**Gouvernance clinique**

Le projet de loi établit la gouvernance clinique des établissements de Santé Québec et prévoit des règles concernant notamment le regroupement des professionnels au sein de conseils, la nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens, l’octroi de statuts et de privilèges et la discipline.

**Article 153 – Prise en compte des trajectoires hors établissement**

* prévoir que le conseil interdisciplinaire d’évaluation des trajectoires et de l’organisation clinique doit tenir compte des services offerts à l’extérieur de l’établissement, lorsqu’ils sont liés aux trajectoires au sein de l’établissement.

**Objectifs poursuivis :**

Cette modification vise à assurer une continuité des services offerts aux usagers pour des services en lien avec la trajectoire de l’établissement.

**Article 154 – Composition du conseil interdisciplinaire d’évaluation des trajectoires et de l’organisation clinique (et modifications de concordance aux articles 265, 266, 274 et 275)**

* clarifier la composition du conseil interdisciplinaire d’évaluation des trajectoires et de l’organisation cliniqueen précisant que ses membres sont issus des différents conseils prévus par le projet de loi, soit le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, le conseil des infirmières et infirmiers, le conseil multidisciplinaire des services de santé et le conseil multidisciplinaire des services sociaux.
* prévoir dans quelle mesure il est possible de déroger à la composition du conseil.

**Objectifs poursuivis :**

Cette modification vise à assurer une équité dans la représentation des membres des différentes conseils professionnels au sein du conseil interdisciplinaire. Elle permettrait à un établissement de déroger, moyennant approbation, à la composition recommandée du conseil interdisciplinaire lorsque cela est requis et justifié en raison de particularités propres à son établissement.

**Article 158 – Nomination du directeur médical**

* prévoir que le président-directeur général d’un établissement de Santé Québec nomme le directeur médical après avoir consulté le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes et, si l’établissement a une désignation universitaire, l’université affiliée à cet établissement.

**Articles 159, 177, 179 et 186 – Biochimistes cliniques**

**Article 159 :**

* prévoir que le système de garde doit assurer en permanence la disponibilité de biochimistes cliniques.

**Article 177 :**

L’article 176 du projet de loi prévoit la formation de département clinique. Or, aux paragraphes 1° et 2° du troisième alinéa de l’article 177 du projet de loi, la mention « clinique » a été omise dans le nom de deux départements.

* Le paragraphe 1° : corriger cette omission
* Le paragraphe 2° : préciser le service et le département clinique dont font partie les biochimistes cliniques.

**Article 179 :**

* indiquer que ces professionnels ne peuvent être le chef d’un département.

**Objectifs poursuivis :**

Cette modification est effectuée par concordance avec l’amendement apporté à l’article 177 du projet de loi qui précise que les biochimistes cliniques font partie du département clinique de médecine de laboratoire »

La raison s’explique par le fait que le département de médecine de laboratoire regroupe plusieurs services (microbiologie, biochimie, pathologie, etc.) au sein desquels la majorité œuvrent en tant que médecins.

**Article 186 :**

* préciser qu’un biochimiste peut être chef du service de laboratoire dans le domaine de la biochimie.

**Objectifs poursuivis :**

Ces amendements sont proposés en réponse à certaines préoccupations soulevées par l’Association des biochimistes cliniques du Québec et certains établissements, afin de reconnaître l’importance du travail des biochimistes cliniques dans les services de biochimie, allant jusqu’à diriger les services de biochimie d’établissements comme cela est le cas actuellement dans certains laboratoires au Québec.

**Article 201 – Consultation du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes lors de la nomination d’un médecin, d’un dentiste ou d’un pharmacien**

* prévoir que le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes est également consulté avant la transmission de l’avis de réception d’une demande de nomination formulée par un médecin, un dentiste ou un pharmacien.

**Objectifs poursuivis :**

La modification apportée permettrait au conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes de présenter ses observations, dans le délai fixé par le directeur médical, sur les qualifications et la compétence du demandeur, sur les privilèges qui pourraient lui être accordés et sur les obligations qui pourraient être rattachées à la jouissance de ces privilèges.

Cet amendement répond à une préoccupation soulevée par l’Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec et par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

**Article 203.1 – Autorisation du président et chef de la direction de Santé Québec lors de la nomination d’un médecin ou d’un dentiste**

* prévoir l’autorisation du président et chef de la direction de Santé Québec pour la nomination d’un médecin ou d’un dentiste

**Objectifs poursuivis :**

Assurer la conformité au plan des effectifs médicaux des nominations de médecins ou de dentistes, puisqu’en cas de non-conformité le paragraphe 1° de l’article 207 du projet de loi prévoit que la nomination est frappée de nullité absolue.

**Article 239 – Contrat de service conclu avec une sage-femme (admissions et congés)**

* préciser l’étendue des droits que le contrat de services conclu avec une sage-femmes peut lui conférer. Ainsi, une sage-femme traitante pourrait admettre des usagers ou leur donner congé, un pouvoir que les dispositions du Règlement sur l’organisation et l’administration des établissements n’accordent qu’aux médecins et aux dentistes.

**Objectifs poursuivis :**

Lors des consultations particulières, l’autonomie et le niveau de responsabilité professionnelle des sages-femmes ont fait l’objet d’échanges avec les groupes les représentant et différentes propositions ont été formulées.

L’impossibilité pour les sages-femmes de procéder à l’admission d’usagers au sein d’un établissement de santé et de services sociaux a été relevé comme un enjeu limitant la continuité des soins.

L’accès à ce pouvoir permettrait aux sages-femmes traitantes de conserver la responsabilité clinique des soins des personnes nécessitant une hospitalisation sans toutefois recourir à un transfert de responsabilité non médicalement justifié.

L’amendement proposé vise à assurer une fluidité des services, à reconnaître la compétence et l’autonomie des sages-femmes et à prévoir une évolution de la pratique sage‑femme.

**Article 245 – Suspension du droit d’exercice des sages-femmes**

* prévoir que le président-directeur général, le directeur médical et le président du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes peuvent également, en cas d’urgence, suspendre le droit d’une sage‑femme d’exercer sa profession.
* indiquer que, lorsque le directeur médical ou le président du conseil des médecins dentistes, pharmaciens et sages-femmes suspend ce droit, il est également tenu d’en aviser le président-directeur général et de lui transmettre un rapport.

**Objectifs poursuivis :**

Cet ajout est en harmonie avec ce qui est prévu à la loi actuelle à l’égard des médecins, des dentistes et des pharmaciens. Pour ces professionnels, en cas d’urgence, ces personnes peuvent suspendre provisoirement, selon le cas, leurs privilèges et leurs statuts et non seulement le chef du département clinique. L’amendement vise donc à ce que les mêmes responsables puissent agir de la même façon pour tous les professionnels membres du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

**Article 254 – Clarifications apportées à la composition du conseil des infirmières et infirmiers d’un établissement**

* clarifier que les infirmières et les infirmiers auxiliaires font partie du conseil des infirmières et infirmiers de même que les infirmières praticiennes spécialisées.

**Objectifs poursuivis :**

Répondre à certaines préoccupations soulevées par l’Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec ainsi que par l’Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec.

**Articles 258, 259 et 261 à 263 – Comités du conseil des infirmières et infirmiers**

* modifier les dispositions portant sur les comités particuliers que peut former un conseil des infirmières et infirmiers afin de prévoir uniquement que le conseil des infirmières peut former divers comités.
* prévoir qu’un tel conseil peut former des comités d’infirmières et d’infirmiers auxiliaires ou d’infirmières praticiennes spécialisées ainsi que leur déléguer l’exercice de certaines fonctions.

**Articles 265 et 274 – Fonctions du directeur du personnel multidisciplinaire**

* ajouter aux fonctions du directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé et du directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux, celle d’assurer la distribution appropriée des services fournis par le personnel membre de leur conseil multidisciplinaire respectif.

**Articles 336 et 336.1 – Médicaments d’exception**

* indiquer que la demande pour l’utilisation d’un médicament pour un motif de nécessité médicale particulière doit être justifiée à la fois par son potentiel d’efficacité favorable et d’autres motifs.
* introduire une exception à l’interdiction pour le comité de pharmacologie d’accorder son autorisation pour l’utilisation d’un médicament pour un motif de nécessité médicale particulière dans le cas où l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a déjà refusé de reconnaître la valeur thérapeutique du médicament concerné pour l’indication thérapeutique faisant l’objet de la demande d’autorisation.
  + Une telle autorisation pourrait être accordée si la gravité de la condition particulière de l’usager est telle que la prise de ce médicament ne peut être retardée sans que cela n’entraîne, à brève échéance, des complications pouvant mener à une détérioration irréversible de sa condition ou à son décès, et ce, notamment compte tenu de la gravité de la condition de l’usager, de la vitesse de dégradation de sa condition ainsi que des délais dans lesquels il est prévisible d’envisager la disponibilité de nouvelles données permettant une réévaluation de la valeur thérapeutique par l’INESSS.

**Articles 372 et 386 – Organisation des départements territoriaux**

* permettre le rattachement d’un département territorial à plus d’un établissement public.
* introduire des règles particulières lorsque Santé Québec forme, dans une même région sociosanitaire, des départements territoriaux de médecine spécialisée. Elle doit alors procéder soit en subdivisant le territoire de la région, soit en répartissant des spécialités entre ces départements, soit de l’une et de l’autre façon.

**Objectifs poursuivis :**

Ces amendements permettraient une plus grande flexibilité, selon les particularités régionales, dans l’organisation des départements territoriaux de médecine spécialisée ainsi que le rattachement d’un département territorial à plus d’un établissement.

**Articles 374 et 374.1 – Comité paritaire**

* prévoir que la nomination du directeur médical de médecine familiale et du directeur médical de médecine spécialisée est effectuée par un comité paritaire.
* prévoir la composition de ce comité ainsi que ses fonctions : outre la nomination des directeurs des départements territoriaux, ce comité doit déterminer des critères selon lesquels ces directeurs seront nommés, évaluer annuellement l’exercice des fonctions de ceux-ci et formuler les recommandations qu’il estime nécessaire à cet effet.
* ajouter que les critères de nomination de ces directeurs doivent notamment assurer la nomination d’un médecin qui se qualifie à titre de personne indépendante.

**Articles 375 et 376 – Rôle du directeur médical de l’établissement**

* retirer les dispositions prévoyant que le directeur médical de médecine familiale et le directeur médical de médecine spécialisée agissent sous l’autorité du directeur médical de l’établissement et de modifier les fonctions de ce dernier en conséquence.
* retirer au directeur médical de l’établissement le rôle de coordination et de surveillance des activités du directeur médical de médecine familiale et du directeur médical de médecine spécialisée.
* remplacer cela en conférant plutôt au représentant de Santé Québec le rôle de s’assurer que les départements territoriaux assument leurs responsabilités.

**Articles 379, 380, 386.1 – Retrait de l’obligation, pour un médecin de famille, d’être membre d’un département pour recevoir une rémunération**

* prévoir le retrait de l’obligation, pour un médecin de famille, d’être membre d’un département territorial de médecine familiale pour recevoir une rémunération de la Régie de l’assurance maladie du Québec.
* modifier la composition des départements territoriaux de médecine de famille pour qu’ils soient composés de l’ensemble des médecins de famille qui reçoivent une rémunération de la Régie de l’assurance maladie du Québec et qui pratiquent sur le territoire, sans égard à leur rattachement, ou non, à un établissement.

**Objectifs poursuivis :**

En effectuant cette modification, la composition du département territorial de médecine de famille demeure la même que la composition des actuels départements régionaux de médecine générale.

Ce retrait est uniquement prévu pour les médecins de famille, les dispositions actuelles du projet de loi demeureraient applicables aux médecins spécialistes.

**Articles 382 et 388 – Rôle des départements territoriaux et reddition de comptes**

* préciser le rôle des départements dans la mobilisation des médecins membres du département.
* ajouter une obligation de reddition de comptes du département envers le représentant de Santé Québec en lien avec l’organisation des services de médecine familiale et des services médicaux spécialisés dispensés sur le territoire.

**Objectifs poursuivis :**

Ce changement rappelle que les départements territoriaux de médecine ont un rôle important à jouer dans l’organisation et l’offre de services médicaux du territoire, qu’ils exercent ce rôle sous l’autorité de ce représentant et, qu’à ce titre, ils ont un devoir de reddition de comptes quant au travail effectué.

**Articles 384 et 390 – Composition des comités de direction des départements territoriaux**

* revoir la composition des comités de direction des départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée pour y retirer le directeur médical et augmenter à trois plutôt que deux le nombre de médecins élus par et parmi les médecins membres du département.
* remplacer la présence du président-directeur général d’un établissement par celle d’un représentant de Santé Québec (considérant les changements proposés permettant le rattachement d’un département à plus d’un établissement).

**Objectifs poursuivis :**

Lorsque le département est rattaché à un seul établissement, alors ce représentant sera le président-directeur général de cet établissement. Lorsque le département est rattaché à plus d’un établissement, alors le représentant sera un dirigeant désigné par Santé Québec.

**Articles 391.1 à 391.6 – Comité territorial sur les services pharmaceutiques**

* introduire au projet de loi l’obligation de créer, pour chaque région sociosanitaire, au moins un comité territorial sur les services pharmaceutiques et détermine le territoire.
* prévoir la composition et les fonctions de ce comité (sa composition est inspirée, avec certaines adaptations, de celle de l’actuel comité régional sur les services pharmaceutiques).
* prévoir comment seront déterminées les modalités de désignation des membres d’un comité territorial sur les services pharmaceutiques et de son président, la durée de leur mandat ainsi que les règles de régie interne du comité.
* introduire une obligation d’évaluation du fonctionnement du comité territorial sur les services pharmaceutiques.
* réintroduire un comité sur les services pharmaceutiques permettant une concertation des pharmaciens qui œuvrent tant en établissements de santé que dans la communauté pour favoriser une accessibilité optimale sur le territoire.
* renforcer le rôle des comités à l’égard de la continuité des services pour favoriser une planification régionale de l’accès à certaines périodes de l’année (ex. : jours fériés) et pour éviter les ruptures d’accès momentanées.

**Objectifs poursuivis :**

Notamment, l’Ordre des pharmaciens du Québec et l’Association québécoise des pharmaciens propriétaires ont manifesté le souhait qu’un comité régional soit maintenu pour assurer une meilleure cohésion des services pharmaceutiques dans chacune des régions.

**Articles 392, 393 et 393.1 – Conditions de pratique futures des étudiants en médecine**

* prévoir le retrait de la possibilité pour le gouvernement d’autoriser certains postes de stages de formation postdoctorale conditionnellement à la signature d’un engagement assorti d’une clause pénale.
* prévoir que le gouvernement détermine, non seulement pour les étudiants de l’extérieur du Québec, mais aussi pour ceux du Québec, le nombre de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral.
* permettre que le gouvernement puisse, s’il le juge opportun, imposer un engagement assorti d’une clause pénale aux étudiants de l’extérieur du Québec.
* élargir et réintroduire l’obligation de consultation dans un article distinct, soit l’ajout de l’article 393.1 afin de déterminer les personnes qui seront consultées par le ministre préalablement à la détermination par le gouvernement du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale et du nombre de places pour des étudiants dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral.

**Objectifs poursuivis :**

Ces articles énoncent et encadrent les conditions de pratique futures des étudiants en médecine. Lors des consultations particulières, les fédérations étudiantes ont dénoncé leur désuétude et ont demandé que les mesures soient amendées.

**Article 395 – Réintroduction de la liste des activités médicales particulières**

* réintroduire la liste des activités médicales particulières actuellement prévue à l’article 361 de la LSSSS en y ajoutant la prise en charge de la clientèle vulnérable et en y faisant les modifications de forme nécessaires pour en assurer l’intégration harmonieuse au projet de loi.

**Article 406 – Plan territorial des effectifs médicaux**

* adapter le terme à l’expiration duquel une partie d’un plan territorial des effectifs médicaux doit être révisée, selon qu’elle porte sur les médecins de famille ou sur les médecins spécialistes.

**Objectifs poursuivis :**

Il est proposé que la partie du plan portant sur les médecins de famille soit établie de nouveau à chaque année et que celle portant sur les médecins spécialistes demeure à tous les trois ans. Les durées de formation différentes, et la prévisibilité différente qui en découle, expliquent que certaines parties du plan soient revues selon une cadence différente selon que l’on soit médecin de famille ou médecin spécialiste.

**Article 982 – Changements apportés à la Loi sur les services préhospitaliers d’urgence**

* introduire trois nouveaux articles à la Loi sur les services préhospitaliers d’urgence.
* prévoir que les règles de composition du conseil d’administration de deux centres de communication santé (CCS) reconnus en vertu de dispositions transitoires particulières prévues par la Loi sur les services préhospitaliers d’urgence diffèrent de celles prévues à l’articles 21. Cette différence s’explique par le fait que ces deux centres exercent également des fonctions de centre d’appel 911. Ces règles prévoient une représentation de Santé Québec et des membres du centre qui est proportionnelle aux revenus qu’ils apportent au centre.
* introduire une règle relative au quorum du conseil d’administration d’un CCS, d’une part, qu’il ne soit pas empêché d’agir si tous les membres de ce conseil ne peuvent être présents à une séance donnée et, d’autre part, que les membres présents à une séance représentent la formation du conseil.
* éviter toute impasse dans l’administration d’un CCS pouvant résulter d’un différend entre le conseil d’administration et l’assemblée des membres du centre par l’exercice des fonctions de l’assemblée des membres par le conseil d’administration. Cet article a pour objectif d’empêcher l’assemblée des membres de renverser les décisions du conseil d’administration considérant que dans les statuts et les règlements des CCS les membres de ces derniers sont majoritairement des entreprises ambulancières.

**Autres amendements proposés**

**Articles 67, 68 et 69 – Comité national des usagers**

* préciser la composition du comité national des usagers, restreindre ou retirer le pouvoir du conseil d’administration de nommer certains des membres de ce comité, et ce, à l’avantage des comités des usagers et de certains groupements.
* permettre que le mandat d’un membre du comité national des usagers soit inférieur à quatre ans, mais limite le nombre de fois où il peut être renouvelé consécutivement. Il prévoit enfin le maintien en fonction du membre à l’expiration de son mandat.
* remplacer l’article 68 du projet de loi par un nouvel article qui complète l’article 67 nouvellement introduit par amendement. Ce nouvel article 68 précise le contenu minimal des règles de fonctionnement du comité national des usagers que doit prévoir le règlement intérieur de Santé Québec, notamment en ce qui concerne les modalités permettant la désignation des membres de ce comité.
* revoir certains libellés à la lumière des travaux d’un groupe de travail représentant les usagers. Ainsi, le comité national des usagers aura un rôle axé davantage sur le soutien des comités des usagers plutôt que la surveillance de leurs activités.

**Articles 105 et 1069.2 à 1069.11 (apportant des amendements à la *Loi sur le vérificateur général*, chapitre V-5.01 pour les projets d’amendements aux articles 1069.2 et 1069.11) – Responsabilités du vérificateur général**

* prévoir que les livres et comptes de Santé Québec soient vérifiés par le vérificateur général uniquement et non par ce dernier conjointement avec un auditeur externe. Il s’agit d’une recommandation du vérificateur général dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi.
* prévoir que cette vérification puisse s’effectuer chaque fois que le gouvernement le décrète. Il s’agit d’une disposition usuelle dans le corpus législatif.
* introduire au projet de loi certains articles qui modifient la Loi sur le vérificateur général.

**Objectifs poursuivis :**

Ces modifications visent à étendre la compétence du vérificateur général en matière de vérification ou d’enquête (audits de performance) à l’égard de certains groupements qui répondent à certaines conditions [[1]](#footnote-2)[1]. Sont notamment visés, les groupements qui offrent des services du domaine de la santé et des services sociaux et ceux qui offrent des services préhospitaliers d’urgence.

* prévoir que le vérificateur général ne procède pas à une telle vérification dès lors que la part de ses revenus bruts provenant directement ou indirectement du fonds consolidé du revenu ou d’autres fonds administrés par un organisme public, un organisme du gouvernement ou un bénéficiaire de subvention mentionné au premier alinéa de l’article 30.1 est inférieur à 3 000 000 $ ou représente moins de la moitié de ses revenus bruts.
* préciser que, lorsque le vérificateur général confierait à un autre vérificateur la vérification des livres et comptes de Santé Québec, celle-ci assumera les frais et honoraires de ce vérificateur, lorsqu’ils sont liés à la vérification financière spécifiquement.

**Articles 107 et 107.1 – Composition des conseils d’établissement**

* modifier la composition du conseil d’établissement, notamment afin d’assurer la présence de personnes détenant une compétence ou une expertise particulière dans certains domaines.
* ajouter la présence de personnes représentant le personnel ainsi que d’autres personnes qui exercent leurs activités au sein de l’établissement et de représentants du milieu de l’enseignement et de la recherche.
* permettre la modification de la composition du conseil d’établissement d’un établissement territorial afin d’assurer une plus grande présence des représentants du milieu municipal.
* modifier la composition du conseil d’établissement d’un établissement autre que territorial. Dans ce cas, il est proposé que le conseil d’établissement comprenne des représentants des établissements territoriaux que dessert un établissement autre que territorial.
* préciser les modalités entourant la nomination de certains membres du conseil d’établissement.

**Objectifs poursuivis :**

Ces amendements sont proposés afin d’assurer une plus grande cohérence dans la composition des conseils d’établissement des différents types d’établissements, et une plus grande représentativité de certains milieux. La proposition répond à des revendications reçus de plusieurs acteurs et partenaires à la suite du dépôt du projet de loi, notamment des établissements eux-mêmes.

**Article 145 – Rendre obligatoire la formation de sous-comités des comités des usagers**

* remplacer l’expression « sous-comités » par une expression plus neutre, réduisant ainsi la perception d’une connotation négative par nos collaborateurs.
* prévoir que le règlement intérieur de Santé Québec doit porter sur la formation d’autres comités au sein du comités des usagers. Cette modification vise à s’assurer d’une plus grande représentativité des missions et des installations au sein des comités des usagers.

**Article 148 – Comités des usagers**

* préciser les règles entourant la durée et le renouvellement du mandat des membres des comités des usagers et des comités des résidents,
* ajouter que ceux-ci demeurent en fonction à l’expiration de leur mandat.

**Articles 282, 283, 284, 284.1, 284.2, 284.3, 292 et 445 – Établissements regroupés**

* prévoir que le ministre détermine, pour chaque établissement regroupé, à quel établissement de Santé Québec il est rattaché. Il vise également à ajouter certaines précisions quant aux types de services offerts et aux types de centres exploités par les établissements regroupés.

**Objectifs poursuivis :**

Les précisions apportées correspondent à la réalité actuelle pour ces établissements.

* préciser que le règlement intérieur ainsi que certains articles du projet de loi applicables aux établissements de Santé Québec sont applicables aux établissements regroupés. Ces articles visent la délégation de signature, le code d’éthique, les limites quant aux engagements financiers, les fondations et les comités d’usagers et de résidents.
* préciser, à l’égard de l’établissement regroupé, le rôle que joueront les différents intervenants de l’établissement de Santé Québec auquel il est rattaché. Ce rôle correspond à la pratique actuelle.
* préciser les adaptations nécessaires à la composition d’un conseil d’établissement pour tenir compte des fondations des établissements regroupés.
* reprendre la substance du troisième alinéa de l’article 5 de la Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l’abolition des agences régionales (chapitre, O-7.2), qui prévoit la mise en commun du budget, des états financiers et des actes administratifs de l’établissement regroupés avec ceux, selon le cas, de Santé Québec ou de l’établissement auquel l’établissement regroupé est rattaché.
* limiter la capacité de contracter des établissements regroupés En effet, à l’exception des contrats liés à la conservation, à l’administration et à la disposition de leurs immeubles et de ceux conclus avec Santé Québec, l’ensemble des contrats nécessaires au fonctionnement des établissements regroupés, qu’il s’agisse de contrat de travail, d’approvisionnement, de services, etc. devront être conclus par Santé Québec.
* apporter une précision considérant l’article 284 du projet de loi qui prévoit que le personnel d’un établissement regroupé est fourni par l’établissement auquel il est rattaché.

**Objectifs poursuivis :**

Les établissements regroupés n’ayant pas leurs propres ressources humaines, cette finalité n’est pas applicable à ce contexte, il est opportun de clarifier le texte.

* ajouter la possibilité, pour Santé Québec, de conclure une entente visant la fourniture de services de santé ou de services sociaux non pas uniquement pour le compte de l’un de ses établissements, mais également pour le compte d’un établissement regroupé.

**Article 483 – Résidences privées pour aînés – Présomption d’exploitation**

* introduire une présomption selon laquelle un exploitant offre des unités de son immeuble d’habitation à une clientèle principalement composée de personne âgées de 65 ans et plus, lorsque la majorité des unités de cet immeuble est occupée par de telles personnes.
* reprendre le texte proposé du troisième alinéa de l’article 483 du projet de loi en y remplaçant « considérés » par « réputé », pour harmoniser les deux paragraphes et pour y remplacer « le titulaire d’une autorisation » par le vocable « l’exploitant ». Cette dernière modification s’inscrit en concordance avec l’article 483 du projet de loi, lequel prévoit qu’une autorisation de Santé Québec permettant l’exploitation d’une résidence privée pour aînés est requise. Il n’est pas adéquat de référer au titulaire d’une autorisation à cette étape, puisqu’on se situe alors en amont du processus.

**Objectifs poursuivis :**

L’application des dispositions du projet de loi relatives aux résidences privées pour aînés (RPA) nécessite d’identifier l’exploitation d’une RPA et d’être en mesure, dans une éventuelle poursuite pénale, de faire la preuve de cette exploitation.

L’un des éléments essentiels de cette preuve est le fait d’ « offrir, dans tout ou partie d’un immeuble d’habitation collective, la location de chambres ou de logements à une clientèle principalement composée de personnes âgées de 65 ans et plus ».

La précision apportée par l’amendement vise à simplifier cette preuve. Ainsi plutôt que de faire une preuve de l’offre (par exemple : par de la publicité destinée à des personnes de 65 et plus), il suffit de prouver que plus de 50% des chambres ou des logements sont occupés par de telles personnes pour que l’on soit tenu de considérer qu’il y a eu une telle offre à une telle clientèle.

**Article 626 – Limite au versement de renseignements concernant une plainte au dossier d’usager**

* interdire le versement de renseignements au dossier d’un usager permettant de savoir qu’une plainte le concernant a été formulée.

**Article 662 – Dilapidation de biens des adultes hébergés**

* interdire la renonciation aux droits d’un usager, la disposition de ses biens ou de ses avoirs liquides sans juste considération ou leur dilapidation non plus uniquement dans les deux ans précédant l’hébergement ou la prise en charge de cet usager, mais également pendant son hébergement ou sa prise en charge.

**Objectifs poursuivis :**

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit une interdiction pour les personnes hébergées de dilapider leurs biens dans les années précédant leur hébergement. Le projet de loi reconduit cette disposition. L’amendement proposé vise à corriger un enjeu soulevé par la Régie de l’assurance maladie du Québec concernant la dilapidation de biens en cours d’hébergement. Une faille a été relevée à l’effet que des gens dilapident leurs biens pendant l’hébergement, échappant donc à l’interdiction prévue actuellement.

**Articles 666.1 à 666.4 – Reprise d’articles de la LSSSS**

* reprendre les articles 485, 486, 487 et 488 de la LSSSS, lesquels prévoient certaines modalités propres à la réglementation.

**Objectifs poursuivis :**

Ces amendements visent principalement à habiliter le ministre à prendre des règlements applicables aux établissements privés sur les règles, les conditions et sur la procédure à suivre pour les concessions de services, les aliénations de biens, les locations d’immeubles et les contrats relatifs à ces matières ainsi que sur la procédure à suivre pour les projets de construction d’immeubles, pour les approvisionnements de biens et de services, les approvisionnements en commun et les mandats donnés à cette fin.

Lors de l’élaboration du projet de loi, la reconduction de ces articles avait été omise et les amendements proposés visent à corriger cette situation.

1. [1] Les entités visées sont les organismes, associations, sociétés, personnes morales ou d’autres groupements répondant à au moins l’un des critères suivants :

   1. il exerce des activités pour lesquelles une autorisation doit être obtenue en vertu de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (indiquer ici l’année et le numéro de chapitre de cette loi);
   2. il exerce des activités pour lesquelles une disposition de cette loi l’exempte d’obtenir une autorisation;
   3. il offre des services du domaine de la santé et des services sociaux visés par cette loi;
   4. il exerce des activités pour lesquels un permis ou une reconnaissance doit être obtenu en vertu de la *Loi sur les services préhospitaliers d’urgence (*chapitre S-6.2);
   5. il offre des services préhospitaliers d’urgence visés par cette loi.

   [↑](#footnote-ref-2)