fédéral sont toujours nécessaires puisque le VIH/sida demeure un problème de santé publique persistant qui touche de façon disproportionnée les populations prioritaires. L'évaluation a révélé que les activités de l'IF concordent bien avec l'engagement du gouvernement du Canada à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. De plus, le travail effectué dans le cadre de l'IF s'harmonise bien avec le mandat législatif de chacun des partenaires fédéraux.

Besoin continu

À la fin de 2016, on estimait que 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH/sida dans le monde³. Bien que le fardeau du VIH/sida au Canada soit faible comparativement à celui des pays en développement, les estimations nationales canadiennes sur le VIH à la fin de 2016 indiquent que le VIH demeure un problème de santé publique persistant qui touche de façon disproportionnée certains groupes de personnes, notamment les populations prioritaires.

En 2016, le nombre de nouvelles infections au VIH au Canada a augmenté par rapport aux taux de 2014. Le taux d'incidence estimatif au Canada s'élevait à 6,0 pour 100 000 habitants comparativement à 5,5 par 100 000 habitants en 2014⁴. Ce taux d'incidence est le plus élevé des cinq dernières années. Toutefois, en raison d'un grand éventail plausible d'estimations pour les périodes les plus récentes, il n'est pas clair si ce taux représente une augmentation réelle du nombre sous-jacent de nouvelles infections. L'augmentation du nombre de cas pourrait s'expliquer par une hausse des tests de dépistage provenant de la mise en œuvre de nouvelles initiatives de dépistage provinciales visant à atteindre les populations non diagnostiquées⁵. C'est que le dépistage fréquent du VIH fait augmenter le nombre de nouveaux diagnostics de VIH, lesquels peuvent influencer l'estimation modélisée de l'incidence du VIH⁶. Des années de données supplémentaires seront nécessaires pour déterminer si ce taux représente une hausse réelle de l'incidence du VIH⁷.

On estime que 63 110 personnes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2016, ce qui représente une augmentation de cinq pour cent de la prévalence depuis 2014⁸. L'augmentation de la prévalence peut être attribuée à une plus grande espérance de vie en raison de traitements efficaces, ainsi qu'à l'augmentation du nombre de cas signalés.

Certaines populations sont plus susceptibles d'être infectées par le VIH que d'autres. Les hommes gais ou bisexuels et hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) représentaient plus de la moitié (52,5 %) de tous les nouveaux cas d'infection à VIH en 2016, même s'ils ne représentaient qu'environ deux à trois pour cent de la population d'hommes adultes. Les Autochtones et les populations provenant de pays où le VIH est endémique continuent d'être surreprésentés dans l'épidémie de VIH au Canada⁹.

Puisque les taux augmentent légèrement au fil du temps et que certaines populations sont plus susceptibles d'être infectées que d'autres, le gouvernement du Canada doit de toute évidence poursuivre ses efforts pour lutter contre le VIH au Canada.

L'évaluation a également permis de constater le besoin continu de recherche sur le VIH/sida. Bien que des progrès importants aient été réalisés en matière de traitement au cours des 20 dernières années, la recherche d'un remède demeure une priorité pour les personnes qui vivent avec le VIH. De plus, étant donné que les personnes séropositives vivent plus longtemps avec la maladie, il faut mener des études plus poussées sur le vieillissement avec le VIH et comprendre l'incidence que peuvent avoir diverses comorbidités.

En plus du besoin continu de lutter contre le VIH, l'évaluation précédente de l'Initiative fédérale a révélé l'existence d'un mouvement international, au cours de la dernière décennie, visant à adresser le VIH de façon intégrée avec les autres ITSS plutôt qu'en isolation¹⁰. Ce mouvement d'intégration se poursuit puisque ces infections ont des caractéristiques communes, tels les modes de transmission, les populations à risque et les comportements à risque. Elles partagent également des facteurs de risque sociaux et structurels, comme la consommation d'alcool et d'autres drogues, de faibles niveaux de revenu et un soutien social limité. Le mouvement d'intégration peut également être lié à une approche plus généralement intégrée de la maladie qui reconnaît les multiples facteurs biologiques et sociaux qui contribuent au fardeau excessif de la maladie au sein de certaines populations¹¹.

Dans ce contexte, l'ASPC a dirigé l'élaboration du Cadre d'action pancanadien sur les ITSS en consultation avec les populations touchées, les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones, ainsi qu'avec une vaste gamme d'intervenants. Ce cadre établit une approche globale et complète permettant au Canada de respecter son engagement relativement aux cibles internationales de lutte contre les ITSS, y compris le VIH. Le cadre a été officiellement appuyé en juin 2018 par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux¹².

Harmonisation avec les priorités

En 2015, le Programme des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont établi des cibles internationales qui, si elles sont atteintes, pourraient mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Ces cibles incluent les cibles 90-90-90, qui stipulent que d'ici 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique, 90 % des personnes ayant reçu un diagnostic de VIH suivront un traitement antirétroviral et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral auront obtenu une suppression de la charge virale¹³. L'atteinte de ces cibles contribuera à éradiquer le VIH puisque les études révèlent que les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement, reçoivent des soins réguliers et maintiennent une charge virale indétectable ne transmettent pas le VIH à leurs partenaires sexuels ni à leur bébé durant la grossesse ou l'accouchement¹⁴.

Lors de la Journée mondiale du sida de 2015, le ministre de la Santé a appuyé les cibles internationales d'ONUSIDA et de l'OMS et s'est engagé à s'efforcer de les atteindre au Canada¹⁵. La première estimation du Canada a été présentée à partir des données de 2014.

On a estimé qu'en 2014, 84 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur état sérologique, 78 % des personnes ayant reçu un diagnostic suivaient un traitement antirétroviral et 89 % des personnes qui suivaient un traitement présentaient une suppression de la charge virale¹⁶.

Le Canada a fait des progrès dans l'atteinte des trois cibles 90-90-90. On a estimé qu'en 2016, 86 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur état sérologique, 81 % des personnes ayant reçu un diagnostic suivaient un traitement antirétroviral et 91 % des personnes qui suivaient un traitement présentaient une suppression de la charge virale¹⁷. Malgré les progrès réalisés, il faut encore déployer des efforts pour lutter contre le VIH au Canada.

Harmonisation avec les rôles

L'évaluation a révélé que le travail effectué dans le cadre de l'IF s'harmonise bien avec le mandat prescrit par la loi de chacun des partenaires fédéraux. Les documents examinés, y compris les autorités juridiques du programme, ont révélé que le gouvernement du Canada est responsable de ce qui suit :

- les sciences et les services de laboratoire de santé publique;
- la surveillance;
- l'élaboration de documents d'orientation en matière de pratique en santé publique;
- la synthèse des connaissances;
- l'élaboration de politiques relatives aux programmes;
- le renforcement des capacités;
- la sensibilisation, l'éducation et la prévention pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves, les Inuits et les détenus sous responsabilité fédérale;
- l'élaboration de nouvelles connaissances grâce au financement de la recherche;
- la prestation de services de santé publique et de services de santé aux détenus sous responsabilité fédérale; et
- le soutien d'activités communautaires au moyen de financement par subventions et de contributions.

Plusieurs informateurs clés externes interrogés estiment que le gouvernement du Canada a un rôle important à jouer dans la coordination nationale et l'application des connaissances en matière de prévention, de soins, de traitement, de soutien et de recherche sur le VIH/sida. Ces rôles ont été bien communiqués et bien compris par les intervenants externes. De toute évidence, il existe un certain chevauchement entre le rôle du gouvernement du Canada et celui d'autres intervenants, mais ce chevauchement est perçu comme complémentaire plutôt qu'inutile. Par exemple, la plupart des informateurs clés ont compris que le rôle des provinces est de soutenir la prestation de soins de santé directs et le traitement du VIH, de l'hépatite C et d'autres ITSS, tandis que les rôles fédéraux sont liés à la prévention et à la promotion de la santé. Dans certains domaines, les rôles des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral se chevauchent. Par exemple, les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement du Canada peuvent élaborer des stratégies pour atteindre les cibles en matière de VIH/sida. Les informateurs clés ont indiqué qu'il s'agissait d'une complémentarité plutôt que d'un dédoublement, car l'orientation stratégique cadrerait avec les

objectifs communs et reflétait les différents domaines de responsabilité et priorités propres à une juridiction donnée.

Bien que la distinction entre les rôles fédéral, provinciaux et territoriaux était bien comprise, certains étaient d'avis que cette distinction était artificielle compte tenu du rôle du traitement comme outil de prévention. Certains informateurs clés, dont quelques représentants provinciaux, ont exprimé la nécessité pour le gouvernement du Canada de faire la promotion des traitements préventifs, comme la prophylaxie préexposition (PrEP). Des études ont démontré que la PrEP réduisait jusqu'à 92 % le risque de contracter le VIH chez les hommes gais ou bisexuels, et HARSAH et les hommes et femmes hétérosexuels qui prenaient régulièrement le médicament, comparativement à ceux qui ne le prenaient pas¹⁸.

4.2 Rendement – Atteinte des résultats de mise en œuvre

Théorie du programme

L'IF contribue à la réduction de l'acquisition et la transmission de nouvelles infections à VIH. La première étape pour y parvenir consiste à accroître la sensibilisation et les connaissances. Lorsque les populations prioritaires et les publics cibles sont informés des modes de transmission et d'infection, ils sont mieux équipés pour se protéger et protéger les autres. Lorsque les populations prioritaires et les publics cibles appliqueront les connaissances qu'ils ont acquises, ils adopteront des comportements pour se protéger et protéger ceux qui sont à risque de contracter le VIH. Ce sont ces changements de comportement qui ultimement entraîneront une diminution des taux d'acquisition et de transmission du VIH.

Chacun des quatre partenaires de l'IF mène des activités qui contribuent aux résultats dans les domaines suivants : la sensibilisation et les connaissances accrues, l'utilisation et l'application des connaissances, le renforcement des capacités et l'encouragement de changements de comportement. Ces activités varient en fonction du ministère et de son mandat, ainsi que des besoins des populations qu'il sert. Chaque ministère contribue ultimement à réduire l'acquisition et la transmission de nouvelles infections à VIH.

4.2.1 Agence de la santé publique du Canada

Les activités de l'ASPC ont contribué à accroître la sensibilisation et la connaissance des moyens de prévenir l'acquisition et la transmission du VIH chez les publics cibles et les populations prioritaires. Les activités de l'ASPC ont également contribué à l'adoption et à l'application des connaissances dans les pratiques de santé publique et de santé sexuelle. Il existe néanmoins des possibilités de promouvoir davantage l'application des connaissances en étendant la portée des produits de connaissances développés par l'IF.

Au cours des cinq années visées par l'évaluation, l'ASPC a mené diverses activités qui ont accru la sensibilisation et les connaissances. Par exemple, elle a collaboré avec des partenaires mondiaux pour promouvoir l'utilisation de son outil de modélisation afin d'améliorer les calculs des estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, ainsi que

de la proportion de cas non diagnostiqués. L'outil a été approuvé par le Groupe de référence de l'ONUSIDA. Par conséquent, il sera incorporé au logiciel Spectrum de l'ONUSIDA pour l'estimation mondiale du VIH utilisé par d'autres gouvernements aux niveaux national et international, ainsi que par des universitaires et des chercheurs¹⁹.

De plus, au cours de la même période, l'ASPC a publié divers documents pour informer les publics cibles. Il s'agissait notamment de lignes directrices sur le dépistage du VIH, de rapports de surveillance de routine, de rapports de surveillance accrue et du document *Actualités en épidémiologie*, ainsi que d'études et de présentations à des fins de conférences. De plus, plus de 18 webinaires sur le VIH ont été offerts par l'ASPC entre 2013–2014 et 2017–2018. Les données d'entrevue ont indiqué que les produits de connaissances et les webinaires de l'ASPC sur le VIH étaient informatifs et appréciés.

Les résultats d'un sondage mené en 2016 révèlent qu'en plus d'accroître les connaissances des publics cibles, l'ASPC a également contribué à l'adoption et à l'application des connaissances sur le VIH dans la pratique en santé publique²⁰. On a constaté que, parmi les répondants qui connaissaient le *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH* de l'ASPC, plus de 80 % ont déclaré avoir intégré les recommandations du guide dans leur pratique. Les données de l'enquête ont également révélé que, bien que l'adoption du guide ait été élevée chez les personnes travaillant en santé sexuelle, elle a été faible chez les praticiens de soins primaires (c.-à-d. les médecins de famille ou généralistes qui ne possèdent pas cette spécialisation).

Les organismes communautaires financés par l'ASPC ont recueilli des données qui ont démontré une sensibilisation et une connaissance accrues des populations prioritaires et des publics cibles qui ont participé aux activités qu'ils offrent. Entre 75 % et 89 % des participants, selon l'année, ont déclaré avoir accru leurs connaissances à la suite de leur participation à une activité offerte. De plus, les données recueillies sur les activités visant à réduire la stigmatisation de la part des prestataires de services ont montré que ces activités ont permis d'accroître la sensibilisation et les connaissances des participants et ont contribué à modifier leurs pratiques pour mieux répondre aux besoins des populations prioritaires avec lesquelles ils interagissent.

Le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) est le courtier officiel du savoir sur le VIH et l'hépatite C au Canada. Il est financé en partie par l'ASPC. CATIE informe les prestataires de soins de santé et de services communautaires des progrès scientifiques et des pratiques exemplaires liées à ces ITSS²¹. Par l'entremise de CATIE, l'ASPC a contribué à accroître les connaissances et la sensibilisation des populations prioritaires et des publics cibles. Les interactions avec CATIE ont également amené les publics cibles à utiliser ces connaissances dans leur pratique. Par exemple, une enquête nationale menée par CATIE en 2017 auprès des travailleurs de première ligne a révélé que 96 % des répondants ont déclaré que les services et les ressources du courtier du savoir leur avaient permis d'accroître leurs connaissances sur le VIH²². De plus, 91 % des répondants ont déclaré utiliser l'information fournie par le courtier du savoir pour éduquer ou informer les clients, les professionnels de la santé, les collègues et les membres du public²³. Le même sondage a également révélé que 77 % des prestataires de services de première ligne interrogés avaient eu recours aux programmes, aux services, aux outils et aux ressources du courtier du savoir pour modifier

leurs pratiques de travail et mettre en œuvre ou modifier leurs programmes. Quelques exemples précis de changements apportés comprennent l'amélioration des conseils, de l'éducation des patients et de la communication avec les clients.

Lacunes en matière d'information

Certains intervenants interrogés ont également exprimé le besoin pour l'ASPC de favoriser davantage, dans les limites de son rôle, l'adoption et l'application de nouvelles connaissances (p. ex., les nouvelles technologies d'analyse, les technologies préventives comme la PrEP), soit en publiant des guides, soit en appuyant les guides publiés par d'autres. Certains ont également déclaré que les guides fédéraux fournissent souvent aux intervenants l'impulsion supplémentaire dont ils ont besoin pour appliquer les nouvelles connaissances dans leurs propres pratiques.

Les résultats d'un sondage mené en 2018 ont également permis de cerner les besoins d'information liés aux lacunes en matière de sensibilisation et connaissances des Canadiens concernant le VIH. Par exemple, seulement 26 % des Canadiens savaient qu'une personne séropositive sous traitement ayant obtenu une suppression virale ne peut pas transmettre le virus aux autres. Les résultats du même sondage ont également révélé que 84 % des Canadiens ne savent pas ou ne croient pas qu'une pilule, comme la PrEP, peut aider à prévenir l'infection à VIH. L'enquête ne s'est toutefois pas penchée sur la connaissance de la PrEP au sein des populations à risque.

Il a été démontré que les activités de l'ASPC ont renforcé la capacité des publics cibles et des populations prioritaires et favorisé des changements de comportement chez les personnes. Il est possible d'accroître davantage l'efficacité globale des activités de l'ASPC en veillant à ce qu'elles atteignent adéquatement les populations prioritaires les plus touchées.

Les documents du programme montrent qu'au fil des ans, les laboratoires de l'ASPC ont aidé à renforcer la capacité des laboratoires cliniques au Canada et à l'étranger. En 2015, l'ASPC a de nouveau reçu une accréditation en tant que laboratoire mondial de l'OMS spécialisé dans la résistance aux médicaments et membre du réseau mondial de surveillance de la résistance du VIH aux médicaments (HIVResNet) de l'OMS. À ce titre, l'ASPC a élaboré une série de tests de pharmacorésistance du VIH fondés sur le séquençage à haut débit (SHD), qui permettent à la fois de réduire les coûts de la surveillance de la pharmacorésistance du VIH et d'améliorer grandement la sensibilité des analyses. De plus, l'ASPC a mis au point un système d'analyse de la pharmacorésistance fondé sur le SHD accessible sur le Web, appelé HyDRA, qui permet de traiter les énormes quantités de données de séquençage obtenues par SHD. La technologie a été transférée à plusieurs laboratoires (Brésil, Chili, Mexique et Porto Rico) et une aide a été apportée à un laboratoire du ResNet de l'OMS en Ouganda²⁴.

De plus, les laboratoires de l'ASPC offrent également des programmes d'assurance de la qualité pour les marqueurs (caractéristiques physiologiques) de l'efficacité des soins et des traitements pour le VIH. Ces programmes d'assurance de la qualité ont été offerts à plus de 40 laboratoires au Canada et à plus de 1 400 laboratoires à l'échelle internationale par

l'intermédiaire de son programme d'évaluation de la qualité et de l'uniformisation des mesures immunologiques. Il en résulte une augmentation démontrée de la qualité des tests de dépistage du VIH au Canada et partout dans le monde²⁵.

L'arrimage aux services de dépistage et de soins est essentiel à l'adoption de comportements qui empêchent l'acquisition et la transmission du VIH. Année après année, les projets communautaires ont fait état d'un grand nombre de références vers les services. Cependant, la littérature a montré que l'arrimage aux soins ne suffit pas. Il est également essentiel que les personnes séropositives poursuivent les traitements. Ainsi, on estime qu'entre 11 et 24 % des Canadiens séropositifs cessent de se présenter à leurs rendez-vous de suivi, ce qui les expose à un plus grand risque de complications graves²⁸. Ce problème est particulièrement répandu parmi les populations prioritaires qui font face à des obstacles comme le faible accès aux services, la stigmatisation et la discrimination, la pauvreté, l'insécurité alimentaire, l'itinérance et les problèmes de santé mentale et de toxicomanie²⁹.

En plus d'arrimer les personnes aux soins, certains projets communautaires financés visent à accroître la capacité des populations prioritaires à mieux gérer leur santé. En 2015-2016, les données sur le rendement ont montré que 91 % des participants à ces projets avaient déclaré pouvoir mieux gérer leur santé. Les données sur le rendement ont également montré que, selon l'année, de 75 % à 85 % des participants aux projets communautaires ont déclaré avoir la ferme intention d'adopter les comportements plus sains relativement aux pratiques sexuelles et à la consommation de drogues qu'ils avaient appris dans le cadre des projets.

Bien que les participants aient signalés des résultats positifs à la suite de leur participation à des programmes communautaires, l'évaluation révèle que l'efficacité globale de ces programmes pourrait avoir été inférieure à ce que les données suggèrent en raison de la portée limitée de ces programmes auprès des populations les plus à risque. Ainsi, les hommes gais ou bisexuels, et HARSAH ne représentaient que 10 % et 11 % de la population touchée par les activités menées en 2015-2016 et 2016-2017, bien que les données de surveillance indiquent que cette population représentait plus de 52 % des nouveaux cas de VIH en 2016.

Accroître la capacité des collectivités et l'arrimage aux services de soins

En 2016, alors que plusieurs collectivités autochtones de la Saskatchewan avaient besoin de mieux comprendre l'ampleur des épidémies de VIH et d'hépatite C dans leurs collectivités, elles ont demandé l'aide des laboratoires de l'ASPC pour trouver une intervention de dépistage culturellement appropriée.

La technique utilisée était l'analyse de gouttes de sang séché, une méthode où le sang est prélevé à l'aide d'une piqûre d'épingle sur le doigt d'une personne et ensuite appliqué sur une carte spécialement conçue. Une fois sèche, la carte est simplement envoyée par la poste au laboratoire de l'ASPC où elle est soumise à des tests de dépistage des infections transmissibles par le sang, comme le VIH et l'hépatite C. Le dépistage au moyen de gouttes de sang séché nécessite peu de formation et il est peu invasif. Les informateurs clés ont indiqué que la technologie était très bien acceptée par la population.

Les données recueillies grâce à l'examen des documents et aux entrevues avec les informateurs clés indiquent que cette initiative a permis aux collectivités d'accroître considérablement l'accès au test pour leur population^{26,27}. Les informateurs clés ont également indiqué que les laboratoires de l'ASPC et les autorités locales en matière de santé communautaire ont collaboré pour s'assurer de l'existence d'arrimages appropriés aux services de soins afin que les clients soient traités dès la confirmation d'un résultat positif au test.

Les laboratoires de l'ASPC travaillent actuellement à étendre le dépistage au moyen de gouttes de sang séché à d'autres collectivités.

Les populations autochtones représentent 10 % et 17 % de la population atteinte au cours des deux dernières années de la période d'évaluation. Toutefois, les experts en la matière interrogés ont indiqué que ce n'est pas la population autochtone en général qui est à risque de contracter le VIH, mais plus précisément la portion de la population autochtone qui utilise des drogues intraveineuses. Les données de surveillance de 2016 indiquent que, 59 % des cas de VIH attribués à l'injection de drogue représentaient des Autochtones. Les données, tel qu'elles ont été recueillies par les projets communautaires au cours de cette période, n'ont pas permis de brosser un tableau exact de la proportion de cette sous-population qui a été atteinte.

Il est toutefois encourageant de noter que quelques intervenants externes ont déclaré une hausse des activités ciblant les hommes gais ou bisexuels, et HARSAH à la suite de la mise en œuvre du Fonds d'initiatives communautaires. De plus, des investissements récemment effectués dans le cadre du Fonds pour la réduction des méfaits ont également ciblé les personnes qui utilisent des drogues injectables.

4.2.2 Instituts de recherche en santé du Canada

Les activités des IRSC dans le cadre de l'IF ont soutenu l'élaboration de connaissances sur le VIH/sida. Il semble que ces connaissances soient utilisées par d'autres et influencent les pratiques en santé publique et les résultats en matière de santé.

Conformément à leur *Initiative de recherche sur le VIH/sida des IRSC : plan stratégique 2015-2020*, les IRSC ont soutenu la réalisation de recherches sur le VIH/sida dans des domaines clés comme la recherche biomédicale et clinique, les services de santé, la recherche sur la santé des populations et la recherche communautaire.

Le Canada a contribué de façon importante au corpus international de recherches sur le VIH/sida grâce à des publications évaluées par des pairs. Une analyse bibliométrique effectuée dans le cadre de cette évaluation a révélé que, selon l'indice de spécialisation dans le domaine du VIH/sida, le Canada s'est classé au quatrième rang des dix premiers pays entre 2010 et 2017. L'indice de spécialisation est un indicateur de l'intensité relative de publication d'un pays dans le domaine de recherche prioritaire du VIH/sida par rapport à l'intensité de publication dans le monde entier dans le même domaine de recherche. Les deux indicateurs utilisés pour estimer l'incidence scientifique des publications sur la recherche sur le VIH/sida sont la moyenne des citations relatives (MCR) et le facteur d'impact relatif moyen (FIRM). La MCR fait référence au nombre de citations d'un article au cours des trois années suivant sa publication, tandis que le FIRM est un indice qui mesure l'incidence scientifique des revues dans lesquelles la recherche est publiée. Entre 2010 et 2017, le Canada s'est classé aux cinquième et sixième rangs des dix premiers pays en ce qui a trait à la MCR et au FIRM, respectivement.

Afin de favoriser davantage l'utilisation de la recherche, les IRSC ont demandé aux bénéficiaires de subventions d'inclure une stratégie d'application des connaissances dans leur recherche. Il existe deux approches à l'application des connaissances aux IRSC³⁰. L'une

d'entre elles, appelée « application des connaissances en fin de subvention », comprend les activités typiques de diffusion et de communication entreprises par la plupart des chercheurs, comme le transfert des connaissances à leurs pairs au moyen de présentations à des conférences et de publications dans des revues évaluées par les pairsⁱ. L'autre, appelée « application intégrée des connaissances », consiste à faire collaborer des chercheurs et des utilisateurs de la recherche pour façonner le processus de recherche en déterminant les questions de recherche, en décidant de la méthodologie, en participant à la collecte des données et à l'élaboration des outils, en interprétant les résultats et en contribuant à leur diffusion. Il convient de noter que plusieurs des chercheurs interrogés ont souligné que la deuxième approche de l'application des connaissances a l'avantage supplémentaire de rendre la recherche plus pertinente aux besoins des utilisateurs des connaissances.

En 2016–2017, 73 % des bénéficiaires de subventions ont déclaré que les activités d'application des connaissances s'étaient traduites par une application efficace des connaissances et par la création de services et de produits de santé plus efficaces, tandis que 30 % des bénéficiaires de subventions ont déclaré que leurs activités de recherche avaient donné lieu à des renseignements ou à des conseils à l'intention des patients ou du public. En 2017–2018, ces chiffres sont passés à 83 % et 41 %, respectivement³¹.

Les activités des IRSC ont été efficaces pour soutenir la capacité de recherche sur le VIH et ont été perçues comme ayant une incidence sur la capacité du public cible et des populations prioritaires.

Par l'entremise du Réseau canadien pour les essais VIH (RCEV), les IRSC ont apporté une contribution importante pour soutenir une nouvelle génération de chercheurs sur le VIH au Canada et faciliter la création d'un réseau de soutien pour ces derniers. En particulier, les bourses postdoctorales du RCEV ont permis d'attirer des cliniciens dans le domaine de la recherche sur le VIH parmi lesquels beaucoup ont continué à travailler au RCEV et à y occuper des postes de direction. De 1992 à l'exercice financier de 2015-2016, 139 bourses évaluées par les pairs ont été attribuées à 84 chercheurs. Entre 2014-2015 et 2017-2018, huit bourses en moyenne ont été attribuées chaque année. Les informateurs clés qui occupent des postes de recherche subalternes au RCEV ont indiqué les mesures de soutien disponibles pour les aider à faire progresser leur carrière, notamment les possibilités d'être encadrés par des chercheurs plus expérimentés et de présenter une demande de financement pour une étude pilote avec un chercheur principal, ce qui leur permet d'acquérir une expérience pratique supplémentaire. Plusieurs de ces chercheurs ont indiqué que le RCEV offrait des possibilités de perfectionnement qui n'auraient pas été disponibles autrement.

ⁱ L'application des connaissances en fin de subvention peut aussi comprendre des activités de diffusion plus intensives qui adaptent le message et le média à un public particulier, comme des séances de résumé d'information à l'intention des intervenants, des séances éducatives interactives avec les patients, les praticiens et les décideurs, la participation des médias et le recours aux courtiers du savoir. La commercialisation des découvertes scientifiques est une autre forme d'application des connaissances en fin de subvention. Pour de plus amples renseignements sur les deux approches des IRSC en matière d'application des connaissances, veuillez consulter leur page Web à l'adresse suivante : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>

Une autre valeur fondamentale du RCEV est la capacité à favoriser la collaboration entre les chercheurs de diverses disciplines et à établir des liens avec d'autres réseaux nationaux et internationaux pertinents. Tous les chercheurs du RCEV interrogés ont indiqué que le RCEV avait contribué à faciliter la collaboration interdisciplinaire au Canada, y compris avec les travailleurs sociaux, les cliniciens et les chercheurs communautaires.

Les IRSC ont également contribué au renforcement des capacités par l'entremise du Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC, un volet de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida des IRSC³². Le Programme de recherche communautaire soutient des partenariats entre les dirigeants communautaires et les chercheurs afin de mener des initiatives de recherche et de renforcement des capacités adaptées aux collectivités engagées dans la lutte contre le VIH/sida^{33,34}. Les IRSC comptent également un volet de recherche communautaire dédié aux collectivités autochtones. La recherche communautaire vise à faire participer les résidents des collectivités à l'ensemble du spectre de la recherche, soit la conception, la modélisation, la réalisation, l'analyse, l'interprétation, les conclusions et la communication des résultats. Les informateurs clés interrogés considèrent que la recherche communautaire influence l'évolution des systèmes, des programmes et des politiques de santé communautaire. Les documents du programme et les entrevues avec des informateurs clés externes ont fait ressortir que non seulement ces études génèrent de nouvelles connaissances, mais qu'elles ont aussi amélioré les compétences et les capacités des collectivités qui y participent. Plusieurs intervenants ont exprimé le désir d'effectuer d'autres recherches de ce genre. L'évaluation a également révélé que ce ne sont pas tous les informateurs clés interrogés qui savent si les fonds de recherche du Programme de recherche communautaire peuvent être détenus par les collectivités ou seulement par des organismes universitaires. Dans ce contexte, les IRSC ont la possibilité de mieux informer les collectivités au sujet du Programme de recherche communautaire.

Utilisation des connaissances par les décideurs et les cliniciens

Les chercheurs du RCEV ont effectué des recherches sur la prophylaxie préexposition (PrEP) dont se sont servis les décideurs provinciaux et les cliniciens pour prendre des décisions éclairées sur son utilisation.

Ainsi, la province de l'Ontario a consulté les chercheurs soutenus par le RCEV afin de déterminer la couverture de la PrEP lors de la mise à jour du Formulaire des médicaments de l'Ontario.

Les chercheurs soutenus par le RCEV ont également publié des lignes directrices cliniques sur l'utilisation de la PrEP dans le *Canadian Medical Association Journal* en 2017.

Voici des exemples de la façon dont le financement de la recherche sur le VIH/sida des IRSC a amélioré la capacité communautaire et les options de traitement :

- Une subvention de recherche sur la prévention du VIH et d'autres ITSS chez les jeunes hommes gais ou bisexuels, et HARSAH a permis de mettre en œuvre deux projets à une plus grande échelle. Le premier est GetCheckedOnline (en anglais seulement), un service gratuit et confidentiel de dépistage en ligne des infections sexuellement transmissibles (IST). Le second est Mpowerment, un programme qui aide les jeunes HARSAs vivant avec le VIH à participer au continuum de traitement du VIH. Le succès de cette subvention est attribuable au fait que les jeunes

participants ont eu l'occasion de fournir une rétroaction utile directement aux décideurs, en fonction de leurs propres expériences, de leurs préférences et des lacunes perçues. En intégrant les commentaires des jeunes hommes lors de la mise en œuvre et de l'application à plus grande échelle des deux projets, les gestionnaires de soins sont maintenant en mesure de s'assurer que leurs services en santé sexuelle sont particulièrement adaptés à ces utilisateurs finaux, ce qui augmente les chances d'atteindre leur public cible. De plus, la disponibilité en ligne des tests de dépistage des ITSS dans une province ou un territoire peut avoir eu une incidence importante sur les pratiques de soins de santé en général (p. ex., économies de coûts). La mise en œuvre à grande échelle du service GetCheckedOnline par deux nouvelles autorités sanitaires a été bien accueillie et l'empowerment a été étendu à deux nouvelles collectivités avec succès³⁵.

- Une petite équipe de chercheurs de l'Alberta a étudié les biomarqueurs et la gestion communautaire de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La découverte de ces types de biomarqueurs représente une avancée majeure dans la recherche sur le VIH. Ces nouvelles connaissances pourraient accélérer le diagnostic et le traitement précoces du VIH chez les nouveau-nés. De plus, on a constaté que la gestion du VIH dans la collectivité pourrait être plus rentable que dans les établissements de santé. Les mères et les enfants qui ont participé à cette étude ont bénéficié de meilleurs diagnostics et soins cliniques par rapport à la norme existante dans le système de santé publique³⁶.

4.2.3 Services aux Autochtones Canada

Les activités de SAC ont contribué à accroître la sensibilisation et les connaissances en matière de prévention de l'acquisition et de la transmission du VIH chez les publics cibles et les populations prioritaires. SAC a également contribué à accroître la capacité communautaire et l'application des connaissances, ce qui peut faciliter les changements de comportement.

Les documents de programmes examinés montrent que le financement communautaire a soutenu des activités visant à accroître les connaissances en matière de prévention, de soins, de traitement et de santé sexuelle. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de SAC a effectué divers travaux sur le VIH/sida, notamment l'accroissement de la sensibilisation et des connaissances des membres des Premières Nations. Ce travail a été effectué par l'entremise de centres de santé communautaire et de postes de soins infirmiers qui offrent des séances de sensibilisation, du matériel imprimé, des présentations et des ateliers adaptés à la culture. Le financement versé aux collectivités des Premières Nations a soutenu la formation visant à accroître les connaissances en matière de soins, de prévention, de traitement et de santé sexuelle.

Les projets de la DGSPNI ont également fourni de la formation au personnel et aux bénévoles afin d'accroître leurs connaissances et leurs compétences. De plus, des projets financés ont donné lieu à des activités de renforcement des capacités pour développer les compétences des infirmières en santé communautaire. Par exemple, les infirmières

communautaires du Québec ont reçu une formation spécialisée afin d'acquérir les connaissances nécessaires pour prescrire des tests de dépistage du VIH et d'autres ITSS, qui sont généralement prescrits par les médecins.

En 2016–2017, 83 % des collectivités des Premières Nations ont déclaré que le test de dépistage du VIH était accessible dans la réserve ou à proximité. Malheureusement, les progrès réalisés relativement à cet indicateur ne peuvent pas être comparés au fil du temps, car les données sur ce dernier n'ont pas été systématiquement recueillies.

Les résultats ci-dessus peuvent sembler encourageants, mais les données recueillies montrent également que la stigmatisation et le déni liés au VIH/sida, ainsi que le faible accès aux services, demeurent problématiques pour plusieurs collectivités. À ce titre, SAC a travaillé en étroite collaboration avec des organismes non gouvernementaux pour soutenir les collectivités qui ont décidé de se soumettre à une évaluation de leur état de préparation. Une évaluation de l'état de préparation de la collectivité est un modèle de changement communautaire qui intègre la culture, les ressources et le niveau de préparation de la collectivité pour s'attaquer plus efficacement à des problèmes comme le VIH, l'hépatite C et la consommation de drogues. Les évaluations de l'état de préparation de la collectivité rassemblent la collectivité, favorisent la coopération et accroissent la capacité interne de prévention et d'intervention. L'état de préparation est « la mesure dans laquelle une collectivité est prête à prendre des mesures à l'égard d'un enjeu ». Il est de plus en plus évident que de telles évaluations permettent aux collectivités de mieux comprendre les problèmes auxquels elles sont confrontées en rapport avec le VIH et de prendre en charge la manière dont elles les résoudront à l'avenir.

Le programme Connaissez votre état sérologique de la Saskatchewan a été donné comme exemple d'une initiative entreprise à la suite d'une évaluation de l'état de préparation communautaire. Le programme Connaissez votre état sérologique est reconnu pour la sensibilisation et les connaissances qu'il a permis aux collectivités d'acquérir sur le VIH d'une manière culturellement appropriée et pour la prestation de services de dépistage et un arrimage aux services de soins. Au fil des années, le programme Connaissez votre état sérologique a étendu sa portée pour offrir non seulement des services de dépistage, mais aussi des services de traitement, de réduction des méfaits, d'assistance alimentaire et de counseling en santé mentale aux 2 800 personnes et plus vivant dans la réserve³⁷. Les directeurs de la santé d'une des collectivités qui ont mis en œuvre le programme Connaissez votre état sérologique ont rapporté qu'il s'était traduit par une augmentation des charges virales indétectables parmi leurs membres séropositifs. Ils ont également indiqué que la stigmatisation liée au VIH avait diminué au sein de la collectivité, car ils pouvaient maintenant voir les patients entrer dans la clinique de santé « la tête haute »³⁸.

Les estimations les plus récentes pour l'ensemble des collectivités des Premières Nations en Saskatchewan, qui comptent plus de 80 collectivités vivant dans les réserves, ont montré qu'à la fin de 2016, 77 % des personnes dont la séropositivité pour le VIH était connue suivaient un traitement, et que 75 % des personnes en traitement présentaient une charge virale supprimée³⁹. C'est la première fois que de telles estimations sont faites pour cette population en particulier. Les estimations futures permettront de mesurer les progrès accomplis.

Les populations des régions éloignées font face à plus d'obstacles relativement à l'accès aux services de dépistage que celles des régions métropolitaines plus denses^{40,41}. Les données des entrevues ont également révélé que la stigmatisation fait encore obstacle au dépistage et à l'accès aux services de soins ou de soutien. On a signalé que les personnes qui vivent dans des collectivités éloignées doivent souvent divulguer leur état à des personnes en qui elles n'ont pas nécessairement confiance pour avoir accès aux services. Les informateurs clés interrogés ont fait remarquer que des antécédents de violence et d'abus lient souvent une personne à une autre, ce qui peut faire en sorte que les gens n'aient pas accès aux soins. Par exemple, on a signalé qu'une femme séropositive n'utilisait pas le transport communautaire pour se rendre à ses rendez-vous médicaux de suivi parce qu'elle ne voulait pas faire face au conducteur du véhicule de transport, qui aurait maltraité un membre de sa famille. Elle n'avait aucun autre moyen de transport pour se rendre à ses rendez-vous, ce qui a entraîné l'interruption du traitement.

On a également signalé qu'en raison d'autres facteurs liés à des déterminants sociaux de la santé plus importants, de nombreuses personnes n'ont pas la capacité de poursuivre leur traitement ou de s'y conformer pleinement. La consommation d'alcool et d'autres drogues, la violence, la pauvreté, le faible niveau d'éducation et les problèmes de santé mentale, comme la dépression, le manque d'estime de soi, etc., sont souvent cités comme des facteurs qui contribuent au fait que de nombreuses personnes ne reçoivent pas de soins ou ne suivent pas le traitement (p. ex., l'omission de doses, l'oubli de rendez-vous ou de renouveler l'ordonnance).

SAC travaille avec les collectivités pour améliorer les conditions relativement à d'autres facteurs qui affectent négativement la capacité d'une personne à gérer sa santé et à poursuivre ses soins. Les informateurs clés ont souligné le besoin pour les collectivités d'arrimer les gens aux soins, mais aussi de leur fournir des services, comme le soutien en santé mentale, qui les aident à gérer leur santé globale.

4.2.4 Service correctionnel du Canada

Les activités du SCC ont contribué à accroître la sensibilisation et les connaissances par rapport aux moyens de prévention de l'acquisition et de la transmission du VIH parmi les détenus. Les activités du SCC renforcent également la capacité des détenus à prévenir et à contrôler la transmission du VIH, ce qui contribue à un changement de comportement.

Au moyen d'initiatives comme le Programme de sensibilisation à la réception, les foires sur la santé et le Cours d'éducation et d'entraide par les pairs (voir l'encadré ci-dessous), le SCC contribue à sensibiliser les détenus et à accroître leurs connaissances pour prévenir l'acquisition et contrôler la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses⁴².

Les établissements correctionnels fédéraux offrent à tous les détenus une évaluation de leur santé au moment de leur admission. En 2016, 96 % d'entre eux ont accepté de passer un test de dépistage volontaire du VIH à leur admission pour connaître leur état sérologique. Les détenus peuvent également demander un test de dépistage du VIH à n'importe quel moment au cours de leur incarcération⁴³.

Le SCC contribue aux changements de comportement en veillant à ce que les détenus diagnostiqués séropositifs soient offerts un traitement. Des interventions en réduction des méfaits (p. ex., l'accès à de l'eau de Javel, à des condoms, à des digues dentaires) sont également offertes aux détenus, ainsi que des traitements de substitution aux opiacés. Il a été démontré que les interventions en réduction des méfaits diminuent les résultats négatifs associés aux comportements dangereux, comme la consommation de drogues, et limitent le risque de maladies infectieuses, comme le VIH⁴⁴.

Au cours de l'évaluation, le SCC s'employait à étendre sa série d'initiatives de réduction des méfaits conformément aux recommandations de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. En juin 2018, le SCC a mis en œuvre un programme d'échange de seringues dans deux de ses établissements et, en janvier et février 2019, il a annoncé sa mise en œuvre dans trois autres établissements. Cette approche progressive sera suivie au fur et à mesure que la mise en œuvre se poursuivra dans d'autres institutions partout au Canada.

À cet égard, le SCC a déjà atteint les cibles 90-90-90 d'ONUSIDA pour sa population. En date du mois d'avril 2017, parmi les 170 détenus ayant reçu un diagnostic de VIH, 94 % suivaient un traitement et 91 % de ceux qui suivaient un traitement (dont on connaissait la charge virale) présentaient une charge virale supprimée^{ii,45}.

Donner des connaissances et des capacités aux détenus sous responsabilité fédérale

Dans le cadre des initiatives de promotion de la santé du SCC, le Cours d'éducation et d'entraide par les pairs (CEEP) et le Cours d'éducation et d'entraide par les pairs autochtones (CEPA) fournissent aux détenus les connaissances et les compétences nécessaires pour mener une vie plus saine et prévenir l'acquisition et la transmission de maladies infectieuses, dont le VIH, tant en prison que dans la collectivité.

Le CEP et le CEPA sont suivis par de nombreux détenus et bien accueillis par ces derniers. Les cours préparent également certains détenus à agir comme pairs travailleurs au sein de leur établissement. Les pairs travailleurs sont bien placés pour transmettre l'information d'une manière qui trouve un écho chez les autres détenus et les aider à faire des choix plus sains.

Les pairs travailleurs fournissent également de précieux renseignements aux autres travailleurs de la santé de l'établissement. Par exemple, ils peuvent rendre compte des tendances qu'ils voient ou entendent d'autres personnes et les infirmières peuvent ainsi fournir des soins plus pertinents.

Les informateurs clés internes ont indiqué que les programmes de CEP et de CEPA ont joué un rôle clé dans l'atteinte par le SCC des cibles 90-90-90 pour les détenus sous responsabilité fédérale.

ⁱⁱ Les estimations pour la première cible 90 (nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un diagnostic) n'ont pas été calculées pour les populations prioritaires. Puisque 96 % des détenus nouvellement admis ont subi un test de

Pourtant, des études montrent qu'une fois libérés, les détenus séropositifs au VIH courent un risque accru de ne pas poursuivre leur traitement^{46,47}. Pour aider à prévenir cette situation, le SCC a progressivement collaboré avec des organismes non gouvernementaux afin d'établir un réseau d'arrimage aux services de soins à l'extérieur de l'établissement et il travaille à l'expansion de ce réseau, car les données des entrevues ont montré que ces arrimages liens ne sont pas encore disponibles dans toutes les régions. Certaines ONG et certains informateurs clés provinciaux en santé publique ont déclaré qu'ils aimeraient que le SCC collabore plus étroitement avec les ONG pour assurer la continuité des soins dans la collectivité après la libération. Ils ont également ajouté que le SCC pourrait collaborer plus étroitement avec les établissements provinciaux afin d'échanger des pratiques exemplaires et des leçons apprises.

4.3 Efficacité et économie

4.3.1 Atteinte des résultats en matière de gouvernance

Théorie du programme

Puisque la responsabilité de l'atteinte des résultats de l'IF est partagée entre les partenaires, une gouvernance horizontale solide, une planification conjointe et la délimitation des pouvoirs sont essentielles. De plus, les autres niveaux de gouvernement et les intervenants non gouvernementaux ont également des responsabilités face à l'atteinte des résultats attendus de l'IF. Par conséquent, un plus grand engagement auprès de ces intervenants est également essentiel au succès de l'IF. En retour, une bonne gouvernance parmi les partenaires de l'IF et un plus grand engagement auprès des intervenants favoriseront une intervention fédérale cohérente. Pour ce faire, les partenaires, les intervenants et les publics cibles, tant au pays qu'à l'étranger, doivent adopter des orientations et des approches communes. Cela appuiera également l'atteinte de la priorité actuelle et la tendance mondiale d'intégrer les efforts de lutte contre le VIH aux mesures de prévention et de contrôle des autres ITSS, car toutes ces infections ont en commun les mêmes populations prioritaires, modes de transmission et facteurs de risque.

L'évaluation a révélé que la gouvernance de l'IF a favorisé un niveau élevé d'échange de renseignements et de collaboration entre les partenaires fédéraux. Elle démontre également que les partenaires de l'IF collaborent avec les intervenants et qu'ils ont des mécanismes en place pour s'assurer que les intervenants sont consultés sur divers dossiers.

Le Comité des centres de responsabilité (CCR) de l'IF offre aux partenaires de l'IF une plateforme d'échange d'idées et favorise un niveau élevé de collaboration entre les quatre partenaires fédéraux qui se partagent la responsabilité de la mise en œuvre de l'IF. Le CCR a pour but d'offrir un forum où les participants peuvent :

dépistage du VIH, ce chiffre est utilisé comme approximation jusqu'à ce que soient déterminées des méthodes permettant de calculer une estimation plus précise.

- déterminer et examiner les priorités annuelles;
- diffuser les renseignements et faire progresser la collaboration sur les activités et les priorités transversales qui contribuent à l'atteinte des résultats de l'IF;
- élaborer les réponses de la direction pour donner suite aux recommandations de l'évaluation, ainsi que d'autres rapports requis; et
- élaborer des rapports parlementaires pour l'IF.

Les données d'évaluation indiquent que le CCR a été une plateforme efficace afin de surveiller les progrès que l'IF en ce qui a trait aux résultats prévus, ce qui a permis d'améliorer la cohérence et la coordination entre les partenaires fédéraux.

Les documents examinés et la rétroaction des informateurs clés internes suggèrent que le CCR a réussi à réunir les partenaires fédéraux pour échanger l'information dans un dialogue ouvert. Dans l'ensemble, la plupart des informateurs clés connaissant directement le CCR ont indiqué que la plus grande force du comité consistait à améliorer la communication et la circulation des renseignements entre les partenaires fédéraux.

Les informateurs clés internes qui ont participé aux réunions du CCR ont noté qu'au fil des ans, le comité s'est concentré davantage sur l'action stratégique, ce qui favorise l'harmonisation entre les partenaires au-delà de l'échange de renseignements.

Malgré un excellent échange des renseignements et une planification conjointe, certains informateurs clés ont cerné des possibilités d'amélioration du modèle de gouvernance actuel. Par exemple, certains informateurs clés internes ont suggéré d'élargir la participation au CCR, puisque l'intervention du gouvernement du Canada relativement au VIH est maintenant intégrée aux interventions liées aux autres ITSS dans le contexte du Cadre d'action pancanadien sur les ITSS.

Les informateurs clés interrogés ont également donné des exemples de projets qui témoignent d'une collaboration étroite entre les partenaires de l'IF et d'autres intervenants. Ceci a compris la collaboration entre les quatre partenaires et autres ministères fédéraux pour préparer des exposés à des conférences internationales sur le sida depuis de nombreuses années. Une telle collaboration a favorisé une présence canadienne cohérente sur les scènes nationale et internationale.

Le Collective Impact Network (réseau d'incidence collective) du Manitoba constitue un autre exemple de collaboration étroite, non seulement entre les partenaires de l'IF, mais aussi avec des représentants provinciaux et des ONG régionales. L'ONG « Nine Circles » (neuf cercles) a facilité la création du Collective Impact Network qui réunit des représentants de la province, de l'ASPC, de SAC, d'ONG régionales, d'organismes autochtones, de chercheurs et de professionnels de soins de santé pour collaborer dans la lutte au VIH au Manitoba. Il a soutenu des activités comme le transfert et l'échange de connaissances, des discussions délibératives, le changement de politiques et de pratiques, l'éducation et la recherche⁴⁸.

Comités consultatifs

L'IF assure également une participation adéquate des intervenants au moyen de comités consultatifs. Au cours de la période d'évaluation, deux comités ont fourni des conseils au ministre de la Santé pour soutenir les activités de l'ASPC et un troisième comité a fourni des conseils au directeur scientifique de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires des IRSC.

Jusqu'en 2018, le Conseil consultatif ministériel sur l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida (CCM-IF) a fourni des conseils stratégiques au ministre de la Santé. Il était composé d'experts en la matière ayant de l'expérience dans le domaine des ITSS et des facteurs connexes. Le Conseil national autochtone sur le VIH/sida (CNAVS) fournit à l'ASPC et à SAC des conseils axés sur les Autochtones. Il est composé de membres ayant de l'expérience en matière de VIH/sida, d'hépatite C, d'autres ITSS et de santé des peuples autochtones.

Un examen des dossiers des comités indique que les deux comités ont mobilisé leurs membres et ont fourni des conseils pour informer le ministre de la Santé. Les deux comités ont également échangé des renseignements et collaboré à divers projets, notamment en fournissant des conseils conjoints au ministre après avoir examiné les leçons tirées de l'intervention liée au VIH en Saskatchewan.

Les discussions entre l'ASPC, le CCM-IF et le CNAVS ont fait ressortir la nécessité d'obtenir des conseils plus efficaces, pertinents et opportuns à l'avenir, afin de respecter l'engagement du gouvernement du Canada d'accroître sa collaboration avec les Canadiens et les intervenants. Compte tenu de cette évolution, il a été décidé que le CCM-IF ne serait pas renouvelé au-delà de 2018, en faveur de possibilités de collaboration plus régulières du ministre et des responsables gouvernementaux avec les personnes vivant avec le VIH et les intervenants. Des travaux sont en cours, en collaboration avec la CNAVS et des partenaires autochtones, pour définir un nouveau modèle de mobilisation autochtone, dans le cadre des efforts de réconciliation.

Les IRSC se servent des conseils du Comité consultatif de la recherche sur le VIH/sida des IRSC (CCRVS) pour orienter la mise en œuvre de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida des IRSC. Les membres du comité sont des chercheurs et d'autres représentants de toute la gamme des activités de recherche sur le VIH/sida et d'autres domaines pertinents au Canada. Le CCRVS est composé de représentants de plusieurs organismes communautaires canadiens et de partenaires de l'ASPC. Ses membres reflètent le sexe, la géographie et les questions liées aux populations prioritaires, y compris la santé des hommes gais. Le comité comprend également des représentants spécialisés dans divers domaines liés au VIH/sida, notamment la virologie et l'immunologie, les questions de santé autochtone, la santé mentale et la toxicomanie, la santé liée au sexe et au genre, la santé des populations et les services de santé, ainsi que la recherche sur les politiques. Le comité est également composé d'experts en recherche communautaire.

Le CCRVS était considéré comme un conseil consultatif très efficace par les personnes qui travaillaient dans les programmes de l'IF financés par les IRSC. En général, les informateurs clés considéraient que les contributions de ce conseil consultatif étaient précieuses et qu'elles renforçaient la collaboration avec les experts et les représentants communautaires, afin d'améliorer la pertinence du travail des IRSC. Plusieurs informateurs clés ont décrit l'ouverture des IRSC à l'égard des suggestions du CCRVS et ils ont souligné le fait que leurs discussions au sein du CCRVS se reflètent dans les appels de financement. Ils ont déclaré que le CCRVS a contribué à faire entendre la voix de la collectivité dans le cadre du travail des IRSC. Le CCRVS a été perçu positivement par les chercheurs et les membres de la collectivité qui ont participé aux programmes de recherche financés par les IRSC.

Les intervenants internes et externes considèrent que l'intervention fédérale en matière de VIH est globalement cohérente. Néanmoins, certains intervenants, y compris des provinces, ont indiqué que des mesures supplémentaires qui ne relèvent souvent pas du mandat respectif des partenaires de l'IF sont nécessaires pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et aux autres ITSS et pour accroître l'accessibilité aux tests de dépistage.

La cohérence de l'intervention fédérale est définie par l'adoption d'orientations et d'approches communes, non seulement par les partenaires de l'IF, mais aussi par les intervenants externes et divers publics cibles. La majorité des informateurs clés internes et externes interrogés étaient d'avis que, partout au Canada, les divers secteurs, régions et niveaux de gouvernement qui travaillent à l'éradication du VIH en tant que menace pour la santé publique sont intervenus de façon assez cohérente. Ils ont ajouté que l'IF a fait de grands progrès pour soutenir une intervention coordonnée au niveau national. Bien que la majorité des informateurs clés interrogés estiment que l'intervention fédérale est cohérente dans l'ensemble, certains informateurs clés externes ont déclaré que des difficultés persistantes, qui ne relèvent souvent pas du mandat des partenaires de l'IF, continuent de compromettre les résultats de l'IF.

Ainsi, certains informateurs clés externes ont souligné que malgré les efforts déployés par les partenaires de l'IF pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination, le problème plus vaste de la criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité, qui ne relève pas du champ d'action de l'IF, entrave les résultats des partenaires sur ce plan. Certains informateurs ont soutenu que l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination ne peut se faire sans l'élimination de la criminalisation.

D'autres intervenants externes estimaient également que les résultats associés aux activités des partenaires de l'IF visant à accroître l'accès aux tests de dépistage sont également entravés par des problèmes qui ne relèvent pas de leurs mandats respectifs. Ces problèmes comprennent le manque d'accès aux technologies actuelles de dépistage du VIH et le manque de disponibilité des nouvelles technologies de dépistage au Canada, notamment les tests de dépistage rapides dans les centres de soins pour diverses maladies, et l'auto-administration des tests de dépistage.

Dans ce contexte, certains intervenants clés ont souligné l'importance pour les partenaires de l'IF de mettre les meilleures connaissances scientifiques au premier plan et, dans le cadre de leur propre mandat, d'influencer les intervenants externes à adopter une stratégie nationale cohérente pour éliminer la stigmatisation et la discrimination, ainsi que pour améliorer l'accès aux tests de dépistage.

Les partenaires de l'IF ont travaillé à intégrer davantage l'intervention liée au VIH à celles liées à d'autres ITSS, un changement appuyé par la plupart des intervenants. Les partenaires de l'IF conviendront d'un plan d'action pour intégrer les travaux sur les ITSS, y compris le VIH, et il existe des possibilités de communiquer clairement la façon dont les cibles internationales propres à chaque ITSS seront atteintes dans la cadre de l'approche intégrée.

Au cours des cinq dernières années, l'IF a adopté une approche intégrée pour mieux lutter contre le VIH et les autres ITSS connexes. Il s'agit notamment d'aborder les obstacles communs à la prévention, au diagnostic, aux soins, au traitement et au soutien des personnes vivant avec le VIH, l'hépatite C et d'autres maladies transmissibles par le sang. Cette approche a été énoncée dans le *Plan stratégique* de l'IF de 2015-2016 à 2019-2020 et a déjà commencé à être mise en œuvre.

L'ASPC s'est efforcée de faire progresser l'intégration de l'intervention liée aux ITSS, non seulement à l'interne, mais aussi à l'externe, en favorisant l'adoption d'objectifs communs avec les intervenants externes du programme. Par exemple, les bénéficiaires de financement de l'ASPC ont été encouragés à aborder les ITSS de façon intégrée. Cette intégration s'est également traduite par la mise en œuvre du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C (FIC) en avril 2017. Le FIC intègre dans un fonds commun les subventions et contributions disponibles dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada et du Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C⁴⁹.

Voici les objectifs du FIC :

- accroître les connaissances sur les interventions efficaces contre le VIH, l'hépatite C et les ITSS connexes, ainsi que sur les données probantes en matière de prévention des ITSS;
- réduire la stigmatisation et la discrimination qui peuvent empêcher les populations prioritaires d'accéder aux services sociaux et aux services de santé;
- renforcer la capacité (c.-à-d., aptitudes, compétences et habiletés) des populations prioritaires et des publics cibles afin de prévenir l'infection et d'améliorer les résultats en matière de santé;
- améliorer l'application des connaissances dans le cadre des interventions communautaires; et
- accroître l'adoption de comportements personnels visant à prévenir la transmission du VIH, de l'hépatite C et des ITSS connexes.

Presque tous les informateurs clés internes et externes étaient favorables à l'intégration des activités de lutte contre le VIH à celles liées aux autres ITSS. Ils ont souligné qu'une approche intégrée reconnaît les modes de transmission communs des ITSS et souligne le fait que les populations à risque de contracter le VIH sont également à risque de contracter d'autres ITSS et l'hépatite C. Les avantages particuliers de l'intégration mentionnés par les informateurs clés incluent une intervention cohérente en matière de co-infection, une intervention ciblant simultanément les divers facteurs qui rendent les gens vulnérables aux ITSS, la promotion de l'efficacité du travail effectué et de soutenir une approche à guichet unique pour la prévention et le dépistage auprès des populations prioritaires. La littérature appuie aussi ces avantages de l'intégration⁵⁰.

Dans le cadre des efforts qu'elle déploie pour intégrer l'intervention liée au VIH à celles liées à d'autres ITSS, l'ASPC a publié un cadre d'action pancanadien sur les ITSS intitulé « Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS ». Ce cadre fournit la feuille de route pour les mesures collaboratives et complémentaires à prendre pour réduire les répercussions des ITSS dans plusieurs secteurs, notamment les gouvernements, les collectivités, la société civile, les secteurs universitaires et de recherche, le secteur privé et les prestataires de services de première ligne⁵¹. Il établit les domaines d'action en matière de prévention, de dépistage, d'amorce de soins et de traitements, ainsi que de prestation continue de soins. Le cadre énonce également un engagement à appuyer la création d'un environnement favorable par des mesures visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination, et à améliorer l'accès au dépistage, au traitement, aux soins de santé et au soutien continu⁵².

Afin de s'assurer que les possibilités d'action du gouvernement du Canada énoncées dans le cadre sont prises en compte, l'ASPC travaille à l'élaboration d'un plan d'action qui sera publié en 2019. Le plan d'action décrira les activités précises que le gouvernement du Canada entreprendra pour favoriser la réalisation du cadre. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la mise en œuvre du cadre dans leurs juridictions.

Bien que presque tous les informateurs clés internes et externes aient reconnu les avantages associés à une approche intégrée, certains se sont également dits préoccupés par le manque de clarté quant à la façon dont les cibles propres à une maladie seront atteintes grâce à cette approche (ces cibles sont présentées à l'annexe 4). Certains ont exprimé des réserves concernant le fait que les complexités d'une ITSS particulière pourraient être perdues en fusionnant les travaux. Certains informateurs clés ont clairement indiqué que, bien que le VIH soit beaucoup plus contrôlable qu'il y a 20 ans, il demeure plus complexe que les autres infections.

4.3.2 Utilisation des ressources

Le fardeau économique associé au VIH est élevé et les initiatives de prévention se sont avérées plus rentables que le traitement de l'infection. Les écarts entre les dépenses prévues et les dépenses réelles de l'IF sont faibles. Les autorités juridiques de l'IF permettent aux partenaires de lier les programmes de lutte contre le VIH/sida à d'autres programmes d'infection connexes, afin de maximiser leurs activités et d'assurer une intervention intégrée.

Fardeau économique du VIH

La plus récente étude nationale, menée en 2011, a révélé que les coûts directs et indirects des personnes récemment infectées par le VIH au Canada totalisent 4,03 milliards de dollars, ce qui équivaut à 1,3 million de dollars par personne au cours de sa vie⁵³.

Une étude publiée en 2015 a révélé qu'en Ontario, les programmes communautaires de prévention du VIH à l'échelle de la province ont permis d'éviter 16 672 infections à VIH, ce qui a permis au système de santé de la province d'économiser environ 6,5 milliards de dollars. De plus, ces programmes communautaires de lutte contre le VIH ont permis de réaliser des économies, car les auteurs ont constaté que chaque dollar investi dans ces programmes représentait des économies évaluées à environ 5,00 \$ en coûts de traitement⁵⁴.

L'incidence économique de chaque nouveau cas de VIH et les économies associées aux programmes communautaires de prévention indiquent que la prévention est un domaine d'intervention rentable.

Financement de l'Initiative fédérale

Entre avril 2013 et mars 2018, l'investissement total à l'IF a été d'environ 360 millions de dollars. Dans l'ensemble, les écarts entre les dépenses prévues et les dépenses réelles de l'IF étaient faibles. Les dépenses réelles ont dépassé en moyenne de 3 % par année les dépenses prévues. Néanmoins, comme l'indique le tableau 3, l'écart enregistré en 2017-2018 était significativement plus élevé que celui de n'importe quelle autre année. Cet écart est attribuable à un fonds transitoire ponctuel versé par l'ASPC à 45 organismes communautaires, suivant la mise en œuvre du FIC pour les aider à trouver d'autres sources de financement ou à terminer leurs projets. Les fonds transitoires ont été trouvés grâce à une réaffectation interne du budget global de l'ASPC.

Tableau 3 : Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles de l'Initiative fédérale de 2013-2014 à 2017-2018 (en dollars)

Année	Dépenses prévues (en dollars)				Dépenses réelles (en dollars)				Écart (en dollars)	% du budget prévu dépensé
	Salaires ^a	S et C	F et E/capital ^b	TOTAL	Salaires	S et C	F et E/capital	TOTAL		
2013-2014	15 129 562	46 288 601	10 847 017	72 265 180	15 543 678	47 427 078	9 997 060	72 967 816	702 636	101,0 %
2014-2015	14 660 086	45 103 056	10 416 493	70 179 635	14 891 860	47 612 724	8 047 351	70 551 936	372 301	100,5 %
2015-2016	15 607 779	46 161 310	8 736 597	70 505 686	15 381 155	46 884 847	7 934 938	70 200 939	-304 747	99,6 %
2016-2017	15 721 301	46 411 662	10 467 038	72 600 001	15 716 761	46 401 473	9 594 490	71 712 725	-887 276	98,8 %
2017-2018	15 931 445	46 835 758	9 832 797	72 600 000	15 133 518	53 701 554	9 413 242	78 248 314	5 648 314	107,8 %

Source : Bureau du dirigeant principal des finances

Remarques : ^a Les salaires incluent les cotisations versées aux régimes d'avantages sociaux des employés (RASE).

^b F et E/capital comprend les coûts des locaux de SPAC.

Bien que l'écart global entre les dépenses prévues et les dépenses réelles de l'IF est faible, lorsque les partenaires de l'IF sont examinés individuellement (voir l'annexe 5 pour les chiffres détaillés par organisme), les dépenses réelles du SCC dépassent en moyenne de 12 % ses budgets au cours des trois dernières années. Afin de fournir tous les services nécessaires liés au VIH et à d'autres ITSS, le SCC a dû réaffecter des fonds internes à l'IF. Comme nous l'avons déjà mentionné, le financement a servi au SCC à atteindre les cibles 90-90-90 pour sa population bien avant l'échéance de 2020.

Les autorités juridiques de l'IF prévoient d'une certaine flexibilité pour intégrer les activités de lutte contre le VIH aux activités associées à la lutte contre d'autres ITSS. Cela a permis aux partenaires de l'IF de combiner le financement de l'IF à celui d'autres ITSS et d'élaborer une intervention intégrée.

4.3.3 Pertinence et utilisation des données de mesure du rendement

L'IF a réussi à mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement (SMR) interne et des outils de mesure du rendement qui sont utilisés par tous les partenaires. La SMR et ses outils connexes pourraient être simplifiés afin de déterminer les renseignements essentiels et ainsi faciliter la synthèse des données sur le rendement et optimiser son utilisation.

Rapports sur les résultats en matière de rendement

Chaque centre de responsabilité de l'IF recueille annuellement des données sur le rendement et les transmet à l'ASPC au moyen de l'outil de mesure du rendement (OMR). L'ASPC a ensuite la responsabilité de compiler toutes les données afin de fournir des renseignements qui permettront de surveiller le rendement global et d'éclairer la prise de décisions.

En 2013–2014 et 2014–2015, les données de mesure du rendement recueillies par les centres de responsabilité ont été compilées par l'ASPC, qui a ensuite fourni aux partenaires un rapport annuel interne sur l'IF. Les informateurs clés internes ont indiqué que ces rapports ont été très instructifs et utiles, car ils permettaient aux partenaires de réfléchir sur leurs activités et leurs réalisations chaque année. Toutefois, aucun rapport annuel n'a été produit depuis 2014–2015, même si les centres de responsabilité ont continué de fournir leurs données à l'ASPC. Un manque de capacités et de ressources a été invoqué pour expliquer la raison pour laquelle les rapports n'ont pas été produits au cours des dernières années. Néanmoins, l'ASPC a réussi à s'acquitter de son obligation de rendre compte sur l'IF, puisque l'information sur le rendement global a été publiée chaque année dans son Rapport sur les résultats ministériels.

L'évaluation a permis de constater que le processus de collecte de données détaillées sur le rendement pourrait être rendu plus efficace en simplifiant plusieurs indicateurs de rendement et en éliminant ceux dont la validité semble faible. De plus, la disponibilité limitée des données dans certaines régions (c.-à-d., les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves) fait en sorte qu'il est difficile d'enregistrer les données dans l'OMR actuel. Il est nécessaire d'examiner les indicateurs de rendement de la SMR afin de s'assurer qu'ils correspondent aux données qui peuvent être demandées, conformément aux ententes de contribution actuelles avec les collectivités autochtones.

Favoriser une culture du rendement – Subventions et contributions

Au cours des deux dernières années, l'ASPC s'est efforcée d'améliorer la culture de la mesure du rendement au sein des organismes communautaires qu'elle finance. C'est pourquoi le FIC a introduit une obligation pour les bénéficiaires de produire des rapports sur les résultats à court et à moyen terme de leurs programmes. Pour aider les bénéficiaires à développer cette capacité, ils peuvent utiliser jusqu'à 10 % de leur financement à cette fin. L'ASPC a également fourni aux bénéficiaires de la formation et d'autres ressources pour les aider à développer leur capacité d'évaluation et de mesure du rendement^{55,56,57}.

Un tel changement de culture peut être difficile à mettre en œuvre, car les avantages associés à une utilisation appropriée de la mesure du rendement peuvent prendre des années à se concrétiser. Néanmoins, les premières données recueillies auprès d'informateurs clés externes ont déjà montré que les renseignements sur le rendement peuvent avoir une influence positive sur la conception et la prestation des programmes communautaires. Ainsi, une organisation non gouvernementale a indiqué que le travail qu'elle a effectué pour élaborer la théorie de son programme d'intervention lui a permis de cerner les lacunes de son intervention liées aux changements de comportement. Elle les a comblées en modifiant la conception de son intervention.

L'approche actuelle de collecte des données sur le rendement et des résultats d'évaluation des projets communautaires permettra à l'ASPC de mieux comprendre les interventions qui fonctionnent bien, ce qui aidera les organismes à prendre des décisions sur les projets qui pourraient être étendus ou adaptés dans d'autres collectivités. Plusieurs informateurs clés externes souhaitent également en apprendre davantage sur les autres interventions qui fonctionnent bien et sur ce qui pourrait être appliqué à leur collectivité.

5.0 Conclusions

5.1 Pertinence

Il y a un besoin continu pour le gouvernement fédéral de maintenir ses investissements et ses activités, puisque le VIH/sida demeure un problème de santé publique persistant qui touche de façon disproportionnée les populations prioritaires. La prévention, le diagnostic, les soins et le traitement sont essentiels à la gestion et au contrôle du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Le taux d'incidence estimatif de l'infection à VIH a connu une légère augmentation au Canada depuis 2014; des années supplémentaires de données sont nécessaires pour déterminer si ce taux représente une augmentation réelle en raison des larges éventails plausibles liés à ces estimations. Les taux d'ITSS connexes sont également à la hausse.

Le succès associé au traitement du VIH a donné naissance à une dynamique mondiale visant à éliminer les nouvelles infections. À cette fin, le Canada a appuyé le Programme des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et les stratégies du secteur mondial de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour lutter contre le VIH, l'hépatite virale et les infections transmissibles sexuellement (ITS), dans le but d'éliminer les répercussions des ITSS sur la santé d'ici 2030.

Les activités de l'IF s'harmonisent bien avec le mandat et les autorités juridiques de chacun de ses partenaires fédéraux. Les partenaires et les intervenants externes comprennent bien les rôles et les responsabilités de l'IF. Les intervenants externes considèrent que le gouvernement du Canada joue un rôle important dans la coordination nationale et internationale, ainsi que dans l'application des connaissances en matière de prévention, de soins, de traitement, de soutien et de recherche liés au VIH et aux autres ITSS.

5.2 Rendement

Les activités menées par les quatre partenaires dans le cadre de l'IF ont contribué à une plus grande sensibilisation et à l'adoption de meilleures pratiques pour prévenir l'acquisition et la transmission du VIH chez les populations prioritaires et les publics cibles. Par exemple, les populations prioritaires ont bénéficié d'interventions directes (p. ex., dans les établissements correctionnels et dans les réserves) ou d'activités communautaires qui ont accru leurs connaissances et leur sensibilisation. Les publics cibles ont également eu accès à des webinaires, des lignes directrices et d'autres produits de connaissances qui ont accru leurs connaissances et leur sensibilisation.

Les résultats révèlent que les praticiens travaillant dans le domaine de la santé sexuelle connaissent très bien les produits de connaissances élaborés par l'ASPC sur le VIH et les autres ITSS et qu'ils en font grand usage. Toutefois, il existe encore des lacunes parmi les prestataires de soins primaires. Par conséquent, il faudrait étendre la diffusion des produits de connaissances élaborés par l'IF à d'autres réseaux permettant de mieux joindre les prestataires de soins primaires (c.-à-d., les médecins de famille et généralistes), afin que ces

derniers puissent se familiariser et utiliser davantage les produits de connaissances sur le VIH et les autres ITSS élaborés par l'ASPC. Les partenaires de l'IF devraient également tenir compte des besoins des intervenants en matière d'information dans les domaines de juridiction partagée entre les responsabilités fédérales et provinciales (p. ex., l'utilisation de la prophylaxie préexposition [PrEP], la disponibilité des tests de dépistage) pour combler les lacunes relativement aux produits de connaissances.

En offrant des services tels que les sciences de laboratoire et un accès au matériel de réduction des méfaits dans les établissements correctionnels, les activités de l'IF ont permis de renforcer la capacité des publics cibles et des populations prioritaires à prévenir et à contrôler les infections à VIH. Les activités communautaires financées par l'IF ont également favorisé des changements de comportement au sein des populations prioritaires par l'adoption de comportements plus sains en matière de sexualité et de consommation de drogues, ainsi qu'en supportant l'arrimage aux soins et aux traitements.

Toutefois, les données recueillies à ce jour sur les activités communautaires financées par l'ASPC indiquent que certaines des populations les plus à risque de contracter le VIH et d'autres ITSS (p. ex., hommes gais ou bisexuels, et hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) n'ont pas été suffisamment touchées au cours des cinq dernières années par les activités offertes dans le cadre des projets communautaires. Depuis 2017, grâce à la mise en œuvre du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C (FIC), l'ASPC a pris des mesures pour relever ce défi en finançant des projets qui présentent le meilleur potentiel d'effet positif. Ainsi, le FIC a donné lieu à de nouvelles priorités, à la priorisation de nouvelles populations et à une nouvelle liste d'activités admissibles⁵⁸.

L'ASPC a également mis en œuvre le nouveau Fonds pour la réduction des méfaits qui vise à réduire l'incidence de l'infection à VIH et de l'hépatite C chez les personnes qui partagent le matériel qu'elles utilisent pour s'injecter et inhaler des drogues, soutenant ainsi les interventions communautaires auprès des populations les plus à risque⁵⁹.

5.3 Économie et efficacité

L'IF a mis en place, par l'intermédiaire du Comité des centres de responsabilité (CCR), une structure de gouvernance et de surveillance qui favorise l'échange de renseignements et un niveau élevé de collaboration entre les partenaires. L'IF a également mis des mécanismes en place qui permettent aux partenaires de collaborer avec les intervenants. Elle a aussi établi des moyens efficaces pour assurer la consultation des intervenants sur divers dossiers.

Les niveaux élevés de collaboration entre les partenaires fédéraux et la participation d'intervenants externes ont permis à l'IF de mettre sur pied une intervention fédérale perçue par les intervenants internes et externes comme étant généralement cohérente. Certains intervenants, notamment des représentants provinciaux, ont néanmoins relevé des lacunes dans l'intervention globale. Par conséquent, ils ont demandé plus de mesures coordonnées pour combattre la stigmatisation et la discrimination associées à l'infection à VIH et aux autres ITSS, ainsi que de faciliter l'accès aux technologies de dépistage.

Les autorités juridiques de l'IF permettent aux partenaires de lier les programmes de lutte contre le VIH/sida avec d'autres programmes de lutte contre des infections connexes, afin de maximiser l'efficacité des activités et d'assurer une intervention intégrée. Dans ce contexte, les partenaires ont travaillé au cours des cinq dernières années à mieux intégrer les activités de lutte contre le VIH avec celles liées aux autres ITSS connexes et à améliorer les interventions. Bien que la majorité des intervenants aient appuyé cette intégration et accueilli favorablement le nouveau cadre d'action pancanadien sur les ITSS, ils ont besoin de plus de renseignements sur les mesures que les partenaires de l'IF prendront pour atteindre les cibles internationales propres à chaque maladie dans le cadre de cette approche.

L'IF a réussi à mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement (SMR) interne complète et les partenaires de l'IF ont recueilli des données sur le rendement au fil des ans. L'utilisation de ces données pour la prise de décisions est toutefois limitée, car aucun résumé de ces données n'a été compilé ces dernières années. La détermination des renseignements essentiels aiderait à réduire les données recueillies par l'entremise de la SMR et des outils qui y sont associés. Il serait ainsi plus facile de résumer les données sur le rendement et d'en maximiser l'utilisation.

6.0 Recommandations

Recommandation 1 (pour tous les partenaires de l'IF)

Déterminer de quelle façon les investissements fédéraux contribueront à l'atteinte des buts énoncés dans le Cadre d'action pancanadien sur les ITSS, y compris la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées aux ITSS, et l'orientation des investissements vers les populations qui affichent la plus forte prévalence d'ITSS. Communiquer cette information aux intervenants externes et aux Canadiens.

Le Cadre d'action pancanadien sur ITSS prévoit une approche globale et complète pour favoriser l'atteinte des cibles internationales de lutte contre les ITSS. L'intégration des interventions du gouvernement fédéral en matière d'infections à VIH et d'ITSS est bien accueillie. Toutefois, les intervenants internes et externes ne sont pas certains des mesures qui seront prises par les partenaires fédéraux en vertu de ce cadre et ont besoin de plus de précisions sur les mesures que les partenaires de l'IF prendront pour atteindre les cibles internationales propres à chaque maladie. Des informations supplémentaires sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées aux ITSS, ainsi que des informations sur l'orientation des investissements vers les populations les plus touchées par les ITSS sont nécessaires.

Recommandation 2 (pour l'ASPC)

Explorer l'établissement de partenariats et de mécanismes pour faciliter la diffusion et l'adoption produits de connaissances sur les ITSS.

Les praticiens de la santé sexuelle connaissent et utilisent très bien les produits de connaissances actuels sur le VIH et les ITSS connexes. Néanmoins, pour augmenter les chances d'accéder aux cas non diagnostiqués, les partenaires de l'IF doivent travailler avec d'autres intervenants clés afin d'atteindre des niveaux plus élevés de sensibilisation et d'adoption des connaissances sur le VIH et les ITSS connexes chez tous les publics cibles désignés, y compris les praticiens de soins primaires, et d'en accroître l'utilisation par ces derniers. Les partenaires de l'IF devraient également se pencher davantage sur les façons dont ils pourraient mieux favoriser l'adoption des produits de connaissances dans les domaines de compétence partagée entre le gouvernement fédéral et les provinces (p. ex. conseils relatifs à l'utilisation de la PrEP, accès aux technologies de dépistage), car il existe des lacunes dans ces domaines.

Recommandation 3 (pour tous les partenaires de l'IF)

Améliorer l'utilisation de l'information sur le rendement en simplifiant les indicateurs dans le cadre de la stratégie actuelle de mesure du rendement afin de permettre l'établissement de rapports annuels sur les résultats.

L'IF a réussi à mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement (SMR) interne complète et les partenaires de l'IF recueillent des données sur le rendement depuis plusieurs années. Bien que l'ASPC ait réussi à s'acquitter de son obligation de rendre compte de l'IF au moyen du Rapport ministériel sur les résultats, les partenaires de l'IF souhaiteraient qu'un rapport annuel interne soit produit pour surveiller les progrès et faciliter la prise de décisions. Simplifier les indicateurs de la SMR et de veiller à ce que chaque partenaire de l'IF soit en mesure de recueillir les données requises faciliterait la rédaction d'un rapport annuel.

Annexe 1 – Rôles des centres de responsabilité

Agence de la santé publique du Canada

Division des programmes et des partenariats (DPP)

La DPP est responsable de l'administration des programmes de paiements de transfert au moyen de subventions et de contributions, de l'élaboration d'approches pour aborder les questions touchant les populations prioritaires, du soutien des partenariats pour atteindre une plus grande cohésion nationale sur le VIH et les infections connexes et de la coordination de l'IF. La DPP est également principalement responsable des communications, de la sensibilisation du public et de l'engagement mondial.

Division de la surveillance et de l'épidémiologie (DSE)

La DSE est responsable de la gestion du système national de surveillance des maladies transmissibles, de la direction de recherches épidémiologiques de pointe et de la prestation d'un soutien épidémiologique technique aux gouvernements provinciaux et territoriaux, aux organismes internationaux (c.-à-d., l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation panaméricaine de la santé et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies) et aux institutions gouvernementales étrangères (p. ex., les « Centers for Disease Control and Prevention » des États-Unis).

Division des enjeux stratégiques et de la gestion intégrée (DESGI)

La DESGI est responsable de soutenir la planification conjointe, la production de rapports, la surveillance et l'évaluation des programmes de l'IF.

Division des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique (DLDPSP)

La DLDPSP élabore des lignes directrices et des recherches interventionnelles en santé publique, détermine et diffuse des pratiques prometteuses et soutient le transfert et l'échange de connaissances techniques, y compris la modélisation, les estimations et les projections en ce qui a trait au VIH et aux infections connexes.

Laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie (LNVR)

Les LNVR fournissent un éventail complet de services scientifiques de laboratoire et d'expertise dans le domaine du VIH et des rétrovirus en émergence. La provision de services de laboratoire nationaux en vue d'améliorer le diagnostic, les soins et le traitement des Canadiens porteurs du VIH est prescrite dans le mandat de l'IF. Les LNVR sont constitués du Laboratoire national de la génétique du VIH, du Laboratoire national des services de référence du VIH et du Laboratoire national d'immunologie du VIH.

Bureaux régionaux (BR)

L'ASPC maintient une présence dans toutes les régions du Canada par l'entremise de cinq bureaux régionaux (BR) et du Secrétariat du Nord. Les BR sont les coordonnateurs de toutes les activités régionales. Les BR facilitent la surveillance des projets de subventions et de contributions financés dans le cadre des programmes administrés par la DPP. Les BR facilitent la collaboration intersectorielle sur les priorités nationales relatives aux ITSS au

niveau régional et fournissent de l'information sur la santé publique aux autres centres de responsabilité de l'ASPC pour s'assurer que les programmes nationaux reflètent les approches et les contextes locaux.

Instituts de recherche en santé du Canada

Institut des maladies infectieuses et immunitaires

L'Initiative de recherche sur le VIH/sida des IRSC est dirigée stratégiquement par l'IMII, qui est responsable de la gestion et de la supervision des composantes de recherche de l'IF. L'IMII permet de faire progresser la recherche sur le traitement, la prévention et la guérison du VIH, ainsi que les options visant à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, ainsi que la recherche axée sur les populations prioritaires au Canada. Le Réseau canadien pour les essais VIH des IRSC soutient des chercheurs et des stagiaires dans le domaine du VIH au moyen de quatre volets de financement de la recherche :

- la recherche biomédicale et clinique;
- la recherche sur les services de santé et la santé des populations;
- la recherche communautaire; et
- le Réseau canadien pour les essais VIH des IRSC.

Services aux Autochtones Canada (SAC)

Division du contrôle des maladies transmissibles

La Division du contrôle des maladies transmissibles (DCMT) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) est le centre de responsabilité de l'IF au sein de SAC. La DCMT travaille en collaboration avec d'autres divisions de la DGSPNI pour fournir des services de prévention du VIH, d'éducation, de sensibilisation et de renforcement des capacités communautaires, ainsi que pour faciliter l'accès à des diagnostics, des soins, des traitements et du soutien de qualité aux collectivités des Premières Nations dans les réserves. Elle favorise également la disponibilité de services de soins de santé primaires, comme le test de dépistage du VIH, pour les Premières Nations vivant dans les réserves dans certaines régions éloignées et isolées du Canada. De plus, la DGSPNI offre des services de santé non assurés aux membres des Premières Nations et aux Inuits admissibles, qui financent l'accès à des traitements, comme les médicaments antirétroviraux pour les personnes séropositives.

Service correctionnel Canada (SCC)

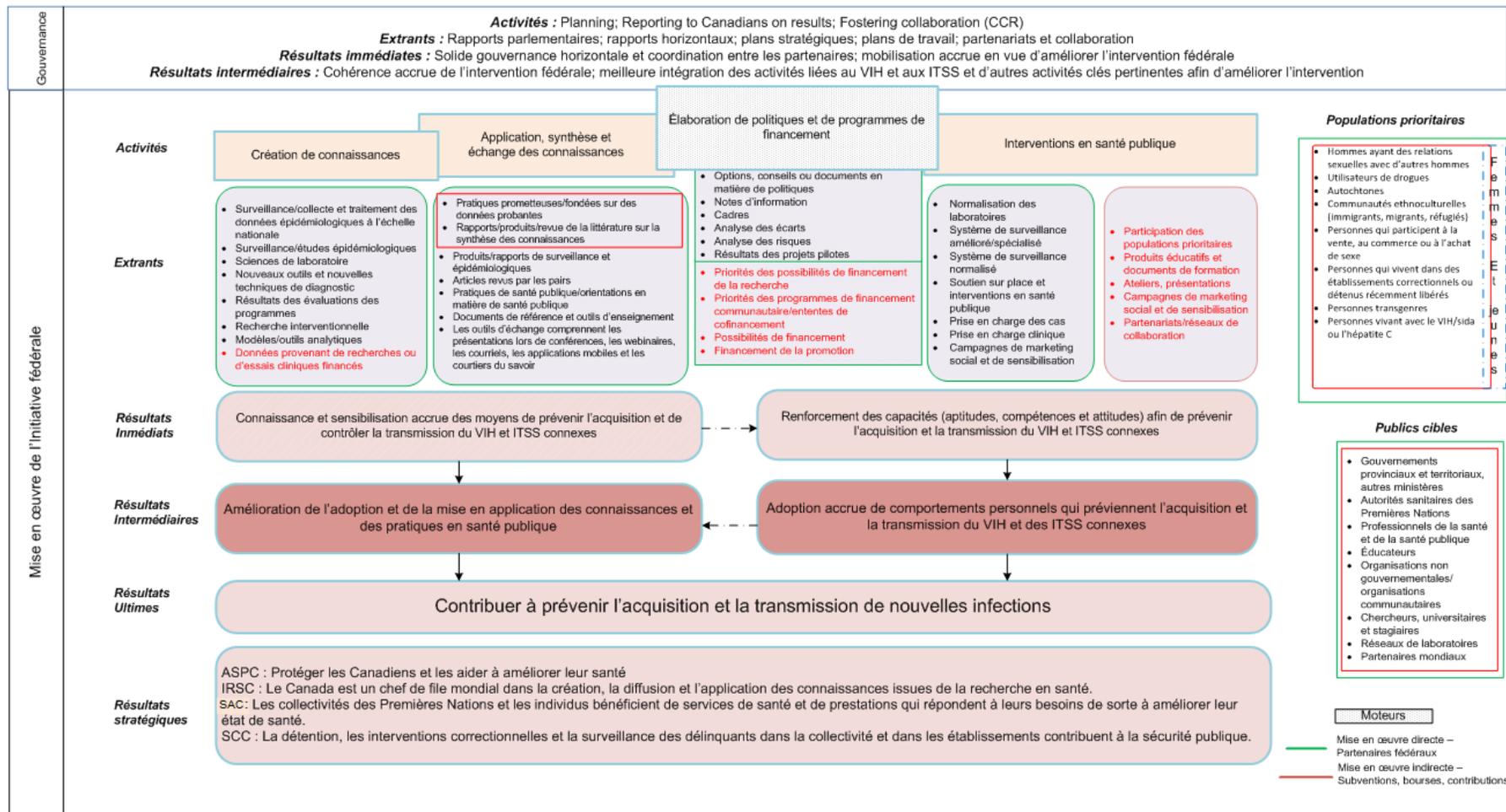
Services cliniques et la santé publique

Les Services cliniques et la santé publique du SCC fournissent des services de santé essentiels aux détenus dans les établissements correctionnels fédéraux, notamment des services liés à la prévention, aux soins et au traitement du VIH et des ITSS connexes. Ces services comprennent la promotion de la santé, l'éducation, le dépistage et le test, le traitement et le soutien aux personnes incarcérées séropositives ou qui ont reçu un diagnostic d'autres ITSS, ainsi que la planification de la mise en liberté et la surveillance dans l'établissement.

Annexe 2 – Modèle logique

Modèle logique de l'Initiative fédérale

INTRANTS : Ressources humaines, ressources financières (fonctionnement et entretien; subventions, contributions et bourses); politiques et autorités législatives; infrastructure de laboratoires; technologies de l'information; données de surveillance provinciales/territoriales; accords globaux du gouvernement du Canada; soutien administratif (services internes); ententes avec les provinces et les territoires (protocoles d'entente, protocoles d'accord)



Annexe 3 – Description de l'évaluation

Objet	Questions proposées
Besoin continu	1. Y a-t-il un besoin continu de lutter contre le VIH et les ITSS connexes au Canada? Quelles sont la prévalence et l'incidence actuelles et prévues du VIH et des ITSS connexes au Canada?
Harmonisation avec les priorités du gouvernement	2. Quelles sont les priorités du gouvernement fédéral relativement au VIH et aux ITSS connexes au Canada? Les activités actuelles des partenaires de l'IF cadrent-elles avec les priorités du gouvernement fédéral?
Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	3. L'IF s'harmonise-t-elle aux rôles et aux mandats de ses partenaires? 4. Quel est le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique relativement au VIH et aux ITSS connexes? Est-il différent du rôle des autres intervenants? 5. Les rôles et responsabilités des partenaires de l'IF, sont-ils clairs et bien compris, et évitent-ils le chevauchement?
Efficacité	6. L'IF atteint-elle les résultats prévus des premier et deuxième niveaux du modèle logique ? Résultats de premier niveau : 6.1. Connaissance et sensibilisation accrue des moyens de prévenir l'acquisition et de contrôler la transmission du VIH et ITSS connexes. 6.2. Renforcement des capacités (aptitudes, compétences et habiletés) afin de l'acquisition et la transmission du VIH et ITSS connexes. Résultats de deuxième niveau : 6.3. Amélioration de l'adoption et de la mise en application des connaissances et des pratiques en santé publique 6.4. Adoption accrue de comportements personnels qui préviennent l'acquisition et la transmission du VIH et des ITSS connexes
Efficience et économie	7. Dans quelle mesure la conception de l'IF est-elle appropriée pour favoriser l'atteinte des résultats associés au modèle de gouvernance ? Résultats en matière de gouvernance : 7.1. Solide gouvernance horizontale et une coordination entre les partenaires 7.2. Mobilisation accrue en vue d'améliorer l'intervention fédérale 7.3. Meilleure intégration des activités liées au VIH et aux ITSS et d'autres activités clés pertinentes afin d'améliorer l'intervention fédérale. 7.4. Cohérence accrue de l'intervention fédérale 8. L'utilisation des ressources par rapport à la production de résultats est-elle efficace et économique? 9. Existe-t-il une culture et des pratiques de mesure du rendement? Comment les renseignements sont-ils utilisés pour informer les décisions de la haute direction?

Revue de la littérature :

Une revue des publications universitaires évaluées par des pairs et de la littérature grise a été effectuée pour appuyer les constatations de l'évaluation. Les constatations de la revue de la littérature ont informé les questions liées à la pertinence de l'IF, notamment :

- des données probantes sur l'incidence et la prévalence du VIH/sida et l'évaluation des taux des populations prioritaires au Canada;
- des données probantes sur l'évolution de l'épidémie de VIH/sida et l'intervention de la santé publique au cours des cinq dernières années; et
- des preuves de double emploi, de complémentarité et de chevauchement entre les activités de l'IF du gouvernement du Canada et celles qui sont du ressort des provinces, des territoires et des autres intervenants.

Examen des documents :

Les représentants des quatre ministères fédéraux qui exécutent l'IF ont fourni une série de documents internes permettant d'éclairer les constatations relatives à la pertinence, au rendement, à l'efficacité et à la rentabilité du programme. Ces documents comprenaient des rapports annuels, des données internes sur la mesure du rendement, des produits de communication, le cadre de référence et les procès-verbaux des réunions des divers comités participant à la mise en œuvre de l'IF et des rapports de surveillance.

L'examen de la documentation comprenait également l'analyse des données sur le rendement recueillies dans le cadre de la stratégie de mesure du rendement horizontal de l'IF, qui comprenait certains renseignements sur le rendement obtenus des bénéficiaires de subventions et de contributions des IRSC et de l'ASPC.

Au total, plus de 400 documents ont été examinés dans le cadre de cette source de données.

Entrevues avec des informateurs clés :

Des entrevues avec des informateurs clés ont été effectuées afin de recueillir des renseignements détaillés sur la pertinence, le rendement et l'efficacité de l'IF. Les entrevues ont été menées de façon semi-structurée à partir d'un questionnaire préétabli. Les questions d'entrevue incluses dans chaque questionnaire étaient directement liées aux indicateurs énoncés dans la matrice d'évaluation. Au total, 71 entrevues ont été menées auprès de 76 informateurs clés. Les personnes interrogées comprenaient les suivantes :

- des employés travaillant au sein des quatre organisations partenaires de l'IF (n=31);
- des informateurs clés externes, y compris des bénéficiaires de financement, des dirigeants communautaires et des experts en la matière recommandés par les gestionnaires de programmes des quatre organismes partenaires de l'IF (n=31);
- des informateurs clés travaillant au sein de l'IF ou d'organismes intervenants ayant des connaissances spécialisées liées à trois programmes d'études de cas (N=14).

Les informateurs clés se trouvaient dans toutes les régions du Canada. Par conséquent, les entrevues ont été menées au téléphone et en groupe, au besoin.

Les données recueillies lors des entrevues avec les informateurs clés ont été analysées systématiquement au moyen du logiciel d'analyse de données qualitatives NVIVO. Six analystes ont identifié les renseignements pertinents liés aux questions de l'évaluation et, au moyen du logiciel, ont regroupé les renseignements en thèmes dans le cadre d'un processus appelé « codage ». Pour assurer l'uniformité, l'équipe responsable de l'évaluation a mené une évaluation de la fiabilité des codeurs et elle a élaboré un guide de codage. Une fois le codage terminé, les analystes ont préparé un résumé des thèmes découlant des entrevues. En fonction de cette information, les analystes ont pu tirer des conclusions sur la force de certains thèmes.

Études de cas :

Trois études de cas ont été réalisées pour fournir une illustration détaillée des activités du programme. Ces études de cas ont été choisies pour montrer les réalisations des programmes de l'IF et les leçons tirées de ces activités. Les études de cas ont été choisies pour représenter la diversité des contributions des quatre partenaires de l'IF, ainsi que la diversité des publics cibles des activités de l'IF.

Les études de cas sont les suivantes :

- Réseau canadien pour les essais VIH : un réseau de partenariats de recherche sur le VIH/sida financé par les IRSC dans le cadre de l'IF.
- Test de dépistage du VIH et de l'hépatite C à partir de gouttes de sang séché : une initiative menée par le Laboratoire national de microbiologie de l'ASPC pour améliorer le dépistage des ITSS dans les collectivités rurales et éloignées, particulièrement au sein des collectivités des Premières Nations.
- Cours d'éducation et d'entraide par les pairs (CEEP) et le cours d'éducation et d'entraide par les pairs autochtones (CEEPA) : un programme d'éducation offert aux personnes incarcérées dans les établissements correctionnels fédéraux, par l'entremise du SCC, qui fait la promotion de la santé dans le but de réduire l'acquisition et la transmission des ITSS.

Chaque étude de cas comprenait des entrevues avec des informateurs clés et un examen des documents internes du programme, tel que décrit ci-dessus.

Les données ont été analysées par triangulation de l'information recueillie à l'aide des différentes méthodes énumérées ci-dessus. L'utilisation de diverses sources de données et la triangulation visaient à accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

Annexe 4 – Cibles internationales pour les ITSS

VIH

D'ici 2030 :

- Aucune nouvelle infection à VIH
- Aucun décès lié au sida
- Aucune discrimination

D'ici 2020 :

- 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur séropositivité
- 90 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement
- 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral obtiennent une suppression de la charge virale
- Moins de 500 000 nouveaux cas d'infection à VIH
- Élimination de la discrimination liée au VIH

Hépatite

D'ici 2030 :

- Diminution de 90 % des nouveaux cas d'hépatite virale chronique B et C
- Diminution de 65 % des décès attribuables à l'hépatite B et C
- Dépistage de 90 % des cas d'hépatite virale B et C
- 80 % des personnes admissibles reçoivent un traitement pour l'hépatite B et C

D'ici 2020 :

- Réduction de 30 % des nouveaux cas d'hépatite virale chronique B et C
- Réduction de 10 % des décès par hépatite B et C
- 30 % des infections virales à l'hépatite B et C sont diagnostiquées
- Cinq millions de personnes reçoivent un traitement contre l'hépatite B et trois millions contre l'hépatite C
- Atteindre et maintenir un taux de couverture à jour de 90 % pour la vaccination contre l'hépatite B (trois doses)

Infections transmissibles sexuellement

D'ici 2030 :

- Réduction de 90 % de l'incidence mondiale de *T. pallidum*
- Réduction de 90 % de l'incidence mondiale de *N. gonorrhoea*
- 50 cas ou moins de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes dans 80 % des pays
- Maintenir un taux de couverture de 90 % à l'échelle nationale et d'au moins 80 % dans chaque district (ou unité administrative équivalente) dans les pays où le vaccin contre le virus du papillome humain est compris dans le programme national de vaccination

Annexe 5 – Écart entre les crédits budgétaires et les dépenses

Exercice financier	Organisme	Dépenses prévues				Dépenses réelles				Écart			
		Salaires ^a	S et C	F et E/capital ^b	Total	Salaires ^b	S et C	F et E/capital ^b	Total	Salaires ^a	S et C	F et E/capital ^b	Total
2013-2014	IRSC	727 200	19 346 601	628 248	20 702 049	636 000	20 900 000	717 000	22 253 000	-91 200	1 553 399	88 752	1 550 951
	SCC	2 955 423	s.o.	1 231 838	4 187 261	3 558 370	s.o.	876 518	4 434 888	602 947	s.o.	-355 320	247 627
	SC	1 360 294	2 755 000	1 499 706	5 615 000	1 077 197	2 755 000	682 803	4 515 000	-283 097	0	-816 903	-1 100 000
	ASPC	10 086 645	24 187 000	7 487 225	41 760 870	10 272 111	23 772 078	7 720 739	41 764 928	185 466	-414 922	233 515	4 059
	Total	15 129 562	46 288 601	10 847 017	72 265 180	15 543 678	47 427 078	9 997 060	72 967 816	414 116	1 138 477	-849 957	702 636
2014-2015	IRSC	727 200	19 561 722	628 248	20 917 170	700 361	21 146 792	655 087	22 502 240	-26 839	1 585 070	26 839	1 585 070
	SCC	2 955 423	s.o.	1 231 838	4 187 261	2 955 422	s.o.	1 231 838	4 187 261	-1	s.o.	0	0
	SC	1 360 294	2 755 000	399 706	4 515 000	648 840	3 582 496	283 664	4 515 000	-711 454	827 496	-116 042	0
	ASPC	9 617 169	22 786 334	8 156 701	40 560 204	10 587 237	22 883 436	5 876 762	39 347 436	970 068	97 102	-2 279 939	-1 212 768
	Total	14 660 086	45 103 056	10 416 493	70 179 635	14 891 860	47 612 724	8 047 351	70 551 936	231 774	2 509 668	-2 369 142	372 301
2015-2016	IRSC	727 200	20 344 552	628 248	21 700 000	596 748	20 344 552	758 700	21 700 000	-130 452	0	130 452	0
	SCC	2 955 423	s.o.	1 231 838	4 187 261	3 574 793	s.o.	1 321 038	4 895 830	619 370	s.o.	89 200	708 569
	SC	1 360 294	2 755 000	399 706	4 515 000	747 408	3 521 089	246 503	4 515 000	-612 886	766 089	-153 203	0
	ASPC	10 564 862	23 061 758	6 476 805	40 103 425	10 462 206	23 019 206	5 608 697	39 090 110	-102 656	-42 552	-868 108	-1 013 315
	Total	15 607 779	46 161 310	8 736 597	70 505 686	15 381 155	46 884 847	7 934 938	70 200 939	-226 624	723 537	-801 659	-304 747
2016-2017	IRSC	727 200	20 594 904	628 248	21 950 352	488 810	20 378 918	866 637	21 734 365	-238 390	-215 986	238 389	-215 987
	SCC	2 955 423	s.o.	1 231 838	4 187 261	3 378 505	s.o.	1 240 186	4 618 691	423 082	s.o.	8 348	431 430
	SC	1 360 294	2 755 000	399 706	4 515 000	1 360 294	2 755 000	399 706	4 515 000	0	0	0	0
	ASPC	10 678 384	23 061 758	8 207 246	41 947 388	10 489 152	23 267 555	7 087 961	40 844 668	-189 232	205 797	-1 119 285	-1 102 720
	Total	15 721 301	46 411 662	10 467 038	72 600 001	15 716 761	46 401 473	9 594 490	71 712 725	-4 540	-10 189	-872 548	-887 277
2017-2018	IRSC	727 200	21 019 000	628 248	22 374 448	428 741	21 334 555	926 707	22 690 003	-298 459	315 555	298 459	315 555
	SCC	2 955 423	s.o.	1 231 838	4 187 261	3 646 111	s.o.	1 107 934	4 754 045	690 688	s.o.	-123 904	566 784
	SAC	1 360 294	2 755 000	399 706	4 515 000	899 708	3 297 472	317 820	4 515 000	-460 586	542 472	-81 886	0
	ASPC	10 888 528	23 061 758	7 573 005	41 523 291	10 158 958	29 069 527	7 060 781	46 289 266	-729 570	6 007 769	-512 224	4 765 975
	Total	15 931 445	46 835 758	9 832 797	72 600 000	15 133 518	53 701 554	9 413 242	78 248 314	-797 927	6 865 796	-419 555	5 648 314
GRAND TOTAL		77 050 173	230 800 387	50 299 942	358 150 502	76 666 972	242 027 676	44 987 081	363 681 730	-383 201	11 227 289	-5 312 861	5 531 228

Source : Bureau du dirigeant principal des finances

Remarques : ^a Les salaires incluent les cotisations versées aux RASE.

^b F et E/capital comprend les coûts des locaux de SPAC.

Notes en fin de texte

- ¹ Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/occasions-financement/fonds-initiatives-communautaires-matiere-vih-sida-hepatite-prochaines-etapes.html>
- ² Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Fonds pour la réduction des méfaits*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/occasions-financement/fonds-reduction-mefaits.html>
- ³ Agence de la santé publique du Canada (2018). Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁴ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁵ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁶ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁷ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁸ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁹ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>

- ¹⁰ Agence de la santé publique du Canada. (2018). Évaluation de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada De 2008-09 à 2012-13. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/bureau-evaluation/rapports-evaluation/evaluation-initiative-federale-lutte-contre-vih-sida-canada-2008-09-a-2012-13.html>
- ¹¹ Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., Mendenhall, E. (2017). “Syndemics and the biosocial conception of health” in *The Lancet* 389 (10072): pp. 941–950. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- ¹² Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
- ¹³ ONUSIDA. (2014). *90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. Dans Internet : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf
- ¹⁴ CATIE. (2018). *HIV treatment and an undetectable viral load to prevent HIV transmission*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/en/fact-sheets/transmission/hiv-viral-load-hiv-treatment-and-sexual-hiv-transmission>
- ¹⁵ Centre de collaboration nationale sur les maladies infectieuses. (2017). *Reflections on the Development of the HIV 90-90-90 Cascade Measures: Meeting Proceedings*. Dans Internet : <https://nccid.ca/publications/reflections-development-hiv-cascade-measures-meeting-proceedings/>
- ¹⁶ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ¹⁷ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ¹⁸ CATIE. (2018). *La prophylaxie pré-exposition (PrEP) par voie orale*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/prophylaxie-pre-exposition-ppre>
- ¹⁹ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Rapport sur les résultats ministériels – Agence de la santé publique du Canada – Tableaux de Renseignements supplémentaires, Initiative fédérale de lutte contre le VIH et le sida au Canada (IF)*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2015-16-tableaux-reenseignements-supplementaires.html#fede>
- ²⁰ Traversy GP, Austin T, Yau J, et Timmerman K. (2017). « Le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH – Partie 1 ». *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 43(12). Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2017-43/rmtc-volume-43-12-7-decembre-2017/diagnostic-infection-vih-partie-1.html>
- ²¹ CATIE. (2018). *À propos de CATIE*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/fr/apropos>

- ²² CATIE. (2016). *Faire passer les connaissances à l'action : Une évaluation de l'impact des programmes et services de CATIE à l'intention des travailleurs de première ligne au Canada*. Dans Internet : https://www.catie.ca/sites/default/files/Executive-Summary_Agency-Evaluation-Report_French.pdf
- ²³ CATIE. (2016). *Faire passer les connaissances à l'action : Une évaluation de l'impact des programmes et services de CATIE à l'intention des travailleurs de première ligne au Canada*. Dans Internet : https://www.catie.ca/sites/default/files/Executive-Summary_Agency-Evaluation-Report_French.pdf
- ²⁴ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Rapport sur les résultats ministériels – Agence de la santé publique du Canada – Tableaux de renseignements supplémentaires, Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2015-16-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- ²⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Rapport sur les résultats ministériels – Agence de la santé publique du Canada – Tableaux de renseignements supplémentaires, Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2015-16-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- ²⁶ *New HIV screening method leads to apparent spike in testing at Sask. First Nations*, CBC news. Dans Internet : <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/hiv-testing-increasing-saskatchewan-first-nation-1.4539239>
- ²⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Innovation in Diagnostic Testing using Dried Blood Spots A Simple and Effective Method to Empower Community Health Workers and Encourage Testing in First Nations Communities*, Présentation affichée dans Internet (en anglais seulement) : <http://knowyourstatus.ca/wp-content/uploads/2018/03/Dried-Blood-Spot-Testing.pdf>
- ²⁸ <https://www.catie.ca/fr/nouvellescatie/2017-10-31/enquete-chercheurs-ou-vont-les-patients-lorsquils-laissent-les-soins-vih>
- ²⁹ Hull MW, Wu Z, Montaner JSG. (2012). “Optimizing the engagement of care cascade.” *Current Opinion in HIV and AIDS* 7(6):579–86. DOI: 10.1097/COH.0b013e3283590617.
- ³⁰ Instituts de recherche en santé du Canada. (2016). *IRSC à propos de nous – l'application des connaissances*. Dans Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- ³¹ Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Rapport sur les résultats ministériels de l'Agence de la santé publique du Canada 2017-2018 : Tableaux de renseignements supplémentaires*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2017-2018-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- ³² IRSC. (2015). *Initiative de recherche sur le VIH/sida des IRSC : Plan stratégique 2015-2020*. Dans Internet : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/hiv_strat_plan_2015-20_fr.pdf
- ³³ IRSC. (2018). *Recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC*. Dans Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/25835.html>
- ³⁴ National Initiative for Minority Involvement in Neurological Clinical Trials. (2016). *A researcher's guide to community-based participatory research*. Dans Internet : <http://nimict.com/wp-content/uploads/2016/05/cbpr-guide.pdf>
- ³⁵ Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Rapport sur les résultats ministériels de l'Agence de la santé publique du Canada 2017-2018 : Tableaux de renseignements supplémentaires*. Dans Internet :

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2017-2018-tableaux-renseignements-supplementaires.html>

- ³⁶ Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Rapport sur les résultats ministériels de l'Agence de la santé publique du Canada 2017-2018 : Tableaux de renseignements supplémentaires*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2017-2018-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- ³⁷ CATIE. (2016). *Connaissez votre statut*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/fr/cnp/elements/know-your-status>
- ³⁸ CATIE. (2016). *Connaissez votre statut*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/fr/cnp/elements/know-your-status>
- ³⁹ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁴⁰ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁴¹ Traversy GP, Austin T, Ha S, Timmerman K, Gale-Rowe M. (2015). « Examen : Un aperçu des récentes données probantes sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du virus de l'immunodéficience humaine ». *RMTC 41*(12). Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2015-41/rmtc-volume-41-12-3-decembre-2015-bonnes-nouvelles-vih/rmtc-volume-41-12-3-decembre-2015-bonnes-nouvelles-vih-1.html>
- ⁴² Service correctionnel Canada. (2017). *Évaluation des Services de santé du SCC*. Dans Internet : <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-2017-fra.shtml>
- ⁴³ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>
- ⁴⁴ ONUDC. (aucune date). *United Nations Office on Drugs and Crime TreatNet: Reducing the harm of drug use and dependence*. Dans Internet : https://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20D/Topic%204/1.VolD_Topic4_Harm_Reduction.pdf
- ⁴⁵ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90/pub-fra.pdf>

- ⁴⁶ Nunn, A., Cornwall, A., Fu, J., Bazerman, L., Loewenthal, H., Beckwith, C., (2010) *Linking HIV-positive Jail Inmates to Treatment, Care, and Social Services After Release: Results from a Qualitative Assessment of the COMPASS Program*. Dans Internet : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3005089/>
- ⁴⁷ AVERT (2018) *Prisoner, HIV and AIDS*. Dans Internet : <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/prisoners>
- ⁴⁸ Nine Circles. (2017). *Report on the December 1, 2017, Network Event: Working Together to Affect Change*. Dans Internet : http://ninecircles.ca/wp-content/uploads/2018/02/CIN_dec17_report.pdf
- ⁴⁹ Goss Gilroy Inc. (2018). *Review of the Community Action Fund*. Dans Internet : <https://pacificaidnetwork.org/files/2018/10/2018-CAF-Review-Report.pdf>
- ⁵⁰ Steen, R., Wi, T.E., Kamali, A. & Ndowa, F. (2009). "Control of sexually transmitted infections and prevention of HIV transmission: mending a fractured paradigm." *Bulletin of the World Health Organization* 87(11): 858–865. Dans Internet : <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/11/08-059212/en/>
- ⁵¹ ASPC. (2018). « Résumé du cadre pancanadien sur les ITSS ». *RMTC* 44(7/8). Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2018-44/numero-7-8-5-juillet-2018/article-5-resume-cadre-pancanadien-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>
- ⁵² ASPC. (2018). « Résumé du cadre pancanadien sur les ITSS ». *RMTC* 44(7/8). Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2018-44/numero-7-8-5-juillet-2018/article-5-resume-cadre-pancanadien-infections-transmissibles-sexuellement-sang.html>
- ⁵³ Kingston-Riechers, J. (2011). *Le coût économique du VIH/sida au Canada*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/fr/ressources/cout-economique-vihsida-canada>
- ⁵⁴ Choi, S. K., Holtgrave, D. R., Bacon, J., Kennedy, R., Lush, J., McGee, F., Tomlinson, G. A., Rourke, S. B. (2015). Economic Evaluation of Community-Based HIV Prevention Programs in Ontario: Evidence of Effectiveness in Reducing HIV Infections and Health Care Costs. *AIDS and behavior*, 20(6), 1143-56. retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867003/>
- ⁵⁵ ASPC. (2016). *Recueil d'outils d'évaluation visant à mesurer les résultats de projets communautaires financés en vertu du Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/sites/default/files/Recueil%20d%20outils%20d%27eval%20visant%20a%20mesurer%20resultats%20HIV-Hep%20C.pdf>
- ⁵⁶ ASPC. (2016). *Guide de rapport d'évaluation de projet : fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/sites/default/files/Guide%20de%20rapport%20d%20evaluation.pdf>
- ⁵⁷ ASPC. (2016). *Guide de rapport d'évaluation de projet : fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C*. Dans Internet : <https://www.catie.ca/sites/default/files/Guide%20de%20rapport%20d%20evaluation.pdf>
- ⁵⁸ Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Fonds d'initiatives communautaires en matière de VIH et d'hépatite C*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/occasions-financement/fonds-initiatives-communautaires-matiere-vih-sida-hepatite-prochaines-etapes.html>
- ⁵⁹ Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Fonds pour la réduction des méfaits*. Dans Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/occasions-financement/fonds-reduction-mefaits.html>