



L'intégration des services de santé et des services sociaux

**Le projet organisationnel
et clinique et les balises
associées à la mise
en œuvre des réseaux
locaux de services de santé
et de services sociaux**





L'intégration des services de santé et des services sociaux

Le projet organisationnel
et clinique et les balises
associées à la mise
en œuvre des réseaux
locaux de services de santé
et de services sociaux

Février 2004

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction et collaboration :

**Direction générale de la planification stratégique, évaluation et gestion de l'information
avec la collaboration des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
et des directions du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN 2-550-43475-7

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

PRÉAMBULE

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a été sanctionnée le 18 décembre 2003. Elle marque le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux du Québec. La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux devient ainsi l'assise d'un projet qui vise à mieux intégrer les services.

L'intégration des services, soutenue par un mode de gestion adéquat, permettra d'apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes en limitant les barrières entre les établissements et entre les professionnels. Des services intégrés reposent sur l'engagement et la responsabilisation des cliniciens et des gestionnaires à l'égard de la population et sur la définition de mécanismes fonctionnels de référence et de suivi. Des organisations plus décentralisées et plus souples, ayant la responsabilité d'atteindre les résultats visés, seront constituées pour mettre en œuvre cette orientation.

Plusieurs travaux contribueront à mettre en place les conditions facilitant l'atteinte des objectifs poursuivis en vue de l'intégration des services. Aussi des modifications seront apportées au mode d'allocation des ressources financières, aux unités de négociation et aux modalités de négociation des conventions collectives dans les établissements, au mode de rémunération des médecins, à l'organisation et au développement de la médecine universitaire, au développement technologique et autre.

De plus, ce projet s'inscrit dans une dynamique de gestion axée sur les résultats, qui encadre un ensemble de changements qui auront lieu au cours des prochaines années dans le système de santé et de services sociaux. Ainsi, tant le mode d'allocation des ressources financières que la définition des programmes-services et les exigences relatives à l'imputabilité et à la reddition de comptes qui en découlent soutiendront l'organisation des services. La gestion sera orientée en fonction de cibles précises, résultant des priorités ministérielles et visant à améliorer la santé et le bien-être de la population de même que l'efficacité des services.

Le présent document expose la vision se trouvant à la base de l'intégration des services et précise les balises qui encadreront la création des réseaux locaux de services au cours des prochains mois.

TABLE DES MATIÈRES

1	LE PROJET D'INTÉGRATION DES SERVICES	7
2	LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	9
2.1	Un défi à relever : agir collectivement.....	9
2.2	La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.....	10
2.2.1	Le territoire local.....	10
2.2.2	Une instance locale au cœur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux	11
2.2.3	L'accès à une large gamme de services	14
2.2.4	Des modalités d'organisation pour assurer l'accessibilité des services et la prise en charge des personnes	16
2.2.5	Des modalités relatives à la participation de la population.....	18
3	UNE GESTION FAVORISANT L'INTÉGRATION DES SERVICES	19
3.1	L'instance locale	19
3.2	Les établissements offrant des services de deuxième et de troisième ligne	20
3.3	L'agence	20
3.4	Le ministère de la Santé et des Services sociaux	20
4	LES LEVIERS FAVORISANT LE CHANGEMENT	21
4.1	L'allocation des ressources financières	21
4.2	La gestion et la mobilisation des ressources humaines	21
4.3	La rémunération des médecins	22
4.4	Les technologies informationnelles.....	22
4.5	Les technologies diagnostiques.....	22
4.6	Une gestion axée sur les résultats.....	22
5	LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET	23
5.1	La création des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et la conception de projets locaux	23
5.2	La révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	24
5.3	Le calendrier des principales étapes de la mise en œuvre du projet	24
	ANNEXE I – LES NIVEAUX D'ACCÈS AUX SERVICES	25

1 LE PROJET D'INTÉGRATION DES SERVICES

L'accès à des services continus et de qualité, quel que soit le territoire de résidence, constitue l'attente principale de la population au regard de son système de santé et de services sociaux. Les modes de gestion et les pratiques doivent évoluer afin de rapprocher les services des citoyens et de donner à ceux-ci l'assurance qu'ils recevront une réponse appropriée à leur situation. Les services doivent également être conçus tant dans la perspective de les aider à améliorer leur santé et leur bien-être qu'en vue de leur offrir les traitements et le soutien dont ils ont besoin dans leur milieu de vie.

C'est par **l'intégration des services** qu'il sera possible d'atteindre les objectifs suivants pour l'organisation et la gestion du système de santé et de services sociaux :

- ⇒ offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture ;
- ⇒ assurer une meilleure prise en charge des personnes ;
- ⇒ agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population ;
- ⇒ rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent ;
- ⇒ consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par les services de première, de deuxième et de troisième ligne ;
- ⇒ donner aux gestionnaires des moyens qui encouragent l'esprit d'initiative et favorisent le dynamisme ;
- ⇒ mobiliser les cliniciens et favoriser leur participation à l'organisation et à la gestion des services ;
- ⇒ encourager l'engagement et la responsabilité de chacun.

Le projet d'intégration des services veut d'abord corriger les lacunes du système de santé et de services sociaux quant à l'accessibilité et à la continuité des services offerts. Il fournit avant tout aux acteurs visés l'occasion de revoir l'organisation des services et d'adapter la gestion de ces services en conséquence. Des changements structurels sont tout de même nécessaires pour soutenir l'organisation des services. Leur intégration fonctionnelle doit accompagner leur intégration structurelle pour que les objectifs soient atteints.

2 LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est un projet organisationnel et clinique qui vise à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le modèle des réseaux locaux de services repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième ligne (services spécialisés et surspécialisés).

2.1 UN DÉFI À RELEVER : AGIR COLLECTIVEMENT

Le véritable défi qu'il faut relever consiste à responsabiliser les organisations et l'ensemble des acteurs pour les inciter à agir collectivement en vue d'offrir des services plus accessibles et mieux intégrés.

Deux principes orienteront l'action en vue de mieux intégrer les services.

La responsabilité populationnelle

En vertu de ce premier principe, les différents intervenants offrant des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible (comprenant les services de santé publique visant à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé) et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. De plus, la priorité sera accordée à certaines personnes présentant des problèmes particuliers.

Les clientèles prioritaires

Différents groupes de la population peuvent s'avérer **vulnérables** à divers problèmes psychosociaux et de santé. Les groupes défavorisés sur le plan économique et certaines communautés culturelles, dont les communautés autochtones, cumulent en effet des facteurs de risque par rapport à un ensemble de problèmes exigeant une action en amont.

La situation d'autres clientèles **particulières** nécessite une action coordonnée de la part de différents producteurs de services afin de leur assurer l'accès aux services et une prise en charge tenant compte de leurs besoins :

- les personnes âgées en perte d'autonomie ;
- les personnes ayant des problèmes de santé mentale ;
- les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- les jeunes en difficulté ;
- les personnes dont l'état nécessite des soins palliatifs.

La hiérarchisation des services

Le second principe garantira une meilleure complémentarité des services et facilitera le cheminement de l'utilisateur entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne (voir l'annexe I), suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes seront bidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils prévoiront autant le recours aux services de deuxième et de troisième ligne que la planification des services de première ligne offerts à l'utilisateur lorsqu'il retournera dans son milieu de vie.

2.2 LA CRÉATION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

La création de réseaux locaux de services constitue la trame de fond à partir de laquelle sera mis en place un ensemble de moyens et de conditions qui favorisera la complémentarité des services. Chaque territoire régional pourra compter sur un ou sur plusieurs réseaux locaux de services.

Une organisation structurée sur la base d'un réseau local de services assurera aux citoyens d'un territoire local l'accès à une large gamme de services ainsi que des conditions d'organisation facilitant l'orientation d'un service vers un autre, la prise en charge et le suivi des personnes. Une telle organisation fonctionnera aussi selon des modalités permettant la participation de la population.

2.2.1 Le territoire local

La taille du territoire local devra être basée sur l'adéquation entre le territoire de référence, la population visée et les ressources disponibles. En vue d'assurer la continuité des services et de réduire l'impact des nouvelles délimitations territoriales sur l'organisation des services en question, les propositions relatives au découpage du territoire local seront conçues, dans la mesure du possible, en fonction des territoires ou du regroupement de territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC) existants. De plus, chaque territoire local devra être contenu à l'intérieur d'une région sociosanitaire existante, puisque les frontières des régions ne seront pas modifiées.

Les balises

- Le réseau de la santé et des services sociaux doit offrir le plus de services possible à proximité des individus (services de santé publique, services généraux, services spécifiques et certains services spécialisés).
- Le découpage territorial devra être le plus « naturel » possible ; il tiendra donc compte des dynamiques locales et des habitudes de consommation des services de santé et des services sociaux de la population.
- Le territoire du réseau local de services tendra à s'harmoniser, dans la mesure où cela sera possible, avec le découpage d'autres territoires administratifs.
- Le territoire du réseau local de services sera un lieu d'échanges intersectoriels qui contribuera au développement social et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- L'organisation et les ressources disponibles conféreront une marge de manœuvre nécessaire pour optimiser le changement et l'innovation dans l'organisation des services (ressources financières, masses critiques de professionnels, volume d'activités compatible avec des services de qualité et des coûts acceptables, etc.).
- L'organisation favorisera la disponibilité, la répartition et la rétention des ressources humaines requises.

2.2.2 Une instance locale au cœur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Cette nouvelle façon d'organiser les services de santé et les services sociaux se mettra graduellement en place au cours des prochains mois et des prochaines années en fonction des initiatives qui verront leur jour dans les différents territoires selon les particularités de ceux-ci.

Au cœur du réseau local de services, une instance locale regroupera sous la responsabilité d'un même conseil d'administration un ou plusieurs CLSC, centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Ce regroupement pourra prendre différentes formes selon les ressources disponibles sur le territoire et suivant les particularités du milieu.

La mission de première ligne (santé et services sociaux) demeurera l'une des priorités de cette nouvelle structure. Des cibles particulières seront fixées de façon à garantir et à accroître l'accessibilité de ces services.

Les balises

- Les établissements du territoire local, exerçant une mission de CLSC, de CHSLD ou de CHSGS, devront fusionner en vue de constituer une instance locale dûment mandatée pour exercer auprès de la population une responsabilité dont les résultats lui seront imputables.
- Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services qui y sont offerts, eu égard à la dimension du territoire couvert par le centre hospitalier, à l'importance de ses installations (quantité de ressources humaines, matérielles et financières, étendue des services spécialisés et surspécialisés offerts, technologies de pointe, etc.) ou aux caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle à qui il offre des services.
- Dans le cas où aucun CHSGS ne pourrait être intégré à l'instance locale, une entente de services formelle devra être établie avec un ou plusieurs centres hospitaliers, en vue d'assurer à la population du territoire local l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés.
- Le fait que des établissements soient désignés pour offrir des services en langue anglaise, dans un programme conçu en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ne compromet pas une fusion de ces établissements. Le nouvel établissement continuera d'offrir ces services, comme cela aura été défini dans le programme.
- Lorsqu'une instance locale intégrera les services d'un établissement reconnu conformément à la Charte de la langue française, mais fournissant des services dans une langue autre que le français, elle devra continuer d'offrir ces services dans les installations dont elle sera devenue responsable.

L'instance locale agira comme assise de cette nouvelle organisation, en assurant l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population du territoire local.

Pour réaliser son mandat, elle coordonnera les activités des producteurs de services (établissements ou professionnels) qui sont destinées à la population de son territoire, en créant des liens au moyen d'ententes ou d'autres modalités. Ces liens devront principalement être établis avec deux groupes de producteurs de services :

- ⇒ les producteurs de services de première ligne du territoire local, dont les médecins de famille (groupes de médecine de famille (GMF) et cliniques privées associées à une instance locale) ;
- ⇒ les producteurs de services de deuxième et de troisième ligne présents au niveau local, régional ou suprarégional, selon le cas.

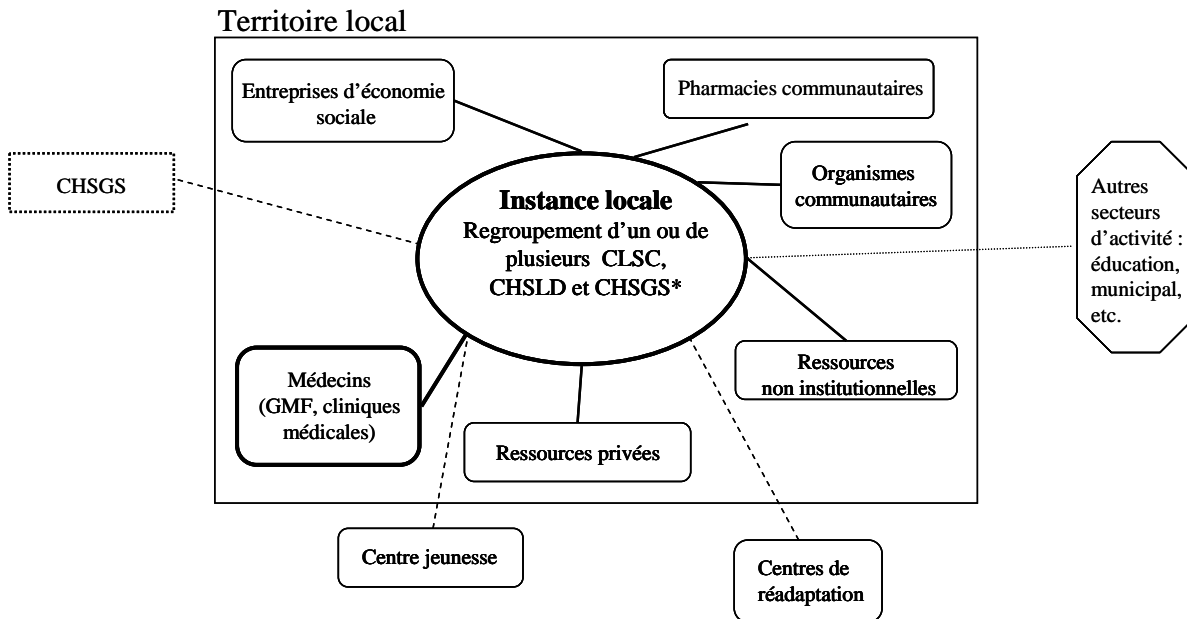
Les liens établis entre l'instance locale et ces producteurs de services leur permettront d'assumer conjointement la responsabilité d'offrir un ensemble de services qui répond aux besoins de la population du territoire. C'est en ce sens que le réseau local de services mettra en relation tous les acteurs concernés par les services offerts à cette population.

La contribution des médecins de famille

Le lien privilégié qui s'établit entre le médecin de famille et son patient est un pivot important de l'organisation des services de santé et des services sociaux. La mise en place graduelle **des GMF** qui offrent des services à une clientèle inscrite soutiendra l'évolution de l'organisation médicale vers l'exercice d'une responsabilité clinique continue.

Le système de santé et de services sociaux mettra sur deux principaux guichets d'accès aux services : le médecin de famille et l'instance locale. La mise en place de réseaux locaux de services demandera donc que l'on établisse des liens formels entre ces deux entités afin de faciliter l'exercice de la responsabilité qu'ils partageront envers la population du territoire.

Les acteurs dans le réseau local de services



* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissements.

2.2.3 L'accès à une large gamme de services

Une organisation des services structurée sur la base d'un réseau local de services va assurer l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux aux citoyens d'un territoire local.

Les balises

A. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE SUR LE TERRITOIRE LOCAL

⇒ SERVICES OFFERTS PAR L'INSTANCE LOCALE

▪ Services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement institutionnel public

- Services et interventions du domaine de la santé publique pour la population en général et pour les clientèles vulnérables : actions qui visent la promotion, la prévention et la protection de la santé en accord avec les plans d'action régional et local en santé publique.
- Services généraux destinés à l'ensemble de la population. Ce sont habituellement des services ponctuels : information/orientation, soutien diagnostique, services infirmiers, Info-Santé CLSC, services de périnatalité, services psychosociaux pour les jeunes et les adultes, services d'intervention psychologique, services de soutien à domicile pour les personnes ayant une incapacité temporaire, services en milieu scolaire ou dans un centre de la petite enfance et services d'intervention pour les mesures d'urgence et de sinistre.
- Services spécifiques destinés aux clientèles particulières (personnes en perte d'autonomie, personnes atteintes d'une maladie chronique, dont le cancer, personnes en fin de vie, personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, jeunes en difficulté et leur famille, personnes aux prises avec une ou des dépendances, personnes victimes de violence, personnes ayant des problèmes de santé mentale et autre). Ce sont habituellement des services à moyen et à long terme, et principalement des services de soutien à domicile, des services psychosociaux, des services de réadaptation et certains soins offerts en fin de vie.
- Services offerts dans les CHSLD publics.

⇒ SERVICES OFFERTS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES (dans l'instance locale ou en cabinet privé)

▪ Services médicaux généraux offerts par les omnipraticiens

- Services de consultation médicale avec ou sans rendez-vous, services médicaux offerts dans les urgences et auprès des clientèles particulières, services de soutien au diagnostic médical et services de planification des naissances.

⇒ **SERVICES OFFERTS PAR LES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT INSTITUTIONNELLES ET NON INSTITUTIONNELLES**

- Par ressources d'hébergement institutionnelles, on entend ici les établissements privés conventionnés. Quant aux ressources non institutionnelles, il s'agit de ressources intermédiaires (RI) et de ressources de type familial (RTF) gérées par les centres de réadaptation, par les centres jeunesse ou par l'instance locale, et d'autres alternatives de logement.
- Une instance locale pourra exercer un mandat régional d'hébergement institutionnel pour certaines clientèles, lorsque le volume permettra le regroupement des personnes dans une même ressource.

⇒ **SERVICES OFFERTS PAR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, LES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE, LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES ET LES AUTRES RESSOURCES PRIVÉES DU TERRITOIRE, NOTAMMENT LES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE**

- Des liens établis en vertu d'une entente ou en fonction d'autres modalités de collaboration devront être créés avec l'instance locale.
- La contribution des organismes communautaires comme partenaires du réseau de la santé et des services sociaux est reconnue et primordiale. Les modalités de collaboration avec le milieu communautaire devront être appliquées dans le respect de ces organismes et des termes de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire, *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*.

B. SERVICES HOSPITALIERS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS OFFERTS GÉNÉRALEMENT PAR L'INSTANCE LOCALE*

- Services hospitaliers généraux et spécialisés de base :
 - urgence ;
 - hospitalisation et services ambulatoires des hôpitaux ;
 - accès à des spécialités médicales locales** :
 - ◊ chirurgicales (anesthésiologie, chirurgie générale, orthopédie et obstétrique-gynécologie) ;
 - ◊ médicales (médecine interne, pédiatrie, psychiatrie et anatomopathologie).
- Plateaux techniques et diagnostiques de base*** :
 - imagerie ;
 - radiologie ;
 - laboratoires.

C. MAXIMUM DE SERVICES SOCIAUX, DE SERVICES DE SANTÉ ET DE RÉADAPTATION ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS DÉCONCENTRÉS SUR LE TERRITOIRE LOCAL

- Parmi ces services, on trouvera certains services offerts par les centres jeunesse, par les centres de réadaptation ou par les centres hospitaliers.
 - La nature des services qui doivent être déconcentrés est à déterminer selon :
 - ◊ les besoins de la population ;
 - ◊ les masses critiques de professionnels disponibles dans la région ;
 - ◊ la garantie de qualité des services ;
 - ◊ les coûts (calcul fait en fonction d'un coût comparable).
 - Des ententes devront être établies entre les centres jeunesse, les centres de réadaptation, les centres hospitaliers et l'instance locale.

D. SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS ACCESSIBLES À L'EXTÉRIEUR DU TERRITOIRE LOCAL

- Services relevant des centres hospitaliers à vocation régionale et suprarégionale, des centres jeunesse et des centres de réadaptation de la région ou d'autres régions.
- L'accessibilité des services spécialisés et surspécialisés devra être assurée par des mécanismes de référence et par des corridors de services régis par des ententes formelles entre les organisations et les producteurs de services.

* Si aucun CHSGS n'est associé à l'instance locale, une entente de services formelle devra être établie avec un centre hospitalier en vue d'assurer à la population du territoire local l'accès à des services hospitaliers généraux et spécialisés.

** Source : *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier et caractéristiques des établissements selon leur catégorie*, Direction générale des affaires médicales et universitaires, 26 septembre 2003.

*** Les services diagnostiques de base pourront être offerts par l'instance locale, sinon, une entente devra être établie soit avec une autre instance locale, soit avec un CHSGS ou avec une clinique privée en vue d'assurer l'accessibilité de ces services.

2.2.4 Des modalités d'organisation pour assurer l'accessibilité des services et la prise en charge des personnes

Chaque réseau local de services sera caractérisé par des modalités formelles d'organisation des services. Ainsi, le recours à des mécanismes d'accès connus, à des ententes et à d'autres moyens assurera la prise en charge des personnes et permettra la mise en place de corridors de services fonctionnels entre les organisations et entre les professionnels.

Les balises

- **Permettre l'accès systématisé aux services de première ligne à partir de deux guichets, soit l'instance locale et le cabinet du médecin**
 - Un guichet d'accès identifié dans l'instance locale* pour toutes les clientèles.
 - Des mécanismes de prise en charge devront être assurés par l'instance locale et adaptés pour chaque clientèle particulière.
 - Un lien privilégié avec un médecin de famille, par l'inscription des personnes (prioritairement pour les clientèles particulières), devra être établi. L'utilisateur continuera de choisir son médecin de famille.
 - L'implantation des GMF continuera d'être privilégiée pour faciliter l'accès aux services médicaux. Les cliniques privées du territoire seront invitées à s'associer à l'instance locale en vue d'avoir accès plus facilement au plateau diagnostique et de bénéficier de certains moyens de communication informatique (ex. : laboratoires).

- **Améliorer l'organisation des services médicaux généraux en mettant à contribution le département régional de médecine générale (DRMG)**
 - On devra procéder à la définition d'ententes et de mécanismes de collaboration entre l'instance locale et les cabinets de médecins ; le DRMG pourra participer à l'élaboration de ces ententes.
 - Tous les médecins devront avoir accès à des plateaux techniques.
 - On devra procéder à la définition de corridors de services pour l'orientation des personnes vers les médecins spécialistes ; des représentants des médecins spécialistes** pourront participer à l'élaboration de ces ententes.
 - Des engagements devront être pris et des modalités devront être définies pour assurer la prise en charge des clientèles particulières.

- **Établir des ententes pour favoriser la complémentarité des services**
 - Des modalités devront être définies pour associer l'instance locale et, au besoin, l'agence avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires, les ressources non institutionnelles et certaines ressources privées.
 - Des ententes formelles devront être établies pour associer les instances locales et les établissements régionaux ou suprarégionaux offrant des services de deuxième et de troisième ligne, selon les programmes-services. Les corridors de services seront bidirectionnels.
 - Les modalités d'organisation proposées par les agences tiendront compte de celles recommandées par les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)***.

- **Permettre la standardisation de la pratique professionnelle par l'établissement de protocoles cliniques fondés sur les meilleures pratiques et visant à simplifier les trajectoires de services**
 - Pour ce faire, on devra concevoir et mettre en place des protocoles cliniques basés sur les meilleures pratiques et sur des données probantes. De plus, ces protocoles devront préciser, notamment :
 - ◊ les objectifs de santé et de bien-être poursuivis ;
 - ◊ les partenaires mis à contribution (approche interdisciplinaire) ;
 - ◊ le partage de responsabilités ;
 - ◊ les ressources requises ;
 - ◊ les modalités de référence, de transfert et de suivi ;
 - ◊ les mécanismes de coordination et de communication ;
 - ◊ les indicateurs de résultats.

- **Favoriser la participation des différents groupes professionnels visés**
 - Les professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) devront être associés à l'organisation des services ainsi qu'à leur gestion selon des modalités adaptées à chaque réseau local de services.

- **Permettre la collaboration avec les autres secteurs d'activité visés**
 - L'établissement de liens avec les autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux, tels les commissions scolaires, les municipalités, le milieu de l'habitation, etc., sera nécessaire pour avoir une vision cohérente de la situation et pour coordonner les actions afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

* Incluant la clientèle des jeunes en difficulté, sauf en ce qui concerne les signalements en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et les références en fonction de la Loi sur la justice pénale pour les adolescents.

** Éventuellement, un mécanisme formel de représentation des médecins spécialistes sera institué.

*** Quatre RUIS ont été créés, un dans chaque université ayant une faculté de médecine. Ils formulent des recommandations à l'intention du ministre sur l'implantation des programmes de formation, sur les plans relatifs à la main-d'œuvre et à l'effectif médical, sur le mode d'organisation des services spécialisés et surspécialisés, sur les corridors de services à établir avec les autres composantes du réseau et sur le développement des technologies et de la recherche. À chaque RUIS sera associé un territoire de référence et de parrainage.

2.2.5 Des modalités relatives à la participation de la population

C'est principalement à l'échelle locale que devront se mettre en place les initiatives pour assurer la contribution de la population dans la réflexion et dans la prise de décision entourant l'organisation des services.

Les balises

- L'instance locale devra, pour chaque territoire local, définir des modalités de participation des citoyens et des usagers qui sont adaptées aux particularités territoriales.

3 UNE GESTION FAVORISANT L'INTÉGRATION DES SERVICES

La perspective d'une plus grande décentralisation des responsabilités orientera la révision du modèle de gestion qui soutiendra l'intégration des services. Le partage des responsabilités entre les paliers national, régional et local sera guidé par une double préoccupation : éviter les dédoublements et confier à l'instance appropriée les fonctions qu'elle est le plus à même d'exercer. Une ligne claire d'imputabilité unira ces trois paliers.

Les organisations disposeront d'une plus grande marge de manœuvre dans la gestion des ressources humaines et financières pour adapter l'organisation des services à la réalité de leurs milieux respectifs ; en contrepartie, elles devront rendre compte des résultats obtenus.

3.1 L'INSTANCE LOCALE

Le palier local sera renforcé en étant responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation de services sur un territoire défini. La gestion de l'instance locale sera assurée par un seul conseil d'administration qui devrait, notamment, être formé de gestionnaires, de cliniciens, de représentants de la population et d'usagers¹.

L'instance locale accueillera, dirigera, accompagnera et soutiendra la personne dans son cheminement à l'intérieur de l'ensemble des services que sa situation requerra.

De plus, l'instance locale établira des modalités de participation des citoyens et des usagers adaptées aux particularités territoriales, et coordonnera la collaboration intersectorielle avec les municipalités, les commissions scolaires, le milieu de l'habitation et d'autres organismes préoccupés par la santé et le bien-être de la population.

Une instance locale pourrait exercer les responsabilités d'une agence lorsque la délimitation territoriale des deux entités correspond.

1. Au moment de la création de l'instance locale, un conseil d'administration, formé de quinze membres provisoires, sera nommé par le ministre à la suite de la consultation auprès des établissements visés par la proposition. Le conseil devra inclure l'un des membres du conseil d'administration de chacun des établissements.

3.2 LES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES DE DEUXIÈME ET DE TROISIÈME LIGNE

Les centres hospitaliers offrant des services de deuxième et de troisième ligne et ayant des missions régionales et suprarégionales, les centres de réadaptation et les centres jeunesse continueront d'offrir des services selon le mandat et les responsabilités que la Loi sur les services de santé et les services sociaux leur confie. Ils apporteront leur soutien aux instances locales, selon des modalités de référence et de suivi préalablement établies.

3.3 L'AGENCE

Le maintien d'un palier régional est nécessaire pour veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et pour garder une vision régionale de l'organisation des services centrée sur l'atteinte de résultats, pour allouer et gérer les ressources financières disponibles, pour planifier la répartition des ressources humaines, pour organiser les services médicaux, pour assurer la coordination de l'ensemble des réseaux locaux de services d'une région et pour favoriser les relations entre les régions. L'agence verra à l'organisation et à l'exercice des fonctions liées à la santé publique (promotion, prévention, surveillance et protection) et assurera la gestion du plan d'action régional de santé publique. Elle exercera également certaines responsabilités particulières, notamment à l'égard des services préhospitaliers d'urgence. L'agence continuera d'assurer la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires, dont le cadre de financement évoluera en continuité avec le modèle actuel de soutien à la mission globale des organismes communautaires.

Un partenariat avec les RUIS sera aussi créé pour assurer un accès équitable aux services surspécialisés pour la population de toutes les régions et de tous les territoires locaux du Québec.

La gestion de l'agence sera assumée par un conseil d'administration nommé par le ministre et devant répondre de ses décisions devant ce dernier.

3.4 LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) recentrera ses actions autour de ses fonctions premières, soit la planification (politiques et standards d'accès et de qualité), le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation. En conséquence, le Ministère révisera son mode de gestion et d'organisation afin d'éviter les dédoublements entre sa mission et les missions de l'agence et des instances locales.

4 LES LEVIERS FAVORISANT LE CHANGEMENT

Le projet d'intégration des services est tributaire d'un certain nombre de leviers sans lesquels tout changement dans le mode d'organisation ou dans la structure des services ne pourrait garantir l'amélioration de l'accessibilité et de l'intégration des services. Ces éléments font actuellement ou devront faire l'objet de travaux particuliers au Ministère. Ils nécessitent une grande cohérence entre les actions ministérielles et gouvernementales qui doivent être coordonnées.

4.1 L'ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le nouveau mode d'allocation des ressources financières vise à passer d'une allocation basée sur une approche historique entre les établissements à une allocation des ressources définie sur une base populationnelle (*per capita* pondéré), selon les programmes-services. Cette nouvelle façon de faire permettra d'assurer une répartition plus équitable des ressources entre les régions et entre les territoires locaux. Les priorités de développement seront établies de façon à assurer la cohérence des actions entreprises avec la mise en place des réseaux locaux de services.

4.2 LA GESTION ET LA MOBILISATION DES RESSOURCES HUMAINES

La rareté actuelle des ressources humaines (y compris la main-d'œuvre médicale) et les modes d'organisation du travail peuvent freiner le changement. Des actions structurantes seront nécessaires pour accroître la disponibilité et la mobilisation des ressources humaines, pour faciliter leur répartition et leur rétention dans les différentes régions et pour favoriser un meilleur partage des responsabilités entre les différents professionnels visés. Une attention particulière sera accordée à la mise en œuvre de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic. Les actions relatives au regroupement des unités de négociation au sein des établissements et à la décentralisation, à l'échelle locale, de la négociation liée à l'organisation du travail, seront menées en complémentarité avec la mise en place des réseaux locaux de services.

La création de ces réseaux impliquera également l'engagement et la mobilisation des gestionnaires en place. Les directeurs généraux et les cadres seront soutenus par des moyens adaptés, qui tiendront compte de leur réalité dans cette période de changement.

4.3 LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Le mode de rémunération des médecins généralistes devra être adapté pour soutenir leur intervention auprès de la population inscrite, en particulier auprès des clientèles dont l'état nécessite une plus grande attention.

4.4 LES TECHNOLOGIES INFORMATIONNELLES

L'accessibilité et la continuité des services sont dépendantes de la disponibilité de l'information, au moment opportun, entre les différents producteurs. Des efforts devront donc être consentis pour consolider les systèmes actuels et pour concevoir des systèmes d'information facilitant la circulation des données cliniques et renforçant la gestion par résultats.

4.5 LES TECHNOLOGIES DIAGNOSTIQUES

Le système de santé et de services sociaux doit tirer profit des bénéfices de l'évolution constante des technologies. L'apport technologique devra particulièrement être renforcé à proximité des milieux de vie pour faciliter le diagnostic par le médecin de famille, de façon à éviter le déplacement inutile des personnes vers les ressources plus spécialisées.

4.6 UNE GESTION AXÉE SUR LES RÉSULTATS

L'organisation des services et l'allocation des ressources financières seront associées à des cibles mesurables, pour chacun des programmes-services, concernant l'accessibilité des services, leur qualité, leur coût et leurs effets sur la santé. C'est sur la base des résultats attendus que se fera la reddition de comptes devant le gouvernement et la population.

5 LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

La démarche retenue pour mettre en place tous les éléments qui vont soutenir et structurer l'intégration des services comporte deux phases.

5.1 LA CRÉATION DES AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET LA CONCEPTION DE PROJETS LOCAUX

Premièrement, une phase de transition, dont la durée sera déterminée par le ministre, est nécessaire pour réaliser le mandat consistant à définir les modèles d'organisation de services en fonction des particularités des différentes régions et des territoires locaux qui les composent.

Une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sera créée dans chacun des territoires où est instituée une régie régionale de la santé et des services sociaux. Ces nouvelles agences seront formées, pour la période de transition, d'un conseil d'administration dont les membres, comprenant un président-directeur général, seront nommés par le ministre². Elles se verront confier un double mandat.

- ⇒ Proposer un modèle d'organisation pour la région à l'intérieur des délimitations des territoires sociosanitaires actuels. Ce modèle devra être basé sur un ou des réseaux locaux de services, en fonction des territoires locaux qui constituent le tout ou une partie de la région. Ce modèle devra satisfaire aux balises proposées pour une intégration fonctionnelle des services.
- ⇒ Poursuivre, pour la période de transition, les mandats assumés par la régie régionale en vue d'assurer l'offre de service dans la région.

Un leadership soutenu devra être exercé de la part des agences pour que le changement entrepris favorise la création des réseaux locaux de services. Pour permettre la conception de modèles régionaux, ces agences s'associeront des représentants des gestionnaires et des cliniciens et consulteront les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, le DRMG et différents partenaires de la région. La population sera consultée selon différentes modalités définies à la lumière des recommandations du Forum de la population.

La participation des différents dirigeants des établissements sera nécessaire pour assurer la réussite du projet d'intégration des services. Leur participation à la définition des modèles régionaux sera en effet importante afin d'assurer la cohérence du projet et son appropriation par tous, notamment par le personnel du réseau. Leur leadership sera tout aussi essentiel

2. La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux prévoit que le président et le vice-président du conseil d'administration de l'agence soient élus par les membres.

dans la mise en œuvre du projet pour que l'on parvienne aux changements voulus et que l'on améliore ainsi de façon appréciable les services offerts à la population.

5.2 LA RÉVISION DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Au terme de la phase de transition et à la lumière des projets réalisés et des expériences vécues dans chaque région, des changements seront apportés au cadre légal. Cette révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précisera la nature des organisations qui constitueront désormais le système de santé et de services sociaux, ainsi que leurs responsabilités, leur administration et leur imputabilité. Elle comportera également un ensemble de dispositions qui soutiendront l'organisation des services.

5.3 LE CALENDRIER DES PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Étapes	Échéancier
Mise en place des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux	30 janvier 2004
Dépôt des propositions des modèles régionaux basés sur la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux	30 avril 2004
Mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux	2004-2005
Révision globale du cadre législatif de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	2005

ANNEXE I – LES NIVEAUX D'ACCÈS AUX SERVICES

Le modèle d'organisation des services sera construit autour de trois niveaux d'accès aux services et aux ressources qui répondent à des besoins distincts.

Les services de première ligne

Le premier niveau d'accès est celui des services de première ligne qui sont destinés à l'ensemble de la population et à des clientèles ayant des besoins particuliers. Cet accès est généralement direct et les conditions qui permettent le recours aux services de première ligne sont simples, prévisibles, clairement définies et connues des usagers. Ces services visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ils doivent de plus être offerts près du milieu de vie des personnes qui les utilisent.

Les intervenants de première ligne possèdent des compétences professionnelles générales et diversifiées. Les services de première ligne s'appuient également sur des infrastructures et des technologies légères. Ces services correspondent aux services généraux qui s'adressent à toute la population (ex. : services de prévention, services médicaux, services infirmiers, services psychosociaux et Info-Santé) et aux services spécifiques qui s'adressent à des clientèles vulnérables et particulières, on pense notamment aux services de soutien à domicile.

Les services de deuxième ligne

Le deuxième niveau d'accès regroupe les services de deuxième ligne qui complètent ceux de première ligne. Sauf exception, la référence d'un professionnel est nécessaire pour avoir accès à ces services. Il s'agit de services permettant de traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux complexes, mais répandus.

Ils exigent des expertises spécialisées, regroupées pour constituer des masses critiques. Ces services s'appuient habituellement sur une infrastructure particulière et une technologie avancée, quoique courante.

Certains services médicaux spécialisés et d'autres services sociaux et de réadaptation spécialisés devront être offerts le plus près possible du milieu de vie des individus susceptibles d'y avoir recours. Cette déconcentration des services pourra se réaliser si des masses critiques d'expertise, garant d'une bonne pratique professionnelle, sont suffisantes et si les standards de qualité sont respectés, et ce, à des coûts raisonnables.

Les services de troisième ligne

Le troisième niveau d'accès, soutenant le premier et le deuxième niveau, est celui des services de troisième ligne. Ces derniers sont offerts sur une base nationale, concentrés dans un nombre limité d'endroits et habituellement accessibles sur référence d'un professionnel. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et des problèmes sociaux très complexes, dont la prévalence est souvent plus faible.

Ils requièrent l'expertise d'intervenants très spécialisés ayant des compétences rares dans un champ d'intervention de pointe. Ces services s'appuient sur des équipements, des technologies et des expertises sophistiqués et rares, qui ne peuvent pas être disponibles partout. Les services de troisième ligne correspondent généralement aux services surspécialisés.

www.msss.gouv.qc.ca