



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

*Plan régional d'amélioration des services
en VIH-SIDA (1998 – 2002)*



Plan régional VIH/sida



Préparé par :

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

*Collaboration :
Direction de la programmation et coordination,
Régie régionale Montréal-Centre*

*Direction de la Santé publique,
Régie régionale Montréal-Centre*

Décembre 1999

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

~~Prix : 12.00\$~~

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2000

REMERCIEMENTS

Ce document a été réalisé à l'aide d'états de situation et de divers travaux produits par mesdames Andrée Carrière, Francine Champoux et monsieur Jacques Grégoire, conseillers, de chacun des secteurs impliqués dans le plan de transformation régionale en matière de soins et de services en VIH/SIDA. Je les remercie pour leur précieuse collaboration.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. STRATÉGIE QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	3
2. PLAN RÉGIONAL D'AMÉLIORATION DES SERVICES 1998-2002	4
3. DÉMARCHE RÉGIONALE DE TRANSFORMATION.....	5
3.1 Équipe régionale de projet et de coordination	5
3.2 Démarche globale et révision des différents programmes.....	6
4. ÉTAT DE SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 1998 ET TRAVAUX DE RÉVISION RÉALISÉS OU ENVISAGÉS	7
4.1 Services de première ligne en CLSC	7
4.2 Programme régional de prévention du VIH-SIDA et des autres MTS ...	12
4.3 Programme de soutien aux organismes communautaires.....	15
4.4 Services en milieu hospitalier : UHRESS et Hôpitaux satellites	19
5. CONCLUSION	23

INTRODUCTION

La réalité du sida a évolué significativement au cours des dernières années; l'apparition de nouvelles thérapies médicamenteuses, la transformation dans le profil de l'épidémie et les modifications en cours dans le réseau de soins et services en constituent les principaux facteurs. Ces phénomènes ont des impacts majeurs sur l'organisation des services tant préventifs que curatifs et nécessitent de revoir et d'adapter la gamme de services à la situation actuelle.

Ainsi, l'apparition de nouveaux médicaments a plusieurs répercussions et a permis à plusieurs personnes de retrouver de l'autonomie. Toutefois, l'observance stricte requise pour la prise de ces médicaments rend difficile à une clientèle désorganisée de pouvoir en bénéficier sans support. Par ailleurs, le retour à l'autonomie de certaines personnes a aussi des impacts sur l'organisation des services des ressources existantes. À titre d'exemple, plusieurs questions sont soulevées en regard de l'adaptation des services : doit-on développer des services de réinsertion sociale dans les ressources d'hébergement? Faut-il développer des services communautaires de réintégration au marché du travail? Comment éviter que la prévention ne soit relâchée sous croyance qu'il n'y a plus de problème grâce aux nouvelles médications?

Les transformations dans le profil de l'épidémie ont également des répercussions majeures sur l'organisation et la nouvelle priorisation à faire dans la gamme de services. Parmi les nouvelles clientèles infectées, il a de plus en plus de personnes aux prises avec de multiples problèmes (santé mentale, santé physique, problèmes de comportements, etc.). Rejoindre ces personnes avec des services et des stratégies adaptés constitue un défi majeur tant en prévention qu'en soins et services. La prise en compte de facteurs associés, comme l'itinérance, la toxicomanie, l'incarcération, la pauvreté, ajoute à la complexité et est incontournable. Répondre à cette nouvelle clientèle constitue un défi mais il ne faudrait pas perdre de vue la nécessité de poursuivre, de consolider et d'adapter les mesures auprès d'autres groupes vulnérables également très touchés par l'infection : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes provenant des pays endémiques, les femmes et les jeunes en difficulté.

Enfin, la troisième dimension de taille est la révision de l'organisation des services; non seulement devons-nous revoir cette organisation en fonction des facteurs précédemment mentionnés, mais aussi à cause de la transformation en cours dans le réseau de soins. Ainsi, les fusions d'établissements hospitaliers nous amènent à revoir les services qui y sont rattachés (UHRESS, satellites, hôpital de jour, DMP). De plus, plusieurs groupes étant touchés (jeunesse, toxicomanie, santé mentale) par le nouveau visage du sida, de nouveaux partenariats et de nouvelles synergies seront à créer afin de pouvoir trouver les ressources et les stratégies adaptées pour répondre aux besoins de ces clientèles. La formation aura aussi un rôle clé à jouer et les priorités devront être guidées par les orientations préconisées dans la démarche de transformation.

Réussir une telle démarche de transformation n'est possible qu'en effectuant un travail concerté associant un ensemble de secteurs. La réalité passée et actuelle justifiait et justifie de faire et de poursuivre la révision de la planification régionale des services préventifs et curatifs en matière de VIH/sida. Cette révision a entraîné et entraînera des choix entre les priorités à retenir. Des réallocations auront été et seront nécessaires au sein et entre les programmes. Aussi, étant donné les nombreuses interdépendances existantes, nous avons privilégié de suivre une démarche globale de transformation laquelle sera présentée ci-après.

Il importe de se rappeler que le budget total investi dans la région de Montréal-Centre en sida est de l'ordre de près de 9 millions \$ réparti en prévention, en soins et services de première ligne (CLSC), en soins, services, recherche et enseignement dans les centres hospitaliers de courte durée, en ressources intermédiaires, en services communautaires et en activités de formation.

Un rappel sera d'abord fait des orientations ministérielles 1997-2002 identifiées dans la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, Phase 4*, ainsi que des priorités régionales retenues dans le *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux, le Défi de l'accès*. Par la suite, un état de la situation de départ en date de décembre 1998 sera présenté avant d'aborder l'état des travaux en cours et d'évoquer les perspectives pour l'avenir.

1. STRATÉGIE QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

LES OBJECTIFS DE LA PHASE 4 SONT LES SUIVANTS :

- *Réduire l'incidence du VIH/sida et des MTS ainsi que les coûts sociosanitaires qui y sont reliés ;*
- *Accroître auprès des personnes vulnérables les actions de promotion, de prévention et de protection visant à diminuer la transmission du VIH et des MTS, par une approche orientée sur les déterminants de la santé et du bien-être ;*
- *Améliorer l'accès et la qualité des soins et services en répondant davantage aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida et en les maintenant le plus possible dans leur milieu de vie, tout en ayant le souci de conserver leur qualité de vie ;*
- *Créer un environnement social propice à la prévention, aux soins et services ainsi qu'à la prise en charge par les personnes de leur santé, dans le respect des droits de celles-ci.*

AXES ET DIFFÉRENTES MESURES IDENTIFIÉES POUR L'ACTION :

Consolidation et optimisation des mesures qui ont obtenu des résultats positifs

- *Maintenir la prévention du VIH et des MTS et s'engager plus à fond sur la voie de la promotion de la santé ;*
- *Favoriser le maintien à domicile et préserver la qualité des soins et services ainsi que la qualité de vie des personnes ;*
- *Disposer des connaissances nécessaires.*

Adaptation des pratiques aux besoins des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH/sida

- *Viser un continuum de services tant en prévention qu'en soins et services pour les clientèles ;*
- *Soutenir diverses formules favorisant l'intégration de différentes facettes de la problématique des personnes très vulnérables au VIH/sida ;*
- *Susciter des collaborations entre tous les acteurs concernés par le VIH/sida et en assouplir les modalités.*

2. PLAN RÉGIONAL D'AMÉLIORATION DES SERVICES 1998-2002

DES SOLUTIONS D'AVENIR FACE AU SIDA : MESURE 3.6.5.1

Mettre en oeuvre un plan régional en matière de VIH/sida et autres MTS en lien avec la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, Phase 4 : 1997-2002, à l'intérieur d'un continuum de services incluant des activités de prévention/promotion et de soins et services.

LES PRIORITÉS IDENTIFIÉES :

- *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) ;*
- *Réviser 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 auprès des clientèles à risque et atteintes du VIH ;*
- *Développer un programme régional de prévention du VIH et d'organisation de 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 des services ;*
- *Renforcer les mécanismes de soutien au développement des compétences des intervenants.*

LES CLIENTÈLES PRIORITAIRES IDENTIFIÉES :

Sans pour autant diminuer les services offerts à la population générale, la révision et l'adaptation des services de chaque programme devront tenir compte des particularités des personnes provenant des sous-groupes particulièrement vulnérables ou affectés par le VIH/SIDA. Parmi ces sous-groupes notons :

- *Les personnes qui s'injectent des drogues ;*
- *Les jeunes en difficulté ;*
- *Les personnes du milieu carcéral ;*
- *Les femmes qui vivent des situations à haut risque ;*
- *Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ;*
- *Les personnes provenant des communautés originaires de pays endémiques.*

3. DÉMARCHE RÉGIONALE DE TRANSFORMATION

3.1 ÉQUIPE RÉGIONALE DE PROJET ET DE COORDINATION

Bien que la coordination régionale du projet de transformation soit confiée aux Services multicientèles de première ligne de la direction de la programmation et coordination, plusieurs directions et secteurs de la Régie régionale sont sollicités pour atteindre les objectifs fixés.

Principalement les directions de la programmation et coordination et la direction de la santé publique piloteront souvent conjointement des éléments du projet. La direction des ressources humaines, par son service de développement des ressources humaines, et la direction des finances seront aussi appelées à contribuer au processus comme soutien fonctionnel.

Programmation - coordination

Au sein de la Direction de la programmation et coordination, deux secteurs sont particulièrement concernés par une diversité de programmes et de clientèles :

Première ligne :	Dépistage, maintien à domicile, soins et services aux UDI en CLSC, soutien aux organismes communautaires.
Courte durée :	UHRESS, satellites, DMP St-Luc, hôpital de jour, autres services en milieu hospitalier.

De plus, le secteur des services multicientèles de première ligne s'assure de l'intégration du plan d'action régional en sida avec les autres plans de la Régie (ex. : toxicomanie, itinérance, santé mentale), lorsque nécessaire.

Santé publique

À la Direction de la santé publique, l'unité des maladies infectieuses pilote le dossier. Plusieurs ressources rattachées à des clientèles et des programmes diversifiés seront associées à la démarche, certaines le seront sur une base régulière, d'autres agiront à titre de consultantes. Le chef du module de prévention et de contrôle du Sida/MTS agit à titre de coordonnateur des actions de santé publique et effectue la liaison avec la direction de la programmation de la Régie régionale de Montréal-Centre.

Parmi les programmes et les clientèles sous leur responsabilité : la prévention, la promotion, la protection, la surveillance, la notification des partenaires, le plan d'action relié au milieu carcéral, le plan d'action aux UDI.

3.2 DÉMARCHE GLOBALE ET RÉVISION DES DIFFÉRENTS PROGRAMMES

Pour réaliser les travaux, nous avons opté pour une démarche globale et intégrée de transformation compte tenu des bénéfices que ce choix sous-tend au plan de la cohérence des actions, de l'organisation, ainsi qu'au plan budgétaire. En effet, cette façon de faire contribuera à se doter de plans d'action cohérents pour les clientèles vulnérables à desservir au sein des différents programmes et organisations. Il permettra aussi d'évaluer de façon concomitante quels budgets pourraient être rendus disponibles au sein des divers programmes sida existants, et réalloués en fonction des nouvelles priorités de développement ou de consolidation établies.

Bien que cette démarche de transformation soit nécessaire et comporte des bénéfices, elle présente également plusieurs enjeux stratégiques, tant dans son ensemble qu'au sein de chacun des programmes inscrits dans l'approche de changement. La gestion de ces enjeux stratégiques sera un facteur clé à la réussite du projet de transformation :

- *Meilleur partage et suivi sur la connaissance et l'évolution des besoins et des clientèles ;*
- *Engagement et participation de tous les acteurs clés du Réseau et de la Régie régionale ;*
- *Priorités communes axées sur le virage vers les clientèles les plus vulnérables ;*
- *Décisions de réallocations conséquentes entre des services curatifs et préventifs et entre les programmes et les organisations ;*
- *Développement des programmes et activités en lien avec d'autres continuums de services et plans d'action plus globaux ;*
- *Leadership et coordination assurés par la Régie régionale de Montréal-Centre*

Dans les pages qui suivent, nous allons présenter, un état de situation pour chaque programme, lequel constitue la première étape de réalisation du plan de transformation. Cet état de situation peut être terminé dans certains cas tandis que dans d'autres, il reste à compléter et à valider auprès des principaux partenaires concernés.

Enfin, nous décrirons, pour chacun de ces programmes, les objectifs de transformation envisagés pour lesquels une planification opérationnelle a été faite ou sera à compléter d'ici 2002.

4. ÉTAT DE SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 1998 ET TRAVAUX DE RÉVISION RÉALISÉS OU ENVISAGÉS

4.1 SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE EN CLSC

PROGRAMME DE DÉPISTAGE ET SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Budget : 872 425 \$

Réparti dans quatre CLSC : Des Faubourgs, Métro, Ahuntsic et St-Michel

Ressources :

- **Deux équipes d'interventions spécialisées, l'une au CLSC des Faubourgs, l'autre au CLSC Métro :**
 - ⇒ mandat des deux équipes d'interventions : offrir des services de dépistage anonyme, des services psychosociaux, des services de nutrition.
- **Deux équipes spécifiques en soutien à des clientèles vulnérables : CLSC St-Michel et CLSC Ahuntsic :**
 - ⇒ mandat du CLSC St-Michel : desservir la clientèle haïtienne
 - ⇒ mandat du CLSC Ahuntsic : intervenir en milieu carcéral.

FAITS SAILLANTS :

- Achalandage relativement faible par comparaison aux autres régions ;
- Peu de tests effectués par ces équipes en proportion de l'ensemble des tests effectués dans la région et taux de séropositivité pas plus élevé qu'ailleurs ;
- Activités de dépistage ne s'inscrivent pas dans un continuum de services ;
- Clientèle rejointe n'est pas issue des populations les plus vulnérables à la propagation du virus ;
- Modalités de dépistage pas toujours adaptées à la situation de vie des clientèles vulnérables et peu accessibles ;
- Différences entre les pratiques des équipes de deux CLSC : ratio d'interventions par heures travaillées, nombre de rencontres par usager, etc.;

- Majorité des références proviennent de l'extérieur des territoires où sont les services.

Par ailleurs :

- L'ensemble des milieux de détention ne sont pas rejoints, les ressources affectées y sont insuffisantes alors que la population qui y séjourne représente un groupe vulnérable ;
- Les ressources actuelles ne permettent pas d'offrir de façon adaptée les services de dépistage à la population haïtienne ;
- Le virage à prendre, la transformation et le développement de services vont nécessiter des budgets supplémentaires, une nouvelle organisation de services et le développement de nouvelles connaissances.

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

- Effectuer le virage d'un service spécialisé de dépistage du VIH à la population générale vers l'offre d'un continuum de services intégrés et adaptés aux sous-groupes particulièrement vulnérables à l'infection ;
- Maintenir la procédure de test de dépistage anonyme comme choix offert à la population générale de Montréal-Centre et aux populations vulnérables et désigner un CLSC spécifique qui détiendra le mandat régional de dépistage anonyme ;
- Élargir l'accessibilité à une gamme de services offerts dans le cadre d'un dépistage du VIH notamment :
 - *en y incluant des services d'immunisation contre les hépatites, le dépistage des MTS, le counselling sur la sexualité et sur les mesures de réduction des méfaits liés à la consommation de drogues par injection pour les personnes qui proviennent de sous-groupes marginalisés et particulièrement vulnérables à l'infection ;*
 - *en augmentant le nombre de CLSC désigné (passant de 2 à 9) qui interviendront auprès des clientèles plus vulnérables ;*
 - *en développant un plan d'offre de services de dépistage du VIH à proximité des milieux de vie des clientèles vulnérables en lien avec les groupes communautaires ;*
- Intégrer et harmoniser les orientations des activités de dépistage du VIH avec les autres plans régionaux d'organisation de services des clientèles vulnérables (jeunes de la rue, UDI, milieu carcéral) ;
- Favoriser le développement d'un réseau fonctionnel entre les CLSC désignés notamment en initiant des lieux d'échanges, de formation continue, de développement d'outils communs, etc.

AVANCEMENT DES TRAVAUX DE RÉVISION EN JUIN 2000

La révision de ce programme a été achevée en mars 1999 tandis que les réallocations budgétaires qui y étaient associées ont été subséquemment entérinées par le Conseil québécois de Coordination du Sida (CQCS) au printemps dernier. Depuis, plusieurs rencontres ont eu lieu entre les représentants des CLSC concernés et la Régie régionale afin de mieux définir les moyens de réalisation.

L'actualisation du plan de réorganisation des services de dépistage prévoit l'implication de 9 CLSC : Ahuntsic, Des Faubourgs, Hochelaga-Maisonneuve, Métro, Petite Patrie, Plateau Mont-Royal, Rosemont, Villeray et St-Michel. Pour connaître en détail les nouvelles orientations en lien avec ces équipes, se référer au « *Cadre de référence des équipes spécialisées de prévention SIDA-MTS des CLSC* »

PROGRAMME DE SOINS INTENSIFS DE MAINTIEN À DOMICILE (SIMAD-SIDA)

Budget : 600 000 \$
Réparti entre tous les CLSC selon l'achalandage
Ressources :
Services d'aide et de soins à domicile accessibles dans tous les CLSC.

FAITS SAILLANTS :

- Diminution significative de la clientèle et du roulement de celle-ci au cours des deux dernières années ;
- Nombre moyen d'heures de services allouées par semaine en diminution ;
- Tendance à la baisse dans les dépenses liées aux fournitures médicales ;

Réduction des coûts et, par conséquent, surplus budgétaire :

Coûts annuels en 1994-1995 = 657 177 \$

Coûts annuels en 1997-1998 = 414 331 \$

Coûts annuels en 1999-2000 = 353 265 \$

- Nécessité de réévaluer la réponse aux besoins à la lumière des changements survenus : évolution des approches thérapeutiques et pharmacologiques et impacts sur les besoins de services à domicile.

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

- Revoir les modalités du cadre de référence pour les services de maintien à domicile ;
- Identifier les besoins des personnes qui font appel aux services de maintien à domicile ;
- Réévaluer les difficultés identifiées lors du bilan de la Phase 3 et faire une mise à jour des besoins et des services à rendre ;
- Redéfinir un cadre de référence des services requis et des modalités d'accès à toutes les clientèles concernées ;
- Revoir les modalités de financement des services du programme et allouer le financement en fonction des coûts réels des services priorisés ;
- Réévaluer le rôle des équipes du programme de maintien à domicile des CLSC dans le soutien aux maisons d'hébergement « sida » dans le contexte de la transformation des services d'hébergement ;
- Mettre en place, s'il y a lieu, des modalités d'échanges d'expertises.

AVANCEMENT DES TRAVAUX DE RÉVISION EN JUIN 2000

Le programme de maintien à domicile n'a pas encore fait l'objet d'une révision. Cependant, les travaux en lien avec ce dossier débiteront dès l'automne 2000. Comme pour les autres composantes du *Plan régional de transformation des services en sida*, nous procéderons à l'analyse des besoins en fonction des nouvelles clientèles, des progrès thérapeutiques, de l'importance d'adapter les services aux nouvelles clientèles et enfin, des disponibilités financières du programme. Avec nos partenaires des CLSC, nous procéderons au développement d'un nouveau cadre de référence pour les services du programme de maintien à domicile pour les personnes atteintes du VIH/SIDA.

PROGRAMME DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA POUR LES UTILISATEURS DE DROGUES INJECTABLES (UDI) – PROJET D'ADAPTATION DES SERVICES EN CLSC

Budget : 370 000 \$,

200 000 \$ est destiné au soutien et au développement de projets spécifiques d'adaptation des services en CLSC et 170 000 \$ destiné à l'achat de matériel de protection, à la formation et aux diverses activités de sensibilisation et de promotion.

Ressources :

Sept territoires de CLSC priorisés :

- Des Faubourgs
- Hochelaga-Maisonneuve
- Petite-Patrie
- Rosemont
- Villeray
- Plateau Mont-Royal
- Métro

FAITS SAILLANTS :

- État de situation réalisé par chaque CLSC priorisé quant à l'accessibilité de ses services aux UDI et aux jeunes marginaux ;
- Financement non récurrent de 22 000 \$ alloué à chacun des établissements ayant soumis un plan d'action local d'adaptation de ses services ;
- Approche de réduction des méfaits préconisée et mise en application dans les CLSC participants ;
- Développement de liens de partenariat entre les CLSC et les ressources communautaires de façon à mieux rejoindre la clientèle et favoriser une continuité de services ;
- Nouvelles cohortes de CLSC sont d'ici 2002.

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

Le Plan régional de prévention du VIH auprès des personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI) et leurs partenaires ne fait pas l'objet d'une révision puisqu'il a été élaboré en 1997 suite au constat de l'importante épidémie qui sévissait parmi ce sous-groupe de la population et à l'évaluation des besoins des personnes qui en faisaient partie. Autres que des activités spécifiquement en lien avec des actions de prévention du VIH bien définis, certaines composantes du plan invitent les CLSC à adapter certains de leurs services aux réalités de ces personnes afin de permettre à celles-ci l'accès aux services du CLSC en plus de l'accès au matériel de protection.

Pour en connaître davantage sur les volets d'intervention en lien avec le Plan d'action régionale de prévention du VIH/SIDA chez les personnes utilisatrices de drogues injectables , nous invitons le lecteur à se référer au Cadre de référence du *Plan d'action régional de prévention du VIH/sida et des autres MTS* de la Direction de la santé publique.

Quant aux objectifs à court terme pour le volet de l'adaptation des services en CLSC, nous poursuivons nos efforts à :

- *Augmenter le nombre de CLSC qui participent au projet ;*
- *Poursuivre les travaux déjà en cours au niveau du comité de suivi, du comité d'éthique et de soutenir les équipes dans les besoins de formation ;*
- *Encourager la création de mécanismes de concertation intersectorielle en lien avec l'intervention auprès des personnes toxicomanes.*
- *Développer en complémentarité avec les services déjà existants (notamment les équipes spécialisées des CLSC désignés) des services à proximité des personnes UDI et des jeunes marginaux ;*
- *Favoriser l'accessibilité aux traitements à la méthadone à bas seuil ;*
- *Promouvoir l'approche en réduction des méfaits notamment à l'intérieur du réseau des SSSS ;*

4.2 PROGRAMME RÉGIONAL DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA ET AUTRES MTS

Budget : 1 134 060 \$ • Réparti en huit organismes communautaires qui ont développé une importante expertise en prévention du VIH. • Quelques projets ponctuels de prévention évalués à chaque année. Ressources : La programmation de la Direction de la santé publique consiste à identifier les besoins, développer et évaluer des programmes de prévention et soutenir les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et communautaire et du réseau de l'enseignement.

FAITS SAILLANTS :

- Statu quo en terme de budget accordé par le MSSS depuis 1992 ;
- Accroissement significatif des dépenses en matériel de protection (300 000\$ en 1999-2000);
- Aucun budget disponible pour soutenir de nouvelles interventions de prévention malgré l'urgence d'agir pour mieux rejoindre les clientèles les plus à risque et de tenter de nouvelles initiatives ;
- Sous-financement de l'infrastructure de plusieurs organismes communautaires clés ce qui met en péril l'intervention pour lequel un financement est accordé par le programme de la DSP ;
- Distribution des crédits accordés dans le Programme de soutien communautaire (SOC) ne correspond pas aux priorités de la santé publique en matière de soutien de l'infrastructure des organismes reconnus pour leur implication en prévention ;
- Augmentation continue de l'incidence du VIH chez les UDI ;
- La complexité des problématiques associés au VIH limite la portée des interventions ;
- Difficulté à rejoindre les sous-groupes plus vulnérables (UDI, jeunes marginaux, itinérants, travailleurs du sexe) : Territoires prioritaires (forte concentration des sous-groupes à risque) et certains milieux (milieu de vie, milieu carcéral, maison de transition) non couverts par des interventions et des services préventifs ;
- Manque de concertation et de continuité dans les interventions entre les partenaires communautaires et institutionnels (chaîne de services interrompue).

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

- Développer des mécanismes qui permettent d'intégrer et d'harmoniser les procédures d'allocation des fonds en provenance des programmes de soutien aux organismes communautaires et de la direction de la santé publique ;
- Rehausser le budget destiné à des services et activités de prévention, par le biais de la
- réallocation provenant d'autres programmes sida, par du cofinancement ou par du développement ;
- Développer des mécanismes de consolidation du financement accordé aux organismes communautaires reconnus pour leurs activités de prévention
- Identifier les sources de financement possible pour supporter les frais dans l'achat de matériel de protection ;

- Développer des activités qui permettent la promotion de l'approche en réduction des méfaits à l'ensemble du réseau communautaire et institutionnel sida et non-sida.
- Rendre disponibles des activités régionales de formation afin de bonifier l'intervention auprès des clientèles marginalisées ;
- Développer des études de besoins concernant les populations marginalisées et vulnérables à l'infection du VIH et identifier des pistes d'intervention ;
- Mettre en place des stratégies de promotion afin d'éviter la banalisation de la prévention à cause de l'arrivée de nouveaux traitements ;
- Évaluer les actions de prévention et leur impact sur l'évolution de l'épidémie ;
- Renforcer le système de surveillance régional (épidémiologique/comportemental), spécifiquement auprès des sous-groupes plus vulnérables ;
- Développer des activités d'actions politiques dans les dossiers touchant les problématiques des populations marginalisées (approche de réduction des méfaits et reconnaissance des droits).

AVANCEMENT DES TRAVAUX DE RÉVISION EN JUIN 2000

La révision de ce programme a été achevée en janvier 1999 tandis que la mise en application du nouveau cadre de financement des organismes a été rendu possible dès l'année financière 1999-2000. Ce cadre de référence de financement permet aux organismes communautaires qui offrent des services préventifs reconnus efficaces, à recevoir un financement continu durant toute la durée de la stratégie phase IV et conditionnel à la disponibilité des crédits en provenance du Ministère.

Dans le cadre des travaux de révision des actions de prévention, le programme de financement des activités de prévention du VIH/sida et des autres MTS a comme objectifs de :

- *Promouvoir des comportements sécuritaires auprès des personnes non infectées ;*
- *Développer des programmes et des services préventifs efficaces auprès des personnes qui ont des comportements à risque d'infection au VIH ;*
- *Assurer le soutien aux développements de mécanismes qui permettent d'intégrer les activités de prévention dans un continuum de services intégrés.*

Pour connaître davantage les orientations et les priorités de prévention, nous invitons le lecteur à se référer au « *Cadre de référence du programme de prévention du VIH-SIDA et autres MTS* préparé par le Module de prévention et de contrôle MTS-SIDA, de la Direction de la santé publique.

4.3 PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Budget : 2 602 900 \$ dont :

2 197 900 \$ réparti en 7 résidences d'hébergement

405 000 \$ réparti en 9 organismes de soutien aux personnes atteintes

Ressources d'hébergement :

Sept résidences d'hébergement, dont une qui a un double mandat : hébergement et appartements supervisés (Centre de services sida secours du Québec).

Deux ressources d'appartements supervisés dont l'une offre aussi des services de soutien (Maison Plein Cœur).

Ressources de soutien aux personnes atteintes et organismes de prévention:

Dix organismes sont inscrits au programme dont un avec un double mandat (soutien et hébergement) dont 8 reçoivent une subvention. Un seul organisme de prévention reçoit une subvention sur une base récurrente.

FAITS SAILLANTS : SERVICES D'HÉBERGEMENT

- Taux d'occupation toujours élevé selon les rapports d'activités transmis ;
- Modification dans le profil de la clientèle hébergée, certains individus ont retrouvé une autonomie fonctionnelle grâce à la médication, d'autres ont besoin de soins palliatifs, d'autres sont multiproblématiques ;
- Réinsertion sociale, support psychosocial semblent être difficile pour certaines clientèles ;
- Clientèle toxicomane qui souvent peuvent avoir d'autres problèmes d'adaptation sociale requiert une gamme de services que les ressources d'hébergement en sida n'ont pas développés d'expertise ;
- Cohabitation des clientèles multiproblématiques avec les autres clientèles desservies apparaît difficile jusqu'à maintenant ;
- Bénévoles engagés dans la distribution des services délaissent les ressources face à la venue de clientèle multiproblématiques ;
- Ensemble des ressources demande un rehaussement budgétaire ;
- Méconnaissance du nombre de ressources et de lits requis pour répondre aux besoins des personnes à héberger ;

- Méconnaissance par la Régie régionale du profil de la clientèle hébergée et des nouveaux besoins à combler ;
- Disparité dans le financement des ressources d'hébergement qui offrent des services similaires ;
- Questionnement à faire sur la mission à donner aux ressources accueillant les clientèles multiproblématiques et qui requiert d'autres soins globaux ;

FAITS SAILLANTS : SERVICES DE SOUTIEN

- Nouvelles clientèles à desservir ;
- Méconnaissance des besoins des personnes qui ont retrouvé leur autonomie et questionnement à faire sur la pertinence que ces personnes utilisent certains génériques (ex. services psychosociaux des CLSC) ;
- Nécessité de connaître les besoins de formation des intervenants dans l'intervention auprès des personnes multiproblématiques ;
- Duplication dans certaines activités réalisées par les organismes communautaires. Il faut donc revoir la pertinence de maintenir le financement de certains organismes ;
- Performance peu démontrée chez certains organismes (peu de clients desservis) ;
- Absence de balises dans le financement des organismes ;
- Questionnement à faire sur la représentation de certains conseils d'administration, certains organismes semblent avoir une participation restreinte des usagers ;
- Manque de coordination dans les décisions en lien avec le financement entre le programme de subvention de la santé publique et celui du soutien aux organismes communautaires notamment à l'égard des organismes voués à des activités de prévention ;
- Certains organismes sont sous-financés par rapport à la quantité et la pertinence des services offerts.

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

Objectifs généraux du programme de soutien aux organismes communautaires :

- *Proposer une organisation des services communautaires en arrimage avec l'ensemble des services offerts dans le continuum prévention et soins et services de santé et services sociaux qui tient compte de l'action des différents dispensateurs de services ;*

- *Accorder la priorité de financement aux organismes qui offrent des services qui répondent aux besoins des personnes dans l'optique d'un continuum des services préventifs en soins et services de santé et services sociaux ;*
- *Revoir et adapter le cadre de référence pour le financement des organismes communautaires inscrits dans la catégorie « SOC-Sida » afin d'assurer un rééquilibrage des fonds alloués en fonction des besoins des clientèles ciblées.*

Objectifs spécifiques pour les maisons d'hébergement :

- Faire un portrait des personnes hébergées dans le réseau de l'hébergement « sida » et une analyse de leurs besoins en matière de services;
- Évaluer le nombre de lits et de ressources nécessaires pour répondre aux besoins d'hébergement des personnes hébergées incluant celles qui ont de multiples problématiques,
- Déterminer l'organisation, la nature des services et la mission des ressources requis pour l'ensemble des personnes atteintes qui nécessitent un séjour en hébergement communautaire et pour les personnes multiproblématiques ;
- Valider la capacité réelle des maisons d'accueillir les personnes atteintes du sida et qui ont de multiples autres problématiques ;
- Déterminer le devenir des appartements supervisés, différentes hypothèses pourraient être envisagées : cessation de financement, nouvelles clientèles accueillies, transformation des budgets de certaines ressources existantes d'hébergement à des budgets équivalant à ceux des appartements supervisés ;
- Réviser le cadre de financement des maisons d'hébergement en fonction des services offerts, des clientèles desservies et des disponibilités financières du programme ;
- Évaluer les besoins de formation aux organismes en fonction des mandats qui leur sont alloués et des nouvelles clientèles desservies.

Objectifs spécifiques pour les organismes de soutien (prévention et soutien aux PV-VIH)

- Faire un portrait des personnes qui fréquentent les organismes « sida » et tenter de définir leurs besoins en matière de services ;

- Déterminer les services prioritaires pour lesquels la poursuite du financement est nécessaire au sein du SOC sida et planifier la cessation des subventions aux organismes dont les activités ne sont pas reconnues prioritaires ;
- Déterminer l'organisation des services qui doivent être mis de l'avant dans le soutien aux personnes atteintes qui ont de multiples problèmes autres que le VIH/sida (toxicomanie, itinérance, problèmes de santé mentale, etc) ;
- Réviser le cadre de financement des organismes de soutien et consolider le financement des organismes de prévention qui s'inscrivent dans les priorités d'action de la direction de la santé publique de Montréal-Centre ;
- Unifier les procédures d'allocation et de gestion des programmes de subvention de la santé publique et du soutien aux organismes communautaires pour les organismes de prévention ;
- Évaluer les besoins de formation aux organismes en fonction des mandats qui leur sont alloués et des nouvelles clientèles desservies.

AVANCEMENT DES TRAVAUX DE RÉVISION EN JUIN 2000

La révision de ce programme a été effectuée suite à une tournée régionale de tous les organismes communautaires montréalais qui offrent des services en lien avec la problématique du VIH/SIDA qui sont inscrits au *Programme de soutien aux organismes communautaires*. Cette tournée s'est achevée par la présentation des priorités régionales en matière de services à offrir aux populations concernées pour lesquelles la Régie régionale allait assurer un financement et aux nouveaux services à développer notamment pour les personnes atteintes du VIH-sida qui ont de multiples autres problématiques.

L'actualisation des priorités d'action et de financement a débuté à la fin du dernier trimestre de l'année financière 1999-2000 et se poursuit sur l'année financière 2000-2001. Depuis, plusieurs rencontres ont eu lieu entre les représentants des organismes communautaires concernées et la Régie régionale afin de mieux définir les moyens de réalisation.

Pour connaître davantage les résultats de la tournée des organismes communautaires réalisée par la Régie régionale et qui a permis de prioriser les services et les clientèles prioritaires, nous invitons le lecteur à se référer aux documents suivants :

- « *Rapport de la tournée des organismes communautaires : catégorie sida* », Automne 1999 »
- « *Cadre de référence du programme de soutien aux organismes communautaires : catégorie sida* »
- « *Cadre de référence des services de soutien et d'hébergement du Centre sida secours* »

4.4 SERVICES EN MILIEU HOSPITALIER : UHRESS ET HÔPITAUX SATELLITES

Budget : 2 988 043 \$ dont :

UHRESS : **2 688 043 \$**

Satellites : **300 000 \$**

(exclut : laboratoire, dépistage, typage lymphocytaire, charges virales)

Ressources

Quatre UHRESS (Hôtel-Dieu, Royal Victoria, Hôpital général de Montréal, Ste-Justine)

Quatre hôpitaux satellites (Notre-Dame, St-Luc, Maisonneuve-Rosemont, Général juif)

Un hôpital de jour au Royal Victoria.

FAITS SAILLANTS :

- Évaluation de l'impact du plan de transformation des centres hospitaliers sur l'organisation des UHRESS et des satellites : impact de la création du CHUM sur l'UHRESS et les satellites suivants : Hôtel-Dieu, Notre-Dame, St-Luc et impact du CUSM sur les UHRESS de l'hôpital Royal-Victoria et de l'Hôpital général de Montréal ;
- Évaluation de la pertinence du maintien des mandats des hôpitaux satellites et de l'hôpital de jour relié au Royal Victoria ;
- Projet d'évaluation des UHRESS actuellement en cours et piloté par le MSSS ;
- Programme de soins et services en milieu hospitalier privilégierait le maintien de trois UHRESS sur le territoire de Montréal-Centre : CHUM, CSUM, Ste-Justine.

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

- Participer au processus d'évaluation des services offerts par les UHRESS initié par le MSSS ;
- Identifier les besoins montréalais en matière de services offerts par les UHRESS et soutenir les UHRESS dans leur processus d'adaptation de leurs services en fonction des besoins ;
- Revoir l'organisation des services et l'utilisation des ressources et de l'expertise dans les établissements fusionnés ;

- Revoir l'organisation des services et l'utilisation des ressources financières et de l'expertise dans les centres satellites ;
- Adapter les ressources financières en fonction des services offerts et procéder à des réallocations au besoin.

AVANCEMENT DES TRAVAUX DE RÉVISION EN JUIN 2000

Les travaux de révision des services à rendre par les UHRESS et les centres satellites ont démarré par l'évaluation initiée par le MSSS. Il est donc prématuré d'identifier les orientations futures de ces centres d'expertise et de recherche qui pourraient être envisagées. Cependant, déjà nous pouvons avoir certaines pistes qui peuvent venir enrichir nos réflexions. Par exemple :

- *Prévoir de la nécessité d'optimiser les trois volets de mission des UHRESS soit l'accès à des soins ultra spécialisés, la recherche et le développement d'activités de formation adapter aux nouvelles réalités et aux besoins des ressources ;*
- *Développer des corridors de services et de support aux établissements désignés en région, lesquels deviendront des CH satellites ;*
- *Soutenir le réseau de SSSS montréalais en favorisant l'accès et la supervision professionnelle ;*
- *Développer des moyens qui permettront de rapprocher l'expertise développée dans les UHRESS à l'ensemble des autres partenaires du réseau de services.*

SERVICES EN MILIEU HOSPITALIER : DÉPARTEMENT DE MÉDECINE PRÉVENTIVE DE ST-LUC

Budget : 250 000 \$:
Ressources Projet spécial VIH/Toxicomanie : Équipe formée de professionnels (infirmières, intervenants sociaux, éducateurs spécialisés, psychologues, etc.) et de médecins dont l'intervention se réalise principalement dans le milieu de vie des personnes.

FAITS SAILLANTS :

- Budget historiquement alloué à l'hôpital Saint-Luc par le MSSS pour financer une équipe effectuant un suivi en clinique externe d'une clientèle toxicomane séropositive ou atteinte de sida ;
- Intervention se réalise spécifiquement auprès des personnes toxicomanes-itinérantes et atteintes du VIH qui vise à les rejoindre, leur faciliter l'accès à des soins et des services offerts par le réseau des SSSS et communautaires ;
- L'approche multidisciplinaire est valorisée et les intervenants sont tous considérés comme des travailleurs autonomes (donc aucune affiliation administrative) ;
- Plusieurs liens de partenariat ont été développés avec le milieu communautaire, institutionnel, l'équipe interne de Saint-Luc de même qu'avec le milieu carcéral.

OBJECTIFS DE LA RÉVISION

- Évaluation à faire des services rendus par le DMP et adaptation en fonction des besoins des clientèles et de l'ensemble de la réorganisation des services montréalais en sida ;
- Réévaluation du rattachement et de l'organisation des services en externe en lien avec l'UHRESS du CHUM et les autres départements ;
- Recentrer le mandat de l'équipe originale du DMP afin d'assurer un suivi en clinique externe, au moyen d'une équipe multidisciplinaire, de la clientèle toxicomane séropositive.

AVANCEMENT DES TRAVAUX DE RÉVISION EN JUIN 2000

La révision de ce programme spécial a fait l'objet de plusieurs discussions avec les responsables de l'UHRESS et de la Direction des services professionnels du CHUM. Récemment, nous avons convenu avec les responsables des modalités d'organisation des services de l'équipe mobile dont le nom est maintenant *Équipe mobile de l'Unité VIH-Toxico de l'UHRESS du CHUM*.

L'équipe mobile est composée de professionnels qui veilleront à assurer l'accès aux services du réseau de la SSSS aux personnes toxicomanes atteintes du VIH. Elle sert ainsi de charnière entre le milieu institutionnel et les services externes, entre l'encadrement thérapeutique hospitalier et la liberté totale de la rue, entre l'exigeante assiduité de la thérapie antirétrovirale et la soif de liberté du toxicomane.

- *Les attentes de la Régie régionale concernant les activités de l'équipe mobile se résument essentiellement à :*
- *Contribuer à augmenter l'accessibilité aux services de santé et services sociaux aux personnes toxicomanes atteintes du VIH-sida ;*

- *Assurer une prise en charge rapide et un suivi médical et professionnel aux personnes toxicomanes atteintes du VIH-sida ;*
- *Développer des mécanismes spécifiques de liaison de services avec le Centre sida secours dans la prise en charge et le suivi des personnes toxicomanes atteintes du VIH-sida ;*
- *Contribuer au développement des compétences des intervenants du réseau communautaire et institutionnel dans l'intervention auprès des personnes toxicomanes atteintes du VIH-sida.*

Enfin, pour connaître davantage la réorganisation des services offerts dans le cadre de ce programme spécial, nous invitons le lecteur à consulter le « *Cadre de référence des services de l'équipe mobile de l'Unité VIH-Toxico de l'UHRESS du CHUM* ».

CONCLUSION

La démarche actuelle est essentielle si l'on veut rendre accessibles des services adaptés aux clientèles vulnérables, consolider les services qui ont démontré leur pertinence et leur performance à lutter contre l'épidémie du sida et à éliminer des services devenus moins prioritaires avec la transformation entourant l'infection.

Plusieurs enjeux et décisions stratégiques seront présents aux différentes étapes de réalisation du projet, leur gestion sera un facteur clé à la réussite du changement à faire.