



**RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE**

*Cadre de référence du Programme de soutien
aux organismes communautaires
«Catégorie sida»*



Plan régional VIH/sida



Préparé par :

*Claire Blais, Conseillère, Direction de la programmation et coordination,
Régie régionale Montréal-Centre*

Mars 2000

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
1. CONTEXTE	1
2. PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	3
Services d'hébergement	5
Services de soutien aux personnes atteintes (PV-VIH).....	12
Services préventifs.....	14
3. BUDGET RÉGIONAL	16
Cadre de référence pour le financement des organismes	17
Critères d'appréciation des demandes de subvention.....	17

1. CONTEXTE

En dépit des progrès réalisés, tant au niveau de la prévention que des soins et des services, l'ampleur de l'épidémie du VIH/sida demeure préoccupante. La réalité du sida s'est significativement modifiée au cours des dernières années avec une transformation du profil des personnes particulièrement vulnérables à l'infection et l'apparition de nouvelles thérapies pharmacologiques. En 1999, nous estimions que de 700 à 800 personnes s'infectent chaque année au Québec. L'épidémie est toujours aussi active et ravageuse, et nous oblige à revoir et à adapter notre réseau de services de santé et des services sociaux à la réalité actuelle du sida.

La Régie régionale de Montréal-Centre s'est dotée en 1997, d'un Plan d'action régional en matière de VIH/Sida et autres MTS basé sur un continuum de services. Ce plan intègre des activités de prévention - promotion à la chaîne de soins et de services. Il couvre différents secteurs d'activités (prévention, première ligne, courte durée, réseaux hospitalier et communautaire). En 1998, dans le cadre du *Défi de l'accès 1998-2002*, l'une des mesures rappelle les obligations que s'est donnée la Régie régionale envers la population de son territoire en matière de soins et de services en sida. Cette mesure précise que les personnes infectées par le virus du sida, doivent pouvoir bénéficier d'une gamme de services de qualité, d'accessibilité et d'adaptation qui répondent adéquatement à leurs besoins spécifiques.

Elle nous invite donc à¹ :

Développer une planification intégrée des services aux diverses clientèles visées par la problématique du VIH/sida et mettre en place un mécanisme de consultations intersectorielles (toxicomanie, itinérance, santé mentale, sida).

Revoir les mandats des équipes spécialisées sida en CLSC et l'organisation des services de dépistage et de counselling (incluant le dépistage anonyme).

Réévaluer les besoins et adapter les services et les ressources en matière de prévention, de promotion, de protection et de soins et services auprès des clientèles à risque et atteintes du VIH (UHRESS et hôpitaux satellites, organismes communautaires, simad sida).

Développer un programme régional de prévention du VIH et organiser des services de première ligne en CLSC pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et les jeunes marginaux.

Renforcer les activités de vigilance et de surveillance permettant d'ajuster l'intervention et l'organisation de services.

Renforcer les mécanismes de soutien au développement des compétences des intervenants.

¹ Régie régionale de Montréal-Centre. *Le défi de l'accès. Plan d'amélioration des services de santé et services sociaux.*

Ces orientations nous invitent donc à revoir nos façons de faire ainsi que nos conceptions de l'action et de l'offre de services à la lumière des besoins des personnes qui sont particulièrement vulnérables à l'infection et celles des personnes actuellement infectées ou atteintes du sida.

C'est dans ce contexte que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a entrepris à l'automne 1999², une démarche de révision des services offerts par le réseau communautaire montréalais en lien avec le VIH/sida de manière à s'assurer que les crédits accordés aux organismes par le biais du *Programme de soutien aux organismes communautaires* puissent être distribués de manière efficiente tout en s'assurant que les personnes affectées ou infectées par le VIH/sida puissent bénéficier de services qui répondent adéquatement à leurs besoins.

Cette révision devenait incontournable puisque malgré le changement important dans le portrait des clientèles concernées et de leurs besoins, les modalités d'organisation de services ne tenaient pas toujours en compte les particularités des personnes concernées et de leurs habitudes de vie. En ce sens, les pratiques actuelles doivent faire l'objet d'une révision et d'une adaptation aux réalités des clientèles auxquelles ces services sont destinés. Ces services doivent aussi être vus en complémentarité avec l'action des autres ressources disponibles au sein du réseau communautaire et institutionnel en lien avec la problématique du VIH/Sida et des **autres** problématiques de santé connexes pour lesquelles des services sont déjà disponibles.

L'organisation de services souhaitée devrait s'ajuster et évoluer de façon dynamique à la lueur des nouvelles informations qui viendront s'ajouter à notre lecture de la réalité. Nous espérons poursuivre la réflexion et tenir compte d'un ensemble d'éléments qui influencent l'organisation des services et viendront modifier nos choix, nous resterons vigilants à l'égard de l'évolution de l'épidémie du développement et de l'efficacité de nouveaux traitements, les difficultés à rejoindre certaines clientèles particulièrement vulnérables et affectées par la maladie et enfin, au niveau d'implication des partenaires du réseau de la SSSS et communautaire non spécifique.

Enfin, puisque la Régie régionale est responsable de la saine gestion du *Programme de soutien aux organismes communautaires* nous avons mis à jour un nouveau cadre de référence pour l'allocation des crédits réservés dans la catégorie « sida » qui tient compte de l'évolution et des manifestations de la maladie, des progrès thérapeutiques, des nouveaux besoins à combler, de l'adaptation des services aux clientèles particulièrement vulnérables et difficiles à rejoindre et des crédits disponibles.

² *Rapport de la tournée des organismes communautaires « Catégorie Sida » Automne 1999; Régie régionale de Montréal-Centre, Juin 2000*

2. PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Historiquement, les crédits alloués au *Programme de soutien aux organismes communautaires* de la catégorie « sida » étaient réservés majoritairement aux organismes qui intervenaient directement auprès des personnes infectées par le virus du VIH ou atteintes du sida. Or, avec l'évolution de la maladie et les changements inévitables dans les besoins en matière de soins et de services et à la lumière des résultats obtenus lors de la tournée des organismes, nous avons revu les modalités d'allocation des fonds voués aux organismes communautaires. On veut s'assurer que les crédits disponibles pour le réseau communautaire seront utilisés de manière optimale et en complémentarité avec les autres champs d'activités et les autres services offerts dans la région de Montréal-Centre.

En 1999, 18 des 21 organismes inscrits au *Programme de soutien aux organismes communautaires*, catégorie « sida », reçoivent une subvention, la plupart depuis plusieurs années, pour un total de 2 602 900 \$. De ces 21 organismes, 9 offrent des services d'hébergement, 9 autres offrent des activités de soutien aux personnes atteintes et enfin, 3 ont un mandat spécifique de prévention auprès de sous-groupes spécifiques.

Quant à la distribution des sommes, elle s'établit comme suit :

CATÉGORIES D'ORGANISMES	DISTRIBUTION EN %	MONTANTS ACCORDÉS (1998-1999)
Organismes de prévention	3%	78 000\$
Organismes de soutien aux PV-VIH ³	13%	327 000\$
Organismes d'hébergement	84%	2 197 900\$

La distribution actuelle n'est plus optimale puisqu'elle n'est pas conforme aux besoins des personnes atteintes ou à risque de l'être, ni aux orientations de la phase IV de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. **De plus, considérant,**

- *l'importance d'adapter les services et les pratiques aux besoins des nouvelles clientèles à desservir ;*
- *l'importance de consolider et d'optimiser les mesures qui ont obtenu des résultats favorables ;*
- *le peu d'organismes reconnus pour l'efficacité de leurs interventions préventives et le sous-financement de leur infrastructure ;*
- *le statu quo au chapitre des crédits accordés par le Programme de soutien aux organismes communautaires ;*

La révision du cadre de financement et l'identification des priorités de financement s'avèrent des incontournables malgré les résistances importantes que les décisions de financer ou de ne pas financer un organisme puissent provoquer.

³PV-VIH : Personnes vivant avec le VIH

À titre d'exemple, jusqu'en 1999, les maisons d'hébergement étaient financées selon le nombre de lits et selon un taux d'occupation de 90%. Le montant accordé par personne hébergée varie de 15\$/jour/personne lorsqu'elle est hébergée dans des appartements supervisés, de 60\$ à 90\$/jour/personne lorsqu'elle est hébergée dans l'une ou l'autre des maisons d'hébergement.

Malgré le taux d'occupation à la baisse depuis trois (3) ans et l'accroissement de l'autonomie d'un bon nombre de résidants, grâce à l'arrivée de nouvelles thérapies, les maisons réclament un montant journalier de 100\$/jour/personne hébergée en invoquant le fait que les personnes hébergées ont de multiples problèmes autres que le sida, ce qui complexifie le traitement et le suivi. Cependant, ces maisons connaissent des taux d'occupation souvent inférieurs à 90% et hébergent des personnes dont l'état de santé ne requiert plus nécessairement un encadrement aussi important. Quant aux dépenses reliées au fonctionnement, les coûts varient en fonction du nombre de places et des activités connexes que l'organisme offre.

Quant aux organismes de soutien, il n'existait aucune balise pour les montants qui devaient leur être accordés pour l'infrastructure de base pour lequel les budgets du programme sont destinés. En plus, il existe des disparités importantes dans les budgets accordés à cette catégorie d'organismes, variant de 15 000\$ à 75 000\$ pour des services similaires. Enfin, pour les organismes de prévention, aucun financement récurrent ne leur était assuré malgré les efforts que ces organismes déploient pour rejoindre des personnes qui proviennent de sous-groupes particulièrement vulnérables à l'infection.

**SERVICES D'HÉBERGEMENT RECOMMANDÉS ET FINANCÉS PAR
LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE
À COMPTER DE 2000-2001**

Les maisons d'hébergement communautaire sida ont été mises sur pied depuis plus d'une dizaine d'années et avaient comme mission première d'offrir, dans une approche globale à la santé, des soins de base et de confort et un accompagnement vers la mort.

Depuis maintenant près de trois ans, les progrès thérapeutiques viennent apporter un espoir d'une longévité accrue aux personnes atteintes. Or, malgré la méconnaissance de l'impact à long terme des nouveaux traitements dans le maintien de l'équilibre de la santé d'une personne atteinte, il est évident que ces traitements ont un impact considérable sur la demande en services notamment pour le réseau des maisons d'hébergement.

Ainsi, de façon générale, les demandes pour des services d'hébergement connaissent une baisse significative. En plus d'une diminution dans les demandes d'admission, nous assistons à une transformation des motifs d'admission. Passant de demande en soins palliatifs à des demandes de répit ou de transition. La nature des services est donc appelée à changer pour mieux répondre à la demande de services. L'hébergement n'est donc plus une finalité en soi mais bien plus un lieu de passage.

Par ailleurs, nous constatons que le portrait des clientèles qui nécessitent des services d'hébergement change aussi. La première vague d'épidémie a frappé surtout des hommes de la communauté gaie qui n'étaient pas nécessairement dans la désorganisation sociale tandis qu'en 2000, les personnes durement touchées qui nécessite davantage de services, proviennent de sous-groupes encore davantage marginalisés qui ont de multiples problématiques et qui vivent souvent dans une importante désorganisation sociale ce qui complexifie l'offre de services.

Lors de la tournée des organismes communautaires, nous avons tenté avec les représentants de ces organismes, de mieux définir la nature des services qui étaient rendus aux personnes hébergées et d'effectuer un portrait des personnes qui bénéficiaient de leurs services. Grâce à ces informations, nous avons pu catégoriser les services en trois types d'hébergement distinct qui était déjà offert sur le territoire de Montréal. Suite à cette catégorisation, il devient plus facile d'assurer un soutien adéquat aux ressources qui offrent ces services. Par exemple, nous nous sommes aperçus que certaines maisons hébergeaient des personnes durant de très long séjour et dont l'état de santé était stable et ne nécessitait pas de services particuliers, tandis que d'autres maisons accueillaient des personnes dont l'état de santé demandait un investissement important de ressources autant de l'interne que du CLSC.

Enfin, puisque les maisons n'offrent pas tous le même type et intensité de services, il devenait important de bien connaître chacune de celle-ci et de tenter de définir dans quelle catégorie de services elles se situaient pour ensuite pouvoir assurer un financement en fonction des services rendus et des besoins réels de chaque maison.

TYPLOGIE DES SERVICES D'HÉBERGEMENT

HÉBERGEMENT TRANSITOIRE

Nombre de lits financés :	30 lits
Nombre de maison financées :	3 maisons

Nature des services attendus et clientèles visées :

Les attentes de la Régie régionale concernant les services à offrir dans les maisons d'hébergement de nature « transitoire » consistent d'abord à assurer un accueil sans discrimination à toutes personnes atteintes du VIH/sida **dont l'état de santé est précaire ou instable** et qui nécessite une prise en charge et un encadrement thérapeutique continu. Ces personnes peuvent donc être ou non des consommatrices de drogues ou d'autres substances, et peuvent également présenter d'autres problèmes associés tels : des troubles mentaux, des problèmes de comportements ou d'adaptation sociale. Elles peuvent provenir du milieu de vie naturel, être référées par le réseau des SSSS ou être sans domicile fixe.

Le motif principal d'accueil des personnes doit être **directement relié à une manifestation spécifiquement en lien avec la maladie du « sida » ou ses composantes**. Par exemple, une personne peut être référée pour des soins palliatifs, pour une surveillance pharmacologique, pour un séjour de répit, une période de convalescence ou encore en processus de réhabilitation vers l'autonomie. De plus, ces personnes peuvent être en **perte d'autonomie temporaire** ou aux prises avec un **affaiblissement général de leur état de santé**. En l'occurrence, les personnes qui seront référées pour des motifs autres qu'une majeure « sida » (p.ex. non disponibilité de ressources d'hébergement d'accueil d'une personne sans milieu de vie naturel, personnes atteintes mais dont l'état de santé relié au VIH/sida est stable, personnes sans domicile fixe, etc.) pourront être refusées ou accueillies avec des conditions spécifiques qui seront établies par la direction de la maison et convenues avec le référant.

Par ailleurs, puisque la mixité des clientèles (désorganisées ou non / toxicomanes ou non), peut occasionnellement engendrer un climat difficilement viable dans un milieu de vie fermé, la Régie régionale s'assurera de bien reconnaître la spécificité des maisons qui seront financées à savoir celles qui accueilleront à priori les personnes qui ont des comportements parfois asociaux versus celles qui accueilleront les personnes sans problèmes spécifiques de comportements. Bien entendu, il sera sous la responsabilité de chaque maison d'évaluer la situation au moment de la demande d'admission.

Quant aux services spécifiques, autre que l'accueil chaleureux dans un milieu de vie communautaire, on s'attend à ce que ces maisons puissent offrir et favoriser l'accès à une gamme de soins et de services qui répondent aux besoins de santé globale des personnes dans une optique de reprise de l'autonomie ou de cheminement vers une fin de vie. Parmi les services qui devront être offerts, notons :

- *Soins palliatifs ;*
- *Soins de base et de confort ;*
- *Aide et entraide ;*
- *Accompagnement psychosocial ;*
- *Soutien dans un cheminement de réinsertion sociale et de réhabilitation ;*

- *Activités de promotion et d'éducation à la santé en favorisant le développement de comportements favorables à la « santé » (notamment en lien avec les comportements sexuels et de consommation).*

Quant à la durée de séjour, elle peut varier selon l'état de santé global de la personne. Cependant, avec les manifestations cliniques de la maladie et l'accès à de nouveaux traitements, les durées de séjour seront plus courtes et les maisons seront encouragées à ne pas poursuivre un hébergement si l'état de santé de la personne ne justifie pas un tel niveau d'encadrement thérapeutique. Les durées de séjour prolongées sans motifs valables ne seront plus encouragées dans ce type de maison. Or, les maisons auront à développer des mécanismes qui permettront aux personnes hébergées de ne pas considérer l'hébergement comme une finalité en soi, mais bien comme un lieu de répit ou de transition qui favorise un plein d'énergie et une reprise de vitalité. La maison devient donc un lieu de repos temporaire tout en demeurant un pivot central, c'est-à-dire un « maître d'œuvre » dans l'organisation de services à offrir aux personnes hébergées.

Enfin, pour mieux évaluer les besoins évolutifs de la personne durant son séjour en hébergement, des mécanismes efficaces d'évaluation continue de l'état de santé de la personne et de ses besoins en matière de soins et de services sont à développer. À cet effet, nous croyons que la collaboration des CLSC et des référants seraient utiles et souhaitables puisque leur contribution faciliterait par la suite, l'élaboration de *plans de services individualisés* et permettrait une meilleure orchestration des services à offrir aux personnes hébergées que ces services soient offerts directement par la maison ou par une autre ressource du réseau des SSSS et communautaires.

HÉBERGEMENT EN RÉSIDENCE

Nombre de lits financés :	16 lits
Nombre de maison financées :	2 maisons

Nature des services attendus et clientèles visées :

Quant à l'hébergement résidentiel il est destiné à accueillir sans discrimination, toute personne atteinte du VIH/sida dont **l'état de santé relié à la maladie est relativement stable**, mais que la condition générale de la personne ne permet pas un retour immédiat dans le milieu de vie naturel. Ces personnes nécessitent une surveillance continue et devront prioritairement être référées par une autre ressource d'hébergement (transitoire ou de crise). Ces personnes **ne sont cependant pas en perte d'autonomie** mais nécessitent un accompagnement soutenu dans la reprise de leur autonomie fonctionnelle, affective ou sociale. Autre que le sida, ces personnes peuvent aussi être aux prises avec de multiples problèmes tels des troubles mentaux, de comportement, de consommation ou d'adaptation sociale ce qui complique considérablement la réinsertion sociale et le suivi thérapeutique en milieu de vie naturel. La réinsertion sociale demeure quand même l'objectif principal du plan d'intervention à moyen terme.

Le but principal des maisons de cette catégorie est d'assurer un **soutien** et un **accompagnement** aux personnes **dans le maintien de leur autonomie fonctionnelle, affective et sociale** qui vise à moyen terme une réinsertion sociale ou une adaptation sociale. Malgré que le soutien soit continu, les services

sont offerts plus particulièrement par des aidants naturels. Les personnes hébergées seront donc accompagnées dans les activités de la vie quotidienne en passant par l'appropriation aux soins d'hygiène personnelle à la planification d'un budget et à l'auto-éducation de la prise de médication. Un *plan de services individualisé* sera orchestré par la maison d'accueil tandis que la dispensation des services peut se faire conjointement avec d'autres acteurs du réseau de la SSSS et communautaire. Par ailleurs, puisque l'état de santé physique des personnes hébergées est stable, il n'est pas nécessaire d'avoir une présence « nursing » dans la maison. Si des actes de « nursing » doivent être posés, la maison devra faire appel au CLSC de son territoire. Cependant, si l'état de santé physique d'une personne hébergée se détériore, la maison doit référer la personne à une ressource mieux adaptée pour répondre aux besoins de la personne. Cette ressource peut être par exemple, une maison d'hébergement de type « transitoire » ou une ressource institutionnelle.

Quant aux attentes de la Régie régionale en regard des services qui doivent être disponibles dans ces maisons, ils sont d'ordre de :

- *Soutien et accompagnement psychosocial ;*
- *Soutien aux activités de la vie quotidienne et réhabilitation sociale;*
- *Soutien et éducation en lien avec les traitements et habitudes de vie saine ;*
- *Aide et entraide ;*
- *Activités qui permettent la création d'un réseau social ;*
- *Activités en lien avec une réinsertion sociale ;*
- *Éducation de comportement « santé » en lien avec les comportements favorables au maintien de l'état de santé stable (notamment en lien avec les comportements sexuels et de consommation).*

Comme pour les maisons d'hébergement de type « transitoire », les maisons de la catégorie résidence devront aussi développer des mécanismes efficaces d'évaluation continue de l'état de santé global de la personne en insistant sur les capacités réelles d'autonomie des personnes. Ces évaluations doivent se faire dès l'admission et en cours de séjour. Pour ce faire, la contribution des CLSC ou des référants peuvent devenir utiles et souhaitables. Quant au plan de services individualisés, il faudra envisager la contribution de d'autres acteurs du réseau de la SSSS et communautaires (sida et hors sida). Les interventions doivent s'orienter davantage sur l'accompagnement que sur la suppléance.

Quant à la durée de séjour elle variera selon la capacité réelle d'autonomie de la personne, mais ne devrait pas dépasser une période de 12 à 18 mois. Cependant, nous sommes conscients qu'avec la multitudes de problèmes d'ordre psychosocial que vivent certaines personnes atteintes du VIH, que la réinsertion sociale peut devenir difficile voire même utopique. Dans ce sens, il devient donc important de bien définir les limites d'accueil de la maison dès l'admission et de s'assurer que le référant demeure actif dans le dossier. Ainsi, si la personne hébergée ne peut pas reprendre une autonomie résidentielle fonctionnelle, le référant en collaboration avec la direction de la maison veilleront à identifier les ressources qui peuvent accueillir de façon permanente la personne. Par exemple, si l'instabilité mentale d'une personne ne permet pas une réinsertion sociale, des liens doivent être faits avec les ressources en santé mentale pour que la personne puisse avoir accès aux services d'hébergement nécessitant son état de santé. **Les maisons de type « résidence » pour les personnes atteintes du VIH, ne sont pas à ce stade-ci, reconnues comme des résidences permanentes.**

HÉBERGEMENT PONCTUEL (DE NATURE « CRISE »)

Nombre de lits financés :	10 lits
Nombre de maison financées :	1 maison

Nature des services attendus et clientèles visées :

Dans un premier temps, cette ressource vise à accueillir (24h/24 – 7jours/7) et accompagne les personnes atteintes du VIH/sida qui présentent des problèmes de toxicomanie, de santé mentale ou d'itinérance **et** qui vivent une situation d'**instabilité** bio-psychosociale ou de **détresse psychologique ou sociale** qui risque d'affecter ou d'aggraver la condition globale de santé de la personne. Ensuite,

Les objectifs de la ressource sont :

- Assurer une **prise en charge rapide** des personnes atteintes du VIH-Sida toxicomanes ou non qui vivent une détresse psychologique ou sociale temporaire qui risque d'affecter ou d'aggraver la condition globale de santé de la personne.
- Favoriser **l'accessibilité, l'adaptation et l'utilisation adéquates des services** offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et communautaires aux personnes atteintes du sida et qui souffrent de multiples problèmes (toxicomanie, santé mentale, itinérance).
- Favoriser une **intervention multisectorielle** avec les différents acteurs qui travaillent auprès des personnes atteintes du sida et qui souffrent de multiples problèmes (toxicomanie, santé mentale, itinérance, etc).

La clientèle rejointe par cette ressource regroupe principalement des personnes qui toutes, présentent de nombreux problèmes autres que le VIH/Sida tels :

- Les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie dont plusieurs sont des utilisateurs de drogues injectables (UDI) ;
- Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou des troubles de comportement ou de personnalité ;
- Les personnes qui ont des profils d'itinérance, de prostitution, de violence ou des démêlés avec la justice.

De plus, les services devront être disponibles à toute personne qui pour différentes raisons, vit une détresse psychosociale importante ou inhabituelle ou qui traverse une « crise » d'adaptation sociale laquelle risque d'aggraver son état de santé global et sa condition « sida » et dont une **intervention rapide** est nécessaire. Cependant, une priorité sera accordée aux personnes qui n'ont aucun suivi médical récent lié au sida ou qui n'en ont jamais eu. Enfin, l'approche d'intervention privilégiée est celle

de la réduction des méfaits qui vise à accompagner les personnes dans une démarche de santé globale dont la prémisse n'est pas l'élimination de l'usage des psychotropes, mais plutôt le développement de moyens qui permettront la réduction des conséquences négatives liées aux comportements.

Quant aux attentes de la Régie régionale en regard des services qui doivent être disponibles dans cette ressource notons :

- *Service d'accueil et d'évaluation 24h/7jrs et de référence ;*
- *Service d'hébergement gratuit (incluant soutien et éducation en lien avec les traitements et les habitudes de vie saine, soins de base et de confort, etc) ;*
- *Soutien dans les activités de la vie quotidienne ;*
- *Soutien « nursing », psychosocial, médical (en collaboration avec l'équipe mobile toxicomanie-sida de l'UHRESS du CHUM ;*

De plus, dans une optique de mieux rejoindre et répondre aux besoins de ces personnes, cette ressource pourra agir en tant qu'**agent facilitateur** auprès des autres ressources d'accueil pour faciliter l'accessibilité aux services, la prise en charge par les ressources et offrir des services adaptés aux particularités des personnes. Le partage d'expertise devient donc un élément important à mettre à la disposition des autres ressources d'hébergement sida.

Enfin, dans le but d'assurer un ensemble de services adaptés aux personnes atteintes du VIH/Sida qui ont de multiples problématiques, des ententes spécifiques seront à établir avec *l'équipe mobile de l'UHRESS de l'équipe Toxicomanie sida du CHUM* afin d'établir ensemble les modalités de prise en charge et de suivi des personnes puisqu'il s'agit de la même clientèle.

HÉBERGEMENT EN APPARTEMENTS SUPERVISÉS

Nombre de places financées :	15 places
Nombre d'organisme financé :	(à déterminer)

Nature des services attendus et clientèles visées :

Les appartements supervisés s'adressent spécifiquement **aux personnes autonomes** qui sont dans une démarche de reprise de l'autonomie fonctionnelle et sociale. Ces personnes ont généralement un état de santé physique et psychologique assez stable et ne nécessitent pas une surveillance continue de la part des intervenants mais plutôt un accompagnement psychosocial ponctuel. Ces personnes sont en quête d'autonomie et sont désireuses d'entreprendre des démarches qui leur permettront d'accéder à des conditions de vie plus stables pouvant même aller vers un éventuel retour aux études ou au travail pour certaines. Ces personnes seront soutenues dans leurs démarches ainsi que dans la « gestion » des conséquences reliées à leur état de santé fragilisé. Ces appartements offrent un milieu de vie ouvert et

permettent aux résidants de mieux se préparer à un retour éventuel dans le milieu de vie naturel. La personne sera donc appelée à se fixer des objectifs personnels, à devenir le « maître d'œuvre » de son plan d'intervention, à gérer son temps, à remplir ses obligations, à planifier autant ses loisirs que ses repas, etc., tout en étant assuré d'un accompagnement et un soutien en cas de besoin.

Par ailleurs, puisque ces appartements servent en quelque sorte de « tremplin » entre un séjour institutionnel ou en hébergement communautaire et la pleine autonomie sociale, la durée de séjour ne doit pas dépasser une année. L'évaluation des attentes de la personne et la capacité d'accueil des appartements doivent donc être discutées dès l'arrivée de la personne aux appartements. Quant aux critères d'admission ils devront faire l'objet d'une révision en fonction de la raison d'être de ces appartements. Cependant, la Régie régionale s'attend à ce qu'une priorité soit accordée aux personnes qui sont dans une ressource d'hébergement « sida » (transitoire ou résidence) ce qui permet une meilleure mobilité des personnes dans la chaîne de services et évitera des « engorgements » dans les maisons d'hébergement.

Enfin, pour favoriser un décloisonnement des services « sida », un *plan de services individualisé* devra être élaboré avec chaque résidant. Pour ce faire, la contribution de d'autres ressources peut devenir nécessaire afin de compléter l'offre de services. Ainsi, nous encourageons les responsables de la gestion de ces appartements de créer des liens de partenariat avec d'autres ressources du réseau de la SSSS et communautaire qui ne sont pas nécessairement en lien avec le réseau de services « sida ». Les services pourront être ainsi dispensés autant par des ressources spécifiques que non spécifiques.

**SERVICES DE SOUTIEN AUX PERSONNES ATTEINTES RECOMMANDÉS ET FINANCÉS
PAR LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE
À COMPTER DE 2000-2001**

Comme pour les maisons d'hébergement, la tournée des organismes de soutien nous a amenés à certains constats en lien avec les taux de fréquentations qui sont en chute libre, le portrait changeant des clientèles qui fréquentent les organismes et la complexité des besoins à combler.

Les personnes qui nécessitent des services de soutien ou d'accompagnement psychosocial semblent être plus dans une sorte de désorganisation sociale, ne fréquentent pas toujours les organismes de soutien reconnus en sida. Cette non fréquentation des ressources peut être attribuée en partie par le fait que les organismes ne sont pas connus des clientèles ou que ces organismes n'offrent pas les services qui répondent ou qui sont adaptés aux besoins des personnes. Néanmoins, la fréquentation est à la baisse et nous ne pouvons pas associer cette baisse uniquement au fait que les personnes atteintes n'ont plus de besoin. À cet effet, plusieurs représentants d'organismes et de personnes atteintes nous disent que les personnes toxicomanes ou itinérantes sont dérangeantes pour la clientèle « régulière », tandis que les femmes se sentent « mal à l'aise » de fréquenter des organismes majoritairement visités par des hommes.

Par ailleurs, les groupes rencontrés nous disent ne pas se sentir toujours « à l'aise » d'intervenir auprès des clientèles désorganisées. Ils sont donc très peu actifs pour tenter de les rejoindre dans leur milieu de vie, même si celles-ci pourraient bénéficier grandement de leurs services. De façon générale, les personnes qui fréquentent ces organismes sur une base régulière sont des personnes connues de l'organisme depuis plusieurs années, tandis que peu de nouvelles personnes se présentent. Enfin, plusieurs parmi ces groupes tentent, tant bien que mal, de redéfinir les services à offrir et des moyens pour y parvenir.

Nature des services attendus et clientèles visées :

Puisque l'arrivée de nouveaux traitements apportent des changements considérables dans les manifestations de la maladie et procurent une meilleure autonomie des personnes atteintes, il est important que le soutien apporté aux personnes permette l'accompagnement vers une autonomie et une réinsertion à la vie quotidienne et cela, autant pour les personnes hébergées que pour les personnes qui demeurent dans un milieu de vie naturel. Les services à prioriser se regroupent donc dans trois grandes catégories soit :

- L'accompagnement psychosocial dans les milieux de vie et le maintien de l'autonomie ;
- L'accompagnement à la fidélisation et à l'accessibilité aux traitements ;
- La prévention secondaire (éducation aux comportements « santé » notamment en lien avec les comportements sexuels et de consommation) ;

S'ajoutent à ces composantes, tous les aspects en lien avec l'accès à l'information concernant la maladie et son traitement, la défense des droits des personnes atteintes, l'accueil et la référence.

Parallèlement à ces services, il ne faut pas sous-estimer les services de support et d'accompagnement pour les personnes qui, malgré les nouveaux traitements, nécessitent un soutien continu dans la vie de tous les jours que ce soit pour un accompagnement aux visites médicales, une aide domestique ou autre.

En tout temps, l'intervention devrait mettre l'accent sur **l'autonomie des personnes** et non pas sur une « prise en charge » de celles-ci. Il faut encourager et soutenir les personnes atteintes à reprendre leurs activités tout en respectant et gérant leurs limites. Nous constatons que pour certaines personnes qui ont connu de longues périodes de convalescence et des épisodes plus ou moins importantes de rechute, qu'il existe une certaine « peur » de se retrouver seules avec sa maladie dans un milieu de vie naturel. Or, il faut miser sur les capacités résiduelles des personnes et travailler davantage sur l'estime de soi et l'*empowerment* pour que ces personnes puissent reprendre confiance en leurs capacités et cessent de vivre dans l'*attente* d'une prochaine rechute.

Par ailleurs, plusieurs personnes atteintes cumulent d'autres problèmes de santé qui viennent complexifier le soutien et l'accompagnement qui peuvent leur être apportés. Certaines personnes sont aux prises avec des problèmes de consommation, n'ont pas de domicile fixe ou encore ont des troubles de santé mentale ou de personnalité ou encore ont des comportements déviant. Malgré ce tableau plutôt sombre, il est urgent que ces personnes puissent bénéficier des services spécifiques en lien avec leur maladie. Il devient donc important d'identifier des moyens concrets de rejoindre ces personnes, de saisir leur réalité et d'adapter les services en tenant compte des réalités contextuelles vécues par ces personnes pour arriver à les accompagner et à définir des objectifs d'intervention réalistes.

Afin d'augmenter le potentiel d'impact des actions auprès de ces personnes à multiples problématiques, il est important de **travailler en synergie** avec d'autres ressources de d'autres secteurs tels les secteurs de la toxicomanie, de l'itinérance, de la santé mentale et du réseau femmes, puisque ces ressources ont déjà développé des habilités spécifiques à intervenir auprès des ces personnes. Par exemple, nous constatons que les femmes atteintes fréquentent davantage les ressources destinées aux femmes que celles destinées aux personnes atteintes du VIH/sida. Le but n'est pas nécessairement que ces personnes fréquentent les groupes sida, mais plutôt que ces personnes puissent bénéficier de l'expertise développée par les groupes « sida ». Nous encourageons donc fortement le **décloisonnement** des services en sida vers les autres ressources qui accueillent les personnes atteintes.

Quant aux clientèles prioritaires, une attention particulière doit être apportée aux personnes qui proviennent de sous-groupes particulièrement affectés par la maladie et difficile à rejoindre telles les personnes toxicomanes et itinérantes, les personnes démunies socialement et les personnes qui proviennent du milieu carcéral. S'ajoutent les femmes et leur famille, les hommes gais et les personnes provenant de sous-groupes ethniques à forte prévalence. Cependant, puisque les priorités s'orientent vers l'autonomie des personnes d'abord dans les activités de la vie quotidienne, nous prioriserons le développement d'activités qui vont en ce sens et tenterons d'éviter le plus possible la duplication de services. Que cette duplication soit vécue à l'intérieur même du réseau des services « sida » ou avec les services offerts à l'extérieur du « réseau sida ».

SERVICES PRÉVENTIFS PRIORISÉS ET FINANCÉS PAR
LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE
À COMPTER DE 2000-2001

Historiquement, le *Programme de soutien aux organismes communautaires* supportait financièrement des organismes voués à l'intervention auprès des personnes atteintes du VIH/SIDA. Quant aux organismes de prévention, ceux-ci devaient déposer des demandes de subvention de projets de prévention, annuellement auprès de la Direction de la santé publique (DSP).

Depuis le début des travaux en lien avec le *Plan de transformation en sida en 1998*, des efforts considérables ont été faits pour créer une synergie dans les modalités d'allocation des fonds en provenance de ces deux programmes, spécifiquement pour les organismes reconnus pour leur implication dans des activités de prévention. Or, suite à la révision des modalités de distribution des crédits réservés au *Programme de subvention des projets de prévention du VIH et des autres MTS*, gérés par la DSP, des sommes récurrentes destinées à supporter l'intervention, sont consenties aux organismes qui interviennent spécifiquement auprès des sous-groupes les plus vulnérables à l'infection.

Ainsi, seuls les organismes qui ont une mission spécifiquement reliée à **la prévention primaire du VIH/sida** et qui sont **reconnus et financés par la DSP** pour leurs activités, peuvent s'attendre à recevoir un complément de financement pour leur infrastructure selon les disponibilités financières du programme.

CLIENTÈLES ET ACTIVITÉS DE PRÉVENTION PRIORISÉES PAR LA DSP⁴

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, la simple diffusion d'information ne suffit pas en soi à faire modifier les comportements, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de comportements reliés à la sexualité ou à la consommation de psychotropes. La DSP encourage le développement d'interventions qui mettent l'accent sur le développement des habiletés et des compétences des individus, afin que ceux-ci puissent prendre en main leur propre santé, ainsi que sur les modifications des normes sociales et des autres conditions du milieu de vie qui influencent les comportements associés à la transmission du VIH. Plus concrètement, il est encouragé les :

- *stratégies qui rejoignent, dans leur milieu de vie, les populations particulièrement difficiles à rejoindre ;*
- *stratégies qui font appel à des pairs et à d'autres agents multiplicateurs pour accroître l'acceptabilité et les retombées des interventions ;*
- *stratégies qui permettent d'accroître les connaissances, les compétences individuelles et la confiance des groupes d'appartenance à maîtriser les facteurs extérieurs qui viennent influencer la santé des personnes ;*
- *stratégies qui cherchent à faire participer, à impliquer et à habiliter le milieu dans le développement et l'implantation d'intervention adaptés, à savoir les stratégies d'empowerment ;*
- *stratégies qui visent la réduction des méfaits.*

⁴ Extrait du « *programme de prévention du VIH et des autres MTS* », Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1998.

Parmi les clientèles reconnues prioritaires pour le développement d'interventions spécifiques, notons les trois principaux sous-groupes : les personnes toxicomanes utilisatrices de drogues injectables et leurs partenaires sexuels (UDI), les hommes qui ont des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes (HARSAH) et les jeunes en difficultés.

D'autres personnes ou sous-groupes de la population présentent aussi des facteurs de vulnérabilité importants, qui regroupent souvent les populations prioritaires ci-haut mentionnées. Notons par exemple, les femmes qui cumulent plusieurs facteurs de risque (utilisation de drogues injectables, prostitution, etc.) ou celles qui proviennent d'un pays endémique. Les personnes qui proviennent du milieu carcéral et enfin, certaines communautés ethnoculturelles, par exemple, la communauté haïtienne.

3. BUDGET RÉGIONAL

La révision des priorités d'action et des services à rendre nous amène à revoir les modalités de financement des organismes communautaires qui s'inscrivent dans le *Programme de soutien aux organismes communautaire* de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Tout en respectant les consignes du programme émises par le MSSS⁵ et les orientations de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida – phase IV*, nous avons revu et ajuster le cadre de financement en fonction des nouveaux besoins de la population ciblée, des priorités régionales et des disponibilités financières du programme. Le tableau ci-dessous propose une orientation pour une distribution optimale des crédits accordés par le MSSS jusqu'en 2002. Cependant, il faut voir cette distribution dans sa globalité puisque la situation actuelle des besoins des personnes atteintes ou à risque du VIH/sida est en constante évolution, ce qui nous amène à demeurer vigilant et à opter pour des mesures de gestion souples pour demeurer alerte aux besoins changeants dans l'offre des services.

DISTRIBUTION DU BUDGET SOC-SIDA 1999 - 2002

VOLETS DE SERVICES	ÉTAT ACTUEL 1999-2000	%	OBJECTIFS SOUHAITÉS 2001-2002	%
Prévention	209 491 \$	8%	403 225 \$	15%
Soutien aux personnes atteintes	314 716 \$	13 %	672 042 \$	25%
Hébergement	2 062 241\$	82%	1 612 900\$	60% (1)
BUDGET TOTAL	2 586 448\$		2 688 167\$	100%

(1): *Considérant que le coût des services en hébergement est plus élevé que les autres services et dépend des taux d'occupation, il est à prévoir que le % de distribution soit plus élevé que 60%.*

⁵ *Programme de Soutien aux organismes communautaires ; guide de référence pour le financement des organismes, MSSS ,1999-2000*

3.1 CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE FINANCEMENT DES ORGANISMES

CATÉGORIE D'ORGANISME	CHAMPS D'ACTIVITÉS	BASE MINIMALE	BASE MAXIMALE (1)	FORFAITAIRE / PER DIEM
SOUTIEN	Volet prévention	30 000 \$	100 000 \$	Nsp
	Volet soutien aux PVVIH	30 000 \$	100 000 \$	Nsp
HÉBERGEMENT(2)	Transitoire	200 000 \$	220 000 \$	20\$/jr/p.h.
	Résidence	200 000 \$	220 000 \$	nsp
	App. Supervisés	0 \$	0 \$	15\$/jr/p.h.
	Ponctuel/crise /muli. + Soutien réseau			nsp

(1) Montant de base : Un montant de 220 000 \$ est accordé pour une maison de 9 à 12 places dont le taux d'occupation de l'année de référence est supérieur à 75%. Pour les maisons qui ont moins de 9 places ou plus de 12, ce montant sera calculé au prorata du nombre de places. Le montant de base accordé sera diminué en proportion du manque à gagner, indiqué par le taux d'occupation, sauf s'il y a autorisation à ce sujet. Cependant, un plancher minimum est établi à 200 000 \$.

(2) Montant forfaitaire : Un forfait de 20, 00 \$ par jour par personne hébergée s'ajoute au montant de base de la subvention accordée pour les maisons de la catégorie « transitoire » tel que défini à la page 6 du présent document.

3.2 CRITÈRES D'APPRÉCIATION DES DEMANDES DE SUBVENTION

L'analyse des demandes d'aide financière tiendra compte de différents facteurs. D'abord, tous les critères d'analyse déjà élaborés dans le *Programme de soutien aux organismes communautaire* émis par le MSSS doivent être respectés. Ensuite, s'ajouteront des critères régionaux en fonction des besoins spécifiques, des priorités émises par la Régie régionale de Montréal-Centre et des crédits disponibles. En bref, le choix d'accorder un financement à un organisme de cette catégorie doit tenir compte de :

- la capacité de l'organisme de rejoindre les clientèles visées ;
- la capacité de l'organisme à rendre les services aux clientèles visées ;

- la conformité des services offerts à la mission de l'organisme et aux priorités régionales ;
- le niveau de priorité de la clientèle rejointe par les services offerts ;
- la portée et le niveau de performance des services offerts ;
- la complémentarité des services offerts ;
- la capacité à favoriser un maintien dans les milieux de vie et à l'autonomie des clientèles visées ;