



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**

**DOCUMENT EXPLICATIF SUR LA
*LOI MODIFIANT LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES*
(projet de loi 83)**

sanctionnée le 30 novembre 2005

**Hélène d'Anjou, avocate
Direction des services juridiques**

Octobre 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
1. LA GOUVERNE	4
1.1. Le partage des responsabilités entre les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux	5
A. Le CSSS et ses partenaires (art. 99.2 et suiv.).....	6
Le CSSS	6
Les partenaires du CSSS.....	7
B. L'agence de la santé et des services sociaux et les instances professionnelles régionales (art. 339 et suiv.).....	8
L'agence de la santé et des services sociaux (art.339 et suiv.)	8
Les instances professionnelles régionales	10
- Le Comité régional sur les services pharmaceutiques (art. 417.7 et suiv.)	11
- La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (art. 417.10 et suiv.)	11
- La Commission infirmière régionale (art. 370.1 et suiv.).....	12
C. Le ministre de la Santé et des Services sociaux (art. 431 et suiv.).....	13
D. Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) (art. 436.1 et suiv.).....	13
Les RUIS	13
La Table de coordination nationale des RUIS (art. 436.8 et suiv.)	15
1.2. L'organisation et le fonctionnement interne des établissements (conseil d'administration, directions professionnelles, CII).....	16
A. Le conseil d'administration (art. 119 à 131)	16
B. Les directions professionnelles (DSI et DSP) (art. 202, 206 et suiv.).....	17
C. Le Conseil des infirmières et infirmiers (art.219 et suiv.)	18
2. LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	19
2.1. Le régime d'examen des plaintes (art. 29 et suiv. pour les établissements ; art. 60 et suiv. pour les agences).....	19
A. Rappel du mandat des commissaires locaux et régionaux en matière de traitement des plaintes	19
B. Modification des responsabilités des commissaires locaux et régionaux.....	20
C. Désignation des commissaires locaux et régionaux.....	21
D. Indépendance et impartialité des commissaires.....	21
2.2. Le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.....	22

2.3. Les comités dont le mandat est relié à la qualité des services.....	22
A. Le comité de vigilance et de la qualité (art.181.0.1 et suiv. pour les établissements ; art. 412.1 et suiv. pour les agences).....	23
B. Les comités des usagers et les comités des résidents (art. 209 et suiv.)	23
2.4. Autres mesures destinées à améliorer la qualité des services.....	24
3. L'INFORMATISATION ET LA CIRCULATION DE L'INFORMATION CLINIQUE.....	25
3.1. L'élargissement des motifs d'accès aux renseignements cliniques contenus dans le dossier de l'utilisateur (art. 17 et suiv., 107, 107.1, 108, 520.3.1).....	25
3.2. Les services régionaux de conservation de renseignements cliniques (art. 520.5 à 520.24)	28
3.3. Les moyens permettant d'assurer la sécurité juridique des informations transmises par voie électronique (art. 520.3.3 et suiv.).....	32
4. LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES (art. 346.0.1 et suiv.)	34
BIBLIOGRAPHIE	36
Tableau - Nouvelle composition des conseils d'administration des établissements	37

INTRODUCTION

Le 25 novembre 2005, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (projet de loi n° 83)¹. Cette loi opère une révision globale du cadre législatif applicable au réseau québécois de la santé et des services sociaux. Quatre grands objectifs sous-tendent les modifications qu'elle introduit et dont la plupart sont en vigueur :

- Assurer la continuité du nouveau mode d'organisation des services mis en place par la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*² qui repose sur la création de réseaux locaux de services.
- Améliorer le régime de traitement des plaintes et la qualité des services dans le réseau.
- Moderniser le cadre législatif relatif à la circulation de l'information clinique, en fonction notamment du nouveau mode d'organisation des services et des nouvelles technologies.
- Introduire un mécanisme de certification des résidences pour personnes âgées.

Ce document présente les modifications dans cet ordre.

1. LA GOUVERNE

La loi définit le nouveau mode d'organisation intégré des services de santé et de services sociaux, destiné à offrir des services plus accessibles et mieux coordonnés à la population, à faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de la santé et à améliorer leur prise en charge, notamment celle des personnes ayant des besoins plus complexes.

Ce nouveau mode d'organisation repose sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). L'objectif de ces réseaux locaux est de rapprocher les services de la population et de responsabiliser tous les intervenants du réseau local pour 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,

¹ L.Q. 2005, c. 32. Cette loi est désignée ci-après comme suit : « Loi 83 ».

² L.Q. 2003, c. 21, adoptée en décembre 2004.

spécialisés et surspécialisés³. À cet égard, la loi décentralise les responsabilités en matière de services de santé et de services sociaux vers l'instance locale ou centre de santé et de services sociaux (CSSS), qui assure la coordination des services offerts par le réseau local.

En fonction de la décentralisation qu'elle opère, la loi redistribue les responsabilités entre les trois paliers d'organisation présents dans le réseau sociosanitaire, soit le palier local (le CSSS et ses partenaires), le palier régional (les agences de la santé et des services sociaux) et le palier national (le ministre de la Santé et des Services sociaux). Elle favorise aussi l'intégration des services spécialisés et surspécialisés par la création des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

La Loi 83 comporte aussi une série de dispositions relatives à la gouverne des établissements. À ce chapitre, elle modifie la composition des conseils d'administration et les modalités d'élection et de remplacement de leurs membres. En ce qui concerne les directions professionnelles, d'autres ajustements ont été apportés relativement à l'obligation de nommer un directeur des soins infirmiers et un directeur des services professionnels. De plus, la Loi 83 touche aussi à la composition du comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers (CII) et à celle du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) pour assurer une meilleure représentation des infirmières et des infirmiers auxiliaires au sein de ces instances.

1.1. LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ENTRE LES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Ces responsabilités sont partagées entre les acteurs suivants : le centre de santé et de services sociaux (palier local), l'agence de la santé et des services sociaux (palier régional), le ministre de la Santé et des Services sociaux et les réseaux universitaires intégrés de santé, dont l'action est coordonnée par une Table nationale (palier national et suprarégional).

³ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chap. S-4.2, art. 99.2 et 99.3. Cette loi est désignée ci-après « LSSSS ». La référence aux articles de loi dans ce document concerne la LSSSS, telle que modifiée par la Loi 83.

A. Le CSSS et ses partenaires (art. 99.2 et suiv.)⁴

Chacun des réseaux locaux de services est constitué de deux sous-ensembles : d'une part, l'établissement qu'est le CSSS et, d'autre part, ses partenaires que sont les autres établissements et intervenants du domaine de la santé et des services sociaux.

Le CSSS

Le CSSS est responsable de la gouverne du réseau local, son rôle étant de coordonner les services offerts par les divers intervenants de ce réseau. Sa mission est centrée sur une responsabilité populationnelle, c.-à-d. débordant la stricte obligation d'offrir des soins et des services à des personnes qui en requièrent.

Le CSSS est un établissement multivocationnel qui exploite un centre local de services communautaires (CLSC), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, en règle générale, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)⁵. En plus des responsabilités préalablement définies pour les missions CLSC, CHSLD et CH (centre hospitalier) et qui demeurent inchangées⁶, le CSSS assume les principales responsabilités suivantes, qui ont trait à l'offre de services, à la prestation et à la coordination des services :

- Il définit avec ses partenaires un projet clinique et organisationnel pour le territoire qu'il dessert, conformément aux orientations ministérielles et régionales. Le projet clinique présente, pour le territoire du RLS, la vision locale des besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs poursuivis pour améliorer l'état de santé de la population, l'offre de services à cette dernière, ainsi que les modes d'organisation des activités des différents partenaires du CSSS. À cette fin, le CSSS mobilise les intervenants du réseau local chargés de la prestation des services de santé à la population.

Ainsi, le CSSS exerce le leadership en ce qui a trait à la détermination des services de santé à offrir à la population du territoire qu'il dessert. Cette responsabilité

⁴ Les articles de loi auxquels il est fait référence dans les titres et sous-titres sont des articles de la LSSSS telle que modifiée par la Loi 83.

⁵ Ainsi, les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHPSY) ne sont font pas partie des CSSS.

⁶ La définition des différentes missions qui incombent aux centres exploités par les établissements du réseau est précisée aux articles 79 et suivants de la LSSSS.

relevait auparavant des régies régionales de la santé et des services sociaux (maintenant désignées « agences de la santé et des services sociaux »).

- *Il offre à l'ensemble de la population de son territoire une gamme de services généraux (prévention, évaluation, diagnostic, traitement, réadaptation, soutien, hébergement) et certains services spécialisés et surspécialisés lorsque ceux-ci sont disponibles.*

- *Il coordonne, au sein du RLS, les services offerts par les divers intervenants chargés de la prestation de services (établissements et professionnels) et crée des liens avec ces producteurs de services au moyen d'ententes ou d'autres modalités⁷.*

- *Il convient d'ententes de gestion et d'imputabilité avec l'agence et lui rend compte des résultats obtenus. Cette obligation incombe à tout établissement public⁸.*

Les partenaires du CSSS

Dans l'exercice de ses responsabilités, le CSSS s'associe à des partenaires locaux et régionaux.

- **Ces partenaires sont d'abord les autres établissements du réseau local (CH et CHSLD non compris dans le CSSS) et ceux dont la mission déborde le territoire du réseau local (établissements spécialisés et surspécialisés, centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, centres de réadaptation).**

Ces établissements continuent à exercer les responsabilités reliées à leurs missions respectives. La loi leur attribue aussi de nouvelles responsabilités découlant de la

⁷ À cette fin, le CSSS exerce notamment les responsabilités suivantes, décrites à l'art. 99.7 de la LSSSS :

- il définit et met en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers ;
- il conclut des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires (établissements qui offrent des services spécialisés ou surspécialisés, groupes de professionnels, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, ressources privées et intervenants d'autres secteurs d'activités) afin de faciliter l'accès de la population aux services de deuxième ligne (centres hospitaliers, centres jeunesse, centres de réadaptation) ;
- il assure la continuité des services pour les usagers (notamment les personnes ayant des besoins particuliers et plus complexes) ;
- il crée des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, en portant une attention particulière à l'accessibilité à des plateaux techniques diagnostiques, à l'information clinique (résultats d'examen diagnostiques, profils médicamenteux, résumés de dossiers) et à des médecins spécialistes par des les médecins de famille.

⁸ Art. 182.1 et suiv. de la LSSSS.

réorganisation des services. À cet égard, ils doivent contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par le CSSS et préciser à l'agence concernée l'offre de services qu'ils rendent disponibles au palier local, régional ou suprarégional le cas échéant.

De plus, les établissements partenaires participent à la mise en place des moyens requis pour assurer l'accessibilité et la continuité des services pour la population du territoire du réseau local, notamment par la conclusion d'ententes avec le CSSS permettant d'assurer la coordination de ces services. Ils soutiennent les CSSS selon des modalités de référence et de suivi préalablement établies⁹.

Les établissements peuvent aussi conclure avec d'autres établissements, organismes ou personnes des ententes pour la prestation de services de santé et des ententes pour offrir ou obtenir des services de télésanté¹⁰.

- **Ces partenaires sont aussi les autres intervenants du réseau local affectés au domaine de la santé.** Il s'agit notamment des divers groupes de professionnels offrant des services de première ligne (dont les groupes de médecine de famille privés et les cliniques médicales privées), des ressources communautaires, des ressources privées, des pharmaciens communautaires, des entreprises d'économie sociale et des intervenants d'autres secteurs d'activités qui sont partie prenante de l'offre de services de santé et de services sociaux.

B. L'agence de la santé et des services sociaux et les instances professionnelles régionales (art. 339 et suiv.)

L'agence de la santé et des services sociaux (art.339 et suiv.)

Responsabilités

Compte tenu des nouvelles fonctions dévolues aux CSSS, la loi révisé les responsabilités des agences de la santé et des services sociaux. Ainsi, certaines responsabilités qui étaient assumées par les agences (ou régies régionales) sont

⁹ Ces nouvelles responsabilités sont prévues à l'art. 105.1 de la LSSSS.

¹⁰ De nouvelles dispositions sont prévues pour encadrer le recours aux services de télésanté. Elles ont trait notamment au contenu obligatoire de l'entente visant l'obtention ou l'offre de ces services, à la détermination du lieu où ces services sont rendus (à cet égard, la loi précise que les services de télésanté sont rendus au Québec, à l'endroit où exerce le professionnel consulté) et à l'obligation pour les établissements et professionnels de constituer un dossier pour chaque usager ou personne à qui sont rendus de tels services (art. 108.1 et 108.2 de la LSSSS).

maintenant exercées par les CSSS. En particulier, l'agence n'est plus à l'avant-scène de la programmation et de l'organisation des services, celles-ci relevant plutôt des CSSS¹¹.

L'agence remplit dorénavant des fonctions reliées à la coordination et à la mise en place des services de santé et des services sociaux dans sa région, particulièrement en matière de financement, d'allocation de ressources humaines et de services spécialisés. Elle coordonne les services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes. Elle planifie la main-d'œuvre et veille au développement des ressources humaines.

Elle doit élaborer un plan stratégique régional pluriannuel qui soit cohérent avec les orientations ministérielles. Ce plan présente la vision régionale des besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs poursuivis pour améliorer la santé et le bien-être de cette population, ainsi que les mandats et les responsabilités qui en découlent pour les établissements et les organismes de la région. À cette fin, l'agence veille à ce que les établissements et les organismes communautaires de sa région soient mis à contribution et s'assure la collaboration des différents acteurs des autres secteurs d'activités.

L'agence soutient le développement et le bon fonctionnement des RLS. Elle procède à l'allocation des ressources financières aux établissements, aux ressources privées d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie et aux organismes communautaires ayant conclu une entente avec un établissement pour la prestation de services.

L'agence continue à exercer des fonctions régionales liées à la santé publique et aux services préhospitaliers d'urgence. Il faut souligner à cet égard que les directions de santé publique continuent de relever des agences et que leurs responsabilités légales ont été maintenues¹².

L'agence assume de nouvelles fonctions reliées à la certification des résidences pour personnes âgées¹³.

L'agence exerce plusieurs de ses responsabilités en prenant en considération les recommandations d'un RUIS.

¹¹ Le nouveau mandat confié à chaque CSSS d'élaborer et de mettre en œuvre un projet clinique et organisationnel pour le territoire du réseau local dispense du même coup l'agence de la responsabilité d'établir des plans régionaux d'organisation des services.

¹² Art. 371 et suiv. de la LSSSS.

¹³ Voir le chapitre 4 du présent document.

Conseil d'administration de l'agence (art. 397 et suiv.)

Un conseil d'administration nommé par le ministre (et non plus par le gouvernement) assume la gestion de l'agence et a l'obligation d'en rendre compte à ce dernier¹⁴.

Nouveau pouvoir d'inspection de l'agence (art. 413.2)

En plus des pouvoirs d'enquête qui leur étaient conférés à l'égard des établissements¹⁵, les agences disposent maintenant du pouvoir de procéder à une inspection dans toute installation maintenue par un établissement de leur région, afin de constater si la LSSSS et les règlements sont respectés. Ce pouvoir d'inspection, préalable à l'enquête, peut mener l'agence à prendre des mesures directes pour corriger la situation ou encore, à décider de conduire une enquête formelle suivie d'une mesure de redressement, le cas échéant.

Possibilité pour une instance locale d'assumer les responsabilités d'une agence lorsque les délimitations territoriales correspondent (art. 530.0.1)

Lorsqu'il n'existe qu'un seul RLS sur le territoire d'une agence et que ce réseau couvre la totalité de ce territoire, le CSSS pourra se voir confier les responsabilités d'une agence. Une telle réorganisation doit être décidée par décret du gouvernement, sur proposition du ministre de la Santé et des Services sociaux et ce, après consultation et approbation des établissements publics situés sur le territoire de l'agence concernée.

Les instances professionnelles régionales

La loi institue, au sein de chaque agence, deux nouvelles instances professionnelles : un Comité régional sur les services pharmaceutiques et une Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée. Ces instances sont intégrées à l'agence et exercent leurs responsabilités sous l'autorité de son président-directeur général. Par ailleurs, la loi apporte un ajustement à la composition de la Commission infirmière régionale.

¹⁴ Art. 385 et suiv. de la LSSSS.

¹⁵ En vertu de l'art. 414 de la LSSSS, l'agence dispose d'un pouvoir d'enquête à l'égard d'un établissement, dans les cas suivants : lorsque l'établissement ne respecte pas la loi, tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes qu'il dessert, lorsque l'agence constate que l'équilibre budgétaire de l'établissement est menacé ou lorsqu'elle estime qu'il y a eu faute grave dans la gestion de l'établissement. À cette fin, l'agence est investie des pouvoirs et de l'immunité d'un commissaire-enquêteur, c.-à-d. qu'elle peut notamment citer des témoins à comparaître pour assurer la bonne marche et l'efficacité de son enquête.

- ◆ Le Comité régional sur les services pharmaceutiques (art. 417.7 et suiv.)

Responsabilités

Ce comité est responsable, envers le président-directeur général de l'agence, de faire des recommandations à l'agence sur l'organisation des services pharmaceutiques et sur la planification de la main-d'œuvre dans ce domaine, de lui donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments, ainsi que sur les approches novatrices en soins et services pharmaceutiques.

Composition

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques est composé de représentants de chacun des groupes suivants : les pharmaciens propriétaires, communautaires et d'établissement, les chefs de département de pharmacie, la faculté ou l'école de pharmacie lorsqu'il y a une université dans la région. Le président-directeur général de l'agence siège aussi à ce comité.

- ◆ La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (art. 417.10 et suiv.)

Il s'agit d'une structure régionale analogue au Département régional de médecine générale, institué en 1998.

Responsabilités

Cette instance a pour fonctions de faire des recommandations à l'agence sur le plan régional des effectifs médicaux en spécialité, de proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés, d'élaborer un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et, enfin, de donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés, l'approvisionnement en équipements médicaux spécialisés, la télémédecine, l'utilisation de médicaments et les corridors de services.

Composition

La Table est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département clinique au sein des établissements situés sur le territoire de l'agence. Le président-directeur général de l'agence siège aussi à la Table.

Il faut souligner que la Commission médicale régionale a été abolie. Le maintien de cette institution après la création de la Table régionale aurait entraîné une duplication des responsabilités concernant l'organisation de la médecine spécialisée.

Dorénavant, les deux instances médicales régionales sont le Département régional de médecine générale¹⁶ et la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée.

◆ La Commission infirmière régionale (art. 370.1 et suiv.)

Au niveau des instances professionnelles régionales, il faut souligner que la Commission infirmière régionale comprend dorénavant deux infirmières auxiliaires (au lieu d'une) désignées par et parmi les membres des comités d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires (CIIA) des CII de la région.

Rappelons que, tout comme la Commission multidisciplinaire régionale, la Commission infirmière régionale ne fait pas partie de la structure de l'agence mais qu'elle a l'obligation de rendre compte de ses activités au conseil d'administration de l'agence.

Responsabilités

La Commission infirmière régionale demeure responsable, envers le conseil d'administration de l'agence, de donner son avis sur les questions suivantes : l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers, la planification de la main-d'œuvre dans ce domaine, l'accessibilité et la coordination des services dans sa région requérant des soins infirmiers, les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Composition

La Commission infirmière régionale est composée des personnes suivantes : quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des CII de la région, deux gestionnaires en soins infirmiers des établissements de la région, deux personnes désignées respectivement par les milieux d'enseignement collégial et universitaire, deux personnes désignées par et parmi les membres des comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires des CII de la région, une personne reconnue pour son expertise de pointe comme infirmière praticienne et le président-directeur général de l'agence.

¹⁶ Le Département régional de médecine générale agit aussi sous l'autorité du PDG de l'agence. Il fait des recommandations à l'agence sur les questions relatives à la planification, à l'organisation, à la distribution, à l'accessibilité et à la prestation des services médicaux généraux. En plus, il donne son avis sur des projets relatifs à l'utilisation des médicaments et sur les corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé (a. 417.1 et suiv. de la LSSSS).

C. Le ministre de la Santé et des Services sociaux (art. 431 et suiv.)

Le ministre voit son rôle recentré sur une vision nationale des besoins sociosanitaires et des particularités de la population québécoise. Notamment, il assume des fonctions telles que la planification des besoins et des services à offrir à l'échelle du Québec, le financement, l'allocation des ressources entre les régions, le suivi et l'évaluation des résultats en matière de santé et de services sociaux et il assure la coordination interrégionale des services. Il détermine aussi les territoires de desserte des RUIS.

D. Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) (art. 436.1 et suiv.)

Les objectifs poursuivis par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans la réorganisation des services consistent à garder les soins de première, deuxième et troisième lignes à proximité de la population et à concentrer les services de nature académique dans des réseaux universitaires intégrés de services. À cette fin, et sous l'autorité conjointe de la faculté de médecine et d'un centre hospitalier universitaire desservant des adultes, quatre RUIS ont été créés en juillet 2003 :

- Le RUIS de l'Université Laval
- Le RUIS de l'Université McGill
- Le RUIS de l'Université de Montréal
- Le RUIS de l'Université de Sherbrooke

Les RUIS

La loi donne maintenant un fondement juridique à ces réseaux universitaires, qui existaient déjà de façon administrative. Un RUIS est dorénavant institué pour chaque territoire (territoire de desserte) déterminé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, de concert avec le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Les RUIS sont institués dans le but de favoriser l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements qui ont une désignation universitaire et des universités qui sont affiliées à ces derniers.

Chaque RUIS comprend les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de son territoire de desserte qui ont une désignation universitaire¹⁷ et qui sont affiliés à une université associée à son réseau, et de tout centre de réadaptation avec désignation universitaire situé dans son territoire. Le RUIS s'associe à l'université à laquelle ces établissements sont affiliés.

Responsabilités

La mission d'un RUIS est de formuler des propositions à toute agence concernée ou au ministre selon le cas, sur divers sujets, notamment les suivants :

- l'offre de services dans les domaines d'expertise reconnus aux établissements ayant une désignation universitaire ;
- la formation médicale et la répartition dans les établissements membres du réseau des étudiants de la faculté de médecine associée au réseau ;
- le transfert des connaissances entre la faculté de médecine et les établissements du territoire de desserte ;
- l'élaboration d'un plan des effectifs médicaux universitaires, en lien avec le plan régional des effectifs médicaux ;
- l'organisation et le regroupement des services médicaux spécialisés (pour en améliorer l'efficacité et éviter les doublons) ;
- le maintien des compétences des partenaires provenant des diverses professions de la santé ;
- la mise sur pied d'équipes de recherche au niveau régional ;
- la collaboration avec les autres RUIS ;
- la prévention des ruptures de services pour les établissements du territoire de desserte ;
- l'instauration d'une culture de collaboration entre les établissements membres du RUIS ;
- l'instauration de corridors de services, en réponse aux demandes des CSSS et des autres établissements ;
- la coordination des activités de recherche et le transfert des connaissances ;
- l'évaluation des technologies de la santé et les modes d'intervention en santé.

¹⁷ Il s'agit des centres hospitaliers désignés soit « centre hospitalier universitaire » (à l'exception de ceux qui desservent uniquement des enfants), soit « institut universitaire », soit « centre affilié universitaire ».

Les établissements qui font partie d'un RUIS ont des obligations découlant de la création de cette instance. Ils doivent notamment contribuer à l'offre de services proposée par le RUIS, assurer à la clientèle de leur zone de proximité les services spécialisés et surspécialisés et offrir des services généraux et spécialisés aux CSSS, par l'intermédiaire de l'agence du territoire où ils sont situés. Le cas échéant, ils doivent convenir d'ententes avec les CSSS.

Comité de direction

Un comité de direction est formé pour conduire les activités du RUIS. Ce comité comprend les directeurs généraux des établissements qui forment le RUIS, le président-directeur général de chacune des agences concernées du territoire de desserte et le doyen de la faculté de médecine de l'université associée au réseau.

Le comité de direction peut inviter toute personne dont il juge la participation à ses travaux pertinente.

La Table de coordination nationale des RUIS (art. 436.8 et suiv.)

La Table de coordination nationale des RUIS doit être constituée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, dans le but d'assurer une cohérence d'ensemble de l'organisation et du développement des services spécialisés et surspécialisés au Québec.

Responsabilités

La Table de coordination nationale des RUIS a pour mandat d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé, de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec, de concerter les activités des différents RUIS et de consulter les différents partenaires du domaine de la santé et des services sociaux. La Table de coordination doit transmettre au ministre de la Santé et des Services sociaux un rapport annuel de ses activités.

Composition

La Table de coordination nationale des RUIS est présidée par un représentant désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle comprend un représentant du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi que des acteurs issus des milieux universitaires et de la recherche, notamment :

- les doyens des facultés de médecine associées à des RUIS ;
- les directeurs généraux des centres hospitaliers à désignation universitaire ;

- le président-directeur général de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ;
- le président-directeur général du Fonds de recherche en santé du Québec ;
- un représentant de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ).

La Table peut inviter toute personne dont elle juge la participation à ses travaux pertinente.

1.2. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS (CONSEIL D'ADMINISTRATION, DIRECTIONS PROFESSIONNELLES, CII)

La Loi 83 comporte une série de dispositions relatives à la gouverne des établissements. À cet égard, des modifications ont été apportées à la composition des conseils d'administration des établissements, au processus électoral ou de nomination des membres de ces conseils et aux modalités de leur remplacement en cas de vacance.

En ce qui concerne la direction des soins infirmiers dans les établissements, les modifications apportées découlent de la réorganisation des services. Elles concernent l'obligation de nommer un directeur des soins infirmiers et un directeur des services professionnels. La loi modifie aussi la composition du comité exécutif du CII et celle du CECII.

A. Le conseil d'administration (art. 119 à 131)


Composition

Le conseil d'administration voit sa composition adaptée à la nouvelle réalité de l'organisation du système sociosanitaire, par une représentation plus équilibrée de la population, des usagers et des différents groupes de personnes qui interviennent dans le secteur de la santé et des services sociaux. La nouvelle composition des conseils d'administration permet aussi de s'assurer la participation de personnes dont les compétences en gestion sont reconnues.

Il faut souligner que le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est dorénavant représenté au conseil d'administration des centres de réadaptation et des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse alors qu'auparavant, les infirmières ne pouvaient être éligibles au conseil d'administration de ces

établissements qu'à titre que membre du conseil multidisciplinaire (c.-à-d. en l'absence de CII).

Dans le cas des établissements à vocation universitaire, on trouve au sein de leurs conseils d'administration des personnes désignées par les universités auxquelles l'établissement est affilié. Une de ces personnes provient d'une faculté de médecine, une provient d'une autre faculté ou école du secteur de la santé. La troisième est un résident en médecine.

La nouvelle composition des conseils d'administration des établissements est présentée dans le tableau annexé  présent document.

Élections, nomination et renouvellement des membres

Par ailleurs, la loi simplifie le processus conduisant à la nomination et au renouvellement du mandat des membres du conseil d'administration. À cet égard, elle prévoit une date unique d'élection au conseil d'administration, un seul règlement d'élection et de désignation pour tous les établissements et elle permet au conseil d'administration des établissements de remplacer les membres démissionnaires en cours de mandat.

B. Les directions professionnelles (DSI et DSP) (art. 202, 206 et suiv.)

Avec la mise en place des réseaux locaux et la création des instances locales qui en assument la gouverne, **des modifications ont été apportées quant à l'obligation de nommer un directeur des soins infirmiers (DSI)**. Ainsi, la loi rend obligatoire la nomination d'un ou d'une DSI dans toute instance locale (CSSS) et dans tout établissement qui exploite un centre hospitalier. À noter qu'un CSSS n'a pas nécessairement de centre hospitalier, ce qui ne le dispense pas de nommer une DSI. Rappelons que la DSI est nommée par le conseil d'administration de l'établissement et qu'elle continue d'exercer ses responsabilités légales sous l'autorité du directeur général.

Quant à l'obligation pour le directeur général de désigner une infirmière ou un infirmier responsable des soins infirmiers (RSI), elle continue de s'appliquer pour tout autre établissement, soit un CHSLD non compris dans un CSSS, un centre de réadaptation ou un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

Il faut également souligner qu'un directeur des services professionnels doit être nommé dans tout CSSS et dans tout établissement qui exploite un centre hospitalier. Les responsabilités du DSP n'ont pas été modifiées.

C. Le Conseil des infirmières et infirmiers (art.219 et suiv.)

- La composition du comité exécutif du CII (CECII)

La composition du CECII a été ajustée pour permettre d'adapter la représentation des infirmières aux nouvelles réalités des CSSS, compte tenu que ceux-ci peuvent regrouper une masse critique d'infirmières réparties sur plusieurs sites. Ainsi, le nombre maximal de quatre infirmières membres du CII est remplacé par la mention d' « au moins quatre infirmières ». De plus, deux membres du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) siègent dorénavant au CECII.

Le CECII est maintenant composé des personnes suivantes :

- *au moins* quatre infirmières ou infirmiers membres du CII ;
- le président du CIIA ;
- *un autre membre du CIIA* ;
- le directeur général de l'établissement ;
- la DSI ou la RSI de l'établissement.

- La composition du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Rappelons que le CIIA est un comité permanent du CII et qu'il lui adresse des recommandations sur les questions qui touchent les soins dispensés par les infirmières auxiliaires¹⁸.

La composition du CIIA a aussi été modifiée, puisqu'il comprend dorénavant *au moins* trois personnes choisies par et parmi celles qui exercent des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires pour l'établissement.

¹⁸ Lorsque les recommandations du CIIA ne sont pas retenues par le CECII, celui-ci en fait rapport au conseil d'administration de l'établissement, avec les motifs justifiant leur non-acceptation.

2. LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Outre ses dispositions orientées vers une meilleure intégration des services, la Loi 83 comporte des mesures propres à améliorer la qualité des services dans le réseau sociosanitaire.

Eu égard au régime d'examen des plaintes, elle modifie les responsabilités des commissaires locaux et régionaux aux plaintes et à la qualité et favorise leur indépendance et leur impartialité. La Loi 83 permet aussi un meilleur accès à l'information sur les droits de l'usager et sur les recours existants.

Par ailleurs, elle accroît la surveillance de la qualité des services dans l'ensemble du réseau, notamment par la création de comités de vigilance et de la qualité au sein des établissements et des agences.

Enfin, elle favorise la participation des usagers au sein des établissements, par l'entremise du comité des usagers et des comités des résidents¹⁹.

2.1. LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES (ART. 29 ET SUIV. POUR LES ÉTABLISSEMENTS ; ART. 60 ET SUIV. POUR LES AGENCES)

A. Rappel du mandat des commissaires locaux et régionaux en matière de traitement des plaintes

Pour une meilleure compréhension des modifications touchant le régime d'examen des plaintes, rappelons que le commissaire local et le commissaire régional appliquent la procédure de traitement des plaintes, dans leurs domaines d'intervention respectifs.

Le commissaire local traite les plaintes relatives aux services donnés par l'établissement, par une ressource intermédiaire ou de type familial ou par un

¹⁹ Vous trouverez, sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux, des documents de travail destinés à soutenir les agences et les établissements dans l'implantation des dispositions relatives à la qualité des services. Il s'agit de lignes directrices relatives aux comités de vigilance et de la qualité, au commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les agences, à l'agrément des services offerts par les établissements et aux comités d'usagers et de résidents.

organisme relié à l'établissement au moyen d'une entente pour la prestation de services de santé et de services sociaux²⁰.

Quant au commissaire régional, il traite les plaintes à l'égard des services donnés par une résidence privée d'hébergement ou un organisme communautaire qui reçoivent une subvention de l'agence²¹, par une résidence pour personnes âgées inscrite au registre tenu par l'agence²², ou par un organisme ayant conclu une entente de services avec l'agence pour la prestation de services de santé ou de services sociaux²³.

Dans le cadre de son mandat, le commissaire local ou régional prête assistance à la personne pour la formulation de sa plainte. Il examine la plainte et communique ses conclusions à l'utilisateur. Il transmet ses recommandations au conseil d'administration de l'établissement ou de l'agence et aux autres instances ou organismes de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte.

Comme nous le verrons plus loin, il incombe maintenant au comité de vigilance et de la qualité de l'établissement ou de l'agence d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local ou régional.

B. Modification des responsabilités des commissaires locaux et régionaux

À la suite des modifications apportées par la Loi 83, les fonctions des commissaires locaux et régionaux sont recentrées sur le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes, alors que les questions relatives à l'amélioration de la qualité des services sont confiées aux nouveaux *comités de vigilance et de la*

²⁰ Sauf s'il s'agit d'une plainte relative à un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident en médecine. Ces plaintes sont traitées par le médecin examinateur lorsque ces professionnels exercent en établissement. Lorsqu'ils exercent dans le secteur privé (p. ex., dans un GMF ayant conclu une entente avec l'établissement pour la prestation de services de santé), l'utilisateur doit s'adresser à l'ordre professionnel concerné (art. 41 et suiv. de la LSSSS).

²¹ Il est prévu qu'une agence peut accorder une allocation financière à une résidence privée pour personnes en perte d'autonomie ou à un CHSLD privé pour permettre à des personnes en perte d'autonomie de recevoir différents services de santé et sociaux (art. 454).

L'agence peut aussi verser une allocation financière à un organisme communautaire titulaire d'un agrément du ministre afin que l'organisme puisse obtenir des services requis par sa clientèle auprès d'un établissement ou afin qu'il puisse offrir lui-même certains services. Il s'agit notamment d'un établissement qui a recours aux services d'une maison de soins palliatifs ou qui fait appel à la collaboration de cet organisme.

²² Voir le chapitre 4 du présent document.

²³ Sauf s'il s'agit d'une plainte relative à un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident en médecine qui exerce sa profession dans un tel organisme. Dans ce cas, l'utilisateur doit s'adresser à l'ordre professionnel concerné (art. 60).

qualité, qui doivent être mis en place par les conseils d'administration des établissements et des agences²⁴. **Il y a lieu de souligner que le commissaire local et le commissaire régional font partie du comité de vigilance et de la qualité.**

Le pouvoir d'initiative des commissaires locaux et régionaux a été accru et comprend la possibilité d'intervenir en l'absence de plainte, notamment lorsque des faits sont portés à leur connaissance et qu'ils ont des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

Par ailleurs, le commissaire local voit ses fonctions d'information auprès du public augmentées, notamment par la diffusion d'information sur les droits et obligations des usagers et sur le code d'éthique de l'établissement, par la promotion du régime d'examen des plaintes et par la publication de la procédure qui s'y rapporte.

C. Désignation des commissaires locaux et régionaux

Pour refléter le renforcement de son rôle à l'égard des plaintes, la désignation de commissaire local et de commissaire régional à la qualité des services est remplacée par celle de commissaire local ou de commissaire régional *aux plaintes et à la qualité des services*.

D. Indépendance et impartialité des commissaires

Le commissaire local et le commissaire régional sont nommés par le conseil d'administration de l'établissement ou de l'agence, selon le cas. Ils relèvent dorénavant du conseil d'administration et non plus de la direction générale de l'établissement ou de l'agence. Le commissaire doit exercer ses fonctions de manière exclusive. Cette nouvelle règle répond ainsi à des objectifs d'indépendance et d'impartialité, puisque le commissaire pouvait auparavant être placé en position de traiter la plainte d'un usager à l'égard d'un service dont il était gestionnaire. Les dispositions de la loi qui permettaient au commissaire d'occuper d'autres fonctions dans l'établissement ou l'agence ont été abrogées.

²⁴ Voir la section 2.3 du présent document.

2.2. LE PROTECTEUR DES USAGERS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Rappelons que la fonction de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux a été créée en 2001²⁵, avec pour mandat d'examiner la plainte d'un usager en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services, ou par la Corporation d'urgences-santé dans le cadre de la prestation des services préhospitaliers d'urgence.

Si une situation revêt un caractère d'urgence, le Protecteur des usagers peut intervenir directement. Autrement, les signalements ou les plaintes sont d'abord traités par les personnes provenant du réseau de la santé et des services sociaux.

En vue de préserver l'indépendance et l'impartialité du Protecteur des usagers, ses fonctions sont dorénavant assumées par un vice-protecteur du citoyen, nommé par le gouvernement et ce, conformément à la *Loi sur le Protecteur du citoyen*.²⁶ Le Protecteur des usagers ne relève donc plus du ministre de la Santé et des Services sociaux. Son rapport d'activités, intégré à celui du Protecteur du citoyen, est transmis à l'Assemblée nationale.

Ainsi, les plaintes qui étaient autrefois adressées au Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux sont maintenant reçues et traitées par le Protecteur du citoyen.

2.3. LES COMITÉS DONT LE MANDAT EST RELIÉ À LA QUALITÉ DES SERVICES

Pour améliorer la qualité des services aux usagers, il est prévu que le conseil d'administration de chaque établissement et de chaque agence forme un comité de vigilance et de la qualité. Par ailleurs, chaque établissement doit mettre sur pied un comité des usagers et le cas échéant, un ou plusieurs comités des résidents.

²⁵ *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, L.R.Q., c. P-32.

²⁶ L.R.Q., chap. P-32.

A. Le comité de vigilance et de la qualité (art.181.0.1 et suiv. pour les établissements ; art. 412.1 et suiv. pour les agences)

Responsabilités

Le comité de vigilance et de la qualité est chargé de diverses responsabilités, notamment celle d'assurer auprès du conseil d'administration de l'établissement ou de l'agence le suivi des recommandations du commissaire local ou régional ou du Protecteur des usagers en ce qui concerne les plaintes qu'ils ont traitées et les interventions qu'ils ont déclenchées.

De plus, le comité de vigilance et de la qualité d'un établissement a pour mission de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers. Il fait aussi la promotion et assure le respect des droits des personnes et la qualité des services.

Composition

Ce comité est composé du commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services, du directeur général de l'établissement ou du président-directeur général de l'agence, et de trois autres personnes choisies par et parmi les membres du conseil d'administration, qui représentent les intérêts des usagers (dans les établissements) et des organismes communautaires (dans les agences).

Dans les établissements, ces trois autres membres du conseil d'administration ne doivent pas travailler pour l'établissement ni exercer leur profession dans l'un de ses centres, ni être liés par contrat à l'établissement (p. ex., ressources intermédiaires ou de type familial).

B. Les comités des usagers et les comités des résidents (art. 209 et suiv.)

Alors qu'auparavant, l'obligation de former un **comité des usagers** ne s'appliquait qu'à certains établissements, en fonction de leur taille ou de leur mission²⁷, tout établissement doit maintenant former un tel comité. Le comité des usagers est

²⁷ Cette obligation s'appliquait aux CHSLD de 20 lits ou plus, aux centres de réadaptation, aux centres hospitaliers de soins psychiatriques et aux centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. Par ailleurs, la mise sur pied d'un comité des usagers était facultative pour un CHSLD de moins de 20 lits, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou un CLSC. À la demande des usagers, l'établissement qui exploitait ces centres pouvait mettre sur pied un comité des usagers.

chargé de renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, de représenter leurs intérêts, de promouvoir l'amélioration de la qualité de leurs conditions de vie et d'évaluer leur degré de satisfaction quant aux services obtenus de l'établissement. De plus, des membres de ce comité peuvent assister les usagers qui veulent porter plainte à l'égard des services.

Lorsque l'établissement offre des services à des usagers hébergés, il doit, en plus, former **un comité des résidents** dans chaque installation offrant des services d'hébergement. Le comité des résidents exerce les mêmes fonctions que le comité des usagers, à l'exception de celles qui ont trait aux plaintes. Il fait rapport de ses activités au comité des usagers.

Lorsque des comités des résidents sont formés, le comité des usagers s'assure de leur bon fonctionnement et veille à ce qu'ils aient les ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

2.4. AUTRES MESURES DESTINÉES À AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES

Le mandat du comité de gestion des risques a été modifié en vue d'accroître ses responsabilités en matière d'infections nosocomiales : eu égard à son rôle d'identifier et d'analyser les risques d'incidents ou d'accidents, le législateur lui confie la tâche de prévenir l'apparition et de contrôler la récurrence de ces infections²⁸.

Un établissement qui, dans le cadre d'un plan de services, dirige un usager vers un service d'hébergement ou lui propose un tel service, devra s'assurer que cet hébergement s'effectue ou peut s'effectuer dans des conditions adéquates²⁹.

Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler de qualité des services, cette dernière mesure existe à l'intention des personnes présentant des problèmes de santé mentale ou une déficience intellectuelle, qui ont fait l'objet d'une intervention du réseau de santé et qui sont dirigées par un établissement vers un milieu d'hébergement ou à un autre endroit où ils peuvent loger. L'établissement devra vérifier la salubrité et l'état des lieux avant d'y diriger l'usager.

L'agrément des services : En décembre 2002, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a été modifiée concernant la prestation sécuritaire de

²⁸ Art. 183.2 de la LSSSS.

²⁹ Art. 103.1 de la LSSSS. Cet article n'est pas encore en vigueur.

services de santé et de services sociaux³⁰. L'article 107.1 a été ajouté pour obliger tous les établissements, publics ou privés, à solliciter un agrément auprès d'organismes d'accréditation reconnus et à transmettre à différentes entités un rapport abrégé sur les résultats de cette démarche. Avec la Loi 83, cette obligation a été renforcée par l'ajout du renouvellement du processus d'agrément puisque tout établissement est désormais tenu de solliciter, tous les trois ans, un nouvel agrément des services qu'il dispense³¹.

3. L'INFORMATISATION ET LA CIRCULATION DE L'INFORMATION CLINIQUE

La Loi 83 introduit un cadre législatif destiné à faciliter l'échange de renseignements cliniques sur les usagers du réseau et à encadrer le recours aux nouvelles technologies de l'information.

Les principales mesures à ce chapitre concernent l'utilisation et la communication de renseignements contenus au dossier de l'utilisateur et l'instauration de services régionaux de conservation de certains renseignements de santé. Elles sont complétées par des mesures de sécurité qui permettent d'authentifier l'identité des intervenants qui accèdent aux actifs informationnels du réseau de la santé et qui garantissent l'imputabilité des actions menées dans le cadre de leurs communications électroniques.

3.1. L'ÉLARGISSEMENT DES MOTIFS D'ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS CLINIQUES CONTENUS DANS LE DOSSIER DE L'USAGER (ART. 17 ET SUIV., 107, 107.1, 108, 520.3.1)

Rappelons la règle générale : le dossier de l'utilisateur est confidentiel et nul ne peut y avoir accès si ce n'est avec le consentement de l'utilisateur, sauf dans les cas où la loi prévoit qu'un renseignement peut être communiqué sans ce consentement.

En plus de clarifier les différents motifs qui permettent à un établissement de communiquer des renseignements cliniques sans le consentement de l'utilisateur³², la loi

³⁰ Il s'agit de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, L.Q. 2002, c. 71, désignée couramment « Loi 113 ».

³¹ Art. 107.1 de la LSSSS.

³² Ont été regroupés dans un même article de la LSSSS (art. 19) tous les cas où la transmission de renseignements se fait sans consentement, y compris ceux qui étaient prévus dans d'autres lois. Ainsi,

prévoit d'autres situations où la communication ou l'utilisation de renseignements contenus au dossier d'un usager est autorisée sans son consentement. Ainsi, un établissement peut dorénavant transmettre des renseignements aux personnes et organismes suivants :

- À un autre établissement, organisme ou personne dans le cadre d'une entente pour la prestation de services de santé ou de services sociaux à l'un de ses usagers. L'établissement ne peut alors communiquer que les renseignements nécessaires à la prestation de ces services.
- À un autre établissement, dans le cadre d'une entente pour l'acquisition, la préparation et la distribution automatisée de médicaments.
- À un organisme ou personne, pour l'exercice d'un mandat ou l'exécution d'un contrat de services à durée déterminée (autre que pour la prestation de services de santé et de services sociaux) qu'il lui confie. C'est le cas par exemple d'un établissement qui confie à une firme externe la gestion de ses ressources informationnelles.
- À un organisme d'accréditation reconnu à des fins d'agrément, pour la réalisation de sondages par cet organisme³³.
- À l'agence de la santé et des services sociaux du territoire, dans le cadre de services qu'elle offre en matière de ressources informationnelles et lorsque ces services concernent un support technologique utilisé pour des renseignements contenus au dossier de l'usager³⁴.

Dans tous les cas susmentionnés, des règles strictes sont prévues pour assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements communiqués. Ainsi, lorsqu'un contrat est conclu avec une entreprise située hors du Québec, il faut que les renseignements transmis bénéficient d'une protection équivalente à celle prévue par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

- À la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), pour assurer l'exactitude de renseignements contenus dans les fichiers ou index locaux de l'établissement et de certains professionnels de la santé (appariement avec les fichiers de la

des renseignements peuvent être communiqués sur l'ordre d'un tribunal, sur demande d'un coroner, du commissaire aux plaintes ou d'une autre instance participant au traitement des plaintes (comité de révision, CMDP, etc.), à des fins d'inspection ou d'enquête par l'agence ou le ministre, pour l'application de la *Loi sur la santé publique*, etc.

³³ Dans ce cas, l'utilisation et la transmission des renseignements doivent respecter les règles prévues au code d'éthique de l'établissement. À cet égard, tous les établissements devront prévoir dans leur code d'éthique des règles d'utilisation des renseignements obtenus à des fins de sollicitation ou de sondage (art. 233 de la LSSSS).

³⁴ À cet égard, la loi donne aux agences le pouvoir d'offrir des services aux établissements de leur région dans le domaine des technologies de l'information, ou d'offrir ces services par l'intermédiaire d'un tiers (art. 520.3.1.).

RAMQ). Ou pour vérifier l'admissibilité des usagers aux régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

Autres modifications permettant l'utilisation ou la communication de renseignements contenus au dossier de l'utilisateur

- Un établissement peut utiliser les nom, prénom et adresse d'un usager pour l'inviter à souscrire un don pour l'établissement ou pour la fondation de l'établissement³⁵. L'établissement doit informer l'utilisateur qu'il peut s'opposer à cette utilisation.
- Un établissement peut utiliser les nom, prénom, adresse et numéro de téléphone d'un usager pour la réalisation de sondages afin de connaître la satisfaction de la clientèle³⁶.
- Le titulaire de l'autorité parentale peut accéder au dossier d'un usager décédé âgé de moins de quatorze ans, sauf en ce qui concerne les renseignements psychosociaux. Auparavant, l'accès au dossier d'un usager décédé était limité à la cause du décès et aux renseignements à caractère génétique.

À la suite de consultations publiques, le législateur a réintroduit l'obligation d'obtenir le consentement de l'utilisateur pour la communication de renseignements contenus dans son dossier, dans les cas suivants :

- prise en charge de l'utilisateur par un partenaire du CSSS ;
- transfert d'un usager vers un autre établissement ou placement d'un usager dans une ressource intermédiaire ou de type familial ;
- mise en œuvre d'un plan de services individualisé ;
- ententes concernant l'exercice de la télésanté ;
- ententes conclues entre un établissement et un organisme communautaire pour offrir des services de santé et des services sociaux.

³⁵ Voir la note 33 pour le respect des règles d'éthique.

³⁶ Voir la note 33 pour le respect des règles d'éthique.

3.2. LES SERVICES RÉGIONAUX DE CONSERVATION DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (ART. 520.5 À 520.24) ³⁷

Pour rendre la circulation de l'information possible au niveau régional, la loi prévoit la création et la mise en place de services régionaux de conservation de renseignements cliniques pour les usagers consentants. Deux objectifs sous-tendent ces nouvelles dispositions :

- permettre aux professionnels soignants et aux autres intervenants autorisés, de déposer certains renseignements dans ces banques régionales et d'en recevoir communication, à partir de tout endroit où ces renseignements sont conservés ;
- fournir à ces professionnels et intervenants de l'information pertinente et à jour, facilitant l'obtention rapide des renseignements de santé d'une personne au moment de sa prise en charge ou à l'occasion de toute prestation de services de santé rendus par eux, en continuité et en complémentarité avec ceux fournis par d'autres intervenants.

Qui seront les dépositaires de ces renseignements ?

Ce sont les agences de la santé et des services sociaux ou les établissements autorisés par le ministre de la Santé et des Services sociaux, sauf pour les renseignements qui concernent les médicaments délivrés en pharmacie communautaire, ceux-ci étant conservés par la RAMQ.

Quels sont les renseignements qui pourront être conservés au niveau régional ?

Les grandes catégories de renseignements cliniques qui pourront être conservés au niveau régional sont les suivants : les données d'identification de la personne, les coordonnées de ses contacts professionnels, les allergies et les intolérances pouvant avoir une incidence sur sa santé ou sa prise en charge, les résultats d'examens de laboratoire et d'imagerie médicale, les données immunologiques, la médication et les données d'urgence.

Ces renseignements proviendront des dossiers tenus par les établissements situés sur le territoire de l'agence, par les médecins, dentistes, optométristes, podiatres et sages-femmes exerçant en cabinet privé, par les pharmaciens communautaires, par les intervenants exploitant un service ambulancier, un laboratoires médical et par la RAMQ.

³⁷ Les dispositions de la loi relatives aux services régionaux de conservation des renseignements cliniques ne sont pas encore en vigueur. Elle le seront par décision du ministre.

À quelles fins ces renseignements seront-ils conservés ?

Les renseignements cliniques seront conservés aux seules fins de la prestation de services de santé et de services sociaux. Ainsi, les assureurs privés, la CSST et la SAAQ ou tout autre organisme n'y auront pas accès, même si l'utilisateur y consent.

Quelles seront les conditions requises pour que les renseignements soient conservés au niveau régional ?

L'utilisateur dont les renseignements pourront être ainsi conservés devra être une personne assurée auprès de la RAMQ, ce qui exclut les personnes habitant une autre province ou un autre pays ainsi que les nouveaux arrivants.

L'utilisateur devra avoir consenti à ce que les renseignements qui le concernent soient conservés. Son consentement devra être libre, manifeste et éclairé. Il sera valable pour cinq ans et sera renouvelable.

Quel sera le processus de conservation des renseignements ?

Le consentement de l'utilisateur

En premier lieu, l'utilisateur devra consentir *par écrit* à ce que les renseignements cliniques qui le concernent soient conservés au niveau régional. Il devra aussi consentir à ce que ces renseignements soient ensuite reçus par tout intervenant habilité³⁸ qui lui donne des services de santé et communiqués par ce dernier à l'agence ou à l'établissement concerné.

Avant d'exprimer son consentement, *l'utilisateur devra être informé des éléments suivants* : les objectifs, la finalité du consentement, le fonctionnement général des services de conservation, la durée du consentement, la possibilité de le révoquer en tout temps, les personnes autorisées à recevoir son consentement ou sa révocation.

Le consentement sera valable pour l'ensemble du territoire québécois et pour l'ensemble des renseignements conservés au niveau régional.

³⁸ Voir le tableau de la page 31 pour la liste de ces intervenants habilités.

Le consentement pourra être reçu par le CSSS ou par les personnes suivantes :

- les médecins ;
- les pharmaciens ;
- les infirmières qui exercent en établissement du réseau ou dans un cabinet privé exploité par un médecin ;
- les candidats à l'exercice d'une profession, immatriculés auprès de leur ordre professionnel, qui exercent dans un établissement du réseau, dans un cabinet de médecin ou dans une pharmacie.
- une personne à l'emploi ou sous la direction d'un médecin, d'un pharmacien, ou d'un établissement du réseau.

Les étapes ultérieures

- La personne qui recevra le consentement l'acheminera par voie électronique à la RAMQ, qui deviendra dépositaire des consentements. Elle conservera le document écrit qui fait preuve du consentement ou de la révocation de consentement et en remettra copie à l'utilisateur concerné.
- La RAMQ établira et tiendra à jour le fichier des consentements et des révocations de consentements qui lui auront été transmis. Sur demande, elle confirmera, à tout intervenant habilité à recevoir ou à transmettre des renseignements cliniques, l'existence d'un consentement ou d'une révocation et la date d'échéance du consentement.
- L'intervenant habilité qui, par la suite, donnera des services à cette personne, acheminera au service de conservation de sa région les renseignements qui pourront être conservés ou, selon le cas, une demande d'accès à ces renseignements.

Pour accéder à ces renseignements, l'intervenant devra détenir un certificat numérique et un profil d'accès. Sa demande devra être accompagnée du numéro d'identification unique de l'utilisateur concerné et d'une confirmation de la validité de l'existence de son consentement. Toutes les demandes d'accès seront enregistrées.

Voici les catégories d'intervenants habilités qui pourront accéder aux services régionaux de conservation ou y communiquer des renseignements cliniques :

- les médecins, dentistes, optométristes, podiatres et sages-femmes qui exploitent un cabinet privé de professionnels ou qui exercent leur profession pour un établissement du réseau ;
- les pharmaciens communautaires et ceux qui exercent leur profession dans un établissement du réseau ;
- les personnes à l'emploi ou sous la direction de ces professionnels et dont les fonctions nécessitent un accès aux services régionaux de conservation ;
- les infirmières qui exercent leur profession dans un établissement du réseau ou dans un cabinet exploité par un des professionnels susmentionnés³⁹ ;
- les infirmières auxiliaires qui exercent dans un établissement du réseau ;
- les candidats à l'exercice d'une profession, immatriculés auprès de leur ordre professionnel, qui exercent dans un établissement du réseau, un cabinet privé de professionnels ou dans une pharmacie communautaire ;
- les archivistes médicales qui exercent dans un établissement du réseau ;
- les techniciens ambulanciers ;
- le titulaire d'un permis de laboratoire médical ;
- les employés de la RAMQ, pour la transmission aux services régionaux de conservation de renseignements sur les médicaments.

- Avant de communiquer les renseignements, le service de conservation régional effectuera différentes vérifications (identité de l'utilisateur concerné, validité de son consentement, identité de l'intervenant qui demande l'accès aux renseignements, son droit d'accès, établi en fonction de son profil d'accès et de son certificat numérique).
- Les informations seront transmises à l'intervenant habilité.

³⁹ Ce groupe ne comprend pas les infirmières exploitant un cabinet privé de professionnels.

3.3. LES MOYENS PERMETTANT D'ASSURER LA SÉCURITÉ JURIDIQUE DES INFORMATIONS TRANSMISES PAR VOIE ÉLECTRONIQUE (ART. 520.3.3 ET SUIV.)

La Loi 83 contient de nouvelles dispositions qui permettent un accès hautement sécurisé aux informations transmises par voie électronique et ce, dans le but de réaliser des échanges électroniques fiables et sûrs. À cette fin, elle prévoit des moyens qui permettent d'assurer la confidentialité et l'intégrité des transactions électroniques et de vérifier l'identité des intervenants qui y ont recours. Les principaux instruments prévus à cet égard sont le certificat numérique et le profil d'accès.

Ainsi, pour accéder aux renseignements conservés au niveau régional, le professionnel ou autre intervenant habilité devra s'être vu attribuer un profil d'accès et détenir un certificat numérique.

Qu'est-ce qu'un certificat numérique ?

La loi prévoit des services de certification numérique obligatoire pour utiliser les actifs informationnels du réseau sociosanitaire. Le certificat numérique est une attestation informatique permettant d'identifier son titulaire ainsi que la signature de l'autorité qui l'a délivré.

À quoi sert le certificat numérique ?

Le certificat numérique permet à son titulaire d'utiliser les actifs informationnels du réseau de la santé ou de la RAMQ, notamment de recevoir et de transmettre des renseignements qui pourront être conservés au niveau régional. Il lui permet aussi de signer, au sens juridique du terme, les documents technologiques qu'il transmet lorsque sa signature professionnelle est requise. Il permet aussi d'assurer l'intégrité d'un document transmis par voie électronique et des renseignements qu'il contient.

Qui peut délivrer le certificat numérique ?

Les certificats requis pour utiliser les actifs informationnels du réseau de la santé ou de la RAMQ sont délivrés par un organisme qui offre des services de certification sur demande d'un gestionnaire des profils d'accès.

Pourront offrir ces services de certification les organismes publics ou les ordres professionnels, désignés par le Conseil du trésor, sur recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux. Le prestataire de services de certification pourra conclure une entente avec un tiers pour la prestation de ces services et, dans ce cas, il devra faire approuver l'entente par le ministre.

Le certificat numérique ne pourra être utilisé qu'à l'intérieur du réseau de la santé, sauf pour une recherche au Registre de la Chambre des notaires relativement aux dons d'organes et de tissus et aux directives de fin de vie⁴⁰.

Les profils d'accès

Les droits d'accès des divers intervenants de santé seront regroupés en profils. Ces profils d'accès détermineront les catégories de renseignements cliniques accessibles à ces intervenants, en fonction notamment de leur qualification professionnelle (y compris le droit de prescrire), des fonctions qu'ils assument, du lieu où ils exercent leur profession ou leurs fonctions et de la catégorie de renseignements concernée. Les différents profils d'accès sont déterminés par règlement du gouvernement, qui à cette fin doit prévoir des profils d'accès génériques.

Les gestionnaires des profils d'accès

Au sein de chaque organisation, un gestionnaire de l'attribution des profils d'accès est appelé à assigner aux intervenants qui y exercent leur profession le profil d'accès auquel ils ont droit, en vertu de ces normes réglementaires.

Peuvent être gestionnaires des profils d'accès :

- les médecins, dentistes, pharmaciens, optométristes et sages-femmes qui exploitent un cabinet privé de professionnels ;
- les personnes qui exploitent un service ambulancier ou qui sont autorisées à agir en son nom ;
- les personnes qui exploitent un laboratoire médical;
- les autorités compétentes au sein d'un établissement du réseau⁴¹, d'une agence, de la RAMQ, d'un cabinet privé de professionnels, d'un laboratoire médical, d'un centre de communication santé, d'un service ambulancier ;
- toute autre personne morale ou organisme du secteur de la santé et des services sociaux désignés par règlement du gouvernement.

⁴⁰ Art. 520.3.8 de la LSSSS.

⁴¹ La DSI, la RSI ou le DSP peuvent faire partie de ces autorités compétentes.

4. LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES (ART. 346.0.1 ET SUIV.)⁴²

Compte tenu du nombre grandissant de personnes âgées qui ont recours aux résidences privées d'hébergement pour y trouver un milieu de vie et obtenir certains services, ainsi que de l'absence de moyens qui permettraient d'assujettir ces résidences à des normes de qualité en regard des soins et services offerts à cette clientèle, la Loi 83 introduit un mécanisme de certification obligatoire pour toutes les résidences pour personnes âgées.

Depuis 2002, la loi obligeait déjà tout exploitant d'une résidence pour personnes âgées à **produire une déclaration à l'agence** de la santé et des services sociaux de son territoire. À cet effet, les agences sont tenues de constituer et de tenir à jour un **registre des résidences pour personnes âgées** situées sur leur territoire.

Pour assurer aux personnes qui résident dans ces milieux des services sécuritaires et de qualité, la loi obligera tous les exploitants de résidences pour personnes âgées à **obtenir un certificat de conformité, délivré par l'agence**. Le non-respect de cette obligation fera en sorte que l'exploitant pourra être trouvé coupable d'une infraction assortie d'une amende. Cette disposition constitue un incitatif important pour faire la démarche de certification.

Pour obtenir la certification, l'exploitant devra respecter un ensemble de critères sociosanitaires et d'autres exigences, qui seront déterminés par règlement du gouvernement⁴³. Pour rendre plus souple l'application des conditions d'obtention d'un certificat de conformité, il est prévu que ces critères et exigences pourront varier selon la taille de la résidence et que des résidences pourront être exemptées de se soumettre à certains critères⁴⁴.

⁴² Les dispositions de la loi relatives à la certification des résidences pour personnes âgées ne sont pas encore en vigueur. Elles le seront à la date que le gouvernement fixera par décret.

⁴³ Ce règlement est en préparation. Les autres exigences pourront prévoir que l'exploitant doit respecter les droits et règlements applicables qui relèvent d'autres juridictions, telles que l'autorité municipale, la Régie du bâtiment, la Régie du logement.

⁴⁴ L'OIIQ a formulé des commentaires sur ce volet dans son *Avis sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux en vue de l'adoption d'un règlement relatif aux critères sociosanitaires devant servir à la certification de conformité des résidences pour personnes âgées* (février 2006). Vous pouvez consulter ce document sur le site Web de l'OIIQ.

L'agence sera responsable de délivrer le certificat de conformité et de le renouveler tous les deux ans. Elle délivrera un certificat si, après vérification, elle juge que l'exploitant remplit les conditions requises pour son obtention. Pour procéder à cette vérification, l'agence devra conclure une entente avec un CSSS ou avec un organisme, désignés par le ministre pour procéder à cette vérification. La certification sera valide pour deux ans et pourra être renouvelée si l'exploitant satisfait aux conditions prévues par règlement.

L'agence sera aussi dotée d'un pouvoir d'inspection qui lui permettra de vérifier dans quelle mesure le titulaire d'un certificat se conforme aux conditions prévues par la loi pour maintenir son certificat. Avant de procéder à une inspection, l'agence devra informer le titulaire concerné afin qu'il puisse présenter ses observations.

Dans le cas du non-respect des critères et des exigences, l'agence pourra demander à l'exploitant de la résidence d'apporter les correctifs nécessaires ou encore procéder à la suspension ou à la révocation du certificat ou refuser de renouveler ce dernier, après en avoir informé la personne concernée.

La personne à qui on aura refusé la délivrance d'un certificat de conformité ou le titulaire dont le certificat aura été suspendu ou révoqué ou son renouvellement, refusé pourra s'adresser au Tribunal administratif du Québec pour contester la décision de l'agence.

Aucun établissement public ne pourra diriger un usager vers une résidence pour personnes âgées si son exploitant ne détient pas de certificat de conformité.

Les résidents pourront porter plainte auprès de l'agence concernant les services offerts par leur résidence. Le Vice-Protecteur du citoyen aura le pouvoir d'intervenir dans ces résidences.

BIBLIOGRAPHIE

Les informations présentées dans ce document sont tirées des sources suivantes :

1. Textes législatifs :

- *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (projet de loi n° 83), L.Q. 2005, chap. 32.
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L. R. Q., chap. S-4.2.
- *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, L.Q. 2003, chap. 21.

2. Étude détaillée du projet de loi 83 dans le cadre des travaux de la Commission des affaires sociales (septembre, octobre et novembre 2005).

3. Documents d'information sur le projet de loi 83 :

- *L'intégration des services de santé et des services sociaux - le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, février 2004.
- *La circulation des renseignements de santé dans le réseau de la santé et des services sociaux tel que proposé par le projet de loi 83*, document d'information, MSSS, février 2005.
- M^e C. Lepage de l'étude Monette, Barakett, Lévesque, Bourque, Pedneault, *Des changements et des dates à retenir*, dans *Chronique juridique (droit de la santé)*, vol. 2, no.1, mars 2006.

4. Acétates utilisés par le MSSSS pour les présentations du projet de loi 83 :

- « L'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux - principaux éléments du projet de loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives », 9 décembre 2004
- « Dossier de santé électronique interopérable du Québec », présentation au CARISS, 22 novembre 2005
- « L'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux - le projet de loi 83 "Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives" », version 1.1, novembre 2005 (document de travail).

NOUVELLE COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS

Collèges	Instance locale et CHSLD (199 – 129)	CR ou CPEJ (120, 121, 124, 125 – 130)	CHSGS (CHU, IU ou CAU) (126 – 133)	CH (126 – 131)
Par la population	4	4	2	4
Par le comité des usagers	2	2	2	2
Par le département régional de médecine générale (1 médecin cabinet privé)	1	-	-	-
Par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	1	1	1	1
Par le conseil des sages-femmes	1	-	-	-
Par le conseil des infirmières et infirmiers	1	1	1	1
Par le conseil multidisciplinaire	2 (1-social)	1 ou 2 (si pas CMDP) ou 3 (si pas CII ni CMDP)	1	1
Par le personnel non clinique	1	1	1	1
Par les fondations	1	1	2	1
Par les membres de la personne morale désignée par le ministre	1	1	2	1
Par les universités affiliées	1 (CAU) 2 (IU)	1 (CAU) 2(IU)	3 (CAU) 4 (CHU ou IU)	-
Par l'agence (liste de noms fournie par établissements de la région ayant conclu une entente de coordination de services)	2	2	2	2
Par le ministre	1 (CAU ou IU)	1(CAU ou IU)	1	-
Par la cooptation (compétences en gestion – au moins 1 personne organismes communautaires)	2	2	3	3
Directeur général	1	1	1	1

Ce tableau est tiré du document suivant : « Des changements et des dates à retenir », M^e Christiane Lepage, de l'étude Monette, Barakett, Bourque, Pedneault, dans : « Chronique juridique (Droit de la santé) », 2006 Vol. 2, n^o 1.