| Articles – Agence | Articles – LSSSS | Articles – LMRSSS | Articles - Règlement sur l’organisation et l’administration des établissements |
| --- | --- | --- | --- |
| 282. Les établissements regroupés sont ceux visés à l’annexe II. Ils sont des établissements publics même s’ils ne sont pas institués en vertu de l’article 37.  Chaque établissement regroupé fournit tout ensemble de services déterminé par le conseil d’administration de Santé Québec parmi ceux prévus à l’article 3. |  |  |  |
| 283. Le conseil d’administration de Santé Québec administre les affaires des établissements regroupés et exerce à leur endroit, avec les adaptations nécessaires, tous les pouvoirs que Santé Québec a à l’égard de ses établissements, sous réserve des dispositions particulières du présent chapitre. |  | 5. Pour les régions de la Capitale-Nationale, de l’Estrie, de Montréal, de Laval, des Laurentides et de la Montérégie, sont administrés par le conseil d’administration des centres intégrés de santé et de services sociaux identifiés à l’annexe I les établissements publics mentionnés à cette annexe en regard de chacun de ces centres intégrés. De tels établissements regroupés poursuivent leurs activités selon ce qui est prévu à leur permis.  La structure organisationnelle de l’établissement regroupé est celle du centre intégré et le président-directeur général de même que l’ensemble du personnel d’encadrement du centre intégré exercent également leurs fonctions et responsabilités à l’égard de l’établissement regroupé. De plus, tous les conseils, instances et, sous réserve des dispositions de l’article 203, comités d’un tel centre intégré exercent également leurs fonctions et responsabilités à l’égard de l’établissement regroupé.  Un budget unique est accordé à un centre intégré pour l’ensemble de ses activités et de celles des établissements regroupés qui sont administrés par son conseil d’administration. Le centre intégré produit des états financiers unifiés pour tous ces établissements. Il produit également de façon unifiée tout acte de nature administrative, rapport ou autre document qui doit être produit par ceux-ci. |  |
| 284. La structure organisationnelle d’un établissement regroupé est celle de l’établissement territorial responsable du territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux sur lequel il se trouve. Le président-directeur général de même que les dirigeants principaux de l’établissement territorial exercent également leurs fonctions et responsabilités à l’égard de l’établissement regroupé. De plus, tous les conseils, instances et comités de l’établissement territorial, à l’exception du comité des usagers visé à l’article 143 et, le cas échéant, du comité consultatif visé à l’article 125, exercent leurs fonctions et responsabilités à l’égard de l’établissement regroupé. |  | 5. Pour les régions de la Capitale-Nationale, de l’Estrie, de Montréal, de Laval, des Laurentides et de la Montérégie, sont administrés par le conseil d’administration des centres intégrés de santé et de services sociaux identifiés à l’annexe I les établissements publics mentionnés à cette annexe en regard de chacun de ces centres intégrés. De tels établissements regroupés poursuivent leurs activités selon ce qui est prévu à leur permis.  La structure organisationnelle de l’établissement regroupé est celle du centre intégré et le président-directeur général de même que l’ensemble du personnel d’encadrement du centre intégré exercent également leurs fonctions et responsabilités à l’égard de l’établissement regroupé. De plus, tous les conseils, instances et, sous réserve des dispositions de l’article 203, comités d’un tel centre intégré exercent également leurs fonctions et responsabilités à l’égard de l’établissement regroupé.  Un budget unique est accordé à un centre intégré pour l’ensemble de ses activités et de celles des établissements regroupés qui sont administrés par son conseil d’administration. Le centre intégré produit des états financiers unifiés pour tous ces établissements. Il produit également de façon unifiée tout acte de nature administrative, rapport ou autre document qui doit être produit par ceux-ci. |  |
| 285. Le conseil d’administration de Santé Québec doit s’assurer que les membres d’un établissement regroupé déterminent, par règlement, les conditions pour être admis comme membre de l’établissement, les droits et les obligations des membres ainsi que les critères ou les conditions relatifs à leur démission, à leur suspension ou à leur exclusion.  À défaut par les membres de l’établissement de ce faire, le conseil d’administration y pourvoit.  Toute modification au règlement des membres de l’établissement doit, pour entrer en vigueur, être soumise à l’approbation du conseil d’administration. | 179. Lorsqu’un établissement est une personne morale visée au paragraphe 1° de l’article 98, le conseil d’administration doit s’assurer que les membres de la personne morale déterminent, par règlement, les conditions d’admission de leurs membres, leurs droits et obligations ainsi que les critères ou conditions relatifs à leur démission, suspension ou exclusion.  À défaut par les membres de la personne morale de ce faire, le conseil d’administration y pourvoit.  Toute modification à ce règlement doit, pour entrer en vigueur, être soumise à l’approbation du conseil d’administration. |  |  |
| 286. Les membres d’un établissement regroupé peuvent, par règlement, former un bureau de gouverneurs ou de délégués pour les représenter et déterminer sa composition, les règles de sa régie interne et ses fonctions et devoirs ainsi que le mode de nomination, la durée du mandat et le mode de destitution des gouverneurs ou des délégués. Les avis qui doivent être transmis aux membres de l’établissement le sont alors valablement s’ils sont adressés au bureau des gouverneurs ou des délégués.  Le règlement des membres de l’établissement peut prévoir que l’exercice des pouvoirs attribués par le présent chapitre à ces membres peut être confié au bureau des gouverneurs ou des délégués. | 181.1. Les membres d’une personne morale visée à l’article 139 peuvent, par règlement, former un bureau de gouverneurs ou de délégués pour les représenter et déterminer sa composition, les règles de sa régie interne et ses fonctions et devoirs ainsi que le mode de nomination, la durée du mandat et le mode de destitution des gouverneurs ou des délégués.  Le premier alinéa de l’article 168 s’applique, compte tenu des adaptations nécessaires, aux gouverneurs ou aux délégués et aux procès-verbaux de leurs assemblées.  Les avis qui doivent être transmis aux membres de la personne morale le sont valablement s’ils sont adressés au bureau des gouverneurs ou des délégués.  181.2. Le règlement pris en application de l’article 181.1 peut prévoir que l’exercice des pouvoirs attribués aux membres de la personne morale en vertu des articles 179, 180, 262.1, 322.1, 327, 330 et 550 peut être confié au bureau des gouverneurs ou des délégués. |  |  |
| 287. L’établissement territorial responsable du territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux sur lequel se trouve un établissement regroupé inscrit dans un registre le nom, l’adresse et l’occupation de chacun des membres de l’établissement regroupé et, le cas échéant, ceux de ses gouverneurs ou de ses délégués. De même, il inscrit dans ses livres les règlements adoptés par ces membres et les procès-verbaux de leurs assemblées ainsi que, le cas échéant, les règlements adoptés par ces gouverneurs ou ces délégués et les procès-verbaux de leurs assemblées. | 168. Un établissement doit tenir et conserver à son siège un registre du nom, de l’adresse et de l’occupation de chacun des membres du conseil d’administration et, si l’établissement est une personne morale visée au paragraphe 1° de l’article 98, des membres de la personne morale, ainsi que des livres dans lesquels sont inscrits les règlements de l’établissement, les procès-verbaux des séances du conseil d’administration et, le cas échéant, ceux des assemblées des membres de la personne morale.  Le conseil d’administration formé en application de l’article 125 ou 128 détermine, par résolution, dans lequel des sièges des établissements qu’il administre sont conservés ses procès-verbaux, sa correspondance et tout autre document liant plusieurs de ces établissements. Une copie conforme des procès-verbaux et des décisions doit toutefois être transmise et conservée au siège de chacun des autres établissements. |  |  |
| 288. Le conseil d’administration de Santé Québec doit obtenir l’accord d’au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres d’un établissement regroupé pour toute décision relative à l’accès aux services de nature culturelle ou linguistique rendus dans les installations de cet établissement. |  | 28. Le conseil d’administration d’un centre intégré de santé et de services sociaux ou d’un établissement non fusionné administre les affaires d’un tel établissement et, le cas échéant, celles d’un établissement regroupé et en exerce tous les pouvoirs, à l’exception de ceux attribués aux membres d’une personne morale visée à l’article 139 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) pour l’application des articles 180, 181.1, 262.1, 322.1 et 327 de cette loi.  De plus, le conseil d’administration d’un centre intégré doit obtenir l’accord d’au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres d’un établissement regroupé qu’il administre pour toute décision relative à l’accès aux services de nature culturelle ou linguistique rendus dans les installations de cet établissement. |  |
| 289. L’acte constitutif d’un établissement regroupé ne peut être modifié, révoqué ou abandonné sans l’autorisation écrite du ministre. Le ministre peut toutefois, avec les mêmes effets, donner une telle autorisation dans les cas où l’acte constitutif de l’établissement a été modifié, révoqué ou abandonné sans cette autorisation.  Pour l’application du présent chapitre, on entend par « acte constitutif » la loi spéciale qui constitue l’établissement, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordé pour sa constitution | 315. On entend par «acte constitutif d’un établissement» la loi spéciale qui le constitue, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordé pour sa constitution.  En cas de divergence entre la présente loi et l’acte constitutif d’un établissement, y compris toute disposition applicable de la loi sous l’autorité de laquelle son acte constitutif a été accordé, la présente loi prévaut.  316. Un acte constitutif d’établissement ne peut être accordé, modifié, révoqué ou abandonné sans l’autorisation écrite du ministre.  Le ministre peut toutefois, avec les mêmes effets, donner l’autorisation visée au premier alinéa dans les cas où l’acte constitutif d’un établissement a été accordé, modifié, révoqué ou abandonné sans cette autorisation. |  |  |
| 290. Lorsqu’un établissement regroupé a été constitué par loi spéciale, le registraire des entreprises peut, malgré toute disposition législative inconciliable, délivrer des lettres patentes supplémentaires pour modifier les dispositions de l’acte constitutif de l’établissement à la demande de Santé Québec autorisée par le ministre conformément à l’article 289.  Le registraire des entreprises fait publier ces lettres patentes supplémentaires à la Gazette officielle du Québec, avec un avis indiquant la date de leur prise d’effet. L’Éditeur officiel du Québec doit insérer dans le recueil annuel des lois du Québec, dont l’impression suit la délivrance de ces lettres patentes supplémentaires, un tableau indiquant la date de leur prise d’effet et les dispositions législatives qu’elles modifient.  La demande visée au premier alinéa doit être signée par le président et chef de la direction de Santé Québec et par le président de son conseil d’administration. Elle doit également être appuyée d’une résolution adoptée par ce conseil, laquelle doit être approuvée par au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres de l’établissement. | 322.1. Malgré toute disposition législative inconciliable, le registraire des entreprises peut, à la demande d’un établissement public visé au paragraphe 1° de l’article 98 qui a été constitué par loi spéciale et avec l’autorisation écrite du ministre, délivrer des lettres patentes supplémentaires pour modifier les dispositions de l’acte constitutif de cet établissement.  Le registraire des entreprises fait publier ces lettres patentes supplémentaires à la Gazette officielle du Québec, avec un avis indiquant la date de leur prise d’effet. L’Éditeur officiel du Québec doit insérer dans le recueil annuel des lois du Québec dont l’impression suit la délivrance de ces lettres patentes supplémentaires un tableau indiquant la date de leur prise d’effet et les dispositions législatives qu’elles modifient.  La requête visée au premier alinéa doit être signée par le directeur général et par le président du conseil d’administration de l’établissement. Elle doit être appuyée d’un règlement adopté par le conseil d’administration et, si l’établissement est une personne morale visée à l’article 139, ce règlement doit en outre être approuvé par au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres de la personne morale lors d’une assemblée convoquée à cette fin. |  |  |
| 291. Le conseil d’administration de Santé Québec doit aviser les membres d’un établissement regroupé de toute mesure susceptible de réduire la valeur ou de modifier la destination des immeubles de cet établissement.  Le conseil d’administration de Santé Québec ne peut aliéner les immeubles d’un tel établissement ni en changer la destination sans l’accord d’au moins les deux tiers des voix exprimées par ses membres. | 180. Lorsqu’un établissement est une personne morale visée à l’article 139, le conseil d’administration doit aviser les membres de la personne morale de toute mesure susceptible de réduire la valeur ou de modifier la destination des immeubles de l’établissement.  Le conseil d’administration ne peut aliéner les immeubles d’un tel établissement ni en changer la destination sans l’accord d’au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres de la personne morale. |  |  |
| 292. Lorsque l’acquisition d’un immeuble excédentaire d’un établissement regroupé, sa construction ou les travaux exécutés sur celui-ci 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, le produit de l’aliénation de cet immeuble et les revenus qu’il génère peuvent être cédés à une fondation de l’établissement ou être versés dans un fonds spécial dont l’administration est confiée aux membres de cet établissement, afin d’être utilisés à l’une 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.  Le produit de l’aliénation de cet immeuble et les revenus qu’il génère peuvent également être cédés à une autre personne morale sans but lucratif dont les activités sont liées au domaine de la santé et des services sociaux si l’autorisation requise en application du sous-paragraphe b du paragraphe 2° du premier alinéa de l’article 84, le cas échéant, en dispose ainsi.  Les règles prévues aux premier et deuxième alinéas s’appliquent également aux fonds constitués par les membres de l’établissement avant le 23 juin 1992 et qui ont traditionnellement été administrés par ces derniers.  Un immeuble excédentaire peut aussi être transféré soit à une fondation de l’établissement, soit, si l’autorisation requise en application du sous-paragraphe b du paragraphe 2° du premier alinéa de l’article 84, le cas échéant, en dispose ainsi, à une autre personne morale sans but lucratif dont les activités sont liées au domaine de la santé et des services sociaux.  Aux fins du présent article, on entend par « immeuble excédentaire » un immeuble pour lequel ni l’établissement, ni Santé Québec, ni le ministre ne prévoit, aux fins d’un autre établissement, une quelconque utilisation pour les cinq années subséquentes. | 262.1. Un établissement qui est une personne morale visée à 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.  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.  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.  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.  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.  Aux fins du présent article, on entend par «immeuble excédentaire», un immeuble pour lequel ni l’établissement, ni l’agence concernée, ni le ministre ne prévoit, pour les fins d’un établissement, une quelconque utilisation pour les cinq années subséquentes. |  |  |
| 293. À la demande d’un ou de plusieurs groupes formés d’employés ou de professionnels œuvrant au sein d’une installation d’un établissement regroupé ou de personnes appartenant à un milieu qu’il dessert, Santé Québec doit constituer pour cet établissement un seul comité consultatif chargé de faire des recommandations au conseil d’administration de Santé Québec sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de cet établissement et d’établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations de l’établissement ainsi qu’avec les responsables des activités de recherche.  Ce comité est composé de sept membres qui ont les qualités requises pour en exécuter le mandat et qui sont nommés par le conseil d’administration de Santé Québec.  À cette fin, le conseil d’administration doit inviter les groupes intéressés à lui fournir des listes de noms parmi lesquels il choisit les membres du comité.  Le comité doit établir ses règles de fonctionnement. |  | 148. À la demande d’un ou de plusieurs groupes formés d’employés ou de professionnels oeuvrant au sein d’une installation d’un centre intégré de santé et de services sociaux ou d’un établissement regroupé administré par son conseil d’administration, ou formés de personnes appartenant à l’un ou l’autre des milieux desservis par l’un de ces établissements, le ministre doit, pour l’ensemble des installations inscrites au dernier permis d’un établissement fusionné ou au permis d’un établissement regroupé, constituer un seul comité consultatif chargé de faire des recommandations au conseil d’administration du centre intégré sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de cet établissement fusionné ou regroupé et d’établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations des établissements ainsi qu’avec les responsables des activités de recherche.  Ce comité est composé de sept membres qui ont les qualités requises pour en exécuter le mandat et qui sont nommés par le conseil d’administration du centre intégré. À cette fin, le conseil d’administration doit inviter les groupes intéressés à lui fournir des listes de noms parmi lesquels il choisit les membres du comité.  Le comité doit établir ses règles de fonctionnement. |  |
| 294. Un établissement privé doit déterminer son organisation administrative, professionnelle et scientifique. | 183. Tout établissement doit préparer un plan d’organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives de l’établissement, ses directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques.  Le plan d’organisation de l’établissement indique, après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, de quel département ou service relèvent les actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques d’un programme clinique ou, après consultation du service médical visé à l’article 186, de quel département ou service relèvent les actes médicaux d’un tel programme clinique.  Un tel plan d’organisation doit être transmis sur demande à l’agence ou au ministre.  Le plan d’organisation doit être révisé au moins tous les trois ans. |  |  |
| 295. Un établissement privé doit remplir les obligations suivantes :  1° créer un comité de vigilance et de la qualité auquel s’appliquent les articles 120, 121, 123 et 124; 2° instituer un comité de gestion des risques auquel s’appliquent les articles 138 et 140 à 142;  3° instituer un comité des usagers et, le cas échéant, un comité des résidents auquel s’appliquent les articles 143 à 151;  4° se doter de règles relatives à la divulgation à un usager, au représentant d’un usager mineur ou majeur inapte ou, en cas de décès d’un usager, à ses héritiers, à ses légataires particuliers ou au liquidateur de sa succession, de toute l’information nécessaire lorsque survient un accident.  Les dispositions auxquelles renvoie le premier alinéa s’appliquent en y faisant les modifications suivantes et avec les autres adaptations nécessaires :  1° une mention du conseil d’administration de l’établissement privé ou, si celui-ci n’est pas une personne morale, du titulaire de l’autorisation est substituée à celle du conseil d’établissement de l’établissement de Santé Québec et à celle du conseil d’administration de Santé Québec;  2° une mention du règlement intérieur de l’établissement privé est substituée à celle du règlement intérieur de Santé Québec;  3° une mention du plus haut dirigeant de l’établissement privé est substituée à celle du président-directeur général de l’établissement de Santé Québec.  Santé Québec peut, par règlement, prévoir ceux des pouvoirs conférés au plus haut dirigeant d’un établissement privé par les dispositions visées au premier alinéa que le conseil d’administration de cet établissement peut retirer ou restreindre afin de les exercer lui-même. | 182. Les fonctions, devoirs et responsabilités attribués à un conseil d’administration en vertu des articles 29 à 34, 39, 42, 43, 171 à 173, 183.1, 188, 190, 192, 212, 214, 216 ou en vertu d’une disposition de la sous-section 11 de la section III du présent chapitre sont exercés par son conseil d’administration dans le cas d’un établissement privé.  Dans le cas d’un établissement privé non constitué en personne morale, ces fonctions, devoirs et responsabilités sont alors exercés par le titulaire du permis d’exploitation.  182.0.1. Les articles 181.0.1 et 181.0.3 s’appliquent à un établissement privé.  Toutefois, le comité de vigilance et de la qualité se compose alors d’au moins cinq personnes dont le directeur général et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Les autres personnes sont choisies par le conseil d’administration de l’établissement privé ou, dans le cas d’un établissement privé non constitué en personne morale, par le titulaire du permis.  183.1. Le plan d’organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d’un comité de gestion des risques.  Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d’administration de l’établissement.  La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l’établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l’établissement de même que, s’il y a lieu, des personnes qui, en vertu d’un contrat de services, dispensent pour le compte de l’établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu’il désigne est membre d’office de ce comité.  209. Un comité des usagers est institué pour chaque établissement et ce dernier doit, dans le cas d’un établissement public ou d’un établissement privé conventionné visé à l’article 475, lui accorder le budget particulier fixé à cette fin dans son budget de fonctionnement ou, dans le cas d’un établissement privé non conventionné, le montant versé à cette fin par le ministre.  Toutefois, un établissement qui exploite un centre d’hébergement et de soins de longue durée et dont les installations se retrouvent dans plus d’une région du Québec peut choisir de mettre sur pied un comité d’usagers pour chacune ou plusieurs de ces régions et, aux fins de la composition de ces comités, les membres sont élus par les usagers de la ou des régions concernées.  Lorsque l’établissement exploite un centre offrant des services à des usagers hébergés, il doit mettre sur pied, dans chacune des installations du centre, un comité de résidents.  Le comité des usagers se compose d’au moins cinq membres élus par tous les usagers de l’établissement et d’un représentant désigné par et parmi chacun des comités de résidents mis sur pied en application du deuxième alinéa.  La majorité de ces membres doivent être des usagers. Toutefois, s’il est impossible d’avoir une majorité d’usagers sur le comité, ceux-ci peuvent élire toute autre personne de leur choix pourvu que cette personne ne travaille pas pour l’établissement ou n’exerce pas sa profession dans un centre exploité par l’établissement.  Un comité de résidents se compose d’au moins trois membres élus par les résidents de l’installation selon les modalités prévues au quatrième alinéa.  235.1. Le conseil d’administration d’un établissement doit, par règlement, prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager, au représentant d’un usager majeur inapte, ou, en cas de décès d’un usager, aux personnes visées au premier alinéa de l’article 23, de toute l’information nécessaire lorsque survient un accident.  Il doit également, de la même manière, prévoir des mesures de soutien, incluant les soins appropriés, mises à la disposition de cet usager, de ce représentant et de ces personnes ainsi que des mesures pour prévenir la récurrence d’un tel accident. |  |  |
| 296. Le comité de vigilance et de la qualité créé pour un établissement privé en vertu du paragraphe 1° du premier alinéa de l’article 295 est composé d’au moins cinq personnes, dont le plus haut dirigeant de l’établissement, un commissaire aux plaintes et à la qualité des services et une autre personne désignés par Santé Québec et toute autre personne que le conseil d’administration de l’établissement désigne ou, si celui-ci n’est pas une personne morale, que le titulaire de l’autorisation désigne. | 182.0.1. Les articles 181.0.1 et 181.0.3 s’appliquent à un établissement privé.  Toutefois, le comité de vigilance et de la qualité se compose alors d’au moins cinq personnes dont le directeur général et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Les autres personnes sont choisies par le conseil d’administration de l’établissement privé ou, dans le cas d’un établissement privé non constitué en personne morale, par le titulaire du permis. | 53.2. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services visé au deuxième alinéa de l’article 182.0.1 de cette loi est le commissaire local du centre intégré de santé et de services sociaux du territoire où se situe le siège de l’établissement privé.  De plus, malgré le deuxième alinéa de cet article, le président-directeur général d’un tel centre intégré choisit un membre de son personnel pour faire partie du comité de vigilance et de la qualité de l’établissement privé. |  |
| 297. La composition du comité de gestion des risques institué pour un établissement privé en vertu du paragraphe 2° du premier alinéa de l’article 295 doit assurer une représentativité équilibrée des employés et des usagers de l’établissement, des personnes qui exercent leur profession en son sein de même que, s’il y a lieu, des personnes qui, en vertu d’un contrat de service, fournissent pour le compte de l’établissement des services aux usagers de ce dernier.  De plus, le plus haut dirigeant de l’établissement ou la personne qu’il désigne est membre d’office de ce comité. | 183.1. Le plan d’organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d’un comité de gestion des risques.  Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d’administration de l’établissement.  La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l’établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l’établissement de même que, s’il y a lieu, des personnes qui, en vertu d’un contrat de services, dispensent pour le compte de l’établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu’il désigne est membre d’office de ce comité. |  |  |
| 298. Malgré le paragraphe 3° du premier alinéa de l’article 295, un établissement privé qui offre de l’hébergement de longue durée dans des installations se trouvant dans plus d’une région sociosanitaire peut choisir de mettre sur pied un comité d’usagers pour chacune ou plusieurs de ces régions. | 209. Un comité des usagers est institué pour chaque établissement et ce dernier doit, dans le cas d’un établissement public ou d’un établissement privé conventionné visé à l’article 475, lui accorder le budget particulier fixé à cette fin dans son budget de fonctionnement ou, dans le cas d’un établissement privé non conventionné, le montant versé à cette fin par le ministre.  Toutefois, un établissement qui exploite un centre d’hébergement et de soins de longue durée et dont les installations se retrouvent dans plus d’une région du Québec peut choisir de mettre sur pied un comité d’usagers pour chacune ou plusieurs de ces régions et, aux fins de la composition de ces comités, les membres sont élus par les usagers de la ou des régions concernées.  Lorsque l’établissement exploite un centre offrant des services à des usagers hébergés, il doit mettre sur pied, dans chacune des installations du centre, un comité de résidents.  Le comité des usagers se compose d’au moins cinq membres élus par tous les usagers de l’établissement et d’un représentant désigné par et parmi chacun des comités de résidents mis sur pied en application du deuxième alinéa.  La majorité de ces membres doivent être des usagers. Toutefois, s’il est impossible d’avoir une majorité d’usagers sur le comité, ceux-ci peuvent élire toute autre personne de leur choix pourvu que cette personne ne travaille pas pour l’établissement ou n’exerce pas sa profession dans un centre exploité par l’établissement.  Un comité de résidents se compose d’au moins trois membres élus par les résidents de l’installation selon les modalités prévues au quatrième alinéa. |  |  |
| 299. Tout établissement privé doit se doter d’un code d’éthique qui prévoit : 1° les droits des usagers;  2° les pratiques et conduites attendues des personnes qui, au sein de l’établissement, exercent des activités à l’endroit des usagers; 3° les règles d’utilisation des renseignements visés à l’article 321.  L’établissement doit remettre une reproduction de ce code d’éthique à tout usager qu’il héberge ou qui lui en fait la demande. | 233. Tout établissement doit se doter d’un code d’éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l’établissement à l’endroit des usagers.  Ce code d’éthique doit également prévoir les règles d’utilisation des renseignements visés aux articles 27.3 et 107.  L’établissement doit remettre un exemplaire de ce code d’éthique à tout usager qu’il héberge ou qui lui en fait la demande. |  |  |
| 300. Un établissement privé doit nommer un responsable de la qualité des services cliniques.  Ce responsable doit notamment surveiller et contrôler la qualité des services cliniques offerts aux usagers et veiller à la détection en temps utile des situations anormales. Le responsable doit disposer de l’autorité permettant de remédier avec diligence à une telle situation ou d’un libre accès à la personne disposant d’une telle autorité. |  |  |  |
| 301. Un établissement privé qui exploite un centre hospitalier, un centre d’hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation doit nommer un directeur des soins infirmiers qui doit être une infirmière ou un infirmier.  Santé Québec peut exempter un établissement privé de l’obligation de nommer un tel directeur lorsque le nombre de lits dont cet établissement dispose dans ses installations pour l’hébergement des usagers ne justifie pas qu’un tel directeur soit nommé.  Elle peut en outre exempter un établissement privé qui exploite un centre de réadaptation de cette obligation si la nature des services qu’il fournit ne justifie pas qu’un tel directeur soit nommé. | 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. |  |  |
| 302. Sous l’autorité immédiate du plus haut dirigeant d’un établissement privé, le directeur des soins infirmiers exerce les fonctions suivantes : 1° surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés par l’établissement;  2° s’assurer de l’élaboration de règles applicables aux soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficients aux usagers ainsi que de l’organisation et des ressources dont dispose l’établissement;  3° s’assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans l’établissement;  4° planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins de l'établissement; 5° gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;  6° le cas échéant, tenir et mettre à jour un registre des infirmières et des infirmiers habilités à exercer des activités visées à l’article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers;  7° assumer toute autre fonction que lui confie le plus haut dirigeant de l'établissement. |  |  |  |
| 303. Le directeur des soins infirmiers peut, pour un motif disciplinaire ou d’incompétence, limiter ou suspendre l’exercice dans le centre par une infirmière ou un infirmier des activités visées à l’article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers.  L’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être informé de toute mesure prise en vertu du présent article. | 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. |  |  |
| 304. Lorsqu’un établissement privé se prévaut de l’exemption de nommer un directeur des soins infirmiers prévue au deuxième alinéa de l’article 301, il doit alors nommer un responsable des soins infirmiers qui doit être une infirmière ou un infirmier. | 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. |  |  |
| 305. Lorsqu’un directeur des soins infirmiers ou un responsable des soins infirmiers est nommé pour un établissement privé, celui-ci peut également assumer les fonctions du responsable de la qualité des services cliniques prévues à l’article 300. |  |  |  |
| 306. L’établissement privé détermine son offre de services de santé ou de services sociaux conformément à l’autorisation octroyée par Santé Québec pour l’exploitation de cet établissement.  L’établissement fixe également les paramètres des services de santé ou des services sociaux qu’il fournit et soumet ces paramètres à l’approbation de Santé Québec. | 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.  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 l’agence. |  |  |
| 307. Santé Québec peut, lorsqu’elle estime que l’intérêt public le justifie, exiger d’un établissement privé qu’il exerce les activités nécessaires à toute prestation de services qu’elle détermine, qu’il cesse d’en exercer certaines ou qu’il modifie de toute autre manière son offre de services. Avant de prendre une telle décision, elle doit avoir donné au titulaire de l’autorisation l’occasion de lui présenter ses observations.  Le titulaire de l’autorisation doit, dans les six mois suivant la date de la délivrance du document attestant l’autorisation modifiée par Santé Québec et malgré toute disposition inconciliable, prendre les mesures nécessaires pour effectuer les modifications conséquentes à la décision de Santé Québec. | 442.1. Le ministre peut, après avoir consulté l’agence et donné au titulaire l’occasion de lui présenter ses observations, modifier le permis d’un établissement public ou privé conventionné pour changer la mission, la classe, le type ou la capacité qui y est indiqué, s’il estime que l’intérêt public le justifie.  À compter de la date de la délivrance du permis ainsi modifié, le titulaire est réputé avoir la capacité et les pouvoirs requis pour exercer ses activités conformément à ce permis. Il doit, dans les six mois suivant cette date et malgré toute disposition législative inconciliable, prendre les mesures nécessaires pour effectuer les modifications conséquentes à la décision du ministre. |  |  |
| 308. Un établissement privé doit s’assurer qu’une personne, y compris un professionnel, un stagiaire ou un bénévole qui, dans l’une de ses installations, exerce une activité déterminée par règlement de Santé Québec détient un certificat d’absence d’antécédent judiciaire délivré conformément au paragraphe 1° du premier alinéa de l’article 309 ou un certificat d’absence d’antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité déterminée au sein d’un établissement délivré en vertu du deuxième alinéa de l’article 313.  Est un antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité déterminée au sein d’un établissement :  1° la déclaration de culpabilité, prononcée depuis moins que le nombre d’années prévu par le règlement pris en vertu du premier alinéa, pour une infraction visée par ce règlement, à moins qu’un pardon n’ait été obtenu, ou une poursuite encore pendante pour une telle infraction;  2° une déclaration de culpabilité pour une infraction criminelle autre qu’une infraction visée au paragraphe 1° qui, de l’avis de Santé Québec, a un lien avec ces aptitudes et ce comportement, à moins qu’un pardon n’ait été obtenu, ou une poursuite encore pendante pour une telle infraction.  Le règlement prévu au premier alinéa peut prévoir la périodicité selon laquelle un établissement doit exiger qu’une personne visée au premier alinéa lui présente de nouveau l’un ou l’autre des certificats qui y sont visés. |  |  |  |
| 309. Un corps de police du Québec est tenu de délivrer à la personne qui lui en fait la demande celui des documents suivants qui s’applique :  1° un document attestant que les banques de données qui lui sont accessibles ne contiennent pas de renseignement permettant d’établir que cette personne a des antécédents judiciaires, incluant des poursuites encore pendantes; ce document est appelé «certificat d’absence d’antécédent judiciaire» ;  2° une liste de tous les antécédents judiciaires de la personne, incluant les poursuites encore pendantes; cette liste est appelée «liste des antécédents judiciaires» . Le gouvernement prévoit, par règlement, la forme de ces documents de même que les frais exigibles pour leur délivrance. |  |  |  |
| 310. La personne à laquelle un corps de police a délivré une liste des antécédents judiciaires qui ne mentionne pas d’antécédent visé au paragraphe 1° du deuxième alinéa de l’article 308 peut demander par écrit à Santé Québec la délivrance d’un certificat d’absence d’antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité déterminée au sein d’un établissement. |  |  |  |
| 311. La demanderesse présente, dans sa demande faite en vertu de l’article 310, les renseignements suivants : 1° son nom et ses coordonnées;  2° les motifs pour lesquels elle estime que ses antécédents judiciaires ne présentent aucun lien avec les aptitudes requises et le comportement approprié pour exercer une activité au sein d’un établissement;  3° tout autre renseignement que peut prévoir un règlement de Santé Québec.  La liste des antécédents judiciaires doit y être jointe, de même que les frais prévus par ce règlement. |  |  |  |
| 312. Est irrecevable la demande qui ne présente pas les renseignements prévus à l’article 311 ou à laquelle ne sont pas joints la liste des antécédents judiciaires et les frais prévus en vertu de cet article. |  |  |  |
| 313. Santé Québec doit refuser de faire droit à la demande si elle estime que les antécédents judiciaires de la demanderesse ont un lien avec les aptitudes requises et le comportement approprié pour exercer une activité au sein d’un établissement.  Dans le cas contraire, elle lui délivre un certificat d’absence d’antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité au sein d’un établissement.  Avant de refuser de faire droit à la demande, Santé Québec doit notifier par écrit à la demanderesse le préavis prescrit par l’article 5 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3) et lui accorder un délai d’au moins 15 jours pour présenter ses observations. |  |  |  |
| 314. Toute personne visée à l’article 308 doit déclarer à l’établissement privé au sein duquel elle exerce une activité tout changement relatif à ses antécédents judiciaires. |  |  |  |
| 315. Tout établissement privé peut recevoir des dons, des legs, des subventions ou d’autres contributions bénévoles de toute personne ou de tout organisme public ou privé désirant aider à la réalisation de la mission de cet établissement.  Lorsque l’établissement reçoit une contribution affectée par son contributeur soit à des fins particulières, soit afin de doter l’établissement d’un capital qui doit être préservé et dont seuls les revenus pourront être utilisés, l’établissement doit déposer ou placer cette contribution conformément aux dispositions du Code civil relatives aux placements présumés sûrs, jusqu’à ce qu’il en dispose conformément à son affectation. | 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.  Il ne peut cependant, sans l’autorisation préalable de l’agence, 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 l’agence.  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, l’agence 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 l’agence ou du ministre.  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.  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 relatives aux placements présumés sûrs, jusqu’à ce qu’il en soit disposé aux fins particulières pour lesquelles la contribution a été faite.  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.  Les états financiers de l’établissement doivent faire apparaître, de façon distincte, l’état de chaque fonds créé conformément au présent article. |  |  |
| 316. Un établissement privé peut, avec l’autorisation préalable de Santé Québec, confier l’administration des contributions qu’il reçoit à une fondation de l’établissement pourvu qu’elle remplisse les conditions prévues à l’article 97, avec les adaptations nécessaires, 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.  La fondation agit à titre d’administrateur du bien d’autrui chargé de la pleine administration, sauf si l’établissement ne la charge que de la simple administration.  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 au deuxième alinéa de l’article 315. | 271. Un établissement peut, avec l’autorisation préalable de l’agence, 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.  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.  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. |  |  |
| 317. Un établissement privé doit, lorsqu’il n’est pas représenté par le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux visé au premier alinéa de l’article 675 pour ses besoins en matière d’assurances de dommages, souscrire un contrat en cette matière à l’égard des actes dont il peut être appelé à répondre. | 267. Un établissement doit, lorsqu’il n’est pas représenté par le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux visé au premier alinéa de l’article 435.1 pour ses besoins en matière d’assurances de dommages, souscrire un contrat en cette matière à l’égard des actes dont il peut être appelé à répondre. |  |  |
| 318. Un établissement privé doit constituer et tenir un dossier sur chacun des usagers qui en reçoit des services de santé et des services sociaux, sauf dans les cas déterminés par règlement de Santé Québec. |  |  | 50. Un établissement doit tenir un dossier sur chacun des bénéficiaires qui en obtient des services, sauf ceux visés aux articles 45 et 51.  Les renseignements exigés du bénéficiaire en vertu de l’article 23 sont conservés au dossier.  Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme excluant l’utilisation de l’informatique ou de toute autre technique pour la constitution et la tenue des dossiers des bénéficiaires d’un établissement. |
| 319. Un établissement privé doit transmettre à Santé Québec un rapport de ses activités dont la forme, la teneur et la périodicité sont déterminées par règlement de Santé Québec. | 182.7. Un établissement doit préparer un rapport annuel de gestion.  Ce rapport doit notamment comprendre:  1° une présentation des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l’entente de gestion et d’imputabilité convenu avec l’agence;  2° une déclaration du directeur général de l’établissement attestant la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents;  3° tout autre élément ou renseignement déterminé par le ministre.  Un établissement transmet à l’agence son rapport annuel de gestion.  278. Un établissement doit transmettre, dans les trois mois de la fin de son exercice financier, à l’agence un rapport annuel de ses activités, y compris les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité. Ce rapport doit être produit suivant la forme déterminée par le ministre et contenir tout renseignement requis par celui-ci et l’agence. |  |  |
| 320. Un établissement privé doit, tous les deux ans, fournir à Santé Québec, au moyen du formulaire prescrit par celle-ci, une déclaration attestant que les installations dont il dispose et leur capacité sont les mêmes que celles indiquées à son autorisation. | 444.1. Le titulaire d’un permis d’établissement doit, tous les deux ans, fournir au ministre une déclaration attestant que les installations dont dispose l’établissement et leur capacité sont les mêmes que celles indiquées au permis, au moyen du formulaire prescrit par le ministre. |  |  |
| 321. Tout établissement privé doit participer, à la demande de Santé Québec, à l’évaluation du fonctionnement général du système de santé et de services sociaux; il doit se conformer aux directives que Santé Québec lui donne à cette fin.  L’établissement peut utiliser les nom, adresse et numéro de téléphone contenus au dossier d’un usager pour la réalisation de sondages ayant pour objet de connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l’égard de la qualité des services offerts par l’établissement.  Un usager peut, en tout temps, demander à l’établissement que les renseignements le concernant ne soient plus utilisés à une telle fin. | 107. Tout établissement doit participer, à la demande du ministre ou de l’agence, à l’évaluation du fonctionnement général du système de services de santé et de services sociaux.  Un établissement peut utiliser les nom, prénom, adresse et numéro de téléphone contenus au dossier d’un usager pour la réalisation de sondages ayant pour objet de connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l’égard de la qualité des services offerts par l’établissement.  Une instance locale peut faire de même pour connaître la satisfaction des usagers à l’égard de l’organisation des services et des résultats obtenus.  Un usager peut, en tout temps, demander à l’établissement ou à l’instance locale, selon le cas, que les renseignements le concernant ne soient plus utilisés à une telle fin.  Pour l’application du présent article, un établissement doit respecter les règles éthiques adoptées à cette fin conformément au deuxième alinéa de l’article 233. |  |  |
| 322. L’établissement a pour fonction d’assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à régler les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. | 100. Les établissements ont pour fonction d’assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires 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, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d’agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d’améliorer l’offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d’une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations. |  |  |
| 323. L’établissement doit suivre des pratiques reconnues en matière de qualité des services cliniques notamment en ce qui a trait à leur sécurité, à leur pertinence et à leur efficacité. |  |  |  |
| 324. L’établissement doit :  1° recevoir et évaluer les besoins de toute personne qui requiert des services de santé ou des services sociaux;  2° fournir lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou, conformément à la présente loi, les faire fournir pour son compte par une personne ou par un groupement avec lequel il a conclu une entente visée à l’article 445 ou 454;  3° veiller à ce que les services qu’il fournit le soient en continuité et en complémentarité avec ceux fournis par les autres personnes et groupements et que l’organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;  4° diriger les personnes auxquelles il n’est pas en mesure de fournir certains services vers une personne ou un groupement qui fournit ces services. | 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. |  |  |
| 325. Santé Québec détermine par règlement les conditions et modalités d’enregistrement, d’inscription, d’admission, de transfert, de congé ou de sortie des usagers d’un établissement. |  |  |  |
| 326. Le plus haut dirigeant d’un établissement qui a mis en place un département clinique de médecine d’urgence doit veiller à l’élaboration des normes suivantes et les soumettre à l’approbation du conseil d’administration de Santé Québec :  1° des normes de fonctionnement adéquat de son service d’urgence;  2° des normes conformes aux exigences d’une répartition adéquate des cas d’urgence en ce qui concerne l’utilisation et la distribution des lits.  Après consultation des départements territoriaux concernés, le conseil d’administration de Santé Québec approuve les normes élaborées en vertu du premier alinéa lorsqu’il estime qu’elles sont propres à répartir les cas d’urgence et à assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins.  Le conseil d’administration de Santé Québec peut fixer les normes prévues au premier alinéa lorsque l’établissement fait défaut de les élaborer ou de les lui soumettre. | 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:  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° (paragraphe abrogé);  2° s’assure que des normes de fonctionnement adéquat des services d’urgence soient adoptées par les établissements pour lesquels un département clinique de médecine d’urgence est mis en place ou, à défaut, fixe de telles normes;  3° s’assure que les établissements pour lesquels un département clinique de médecine d’urgence est mis en place 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 pour lesquels un département clinique de médecine d’urgence est mis en place en regard du nombre et de la nature des inscriptions et des admissions d’usagers et de leurs transferts et transports en ambulance. |  |  |
| 327. L’établissement doit suivre les normes approuvées ou fixées en vertu de l’article 326. |  |  |  |
| 328. L’établissement doit élaborer pour les usagers d’une catégorie déterminée par règlement de Santé Québec, dans la mesure qui y est prévue, un plan d’intervention afin d’identifier leurs besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront leur être fournis. Le plan d’intervention doit assurer la coordination des services fournis à l’usager par les divers intervenants concernés de l’établissement. | 102. Un établissement doit élaborer, pour les usagers d’une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° du premier alinéa 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. |  |  |
| 329. Lorsqu’un usager d’une catégorie déterminée par règlement de Santé Québec doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé ou des services sociaux nécessitant, outre la participation d’un établissement, celle d’autres intervenants, l’établissement qui fournit 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. | 103. Lorsqu’un usager d’une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° du premier alinéa 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. |  |  |
| 330. Chacun des plans visés respectivement aux articles 328 et 329 doit être élaboré en collaboration avec l’usager tel que le prévoit l’article 11.  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.  De plus, ces plans doivent, selon le cas, mentionner les objectifs et les moyens visant à favoriser la continuité culturelle de l’enfant autochtone qui est confié à un milieu de vie substitut en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. | 104. Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l’usager tel que le prévoit l’article 10.  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.  De plus, ces plans doivent, selon le cas, mentionner les objectifs et les moyens visant à favoriser la continuité culturelle de l’enfant autochtone qui est confié à un milieu de vie substitut en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1). |  |  |
| 331. Tout membre du personnel affecté à la réalisation de tâches au sein d’un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par cet établissement, tout stagiaire qui y effectue un stage de même que toute personne qui, en vertu d’un contrat de service, fournit pour le compte d’un établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au plus haut dirigeant de l’établissement ou à une personne qu’il désigne, tout incident ou accident qu’il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation.  Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet. Le formulaire est versé au dossier de l’usager lorsqu’un accident est susceptible d’entraîner ou a entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être. | 233.1. Tout employé d’un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l’établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d’un contrat de services, dispense pour le compte de l’établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d’un établissement ou, à défaut, à une personne qu’il désigne, tout incident ou accident qu’il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l’usager.  Le directeur général de l’établissement ou, à défaut, la personne qu’il désigne rapporte, sous forme non nominative, à l’agence, selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés. |  |  |
| 332. La force, l’isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peut être utilisé 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. 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 doivent notamment être consignées au dossier.  Tout établissement doit adopter un protocole d’application de ces mesures en tenant compte des orientations déterminées par le ministre, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l’application de ces mesures. | 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. |  |  |
| 333. Tout établissement visé à l’article 6 ou à l’article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001) doit adopter un protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans ses installations. Ce protocole doit tenir compte des orientations déterminées par le ministre et être diffusé auprès du personnel affecté à la réalisation de tâches au sein de l’établissement, des personnes qui exercent leur profession dans un centre qu’il exploite, des usagers concernés et des membres significatifs de leur famille.  Le protocole doit notamment prévoir que sont inscrits ou versés au dossier de l’usager sous garde :  1° la durée, incluant la date du début et de la fin de toute mise sous garde, en précisant l’heure dans le cas d’une mise sous garde préventive ou provisoire;  2° une description des motifs de danger justifiant la mise sous garde ainsi que son maintien;  3° une reproduction des rapports d’examen psychiatrique, des demandes de mise sous garde dans les installations de l’établissement présentées au tribunal par Santé Québec, s’il s’agit d’un établissement public, ou par l’établissement privé ainsi que de tout jugement ordonnant la mise sous garde;  4° si une évaluation psychiatrique a été effectuée sans ordonnance de mise sous garde provisoire, une note attestant l’obtention du consentement de l’usager à subir cette évaluation;  5° la date à laquelle a été transmise à l’usager l’information visée à l’article 15 de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.  Le plus haut dirigeant de l’établissement doit, au moins tous les trois mois, faire un rapport sur l’application de ce protocole en indiquant notamment, pour la période concernée, le nombre de mises sous garde préventives ou provisoires, le nombre de mises sous garde autorisées en vertu de l’article 30 du Code civil et le nombre de demandes visant la mise sous garde dans les installations de l’établissement présentées au tribunal par Santé Québec, s’il s’agit d’un établissement public, ou par l’établissement privé. S’il s’agit d’un établissement public, ce rapport doit être transmis au conseil d’administration de Santé Québec. Un résumé des rapports ainsi transmis doit être inclus dans une section particulière du rapport annuel de gestion prévu à l’article 101. S’il s’agit d’un établissement privé, ce rapport doit être transmis à son conseil d’administration ou, si l’établissement n’est pas une personne morale, au titulaire de l’autorisation et l’établissement doit inclure un résumé des rapports ainsi obtenus dans le rapport de ses activités qu’il transmet à Santé Québec en application de l’article 319. | 18.2. Tout établissement visé à l’article 6 ou à l’article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001) doit adopter un protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans ses installations. Ce protocole doit tenir compte des orientations ministérielles déterminées en vertu du paragraphe 9° du deuxième alinéa de l’article 431 et être diffusé auprès du personnel de l’établissement, des professionnels de la santé qui exercent leur profession dans ses installations, des usagers concernés et des membres significatifs de leur famille.  Le protocole doit notamment prévoir l’obligation d’inscrire ou de verser au dossier de l’usager sous garde:  1° la durée, incluant la date du début et de la fin de toute mise sous garde, en précisant l’heure dans le cas d’une mise sous garde préventive ou provisoire;  2° une description des motifs de danger justifiant la mise sous garde ainsi que son maintien;  3° une copie des rapports d’examen psychiatrique, des demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l’établissement et de tout jugement ordonnant la mise sous garde;  4° si une évaluation psychiatrique a été effectuée sans ordonnance de mise sous garde provisoire, une note attestant l’obtention du consentement de l’usager à subir cette évaluation;  5° la date à laquelle a été transmise à l’usager l’information visée à l’article 15 de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.  Le directeur général de l’établissement doit, au moins tous les trois mois, faire rapport au conseil d’administration sur l’application de ce protocole. Ce rapport doit notamment indiquer, pour la période concernée, le nombre de mises sous garde préventives ou provisoires, le nombre de mises sous garde autorisées en vertu de l’article 30 du Code civil et le nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l’établissement. Ces données doivent être présentées pour chaque mission exploitée par l’établissement. L’établissement doit inclure un résumé de ces rapports dans une section particulière de son rapport annuel de gestion. |  |  |
| 334. Sous réserve des articles 335 à 337, l’établissement ne peut fournir que des médicaments ayant reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral, pour les indications thérapeutiques reconnues par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux qui apparaissent sur la liste dressée à cette fin par le ministre. | 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 avoir considéré les recommandations formulées par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux. 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 leur publication sur le site Internet de la Régie ou à toute date ultérieure fixée dans l’avis du ministre qui accompagne cette liste ou cette mise à jour. Cette publication accorde à cette liste ou à cette mise à jour, ainsi qu’à l’avis du ministre, une valeur authentique.  Les corrections effectuées par la Régie de l’assurance maladie du Québec conformément à l’article 60.2 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A-29.01) s’appliquent, le cas échéant, selon les mêmes conditions et modalités, à la liste dressée conformément au premier alinéa.  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.  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.  En cas d’urgence, un médecin ou un dentiste peut utiliser ou prescrire un médicament visé au troisième ou au quatrième 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. |  |  |
| 335. L’établissement peut fournir, pour un motif de nécessité médicale particulière, des médicaments qui n’apparaissent pas à la liste visée à l’article 334 ainsi que des médicaments qui y apparaissent, mais qui sont utilisés pour des indications thérapeutiques non prévues à cette liste, pourvu que l’indication thérapeutique recherchée pour un usager particulier apparaisse dans l’avis de conformité émis par le gouvernement fédéral.  De même, l’établissement peut fournir, pour un traitement d’exception, d’autres médicaments que ceux apparaissant sur cette liste et qui ont obtenu l’avis de conformité du gouvernement fédéral pour une indication thérapeutique autre que celle recherchée pour l’usager ou qui n’ont pas obtenu l’avis de conformité du gouvernement fédéral.  Pour l’application du premier alinéa, on entend par un motif de nécessité médicale particulière un besoin démontré qui, compte tenu de la condition particulière de l’usager, ne peut être comblé par aucune des indications thérapeutiques des médicaments inscrites à la liste visée à l’article 334.  Pour l’application du deuxième alinéa, on entend par un traitement d’exception un médicament requis en raison d’un besoin exceptionnel démontré qui, compte tenu de la gravité de la condition particulière de l’usager, ne peut être comblé par aucune des indications thérapeutiques des médicaments ayant reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral. | 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 avoir considéré les recommandations formulées par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux. 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 leur publication sur le site Internet de la Régie ou à toute date ultérieure fixée dans l’avis du ministre qui accompagne cette liste ou cette mise à jour. Cette publication accorde à cette liste ou à cette mise à jour, ainsi qu’à l’avis du ministre, une valeur authentique.  Les corrections effectuées par la Régie de l’assurance maladie du Québec conformément à l’article 60.2 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A-29.01) s’appliquent, le cas échéant, selon les mêmes conditions et modalités, à la liste dressée conformément au premier alinéa.  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.  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.  En cas d’urgence, un médecin ou un dentiste peut utiliser ou prescrire un médicament visé au troisième ou au quatrième 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. |  |  |
| 336. Un professionnel habilité à prescrire doit, pour utiliser un médicament qui peut être fourni dans les conditions prévues à l’article 335, obtenir l’autorisation écrite du comité de pharmacologie de l’établissement. Le comité ne peut accorder son autorisation si l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux a, dans un avis au ministre, refusé de reconnaître la valeur thérapeutique du médicament pour l’indication thérapeutique faisant l’objet de la demande d’autorisation.  Le professionnel doit établir, par écrit, les motifs justifiant sa demande et soumettre les données scientifiques à l’appui de celle-ci démontrant que le médicament qu’il souhaite utiliser pourra combler de façon notable le besoin particulier de l’usager.  Le comité de pharmacologie rend une décision écrite et motivée. |  |  |  |
| 337. En cas d’urgence, un professionnel habilité à prescrire peut utiliser un médicament qui peut être fourni dans les conditions prévues à l’article 335 avant d’avoir obtenu l’autorisation écrite prévue à l’article 336.  Le professionnel doit alors, le plus tôt possible, en informer le comité de pharmacologie et motiver devant lui à la fois l’urgence d’utiliser le médicament et sa décision de l’utiliser et cela notamment à l’aide des données scientifiques auxquelles il se réfère.  Le comité peut alors ordonner le maintien ou l’arrêt de l’utilisation du médicament ou encore fixer des conditions à celle-ci. | 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 avoir considéré les recommandations formulées par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux. 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 leur publication sur le site Internet de la Régie ou à toute date ultérieure fixée dans l’avis du ministre qui accompagne cette liste ou cette mise à jour. Cette publication accorde à cette liste ou à cette mise à jour, ainsi qu’à l’avis du ministre, une valeur authentique.  Les corrections effectuées par la Régie de l’assurance maladie du Québec conformément à l’article 60.2 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A-29.01) s’appliquent, le cas échéant, selon les mêmes conditions et modalités, à la liste dressée conformément au premier alinéa.  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.  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.  En cas d’urgence, un médecin ou un dentiste peut utiliser ou prescrire un médicament visé au troisième ou au quatrième 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. |  |  |
| 338. La liste visée à l’article 334 est mise à jour périodiquement par le ministre après considération des recommandations formulées par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux.  La Régie de l’assurance maladie du Québec doit publier cette liste et chacune de ses mises à jour.  Les corrections effectuées par la Régie de l’assurance maladie du Québec conformément à l’article 60.2 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A‑29.01) s’appliquent, le cas échéant, selon les mêmes conditions et modalités, à la liste visée à l’article 334. | 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 avoir considéré les recommandations formulées par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux. 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 leur publication sur le site Internet de la Régie ou à toute date ultérieure fixée dans l’avis du ministre qui accompagne cette liste ou cette mise à jour. Cette publication accorde à cette liste ou à cette mise à jour, ainsi qu’à l’avis du ministre, une valeur authentique.  Les corrections effectuées par la Régie de l’assurance maladie du Québec conformément à l’article 60.2 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A-29.01) s’appliquent, le cas échéant, selon les mêmes conditions et modalités, à la liste dressée conformément au premier alinéa.  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.  […] |  |  |
| 339. La liste visée à l’article 334, ainsi que ses mises à jour, entre en vigueur à la date de leur publication sur le site Internet de la Régie de l’assurance maladie du Québec ou à toute date ultérieure fixée dans l’avis du ministre qui accompagne cette liste ou cette mise à jour.  Cette publication accorde à cette liste ou à cette mise à jour, ainsi qu’à l’avis du ministre, une valeur authentique. | 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 avoir considéré les recommandations formulées par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux. 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 leur publication sur le site Internet de la Régie ou à toute date ultérieure fixée dans l’avis du ministre qui accompagne cette liste ou cette mise à jour. Cette publication accorde à cette liste ou à cette mise à jour, ainsi qu’à l’avis du ministre, une valeur authentique.  Les corrections effectuées par la Régie de l’assurance maladie du Québec conformément à l’article 60.2 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A-29.01) s’appliquent, le cas échéant, selon les mêmes conditions et modalités, à la liste dressée conformément au premier alinéa.  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.  […] |  |  |
| 340. Le ministre peut, avant d’inscrire un médicament sur la liste visée à l’article 334, conclure une entente d’inscription avec le fabricant de ce médicament, sous réserve que le contrat d’approvisionnement de ce médicament ne soit pas, en vertu de la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C‑65.1), soumis à la procédure d’appel d’offres public.  Une telle entente a pour objet le versement de sommes par le fabricant au ministre au moyen notamment d’une ristourne ou d’un rabais qui peut varier en fonction du volume de vente du médicament.  Le prix de ce médicament convenu au contrat d’approvisionnement ne tient pas compte des sommes versées en application de l’entente d’inscription. | 116.1. Le ministre peut, avant d’inscrire un médicament sur la liste dressée en vertu de l’article 116, conclure une entente d’inscription avec le fabricant de ce médicament, sous réserve que le contrat d’approvisionnement de ce médicament ne soit pas, en vertu de la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1), soumis à la procédure d’appel d’offres public. Une telle entente a pour objet le versement de sommes par le fabricant au ministre au moyen notamment d’une ristourne ou d’un rabais qui peut varier en fonction du volume de vente du médicament.  Le prix de ce médicament convenu au contrat d’approvisionnement ne tient pas compte des sommes versées en application de l’entente d’inscription.  Aux fins de la conclusion d’une entente d’inscription, le ministre peut exclure temporairement un médicament de l’application des troisième et quatrième alinéas de l’article 116. Cette exclusion ne s’applique pas à une personne à qui ce médicament était fourni avant la date de la publication de l’avis de cette exclusion ni dans les cas prévus par le règlement pris en vertu du sixième alinéa de l’article 60 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A-29.01). L’avis d’exclusion d’un médicament est publié sur le site Internet de la Régie de l’assurance maladie du Québec et entre en vigueur à la date de sa publication ou à toute date ultérieure que l’avis indique. Un avis y est également publié pour indiquer la date de la fin de l’exclusion. La publication de ces avis leur accorde une valeur authentique.  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 à une entente d’inscription. Seuls les renseignements suivants sont publiés dans le rapport annuel de l’activité du ministère prévu à l’article 12 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2):  1° le nom du fabricant de médicaments;  2° le nom du médicament;  3° la somme globale annuelle reçue en application des ententes d’inscription, mais uniquement dans les cas où au moins trois ententes conclues avec des fabricants de médicaments différents sont en vigueur au cours de l’année financière. |  |  |
| 341. Aux fins de la conclusion d’une entente d’inscription, le ministre peut exclure temporairement un médicament de l’application de l’article 335.  Cette exclusion ne s’applique pas à une personne à qui ce médicament était fourni avant la date de la publication de l’avis de cette exclusion ni dans les cas prévus par le règlement pris en vertu du sixième alinéa de l’article 60 de la Loi sur l’assurance médicaments.  L’avis d’exclusion d’un médicament est publié sur le site Internet de la Régie de l’assurance maladie du Québec et entre en vigueur à la date de sa publication ou à toute date ultérieure que l’avis indique. Un avis y est également publié pour indiquer la date de la fin de l’exclusion. La publication de ces avis leur accorde une valeur authentique. | 116.1. Le ministre peut, avant d’inscrire un médicament sur la liste dressée en vertu de l’article 116, conclure une entente d’inscription avec le fabricant de ce médicament, sous réserve que le contrat d’approvisionnement de ce médicament ne soit pas, en vertu de la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1), soumis à la procédure d’appel d’offres public. Une telle entente a pour objet le versement de sommes par le fabricant au ministre au moyen notamment d’une ristourne ou d’un rabais qui peut varier en fonction du volume de vente du médicament.  Le prix de ce médicament convenu au contrat d’approvisionnement ne tient pas compte des sommes versées en application de l’entente d’inscription.  Aux fins de la conclusion d’une entente d’inscription, le ministre peut exclure temporairement un médicament de l’application des troisième et quatrième alinéas de l’article 116. Cette exclusion ne s’applique pas à une personne à qui ce médicament était fourni avant la date de la publication de l’avis de cette exclusion ni dans les cas prévus par le règlement pris en vertu du sixième alinéa de l’article 60 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A-29.01). L’avis d’exclusion d’un médicament est publié sur le site Internet de la Régie de l’assurance maladie du Québec et entre en vigueur à la date de sa publication ou à toute date ultérieure que l’avis indique. Un avis y est également publié pour indiquer la date de la fin de l’exclusion. La publication de ces avis leur accorde une valeur authentique.  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 à une entente d’inscription. Seuls les renseignements suivants sont publiés dans le rapport annuel de l’activité du ministère prévu à l’article 12 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2):  1° le nom du fabricant de médicaments;  2° le nom du médicament;  3° la somme globale annuelle reçue en application des ententes d’inscription, mais uniquement dans les cas où au moins trois ententes conclues avec des fabricants de médicaments différents sont en vigueur au cours de l’année financière. |  |  |
| 342. Malgré l’article 9 de la Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, nul n’a droit d’accès à une entente d’inscription.  Seuls les renseignements suivants sont publiés dans le rapport annuel de l’activité du ministère prévu à l’article 12 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux :  1° le nom du fabricant de médicaments;  2° le nom du médicament;  3° la somme globale annuelle reçue en application des ententes d’inscription, mais uniquement dans les cas où au moins trois ententes conclues avec des fabricants de médicaments différents sont en vigueur au cours de l’année financière. | 116.1. Le ministre peut, avant d’inscrire un médicament sur la liste dressée en vertu de l’article 116, conclure une entente d’inscription avec le fabricant de ce médicament, sous réserve que le contrat d’approvisionnement de ce médicament ne soit pas, en vertu de la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1), soumis à la procédure d’appel d’offres public. Une telle entente a pour objet le versement de sommes par le fabricant au ministre au moyen notamment d’une ristourne ou d’un rabais qui peut varier en fonction du volume de vente du médicament.  Le prix de ce médicament convenu au contrat d’approvisionnement ne tient pas compte des sommes versées en application de l’entente d’inscription.  Aux fins de la conclusion d’une entente d’inscription, le ministre peut exclure temporairement un médicament de l’application des troisième et quatrième alinéas de l’article 116. Cette exclusion ne s’applique pas à une personne à qui ce médicament était fourni avant la date de la publication de l’avis de cette exclusion ni dans les cas prévus par le règlement pris en vertu du sixième alinéa de l’article 60 de la Loi sur l’assurance médicaments (chapitre A-29.01). L’avis d’exclusion d’un médicament est publié sur le site Internet de la Régie de l’assurance maladie du Québec et entre en vigueur à la date de sa publication ou à toute date ultérieure que l’avis indique. Un avis y est également publié pour indiquer la date de la fin de l’exclusion. La publication de ces avis leur accorde une valeur authentique.  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 à une entente d’inscription. Seuls les renseignements suivants sont publiés dans le rapport annuel de l’activité du ministère prévu à l’article 12 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2):  1° le nom du fabricant de médicaments;  2° le nom du médicament;  3° la somme globale annuelle reçue en application des ententes d’inscription, mais uniquement dans les cas où au moins trois ententes conclues avec des fabricants de médicaments différents sont en vigueur au cours de l’année financière. |  |  |
| 343. Le ministre désigne parmi les établissements reconnus en vertu de l’article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C‐11) ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d’expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise.  Lorsqu’un établissement est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance à l’égard de certaines de ses installations, le ministre peut désigner parmi ces installations celles qui sont tenues de rendre accessibles aux personnes d’expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise. | 508. Le gouvernement désigne parmi les établissements reconnus en vertu de l’article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C‐11) ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d’expression anglaise, les services de santé et les services sociaux en langue anglaise. | 207. Dans le cas où tous les établissements fusionnés en vertu de la présente loi détiennent une reconnaissance en vertu de l’article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11), le centre intégré de santé et de services sociaux issu de la fusion est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance.  Dans le cas où la majorité des établissements fusionnés en vertu de la présente loi détiennent une reconnaissance en vertu de l’article 29.1 de la Charte de la langue française, le centre intégré issu de la fusion est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance, sauf à l’égard des installations inscrites au dernier permis du ou des établissements fusionnés qui n’étaient pas reconnus.  Enfin, dans le cas où un ou plusieurs des établissements fusionnés en vertu de la présente loi détiennent une reconnaissance en vertu de l’article 29.1 de la Charte de la langue française, le centre intégré issu de la fusion est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance à l’égard des installations inscrites au dernier permis du ou des établissements fusionnés reconnus.  Un établissement qui conserve pour une ou plusieurs de ses installations une reconnaissance en application du troisième alinéa est considéré comme un établissement reconnu aux fins du premier alinéa de l’article 146. |  |
| 344. Santé Québec 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. | 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 l’agence avant d’accorder une telle autorisation. |  |  |
| 345. L’établissement territorial institué dans une région sociosanitaire est responsable des territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de cette région.  Lorsque le conseil d’administration de Santé Québec institue plus d’un établissement territorial dans une même région sociosanitaire, il détermine les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont chacun des établissements est responsable. |  |  |  |
| 346. Le président-directeur général de l’établissement territorial doit, pour chaque territoire dont celui-ci est responsable, mettre en réseau les autres établissements publics et les autres personnes ou groupements en mesure de fournir des services à la population de ce territoire dans le but, collectivement, d’assurer de façon continue l’accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés visant à satisfaire les besoins sociosanitaires et les particularités de cette population.  Les personnes et les groupements formant un tel réseau comprennent :  1° les établissements privés;  2° les divers groupes de professionnels;  3° les organismes communautaires;  4° les entreprises d’économie sociale;  5° les prestataires privés;  6° les intervenants des autres secteurs d’activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux. | 99.2. Aux fins de la présente loi, on entend par « réseau local de services de santé et de services sociaux » tout réseau mis en place conformément à un décret du gouvernement pris en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (chapitre A-8.1) de même qu’un nouveau réseau mis en place conformément à un décret pris en vertu de l’article 347.  99.3. La mise en place d’un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu’ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l’accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.  99.5. L’instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:  1° les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d’une connaissance de l’état de santé et de bien-être de celle-ci;  2° les objectifs poursuivis concernant l’amélioration de la santé et du bien-être de la population;  3° l’offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;  4° les modes d’organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.  Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d’accès, d’intégration, de qualité, d’efficacité et d’efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.  Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d’économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d’activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s’assurer de leur participation. |  |  |
| 347. Le président-directeur général de l’établissement territorial doit s’assurer de l’offre de services requis pour satisfaire aux besoins sociosanitaires et aux particularités de la population de chaque territoire dont celui-ci est responsable. À cette fin, le président-directeur général :  1° définit et met en place des mécanismes d’accueil, de référence et de suivi des usagers;  2° instaure des mécanismes ou conclut des ententes avec les intervenants formant le réseau;  3° prend en charge, accompagne et soutient les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l’intérieur du réseau, la continuité des services que requiert leur état;  4° crée des conditions favorables à l’accès aux services médicaux généraux et spécialisés, à leur continuité et à leur mise en réseau, de concert avec les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l’accessibilité :  a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;  b) à l’information clinique, entre autres, le résultat d’examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d’imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers;  c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services. | 99.7. Afin de s’assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l’instance locale doit:  1° définir et mettre en place des mécanismes d’accueil, de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux;  2° instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d’économie sociale et les ressources privées;  3° prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l’intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état;  4° créer des conditions favorables à l’accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l’agence, le département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l’accessibilité:  a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;  b) à l’information clinique, entre autres, le résultat d’examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d’imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers;  c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services lorsqu’approprié. |  |  |
| 348. Santé Québec élabore un programme d’accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d’expression anglaise.  Le programme doit identifier les services offerts par les établissements qui sont accessibles en langue anglaise pour ces personnes.  Santé Québec peut, avec l’accord d’un établissement privé, indiquer dans le programme d’accès les services pouvant être fournis en langue anglaise à ses usagers par cet établissement en vertu d’une entente.  Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les cinq ans. |  | 76. Tout établissement public doit élaborer, dans les centres qu’il indique, un programme d’accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d’expression anglaise ou, le cas échéant, conjointement avec d’autres établissements publics, élaborer un tel programme dans les centres qu’il indique qui sont exploités par ces établissements.  Le programme doit identifier les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. Il doit, de plus, prévoir les exigences linguistiques pour le recrutement ou l’affectation du personnel nécessaires à la dispensation de tels services.  Un établissement public peut, avec l’accord d’un établissement privé conventionné, indiquer dans son programme d’accès des services pouvant être dispensés par cet établissement à ses usagers en vertu d’une entente.  Le programme doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières de l’établissement. Il doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les cinq ans. |  |
| 349. Un comité national, dont la formation est prévue par règlement du gouvernement, est chargé de donner son avis au gouvernement sur : 1° la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;  2° l’approbation, l’évaluation et la modification par le gouvernement du programme d’accès élaboré par Santé Québec conformément à l’article 348.  Le règlement doit prévoir la composition de ce comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d’administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs. | 509. Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation d’un comité provincial chargé de donner son avis au gouvernement sur:  1° la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;  2° l’approbation, l’évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d’accès élaboré par une agence conformément à l’article 348.  Ce règlement doit prévoir la composition de ce comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d’administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs. |  |  |
| 350. Des comités régionaux, dont la formation est prévue par règlement de Santé Québec, sont institués au sein de Santé Québec et sont chargés : 1° de donner leur avis à Santé Québec sur le programme d’accès qu’elle élabore conformément à l’article 348;  2° d’évaluer ce programme d’accès et, le cas échéant, d’y suggérer des modifications.  Santé Québec détermine, par règlement, la composition des comités régionaux, leur processus d’appel de candidatures, leurs règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d’administration de leurs affaires ainsi que leurs fonctions, devoirs et pouvoirs. | 510. Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation de comités régionaux chargés:  1° de donner leur avis à une agence sur les programmes d’accès que cette agence élabore conformément à l’article 348;  2° d’évaluer ce programme d’accès et, le cas échéant, d’y suggérer des modifications.  L’agence concernée détermine par règlement, pour son comité régional, la composition de ce comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d’administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs. |  |  |
| 351. L’établissement public doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés ethnoculturelles et les autres établissements de sa région, favoriser l’accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés ethnoculturelles. | 349. Une agence 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. |  |  |
| 352. Un comité national, dont la formation est prévue par règlement du ministre, est chargé de donner son avis au ministre sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.  Le règlement doit prévoir la composition du comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d’administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs. | 433.1. Le ministre peut constituer un comité chargé de lui donner des avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.  Il en détermine la composition ainsi que les règles de fonctionnement. |  |  |
| 353. Le président-directeur général d’un établissement de Santé Québec peut, s’il y est autorisé par le conseil d’administration de Santé Québec et le ministre, conclure au nom de Santé Québec un contrat d’affiliation avec une université aux fins d’offrir des activités d’enseignement ou de recherche au sein d’un centre exploité par cet établissement.  Le président-directeur général d’un tel établissement peut également conclure au nom de Santé Québec un contrat aux fins de participer à des programmes universitaires de formation ou de recherche. Un tel contrat doit faire l’objet d’un dépôt auprès du président et chef de la direction et du ministre ou des personnes qu’ils peuvent respectivement désigner.  Le président-directeur général d’un tel établissement peut aussi conclure un contrat avec tout établissement d’enseignement, autre qu’une université, reconnu par le ministre de l’Éducation, du Loisir et du Sport ou par le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie 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 au président et chef de la direction ou à la personne qu’il désigne.  Le président-directeur général d’un tel établissement peut modifier un contrat d’affiliation ou y mettre fin avec les autorisations prévues au premier alinéa. | 110. Un établissement peut, après avoir consulté l’agence et obtenu l’autorisation du ministre, 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.  Un établissement peut également conclure une entente ou un contrat de services aux fins de participer à des programmes universitaires de formation ou de recherche. Un tel contrat ou une telle entente doit faire l’objet d’un dépôt auprès de l’agence et du ministre.  Un établissement peut conclure un contrat d’association avec tout autre établissement d’enseignement reconnu par le ministre de l’Éducation, du Loisir et du Sport ou du ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie 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 l’agence.  Les termes et modalités des contrats et ententes visés au présent article doivent être conformes aux principes et règles générales établis par le ministre en collaboration avec le ministre de l’Éducation, du Loisir et du Sport ou du ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, selon le cas. |  |  |
| 354. L’article 353 s’applique à la conclusion par un établissement regroupé ou un établissement privé d’un contrat qui y est visé, avec les adaptations nécessaires.  L’établissement conclut alors le contrat en son propre nom. Un établissement privé n’est pas tenu d’être autorisé à conclure le contrat par le conseil d’administration de Santé Québec ni de déposer ou de transmettre le contrat au président et chef de la direction ou à la personne qu’il désigne. |  |  |  |
| 355. Les termes et modalités des contrats prévus à l’article 353 doivent être conformes aux principes et règles générales établis par le ministre en collaboration avec le ministre de l’Éducation, du Loisir et du Sport ou le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, selon le cas. | 110. Un établissement peut, après avoir consulté l’agence et obtenu l’autorisation du ministre, 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.  Un établissement peut également conclure une entente ou un contrat de services aux fins de participer à des programmes universitaires de formation ou de recherche. Un tel contrat ou une telle entente doit faire l’objet d’un dépôt auprès de l’agence et du ministre.  Un établissement peut conclure un contrat d’association avec tout autre établissement d’enseignement reconnu par le ministre de l’Éducation, du Loisir et du Sport ou du ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie 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 l’agence.  Les termes et modalités des contrats et ententes visés au présent article doivent être conformes aux principes et règles générales établis par le ministre en collaboration avec le ministre de l’Éducation, du Loisir et du Sport ou du ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, selon le cas. |  |  |
| 356. Le plus haut dirigeant d’un établissement affilié à une université peut attribuer le statut de résident en médecine à une personne, titulaire d’un doctorat en médecine, qui effectue un stage de formation post-doctorale au sein d’un centre exploité par l’établissement. | 244. Le conseil d’administration d’un établissement, relié par contrat d’affiliation à une université conformément à l’article 110, attribue le statut de résident en médecine à une personne, titulaire d’un doctorat en médecine, qui effectue un stage de formation post-doctorale dans un centre exploité par l’établissement. |  |  |
| 357. Le ministre peut, après avoir consulté le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, désigner « centre hospitalier universitaire » l’établissement qui exploite un centre hospitalier et qui remplit les conditions suivantes :  1° dans les centres qu’il exploite :  a) il offre, outre des services hospitaliers, des services spécialisés ou ultraspécialisés dans plusieurs disciplines médicales dans une vision intégrée de santé et de services sociaux;  b) il participe à l’enseignement dispensé aux étudiants, aux professionnels et aux autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;  c) il procède à l’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé;  d) il contribue au développement des innovations et des pratiques de pointe;  2° il gère un centre ou une structure de recherche reconnu par le Fonds de recherche du Québec – Santé institué par la Loi sur le ministère de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (chapitre M-15.1.0.1);  3° il contribue au transfert et à la valorisation des connaissances. | Le ministre peut, après avoir consulté le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, désigner centre hospitalier universitaire un centre hospitalier exploité par un établissement qui, en plus d’exercer les activités propres à sa mission, offre des services spécialisés ou ultraspécialisés dans plusieurs disciplines médicales, procède à l’évaluation des technologies de la santé, participe à l’enseignement médical dans plusieurs spécialités, selon les termes d’un contrat d’affiliation conclu conformément à l’article 110, et gère un centre de recherche ou un institut de recherche reconnu par le Fonds de recherche du Québec – Santé institué par la Loi sur le ministère de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (chapitre M-15.1.0.1). |  |  |
| 358. Le ministre peut, après avoir consulté le ministre de l’Économie et de l’Innovation et le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, désigner « institut universitaire » tout établissement qui remplit les conditions suivantes :  1° il fournit, en outre des autres activités qu’il est habilité à exercer, des services de pointe dans un champ d’intervention du domaine de la santé ou du domaine social ou dans un champ d’intervention interdisciplinaire de la santé et des services sociaux;  2° il participe à l’enseignement dispensé aux étudiants, aux professionnels et aux autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux; 3° il gère un centre ou une structure de recherche reconnu, selon le cas :  a) par le Fonds de recherche du Québec – Santé pour une désignation dans un champ d’intervention dans le domaine de la santé;  b) par Fonds de recherche du Québec – Société et culture pour une désignation dans un champ d’intervention dans le domaine social;  c) le Fonds de recherche du Québec – Santé en collaboration avec le Fonds de recherche du Québec – Société et culture ou le Fonds de Recherche du Québec – Nature et technologies pour une désignation dans un champ d’intervention interdisciplinaire de la santé et des services sociaux;  4° il procède à l’évaluation des technologies et des modes d’intervention liés à son secteur de pointe; 5° il contribue au développement des innovations et des pratiques de pointe;  6° il contribue au transfert et à la valorisation des connaissances.  Un établissement peut avoir plus d’une désignation d’institut universitaire. | 89. Le ministre, après avoir consulté le ministre de l’Économie et de l’Innovation, peut, pour une seule discipline médicale, désigner institut universitaire tout centre exploité par un établissement qui, en plus d’exercer les activités propres à la mission d’un tel centre, participe à l’enseignement médical, principalement dans cette discipline médicale, selon les termes d’un contrat d’affiliation conclu conformément à l’article 110, offre des services médicaux ultraspécialisés ou spécialisés ou des services reliés à la médecine familiale, procède à l’évaluation des technologies de la santé et gère un centre de recherche ou un institut de recherche reconnu par le Fonds de recherche du Québec – Santé. |  |  |
| 359. Le lieu où sont offerts les services spécialisés ou ultraspécialisés ou les services de pointe pour lesquels un établissement a obtenu une désignation en application de l’article 357 ou de l’article 358 doit demeurer au sein du même centre que celui où ils étaient offerts lorsque la désignation a été faite. Le lieu de cette offre peut être déplacé vers un autre centre seulement si le ministre autorise ce déplacement.  Il en est de même du lieu où, dans un centre, s’exercent les activités d’enseignement en raison desquelles l’établissement a été désigné. |  | 38.1. Le projet clinique et organisationnel élaboré par un centre intégré de santé et de services sociaux qui exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire doit prévoir que les services spécialisés ou surspécialisés en lien avec cette désignation et requis par la population du réseau territorial de santé et de services sociaux sont dispensés par ce centre intégré lorsqu’ils relèvent du plan d’organisation de ce centre approuvé conformément à l’article 184 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).  Le projet clinique et organisationnel élaboré par un tel centre intégré doit en outre respecter la mission d’enseignement et de recherche rattachée à la désignation d’un centre qu’il exploite. |  |
| 360. Le conseil d’établissement d’un établissement désigné institut universitaire ou centre hospitalier universitaire comprend, en plus des personnes visées à l’article 107, une personne nommée par le conseil d’administration de Santé Québec, à partir d’une liste de noms fournie par les universités auxquelles est affilié l’établissement. |  |  |  |
| 361. Le président-directeur général d’un établissement de Santé Québec désigné institut universitaire ou centre hospitalier universitaire doit, lorsqu’il établit le plan des effectifs médicaux et dentaires de l’établissement en vertu de l’article 195, déterminer, en plus, la répartition, entre les médecins, des tâches relatives à l’activité clinique, à la recherche et à l’enseignement. | 184. Le plan d’organisation d’un centre hospitalier doit de plus prévoir la formation de départements cliniques et de services cliniques. Ce plan doit indiquer le nombre de médecins omnipraticiens, de médecins spécialistes, par spécialité, de dentistes généralistes et de dentistes spécialistes qui peuvent exercer leur profession dans chacun de ces départements et services et, dans le cas d’un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, le plan doit également indiquer la répartition, entre les médecins, des tâches relatives à l’activité clinique, à la recherche et à l’enseignement. Ces éléments doivent être déterminés en tenant compte du permis de l’établissement qui exploite le centre hospitalier, des ressources financières dont il dispose ainsi que des objectifs de croissance et de décroissance visés à l’article 377.  La partie du plan d’organisation visée au premier alinéa doit être transmise à l’agence pour approbation conformément à l’article 378, après avoir fait l’objet d’une consultation auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le cas échéant et, dans le cas d’un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, après consultation de l’université à laquelle l’établissement est affilié. Une fois approuvée par l’agence, cette partie du plan d’organisation constitue le plan des effectifs médicaux et dentaires de l’établissement.  Ce plan des effectifs médicaux et dentaires doit être révisé au moins tous les trois ans et continue d’avoir effet tant que l’agence ne s’est pas prononcée sur sa révision. |  |  |
| 362. Le président-directeur général d’un établissement de Santé Québec désigné institut universitaire ou centre hospitalier universitaire doit, avant de procéder à la nomination ou au renouvellement d’un médecin ou d’un dentiste en vertu de l’article 204, tenir compte de la répartition, entre les médecins ou entre les dentistes, selon le cas, des tâches relatives à l’activité clinique, à la recherche et à l’enseignement, eu égard aux exigences propres à l’établissement.  L’acte par lequel le président-directeur général procède à la nomination du médecin ou du dentiste doit préciser, outre les dispositions prévues au premier alinéa de l’article 204, la répartition, s’il y a lieu, des tâches du médecin ou du dentiste relatives à l’activité clinique, à la recherche et à l’enseignement. | 238. Le conseil d’administration accepte ou refuse la demande de nomination d’un médecin ou d’un dentiste en tenant compte du plan d’organisation de l’établissement, du nombre de médecins et de dentistes autorisé dans le plan des effectifs médicaux et dentaires de l’établissement, des ressources disponibles, des exigences propres à l’établissement et, le cas échéant, de la vocation suprarégionale de l’établissement déterminée par le ministre en vertu de l’article 112.  Le conseil d’administration peut aussi refuser la demande de nomination en se fondant sur le fait que le médecin ou le dentiste a, au cours des trois années précédentes, omis de donner à ce conseil le préavis exigé en application de l’article 254.  Le conseil d’administration peut également refuser la demande de nomination d’un médecin ou d’un dentiste en se fondant sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou du dentiste, eu égard aux exigences propres à l’établissement.  Une demande de renouvellement de nomination ne peut être refusée par le conseil d’administration qu’en fonction des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement du médecin ou du dentiste, eu égard aux exigences propres à l’établissement, et du respect des obligations rattachées à la jouissance des privilèges. Toutefois, elle peut être refusée si ce renouvellement ne peut s’effectuer sans respecter les conditions d’attribution d’un statut prévues au règlement pris en application du paragraphe 3° de l’article 506.  Si l’établissement exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, le conseil d’administration doit aussi consulter l’université à laquelle l’établissement est affilié et doit de plus, avant d’accepter ou de refuser une demande, tenir compte de la répartition, entre les médecins, des tâches relatives à l’activité clinique, à la recherche et à l’enseignement, eu égard aux exigences propres à l’établissement.  242. La résolution par laquelle le conseil d’administration accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d’un médecin ou d’un dentiste doit prévoir, outre le statut attribué conformément au règlement pris en vertu du paragraphe 3° de l’article 506, les privilèges et la durée pour laquelle ils sont accordés, la nature et le champ des activités médicales et dentaires que le médecin ou le dentiste pourra exercer dans le centre, les obligations rattachées à la jouissance des privilèges et l’engagement du médecin ou du dentiste à les respecter.  Dans le cas où l’établissement exploite un centre hospitalier, la résolution du conseil d’administration doit de plus indiquer dans quel département clinique ou service clinique les privilèges accordés peuvent être exercés. De plus, lorsqu’un établissement exploite un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, la résolution du conseil doit préciser pour ce médecin ou ce dentiste la répartition, s’il y a lieu, de ses tâches relatives à l’activité clinique, à la recherche et à l’enseignement.  Les privilèges sont octroyés pour une durée de 18 à 24 mois. Ils sont renouvelés pour une durée minimale d’un an et maximale de trois ans. |  |  |
| 363. Un établissement désigné institut universitaire ou centre hospitalier universitaire ou qui gère un centre de recherche reconnu par le Fonds de recherche du Québec  – Santé et qui, selon son contrat d’affiliation, participe à des activités de recherche clinique et fondamentale peut fournir des médicaments dans les conditions et les circonstances prévues par la présente loi ainsi que dans celles prévues par règlement du gouvernement. | 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 recherche du Québec – Santé 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. |  |  |
| 364. Pour l’application du présent chapitre, le territoire du Québec est découpé en autant de territoires de réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux qu’il y a d’universités ayant une faculté de médecine.  Ces territoires de réseau correspondent chacun à un ensemble de territoires de réseau local de services de santé et de services sociaux délimité par le ministre, de concert avec le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie. Ces ministres associent une université à chacun de ces territoires.  La délimitation de chacun de ces territoires doit favoriser la concertation, la complémentarité et l’intégration des missions de soins, d’enseignement et de recherche des établissements qui, étant situés sur ce territoire, sont affiliés à l’université qui y est associée et qui, selon le cas, sont désignés instituts universitaires ou centres hospitaliers universitaires. | 436.1. Afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l’intégration des missions de soins, d’enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements, est institué, pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre de concert avec le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, un réseau universitaire intégré de santé.  Ce réseau est composé de tous les établissements du territoire qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire et qui sont affiliés à l’université associée à ce réseau ainsi que de tout établissement qui exploite un centre de réadaptation désigné institut universitaire ou centre affilié universitaire.  Chacun des établissements d’un réseau universitaire intégré de santé peut être appelé à desservir une zone de proximité déterminée par l’agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement. |  |  |
| 365. Santé Québec doit, pour chaque territoire de réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux, mettre en réseau les établissements visés au troisième alinéa de l’article 364 avec l’université associée à ce territoire. Les établissements et l’université ainsi mis en réseau en sont les membres. | 436.1. Afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l’intégration des missions de soins, d’enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements, est institué, pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre de concert avec le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, un réseau universitaire intégré de santé.  Ce réseau est composé de tous les établissements du territoire qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire et qui sont affiliés à l’université associée à ce réseau ainsi que de tout établissement qui exploite un centre de réadaptation désigné institut universitaire ou centre affilié universitaire.  Chacun des établissements d’un réseau universitaire intégré de santé peut être appelé à desservir une zone de proximité déterminée par l’agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement. |  |  |
| 366. Les activités d’un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux sont conduites par un comité de direction formé des membres suivants : 1° le président et chef de la direction de Santé Québec ou la personne qu’il désigne;  2° les plus hauts dirigeants des établissements membres du réseau;  3° le doyen de la faculté de médecine de l’université membre du réseau.  Le comité peut également inviter toute personne dont il juge la participation à ses travaux pertinente. | 436.2. Les activités d’un réseau universitaire intégré de santé sont conduites par un comité de direction formé des membres suivants:  1° tous les directeurs généraux des établissements qui composent ce réseau;  2° du président-directeur général de chacune des agences concernées du territoire de desserte de ce réseau;  3° du doyen de la faculté de médecine de l’université associée à ce réseau.  Le comité peut également inviter toute personne dont il juge la participation à ses travaux pertinente. |  |  |
| 367. Le président-directeur général de l’établissement de Santé Québec membre du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux désigné centre hospitalier universitaire, à l’exception d’un tel établissement desservant exclusivement des enfants, agit comme président du réseau. Un premier vice-président est nommé par et parmi les doyens des facultés des sciences sociales de l’université membre du réseau. Un second vice-président est nommé par et parmi les doyens des facultés des sciences de la santé de l’université membre du réseau. Leur mandat est d’une durée de deux ans et peut être renouvelé. | 436.3. Le directeur général de l’établissement qui exploite le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire du réseau, à l’exception d’un tel centre desservant exclusivement des enfants, agit comme président du réseau. Un premier vice-président est nommé par et parmi les doyens des facultés des sciences sociales de l’université associée à ce réseau. Un second vice-président est nommé par et parmi les doyens des facultés des sciences de la santé de l’université associée à ce réseau. Leur mandat est d’une durée de deux ans et peut être renouvelé. |  |  |
| 368. Le président convoque les séances du comité de direction, les préside et voit à leur bon fonctionnement. Il voit de plus à l’exécution des décisions prises par le comité. | 436.4. Le président convoque les séances du comité de direction, les préside et voit à leur bon fonctionnement. Il voit de plus à l’exécution des décisions prises par le comité. |  |  |
| 369. Le comité de direction du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux peut adopter un règlement intérieur relativement à ses séances et à la conduite de ses affaires. | 436.5. Le comité de direction du réseau universitaire intégré de santé peut adopter un règlement intérieur relativement à ses séances et à la conduite de ses affaires. |  |  |
| 370. Chaque réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux formule à Santé Québec ou au ministre, selon le cas, des propositions sur les sujets suivants :  1° l’offre de services dans les domaines d’expertise reconnus aux établissements désignés instituts universitaires ou centres hospitaliers universitaires en réponse  aux demandes des établissements situés sur le territoire du réseau;  2° l’assistance offerte à la faculté de médecine de l’université membre du réseau pour le déploiement de la formation médicale en région; 3° le transfert des connaissances entre la faculté de médecine et les établissements situés sur le territoire du réseau;  4° l’accès à des programmes favorisant le maintien des compétences des partenaires provenant des diverses professions liées au domaine de la santé et des services sociaux;  5° la coordination des demandes de subvention au Fonds canadien d’investissement en provenance des établissements membres du réseau;  6° la mise sur pied, au niveau régional, d’équipes de recherche;  7° la collaboration avec les autres réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux afin de déterminer les champs d’action prioritaires, de décider de la répartition des activités et d’assurer la diffusion des résultats, et ce, sous la direction de l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux;  8° la prévention de la rupture de services à court, moyen ou long terme pour les établissements du territoire du réseau qui ont de la difficulté à assurer les services généraux et spécialisés à leurs usagers;  9° la coordination, auprès des établissements membres du réseau, des activités de l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux afin d’assurer la productivité et l’efficience de ces activités;  10° l’instauration d’une culture de collaboration entre les établissements membres du réseau;  11° le regroupement des effectifs médicaux spécialisés pour éviter les dédoublements.  De plus, chaque réseau formule au ministre des propositions sur :  1° la formation médicale et la répartition, auprès des établissements membres du réseau, des étudiants de la faculté de médecine de l’université membre du réseau;  2° la coordination, avec le Fonds de recherche du Québec – Santé, des activités de recherche des établissements situés sur le territoire du réseau afin de favoriser l’atteinte d’une masse critique de chercheurs dans des secteurs donnés et le partage des plateaux techniques et d’éviter ainsi les dédoublements. | 436.6. Chaque réseau universitaire intégré de santé formule à toute agence concernée ou au ministre, selon le cas, des propositions sur les sujets suivants:  1° l’offre de services dans les domaines d’expertise reconnus aux établissements ayant une désignation universitaire en réponse aux demandes des instances locales et des autres établissements associés;  2° l’assistance offerte à la faculté de médecine de l’université associée au réseau pour le déploiement de la formation médicale en région;  3° le transfert des connaissances entre la faculté de médecine et les établissements du territoire de desserte du réseau;  4° l’accès à des programmes favorisant le maintien des compétences des partenaires provenant des diverses professions reliées au domaine de la santé;  5° la coordination des demandes de subvention au Fonds canadien d’investissement en provenance des établissements membres du réseau;  6° la mise sur pied, au niveau régional, d’équipes de recherche;  7° la collaboration avec les autres réseaux universitaires intégrés de santé afin de déterminer les champs d’action prioritaires, de décider de la répartition des activités et d’assurer la diffusion des résultats et ce, sous la direction de l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux;  8° la prévention de la rupture de services à court, moyen ou long terme pour les établissements qui sont dans son territoire de desserte et qui ont de la difficulté à assurer les services généraux et spécialisés à leur clientèle;  9° la coordination, auprès des établissements membres du réseau, des activités de l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux afin d’assurer la productivité et l’efficience de ces activités;  10° l’élaboration d’un plan des effectifs médicaux universitaires dans le cadre du plan régional des effectifs médicaux;  11° l’instauration d’une culture de collaboration entre les établissements membres du réseau;  12° le regroupement des effectifs médicaux spécialisés pour éviter les dédoublements;  13° l’instauration de corridors de services.  De plus, chaque réseau formule au ministre des propositions sur:  1° la formation médicale et la répartition, auprès des établissements membres du réseau, des étudiants de la faculté de médecine de l’université associée au réseau;  2° la coordination, avec le Fonds de recherche du Québec – Santé, des activités de recherche des établissements du territoire de desserte du réseau afin de favoriser l’atteinte d’une masse critique de chercheurs dans des secteurs donnés et le partage des plateaux techniques et d’éviter ainsi les dédoublements. |  |  |
| 371. Chaque établissement membre d’un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux doit :  1° contribuer à l’offre de services proposée par ce réseau dans les domaines d’expertise qui lui sont reconnus;  2° assurer aux usagers de sa zone de proximité des services généraux, spécialisés et surspécialisés et, à la demande du conseil d’administration de Santé Québec, apporter sa contribution auprès des autres établissements du territoire du réseau pour prévenir toute rupture de services;  3° offrir, conformément aux modalités que peut déterminer le conseil d’administration de Santé Québec, des services généraux et spécialisés aux établissements territoriaux du territoire de la région sociosanitaire sur lequel il se trouve.  La zone de proximité visée au paragraphe 2° du premier alinéa est déterminée par le conseil d’administration de Santé Québec. | 436.7. Chaque établissement membre d’un réseau universitaire intégré de santé doit:  1° contribuer à l’offre de services proposée par ce réseau dans les domaines d’expertise qui lui sont reconnus;  2° assurer à la clientèle de sa zone de proximité des services généraux, spécialisés et surspécialisés et, à la demande de l’agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement, apporter sa contribution auprès des autres établissements du territoire de desserte du réseau pour prévenir toute rupture de services;  3° offrir, par l’intermédiaire de l’agence sur le territoire de laquelle est situé le siège de cet établissement, des services généraux et spécialisés aux instances locales de ce territoire et convenir, le cas échéant, d’ententes ou d’autres modalités avec ces instances. |  |  |
| 372. Santé Québec forme, pour chaque région sociosanitaire, un département territorial de médecine familiale et un département territorial de médecine spécialisée.  Lorsque plus d’un établissement public se trouve dans une telle région, Santé Québec peut former plus d’un de ces départements; elle rattache alors chacun de ces départements à un établissement public de cette région.  Un département territorial formé dans une région dans laquelle se trouve un seul établissement public est rattaché à cet établissement. | 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. |  |  |
| 373. Le territoire du département territorial de médecine familiale correspond à celui de la région sociosanitaire. Toutefois, lorsque plus d’un département a été formé dans une région, Santé Québec divise l’ensemble du territoire de cette région entre les départements pour que chacun ait son propre territoire.  Il en est de même du territoire d’un département territorial de médecine spécialisée. |  |  |  |
| 374. Un département territorial est dirigé par un médecin qui en est membre; il est nommé pour un mandat d’au plus quatre ans par le président-directeur général de l’établissement public auquel se rattache le département.  Le médecin ainsi nommé est appelé « directeur médical de médecine familiale » ou « directeur médical de médecine spécialisée » selon qu’il dirige le département territorial de médecine familiale ou le département territorial de médecine spécialisée. |  |  |  |
| 375. Le directeur médical de l’établissement auquel est rattaché un département territorial coordonne et surveille les activités du médecin qui le dirige.  Le directeur médical doit notamment obtenir l’avis de ce médecin sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins du département pour l’établissement et, le cas échéant, les autres établissements publics de ce territoire. |  |  |  |
| 376. Sous l’autorité du directeur médical, le médecin qui dirige un département territorial est chargé de voir à ce que les fonctions confiées au département soient exercées entièrement, correctement et sans retard, dans le cadre des pouvoirs confiés à Santé Québec et dans le respect des responsabilités des établissements de ce territoire. |  |  |  |
| 377. Les fonctions d’un département territorial sont exercées par un comité de direction. |  |  |  |
| 378. Le comité de direction d’un département territorial peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités ou d’unités sous-territoriales et leurs modalités de fonctionnement ainsi que la poursuite des fins du département.  Ces règlements peuvent également prévoir les modalités suivant lesquelles l’exercice de tout ou Partie des fonctions attribuées au comité de direction peut être confié au médecin qui dirige le département. Ils entrent en vigueur après avoir été approuvés par le président-directeur général de l’établissement auquel est rattaché le département territorial. |  |  |  |
| 379. Malgré toute disposition contraire, un médecin ne peut recevoir de rémunération de la Régie de l’assurance maladie du Québec que s’il est membre d’un département territorial, sauf si cette rémunération lui est versée en application de l’article 36 de la Loi sur l’assurance maladie. |  |  |  |
| 380. Tout médecin de famille peut faire Partie du département territorial de médecine familiale s’il remplit les conditions suivantes : 1° il pratique sur le territoire du département;  2° il est titulaire d’un statut et de privilèges qui lui permettent d’exercer sa profession au sein de l’établissement auquel se rattache le département.  Le médecin qui est un professionnel désengagé ou un professionnel non participant au sens de la Loi sur l’assurance maladie ne peut faire Partie du département. |  |  |  |
| 381. Le département territorial de médecine familiale élabore l’organisation des services de médecine familiale et la soumet au président-directeur général de l’établissement auquel il est rattaché.  Le département doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services fournis par lieu de pratique et 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 Santé Québec relative à cette organisation.  Il formule toute recommandation qu’il estime propre à l’atteinte du but visé à l’article 346. | 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 inter-établissements, 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. |  |  |
| 382. Le département doit fixer des objectifs permettant de mesurer la mise en œuvre de l’organisation des services de médecine familiale qu’il élabore. Il mesure l’atteinte de ces objectifs. | 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 inter-établissements, 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. |  |  |
| 383. Le département territorial de médecine familiale, outre les autres fonctions que lui confère la présente loi, exerce les fonctions suivantes :  1° faire des recommandations sur la nature des services de médecine familiale découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de Santé Québec relative à cette matière;  2° faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières visée à l’article 395 et assurer la mise en place de la décision de Santé Québec relative à cette liste;  3° donner son avis sur tout projet concernant la prestation des services de médecine familiale; 4° donner son avis sur certains projets relatifs à l’utilisation de médicaments;  5° réaliser toute autre fonction relative aux services de médecine familiale que lui confie le président et chef de la direction de Santé Québec ou le président-directeur général ou le directeur médical de l’établissement auquel le département est rattaché. | 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 inter-établissements, 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. |  |  |
| 384. Le comité de direction du département territorial de médecine familiale est formé des membres suivants :  1° le directeur médical de médecine familiale;  2° deux médecins élus par et parmi les médecins membres du département;  3° deux à neuf médecins membres du département, selon le nombre fixé conformément à l’article 385, nommés par les deux médecins visés au paragraphe 2°;  4° le président-directeur général et le directeur médical de l’établissement auquel est rattaché le département.  Lorsqu’il y a une faculté de médecine sur le territoire du département, le comité de direction doit de plus comprendre un membre nommé par le doyen de cette faculté ainsi qu’un résident en médecine familiale à titre d’observateur.  La majorité des membres du comité de direction doit être composée de médecins qui pratiquent en première ligne. | 417.3. Les responsabilités du département régional de médecine générale sont exercées par un comité de direction formé des membres suivants:  1° trois médecins élus par et parmi les médecins membres du département;  2° deux à neuf médecins membres du département, selon le nombre fixé conformément à l’article 417.4, nommés par les membres visés au paragraphe 1°;  3° le président-directeur général de l’agence ou le médecin 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 familiale à titre d’observateur. |  |  |
| 385. Les règles s’ajoutant à celles de l’article 384 relativement à la composition du comité de direction du département territorial de médecine familiale, les modalités d’élection ou de nomination des membres visés aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa de cet article et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement adopté par les médecins membres du département réunis en assemblée générale convoquée à cette fin.  Les règles relatives à la composition du comité de direction que prévoit ce règlement doivent assurer une représentation équitable des parties du territoire du département et des différents milieux de pratique médicale. Il entre en vigueur après avoir été approuvé par le président-directeur général de l’établissement auquel est rattaché le département. | 417.4. La composition spécifique du comité de direction du département régional de médecine générale, les modalités d’élection ou de nomination des membres visés aux paragraphes 1° et 2° de l’article 417.3 et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement édicté par les médecins membres du département réunis en assemblée générale convoquée à cette fin.  Ce règlement doit prévoir que la majorité des membres du comité de direction sont des médecins qui pratiquent en première ligne et que la composition du comité de direction assure une représentation équitable des parties du territoire de l’agence et des différents milieux de pratique médicale. Il entre en vigueur après avoir été approuvé par le conseil d’administration de l’agence. |  |  |
| 386. Tout médecin spécialiste peut faire Partie d’un département territorial de médecine spécialisée s’il remplit les conditions suivantes : 1° il pratique sur le territoire du département;  2° il est titulaire d’un statut et de privilèges qui lui permettent d’exercer sa profession dans l’établissement auquel le département est rattaché.  Le médecin qui est un professionnel désengagé ou un professionnel non participant au sens de la Loi sur l’assurance maladie ne peut faire Partie du département. |  |  |  |
| 387. Le département territorial de médecine spécialisée élabore l’organisation des services médicaux spécialisés sur le territoire du département et la soumet au président-directeur général de l’établissement auquel il est rattaché.  Pour chaque spécialité, le département doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dont la prestation est susceptible de répondre le mieux aux besoins de la population et assurer la mise en place et l’application de la décision de Santé Québec relative à cette organisation.  Il formule toute recommandation qu’il estime propre à l’atteinte du but visé à l’article 346. |  |  |  |
| 388. Le département territorial de médecine spécialisée doit fixer des objectifs permettant de mesurer la mise en œuvre de l’organisation des services médicaux spécialisés qu’il élabore. Il mesure l’atteinte de ces objectifs. |  |  |  |
| 389. Le département territorial de médecine spécialisée, outre les autres fonctions que lui confère la présente loi, exerce les fonctions suivantes :  1° donner son avis sur tout projet concernant la prestation de services médicaux spécialisés et sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés en conformité avec l’organisation territoriale des services médicaux spécialisés;  2° faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières visées à l’article 403 et assurer la mise en place de la décision de Santé Québec relative à cette liste;  3° donner son avis sur certains projets relatifs à l’utilisation de médicaments;  4° réaliser toute autre fonction relative à la médecine spécialisée que lui confie le président et chef de la direction de Santé Québec ou le président- directeur général ou le directeur médical de l’établissement auquel le département est rattaché. |  |  |  |
| 390. Le comité de direction du département territorial de médecine spécialisée est formé des membres suivants : 1° le directeur médical de médecine spécialisée;  2° deux médecins élus par et parmi les médecins membres du département;  3° deux à neuf médecins membres du département, selon le nombre fixé conformément à l’article 391, nommés par les deux médecins visés au paragraphe 2°; 4° le président-directeur général et le directeur médical de l’établissement auquel est rattaché le département.  Lorsqu’il y a une faculté de médecine sur le territoire du département, le comité de direction doit de plus comprendre un membre nommé par le doyen de cette faculté ainsi qu’un résident en médecine à titre d’observateur. |  |  |  |
| 391. Les règles s’ajoutant à celles de l’article 390 relativement à la composition du comité de direction du département territorial de médecine spécialisée, les modalités d’élection ou de nomination des membres visés aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa de cet article et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement adopté par les médecins membres du département réunis en assemblée générale convoquée à cette fin.  Les règles relatives à la composition du comité de direction que prévoit ce règlement doivent assurer une représentation équitable des domaines cliniques dans lesquels exercent les médecins spécialistes membres du département ainsi que des parties du territoire du département. |  |  |  |
| 392. Le gouvernement détermine chaque année le nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale post- doctorale. Ce nombre comprend :  1° les postes de stages de formation en médecine familiale;  2° les autres postes de stages de formation requis pour l’une ou l’autre des spécialités reconnues dans un règlement pris en application de la Loi médicale (chapitre M‐ 9).  Le gouvernement peut, en vue de favoriser une répartition rationnelle des ressources médicales entre les régions, autoriser chaque année certains des postes prévus au paragraphe 2° du premier alinéa, à la condition que les stagiaires acceptent de signer un engagement, assorti d’une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période maximale de quatre ans dans la région ou pour l’établissement que le ministre détermine. Ces postes ne peuvent excéder 25 % du nombre de postes qui, parmi l’ensemble des postes prévus au paragraphe 2° du premier alinéa, sont destinés à de nouveaux stagiaires.  Lorsqu’un poste visé au deuxième alinéa n’est pas comblé, il devient automatiquement un poste de stagiaire en formation de médecine familiale sans être assorti d’un engagement à pratiquer dans une région ou pour un établissement déterminé.  Le gouvernement peut en outre, s’il le juge opportun, autoriser certains postes supplémentaires de stagiaires dans les programmes de formation médicale post- doctorale destinés aux étudiants diplômés d’une université ou école située hors du Canada et des États-Unis à la condition que les stagiaires acceptent de signer un engagement, assorti d’une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période de quatre ans dans la région ou pour l’établissement que le ministre détermine.  Le nombre de postes visé au deuxième alinéa est déterminé après consultation par le ministre du Collège des médecins du Québec, des universités du Québec ayant une faculté de médecine et de Santé Québec. | 503. Le gouvernement détermine chaque année le nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale post-doctorale. Ce nombre comprend:  1° les postes de stages de formation en omnipratique ou en médecine de famille;  2° les autres postes de stages de formation requis pour l’une ou l’autre des spécialités reconnues dans un règlement pris en application de la Loi médicale (chapitre M‐9).  Le gouvernement peut, en vue de favoriser une répartition rationnelle des ressources médicales entre les régions, autoriser chaque année certains des postes prévus au paragraphe 2° du premier alinéa, à la condition que les stagiaires acceptent de signer un engagement, assorti d’une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période maximale de quatre ans dans la région ou pour l’établissement que le ministre détermine. Ces postes ne peuvent excéder 25% du nombre de postes qui, parmi l’ensemble des postes prévus au paragraphe 2° du premier alinéa, sont destinés à de nouveaux stagiaires.  Lorsqu’un poste visé au deuxième alinéa n’est pas comblé, il devient automatiquement un poste de stagiaire en formation d’omnipratique ou de médecine de famille sans être assorti d’un engagement à pratiquer dans une région ou pour un établissement déterminé.  Le gouvernement peut en outre, s’il le juge opportun, autoriser certains postes supplémentaires de stagiaires dans les programmes de formation médicale post-doctorale destinés aux étudiants diplômés d’une université ou école située hors du Canada et des États-Unis à la condition que les stagiaires acceptent de signer un engagement, assorti d’une clause pénale le cas échéant, à pratiquer pour une période de quatre ans dans la région ou pour l’établissement que le ministre détermine.  Le nombre de postes visé au deuxième alinéa est déterminé après consultation par le ministre de l’Ordre professionnel des médecins du Québec, des universités du Québec ayant une faculté de médecine et des agences des régions où les stagiaires doivent pratiquer. |  |  |
| 393. Le gouvernement peut déterminer, chaque année, dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral, un nombre de places pour des étudiants de l’extérieur du Québec, à la condition que ces étudiants acceptent de signer, avant le début de leur formation, un engagement, assorti d’une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période maximale de quatre ans dans la région ou pour l’établissement déterminé par le ministre, s’ils exercent la médecine au Québec après l’obtention de leur permis d’exercice. | 504. Le gouvernement peut déterminer, à chaque année, dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral, un nombre de places pour des étudiants de l’extérieur du Québec, à la condition que ces étudiants acceptent de signer, avant le début de leur formation, un engagement, assorti d’une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période maximale de quatre ans dans la région ou pour l’établissement déterminé par le ministre, s’ils exercent la médecine au Québec après l’obtention de leur permis d’exercice. |  |  |
| 394. Tout médecin de famille qui désire adhérer à une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l’article 19 de la Loi sur l’assurance maladie doit, après avoir été autorisé par Santé Québec, s’engager à effectuer une partie de sa pratique dans des activités médicales particulières visées à l’article 395.  Une telle entente peut prévoir des modulations relatives à la nature des activités et au niveau de participation des médecins selon le nombre d’années de pratique. | 360. Tout médecin omnipraticien doit s’engager à effectuer une partie de sa pratique dans des activités médicales particulières visées à l’article 361 s’il désire adhérer à une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l’article 19 de la Loi sur l’assurance maladie (chapitre A-29).  361.2. Une entente visée à l’article 360 ou à l’article 361.1 peut prévoir des modulations relatives à la nature des activités et au niveau de participation des médecins selon le nombre d’années de pratique. |  |  |
| 395. Aux fins de l’application du premier alinéa de l’article 394, Santé Québec établit pour le territoire de chaque département territorial de médecine familiale visé à l’article 372, à partir des recommandations que peut lui faire le département, une liste d’activités médicales particulières. Cette liste précise les modalités d’exercice de chaque activité offerte, et ce, conformément aux modalités prévues par l’entente visée à cet alinéa.  La liste est soumise à l’approbation du ministre. | 361. Aux fins de l’application de l’article 360, l’agence établit, à partir des recommandations que peut lui faire le département régional de médecine générale, une liste d’activités médicales particulières. 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.  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° de façon prioritaire, la prestation de services médicaux dispensés au département clinique de médecine d’urgence des établissements pour lesquels un tel département est mis en place;  2° la dispensation de soins aux usagers admis en soins de courte durée d’un établissement qui exploite un centre hospitalier;  3° la dispensation de services médicaux impliquant de la garde en disponibilité dans tout centre d’hébergement et de soins de longue durée ou centre de réadaptation exploité par un établissement ou dans le cadre d’un programme de soutien à domicile d’un centre local de services communautaires exploité par un établissement;  4° la dispensation de services médicaux en obstétrique dans un centre exploité par un établissement;  5° la dispensation de soins ou de services de première ligne auprès de clientèles vulnérables, que ce soit à domicile, en cabinet privé ou dans tout centre exploité par un établissement;  6° la participation à toute autre activité prioritaire déterminée par l’agence et approuvée par le ministre, dans la mesure et aux conditions fixées par ce dernier. |  |  |
| 396. Le médecin adresse sa demande d’autorisation à Santé Québec qui lui transmet une liste d’activités médicales particulières parmi lesquelles il doit effectuer un choix. | 362. Le médecin adresse sa demande à l’agence qui lui transmet une liste d’activités médicales particulières parmi lesquelles il doit effectuer un choix. |  |  |
| 397. Santé Québec autorise le médecin à adhérer à l’entente visée à l’article 394 s’il s’engage par écrit à exercer l’une des activités médicales particulières prévues à la liste visée à l’article 395.  Pour autoriser un médecin à adhérer à l’entente visée à l’article 394, Santé Québec doit tenir compte du nombre de médecins autorisé aux plans des effectifs médicaux de ses établissements. | 363. L’agence 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.  Pour autoriser un médecin à adhérer à l’entente visée à l’article 360, l’agence doit tenir compte du nombre de médecins autorisé à son plan des effectifs médicaux. |  |  |
| 398. Tant que le médecin respecte l’engagement qu’il a pris conformément à l’article 397 et jusqu’à ce qu’il en soit libéré selon les modalités prévues par l’entente visée à l’article 394, le médecin demeure visé par cette 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. |  |  |
| 399. Santé Québec peut, de façon périodique et conformément aux modalités prévues par l’entente, procéder à la révision de l’engagement d’un médecin pris conformément à l’article 397. | 364.1. L’agence peut, de façon périodique et conformément aux modalités prévues à l’entente, procéder à la révision de l’engagement d’un médecin pris conformément à l’article 363.  Toutefois, en cas de pénurie grave des services médicaux visés au paragraphe 1° du deuxième alinéa de l’article 361, une agence peut, aux fins d’assurer la disponibilité de ces services, procéder conformément aux modalités prévues à l’entente, après consultation du département régional de médecine générale et sur préavis de 60 jours, à la révision de l’engagement d’un médecin qui n’exerce que des activités visées aux paragraphes 5° ou 6° du deuxième alinéa de cet article. |  |  |
| 400. Si, de l’avis de Santé Québec, un médecin cesse de respecter l’engagement qu’il a pris conformément à l’article 397, Santé Québec révoque l’adhésion et en informe le médecin, le département territorial de médecine familiale et la Régie de l’assurance maladie du Québec. Santé Québec doit donner au médecin l’occasion de présenter ses observations. | 365. Si, de l’avis de l’agence, un médecin cesse de respecter l’engagement qu’il a pris conformément à l’article 363, l’agence révoque l’adhésion et en informe le médecin, le département régional de médecine générale et la Régie de l’assurance maladie du Québec. L’agence doit donner au médecin l’occasion de présenter ses observations. |  |  |
| 401. 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 par l’entente visée à l’article 394. | 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. |  |  |
| 402. Tout médecin spécialiste qui n’a pas de privilège dans un établissement qui exploite un centre hospitalier et dont la spécialité est visée par une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l’article 19 de la Loi sur l’assurance maladie doit effectuer une Partie de sa pratique dans les activités médicales particulières visées à l’article 403 s’il désire adhérer à une telle entente.  L’entente peut prévoir des modulations relatives à la nature des activités et au niveau de participation des médecins selon le nombre d’années de pratique. | 361.1. Tout médecin spécialiste qui n’a pas de privilège dans un établissement qui exploite un centre hospitalier et dont la spécialité est visée dans une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l’article 19 de la Loi sur l’assurance maladie (chapitre A‐29) doit effectuer une partie de sa pratique dans les activités médicales particulières visées au deuxième alinéa, s’il désire adhérer à une telle entente.  Aux fins de l’application du premier alinéa, l’agence établit une liste d’activités médicales particulières, laquelle précise également les modalités d’exercice de chaque activité offerte et ce, conformément aux modalités prévues à l’entente visée au premier alinéa.  361.2. Une entente visée à l’article 360 ou à l’article 361.1 peut prévoir des modulations relatives à la nature des activités et au niveau de participation des médecins selon le nombre d’années de pratique. |  |  |
| 403. Aux fins de l’application du premier alinéa de l’article 402, Santé Québec établit pour le territoire de chaque département territorial de médecine spécialisée visé à l’article 372, à partir des recommandations que peut lui faire le département, une liste d’activités médicales particulières. Cette liste précise les modalités d’exercice de chaque activité offerte, et ce, conformément aux modalités prévues par l’entente visée à cet alinéa.  La liste est soumise à l’approbation du ministre. | 361.1. Tout médecin spécialiste qui n’a pas de privilège dans un établissement qui exploite un centre hospitalier et dont la spécialité est visée dans une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l’article 19 de la Loi sur l’assurance maladie (chapitre A‐29) doit effectuer une partie de sa pratique dans les activités médicales particulières visées au deuxième alinéa, s’il désire adhérer à une telle entente.  Aux fins de l’application du premier alinéa, l’agence établit une liste d’activités médicales particulières, laquelle précise également les modalités d’exercice de chaque activité offerte et ce, conformément aux modalités prévues à l’entente visée au premier alinéa. |  |  |
| 404. Les dispositions des articles 396 à 401 s’appliquent, avec les adaptations nécessaires, dans le cas des médecins spécialistes visés à l’article 402. |  |  |  |
| 405. Santé Québec doit établir le plan territorial des effectifs médicaux de chaque territoire d’un département visé à l’article 373 à partir des plans des effectifs médicaux et dentaires qui ont été soumis au président et chef de la direction conformément à l’article 195, du nombre de médecins requis pour accomplir les activités médicales particulières prévues aux articles 395 et 402 et du nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes, par spécialité, qui reçoivent une rémunération de la Régie de l’assurance maladie du Québec et qui pratiquent sur ce territoire même à l’extérieur d’un établissement.  Dans l’établissement d’un plan territorial des effectifs médicaux, Santé Québec doit tenir compte des activités médicales des médecins qui pratiquent sur le territoire et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l’assurance maladie du Québec. Elle doit également consulter l’instance visée à chacun des paragraphes suivants sur la Partie du plan qui y est prévue :  1° le département territorial de médecine familiale sur la Partie relative aux médecins de famille;  2° le département territorial de médecine spécialisée sur la Partie relative aux médecins spécialistes.  Un département territorial peut formuler les recommandations qu’il estime appropriées à l’égard de la Partie du plan sur laquelle il a été consulté. | 377. L’agence 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 centre médical spécialisé ou dans un cabinet privé de professionnel.  Dans l’élaboration de son plan régional, l’agence 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, l’agence doit également considérer les recommandations de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, obtenues de la manière prévue au paragraphe  1° du premier alinéa de l’article 417.11, 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.  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.  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. |  |  |
| 406. Le plan territorial des effectifs médicaux établi par Santé Québec est soumis au ministre qui l’approuve avec ou sans modification; les plans des effectifs médicaux et dentaires établis par les établissements de cette région y sont joints.  L’ensemble du plan territorial des effectifs médicaux ainsi approuvé doit, conformément à l’article 405, être établi de nouveau au moins tous les trois ans et chaque fois que le demande le ministre. Le plan approuvé continue d’avoir effet tant que le ministre n’a pas approuvé le nouveau plan.  Le ministre peut établir le plan territorial des effectifs médicaux à défaut par Santé Québec de l’établir dans le délai qu’il lui indique. | 377. L’agence 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 centre médical spécialisé ou dans un cabinet privé de professionnel.  Dans l’élaboration de son plan régional, l’agence 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, l’agence doit également considérer les recommandations de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, obtenues de la manière prévue au paragraphe 1° du premier alinéa de l’article 417.11, 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.  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.  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. |  |  |
| 407. Le ministre peut transmettre des directives à Santé Québec concernant l’établissement de tout plan territorial des effectifs médicaux. Ces directives peuvent notamment prévoir des objectifs de croissance ou de décroissance et un nombre de postes qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d’autres régions.  Ces directives lient Santé Québec. |  | 55.1. En plus des éléments prévus aux articles 184 et 186 de cette loi, la partie d’un plan d’organisation élaboré en application de l’un de ces articles doit prévoir une répartition du nombre de médecins omnipraticiens et, le cas échéant, de médecins spécialistes pour chacune des installations maintenues par l’établissement ou par groupement d’installations déterminé selon le territoire que le ministre indique.  Le ministre peut également transmettre des directives à un établissement concernant l’élaboration de son plan d’organisation. Ces directives peuvent notamment prévoir les modalités de répartition des médecins entre les installations ainsi que celles applicables pour en déterminer le nombre, lesquelles peuvent varier selon qu’il s’agisse d’un médecin omnipraticien ou d’un médecin spécialiste.  Le ministre peut, pour l’application du plan de répartition des médecins de famille en première ligne élaboré en application du deuxième alinéa de l’article 91, modifier un plan des effectifs médicaux et dentaires qu’il a autorisé. Il peut également, lorsqu’il estime que des circonstances exceptionnelles le justifient et dans les conditions qu’il fixe, permettre à un établissement de déroger à ce plan. |  |
| 408. Afin d’assurer le respect des plans territoriaux des effectifs médicaux :  1° tout médecin de la région qui reçoit une rémunération de la Régie de l’assurance maladie du Québec et qui exerce en cabinet privé de professionnel est lié par une entente conclue en application du septième alinéa de l’article 19 de la Loi sur l’assurance maladie;  2° les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée en assurent la mise en place et l’application ainsi que l’évaluation de l’atteinte des objectifs qui y sont relatifs.  Pour l’application de la présente loi, on entend par « cabinet privé de professionnel » l’entreprise au sein de laquelle un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à Titre privé et à leur seul compte, sans fournir à leur clientèle, directement ou indirectement, des services d’hébergement et sans lui offrir des traitements médicaux spécialisés. | 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 (chapitre A‐29). |  |  |
| 409. Le président et chef de la direction de Santé Québec approuve les plans d’effectifs médicaux et dentaires qui lui ont été soumis conformément à l’article 195 par les établissements d’une région sociosanitaire une fois que tout plan territorial des effectifs médicaux concernant cette région a été approuvé par le ministre.  Santé Québec transmet au ministre, sur demande, chaque plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé par le président et chef de la direction. | 378. L’agence 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.  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.  L’agence transmet au ministre sur demande chaque partie de plan d’organisation qu’elle a approuvée. |  |  |
| 410. L’autorisation de procéder à la nomination d’un médecin en dérogation au plan des effectifs médicaux et dentaires donnée par le président et chef de la direction en vertu du paragraphe 2° du premier alinéa de l’article 208 emporte l’autorisation de déroger au plan territorial des effectifs médicaux applicable. |  |  |  |
| 411. Santé Québec élabore annuellement un plan de répartition des médecins de famille en première ligne pour chaque région sociosanitaire. Ce plan identifie les différents territoires d’une région où il est prioritaire de combler des besoins en médecine familiale de première ligne ainsi que le niveau de ces besoins.  Santé Québec peut, en cours d’année, modifier ce plan.  Le ministre peut, pour l’application de ce plan, autoriser Santé Québec à modifier un plan territorial des effectifs médicaux qu’il a approuvé ou à modifier le plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé d’un établissement. Il peut également, lorsqu’il estime que des circonstances exceptionnelles le justifient et dans les conditions qu’il fixe, permettre à un établissement de déroger à ce dernier plan. |  | 91. Le ministre exerce les fonctions d’une agence prévues aux articles 376 et 377 de cette loi.  Dans le cadre des fonctions prévues à l’article 377, le ministre élabore annuellement un plan de répartition des médecins de famille en première ligne. Ce plan identifie les différents territoires d’une région où il est prioritaire de combler des besoins en médecine de famille de première ligne ainsi que le niveau de ces besoins.  Le ministre peut, en cours d’année, modifier ce plan.  55.1. En plus des éléments prévus aux articles 184 et 186 de cette loi, la partie d’un plan d’organisation élaboré en application de l’un de ces articles doit prévoir une répartition du nombre de médecins omnipraticiens et, le cas échéant, de médecins spécialistes pour chacune des installations maintenues par l’établissement ou par groupement d’installations déterminé selon le territoire que le ministre indique.  Le ministre peut également transmettre des directives à un établissement concernant l’élaboration de son plan d’organisation. Ces directives peuvent notamment prévoir les modalités de répartition des médecins entre les installations ainsi que celles applicables pour en déterminer le nombre, lesquelles peuvent varier selon qu’il s’agisse d’un médecin omnipraticien ou d’un médecin spécialiste.  Le ministre peut, pour l’application du plan de répartition des médecins de famille en première ligne élaboré en application du deuxième alinéa de l’article 91, modifier un plan des effectifs médicaux et dentaires qu’il a autorisé. Il peut également, lorsqu’il estime que des circonstances exceptionnelles le justifient et dans les conditions qu’il fixe, permettre à un établissement de déroger à ce plan. |  |
| 412. Santé Québec peut, si elle estime que les besoins d’une région sociosanitaire le justifient, conclure avec un établissement privé une convention à l’une ou l’autre des fins suivantes :  1° le rémunérer, pour les services de santé ou pour les services sociaux qu’il fournit conformément à la convention, à un taux forfaitaire que le gouvernement fixe pour l’ensemble de services visé à l’article 3 auquel les services fournis correspondent;  2° lui rembourser tout ou partie des dépenses qu’il fait et qui sont admissibles à l’octroi de subventions conformément aux règles budgétaires particulières visées aux deuxième alinéa de l’article 89.  Les conditions et modalités de financement prévues par une convention conclue en application du premier alinéa sont subordonnées au respect des dispositions de l’article 413. Il en est de même dans le cas du renouvellement d’une telle convention.  En cas de mésentente entre Santé Québec et un établissement privé quant à la détermination des conditions ou des modalités de financement applicables en vertu de la convention ou lors de tout renouvellement de celle-ci, Santé Québec peut, six mois après le début des discussions, demander au ministre de déterminer ces conditions et modalités. | 475. Une agence peut, si elle estime que les besoins de sa région le justifient, conclure avec un établissement privé une convention à l’une ou l’autre des fins suivantes:  1° le rémunérer, pour les services de santé et les services sociaux qu’il dispense conformément à la convention, à un taux forfaitaire que le gouvernement fixe pour toute catégorie de centres ou de services qu’il désigne;  2° lui rembourser tout ou partie des dépenses qu’il fait et qui sont admissibles à l’allocation de subventions conformément aux règles budgétaires visées à l’article 465.  Les conditions et modalités de financement prévues dans une convention conclue en application du premier alinéa sont subordonnées au respect des dispositions de l’article 476. Il en est de même dans le cas du renouvellement d’une telle convention.  En cas de mésentente entre une agence et un établissement privé quant à la détermination des conditions ou modalités de financement applicables en vertu de la convention ou lors de tout renouvellement de celle-ci, l’agence peut, six mois après le début des discussions, demander au ministre de déterminer ces conditions et modalités. |  |  |
| 413. Le ministre détermine, avec l’approbation du Conseil du trésor, les modalités générales relatives au financement des activités des établissements privés et qui sont applicables, sous réserve d’exceptions prévues par le ministre, à l’ensemble des conventions de financement conclues en application du paragraphe 2° du premier alinéa de l’article 412.  Le ministre détermine de la même manière le contenu minimal, la durée et, si nécessaire, la forme des conventions conclues en application de l’article 412. Le contenu de ces conventions peut varier selon les régions, la nature ou l’étendue des services fournis par les établissements de même mission ou les usagers desservis par ces derniers. | 476. Le ministre détermine, avec l’approbation du Conseil du trésor, les modalités générales relatives au financement des activités des établissements privés et qui sont applicables, sous réserve d’exceptions prévues par le ministre, à l’ensemble des conventions de financement conclues en application du paragraphe 2° du premier alinéa de l’article 475.  Le ministre détermine de la même manière le contenu minimum, la durée et, si nécessaire, la forme des conventions conclues en application de l’article 475. Le contenu de ces conventions peut varier selon les régions, la nature ou l’étendue des services dispensés par les établissements de même mission ou les usagers desservis par ces derniers. |  |  |
| 414. L’article 51 s’applique à un établissement privé conventionné avec les adaptations nécessaires. | 487.2. Le ministre peut, par règlement, déterminer les normes et barèmes qui doivent être suivis par les agences, les établissements publics et les établissements privés conventionnés pour:  1° la sélection, la nomination, l’engagement, la rémunération et les autres conditions de travail applicables aux hors-cadres, aux cadres supérieurs et intermédiaires;  2° la rémunération et les autres conditions de travail applicables aux autres membres du personnel, compte tenu des conventions collectives en vigueur.  Le ministre peut établir par règlement, pour les personnes visées aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa qui ne sont pas régies par une convention collective, une procédure de recours dans les cas de congédiement, de résiliation d’engagement ou de non-rengagement, autres que ceux résultant d’une déchéance de charge, ainsi que les cas de suspension sans solde ou de rétrogradation. Ce règlement peut en outre prescrire une procédure de règlement des mésententes relatives à l’interprétation et à l’application des conditions de travail qu’il établit. Enfin, ce règlement peut prévoir le mode de désignation d’un arbitre, auquel s’appliquent les articles 100.1 et 139 à 140 du Code du travail (chapitre C‐27), et les mesures que ce dernier peut prendre après l’audition des parties.  Un règlement pris en vertu du présent article doit être autorisé par le Conseil du trésor. Celui-ci peut limiter l’obligation d’obtenir une autorisation aux matières qu’il juge d’intérêt gouvernemental. Il peut également assortir une autorisation de conditions. |  |  |
| 415. L’établissement privé conventionné ne peut, sans avoir obtenu l’autorisation préalable de Santé Québec : 1° acquérir, aliéner ou hypothéquer un immeuble;  2° construire, agrandir, aménager, transformer, démolir, reconstruire ou procéder à des réparations majeures de ses immeubles, sauf lorsque le coût total estimé du projet est inférieur aux montants déterminés par règlement du gouvernement et qu’aucun emprunt pour le financement n’est nécessaire.  3° consentir un démembrement du droit de propriété;  4° louer un immeuble;  5° louer ses immeubles à un tiers, les lui prêter ou autrement lui en permettre l’utilisation, pour une période excédant un an;  6° louer ses installations à un professionnel non participant au sens de la Loi sur l’assurance maladie ou autrement lui en permettre l’utilisation pour qu’il y fournisse des services médicaux.  L’établissement doit également avoir obtenu l’autorisation préalable du Conseil du trésor dans les cas prévus aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa. | 260. Un établissement public ne peut, sans avoir obtenu l’avis de l’agence 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’empiétement 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 empiétement 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.  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.  263. Un établissement public ou un établissement privé conventionné ne peut, sans avoir obtenu l’autorisation préalable de l’agence:  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° du premier alinéa 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. |  |  |
| 416. Le Conseil du trésor peut, aux conditions et dans la mesure qu’il détermine, déléguer à Santé Québec tout ou partie des pouvoirs qui lui sont accordés à l’article 415.  L’acte de délégation est publié à la Gazette officielle du Québec et entre en vigueur le 15e jour qui suit la date de cette publication. | 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.  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. |  |  |
| 417. Les dispositions de l’article 415 ne s’appliquent pas pour la réalisation de travaux de maintien d’actifs, peu importe le montant estimé de ces travaux et la source de leur financement.  On entend par « travaux de maintien d’actifs » l’ensemble des travaux requis aux fins d’assurer la sécurité des personnes et des biens, de contrer la vétusté des immeubles et d’assurer leur conservation. | 263.1. Les dispositions des articles 260 et 263 ne s’appliquent pas pour la réalisation de travaux de maintien d’actifs, peu importe le montant estimé de ces travaux et la source de leur financement.  On entend par « travaux de maintien d’actifs » l’ensemble des travaux requis aux fins d’assurer la sécurité des personnes et des biens, de contrer la vétusté des immeubles et d’assurer leur conservation. |  |  |
| 418. Est nul, de nullité absolue, tout contrat fait par l’établissement privé conventionné sans l’autorisation préalable du Conseil du trésor ou de Santé Québec, chaque fois que cette autorisation est requise par la présente loi.  Tout contrat doit de plus, sous peine de nullité, être fait conformément aux normes, aux conditions et selon la procédure prévue par règlement de Santé Québec. Une demande en nullité d’un contrat fait par l’établissement contrairement au présent article peut être introduite par Santé Québec ou par toute personne intéressée. | 264. Est nul, de nullité absolue, tout contrat fait par un établissement sans l’autorisation préalable du Conseil du trésor, du ministre ou de l’agence, chaque fois que cette autorisation est requise par la présente loi.  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 ou, selon le cas, conformément à la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1).  L’action en nullité d’un contrat fait par un établissement contrairement au présent article peut être intentée par le ministre, par l’agence 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. |  |  |
| 419. Malgré l’article 315, l’établissement privé conventionné ne peut, sans avoir obtenu l’autorisation préalable de Santé Québec, accepter des dons, des legs, des subventions ou d’autres contributions versés sous condition d’exécuter un projet dans l’une des situations suivantes :  1° lorsque l’aide vise le financement d’un projet dont la réalisation nécessite l’autorisation préalable du Conseil du trésor, du ministre ou de Santé Québec;  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;  L’autorisation préalable de Santé Québec prévue au premier alinéa n’est pas nécessaire si la contribution versée provient du gouvernement du Québec, d’un ministère ou d’un organisme dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu. Dans ce cas, le gouvernement, le ministère ou l’organisme concerné doit en aviser Santé Québec.  Dans la situation visée au paragraphe 2° du premier alinéa, Santé Québec n’accorde l’autorisation préalable que si l’établissement privé conventionné démontre que les coûts supplémentaires peuvent être supportés sans requérir d’ajustement budgétaire ou de subvention particulière de la part de Santé Québec. | 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.  Il ne peut cependant, sans l’autorisation préalable de l’agence, 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 l’agence.  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, l’agence 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 l’agence ou du ministre. |  |  |
| 420. Afin d’assurer l’uniformité de la gestion administrative et financière des établissements privés conventionnés, Santé Québec publie et tient à jour un manuel de gestion financière. | 477. Afin d’assurer l’uniformité de la gestion administrative et financière des établissements publics et privés conventionnés et des agences, le ministre publie et tient à jour un manuel de gestion financière. |  |  |
| 421. Avant le 1er avril de chaque année, Santé Québec transmet à chacun des établissements privés conventionnés son budget de fonctionnement pour l’exercice suivant. Ce budget est établi sur la base de la convention de financement que l’établissement a conclue en vertu du premier alinéa de l’article 412 avec Santé Québec, suivant les conditions et modalités qui y sont prévues, le cas échéant.  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 précédent est reconduit au début de chaque trimestre de l’exercice jusqu’à ce qu’il soit remplacé par le budget de l’exercice visé. | 299. Avant le 1er avril de chaque année, l’agence 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 l’agence, suivant les conditions et modalités qui y sont prévues, le cas échéant.  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. |  |  |
| 422. L’exercice d’un établissement privé conventionné se termine le 31 mars de chaque année. | 298. L’exercice financier d’un établissement privé conventionné se termine le 31 mars de chaque année. |  |  |
| 423. Un établissement privé conventionné transmet à Santé Québec, dans la forme et selon la périodicité que celle-ci détermine :  1° les rapports, nécessaires à l’application des dispositions de la convention de financement conclue avec Santé Québec, 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. Ces rapports doivent contenir tout renseignement requis par Santé Québec. | 288. L’établissement transmet à l’agence, 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.  Ces rapports doivent contenir tout renseignement requis par l’agence ou par le ministre.  L’agence fournit une copie de ces rapports au ministre à sa demande. |  |  |
| 424. Les livres et les comptes de l’établissement privé conventionné sont vérifiés chaque année par un auditeur. | 289. Les livres et comptes de l’établissement sont vérifiés chaque année par un vérificateur. |  |  |
| 425. Avant le 30 septembre de chaque année, le conseil d’administration de l’établissement privé conventionné ou, si l’établissement n’est pas une personne morale, le titulaire de l’autorisation nomme un auditeur pour l’exercice en cours.  L’établissement doit avoir recours, au moins tous les quatre ans et chaque fois qu’il veut retenir les services d’un nouveau cabinet d’auditeurs, à une procédure d’appel d’offres visant l’obtention d’une prestation de services qui soit du meilleur rapport qualité-coût. | 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. |  |  |
| 426. Si la charge de l’auditeur devient vacante avant l’expiration de son mandat, le conseil d’administration de l’établissement privé conventionné ou, si l’établissement n’est pas une personne morale, le titulaire de l’autorisation doit combler cette vacance à la première séance qui suit. | 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. |  |  |
| 427. Pour l’exercice de ses fonctions, l’auditeur a accès à tous les livres, registres, comptes et autres écritures comptables de l’établissement privé conventionné ainsi qu’aux pièces justificatives; toute personne en ayant la garde doit lui en faciliter l’examen.  Il peut aussi exiger des membres du conseil d’administration de l’établissement, de ses dirigeants, de ses employés et d’autres représentants de cet établissement, les renseignements, les explications et les documents nécessaires à l’accomplissement de son mandat. | 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.  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. |  |  |
| 428. L’auditeur doit, pour l’exercice pour lequel il a été nommé, vérifier le rapport financier de l’établissement privé conventionné et procéder à l’exécution des autres éléments de son mandat, notamment ceux que le gouvernement peut déterminer par règlement et, le cas échéant, ceux que détermine l’établissement ou Santé Québec. | 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° du premier alinéa de l’article 505 et, le cas échéant, ceux que détermine l’établissement, l’agence ou le ministre. |  |  |
| 429. L’auditeur remet son rapport d’audit au conseil d’administration de l’établissement ou, si l’établissement n’est pas une personne morale, au titulaire de l’autorisation. | 294. Le vérificateur remet son rapport de vérification au conseil d’administration de l’établissement. |  |  |
| 430. L’établissement doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, transmettre à Santé Québec son rapport financier annuel pour l’exercice écoulé. Ce rapport doit être préparé dans la forme déterminée par Santé Québec et comporter les états financiers de l’établissement, le rapport d’audit visé à l’article 429 et tout autre renseignement requis par Santé Québec. | 295. L’établissement doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, transmettre à l’agence 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 l’agence ou par le ministre.  L’établissement doit publier son rapport financier annuel sur son site Internet dans un délai de 30 jours suivant son adoption par le conseil d’administration, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu’il contient. |  |  |
| 431. Santé Québec peut, conformément à un programme d’aide financière élaboré et approuvé en vertu de l’article 92, octroyer, sur les sommes que lui alloue à cette fin le ministre, une subvention à l’un des organismes ou à l’un des regroupements suivants :  1° un organisme communautaire qui s’occupe de la défense des droits ou de la promotion des intérêts des utilisateurs des services des organismes communautaires ou de ceux des usagers;  2° un organisme communautaire qui s’occupe de la promotion du développement social, de l’amélioration des conditions de vie, de la prévention ou de la promotion de la santé;  3° un organisme communautaire qui offre des services de prévention, d’aide et de soutien, y compris des services d’hébergement temporaire;  4° un organisme communautaire qui exerce des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes;  5° un organisme communautaire auquel ont été confiées les fonctions prévues au premier alinéa de l’article 624;  6° un regroupement provincial d’organismes communautaires. | 336. Une agence 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;  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.  Une agence peut également subventionner un organisme communautaire qui s’occupe, au niveau de la région, de la promotion de la santé et du développement social.  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;  4° des regroupements provinciaux d’organismes communautaires.  Le ministre peut également subventionner un organisme communautaire à qui il a confié un mandat d’assistance et d’accompagnement en application du premier alinéa de l’article 76.6, pour l’exercice de ce mandat. |  |  |
| 432. Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent chapitre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches. | 335. Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches. |  |  |
| 433. Tout organisme communautaire ou tout regroupement provincial qui reçoit une subvention dans les cas visés à l’article 431 doit, dans les quatre mois suivant la fin de son année financière, transmettre le rapport de ses activités et son rapport financier à Santé Québec. | 338. Tout organisme communautaire ou tout regroupement provincial qui reçoit une subvention dans les cas visés aux articles 336 ou 337 doit, dans les trois mois suivant la fin de son année financière, transmettre le rapport de ses activités et son rapport financier à l’autorité de qui il a reçu une subvention. |  |  |
| 434. Les dispositions des articles 432 et 433 s’appliquent à toute subvention octroyée par le ministre à un organisme ou un regroupement visés à l’article 431.  Les rapports visés à l’article 433 sont alors transmis au ministre. |  |  |  |
| 435. Santé Québec peut accorder une allocation financière à un organisme communautaire afin de lui permettre d’obtenir auprès d’un établissement, par entente conclue en application des dispositions de l’article 446, tout ou partie des services de santé ou des services sociaux requis par la clientèle de l’organisme ou d’offrir certains de ces services. | 454. Afin de permettre à des personnes en perte d’autonomie de recevoir différents services de santé ou services sociaux, l’agence peut attribuer à une résidence privée d’hébergement ou à un établissement privé non conventionné qui exploite un centre d’hébergement et de soins de longue durée une allocation financière pouvant varier suivant la nature des services offerts.  L’agence peut également accorder une allocation financière à un organisme communautaire afin de lui permettre d’obtenir auprès d’un établissement, par entente conclue en application des dispositions de l’article 108.3, tout ou partie des services de santé ou des services sociaux requis par la clientèle de l’organisme ou d’offrir certains de ces services. |  |  |
| 436. Seule la personne titulaire d’un agrément délivré en vertu du présent chapitre peut recevoir une allocation financière visée à l’article 435. | 455. Seule la personne titulaire d’un agrément délivré en vertu du présent chapitre peut recevoir une allocation financière visée à l’article 454. |  |  |
| 437. Est admissible à l’agrément toute personne qui satisfait aux exigences déterminées par le ministre. | 456. Est admissible à l’agrément toute personne qui satisfait aux exigences déterminées par le ministre et qui en fait la demande sur la formule que ce dernier lui fournit. |  |  |
| 438. La personne qui sollicite un agrément doit transmettre sa demande à Santé Québec qui peut délivrer l’agrément si les exigences du ministre sont satisfaites.  Santé Québec peut délivrer l’agrément aux conditions et pour la clientèle qu’elle détermine. | 457. La personne qui sollicite un agrément doit transmettre sa demande à l’agence.  L’agence, après approbation, transmet la demande au ministre qui peut délivrer l’agrément aux conditions et, dans le cas d’un organisme visé au deuxième alinéa de l’article 454, pour la clientèle qu’il détermine. |  |  |
| 439. L’agrément délivré par Santé Québec demeure en vigueur tant que le titulaire se conforme à la présente loi et qu’il satisfait aux exigences déterminées par le ministre et aux conditions déterminées par Santé Québec.  Santé Québec peut toutefois délivrer un agrément pour une période déterminée ou à titre provisoire lorsqu’elle le juge nécessaire. | 458. L’agrément délivré par le ministre demeure en vigueur tant que le titulaire se conforme à la présente loi et qu’il satisfait aux exigences et aux conditions déterminées par le ministre.  Le ministre peut toutefois délivrer un agrément pour une période déterminée ou à titre provisoire lorsqu’il le juge nécessaire. |  |  |
| 440. Le titulaire d’un agrément doit, au préalable, informer par écrit Santé Québec de tout changement d’adresse, de toute aliénation d’actifs ou de toute opération ayant pour effet de le rendre non admissible à l’agrément. | 459. Le titulaire d’un agrément doit, au préalable, informer par écrit l’agence et le ministre de tout changement d’adresse de la résidence, du centre ou de l’organisme communautaire, de toute aliénation d’actifs ou d’actions ou de toute opération ayant pour effet de le rendre non admissible à l’agrément. |  |  |
| 441. Santé Québec peut annuler un agrément à la demande de son titulaire ou suspendre ou révoquer l’agrément si le titulaire ne satisfait plus aux exigences prévues par la présente loi, aux exigences déterminées par le ministre ou aux conditions déterminées par Santé Québec.  Santé Québec doit, avant de décider de la suspension ou de la révocation de l’agrément, notifier par écrit à l’organisme communautaire en cause le préavis prescrit par l’article 5 de la Loi sur la justice administrative et lui accorder un délai d’au moins 10 jours pour présenter ses observations | 460. Le ministre peut annuler un agrément à la demande de son titulaire ou suspendre ou révoquer l’agrément si le titulaire ne satisfait plus aux exigences prévues à la présente loi ou aux exigences et aux conditions déterminées par le ministre.  Le ministre doit, avant de décider de la suspension ou de la révocation de l’agrément, prendre l’avis de l’agence et notifier par écrit à la personne en cause le préavis prescrit par l’article 5 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J‐3) et lui accorder un délai d’au moins 10 jours pour présenter ses observations. |  |  |
| 442. Santé Québec doit notifier par écrit sa décision, en la motivant, au titulaire dont il suspend ou révoque l’agrément. | 461. Le ministre doit notifier par écrit sa décision, en la motivant, au titulaire dont il suspend ou révoque l’agrément. |  |  |
| 443. Un organisme communautaire visé à l’article 435 est tenu de rendre compte à Santé Québec de sa gestion selon les modalités et la périodicité qu’elle fixe. | 384. L’agence détermine suivant quelles modalités et quelle périodicité tout établissement public ou privé conventionné ou toute ressource privée visée à l’article 454 doit répondre aux questions qu’elle pose sur sa gestion.  L’agence 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. |  |  |
| 444. Nul ne peut utiliser le titre d’organisme agréé ou associer l’agrément à un organisme s’il n’est titulaire d’un agrément délivré en vertu du présent chapitre. | 462. Nul ne peut utiliser le titre de résidence agréée, d’établissement agréé ou d’organisme agréé ni associer l’agrément à une résidence, à un établissement ou à un autre organisme s’il n’est titulaire d’un agrément délivré en vertu de la présente loi. |  |  |