

OUTIL DE COMMUNICATION – SERVICES MÉDICAUX EN MILIEUX DE VIE POUR ÂÎNÉS

Directions et instances concernées par les communications dans le contexte des services médicaux en MVA
Réalisé par le comité des services médicaux en MVA – COVID-19

INTRODUCTION

Le présent document s'adresse aux médecins et aux gestionnaires concernés par les services médicaux en milieu de vie pour aînés (MVA). Cet outil vise à améliorer les processus de communication en réponse aux différents rapports d'enquêtes de la première vague COVID-19 et constats dans le cadre des travaux en cours. Il a pour but de faciliter les lignes de communication par l'identification des différentes directions et des différentes instances (tables et comités).

La communication est à la base d'une collaboration efficace entre les principaux acteurs du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). L'outil proposé se veut donc un moyen d'aide à la diffusion d'informations entre les principales directions concernées. Toujours dans l'esprit de collaborations saines, une bonne connaissance des responsabilités de chacune des directions et instances s'avère essentielle.

Le présent document est composé de trois parties distinctes. La première partie se veut un résumé exécutif à l'intention du médecin qui intervient dans les MVA dans un contexte de pandémie COVID-19. La seconde partie fait état des notions théoriques relatives à la communication en plus d'être accompagnée d'un schéma qui vient illustrer les principales directions et instances concernées. En dernière partie du document se trouvent les assises légales de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS) auxquelles les directions et les instances doivent se conformer.

À noter que les différentes directions et instances nommées aux pages 2 et 4 à 7 du présent document sont celles qui sont les plus concernées dans le cadre des communications nécessaires pour la réalisation des mesures et directives issues des travaux des sous-comités des services médicaux en MVA. Ce qui n'exclut pas les directions qui sont aussi concernées par les aînés en milieu de vie. Par exemple, la direction des services multidisciplinaires, la direction de santé physique, etc. Celles-ci sont illustrées dans le schéma de la page 3. L'idée était de décrire l'essentiel pour ne pas alourdir le document, ce qui n'occulte pas l'importance de ces directions.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF – OUTIL POUR LE MÉDECIN QUI INTERVIENT DANS UN MVA

Cette section permet au médecin d'identifier rapidement les directions ou instances clés qui ont un rôle à jouer dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et lors d'éclosion dans un ou des MVA. Elle permet de savoir qui interpellé pour avoir de l'information ou obtenir du soutien, notamment pour l'organisation des services médicaux dans un MVA en éclosion.

Les responsabilités des divers intervenants et des instances décrites par la LSSSS transcendent toutes les situations d'organisation des soins et des services, et ce, qu'il s'agisse d'agir dans un contexte régulier ou lors d'une situation exceptionnelle comme une pandémie (pour les articles de la LSSSS complets, voir les pages 4 et 5 – assises légales). **Ainsi, en contexte COVID-19, nous mettons en exergue certaines fonctions pour lesquelles une attention particulière doit être apportée par les divers intervenants¹.**

Directeur des services professionnels (DSP) – Acteur de premier plan qui exerce un leadership mobilisateur au sein de l'établissement :

- Assure la circulation de l'information pertinente, des directives internes et ministérielles à l'ensemble des acteurs médicaux, dentaires et pharmaceutiques de son territoire en collaboration avec les instances concernées;
- Assure le respect de l'application des décrets par les effectifs médicaux qui interviennent en MVA;
- Rehausse la vigie en ce qui concerne la sécurité et la qualité des soins et services médicaux, notamment la rédaction du formulaire SP3 lors de décès;
- Assure les liens étroits avec la haute direction, les cellules de crise régionales et locales et les instances tels le DRMG, CMDP, TRCDMS et CRSP.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) :

- Collabore à la répartition des effectifs pour répondre aux urgences et assurer une réponse rapide aux usagers;
- Assure une vigie de la situation avec les départements d'urgence hospitalière, notamment pour les services préhospitaliers;
- Collabore étroitement à la gestion optimale des lits hospitaliers et autres sites alternatifs identifiés où sont dispensés les soins médicaux;
- Collabore à la priorisation des activités médicales avec le DSP et les autres instances concernées.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) :

- Contrôle et apprécie la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- Donne son avis dans une perspective de qualité et sécurité de soins en lien avec la distribution appropriée et l'organisation des services médicaux, tout en considérant la complémentarité avec les autres instances, les ressources disponibles et les priorités établies (plan de priorisation, zonage, délestage, etc.).

Département régional de médecine générale (DRMG) – Acteur de premier plan pour assurer le lien avec les médecins de première ligne :

- Assure la circulation de l'information pertinente auprès des médecins de médecine générale² (directives, recommandations, décrets, etc.);
- Propose le plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Participe à la réaffectation des effectifs pour assurer la prise en charge médicale et l'accès à des services médicaux en MVA;
- Collabore à l'exercice de la priorisation des activités en prenant en considération l'état des ressources humaines et matérielles;
- Un de ses représentants participe à la cellule de crise régionale et lors des réunions dans le contexte d'éclosion, si pertinent.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) :

- Assure l'organisation des services pharmaceutiques pour faciliter l'accès;
- Élabore des recommandations qui mettent de l'avant les meilleures pratiques pharmaceutiques et soutient la mise en place;
- Assure une utilisation adéquate des médicaments et de l'accessibilité en MVA.

Direction des soins infirmiers (DSI) :

- Assure la qualité et la sécurité face aux soins et services infirmiers;
- Favorise l'implication des IPS dans les MVA en conformité avec les champs de pratiques reconnus;
- Fait des recommandations sur les effectifs infirmiers minimaux requis;
- Assure la qualité et la sécurité des activités confiées à des non professionnels en vertu des articles 39.7 et 39.8 du Code des professions;
- Avec le soutien d'infirmières dûment formées en prévention et contrôle des infections (PCI), par les responsabilités indiquées en vertu de la LSSSS, dont celles du Conseil des infirmiers et des infirmières (CII) et du DSI, ainsi que de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, le personnel infirmier se doit d'assurer le respect des meilleures pratiques et des directives en matière de PCI, en les appliquant et en contribuant à leur mise en place.

Direction des services aux personnes âgées (DSAPA)³ – Il est à noter que cette dernière n'est pas régie par la LSSSS, mais par la haute direction des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS) :

- Assure l'organisation des soins et services en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et au soutien à domicile (SAD), en collaboration avec les directions et autres intervenants partenaires;
- Offre des services professionnels en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF);
- Assure une vigie quant à la qualité des soins et des services offerts en ressources RI-RTF et assure le respect des ententes conclues entre les parties prenantes;
- Assure les soins et services à domicile, notamment en résidence privée pour aînés (RPA) aux personnes âgées qui le requièrent;
- Assure une vigie quant à la sécurité, à la qualité des soins et aux services offerts en RPA conformément aux exigences inhérentes à la certification des résidences pour personnes âgées;
- Assure un leadership et une mobilisation des différents intervenants impliqués dans les continuums de soins et services offerts aux personnes âgées, notamment au sein de la cellule de crise.

Direction de santé publique (DSPu) :

- Les responsabilités du directeur de santé publique sont, notamment, d'assurer, de maintenir et d'améliorer la santé de la population des Québécois. Ces mandats possèdent également certaines spécificités en fonction des régions. De plus, en cas de pandémie, d'épidémie ou de problème grave de santé publique, ce sont les directeurs de santé publique des régions et la direction générale de la santé publique (DGSP) nationale qui recommanderont aux intervenants de la santé et aux différentes institutions les mesures à prendre.

¹ Les éléments de la LSSSS mis en exergue ne font pas l'objet d'une description exhaustive, mais indique les principales fonctions et instances concernées dans un contexte de COVID-19 et de milieu de vie en éclosion.

² La terminologie de la LSSSS utilisée est le médecin de médecine générale, il existe d'autres termes tels que les omnipraticiens. Cependant depuis plus de trente ans un certificat spécialisé en pratique de médecine familiale est exigé.

³ Dans le cadre des travaux des services médicaux en MVA, d'autres directions cliniques que SAPA peuvent être concernées. Ce résumé s'est attardé aux directions principalement impliquées auprès des aînés dans un contexte d'éclosion en MVA. Cependant, voir le schéma des communication page 3 pour l'ensemble des directions qui peuvent être interpellées ou indirectement impliquées.

CONCEPTS DE COMMUNICATION EN CONTEXTE COVID-19 – QUELQUES NOTIONS THÉORIQUES

Cette section s'adresse davantage aux gestionnaires des principales directions impliquées aux services médicaux en MVA. Lorsqu'une éclosion survient dans un MVA, les communications constituent un élément clé pour la réussite des interventions afin que ces dernières s'avèrent efficaces et efficaces. Dans le contexte d'éclosion, les communications représentent un défi en raison de la fréquence des échanges (courriels, rencontres, appels, etc.), du volume d'informations à transmettre et du nombre important d'interlocuteurs. Ces interlocuteurs sont de différentes directions et sur tous les quarts de travail. Les modes de communications utilisés peuvent être variés : texto, courriels, forum TEAMS, etc. La redondance des messages ou l'oubli d'informer certains acteurs sont donc des situations qui peuvent survenir.

Les membres des sous-comités pour les services médicaux en MVA ont identifié certains facteurs indispensables pour une communication optimale et ils sont d'avis que la concertation des différentes parties prenantes est cruciale. La communication doit être efficace à la fois sur les axes verticaux et horizontaux. On entend par « axe vertical » la communication qui relie le PDG, les gestionnaires régionaux et locaux et les installations. La communication sur « l'axe horizontal » consiste quant à elle à l'échange de communication sur un même palier de gouvernance (ex. : régional, local dans un MVA). Cette communication doit circuler de façon bidirectionnelle. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place ces éléments, idéalement, avant l'éclosion :

1. Identification des leaders responsables des communications et des porteurs de messages (quelques-uns sur le plan régional et assurément, au moins, un à l'échelle du CHSLD) qui doivent assurer une circulation de la communication en continu auprès des acteurs concernés et impliqués (ex. : médecins en CHSLD).
2. Identification des directions concernées qui doivent être informées et se concerter sur le plan régional en fonction de la situation sur le territoire et lors d'éclosions en MVA.
3. Identification des gestionnaires et intervenants à informer de la situation d'éclosion et des directives (régionale et locale), utilisation d'une liste de diffusion courriel et/ou d'outils informatisés de type Microsoft Teams, création de mécanismes d'envois ciblés par groupe d'interlocuteurs, etc.
4. Cogestion, telle que proposée par le comité des services médicaux en MVA, est un des moyens pour assurer à la fois la communication entre le gestionnaire de type administratif et le médecin qui prodigue ou coordonne les soins médicaux. Cette cogestion est locale et peut avoir son équivalent sur le plan régional ou territorial. Ceci permet une communication verticale et transversale, notamment lors d'éclosions dans plusieurs MVA à la fois. Elle implique une prise de décision partagée et des communications qui soient régulières, actuelles et en adéquation avec le besoin d'information des gestionnaires et des intervenants.
5. Mécanismes de coordination interdirection horizontale sur le plan régional (établissements et partenaires) : Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA), Direction des services professionnels (DSP), Direction des soins infirmiers (DSI), notamment la répondante infirmière praticienne spécialisée (IPS), Directions des services multidisciplinaires (DSM), Direction de la coordination médicale (DCM), Direction de la santé publique (DSPu), Direction de la logistique (DL) (équipements de protection), Direction des services techniques (DST) (hygiène et salubrité, services alimentaires, etc.), Direction des ressources humaines (DRH), etc. Cette coordination est aussi assurée par les différentes instances clés : Direction régionale de médecine générale (DRMG), Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP), Table régionale DSI, Table régionale DSP-DRMG.
6. Rôles et responsabilités des interlocuteurs et des instances sont bien compris et appliqués, comme convenu, dans la LSSSS (voir la section précédente du présent document).
7. Information à détenir :
 - a. Directives officielles à jour (MSSS, santé publique, intra-établissement);
 - b. Données locales à jour (ex. : registre des cas, répartition et suivi des éclosions);
 - c. Mécanismes de consultation des acteurs terrain sur une base régulière afin d'adapter et d'ajuster les actions selon leurs impacts concrets et l'évolution de la situation.
8. Moyens de communication efficaces, déterminés par les acteurs de l'établissement, selon leurs rôles et responsabilités préalablement définis (ex. : alerte, gestion des courriels par niveau d'importance, gestion des interlocuteurs prioritaires, etc.).

En contexte de pandémie de COVID-19, des recommandations ont déjà été identifiées pour mieux gérer la situation d'une ou de plusieurs MVA en éclosion afin d'être en mesure d'assurer la fluidité des communications et la coordination des actions. Les éléments suivants se doivent d'être mis en action, avec une fréquence régulière et une réévaluation en continu :

- Cogestion médico-clinico-administrative (en CHSLD);
- Cellule de crise composée des diverses directions et parties prenantes concernées aux plans régional et local;
- Mécanismes de communication pour les principales directions concernées par les services médicaux en MVA : DSP, DRMG et DSAPA, puis aussi le CMDP, la DSI et DSPu.
- Clarification des rôles, responsabilités et imputabilité des acteurs, ainsi que la trajectoire des communications.

Appui théorique

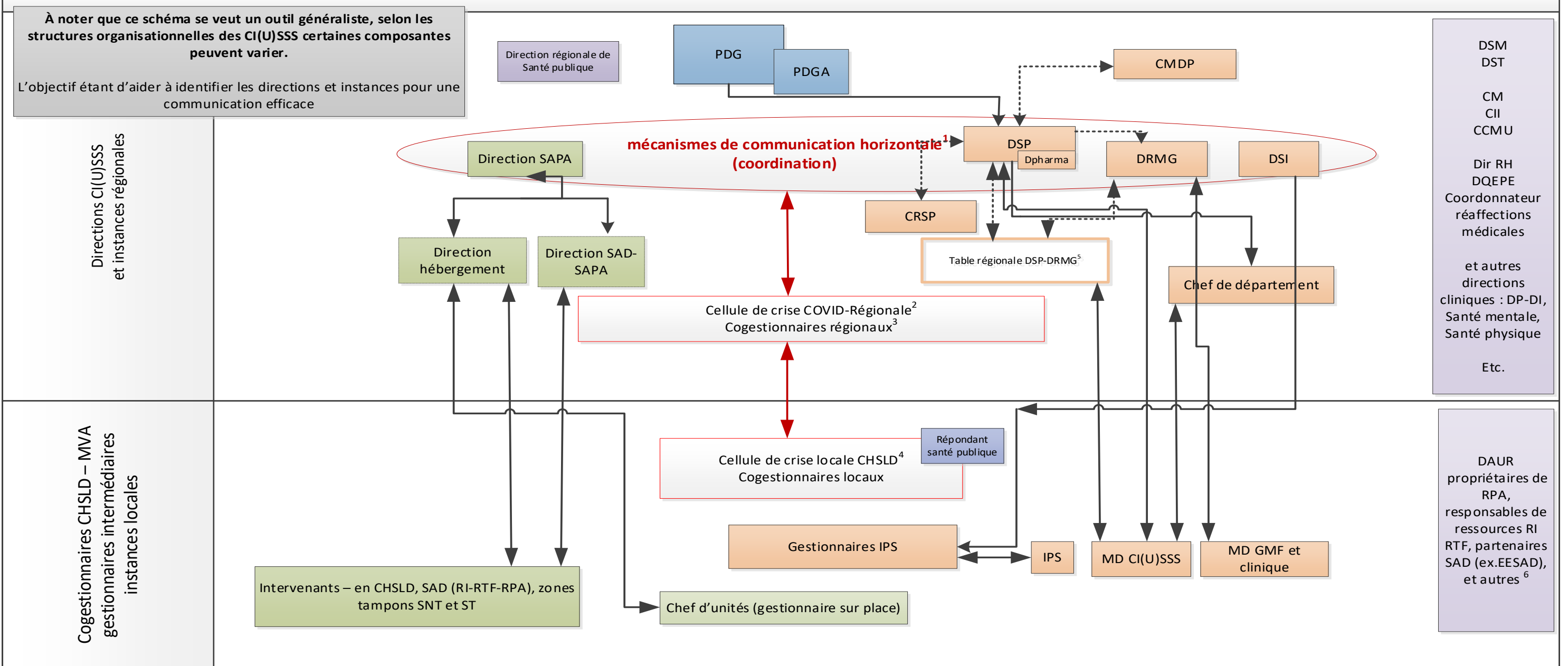
Une communication efficace s'appuie sur le concept de continuité, lequel est composé de 3 plans logiques : la continuité informationnelle, la continuité d'approche et la continuité relationnelle (Couturier, Bonin, Belzile. p. 41).

- Continuité informationnelle se caractérise par la circulation efficace de la bonne information à la bonne personne, au moment adéquat en priorisant la transparence et en minimisant les délais;
- Continuité d'approche se définit par la cohérence des diverses interventions au regard des orientations générales convenues avec l'interlocuteur;
- Continuité relationnelle se caractérise par le lien significatif entre le messenger et l'interlocuteur, sa durée, la période, l'espace (endroit), en fonction des besoins de l'interlocuteur et des personnes qu'il représente (Reid, et al., 2002)⁴.

Dans le contexte d'une pandémie de COVID-19, l'accent doit être mis sur la continuité informationnelle sans négliger pour autant les deux autres types de continuité qui sont indispensables.

⁴ Ces notions sont habituellement appliquées en relation individuelle avec l'utilisateur, mais l'objet peut être un système client comme un système organisationnel.

Communication – directions et instances concernées par les services médicaux en MVA.



Notes

¹ Les mécanismes de communication horizontale (coordination) appartiennent au CI(U)SSS dans les modalités et leurs applications – il peut s'agir de « scrums » journaliers unissant DSAPA, DSP, DRMG et DSI, des tables ou comités régionaux unissant ces directions, etc. Les mécanismes de communication horizontale sont aussi valables au local, mais non illustrés en raison de la lourdeur visuelle.

^{2,3} Lien de référence pour la définition des éléments ci-dessous, voir ce lien : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002896/>

- cellule de crise : voir verso des documents – Algorithme
- cogestion : voir fiche de cogestion et verso des algorithmes

⁴ Les cellules de crise locale sont propres aux CHSLD, mais la cellule de crise régionale, selon les territoires, peuvent couvrir plusieurs ou tous les milieux de vie en éclosion. Sa position dans le schéma n'est pas hiérarchique, mais elle est positionnée pour démontrer l'importance de sa communication et coordination avec la cellule régionale.

⁵ Cette table est fortement recommandée pour une communication fluide DSP-DRMG

⁶ Cette liste de partenaires, sur les 2 niveaux, n'est pas exhaustive et peut varier selon les différents territoires

ASSISES LÉGALES : DIRECTIONS ET INSTANCES CLÉS DANS LA DIFFUSION DES DIRECTIVES PROVENANT DU SOUS-COMITÉ SERVICES MÉDICAUX EN MILIEUX DE VIE POUR AÎNÉS⁵

Cette section du document reprend les articles de la LSSSS décrivant les différentes directions et instances principales concernées par les communications dans le cadre des services médicaux en MVA. L'ordonnancement de la présentation des éléments ci-dessous a été établi dans un premier temps en deux groupes, soit les Directions et les instances. En second lieu, dans chacun de ces groupes, l'ordre suit le schéma précédent soit de haut en bas. La notion de hiérarchie n'est pas considérée vu la visée du présent document, soit les communications.

LE DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE EST RESPONSABLE DANS SA RÉGION

373. 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 une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable; 4° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action. Le directeur de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique. Le directeur assume, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2). 1991, c. 42, a. 373; 1998, c. 39, a. 110; 2001, c. 24, a. 60; 2001, c. 60, a. 167; 2002, c. 38, a. 11; 2005, c. 32, a. 227; 2017, c. 21, a. 45.

DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

Référence – LSSSS Art 129 6.a) une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, le cas échéant; § 4. — *Le directeur des services professionnels*

202. Un directeur des services professionnels doit être nommé par tout établissement qui exploite un centre hospitalier ou par toute instance locale. Dans ce cas, le directeur doit être un médecin et être nommé après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que, dans le cas d'un établissement qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, après consultation de l'université à laquelle l'établissement est affilié. Un directeur des services professionnels peut être nommé par tout autre établissement.

203. Sous réserve de ce que prévoit le plan d'organisation de l'établissement et sous l'autorité du directeur général*, le directeur des services professionnels coordonne l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement avec les autres directeurs concernés. 1991, c. 42, a. 203.

204. Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels visé au premier alinéa de l'article 202 doit, en outre des fonctions prévues à l'article 203: 1° diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique prévues à l'article 189; 2° obtenir des avis des chefs de département clinique sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques; 3° appliquer les sanctions administratives prévues au deuxième alinéa de l'article 189 et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de département clinique concernés; 4° surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l'établissement; 5° prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (chapitre R-0.2) soit effectué; 5.1° remplir les obligations prévues au Code civil et à la Loi sur le curateur public (chapitre C-81), en matière de régimes de protection des personnes inaptes et de mandat de protection; 6° assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement. 1991, c. 42, a. 204; 1998, c. 39, a. 72; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

DIRECTEUR DES SOINS INFIRMIERS (DSI)

§ 5. — Le directeur des soins infirmiers

206. Un directeur des soins infirmiers doit être nommé par tout établissement qui exploite un centre hospitalier et par toute instance locale. Un directeur des soins infirmiers peut être nommé par tout autre établissement. Le directeur des soins infirmiers doit être une infirmière ou un infirmier. À défaut toutefois d'un tel directeur, le directeur général désigne une infirmière ou un infirmier responsable des soins infirmiers. 1991, c. 42, a. 206; 2005, c. 32, a. 99. 207. Sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement: 1° surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre; 1.1° le cas échéant, collaborer à la surveillance des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8); 2° s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement; 2.1° le cas échéant, collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers; 2.2° le cas échéant, tenir et mettre à jour un registre des infirmières et des infirmiers habilités à exercer l'une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers; 3° veiller au bon fonctionnement des comités du conseil des infirmières et infirmiers et s'assurer que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans le centre. À défaut d'un tel directeur, ces fonctions sont assumées par l'infirmière ou l'infirmier responsable des soins infirmiers. 1991, c. 42, a. 207; 2002, c. 33, a. 26.

207.1. Le directeur des soins infirmiers peut, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, notamment sur avis du chef de département clinique ou du directeur des services professionnels, limiter ou suspendre l'exercice dans le centre par une infirmière ou un infirmier de l'une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8). En cas d'urgence, lorsque le directeur des soins infirmiers est dans l'impossibilité ou fait défaut d'agir, le chef de département clinique ou, le cas échéant, le directeur des services professionnels peut prendre une mesure visée au premier alinéa pour une période qui ne doit pas excéder cinq jours. Il en avise le directeur des soins infirmiers dans les plus brefs délais. En cas de refus du directeur des soins infirmiers de prendre une mesure visée au premier alinéa, celle-ci peut être prise par le directeur général de l'établissement, après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du conseil des infirmières et infirmiers. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être informé de toute mesure prise en vertu du présent article. 2002, c. 33, a. 27. 208. Sous réserve de ce que prévoit le règlement pris en vertu du paragraphe 13° du premier alinéa de l'article 505 et sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement: 1° s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans le centre; 2° planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins du centre; 3° gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne; 4° assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation.

DIRECTION DES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES (DSAPA)

Il est à noter que cette dernière n'est pas régie par la LSSSS, mais par la haute direction des CI(U)SSS - Assurer l'organisation des soins et services en CHSLD et en soutien à domicile en collaboration avec les directions et autres intervenants partenaires - Offrir les services professionnels en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)- Assurer une vigie quant à la qualité des soins et des services offerts en ressources intermédiaires et de type familial et s'assurer du respect des ententes conclues- Assurer les soins et services à domicile, notamment en résidence privée pour aînés (RPA) aux personnes âgées qui le requièrent- Assurer une vigie quant à la sécurité et à la qualité des soins et des services offerts en RPA conformément aux exigences inhérentes à la certification des résidences pour personnes âgées - Assurer un leadership et une mobilisation des différents intervenants impliqués dans les continuums de soins et services aux personnes âgées, notamment au sein de la cellule de crise. Les services médicaux et pharmaceutiques demeurent sous l'autorité de la DSP.

LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE CHAPITRE I

OBJET DE LA LOI 1. La présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. 2001, c. 60, a. 1.2. Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée. Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5). 2001, c. 60, a. 2; 2002, c. 38, a. 13.

DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

417.1. Est institué, au sein de chaque agence, un département régional de médecine générale. Ce département est composé de tous les médecins omnipraticiens 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. 1998, c. 39, a. 136; 1999, c. 89, a. 53; 2005, c. 32, a. 227.

⁵ **Note** : Depuis la PL10, dans tout texte, une référence au directeur général d'un établissement public est une référence au président-directeur général d'un établissement régional ou suprarégional, compte tenu des adaptations nécessaires. Selon les mêmes réserves, dans les dispositions de tout texte, une référence à une agence de la santé et des services sociaux est une référence à un établissement régional, sauf lorsque la disposition porte sur des fonctions, des pouvoirs ou des responsabilités qu'une agence exerce à l'égard des établissements, auquel cas il s'agit d'une référence au ministre.

417.2. Dans le cadre des pouvoirs confiés à l'agence et dans le respect des responsabilités des établissements du territoire de celle-ci, le département régional de médecine générale exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes:1° faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens qui doit être élaborée conformément à l'article 377 et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan;2° définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement, la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan; 3° définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, notamment par la conclusion d'ententes de services, de jumelage ou de parrainage interétablissements, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour le programme de maintien à domicile et assurer la mise en place et la coordination de la décision de l'agence relative à ce réseau, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;4° faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de l'agence relative à cette matière;5° faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières visées à l'article 361 et assurer la mise en place de la décision de l'agence relative à cette liste;6° évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens;7° donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;7.1° donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;7.2° donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé;8° réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général de l'agence relativement aux services médicaux généraux. Lorsque le département régional de médecine générale néglige d'exercer les responsabilités prévues aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa, le conseil d'administration de l'agence peut demander au président-directeur général de les exercer.1998, c. 39, a. 136; 2001, c. 24, a. 80; 2002, c. 66, a. 15; 2005, c. 32, a. 167.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

213. Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens. Ce conseil est composé de tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par l'établissement. Le conseil d'administration formé en application de l'article 125 ou 128 doit toutefois prévoir, après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens concernés et, le cas échéant, du comité exécutif des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, qu'un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour l'ensemble des établissements qu'il administre. Ce conseil est composé de l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par chacun des établissements.1991, c. 42, a. 213; 1996, c. 36, a. 25; 2001, c. 24, a. 39; 2005, c. 32, a. 106; 2017, c. 21, a. 32.

214. Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le conseil d'administration:1° de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre;2° d'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre;3° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;4° de faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer;5° de donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;6° de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique;7° de faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du centre notamment celles ayant pour objet: a) la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques du centre, y compris la garde; b) la participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant; c) la participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs; d) la participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 108 et 109;8° d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre;9° de donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes: a) l'organisation technique et scientifique du centre; b) les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;10° de faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre;11° d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration. Dans l'exercice des fonctions décrites aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa ainsi que dans celles qu'un comité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens exerce à la suite de l'acheminement d'une plainte dans le cas prévu à l'article 249, celui-ci peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, avoir recours à un expert externe à l'établissement. Cet expert, au même titre que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, a accès au dossier d'un usager lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent.1991, c. 42, a. 214; 2001, c. 43, a. 48; 2005, c. 32, a. 107; 2017, c. 21, a. 33.

215. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens donne son avis au directeur général sur les aspects administratifs des questions suivantes:1° les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans le centre le soient en complémentarité avec ceux dispensés dans un centre exploité par un autre établissement de la région et répondent aux besoins de la population à desservir, compte tenu des ressources disponibles et de la nécessité de fournir des services adéquats;2° les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;3° l'organisation technique et scientifique du centre;4° la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que l'organisation médicale du centre;5° toute autre question que le directeur général porte à son attention.1991, c. 42, a. 215.

TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE ET DRMG

359. Dans le but de répartir les cas d'urgence et d'assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins, l'agence, après consultation de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée et du département régional de médecine générale:

TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE.

417.10. Est instituée, au sein de chaque agence, une table régionale des chefs de département de médecine spécialisée. Cette table est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département au sein d'un établissement situé sur le territoire de l'agence. Exceptionnellement, elle peut aussi comprendre des médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de service lorsque le ministre estime que le nombre de chefs de département sur le territoire d'une agence est insuffisant pour assurer le bon fonctionnement de la table.2005, c. 32, a. 168.

417.11. Dans le cadre des pouvoirs confiés à l'agence et dans le respect des responsabilités des établissements du territoire de celle-ci, la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes:1° faire des recommandations sur la partie du plan régional des effectifs médicaux en spécialité qui doit être élaborée conformément à l'article 377 et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan;2° définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés, divisé par spécialité, lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dont la dispensation est susceptible de répondre le mieux aux besoins de la population, notamment les services dispensés en centre médical spécialisé et en cabinet privé, et assurer la mise en place et l'application de la décision de l'agence relative à ce plan;3° définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés pouvant inclure, notamment, la prise en charge de la clientèle au niveau régional, la garde régionale, s'il y a lieu, et la conclusion d'ententes de services, de jumelage ou de parrainage interétablissement dans certaines spécialités et assurer la mise en place et la coordination de la décision de l'agence relative à ce réseau;4° évaluer l'atteinte des objectifs relativement au plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et à la partie du plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins spécialistes;5° donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés et sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés et de la télémédecine en conformité avec le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;6° donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;7° donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé;8° réaliser toute autre fonction que lui confie le président-directeur général de l'agence relativement aux services médicaux spécialisés. Lorsque la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée néglige d'exercer les responsabilités prévues aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa, le conseil d'administration de l'agence peut demander au président-directeur général de les exercer.2005, c. 32, a. 168; 2006, c. 43, a. 16.

417.12. Les responsabilités de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée sont exercées par un comité de direction formé des membres suivants:1° trois membres élus par et parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département, ces membres devant provenir de trois des domaines cliniques mentionnés à l'article 417.13;2° cinq à sept membres nommés par les membres visés au paragraphe 1°, parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de chacun des autres domaines cliniques mentionnés à l'article 417.13;3° le président-directeur général de l'agence ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin. De plus, doit s'ajouter à ce comité de direction, lorsqu'il y a sur le territoire d'une agence une faculté de médecine, un membre nommé par le doyen de la faculté de médecine ainsi qu'un résident en médecine à titre d'observateur.2005, c. 32, a. 168.

417.13. Les domaines cliniques qui doivent être représentés au comité de direction et parmi lesquels doivent être élus ou nommés les membres qui forment ce comité sont : la médecine, l'anesthésiologie, la pédiatrie, la chirurgie, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine de laboratoire regroupant les disciplines de l'anatomopathologie, de la biochimie, de la génétique, de l'hémo-oncologie et de la microbiologie-infectiologie, ainsi que l'imagerie médicale regroupant les disciplines de la médecine nucléaire et de la radiologie diagnostique. En l'absence, sur le territoire d'une agence, de l'un des domaines cliniques mentionnés au premier alinéa, un autre représentant du domaine clinique de la médecine ou de la chirurgie peut alors être nommé membre du comité de direction par les membres du comité visés au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 417.12.2005, c. 32, a. 168.

417.14. La table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est dirigée par un président nommé par le comité de direction, choisi parmi les membres de ce comité visés au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 417.12 et dont la nomination est approuvée par le conseil d'administration de l'agence.2005, c. 32, a. 168.

417.15. Les modalités d'élection et de nomination des membres du comité de direction et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement édicté par les chefs de département réunis en assemblée générale convoquée à cette fin. Ce règlement doit prévoir que la composition du comité de direction assure une représentation équitable des établissements qui exploitent un centre hospitalier et qui ont leur siège sur le territoire de l'agence et que le membre qui perd son statut de chef de département peut néanmoins compléter la durée non écoulée de son mandat au comité de direction. Ce règlement entre en vigueur après avoir été approuvé par le conseil d'administration de l'agence.2005, c. 32, a. 168.

417.16. Le comité de direction de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leurs modalités de fonctionnement ainsi que la poursuite des fins de la table. Ces règlements peuvent également prévoir les modalités suivant lesquelles l'exercice de tout ou partie des responsabilités attribuées au comité de direction peut être confié au président de la table régionale des chefs 1991, c. 42, a. 359; 1992, c. 21, a. 37; 1998, c. 39, a. 105; 2005, c. 32, a. 146; 2017, c. 21, a. 42.

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES (CRSP)

417.7. Est institué, au sein de chaque agence, un comité régional sur les services pharmaceutiques. Ce comité est composé de représentants de chacun des groupes suivants: les pharmaciens propriétaires, les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires, les chefs de département clinique de pharmacie et les pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement. Font également partie de ce comité le président-directeur général de l'agence ainsi qu'un représentant de l'école ou de la faculté de pharmacie d'une université qui se trouve sur le territoire de l'agence. 2005, c. 32, a. 168.

417.8. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes: 1° faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'oeuvre; 2° donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments; 3° donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques; 4° exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.