



Programme d'accueil, d'orientation et d'intégration
des membres de conseils d'administration du réseau
de la santé et des services sociaux

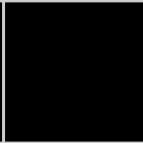
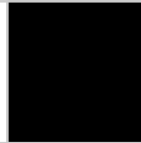
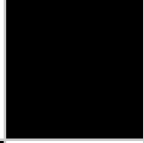
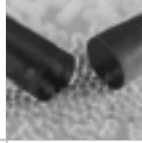
Être administrateur
au sein d'un conseil
d'administration
d'un établissement
du réseau de la santé
et des services
sociaux

Québec 



Programme d'accueil, d'orientation et d'intégration
des membres de conseils d'administration du réseau
de la santé et des services sociaux

Être administrateur
au sein d'un conseil
d'administration
d'un établissement
du réseau de la santé
et des services
sociaux



CONFÉRENCE DES
RÉGIONS RÉGIONALES
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DU QUÉBEC

Québec 

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

La présente publication a été rendue possible grâce à la collaboration des personnes suivantes :

RESPONSABLE :

MADAME NICOLE MICHAUD
DIRECTRICE DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

COLLABORATEURS :

MONSIEUR PIERRE A. BERNIER
REPRÉSENTANT DE LA CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES
ET MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE

MADAME HUGUETTE BLOUIN
ADJOINTE AU VICE-PRÉSIDENT EXÉCUTIF
ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC

MONSIEUR ANDRÉ GARIÉPY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET
DU DÉVELOPPEMENT DE LA MAIN-D'ŒUVRE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MONSIEUR FLORIAN LAFORTUNE
PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
RÉGIE RÉGIONALE DE LANAUDIÈRE
ET REPRÉSENTANT DE LA CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES

MONSIEUR RÉJEAN LANGLOIS
CONSEILLER EN DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE DU QUÉBEC

MONSIEUR PAUL MILLIARD
CHEF DU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

MADAME LOUISE TRÉPANIÉRIE
CONSEILLÈRE EN RESSOURCES HUMAINES
ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC

RÉDACTION :

PIERRE A. BERNIER

SECRÉTARIAT :

MAURIZIA CHIAVON

Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible à la section **documentation** 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, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-35569-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

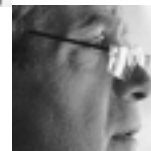
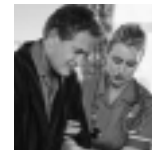


TABLE DES MATIÈRES



AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6

PARTIE I

ÊTRE ADMINISTRATEUR AU SEIN D'UN CONSEIL D'ADMINISTRATION	7
OBJECTIFS	8
A LES DÉFIS IMPORTANTS DE TOUT ADMINISTRATEUR	9
1. La pertinence, la qualité et l'efficacité des soins et des services offerts	10
2. Le respect des droits des usagers et le traitement diligent des plaintes	10
3. La participation, la mobilisation et le développement des ressources humaines	11
4. L'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières	12
5. La complémentarité des services offerts par tout établissement dont le conseil est responsable	13
B LE PARTAGE DES RÔLES, DES RESPONSABILITÉS ET DES DEVOIRS ENTRE LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET LA DIRECTION GÉNÉRALE	16
1. Les rôles complémentaires du conseil et de la direction générale	16
2. Les responsabilités du conseil d'administration	17
3. Les devoirs complémentaires du conseil d'administration et de la direction générale	18
4. La présidence et la direction générale	20
5. Les instances relevant du conseil d'administration	23
C LE RÔLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU REGARD DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES	24
1. Les droits des usagers	24
2. Le rôle du comité des usagers et celui du conseil d'administration	24
3. Le traitement des plaintes et le rôle du conseil d'administration	24
4. La qualité des services	25
D UN DEVOIR D'INTÉGRITÉ	30

PARTIE II

ÊTRE ADMINISTRATEUR AU SEIN DU CONSEIL D'ADMINISTRATION D'UN ÉTABLISSEMENT	33
OBJECTIFS	34
A LA MISSION DES CINQ CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	35
1. La mission des centres locaux de santé communautaire	35
2. La mission des centres hospitaliers	36
3. La mission des centres de réadaptation	36
4. La mission des centres d'hébergement et de soins de longue durée	37
5. La mission des centres jeunesse	37
B LES ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES	38
C EXPOSÉ DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ÉTABLISSEMENT	39

PARTIE III

ÊTRE ADMINISTRATEUR AU SEIN D'UN CONSEIL D'ADMINISTRATION D'UN ÉTABLISSEMENT DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC	43
OBJECTIFS	44
A LES ASSISES DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	45
1. L'universalité	45
2. L'équité dans l'accès aux services pour les citoyens	45
3. Le caractère public des services	46
4. L'adaptation continue	46
B LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	47
1. Les objectifs du système	47
2. La structure du système québécois	49
3. La structure régionale	50
4. Les responsabilités des établissements, des régies régionales et du ministère	51
5. Les organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux	52

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)



C LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE	53
1. Les grandes lignes de la politique	53
2. Les dix-neuf objectifs	53
3. Le plan régional	55
D LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES À L'ÉGARD DES SERVICES À LA POPULATION	56
1. Un objectif commun : l'accessibilité	56
2. Un objectif commun : l'accessibilité	56
3. Les priorités ministérielles pour l'année budgétaire 1999-2000	57
4. Les priorités ministérielles pour l'année budgétaire 2000-2001	59
E LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES À L'ÉGARD DES RESSOURCES HUMAINES	60
1. Les ressources humaines sont l'âme du réseau	60
2. La transformartion des personnes elles-mêmes ...	60
3. La gestion est la pierre angulaire	60
4. Les défis des prochaines années	60
5. Le rôle du cadre et l'importance de la gestion des ressources humaines	60
6. L'appui aux changements organisationnels et au développement des compétences	61
7. Les orientations relatives à la gestion	61
8. Les orientations relatives au développement des compétences du personnel	61
9. L'esprit à acquérir	61
F LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES À L'ÉGARD DE LA GESTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES ...	62
1. Le contexte	62
2. Le bilan des réalisations : quelques faits saillants ...	62
3. Les orientations stratégiques	63
4. Les principes directeurs	64
5. Les priorités d'action	65
6. La concertation	67
7. Le rôle des partenaires	67
8. Le plan directeur des systèmes d'information de la région	70
9. Le plan directeur de l'établissement	70
LE PLAN RÉGIONAL D'ACTION 1999-2002	72
RÉFÉRENCES	73

PARTIE IV

LES ANNEXES	77
LISTE DES ANNEXES	78
1. LES ORGANISMES RELEVANT DE LA MINISTRE	
2. LOIS ADMINISTRÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
3. REPÈRES HISTORIQUES SUR L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
4. LISTE DES PRINCIPALES POLITIQUES MINISTÉRIELLES (1996-1999)	
5. CONFÉRENCE DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU <i>COLLOQUE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX</i> DU 12 NOVEMBRE 1999	
6. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC : RÔLE ET FONCTIONNEMENT, LOUIS L. ROQUET, ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE ET SOCIALE 1979	
7. TABLE DES MATIÈRES DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	
8. LES POUVOIRS ET OBLIGATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION (ART. 170 À 178 ET 181 DE LA LOI)	
9. LES DROITS DES USAGERS (ART. 4 À 16 DE LA LOI)	
10. LE TRAITEMENT DES PLAINTES (ART. 29 À 65.1 DE LA LOI)	
11. LES FONCTIONS DES ÉTABLISSEMENTS (ART. 100 À 108 DE LA LOI), DES RÉGIES RÉGIONALES (ART. 340 À 347, 367 À 373 ET 417 DE LA LOI), DU MINISTÈRE (ART. 431, 433 ET 436 DE LA LOI), DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (ART. 334 À 338 DE LA LOI) ET DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (ART. 301 À 314 DE LA LOI)	
12. LES RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS, RÉGIES RÉGIONALES ET DU MINISTÈRE CONCERNANT LES RESSOURCES MATÉRIELLES, FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES (ARTICLES 260 À 300 INCL, 350 ET 351, 463 À 472 INCL.)	
13. LISTES DES SIGLES	
14. PUBLICATIONS DE L'AHQ	
15. PUBLICATIONS DE LA ASSOCIATION DES C.L.S.C. ET DES C.H.S.L.D. DU QUÉBEC	
16. LA CARTE DES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES	



AVANT - P R O P O S

Félicitations !

Vous voilà maintenant membre du conseil d'administration d'un ou de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

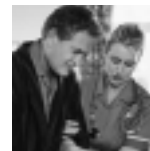
Vous avez reçu récemment une lettre de la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux et ministre de la Famille et de l'Enfance, madame Pauline Marois, mentionnant toute l'importance de votre engagement et de votre contribution à l'administration de ce réseau. Durant les prochaines années, vous aurez à prendre des décisions portant sur les soins et les services – que ce soit relativement à l'amélioration de leur accessibilité ou de leur qualité, ou encore à leur adaptation continue aux besoins de la population – et sur la mobilisation et le développement des ressources humaines.

En tant que membre d'un conseil d'administration, vous serez avant tout :

- ☞ **un décideur**, c'est-à-dire que vous aurez à évaluer, à approuver ou encore à faire modifier des politiques générales, des plans d'action et des budgets qui vous seront présentés par la direction générale ;
- ☞ **un défenseur** des droits des usagers et garant de la satisfaction de ces usagers à l'égard des soins et des services offerts par votre établissement ;
- ☞ **un gardien** de la mobilisation et du développement des compétences du personnel.

Les pièces maîtresses qui appuient l'ensemble des éléments du présent programme sont :

- la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
- la Politique de la santé et du bien-être ;
- les Orientations ministérielles concernant :
 - les assises du système,
 - les services à la population,
 - la gestion des ressources humaines,
 - la gestion des ressources informationnelles.



INTRODUCTION

Le *Programme d'accueil, d'orientation et d'intégration des membres de conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux* s'adresse à tous les membres, nouveaux et anciens, afin qu'ensemble ils acquièrent une compréhension commune de leurs rôles et de leurs responsabilités.

Ce programme comporte quatre parties.

La première présente les défis importants que tout administrateur d'un conseil d'administration aura à relever et elle tente de faire la distinction entre les responsabilités des administrateurs et celles de la direction générale.

La deuxième partie porte sur la mission de chaque type d'établissement appartenant au réseau de la santé et des services sociaux et sur l'exposé que le directeur général doit faire aux membres du conseil d'administration de l'établissement qu'il dirige.

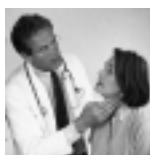
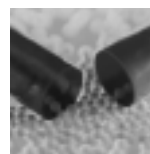
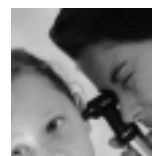
La troisième partie présente le système québécois de santé et de services sociaux, ses assises, la *Politique de la santé et du bien-être* ainsi que les orientations ministérielles en ce qui concerne tant les services à la population que la gestion des ressources humaines et des ressources informationnelles. Elle se termine par la présentation du plan d'action de la régie régionale pour les prochaines années.

La quatrième partie, constituée par les annexes, regroupe des articles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et d'autres textes utiles aux nouveaux administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux.

PARTIE I



Être administrateur au sein d'un conseil d'administration





OBJECTIFS

Tout membre d'un conseil d'administration doit :

- ☞ connaître et partager les défis importants de tout administrateur ;
- ☞ connaître les responsabilités, les rôles et les devoirs du conseil d'administration et savoir les distinguer de ceux de la direction générale ;
- ☞ connaître le rôle du conseil d'administration au regard du respect des droits des usagers et de la qualité des services ;
- ☞ réfléchir sur le devoir d'intégrité et connaître le code de déontologie des administrateurs de l'établissement.

A. LES DÉFIS IMPORTANTS DE TOUT ADMINISTRATEUR



Le conseil d'administration assume la responsabilité ultime de l'établissement¹. Il est avant tout une instance de décision et non une instance de concertation ou de participation. C'est pourquoi, il ne peut s'acquitter de ses obligations sans l'appui indéfectible de la direction générale. En effet, il appartient à la direction générale de lui fournir l'information la plus adéquate pour qu'il puisse prendre des décisions éclairées.

Réunis en comité plénier, les membres peuvent étudier les divers points qui leur sont présentés par la direction générale. Des comités relevant du conseil peuvent être institués pour approfondir certains sujets et faire des recommandations au conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration ont comme principales responsabilités, en plus de déterminer les orientations et les priorités, de s'assurer :

- ☞ de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des soins et des services offerts ;
- ☞ du respect des droits des usagers et du traitement diligent des plaintes ;
- ☞ de la participation, de la mobilisation et du développement des ressources humaines ;
- ☞ de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières ;
- ☞ de la complémentarité des services offerts par tout établissement dont le conseil a la responsabilité.

Les membres sont responsables de leurs décisions et de leurs actes devant la communauté, devant la régie régionale et, enfin, devant la ministre de la Santé et des Services sociaux qui, elle, demeure imputable devant la population de l'ensemble des soins et des services offerts.

*« Il importe de préciser, peut-être avec La Palice, que toute partie du secteur public n'en constitue toujours qu'une des parties constituantes. Même si, par exemple, le domaine de la santé et des services sociaux est très vaste, il ne constitue toujours **qu'un sous-système du système public** et il vit les remises en cause et les contrecoups qui affectent l'ensemble du domaine public. Les engagements électoraux, la conjoncture politique, les médias, la personnalité même des dirigeants politiques entraînent de fréquents changements dans les objectifs, dans l'ordre des priorités ou dans le degré d'attention à certaines problématiques. Il faut donc comprendre que l'objectif fondamental ou la préoccupation majeure d'un groupe spécifique peut n'être en réalité (bien que le « discours » puisse être différent) que le cadet des soucis du vaste appareil de décision gouvernemental. Une partie, aussi noble et importante soit-elle, n'est jamais qu'une partie du tout et elle doit s'ajuster aux mouvements de fond de l'ensemble. La volatilité de l'agenda politique fait partie des caractéristiques du milieu et ne pas le comprendre est source de frustrations et d'erreurs »²*

1. Les articles 170 à 173 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, articles portant sur les pouvoirs et les obligations du conseil d'administration, se trouvent à l'annexe 8.
2. Le devoir de rendre compte, conférence de Jean-Claude Deschênes au Colloque sur la qualité des services, tenu à Montréal en 1991.



LES DÉFIS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION SONT DE S'ASSURER (ARTICLE 172) :

1. DE LA PERTINENCE, DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ DES SOINS ET DES SERVICES OFFERTS

En précisant que les membres des conseils d'administration doivent s'assurer « de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des soins et des services dispensés », le législateur invite les administrateurs à orienter leur action selon la perspective suivante :

- ☞ placer le citoyen au centre de leurs préoccupations, c'est-à-dire veiller à ce qu'il reçoive :
 - ☛ le bon service,
 - ☛ au bon endroit,
 - ☛ au bon moment,
 - ☛ par les bonnes personnes,
 - ☛ au moindre coût;
- ☞ s'assurer de l'accessibilité, de la continuité et de la personnalisation des services offerts ainsi que de la gestion en réseau des soins et des services, surtout qu'un établissement ne peut à lui seul assurer tout le temps la continuité des soins et des services dont les personnes ont besoin.

Questions à se poser

- ☞ Les services fournis répondent-ils aux besoins réels ? Constituent-ils le meilleur choix ? Sont-ils conformes aux normes en vigueur ?
- ☞ Quels sont les programmes et les outils qui permettent d'apprécier la pertinence et la qualité des services offerts dans l'établissement ? Ces programmes fonctionnent-ils correctement ? Les résultats qu'ils produisent permettent-ils de fixer des objectifs pour améliorer la qualité des services ? Permettent-ils d'adapter ou de réviser les plans d'action susceptibles d'appuyer le mieux possible les priorités et les orientations de l'établissement ?

- ☞ Y aurait-il lieu de mettre en place d'autres mécanismes de suivi et de contrôle de la qualité ?
- ☞ Les services de l'établissement sont-ils vraiment accessibles, compte tenu des caractéristiques et des besoins de la population à desservir ?
- ☞ Quelle est la valeur des politiques d'information et d'orientation destinées aux usagers ?

2. DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS ET DU TRAITEMENT DILIGENT DES PLAINTES

Le deuxième défi est strictement lié au précédent. En effet, la qualité des services repose sur le respect des droits des usagers. De plus, l'expression des plaintes, et surtout le traitement de ces plaintes, est une des actions qui permet de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

À cet effet, le conseil d'administration doit :

- ☞ adopter un code de déontologie ;
- ☞ établir et publier une procédure d'examen des plaintes ;
- ☞ sanctionner la nomination de la personne responsable du traitement des plaintes ;
- ☞ recevoir les recommandations et les rapports transmis par la personne responsable du traitement des plaintes ;
- ☞ s'assurer du suivi des recommandations ;
- ☞ transmettre aux corporations professionnelles concernées les plaintes portées à son attention concernant les actes professionnels.

Ce dernier élément sera traité plus loin, à la section **C** *Le rôle du conseil d'administration au regard du respect des droits des usagers et de la qualité des services.*

Questions à se poser

- ☞ Quels sont la philosophie, les valeurs et les objectifs de l'établissement ?
- ☞ Les soins et les services sont-ils offerts en fonction de leur raison d'être, c'est-à-dire la personne qui a besoin de ces services ?
- ☞ Les membres du conseil d'administration adhèrent-ils au code de déontologie de l'établissement ?
- ☞ Quelle importance donne-t-on au traitement et au suivi des plaintes ?
- ☞ Évalue-t-on périodiquement la satisfaction des usagers par des sondages ?
- ☞ Quelle importance accorde-t-on à l'accueil et à l'orientation des usagers ?

3. DE LA PARTICIPATION, DE LA MOBILISATION ET DU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Dans le domaine des services de santé et des services sociaux, la qualité des soins et des services repose en très grande partie sur les ressources humaines. Il est donc de la plus haute importance que chaque établissement adopte un programme continu de développement des compétences de son personnel (PDRH).

Les membres du conseil d'administration doivent s'assurer que le programme existe et qu'il évolue constamment pour répondre aux besoins des différentes catégories de personnel, de façon à agir en amont sur la qualité des services et la mobilisation du personnel.

Dans le document qui porte sur les orientations ministérielles relatives aux ressources humaines¹, il est mentionné que la compétence se cultive. En effet, selon plusieurs auteurs, si les hauts dirigeants des organisations doivent mettre à jour leurs connaissances tous les trois à

cinq ans, il en est de même pour l'ensemble du personnel de l'établissement.

Le ministère vient de publier une nouvelle politique² de développement des compétences à l'intention du personnel d'encadrement, dans laquelle on mentionne qu'il appartient à la personne cadre de maintenir et de développer ses compétences, avec le soutien de supérieur immédiat.

Dans le cas du directeur général, ce soutien appartient au conseil d'administration.

À l'égard du directeur général, le conseil d'administration :

- ☞ sollicite et convient avec le directeur général d'un plan individuel de développement des compétences selon, notamment, le profil des compétences attendues des directeurs généraux ;
- ☞ agit en coresponsabilité dans la mise en place des moyens de soutien permettant le développement des compétences du directeur général ;
- ☞ fixe l'enveloppe budgétaire requise ;
- ☞ évalue périodiquement le directeur général en vue d'établir son nouveau plan de développement des compétences. Ce plan devrait prévoir des activités visant à soutenir le directeur général dans l'atteinte des objectifs de l'organisation et de ceux qui sont liés à son parcours de carrière dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Habituellement le conseil d'administration forme un comité de trois personnes dirigé par le président qui est responsable de réaliser ses objectifs avec le directeur général. Le comité évalue la performance du directeur général en sollicitant l'opinion des collègues et des clients du directeur général. Le comité rend compte annuellement de ses travaux aux membres du conseil.

1. Notre force : des personnes compétentes et dévouées, MSSS, Orientations ministérielles 1998-1999 à 2000-2001.

2. Politique de développement des compétences à l'intention du personnel d'encadrement, MSSS, 1999.



Questions à se poser

- ☉ Le plan de développement des compétences du personnel est-il revu périodiquement ? A-t-il été évalué ?
- ☉ Reçoit-on annuellement les rapports des comités suivants :
 - ☉ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
 - ☉ Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
 - ☉ Conseil multidisciplinaire (CM)
 - ☉ Comité des usagers ?
- ☉ Ces rapports ont-ils un lien avec les orientations stratégiques ou les priorités de l'établissement ?
- ☉ Discute-t-on des recommandations de ces conseils et de ces comités, notamment au regard du développement des ressources humaines ?
- ☉ Accorde-t-on toute l'attention requise au plan de développement des compétences du directeur général ?
- ☉ Sommes-nous informés du suivi que le directeur général donne aux évaluations faites dans le cadre de son plan de développement des compétences ?

4. DE L'UTILISATION ÉCONOMIQUE ET EFFICIENTE DES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES

Compte tenu de l'importance des besoins et de la limitation des ressources, il est de la plus grande nécessité que les ressources soient utilisées de façon optimale.

Le conseil doit s'assurer que le budget qui lui est accordé soit bien réparti entre les différents programmes ou services et rendre compte périodiquement à la région de son utilisation et des difficultés rencontrées.

De tous les outils dont le conseil dispose pour accomplir ses fonctions, le plus connu est sans doute le budget¹. En effet, le budget est la traduction en chiffres des plans d'action, des objectifs et des activités destinés à atteindre ces objectifs. Il est important de ne pas considérer la majorité des postes du budget comme fixes. De plus, l'équilibre budgétaire doit être vu comme une responsabilité appartenant au conseil d'administration, à la direction générale, aux gestionnaires et à l'ensemble des professionnels de la santé et du personnel.

Le conseil nomme tous les ans un vérificateur externe et met sur pied un comité de vérification pour l'assister. Ce comité est important ; il est un point de contact avec les opérations. De plus, le comité doit travailler en collaboration tant avec le vérificateur externe qu'avec le directeur général et son équipe.

D'autre part, il est très important que l'établissement participe à l'organisation régionale de l'approvisionnement commun en biens et en services.

L'évaluation de la performance financière n'a toutefois de véritable sens que si elle s'applique à l'évaluation de ce qui est directement relié à la mission de l'établissement. Les actes posés et leur finalité sont en rapport direct avec la raison d'être de l'établissements, qui est de répondre aux besoins des usagers.

1. Voir à l'annexe 12 les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour ce qui est des responsabilités des établissements, des régions régionales et du ministère concernant les ressources matérielles, financières et informationnelles



Pour permettre au conseil d'assurer ses responsabilités, la direction générale lui présentera périodiquement un tableau de bord¹ en fonction des objectifs visés et des différents indicateurs de performance choisis.

Monsieur Jean-Claude Deschênes, déjà cité, répond à la question suivante : sur quoi devrait porter l'évaluation de la performance ?

« Cette évaluation doit porter d'abord sur les résultats obtenus mais ne pas se limiter aux seuls résultats obtenus.

Tout comme la fonction « contrôle » du processus administratif classique, l'évaluation de la performance trouvera une application utile et juste, à condition d'y retrouver tous et chacun des ingrédients suivants :

- 1° l'existence d'objectifs et un libellé clair de ceux-ci qui permettent une éventuelle appréciation du degré d'atteinte ;
- 2° des instruments de mesure les plus rigoureux possibles ;
- 3° un mécanisme d'enregistrement ou du moins d'observation de résultats ;
- 4° une comparaison et un jugement sur la comparaison objectifs-résultats ;
- 5° des mécanismes correctifs (des objectifs et/ou des résultats) et de sanction. »

« Le résultat final de l'évaluation globale de la performance est comme une chaîne qui ne pourra être plus forte que ne l'est chacun des chaînons que représentent les cinq éléments décrits. »

« Une vérité profonde demeure : sans évaluation, aucune assurance n'existe de réaliser des objectifs, aucune garantie n'existe que l'établissement est efficace, aucune démonstration ne peut être faite, aux yeux de la société elle-même, que les dirigeants du secteur public ont un souci de rendre compte des responsabilités qui leur sont confiées. »²

Questions à se poser

- ☞ Les indicateurs utilisés permettent-ils de bien évaluer les résultats obtenus en fonction des ressources utilisées ?
- ☞ La direction générale, les cadres, les professionnels de la santé et le personnel sont-ils suffisamment informés de leur contribution à l'atteinte des objectifs de l'établissement ?
- ☞ Participent-ils à la fixation des objectifs visés par l'établissement ?
- ☞ Les membres du conseil d'administration prennent-ils part aux choix stratégiques à faire au moment de l'acceptation du budget ?

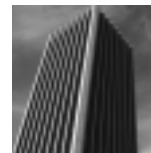
5. DE LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES OFFERTS PAR TOUT ÉTABLISSEMENT DONT LE CONSEIL EST RESPONSABLE

Bien qu'il soit de la responsabilité de la régie régionale de s'assurer de la complémentarité et de la continuité des soins et des services offerts aux usagers, en élaborant des plans régionaux d'organisation de services en concertation avec les établissements, la loi fait obligation à tout établissement :

- ☞ soit de dispenser lui-même les soins et services requis en fonction de sa mission ;
- ☞ soit de les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec laquelle il a conclu une entente de services ;
- ☞ soit de diriger les personnes, à qui il ne peut dispenser certains services, vers un établissement ou un organisme qui dispense ces services.

1. Le directeur général vous présentera les tableaux de bord de l'établissement.

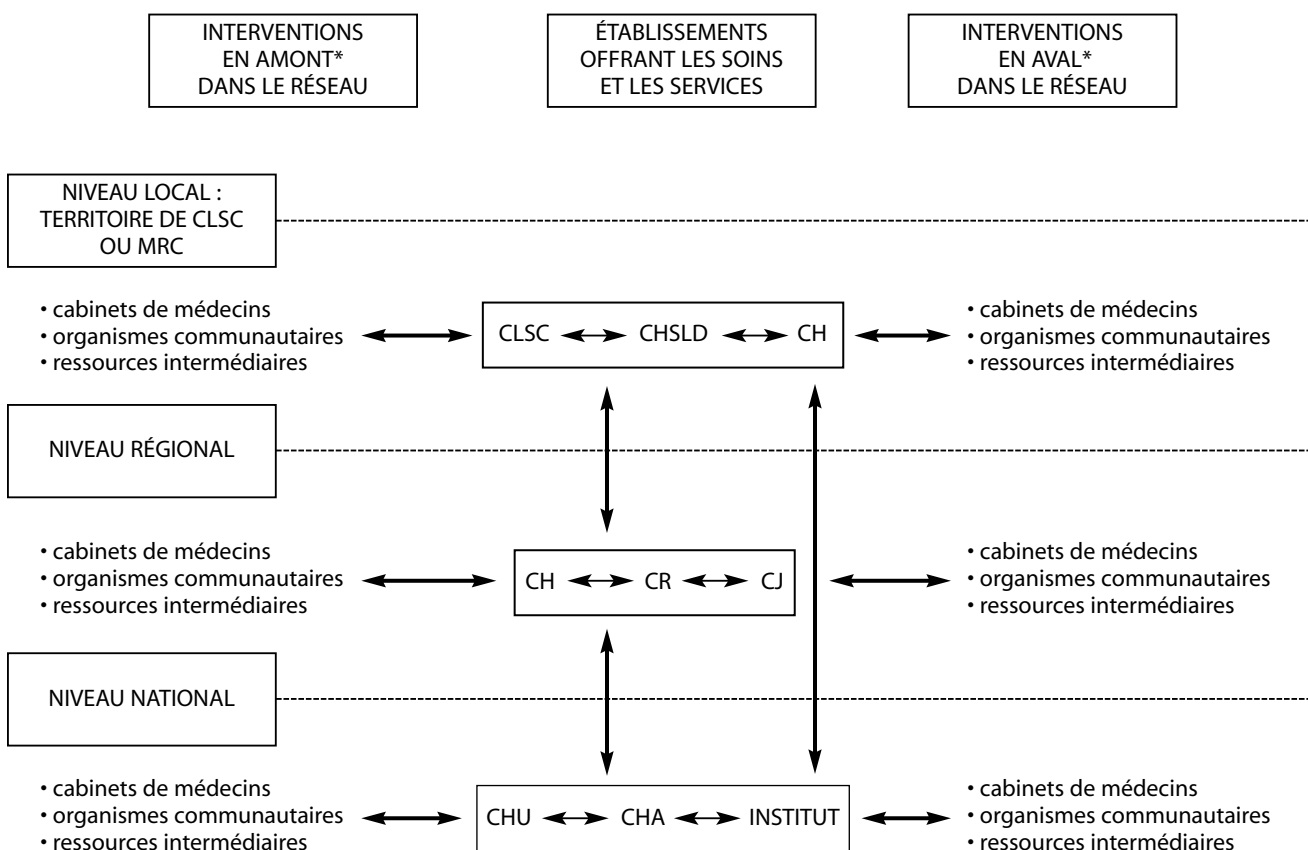
2. *Le devoir de rendre compte*, conférence de Jean-Claude Deschênes au Colloque sur la qualité des services, tenu à Montréal en 1991



En effet, il est très important que les usagers du réseau n'aient pas à souffrir du fait que les établissements ne puissent offrir toute la gamme des soins et des services.

Pour bien gouverner le réseau, il faut établir la continuité des soins et des services par le maillage des divers établissements qui offrent des soins et des services, que ces établissements soient situés en amont ou en aval dans le réseau.

LES RELATIONS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS ET LES ORGANISMES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR ASSURER UN FONCTIONNEMENT HARMONIEUX DU SERVICE AUX USAGERS

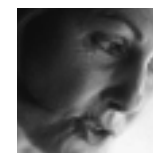
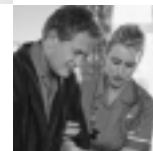


Tous les liens bidirectionnels sont susceptibles de donner lieu à des ententes interétablissements coordonnées par les régies régionales.

* Les services offerts par chacun des établissements peuvent se situer en amont ou en aval dans le réseau.

Questions à se poser

- ☞ Quelle place accorde-t-on aux ententes interétablissements pour assurer la complémentarité et la continuité des soins et des services ?
- ☞ Les orientations et les priorités de l'établissement trouvent-elles appui dans les plans régionaux d'organisation de services et les orientations ministérielles ?
- ☞ Quel jugement peut-on porter sur la complémentarité des services de l'établissement avec ceux qui sont offerts par les autres établissements et les organismes du milieu situés en amont ou en aval dans le réseau ?



B. LE PARTAGE DES RÔLES, DES RESPONSABILITÉS ET DES DEVOIRS ENTRE LE CONSEIL D'ADMINISTRATION ET LA DIRECTION GÉNÉRALE



La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise les responsabilités et les devoirs du conseil d'administration¹. Cependant, afin qu'une relation harmonieuse et respectueuse des uns et des autres s'établisse, entre les membres du conseil d'administration et le personnel de la direction générale, il est primordial de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun.

Le conseil d'administration est responsable du fonctionnement d'ensemble d'un ou de plusieurs établissements. Ses membres sont non seulement les représentants de la population en général, des usagers en particulier, mais également, en vertu d'une autorité déléguée, les représentants de la ministre de la Santé et des Services sociaux.

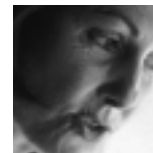
Les membres du conseil doivent viser à l'essentiel. Ils interviennent surtout au début et à la fin du processus décisionnel. Ils décident des orientations et des priorités et s'assurent de leur réalisation. Ils voient aussi à la réalisation des objectifs poursuivis.

1. LES RÔLES COMPLÉMENTAIRES DU CONSEIL ET DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

Le conseil d'administration	Instance suprême de l'établissement qui prend les décisions sur les orientations et les priorités: <ul style="list-style-type: none">• en considérant les besoins présents dans l'environnement, autant interne qu'externe, de l'établissement ;• en tenant compte des ressources disponibles ainsi que des orientations régionales et ministérielles.
------------------------------------	--

Directeur général	Premier gestionnaire de l'établissement , il dirige les activités de l'ensemble des organes de l'établissement. Il : <ul style="list-style-type: none">• fait des propositions au conseil d'administration ;• met en application les décisions prises par le conseil d'administration selon les modes de fonctionnement les plus appropriés qu'il choisit d'utiliser.
--------------------------	---

1. Les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, articles concernant les pouvoirs et les obligations du conseil d'administration se trouvent à l'annexe 8.



2. LES RESPONSABILITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION¹

Le conseil d'administration établit :	<ul style="list-style-type: none">• les orientations,• les priorités, de tout établissement qu'il administre et il voit leur respect.
--	--

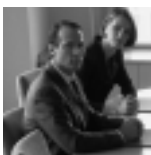
Ces priorités portent sur :	<ul style="list-style-type: none">• les besoins de santé physique et psychologique.• les besoins psychosociaux,• les personnes à desservir,• les services à offrir
en tenant compte des particularités des usagers sur les plans :	<ul style="list-style-type: none">• géographique,• linguistique,• socioculturel,• socioéconomique
ainsi que des ressources mises à la disposition de l'établissement ainsi que des ressources :	<ul style="list-style-type: none">• humaines,• matérielles,• financières,• informationnelles.

De plus, ces priorités doivent être conformes :	<ul style="list-style-type: none">• au plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé par la régie régionale,• aux plans régionaux d'organisation des services,• aux orientations ministérielles.
--	--

Question à se poser

- ☞ Est-ce que les orientations, les priorités, les politiques générales, les plans d'action et les budgets que nous approuvons sont à la fois cohérents les uns par rapport aux autres et en relation avec les orientations régionales et ministérielles ?

1. Tout le chapitre précédent a également porté sur les responsabilités des membres du conseil d'administration.



3. LES DEVOIRS COMPLÉMENTAIRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

DEVOIRS AU REGARD	CONSEIL D'ADMINISTRATION	DIRECTEUR GÉNÉRAL
DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	<ul style="list-style-type: none"> • détermine le profil de la personne recherchée • nomme • engage • discute et adopte son plan de développement personnel • soutient • évalue • renouvelle ou non le contrat 	<ul style="list-style-type: none"> • s'auto-évalue • prépare son plan de développement personnel
DES CADRES SUPÉRIEURS ET DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES PLAINTES	<ul style="list-style-type: none"> • nomme • renouvelle ou non les mandats 	<ul style="list-style-type: none"> • sélectionne • recommande la nomination • évalue
DES MÉDECINS ET DES DENTISTES	sur recommandation du CMDP : <ul style="list-style-type: none"> • nomme • attribue un statut • radie • accorde des privilèges • prévoit les obligations qui y sont rattachées 	<ul style="list-style-type: none"> • s'assure de la conformité avec le plan des effectifs approuvés
DES PHARMACIENS	sur recommandation du CMDP : <ul style="list-style-type: none"> • nomme • attribue un statut • radie 	<ul style="list-style-type: none"> • s'assure de la conformité avec le plan des effectifs et le budget de l'établissement
DES ORIENTATIONS ET DES PRIORITÉS	<ul style="list-style-type: none"> • questionne • décide 	<ul style="list-style-type: none"> • recommande des orientations et des priorités

DEVOIRS AU REGARD	CONSEIL D'ADMINISTRATION	DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE LA POLITIQUE GÉNÉRALE	<ul style="list-style-type: none"> • questionne • décide 	<ul style="list-style-type: none"> • recommande
DE LA PERTINENCE, DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> • questionne les analyses • décide des actions à prendre pour améliorer la pertinence, la qualité et l'efficacité des soins et des services 	<ul style="list-style-type: none"> • analyse à l'aide d'outils la pertinence, la qualité et l'efficacité des soins • met en œuvre un programme d'amélioration continue de la qualité des soins et des services • fait des recommandations sur les actions à prendre
DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS ET DU TRAITEMENT DES PLAINTES	<ul style="list-style-type: none"> • reçoit et accepte les rapports de la personne responsable du traitement des plaintes • décide des actions à prendre 	<ul style="list-style-type: none"> • appuie la personne responsable du traitement des plaintes • donne suite aux décisions prises par le conseil d'administration
DE LA PARTICIPATION, DE LA MOBILISATION ET DU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES	<ul style="list-style-type: none"> • questionne les moyens utilisés pour favoriser la participation et la mobilisation du personnel • adopte la philosophie de gestion et la charte des valeurs • adopte le plan de développement continu du personnel • reçoit les rapports d'étape 	<ul style="list-style-type: none"> • met en place des modes de gestion qui favorisent la participation et soutiennent la mobilisation du personnel • propose la philosophie de gestion et la charte des valeurs • élabore le plan de développement continu du personnel
DE L'UTILISATION ÉCONOMIQUE ET EFFICIENTE DES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	<ul style="list-style-type: none"> • questionne les tableaux de bord • décide des actions à prendre 	<ul style="list-style-type: none"> • présente les tableaux de bord pertinents • fait des recommandations sur les actions à prendre
DE LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES OFFERTS EN AMONT ET EN AVAL DANS LE RÉSEAU	<ul style="list-style-type: none"> • reçoit les rapports du directeur général • adopte les ententes interétablissements 	<ul style="list-style-type: none"> • rend compte de ses réalisations et de celles de son personnel en ce qui concerne les services offerts en amont et en aval dans le réseau • recommande l'acceptation d'ententes de services interétablissements



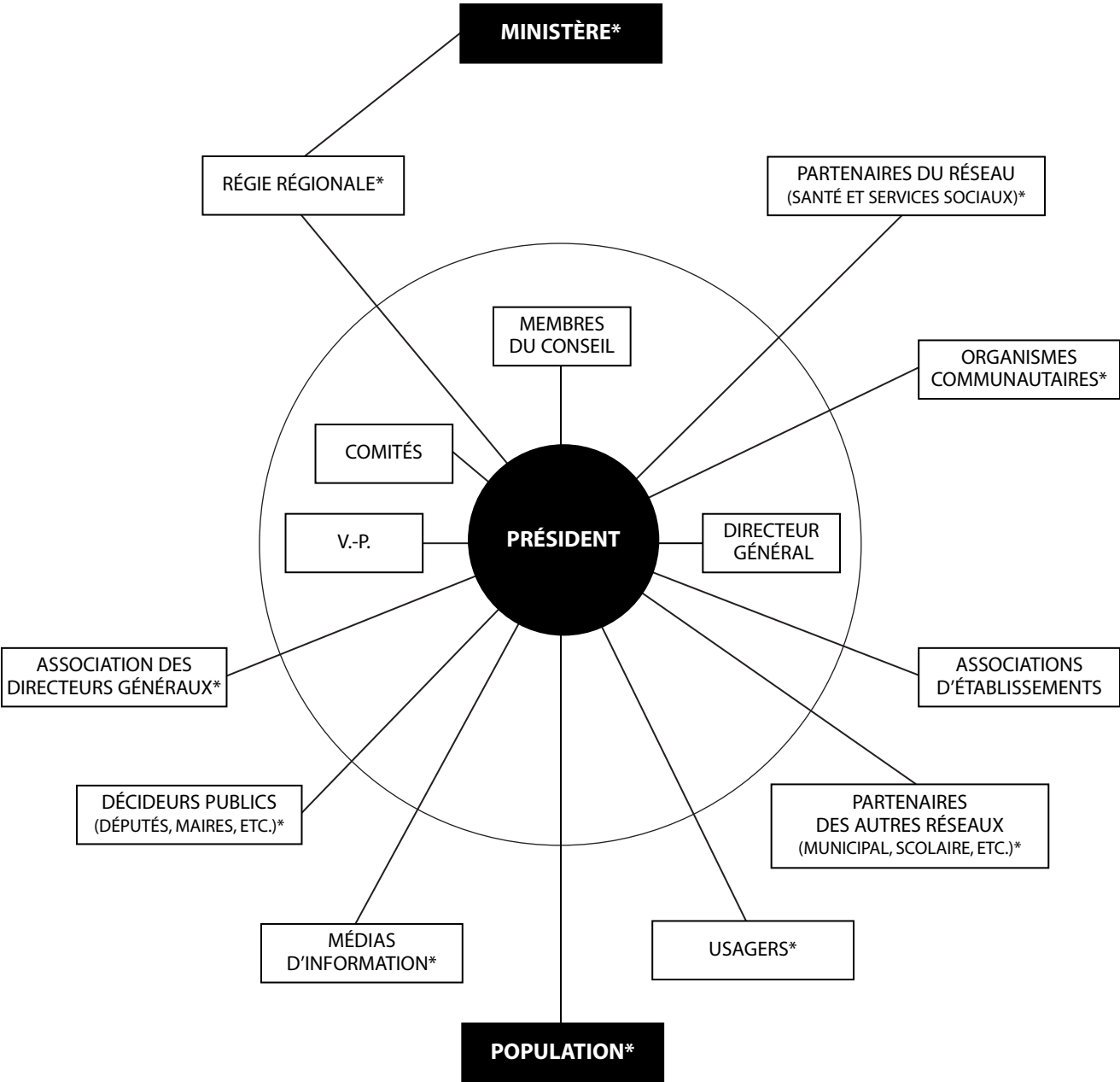
DEVOIRS AU REGARD	CONSEIL D'ADMINISTRATION	DIRECTEUR GÉNÉRAL
DU BUDGET	<ul style="list-style-type: none"> • alloue les ressources financières et matérielles à chacun des établissements qu'il administre ainsi qu'aux ressources intermédiaires rattachées à ces établissements • s'assure du respect du budget adopté 	<ul style="list-style-type: none"> • prépare le budget • recommande son approbation • assure le suivi et présente les rapports d'étapes au conseil
DU PLAN D'ORGANISATION SUPÉRIEUR	<ul style="list-style-type: none"> • adopte 	<ul style="list-style-type: none"> • recommande
DES PROTOCOLES DE SOINS ET DE SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> • adopte sur proposition du CMDP 	<ul style="list-style-type: none"> • donne son avis au conseil d'administration
DES COMPTES RENDUS DES CONSEILS ET DES COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL	<ul style="list-style-type: none"> • reçoit • questionne • décide des recommandations à faire 	<ul style="list-style-type: none"> • présente les rapports et les recommandations des conseils et des comités • présente son analyse des rapports et fait des recommandations
DE LA SÉANCE ANNUELLE D'INFORMATION	<ul style="list-style-type: none"> • présente les rapports requis • répond aux questions du public 	<ul style="list-style-type: none"> • fait rapport sur les objectifs, les activités et les résultats obtenus ainsi que sur le suivi du rapport sur le traitement des plaintes

4. LA PRÉSIDENTE ET LA DIRECTION GÉNÉRALE

Ramené à sa plus simple expression, l'exercice de la présidence consiste d'abord à occuper l'espace avec toute la compétence et la disponibilité que cela suppose. Bien que sa fonction ne lui confère, en soi, aucun pouvoir distinct de celui qu'exercent collectivement les membres du conseil d'administration, le président en plus de diriger les assemblées du conseil peut influencer sur certains acteurs, contribuer à l'orientation de décisions importantes et mieux servir les intérêts des citoyens du seul fait qu'il occupe la place qui lui revient. À cet égard, il se retrouve d'ailleurs au centre de rapports avec le directeur général dont l'ampleur et la diversité sont, à première vue, surprenantes.

Le schéma qui suit met en évidence non pas des niveaux hiérarchiques ou des relations d'autorité, mais bien le réseau d'interaction du président du conseil d'administration.

RÉSEAU D'INTERACTION DU PRÉSIDENT ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



* Avec le directeur général

1. Les fonctions du président

FONCTIONS DE VIGILANCE :

- ☉ veiller à ce que le conseil d'administration respecte ses obligations ;
- ☉ veiller à faire part des attentes du conseil au directeur général ;
- ☉ veiller à la transmission de l'information ;
- ☉ veiller à ce que le processus de décision soit respecté ;
- ☉ veiller à ce que chaque membre du conseil d'administration assume ses responsabilités.

FONCTIONS DE REPRÉSENTATION avec le directeur général :

- ☉ être présent ;
- ☉ prendre la parole ;
- ☉ écouter ;
- ☉ tisser des liens ;
- ☉ influencer.

FONCTIONS D'ANIMATION :

- ☉ présider les assemblées du conseil d'administration
- ☉ rassembler ;
- ☉ mobiliser ;
- ☉ accorder à chaque membre la considération qui lui est due.

2. Les tâches propres au président

- ☉ Diriger les réunions.
- ☉ Faire le lien entre le conseil et le directeur général.
- ☉ Gérer certains processus, dont :
 - ☉ la sélection du directeur général ;
 - ☉ l'évaluation du directeur général ;
 - ☉ le renouvellement ou non du contrat du directeur général.
- ☉ Assumer les représentations politiques.

3. Les tâches propres au directeur général

- ☉ Exécuter les mandats qui lui sont confiés par le conseil d'administration.
- ☉ Assurer la gestion interne : la gestion des programmes et services, la gestion du personnel, des ressources financières et matérielles ainsi que le programme d'évaluation continue de la qualité des services.
- ☉ Préparer les dossiers pour le conseil d'administration et agir comme le chargé de pouvoir du conseil entre les assemblées du conseil.
- ☉ Faire le lien entre le conseil d'administration et le personnel, c'est-à-dire :
 - ☉ transmettre l'information au personnel ;
 - ☉ faire connaître les besoins du personnel au conseil.
- ☉ Être en relation avec les gestionnaires des autres établissements, de la régie régionale et des organismes partenaires.
- ☉ Assumer les représentations administratives en plus de celles qui ont été convenues avec le conseil.

4. Les tâches communes au président et au directeur général

- ☉ Préparer les réunions du conseil d'administration :
 - ☉ choix des dossiers dont il faut traiter ;
 - ☉ projets de résolution ;
 - ☉ projets d'ordre du jour.
- ☉ Assurer le suivi des décisions prises aux réunions du conseil.
- ☉ Rendre compte au conseil du suivi des décisions.
- ☉ Préparer certains documents :
 - ☉ plan d'action ;
 - ☉ budget ;
 - ☉ rapport annuel.
- ☉ Assurer le suivi de la programmation annuelle.
- ☉ Préparer la séance publique d'information et assurer son bon déroulement.
- ☉ Élaborer les stratégies d'action.
- ☉ Préparer les communiqués.
- ☉ Assumer les représentations.
- ☉ Coordonner et encadrer le travail des comités du conseil.



5. Les conditions du succès dans les relations entre le président et le directeur général

- ☞ Acquérir la même compréhension de leurs rôles respectifs.
- ☞ Se transmettre l'information.
- ☞ Respecter les champs de responsabilités de chacun.
- ☞ Établir une complicité.
- ☞ Se donner un soutien mutuel.



5. LES INSTANCES RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- ☞ **LE COMITÉ DES USAGERS** : son mandat concerne les droits, les intérêts et les obligations des usagers et l'amélioration des conditions de vie des usagers (LSSS, art. 212)
- ☞ **LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMPD)** : son mandat est de s'assurer de la qualité des actes professionnels et de la compétence des professionnels (LSSS, art. 214)
- ☞ **LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) : LSSS**, son mandat concerne la qualité des actes infirmiers (LSSS, art. 220)
- ☞ **LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE** : son mandat concerne l'appréciation de la qualité de la pratique professionnelle des intervenants (LSSS, art. 227)
- ☞ **LE COMITÉ DE VÉRIFICATION**¹
- ☞ **LE COMITÉ ADMINISTRATIF**¹ : certains conseils d'administration, afin de donner des responsabilités à l'ensemble de leurs membres, ont institué, en lieu et place d'un comité administratif, des comités dont le mandat porte notamment sur les orientations et les priorités de l'établissement, sur la qualité des services, sur la gestion des ressources humaines, sur l'éthique relative aux soins et aux services, etc. Ces comités sont présidés par un membre du conseil d'administration qui fait rapport audit conseil ; ils comprennent également des membres de l'équipe de direction et des représentants des professionnels de la santé et du personnel.

1. En vertu de l'article 181 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil d'administration peut, par règlement, créer les conseils et les comités nécessaires à la poursuite de ses fins et peut leur déléguer ses pouvoirs, sauf ceux que le conseil ne peut exercer que par règlement.

C. LE RÔLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU REGARD DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES



1. LES DROITS DES USAGERS¹

Le tableau qui suit résume les droits reconnus aux usagers.

DROIT DES USAGERS
Toute personne qui utilise des services de santé et des services sociaux a le droit :
• à l'information ; à des services adéquats ; au professionnel et à l'établissement de son choix ;*
• de recevoir des soins en cas d'urgence ; de donner ou de refuser son consentement ; de participer aux décisions la concernant ; d'être accompagnée et assistée ; d'être représentée ; à des services en langue anglaise, s'il s'agit d'une personne d'expression anglaise ; de porter plainte et d'exercer des recours ; d'avoir accès à son dossier
<small>* Le droit à des services de santé et à des services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement doivent s'exercer en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose (art. 13).</small>

2. LE RÔLE DU COMITÉ DES USAGERS ET CELUI DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

a) Les fonctions du comité des usagers sont :

- ☞ de renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations ;
- ☞ de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et d'évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement ;
- ☞ de défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, de défendre ses droits et ses intérêts en tant qu'usager auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente ;

- ☞ d'accompagner et d'assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire déposer une plainte.

b) Le rôle du conseil d'administration

Bien que le comité des usagers fasse partie de la structure interne d'un établissement, les fonctions qui lui sont imparties peuvent poser des problèmes à certains administrateurs. Ceux-là voudront peut-être limiter leurs contacts avec le comité aux seuls échanges entourant l'examen de son rapport d'activité.

Pour un administrateur soucieux de connaître le degré de satisfaction des usagers ou encore les motifs de leurs plaintes, cette attitude risque fort d'apparaître futile. Elle priverait en effet le conseil d'administration de connaître le point de vue de ceux à qui les services sont destinés et qui, en maintes occasions, font figure de précurseurs dans la définition des problèmes liés à l'organisation et à la prestation des services ; elle le priverait aussi d'apporter des solutions aux problèmes des usagers.

Il est vrai que la loi confie au directeur général de l'établissement la responsabilité de favoriser le bon fonctionnement du comité des usagers et d'informer par écrit chaque usager de l'existence de ce comité. Mais le conseil d'administration aurait avantage à aller au-delà des prescriptions législatives et à utiliser toutes les occasions qui se présenteront pour susciter des échanges avec le comité des usagers.

3. LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET LE RÔLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

a) Les objectifs

La mise en place d'une procédure d'examen et de traitement des plaintes² dans un établissement vise à favoriser autant que possible le règlement des différends éventuels à l'intérieur même de l'établissement tout en assurant à l'usager des recours extérieurs, soit la régie régionale et ensuite auprès de la Commissaire aux plaintes, s'il est insatisfait des conclusions qui lui sont transmises après examen de sa plainte.

1. Voir à l'annexe 8 les articles de la Loi sur les services de santé et des services sociaux relativement à ces droits.

2. Voir à l'annexe 9 les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux à ce sujet.



Il faut en outre que l'usager désirant porter plainte puisse s'adresser à un interlocuteur crédible, dont l'autorité est clairement établie. À cette fin, la loi précise que la responsabilité de l'examen et du traitement des plaintes doit être confiée à une personne désignée par le directeur général et que la désignation doit toutefois être entérinée par le conseil d'administration.

L'application d'une procédure d'examen des plaintes devrait permettre à l'établissement de connaître certains problèmes affectant la qualité de ses services et, le cas échéant, de leur apporter des correctifs nécessaires.

b) Le rôle du conseil d'administration

Le conseil d'administration doit s'assurer du traitement diligent des plaintes des usagers, sans procéder lui-même à l'examen de ces plaintes. Autrement dit, le conseil d'administration doit d'abord veiller à ce que la procédure d'examen des plaintes de l'établissement soit appliquée conformément aux dispositions de la loi. Il doit en outre décider de la manière dont il entend donner suite aux recommandations ou aux rapports qui lui sont soumis.

Par ailleurs, le conseil d'administration reçoit directement les recommandations formulées soit par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), soit par le médecin désigné par le CMDP lorsqu'une plainte porte sur un acte accompli par un médecin, un dentiste ou un pharmacien de l'établissement. Le conseil d'administration doit tenir compte de chaque recommandation et rendre une décision motivée, laquelle sera ensuite transmise à l'usager et au professionnel en cause par la personne responsable de l'examen des plaintes.

Pour toute plainte concernant un professionnel, le conseil d'administration doit déterminer si sa gravité justifie qu'elle soit transmise à la corporation dont ce professionnel est membre. De plus, le conseil doit aviser par écrit la corporation en question lorsque des mesures disciplinaires ont été prises à l'endroit d'un professionnel en conséquence de la décision rendue à la suite de l'examen d'une plainte.

On aurait tort, cependant, de limiter le rôle du conseil d'administration à la réaction et à la punition. Ainsi, en entérinant la désignation de la personne responsable du traitement des plaintes effectuée par le directeur général, le conseil d'administration devrait s'assurer que cette personne partage sa vision quant aux droits des usagers et à la finalité de la procédure d'examen adoptée par l'établissement. Pour l'usager, pour le personnel tout comme pour le conseil d'administration, un climat de confiance doit s'installer de telle sorte que la crédibilité et l'autorité de la personne désignée soient bien établies.

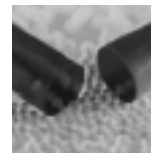
La confiance dont témoignera le conseil d'administration à l'endroit de cette personne devrait aussi avoir pour effet d'inciter le conseil à donner suite rapidement et dans la mesure du possible aux recommandations et aux rapports qui lui sont présentés.

Par-dessus tout, le conseil d'administration doit considérer ces recommandations et ces rapports comme un moyen lui permettant de connaître certaines des faiblesses sur lesquelles il peut agir. Malgré les contraintes dont il devra tenir compte, il pourra alors prendre diverses mesures qui contribueront à améliorer la qualité des services.

4. LA QUALITÉ DES SERVICES

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, le service est reçu et évalué en temps réel par les usagers. Il n'y a donc pas de possibilité de reprise. Les aptitudes relationnelles du personnel et les attitudes adoptées par celui-ci sont donc d'autant plus cruciales.

La satisfaction des usagers est souvent difficilement quantifiable, ce qui n'empêchera en rien de tenter de la mesurer. Dans ce contexte, la satisfaction de l'usager quant aux services reçus est primordiale en regard de la qualité intrinsèque des services offerts.

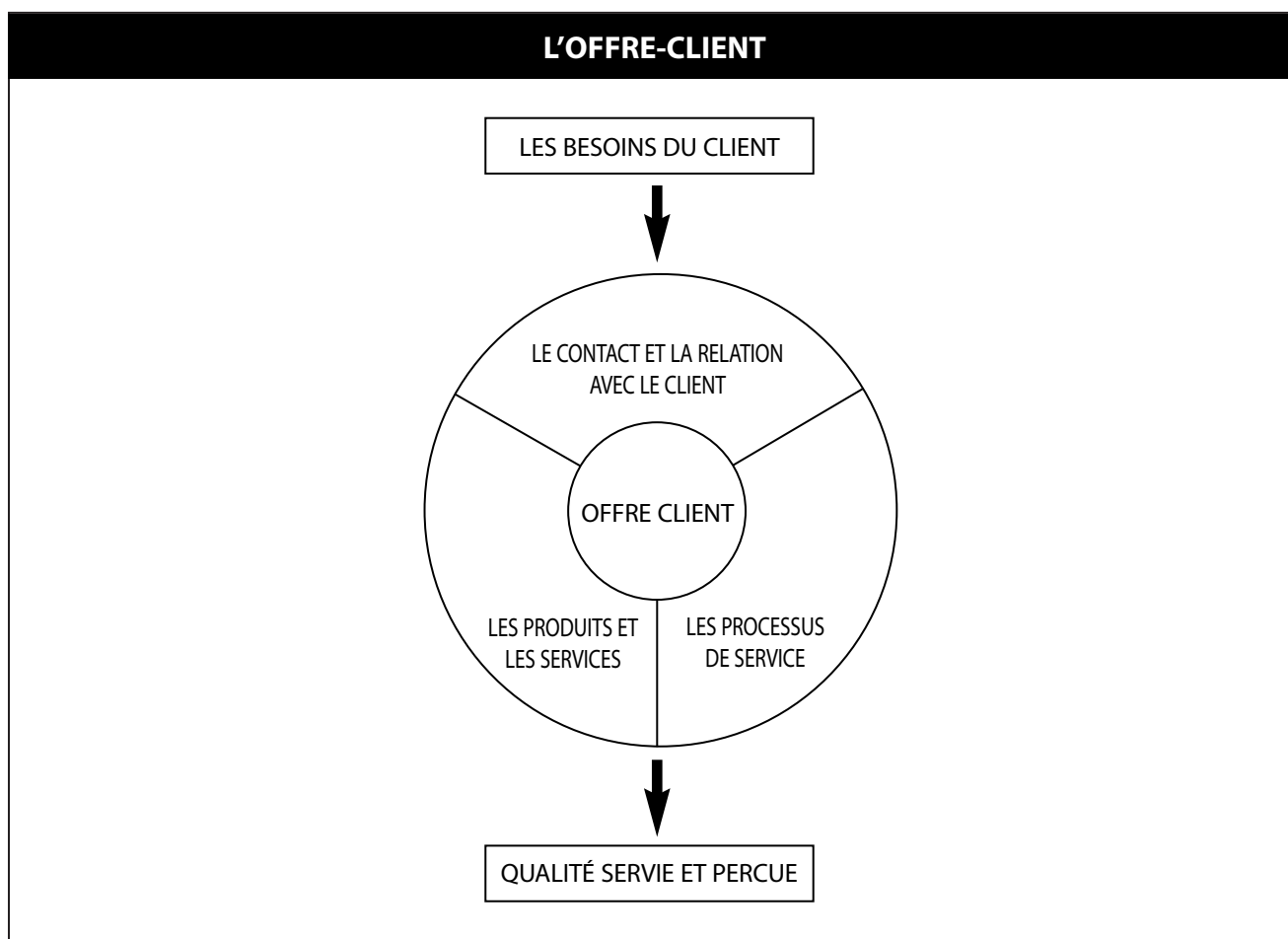


a) Le programme d'amélioration continue de la qualité des services

Bon nombre d'établissements ont établi un programme d'amélioration continue de la qualité des services¹. Il constitue un moyen pour le conseil d'administration de s'assurer de la qualité des soins et des services.

Ce programme comprend généralement les grandes étapes suivantes :

Premièrement, l'établissement procède à l'analyse de son environnement et **établit son offre-client**² en fonction de sa mission propre, des plans régionaux d'organisation des services et des analyses de la satisfaction des usagers relativement aux services offerts.



Source : Le Groupe CFC – MSSS (1993)

1. « La réforme de la santé. En réalité ... tout commence par le client », par Mariette Parent, article paru dans la revue L'Agora, été 1997
2. Voir les schémas aux pages suivantes

LE CONTACT ET LA RELATION AVEC LE CLIENT	LE PROCESSUS DE SERVICE	LE PRODUIT OU LE SERVICE
CE QUE LE CLIENT VIT	CE QUE LE CLIENT FAIT	CE QUE LE CLIENT REÇOIT
<p>CORRESPOND À DES COMPORTEMENTS OU ATTITUDES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confiance • Écoute • Attention • Etc. <p>Bien que plus qualitatif et faisant appel aux perceptions, peut faire l'objet de standard : scénarios, réponses types, etc.</p>	<p>CORRESPOND À L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Inscription • Traitement de la demande • Intervention • Suivi • Etc. <p>Peut être standardisé : procédés, procédures, etc.</p>	<p>CORRESPOND AU PRODUIT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins et services • Conseils • Repas • Médication • Etc. <p>Fait souvent l'objet de standards</p>

Source : Le Groupe CFC – MSSS (1993)

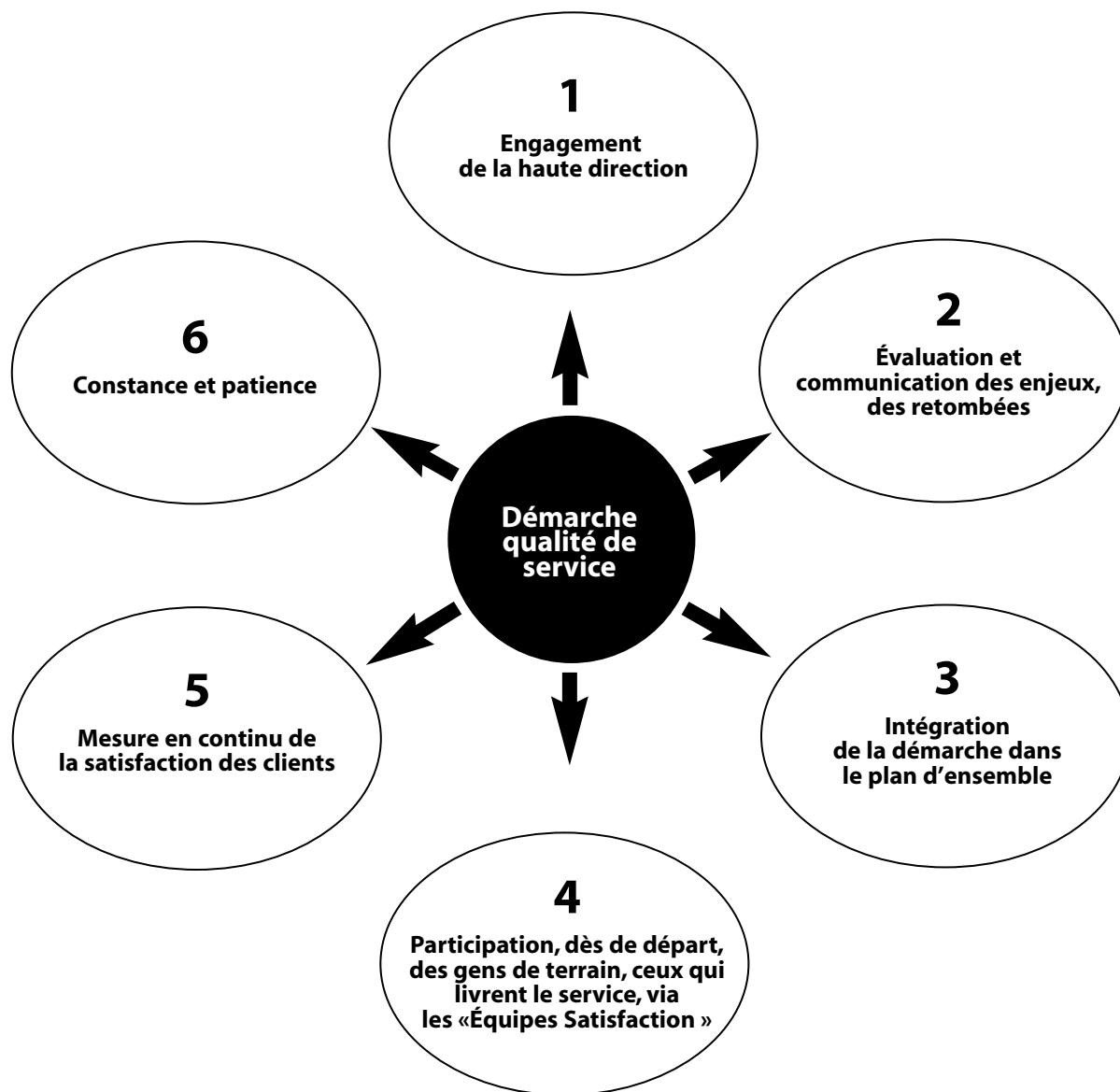
Deuxièmement, chaque direction, service et unité, précise les actions à accomplir pour améliorer la qualité des services, telle qu'elle est perçue par les usagers, en fonction de normes préalablement établies ;

Troisièmement, les équipes d'évaluation de la satisfaction analysent les résultats et fixent de nouveaux objectifs, compte tenu des résultats obtenus et des nouvelles priorités adoptées par le conseil d'administration.

Plusieurs organisations insistent pour qu'un membre du conseil d'administration fasse partie d'un comité de coordination qui est responsable de l'amélioration continue de la qualité des soins et des services ; très souvent, un membre du conseil le préside.

Les conditions pour réussir l'implantation du programme d'amélioration continue de la qualité des services sont présentées dans un schéma, à la page suivante.

LES CONDITIONS DE SUCCÈS DE L'IMPLANTATION D'UNE DÉMARCHE DE QUALITÉ DES SERVICES



Source : André Coupet du Groupe SECOR



b) L'agrément des établissements

Il y a lieu de faire la distinction entre l'évaluation de la pratique professionnelle et celle de la qualité des services.

Au Québec, l'État a confié l'évaluation de la pratique professionnelle aux ordres professionnels. Dans les établissements de santé et de services sociaux, il existe un conseil responsable d'évaluer la qualité des actes et ce conseil a des liens avec les ordres professionnels – CMDP – CII - C.M.

Pour ce qui est des services offerts aux usagers dans les établissements, deux organismes externes interviennent pour en évaluer la qualité, au sens large.

Ces agréments sont volontaires, sauf pour les établissements universitaires et les établissements privés conventionnés.

Pour les CH et les CHSLD, le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (CCAES), propose un programme d'agrément depuis plusieurs décennies. Ce programme prévoit la visite d'un même établissement au moins tous les trois ou quatre ans. Le CCAES transmet après chaque visite ses commentaires et ses recommandations à l'établissement. Ce programme exige que l'établissement ait un programme d'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Pour les CLSC, les CR, les CHSLD et les centres jeunesse, le Conseil québécois d'agrément des établissements de santé et services sociaux, a été mis en place au cours des trois dernières années. Le système s'appuie sur les cinq principes qui suivent.

1. Les organisations sont responsables de la qualité de leur fonctionnement et des services offerts.
2. La qualité résulte d'une quête incessante.
3. L'évaluation se révèle un instrument indispensable à l'amélioration de la qualité.
4. La poursuite de la qualité requiert l'engagement de toutes les personnes impliquées dans l'organisation.
5. L'organisation responsable doit rendre compte de son fonctionnement et de ses services.



« La présence de membres d'origine et d'expérience différentes sur un conseil est un atout précieux ».

« Toutefois, ceci ne signifie pas que les différents membres de conseil d'administration ne font partie du conseil que pour représenter les intérêts d'un groupe particulier, quel qu'il soit. En effet, la responsabilité première de tous et chacun des membres du conseil d'administration est le bon fonctionnement et la qualité des services offerts par l'établissement en question. **Autrement dit, la responsabilité première des membres du conseil est l'établissement dans son ensemble, et non pas les intérêts particuliers d'un groupe.** »

« [...] dans une perspective de décisions ou d'orientations de l'établissement, c'est le bien de tout le réseau, et c'est la conciliation d'intérêts souvent divergents qu'il doit viser, plutôt que la défense exclusive des intérêts de ceux qui l'ont choisi. »

« Les membres de conseil d'administration doivent, lorsqu'ils sont en conflit d'intérêts, s'abstenir de prendre part aux décisions. »¹

Chaque établissement devrait avoir conçu un code de déontologie à l'intention des administrateurs. Il sera donc important que les membres du conseil d'administration s'approprient le code de l'établissement dont ils ont la responsabilité.

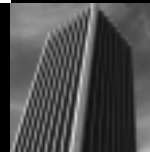
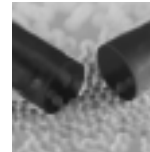
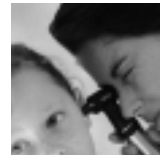
**« Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence [...], avec honnêteté, loyauté, dans l'intérêt de l'établissement [...] et de la population desservie. »
(LSSS, art. 174)**

1. Louis L. ROQUET, « Le Conseil d'administration d'un établissement public : rôle et fonctionnement », Administration hospitalière et sociale, 1979

PARTIE II



Être administrateur au sein d'un conseil d'administration d'un établissement



OBJECTIFS

- ☞ Connaître la mission des cinq catégories d'établissements de soins de santé et de services sociaux et celle des établissements ayant un statut universitaire.
- ☞ Connaître de façon plus approfondie la mission d'un ou des établissements dont le conseil d'administration est responsable.
- ☞ Prendre conscience du fait que les établissements doivent nécessairement fonctionner en réseau pour assurer la complémentarité et la continuité des soins et des services offerts aux usagers.

A. LA MISSION DES CINQ CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



Sauf pour les régions du nord du Québec, il n'existe pas de corporations qui soient responsables d'offrir l'ensemble des soins et des services qu'assurent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Il est donc important de bien connaître la mission particulière du ou des centres que l'on administre, mais également celle des autres établissements de la région.

On a mentionné l'importance pour un conseil d'administration de s'assurer que les soins et les services offerts par l'établissement dont il est responsable sont donnés en complémentarité et en continuité avec ceux qui sont offerts en amont et en aval dans le réseau. C'est pourquoi les dernières modifications législatives en 1996 ont permis que les conseils d'administration aient la responsabilité de plusieurs établissements ayant différentes missions.

Dans plusieurs régions, il existe un conseil d'administration par territoire de MRC, qui administre un CLSC, un CHSLD et un CH de moins de 50 lits.

Plusieurs organisations administrent également un CH et un CHSLD ; certaines administrent un CH et un CR ou un CHSLD et un CR.

Les centres jeunesse administrent un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et des centres de réadaptation, pour les jeunes et pour les mères en difficulté d'adaptation

1. LA MISSION DES CENTRES LOCAUX DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

CLSC	CH	CR	CHSLD	Centre Jeunesse (CJ)
------	----	----	-------	----------------------

Mission des centres locaux de services communautaires

OFFRIR EN PREMIÈRE LIGNE :

- DES SERVICES DE SANTÉ ;
- DES SERVICES SOCIAUX.

IL PEUT S'AGIR DE SERVICES :

- DE NATURE PRÉVENTIVE ;
- DE NATURE CURATIVE ;
- DE RÉADAPTATION ;
- DE RÉINSERTION.

CES SERVICES PEUVENT ÊTRE OFFERTS :

- DANS L'ÉTABLISSEMENT ;
- À L'ÉCOLE ;
- AU TRAVAIL ;
- À DOMICILE.



2 LA MISSION DES CENTRES HOSPITALIERS

CLSC	CH	CR	CHSLD	CJ
------	-----------	----	-------	----

Mission des centres hospitaliers

OFFRIR :

- DES SERVICES DIAGNOSTIQUES ;
- DES SOINS MÉDICAUX GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS ;
- DES SOINS INFIRMIERS ;
- DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX SPÉCIALISÉS ;
- DES SERVICES PRÉVENTIFS ;
- DES SERVICES DE RÉADAPTATION.

Il existe deux classes de centres hospitaliers :

- ☞ LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS ;
- ☞ LES CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS PSYCHIATRIQUES.

3 LA MISSION DES CENTRES DE RÉADAPTATION

CLSC	CH	CR	CHSLD	CJ
------	----	-----------	-------	----

Mission des centres de réadaptation

OFFRIR DES SERVICES:

- D'ADAPTATION ;
- DE RÉADAPTATION ET D'INTÉGRATION SOCIALE ;
- D'ACCOMPAGNEMENT ;
- DE SOUTIEN À L'ENTOURAGE.

CEs SERVICES PEUVENT ÊTRE OFFERTS :

- DANS L'ÉTABLISSEMENT ;
- À L'ÉCOLE ;
- AU TRAVAIL ;
- À DOMICILE.

Il existe cinq classes de centres de réadaptation :

CRJDA : pour les jeunes en difficulté d'adaptation
 CRMDA : pour les mères en difficulté d'adaptation

} administrés par les centres jeunesse

CRDP : pour les personnes ayant une déficience physique
 CRDA : pour les personnes ayant une déficience auditive
 CRDV : pour les personnes ayant une déficience visuelle

CRDM: pour les personnes ayant une déficience mentale

CRAT: pour les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie



4 LA MISSION DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

CLSC	CH	CR	CHSLD	CJ
------	----	----	--------------	----

Mission des centres d'hébergement et de soins de longue durée

OFFRIR AUX ADULTES EN PERTE D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE OU PSYCHOSOCIALE :

- un milieu de vie substitut ;
- des services :
 - psychosociaux,
 - infirmiers,
 - pharmaceutiques,
 - médicaux,
 - d'hébergement,
 - d'assistance,
 - de soutien,
 - de surveillance,
 - de réadaptation.

5 LA MISSION DES CENTRES JEUNESSE

CLSC	CH	CR	CHSLD	CJ
------	----	----	-------	-----------

Mission des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse et des centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté et les mères en difficulté d'adaptation

OFFRIR AUX JEUNES ET À LEUR FAMILLE DES SERVICES :

- psychosociaux ;
- d'urgence sociale, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur les jeunes contrevenants ;
- en matière de placement d'enfants et de médiation familiale ;
- d'expertise auprès de la Cour supérieure sur la garde d'enfant ;
- d'adoption ;
- de recherche des antécédents biologiques.

B. LES ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES



CERTAINS CENTRES SONT DÉSIGNÉS PAR LA MINISTRE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE :

Lorsque, en plus d'exercer les activités propres à sa mission, le centre hospitalier :

- ☞ offre des services spécialisés et ultraspécialisés dans plusieurs disciplines médicales ;
- ☞ procède à l'évaluation des technologies de la santé ;
- ☞ participe à l'enseignement médical de plusieurs spécialités ;
- ☞ gère un centre de recherche.

INSTITUT UNIVERSITAIRE

Un centre hospitalier peut être désigné « institut universitaire » s'il participe à l'enseignement d'une seule discipline médicale, y compris la médecine familiale.

Tout centre peut être désigné « institut universitaire » lorsque, en plus d'exercer les activités propres à sa mission, il :

- ☞ dispense des services de pointe dans un domaine interdisciplinaire particulier ;
- ☞ participe à la formation de professionnels de la santé et des services sociaux ;
- ☞ gère un centre de recherche ;
- ☞ évalue des technologies ou des modes d'intervention reliés à son secteur de pointe.

CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE

Peut être désigné « centre affilié universitaire » tout centre exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à sa mission, participe :

- ☞ à la formation de professionnels de la santé et des services sociaux ;
- ☞ à des activités de recherche.

C. EXPOSÉ DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ÉTABLISSEMENT



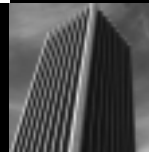
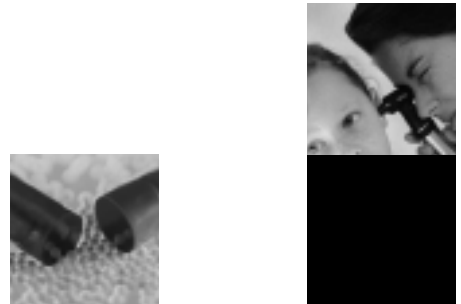
Après avoir présenté la mission des établissements placés sous la responsabilité du conseil d'administration, le directeur général aborde :

- ☞ la mission des autres établissements et les relations entre les établissements ;
- ☞ les orientations stratégiques et les priorités de l'établissement qu'il dirige ;
- ☞ le plan d'organisation, la philosophie de gestion et la charte des valeurs de l'établissement ;
- ☞ le code de déontologie de l'établissement et celui des administrateurs ;
- ☞ les modes de fonctionnement du conseil et des comités au regard, notamment, de la présentation des documents (fiche synthèse, etc.) ;
- ☞ le plan de développement des ressources humaines ;
- ☞ le plan directeur des systèmes d'information ;
- ☞ la situation budgétaire ;
- ☞ les dossiers importants.

PARTIE III



Être administrateur au sein d'un conseil d'administration d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux du Québec



OBJECTIFS

- ☞ Connaître les assises du système québécois – les valeurs et les convictions qui sous-tendent le système.
- ☞ Connaître les principaux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.
- ☞ Connaître la Politique de la santé et du bien-être, ses fondements et ses objectifs ainsi que le plan d'action régional et ses acteurs.
- ☞ Connaître les orientations ministérielles en ce qui concerne les services à la population, la gestion des ressources humaines et les technologies de l'information.
- ☞ Connaître le plan d'orientation (1999-2002) de la régie régionale.



Le système de santé et des services sociaux du Québec repose sur les mêmes valeurs et les mêmes convictions depuis l'introduction, en 1961, de l'assurance hospitalisation, puis, en 1970, du régime d'assurance maladie auxquels se sont ajoutés, en 1971, la Loi sur les services de santé et les services sociaux et, en 1996, le régime d'assurance médicaments.

Dans un document¹ publié à l'automne 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec précisait les assises du système québécois :

« Ce sont les mêmes principes qui gouvernent l'organisation des services de santé et des services sociaux [...] depuis 1970. »

« Nous tenons à les réaffirmer, mais nous voulons aussi les traduire selon la réalité d'aujourd'hui. Ces principes sont :

- ☞ l'universalité ;
- ☞ l'équité dans l'accès aux services pour les citoyens ;
- ☞ le caractère public des services.

L'évolution récente et l'expérience des dernières années nous invitent à ajouter un autre principe central :

- ☞ l'adaptation continue. »

De compétence provinciale, le système de santé et des services sociaux du Québec respecte les principes de la Loi canadienne sur la santé, bien que le gouvernement du Québec n'ait jamais reconnu officiellement cette législation.

Les transferts financiers se font maintenant en vertu du Programme de transfert canadien sur la santé et les programmes sociaux (TCSPS).

1. L'UNIVERSALITÉ

Depuis 1961, les services hospitaliers et, depuis 1970, l'ensemble des services de santé et les services sociaux sont accessibles à tous, sans discrimination. La collectivité québécoise considère que le réseau des services est un « bien public » à l'usage de tous, selon leurs besoins.

Par ailleurs, il ne suffit pas qu'un service soit créé ou offert pour qu'il fasse automatiquement partie des services assurés. La gamme des services assurés est déterminée par le gouvernement du Québec en fonction :

- ☞ des besoins de la population ;
- ☞ de l'évolution des connaissances ;
- ☞ des ressources disponibles.

2. L'ÉQUITÉ DANS L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES CITOYENS ;

L'accès aux services est limité généralement par les trois obstacles suivants :

1) Le prix

Les régimes publics d'assurance permettent de lever le premier obstacle. Au Québec, le financement des services « médicalement et socialement requis » est assuré par l'État à même ses revenus.

2) L'organisation des services

Toute la gamme des services ne peut être offerte dans chaque localité.

L'accès à l'ensemble des services est organisé sur une base territoriale :

- ☞ les services de base sont disponibles dans chaque territoire de CLSC ou MRC ;

1. Les assises du système, document portant sur les orientations ministérielles, 1998, ministère de la Santé et des Services sociaux.

☉ les services spécialisés sont organisés sur une base régionale ou suprarégionale, mais souvent déconcentrés sur une base locale ;

☉ les services surspécialisés sont organisés sur une base nationale.

3) L'information :

L'information claire, précise et transparente doit imprégner toutes les activités d'organisation et de prestation des services.

Le service *Info-Santé CLSC* a justement été créé pour répondre à ce besoin.

3. LE CARACTÈRE PUBLIC DES SERVICES ^{1,2}

« Un système est dit public lorsque l'État agit comme assureur principal et comme administrateur. Pour être en mesure d'exercer ces fonctions centrales, l'État doit financer les services, sinon totalement du moins en y occupant une position majoritaire.

Le maintien du caractère public du système des services n'a rien d'idéologique. Il s'appuie sur deux constats.

☉ l'État est le mieux placé pour représenter l'intérêt public ;

☉ le financement public est le plus équitable. »

La ministre déclarait lors de la conférence qu'elle a donnée aux directeurs généraux le 12 novembre 1999 :

« Nous savons maintenant que la croissance des coûts des services de santé et celle du rythme global des dépenses de l'État sont incompatibles. Cette situation forcera l'examen du niveau et des modes de financement des soins de santé ... Pour relever les défis de l'avenir immédiat, la performance accrue de notre système ... ne suffira pas. Il faudra reconsidérer ce que l'on accepte de financer ... la façon de le financer...et trouver de nouvelles sources de financement. »

4. L'ADAPTATION CONTINUE

Quatre tendances de fond marquent la transition que nous vivons actuellement et exigent une adaptation continue pour éviter les crises et les grandes réformes :

☉ la demande de services se diversifie et se complexifie³;

☉ les soins et les services se déplacent vers le milieu de vie et le domicile des gens (virage ambulatoire, virage milieu de vie) ;

☉ les technologies de l'information, notamment les outils qui aident à prendre des décisions cliniques ou administratives, se développent ;

☉ les services doivent répondre à un objectif de performance. La pertinence, la qualité et l'efficacité sont devenues des notions dont tous les intervenants se soucient.

1. Voir à ce sujet Les constats et recommandations du rapport Arpin sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec, septembre 1999.

2. Santé : *L'État doit demeurer le maître-d'œuvre des changements*, article paru dans La Presse, le mercredi 10 novembre 1999, page B-3, les auteurs : Rodriguez, Constandriolopolous, Saint-Hilaire, Jiminey, des facultés de médecine de l'Université de Montréal et de l'Université McGill.

3. Voir à ce sujet le numéro spécial du *Time*, édition du 8 novembre 1999, sur les perspectives des années 2000 au regard de la santé et le numéro du 1^{er} décembre 1999 de l'*Actualité*, sur la maladie de l'Alzheimer et le cahier spécial du journal Le Devoir du 28 novembre 1999



1. LES OBJECTIFS DU SYSTÈME

Les objectifs du système de santé et des services sociaux sont définis aux trois premiers articles de la Loi sur la santé et les services sociaux :

ARTICLE 1

LE RÉGIME DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX INSTITUÉ PAR LA PRÉSENTE LOI A POUR BUT LE MAINTIEN ET L'AMÉLIORATION DE LA CAPACITÉ PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET SOCIALE DES PERSONNES D'AGIR DANS LEUR MILIEU ET D'ACCOMPLIR LES RÔLES QU'ELLES ENTENDENT ASSUMER D'UNE MANIÈRE ACCEPTABLE POUR ELLES-MÊMES ET POUR LES GROUPES DONT ELLES FONT PARTIE.

IL VISE PLUS PARTICULIÈREMENT À :

1° RÉDUIRE LA MORTALITÉ DUE AUX MALADIES ET AUX TRAUMATISMES AINSI QUE LA MORBIDITÉ, LES INCAPACITÉS ET LES HANDICAPS ;

2° AGIR SUR LES FACTEURS DÉTERMINANTS POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE ET RENDRE LES PERSONNES, LES FAMILLES ET LES COMMUNAUTÉS PLUS RESPONSABLES À CET ÉGARD PAR DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION ;

3° FAVORISER LE RECOUVREMENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES PERSONNES ;

4° FAVORISER LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ;

5° FAVORISER L'ADAPTATION OU LA RÉADAPTATION DES PERSONNES, LEUR INTÉGRATION OU LEUR RÉINTÉGRATION SOCIALE ;

6° DIMINUER L'IMPACT DES PROBLÈMES QUI COMPROMETTENT L'ÉQUILIBRE, L'ÉPANOUISSEMENT ET L'AUTONOMIE DES PERSONNES ;

7° ATTEINDRE DES NIVEAUX COMPARABLES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AU SEIN DES DIFFÉRENTES COUCHES DE LA POPULATION ET DES DIFFÉRENTES RÉGIONS.

LSSS, c. 42, art. 1, 1991

ARTICLE 2

AFIN DE PERMETTRE LA RÉALISATION DE CES OBJECTIFS, LA PRÉSENTE LOI ÉTABLIT UN MODE D'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES DESTINÉ À :

1° ASSURER LA PARTICIPATION DES PERSONNES ET DES GROUPES QU'ELLES FORMENT AU CHOIX DES ORIENTATIONS, À L'INSTAURATION, À L'AMÉLIORATION, AU DÉVELOPPEMENT ET À L'ADMINISTRATION DES SERVICES ;

2° FAVORISER LA PARTICIPATION DE TOUS LES INTERVENANTS DES DIFFÉRENTS SECTEURS D'ACTIVITÉ DE LA VIE COLLECTIVE DONT L'ACTION PEUT AVOIR UN IMPACT SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE ;

3° PARTAGER LES RESPONSABILITÉS ENTRE LES ORGANISMES PUBLICS, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES AUTRES INTERVENANTS DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ;

4° RENDRE ACCESSIBLES DES SERVICES CONTINUS DE FAÇON À RÉPONDRE AUX BESOINS DES INDIVIDUS, DES FAMILLES ET DES GROUPES AUX PLANS PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET SOCIAL ;

5° TENIR COMPTE DES PARTICULARITÉS GÉOGRAPHIQUES, LINGUISTIQUES, SOCIO-



CULTURELLES, ETHNO-CULTURELLES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES DES RÉGIONS ;

6° FAVORISER, COMPTE TENU DES RESSOURCES, L'ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES DE SANTÉ ET À DES SERVICES SOCIAUX SELON DES MODES DE COMMUNICATION ADAPTÉS AUX LIMITATIONS FONCTIONNELLES DES PERSONNES ;

7° FAVORISER, COMPTE TENU DES RESSOURCES, L'ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DANS LEUR LANGUE, POUR LES PERSONNES DES DIFFÉRENTES COMMUNAUTÉS CULTURELLES DU QUÉBEC ;

8° FAVORISER LA PRESTATION EFFICACE ET EFFICIENTE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, DANS LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS DE CES SERVICES ;

9° ASSURER LA PARTICIPATION DES RESSOURCES HUMAINES DES ÉTABLISSEMENTS AU CHOIX DES ORIENTATIONS DE CES ÉTABLISSEMENTS ET À LA DÉTERMINATION DE LEURS PRIORITÉS ;

10° PROMOUVOIR LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT DE FAÇON À MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION.

LSSS, c. 42, art.2, 1991

ARTICLE 3

POUR L'APPLICATION DE LA PRÉSENTE LOI, LES LIGNES DIRECTRICES SUIVANTES GUIDENT LA GESTION ET LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX :

1° LA RAISON D'ÊTRE DES SERVICES EST LA PERSONNE QUI LES REQUIERT ;

2° LE RESPECT DE L'USAGER ET LA RECONNAISSANCE DE SES DROITS ET LIBERTÉS DOIVENT INSPIRER LES GESTES POSÉS À SON ENDROIT ;

3° L'USAGER DOIT, DANS TOUTE INTERVENTION, ÊTRE TRAITÉ AVEC COURTOISIE, ÉQUITÉ ET COMPRÉHENSION, DANS LE RESPECT DE SA DIGNITÉ, DE SON AUTONOMIE ET DE SES BESOINS ;

4° L'USAGER DOIT, AUTANT QUE POSSIBLE, PARTICIPER AUX SOINS ET AUX SERVICES LE CONCERNANT ;

5° L'USAGER DOIT, PAR UNE INFORMATION ADÉQUATE, ÊTRE INCITÉ À UTILISER LES SERVICES DE FAÇON JUDICIEUSE.

LSSS, c. 42, art. 3, 1991

L'organisation mise en place pour réaliser ces grands objectifs comporte trois paliers. Cette subdivision est le fruit d'une déconcentration administrative.

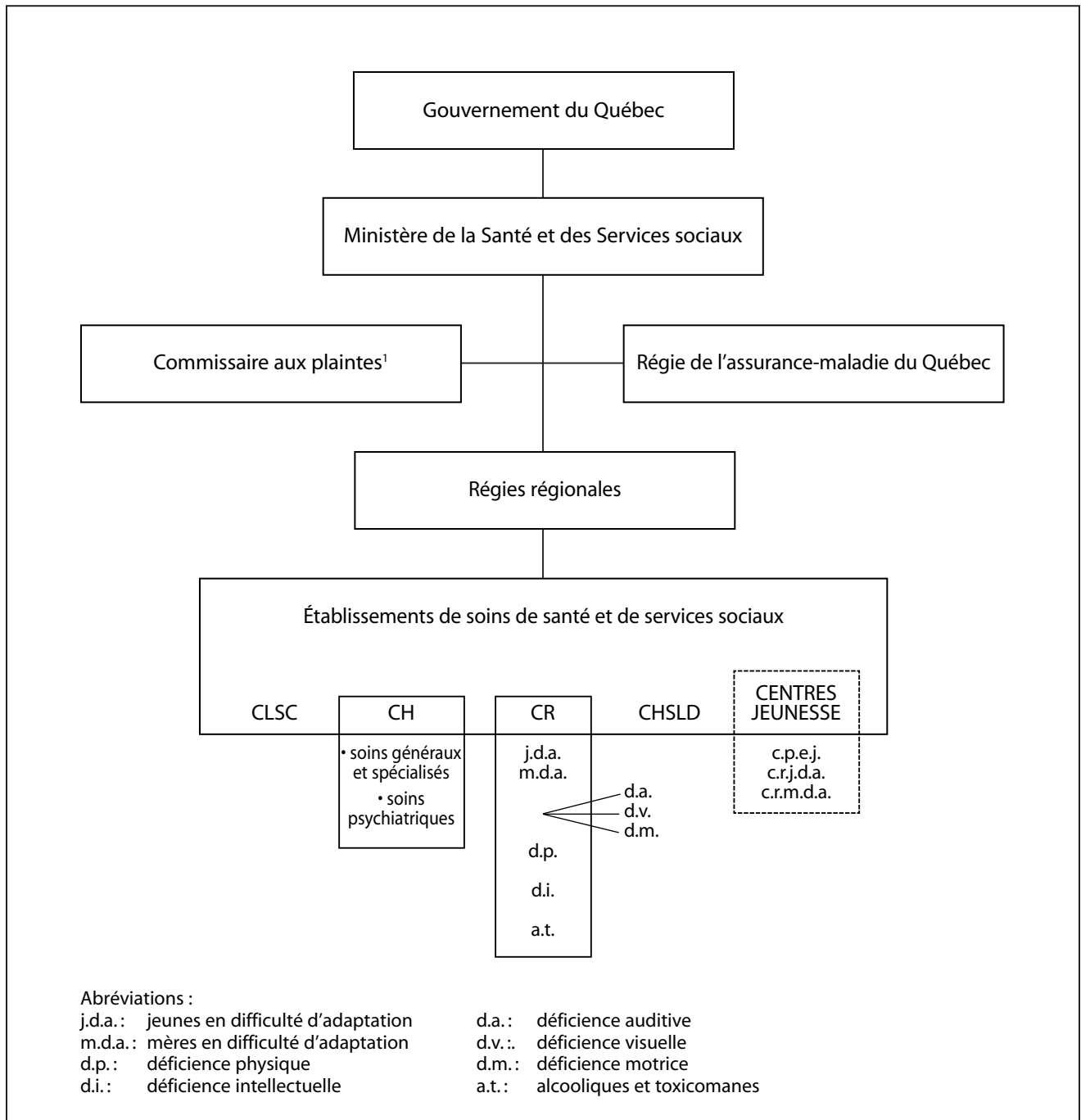
Jean-Claude Deschênes et cie, dans son examen des responsabilités respectives du ministère, des régies régionales et des établissements, met en lumière les éléments fondamentaux du management public contemporain :

- ☞ la primauté aux résultats (ou la lutte à la bureaucratie) ;
- ☞ la subsidiarité (ou la lutte au centralisme) ;
- ☞ l'imputabilité (ou la lutte à la non responsabilité).

Il continue en mentionnant que, dans la recherche d'une efficacité accrue, on retrouvera :

- ☞ un ministère qui se consacre aux stratégies, aux politiques et à la définition d'objectifs globaux, aux financements ainsi qu'à l'évaluation des programmes ;
- ☞ des régies régionales dédiées à la transformation des politiques en des programmes d'actions dans leur région (PROS), à l'allocation conséquente des ressources et à la coordination sur les territoires ;
- ☞ des établissements et des professionnels axés sur l'excellence dans la dispensation des services et la gestion des ressources allouées.

2. LA STRUCTURE DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS

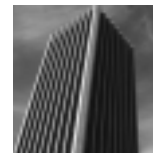


1. Vous trouverez à l'annexe 1 les organismes relevant de la ministre de la Santé et des Services sociaux.



3. LA STRUCTURE RÉGIONALE

**CHAQUE RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX
PRÉSENTE L'ORGANISATION
DES SERVICES
SUR SON TERRITOIRE**



4. LES RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS, DES RÉGIES RÉGIONALES ET DU MINISTÈRE

a) L'établissement¹⁻² doit :

- ☉ fournir les services adaptés aux besoins et aux caractéristiques des populations conformément aux standards de qualité reconnus et aux ressources disponibles ;
- ☉ réaliser l'intégration des services sur le territoire en collaboration étroite avec les différents partenaires et la régie régionale ;
- ☉ assurer la gestion et la formation des ressources humaines en fonction des implications d'un fonctionnement en réseau ;
- ☉ fournir à la régie régionale l'état des arrangements institutionnels et professionnels sur le territoire ainsi que les informations requises pour une gestion par résultats ;
- ☉ rendre compte à la régie régionale des services offerts, à l'aide des indicateurs retenus pour la gestion par résultats.

b) La régie régionale doit :

- ☉ s'assurer que l'ensemble des services de base est disponible et pleinement accessible sur chacun des territoires ;
- ☉ coordonner les programmes de santé publique au niveau de la région ;
- ☉ faire en sorte que les services spécialisés de la région soient accessibles à l'ensemble de la population de la région et que l'accès aux services spécialisés et sur-spécialisés non disponibles dans la région soit assuré ;
- ☉ coordonner et allouer les ressources mises à sa disposition en fonction des priorités d'action régionales et des politiques nationales ;

- ☉ mettre en place les conditions de complémentarité pour que chaque catégorie de fournisseurs de services, participe à l'élaboration des réseaux de services intégrés ;
- ☉ voir à la mise en place de mécanismes adéquats d'accompagnement et de suivi permettant aux usagers d'avoir accès aux bonnes ressources ;
- ☉ fournir au ministère l'information requise sur le fonctionnement des réseaux régionaux de services et l'évolution des indicateurs, qui sont nécessaires au suivi des priorités et à l'analyse des résultats.

c) Le ministère doit :

- ☉ élaborer les politiques, orientations, lignes directrices selon les paramètres du réseau de services intégrés ;
- ☉ coordonner les programmes de santé publique ;
- ☉ assurer le soutien, l'appui et la liaison auprès du réseau sociosanitaire ;
- ☉ suivre, évaluer et, le cas échéant, favoriser l'extension des expériences novatrices tant sur le plan clinique qu'administratif ;
- ☉ fixer les paramètres nationaux en matière de conditions d'accès aux services, d'allocation et de réallocation de ressources, de priorités nationales et de résultats attendus ;
- ☉ développer les outils d'évaluation appropriés au concept de réseau de services intégrés et à l'évaluation des clientèles ;
- ☉ soutenir les développements technologiques aptes à assurer une transmission rapide de l'information, une plus grande accessibilité et une meilleure qualité des services ;
- ☉ rendre compte à la population des services offerts à l'aide des indicateurs retenus pour la gestion par résultats.

1. Voir à l'annexe 10 les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, articles portant sur les fonctions des établissements, des régies régionales et du ministère.
2. Le texte qui suit est extrait du document intitulé, *Les services à la population*, publié par le ministère de la santé et des services sociaux.

5. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

On entend par « organisme communautaire » une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec, à des fins non lucratives, dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

Un organisme communautaire subventionné par une régie régionale ou le ministère définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches.

Les régies régionales, suivant des critères d'admissibilité et d'attribution qu'elles déterminent, peuvent subventionner un organisme communautaire dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- ☞ s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire, inscrits dans un plan régional d'organisation de services de la région ;
- ☞ s'il exerce des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers des services de santé ou des services sociaux de la région ;
- ☞ s'il s'occupe au niveau régional de la promotion de la santé et du développement social, conformément aux plans régionaux d'organisation des services.

La ministre peut également subventionner un organisme communautaire qui :

- ☞ s'occupe, pour **l'ensemble du Québec** :
 - ✦ de la défense des droits ou de la promotion des intérêts des utilisateurs des services des organismes communautaires ou de ceux des usagers des services de santé ou des services sociaux ;

- ✦ de la promotion, du développement social, de l'amélioration des conditions de vie ou de la prévention ou de la promotion de la santé ;
- ✦ de répondre à des nouveaux besoins, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes, non prévus à un plan régional d'organisation de services ;
- ✦ des regroupements provinciaux d'organismes communautaires.

Tout organisme communautaire subventionné, soit au niveau régional, soit au niveau provincial, doit :

- ☞ tenir une séance publique d'information ;
- ☞ présenter un rapport de ses activités et un rapport financier ;
- ☞ transmettre ses rapports, soit à la régie régionale, soit au ministère.



« La santé et le bien-être de la population dépendent certes des services de santé et des services sociaux. Mais ils découlent encore bien davantage des conditions de vie des gens : le revenu, le logement, la qualité de l'environnement, les habitudes de vie, la participation à la vie du milieu. Du fait que les conditions de vie ne sont pas partagées équitablement, la collectivité doit faire davantage pour les plus démunis. En outre, une société qui investirait l'essentiel des ressources collectives dans les services et qui négligerait de considérer les autres « déterminants » de la santé et du bien-être ferait certainement un mauvais calcul.¹ »

« L'amélioration de la santé et du bien-être de la population ne peut être envisagée comme la responsabilité d'un seul secteur de services, si important soit-il. Ce projet doit nécessairement être collectif, partagé par l'école, l'entreprise, les autres secteurs des services publics. Telle est la visée de la Politique de la santé et du bien-être, que le Québec s'est donnée en 1992. Tel est le projet qui est poursuivi encore aujourd'hui.¹ »

1. LES GRANDES LIGNES DE LA POLITIQUE

Un pari est fait : agir sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être (surtout des facteurs socio-économiques). Cela signifie :

- ☞ résoudre des problèmes plutôt que développer des services ;
- ☞ mettre le cap sur l'efficacité : passer de l'obligation de moyens à l'obligation de résultats ;
- ☞ mettre le cap sur l'efficience : obtenir des résultats en diminuant les coûts ;
- ☞ mettre le cap sur l'intersectorialité : assurer la bonne coordination des acteurs gouvernementaux concernés.

Un double constat est établi :

- ☞ l'accessibilité universelle aux services n'a pas réduit tous les écarts entre les groupes de la population ;
- ☞ l'accessibilité n'est pas une panacée pour résoudre les problèmes de santé.

2. LES DIX-NEUF OBJECTIFS

Une organisation des services reposant sur :

- ☞ dix-neuf objectifs (présentés aux pages suivantes)
- ☞ cinq champs d'intervention :
 - ✦ l'adaptation sociale,
 - ✦ la santé physique,
 - ✦ la santé mentale,
 - ✦ la santé publique,
 - ✦ l'intégration sociale.

1. Extrait du document d'orientation sur les assises du système de santé du Québec.

Les 19 objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*

LES OBJECTIFS D'ICI L'AN 2002

- 1 Diminuer le cas d'abus sexuels, de violence et de négligence à l'endroit des enfants et atténuer les conséquences de ces problèmes.
- 2 Réduire les troubles de comportement les plus graves chez les enfants et les adolescents
- 3 Stabiliser la prévalence et la gravité de la délinquance
- 4 Diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial.
- 5 Prévenir l'itinérance et, particulièrement à Montréal et à Québec, atténuer ses conséquences et favoriser la réinsertion sociale des itinérants.
- 6 Réduire de 15% de la consommation d'alcool, de 10% la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide de dernier recours, et augmenter le nombre de personnes qui ne consommeront jamais de drogues illégales.
- 7 Réduire à moins de 5% les naissances prématurées et à moins de 4% les naissances de bébés de poids insuffisant et diminuer les incidences des anomalies congénitales ou génétiques.
- 8 Réduire de 30% la mortalité par maladie cardiovasculaire.
- 9 Stabiliser le taux de mortalité par cancer du poumon et réduire de 15% la mortalité par cancer du sein.
- 10 Réduire de 20% la mortalité et mortalité et la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et lors d'activités récréatives ou sportives.
- 11 Réduire la prévalence des maux de dos de 10% et diminuer la durée de l'incapacité liée à l'arthrite et aux rhumatismes.
- 12 Réduire de 10% la mortalité par maladie du système respiratoire.
- 13 Réduire l'incidence du virus du sida ainsi que ses complications, et stabiliser les infections résistant aux antibiotiques classiques.
- 14 Éliminer la rougeole, la rubéole, la diphtérie, le tétanos, les oreillons et la poliomyélite, et réduire la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae* (du type B) à moins de 100 cas et de 50 cas.
- 15 Réduire de 50% le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5% le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans.
- 16 Diminuer les problèmes de santé mentale.
- 17 Réduire de 15% le nombre de suicides et de tentatives de suicide.
- 18 Éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées.
- 19 Diminuer les situations qui entraîneront un handicap pour les personnes ayant des incapacités quelles que soient l'origine et la nature de ces incapacités.



3. LE PLAN RÉGIONAL

**CHAQUE RÉGIE RÉGIONALE
FAIT ICI LE POINT SUR
SON PLAN D'ACTION ET
PRÉSENTE LE RÔLE DES
DIFFÉRENTS PARTENAIRES
RÉGIONAUX.**

D. LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES À L'ÉGARD DES SERVICES À LA POPULATION



Les orientations ministérielles pour la période 1998-2001¹

1. UN OBJECTIF COMMUN : L'ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité est reconnue comme une composante importante des assises de notre système de santé et de services sociaux. Le principal moyen pour atteindre cet objectif repose sur un réseau de services intégrés, fonctionnant de façon harmonieuse aux niveaux local, régional et national.

a) Les services intégrés sur la base locale (généralement le territoire d'une MRC)

Les soins et les services offerts par :

- ☉ les centres locaux de services communautaires, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et, dans certains territoires, un centre hospitalier de 50 lits ou moins ;
- ☉ Info-Santé CLSC ;
- ☉ l'urgence médicale et sociale ;
- ☉ les cabinets de professionnels de la santé ;
- ☉ les organismes communautaires.

b) Les services intégrés sur la base régionale.

Les services spécialisés offerts par :

- ☉ les médecins et les centres hospitaliers ayant des mandats régionaux ;
- ☉ les centres jeunesse ;
- ☉ les centres de réadaptation ;
- ☉ la Direction de la santé publique des régions régionales ;
- ☉ certains organismes communautaires à vocation régionale ou sous-régionale.

Très souvent, les services intégrés sur la base régionale sont déconcentrés ou décentralisés au niveau local lorsque la qualité des services et les ressources financières le permettent.

c) Les services intégrés sur la base nationale

Les services offerts par :

- ☉ les centres hospitaliers universitaires ;
- ☉ les centres hospitaliers affiliés ;
- ☉ certains centres hospitaliers ayant des mandats suprarégionaux ;
- ☉ les instituts universitaires ;
- ☉ certains centres de réadaptation ou d'autres catégories d'établissements à vocation suprarégionale.

2. LES PRINCIPES D'ACTION

a) Le territoire local est la base de la prestation des soins et des services

- ☉ L'objectif est que les soins et les services offerts le plus près possible de la population. Plusieurs visent à ce que l'ensemble des services de base et des services spécialisés déconcentrés sur le territoire local réponde à 80 % des besoins des personnes.

b) La région comme centre de la coordination des services et de la concertation des partenaires

- ☉ L'élaboration des plans régionaux d'organisation des services en fonction :
 - ☉ des priorités des orientations ministérielles ;
 - ☉ des particularités régionales.
- ☉ La concertation des intervenants :
 - ☉ diverses commissions régionales, notamment la commission médicale régionale ;
 - ☉ le département régional de médecine générale.

1. Le texte qui suit est extrait du document intitulé, *Les services à la population*, par le ministère de la santé et des services sociaux.



- ☉ Les relations intersectorielles, notamment dans les domaines :
 - ✦ de l'éducation ;
 - ✦ de l'emploi ;
 - ✦ du développement communautaire.

c) Des paramètres nationaux pour l'équité

Il appartient au ministère d'assumer le rôle de vigie, de façon à intervenir sur les éléments structurants pour assurer l'évolution du système :

- ☉ déterminer les conditions d'accès et les normes de qualité en conséquence ;
- ☉ procéder à la répartition équitable des ressources ;
- ☉ déterminer les politiques, les orientations et les objectifs sous l'angle de résultats à atteindre ainsi que les cibles nationales quant aux problèmes à résoudre en priorité et quant aux liens avec les autres acteurs au niveau national.

d) Une gestion axée plutôt sur les résultats et l'imputabilité des acteurs

Le gouvernement du Québec a instauré un nouveau cadre de gestion pour la fonction publique, les organismes publics et les réseaux.

L'engagement des partenaires est d'assurer aux citoyens des services de qualité et de rendre compte des résultats obtenus.

Le réseau de la santé et des services sociaux ne fait pas exception à l'objectif gouvernemental.

- ☉ Il est donc important : de s'assurer de la pertinence et de la qualité des soins et des services offerts et d'évaluer ces aspects ;
- ☉ d'évaluer les résultats attendus (efficacité) ;
- ☉ de s'assurer que les soins et les services sont offerts au meilleur coût (efficacité).

Pendant la dernière année, le réseau de la santé et des services sociaux a conclu des ententes ou des contrats de gestion. C'est ainsi que le ministère et les régies régionales ont signé, en juin 1999, des ententes triennales de gestion qui sont à réviser annuellement. Des ententes tripartites ont également été signées entre le ministère, des régies régionales et des établissements qui se trouvaient aux prises avec d'importants déficits budgétaires à combler sur deux ou trois ans.

En novembre dernier, la ministre de la Santé et des Services sociaux précisait devant les directeurs généraux que les ententes de gestion, même s'il fallait en revoir certains éléments, seraient maintenues.

3. LES PRIORITÉS MINISTÉRIELLES POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 1999-2000

Soulignons que, si on exclut des ajouts de crédits totalisant 345 millions pour les programmes administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, des capitaux additionnels de 1 402 millions ont été réinjectés dans le réseau de la santé et des services sociaux.¹ À ce montant, il faut aussi ajouter la somme de 24,6 millions qui a été annoncée en novembre 1999 pour faire face à la pointe d'achalandage des mois de janvier, février et mars 2000 dans les urgences.²

a) L'amélioration de la situation financière du réseau

- ☉ 700 millions ont été affectés au remboursement de la dette accumulée au 31 mars 1999, à la suite d'un engagement par entente de gestion au retour à l'équilibre budgétaire dans un délai de trois ans ;
- ☉ 100 millions serviront à la fois au retour à l'équilibre budgétaire, à la compensation des coûts liés à la formation et au recyclage du personnel mis en disponibilité, au passage à l'an 2000, aux mesures à court terme pour les urgences et à l'amélioration de la performance des établissements ;
- ☉ 274 millions serviront à financer la croissance des coûts du programme ;

1. Communiqués des 5, 11 et 13 mars 1999, du 29 avril 1999, du 13 octobre 1999 et du 9 novembre 1999.

2. Discours de la ministre de la Santé et des Services sociaux au Colloque des directeurs généraux, le 12 novembre 1999.

- ☉ 18 millions ont été affectés à l'équité interrégionale dans les régions à forte croissance de population et les régions nordiques.

b) Les suites des décisions prises après le dépôt du Livre des crédits 1998-1999 : 168 millions pour assurer la récurrence du 100 millions accordé en juin

Cette provision a servi à développer les services à domicile, à diminuer les durées d'attente pour les services spécialisés et ultraspécialisés, et à faire la mise à niveau des services de base dans les régions en périphérie de Montréal et de Québec ainsi que dans les régions nordiques. Une partie de cette somme a également servi à la mise en place de Héma-Québec et à celle d'un programme d'intervention auprès des personnes affectées de l'hépatite C.

c) Les priorités de développement au regard des services à la population

- ☉ Le désengorgement des salles d'urgence

Une somme de 20 millions avait été prévue pendant l'hiver 1999 pour aider les établissements réduire l'engorgement des salles d'urgence. L'analyse approfondie de la situation par un comité de travail et un forum a permis de faire des recommandations précises.

Pour la première fois, un plan de gestion relatif à la période de pointe de l'hiver 2000 dans les urgences a été préparé ; il a été annoncé le 8 novembre 1999.

Un montant de 24,6 millions a été réservé à ce plan de gestion. Une portion de 4,6 millions a été consacrée au programme de vaccination et le reste a été versé aux régies régionales et aux établissements qui ont connu les situations les plus critiques pour leur permettre de prévenir une autre crise. Cette somme servira :

- ☉ à augmenter en nombre et à stabiliser les équipes de l'urgence ;

- ☉ à disposer de lits supplémentaires pour des soins de courte durée dans les hôpitaux (650 places) ;
- ☉ à augmenter le nombre de lits destinés aux besoins d'hébergement et de réadaptation (400 places)
- ☉ à améliorer l'accès aux plateaux techniques ;
- ☉ à améliorer les services de laboratoire et de radiologie, et les autres services diagnostiques.

De plus, deux comités ont été formés, l'un pour assurer le suivi du forum sur les urgences présidé par la ministre et l'autre pour soutenir les équipes de l'urgence.

- ☉ Des crédits de 22,5 millions pour améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et ultraspécialisés.

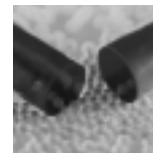
- ☉ Des crédits de 22,5 millions pour la mise en œuvre du Centre ambulatoire de Laval et le désengorgement de l'urgence.

- ☉ Le développement des soins et des services à domicile et l'augmentation du nombre de lits pour l'hébergement et les soins de longue durée (70 millions).

- ☉ Le développement des soins à domicile constitue la créneau prioritaire du réinvestissement dans la santé et les services sociaux, compte tenu du nombre croissant de chirurgies d'un jour et de la demande plus grande des personnes âgées ou handicapées qui désirent continuer à vivre chez elles.
- ☉ Le financement de places supplémentaires dans le cadre de « opération 2 000 lits ».

- ☉ Le renforcement des services aux jeunes et l'élargissement des services CLSC (27 millions).

- ☉ Les priorités sont d'améliorer les services de protection de la jeunesse dans certaines régions à forte croissance de population, de développer les programmes d'aide aux toxicomanes et d'améliorer les services de prévention du suicide.
- ☉ Le développement du service d'Info-Santé CLSC permettra de réduire le temps d'attente et de donner une place plus importante aux professionnels des services sociaux, notamment au regard de la prévention du suicide.



d) La nécessité d'accroître la complémentarité des rôles de tous les acteurs du réseau et de mieux soutenir ceux qui donnent des soins et des services à la population

- ☉ Les intervenants qui offrent des services directs à la population doivent recevoir tout le soutien nécessaire pour pouvoir consacrer à leur responsabilité première, celle de donner des soins et des services de qualité.
- ☉ Chacun des acteurs, - intervenants, professionnels de la santé, établissements, régies régionales et ministère - a son rôle à jouer pour faire en sorte que le réseau fonctionne en harmonie et offre des services de qualité, c'est-à-dire pertinents, efficaces et efficients, tant sur le plan humain que sur le plan technique.

4. LES PRIORITÉS MINISTÉRIELLES POUR L'ANNÉE BUDGÉTAIRE 2000-2001

Même si les priorités pour l'année 2000-2001 ne seront connues qu'au moment de la présentation du budget, la ministre de la Santé et des Services sociaux a mentionné dans son allocution au Colloque des directeurs généraux le 12 novembre 1999, que :

- ☉ les priorités pour l'année 1999-2000 continueront de retenir son attention ;
- ☉ l'accès aux services médicaux et hospitaliers devrait être amélioré, notamment en raison du vieillissement de la population ;
- ☉ l'utilisation d'un outil de gestion informatisé, créé par un comité formé de médecins spécialistes et de représentants des établissements, des régies régionales et du ministère, permettra de mesurer les investissements requis dans les différentes spécialités et indiquera quels services et quels traitements doivent être offerts et à quelles personnes ils doivent l'être ;
- ☉ l'augmentation du nombre de lits d'hébergement pour les personnes âgées et l'affectation du personnel

nécessaire pour répondre aux besoins des personnes hébergées pour améliorer les soins et les services offerts aux personnes qui ont une perte d'autonomie importante ;

- ☉ l'importance demeure dès que des ressources financières seront disponibles :
 - ✦ d'assurer une meilleure équité interrégionale,
 - ✦ de parachever le réseau des services spécialisés de réadaptation en déficience physique et en déficience intellectuelle,
 - ✦ de mieux accompagner, dans la communauté, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

En regard de la gouverne du réseau, la ministre a rappelé la nécessité pour les établissements et les régies régionales de rendre compte de leur gestion... rendre compte de l'autorité déléguée.

La ministre a aussi rappelé que les ententes de gestion seraient maintenues. En effet, elles consacrent le principe fondamental de hiérarchie entre le gouvernement et les instances du réseau de la santé et des services sociaux et elles rétablissent l'équilibre entre l'autonomie, la responsabilité et l'obligation de rendre compte.

E. LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES À L'ÉGARD DES RESSOURCES HUMAINES



À l'automne 1998, le ministère publiait un document sur les orientations ministérielles à l'égard de la gestion des ressources humaines intitulé *Notre Force : des personnes compétentes et dévouées*¹.

1. LES RESSOURCES HUMAINES SONT L'ÂME DU RÉSEAU

- ☞ Le réseau est avant tout constitué de femmes et d'hommes qui joignent leurs compétences pour venir en aide à la population et soutenir chaque usager, soit en intervenant directement, soit en s'assurant qu'il a ce qu'il faut.

2. LA TRANSFORMATION DES PERSONNES ELLES-MÊMES

- ☞ Transformer un réseau, c'est demander aux personnes de se transformer elles-mêmes et de faire preuve de souplesse tout en réalisant que les conditions de travail ne sont pas adaptés à la réalité ainsi que les règles et les processus de gestion.

3. LA GESTION EST LA PIERRE ANGULAIRE

- ☞ Gérer est avant tout soutenir et mobiliser les personnes qui ont la responsabilité quotidienne de fournir des services de qualité à la population.
- ☞ La communication, la participation et l'organisation du travail doivent être les priorités de la gestion.

Pour arriver aux meilleures résultats, l'exemple doit venir de haut.

Tous les changements que vivent les organisations impliquent un soutien des membres du conseil d'administration afin que :

le directeur général assume le leadership et donne une impulsion aux changements désirés en s'assurant que les changements soient compris (communication bidirectionnelle) par l'ensemble de l'équipe de direction et de gestion, des professionnels et de l'ensemble du personnel de l'organisation

Le nouveau leadership du gestionnaire exige¹ :

qu'avec
du désordre
de la complexité
de l'incompréhension

ils fabriquent :
une vision
de la souplesse
du sens

qu'avec
du stress
de la peur
du découragement

ils fabriquent :
de l'énergie
de la confiance
de l'espoir

qu'avec
des résistances
et du repli sur soi

ils fabriquent :
de l'action
de la solidarité
des résultats

4. LES DÉFIS DES PROCHAINES ANNÉES

- ☞ Mettre à profit les récentes expériences pour faire en sorte que la gestion soit plus en rapport avec le contexte de changement, qui sera permanent.
- ☞ Donner au personnel la possibilité d'approfondir et d'élargir ses compétences.

5. LE RÔLE DU CADRE ET L'IMPORTANCE DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- ☞ Le cadre a l'obligation de changer ses façons de faire pour assumer pleinement son rôle de meneur, améliorer la communication et apporter les changements désirés.
- ☞ La gestion des ressources humaines relève de tous les niveaux d'encadrement.

1. Notre force : des personnes compétentes et dévouées, Orientations ministérielles 1998-1999 à 2000-2001, MSSS.
2. « Leaders de l'an 2000 : créateurs de nouveaux équilibres », *Bulletin du groupe CFC*, Édition 1999-2000.

6. L'APPUI AUX CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS ET AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

- ☞ Définir les orientations pour appuyer les changements attendus dans la gestion des organisations.
- ☞ Définir les orientations pour appuyer le maintien et le développement des compétences du personnel par la mise en œuvre ou la mise à jour du plan de développement des ressources humaines.

7. LES ORIENTATIONS RELATIVES À LA GESTION

- ☞ Élaborer un plan d'action national pour les cadres.
- ☞ Instaurer un programme de formation continue pour les directeurs généraux.
- ☞ Instaurer un programme de formation continue pour les cadres.
- ☞ Susciter la réflexion au niveau régional sur les orientations souhaitées en ce qui concerne les notions « ressources humaines ».
- ☞ Mettre en place un mécanisme de vigie.
- ☞ Décentraliser les pouvoirs afin de permettre la modification de l'organisation du travail.
- ☞ Associer étroitement la répartition des effectifs et le développement des compétences du personnel.

8. LES ORIENTATIONS RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DU PERSONNEL

- ☞ Définir une politique précisant les mesures pour soutenir les établissements et leur personnel en ce qui concerne le développement des compétences.
- ☞ Offrir les conditions de travail propices au perfectionnement du personnel et permettre aux établissements de définir les règles pour le régir.

- ☞ Produire un guide ministériel sur la planification stratégique concernant la main-d'œuvre.

Il faut rappeler que le conseil d'administration aura un rôle primordial à jouer à l'égard du plan annuel de développement des compétences du directeur général et qu'il devra octroyer les ressources financières nécessaires à sa réalisation.

Le ministère a publié à l'automne 1999, avec la collaboration d'une quarantaine de directeurs généraux, un document intitulé *Le profil des compétences de la directrice générale et du directeur général* dans le réseau de la santé et des services sociaux pour aider les directeurs généraux à établir leur plan de développement personnel, préparer la relève et faciliter le recrutement des nouveaux directeurs généraux. Ce document sera mis à jour périodiquement avec l'aide des directeurs généraux.

L'Association des directeurs généraux de la santé et des services sociaux du Québec a, pour sa part, publié à l'intention de ses membres un document sur le développement des compétences des directeurs généraux qui présente les divers parcours possibles.

9. L'ESPRIT À ACQUÉRIR

- ☞ La solidarité entre les membres du réseau de la santé et des services sociaux assurera le succès des changements dans la gestion et dans le développement des compétences du personnel.
- ☞ Les efforts conjugués des membres du réseau permettront d'aviver chez le personnel la fierté d'appartenir à ce réseau, de reconnaître le nouveau rôle du personnel d'encadrement, de donner l'occasion et les conditions de se réaliser à l'ensemble des membres, de mettre en place les conditions favorables à la réalisation des orientations souhaitées en ce qui concerne les ressources humaines et de prouver que la force du réseau, réside toujours dans l'engagement, le dévouement et la compétence du personnel.

F. LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES À L'ÉGARD DE LA GESTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES



Les technologies de l'information et les ressources informationnelles¹ sont utiles et même essentielles à la mise en place d'un réseau intégré de services.

La contribution essentielle et exclusive des technologies de l'information réside dans la capacité de ces technologies à faciliter l'organisation et le transport de l'information ainsi que l'accès à celle-ci : aucune autre solution connue à ce jour n'a réussi à nous fournir les leviers que nous procurent les ressources informationnelles pour nous permettre d'accéder à l'information et aux connaissances dont nous avons besoin.

Nous avons besoin d'une information de qualité, qui soit offerte aux bonnes personnes, là où elles sont, au moment où elles en ont besoin pour donner les services de qualité que nous voulons offrir à la population du Québec ; de là vient l'énoncé de ce que nous appelons notre vision : Une information de qualité, pour des services de qualité.

1. LE CONTEXTE

☉ LA TRANSFORMATION DES SERVICES :

- ☉ hausse du nombre de chirurgies d'un jour ;
- ☉ baisse du nombre d'hospitalisations ;
- ☉ investissements massifs dans les services à domicile ;
- ☉ virage ambulatoire ;
- ☉ mise en place d'interventions multisectorielles et collectives (CH, CLSC, etc.).

☉ LA RÉORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS :

- ☉ fusions (entre mars 1994 et mars 1999, le nombre d'établissements publics est passé de 659 à 364, ce qui représente une baisse de 55 %) ;
- ☉ organisation des services sur la base de territoires (par ex. MRC).

☉ LE DÉVELOPPEMENT DES TECHNOLOGIES MODERNES :

- ☉ télécommunications ;
- ☉ imagerie biomédicale ;
- ☉ services Internet.

☉ L'ACCESSIBILITÉ ET LE PARTAGE DE L'INFORMATION : c'est-à-dire avoir une information

- ☉ fiable ;
- ☉ accessible instantanément en tout temps et partageable, peu importe le lieu.

Ces derniers éléments nécessitent les conditions suivantes :

- des données informatisées, accessibles et de qualité ;
- des infrastructures d'accès et d'échange ;
- des mécanismes de sécurité.

2. LE BILAN DES RÉALISATIONS : QUELQUES FAITS SAILLANTS

a) Le déploiement du RTSS

Le RTSS reliera l'ensemble des sites de services sur le territoire québécois (plus de 1 500 sites) avec une infrastructure de communication robuste et sécurisée. Le RTSS est un des tronçons majeurs de l'infrastructure gouvernementale québécoise qui est dédié exclusivement à la santé et aux services sociaux. Son déploiement, qui a débuté le 15 novembre 1998, sera pratiquement terminé à la fin de la présente année.

La mise en service du RTSS a aussi donné lieu à la mise en place des technocentres régionaux et provincial pour assurer la gestion de cette infrastructure et le soutien technique aux utilisateurs.

b) La modernisation de l'infrastructure

Le passage à l'an 2000 a obligé le rehaussement des postes de travail et des serveurs d'applications. Ceci a permis de moderniser le parc technologique du réseau sociosanitaire ; les équipements ont une meilleure capacité de traitement et sont en mesure de faire fonctionner des outils de plus en plus sophistiqués.

1. Informations extraites du document intitulé « Les ressources informationnelles du secteur sociosanitaires : plan stratégique, 1998-2001 » publié par le MSSS et de notes pour la conférence de monsieur Pierre Roy, sous-ministre, à l'occasion du colloque de l'AHQ sur Les technologies de l'information, qui s'est tenu en novembre 1999.

c) La mise en commun des systèmes d'information

La mise en commun de plusieurs systèmes d'information tels que Intégration CLSC, Info-Santé, SICHELD et Lotus Notes, a apporté plusieurs avantages :

- ☞ l'informatisation d'établissements moins bien équipés (dans le secteur des services sociaux) ;
- ☞ la normalisation des outils et des technologies ;
- ☞ la normalisation de l'information.

d) Les échanges cliniques

Les échanges ont débuté entre :

- ☞ les CH et les CLSC, pour l'orientation des usagers vers les services à la suite d'une chirurgie, par exemple ;
- ☞ les CH et les bureaux privés, pour des examens de laboratoire et de radiologie.

e) La télémédecine

Plusieurs projets sont en cours, dont :

- ☞ le réseau de la télémédecine en pédiatrie, qui regroupe trente CH et deux centres de santé qui sont reliés aux services de cardiologie pédiatrique des quatre CHU offrant la pédiatrie (CHUM, CHUQ, CUSE, hôpital Sainte-Justine) ;
- ☞ le réseau provincial mère-enfant de Sainte-Justine, qui englobe quatre CH, des cabinets privés et des CLSC dans les régions de Laval et de Saint-Jérôme ;
- ☞ le projet pilote aux Iles-de-la-Madeleine, qui relie les médecins omnipraticiens aux centres d'expertise et de soutien spécialisés dans différents centres hospitaliers (en gynécologie-obstétrique, en orthopédie, en dermatologie, en pédopsychiatrie, en radiologie, en traumatologie, en neurologie, etc.) ;

- ☞ le projet de téléradiologie chez les Cris, dont la mise en place est prévue vers avril 2000.

f) Les projets vitrines de carte santé

- ☞ Le projet de la carte santé de la RAMQ, dans la région de Laval, pour les usagers participant à la programmation régionale des services ambulatoires.
- ☞ Le projet d'utilisation des cartes à microprocesseurs de Motus Technologies, également à Laval, dans le cadre du Consortium Netlink.

3. LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

a) Le respect du consentement et de la confidentialité

Voici un rappel des décisions gouvernementales récentes au sujet du consentement de l'utilisateur et de la confidentialité des données :

- ☞ la mise en place de comités sur la sécurité et la protection des renseignements personnels dans chaque ministère ;
- ☞ l'adoption d'un plan d'action comportant notamment un important volet de sensibilisation du personnel.

Ceci implique que, quel que soit le système d'information mis en place pour soutenir le réseau de services, la confidentialité des renseignements personnels doit être garantie.

Ceci implique également que des moyens éprouvés soient fournis pour permettre le consentement électronique de l'utilisateur relativement à l'accès à l'information le concernant et à la transmission de cette information.

b) La priorité accordée aux systèmes d'information à valeur ajoutée

Pour que le produit d'un projet devienne un actif commun du réseau sociosanitaire, le promoteur du projet



doit démontrer la valeur ajoutée de son produit par rapport aux besoins du réseau de services et son utilité pour les intervenants et les gestionnaires.

Le projet doit avoir reçu l'aval des utilisateurs et des décideurs ou de leurs représentants. Les stratégies de financement et les mécanismes de concertation pour la création, le déploiement et l'évolution du projet doivent avoir été prévus.

Seuls les projets dont les produits sont susceptibles d'avoir une valeur ajoutée certaine pour l'ensemble du secteur sociosanitaire seront financés par le ministère.

En somme, il faut concentrer les investissements sur les projets prioritaires en minimisant les doublons d'efforts et les initiatives non pertinentes.

c) L'accès à l'information pour tous les intervenants

L'information disponible doit être de qualité, c'est-à-dire valide, fiable et comparable. Ceci implique des nomenclatures communes et des données de référence.

Pour ce faire, le développement des systèmes d'information dans le secteur sociosanitaire doit passer par une approche de gestion de l'information.

La gestion de l'information doit être disponible, doit répondre aux objectifs du secteur sociosanitaire, et doit prévoir ses processus d'affaires, les rôles et les responsabilités des intervenants et les politiques qui encadrent son fonctionnement. La gestion de l'information s'intéresse également à l'articulation des concepts et des définitions qui constituent le langage commun de tous les intervenants de l'organisation.

Cette approche a l'avantage de déterminer les informations essentielles selon les niveaux de besoins (local, régional ou central) et de constituer les dépôts d'information en conséquence. Elle permet également d'adapter les stratégies de collecte en fonction des besoins opérationnels ou des besoins informationnels.

d) Le partenariat public-privé

Pour atteindre les objectifs fixés, il faut faire preuve de créativité en matière de financement et de gestion. Il faut aussi étudier divers types de partenariats et des formules inédites.

Les stratégies en ce sens sont les suivantes :

- ☞ la décision d'investir dans la réalisation d'un actif informationnel est avant tout justifiée par la nécessité de cet outil et n'est pas conditionnelle à la création ou non d'un partenariat public-privé ;
- ☞ lorsqu'un véritable partenariat est établi, le partage des coûts, des risques et des bénéfices est privilégié lorsqu'il s'agit du développement des solutions ;
- ☛ dépasser l'approche client-fournisseur pour en arriver à un véritable partenariat
- ☞ partout où des solutions pouvant répondre aux objectifs fixés et permettre l'atteinte des résultats attendus existent, ces solutions sont privilégiées.

4. LES PRINCIPES DIRECTEURS

- ☞ L'accès à l'information est différencié selon les fonctions et les responsabilités de la personne qui en fait usage.
- ☛ Cet accès se réalise dans des conditions qui garantissent la protection de la vie privée.
- ☞ En principe, la qualité de l'information est assurée si celle-ci est d'abord utile pour la personne qui la saisit.
- ☛ La saisie doit être fortement automatisée et être alimentée par d'autres sources structurées et informatisées, comme des index ou des données de référence. La même information ne doit pas être saisie plus d'une fois, mais plutôt extraite du système de saisie pour être versée dans différents dépôts d'informations qui sont créés en fonction des autres utilisations que l'on veut en faire.



- ☉ La localisation des différents dépôts d'information sur l'infrastructure technologique doit être prévue en fonction des besoins des utilisateurs, par souci d'efficacité.
 - ✦ Ainsi, un dépôt de données d'intérêt local, que ce soit un établissement, une régie régionale ou le ministère, pourra être situé sur un serveur local, alors qu'un dépôt de données d'intérêt commun nécessitera une disponibilité plus étendue.
- ☉ D'abord convaincu de la valeur ajoutée du projet d'informatisation et porteur du projet auprès de ses pairs, l'utilisateur doit s'assurer que les solutions proposées offrent les services attendus et qu'elles soient utiles ; l'approche de projets pilotes est privilégiée.
- ☉ Il faut réutiliser au maximum ce qui a été développé jusqu'ici sans avoir à investir des montants trop importants ; les banques de données, l'information de processus et l'expertise sont des acquis importants.
- ☉ La mise en commun des infrastructures, des logiciels et des expertises favorise la complémentarité, l'intégration et la mise en réseau des outils ; elle permet également une gestion plus « simplifiée » des actifs et une rationalisation des coûts.
- ☉ La mise en commun des succès, quant à elle, permet de faire profiter la collectivité des bénéfices, tant tangibles qu'intangibles, réalisés grâce aux efforts de certains.
- ☉ Les orientations technologiques datent de 1993 et elles doivent être revues en fonction des nouvelles technologies de l'information et de communication et des tendances en développement d'applications (par exemple : les applications Web, les outils d'exploitation de données, etc.).
- ☉ Toute application qui empruntera le RTSS devra être accréditée par le ministère afin de s'assurer qu'elle respecte les orientations technologiques et répond aux normes de sécurité et de performance et ce, à la

suite de tests de certification en laboratoire et sur le terrain.

- ☉ Toute décision d'investissement du ministère en matière de technologies de l'information s'appuiera nécessairement sur une analyse complète des besoins, des coûts/bénéfices et des risques.

5. LES PRIORITÉS D'ACTION

a) La télémédecine

- ☉ La table ministérielle en télémédecine :
 - ✦ ce comité a pour mandat d'élaborer un cadre général en matière de télésanté et de télémédecine ;
 - ✦ il traitera des aspects juridiques, éthiques et professionnels de la pratique de la télémédecine.
- ☉ Le comité directeur technique en télémédecine :
 - ✦ ce comité regroupe des représentants des CHUS et des fournisseurs afin de traiter des problèmes techniques que peuvent rencontrer les différents réseaux et des projets de télémédecine.

b) Le réseau de télécommunications

L'échéancier de déploiement du RTSS est décembre 1999. Il est prévu également une mise à niveau des régions éloignées, telles que les régions de Nunavik et de la Baie James pour permettre la télémédecine.

Il importe d'assurer la sécurité de l'accès aux informations circulant sur le RTSS, que ce soit à partir des sites du réseau ou à partir de passerelles Internet.

À la suite du déploiement, la gestion opérationnelle du RTSS revient aux technocentres, provincial et régionaux, du réseau sociosanitaire, sous la coordination du ministère. Un cadre de gestion formel est à préciser en ce sens.

c) La priorité à accorder à certains projets au plan triennal d'investissement (PTI)

La priorité qui sera donnée aux projets des résultats du PTI pour la présente année.

Les besoins pour les régions de Nunavik et de la Baie James sont la mise en place des technocentres régionaux et la liaison avec le réseau de télémédecine.

Une enveloppe du PTI sera réservée pour soutenir des petits projets dont le produit est porteur d'une valeur ajoutée certaine pour le réseau sociosanitaire, par exemple : le développement d'un outil léger d'échange d'information entre un CH et un CLSC.

L'architecture globale de l'information vise à donner une vision claire et partagée de l'information requise dans le secteur sociosanitaire ainsi que les rôles et les responsabilités qui en découlent.

Quant aux autres priorités ministérielles, elles font l'objet d'actions distinctes.

d) La sécurisation

En fonction depuis septembre 1999, le Comité national permanent sur la sécurité a été créé pour agir comme comité directeur en matière de sécurité dans le réseau sociosanitaire. Il procède à des analyses et donne des avis sur les propositions qui lui sont soumises, en tenant compte des orientations gouvernementales et sociosanitaires.

Il est composé de représentants du MSSS, de la RAMQ, de Sogique, de la Conférence des régies régionales, de la Commission d'accès à l'information, d'associations d'établissements, de corporations professionnelles et du sous-secrétariat aux infirmières et aux ressources informationnelles du Secrétariat du conseil du trésor.

Un des premiers mandats de ce comité est de produire la politique de sécurité globale des actifs informationnels.

Cette politique précisera les objectifs, le domaine d'application, un certain nombre de principes et le rôle des principaux acteurs.

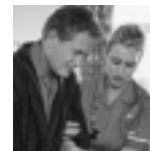
Ce comité est également appuyé par un comité technique piloté par le MSSS et composé d'experts d'établissements, des régies régionales, de la RAMQ, de Motus Technologies et de Sogique.

e) La gestion de projets

La gestion des projets en technologies de l'information dans le réseau sociosanitaire présente plusieurs lacunes. Les projets sont contrôlés sur la base des activités réalisées et non sur les résultats. La gestion de projets dépend principalement de la compétence des intervenants en place. L'environnement de gestion est trop sommaire et n'encadre pas suffisamment la pratique de gestion de projets. Les informations sur les projets sont sommaires, non vérifiables, et elles proviennent de sources multiples et non consolidées.

Les mesures suivantes permettront d'assurer au ministère un meilleur suivi des projets dans le domaine des technologies de l'information, soit :

- ☉ la mise en place d'un bureau de gestion des projets qui relève de la Direction des technologies de l'information ;
- ☉ la production d'un cadre de gestion des projets dans le domaine des technologies de l'information ;
- ☉ la création d'un tableau de bord de suivi des projets ;
- ☉ la participation systématique du MSSS à tous les comités directeurs de projets soutenus par le ministère.



6. LA CONCERTATION

Le nouveau comité assiste le ministère par l'exercice des mandats suivants :

- ☞ déterminer les priorités et les stratégies de financement et de mise en œuvre des technologies et des systèmes d'information requis dans le secteur ;
- ☞ recommander les choix stratégiques relativement au développement, à l'utilisation, au financement et à la gestion des technologies ;
- ☞ assurer l'utilisation adéquate des technologies de l'information pour soutenir la transformation du système vers un réseau de services, et ce, en fonction des orientations de transformation du secteur sociosanitaire ;
- ☞ favoriser la mobilisation et la collaboration à la recherche des solutions communes et structurantes pour le réseau ;
- ☞ suivre le déroulement et la livraison des résultats des principaux projets d'information en cours.

Le comité est composé de représentants des organisations suivantes : MSSS, régions régionales, établissements et corporations professionnelles.

7. LE RÔLE DES PARTENAIRES

Le rôle des établissements

Dans les établissements, l'utilisation des technologies de l'information comme outil de soutien à la tâche des intervenants et des gestionnaires constitue un facteur clé de succès pour le fonctionnement efficace d'un réseau intégré de services. C'est pourquoi ces personnes continueront d'être associées étroitement à toutes les phases du cycle de vie des solutions informatiques répondant aux besoins, de la conception à l'évolution des systèmes. Elles seront aussi associées à la définition de nouvelles opportunités d'utilisation des technologies de l'information. En ce sens, il appartient aux établissements :

- ☞ de rendre compatibles leurs approches ainsi que leurs procédures d'échange d'information entre établissements et avec les autres partenaires du réseau de services ;
- ☞ d'assumer la mise en place d'outils supportant un accès intégré aux services ;
- ☞ d'assumer la mise en place de solutions informatiques structurantes et performantes pour le réseau de services, de les utiliser régulièrement et de contribuer à l'alimentation des systèmes d'information régionaux et nationaux.

Le rôle des régions régionales

Dans le cadre des mandats d'organisation des services et d'allocation des ressources qui leur sont confiés et dans la perspective de consolider la décentralisation des responsabilités dans le domaine des technologies de l'information, les régions régionales assument les mandats suivants :

- ☞ assurer l'actualisation régionale des choix stratégiques et des orientations du secteur en matière de technologies de l'information, et ce, en prenant en compte les besoins et les particularités de leur région ;
- ☞ organiser et coordonner le déploiement de solutions informatiques communes sur leur territoire ;
- ☞ assurer la mise en place et la gestion des infocentres et des technocentres régionaux ou sous-régionaux afin de soutenir l'échange et l'exploitation de l'information requise par elles-mêmes et les établissements qu'elles desservent ;
- ☞ assurer aux établissements le soutien technologique dont ils ont besoin pour la mise en application des orientations technologiques du secteur ;
- ☞ assurer la mise en œuvre régionale des orientations en matière de technologies de l'information.



Le rôle de la RAMQ

La Régie de l'assurance maladie du Québec, par son rôle de gestionnaire du régime d'assurance maladie et du régime d'assurance médicaments, a développé une expertise et un environnement technologique sécuritaire pour la collecte, la gestion et l'exploitation de données individuelles et de données consolidées sur les services rendus dans le secteur sociosanitaire. Sa contribution à la qualité et à la sécurité des informations en fait l'organisation toute désignée pour assumer les mandats suivants :

- ☞ assurer la mise en place de services permettant d'avoir un accès sélectif et fiable aux données sociosanitaires pour les usagers, les intervenants et les gestionnaires ;
- ☞ garantir la circulation en toute sécurité des données nécessaires aux usagers, aux professionnels et aux organisations du secteur sociosanitaire ;
- ☞ s'assurer que la production et le traitement des données permettent un accès efficace aux prestataires de services et soutiennent l'utilisation d'indicateurs nécessaires à une gestion efficace du système sociosanitaire ;
- ☞ assurer le soutien aux infocentres régionaux.

De plus, la Régie pourra être appelée, à la demande du ministère, à superviser le développement de projets structurants dans le réseau sociosanitaire.

Le rôle de SOGIQUE

Au cours de l'été 1996, le ministère, les régies régionales et les établissements s'entendaient pour faire de SOGIQUE un outil privilégié pour assumer la gestion des actifs informationnels communs du réseau sociosanitaire.

Dans le partage renouvelé des responsabilités des différents acteurs du secteur en matière de technologies de l'information, le consensus demeure quant à la place de SOGIQUE. Des modifications seront apportées à la

composition de son conseil d'administration de façon à ce que les liens avec les partenaires soient plus explicites et que les intéressés aient une voix. Cette organisation se verra confier les mandats suivants :

- ☞ gérer la propriété d'actifs communs et de leurs licences d'utilisation ou d'exploitation ;
- ☞ assurer, dans le cadre de mandats spécifiques qui lui sont confiés, la création, le déploiement, l'entretien, l'évolution et la commercialisation de progiciels conçus pour répondre aux besoins du réseau sociosanitaire québécois ;
- ☞ assurer le soutien technique aux technocentres régionaux ;
- ☞ favoriser l'exportation de l'expertise et des produits québécois en matière de technologies de l'information dans le secteur de la santé et des services sociaux en étroite collaboration avec le Bureau de partenariat économique du ministère.

Le rôle du ministère

Le ministère a pour mission d'assurer l'évolution du système sociosanitaire québécois en fonction des priorités et des objectifs établis pour répondre aux besoins des citoyens et des citoyennes du Québec dans le cadre de la *Politique de la santé et du bien-être*. Pour ce faire, il assume des fonctions d'orientation, d'élaboration de stratégies et de politiques et de coordination d'ensemble, s'appuyant sur une gestion par résultats. C'est dans cet esprit que le ministère est appelé à assumer des responsabilités qui lui permettront d'atteindre les cibles suivantes en matière de technologies de l'information :

- ☞ les technologies de l'information sont utilisées et exploitées pour soutenir et faciliter la mise en place d'un réseau intégré de services de santé et de services sociaux ;
- ☞ les choix et les actions qui découlent des orientations stratégiques en technologies de l'information sont



cohérents avec les priorités d'organisation de services du secteur et des orientations spécifiques en matière de partenariat économique ;

- ☞ les décisions d'opportunités sont prises au bon niveau et ont les effets souhaités en matière de soutien aux objectifs stratégiques du secteur sociosanitaire ;
- ☞ une veille technologique permet au secteur sociosanitaire de bénéficier des opportunités offertes par les nouvelles technologies ;
- ☞ la concertation des acteurs et des partenaires du secteur en matière de technologies de l'information permet la complémentarité recherchée et contribue à l'élimination des opérations faites en double ;
- ☞ le développement cohérent des systèmes d'information requis dans le secteur.

La Direction des technologies de l'information assume les mandats qui en découlent et fournit le soutien technologique au ministère.

L'enjeu est colossal : il s'agit pour le réseau d'entrer dans la modernité que l'arrivée massive des technologies de l'information lui offre et de considérer ceci comme une opportunité.

Voilà pourquoi la Conférence des régies régionales a formé un groupe de travail sur la promotion de la modernité dont les productions attendues au plus tard au début de 2002 viendront soutenir les gestionnaires dans leur responsabilité de conduite des changements humains et organisationnels que nécessite l'entrée dans l'univers de la télé information.

**8. LE PLAN DIRECTEUR DES SYSTÈMES
D'INFORMATION DE LA RÉGION**

**LA RÉGIE RÉGIONALE
FAIT CONNAÎTRE L'ESSENTIEL
DE SON PLAN DIRECTEUR
ÉTABLI PAR LA RÉGION.**

9. LE PLAN DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

**LA DIRECTION GÉNÉRALE
FAIT CONNAÎTRE
L'ESSENTIEL DE SON
PLAN DIRECTEUR
ET LES RÉSULTATS
DU PLAN D'ACTION
POUR LE PASSAGE
À L'AN 2000,
QUI ÉTAIT LA PRIORITÉ
DE L'ANNÉE 1998-1999.**

G. LE PLAN RÉGIONAL D'ACTION 1999-2002



R É F É R E N C E S

Cahiers de formation des membres de conseils d'administration, MSSS, 1992.

Formation des membres du conseil d'administration, CRRSSQ, 1996.

Examen des responsabilités respectives du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales et des établissements, Rapport Deschênes, 1996.

« Le conseil d'administration d'un établissement public : Rôle et fonctionnement », Louis L. Roquet, dans *Administration hospitalière et sociale*, 1979.

Le devoir de rendre compte, conférence de Jean-Claude Deschênes, au Colloque Gestion de la qualité dans le secteur public, une philosophie d'excellence, 1991.

Qualité des services à la clientèle, Groupe CFC et MSSS, 1993.

Bulletin du Groupe CFC, Édition 1999-2000.

La qualité des services dans les entreprises de santé et de services sociaux, André Coupet, SECOR, Colloque de la Conférence des régies régionales du 1^{er} mai 1998.

« *La Réforme de la santé. En réalité tout commence par le client* », par Mariette Parent, article paru dans la revue L'agora, été 1997.

Le Site Internet du MSSS (adresse : www.msss.gouv.qc.ca).

Les orientations ministérielles :

- ☉ les assises du système,
- ☉ les services à la population,
- ☉ la gestion des ressources humaines,
- ☉ les ressources informationnelles du secteur
socio-sanitaire : le plan stratégique 1998-2001.

Perspectives des années 2000 au regard de la santé, Time, édition du 8 novembre 1999,

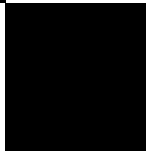
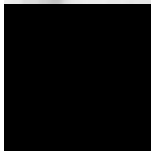
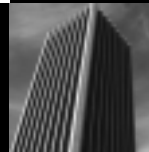
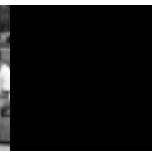
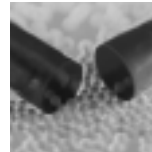
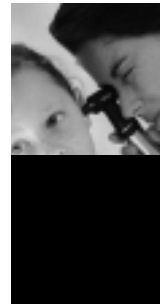
Maladie Alzheimer, demain la crise, Actualité, édition du 1^{er} décembre 1999.

Le Devoir du 28 novembre 1999, cahier Société et Santé

PARTIE IV



Les annexes



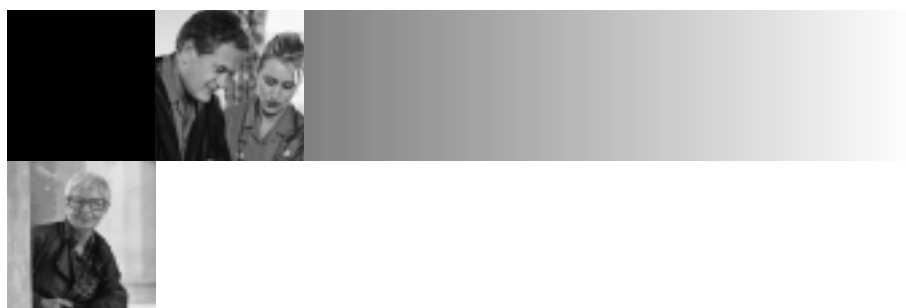
ANNEXES

1. LES ORGANISMES RELEVANT DE LA MINISTRE
2. LOIS ADMINISTRÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
3. REPÈRES HISTORIQUES SUR L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
4. LISTE DES PRINCIPALES POLITIQUES MINISTÉRIELLES (1996-1999)
5. CONFÉRENCE DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU COLLOQUE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DU 12 NOVEMBRE 1999
6. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC : RÔLE ET FONCTIONNEMENT, LOUIS L. ROQUET, ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE ET SOCIALE 1979
7. TABLE DES MATIÈRES DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
8. LES POUVOIRS ET OBLIGATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION (ART. 170 À 178 ET 181 DE LA LOI)
9. LES DROITS DES USAGERS (ART. 4 À 16 DE LA LOI)
10. LE TRAITEMENT DES PLAINTES (ART. 29 À 65.1 DE LA LOI)
11. LES FONCTIONS DES ÉTABLISSEMENTS (ART. 100 À 108 DE LA LOI), DES RÉGIES RÉGIONALES (ART. 340 À 347, 367 À 373 ET 417 DE LA LOI), DU MINISTÈRE (ART. 431, 433 ET 436 DE LA LOI), DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (ART. 334 À 338 DE LA LOI) ET DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (ART. 301 À 314 DE LA LOI)
12. LES RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS, RÉGIES RÉGIONALES ET DU MINISTÈRE CONCERNANT LES RESSOURCES MATÉRIELLES, FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES (ARTICLES 260 À 300 INCL, 350 ET 351, 463 À 472 INCL.)
13. LISTES DES SIGLES
14. PUBLICATIONS DE L'AHQ
15. PUBLICATIONS DE L'ASSOCIATION DES C.L.S.C. ET DES C.H.S.L.D. DU QUÉBEC
16. LA CARTE DES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES

ANNEXE I



Les organismes rattachés à la ministre





LES ORGANISMES RATTACHÉS À LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mandat d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance-maladie ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Elle doit rémunérer, conformément aux ententes, le personnel professionnel de la santé qui fournit les services assurés et rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant. Elle doit, de plus, contrôler l'admissibilité des personnes aux programmes et l'utilisation de ceux-ci par les dispensatrices et dispensateurs de soins et les usagères et usagers. La RAMQ joue également un rôle de conseillère auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux sur l'administration ou l'application des programmes.

L'OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (OPHQ)

L'office des personnes handicapées du Québec a pour fonction de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'OPHQ favorise la concertation nationale, régionale et locale des organismes publics, parapublics ou privés, dispensateurs de services.

LE CONSEIL D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ (CETS)

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé a été créé par le gouvernement en vue de promouvoir et de soutenir l'évaluation des technologies de la santé.

LE CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (CSBE)

Le Conseil de la santé et du bien-être a été institué par une loi adoptée par l'Assemblée nationale le 14 mai 1992. Il a été concrètement mis en place le 25 octobre 1993.

Le CSBE a pour fonction de conseiller la ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Il doit donner son avis sur les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être ainsi que sur les moyens appropriés pour les atteindre, en tenant compte des capacités de la collectivité à mobiliser les ressources en conséquence.

LE CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE (CQRS)

Le Conseil québécois de la recherche sociale est un organisme de subvention à la recherche qui relève de la ministre de la Santé et des Services sociaux. Il a pour mandat de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Québec par la recherche en sciences sociales et en sciences humaines, par le perfectionnement des chercheuses et des chercheurs et également celui des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé et des services sociaux, et par le transfert des connaissances. La Politique de la santé et du bien-être constitue la principale toile de fond des activités du CQRS.

LE CONSEIL CONSULTATIF SUR LES AIDES TECHNOLOGIQUES (CCAT)

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques a été mis sur pied en vue de conseiller la Ministre sur divers aspects relatifs aux technologies destinées aux personnes handicapées. A cette fin, le CCAT recueille et diffuse de l'information liée à ce domaine, il fait l'évaluation d'aides techniques et il détermine des normes et des critères d'attribution au regard des programmes de paiement.

LA CORPORATION D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC (CHQ)

La Corporation d'hébergement du Québec a pour mandat d'étudier les projets d'immobilisations du réseau de la santé et des services sociaux, d'agir en tant que maître

d'œuvre pour ses propres réalisations et d'assurer la gestion financière et le financement à court et à long terme des besoins du réseau, notamment au regard des immobilisations, des équipements et du développement informationnel.

LA COMMISSION QUÉBÉCOISE D'EXAMEN (TROUBLES MENTAUX (CQE))

La Commission québécoise d'examen a été créée au moment de l'entrée en vigueur des modifications apportées au Code criminel. Elle assume, depuis, les fonctions qui étaient dévolues au lieutenant-gouverneur.

La CQE est un tribunal administratif spécialisé qui a pour mandat de rendre ou de réviser les décisions concernant les personnes accusées qui font l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle ou qui ont été déclarées inaptes à subir leur procès pour cause de troubles mentaux.

LE CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE (CCP)

Le Conseil consultatif de pharmacologie assiste le ministre dans la conception et la mise à jour de la liste de médicaments dont le coût est garanti par le régime général en vertu de la Loi sur l'assurance-médicaments, et de la liste des médicaments qui peuvent être utilisés dans un établissement du réseau.

LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (CmQ)

Le Conseil médical du Québec a été institué par la Loi sur le Conseil médical du Québec. Il se compose de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit doivent être des médecins.

Le CmQ a pour fonction de conseiller la ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

LE FONDS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC (FRSQ)

Constitué selon la Loi favorisant le développement scientifique et technologique du Québec, le FRSQ a pour mandat de coordonner le développement et le maintien des activités de recherche en santé au Québec et d'aider financièrement la recherche, la formation et le perfectionnement des chercheuses et chercheurs dans le domaine de la santé.

LE COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ)

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme-conseil en santé mentale qui joue un rôle auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est rattaché, par son secrétariat, à la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du Ministère.

LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES

La commissaire aux plaintes exerce ses fonctions à l'intérieur du régime d'examen des plaintes des usagères et des usagers, lesquelles fonctions consistent notamment à accueillir et à examiner en dernière instance les plaintes des personnes insatisfaites des résultats de leurs démarches aux autres paliers du régime, c'est-à-dire les établissements et les régies régionales. Ces plaintes peuvent concerner un établissement, un organisme communautaire, une ressource de type familial, une résidence privée d'hébergement agréée, une ressource du système préhospitalier d'urgence ou encore une régie régionale. La commissaire constitue un recours ultime, indépendant des instances qui peuvent faire l'objet d'une plainte. Elle est dotée des pouvoirs d'enquête et de recommandation nécessaires au règlement non contentieux des différends qui peuvent survenir entre les usagères ou usagers et l'une ou l'autre de ces instances.

LE COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT)

Créé en novembre 1990, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie qui, depuis sa création, était rattaché au Conseil exécutif, relève de la ministre de la Santé et des Services sociaux depuis le 1^{er} avril 1995.

Le CPLT a notamment pour rôle d'analyser la situation générale qui existe au Québec dans ce domaine, de dégager l'évolution des déterminants et des méfaits, de cerner les nouveaux problèmes et de préciser les interventions nécessaires pour les résoudre.

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)

Le Conseil des ministres a créé, le 8 octobre 1997, l'Institut national de santé publique du Québec.

L'INSPQ vise à consolider et à accroître l'expertise en santé publique à travers une meilleure utilisation des compétences et de l'expertise développées au Québec. Il a pour mission première de soutenir la ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales dans l'exercice de leur mission dans le domaine de la santé publique.

ANNEXE 2



Les lois administrées par la ministre de la santé et des services sociaux





LES LOIS ADMINISTRÉES PAR LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, M-19.1

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, C-56.3

Loi sur le Conseil médical du Québec, C-59.0001

Loi sur les Services de santé et les services sociaux, S.-4.2

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, S-5

Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, P-16-1

Loi sur l'assurance-maladie, A-29

Loi sur la régie de l'assurance-maladie du Québec, R-5

Loi sur l'assurances-médicaments, 1996, chapitre 32

Loi sur la protection de la jeunesse, P-35-1

Loi sur la protection du malade mental, P-41

Loi sur la protection de la santé publique, P-35

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, E-20.1

Loi sur l'assurance-hospitalisation, A-28

Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics, P-38.01

Loi sur les inhumations et les exhumations, I-11

Loi sur les cimetières non catholiques, C-17

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux

ANNEXE 3



Repères historiques sur l'évolution du système de la santé et des services sociaux au Québec





REPÈRES HISTORIQUES SUR L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

- | | |
|--|--|
| <p>1639 : Fondation du premier hôpital : L'Hôtel-Dieu de Québec</p> <p>1642 : Fondation de l'Hôtel-Dieu de Montréal</p> <p>1692 : Fondation de l'Hôpital général de Québec</p> <p>1774 : Rétablissement du droit civil français qui garde au sein de la famille les principales responsabilités en matière de santé et de protection civile</p> <p>1840 : Création du premier bureau municipal de santé</p> <p>1894 : Fondation du premier laboratoire de bactériologie</p> <p>1900 : Le Québec compte une trentaine d'hôpitaux</p> <p>1909 : Loi sur les accidents du travail. Cette loi oblige l'employeur à procurer au travailleur accidenté l'assistance médicale que nécessite son état</p> <p>1910 : Division du Québec en dix districts sanitaires</p> <p>1920 : Fondation du laboratoire de sérologie</p> <p>1921 : Loi sur l'assistance publique</p> <p>1922 : Création du Service provincial d'hygiène</p> <p>1924 : Loi relative à la tuberculose et à la mortalité infantile. Création de dispensaires antituberculeux</p> | <p>1969 : Loi de l'adoption. Cette loi détermine les conditions lors de l'adoption d'un enfant</p> <p>Loi de l'assistance sociale. Cette loi prévoit d'accorder une aide financière aux familles privées de moyens de subsistance</p> <p>Loi de la Régie de l'assurance-maladie. Cette loi entraîne la création d'une régie</p> <p>1970 : Loi du ministère des Affaires sociales. Cette loi institue le ministère des Affaires sociales et en délimite les responsabilités</p> <p>Loi de l'assurance-maladie. Cette loi assure la gratuité des services des professionnels de la santé</p> <p>Loi de la protection de la santé publique. Cette loi porte sur l'ensemble des mesures nécessaire à la protection du public</p> <p>1973 : Régime des allocations familiales du Québec. La loi établit le droit à l'allocation familiale</p> <p>1974 : Loi de la Commission des affaires sociales. Cette loi donne un droit d'appel aux personnes qui se croient lésées dans l'application des lois suivantes : l'aide et les allocations sociales, la protection du malade mental, les services de santé et services sociaux, le régime des rentes, les accidents du travail et l'assurance automobile.</p> |
|--|--|

- 1976 :** Loi pourvoyant au financement des programmes de santé. Cette loi détermine les contributions devant être payées pour assurer le financement des programmes de santé
- 1978 :** Loi sur l'exercice des droits des personnes handicapées. Cette loi crée l'Office des personnes handicapées et vise à promouvoir leurs intérêts et à favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale.
- Loi sur la protection de la jeunesse. Cette loi vise à assurer la protection et la réinsertion familiale et sociale de tout enfant dont la sécurité ou le développement est compromis ou qui a commis un acte contraire à une loi ou à un règlement en vigueur au Québec.
- 1979 :** Loi sur les services de garde à l'enfance. Cette loi établit le cadre d'organisation des services de garde à l'enfance et institue un office à cet effet.
- Loi sur la santé et la sécurité du travail. Cette loi a pour objet d'établir les mécanismes de participation des travailleurs et des employeurs à l'élimination des causes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.
- 1981 :** Loi 27. Cette loi modifie diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux.
- 1984 :** Loi sur les jeunes contrevenants (loi fédérale)
- 1985 :** Politique d'aide aux femmes violentées
- Politique de maintien à domicile
- 1988 :** Réforme de l'aide sociale. Dépôt du rapport de la Commission sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)
- 1990 :** Livre blanc : Une réforme axée sur le citoyen
- 1991 :** Début de la phase d'implantation de la réforme annoncée dans le livre blanc par la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- Cette loi remplace celle de 1972. Elle redéfinit la mission des établissements et remplace les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) par des régies régionales
- 1992 :** Politique de la santé et du bien-être
- 1996 :** Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cette loi modifie certaines dispositions de la loi de 1991 relativement aux conseils d'administration des établissements et des régies régionales. Elle précise les modalités de fusion de conseils d'administration d'établissements différents.
- Loi sur l'assurance-médicaments. Loi instituant un régime général, obligatoire et contributif d'assurance médicaments.

ANNEXE 4



Liste des principales politiques ministérielles des quatre dernières années





LISTE DES PRINCIPALES POLITIQUES MINISTÉRIELLES DES QUATRE DERNIÈRES ANNÉES

1996

- L'organisation des services aux personnes autiste, à leur famille et à leurs proches : guide de planification
- Le processus d'élaboration du plan d'intervention en services de réadaptation auprès de la mère en difficulté
- Les orientations et objectifs du Québec en matière de lutte contre le VIH et le sida : allocution de madame Denise Laberge-Ferron
- Naître égaux, grandir en santé : action intersectorielle avec les familles de milieux défavorisés
- Nouvelles orientation des politiques sociales pour une société en mutation : élément de diagnostic et de solution
- Organisation des services ambulatoires / Groupe tactique d'intervention
- Orientations pour la transformation des services de santé mentale
- Orientations en télécommunication : document synthèse : les orientations technologiques du réseau sociosanitaire
- Orientations ministérielles en matière de planification des naissances
- Plan directeur des systèmes d'information en santé publique : orientations et plan d'action
- Politique visant à contrer le harcèlement sexuel, racial et selon les autres motifs prévus à la Charte des droits et libertés de la personne
- Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect de la diversité des orientations
- Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) - Cadre de référence
- Programme de partenariat entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires
- Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes
- Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe
- Tendance de l'évolution du système de santé et de services sociaux : document de réflexion et de planification

1997

- Défis de la reconfiguration des Services de santé mentale
- L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles
- La stratégie québécoise d'action face au Suicide
- Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en matière de lutte au tabagisme
- Les urgences au Québec 1990-1997 – Bilan, perspectives et normes

- Manuel de contrôle de la qualité : programme québécois de dépistage du cancer du sein
- Politique d'intervention en matière de violence conjugale : bilan des engagements
- Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves
- Priorités nationales de santé publique 1997-2002

1998

- Agissons en complices pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes
- Manuel de planification des mesures d'urgence pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux
- Organisation des services de santé mentale dans la communauté : enseignements à tirer de la recherche
- Plan d'action 1997-2000 – Santé, bien-être et conditions de vie des femmes
- Plan d'action en toxicomanie
- Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique
- Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale
- Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – Orientations et stratégie
- Santé et services sociaux : les services à la population 1998-1999 à 2000-2001
- Santé et services sociaux : nos convictions, les assises du système

- Santé et services sociaux : notre force, des personnes compétentes et dévouées, 1998-1999 à 2000-2001
- Santé et services sociaux : notre souci, toujours mieux informer la population : 10 questions que vous vous posez
- Stratégie québécoise de lutte contre le sida phase 4 – Plan d'action 1998-2000 du Centre québécois de coordination sur le sida
- Vers une meilleure participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle

1999

- Guide pratique sur les droits en santé mentale
- L'organisation du système du sang au Québec
- La situation dans les urgences en 1999 : un défi majeur pour le réseau – Projet Urgence 2000 : de paratonnerre à plaque tournante
- Plan d'action – Relever ensemble le défi des urgences
- Priorité nationale de santé publique 1997-2002 : vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan

ANNEXE 5



Conférence de la ministre





CONFÉRENCE DE LA MINISTRE

Merci.

Bonjour à toutes et à tous,

Mesdames les directrices générales,
Messieurs les directeurs généraux,

Je vais évoquer ce matin l'avenir de notre système de santé et de services sociaux et, en même temps, des questions plus immédiates. Les deux plans ne s'opposent pas, loin de là. Il y a des façons de se consacrer au présent qui, tout en permettant de régler des problèmes particuliers, protègent ou préparent l'avenir. Tout se tient. J'ai choisi de vous parler à la fois du contexte large dans lequel s'inscrit notre action commune et de décisions imminentes qui vous intéressent au plus haut point. Je crois important de vous parler de ces deux plans car l'action immédiate perd sa signification si elle est étrangère à la toile de fond incontournable qui colore l'avenir. Des ressources insuffisantes pour faire face aux besoins

Dans un premier temps, j'aimerais vous rappeler certains faits que nous aimerions tous pouvoir oublier. Lorsqu'on choisit de faire de l'action politique comme je l'ai fait, ou lorsqu'on décide comme vous de diriger des établissements aussi importants que ceux de notre réseau, on ne peut vivre d'illusion. Nos décisions doivent être fondées sur le monde tel qu'il est et non tel que nous aimerions qu'il soit.

Après plusieurs années de compressions difficiles à gérer, le gouvernement a commencé à réinvestir dans le secteur de la santé et des services sociaux. Mais il faut bien réaliser que l'atteinte des équilibres budgétaires ne permettra pas, aussi loin qu'il soit possible de voir, de revenir à la situation antérieure où les ressources augmentaient presque au gré des besoins. La rigueur sera de mise pour longtemps encore et tous les investissements devront être choisis en fonction de priorités bien définies.

Nous savons maintenant que la croissance des coûts des soins de santé et celle du rythme global des dépenses de l'État sont incompatibles. Cette situation forcera l'examen du niveau et des modes de financement des soins de santé. Ni les bénéfices financiers reliés à la transformation récente du réseau, ni les retombées positives de notre repositionnement sur la scène de la nouvelle économie ne suffiront à financer l'accroissement inévitable de la demande de services associée au vieillissement de la population et à l'introduction constante de nouvelles technologies.

Les impacts du vieillissement de la population, déjà très visibles, s'accroîtront au cours de la prochaine décennie lorsque la génération du " baby-boom " atteindra 65 ans. Si le recul marqué de la mortalité et, avec lui, l'augmentation des maladies chroniques ont pu être anticipés, le très faible taux de natalité qui vient aggraver le phénomène ne pouvait pas être aussi facilement prévu au moment où notre système public a été mis en place. Pour bien comprendre l'erreur de prévision en cause, il suffit de rappeler qu'au moment où la Régie des rentes a été créée, les actuaires prévoyaient que la population du Québec serait de 12 millions au tournant de l'an 2000. Ce n'est pas une mince erreur...

En plus de l'augmentation des besoins découlant du vieillissement, il faudra continuer à composer avec la très grande pression associée à l'explosion technologique dont l'ampleur ne peut être complètement prévisible. Parce qu'il n'est pas possible ni souhaitable de contenir les progrès des connaissances et leurs applications, nous serons confrontés pour longtemps encore aux choix difficiles qu'imposent les coûts d'acquisition et d'utilisation des technologies de pointe.

Pour relever les défis de l'avenir immédiat, la performance accrue de notre système, l'amélioration continue de nos services et la recherche permanente de meilleures manières de faire ne suffiront pas. Il faudra probablement reconsidérer ce que l'on accepte et ce que l'on refuse de

financer et, en même temps, s'interroger sur la façon de le financer. En fait, il n'est pas exclu qu'il faille aussi trouver de nouvelles sources de financement. Si cela doit être le cas, l'approche québécoise - généreuse et solidaire - devra nous guider dans la recherche de solutions. Quoi qu'il en soit, ce réexamen des sources et des modalités de financement de notre système de soins de santé et de services sociaux devra préserver les principes de justice intergénérationnelle et de solidarité sociale qui nous caractérisent et ne pas remettre en cause le caractère essentiellement public de notre système.

Le maintien du caractère public de notre système

L'universalité et l'accessibilité aux soins, sans discrimination ni distinction aucune, sont les caractéristiques les plus importantes de notre système de santé, mais aussi de notre société qui refuse que la capacité de payer des personnes malades ou en détresse soit une barrière à l'utilisation des services que leur état requiert. La protection sociale contre la maladie est l'une des conquêtes auxquelles tiennent le plus les Québécois, et l'une de celles que souhaiteraient le plus acquérir les peuples qui n'en disposent pas.

Pour compléter l'action du réseau, le secteur privé peut jouer un rôle important. Cependant, ce rôle devra toujours s'exercer dans le cadre de notre système public. Ceux qui prônent un retour à un système de santé privé n'étaient pas là dans les années 50 ou bien, ils ont oublié ce que signifiait pour les familles de l'époque l'absence de protection contre les risques financiers associés à la maladie. Ils ignorent ou ils ont oublié le nombre de familles qui ont eu à choisir entre des soins de santé essentiels et l'endettement ou la perte de leurs biens.

Les États-Unis ont choisi de se donner un système de santé privé. C'est le plus coûteux de tous les régimes de santé au monde et, en plus, il est foncièrement inéquitable. 15 % des Américains sont sous-assurés et 16 % ne sont pas assurés du tout. C'est le prix à payer pour offrir aux patients plus fortunés un accès sans réserve aux soins et pour permettre aux professionnels de la santé l'usage constant de technologies dernier cri. Les

médecins - y compris ceux qui ont été formés ici avant d'aller travailler là-bas - peuvent y gagner des salaires beaucoup plus élevés que ceux que nous pouvons leur payer. Mais il faut se souvenir qu'une partie importante de la population qui entoure l'hôpital où ils pratiquent n'aura jamais droit à leurs soins.

Nous avons plutôt fait le pari de mettre à la portée de tous des moyens modernes de diagnostic et de soins. Nous avons cru, avec raison, que cela améliorerait l'état de santé de la population, atténuerait les conséquences individuelles de la maladie et augmenterait l'espérance de vie. Notre pari a été gagné. L'espérance de vie - qui ne cesse incidemment de s'améliorer au Québec - était en 1996 de deux années supérieure à celle de nos voisins du Sud : 74,9 contre 72,7 ans chez les hommes et, chez les femmes, de 81,3 contre 79,4 ans.

Reconnaissons que ces résultats sont encourageants pour un système de santé si souvent décrié. En fonction de la plupart des indices de santé, le Québec se trouve d'ailleurs maintenant dans le peloton de tête des sociétés industrialisées. La mortalité infantile par exemple diminue d'année en année. Après avoir eu dans les années 70 un taux supérieur au taux canadien, nous nous trouvons maintenant parmi les premiers, non seulement des provinces canadiennes, mais des pays industrialisés; seuls les pays scandinaves et le Japon avaient en 1996 des taux de mortalité infantile inférieurs aux nôtres.

Ces résultats objectifs, dont nous pouvons être fiers, nous les devons à tous ceux et celles qui, chaque jour, dans les établissements, accomplissent leurs tâches avec générosité et professionnalisme. Nous les devons aussi à l'efficacité des équipes de direction qui ont travaillé fort pour contrôler les dépenses et aussi, bien sûr, à garder le cap sur l'accessibilité et la qualité des services.

Bref, grâce au travail accompli au cours des dernières années, le système de santé québécois compte toujours parmi les plus performants autant du point de vue de l'accessibilité des soins que du contrôle des coûts. Bien sûr, les idéaux demeurent toujours inachevés et ne sont jamais complètement atteints. L'accessibilité aux soins et

aux services sociaux sera toujours conditionnée par les ressources de la collectivité; mais le principe, l'objectif, lui, demeure et nous visons sans cesse à le réaliser le mieux possible même si ce doit être, compte tenu de nos contraintes, en agissant de façon plus réaliste que par le passé.

La toile de fond me semble claire :

1. Tous les indicateurs, aussi bien les indicateurs financiers que les indicateurs de santé, nous démontrent l'intérêt de protéger les fondements de notre système public de santé;

2. Le vieillissement de la population et les nouvelles technologies imposent une réflexion en profondeur sur le financement du système. L'État ne peut chaque année consacrer toute sa marge de manœuvre à une seule de ses missions, si importante soit-elle. La réflexion en profondeur qui s'impose sur ce sujet devra sans aucun doute retenir notre attention au cours des prochains mois et des prochaines années.

Cet état de la situation ne doit pas nous empêcher d'agir dès maintenant. C'est pourquoi je vous propose aujourd'hui une réflexion sur deux fronts : la gouverne du réseau et l'adaptation des services que nous offrons en fonction de l'évolution des besoins de nos concitoyens.

L'adaptation de nos services

Comment dans le contexte actuel allons-nous réussir à poursuivre le développement et l'adaptation de nos services?

Lorsqu'on ne peut tout faire, ni tout se payer, on doit choisir et se limiter, poser des jugements de valeur. Les sociétés, les familles et les individus ne font pas autrement. Au cours des trente dernières années, les États et, je dirais, les électeurs, ont eu tendance à croire qu'ils pouvaient échapper à cette nécessité en dépensant maintenant et en laissant les autres payer plus tard. Cette époque est bien terminée.

Comme tout le secteur public, le secteur de la santé et des services sociaux devra être géré en fonction de priorités. Cela veut dire, pour plusieurs années encore, que les investissements dégagés à même les ressources de l'État se feront en fonction d'objectifs et de cibles bien définis et déterminés à l'avance.

J'ai annoncé en mars dernier quatre priorités en matière de services à la population : ce sont, outre le désengorgement des salles d'urgence, l'accroissement des services de soutien à domicile, le renforcement des services aux jeunes et la réduction de l'attente pour certains traitements ou pour certaines chirurgies. Mes priorités n'ont pas changé.

Il faut en finir avec le débordement des salles d'urgence, là où le problème se pose. Les mesures du plan d'action arrêté avec tous les partenaires du réseau qui a été rendu public lundi dernier devraient permettre de régler l'essentiel du problème.

Il faut aussi continuer d'investir dans les services à domicile et mieux les organiser. Le gouvernement a sensiblement augmenté les crédits affectés à ces services. De nouvelles sommes sont nécessaires en raison du vieillissement de la population si l'on veut toujours diminuer les séjours prolongés à l'hôpital et éviter l'hébergement en institution des personnes qui sont capables de demeurer à domicile à la condition d'y recevoir les services appropriés.

Nous devons également mieux remplir nos obligations vis-à-vis des jeunes qui éprouvent de graves problèmes. L'ajout de ressources dans les services aux jeunes pour l'année en cours aidera à corriger l'accès inégal à des services sociaux et de réadaptation essentiels. Mais il faudra faire encore mieux. Je signale qu'un événement - le Forum québécois des jeunes en grande détresse, organisé par les Centres Jeunesse - réunira les 25, 26 et 27 novembre prochains l'ensemble des intervenants du secteur à l'occasion du vingtième anniversaire de la Loi sur la protection de la jeunesse. L'événement favorisera l'émergence d'une vision commune des services à offrir aux jeunes en difficulté.

L'accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés et ultraspécialisés doit lui aussi être amélioré. Des sommes importantes y ont été consacrées au cours des dernières années. Il faudra les augmenter. Le vieillissement de la population, qui se fait déjà sentir dans certaines spécialités telles que la chirurgie cardiaque et la radio oncologie, viendra accroître considérablement la demande de l'ensemble des services médicaux et hospitaliers au cours des prochaines années. La gestion par priorité s'appliquera ici d'une façon toute particulière.

En indiquant en mars dernier que j'entendais réduire l'attente des personnes dont l'état nécessite des services spécialisés et ultraspécialisés dans des secteurs particuliers, notamment l'orthopédie, l'ophtalmologie et la cardiologie, j'ai précisé que j'allais m'assurer que l'on respecte dans tous les cas le délai jugé cliniquement acceptable. J'aimerais revenir sur cette question.

Nous nous sommes trop longtemps satisfaits de listes d'attente bâties différemment d'une institution à l'autre qui, à défaut d'associer une durée d'attente à la condition médicale du patient, ne nous révélaient que le nombre de personnes en attente d'un service. En tout temps, mais à plus forte raison quand les ressources se font rares, il faut pouvoir isoler - parmi les demandes non satisfaites - celles dont la durée d'attente est inadéquate au regard de la condition du malade. Au cours de l'année qui vient, les médecins et les établissements devraient pouvoir disposer d'un outil de gestion informatisé, souple et efficace, qui permettrait de gérer l'accès aux services selon des durées d'attente cliniquement acceptables, c'est-à-dire en fonction de la sévérité clinique de chaque cas.

Des comités de médecins spécialistes, quelques établissements et les régies régionales ont travaillé sous la coordination de représentants du Ministère à la réalisation de ce projet. Au cours des prochaines années, cet instrument précieux qui permettra de mesurer les investissements requis dans les différentes spécialités nous indiquera également quels services et quels traitements doivent absolument être offerts, et à quelles personnes.

Mettre fin au débordement des urgences, permettre à plus de personnes de se rétablir à domicile ou d'y rester aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible, mieux soulager la détresse des jeunes, et rétablir l'accès aux services médicaux et chirurgicaux spécialisés et ultraspécialisés en fonction de critères cliniques mieux établis, telles sont toujours - je le répète - mes grandes priorités.

Cela dit, un secteur aussi vaste que celui de la santé et des services sociaux me force, vous vous en doutez bien, à avoir d'autres préoccupations auxquelles je répondrai aussitôt que les ressources deviendront disponibles. Il faudrait par exemple ouvrir de nouveaux lits d'hébergement et de soins prolongés, ajouter du personnel en réponse aux besoins des personnes hébergées, assurer une meilleure équité interrégionale, parachever le réseau de services spécialisés de réadaptation en déficience physique et intellectuelle et mieux accompagner dans la communauté les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Au chapitre des investissements, j'ai déjà convenu avec l'ensemble des partenaires lors du Forum sur la situation dans les urgences que le Ministère donnerait priorité au rehaussement des plateaux techniques. En ce qui concerne les centres ambulatoires, on a pu croire, à tort, que nous avions choisi d'en reporter indéfiniment la construction. En fait, ce qu'il faut retenir, c'est que nous n'avons pas les moyens de financer de nouveaux plateaux si ceux qui sont déjà dans les hôpitaux ne sont pas pleinement utilisés. Les centres ambulatoires hospitaliers qui seront autorisés par le Ministère devront donc utiliser de façon maximale les plateaux techniques et les équipements qui sont déjà à la disposition de l'hôpital. Ils devront aussi se distinguer des mégacliniques en fournissant des services qui, s'ils n'étaient pas offerts, nécessiteraient l'hospitalisation. Enfin, au moment où nous parlons des dossiers qui doivent retenir notre attention, il faut souligner la nécessité de définir plus clairement le rôle du réseau universitaire et l'importance de développer ce réseau au sein duquel il ne faut pas oublier la situation particulière du CHUM.

La gouverne du réseau

J'aimerais en terminant vous parler de la gouverne du réseau en abordant la question importante des rapports entre les établissements, les régies régionales et le Ministère.

La nécessité pour les établissements et les régies régionales de rendre compte de leur gestion et de ses impacts n'a jamais été aussi grande. Lorsque les besoins sont croissants et les ressources de plus en plus limitées, il faut absolument être responsable des résultats de son action et répondre de l'autorité déléguée.

Dans le cadre de son dernier budget, en même temps qu'il a choisi de rembourser la dette accumulée des établissements du réseau, le gouvernement a lié l'allocation des crédits additionnels à l'atteinte de l'équilibre budgétaire et d'autres objectifs convenus avec les établissements en déficit et les régies régionales. Ces objectifs de résultats sont précisés dans des ententes de gestion qui sont de nouveaux moyens de reddition de compte pour les régies régionales et les établissements.

Ces ententes de gestion, qui sont là pour demeurer, consacrent le principe fondamental de hiérarchie entre le gouvernement et les instances du réseau de la santé et des services sociaux. Elles clarifient la responsabilité de chaque partie en les engageant formellement et marquent aussi dans notre secteur l'avènement d'une nouvelle culture qui rétablit enfin l'équilibre entre l'autonomie, la responsabilité et l'obligation de rendre compte.

Ces ententes devraient également nous permettre d'alléger les contraintes administratives et réglementaires et, du coup, de rendre les gestionnaires plus autonomes et plus responsables de leurs décisions. Il en résultera un contexte de gestion, peut-être plus exigeant, mais aussi plus stimulant.

Ce n'est un secret pour personne, le processus de signature des ententes a été long et difficile à démarrer. Encore aujourd'hui, certains établissements n'ont pas

signé d'entente. Il faudra, ensemble, trouver le moyen de faire mieux à l'avenir.

Je suis aussi extrêmement préoccupée par une autre réalité : le nombre d'établissements qui ne parviendront pas à respecter leur budget et le niveau important des dépassements. Vous savez, je suis prête à me battre très fort pour ce réseau auquel je suis profondément attachée. Cette année, avec l'appui de mes collègues et du premier ministre, j'ai réussi à obtenir des sommes importantes pour que les établissements que vous dirigez soient mieux en mesure de répondre aux besoins de nos concitoyens.

Pour continuer à obtenir l'écoute du gouvernement, j'aurai besoin de votre appui. Je devrai être en mesure de démontrer que, partout, tous les efforts ont été faits pour améliorer encore notre gestion et accroître notre performance grâce à des approches novatrices. J'ai confiance que nous pourrions relever ces défis. D'une part, vous devez savoir que je suis tout à fait consciente des efforts déjà accomplis au cours des dernières années. Vous avez déjà prouvé votre capacité de gérer avec rigueur. D'autre part, lors du Forum sur la situation dans les urgences, nous avons démontré à l'ensemble des Québécois que nous étions capables de travailler ensemble, en réseau, et d'une manière imaginative. Si nous continuons sur cette lancée, je suis certaine que nous aurons du succès.

J'ai évoqué tout à l'heure les rapports entre les établissements, les régies régionales et le Ministère. Je conclurai là-dessus.

Au niveau central

Le Ministère doit identifier les grandes orientations, déterminer les priorités et assurer la coordination interrégionale mais également, beaucoup mieux qu'il ne l'a fait jusqu'à maintenant, définir les programmes de services - c'est-à-dire les règles communes, les conditions d'accès et les standards de qualité qui continueront de s'appliquer aussi bien à Montréal qu'à Gaspé - et évaluer les résultats. De plus, afin de maintenir l'équité entre les

moyens disponibles et les besoins à satisfaire, le Ministère doit continuer d'allouer les ressources aux régions et réexaminer l'allocation des ressources aux établissements qui offrent des services suprarégionaux.

Au niveau régional

La déconcentration de la gestion du réseau sera toujours nécessaire afin d'ajuster les services à la diversité des situations et de choisir pour les dispenser les moyens les plus adéquats. Je suis convaincue que les besoins différents des populations de chaque territoire seront toujours mieux comblés par une organisation des services et une répartition des ressources convenues à la base plutôt que déterminées par le haut.

Dans cette perspective, les instances régionales devront toujours s'assurer de l'implantation sur leur territoire des politiques et des programmes ministériels. Elles procéderont pour cela à l'allocation des ressources aux établissements et aux organismes, elles conviendront avec eux d'une organisation des services permettant l'atteinte des objectifs fixés et coordonneront les actions des établissements et s'assureront que ceux-ci travaillent en collaboration avec les organismes de leur milieu.

Au niveau local

Enfin, au bas de la pyramide, mais au cœur du réseau, sur le terrain et à sa ligne de front, les établissements. Vous êtes les premiers responsables de l'accessibilité et de la qualité des services offerts. Je veillerai à vous accorder le plus grand espace possible pour que vous soyez en mesure de porter les jugements et poser les gestes nécessaires à la dispensation de services de qualité.

J'ai évoqué ce matin de nombreux défis. Leur importance dans plusieurs cas n'a d'équivalent que leur difficulté. Mais nous n'avons pas d'autre choix que de les relever ensemble avec succès dans la mesure où cela nous permettra d'accroître la capacité du réseau de répondre aux besoins de la population. Si cela devait également redonner confiance à la population, nos efforts n'auront pas été inutiles.

Je vous remercie de votre attention et je demeure disponible pour répondre à vos questions, entendre vos suggestions ou échanger sur vos préoccupations.

ANNEXE 6



Le conseil d'administration





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC : RÔLE ET FONCTIONNEMENT (dans administration hospitalière et sociale, janvier 1979)

Louis L. Roquet

INTRODUCTION

Après une longue période de somnolence, les conseils d'administration, semble-t-il, sont redevenus populaires. Ils font la manchette dans les journaux, sont accusés des crimes les plus divers, se permettent de remercier des cadres importants de leurs services, se prononcent sur des sujets d'actualité. Bref, ils sont en passe de devenir fort différents de la caricature traditionnelle du conseil d'administration, digne, effacé, conservateur à l'extrême et surtout inactif.

Ce changement très brusque s'explique par plusieurs facteurs. Certaines faillites retentissantes de très grandes entreprises, aux États-Unis en particulier, ont attiré l'attention des législateurs et des agences de surveillance sur la grande passivité des conseils d'administration. Certains membres de conseils d'administration ont été condamnés à des amendes sévères pour négligence, bien qu'il eut été évident qu'il n'y avait pas eu corruption ou mauvaise volonté de leur part. D'autre part, les compagnies d'assurances sont de plus en plus réticentes à assurer les membres de conseils d'administration contre des poursuites éventuelles dues à une négligence dans l'exercice de leurs fonctions.

Ces exigences croissantes face au conseil d'administration ne se limitent pas au secteur de l'entreprise privée. Certaines décisions de la cour, en particulier aux États-Unis, imposent aux conseils d'administration d'entreprises à but non lucratif (hôpitaux, fondations

charitables, etc.) des standards d'excellence dans l'exercice de leur fonction qui sont identiques aux standards imposés aux conseils d'administration de l'entreprise privée.

Devant ces phénomènes pour le moins menaçants, la réaction des conseils d'administration a été de prendre une conscience beaucoup plus aiguë de leurs responsabilités et de leurs droits, et d'exiger un partage plus équitable des pouvoirs et devoirs entre le conseil d'administration et la haute direction de l'entreprise ou de l'organisation. La question du rôle du conseil d'administration est donc une question tout à fait pertinente, et elle se pose avec tout autant de gravité dans le réseau des affaires sociales que dans le monde de l'entreprise privée.

La Loi des compagnies statue que le conseil d'administration est responsable d'administrer l'entreprise. Pour sa part, la Loi 65 et les règlements qui l'appliquent détaillent davantage les rôles qui sont confiés au conseil d'administration¹. Toutefois, la loi impose aussi des contraintes importantes au conseil d'administration : comme vous le savez, certaines dispositions de la loi rendent très difficile le travail du conseil. Comment, en pratique, est-il possible pour un conseil d'administration de remplir son mandat ? Quelles sont les difficultés particulières de fonctionner en tant que conseil d'administration, dans le réseau des affaires sociales, difficultés que l'on ne retrouve pas dans l'entreprise privée ? Nous tenterons, au cours des pages qui viennent, de répondre à ces deux questions, et de donner une approche très terre à terre, très concrète, à la tâche de membre de conseil d'administration du réseau des affaires sociales.

Cet article n'est donc pas un exposé exhaustif sur le conseil d'administration d'un établissement public. Il s'agit plutôt d'un aide-mémoire, d'un guide, d'un ensemble de réflexions destinées au membre d'un conseil d'administration, pour l'aider à mieux remplir son mandat.

¹ En particulier, les articles 49 à 68 de la Loi de 1971 et les articles 4.1.1.1 à 4.1.2.8 des Règlements

UN CONSEIL D'ADMINISTRATION NE GÈRE PAS

Commençons par un paradoxe. Quoiqu'en dise la loi, un conseil d'administration ne gère pas, et ne devrait jamais gérer. Il ne s'agit pas ici d'une querelle de mots, mais d'une réalité plus fondamentale. En effet, le conseil d'administration n'a rien à voir avec ce qu'on appelle traditionnellement la gestion, le management, ou la direction. Reprenons un à un les éléments de ce qu'on appelle ordinairement l'administration. On distingue habituellement planification, organisation, direction, contrôle. Jusqu'à un certain point, on peut dire qu'un conseil planifie, ou qu'il dirige, ou qu'il contrôle. Mais sa façon de planifier ou de diriger ou de contrôler est tout à fait différente de la façon selon laquelle on entend ces termes, à l'ordinaire. Par exemple, un conseil d'administration ne fait pas de plans, n'élabore pas ou n'invente pas de stratégies. Ou, s'il le fait, c'est très rare, dans ces situations de crise ou de fondation. Un conseil d'administration dirige très peu de personnes. Souvent, ses contacts avec le personnel de l'organisation se limitent au directeur général, à quelques membres du personnel cadre qui sont appelés à faire des communications devant le conseil. Le conseil ne contrôle pas dans le sens où il est rarement physiquement présent pour vérifier la façon dont sont accomplies les tâches confiées à l'organisation.

Mais si le conseil ne dirige pas, s'il ne gère pas, que fait-il donc ? C'est très simple : le conseil juge. Le conseil ne formule pas de plans ; il évalue, corrige, amende des plans qui lui sont présentés, à sa demande, par la direction générale. Le conseil ne dirige pas l'organisation, mais il évalue, il juge la façon dont les cadres supérieurs de l'organisation dirigent celle-ci. Le conseil d'administration ne contrôle pas la façon dont concrètement sont accomplies les activités de l'entreprise, mais il évalue les résultats obtenus, il s'assure que les politiques qu'il a approuvées sont respectées, il contrôle les résultats face aux objectifs qu'il a lui-même approuvés.

La distinction entre gérer et juger n'est pas une distinction mineure, elle est cruciale. Si le conseil d'administration dirige, s'il se mêle de mise en œuvre, s'il s'ingère dans des domaines qui devraient normalement être du

ressort de la direction de l'organisation, il devient en même temps juge et partie. Illustrons par un exemple : si un conseil d'administration s'ingère dans le domaine opérationnel et décide par exemple d'imposer un candidat à un poste de cadre intermédiaire, ou de choisir la marque des véhicules à utiliser pour la flotte de l'établissement, il se place dans une situation ambiguë : il pourra difficilement évaluer avec objectivité la qualité des résultats obtenus s'il a pris (à la place de la direction de l'établissement) des décisions au niveau des moyens à utiliser pour obtenir ces résultats.

LE MEMBRE DE CONSEIL D'ADMINISTRATION : UN REPRÉSENTANT ?

Nous reviendrons plus tard sur cette question du partage des pouvoirs entre la direction et le conseil d'administration, et nous préciserons certains critères qui permettent un départage efficace et relativement facile. Pour le moment, attachons-nous à un autre danger qui menace les conseils d'administration, surtout dans le contexte de la loi des affaires sociales. Il s'agit de la composition du conseil d'administration, ou, si vous préférez, du mode de sélection de ses membres.

Pour la plupart, les membres d'un conseil d'administration dans le réseau des affaires sociales sont élus par des segments donnés de la population : les usagers, les autres établissements du réseau, le personnel clinique et non-clinique, etc. Ce mode de sélection ou élection des membres de conseil d'administration amène plusieurs d'entre eux à se demander si leur rôle ne se limite pas à représenter fidèlement les intérêts du groupe qui les a choisis. En d'autres mots, les membres de conseil d'administration sont-ils des représentants ou des porte-parole de leurs électeurs ?

Permettez-moi de faire une distinction, une fois de plus. Il est certain que le mode de sélection des membres de conseil d'administration qui a été adopté par la loi et les règlements veut assurer, au sein du conseil d'administration la présence de gens qui sont au courant des problèmes particuliers des différents membres du réseau, y compris les usagers. La présence de membres d'origine

et d'expérience différentes sur un conseil d'administration est un atout précieux.

Toutefois ceci ne signifie pas que les différents membres de conseil d'administration ne font partie du conseil que pour représenter les intérêts d'un groupe particulier, quel qu'il soit. En effet, la responsabilité première de tous et chacun des membres du conseil d'administration est le bon fonctionnement et la qualité des services offerts par l'établissement en question. Autrement dit, la responsabilité première des membres du conseil est l'établissement dans son ensemble, et non pas les intérêts particuliers d'un groupe. Quand un membre de conseil d'administration est élu par un groupe, il devrait clarifier son rôle face à ses électeurs, et leur souligner que sa responsabilité face à l'institution et sa clientèle doit primer sa responsabilité face à ses commettants.

En résumé, donc, le membre du conseil d'administration se doit d'informer le conseil et le tenir au courant des besoins, de la situation, des attentes de ceux qu'il est sensé représenter. D'autre part, dans une perspective de décisions ou d'orientations de l'établissement, c'est le bien de tout le réseau, et c'est la conciliation d'intérêts souvent divergents qu'il doit viser, plutôt que la défense exclusive des intérêts de ceux qui l'ont choisi.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Plusieurs membres de conseil d'administration se sentent mal à l'aise parce qu'ils sont placés régulièrement en situation de conflit d'intérêts. Prenons l'exemple de l'employé professionnel membre du conseil qui participe à l'évaluation du directeur général faite par le conseil. Ou encore, la situation d'un directeur général membre du conseil d'administration d'un autre établissement, qui voit le cas de son établissement soumis au conseil dont il fait partie.

Que faire dans une telle situation de conflit d'intérêts ? Voyons comment s'en sortir. D'abord, les problèmes qui peuvent provoquer des conflits d'intérêts devraient être identifiés comme tels. Le membre qui se croit en situation de conflit devrait le dire au conseil, clairement. S'il ne le

fait pas, le président devrait lui rappeler, ou à son défaut, le membre qui préside l'assemblée du conseil.

Ceci fait, une période d'information et questions devrait précéder la discussion proprement dite. La contribution du membre en conflit d'intérêts est importante sur ce plan. Supposons par exemple que la question débattue soit une augmentation alarmante des griefs et une détérioration des relations avec un syndicat représentant des employés non-professionnels de l'établissement. L'employé non-professionnels de l'établissement. L'employé non-professionnels qui est membre du conseil peut certainement informer le conseil de la situation, présenter des points de vue que le conseil ignore, compléter le portrait de la situation fourni par les cadres de l'établissement, etc. À ce moment, il n'agit pas comme défenseur de ceux qui l'ont élu, mais comme personne-ressource pour le conseil.

Une fois terminée la période d'information, i.e. avant qu'on discute la situation, qu'on exprime des opinions et jugements, ou avant que le conseil ne prenne une décision, le membre en situation de conflit d'intérêt devrait se retirer de la réunion, pour revenir quand on passera au point suivant de l'agenda. Si le membre ne se retire pas, le président devrait l'inviter à le faire, ou, à défaut du président, le membre qui préside l'assemblée du conseil.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION NE COORDONNE PAS

Tant que le mode de sélection des membres de conseil d'administration des établissements du réseau ne sera pas changé, on peut difficilement imaginer d'amélioration au niveau des conflits d'intérêts. La raison en est peut-être qu'on a imaginé le conseil d'administration comme un outil de coordination, c'est-à-dire un groupe au sein duquel seraient présents les principaux agents du réseau, qui s'ajusteraient les uns aux autres du seul fait de leur voisinage et de leur participation à des décisions regardant un établissement.

Le législateur a oublié qu'un conseil d'administration ne peut être un outil de coordination, puisque l'objectif du conseil d'administration d'un établissement est d'assurer, à l'intérieur des contraintes posées par les autres établissements, le meilleur fonctionnement possible et les meilleurs services possibles à sa clientèle. Autrement dit, l'attention du conseil d'administration doit être rivée entièrement et uniquement sur l'établissement dont il est responsable. C'est la responsabilité des conseils d'administration des autres établissements d'assurer le bon fonctionnement de leur établissement. Quand on utilise un conseil d'administration comme outil de coordination, deux phénomènes risquent de se produire, et ce sont deux dangers réels. Un premier danger est que le conseil d'administration devienne un endroit de maquignonage, d'échange de bons procédés. Le second danger est que le conseil devienne un conseil-fantôme, dominé par le directeur général de l'établissement.

La chose est facile à comprendre. En effet, le conseil est par définition un endroit où l'on juge, où l'on évalue. L'exercice de cette fonction de juge ou d'évaluateur exige qu'il y ait une absence totale de conflits d'intérêts, c'est-à-dire que le juge soit entièrement neutre face à un problème ou une solution. Or tel n'est souvent pas le cas, dans le réseau des affaires sociales, parce que les membres des conseils d'administration portent, suivant l'expression courante, deux chapeaux. Souvent, ils sont à la fois membres du conseil d'administration d'un établissement et clients de cet établissement, ou membres du personnel, ou cadres. Il faut donc une vertu peu commune, et une notion très claire du rôle, du pouvoir, et des obligations d'un membre de conseil d'administration pour pouvoir fonctionner à l'intérieur d'un système qui institutionnalise le conflit d'intérêts.

On m'accusera d'être trop dur ou trop critique du système. J'accepte volontiers cette critique, mais je crois qu'il est important de mettre les points sur les « i » pour être capable d'élaborer un *modus vivendi*, une façon de fonctionner qui respecte les contraintes posées par la loi, et atteint, au delà des formules imparfaites que la loi propose, les objectifs que se proposait le législateur : élargissement des horizons des conseils d'administration,

contribution d'individus ayant des expériences et des approches très différentes à la solution des problèmes d'un établissement, intégration des usagers et bénéficiaires des services à la prise de décision sur ces services mêmes.

ÉVALUATION DES CADRES

Cette situation de conflit d'intérêts ou, au moins, d'imprécision sur le rôle de représentant d'un membre de conseil d'administration crée souvent un vide de pouvoir malheureux. Comme je le soulignais précédemment, la fonction de juge exige un détachement total, une neutralité complète. Cette neutralité étant absente, il devient difficile pour le conseil d'exercer sa fonction de juge face aux cadres de l'établissement, et en particulier face au directeur général. Même si cette fonction d'évaluation du directeur général et d'emploi éventuel d'un remplaçant est précisée dans les règlements, en pratique très rares sont les conseils qui l'exercent. Si l'on voulait caricaturer juste un petit peu la réalité, on dirait qu'il y a plus de directeurs généraux qui contrôlent leurs conseils que de conseils qui contrôlent leurs directeurs généraux. Le moins qu'on puisse dire est qu'une telle situation n'est pas normale.

De plus, dans une perspective où les responsabilités assumées légalement par le conseil grandissent de jour en jour, dans un contexte où le législateur devient de plus en plus exigeant face aux conseils d'administration et à la façon dont ils accomplissent leur mandat, l'existence de conseils d'administration qui sont effectivement dirigés par leur directeur général devrait être une cause d'inquiétude pour les membres de conseil d'administration. En 1978, et encore davantage dans les années qui viendront, il faudra être suicidaire pour entériner automatiquement, comme le font certains conseils, les propositions, budgets, recommandations, contrats de service, engagement des cadres supérieurs, tels que proposés par le directeur général d'un établissement. En d'autres mots, la pratique de donner un blanc-seing à un directeur général devrait prendre fin, si on veut parler de vrais conseils d'administration dans le réseau des affaires sociales.

Le problème de l'évaluation des cadres supérieurs par le conseil n'est pas propre aux établissements publics. On se sent mal à l'aise de « faire le procès » d'un directeur qui travaille fort, qui obtient des résultats valables, avec qui on a établi une relation de collaboration ouverte.

Une bonne part des difficultés tient à ce que :

- les conseils ne sont pas convaincus de l'importance d'évaluer les cadres supérieurs ;
- même s'ils voulaient le faire, ils ne sauraient pas comment s'y prendre ;
- les directeurs eux-mêmes ne respecteraient pas l'évaluation de leur performance faite par le conseil.

Abordons ces trois difficultés une à la suite de l'autre. Les conseils doivent se convaincre que l'évaluation des cadres est une tâche essentielle, pour plusieurs raisons. D'abord et avant tout, le directeur a droit et a besoin de feedback sur sa performance. Il est trop intelligent pour croire qu'il est parfait, et il peut être important pour lui d'identifier les aspects de sa performance qu'il pourrait améliorer. Il pourra ainsi se développer, augmenter son efficacité et sa propre satisfaction. Dites-vous qu'un bon directeur a assez souvent une idée assez juste de sa performance. Un conseil qui accepte sans mot dire une performance de la part de son directeur général qui est inférieure à ce qu'elle pourrait être agit de façon irresponsable. C'est tout comme s'il disait au directeur général : « Nous savons que tu peux donner 100%, mais nous ne sommes pas exigeants, et nous nous contentons de 60%... » À bien y penser, c'est une insulte au directeur général.

Comment évaluer le directeur général de façon à ce que l'évaluation soit valable, et que le directeur général la reconnaisse comme telle ? L'important est de fixer au départ les règles du jeu et de s'en tenir à ces règles. Chaque année, le conseil approuve un budget. Ce budget indique (ou devrait indiquer) ce qui sera accompli au cours de l'année, il traduit les objectifs et plans d'action dans le langage commun des chiffres. Une première base

d'évaluation de la performance est donc l'atteinte des objectifs de l'établissement, en tenant compte de circonstances exceptionnelles qui auraient pu être présentés.

Le directeur général a en mains un certain nombre de ressources qu'il utilise pour atteindre les objectifs sanctionnés par le conseil. Ces ressources sont d'abord et avant tout le personnel, puis les ressources matérielles (équipements, etc.) et financières, et enfin le temps (une ressource cruciale, trop souvent mal utilisée). Un jugement global peut-être porté sur les ressources de l'établissement et surtout les ressources humaines. Dans quel état sont les ressources ? Sont-elles bien agencées ? Ont-elles été développées ? L'atmosphère est-elle acceptable ?

L'essentiel est d'évaluer le directeur général sur des points pertinents (pas la largeur de son sourire !), des points fondamentaux (des décisions importantes, des carences sérieuses, des pratiques régulières, des politiques) et des facteurs dont il est responsable et sur lesquels il a du contrôle (il ne peut être normalement tenu responsable d'une décision du Ministère !).

LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL

Nous avons jusqu'ici évoqué trois dangers sérieux pour le fonctionnement d'un conseil d'administration dans le réseau des affaires sociales. Ces dangers ne sont pas théoriques et ces fonctionnements ont effectivement été observés dans le réseau. Tour à tour, nous avons dénoncé le conseil d'administration qui se mêle de ce qui ne le regarde pas, c'est-à-dire qui dirige à la place de la direction générale ; le conseil d'administration qui est un lieu d'échange de bons procédés et de maquignonnage, et ne prend aucune décision ou aucune orientation compromettante pour protéger les intérêts particuliers de ses membres, et enfin, le conseil d'administration dominé par le directeur général de l'établissement, qui entérine toutes les propositions ou presque qui lui sont soumises.

Ces disfonctions mises à part, comment devrait fonctionner un vrai conseil d'administration ? Un conseil

a-t-il vraiment la possibilité de faire quelque chose, de jouer son rôle ? Quel est sa vraie contribution, très concrète, à la bonne marche d'un établissement du réseau des affaires sociales ? Où se situe précisément la frontière entre le rôle de la direction et le rôle du conseil d'administration ?

Si vous voulez, commençons par répondre à une objection courante dans le réseau. La plupart des membres de conseil sont convaincus que le conseil est un instrument honorifique, destiné à servir de tampon entre le Ministère des Affaires Sociales et la direction de l'établissement, pouvant à l'occasion servir de caution pour le Ministère, mais sans véritable pouvoir. On dit souvent : « Les budgets sont déterminés par le Ministère, la direction générale, les dépenses, nous approuvons des documents déjà rédigés ou des dépenses déjà effectuées, comme des tampons de caoutchouc. »

Malgré toutes les contraintes que nous avons énumérées précédemment, cette vision du rôle d'un conseil d'administration est exagérément pessimiste. Ce qu'elle dénote, c'est une abdication, de la part du conseil d'administration, face à ses responsabilités. Un conseil d'administration même à l'intérieur de la loi et des règlements tels qu'ils sont, dispose de pouvoirs importants, et a l'obligation de les exercer.

On peut résumer le rôle du conseil en quatre chefs :

- Détermination des objectifs et priorités de l'organisation ;
- Allocation ou attribution des ressources ;
- Détermination des principales politiques de l'organisation ;
- Décisions majeures ou stratégiques.

Tout le reste, c'est-à-dire tout ce qui n'est pas couvert par ces quatre points, revient à la direction générale de l'établissement.

Quelques précisions s'imposent, pour mieux distinguer les champs d'action respectifs du conseil et de la direction. D'abord, l'action du conseil d'administration se situe nettement au niveau stratégique, c'est-à-dire au niveau des objectifs et priorités de l'organisation et des principaux moyens pour atteindre ces objectifs : ressources (budgets, financements, ressources de gestion au sommet, etc.) et politiques (des cadres de décisions, les énoncés généraux sur les moyens à utiliser pour atteindre les objectifs. Enfin, le conseil d'administration doit se réserver les décisions majeures, c'est-à-dire les décisions qui :

- Créeront un précédent, et influenceront donc les objectifs et les politiques de l'organisation ainsi que son allocation des ressources, à moyen ou long terme. Par exemple, la décision d'offrir un service nouveau, ou de desservir une clientèle nouvelle, la décision d'octroyer à certains cadres ou membres du personnel l'usage d'une voiture, ou des comptes de dépenses, etc.
- Sont suffisamment importantes (montants des capitaux impliqués, importance du risque, impact possible sur l'image et la réputation de l'établissement) pour compromettre ou affecter sérieusement la capacité de l'établissement de réaliser ses objectifs.

Un fait important à noter : dans les quatre catégories que nous avons précédemment mentionnées, le conseil ne gère pas, il établit des cadres de décision, et juge si ces cadres de décision ont été respectés. Il s'agit là du seul critère vraiment efficace pour distinguer les champs d'action respectifs du conseil et de la direction générale.

Détaillons un peu plus les différentes responsabilités du conseil d'administration. Au cours d'une année, le conseil doit :

- Juger et approuver les plans d'actions (par rapport aux objectifs) ;
- Juger et approuver les budgets, qui sont la traduction financière des plans d'actions ;

- Juger de l'efficacité des administrateurs-clés, évaluer leur performance ;
- Assurer la présence et disponibilité des ressources nécessaires ou prendre les décisions qui affectent gravement ces ressources ;
- Évaluer le degré d'atteinte des objectifs, et exiger des correctifs ;
- Approuver les politiques principales de l'organisation (par exemple, la politique de services, la politique d'achats, la politique de rémunération, etc.), et assurer leur adaptation en évaluant de façon régulière leur impact sur l'organisation et sa capacité d'atteindre ses objectifs.

Dans tous les domaines que nous avons énumérés, le conseil juge, il oriente, il ne gère pas, il ne prend pas les décisions qui visent à mettre en œuvre les orientations et les objectifs qu'il a approuvés pour l'établissement. Ces décisions de mise en œuvre, de gestion de l'établissement sont du ressort de la direction de l'établissement, et tant que la direction respecte les grandes politiques de l'établissement, le conseil devrait lui laisser la latitude requise pour bien jouer son rôle.

D'autre part, si le conseil d'administration n'examine jamais les plans d'action qui sous-tendent les budgets ; s'il ne réfléchit jamais sur les priorités de l'organisation et sur les compromis qui doivent être inévitablement faits, dans un contexte de ressources restreintes ; s'il n'évalue pas périodiquement, de façon systématique, les différentes politiques qui influencent dramatiquement la façon dont sont offerts les services de l'établissement, pour voir si des changements dans l'environnement n'ont pas rendu ces politiques désuètes, peu efficaces, ou même aberrantes ; s'il n'évalue pas systématiquement ou régulièrement la performance des cadres supérieurs de l'établissement, à partir de critères ou d'objectifs qui auront été discutés préalablement avec ceux-ci ; s'il n'évalue pas les résultats obtenus globalement par l'établissement, en les comparant aux objectifs qui avaient été fixés au début du processus de planification ; s'il ne se tient pas au courant

des besoins de la population que l'établissement dessert ; alors, le conseil d'administration ne joue pas le rôle que la société attend de lui, que la loi lui impose, et que l'établissement lui-même est en droit d'attendre de la part de son conseil.

J'imagine la réaction, pour l'avoir souvent observé, d'un grand nombre de membres de conseil d'administration, pour ne pas parler de directeurs généraux. Vous me direz : « Comment pouvons-nous orienter des établissements de ce genre, aussi hautement spécialisés, nous qui souvent ne connaissons rien aux soins hospitaliers, aux services sociaux, aux problèmes de la délinquance (sic) juvénile ou des mères célibataires, aux différentes théories d'intervention sociale ?

De telles objections sont non pertinentes. En effet, si la tâche du conseil était de gérer, de diriger, il faudrait certainement qu'il regroupe des experts dans l'administration des services, des experts en intervention, des professionnels de la santé ou des services sociaux. Mais justement, le rôle du conseil n'est pas de gérer, ou de diriger. Le rôle du conseil est de juger, d'évaluer des plans d'action, des propositions qui ont été préparées par des experts, de choisir entre différentes priorités qui sont proposées par des experts en analyse des besoins de la population, d'adopter des compromis souvent cuisants face aux services à offrir à la population avec des ressources restreintes, d'évaluer si les budgets qui avaient été proposés et formulés par les directions ont été respectés, d'établir si les objectifs qui avaient été soumis par les directions au début de l'année ont été atteints, etc. En d'autres mots, aucune de ces tâches ne suppose ou n'exige une compétence démontrée dans le domaine des services de la santé ou des services sociaux. Elle demande du jugement, de la curiosité, de la ténacité, beaucoup d'ouverture d'esprit, et du courage.

LE BUDGET, LA CLÉ DE VOÛTE

De tous les outils et de tous les contrôles dont dispose le conseil d'administration pour accomplir sa tâche, le plus efficace est sans doute le budget, qui est en quelque sorte la pierre de touche du fonctionnement d'un conseil

d'administration. Le budget en lui-même ne signifie rien. Si, comme le font malheureusement certains conseils d'administration, l'approbation du budget consiste en une séance où l'on examine rapidement si les montants inscrits aux différents postes du budget correspondent approximativement aux montants qui étaient inscrits à pareille date l'année précédente, en tenant compte de l'inflation, le budget devient un exercice stupide et sans but. Si au contraire, le conseil d'administration se donne la peine d'examiner les plans d'action, les objectifs, les activités destinées à atteindre ces objectifs, qui ensuite seront traduites en chiffres, en ressources humaines, alors l'examen, les corrections et l'approbation du budget deviennent une tâche fondamentale pour le conseil d'administration.

La tentation, pour un conseil d'administration, est de toujours considérer la majorité des postes de budget comme fixes, comme si le fait d'avoir eu un montant X l'année précédente impliquait la nécessité d'avoir un montant X plus inflation pour l'année courante. Il est vrai que certains postes du budget sont relativement fixes, ou relativement difficiles à modifier : intérêts sur la dette, amortissements, loyers, électricité, le chauffage, etc. Toutefois, si l'on n'y prête pas attention, tous les postes d'un budget deviennent bientôt fixes. L'organisation s'habitue à fonctionner selon un certain rythme, d'une certaine façon, et le budget devient une traduction d'une série d'activités poursuivies pour atteindre des objectifs déterminés. Si le conseil d'administration permet que le budget devienne la traduction d'une série d'habitudes, il ne joue pas son rôle.

LA PLANIFICATION À MOYEN TERME

Nous avons présenté le budget comme l'outil le plus important pour un conseil d'administration, dans l'accomplissement de sa tâche. Logiquement, nous aurions dû parler de planification avant de parler de budget, puisque le budget n'est qu'une des techniques de planification. Toutefois, comme c'est la technique qui est la plus commune, et comme elle est davantage identifiée à la tâche du conseil, nous avons préféré la traiter au départ.

Une des raisons pour lesquelles les conseils d'administration éprouvent de la difficulté à influencer la destinée de l'institution qu'ils contrôlent est le manque de continuité à long terme dans l'action du conseil. Nous soulignerons un peu plus loin un des aspects de ce manque de continuité, la rotation rapide des membres du conseil. Ce que nous voulons souligner ici, c'est que rares sont les problèmes importants, dans un établissement du réseau des affaires sociales, qui se posent à l'intérieur d'une seule période budgétaire, dont l'impact se mesure à l'intérieur d'une seule période budgétaire, ou dont la solution puisse être découverte et mise en œuvre à l'intérieur d'une seule budgétaire. Si tel est le cas, il est difficile d'imaginer que l'on puisse se contenter de budgets qui s'étendent sur une période d'un an, pour aborder ou régler des problèmes qui eux requièrent (sic) deux, trois, quatre, cinq ans ou plus pour être solutionnés.

Il est essentiel que les conseils d'administration sachent où ils s'en vont, au-delà d'une période budgétaire. La façon la plus efficace de le faire est pour le conseil de s'assurer de l'existence d'un plan étendu sur une période de trois ans. Les trois années du plan ne sont pas détaillées de la même façon. L'année qui suivra la période budgétaire actuelle est très détaillée, puisqu'elle servira à élaborer le budget définitif de l'année prochaine. Les deux autres années présentent les projets et les orientations majeures que l'on se propose d'entreprendre ou de continuer, en soulignant les implications budgétaires de ces projets.

Si le conseil n'exige pas que de tels plans soient préparés, et ne consacre pas du temps à les examiner, il impose au directeur général la tâche de prévoir à long terme l'orientation et les problèmes de l'établissement, tâche que le directeur général doit accomplir sans avoir le pouvoir d'approuver les budgets. De plus, l'absence d'un plan étendu sur une période d'au moins trois ans, période qui nous semble un minimum pour être efficace, empêche le conseil de se pencher sur des problèmes qui sont autre chose que des problèmes à court terme. Quand on identifie un problème dont la solution ne pourra être apportée qu'à long terme, on a tendance à en remettre la solution à des instances supérieures, sous prétexte que le personnel, les ressources financières, les énergies requises

sont trop considérables pour être disponibles au sein de l'établissement. Ce qu'on oublie, c'est que le problème pourrait être abordé et solutionné, sur une période de temps plus longue, avec des ressources plus restreintes, si on recourait à une planification très simple, s'étendant sur une période de trois ans ou plus.

En insistant pour obtenir des plans étendus sur un horizon moyen terme de trois ans, le conseil d'administration ne fait que se rendre service à lui-même. Il rend aussi service à son institution en forçant ses professionnels, ses cadres à prévoir leur action au-delà du quotidien. De plus cette planification donne à l'établissement, à ses cadres et à son conseil un avantage important dans la négociation de budgets au Ministère des Affaires Sociales.

LES COMITÉS DU CONSEIL

La loi et les règlements sur les services de santé et les services sociaux prévoient la création de deux comités : le comité administratif et le comité de vérification. Le rôle du comité administratif n'est pas précisé, bien qu'on puisse poser comme hypothèse raisonnable que ce comité joue le rôle d'un comité exécutif traditionnel au sein d'un conseil d'administration. Le second comité, le comité de vérification, dont le rôle est défini au paragraphe 4.1.2.5 des Règlements, doit recevoir toute communication du vérificateur et lui venir en aide relativement à l'exécution de son mandat : de plus, il reçoit tout rapport du vérificateur, le discute avec lui et le transmet au conseil d'administration avec ses commentaires et ses recommandations.

Ces deux comités, et d'autres comités qui éventuellement pourraient être créés par le conseil d'administration pour accomplir un mandat particulier, sont des outils importants du conseil d'administration, au même titre que les budgets et les plans à moyen terme. Ils permettent en particulier au conseil d'assurer que les documents, plans, propositions, budgets qui lui seront présentés auront été examinés, analysés, fouillés par ses membres les plus experts avant d'être soumis à l'assemblée plénière du conseil.

Il existe cependant un danger, danger qui n'est pas du tout illusoire : c'est que les comités se substituent au conseil d'administration. Les comités n'existent pas pour remplacer le conseil d'administration, mais pour lui permettre de travailler plus efficacement. Malheureusement, dans plusieurs établissements, c'est le comité administratif (ou comité exécutif) qui, à toute fin pratique, remplace le conseil d'administration.

Le conseil d'administration peut déléguer certains pouvoirs au comité administratif, mais délégation ne signifie pas ABDICATION. Autrement dit, ce n'est pas parce que le conseil d'administration a délégué un pouvoir au comité administratif qu'il perd le droit de regard sur la façon dont le comité administratif exécute ce mandat. De plus, les tâches fondamentales du conseil ne devraient jamais être déléguées au comité administratif ou au comité exécutif. Si une urgence se présentait, le comité exécutif pourrait prendre action, mais sa décision devrait être soumise au conseil en entier, lors de la réunion suivante du conseil d'administration. Dans de pareilles circonstances, si le comité administratif n'a pas pris la bonne décision, de l'avis du conseil d'administration, le conseil d'administration a le pouvoir et l'obligation de renverser la décision du comité administratif. Comme nous le disions précédemment, délégation ne signifie pas perte ou abdication de pouvoirs.

Quand (sic) au comité de vérification, son rôle est crucial. Il est un des rares points de contact du conseil d'administration avec l'établissement, puisqu'il travaille en collaboration étroite avec le vérificateur. Le comité sera donc en mesure de vérifier si les objectifs qui avaient été fixés au début de la période ont été atteints, si les grandes politiques établies ou approuvées par le conseil ont été respectées, si les ressources de l'établissement ont été utilisées aux fins qui avaient été prévues. De plus, c'est là son rôle le plus important, le comité de vérification doit établir un diagnostic, c'est-à-dire identifier les causes pour lesquelles certains objectifs n'ont pas été atteints, ou certaines déviations ont été effectuées par rapport aux plans. Ce diagnostic est essentiel pour permettre un redressement ou une amélioration de certaines situations, et une évaluation honnête des cadres supérieurs de l'établissement.

LA PERMANENCE DU CONSEIL

La continuité dans l'action du conseil d'administration souffre beaucoup du fait qu'environ un tiers de ses membres sont remplacés tous les ans. Dans certains conseils, au hasard des démissions, c'est cinquante pour cent des membres qui changeront la même année. Il est difficile d'imaginer comment un conseil qui connaît une telle rotation puisse être efficace. Les normes de nomination des membres de conseil d'administration, qui ont été promulguées dans le but d'assurer du sang neuf à l'intérieur du conseil à intervalles réguliers, aboutissent en fait à faire du conseil un lieu de passage pour ses membres.

Comment faire pour rendre efficace un conseil d'administration aussi éphémère ? Une part importante de la solution réside dans la façon dont on intègre les nouveaux membres, surtout ceux qui ne sont pas représentants du personnel de l'établissement. Le conseil d'administration et l'établissement lui-même ont l'obligation de former leurs nouveaux membres. Cette formation porte sur plusieurs plans : familiariser le nouveau membre avec le réseau et avec l'établissement, le familiariser avec certaines techniques d'administration comme le budget, lui apprendre à travailler dans le contexte d'un conseil d'administration, ce qui pour la plupart des membres est une nouvelle expérience, enfin, lui apprendre à travailler concrètement avec les autres membres du conseil d'administration, de façon à former un groupe de travail efficace.

Dans grand nombre d'établissements, le nouveau membre est laissé à lui-même pour se familiariser avec le réseau, avec l'établissement, et avec les techniques de gestion. Dans certains établissements ou dans certains conseils, on va jusqu'à reprocher à des nouveaux membres de déranger un processus qui commençait à se roder, ou de prétendre participer à des décisions quand ils ne connaissent rien à l'administration. Or il existe plusieurs moyens pour intégrer rapidement un nouveau membre. Par exemple, quelques établissements ont préparé du matériel de présentation, fait sur mesure pour les membres de conseil d'administration. Ce matériel comporte des renseignements sur l'établissement, ses

objectifs et ses réalisations, sur le réseau des affaires sociales, la législation qui affecte l'établissement et le fonctionnement de son conseil. Malheureusement, peu d'établissements disposent de ce matériel.

Quelques établissements confient à un membre plus ancien du conseil la tâche de parrainer le nouveau membre, et de lui transmettre les informations dont il pourrait avoir besoin. C'est le parrain qui fait visiter l'établissement ou les établissements du réseau local au nouveau membre, qui lui présente les cadres supérieurs, qui l'initie à sa nouvelle tâche de membre de conseil.

Enfin, une autre façon d'intégrer un nouveau membre de conseil est de le faire participer à un des comités actifs du conseil d'administration. Dans le contexte d'un comité, avec des membres moins nombreux et une atmosphère un peu moins formelle, le nouveau membre pourra se familiariser avec l'établissement, le personnel, la procédure, et accéder rapidement au statut de membre à part entière.

On souligne souvent que les nouveaux membres de conseil d'administration, en particulier ceux qui ne représentent pas le personnel de l'établissement, hésitent à poser des questions et à se renseigner eux même sur l'établissement, ses projets, ses problèmes. On dit en quelque sorte ; « Si les nouveaux ne s'intègrent pas, c'est qu'ils ne font pas comme nous, les anciens. Quand nous sommes arrivés au conseil, nous avons posé des questions, formulé des objections, nous avons fait sentir notre présence. Qu'ils fassent comme nous. »

Bien entendu, certains membres savent dès le départ se tailler une place dans la structure du conseil. Dans la majorité des cas, une expérience antérieure en entreprise ou ailleurs leur a permis de se familiariser avec le mode de fonctionnement d'un conseil. Mais tel n'est pas le cas pour la majorité des nouveaux membres de conseil. De plus, et ceci est vrai pour tous les membres de conseil, et non pas seulement les nouveaux, en général, les membres de conseil ne posent pas assez de questions. Qu'on me permette de donner un exemple. C. Northcote Parkinson, économiste bien connu, explique pourquoi un conseil

d'administration consacrerait plus de temps à discuter l'achat d'une cafetière de dix dollars que l'achat d'une centrale nucléaire de dix (10) millions de dollars. La raison est très simple. Quand il s'agit du projet d'une centrale nucléaire, le projet est présenté par des experts qui justifient, dans un vocabulaire que souvent les membres du conseil ne comprennent pas, une dépense importante. Le membre du conseil d'administration se sent gêné d'intervenir dans un débat aussi scientifique, pour poser une question aussi ridicule que : « Qu'est-ce qu'un réacteur atomique ?, se disant que tous les autres membres du conseil savent très bien ce dont il s'agit. Or, en pratique, tous les membres du conseil sauf le président ou directeur général ignorent ce dont il s'agit. C'est la pression sociale, la peur de paraître ridicule ou mal informé qui fait que personne ne pose des questions.

Quand on passe à l'item suivant, l'achat d'une cafetière de dix dollars pour permettre aux secrétaires d'économiser lors de leurs pauses-café la discussion s'éternise. Cette fois, on discute d'un sujet que tous les membres du conseil connaissent : le café et les cafetières. Tous ceux qui n'ont pas osé parler lors de la discussion d'un investissement de dix (10) millions sentent l'obligation de se faire entendre, et d'apporter leur contribution à un débat futile.

Même si les conseils d'administration d'établissements du réseau des affaires sociales n'ont pas à voter sur des piles atomiques, des situations analogues se présentent constamment à l'occasion de réunions du conseil d'administration. Plus la décision semble d'ordre technique ou professionnel (et l'on peut toujours présenter une décision de façon excessivement technique), plus les membres du conseil se sentent gênés d'intervenir face à des experts qui, eux, savent de ce qui est bon pour l'établissement...

Ce refus de poser des questions, de s'informer, cette abdication devant les professionnels ou les cadres de l'établissement est impardonnable. Ce n'est pas le rôle du conseil de déterminer si tel ou tel équipement est préférable pour l'établissement. Mais c'est certainement le rôle du conseil d'administration de déterminer si

l'établissement doit investir des ressources rares à une fin en particulier plutôt qu'à une autre ; c'est le rôle du conseil d'administration de déterminer s'il est plus important de soigner telle maladie ou d'offrir tel traitement plutôt que tel autre ; c'est le rôle du conseil d'administration de juger la façon dont les ressources de l'établissement sont utilisées. Et ce travail de jugement, de détermination de l'utilisation des ressources de l'établissement ne peut être fait si la gêne ou la fausse honte empêche les membres du conseil de poser des questions fondamentales.

L'AVENIR...

On peut prévoir dès maintenant des transformations importantes au sein du réseau des affaires sociales. On parle d'un vent de décentralisation qui souffle sur le réseau. Il est certain que ces transformations auront un impact sur le fonctionnement des conseils d'administration. En particulier, elles augmenteront les responsabilités des conseils des établissements aux plans local et régional. Espérons que ces responsabilités nouvelles s'accompagneront de dispositions légales ou de modifications aux règlements qui faciliteront le travail des conseils d'administration.

Le tour d'horizon que nous avons fait a identifié bien des points noirs, et bien des sources de difficultés pour les conseils dans l'accomplissement de leur tâche. J'espère toutefois que les membres de conseil auront pu y trouver aussi des moyens et des approches qui rendront leur activité plus efficace, et plus agréables.

ANNEXE 7



Table des matières de la loi





TABLE DES MATIÈRES DE LA LOI

PARTIE I OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

TITRE I OBJET 1

TITRE II DROITS DES USAGERS

CHAPITRE I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
CHAPITRE II	DOSSIER DE L'USAGER	17
CHAPITRE III	PLAINTES DES USAGERS	
SECTION I	EXAMEN PAR L'ÉTABLISSEMENT	29
SECTION II	EXAMEN PAR LA RÉGIE RÉGIONALE	42
SECTION III	ASSISTANCE PAR UN ORGANISME COMMUNAUTAIRE	54
SECTION IV	COMMISSAIRE AUX PLAINTES	55
SECTION V	DOSSIER DE PLAINTÉ D'UN USAGER	66
SECTION VI	RAPPORTS	68
CHAPITRE IV	AUTRES PLAINTES	72
CHAPITRE V	POUVOIRS DE SURVEILLANCE ET SUBROGATION	77

PARTIE II PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

TITRE I

CHAPITRE I

CHAPITRE II

CHAPITRE III

SECTION I

SECTION III

LES ÉTABLISSEMENTS	
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	79
FONCTIONS	100
ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS	
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	
• 1. — Formation	119
• 2. — Composition du conseil	
1. Mode de désignation des membres	129
2. Mandat et qualification des membres	149
• 3. — Fonctionnement	
1. Présidence, vice-présidence et secrétariat	157
2. Séances	160
3. Remboursement des dépenses	165
4. Documents et archives	166
• 4. — Pouvoirs et obligations du conseil	170
• 5. — Représentation des membres de certaines personnes morales	181.1
LES RESSOURCES HUMAINES	
• 1. — Le plan d'organisation	183
• 2. — Chef de département clinique	188
• 3. — Le directeur général d'un établissement public	193
• 4. — Le directeur des services professionnels	202

	• 5. — Le directeur des soins infirmiers	206
	• 6. — Le comité des usagers	20
	• 7. — Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	213
	• 8. — Le conseil des infirmières et infirmiers	219
	• 9. — Le conseil multidisciplinaire	226
	• 10. — Le personnel	231
	• 11. — Les médecins, dentistes et pharmaciens	237
SECTION IV	LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	
	• 1. — Règles relatives aux ressources matérielles	260
	• 2. — Dons, legs et subventions	
	1. Acceptation	268
	2. Fondations	271
	• 3. — Règles relatives aux ressources financières	
	1. Dispositions applicables à tous les établissements	278
	2. Dispositions applicables aux établissements publics	282
	3. Dispositions applicables aux établissements privés conventionnés	298
SECTION V	LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET LES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	
	• 1. — Les ressources intermédiaires	301
	• 2. — Les ressources de type familial	310
CHAPITRE IV	RÈGLES APPLICABLES AUX ACTES CONSTITUTIFS DES ÉTABLISSEMENTS	
SECTION I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	315
SECTION II	CONSTITUTION D'ÉTABLISSEMENT PUBLIC	317
SECTION III	FUSION ET CONVERSION	323
SECTION IV	INTÉGRATION	330
SECTION V	DISSOLUTION	333
TITRE II	LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	334
PARTIE III	COORDINATION, SURVEILLANCE ET RÉGLEMENTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
TITRE I	LES INSTITUTIONS RÉGIONALES	
CHAPITRE I	LES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
SECTION I	STATUT ET OBJETS	339
SECTION II	FONCTIONS PARTICULIÈRES	
	• 1. — Fonctions à l'égard de la population et des droits des usagers	343
	• 2. — Fonctions reliées aux priorités de santé et de bien-être	346
	• 3. — Fonctions reliées à l'organisation des services	347
	• 4. — Fonctions reliées à l'allocation des ressources financières	350
	• 5. — Fonctions reliées à la coordination des services de santé et des services sociaux	352
	• 6. — Fonctions reliées à la santé publique	371
	• 7. — Fonctions reliées à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières	376
SECTION III	BUDGET DE FONCTIONNEMENT ET RAPPORTS	386

SECTION IV	CONSEIL D'ADMINISTRATION	
	• 1. — Composition, mandat et qualification des membres	397
	• 2. — Présidence, vice-présidence et secrétariat	402
	• 3. — Fonctions du conseil d'administration	405
	• 4. — Fonctionnement	408
SECTION V	DIRECTEUR GÉNÉRAL ET AUTRES CADRES	414
SECTION VI	DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE	417.1
CHAPITRE II	[Intitulé abrogé.]	418
TITRE II	LE MINISTRE	
CHAPITRE I	FONCTIONS MINISTÉRIELLES	431
CHAPITRE II	LES PERMIS	
SECTION I	DÉLIVRANCE ET MODIFICATION	437
SECTION II	OBLIGATIONS DU TITULAIRE D'UN PERMIS	444
SECTION III	SUSPENSION ET RÉVOCATION	446
SECTION III.1	RETRAIT DU PERMIS	
	• 1. — Dispositions applicables aux établissements publics et privés conventionnés ..	451.1
	• 2. — Dispositions applicables aux établissements publics	451.7
	• 3. — Dispositions applicables aux établissements privés conventionnés	451.16
SECTION IV	EXPLOITATION SANS PERMIS	452
CHAPITRE III	L'AGRÈMENT DE CERTAINES RESSOURCES PRIVÉES AUX FINS D'ATTRIBUTION	
	D'ALLOCATIONS FINANCIÈRES	454
CHAPITRE IV	LE FINANCEMENT DES SERVICES	463
CHAPITRE V	LE FINANCEMENT DES AUTRES SERVICES	468
CHAPITRE VI	AIDE MATÉRIELLE ET ASSISTANCE À LA PERSONNE	478
CHAPITRE VII	RÉGLEMENTATION	485
CHAPITRE VIII	POUVOIRS DE SURVEILLANCE	
SECTION I	INSPECTION	489
SECTION II	ADMINISTRATION PROVISOIRE	490
TITRE III	LE GOUVERNEMENT	
CHAPITRE I	MESURES ADMINISTRATIVES	497
CHAPITRE II	RÉGLEMENTATION	
SECTION I	APPLICATION DE LA PRÉSENTE LOI	505
SECTION II	NORMES RELATIVES À LA CONTRIBUTION DES USAGERS	512
PARTIE III.1	ACTIFS INFORMATIONNELS ET SÉCURITÉ DE L'INFORMATION ÉLECTRONIQUE	520
PARTIE IV	CENTRE DE RÉFÉRENCE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX ET DES CADRES	521
PARTIE IV.1	DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES SUR LE TERRITOIRE VISÉ PAR LA LOI SUR	
	LES VILLAGES NORDIQUES ET L'ADMINISTRATION RÉGIONALE KATIVIK	
TITRE I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
CHAPITRE I	CHAMP D'APPLICATION	530.1

CHAPITRE II	PLAINTES DES USAGERS	
SECTION I	EXAMEN PAR L'ÉTABLISSEMENT	530.4
		[Disposition abrogée.]
		530.5
SECTION II	EXAMEN PAR LA RÉGIE RÉGIONALE	530.6
		[Disposition abrogée.]
		530.7
SECTION III	EXAMEN PAR LE COMMISSAIRE AUX PLAINTES {Bénéficiaire de la Convention de la Baie-James}.	530.9
SECTION IV	ASSISTANCE PAR UN ORGANISME	530.10
CHAPITRE III	ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS	
SECTION I	FORMATION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION	530.11
SECTION II	COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION	530.13
SECTION III	FONCTIONNEMENT DES CONSEILS D'ADMINISTRATION	530.19
SECTION IV	[Intitulé abrogé.]	530.22
		[Disposition abrogée.]
SECTION V	CONSEILS	530.23
CHAPITRE IV	RÉGIE RÉGIONALE	
SECTION I	INSTITUTION DE LA RÉGIE RÉGIONALE	530.25
SECTION II	FONCTIONNEMENT	530.27
SECTION III	CONSEIL D'ADMINISTRATION	530.30
SECTION IV	[Intitulé abrogé.]	530.32
		[Disposition abrogée.]
TITRE II	CONTINUITÉ DES PERSONNES MORALES	
CHAPITRE I	LES ÉTABLISSEMENTS	530.33
CHAPITRE II	LA RÉGIE RÉGIONALE	530.40
PARTIE IV.2	DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES DANS UNE PARTIE DE LA RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC	
TITRE I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	530.43
TITRE II	PLAINTES	530.47
TITRE III	FONCTIONS PARTICULIÈRES DE L'ÉTABLISSEMENT	530.50
TITRE IV	CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
CHAPITRE I	FORMATION	530.62
CHAPITRE II	MANDAT ET QUALIFICATION DES MEMBRES ET VACANCE	530.68
CHAPITRE III	FONCTIONNEMENT	530.71
TITRE V	AUTRES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À L'ÉTABLISSEMENT	530.73
PARTIE V	DISPOSITIONS PÉNALES	531
PARTIE VI	CONTINUITÉ DES PERSONNES MORALES	
CHAPITRE I	LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	540
CHAPITRE II	LES CONSEILS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	554

PARTIE VII	DISPOSITIONS MODIFICATIVES, TRANSITOIRES ET FINALES	
CHAPITRE I	MODIFICATIONS LÉGISLATIVES	
	LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE556
	LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC587
	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX594
CHAPITRE II	DISPOSITIONS TRANSITOIRES	
SECTION I	FORMATION DES PREMIERS CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS595
SECTION II	[Intitulé abrogé.]607
		[Dispositions abrogées.]
SECTION III	NOMINATION DES PREMIERS DIRECTEURS GÉNÉRAUX614
SECTION IV	DISPOSITIONS DIVERSES617
CHAPITRE II.1	AUTRES DISPOSITIONS TRANSITOIRES619.1
CHAPITRE III	DISPOSITIONS FINALES620

ANNEXE 8



Les pouvoirs et obligations du conseil d'administration

(articles 170-178 et 181
de la loi)





LES POUVOIRS ET OBLIGATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION (ARTICLES 170-178 ET 181 DE LA LOI)

170. Le conseil d'administration gère les affaires de tout établissement qu'il administre et en exerce tous les pouvoirs, à l'exception de ceux attribués aux membres d'une personne morale désignée par le ministre en vertu de l'article 139 et qui peuvent être exercés conformément aux dispositions de la sous-section 5 de la présente section.

1991, c. 42, a. 170; 1992, c. 21, a. 17; 1996, c. 36, a. 51.

.{Responsabilité.}

171. Le conseil d'administration établit les priorités et les orientations de tout établissement qu'il administre et voit à leur respect.

.{Priorités des soins.}

Ces priorités portent sur les besoins de santé tant physique que psychique et les besoins sociaux à satisfaire, sur les clientèles à desservir et sur les services à offrir.

.{Particularités et ressources.}

Elles doivent tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles et socio-économiques des usagers ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement.

.{Conformité.}

De plus, ces priorités doivent être conformes au plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé par la régie régionale conformément à l'article 378 et aux plans régionaux d'organisation de services visés à l'article 347.

1991, c. 42, a. 171.

.{Responsabilité.}

172. Le conseil d'administration doit en outre pour tout établissement qu'il administre s'assurer:

- 1° de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
- 2° du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- 3° de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- 4° de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

1991, c. 42, a. 172.

.{Devoir.}

173. Le conseil d'administration doit:

- 1° nommer le directeur général et les cadres supérieurs;
- 2° entériner la désignation faite par le directeur général du responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers visée à l'article 29;
- 3° nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui y sont rattachées;

4° nommer les pharmaciens et leur attribuer un statut, le cas échéant;

5° allouer les ressources financières à chacun des établissements qu'il administre et aux ressources intermédiaires qui sont rattachées à ces établissements.

1991, c. 42, a. 173; 1998, c. 39, a. 63 (partie).

.{Exigences de conduite.}

174. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'ils administrent et de la population desservie.

1991, c. 42, a. 174.

.{Défense.}

175. Un établissement assume la défense d'un membre du conseil d'administration qui est poursuivi par un tiers pour un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions.

.{Poursuite pénale ou criminelle.}

Toutefois, lorsqu'un membre du conseil d'administration fait l'objet d'une poursuite pénale ou criminelle, l'établissement n'assume le paiement des dépenses du membre que lorsque ce dernier avait des motifs raisonnables de croire que sa conduite était conforme à la loi ou qu'il a été libéré ou acquitté, ou que la poursuite a été retirée ou rejetée.

1991, c. 42, a. 175.

.{Réunions.}

176. Le conseil d'administration se réunit au moins dix fois par année. Il doit également se réunir à la demande du président ou à la demande écrite du tiers de ses membres en fonction.

1991, c. 42, a. 176.

.{Séance d'information.}

177. Le conseil d'administration doit tenir, au moins une fois par année, une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population. Cette séance peut être tenue en même temps que l'une des séances prévues à l'article 176.

.{Avis public.}

Un avis public d'au moins 15 jours, qui indique la date, l'heure et le lieu de la tenue de cette séance, doit être donné à la population par le conseil d'administration.

.{Renseignements à la population.}

Les membres du conseil d'administration doivent alors présenter à la population, conformément au règlement pris par le ministre en vertu de l'article 487.1, les renseignements prescrits relativement au rapport d'activités et au rapport financier annuel de chaque établissement que le conseil administre. Ils doivent aussi répondre de leurs priorités et de

leurs nouvelles orientations conformément à l'article 171 ainsi qu'aux questions qui leur sont adressées relativement au rapport financier annuel, à la gestion de chaque établissement que le conseil administre et aux services que chacun des établissements fournit.

.{Examen des plaintes.}

Le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes visé à l'article 68 doit également être présenté à la population lors de cette séance publique d'information.

.{Convocation.}

Le mode de convocation de cette séance de même que la procédure qui doit y être suivie sont déterminés par règlement de l'établissement.

1991, c. 42, a. 177; 1998, c. 39, a. 64.

.{Séances publiques.}

178. Le conseil d'administration peut tenir plusieurs séances publiques d'information s'il estime que l'étendue du territoire couvert, le nombre d'établissements qu'il administre, la densité de la population invitée à participer ou la nature des services rendus aux usagers le justifie. Toutefois, une seule de ces séances peut être tenue en même temps que l'une des séances prévues à l'article 176.

1991, c. 42, a. 178; 1998, c. 39, a. 65.

.{Conseils et comités.}

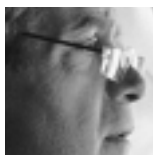
181. Le conseil d'administration peut, par règlement, créer les conseils et comités nécessaires à la poursuite de ses fins et déterminer leur composition, leurs fonctions, devoirs et pouvoirs, les modalités d'administration de leurs affaires et les règles de leur régie interne.

.{Délégation.}

Le conseil d'administration peut déléguer ses pouvoirs à tout conseil ou comité, sauf ceux que le conseil d'administration ne peut exercer que par règlement.

1991, c. 42, a. 181.

ANNEXE 9



Les droits des usagers (art. 4 à 16 de la loi)





LES DROITS DES USAGERS (ART. 4 À 16 DE LA LOI)

4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.

1991, c. 42, a. 4.

.{Droit aux services.}

5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.

1991, c. 42, a. 5.

.{Choix du professionnel.}

6. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

.{Acceptation ou refus.}

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.

1991, c. 42, a. 6.

.{Soins appropriés.}

7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

1991, c. 42, a. 7.

.{Informations.}

8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

1991, c. 42, a. 8.

.{Consentement requis.}

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

.{Consentement aux soins.}

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 19 et suivants du Code civil du Bas Canada.

1991, c. 42, a. 9.

.{Participation.}

10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

.{Plan d'intervention.}

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

.{Modification.}

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

1991, c. 42, a. 10.

.{Accompagnement.}

11. Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

1991, c. 42, a. 11.

.{Représentant.}

12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

.{Présomption.}

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil du Bas Canada:

1° le titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur ou le tuteur de cet utilisateur;

2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'utilisateur majeur inapte;

3° la personne autorisée par un mandat donné par l'utilisateur majeur inapte antérieurement à son inaptitude;

4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte.

1991, c. 42, a. 12.

.{Exercice des droits.}

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

1991, c. 42, a. 13.

.{Période d'hébergement.}

14. Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.

.{Congé de l'établissement.}

Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé conformément aux dispositions du règlement pris en vertu du paragraphe 28° de l'article 505.

1991, c. 42, a. 14.

.{Langue anglaise.}

15. Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348.

1991, c. 42, a. 15.

.{Recours.}

16. Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants droit d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation.

.{Recours.}

Il en est de même à l'égard du droit d'exercer un recours contre une ressource de type familial.

1991, c. 42, a. 16.

ANNEXE 10



Le traitement des plaintes (art. 29 à 65.1 de la loi)





LE TRAITEMENT DES PLAINTES (ART. 29 À 65.1 DE LA LOI)

SECTION I

EXAMEN PAR L'ÉTABLISSEMENT

.{Procédure d'examen.}

29. Tout établissement doit établir une procédure d'examen des plaintes formulées par les usagers. Le directeur général désigne un membre du personnel de l'établissement responsable de l'application de cette procédure et fait entériner cette désignation par le conseil d'administration.

1991, c. 42, a. 29; 1998, c. 39, a. 1.

.{Publication.}

30. L'établissement doit publier la procédure d'examen des plaintes et informer les usagers de l'existence de cette publication et du moyen d'en obtenir un exemplaire.

.{Exemplaire.}

Il doit toutefois remettre un exemplaire de cette publication à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande.

1991, c. 42, a. 30.

.{Plainte.}

31. La procédure d'examen permet à l'usager de porter plainte sur les services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir de l'établissement ou de la ressource intermédiaire ou de la ressource de type familial à laquelle l'établissement recourt.

1991, c. 42, a. 31; 1998, c. 39, a. 2.

.{Observations.}

32. La procédure d'examen doit permettre à l'usager et, le cas échéant, à la ressource intermédiaire ou la ressource de type familial de présenter leurs observations.

1991, c. 42, a. 32; 1998, c. 39, a. 3.

.{Forme.}

33. La plainte peut être écrite ou verbale.

.{Assistance.}

Le responsable de l'application de la procédure d'examen doit prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à l'usager qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte.

1991, c. 42, a. 33; 1998, c. 39, a. 4.

{Avis de réception.}

34. Le responsable doit donner à l'utilisateur qui lui a fait une plainte un avis écrit indiquant la date de réception de sa plainte.

1991, c. 42, a. 34; 1998, c. 39, a. 5.

34.1. L'utilisateur, la ressource intermédiaire, la ressource de type familial ou tout membre du personnel de l'établissement doit fournir au responsable les renseignements qu'il requiert pour l'examen de la plainte et doit, sauf excuse valable, assister à toute rencontre que celui-ci convoque.

1998, c. 39, a. 6.

{Examen.}

35. Le responsable doit examiner une plainte dans les 45 jours de sa réception.

{Information écrite.}

Il doit, avant l'expiration de ce délai, informer l'utilisateur des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé et des modalités du recours que celui-ci peut exercer auprès de la Régie régionale. Si la plainte est écrite, ces informations doivent être données par écrit.

Il doit également communiquer sans retard ses conclusions motivées à la ressource intermédiaire ou à la ressource de type familial, le cas échéant.

1991, c. 42, a. 35; 1998, c. 39, a. 7.

{Défaut de communiquer.}

36. Le responsable qui fait défaut de communiquer ses conclusions à l'utilisateur dans le délai qui lui est imparti à l'article 35, est réputé lui avoir transmis des conclusions négatives le jour de l'expiration de ce délai.

{Conséquence.}

Ce défaut donne ouverture au recours auprès de la Régie régionale.

1991, c. 42, a. 36; 1998, c. 39, a. 8.

{Rejet.}

37. Le responsable peut rejeter, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

{Écrit.}

Il doit en informer l'utilisateur et le faire par écrit si la plainte est écrite.

1991, c. 42, a. 37; 1998, c. 39, a. 9.

.{Transmission au conseil des médecins.}

38. Lorsque la plainte de l'utilisateur porte sur un acte médical, dentaire ou pharmaceutique et si un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour l'établissement, le responsable doit acheminer la plainte vers ce conseil et en informer par écrit l'utilisateur.

.{Transmission au médecin.}

En l'absence d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le responsable doit acheminer la plainte vers le médecin désigné à cette fin par le conseil d'administration et en informer par écrit l'utilisateur.

.{Transmission au professionnel.}

Le responsable transmet une copie de la plainte qui lui est formulée au professionnel qui fait l'objet de la plainte. Lors de son examen, il doit être permis à l'utilisateur et au professionnel de présenter leurs observations.

.{Accès au dossier.}

Le professionnel qui a fait l'objet de la plainte a accès au dossier de plainte d'un utilisateur.

.{Recommandation.}

Celui à qui a été acheminée la plainte doit transmettre sa recommandation au conseil d'administration.

1991, c. 42, a. 38; 1992, c. 21, a. 3; 1998, c. 39, a. 173.

.{Décision motivée.}

39. Le directeur général avise le responsable de la décision motivée prise par le conseil d'administration concernant la plainte de l'utilisateur visée à l'article 38. Le responsable en informe par écrit l'utilisateur et le professionnel concerné.

1991, c. 42, a. 39; 1992, c. 21, a. 4; 1998, c. 39, a. 173.

.{Transmission au conseil d'administration.}

40. Le directeur général de l'établissement doit transmettre au conseil d'administration toute recommandation ou tout rapport que lui adresse le responsable dans l'exercice des fonctions qui lui sont confiées en vertu de l'article 29.

1991, c. 42, a. 40; 1998, c. 39, a. 173.

41. Si le conseil d'administration juge que la gravité de la plainte le justifie, il doit la transmettre à l'ordre professionnel concerné.

.{Mesures disciplinaires.}

Lorsque le conseil d'administration prend, suite à une plainte d'un utilisateur, des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien ou à l'égard de tout employé membre d'un ordre professionnel, il doit en aviser par écrit l'ordre professionnel.

.{Information écrite.}

Dans ces cas, le responsable en informe par écrit l'utilisateur.

1991, c. 42, a. 41; 1992, c. 21, a. 5; 1994, c. 40, a. 457; 1998, c. 39, a. 173.

SECTION II

EXAMEN PAR LA RÉGIE RÉGIONALE

.{Désaccord.}

42. L'utilisateur qui a formulé une plainte auprès d'un établissement peut adresser sa plainte à la Régie régionale s'il est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le responsable de l'établissement ou qui sont réputées lui avoir été transmises en vertu de l'article 36 ou si ce responsable a refusé ou cessé d'examiner sa plainte.

1991, c. 42, a. 42; 1998, c. 39, a. 10.

.{Examen des plaintes.}

43. La Régie régionale doit établir une procédure d'examen des plaintes formulées par les usagers. Le directeur général désigne un membre du personnel de la Régie régionale responsable de l'application de cette procédure et fait entériner cette désignation par le conseil d'administration.

1991, c. 42, a. 43; 1998, c. 39, a. 11.

.{Observations.}

44. La procédure d'examen doit permettre à l'utilisateur, à la ressource intermédiaire, à la ressource de type familial et à l'établissement de présenter leurs observations.

1991, c. 42, a. 44; 1998, c. 39, a. 12.

.{Plainte écrite.}

45. La plainte doit être écrite et accompagnée, le cas échéant, des conclusions motivées transmises par le responsable de l'établissement.

.{Formulation.}

Le responsable de la Régie régionale doit prêter assistance ou s'assurer que soit prêté assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte.

1991, c. 42, a. 45; 1998, c. 39, a. 173.

.{Transmission.}

46. Le responsable de la Régie régionale transmet copie de la plainte qui lui est formulée à l'établissement, à la ressource intermédiaire ou à la ressource de type familial et, dans les cinq jours de la réception de cette copie, l'établissement doit lui transmettre le dossier complet de la plainte.

1991, c. 42, a. 46; 1998, c. 39, a. 13.

.{Renseignements.}

47. Tout usager, toute ressource intermédiaire, toute ressource de type familial ou tout établissement doit fournir au responsable de la régie régionale les renseignements qu'il requiert pour l'examen de la plainte et doit, sauf excuse valable, assister à toute rencontre que celui-ci convoque.

1991, c. 42, a. 47; 1998, c. 39, a. 14.

.{Date de réception.}

48. Le responsable de la régie régionale doit donner à l'utilisateur qui lui a formulé une plainte un avis écrit indiquant la date de réception de sa plainte.

1991, c. 42, a. 48; 1998, c. 39, a. 173.

.{Délai.}

49. Le responsable de la régie régionale doit examiner une plainte dans les 45 jours de sa réception.

.{Conclusions motivées.}

Il doit, avant l'expiration de ce délai, informer par écrit l'utilisateur des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé et, par la même occasion, l'informer des modalités du recours que celui-ci peut exercer auprès du commissaire aux plaintes nommé par le gouvernement en vertu de l'article 55. Il doit également communiquer sans retard ses conclusions motivées à l'établissement et, le cas échéant, à la ressource intermédiaire ou à la ressource de type familial.

1991, c. 42, a. 49; 1998, c. 39, a. 15.

.{Défaut de communiquer.}

50. Le responsable de la régie régionale qui fait défaut de communiquer ses conclusions à l'utilisateur dans le délai qui lui est imparti à l'article 49 est réputé lui avoir transmis des conclusions négatives le jour de l'expiration de ce délai.

1991, c. 42, a. 50; 1998, c. 39, a. 173.

.{Rejet.}

51. Le responsable de la régie régionale peut rejeter, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi et en informer l'utilisateur par écrit.

1991, c. 42, a. 51; 1998, c. 39, a. 173.

.{Transmission.}

52. Le directeur général de la régie régionale doit transmettre au conseil d'administration toute recommandation ou tout rapport que lui adresse le responsable dans l'exercice des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente section.

1991, c. 42, a. 52; 1998, c. 39, a. 173.

{Plainte auprès de la régie.}

53. Une personne physique peut formuler une plainte auprès de la régie régionale relativement à l'exercice d'une fonction ou d'une activité de celle-ci qui l'affecte parce qu'elle reçoit ou aurait dû recevoir des services offerts par les établissements, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial ou les organismes communautaires.

{Dispositions applicables.}

Les articles 43, 44 et 47 à 52 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, à une telle plainte.

1991, c. 42, a. 53; 1998, c. 39, a. 16.

53.1. La plainte visée à l'article 53 peut être écrite ou verbale.

Le responsable doit prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte.

1998, c. 39, a. 17.

SECTION III

ASSISTANCE PAR UN ORGANISME COMMUNAUTAIRE

{Assistance et accompagnement.}

54. Le ministre doit, après consultation de la régie régionale, des comités des usagers des établissements de la région et des associations intéressées, confier à un organisme communautaire de la région le mandat d'assister et d'accompagner, sur demande, les usagers qui désirent porter plainte auprès d'un établissement de la région, de la régie régionale ou du commissaire aux plaintes.

1991, c. 42, a. 54; 1998, c. 39, a. 18.

SECTION IV

COMMISSAIRE AUX PLAINTES

{Nomination.}

55. Le gouvernement nomme un commissaire aux plaintes pour l'application de la présente section.

1991, c. 42, a. 55.

{Examen.}

56. Le commissaire aux plaintes a pour fonction d'examiner la plainte:

1° d'un usager qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le responsable de la régie régionale en application de l'article 49;

2° d'une personne visée à l'article 72 qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le responsable de la régie régionale en application de l'article 75;

3° d'une personne qui est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le responsable de la régie régionale en application de l'article 53.

.{Enquête.}

L'examen d'une telle plainte peut comporter une enquête si le commissaire aux plaintes le juge à propos.

.{Pouvoirs et immunité.}

Pour la conduite d'une enquête, le commissaire aux plaintes est investi des pouvoirs et de l'immunité prévus à la Loi sur les commissions d'enquête (chapitre C-37), sauf celui d'imposer l'emprisonnement.

1991, c. 42, a. 56; 1998, c. 39, a. 19.

.{Présentation des observations.}

57. Le commissaire aux plaintes doit établir une procédure d'examen des plaintes qui permet à l'utilisateur ou à la personne ainsi qu'à l'établissement, à la ressource intermédiaire, à la ressource de type familial, à l'organisme communautaire, au titulaire de l'agrément de la résidence ou à la régie régionale, selon le cas, de lui présenter leurs observations.

1991, c. 42, a. 57; 1998, c. 39, a. 20.

.{Plainte écrite.}

58. La plainte doit être écrite et accompagnée, le cas échéant, des conclusions transmises par le responsable de la régie régionale.

.{Assistance.}

Le commissaire aux plaintes doit prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à l'utilisateur ou à la personne qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte.

1991, c. 42, a. 58; 1998, c. 39, a. 21.

.{Transmission de la copie.}

59. Le commissaire aux plaintes transmet une copie de la plainte qui lui est formulée à l'établissement, à la ressource intermédiaire, à la ressource de type familial, à l'organisme communautaire, au titulaire de l'agrément de la résidence ou à la régie régionale, selon le cas, et, dans les cinq jours de la réception de cette copie, l'établissement et la régie régionale doivent lui transmettre le dossier complet de la plainte.

1991, c. 42, a. 59; 1998, c. 39, a. 22.

.{Renseignements.}

60. Tout usager ou toute personne ainsi que tout établissement, toute ressource intermédiaire, toute ressource de type familial, tout organisme communautaire, tout titulaire de l'agrément d'une résidence ou toute régie régionale, selon le cas, doit fournir au commissaire aux plaintes les renseignements qu'il requiert pour l'examen de la plainte et assister, sauf excuse valable, à toute rencontre à laquelle celui-ci le convoque.

1991, c. 42, a. 60; 1998, c. 39, a. 23.

{Rejet.}

61. Le commissaire aux plaintes peut rejeter, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Il peut également refuser ou cesser d'examiner une plainte dans l'une ou l'autre des situations suivantes:

1° s'il a des motifs raisonnables de croire que son intervention n'est manifestement pas utile;

2° si le délai écoulé entre le déroulement des événements qui ont engendré l'insatisfaction de l'utilisateur ou de la personne et le dépôt de la plainte rend l'examen de cette plainte impossible.

Dans de tels cas, le commissaire aux plaintes en informe l'utilisateur ou la personne qui lui a transmis la plainte.

1991, c. 42, a. 61; 1998, c. 39, a. 24.

62. Le commissaire aux plaintes doit communiquer sans retard ses conclusions motivées et, le cas échéant, ses recommandations à l'utilisateur ou à la personne, à la ressource intermédiaire, à la ressource de type familial, à l'établissement, à l'organisme communautaire ou au titulaire de l'agrément de la résidence, selon le cas, ainsi qu'à la régie régionale.

La ressource intermédiaire, la ressource de type familial, l'établissement, l'organisme communautaire, le titulaire de l'agrément de la résidence ou la régie régionale qui reçoit une recommandation faite à son attention par le commissaire aux plaintes doit, dans les 30 jours de la réception, informer ce dernier de même que l'utilisateur ou la personne qui a porté plainte des suites qu'il entend donner à cette recommandation et, s'il n'entend pas y donner suite, les informer des motifs justifiant sa décision.

1991, c. 42, a. 62; 1998, c. 39, a. 25.

62.1. Le commissaire aux plaintes peut, chaque fois qu'il l'estime nécessaire, donner son avis au ministre sur des questions liées au respect des droits des usagers et aux objets des plaintes des usagers.

1998, c. 39, a. 26.

{Mandat du commissaire.}

63. Le commissaire est nommé pour un mandat d'au plus cinq ans. Il demeure en fonction à l'expiration de son mandat jusqu'à ce qu'il soit nommé de nouveau ou remplacé.

{Traitement.}

Le gouvernement fixe le traitement ou les honoraires ainsi que les autres conditions de travail du commissaire.

1991, c. 42, a. 63.

{Absence.}

64. En cas d'absence ou d'incapacité temporaire d'agir du commissaire aux plaintes, il peut être remplacé par une personne nommée par le gouvernement pour exercer ses fonctions et pouvoirs tant que dure son absence ou son incapacité. Le gouvernement fixe, selon le cas, le traitement ou les honoraires ainsi que les autres conditions de travail de cette personne.

1991, c. 42, a. 64.

.{Personnel.}

65. Le personnel nécessaire au commissaire aux plaintes est nommé et rémunéré conformément à la Loi sur la fonction publique (chapitre F-3.1.1).

.{Définition des tâches.}

Le commissaire définit les devoirs des membres du personnel mis à sa disposition et dirige leur travail. Il peut déléguer par écrit l'exercice de chacun de ses pouvoirs.

1991, c. 42, a. 65.

65.1. Le commissaire aux plaintes peut, par écrit, confier à une personne qui n'est pas membre de son personnel soit le mandat de faire une enquête, soit celui de rechercher un règlement entre les intéressés, avec l'obligation de lui faire rapport dans le délai qu'il fixe.

Le dernier alinéa de l'article 56 s'applique à cette personne, compte tenu des adaptations nécessaires.

1998, c. 39, a. 27.

ANNEXE 11



Les fonctions des établissements des régies régionales du ministère des organismes communautaires et des ressources intermédiaires et de type familial





LES FONCTIONS DES ÉTABLISSEMENTS (ART. 100 À 118.1 DE LA LOI) DES RÉGIES RÉGIONALES (ART. 340 À 349 , 354 À 385 DE LA LOI) DU MINISTÈRE (ART. 431 À 436 DE LA LOI) DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (ART. 334 À 338 DE LA LOI) ET DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (ART. 301 À 314 DE LA LOI)

LES FONCTIONS DES ÉTABLISSEMENTS (ART. 100 À 118.1 DE LA LOI)

FONCTIONS

.{Services offerts.}

100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu.

1991, c. 42, a. 100.

.{Responsabilité de l'établissement.}

101. L'établissement doit notamment:

- 1° recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;
- 2° dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108;
- 3° veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres ressources de la région et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;
- 4° diriger les personnes à qui il ne peut dispenser certains services vers un autre établissement ou organisme ou une autre personne qui dispense ces services.

1991, c. 42, a. 101.

.{Plan d'intervention.}

102. Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement.

1991, c. 42, a. 102.

{Plan de services individualisés.}

103. Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505 doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

1991, c. 42, a. 103.

{Collaboration de l'utilisateur.}

104. Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10.

{Échéancier.}

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

1991, c. 42, a. 104.

{Services disponibles.}

105. L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale.

{Paramètres.}

L'établissement fixe également les paramètres des services de santé et des services sociaux qu'il dispense et soumet ces paramètres à l'approbation de la régie régionale.

1991, c. 42, a. 105; 1998, c. 39, a. 37.

{Règlements.}

106. L'établissement peut édicter les règlements nécessaires à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités. Il doit toutefois édicter des règlements sur toute matière déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 6° de l'article 505, lorsqu'elle relève de la compétence de l'établissement.

{Transmission.}

Une copie des règlements édictés par un établissement est transmise à la régie régionale ou au ministre, à leur demande.

1991, c. 42, a. 106.

{Évaluation.}

107. Tout établissement doit participer, à la demande du ministre ou de la régie régionale, à l'évaluation du fonctionnement général du système de services de santé et de services sociaux.

1991, c. 42, a. 107.

.{Ententes.}

108. Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes:

1° la prestation de certains services de santé ou de services sociaux;

2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.

.{Respect des politiques.}

Dans le cas d'une entente conclue entre un établissement et un organisme communautaire visé au titre II de la présente partie, celle-ci doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire.

.{Effectifs médicaux.}

Dans le cas d'une entente visée au paragraphe 2° du premier alinéa, celle-ci ne peut avoir pour effet d'octroyer l'exclusivité de services professionnels ou d'empêcher le recrutement de professionnels conformément aux besoins prévus dans le plan des effectifs médicaux élaboré par la régie régionale.

Cette entente doit être transmise à la régie régionale.

1991, c. 42, a. 108; 1998, c. 39, a. 38.

.{Médecin ou dentiste.}

109. Un médecin ou un dentiste n'est lié par une entente visée à l'article 108 que si celle-ci a été portée à sa connaissance et qu'elle est valide au moment où il adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination conformément à l'article 237.

.{Conformité de l'entente.}

Une telle entente doit de plus être conforme à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29).

.{Transmission.}

Dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de cette entente, l'établissement en transmet copie à l'organisme représentatif concerné.

.{Dispositions non applicables.}

Les dispositions du présent article et de l'article 108 ne s'appliquent pas à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste qui, le 1er septembre 1991, exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement pour lequel aucun conseil des médecins, dentistes et pharmaciens n'est institué.

1991, c. 42, a. 109; 1998, c. 39, a. 39.

.{Contrats de services.}

110. Un établissement peut, après avoir consulté la régie régionale et obtenu l'autorisation du ministre:

1° conclure un contrat d'affiliation avec une université aux fins d'offrir des services d'enseignement ou de recherche, le modifier ou y mettre fin;

2° conclure une entente ou un contrat de services aux fins de participer à des programmes universitaires de formation ou de recherche.

.{Contrat d'association.}

Un établissement peut conclure un contrat d'association avec tout autre établissement d'enseignement reconnu par le ministre de l'Éducation aux fins de procurer aux étudiants du domaine de la santé et des services sociaux des lieux de stages et de formation pratique. Ce contrat doit être transmis à la régie régionale.

.{Conformité des règles.}

Les termes et modalités des contrats et ententes visés au premier ou au deuxième alinéa doivent être conformes aux principes et règles générales établis par le ministre en collaboration avec le ministre de l'Éducation.

1991, c. 42, a. 110; 1992, c. 68, a. 157; 1993, c. 51, a. 55; 1994, c. 16, a. 50; 1998, c. 39, a. 40.

.{Entente avec organisme hors Québec.}

111. Un établissement peut, aux conditions déterminées à cette fin par le ministre et conformément à la loi, conclure une entente avec un gouvernement autre que celui du Québec, l'un de ses ministères, une organisation internationale ou un organisme de ce gouvernement ou de cette organisation en vue de l'exécution de ses fonctions.

1991, c. 42, a. 111; 1994, c. 23, a. 1.

.{Intégration des services.}

112. En vue de favoriser l'intégration des services, le ministre peut, après avoir consulté la régie régionale:

- 1° déterminer la vocation suprarégionale d'un établissement à l'égard de certains services ultraspécialisés qu'il offre;
- 2° limiter à certains établissements la fonction d'offrir certains services ou de fournir certains médicaments qu'il détermine.

1991, c. 42, a. 112; 1995, c. 28, a. 1.

.{Nouveaux services.}

113. Un établissement ne peut offrir de nouveaux services dont la nature nécessite des ressources professionnelles ou des équipements ultraspécialisés déterminés par le ministre, ni acquérir les équipements ultraspécialisés qu'il détermine, avant d'avoir obtenu son autorisation écrite. Le ministre consulte la régie régionale avant d'accorder une telle autorisation.

1991, c. 42, a. 113.

.{Établissement public.}

114. Un établissement public peut:

- 1° tenir une garderie, un jardin d'enfants ou une halte-garderie conformément à la Loi sur les centres de la petite enfance et autres services de garde à l'enfance et à ses règlements;
- 2° agir à titre de représentant régional et exercer les fonctions qui s'y rattachent lorsque le ministre de la Famille et de l'Enfance le désigne à cette fin, en vertu de l'article 45.1 de cette loi;
- 3° exercer tout pouvoir que l'Office l'autorise à exercer en vertu de cette loi;
- 4° conclure avec ce ministre une entente en vertu de l'article 10 de la Loi sur le ministère de la Famille et de l'Enfance.

1991, c. 42, a. 114; 1996, c. 16, a. 67; 1997, c. 58, a. 135.

.{Activités accessoires.}

115. Un établissement peut, dans les limites de ses objets et pouvoirs, organiser des activités accessoires aux services de santé ou aux services sociaux qu'il dispense.

.{Coûts.}

Il peut, à cette fin, engager du personnel et conclure des ententes. Les coûts de toutes les activités accessoires doivent toutefois être recouverts auprès de la clientèle ou être autrement pourvus au moyen de contributions bénévoles versées par des tiers à cette fin. Ces coûts comprennent les dépenses annuelles d'immobilisation en capital et intérêts de même que, sauf pour les activités déterminées par le ministre, la part des frais généraux supportés par le budget de fonctionnement de l'établissement.

1991, c. 42, a. 115.

.{Médicaments.}

116. Un établissement ne peut fournir que des médicaments qui apparaissent sur la liste dressée à cette fin par le ministre. Cette liste ne comprend que des médicaments qui ont reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral pour des indications approuvées. Elle est mise à jour périodiquement après consultation du Conseil consultatif de pharmacologie institué par l'article 53 de la Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverses dispositions législatives (1996, chapitre 32). La Régie de l'assurance-maladie du Québec doit publier cette liste et chacune de ses mises à jour. Elles entrent en vigueur à la date de publication à la Gazette officielle du Québec, ou à toute date ultérieure qui y est fixée, d'un avis du ministre indiquant que la liste est dressée ou qu'elle est mise à jour et que cette liste ou cette mise à jour a été publiée par la Régie.

.{Médicaments hors liste.}

Un établissement où est institué un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens peut en outre fournir, pour des motifs de nécessité médicale particulière, d'autres médicaments que ceux apparaissant sur la liste visée au premier alinéa et qui ont reçu l'avis de conformité du gouvernement fédéral. Dans ce cas, le médecin ou le dentiste qui désire utiliser ou prescrire ces médicaments doit demander l'opinion du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Lorsque cette opinion est favorable, elle doit être transmise au Conseil consultatif de pharmacologie.

.{Traitement d'exception.}

Un établissement où est institué un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens peut également fournir pour un traitement d'exception d'autres médicaments que ceux apparaissant sur la liste visée au premier alinéa et qui n'ont pas obtenu l'avis de conformité du gouvernement fédéral ou des médicaments apparaissant ou non à cette liste lorsqu'ils sont utilisés pour des indications reconnues mais non approuvées. Dans ces cas, le médecin ou le dentiste qui désire utiliser ou prescrire ces médicaments doit obtenir l'autorisation écrite du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

.{Urgence.}

En cas d'urgence, un médecin ou un dentiste peut utiliser ou prescrire un médicament visé au deuxième ou au troisième alinéa avant d'avoir obtenu l'opinion ou l'autorisation écrite du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Il doit cependant, le plus tôt possible, obtenir l'opinion ou l'autorisation requise et motiver à la fois l'urgence d'utiliser ou de prescrire le médicament et sa décision de l'utiliser ou de le prescrire.

1991, c. 42, a. 116; 1996, c. 32, a. 109.

.{Centre hospitalier universitaire.}

117. Un établissement qui exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire ou qui gère un centre de recherche ou un institut de recherche reconnu par le Fonds de la recherche en santé du Québec ou qui exploite un centre désigné centre affilié universitaire et qui, selon son contrat d'affiliation, participe à des activités de recherche clinique et fondamentale peut fournir des médicaments dans les conditions et circonstances prévues par règlement.

1991, c. 42, a. 117.

.{Consultation préalable.}

118. En outre des limites fixées au paragraphe 2° de l'article 112, le ministre peut, par règlement, déterminer, pour un médicament, les cas, conditions et circonstances de son utilisation, après avoir consulté l'Ordre professionnel des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Conseil consultatif de pharmacologie.

1991, c. 42, a. 118; 1994, c. 40, a. 457.

118.1. La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

1997, c. 75, a. 49.

DES RÉGIES RÉGIONALES (ART. 340 À 349 , 354 À 385 DE LA LOI)

340. La régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

.{Responsabilité.}

Elle a aussi pour objets:

1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

2° d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;

3° d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la commission médicale régionale

instituée en vertu de l'article 367, obtenu de la manière prévue au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 369 et d'un avis du département régional de médecine générale institué en vertu de l'article 417.1;

4° d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;

5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions visées à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

1991, c. 42, a. 340; 1992, c. 21, a. 35; 1996, c. 36, a. 31; 1998, c. 39, a. 98.

.{«régie régionale»}.

341. Le nom de toute régie régionale doit comprendre l'expression «régie régionale» et indiquer la région pour laquelle elle est instituée.

1991, c. 42, a. 341.

342. La régie régionale est une personne morale; elle est investie des pouvoirs généraux d'une telle personne morale et des pouvoirs particuliers que lui confère la présente loi.

1991, c. 42, a. 342; 1996, c. 36, a. 51.

342.1. La régie régionale peut édicter les règlements nécessaires à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités. Elle doit toutefois édicter des règlements sur toute matière déterminée par règlement pris en application du paragraphe 6° de l'article 505, lorsqu'elle relève de la compétence de la régie régionale.

Une copie des règlements édictés par une régie régionale est transmise au ministre, à sa demande.

1998, c. 39, a. 99.

SECTION II FONCTIONS PARTICULIÈRES

§1. — Fonctions à l'égard de la population et des droits des usagers

.{Responsabilité}.

343. La régie régionale veille à la mise en oeuvre des mécanismes de participation de la population prévus à la présente loi, telle la formation des comités des usagers.

.{Élection et nomination}.

La régie régionale surveille l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des établissements publics lorsque la présente loi pourvoit à une telle élection ou nomination.

1991, c. 42, a. 343; 1996, c. 36, a. 32.

.{Information aux usagers}.

344. La régie régionale doit, outre les fonctions qui lui sont confiées aux articles 42 à 53.1, informer les usagers de son territoire des services de santé et des services sociaux qui leur sont offerts de même que de leurs droits et recours et de leurs obligations à cet égard.

1991, c. 42, a. 344; 1998, c. 39, a. 100.

.{Examen des plaintes}.

345. La régie régionale doit s'assurer que chaque établissement établit et applique une procédure d'examen des plaintes.

1991, c. 42, a. 345.

§2. — Fonctions reliées aux priorités de santé et de bien-être

.{Respect des priorités}.

346. La régie régionale veille au respect des priorités de santé et de bien-être et à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être. À cette fin, elle:

- 1° s'assure que les informations sur l'état de santé de la population de la région sont tenues à jour et accessibles;
- 2° identifie les besoins de la population en vue de l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services;
- 3° informe le ministre des besoins de la population en vue de l'élaboration et la mise à jour d'une politique de santé et de bien-être et des politiques de santé et de services sociaux;
- 4° évalue, selon la périodicité que détermine le ministre, l'efficacité des services de santé et des services sociaux, le degré d'atteinte des objectifs poursuivis et le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services;

5° élabore et met en oeuvre, conformément aux directives du ministre, des évaluations de programmes de services auxquels participent les établissements;

6° exécute tout mandat spécifique que le ministre lui confie.

.{Restriction.}

Dans l'exercice des fonctions énumérées au premier alinéa, la régie régionale doit s'abstenir de consigner tout renseignement ou document permettant d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services d'un organisme communautaire.

1991, c. 42, a. 346; 1996, c. 36, a. 33; 1998, c. 39, a. 101.

§3. — Fonctions reliées à l'organisation des services

347. La régie régionale doit, en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires de sa région ainsi qu'avec les intervenants des secteurs d'activités ayant un impact sur la santé et les services sociaux, le cas échéant, élaborer et mettre en œuvre des plans d'organisation de services.

Ces plans doivent être conformes aux orientations déterminées par le ministre et aux politiques qu'il établit.

.{Contenu.}

De plus, ces plans identifient les services requis pour répondre aux besoins de la population de la région en tenant compte:

1° [Disposition abrogée.]

2° des ressources socio-sanitaires de la région, particulièrement celles des organismes communautaires;

3° de la mission des centres exploités par les établissements de la région;

4° des ressources financières identifiées à cette fin;

5° des caractéristiques socio-culturelles et linguistiques de la population de la région et, le cas échéant, des établissements de sa région qui sont visés à l'article 348;

6° de l'organisation de l'enseignement et de la recherche effectués par les établissements de la région.

.{Contribution.}

Ils doivent préciser la contribution attendue de chaque établissement et chaque organisme communautaire de la région en vue d'atteindre les objectifs formulés dans la politique.

Le ministre peut, sous réserve du droit des tiers, annuler une décision d'une régie régionale prise en application d'un plan d'organisation de services qui n'est pas conforme à ses orientations et politiques.

.{Approbation.}

La partie des plans qui vise les services ultraspécialisés déterminés par le ministre et qui sont offerts par les établissements de la région ou celle qui vise les services pour lesquels un établissement s'est vu accorder une vocation suprarégionale par le ministre en application du paragraphe 1° de l'article 112 doit être soumise à celui-ci pour approbation.

1991, c. 42, a. 347; 1996, c. 36, a. 34; 1998, c. 39, a. 102.

.{Programme en langue anglaise.}

348. Une régie régionale doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de sa région dans les centres exploités par les établissements de sa région qu'elle indique ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres régies régionales, élaborer un tel programme dans les centres exploités par les établissements d'une autre région.

.{Importance des ressources.}

Un tel programme d'accès doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements et inclure tout établissement de la région qui est désigné en vertu de l'article 508.

.{Approbation.}

Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les trois ans.

1991, c. 42, a. 348.

.{Respect des communautés culturelles.}

349. Une régie régionale doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés culturelles et les établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés culturelles.

1991, c. 42, a. 349.

(.....)

354. En outre des modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires et des ressources de type familial qu'elle établit conformément aux articles 303, 304 et 314, la régie régionale détermine également, dans le cadre de ses plans régionaux d'organisation de services et en tenant compte des orientations identifiées à cette fin par le ministre, les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de sa région.

.{Mécanisme d'accès.}

Elle favorise par ailleurs la mise en place, par les établissements concernés, de tout mécanisme d'accès aux services qu'ils estiment nécessaire pour assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins des usagers.

1991, c. 42, a. 354.

.{Coordination de l'accès aux services.}

355. La régie régionale détermine les modalités relatives à la création des mécanismes assurant la coordination de l'accès aux services des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres de réadaptation d'une classe qu'elle indique, des ressources intermédiaires rattachées aux établissements et des ressources de type familial de sa région.

.{Respect des particularités.}

Elle doit également s'assurer que ces mécanismes d'accès aux services tiennent compte des particularités socio-culturelles et linguistiques des usagers.

1991, c. 42, a. 355; 1998, c. 39, a. 104.

.{Approbation des critères.}

356. Les établissements concernés par tout mécanisme d'accès aux services établi en application de l'article 355 doivent soumettre à l'approbation de la régie régionale leurs critères d'accès aux services, notamment pour l'admission et la sortie des usagers et les politiques de transfert de ces derniers. Le ministre peut toutefois exiger qu'un établissement, compte tenu de sa vocation particulière, les lui soumette directement pour son approbation. Le ministre prend alors l'avis de la régie.

1991, c. 42, a. 356.

.{Placement d'enfants.}

357. En vue d'assurer une utilisation rationnelle des services de placement d'enfants, la régie régionale veille à ce que l'établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et les autres établissements qui exercent des responsabilités en cette matière coordonnent leurs actions et qu'ils respectent les mesures déterminées à cette fin par règlement pris en vertu du paragraphe 10° de l'article 505.

1991, c. 42, a. 357.

.{Vérification.}

358. La régie régionale s'assure que les établissements de la région exercent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers et que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial se développent en harmonie avec la capacité d'accueil de la population concernée.

1991, c. 42, a. 358.

.{Urgence.}

359. Dans le but de répartir les cas d'urgence et d'assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins, la régie régionale, après consultation de la commission médicale régionale et du département régional de médecine générale:

1° approuve les critères d'admission et les politiques de transfert des usagers dans les centres exploités par les établissements publics et les établissements privés conventionnés;

1.1° désigne les établissements qui doivent dispenser des services d'urgence;

2° s'assure que des normes de fonctionnement adéquat des services d'urgence soient adoptées par les établissements visés au paragraphe 1.1° ou, à défaut, fixe de telles normes;

3° s'assure que les établissements visés au paragraphe 1.1° adoptent et appliquent, en ce qui concerne l'utilisation et la distribution des lits, des normes conformes aux exigences d'une répartition adéquate des cas d'urgence ou, à défaut, fixe de telles normes;

4° conçoit et implante un système d'information régionale pour connaître, de façon quotidienne, la situation dans les centres exploités par les établissements visés au paragraphe 1.1° en regard du nombre et de la nature des inscriptions et des admissions d'usagers et de leurs transferts et transports en ambulance.

1991, c. 42, a. 359; 1992, c. 21, a. 37; 1998, c. 39, a. 105.

.{Médecin omnipraticien.}

360. Tout médecin omnipraticien ayant moins de 10 ans de pratique et dont la principale activité professionnelle, telle que définie à une entente conclue en vertu du sixième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29), s'exerce en cabinet privé peut demander d'adhérer à une telle entente.

non en vigueur

.{Médecin spécialiste.}

Tout médecin spécialiste qui n'est pas titulaire, dans un établissement qui exploite un centre hospitalier, du statut de membre actif au sens du règlement pris en vertu du paragraphe 3° de l'article 506 peut également demander d'adhérer à une telle entente.

1991, c. 42, a. 360 (partie).

.{Liste d'activités médicales.}

361. Aux fins de l'application de l'article 360, la régie régionale établit, à partir des recommandations que peut lui faire le département régional de médecine générale, une liste d'activités médicales particulières à partir de ses plans d'organisation de services. Cette liste précise également les modalités d'exercice de chaque activité offerte et ce, conformément aux modalités prévues à l'entente visée à l'article 360.

.{Activités visées.}

Pour le médecin omnipraticien qui demande d'adhérer à une entente visée à l'article 360, la liste d'activités médicales particulières porte sur les activités suivantes:

1° la dispensation de services professionnels dans tout centre, autre qu'un centre local de services communautaires, exploité par un établissement;

2° la dispensation de services de garde sur place effectuée dans les services d'urgence de première ligne de certains établissements exploitant un centre local de services communautaires ou désignés centre de santé;

3° la participation à un programme de prévention ou de maintien à domicile;

4° selon les modalités établies par une entente, la participation à tout autre programme de santé ou la dispensation de tout autre service professionnel déterminé par la régie régionale en vue de combler les besoins qu'elle juge prioritaires;

5° la collaboration avec les autres ressources du territoire en vue d'assurer la disponibilité des services médicaux en tout temps;

6° la dispensation de services professionnels dans le cadre d'un système préhospitalier d'urgence existant dans le territoire de la régie régionale, selon les modalités qu'édicte une entente.

.{Présomption.}

Le médecin omnipraticien qui accepte de dispenser des services médicaux dans tout centre local de services communautaires exploité par un établissement est réputé adhérer à une entente visée à l'article 360.

1991, c. 42, a. 361; 1992, c. 21, a. 38; 1998, c. 39, a. 106.

.{Demande à la régie.}

362. Le médecin adresse sa demande à la régie régionale qui lui transmet une liste d'activités médicales particulières parmi lesquelles il doit effectuer un choix.

1991, c. 42, a. 362.

.{Engagement.}

363. La régie régionale autorise le médecin à adhérer à l'entente visée à l'article 360 s'il s'engage par écrit à exercer l'une des activités médicales particulières décrites à l'article 361.

.{Exigence préalable.}

Pour autoriser un médecin à adhérer à l'entente visée à l'article 360, la régie régionale doit tenir compte du nombre de médecins autorisé à son plan des effectifs médicaux.

1991, c. 42, a. 363.

.{Respect de l'entente.}

364. Tant que le médecin respecte l'engagement qu'il a pris conformément à l'article 363 et jusqu'à ce qu'il soit libéré selon les modalités prévues à l'entente visée à l'article 360, le médecin demeure visé par cette entente.

1991, c. 42, a. 364.

.{Révocation.}

365. Si, de l'avis de la régie régionale, un médecin cesse de respecter l'engagement qu'il a pris conformément à l'article 363, la régie révoque l'adhésion et en informe le médecin, le département régional de médecine générale et la Régie de l'assurance-maladie du Québec. La régie doit donner au médecin l'occasion de présenter ses observations.

1991, c. 42, a. 365; 1997, c. 43, a. 730; 1998, c. 39, a. 107.

.{Arbitrage.}

366. Un médecin qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet concernant un refus d'adhésion ou une révocation d'adhésion peut soumettre cette décision à l'arbitrage prévu à l'entente visée à l'article 360.

1991, c. 42, a. 366.

.{Commission médicale régionale.}

367. Il est institué, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une régie régionale, une commission médicale régionale.

.{Composition.}

Cette commission est composée:

1° de trois médecins omnipraticiens élus par et parmi les médecins omnipraticiens de la région;

2° de trois médecins spécialistes élus par et parmi les médecins spécialistes de la région;

3° d'une personne nommée par le doyen de chaque faculté de médecine de la région, le cas échéant;

4° du directeur de la santé publique.

.{Directeur général.}

Fait également partie de cette commission, le directeur général de la régie régionale ou le médecin qu'il désigne à cette fin.

.{Nominations.}

Afin d'assurer une meilleure représentativité des milieux de pratique médicale dans les centres exploités par les établissements de la région, la régie régionale nomme au plus quatre médecins de la région qui font partie de la commission dès leur nomination. Toutefois, la régie régionale doit, en procédant à ces nominations, s'assurer que les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes sont représentés en nombre égal à la commission.

.{Observateurs.}.

Sur recommandation de la commission médicale régionale, la régie régionale peut nommer quatre personnes ressources à titre d'observateurs. Dans les régions où il y a une faculté de médecine, le nombre de personnes ressources est de six dont une doit être un résident en médecine. Ces personnes participent aux délibérations de la commission sans toutefois avoir droit de vote.

.{Président.}.

Le président de la commission médicale régionale est élu par et parmi les membres visés aux paragraphes 1° et 2° du deuxième alinéa.

1991, c. 42, a. 367.

.{Modalités.}.

368. Les modalités de nomination ou d'élection des membres de la commission médicale régionale et de son président, la durée de leurs mandats et les règles de régie interne de la commission sont déterminées par règlement de la régie régionale.

1991, c. 42, a. 368.

.{Responsabilité.}.

369. La commission médicale régionale est responsable envers le conseil d'administration de la régie régionale:

1° de donner son avis sur l'organisation et la distribution des services médicaux sur le territoire et sur le plan des effectifs médicaux visé à l'article 377, à la lumière des plans régionaux d'organisation de services visés à l'article 347;

1.1° de donner son avis sur la qualité de l'organisation des services médicaux sur le territoire ainsi que sur l'accessibilité à ces services et sur leur coordination;

2° de donner des avis sur les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins qui sont susceptibles de répondre le mieux aux besoins de la région;

3° [Disposition abrogée.]

4° d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration et de lui en faire rapport périodiquement.

.{Profils de pratique.}.

Aux fins du présent article, la commission médicale régionale et la régie régionale peuvent demander à la Régie de l'assurance-maladie du Québec de leur transmettre les profils de pratique et les renseignements visés au troisième alinéa de l'article 66.1 de la Loi sur l'assurance-maladie.

1991, c. 42, a. 369; 1998, c. 39, a. 108.

.{Comités.}.

370. La commission médicale régionale peut constituer les comités nécessaires à la poursuite de ses fins.

1991, c. 42, a. 370.

§6. — Fonctions reliées à la santé publique

.{Régie régionale.}

371. La régie régionale doit:

1° gérer le programme de santé publique déterminé par le ministre et à cette fin, établir les priorités, organiser les services et allouer les ressources;

2° créer une direction de la santé publique.

.{Délégation d'activités.}

La régie régionale peut confier, aux établissements qu'elle détermine, dans le cadre de ses plans régionaux d'organisation de services et en conformité avec les orientations déterminées par le ministre, les activités reliées au programme de santé publique.

1991, c. 42, a. 371; 1992, c. 21, a. 39; 1998, c. 39, a. 109.

.{Directeur.}

372. Le ministre nomme, sur recommandation de la régie régionale, un directeur de la santé publique.

.{Exigence.}

Ce directeur doit être un médecin ayant une formation en santé communautaire.

1991, c. 42, a. 372.

.{Responsabilité.}

373. Le directeur de la santé publique est responsable:

1° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;

2° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;

3° d'assurer le développement d'une expertise en prévention et en promotion de la santé.

1991, c. 42, a. 373; 1998, c. 39, a. 110.

.{Mandat.}

374. Le directeur exerce tout autre mandat que la régie régionale peut lui confier dans le cadre de ses fonctions.

1991, c. 42, a. 374.

{Situation d'urgence.}

375. Le directeur doit informer sans retard le ministre de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé publique.

1991, c. 42, a. 375.

375.1. [Disposition abrogée.]

1992, c. 21, a. 40; 1998, c. 39, a. 111.

§7. — Fonctions reliées à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières

{Plan régional de développement.}

376. La régie régionale élabore, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, un plan régional de développement des ressources humaines, et veille à son application. À cet effet:

1° elle coordonne les activités de perfectionnement du personnel dans le cadre de la mise en oeuvre des plans régionaux d'organisation de services;

2° elle coordonne les activités de perfectionnement des membres des conseils d'administration des établissements;

3° elle aide les organismes communautaires dans les activités de perfectionnement de leurs membres.

{Assistance aux établissements.}

De plus, la régie régionale assiste les établissements, à leur demande, dans l'élaboration de leur plan d'action pour le développement de leur personnel et identifie les besoins prioritaires afin de favoriser la mise en commun, par les établissements, de services touchant le perfectionnement et la mobilité de leur personnel.

1991, c. 42, a. 376.

{Plan des effectifs médicaux.}

377. La régie régionale doit élaborer un plan des effectifs médicaux de la région à partir des parties des plans d'organisation des établissements qui lui ont été transmises conformément aux articles 184 et 186, du nombre de médecins requis pour accomplir les activités particulières prévues à l'article 361 et du nombre de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes, par spécialité, qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnel.

{Élaboration du plan régional.}

Dans l'élaboration de son plan régional, la régie régionale doit tenir compte des objectifs de croissance ou de décroissance que lui signifie le ministre, des activités médicales des médecins qui pratiquent dans la région et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et du nombre de postes fixé par le ministre qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions.

Dans l'élaboration de son plan régional, la régie régionale doit également considérer l'avis de la commission médicale régionale, obtenu de la manière prévue au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 369, et les recommandations du département régional de médecine générale, obtenues de la manière prévue au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 417.2.

.{Approbation.}.

Ce plan régional, accompagné des parties des plans d'organisation des établissements qui ont servi à son élaboration, doit être soumis au ministre qui l'approuve avec ou sans modification.

.{Révision.}.

Le plan régional doit être révisé au moins tous les trois ans et continue d'avoir effet tant que le ministre ne s'est pas prononcé sur sa révision.

1991, c. 42, a. 377; 1998, c. 39, a. 112.

377.1. Afin d'assurer le respect du plan régional des effectifs médicaux, tout médecin de la région qui reçoit une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et qui exerce en cabinet privé est lié par une entente conclue en application du septième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie.

1998, c. 39, a. 113.

.{Approbation.}.

378. La régie régionale approuve les parties des plans d'organisation qui lui ont été transmises par les établissements conformément aux articles 184 et 186 une fois que son plan régional des effectifs médicaux est approuvé.

.{Consultation.}.

Elle doit cependant, avant d'approuver la partie du plan d'organisation visée au premier alinéa et que lui ont transmise les établissements qui exploitent un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, consulter l'université à laquelle est affilié chacun de ces établissements. La consultation porte sur l'ensemble des parties des plans d'organisation de ces établissements.

.{Transmission au ministre.}.

La régie régionale transmet au ministre sur demande chaque partie de plan d'organisation qu'elle a approuvé.

1991, c. 42, a. 378; 1998, c. 39, a. 114.

.{Dérogation au plan.}.

379. Une régie régionale peut, avec l'autorisation du ministre, déroger à son plan régional des effectifs médicaux pour permettre exceptionnellement à un médecin, dès l'obtention de son permis de pratique, d'obtenir une nomination dans un établissement, selon les termes qu'elle détermine, si ce médecin était le 1er octobre 1992 un étudiant inscrit dans un programme de formation en médecine.

.{Dispositions applicables.}.

Les articles 237 à 252 s'appliquent, en les adaptant, à cet étudiant.

1991, c. 42, a. 379.

.{Avis au ministre.}

380. Lorsque le ministre lui en fait la demande, la régie régionale lui donne son avis sur les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins qui exercent leur profession dans la région et qui répondent le mieux aux besoins de la région.

1991, c. 42, a. 380.

.{Renseignements pour la régie.}

381. Pour l'exercice de ses fonctions ou à la demande du ministre, la régie régionale peut requérir que les établissements et les organismes communautaires de sa région lui fournissent, dans la forme et le délai qu'elle prescrit ou que le ministre détermine, selon le cas, les renseignements prescrits par règlement pris en vertu du paragraphe 25° de l'article 505 concernant les clientèles, les services demandés et dispensés et les ressources utilisées. Les renseignements transmis ne doivent pas permettre d'identifier un usager d'un établissement ou un utilisateur des services d'un organisme communautaire.

.{Utilisation des ressources.}

Elle fournit au ministre l'information qu'il requiert sur la répartition et l'utilisation des ressources financières et matérielles des établissements et organismes communautaires de sa région.

1991, c. 42, a. 381.

384. La régie régionale détermine suivant quelles modalités et quelle périodicité tout établissement public ou privé conventionné ou toute ressource privée agréée doit répondre aux questions qu'elle pose sur sa gestion.

La régie régionale détermine également les modalités suivant lesquelles elle doit, une fois par année, rendre compte de sa gestion à la population de son territoire, notamment en lui présentant le rapport annuel de ses activités. Ces modalités sont soumises à l'approbation du ministre.

1991, c. 42, a. 384; 1998, c. 39, a. 116.

**DU MINISTÈRE
(ART. 431 À 436 DE LA LOI)**

CHAPITRE I
FONCTIONS MINISTÉRIELLES

{Politique de santé.}

431. En conformité avec une politique de santé et de bien-être, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.

{Responsabilités.}

Plus particulièrement:

1° il établit les politiques de santé et de services sociaux et voit à leur mise en oeuvre et à leur application par les régies régionales, et à leur évaluation;

2° il approuve les priorités et, dans les cas prévus au dernier alinéa de l'article 347, les parties des plans régionaux d'organisation de services que lui soumet chaque régie régionale;

3° il répartit équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les régions et voit au contrôle de leur utilisation;

4° il veille à la promotion de l'enseignement et de la recherche;

5° il élabore les cadres de gestion des ressources humaines, matérielles et financières;

6° il établit les politiques et les orientations relatives à la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux, en suit l'application et en fait l'évaluation;

7° il assure la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux en vue notamment de favoriser leur accessibilité par l'ensemble de la population des régions du Québec;

8° il établit le programme de santé publique, prend les mesures propres à assurer la protection de la santé publique et assure la coordination interrégionale.

9° il détermine les orientations dont l'établissement doit tenir compte lorsqu'il adopte un protocole d'application des mesures de contrôle visé à l'article 118.1.

1991, c. 42, a. 431; 1992, c. 21, a. 46; 1997, c. 75, a. 50; 1998, c. 39, a. 137.

{Entente avec les pharmaciens.}

432. Le ministre peut, avec l'approbation du gouvernement, conclure avec un organisme représentatif des pharmaciens oeuvrant pour les établissements une entente portant sur les conditions de travail de ces pharmaciens.

{Établissements liés.}

Toute entente lie les établissements.

{Consultation.}

Le ministre doit consulter chaque association regroupant la majorité des établissements exerçant des activités propres à la mission de centres de même nature.

{Rémunération.}

La rémunération et les autres conditions de travail convenues dans l'entente liant les pharmaciens en conformité avec le deuxième alinéa sont administrées par les établissements.

1991, c. 42, a. 432.

.{Renseignements.}

433. Dans l'exercice de ses fonctions prévues à l'article 431, le ministre peut requérir qu'un établissement lui fournisse, à l'époque et dans la forme qu'il détermine, les renseignements nominatifs ou non, prescrits par règlement pris en vertu du paragraphe 26° de l'article 505 et qui concernent les besoins et la consommation de services.

1991, c. 42, a. 433; 1998, c. 39, a. 138.

.{Projet expérimental.}

434. Le ministre peut, dans l'exercice des fonctions qui lui sont conférées par la présente loi, malgré toute disposition inconciliable, mettre en oeuvre, dans la mesure et aux conditions déterminées par le gouvernement, tout projet expérimental concernant l'organisation des ressources humaines ou matérielles des établissements aux fins de favoriser l'organisation et la prestation intégrées des services de santé et des services sociaux.

.{Ententes.}

Il peut, aux fins prévues au premier alinéa, conclure des ententes avec des établissements ou avec des professionnels, sauf en ce qui concerne les professionnels de la santé au sens de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29) quant aux matières visées à l'article 19 de cette loi.

.{Avis d'intention.}

Le ministre, pour l'application du présent article, fait publier à la Gazette officielle du Québec un avis de son intention de proposer au gouvernement, 45 jours après la publication de cet avis, la mise en oeuvre d'un tel projet expérimental et permet à toute personne intéressée de lui faire part de ses observations durant ce délai.

1991, c. 42, a. 434.

.{Changement de tâches d'un établissement.}

435. Le ministre peut, afin de favoriser une gestion efficiente des centres d'hébergement et de soins de longue durée exploités sur un territoire visé à l'article 119, exiger d'un établissement qui exploite à la fois un centre d'hébergement et de soins de longue durée et un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de 50 lits ou plus qu'il se départisse de la gestion de tout ou partie de son centre d'hébergement et de soins de longue durée en faveur d'un établissement visé à l'article 119 et désigné à cette fin par le ministre.

.{Procédure préalable.}

Le ministre, pour l'application du présent article, prend alors l'avis de la régie régionale et tient compte de la nature, du nombre ou des caractéristiques particulières des centres exploités par les établissements concernés de même que de la capacité et de la localisation des installations des centres qui se trouvent sur le territoire visé. Le ministre doit, en application de l'article 5 de la Loi sur la justice administrative (1996, chapitre 54), aviser les établissements concernés et leur donner l'occasion de présenter leurs observations.

.{Continuité des opérations.}

Les établissements concernés doivent prendre les mesures nécessaires pour donner suite à la décision du ministre dans les six mois qui suivent. Lorsque l'établissement qui doit se départir de la gestion du centre d'hébergement et de soins de longue durée est une personne morale désignée par le ministre en vertu de l'article 139, le ministre peut permettre que cet établissement conserve la propriété des installations dans lesquelles il exploitait le centre d'hébergement et de soins de longue durée et qu'il procure, sans toutefois exiger de loyer, un droit d'occupation de ces installations à l'établissement désigné pour assurer la continuité des opérations.

.{Application aux établissements.}

Les dispositions du présent article s'appliquent, en les adaptant, à tout autre établissement qui exploite des centres différents et dont la gestion de tout ou partie de l'un de ces centres peut, de la même manière, être confiée à un établissement davantage en mesure de favoriser la gestion efficiente de ce centre et des centres de même nature sur le territoire concerné.

.{Restriction.}.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent que lorsque le centre dont un établissement doit se départir est exploité dans une installation utilisée exclusivement pour ce centre.

1991, c. 42, a. 435; 1996, c. 36, a. 51; 1997, c. 43, a. 731.

.{Approvisionnement.}.

436. Le ministre établit des politiques relatives à l'approvisionnement en commun de biens et de services par les établissements en tenant compte de leur impact sur l'économie régionale. Il voit à leur mise en oeuvre et à leur application par les régies régionales et à leur évaluation.

.{Compression des dépenses.}.

Le ministre peut prendre toute mesure nécessaire pour accroître l'efficacité et l'efficience des établissements et restreindre leurs dépenses relativement à l'acquisition des biens et des services qu'il détermine. Il peut notamment instaurer un mécanisme provincial pour l'acquisition d'équipements ultraspécialisés qu'il détermine.

1991, c. 42, a. 436.

DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (ART. 334 À 338 DE LA LOI)

.{«organisme communautaire»}.

334. Dans la présente loi, on entend par «organisme communautaire» une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

1991, c. 42, a. 334.

.{Subvention.}.

335. Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches.

1991, c. 42, a. 335.

{Critères d'attribution.}

336. Une régie régionale peut, suivant les critères d'admissibilité et d'attribution qu'elle détermine conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner un organisme communautaire dans l'un ou l'autre des cas suivants:

1° s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire inscrits dans un plan régional d'organisation de services de la régie;

2° s'il exerce, au niveau de la région, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région.

{Promotion de la santé.}

Une régie régionale peut également subventionner un organisme communautaire qui s'occupe, au niveau de la région, de la promotion de la santé et du développement social lorsque les plans régionaux d'organisation de services qu'elle a élaborés le prévoient.

1991, c. 42, a. 336.

{Organismes concernés.}

337. Le ministre peut, conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner:

1° des organismes communautaires qui s'occupent, pour l'ensemble du Québec, de la défense des droits ou de la promotion des intérêts des utilisateurs des services des organismes communautaires ou de ceux des usagers de services de santé ou de services sociaux;

2° des organismes communautaires qui s'occupent, pour l'ensemble du Québec, de la promotion du développement social, de l'amélioration des conditions de vie ou de la prévention ou de la promotion de la santé;

3° des organismes communautaires qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes non prévus à un plan régional d'organisation de services d'une régie régionale;

4° des regroupements provinciaux d'organismes communautaires.

1991, c. 42, a. 337.

{Séance d'information.}

338. Tout organisme communautaire ou tout regroupement provincial qui reçoit une subvention dans les cas visés aux articles 336 ou 337 doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, tenir une séance publique d'information à laquelle sont invités à participer les utilisateurs de ses services et les usagers de services de santé ou de services sociaux qu'il a desservis. Il doit alors leur présenter un rapport de ses activités et un rapport financier.

{Rapport d'activités.}

Il doit également, au plus tard à cette même date, transmettre le rapport de ses activités et son rapport financier à l'autorité de qui il a reçu une subvention dans les cas visés aux articles 336 ou 337.

1991, c. 42, a. 338.

DES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL
(ART. 301 À 314 DE LA LOI)

.{Établissement public.}

301. Un établissement public identifié par la régie régionale peut recourir aux services d'une ressource intermédiaire aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite.

1991, c. 42, a. 301.

.{Responsabilité.}

302. Est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, aux fins de maintenir ou d'intégrer un usager à la communauté, lui dispense par l'entremise de cette ressource des services d'hébergement et de soutien ou d'assistance en fonction de ses besoins.

1991, c. 42, a. 302.

.{Classification des services.}

303. Afin de favoriser un encadrement adéquat et la mise en place rationnelle des ressources intermédiaires et d'assurer la flexibilité nécessaire à l'émergence de nouvelles ressources dans le cadre des plans régionaux d'organisation de services, le ministre établit une classification des services offerts par les ressources intermédiaires qui est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers.

.{Rétribution.}

Cette classification s'accompagne des taux de rétribution applicables pour chaque type de services prévus dans la nomenclature.

.{Accès aux services.}

Le ministre identifie également les orientations que les régies régionales doivent suivre dans la détermination des modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires dont les critères généraux d'admission dans ces ressources.

1991, c. 42, a. 303.

.{Responsabilité de la régie régionale.}

304. En outre d'établir, pour sa région, les modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires, la régie régionale doit:

1° préciser les critères de reconnaissance des ressources intermédiaires, les reconnaître et maintenir un fichier des ressources reconnues par type de clientèle;

2° identifier les établissements publics de sa région qui peuvent recourir aux services de ressources intermédiaires et qui doivent en assurer le suivi professionnel;

3° allouer aux établissements concernés les sommes nécessaires au paiement des ressources intermédiaires conformément aux taux de rétribution applicables;

4° s'assurer de la mise en place et du fonctionnement des mécanismes de concertation entre les établissements et leurs ressources intermédiaires.

1991, c. 42, a. 304.

.{Recrutement et évaluation.}

305. Les établissements publics identifiés par la régie régionale procèdent eux-mêmes au recrutement et à l'évaluation des ressources intermédiaires en vue de leur reconnaissance par la régie régionale.

1991, c. 42, a. 305.

.{Suivi professionnel.}

306. Avec l'autorisation de la régie régionale, plusieurs établissements peuvent recourir aux services d'une même ressource intermédiaire. La régie régionale veille toutefois à ce que les établissements concernés se concertent quant au suivi professionnel et au paiement de cette ressource.

1991, c. 42, a. 306.

.{Mésentente.}

307. Toute personne responsable d'une ressource intermédiaire peut demander à la régie régionale d'examiner une décision que l'établissement public auquel la ressource est rattachée a prise pour mettre fin à une mésentente les concernant.

.{Observations.}

La régie régionale doit, au cours de l'examen de la demande, donner à l'établissement et au responsable de la ressource l'occasion de présenter leurs observations.

.{Décision.}

Après cet examen, la régie régionale transmet sa décision à l'établissement et au responsable de la ressource intermédiaire.

1991, c. 42, a. 307.

.{Prohibition.}

308. Un permis ou un certificat municipal ne peut être refusé et une poursuite en vertu d'un règlement ne peut être intentée pour le seul motif qu'une construction ou un local d'habitation est destiné à être occupé en tout ou en partie par une ressource intermédiaire.

.{Disposition prépondérante.}

Le présent article prévaut sur toute loi générale ou spéciale et sur tout règlement municipal adopté en vertu d'une telle loi.

1991, c. 42, a. 308.

.{Responsable et employés.}

309. Le responsable d'une ressource intermédiaire ou les employés de celle-ci, selon le cas, sont assujettis aux dispositions suivantes de la présente loi, en les adaptant:

1° le droit, reconnu à l'article 16, d'une personne ou de ses ayants droit d'exercer un recours contre cette ressource;

2° les pratiques et conduites attendues des employés à l'endroit des usagers et indiquées dans le code d'éthique de l'établissement conformément à l'article 233;

3° les restrictions prévues aux articles 275, 276 et 277 en matière de donation ou de legs fait par un usager à l'époque où il recevait des services d'une ressource intermédiaire.

1991, c. 42, a. 309.

§2. — Les ressources de type familial

.{Placement d'adultes.}

310. Un établissement public identifié par la régie régionale peut recourir aux services d'une ressource de type familial aux fins de placement d'adultes ou de personnes âgées.

.{Protection de l'enfance.}

Sous réserve du troisième alinéa, seul un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse peut recruter et recourir aux services d'une telle ressource aux fins de placement d'enfants. Il veille cependant à ce que le suivi professionnel de l'enfant soit assuré par l'établissement le plus apte à lui venir en aide.

.{Centre de réadaptation.}

Un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou ayant une déficience physique peut, pour sa clientèle, recruter et recourir aux services de pareilles ressources pour enfants pourvu, toutefois, que le placement dans ces ressources s'effectue conformément aux dispositions de l'article 357 et du règlement pris en vertu du paragraphe 10° de l'article 505.

1991, c. 42, a. 310.

.{Composition.}

311. Les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.

1991, c. 42, a. 311.

.{Famille d'accueil.}

312. Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

.{Résidence d'accueil.}

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

1991, c. 42, a. 312.

.{Exploitation d'un commerce.}

313. Les activités et services dispensés par une ressource de type familial sont réputés ne pas constituer l'exploitation d'un commerce ou d'un moyen de profit.

1991, c. 42, a. 313.

.{Dispositions applicables.}

314. Les dispositions des articles 303 à 308 s'appliquent, en les adaptant, aux ressources de type familial.

1991, c. 42, a. 314.

ANNEXE 12



Les responsabilités des établissements, régies régionales et du ministère concernant les ressources matérielles, financières et informationnelles





LES RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS, RÉGIES RÉGIONALES ET DU MINISTÈRE CONCERNANT LES RESSOURCES MATÉRIELLES, FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES (ARTICLES 260 À 300 INCL, 350 ET 351, 463 À 472 INCL.)

{Établissement public.}

260. Un établissement public ne peut, sans avoir obtenu l'avis de la régie régionale concernée et obtenu l'autorisation préalable du ministre et du Conseil du trésor:

1° acquérir, aliéner, assujettir à une servitude ou hypothéquer un immeuble;
2° construire, agrandir, aménager, transformer, démolir, reconstruire ou procéder à des réparations majeures de ses immeubles, excepté dans les cas visés au paragraphe 3° de l'article 263.

Un établissement public n'est pas assujetti à l'application du premier alinéa pour disposer de l'un des droits réels immobiliers suivants:

1° tout droit de superficie et les servitudes de passage et d'appui nécessaires à une entreprise de services publics, une municipalité ou un autre organisme d'intérêt général pour les fins de leur réseau de télécommunications par câble, de distribution d'eau, de lignes électriques, de canalisations pour le transport de produits pétroliers ou l'évacuation des eaux usées;

2° un droit de superficie et de servitudes de déversement des eaux, des neiges et des glaces nécessaires à légaliser l'empiètement découlant de la construction d'un toit érigé en contravention des prescriptions de l'article 983 du Code civil;

3° un droit de superficie et les droits d'usage nécessaires à légaliser un empiètement mineur suivant l'article 992 du Code civil;

4° une servitude nécessaire à légaliser une vue existante non conforme aux prescriptions de l'article 993 du Code civil.

{Établissement privé.}

Un établissement privé conventionné est assujetti à l'application du premier alinéa, excepté pour assujettir à une servitude, hypothéquer un immeuble ou disposer de l'un des droits réels immobiliers mentionnés au deuxième alinéa.

1991, c. 42, a. 260; 1998, c. 39, a. 81.

{Délégation de pouvoirs.}

261. Le Conseil du trésor peut, aux conditions et dans la mesure qu'il détermine, déléguer au ministre tout ou partie des pouvoirs qui lui sont accordés à l'article 260.

{Publication.}

L'acte de délégation est publié à la Gazette officielle du Québec et entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de cette publication.

1991, c. 42, a. 261.

.{Fonds d'immobilisation.}.

262. Un établissement public doit identifier dans un poste comptable spécifique de son fonds d'immobilisation le produit net résultant de l'aliénation d'un immeuble; cette somme et les revenus qu'elle produit doivent être utilisés pour toutes fins conformes à l'utilisation du fonds d'immobilisation. Ils peuvent toutefois l'être pour le financement d'une dépense particulière de fonctionnement de l'établissement pourvu que ce dernier obtienne l'autorisation préalable du ministre donnée sur recommandation de la régie régionale.

1991, c. 42, a. 262.

.{Immeuble excédentaire.}.

262.1. Un établissement qui est une personne morale désignée par le ministre en vertu de l'article 139 peut, sans autre formalité que celles prévues aux articles 180 et 260, aliéner un immeuble excédentaire lorsque l'acquisition, la construction ou les travaux exécutés sur cet immeuble ont été financés par des fonds autres que des fonds provenant, en tout ou en partie, de subventions du gouvernement ou autres que des fonds provenant entièrement de souscriptions publiques et que ces investissements n'ont pas fait l'objet de remboursement ou de désintéressement.

.{Produit de l'aliénation.}.

Le produit de l'aliénation de cet immeuble et les revenus qu'il génère peuvent être cédés, malgré le paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 265, soit à une fondation de l'établissement visée à l'article 271 pour être utilisés, conformément à l'article 272, pour l'une ou l'autre des fins mentionnées à cet article, soit, si l'autorisation obtenue en vertu de l'article 260 en dispose ainsi, à une autre personne morale sans but lucratif dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

.{Fonds spécial.}.

Ils peuvent également être versés dans un fonds spécial dont l'administration est confiée aux membres de la personne morale et être utilisés, conformément à l'article 272, pour l'une ou l'autre des fins mentionnées à cet article.

.{Dispositions applicables.}.

Les règles prévues aux deuxième et troisième alinéas s'appliquent également aux fonds constitués par les membres de la personne morale avant le 23 juin 1992 et qui ont traditionnellement été administrés par ces derniers.

.{Transfert à une fondation.}.

Un immeuble excédentaire peut aussi être transféré, malgré le paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 265, soit à une fondation de l'établissement visée à l'article 271, soit, si l'autorisation obtenue en vertu de l'article 260 en dispose ainsi, à une autre personne morale sans but lucratif dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

.{«immeuble excédentaire»}.

Aux fins du présent article, on entend par «immeuble excédentaire», un immeuble pour lequel ni l'établissement, ni la régie régionale concernée, ni le ministre ne prévoit, pour les fins d'un établissement, une quelconque utilisation pour les cinq années subséquentes.

1992, c. 21, a. 31; 1996, c. 36, a. 51; 1998, c. 39, a. 82.

.{Autorisation préalable.}

263. Un établissement public ou un établissement privé conventionné ne peut, sans avoir obtenu l'autorisation préalable de la régie régionale:

- 1° louer un immeuble;
- 2° donner en location, prêter ou autrement permettre l'utilisation de ses immeubles par des tiers, pour une période excédant un an;
- 3° procéder à des travaux de construction, d'agrandissement, d'aménagement, de transformation, de démolition, de reconstruction ou de réparation majeure de ses immeubles lorsque le coût total estimé du projet est inférieur aux montants déterminés par règlement pris en vertu du paragraphe 3° de l'article 505, sauf pour les travaux d'aménagement, de réparation, d'amélioration ou d'entretien dont les coûts sont inférieurs aux montants déterminés par ce même règlement et qui ne nécessitent pas un emprunt pour leur financement.

1991, c. 42, a. 263.

.{Nullité du contrat.}

264. Est nul, de nullité absolue, tout contrat fait par un établissement sans l'autorisation préalable du Conseil du trésor, du ministre ou de la régie régionale, chaque fois que cette autorisation est requise par la présente loi.

.{Procédure.}

Tout contrat doit de plus, sous peine de nullité, être fait conformément aux normes, aux conditions et selon la procédure édictées par règlement du ministre.

.{Action en nullité.}

L'action en nullité d'un contrat fait par un établissement contrairement au présent article peut être intentée par le ministre, par la régie régionale ou par toute personne intéressée.

Aucun contrat fait par un établissement avant le 20 juin 1998 et ayant pour objet de céder l'un des droits mentionnés au deuxième alinéa de l'article 260 ne peut être invalidé pour le motif qu'il s'agit d'un acte pour lequel l'établissement n'a pas obtenu une autorisation requise en vertu de la présente loi, d'une loi remplacée par la présente loi ou de toute autre loi antérieure qui lui était applicable.

1991, c. 42, a. 264; 1998, c. 39, a. 83.

.{Prohibitions.}

265. Nul établissement public ne peut:

- 1° acquérir des actions d'une autre personne morale ou exploiter une entreprise commerciale, sans avoir obtenu l'avis de la régie régionale concernée et que dans la seule mesure prévue à une entente conclue avec le ministre dont les conditions sont rendues publiques par l'établissement;
- 2° consentir à des tiers des prêts à même les sommes d'argent qu'il administre;
- 3° cautionner, endosser ou autrement consentir une sûreté pour garantir le paiement de l'obligation d'un tiers;
- 4° disposer à titre gratuit de ses biens, sauf s'il s'agit de biens de valeur modique ou, avec l'autorisation préalable de la régie régionale, lorsque la disposition est faite dans l'intérêt de l'établissement ou de la mission qu'il poursuit, en faveur d'un autre établissement ou dans un but humanitaire;
- 5° négliger d'exercer un droit qui lui appartient ou y renoncer, sans contrepartie valable;
- 6° accorder des subventions à des tiers, sauf s'il s'agit de sommes qui peuvent être versées ou de biens et services qui peuvent être fournis à des usagers ou à d'autres personnes à titre d'aide matérielle ou financière en vertu de la présente loi ou de toute autre disposition législative ou réglementaire.

.{Action en nullité.}

L'action en nullité d'une décision, d'un règlement ou d'une résolution adopté par un établissement ou de tout contrat fait par lui contrairement au premier alinéa peut être intentée par le ministre, par la régie régionale ou par toute personne intéressée.

.{Entreprise commerciale.}

Ne constitue pas une entreprise commerciale, l'organisation, par un établissement, d'activités accessoires aux services de santé ou aux services sociaux qu'il dispense.

Ne constitue pas un acte prohibé en vertu du paragraphe 2° du premier alinéa le fait pour un établissement de prêter des fonds à un autre établissement lorsque l'un et l'autre de ces établissements sont administrés par le même conseil d'administration.

1991, c. 42, a. 265; 1996, c. 36, a. 51; 1998, c. 39, a. 84.

.{Acquisition d'immeuble.}

266. Un établissement public peut acquérir, par expropriation, tout immeuble nécessaire à ses fins.

.{Corporation d'hébergement.}

La Corporation d'hébergement du Québec visée à l'article 471 peut, de la même manière et aux lieu et place de l'établissement, acquérir un tel immeuble.

1991, c. 42, a. 266; 1998, c. 39, a. 85.

.{Assurance responsabilité.}

267. Un établissement qui n'a pas adhéré à une association reconnue par le ministre pour négocier et conclure un contrat d'assurance de la responsabilité civile à l'avantage de ses membres et pour en gérer la franchise doit souscrire un tel contrat à l'égard des actes dont il peut être appelé à répondre.

1991, c. 42, a. 267.

§2. — Dons, legs et subventions

1. Acceptation

.{Formes d'aide.}

268. Tout établissement peut recevoir des dons, legs, subventions ou autres contributions bénévoles de toute personne ou de tout organisme public ou privé, désirant aider à la réalisation de la mission d'un centre exploité par l'établissement.

.{Autorisation préalable.}

Il ne peut cependant, sans l'autorisation préalable de la régie régionale, accepter des dons, legs, subventions ou autres contributions versés sous condition d'exécuter un projet comportant les mêmes particularités que celles d'un projet mentionné au paragraphe 1° ou 2° du deuxième alinéa de l'article 272, si ce n'est du gouvernement du Québec, de ses ministères ou de ses organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu.

Dans ce dernier cas, le gouvernement, le ministère ou l'organisme concerné doit en aviser la Régie régionale.

Lorsque le projet dont l'exécution est exigée comme condition comporte les mêmes particularités que celles d'un projet mentionné au paragraphe 2° du deuxième alinéa de l'article 272, la Régie régionale n'accorde l'autorisation préalable que si l'établissement démontre que les coûts supplémentaires peuvent être supportés sans requérir d'ajustement budgétaire ou de subvention particulière de la part de la Régie régionale ou du ministre.

1991, c. 42, a. 268; 1998, c. 39, a. 86.

.{Comptabilisation.}

269. Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution, à l'exception de celles octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes visés dans l'article 268, sont comptabilisées directement dans l'avoir propre de l'établissement et sont soumises aux règles d'usage de cet avoir prévues à l'article 269.1.

.{Placement.}

Toutefois, si une contribution a été faite à des fins particulières, le montant doit être versé dans un fonds à destination spéciale créé par l'établissement et il doit être déposé ou placé conformément aux dispositions du Code civil du Québec relatives au placement des biens appartenant à autrui, jusqu'à ce qu'il en soit disposé aux fins particulières pour lesquelles la contribution a été faite.

.{Fonds de dotation.}

Si les sommes reçues ont été données sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital qui doit être préservé et dont seuls les revenus pourront être utilisés, le montant doit être versé dans un fonds de dotation créé par l'établissement pour être géré de la manière prévue au deuxième alinéa.

.{États financiers.}

Les états financiers de l'établissement doivent faire apparaître, de façon distincte, l'état de chaque fonds créé conformément au présent article.

1991, c. 42, a. 269; 1998, c. 39, a. 87.

269.1. L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite.

Toutefois, si l'utilisation recherchée vise l'exécution d'un projet comportant les mêmes particularités que celles d'un projet mentionné au paragraphe 1° ou 2° du deuxième alinéa de l'article 272, l'établissement public doit soumettre son projet à la Régie régionale pour évaluation et acceptation conformément à cet article.

Malgré le paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 265, tout ou partie de l'avoir propre d'un établissement public peut être transféré à un autre établissement public lorsque l'un et l'autre de ces établissements sont administrés par le même conseil d'administration.

1991, c. 42, a. 270; 1996, c. 36, a. 51; 1998, c. 39, a. 88.

.{Rapport financier.}

270. Un établissement public, qui reçoit une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux, doit en faire mention dans une annexe faisant partie de son rapport financier annuel en indiquant l'objet pour lequel cette somme ou cet avantage a été conféré.

1991, c. 42, a. 270; 1996, c. 36, a. 51.

2. Fondations

.{Transfert d'administration.}

271. Un établissement peut, avec l'autorisation préalable de la régie régionale, transférer l'administration de tout ou partie d'un fonds visé à l'article 269 à une fondation de l'établissement au sens de l'article 132.2 pourvu qu'elle soit constituée suivant les lois du Québec et qu'aucune disposition de son acte constitutif ne l'empêche de gérer de tels fonds.

.{Fonds en fiducie.}

Les fonds dont l'administration est ainsi transférée à une fondation de l'établissement sont réputés reçus par elle en fiducie; elle est assujettie, relativement à ces fonds, aux mêmes obligations et dotée des mêmes pouvoirs qu'une société de fiducie constituée au Québec.

.{Dissolution.}

En cas de dissolution d'une telle fondation, les fonds pour lesquels les sommes n'ont pas encore été utilisées aux fins particulières stipulées de même que les revenus et intérêts accumulés provenant du placement de ces fonds doivent être retournés à l'établissement pour être gérés de la manière prévue à l'article 269.

1991, c. 42, a. 271; 1996, c. 36, a. 51; 1998, c. 39, a. 89.

.{Aide financière.}

272. Un établissement public peut accepter l'aide financière ou matérielle de toute fondation ou de toute personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé ou des services sociaux pour l'une ou l'autre des fins suivantes:

1° l'achat, la construction, la rénovation, l'amélioration, l'agrandissement ou l'aménagement de biens immobiliers de l'établissement;

2° l'achat, l'installation, l'amélioration ou le remplacement de l'ameublement, de l'équipement ou de l'outillage de l'établissement;

3° les activités de recherche de l'établissement;

4° l'amélioration de la qualité de vie des usagers de l'établissement;

5° la formation et le développement des ressources humaines de l'établissement pour des besoins spécifiques.

.{Soumission à la régie.}

Avant d'accepter une telle aide, l'établissement doit soumettre son projet à la régie régionale pour évaluation et acceptation dans les cas suivants:

1° lorsque l'aide vise le financement d'un projet pour la réalisation duquel l'autorisation préalable du Conseil du trésor, du ministre ou de la régie régionale est requise par la présente loi;

2° lorsque le projet envisagé a pour effet immédiat ou prévisible d'augmenter le montant des dépenses annuelles de fonctionnement ou d'immobilisation de l'établissement;

3° lorsque, indépendamment du montant de l'aide, l'utilisation recherchée ne s'inscrit pas à l'intérieur des activités prévues de l'établissement dans les plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale;

4° [Disposition abrogée.]

.{Documents requis.}

La demande doit être accompagnée des documents et contenir les renseignements que la régie régionale détermine.

.{Admissibilité du projet.}

Après avoir évalué la pertinence et la viabilité financière du projet et après s'être assurée que la fondation ou la personne morale présente des perspectives financières lui permettant de respecter ses engagements, la régie régionale avise l'établissement de l'admissibilité de son projet ou des conditions requises pour qu'il puisse être accepté.

La régie régionale ne peut toutefois accepter un projet visé au paragraphe 2° du deuxième alinéa que si l'établissement démontre que les coûts supplémentaires peuvent être supportés sans requérir d'ajustement budgétaire ou de subvention particulière de la part de la régie régionale ou du ministre.

1991, c. 42, a. 272; 1996, c. 36, a. 51; 1998, c. 39, a. 90.

.{Vérification des renseignements.}

273. La régie régionale peut, à tout moment, vérifier l'exactitude des renseignements que lui a fournis l'établissement relativement à un projet soumis suivant l'article 272 ou requérir tout renseignement sur l'utilisation de l'aide obtenue conformément à cet article, le cas échéant.

.{Fausses représentations.}

Si l'établissement a obtenu le droit de bénéficier de l'aide au moyen de fausses représentations ou s'il a employé toute partie de cette aide à d'autres fins que celles pour lesquelles elle devait être utilisée, la régie régionale peut, d'office ou à la demande du ministre, déclarer l'établissement déchu du bénéfice de l'aide accordée et prendre toute mesure pour obliger l'établissement et la fondation ou personne morale qui verse l'aide à rectifier la situation.

1991, c. 42, a. 273; 1996, c. 36, a. 51.

.{Avantage direct ou indirect.}

274. Il est interdit à tout directeur général d'un établissement public, sous peine de déchéance de sa charge, ou à tout cadre supérieur ou cadre intermédiaire d'un tel établissement, sous peine de sanction pouvant aller jusqu'au congédiement, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

.{Disposition applicable.}

Les deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article 197 s'appliquent au directeur général, en les adaptant.

1991, c. 42, a. 274; 1996, c. 36, a. 51.

.{Nullité d'une donation.}

275. La donation faite au propriétaire, à l'administrateur ou à l'employé d'un établissement qui n'est ni le conjoint ni un proche parent du donateur, est nulle si elle est faite au temps où le donateur y est soigné ou y reçoit des services.

.{Nullité d'une donation.}

La donation faite au membre d'une ressource de type familial à l'époque où le donateur y demeure est également nulle.

1991, c. 42, a. 275.

.{Effet d'un legs.}

276. Le legs fait au propriétaire, à l'administrateur ou à l'employé d'un établissement qui n'est ni le conjoint ni un proche parent du testateur, est sans effet s'il a été fait à l'époque où le testateur y était soigné ou y recevait des services.

.{Effet d'un legs.}

Le legs fait au membre d'une ressource de type familial à l'époque où le testateur y demeurait est également sans effet.

1991, c. 42, a. 276.

.{Personnes visées.}

277. Les restrictions prévues aux articles 275 et 276 s'appliquent également, en les adaptant, à un médecin, un dentiste ou un pharmacien qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, à un stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre, à une personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier de même qu'à un tiers que le prestataire de services peut s'adjoindre pour exécuter son contrat.

1991, c. 42, a. 277.

§3. — Règles relatives aux ressources financières

1. Dispositions applicables à tous les établissements

.{Rapport d'activités.}

278. Un établissement doit transmettre, dans les trois mois de la fin de son exercice financier, à la régie régionale et au ministre, un rapport annuel de ses activités. Ce rapport doit être produit suivant la forme déterminée par le ministre et contenir tout renseignement requis par celui-ci et la régie régionale.

1991, c. 42, a. 278.

.{Rapport d'activités.}

279. Un établissement doit, sur demande de la régie régionale, lui fournir en la forme et dans le délai qu'elle prescrit, les états, données statistiques, rapports et autres renseignements qu'elle requiert sur les activités de l'établissement ou qu'elle juge appropriés pour l'exercice de ses fonctions. Le ministre peut demander à la régie régionale de lui en transmettre copie. Les documents ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier un usager de l'établissement.

.{Disposition applicable.}

Le présent article ne s'applique à un établissement privé non conventionné que s'il est agréé aux fins de subventions conformément aux dispositions du chapitre III du titre II de la partie III et dans la seule mesure où les renseignements sont nécessaires à l'application de ces dispositions.

1991, c. 42, a. 279.

.{Renseignements à caractère public.}

280. Les renseignements contenus dans les rapports et documents prescrits par la présente sous-section ont un caractère public.

.{Accès aux rapports.}

Malgré l'article 9 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), nul n'a droit d'accès aux rapports et documents prescrits par la présente sous-section avant la date d'expiration du délai pour leur transmission ou, s'ils sont transmis après cette date, avant la date de leur transmission.

1991, c. 42, a. 280.

.{Frais d'exploitation.}

281. Les sommes d'argent que le gouvernement verse à l'égard d'un immeuble appartenant à un établissement et qui tiennent lieu, à son égard, des taxes, compensations et mode de tarification imposés par une municipalité à une personne en raison du fait qu'elle est le propriétaire, le locataire ou l'occupant d'un immeuble, constituent des frais d'exploitation de l'établissement concerné. Le présent article s'applique aux sommes d'argent versées par le gouvernement à ce titre depuis le 21 décembre 1979.

1991, c. 42, a. 281.

2. Dispositions applicables aux établissements publics

.{Exercice financier.}

282. L'exercice financier d'un établissement public se termine le 31 mars de chaque année.

1991, c. 42, a. 282.

.{Répartition des ressources.}

283. L'établissement établit annuellement les règles et les modalités de répartition de ses ressources financières entre les différents postes ou articles budgétaires suivant les besoins propres à son plan d'organisation.

.{Permutations budgétaires.}

Ces règles doivent permettre d'effectuer, pendant l'exercice financier et sous réserve des règles budgétaires applicables, les permutations budgétaires requises pour le bon fonctionnement des activités de l'établissement et la prestation adéquate des services qu'il est appelé à fournir.

1991, c. 42, a. 283; 1992, c. 21, a. 32.

.{Prévisions budgétaires.}

284. Le directeur général de l'établissement soumet au conseil d'administration, avant la date que ce dernier détermine, les prévisions budgétaires de fonctionnement de l'établissement ou de chacun des établissements que le conseil administre pour l'exercice financier suivant. Ces prévisions sont préparées en fonction des paramètres budgétaires que la régie régionale a fait connaître, lesquels paramètres sont déterminés en conformité avec ceux transmis par le ministre. .{Équilibre des dépenses.}

Les prévisions budgétaires de fonctionnement établissent le montant requis par un établissement pour assurer les opérations relatives à la prestation des services qu'il est appelé à fournir et qui sont essentiels à la réalisation de la mission de tout centre qu'il exploite. Les prévisions budgétaires des dépenses et des revenus doivent être en équilibre.

1991, c. 42, a. 284.

.{Divulgarion du budget.}

285. Avant le 1er avril de chaque année, la régie régionale fait connaître à chaque conseil d'administration des établissements visés aux articles 119 à 125, 126.1 et 126.2 le montant total des sommes qu'elle affecte aux budgets de fonctionnement des établissements que chacun de ces conseils administre.

.{Répartition entre les établissements.}

Dans les 30 jours suivant la transmission de cette information, le conseil d'administration répartit le montant total indiqué par la régie régionale entre les établissements qu'il administre, voit à ce que soient révisées, le cas échéant, les prévisions budgétaires de fonctionnement de tout établissement qu'il administre, adopte le budget de fonctionnement propre à chaque établissement et en informe la régie régionale.

.{Plan d'équilibre budgétaire.}

Lorsqu'un plan d'équilibre budgétaire est requis pour qu'un établissement que le conseil administre puisse se conformer à son budget de fonctionnement, le conseil d'administration voit à ce que ce plan soit élaboré, adopté et transmis à la régie régionale en même temps que le budget de fonctionnement de cet établissement et ce, dans un délai de 60 jours.

1991, c. 42, a. 285; 1996, c. 36, a. 28.

.{Divulgarion du budget.}

286. Avant le 1er avril de chaque année, la régie régionale fait connaître à tout établissement qui n'est pas visé à l'article 285 le montant des sommes qu'elle affecte à son budget de fonctionnement pour l'exercice financier suivant.

.{Révision.}

Dans les 30 jours qui suivent, le conseil d'administration voit à ce que soient révisées, le cas échéant, les prévisions budgétaires de fonctionnement de l'établissement, adopte le budget de fonctionnement de l'établissement et en informe la régie régionale.

.{Plan d'équilibre budgétaire.}

Lorsqu'un plan d'équilibre budgétaire est requis pour que l'établissement puisse se conformer à son budget de fonctionnement, le conseil d'administration voit à ce que ce plan soit élaboré, adopté et transmis à la régie régionale en même temps que le budget de fonctionnement de l'établissement et ce, dans un délai de 60 jours.

1991, c. 42, a. 286.

.{Budget reconduit.}.

287. Si au 1er avril d'une année, le montant des sommes qui sont affectées au budget de fonctionnement d'un établissement ne lui a pas été indiqué par le conseil d'administration suivant le deuxième alinéa de l'article 285 ou par la régie régionale suivant le premier alinéa de l'article 286, selon le cas, un quart du budget de l'exercice financier précédent est reconduit au début de chaque trimestre de l'exercice financier et demeure en vigueur jusqu'à ce qu'il soit remplacé par le montant des sommes qui sont affectées au budget de l'exercice financier visé.

1991, c. 42, a. 287.

.{Transmission à la régie régionale.}.

288. L'établissement transmet à la régie régionale, aux dates et dans la forme que celle-ci détermine:

1° des rapports périodiques relatifs à l'utilisation du budget et au fonctionnement de l'établissement;
2° un rapport statistique annuel concernant les ressources et les services de l'établissement pour la dernière année financière.

.{Contenu des rapports.}.

Ces rapports doivent contenir tout renseignement requis par la régie régionale ou par le ministre.

.{Copie au ministre.}.

La régie fournit une copie de ces rapports au ministre à sa demande.

1991, c. 42, a. 288.

.{Vérification.}.

289. Les livres et comptes de l'établissement sont vérifiés chaque année par un vérificateur.

1991, c. 42, a. 289.

.{Vérificateur.}.

290. Avant le 30 septembre de chaque exercice financier de l'établissement, le conseil d'administration nomme un vérificateur pour l'exercice financier en cours.

Un établissement doit avoir recours, au moins tous les quatre ans et chaque fois qu'il veut retenir les services d'un nouveau cabinet de vérificateur, à une procédure d'appel d'offres visant l'obtention d'une prestation de services qui soit du meilleur rapport qualité/coût.

Un nouvel établissement constitué en personne morale en vertu de la présente loi, y compris celui résultant d'une fusion ou d'une conversion faite en vertu de la présente loi, doit appliquer la procédure d'appel d'offres visée au deuxième alinéa pour retenir les services d'un premier cabinet de vérificateur.

1991, c. 42, a. 290; 1998, c. 39, a. 91.

{Charge vacante.}

291. Si la charge du vérificateur devient vacante avant l'expiration de son mandat, le conseil d'administration de l'établissement doit combler cette vacance à la première séance qui suit.

1991, c. 42, a. 291.

{Accès aux documents.}

292. Pour l'exercice de ses fonctions, le vérificateur a accès à tous les livres, registres, comptes et autres écritures comptables de l'établissement ainsi qu'aux pièces justificatives; toute personne en ayant la garde doit lui en faciliter l'examen.

{Renseignements.}

Il peut aussi exiger des membres du conseil d'administration de l'établissement, des dirigeants, des employés et autres représentants, les renseignements, explications et documents nécessaires à l'accomplissement de son mandat.

1991, c. 42, a. 292.

{Rapport financier.}

293. Le vérificateur doit, pour l'exercice pour lequel il a été nommé, vérifier le rapport financier de l'établissement et procéder à l'exécution des autres éléments de son mandat, notamment ceux déterminés par règlement pris en vertu du paragraphe 8° de l'article 505 et, le cas échéant, ceux que détermine l'établissement, la régie régionale ou le ministre.

1991, c. 42, a. 293.

{Remise au conseil.}

294. Le vérificateur remet son rapport de vérification au conseil d'administration de l'établissement.

1991, c. 42, a. 294.

{Transmission du rapport financier.}

295. L'établissement doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, transmettre à la régie régionale son rapport financier annuel pour l'exercice financier écoulé. Ce rapport doit être préparé sur les formules prescrites par le ministre et comporter les états financiers de l'établissement, le rapport de vérification visé à l'article 294 et tout autre renseignement requis par la régie régionale ou par le ministre.

{Transmission au ministre.}

La régie régionale transmet copie du rapport financier annuel d'un établissement au ministre à sa demande.

1991, c. 42, a. 295.

{Emprunt.}

296. Malgré toute disposition législative inconciliable, l'établissement peut, avec l'autorisation préalable de la régie régionale et selon les modalités et conditions qu'elle détermine, emprunter par tout mode reconnu par la loi pour le paiement de dépenses courantes de fonctionnement ou pour le paiement de dépenses en immobilisations effectuées

soit pour l'organisation d'activités accessoires conformément à l'article 115, soit dans le cadre d'un projet d'investissement autofinancé par les économies à réaliser au niveau des dépenses courantes de fonctionnement.
. {Autorisation préalable.}

L'établissement peut en outre, avec l'autorisation préalable du ministre et selon les modalités et conditions qu'il détermine, emprunter par tout mode reconnu par la loi pour le financement de dépenses en immobilisations ou de service de la dette de l'établissement.
. {Conditions d'emprunt.}

Le ministre détermine les cas, conditions et circonstances suivant lesquels la régie régionale peut autoriser des emprunts en vertu du premier alinéa ainsi que le montant maximal de ces emprunts.

1991, c. 42, a. 296.

. {Situation financière.}

297. L'établissement doit, à la demande de la régie régionale ou du ministre, lui fournir, soit directement, soit par l'intermédiaire des institutions financières avec lesquelles il fait affaire, toute information concernant sa situation financière.

1991, c. 42, a. 297.

3. Dispositions applicables aux établissements privés conventionnés

. {Exercice financier.}

298. L'exercice financier d'un établissement privé conventionné se termine le 31 mars de chaque année.

1991, c. 42, a. 298.

. {Budget de fonctionnement.}

299. Avant le 1er avril de chaque année, la régie régionale transmet à chacun des établissements privés conventionnés de sa région son budget de fonctionnement pour l'exercice financier suivant. Ce budget est établi sur la base de la convention de financement que l'établissement a conclue avec la régie régionale, suivant les conditions et modalités qui y sont prévues, le cas échéant.

. {Budget reconduit.}

Si au 1er avril d'une année le budget de fonctionnement d'un établissement ne lui a pas été transmis, un quart du budget de l'exercice financier précédent est reconduit au début de chaque trimestre de l'exercice financier et demeure en vigueur jusqu'à ce qu'il soit remplacé par le budget de l'exercice financier visé.

1991, c. 42, a. 299; 1992, c. 21, a. 33; 1998, c. 39, a. 92.

.{Rapports et vérifications.}

300. L'établissement privé conventionné est assujéti à l'application des articles 288 à 295 en ce qui concerne les rapports qu'il doit transmettre et les vérifications qui doivent être effectuées.

.{Renseignements nécessaires.}

Les rapports périodiques visés au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 288 ne doivent toutefois contenir que les renseignements nécessaires à l'application des dispositions pertinentes de la convention de financement conclue avec la régie régionale.

1991, c. 42, a. 300; 1998, c. 39, a. 93.

LA RÉGIE RÉGIONALE

.{Répartition des ressources.}

350. La régie régionale répartit les ressources financières mises à sa disposition pour la mise en oeuvre des plans régionaux d'organisation de services élaborés pour sa région.

.{Allocation des budgets et octroi des subventions.}

Elle est responsable, dans la mesure et aux conditions prescrites par le ministre conformément aux règles budgétaires applicables, de l'allocation des budgets de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés de sa région et de l'octroi des subventions aux organismes communautaires de sa région conformément à l'article 336 et aux ressources privées agréées visées au chapitre III du titre II de la présente partie.

.{Gestion des fonds.}

Elle assure aussi la gestion des fonds reliés à tout mandat spécifique que lui confie le ministre en vertu du paragraphe 6° du premier alinéa de l'article 346.

.{Administration et financement.}

Elle est chargée également, aux conditions déterminées par le ministre, de l'administration et du financement des dépenses d'immobilisations effectuées par un établissement public de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise conformément à l'article 263, des dépenses d'équipements effectuées par un tel établissement et des dépenses d'immobilisations effectuées par un établissement privé conventionné de sa région qui occupe un immeuble appartenant à un établissement public ou à la Corporation d'hébergement du Québec.

1991, c. 42, a. 350; 1992, c. 21, a. 36; 1998, c. 39, a. 103.

.{Contrôle des budgets et subventions.}

351. La régie régionale doit, conformément aux règles déterminées par le ministre, assurer le contrôle des budgets alloués et des subventions octroyées suivant l'article 350.

1991, c. 42, a. 351.

{Études des demandes.}

382. La régie régionale étudie toute demande d'un établissement relative aux ressources matérielles et qui doit lui être soumise pour avis ou autorisation conformément à la présente loi ou aux règlements. Elle doit y répondre avec diligence.

1991, c. 42, a. 382.

{Approvisionnement.}

383. La régie régionale s'assure que les établissements de sa région se regroupent pour l'approvisionnement en commun de biens et de services qu'elle détermine. Elle peut, si nécessaire, obliger un établissement à participer aux groupes d'achat régionaux.

..Les établissements d'une région peuvent, avec l'autorisation de la régie régionale et aux conditions que le ministre détermine, constituer une personne morale sans but lucratif représentative des établissements de la région pour gérer l'approvisionnement de biens et de services. Ils doivent toutefois constituer une telle personne morale lorsque la régie régionale l'estime nécessaire. À défaut, la régie régionale peut, avec l'autorisation du ministre, pourvoir elle-même à la mise en place d'une personne morale de services communs aux établissements de sa région.

{Modalités de regroupement.}

Avec l'autorisation du ministre, les formes et les modalités de regroupement pour l'approvisionnement en commun de biens et de services peuvent être élaborées pour deux ou plusieurs régions.

{Dispositions applicables.}

Les dispositions des articles 260 à 265, 278 à 280, 282, 289 à 292, 294 à 297, 436, 485, 486, 489, 499 et 500 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, à une personne morale visée au présent article.

Le vérificateur nommé par la personne morale en application de l'article 290 doit, pour l'exercice pour lequel il a été nommé, vérifier le rapport financier de la personne morale et procéder à l'exécution des autres éléments de son mandat déterminés par la personne morale, la régie régionale ou le ministre.

1991, c. 42, a. 383; 1996, c. 36, a. 51; 1998, c. 39, a. 115.

{Restriction.}

LE MINISTÈRE

CHAPITRE IV

LE FINANCEMENT DES SERVICES

{Répartition des ressources.}

463. Le ministre voit à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques socio-sanitaires.

{Mécanismes d'allocation.}

Il établit des mécanismes d'allocation des ressources afin de permettre aux régies régionales de gérer les enveloppes budgétaires qui leur sont allouées.

.{Approbation des plans.}

Il approuve la partie des plans régionaux d'organisation de services visée au dernier alinéa de l'article 347 et le plan de répartition des ressources financières que lui soumet chaque régie régionale.

1991, c. 42, a. 463; 1992, c. 21, a. 48; 1998, c. 39, a. 152.

.{Règles budgétaires.}

464. Le ministre établit, chaque année, après consultation des régies régionales, des règles budgétaires pour déterminer le montant des dépenses de fonctionnement et d'immobilisation qui est admissible aux subventions à allouer aux régies régionales.

.{Subventions.}

Le ministre doit prévoir dans ces règles budgétaires le versement de subventions visant à atteindre l'équité interrégionale.

.{Prévision des dépenses.}

Les règles budgétaires prévoient en outre le montant des dépenses de service de la dette qui est admissible aux subventions à allouer aux établissements publics ainsi que l'allocation de subventions à d'autres personnes et organismes qui y sont admissibles et qui remplissent une obligation particulière résultant de la présente loi ou d'une entente conclue conformément à celle-ci.

.{Approbation.}

Les règles budgétaires établies par le ministre doivent être soumises à l'approbation du Conseil du trésor.

1991, c. 42, a. 464; 1992, c. 21, a. 49.

.{Règles particulières.}

465. Le ministre établit annuellement des règles budgétaires particulières applicables aux régies régionales quant à leur gestion, à l'allocation des budgets aux établissements et à l'octroi des subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées visés par la présente loi.

1991, c. 42, a. 465.

.{Détermination de l'allocation.}

466. Les règles budgétaires visées aux articles 464 et 465 peuvent prévoir que l'allocation d'une subvention:

1° peut être faite sur la base de normes générales visant tous ceux qui y sont admissibles ou sur la base de normes particulières ne visant que certains d'entre eux;

2° peut être assujettie à des conditions générales applicables à tous ceux qui y sont admissibles ou à des conditions particulières applicables à l'un ou à certains d'entre eux;

3° peut être assujettie à l'autorisation du ministre;

4° peut n'être faite qu'à un ou à certains de ceux qui y sont admissibles.

1991, c. 42, a. 466.

.{Utilisation des revenus.}

467. Les règles budgétaires peuvent aussi porter sur:

1° l'utilisation des revenus qui peuvent être perçus et des contributions financières qui doivent être exigées conformément à la présente loi et de leur incidence sur le calcul ou le paiement des subventions;

2° la fréquence des versements et autres modalités de paiement d'une subvention.

1991, c. 42, a. 467.

CHAPITRE V

LE FINANCEMENT DES AUTRES SERVICES

.{Paiement d'emprunt.}

468. Le ministre peut, aux conditions qu'il détermine, accorder au nom du gouvernement une subvention à toute régie régionale ou à tout établissement public pour pourvoir, en tout ou en partie, sur les sommes votées annuellement à cette fin par le Parlement, au paiement en principal et intérêts de tout emprunt contracté ou à contracter par la régie régionale ou par l'établissement public.

.{Paiement des dépenses.}

La régie régionale ou l'établissement public doit affecter le produit de l'emprunt visé au premier alinéa au paiement des dépenses d'immobilisation et de service de la dette pour ces dépenses d'immobilisation, au paiement des emprunts effectués aux fins de ces dépenses ou au paiement des frais et des dépenses afférents à cet emprunt.

.{Fonds d'amortissement.}

Le ministre peut déposer auprès du ministre des Finances, pour être gérés par lui, tous les montants destinés au paiement du principal des obligations émises par cette régie régionale, cet établissement public ou la Corporation d'hébergement du Québec pour former un fonds d'amortissement aux fins d'acquitter, à même ces montants et aux échéances prévues à l'emprunt, le principal de ces obligations et, à même les produits ou revenus de ce fonds, les emprunts de toute régie régionale, de tout établissement public ou de la Corporation.

.{Restriction.}

Le troisième alinéa ne s'applique qu'aux emprunts contractés avant le 1er avril 1991.

1991, c. 42, a. 468.

.{Fonds d'amortissement.}

469. Le ministre peut déposer auprès du ministre des Finances, pour être gérées par lui, des sommes destinées au paiement du principal de l'emprunt qui fait l'objet d'une subvention visée dans les articles 468 et 471, pour former un fonds d'amortissement aux fins d'acquitter à même ces sommes, aux échéances prévues à l'emprunt, le principal de cet emprunt.

.{Utilisation des revenus.}

Les revenus de ce fonds d'amortissement sont utilisés aux fins d'acquitter tout emprunt dûment autorisé de toute régie régionale ou de tout établissement public ou les emprunts de la Corporation d'hébergement du Québec, ou sont affectés à tout emprunt pour lequel un fonds d'amortissement est constitué, en substitution des sommes qui auraient autrement été déposées conformément au premier alinéa.

.{Restriction.}

Le présent article ne s'applique qu'aux emprunts contractés depuis le 1er avril 1991.

1991, c. 42, a. 469.

.{Annulation d'une subvention.}

470. Le ministre peut retenir ou annuler tout ou partie du montant d'une subvention destinée à une régie régionale, à un établissement public, à un établissement privé conventionné, à un organisme communautaire ou à une ressource privée agréée en cas de refus ou de négligence de sa part d'observer l'une des dispositions de la présente loi ou des règlements qui lui est applicable. Une régie régionale exerce les mêmes pouvoirs quant aux subventions destinées aux établissements, aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées de sa région.

.{Exception.}

Toutefois, le ministre ne peut retenir ou annuler une subvention accordée en vertu de l'article 468 concernant le paiement en capital et intérêts de tout emprunt dûment autorisé d'une régie régionale ou d'un établissement public.

1991, c. 42, a. 470.

.{Obligation assumée par le ministre.}

471. Le ministre peut, aux conditions qu'il détermine, assumer l'exécution de toute obligation de la Corporation d'hébergement du Québec, personne morale qui est constituée dans un but exclusivement charitable, ou accorder, au nom du gouvernement, une subvention de même nature que celle visée à l'article 468 pour pourvoir au paiement de tout emprunt de cette personne morale, lorsque cet emprunt ou cette obligation est fait directement ou indirectement pour l'une ou l'autre des fins suivantes:

1° acquérir, construire ou transformer un immeuble utilisé ou qui doit être utilisé par un établissement, une régie régionale ou toute autre personne, association ou personne morale spécialement désignée par le ministre;

2° administrer et maintenir un tel immeuble et acquérir ou obtenir, par contrat d'approvisionnement, le mobilier et l'équipement nécessaires dans un tel immeuble et tous les autres services pouvant être requis;

3° assurer le financement de ces activités;

4° exercer les activités prévues aux paragraphes 1°, 2° ou 3° à l'égard d'un établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) ou d'un conseil régional institué en vertu de cette loi.

.{Désignation du personnel.}

Le ministre peut également déterminer le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux qui sera affecté au fonctionnement de la Corporation d'hébergement du Québec et pourvoir à ses besoins d'équipement et de locaux pour ses opérations.

1991, c. 42, a. 471; 1992, c. 21, a. 50; 1994, c. 23, a. 4; 1996, c. 36, a. 51.

{Opérations immobilières.}

472. Les dispositions de l'article 260, du paragraphe 3° de l'article 263 et de l'article 264 s'appliquent, en les adaptant, aux opérations immobilières que la Corporation d'hébergement du Québec réalise pour les fins d'un établissement.

1991, c. 42, a. 472.

472.1. La Corporation d'hébergement du Québec peut garantir l'exécution de toute obligation à laquelle une association reconnue par le ministre en vertu de l'article 267 est tenue relativement à la gestion d'une franchise afférente à un contrat d'assurance négocié et conclu par cette association à l'avantage de ses membres. Elle peut également avancer à cette association toute somme jugée nécessaire dans le cadre de cette gestion.

Le ministre peut, aux conditions déterminées par le gouvernement, rembourser à la Corporation d'hébergement du Québec toute somme qu'elle peut être appelée à verser en vertu de la garantie prévue au premier alinéa. Les sommes requises à cette fin sont prises sur le fonds consolidé du revenu.

1996, c. 59, a. 2

ANNEXE 13



Liste des sigles





LISTE DES SIGLES

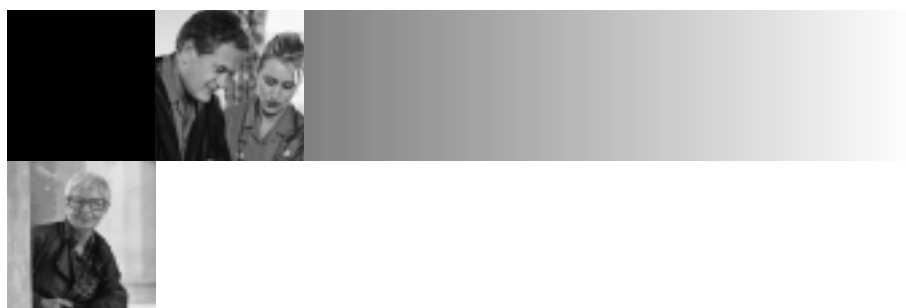
A.C.J.Q.	Association des centres jeunesse du Québec	C.L.S.C.	Centres locaux de services communautaires
A.C.M.D.P.Q.	Association des conseils des médecins, dentiste et pharmaciens du Québec	C.M.	Conseil multidisciplinaire
A.C.S.S.S.S.	Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux	C.M.D.P.	Conseil des médecins, dentiste et pharmaciens
A.C.S.S.S.Q.	Association des cadres de la santé et des services sociaux du Québec	C.Q.R.S.	Conseil québécois de la recherche sociale
A.C.L.S.C- C.H.S.L.D.Q.	Association des C.L.S.C. et des C.H.S.L.D. du Québec	C.R.	Centre de réadaptation
A.D.G.S.S.S.Q.	Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec	C.P.E.J.	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
A.E.P.C.	Association des établissements privés conventionnés	C.P.M.Q.	Corporation professionnelle des médecins du Québec
A.E.R.D.P.Q.	Association des établissements de la réadaptation en déficience physique du Québec	C.R.R.S.S.S.Q.	Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec
A.G.E.S.S.S.	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux inc.	C.S.S.T.	Commission de la santé et de la sécurité du travail
A.H.Q.	Association des hôpitaux du Québec	F.M.O.Q.	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
C.A.S.	Commission des affaires sociales	F.M.S.Q.	Fédération des médecins spécialistes du Québec
C.H.	Centre hospitalier	F.Q.C.R.P.A.T.	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
C.H.S.L.D.	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	F.Q.C.R.P.D.I.	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes en déficience intellectuelle
C.I.I.	Conseil des infirmières et infirmiers		

F.R.S.Q.	Fonds de recherche en santé du Québec
M.S.S.S.	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O.D.Q.	Ordre des dentistes du Québec
O.I.I.Q.	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
O.M.S.	Organisation mondiale de la santé
O.P.H.Q.	Office des personnes handicapées du Québec
O.P.Q.	Office des professions du Québec
R.A.M.Q.	Régie de l'assurance-maladie du Québec
S.A.A.Q.	Société de l'assurance-automobile du Québec

ANNEXE 14



Publications de l'AHQ





PUBLICATIONS DE L'AHQ

Code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, 1997, 24 p.

La personnalité morale des établissements : la responsabilité des administrateurs, 1993, 15 p.

Le tableau de bord : un outil de pilotage au service du conseil d'administration : sommaire, 1992, 19 p.

Guide d'auto-évaluation pour le conseil d'administration, 1991, 96 p.

Directeur général : appréciation du rendement, 1993, 24 p.

Le guide du membre de conseil d'administration d'un établissement (3^e édition), 1998, 231 p.

ANNEXE 15



Publication de la Fédération des CLSC et des CHLSD du Québec





DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE POUR LES MEMBRES DE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Règlement- type de régie interne du conseil d'administration, CLSC ou Centre de santé,
46 pages, Fédération des CLSC du Québec, 1992

Le code d'éthique- une démarche et un outil de mobilisation, 63 pages, Association des centres d'accueil du Québec, 1993

Guide sur l'examen des plaintes formulées par les usagers d'un établissement de santé et de services sociaux, 101 pages, Association des centres d'accueil du Québec, 1993

Traitement des plaintes. Guide d'application, 42 pages, Fédération des CLCS du Québec, 1993

Guide sur la création d'un comité des usagers dans un établissement de santé et de services sociaux, 69 pages, 1993

Cahier de formation pour les nouveaux membres de conseil d'administration, 58 pages, Fédération des CLSC du Québec, 1993

Code d'éthique et de déontologie, guide à l'intention des administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux, 45 pages, Fédération des CLSC du Québec, 1997

ANNEXE 16

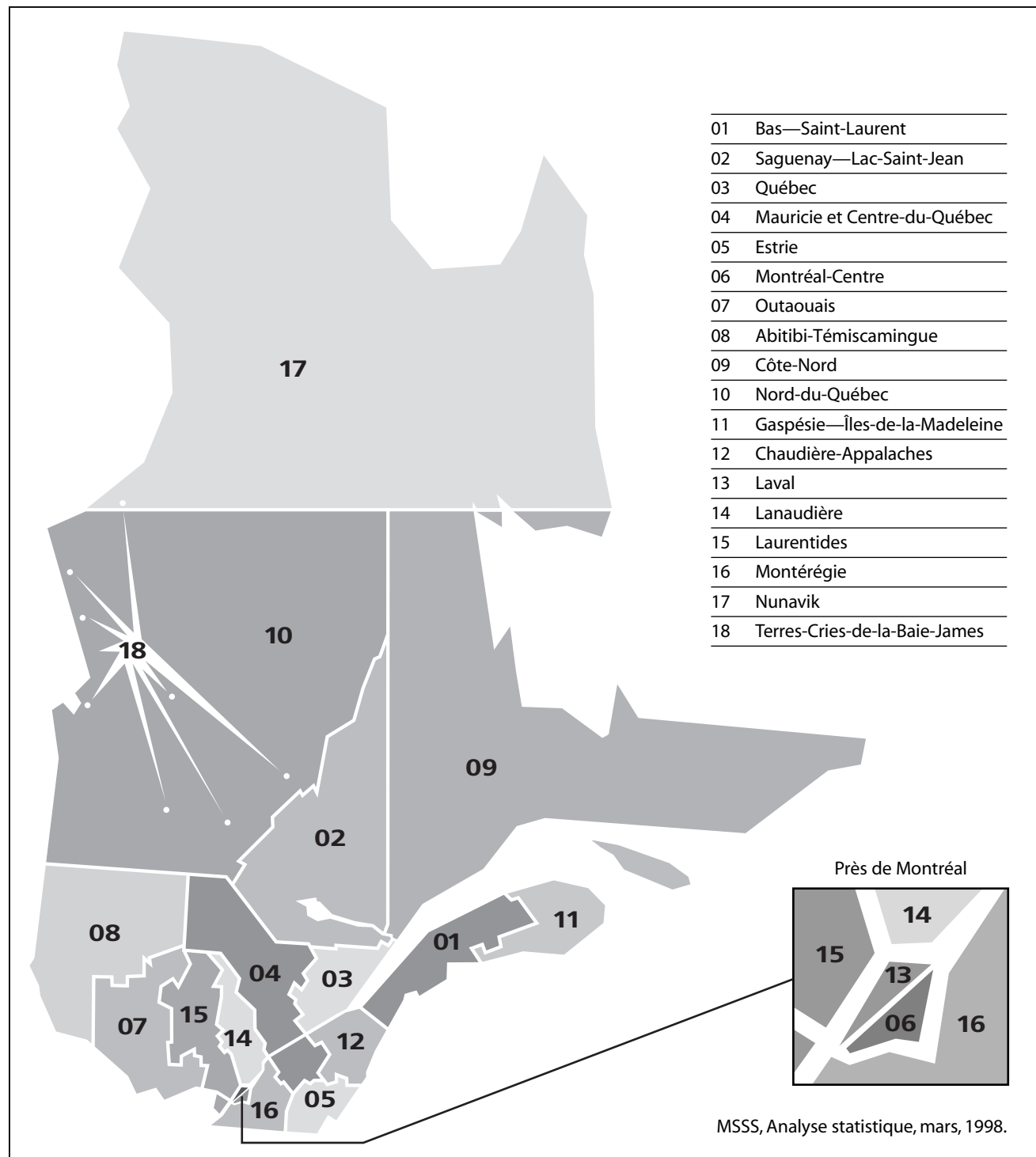


Territoires des Régies régionales du Québec





TERRITOIRES DES RÉGIES RÉGIONALES DU QUÉBEC





CONFÉRENCE DES
RÉGIONS RÉGIONALES
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DU QUÉBEC



Ministère de
la Santé et des
Services sociaux