

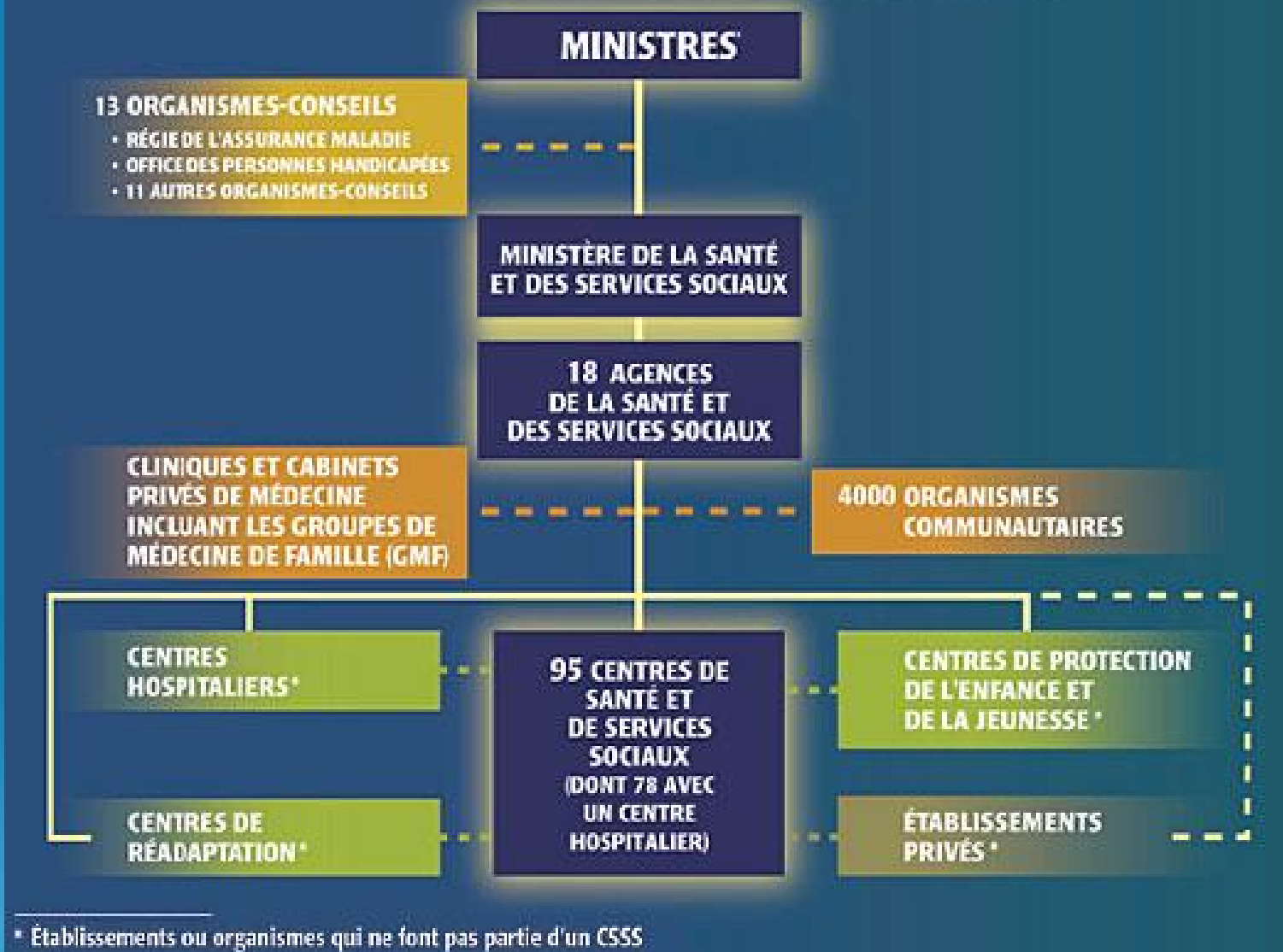


La régionalisation du réseau sociosanitaire : Une réalité

Présentation du ministre de la Santé
et des Services sociaux
à la Table Québec-régions

Novembre 2005

Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux



3 leviers

- Une organisation régionalisée :

Effectifs 2003-2004(ETC)		
Ministère	750	0,4%
Agences	2 218	1,0%
Effectifs du réseau et professionnels de la santé	210 485	98,6%
Total	213 453	100,0%

- Une allocation régionale par enveloppe globale qui tient compte des particularités régionales
- Un mode d'organisation de services qui s'appuie sur un réseau local

Un bilan : l'accès aux services

➤ Chirurgies (par rapport à 2003)

- ↪ 2 300 chirurgies de remplacement du genou de plus
- ↪ 1 200 chirurgies de remplacement de la hanche de plus
- ↪ 16 700 chirurgies de la cataracte de plus
- ↪ Cardiologie tertiaire : cibles atteintes ou en voie de l'être, malgré ce qu'indiquent les statistiques

➤ Radio-oncologie

- ↪ Aucun patient n'attendra au-delà du délai de 8 semaines en 2005-2006

➤ Groupes de médecine de famille

- ↪ 104 groupes accrédités sur 184 sites cliniques, 660 000 personnes inscrites à la RAMQ, 1 128 médecins, 185 infirmières en poste, 49 CSSS partenaires

➤ Urgences

- ↪ En 2004-2005, amélioration du séjour moyen de 0,6 heures ; réduction de 1 % des séjours de plus de 48 heures



Un bilan : un rapprochement vers les populations locales



- Création de 95 CSSS adaptés à la réalité de chaque territoire résultant des propositions formulées par les Agences régionales
- Rationalisation des équipes de direction des établissements fusionnés au bénéfice des services à la population
- Mise en place d'un projet clinique adapté aux besoins de services de la population locale dans chacun des 95 CSSS
- Mise en place de 4 réseaux universitaires intégrés (RUIS) pour améliorer l'accès aux services spécialisés et établir des liens étroits avec les établissements en région
- Soutien aux grands projets de modernisation de la médecine universitaire (CHUM, CUSM, Sainte-Justine et Sherbrooke)
- Projet de loi 83 (consolidation de l'organisation du réseau, qualité et respect des droits, circulation de l'information clinique) – Ce projet de loi prévoit entre autres que le CA d'une agence comptera notamment deux personnes représentant les organismes socio-économiques, choisis à partir d'une liste de noms fournie par la ou les conférences régionales des élus.

**95 centres de santé et
de services sociaux (CSSS)
au cœur de 95 réseaux
locaux de services (RLS)**

CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS
GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS
CENTRES HOSPITALIERS
UNIVERSITAIRES

PHARMACIES
COMMUNAUTAIRES

ENTREPRISES
D'ÉCONOMIE SOCIALE

PARTENAIRES
DE L'ÉDUCATION, DU
MILIEU MUNICIPAL, ETC.

CLINIQUES ET CABINETS
PRIVÉS DE MÉDECINE
INCLUANT LES GROUPES DE
MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

ORGANISMES
COMMUNAUTAIRES

CENTRES DE
RÉADAPTATION

RESSOURCES NON
INSTITUTIONNELLES

RESSOURCES PRIVÉES

CENTRES DE PROTECTION DE
L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE

**Centre
de santé
et de services
sociaux**

Fusion de
CLSC, CHSLD
et CHSCS

Novembre 2004

Santé
et Services sociaux
Québec

Santé
et Services sociaux
Québec



Un bilan : une réorganisation adaptée aux réalités régionales



- Il est important que les modèles s'élaborent et se discutent en région.
- Chaque région a le potentiel, les capacités et la volonté d'arriver à un modèle optimal pour sa population; les réalités régionales nous amènent loin du mur à mur.
- Elle doit composer avec ses particularités régionales : densité de population, distance, caractéristiques démographiques (âge, langue, origine ethnique, etc).



Un bilan : une meilleure répartition des effectifs médicaux



➤ Les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)

- ↳ Responsabilité régionale de la planification de la main-d'œuvre médicale (médecins omnipraticiens et spécialistes).
- ↳ Par le resserrement des PREM, les régions intermédiaires et éloignées ont recruté plus de 40 % des nouveaux médecins omnipraticiens depuis 2 ans.

➤ Formation médicale décentralisée

- ↳ Stages en Unité de Médecine Familiale
- ↳ 2 campus-satellite: Trois-Rivières et Saguenay (formation doctorale et postdoctorale)
- ↳ Autres sites agréés par le Collège des médecins

➤ Recrutement Santé Québec (RSQ)

- ↳ 96 parrainages avec 36 établissements situés dans 12 régions
- ↳ Plus 122 candidats ont reçu un avis administratif favorable du CMQ



Le nouveau mode d'allocation des ressources

SITUATION ANTÉRIEURE À 2004-2005

Budget régional global reconduit sur une base historique :

- ↪ non adapté à la reddition de comptes et à l'évolution qualitative et quantitative des services
- ↪ ne permet pas d'atteindre l'objectif d'équité interrégionale dans la répartition des ressources financières



Le nouveau mode d'allocation des ressources

DÉMARCHE DE RÉVISION

*Table de concertation et de coordination permanente
sur l'allocation des ressources :*

↳ Mise en place en novembre 2002

↳ Mandat :

- proposer un nouveau mode d'allocation interrégionale des ressources applicable à compter du 1^{er} avril 2004
- conseiller le Ministère sur toutes les questions pertinentes à l'allocation des ressources

↳ Composition : MSSS, agences, associations, établissements



Le nouveau mode d'allocation des ressources

MODÈLE PROPOSÉ

Mode d'allocation interrégionale des ressources qui :

- ↪ tient compte des caractéristiques et des besoins de la population
- ↪ permet l'équité d'accès interrégionale
- ↪ encourage la performance hospitalière
- ↪ est en rapport avec la reddition de comptes



Le nouveau mode d'allocation des ressources

IMPLANTATION

- ↳ Graduelle à compter du 1^{er} avril 2004
- ↳ Plan de transition pour combler les écarts par rapport à la base historique
 - Objectif : assurer, à toutes les régions, un accroissement de ressources couvrant l'indexation et une part de développement



Le nouveau mode d'allocation des ressources

APPLICATION DU PLAN DE TRANSITION

↪ Principes :

- Toutes les régions reçoivent une allocation budgétaire supérieure à l'allocation de l'année précédente indexée
- Les régions reçoivent au moins 50 % du développement qui aurait été versé si le nouveau mode n'avait pas été mis en application

↪ En 2004-2005, 10 % des écarts (337 M\$) de financement ont été comblés

↪ En 2005-2006, 5 % des écarts (286 M\$) ont été comblés

Modernisation de la gestion

- Les deux principes qui ont guidé l'action :
 - ↳ La hiérarchisation des services
 - ↳ La responsabilité populationnelle
- Implantation d'une gouverne à trois paliers axée sur la régionalisation et l'imputabilité : MSSS, Agences, CSSS
- Implantation de la gestion par résultats garantie par :
 - ↳ un mécanisme d'entente qui permet une reddition de comptes annuelle de l'établissement vers l'agence et de l'agence vers le MSSS
 - ↳ les établissements locaux ont l'obligation de convenir, cette année, d'ententes de gestion avec les agences régionales
 - ↳ ce sont les DG des établissements et les PDG des agences qui répondent de leur gestion par une entente; ils sont donc imputables aux niveaux local et régional.



Modernisation de la gestion



- Garantir l'accès à une large gamme de services à partir des territoires locaux par :
 - ↳ des projets cliniques pour chacun des 95 établissements des territoires locaux :
 - ↳ mise en place de corridors de services dédiés aux régions afin d'assurer l'accès des populations locales aux services spécialisés supportés par les réseaux universitaires (RUIS).

Régionalisation des budgets d'immobilisation

↳ Enveloppe de maintien d'actifs :

- Enveloppe dévolue aux établissements : fondée sur les principes de subsidiarité et d'imputabilité
- Avec les modifications prévues à la loi 89, les établissements seront pleinement imputables de la réalisation de travaux de maintien d'actifs dans leurs installations, peu importe le montant des travaux à réaliser.

↳ Enveloppe de rénovations fonctionnelles mineures :

- Enveloppe régionale distribuée paramétriquement aux agences pour la réalisation de projets de moins de 2 M\$, utilisée en fonction des priorités de l'agence et des établissements, en tenant compte des lignes directrices du Ministère(ex. : volet CHSLD)



L'action intersectorielle en région



Plusieurs volets touchent un ensemble de partenaires :

- Santé publique (e.g. école en santé)
- Transport adapté
- Loisirs
- Adaptation du logement
- Unités d'habitation adaptées à certaines clientèles
- Certification des résidences pour personnes âgées
- Aménagement urbain (trottoir, entrée des commerces)
- Formation adaptée
- Partenaires communautaires

Vos propositions

30 propositions ont été soumises au MSSS

⇒ Pour plus de la moitié (16), les réponses ont déjà été apportées

⇒ 7 font l'objet d'un examen

⇒ 1 a été retenue

⇒ et 6 n'ont pas été retenues



Pour répondre à vos propositions

Notre gouvernement a privilégié 3 actions prioritaires :

- ↳ l'allocation budgétaire régionalisée
- ↳ les investissements immobiliers
- ↳ l'action intersectorielle en matière d'adaptation aux logis et du programme de soutien aux organismes communautaires



Notre préoccupation : une réponse rapide et adaptée

Prendre en compte vos préoccupations

- ↪ En invitant les CRÉ et les Agences régionales à considérer ensemble des solutions régionales aux problématiques spécifiques
- ↪ En offrant un support du MSSS (coordonné par la Direction générale de la Coordination, du Financement et de l'Équipement) pour les questions de niveau suprarégional ou national



En conclusion

- Le MSSS a déjà pris l'orientation de la régionalisation
- La responsabilité de l'offre de services est même structurée au niveau local
- Des interlocuteurs privilégiés :
 - ↳ Les agences régionales
 - ↳ Les instances locales : les CSSS