

Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés – COVID-19

Portrait de la gouvernance des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées en milieux d'hébergement et contrôle de la qualité de ces services

Novembre 2021

Portrait de la gouvernance des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées en milieux d'hébergement et contrôle de la qualité de ces services

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Commissaire à la santé et au bien-être

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
ISBN : 978-2-550-91732-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Commissaire

Joanne Castonguay

Commissaire à la santé et au bien-être

Recherche et rédaction

Dereck Dumont

Agent de recherche

Sarah Thibodeau

Agente de recherche

Mélanie Bourassa Forcier

Direction de la recherche et co-auteure

Professeure titulaire et directrice des programmes de droit et politiques de la santé et de droit et sciences de la vie à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke

Révision linguistique

Jonathan Aubin

Édition

Direction des communications

Graphisme

Alphatek

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	7
1. INTRODUCTION	9
2. GOUVERNANCE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES	10
2.1. Architecture des services de santé et des services sociaux.....	10
2.2. Gouvernance à deux paliers	11
2.3. Gouvernance des partenaires du réseau offrant des services d'hébergement aux personnes âgées.....	19
3. MÉCANISMES DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES	20
3.1. Permis CHSLD, ententes RI-RTF et certification RPA	20
3.2. Mécanismes de vigie.....	24
3.3. Mécanismes d'évaluation à la suite d'une plainte	25
3.4. Comités institutionnels	26
3.5. Ordres professionnels	26
3.6. Évaluation des causes de certains décès : le coroner	28
3.7. Évaluation des conditions de travail des employés du réseau : la CNESST	28
4. EN BREF	29
Gouvernance des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées hébergées.....	29
Mécanismes de contrôle de la qualité des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées hébergées.....	29
BIBLIOGRAPHIE	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Récapitulatif des rôles et des responsabilités des acteurs	16
Tableau 2	Vue d'ensemble des obligations des RPA prévus au <i>Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés</i>.....	22

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

CHSLD	centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII	conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	centre local de services communautaires
CMDP	conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
LMRSSH	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i>
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
LSST	<i>Loi sur la santé et la sécurité du travail</i>
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
RI	ressource intermédiaire
RLS	réseaux locaux de services
RPA	résidence privée pour aînés
RTF	ressource de type familial
RTS	réseau territorial de service
SAD	soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie de la personne âgée

1. INTRODUCTION

Ce portrait vise, en premier lieu, à présenter la gouvernance du système de santé québécois, particulièrement en ce qui a trait aux soins et aux services destinés aux personnes âgées en hébergement. La structure organisationnelle ainsi que les rôles des différents acteurs en lien avec ces services seront mis de l'avant. L'équipe du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) publie le présent portrait comme un document de référence pour la population, en accompagnement du rapport produit dans le cadre de son mandat spécial.

Le CSBE entend par gouvernance l'ensemble des institutions, formelles et informelles, selon lesquelles les intérêts des membres de la société sont articulés, les ressources de celles-ci sont gérées et le pouvoir est exercé. Le rôle de la gouvernance est de traduire la volonté de la société en objectifs; d'établir les politiques, les orientations et les stratégies pour y répondre; et de superviser et de soutenir leur mise en œuvre.

Par ailleurs, la présente annexe énumère et définit les principaux mécanismes permettant un contrôle de la qualité des services offerts aux personnes âgées hébergées. Ces mécanismes sont très variés, certains étant présents uniquement dans le système de santé, alors que d'autres sont plus généraux et s'appliquent à différentes composantes de la société, y compris le système de santé.

2. GOUVERNANCE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES

2.1. Architecture des services de santé et des services sociaux

Au Québec, les activités du système de santé sont divisées en deux grandes catégories de programmes, soit les programmes-services (anciennement les programmes-clientèles) et les programmes-soutien. Les programmes-services ont pour objectif de répondre aux besoins de personnes qui partagent une problématique commune ou, plus largement, de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux. Les programmes-soutien, quant à eux, sont de nature administrative et technique et viennent en appui aux différents programmes-services.

Les programmes-services sont fondés sur la notion de besoin. Ce programme regroupe donc l'ensemble des services de première, de deuxième et de troisième lignes ainsi que des activités permettant de répondre aux besoins de la population ou à un profil de besoin d'un groupe de la population. Il faut toutefois préciser que certains services ou activités peuvent être partagés entre différents programmes.

Cette architecture fournit un cadre pour la planification, la budgétisation¹, l'allocation des ressources et la reddition de comptes. Plus précisément, le fonctionnement par programme-services vise à :

- « orienter l'organisation des services de santé et des services sociaux selon les besoins de la population et selon les profils de besoins des groupes de personnes aux prises avec une problématique particulière ;
- fournir un cadre intégrateur pour la planification (politiques et orientations), pour l'allocation des ressources financières et pour la reddition de comptes ;
- favoriser le réseautage, soit l'organisation des services en continuum, et ce, au-delà des frontières institutionnelles ou professionnelles ;
- permettre aux régions d'exercer des choix sur les modalités de prestation et d'organisation des services ainsi que sur la distribution des ressources » (MSSS, 2005).

2.1.1. Programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Les soins de longue durée offerts aux aînés s'inscrivent dans le programme-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Ainsi, les services de santé et les services sociaux destinés aux personnes âgées hébergées sont offerts dans le cadre de ce programme. Celui-ci couvre l'ensemble des soins et des services destinés aux personnes en perte d'autonomie, et ce, peu importe leur lieu de prestation. Pour ce groupe de la population, la visée n'est pas nécessairement la guérison, mais plutôt la compensation de la détérioration des conditions de santé, le potentiel résiduel et la sécurité de la personne dans son milieu de vie. L'accès aux soins et aux services de longue durée est universel et est déterminé par les besoins de la personne.

Le financement du programme SAPA repose sur la fiscalité générale. En 2019-2020, les dépenses du programme SAPA s'élevaient à 4,3 milliards de dollars, ce qui représentait 16,5 % des dépenses de programmes (MSSS, 2021). Le programme SAPA occupe ainsi le deuxième poste de dépense derrière le programme Santé physique. Pour chaque programme, dont

1. Il demeure qu'une part importante des enveloppes budgétaires destinées aux établissements est octroyée sur une base historique plutôt que par programme-services (MSSS, 2005).

le programme SAPA, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) envoie une enveloppe budgétaire pour financer les activités desdits programmes. Le programme SAPA et son financement couvrent deux principaux volets : le soutien à domicile (SAD) et l'hébergement (en CHSLD ou en RI-RTF).

Les orientations du programme SAPA et la mise en œuvre des activités reposent sur différents acteurs de notre système de santé, lesquels sont répartis en deux paliers.

2.2. Gouvernance à deux paliers

Il importe de rappeler que la configuration du système de santé par programmes sert de cadre aux orientations ministérielles et à l'organisation des services par les CISSS ou CIUSSS. Les programmes-services permettent ainsi aux différentes régions d'exercer des choix quant aux modalités de prestation et d'organisation des services. Il s'agit également d'une manière de laisser une latitude aux régions dans la manière de distribuer les ressources.

Le champ des services et des activités couverts par le programme SAPA est excessivement vaste. On ne retrouve donc pas actuellement une politique unique pour ce programme. En effet, les services et les activités sont régis par de nombreuses lois, politiques, orientations et cadres de référence. Cet exercice d'orientation et de mise en œuvre des services et des activités du programme SAPA se fait en conformité avec le modèle de gouvernance du réseau de la santé.

Le modèle de gouvernance du réseau de la santé se compose de deux paliers : le palier national constitué par le MSSS ainsi que le palier régional avec les CISSS et les CIUSSS². Ce système à deux niveaux hiérarchiques est en place depuis l'adoption en 2015 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* (LMRSSS). Avec cette réforme, les fonctions autrefois assumées par les agences régionales ont été redistribuées entre le MSSS et les CISSS ou les CIUSSS.

2.2.1. Ministère de la Santé et des Services sociaux

Au palier national, le MSSS demeure l'autorité déterminant les priorités d'action et d'intervention, les objectifs et les orientations en matière de santé et de services sociaux. L'ensemble des politiques de santé et leurs stratégies de mise en œuvre forment un processus permettant d'aligner les priorités nationales sur les besoins réels de santé de la population québécoise. De telles politiques visent l'adhésion des CISSS et des CIUSSS, mais également de différents partenaires, de la population et des instances privées.

Le MSSS établit les grandes orientations stratégiques du système de santé dans son plan stratégique. Ce plan pluriannuel fait état des objectifs et des axes d'intervention retenus, des résultats visés et des indicateurs de performance pour la mesure de l'atteinte des résultats. Plusieurs autres publications du MSSS, telles que des politiques, des cadres de référence et des documents d'orientation, énoncent également les objectifs et les orientations auxquels le réseau de la santé doit adhérer.

Pour ce qui est du programme SAPA, le dernier plan stratégique ministériel³ mise sur l'augmentation des services de soutien à domicile en poursuivant les efforts visant l'amélioration de la pertinence, de l'accessibilité et de l'intensité des services en fonction des besoins de la clientèle. Également, pour s'assurer que le système de santé répond mieux

2. Les établissements publics non fusionnés font également partie du palier régional. Dans le cadre du mandat, comme ces établissements ne sont pas responsables du programme SAPA, ils sont exclus de notre modèle.

3. Dans le contexte actuel de la COVID-19, le plan stratégique ministériel a fait l'objet d'un addenda en février 2021. Certaines cibles et certains indicateurs ont été revus.

aux besoins de la population, le plan stratégique ministériel mise, pour les CHSLD, sur l'adoption d'un modèle axé sur les choix et les préférences des résidents et de leurs proches. Ce plan stratégique compte aussi sur le déploiement de places en maison des aînés et en milieux de vie alternatifs, sur le déploiement de la Politique nationale pour les personnes proches aidantes, sur la publication d'une politique sur l'hébergement et les soins de longue durée ainsi que sur l'augmentation de l'offre de services de soutien à domicile.

Finalement, le MSSS veille au contrôle et à la répartition des ressources humaines, financières et matérielles à l'intérieur du système de santé, et ce, de manière équitable entre les régions. Sur le plan des soins de longue durée, le MSSS alloue une enveloppe budgétaire aux CISSS et aux CIUSSS sur la base du programme SAPA.

La structure de gouverne du MSSS

Le ministre de la Santé et des Services sociaux (« ministre ») est la personne chargée de la direction et de l'administration du MSSS. Sous la responsabilité du ministre, le sous-ministre du ministère de la Santé et des Services sociaux (« sous-ministre ») administre les affaires courantes du MSSS, surveille ses employés et gère les ressources humaines. Le sous-ministre doit exercer ces responsabilités en favorisant la délégation. Au MSSS, cette délégation se traduit par une équipe de 14 sous-ministres associés ou adjoints⁴. Chaque sous-ministre associé ou adjoint est à la tête d'une direction générale.

Un des postes de sous-ministres adjoints du MSSS doit être occupé par le Directeur national de santé publique, qui a pour fonction de conseiller et d'assister le ministre et le sous-ministre dans leurs responsabilités liées à la santé publique. Le Directeur national de santé publique dirige ainsi la Direction générale de la santé publique (DGSP). Parmi les autres directions générales, on trouve notamment celle chargée de l'aspect clinique, soit la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), ainsi que celle responsable du programme SAPA, soit la Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA).

Les orientations du MSSS guident les actions des CISSS et des CIUSSS

Le MSSS exerce sa mission d'améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise en partageant certaines responsabilités avec les CISSS et les CIUSSS répartis sur le territoire québécois. De ce fait, pour assurer l'alignement des acteurs avec les orientations ministérielles, le ministre conclut avec chacun des CISSS et des CIUSSS une entente de gestion et d'imputabilité.

Cette entente, qui vise la mise en œuvre des orientations stratégiques déterminées par le ministre, prévoit la mission des CISSS et des CIUSSS, les objectifs pour la durée de l'entente et les principaux indicateurs permettant de rendre compte des résultats atteints. Plus précisément, cette entente « traduit les attentes que doit satisfaire [les CISSS et les CIUSSS] concernant l'offre de services » (MSSS, 2019).

À la suite de la conclusion de l'entente de gestion et d'imputabilité avec le ministre, les CISSS et les CIUSSS doivent « élaborer un plan d'action qui contient les moyens pris pour donner suite à l'entente et les ressources disponibles pour y arriver » (LRMSSS, art. 55, al. 3). Ce plan d'action doit donc permettre la mise en œuvre des orientations fixées par le ministre.

4. En date du 8 mars 2021.

Annuellement, la présidence du conseil d'administration (CA) et la présidence-direction générale (PDG) des CISSS et des CIUSSS rendent compte auprès du ministre des résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus dans le plan d'action et dans l'entente de gestion et d'imputabilité. Les CISSS et les CIUSSS doivent également préparer un rapport annuel de gestion présentant notamment les résultats atteints en lien avec les objectifs prévus dans l'entente de gestion et d'imputabilité.

2.2.2. CISSS et CIUSSS

Les CISSS et les CIUSSS⁵ sont notamment responsables d'offrir l'ensemble des services à la population et de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, dans le respect des enveloppes allouées par programme-services. Les CISSS et les CIUSSS jouent donc un rôle majeur dans la mise en œuvre du programme SAPA. Les CISSS et les CIUSSS offrent leurs services par le biais de différentes installations ayant chacune une mission particulière : centre hospitalier, centre local de services communautaires (CLSC), centre de réadaptation, CHSLD et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

Chacun des CISSS et des CIUSSS exerce ses fonctions dans le territoire dont il est responsable, soit un réseau territorial de services (RTS). Les RTS se divisent ensuite en réseaux locaux de services (RLS). La division en RLS vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin que des services de proximité soient offerts de façon continue et intégrée à l'ensemble de la population québécoise.

La responsabilité populationnelle

Les CISSS et les CIUSSS ont la responsabilité de s'assurer que des services de santé et des services sociaux de qualité sont offerts à la population de leur RTS, et ce, en fonction de ses besoins et réalités. Ainsi, afin de remplir cet objectif principal, les CISSS et les CIUSSS doivent, en plus de dispenser différents services de santé et services sociaux, coordonner la prise en charge de la population dont ils sont responsables; il s'agit du principe de la responsabilité populationnelle. L'offre de services du programme SAPA peut ainsi varier d'un RTS à l'autre, considérant les besoins et les caractéristiques propres à la population de ce territoire.

La responsabilité populationnelle vise à mieux répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population, à mieux anticiper ses besoins, à adapter une offre de services, à développer des réponses innovantes en partenariat, à diminuer la demande de soins grâce aux interventions en amont, en agissant sur les déterminants de la santé, et à outiller les gens et les collectivités pour qu'ils prennent leur santé en main.

Généralement, le CISSS ou le CIUSSS ne peut à lui seul offrir l'ensemble des services du programme SAPA permettant de répondre aux besoins de sa population en perte d'autonomie. Pour assurer la dispensation de services intégrés et adaptés aux aînés en perte d'autonomie, les CISSS et les CIUSSS doivent collaborer avec les différents partenaires de leur RTS. Ainsi, chaque CISSS ou CIUSSS et ses partenaires partagent une responsabilité à l'égard d'une offre de services complète correspondant aux besoins de sa population et visant à favoriser le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être des aînés de son territoire. Cette responsabilité dite populationnelle s'exerce en rendant accessible un ensemble d'interventions et de services à proximité du milieu de vie des personnes.

Pour assurer une prise en charge complète et intégrée de la population en perte d'autonomie sur leur territoire, les CISSS et les CIUSSS doivent notamment conclure des ententes avec

5. Les établissements non fusionnés sont également responsables d'offrir des soins et des services de santé. Dans le cadre du mandat, comme ces établissements ne sont pas responsables de milieux de vie, ils sont exclus de notre modèle.

les partenaires du réseau présents sur leur RTS, notamment les entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (EÉSAD) et les CHSLD privés non conventionnés. Ils ont également la responsabilité de délivrer certaines certifications, comme celle nécessaire à l'exploitation d'une résidence privée pour aînés (RPA).

Pour s'acquitter de leur responsabilité populationnelle, les CISSS et les CIUSSS doivent accompagner les différents acteurs du RTS dans la réalisation de leur mandat et s'assurer de prendre les mesures appropriées pour que les exigences législatives et réglementaires soient remplies. Ils doivent également assurer une vigie et un suivi de la qualité des soins et des services offerts par les partenaires, notamment les CHSLD privés, les RI-RTF et les RPA. Ainsi, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le CA ainsi que son comité de vigilance et de la qualité sont des acteurs clés dans la réalisation de cette obligation des CISSS et des CIUSSS.

Malgré l'existence de la responsabilité populationnelle des CISSS et des CIUSSS, il n'est pas clair si ceux-ci disposent des leviers nécessaires pour être imputables de l'atteinte ou non des résultats souhaités ou visés pour leur RTS. En effet, dans le continuum de soins et de services aux personnes âgées, on trouve plusieurs organisations qui ne sont pas sous l'autorité directe des CISSS et des CIUSSS et dont les liens avec ces établissements ne sont pas clairement définis.

La structure de gouverne

Les CISSS et les CIUSSS sont administrés par des CA dont la composition est régie par la loi. Le CA est responsable notamment du déploiement d'une offre de services qui est optimale, équitable et adaptée aux besoins de sa population. De plus, voici les principaux mandats attribués par la loi au CA d'un CISSS ou d'un CIUSSS :

- « s'assurer de l'accessibilité aux services de l'établissement sur l'ensemble du territoire sous sa responsabilité;
- s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
- s'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- s'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- s'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
- s'assurer du suivi de la performance et de la reddition de comptes des résultats » (*Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après « LSSSS »), art. 172).

Le CA doit être en lien avec les priorités ministérielles, et conséquemment assurer une organisation des services qui respecte les orientations nationales. Trois comités doivent obligatoirement être mis sur pied dans les CA des CISSS et des CIUSSS, à savoir un comité de gouvernance et d'éthique, un comité de vérification ainsi qu'un comité de vigilance et de la qualité. Chacun de ces comités a des mandats légaux bien précis :

- Comité de gouvernance et d'éthique : Ce comité a notamment pour fonction d'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement et de rédiger un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du CA.
- Comité de vérification : Le comité de vérification ou d'audit s'assure qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement est mis en place et en assure le suivi, examine les états financiers avec le vérificateur nommé par le CA et veille également à ce que des mécanismes de contrôle interne adéquats et efficaces soient mis en place.
- Comité de vigilance et de la qualité : Ce comité est responsable d'assurer auprès du CA le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur des usagers (Protecteur du citoyen) en matière de santé et de services sociaux. Ce comité veille également à ce que le CA s'acquitte de manière efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services.

Le CA d'un CISSS ou d'un CIUSSS doit également voir à la formation du Comité de gestion des risques. Ce comité ne se compose toutefois pas de membres du CA, contrairement aux trois comités mentionnés précédemment, à l'exception du PDG ou de son représentant. Ce comité est responsable de déterminer et d'analyser les risques d'accident et d'incident afin de recommander au CA des mesures pour diminuer les risques et prévenir les accidents et les incidents.

Pour ce qui est des affaires courantes des CISSS et des CIUSSS, elles sont administrées par le PDG. Celui-ci est responsable du fonctionnement de son CISSS ou CIUSSS et doit veiller à ce que les décisions du CA soient exécutées. Le PDG peut être assisté dans ses fonctions par un président-directeur général adjoint (PDGA). Plus largement, les affaires des CISSS et des CIUSSS sont sous la gouverne d'une équipe de direction, laquelle se compose du PDG, du PDGA, des directeurs généraux adjoints ainsi que des directeurs à la tête des nombreuses directions des CISSS et des CIUSSS, notamment une direction des services professionnels, une direction des ressources financières, une direction des soins infirmiers, une direction de santé publique, une direction de la protection de la jeunesse ainsi qu'une direction du programme SAPA.

Tableau 1 : Récapitulatif des rôles et des responsabilités des acteurs

Acteurs	Rôles et responsabilités
Palier national	
Ministre et MSSS	Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. Le MSSS est responsable de la performance globale du système de santé. Le MSSS établit les grandes orientations stratégiques du système de santé dans son plan stratégique pluriannuel. Il est notamment responsable : • d'établir les politiques de santé et de services et de voir à leur mise en œuvre et à leur évaluation; • d'élaborer un plan stratégique pluriannuel; • de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières entre les régions et de voir au contrôle de leur utilisation; • d'élaborer les cadres de gestion des ressources humaines, matérielles et financières; • d'établir les politiques et les orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux, d'en suivre l'application et d'en faire l'évaluation. Il a la responsabilité de nommer les membres indépendants des conseils d'administration des CISSS et des CIUSSS. Il désigne parmi les membres indépendants le président du conseil d'administration. Il a le pouvoir de recommandation au gouvernement pour la nomination des PDG et PDGA des CISSS et des CIUSSS et des établissements non fusionnés. Le ministre doit conclure les ententes de gestion et d'imputabilité avec chacun des établissements du réseau.

Acteurs	Rôles et responsabilités
Palier régional ⁶	
CISSS et CIUSSS	Les CISSS et les CIUSSS sont responsables : • d'offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes ; • de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils desservent et de s'assurer de l'utilisation économique et efficiente de celles-ci ; • de réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses objectifs, notamment ceux prévus dans l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre ; • de s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau ; • de planifier et de coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales ; • d'assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables ; • d'établir les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis et de conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur réseau territorial de services pour répondre aux besoins de la population ; • d'assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services de leur territoire ; • d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées concernées.

6. Mentionnons que certains établissements sont suprarégionaux (ex. : CHUM) et que, dans les régions de Montréal et de la Montérégie, il y a plus d'un CISSS ou d'un CIUSSS qui assure l'offre de soins et de services intégrés. Ces deux régions présentent conséquemment un modèle de gouvernance distinctif des autres.

Acteurs	Rôles et responsabilités
Conseil d'administration des CISSS et des CIUSSS	Le CA administre les affaires de l'établissement. Il organise les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales. Le CA est responsable de la répartition équitable, dans le respect des enveloppes allouées par programme-service, des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert, et s'assure de leur utilisation économique et efficiente. Le CA doit également s'assurer : • de l'accessibilité aux services de l'établissement sur l'ensemble du territoire sous sa responsabilité ; • de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés ; • du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes ; • de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières ; • de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines ; • du suivi de la performance et de la reddition de comptes des résultats.
PDG des CISSS et des CIUSSS	Le PDG est responsable de l'administration et du fonctionnement de l'établissement. Le PDG veille à l'exécution des décisions du CA. Il s'assure de la coordination et de la surveillance de l'activité clinique au sein de l'établissement. L'évaluation du PDG ne se fait toutefois pas par le CA, mais par le sous-ministre et le ministre. Le PDG reçoit ses objectifs notamment avec l'entente de gestion et d'imputabilité.

Source : Adaptation du tableau 1 du Vérificateur général du Québec (VGQ) (2008), Rôles et responsabilités des acteurs de la gouvernance, chapitre 7, p. 7.

2.3. Gouvernance des partenaires du réseau offrant des services d'hébergement aux personnes âgées

Les CHSLD privés, conventionnés et non conventionnés, les RI-RTF ainsi que les RPA sont les partenaires du réseau qui offrent des services d'hébergement aux personnes âgées.

Pour ce qui est des CHSLD privés, conventionnés et non conventionnés, la LSSSS prévoit que les obligations, fonctions, devoirs et responsabilités du CA des CISSS et des CIUSSS doivent être exercés par le CA de ces établissements privés ou, à défaut, par le titulaire du permis d'exploitation délivré par le MSSS. Ces établissements privés doivent également posséder un comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'un comité de gestion des risques, lesquels ont les mêmes mandats que ceux mis sur pied dans les CISSS et les CIUSSS.

La particularité des RI et des RTF est qu'il s'agit de ressources, et non d'établissements. De ce fait, la gouvernance de ces ressources tombe souvent sous la responsabilité d'un nombre restreint de personnes. Ces personnes doivent alors respecter les obligations prévues dans les ententes avec le MSSS et le CISSS ou le CIUSSS.

Les RPA, quant à elles, sont des résidences privées; leur mode de gouvernance n'est donc pas régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), mais plutôt par le droit commun et d'autres lois particulières. L'exploitant de la RPA doit néanmoins satisfaire aux exigences prévues pour la certification et au *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*.

3. MÉCANISMES DE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES

L'objectif de cette section est de déterminer les mécanismes de contrôle de la qualité de l'offre de soins et de services aux personnes âgées hébergées qui sont en vigueur au Québec.

La LSSSS prévoit que la fonction première des établissements de santé est « d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population » (LSSSS, art. 100).

La qualité des soins et des services renvoie à un niveau d'excellence et de satisfaction au regard de plusieurs dimensions, telles que la sécurité, l'efficacité, le rendement, l'accessibilité, la continuité, l'équité, la pertinence et l'approche centrée sur le patient.

Selon le cadre d'évaluation de la gouvernance élaboré par le CSBE, les mécanismes de contrôle sont les moyens par lesquels on s'assure de l'implémentation des stratégies. Leur but est d'assurer la conformité des comportements des personnes ou des organisations à l'état de choses souhaité, notamment l'utilisation optimale des ressources, l'intégrité des pratiques, la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficacité.

Dans le système de santé québécois, les mécanismes de contrôle de la qualité de l'offre de soins et de services destinés aux personnes âgées sont multiples et variés. Ils émanent, d'une part, de principes normatifs (législation, réglementation, directives, contrats) et, d'autre part, des pratiques et de la culture d'un établissement ou d'une ressource. Chacun d'eux découle ou est représenté par l'énoncé de principe de la LSSSS selon lequel « [t]oute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire » (LSSSS, art. 5).

3.1. Permis CHSLD, ententes RI-RTF et certification RPA

L'octroi de permis aux CHSLD, la création d'ententes avec des partenaires comme les RI-RTF et la certification des RPA représentent le premier mécanisme de contrôle des milieux de vie, que nous qualifions « de base » à la qualité des installations.

3.1.1. Permis – CHSLD

Afin de pouvoir exploiter un CHSLD, il est obligatoire de détenir et de conserver un permis délivré par le ministre. De plus, le titulaire de ce permis doit exercer ses activités en conformité avec ledit permis; à défaut, le ministre pourra ordonner au titulaire de s'y conformer. Le permis délivré par le ministre peut être suspendu ou révoqué.

Notons toutefois, comme le mentionne un guide d'information du MSSS, qu'aucun des mécanismes de contrôle de qualité prévus par la LSSSS ne constitue une condition préalable à l'obtention d'un permis d'exploitation. C'est le CHSLD ou le CISSS ou CIUSSS, dans le cas d'un CHSLD public, qui « doit les mettre en place, le plus rapidement possible, une fois le permis délivré » (MSSS, 2016a).

Pour présenter une demande de permis auprès du MSSS, un CHSLD ou un CISSS ou CIUSSS, dans le cas d'un CHSLD public, doit remplir certaines conditions, notamment :

- « définir les objectifs à atteindre en termes de soins et de services aux usagers, les moyens envisagés et l'organisation des soins et des services proposés ;
- fixer des critères d'admission de la clientèle qui soient cohérents avec les orientations ministérielles ;
- décrire les services offerts, le nombre et la qualification des employés ainsi que les conditions de travail ; [...]
- [avoir] une copie du contrat type à intervenir entre l'utilisateur et l'établissement indiquant clairement les services couverts, les frais supplémentaires hors contrat, les modalités de paiement et les modalités de résiliation [...] » (MSSS, 2016a).

3.1.2. Ententes – RI et RTF

Les RI-RTF doivent être représentées par un organisme qui possède une entente collective ou nationale avec le MSSS. Ces ententes portent notamment sur les montants destinés à donner accès à des programmes et à des services répondant aux besoins des RI-RTF en matière de régimes sociaux, de santé, de sécurité, de formation et de perfectionnement ainsi que sur les conditions minimales et particulières de prestation des services. Dans le cas où une ressource ne serait pas représentée, elle doit appliquer les conditions d'exercice édictées par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Une RI-RTF doit également conclure personnellement une entente spécifique ou particulière avec un CISSS ou un CIUSSS afin que celui-ci puisse lui confier des usagers. Le CISSS ou le CIUSSS va confier un usager à une RI-RTF selon les modalités, les mécanismes et les critères d'accès qui y sont déterminés. Le CISSS ou le CIUSSS conserve certaines responsabilités envers les RI-RTF ainsi qu'envers les usagers. Il a la responsabilité d'exercer les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers susceptibles d'être confiés à une RI-RTF. Le CISSS ou le CIUSSS demeure responsable de la qualité des services professionnels requis par les usagers et dispensés par les RI-RTF.

Dans les ententes conclues avec les RI-RTF, les CISSS et les CIUSSS peuvent ainsi prévoir divers leviers d'intervention ou sanctions en cas de manquement des RI-RTF à leurs obligations.

3.1.3. Certification – RPA

En vertu de la LSSSS et du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*, tout exploitant d'une RPA doit obtenir et conserver un certificat de conformité⁷ délivré par le CISSS ou le CIUSSS du RTS dans lequel elle se situe. Cette certification a pour objectif de reconnaître que les RPA se conforment à leurs obligations prévues au *Règlement*. L'évaluation de la conformité des RPA se fait par l'organisme mandaté par le MSSS pour faire l'inspection des RPA en vue de leur certification, soit Agrément Canada.

Voici une vue d'ensemble des obligations que doit respecter l'exploitant d'une RPA⁸ afin d'obtenir et de conserver son certificat de conformité. Nous notons que ces obligations

7. Pour ce qui est des nouvelles RPA, il est possible d'obtenir une attestation temporaire de conformité, lorsque certaines conditions sont remplies : art. 346.0.2 et 346.0.3 de la LSSSS. Après la délivrance d'une attestation temporaire de conformité, le CISSS ou le CIUSSS amorce le processus de certification : art. 346.0.4.1 de la LSSSS. Au plus tard un an après la délivrance d'une attestation temporaire de conformité, les RPA doivent obtenir un certificat de conformité de la part d'un CISSS ou d'un CIUSSS : art. 346.0.4 de la LSSSS.

8. Les exigences et normes spécifiques prévues au règlement varient selon les catégories de RPA mentionnées dans le portrait sur les milieux de vie pour aînés.

ne concernent pas la qualité des actes cliniques qui pourraient être effectués dans une RPA, sauf en ce qui concerne l'administration de médicaments et la formation du personnel.

Tableau 2 : Vue d'ensemble des obligations des RPA prévus au Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés

Santé et sécurité des résidents
Avoir un système d'appel à l'aide obligatoire.
Posséder un plan de sécurité incendie.
Posséder des procédures d'urgence, notamment lorsqu'il y a un décès, une absence inexpliquée d'un résident, une chaleur accablante, ainsi que pour la prévention des infections et la prévention des chutes.
Avoir une procédure pour les médicaments prescrits aux résidents qui reçoivent des services de distribution ou d'administration de médicaments.
Instaurer un registre d'incident et d'accident permettant la prévention des situations à risques.
Respecter un seuil minimal de personnel requis en tout temps dans la résidence, et ce, selon la taille et la catégorie de la résidence afin d'assurer la sécurité et la qualité des services.
Avoir des mesures d'encadrement des personnes ayant des troubles de comportement.
Établir des procédures normalisées pour aviser les proches et le CISSS ou le CIUSSS du territoire en cas de changement significatif de l'état de santé de la personne âgée.
Mettre en place un code d'éthique précisant les comportements attendus du personnel et de l'exploitant.
Mettre en place des conditions d'accueil pour une personne ayant des troubles cognitifs.
Antécédents judiciaires
Vérifier les antécédents judiciaires du personnel, des bénévoles et des sous-traitants.
Personnel de la résidence
S'assurer que le personnel est formé et qualifié pour répondre aux urgences et pour fournir les soins et les services prévus.
Visites et accès à des services de santé et à des services sociaux
Fournir l'accès à des lieux aménagés pour recevoir des visiteurs en tout temps.
Fournir l'accès à des intervenants de la santé et des services sociaux.
Dossier du résident
Protéger et conserver les renseignements personnels du résident.

Informers les résidents

Informers les résidents sur le processus de plaintes du CISSS ou du CIUSSS responsable du territoire sur lequel la résidence se situe.

Assurer l'accès à un document d'accueil permettant d'obtenir toute l'information pertinente sur la résidence.

Alimentation et loisirs

Offrir des loisirs adaptés aux besoins des personnes âgées.

Offrir des repas qui respectent les recommandations du Guide alimentaire canadien.

Bail

Respecter les règles établies par le Tribunal administratif du logement.

En plus des visites d'inspection d'Agrément Canada, les CISSS ou les CIUSSS et le MSSS peuvent également procéder à des inspections dans les RPA afin de s'assurer, d'une part, que les exigences réglementaires sont respectées et, d'autre part, que l'exploitant de la RPA « évite toute pratique ou situation susceptible de compromettre la santé ou la sécurité des personnes à qui il fournit des services » (LSSSS, art. 346.0.8).

Les CISSS et les CIUSSS doivent refuser la délivrance du certificat de conformité lorsque l'inspection d'Agrément Canada démontre que les exigences réglementaires présentées dans le tableau ci-dessus ne sont pas respectées par la résidence. Le CISSS ou le CIUSSS n'a alors aucune discrétion. Le même principe est applicable lorsque, à la suite de son inspection ou de celle d'Agrément Canada, un CISSS ou un CIUSSS constate qu'une RPA ne se conforme plus à ces exigences réglementaires. Il doit alors révoquer⁹ ou refuser de renouveler le certificat d'un exploitant d'une RPA.

Un CISSS ou un CIUSSS peut également décider de refuser la délivrance, révoquer ou refuser de renouveler un certificat de conformité d'une RPA qui n'apporte pas les modifications demandées, notamment par le biais des recommandations formulées dans le contexte du régime de traitement des plaintes. Un CISSS ou un CIUSSS a les mêmes pouvoirs lorsqu'une RPA « s'adonne à des pratiques ou tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou la sécurité » (LSSSS, art. 346.0.11, par. 5) de ses résidents. Dans ces cas, il s'agit de l'exercice du pouvoir discrétionnaire du CISSS ou du CIUSSS. Ce dernier n'a donc pas l'obligation de refuser la délivrance, de révoquer ou de refuser de renouveler le certificat de conformité.

Lorsque le certificat de conformité n'est pas délivré, est révoqué ou n'est pas renouvelé, une RPA ne peut pas ou ne peut plus exercer ses activités. Dans ces cas, le CISSS ou le CIUSSS doit s'assurer que les aînés vivant dans la RPA ciblée par la mesure obtiennent de l'aide pour se reloger.

9. Les CISSS et les CIUSSS peuvent également révoquer les attestations temporaires de conformité : art. 346.0.11 de la LSSSS.

3.2. Mécanismes de vigie

Afin d'assurer la qualité des soins et des services, des mécanismes de vigie dans les milieux de vie pour aînés ont été instaurés dans le système de santé québécois.

3.2.1. Évaluation des services par un organisme d'accréditation

L'agrément est une accréditation certifiée par un organisme externe et qui offre une reconnaissance publique du fait qu'un établissement se conforme à un ensemble de normes de qualité reconnues. L'agrément signifie aussi que l'établissement s'engage continuellement dans un processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité de ses services.

L'objectif final de l'agrément est d'aider les établissements dans l'amélioration de la qualité des services qu'ils offrent. L'agrément ne concerne pas seulement les services offerts, mais également les processus et les règles qui structurent ces services, de la planification à la gestion des ressources humaines.

Selon la LSSSS, tout établissement doit obtenir l'agrément de ses services de santé et de ses services sociaux auprès d'un organisme d'accréditation reconnu. Ainsi, tous les CISSS et les CIUSSS doivent obtenir un agrément, notamment pour l'exploitation de leurs CHSLD publics. Les CHSLD privés, conventionnés et non conventionnés, doivent également obtenir un agrément. Les RI-RTF et les RPA, quant à elles, ne sont soumises à aucune obligation d'accréditation. Comme mentionné précédemment, les RPA doivent toutefois obtenir un certificat de conformité. Ainsi, dans les milieux de vie pour aînés au Québec, seuls les CHSLD sont soumis à l'obligation d'agrément.

L'agrément est valable pour une durée maximale de cinq ans et l'établissement a l'obligation de s'assurer de le maintenir une fois qu'il l'a obtenu. L'établissement doit également rendre public le rapport de l'organisme d'accréditation. Lorsque les organismes d'accréditation signifient des recommandations à l'établissement, le CA de l'établissement doit assurer un suivi systématique de ces recommandations.

3.2.2. Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie par le MSSS et les vigies pendant la pandémie

Le MSSS bénéficie de différents moyens afin de « veiller à ce que toute personne qui vit dans un milieu de vie substitut rattaché ou faisant partie du réseau public puisse bénéficier de services adéquats et d'un environnement de qualité » (MSSS, s.d.). Les visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie constituent l'un de ces moyens. Ces visites s'effectuent dans deux types de milieux de vie, soit les CHSLD publics, privés conventionnés et privés non conventionnés ainsi que les RI-RTF. Les RPA ne sont pas visées par ce mécanisme de vigie, bien que le MSSS puisse y effectuer des inspections à sa discrétion. Comme mentionné précédemment, les visites d'inspection dans les RPA ne visent pas spécifiquement la qualité des services, mais plutôt le respect des exigences réglementaires et la sécurité des services offerts.

L'objectif des visites d'évaluation de la qualité est « d'évaluer la qualité du milieu de vie, de reconnaître les actions mises en place à cet égard et de formuler des recommandations dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services donnés aux usagers concernés » (MSSS, 2016b).

À la suite de la visite, l'équipe d'évaluation procède à une rencontre de bilan avec la direction de l'établissement et du milieu de vie afin de lui transmettre les principaux résultats de la visite. L'établissement concerné reçoit également un rapport d'évaluation. Ce rapport présente les constats et les recommandations de l'équipe d'évaluation. L'objectif de ce rapport est « d'accompagner et d'aider l'établissement pour qu'il cible des éléments sur lesquels il doit

apporter des correctifs en vue d'améliorer la qualité du milieu de vie des résidents » (MSSS, 2016b). L'établissement doit, par la suite, élaborer et appliquer un plan d'amélioration. Les rapports d'évaluation du MSSS et les plans d'amélioration sont publics.

3.3. Mécanismes d'évaluation à la suite d'une plainte

3.3.1. Commissaire aux plaintes

Tout établissement de santé et de services sociaux ou tout autre organisme, société ou personne avec qui l'établissement a conclu une entente de prestation de soins est soumis à un régime d'examen de plaintes prévu à la LSSSS. En vertu de ce régime, un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (« commissaire aux plaintes ») ainsi qu'un médecin examinateur (ME) sont nommés par le CA de l'établissement. Le commissaire aux plaintes et le ME relèvent directement du conseil d'administration, ce dernier devant s'assurer de préserver leur indépendance.

Le commissaire aux plaintes reçoit toutes les plaintes des usagers de son établissement. Lorsqu'une plainte concerne un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un médecin résident, elle est transférée au ME.

Auparavant, les usagers des CHSLD publics, des RI-RTF ainsi que des RPA devaient déposer leurs plaintes au commissaire aux plaintes du CISSS ou du CIUSSS de leur territoire, alors que les résidents des CHSLD privés, conventionnés et non conventionnés, devaient déposer leurs plaintes au commissaire aux plaintes du CHSLD concerné.

Toutefois, depuis le 1^{er} juin 2021, avec l'entrée en vigueur de la *Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés* (projet de loi n° 52), la responsabilité du régime de plaintes des établissements privés a été transférée au réseau public. Ainsi, les plaintes des usagers des CHSLD privés, conventionnés et non conventionnés, tout comme celles des CHSLD publics, des RI-RTF ainsi que des RPA, sont traitées par le commissaire aux plaintes ou par le ME du CISSS ou du CIUSSS de leur territoire.

Notons aussi que depuis l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, le commissaire aux plaintes est responsable du traitement des plaintes relatives à la maltraitance.

Le commissaire aux plaintes fait annuellement état de ses dossiers traités et des recommandations formulées auprès du CA de l'établissement.

3.3.2. Protecteur du citoyen

Un usager insatisfait du traitement de son dossier par le commissaire aux plaintes peut s'adresser, en deuxième recours, au Protecteur du citoyen, qui agit alors à titre de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Le Protecteur du citoyen pourra alors formuler une ou des recommandations à l'établissement visé par la plainte. Le Protecteur du citoyen peut également agir de son propre chef « s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé ou peut vraisemblablement l'être » (*Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, art. 20).

La LSSSS prévoit par ailleurs que les recommandations du commissaire aux plaintes et du Protecteur du citoyen sont suivies par le comité de vigilance (un comité du CA du CISSS ou du CIUSSS), lequel est notamment composé du commissaire aux plaintes et du PDG.

3.4. Comités institutionnels

La LSSSS impose aux établissements, soit les CISSS et les CIUSSS ainsi que les CHSLD privés, conventionnés et non conventionnés, l'obligation de créer divers comités chargés de veiller à la bonne qualité des soins et des services. Comme mentionné dans la première section de la présente annexe, les CHSLD privés, conventionnés et non conventionnés, doivent former un comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'un comité de gestion des risques. Les CISSS et les CIUSSS, en plus de ces deux comités, doivent également former un comité de gouvernance et d'éthique ainsi qu'un comité de vérification.

3.4.1. Comité des usagers et comité de résidents

Chaque CISSS ou CIUSSS et CHSLD privé, conventionné et non conventionné, doit instituer un comité des usagers. Un CHSLD privé dont les installations se trouvent dans plus d'une région peut toutefois mettre sur pied un seul comité pour ses différentes régions. Le comité des usagers est un comité formé majoritairement d'usagers qui a pour rôle de protéger les droits et les intérêts des usagers et d'améliorer la qualité des services offerts. Pour remplir son mandat, le comité des usagers a notamment pour fonction de renseigner les usagers sur leurs droits et obligations, de recevoir les commentaires des usagers et de les accompagner dans leurs démarches en cas de plaintes. Le comité des usagers doit soumettre annuellement un rapport d'activités au CA de l'établissement. Un représentant du comité des usagers siège au CA du CISSS ou du CIUSSS. Aucune exigence à cet égard ne s'applique aux CHSLD privés.

Dans chaque installation d'un établissement où des usagers sont hébergés, un comité de résidents doit être mis sur pied. Ainsi, dans chaque installation d'un CHSLD public, privé conventionné ou privé non conventionné, un comité de résidents doit être instauré. Ces comités ont principalement le même mandat que le comité des usagers, mais se concentrent seulement sur les résidents de leur installation. Leur rôle est donc de protéger les droits et les intérêts des résidents ainsi que de promouvoir l'amélioration de leurs conditions de vie.

3.4.2. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et conseil des infirmières et infirmiers

Dans chaque CISSS ou CIUSSS, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi qu'un conseil des infirmières et infirmiers (CII) doivent être instaurés. Ces comités sont responsables envers le CA du CISSS ou du CIUSSS d'apprécier et de contrôler la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques, pour le CMDP, et des actes infirmiers, pour le CII. Ces comités peuvent également formuler toute recommandation en lien avec la prestation des actes médicaux, dentaires, pharmaceutiques et infirmiers dans leur établissement.

3.5. Ordres professionnels

Au Québec, le système professionnel rassemble différents acteurs, tels que l'Office des professions et les ordres professionnels.

L'Office des professions (« Office ») est un organisme gouvernemental qui a pour fonction de veiller à ce que chaque ordre professionnel accomplisse son mandat de protection du public. Pour assurer cette mission, l'Office peut vérifier le fonctionnement des divers mécanismes mis en place au sein des ordres professionnels.

Les ordres professionnels sont des organismes qui relèvent de l'Office et qui ont pour mission d'assurer la protection du public en contrôlant l'exercice de la profession par ses membres. Pour assurer leur mission, les ordres professionnels possèdent divers rôles et responsabilités, notamment :

- contrôler la compétence, la conduite et l'intégrité de ses membres ;
- régler l'exercice de la profession ;
- gérer le processus disciplinaire ;
- favoriser le développement de la profession ;
- contrôler l'exercice illégal de la profession ;
- surveiller l'exercice de la profession.

La surveillance de l'exercice de la profession s'effectue, notamment, au moyen d'inspections professionnelles qui ont pour but de vérifier la qualité des services rendus par un professionnel. Les inspections professionnelles « ont une vocation préventive en ce qu'elles visent, pour l'essentiel, à corriger des lacunes ou à remédier à des difficultés observées dans la pratique d'un professionnel, sans qu'il y ait nécessairement eu au préalable une plainte ou un signalement d'un quelconque manquement » (Laverdière, 2018).

Les inspections professionnelles sont effectuées par un comité d'inspection professionnelle. Ce comité est formé de membres du CA de l'ordre professionnel et peut avoir recours à des inspecteurs ou à des experts.

Les comités d'inspection professionnelle peuvent agir de leur propre initiative, c'est-à-dire en effectuant des inspections pour surveiller l'exercice général de la profession. Ces inspections participent à l'évaluation continue des membres par leur ordre professionnel, sans qu'ils aient fait l'objet d'une plainte. Les comités d'inspection professionnelle peuvent également agir à la demande du CA de l'ordre professionnel afin de procéder à l'évaluation de la compétence d'un membre ou d'un groupe de membres de l'ordre professionnel. C'est souvent le cas lorsqu'un ordre professionnel reçoit une plainte concernant l'un de ses membres.

Notons que ce processus d'inspection des ordres professionnels est différent de celui présenté précédemment pour les commissaires aux plaintes et les médecins examinateurs. Ces derniers acteurs sont redevables envers l'usager qui a fait une plainte et doivent, dans le cadre des activités d'un établissement, s'assurer de la qualité des services. Les ordres professionnels, quant à eux, ont un objectif de protection du public et de contrôle de la profession. Ainsi, certaines plaintes examinées par les commissaires aux plaintes et les médecins examinateurs pourront être transmises aux ordres professionnels respectifs, si les circonstances le justifient. De plus, notons qu'un usager peut porter plainte auprès du commissaire aux plaintes ou du médecin examinateur et déposer une plainte à l'ordre professionnel concerné.

Notons également qu'en raison de la présence des CMDP ainsi que des CII dans les CISSS ou les CIUSSS, le contrôle de la qualité des actes posés et de l'exercice de la profession par les ordres professionnels dans les CISSS ou les CIUSSS doit s'effectuer en collaboration avec ces comités.

Lorsque la loi le prévoit, il est possible pour un ordre professionnel du secteur de la santé de faire une enquête sur la qualité des services dispensés dans les établissements ou dans certains milieux de vie.

3.6. Évaluation des causes de certains décès : le coroner

Le coroner est un officier public dont la mission principale est de déterminer les causes et les circonstances de certains décès. Le coroner a compétence pour tout décès survenu au Québec, mais il intervient de façon systématique dans certaines situations. Ces situations concernent, notamment, les décès survenus à la suite de négligence et ceux dont la cause est inconnue. Le coroner possède les pouvoirs d'investiguer à la suite d'un décès et d'ordonner la tenue d'une enquête publique.

À l'occasion d'une investigation et d'une enquête, le coroner a le pouvoir de formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine. Les recommandations peuvent viser des personnes, des associations, des ministères ou des organismes. L'intervenant qui reçoit une recommandation n'a pas d'obligation légale de l'appliquer. De plus, bien que le coroner demande aux intervenants visés par une recommandation de lui communiquer les mesures qu'ils entendent mettre en place, il n'a aucun pouvoir pour assurer son suivi.

À ce sujet, notons que la *Loi concernant principalement la nomination et le mandat des coroners et du coroner en chef* (projet de loi n° 45) prévoit quelques modifications dans le suivi des recommandations du coroner. Cette loi adoptée le 22 octobre 2020 n'est toujours pas entrée en vigueur. L'une des dispositions du projet de loi n° 45 concerne l'instauration de l'obligation pour les intervenants recevant des recommandations du coroner de l'informer des mesures qu'ils entendent prendre pour corriger la situation dénoncée. Bien que cette modification vise à permettre un meilleur suivi des recommandations, le coroner ne bénéficie toujours pas d'un pouvoir d'intervention pour assurer l'implantation effective de ses recommandations.

3.7. Évaluation des conditions de travail des employés du réseau : la CNESST

Le Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) est l'organisme responsable d'élaborer et de mettre en application des politiques relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs. La CNESST est également responsable de s'assurer du respect de ces politiques et des dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) par les différents employeurs. Pour ce faire, la CNESST possède un pouvoir d'inspection.

Les inspecteurs de la CNESST peuvent agir de leur propre initiative, ou à la suite d'une plainte ou d'un accident. Après leur visite, les inspecteurs peuvent, notamment, émettre un avis de correction afin de contraindre un employeur à se conformer à la LSST et à ses règlements ou ordonner la fermeture d'un lieu de travail.

Dans le cadre de la COVID-19, les inspecteurs de la CNESST poursuivent leurs visites des milieux de travail, notamment dans les établissements de santé, afin de s'assurer que les mesures sanitaires sont respectées.

4. EN BREF

Gouvernance des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées hébergées

- Les services offerts aux aînés hébergés reposent sur une planification des ressources et des actions par programme-services, et ce, tant dans le milieu communautaire que pour les services de soutien à domicile et les services en milieu d'hébergement;
- Une gouvernance des soins et des services de longue durée à deux niveaux : un palier national avec le MSSS et un palier régional avec les CISSS et les CIUSSS;
- Le MSSS est responsable de déterminer les priorités d'action, d'intervention, les objectifs et les orientations en matière de santé et de services sociaux;
- Le MSSS est responsable d'allouer les enveloppes financières sur la base des différents programmes-services, dont le programme SAPA;
- Les orientations du MSSS guident les actions des CISSS et des CIUSSS;
- Les CISSS et les CIUSSS sont responsables du mécanisme d'accès à l'hébergement pour les places en CHSLD public et privé conventionné ainsi que pour les places achetées par le public en CHSLD privé non conventionné. Les CISSS et les CIUSSS sont également responsables de l'attribution des places en RI-RTF ainsi que du mécanisme d'accès aux services de soutien à domicile;
- Les CISSS et les CIUSSS sont des acteurs de premier plan concernant la responsabilité populationnelle;
- Les CISSS et les CIUSSS sont responsables d'accompagner les différents partenaires dans la réalisation de leur mandat afin que les exigences législatives et réglementaires soient remplies.

Mécanismes de contrôle de la qualité des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées hébergées

- Les CISSS et les CIUSSS sont responsables d'assurer une vigie et un suivi de la qualité des soins et des services offerts par les partenaires, notamment les CHSLD privés et les RI-RTF;
- Les CISSS et les CIUSSS disposent de peu de leviers clairs et efficaces pour s'acquitter de leur responsabilité populationnelle;
- Des comités du CA des CISSS et des CIUSSS ainsi que des CHSLD privés doivent assurer la qualité des services et mettre en œuvre des mécanismes de contrôle;
- L'application de plusieurs mécanismes de contrôle de la qualité relève du MSSS et des organismes nationaux : permis de CHSLD, visites ministérielles, agrément, Protecteur du citoyen, ordres professionnels, coroner et CNESST;
- Les CISSS et les CIUSSS doivent, en raison de leur responsabilité populationnelle, assurer une vigie de la qualité des services de leurs partenaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Laverdière, M. (2018). L'exercice d'une profession de la santé et le droit professionnel. Dans M. Bourassa Forcier et A.M. Savard (dir.), *Droit et politiques de la santé* (2^e éd., par. 7-73). LexisNexis Canada.
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, c. O-7.2.
- Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P-31.1.
- Loi sur les services de santé et services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (s.d.). *Visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/visites-evaluation/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001287/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016a). *Guide d'information – Demande de permis pour l'exploitation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-834-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016b). *Guide de soutien à l'intention des établissements dans le cadre des visites d'évaluation de la qualité du milieu de vie en ressources intermédiaires et en ressources de type familial*. <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2740061>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). *Entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020 entre le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/EGI-2019-2020_CISSS-BAS-SAINT-LAURENT.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). *Comptes de la santé 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport/RA_20-614-01W_MSSS.pdf
- Vérificateur général du Québec (VGQ). (2008). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2007-2008* (chapitre 7). <https://www.vgq.qc.ca/fr/publications/103>

**Ensemble, identifier,
proposer, débloquer**