

Le modèle régional d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés

« Un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité »

*Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux*

Québec
Capitale nationale



Introduction

Introduction

La loi

Le 17 décembre 2003, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi n° 25, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

Cette Loi confère notamment à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence), le mandat suivant :

développer, pour son territoire, un ou plusieurs réseaux locaux de services (RLS) intégrés.

Introduction

L'obligation de résultat

L'Agence doit déposer au ministre de la Santé et des Services sociaux, **au plus tard le 30 avril 2004**, un modèle d'organisation de services intégrés qui tiendra compte des préoccupations :

- De la population
- Des personnes qui travaillent à donner des services à la population
- Des personnes qui travaillent à la gestion des services

Introduction

L'obligation de résultat

À cet effet, l'Agence a tenu une démarche de consultation qui visait les deux objectifs suivants :

- Rapprocher les services de la population (proximité)
- Proposer un cheminement simple, tant pour l'accessibilité que pour la continuité des services

Le présent document est la recommandation de l'Agence au ministre de la Santé et des Services sociaux, tel qu'attendu par l'application de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

Section 1

Le projet régional : concepts et caractéristiques

1. Concepts et caractéristiques

Extrait du texte ministériel :

« Un réseau de partenaires qui deviendront, ensemble, responsables d'offrir à la population d'un territoire défini des services de base, tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social ».

1. Concepts et caractéristiques

Le concept de Réseau local de services

Au cœur de ce réseau sera créée une instance locale, **imputable devant la population.**

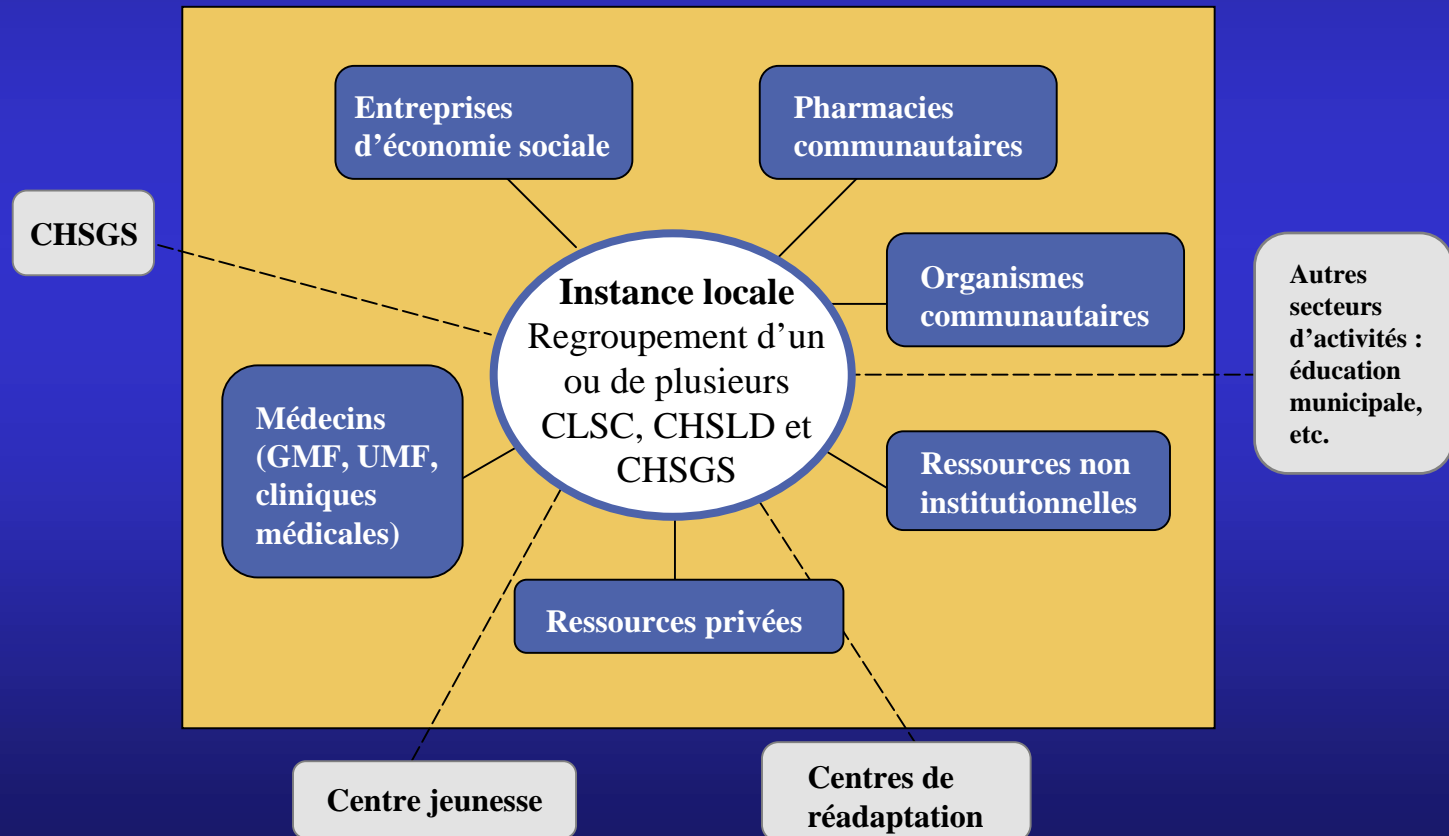
Cette instance est **responsable de la gamme de services suivants :**

- Les services de santé publique
- Les services généraux et spécifiques de 1^{re} ligne
- Les services d'hébergement et de soins de longue durée
- Les plateaux techniques et les services diagnostiques de base
- Les services hospitaliers généraux et spécialités de base

1. Concepts et caractéristiques

Le concept de Réseau local de services

•Territoire local



1. Concepts et caractéristiques

La Capitale-Nationale : une même région avec deux réalités

La région se subdivise en sept territoires sociosanitaires locaux, dont cinq se trouvent dans Québec-Métro. Aux extrémités de la région, en zone plus rurale ou semi-urbaine, deux territoires : Portneuf et Charlevoix, dont les caractéristiques de l'offre de service sociosanitaire correspondent à la définition d'un réseau local.

- Portneuf
- Charlevoix
- Sainte-Foy-Sillery-Laurentien
- De la Jacques-Cartier
- Québec-Centre
- Orléans
- La Source

1. Concepts et caractéristiques

Les services hospitaliers

Sur le territoire de Québec-Métro, trois établissements hospitaliers desservant la population pour l'ensemble des services généraux et des spécialités de base, soit :

- Le CHUQ (CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec et l'Hôpital Saint-François-d'Assise)
- Le CHA (l'Hôpital du Saint-Sacrement et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus)
- L' Hôpital Laval
- Le Centre hospitalier Robert-Giffard

Les autres services dispensés

- Le Centre jeunesse de Québec
- Les Centres de réadaptation (IRDPQ, CRDIQ, CRUV)

1. Concepts et caractéristiques

Une histoire dont il faut tenir compte

- Une région en évolution depuis 1995
- Une particularité universitaire et une vocation suprarégionale
- La présence de la communauté anglophone

Section 2

La consultation

2. La consultation

La démarche de consultation : le bilan

Afin de mener à bien le projet régional d'organisation de services intégrés « Un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité », l'Agence a rencontré :

- Sur chacun des **territoires locaux** actuels, les personnes qui demain feront partie des **partenaires** du réseau local (**250** personnes)
- Par des rencontres **régionales**, d'autres personnes ou groupes directement concernés par les services de santé et les services sociaux (**150** personnes)

Deux recommandations et sept hypothèses ont été soumises à la consultation.

2. La consultation

Des résultats : au niveau régional

Peu de choses ont été entendues sur la notion de territoire. C'est davantage autour de la **gamme** de services et de l'**envergure** de l'instance locale que les discussions ont eu cours. La **mission universitaire** aura fait l'objet aussi de plus de discussions au niveau régional. Quant aux **ententes**, on en aura beaucoup discuté comme moyens privilégiés pour assurer la continuité des services.

2. La consultation

Des résultats : au niveau régional

La tendance demeure forte de **ne pas inclure le volet hospitalier** au sein de l'instance locale. Il a été observé un bon degré de **convergence** sur cette question entre les syndicats, les professionnels et les administrateurs. Deux arguments de poids ont été avancés par les personnes rencontrées :

- Le risque de fragilisation de la mission universitaire
- Le risque de défaire les résultats obtenus par les fusions qui ont menés au CHUQ et au CHA et la complexité de rebâtir des centres hospitaliers

2. La consultation

Des résultats : au niveau régional

On fait aussi une distinction très forte dans les approches entre la 1^{re} ligne, davantage près de l'**imputabilité populationnelle**, et l'hôpital, davantage centré sur une **imputabilité clientèle**.

Il a été également entendu la nécessité de **transférer des responsabilités** au regard de certains services provenant des centres hospitaliers vers la 1^{re} ligne.

On a enfin constaté des **attentes importantes envers l'Agence**, à la fois pour des rôles de conciliateur, de médiateur et d'arbitre.

2. La consultation

Des résultats : au niveau local

Les principales interventions ont rejoint des préoccupations davantage reliées au **concept de l'instance locale plutôt qu'au concept de réseau local.**

Au cœur des échanges, l'**inclusion ou non de l'hôpital** dans l'instance locale. Certains réclament l'inclusion du CH et d'autres n'y tiennent pas du tout. Un des arguments très souvent entendu est le danger d'**affaiblir l'offre de service de la 1^{re} ligne** par l'inclusion du poids important du volet hospitalier.

2. La consultation

Des résultats : au niveau local

L'enjeu que la **population** vivant dans l'agglomération urbaine de **Québec-Métro** n'entretient **pas de lien avec le territoire local** pour les **services hospitaliers** a été cerné. Pour les épisodes de soins de courte durée, le médecin traitant demeure l'élément déclencheur du choix de l'hôpital.

Les décisions antérieures rendent difficile l'inclusion des services hospitaliers dans une instance locale.

Tous sont sensibles aux questions de la **continuité** de services et à l'**imputabilité populationnelle**. Les **ententes** apparaissent en premier comme moyens privilégiés.

2. La consultation

Des résultats : au niveau local

La révision du **découpage territorial** actuel n'est **pas non plus une requête généralisée**. Mis à part les territoires de Portneuf et de Charlevoix, les seuls points de convergence sont :

- Le regroupement de La Source et d'Orléans
- Le regroupement de Sainte-Foy – Sillery avec la Haute-Ville

Les participants ne recommandent pas la création d'un seul territoire pour Québec-Métro.

Section 3

Les véritables enjeux de la région de la Capitale-Nationale

3. Les véritables enjeux

1. Des enjeux propres aux territoires de Portneuf et de Charlevoix

L'approche des réseaux locaux de services s'inscrit bien dans le cadre d'un territoire circonscrit : Portneuf et Charlevoix en sont des exemples. La rétention des populations sur leur territoire de proximité facilite le cheminement et la trajectoire de services du citoyen.

L'étendue des territoires nécessite une approche de **déconcentration de services** respectant le caractère distinct de **pôles de population** à faible densité. Cette déconcentration comporte des effets d'**augmentation des coûts** qui doivent être considérés dans les méthodes d'allocation de ressources intrarégionale.

Enfin, il faut tenir compte d'enjeux d'**attraction et de rétention des ressources humaines**.

3. Les véritables enjeux

2. Les habitudes de consommation de services d'une population urbaine

Dans un milieu urbain à forte densité où tous les services sont présents à moins de 30 minutes, le citoyen adopte rapidement ses propres habitudes comme consommateur de services, en particulier en milieu hospitalier.

Le territoire de résidence ne semble pas toujours être le moteur de la décision de l'utilisateur.

Un fait demeure, il est souhaité que les **services de base** soient disponibles à **proximité** des milieux de vie de la population.

3. Les véritables enjeux

3. La délimitation du territoire local en milieu urbain

À l'enjeu du libre choix du citoyen qui vit dans un milieu urbain, s'ajoute celui du découpage géographique du territoire local. La consultation n'a fait ressortir **aucun consensus** à ce sujet. Le territoire se découpe différemment, dépendamment de l'angle de prise des interlocuteurs.

La majorité des services de 1^{re} ligne et l'action du développement des communautés doivent plutôt se réaliser sur la base de la notion de **proximité** des services, traduite dans la région par la **déconcentration des services**. Cela rend plus **subsidaire** la question du découpage territorial.

3. Les véritables enjeux

4. Le maintien de la mission de la 1^{re} ligne au regard de l'inclusion de centres hospitaliers offrant des services spécialisés

L'une des particularités de la région demeure la **concentration des spécialités**. Devant l'hypothèse d'une fusion des missions CLSC, CHSLD et hospitalières, il est apparu que le **poids relatif** des activités **spécialisées** dans les hôpitaux pourrait compromettre la consolidation de la 1^{re} ligne.

Le **transfert de certaines responsabilités** à l'égard de services de type 1^{re} ligne de l'hôpital vers l'instance locale aurait davantage d'effets bénéfiques que l'intégration proprement dite du volet hospitalier, davantage spécialisé.

3. Les véritables enjeux

5. La mission universitaire et suprarégionale

D'après la grande majorité des participants aux consultations, la mission universitaire et même le volet suprarégional pourraient aussi **être compromis par l'inclusion des hôpitaux** dans l'instance locale.

Dans un contexte où le **Québec compte quatre réseaux universitaires** intégrés de services, la région de la Capitale-Nationale ne peut mettre en jeu sa mission universitaire en affaiblissant sa structure hospitalière actuelle.

3. Les véritables enjeux

6. La continuité de services

S'il y a un enjeu qui doit se placer au-dessus des autres, c'est celui de la **continuité des services**. Et, considérant le fait de ne pas inclure d'hôpital dans le réseau local, l'enjeu de la continuité se pose avec encore plus d'acuité.

L'une des dimensions de la continuité de services est la **continuité de l'information**. Des actions devront être engagées pour régler le problème de la libre circulation de l'information auprès des personnes avec le consentement du citoyen.

3. Les véritables enjeux

7. L'adaptation des services aux besoins de la communauté anglophone

La communauté anglophone fait valoir la nécessité de conserver la gouverne de ses institutions comme un enjeu de survie pour sa communauté, de peur de perdre :

- La capacité de se faire **servir dans sa langue**
- La **participation** de la communauté dans l'organisation des services
- Un **guichet unique**

3. Les véritables enjeux

8. La capacité d'adaptation et de mobilisation des ressources humaines

Cet enjeu aura fait l'unanimité chez les participants aux consultations. Toutes et tous reconnaissent qu'une décision qui ne fait pas de **sens** pour les personnes qui donnent les soins et les services aura de la difficulté à trouver un terrain fertile, d'autant plus que **les changements se succèdent très rapidement** depuis quelques années.

Section 4

Le résultat : un projet régional

« Un réseau de professionnels au service du citoyen »

4. Le résultat : un projet régional

Faire du projet régional **une approche réseau et d'interdépendance au-delà de nos institutions**, c'est accorder au citoyen la primauté d'attention dans l'ensemble de nos choix structurants en matière d'organisation des services. C'est aussi démontrer notre **capacité commune**, Agence, établissements et partenaires du réseau de services de s'associer et d'agir en interdépendance, davantage que de réclamer nos autonomies respectives.

Ce qui sera innovateur dans le projet régional de la Capitale-Nationale, ce sera de **penser le réseau à partir de sa base**, à partir de sa dynamique locale.

4. Le résultat : un projet régional

1. La vision d'un réseau local

La vision d'un réseau local, **ce n'est pas qu'une structure, mais davantage une dynamique de professionnels.** La vision du réseau local comporte un espace de construction collective de nouvelles transactions professionnelles, de nouvelles manières d'envisager le travail en commun; bref, un espace d'innovation et de créativité au profit de la cause de ce même réseau.

4. Le résultat : un projet régional

1. La vision d'un réseau local

Associée à un fort **maillage** avec ses partenaires locaux, l'Agence fait le pari que le réseau local pourra exercer sa responsabilité en matière d'**imputabilité populationnelle**, et ce, indépendamment de l'inclusion ou non des hôpitaux dans l'instance locale.

Ainsi, l'instance locale doit toujours s'assurer de pouvoir **coordonner, avec les autres partenaires locaux**, dont les hôpitaux pour leurs activités de 1^{re} ligne, l'offre de service à la population du territoire local.

En détenant pratiquement **tous les leviers** de l'organisation des services offerts, l'instance sera en mesure de proposer aux **clientèles vulnérables** des **cheminements simples**, aussi bien pour l'accès que pour la continuité des services.

4. Le résultat : un projet régional

1. La vision d'un réseau local

L'Agence entreprendra dès cet automne l'examen de cette approche visant à compléter le plus possible la gamme de services devant être offerte par l'instance locale et ainsi, augmenter sa capacité d'assumer sa responsabilité populationnelle. Notamment :

- Services sociaux hospitaliers
- Cliniques de périnatalité
- Unités de médecine familiale
- Hôpitaux de jour gériatriques
- Centres de jour
- Unités d'hébergement et de soins de longue durée

4. Le résultat : un projet régional

1. La vision d'un réseau local

Non seulement faudra-t-il protéger et accentuer la **déconcentration des services**, mais aussi mettre en place des **modèles de gestion cliniques décentralisés** permettant la mobilisation des **pôles de population** dans une dynamique d'intersectorialité et de **développement des collectivités**.

4. Le résultat : un projet régional

2. Les leviers d'interdépendance

Une fois la vision d'un réseau local positionnée, le projet régional ne pourrait être complet sans mettre en place des **conditions d'interdépendance** entre les réseaux locaux et les producteurs de services régionaux :

- **Le partage de l'information**
- **L'accès aux installations de l'autre**
- **Un processus d'entente**

4. Le résultat : un projet régional

2. Les leviers d'interdépendance

Au coeur de ce concept de réseautage, le **partage de l'information** devient l'enjeu principal. La **communauté médicale** régionale doit se mobiliser et s'engager pour mettre en place et réaliser un projet de partage de l'**information clinique**, avec le **consentement** de l'utilisateur.

L'**Agence**, comme instance de maillage et d'intégration, doit devenir, à la fois, le **courtier** et l'**agent de sécurité** en matière d'information, un courtier qui n'aura pas accès à l'information, mais qui coordonnera les mécanismes d'accès et d'échanges virtuels.

4. Le résultat : un projet régional

2. Les leviers d'interdépendance

Les **transferts de responsabilités et des ressources** entre l'hôpital ou tout producteur de services régionaux et l'instance locale doit, dans l'esprit de la continuité des services, permettre aux ressources humaines d'**avoir accès physiquement aux lieux de travail d'un producteur de services à l'autre.**

Le **béton** a tellement pris d'importance dans l'organisation des services que les notions de responsabilité et d'imputabilité des services y sont rattachées. Les immobilisations du réseau régional doivent plutôt être perçues comme des lieux de travail à la disposition de l'ensemble des ressources humaines.

4. Le résultat : un projet régional

2. Les leviers d'interdépendance

Vraisemblablement, des ententes seront nécessaires entre les organisations. Les organisations devront, par le biais d'une **entente cadre**, identifier les ententes à définir, la priorité de mise en œuvre et les délais impartis. **L'Agence doit être partie** à ces ententes cadre par le rôle de coordination du processus et d'arbitre que lui confieront les organisations.

Dès **septembre 2004**, l'Agence mettra sur pied un **groupe de travail** afin de dégager les contenus, qui font qu'une entente produit l'impact attendu, et de proposer un mécanisme de rédaction, d'arbitrage et de suivi à l'égard de l'ensemble des ententes.

4. Le résultat : un projet régional

3. Une région universitaire suprarégionale

L'Agence invite le RUIS à profiter des caractéristiques de la région de la Capitale-Nationale, une région à forte densité où ni la gamme ni la proximité des services ne font défaut, afin de relever le **défi d'une région universitaire suprarégionale**, dans un projet de développement régional.

Dans cette perspective, les mesures de renforcement de la 1^{re} ligne et d'interdépendance deviennent des conditions de succès de cette mission universitaire.

4. Le résultat : un projet régional

3. Une région universitaire suprarégionale

Cette façon de concevoir le réseau universitaire intégré de services ouvre la possibilité au défi de l'**interdisciplinarité** et à la recherche de **nouveaux horizons d'organisation des pratiques**. Elle ouvre la possibilité de faire de la région de **la Capitale-Nationale un projet permanent de démonstration** d'un système de santé où la recherche, l'enseignement et la prestation de services sont intégrés.

4. Le résultat : un projet régional

4. La responsabilité populationnelle et le découpage territorial

Le concept de l'imputabilité populationnelle s'adresse davantage à la notion de territoire, dans la mesure où la population s'y identifie naturellement. C'est ce qui amène l'Agence à proposer, en premier lieu, **le respect des territoires de Portneuf et de Charlevoix.**

La réflexion concernant le découpage territorial de l'agglomération urbaine de **Québec-Métro est plus complexe.** À cet égard, la **déconcentration des services** devient plus importante que le découpage du territoire en vue de dimensionner la responsabilité populationnelle de l'instance locale sur les aspects de la **proximité des services.**

4. Le résultat : un projet régional

4. La responsabilité populationnelle et le découpage territorial

À la lumière de ses obligations de résultats et de la démarche de consultation, l'Agence recommande l'option suivante, soit le découpage du territoire de l'agglomération urbaine de Québec-Métro en deux territoires équivalents :

- L'intégration des territoires de la Jacques-Cartier, de La Source et d'Orléans
- L'intégration des territoires de Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et de Québec-Centre

4. Le résultat : un projet régional

4. La responsabilité populationnelle et le découpage territorial

En respectant la **déconcentration des services** et la **décentralisation des pouvoirs cliniques**, l'Agence a identifié plusieurs **avantages** militant en faveur de cet aménagement :

- La taille des territoires
- Des effets de rétentions possibles face aux habitudes de consommation
- Des cheminements plus simples
- Les masses critiques nécessaires pour permettre l'évolution des organisations
- Faire face aux responsabilités d'établissements universitaires

4. Le résultat : un projet régional

5. L'engagement comme levier de mobilisation

Cette stratégie de mise en réseau d'interdépendance au-delà des institutions, dans le respect des consultations, commande **l'engagement des organisations dans un projet d'ensemble mobilisateur.**

Tous les partenaires doivent être solidaires et s'aligner autour d'un projet de développement régional s'appuyant, à la fois, sur le renforcement de la 1^{re} ligne et la consolidation des services spécialisés.

Il s'agit de mettre en jeu la capacité de la région d'agir ensemble et de façon convergente, tant dans l'ordre du sens que de celui des moyens, au profit du citoyen.

Section 5

La recommandation de l'Agence

5. La recommandation de l'Agence

1. Le territoire

Il est recommandé, concernant le découpage du territoire de la région de la Capitale-Nationale :

- **De confirmer le territoire actuel de Portneuf, comme un territoire local**
- **De confirmer le territoire actuel de Charlevoix, comme un territoire local**
- **De regrouper le territoire actuel Sainte-Foy – Sillery – Laurentien avec le territoire de Québec-Centre, constitué des bassins Haute-Ville, Des Rivières, Basse-Ville, Limoilou et Vanier, afin de ne constituer qu'un seul territoire : Québec-Sud**
- **De regrouper les territoires De la Jacques-Cartier, La Source et Orléans, afin de ne constituer qu'un seul territoire : Québec-Nord, y incluant les adresses civiques 2470 à 2480 du chemin de la Canardière, permettant ainsi de confirmer l'inclusion du Centre d'hébergement Maizerets et l'Unité de médecine familiale dans ce territoire**

5. La recommandation de l'Agence

2. L'instance locale et son réseau local

Il est recommandé, concernant la désignation des instances locales :

- **De confirmer le maintien de l'instance locale actuelle sur le territoire de Portneuf**
- **De fusionner les établissements du territoire de Charlevoix, actuellement regroupés sous un même conseil d'administration, au sein d'une seule instance locale**
- **De demander au ministre d'utiliser l'exception prévue à la Loi, pour exclure les hôpitaux universitaires des instances locales du Québec-Métro**

5. La recommandation de l'Agence

2. L'instance locale et son réseau local

Il est recommandé, concernant la désignation des instances locales :

- **De fusionner les établissements suivants dans une même instance locale :**
 - **CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien**
 - **CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières**
 - **CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier**

sous la raison sociale de Centre de santé et de services sociaux Québec-Sud et de désigner cet établissement comme institut universitaire, dans le cadre du développement de la mission universitaire régionale, en reconnaissance de la désignation universitaire de la mission CLSC du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, acquise en 1999

5. La recommandation de l'Agence

2. L'instance locale et son réseau local

Il est recommandé, concernant la désignation des instances locales :

- **De fusionner les établissements suivants dans une même instance locale :**
 - Centre de santé de la Haute-Saint-Charles
 - CLSC-CHSLD La Source
 - Centre de santé Orléans

sous la raison sociale Centre de santé et de services sociaux Québec-Nord et d'inscrire cet établissement dans la démarche de désignation d'institut universitaire, dès qu'elle répondra à l'ensemble des conditions, et ce, dans le cadre du développement de la mission universitaire régionale

5. La recommandation de l'Agence

2. L'instance locale et son réseau local

Il est recommandé, concernant la désignation des instances locales :

- **De faire part au ministre, de l'importance, pour la communauté anglophone, de maintenir son autonomie à l'égard des services d'hébergement et des services de 1^{re} ligne (maintien du conseil d'administration) et d'inviter le ministre à examiner, dans le contexte de l'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la possibilité d'actualiser la proposition de la communauté anglophone qui est supportée par l'Agence :**
 - **Fusionner l'Hôpital Jeffery Hale et Saint Brigid's Home inc., sous l'autorité du conseil d'administration actuel**

5. La recommandation de l'Agence

2. L'instance locale et son réseau local

(suite)

- **Transférer, avec les budgets afférents, les responsabilités administratives et professionnelles concernant les lits d'hébergement et de soins de longue durée de l'Hôpital Jeffery Hale à l'instance locale issue de la fusion du CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières et du CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier**
- **Transférer à l'instance anglophone, avec les budgets afférents, les ressources du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières assurant actuellement au Holland Center les services de 1^{re} ligne**
- **Convenir d'une entente tripartite entre l'établissement anglophone, l'instance locale et l'Agence sur la gestion des services diagnostiques, ambulatoires et gériatriques de l'Hôpital Jeffery Hale, pour assurer l'accès à ces services à la population du territoire local**

5. La recommandation de l'Agence

3. Le principe de proximité par une stratégie de déconcentration et de renforcement des services de 1^{re} ligne

Il est recommandé, concernant l'application du principe de proximité et le renforcement de la 1^{re} ligne :

- Que l'Agence prenne les mesures nécessaires pour s'assurer que les conseils d'administration des instances locales, par voie de résolution, reconnaissent les principes de déconcentration des services et de décentralisation de certains volets de la gestion clinique de l'organisation, dans le respect des pôles de population
- D'obtenir, des conseils d'administration des établissements régionaux à mission sociale et de réadaptation, l'engagement de poursuivre la déconcentration de leurs services par le biais d'ententes avec les instances locales

5. La recommandation de l'Agence

3. Le principe de proximité par une stratégie de déconcentration et de renforcement des services de 1^{re} ligne

Il est recommandé, concernant l'application du principe de proximité et le renforcement de la 1^{re} ligne :

- **Que l'Agence prenne les mesures pour assurer le transfert, avec les budgets afférents, de certaines responsabilités de 1^{re} ligne des hôpitaux vers les instances locales, et ce, plus particulièrement concernant :**
 - **Les services sociaux hospitaliers affectés à l'hébergement et aux soins de longue durée**
 - **Les unités de médecine familiale**
 - **Les hôpitaux de jour gériatriques**
 - **Les centres de jour**

5. La recommandation de l'Agence

3. Le principe de proximité par une stratégie de déconcentration et de renforcement des services de 1^{re} ligne

(suite)

- **Les unités d'hébergement et de soins de longue durée présentement sous la gouverne des CHSGS et les unités d'hébergement transitoires du Centre hospitalier Robert-Giffard**
- **Les cliniques externes de périnatalité**

et de procéder à l'examen de certains autres services visant des clientèles spécifiques, telles la gériatrie active, les cliniques externes de psychiatrie, de gériatrie, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de cancer, d'obésité morbide, etc., pouvant faire éventuellement l'objet d'un transfert de responsabilité et permettant à l'instance locale d'exercer sa pleine responsabilité, principalement à l'endroit des clientèles vulnérables

5. La recommandation de l'Agence

3. Le principe de proximité par une stratégie de déconcentration et de renforcement des services de 1^{re} ligne

Il est recommandé, concernant l'application du principe de proximité et le renforcement de la 1^{re} ligne :

- Qu'après entente tripartite (CH, instance locale, Agence) sur les modalités pour atteindre les objectifs ministériels de désengorgement des urgences et de diminution des listes d'attente, le système d'orientation et d'admission PECA soit transféré de l'Agence, sous la responsabilité des instances locales
- Que soient alloués entre les instances locales, selon la norme ministérielle, les lits d'hébergement et de soins de longue durée

5. La recommandation de l'Agence

3. Le principe de proximité par une stratégie de déconcentration et de renforcement des services de 1^{re} ligne

Il est recommandé, concernant l'application du principe de proximité et le renforcement de la 1^{re} ligne :

- Que l'Agence revoie, avec le Département régional de médecine générale, les ajustements à apporter au fonctionnement et à l'organisation du Département régional de médecine générale, en fonction du nouveau modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés
- Que l'Agence amorce immédiatement les discussions avec la Commission médicale régionale et le Département régional de médecine générale afin de revoir, pour l'année 2005-2006, l'attribution des effectifs médicaux entre les hôpitaux et les instances locales, dans le but de produire des effets leviers de coordination et d'accès aux services hospitaliers pour l'instance locale, dans le cadre de l'exercice de planification régionale des effectifs médicaux

5. La recommandation de l'Agence

4. Les ententes et les engagements mutuels

Il est recommandé, concernant les ententes et les engagements mutuels :

- De demander à tous les conseils d'administration des instances locales issues de l'application de la présente Loi, de prendre engagement sur des ententes-cadres, particulièrement entre :
 - L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et chacune des instances locales
 - Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec et chacune des instances locales
 - Le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve et chacune des instances locales
 - Le Centre jeunesse de Québec et chacune des instances locales

5. La recommandation de l'Agence

4. Les ententes et les engagements mutuels

(suite)

- Le CHUQ et chacune des instances locales
- Le CHA et chacune des instances locales
- L'Hôpital Laval et chacune des instances locales
- Le Centre hospitalier Robert-Giffard

5. La recommandation de l'Agence

4. Les ententes et les engagements mutuels

Il est recommandé, concernant les ententes et les engagements mutuels :

- De faire en sorte que ces mêmes ententes-cadres reconnaissent et définissent le rôle de l'Agence en matière de coordination, d'arbitrage et de suivi des ententes
- De demander à tous les conseils d'administration des instances locales de convenir, avec leurs partenaires du réseau local, avant le 1^{er} avril 2005, d'une entente cadre définissant le mode de coordination de l'offre de service à la population du territoire, les modes de participation des citoyens aux dynamiques locales dans le respect des pôles de population, les modes de concertation avec les partenaires intersectoriels, ainsi que les mécanismes de communication de l'offre de service et de ses trajectoires

5. La recommandation de l'Agence

4. Les ententes et les engagements mutuels

Il est recommandé, concernant les ententes et les engagements mutuels :

- Que l'Agence mette en place, dès septembre 2004, un comité de travail ayant pour mandat de proposer à l'ensemble des conseils d'administration, incluant celui de l'Agence, les modalités de confection et de contenu générique des ententes-cadres et des ententes subséquentes, les modalités de fonctionnement des mécanismes d'arbitrage et de suivi des ententes
- Que l'Agence mette en place, dès septembre 2004, un mécanisme de concertation permettant de soutenir les démarches d'arrimage entre les instances locales et les omnipraticiens
- Que l'Agence s'entende avec le Réseau universitaire intégré de services sur le partage des rôles et des responsabilités dans le cadre de la réalisation du présent projet de développement régional, et que les deux partenaires en informent, ensemble, les partenaires du réseau régional et des réseaux locaux de services

5. La recommandation de l'Agence

5. La stratégie de mise en œuvre

Il est recommandé, concernant la stratégie de mise en œuvre :

- D'obtenir un engagement sans équivoque de chacun des conseils d'administration des instances locales reconnues par le ministre, dans la mise en œuvre des présentes recommandations, et ce, dès la première séance suivant la réponse du ministre au projet régional d'organisation de services intégrés de la Capitale-Nationale
- Que l'Agence s'appuie sur le Comité directeur du projet régional de services intégrés pour l'élaboration et le suivi de l'ensemble de la stratégie de mise en œuvre basée sur la mobilisation constante de l'ensemble des acteurs de la région
- **De maintenir à l'Agence, le mandat d'assurer la gestion régionale du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) afin de garantir l'autonomie des organismes communautaires et favoriser le maintien et le développement de relations égalitaires au sein des quatre réseaux locaux constitués pour la région de la Capitale-Nationale**