



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi n° 15

**Loi visant à rendre le système de
santé et de services sociaux plus
efficace**

Présentation

**Présenté par
M. Christian Dubé
Ministre de la Santé**

**Éditeur officiel du Québec
2023**

NOTES EXPLICATIVES

Ce projet de loi propose de renouveler l'encadrement du système de santé et de services sociaux. Il a pour objet de mettre en place un système efficace, notamment en facilitant l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services.

Le projet de loi propose diverses mesures pour atteindre cet objectif soit, notamment :

1° reconnaître à toute personne le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats, continus, personnalisés et sécuritaires;

2° confier au ministre de la Santé des fonctions en regard des priorités, des objectifs et des orientations ainsi que certains pouvoirs relatifs à la supervision du système de santé et de services sociaux;

3° instituer Santé Québec, dont la mission est principalement d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics ainsi que de coordonner et de soutenir l'activité des établissements privés et de certains autres prestataires de services;

4° conférer à Santé Québec le pouvoir d'instituer en son sein des établissements publics dirigés par des présidents-directeurs généraux et dotés d'un conseil d'établissement;

5° assujettir Santé Québec à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État et à des règles d'organisation et de fonctionnement qui lui sont propres, notamment en ce qui concerne le partage des responsabilités entre son conseil d'administration, son président et chef de la direction et les présidents-directeurs généraux des établissements qui la composent;

6° établir la gouvernance clinique des établissements de Santé Québec et prévoir des règles concernant le regroupement des professionnels au sein de conseils, la nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens, l'octroi de statuts et de privilèges et la discipline;

7° encadrer la prestation des services de santé et des services sociaux des établissements publics et privés et prévoir des règles relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements privés;

8° confier à Santé Québec la responsabilité de mettre en place des mécanismes d'accès aux services;

9° permettre à Santé Québec d'octroyer des subventions à certains organismes et de conclure des conventions visant le financement d'établissements privés;

10° assujettir à un régime d'autorisations, sous la responsabilité de Santé Québec, l'exercice de certaines activités de même que l'exploitation des centres médicaux spécialisés, des résidences privées pour aînés, des établissements privés ainsi que de certaines ressources offrant de l'hébergement;

11° établir un régime d'examen des plaintes à l'égard des services qui relèvent d'un établissement public, du titulaire d'une autorisation, incluant un établissement privé, ou d'un autre prestataire de services auquel Santé Québec verse des sommes d'argent et prévoir la nomination du commissaire national aux plaintes et à la qualité des services.

Par ailleurs, le projet de loi modifie la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence afin principalement de revoir la gouvernance des centres de communication santé, de transférer à Santé Québec certaines des fonctions présentement exercées par le ministre de la Santé et d'améliorer l'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Plus particulièrement, il propose que la Corporation d'urgences-santé soit renommée Urgences-santé et qu'elle exerce ses fonctions sous la responsabilité de Santé Québec plutôt que du ministre de la Santé.

Le projet de loi modifie également diverses autres lois afin notamment de confier à Santé Québec les fonctions du ministre de la Santé qui concernent la délivrance de permis ainsi que l'inspection et l'enquête. Aussi, il prévoit que la Loi sur les services de santé et les services sociaux continue de s'appliquer sur certains territoires qui ne sont pas visés par le projet de loi et la renomme Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis.

Enfin, le projet de loi apporte des modifications de concordance et comporte des dispositions diverses, transitoires et finales, notamment en ce qui concerne la nomination des premiers membres du conseil d'administration de Santé Québec, les ressources humaines et la fusion d'établissements publics au sein de Santé Québec.

LOIS MODIFIÉES PAR CE PROJET DE LOI :

- Code civil du Québec;
- Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2);
- Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01);
- Loi sur les activités funéraires (chapitre A-5.02);
- Loi sur l'administration financière (chapitre A-6.001);
- Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28);
- Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01);
- Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (chapitre C-5.2);
- Loi encadrant le cannabis (chapitre C-5.3);
- Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (chapitre C-32.1.1);
- Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1);
- Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001);
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (chapitre E-20.1);
- Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (chapitre G-1.02);

- Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (chapitre H-1.1);
- Loi sur l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (chapitre I-13.03);
- Loi sur l’Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1);
- Loi sur la justice administrative (chapitre J-3);
- Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2);
- Loi concernant la lutte contre le tabagisme (chapitre L-6.2);
- Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3);
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2);
- Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (chapitre P-9.0001);
- Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1);
- Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001);
- Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (chapitre R-1.1);
- Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (chapitre R-2.2.0.0.1);
- Loi sur la Régie de l’assurance maladie du Québec (chapitre R-5);
- Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (chapitre R-8.2);
- Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d’une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2);
- Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);

- Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);
- Loi sur les services préhospitaliers d’urgence (chapitre S-6.2);
- Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001);
- Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (chapitre U-0.1);
- Loi édictant la Loi favorisant l’accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25).

LOI ABROGÉE PAR CE PROJET DE LOI :

- Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l’abolition des agences régionales (chapitre O-7.2).

Projet de loi n° 15

LOI VISANT À RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

PARTIE I

DISPOSITIONS INTRODUCTIVES, DROITS RELATIFS AUX SERVICES ET FONCTIONS DU MINISTRE

TITRE I

DISPOSITIONS INTRODUCTIVES

1. La présente loi a pour objet de mettre en place un système de santé et de services sociaux efficace, notamment en facilitant l'accès à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services.

À cette fin, la loi institue Santé Québec et la charge entre autres d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics ainsi que d'encadrer et de coordonner l'activité des établissements privés et de certains prestataires de services du domaine de la santé et des services sociaux.

Elle établit également des règles relatives à l'organisation et à la gouvernance des établissements qui permettent une gestion de proximité et favorisent une plus grande fluidité des services.

2. Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements.

Les établissements peuvent être soit publics, soit privés.

La personne qui reçoit ces services d'un établissement est un usager.

3. Les services de santé et les services sociaux sont compris dans les ensembles suivants :

1° les « services communautaires locaux » : un ensemble de services de santé et de services sociaux courants offerts en première ligne et, lorsqu'ils sont destinés à la population d'un territoire desservi, de services de santé et de

services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que d'activités de santé publique réalisées conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);

2° les « services hospitaliers » : un ensemble de services diagnostiques et de soins médicaux généraux et spécialisés;

3° les « services d'hébergement et de soins de longue durée » : la fourniture d'un milieu de vie substitut, d'un ensemble de services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que de services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage;

4° les « services de protection de la jeunesse » : un ensemble de services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Lois du Canada, 2002, chapitre 1), et de services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption, de recherche des antécédents sociobiologiques et de retrouvailles;

5° les « services de réadaptation » : un ensemble de services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale destinés à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de soutien destinés à l'entourage de ces personnes.

4. La présente loi ne s'applique pas aux territoires visés aux articles 530.1 et 530.89 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou au territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

TITRE II

DROITS RELATIFS AUX SERVICES

5. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.

6. Toute 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.

7. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. Elle a également le droit de recevoir ces services en présence.

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.

8. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

9. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Pour l'application de la présente loi, un accident s'entend d'une action ou d'une situation où le risque se réalise et qui est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager.

10. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

11. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 328 et 329.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

12. Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service fourni par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession au sein de l'établissement.

13. Les droits reconnus à toute personne par la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil :

1° le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager;

2° le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte;

3° la personne autorisée par un mandat de protection donné par l'usager antérieurement à son inaptitude;

4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte.

14. Les droits prévus à l'article 6 et au premier alinéa de l'article 7 s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

15. Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement, d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.

Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui fournit des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé.

16. Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui fournissent ces services et dans la mesure où le prévoit le programme d'accès visé à l'article 348.

17. Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants cause d'exercer un recours contre Santé Québec, un établissement regroupé, un établissement privé, une ressource intermédiaire, leurs administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation.

Il en est de même à l'égard du droit d'exercer un recours contre une ressource de type familial.

18. Chaque établissement diffuse l'information sur les droits et les obligations des usagers afin d'en améliorer la connaissance.

Il assure de plus la promotion du régime d'examen des plaintes des usagers et la publication de la procédure visée à l'article 606.

TITRE III

FONCTIONS DU MINISTRE

19. 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.

Plus particulièrement, le ministre :

1° établit les politiques de santé et de services sociaux, voit à leur mise en œuvre et évalue celles-ci;

2° valorise l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, les innovations et les pratiques de pointe ainsi que le transfert des connaissances et veille à leur promotion;

3° détermine les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience quant aux services ainsi que celles relatives au respect des droits des usagers et au partenariat avec ces derniers et diffuse ces orientations auprès de Santé Québec et des établissements de celle-ci;

4° détermine les orientations, les cibles et les standards du régime d'examen des plaintes des usagers;

5° s'assure de la reddition de comptes de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux en fonction de ses orientations et apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux.

PARTIE II

SANTÉ QUÉBEC

TITRE I

INSTITUTION ET MISSION

20. Est instituée « Santé Québec ».

21. Santé Québec est une personne morale, mandataire de l'État.

Ses biens font partie du domaine de l'État, mais l'exécution de ses obligations peut être poursuivie sur ceux-ci.

Santé Québec n'engage qu'elle-même lorsqu'elle agit en son nom.

22. Santé Québec a son siège sur le territoire de la Ville de Québec à l'endroit qu'elle détermine.

Un avis de l'adresse du siège est publié à la *Gazette officielle du Québec*. Il en est de même de tout déplacement dont il est l'objet.

23. Santé Québec a pour mission d'offrir, par l'entremise des établissements publics, des services de santé et des services sociaux dans les différentes régions sociosanitaires du Québec. Dans ces régions, elle coordonne et soutient, notamment par des subventions, l'offre de tels services par les établissements privés ainsi que celle de services du domaine de la santé et des services sociaux par certains autres prestataires privés.

Santé Québec a également pour mission d'appliquer la réglementation, prévue par la présente loi, de certaines activités liées au domaine de la santé et des services sociaux.

De plus, Santé Québec a pour mission de fournir au ministre l'appui nécessaire à la mise en œuvre des orientations, des cibles et des standards qu'il détermine, notamment à l'égard de l'organisation et de la prestation de services de santé et de services sociaux.

Enfin, Santé Québec a pour mission d'exercer toute fonction qui lui incombe en vertu d'une autre loi ou que le ministre lui confie.

24. Santé Québec exerce les fonctions énumérées ci-dessous ainsi que toute autre fonction auxiliaire qu'elle estime nécessaire à la prestation de services de santé et de services sociaux :

1° mettre en place des mécanismes d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux;

2° élaborer un programme national sur la qualité des services;

3° tenir les dossiers des usagers des établissements publics, sauf dans les cas qu'elle détermine par règlement;

4° former un comité national des usagers et voir à son bon fonctionnement;

5° prévenir la récurrence des incidents et des accidents lors de la prestation des services de santé et des services sociaux;

6° former des directions de santé publique.

Pour l'application de la présente loi, un incident s'entend d'une action ou d'une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

25. Le ministre peut déterminer des orientations portant sur les principes ou les pratiques que Santé Québec doit favoriser en matière de santé et de services sociaux. Il peut également déterminer des objectifs que Santé Québec doit poursuivre dans la réalisation de sa mission ou l'exercice de ses fonctions.

26. Le ministre peut, outre les pouvoirs que lui confie la présente loi, émettre une directive à Santé Québec portant sur l'administration, l'organisation, le fonctionnement ou les actions de celle-ci, y compris sur la gestion de ses ressources humaines, matérielles et financières.

Santé Québec est tenue de se conformer à une directive à compter de la date qui y est déterminée.

27. Pour l'application de la présente loi, le ministre découpe le territoire du Québec en régions sociosanitaires contiguës après consultation de Santé Québec.

Les territoires visés à l'article 4 sont exclus des régions sociosanitaires.

28. Chaque région sociosanitaire visée au premier alinéa de l'article 27 peut être subdivisée en territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux contigus délimités par le ministre après consultation de Santé Québec.

29. Santé Québec doit suivre des pratiques de saine gestion respectant le principe de subsidiarité.

Les objectifs suivants doivent guider l'exercice des responsabilités de direction par toute personne au sein de Santé Québec :

1° l'adéquation des services, compte tenu de l'organisation de Santé Québec et des ressources allouées;

2° la fluidité et la continuité des services aux usagers;

3° l'assurance d'un accès continu à une large gamme de services généraux, spécialisés et surspécialisés du domaine de la santé et des services sociaux visant à satisfaire les besoins sociosanitaires, compte tenu des particularités du territoire desservi;

4° la collaboration avec les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population.

Pour l'application du premier alinéa, on entend par « principe de subsidiarité » le principe selon lequel les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité en recherchant une répartition adéquate des lieux de décision et en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des usagers.

TITRE II

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

CHAPITRE I

CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I

COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT

30. Santé Québec est administrée par un conseil d'administration composé de 13 membres, dont le président du conseil, le président et chef de la direction et le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, qui en est membre d'office.

Le président et chef de la direction est considéré être le président-directeur général de Santé Québec aux fins de l'application de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (chapitre G-1.02).

31. L'un des membres du conseil d'administration de Santé Québec, autre que le président de celui-ci et le président et chef de la direction, doit être nommé après consultation d'organismes représentatifs des membres des comités des usagers.

32. Toute vacance parmi les membres du conseil d'administration de Santé Québec est comblée suivant les règles de nomination prévues à leur égard.

Constitue notamment une vacance l'absence à un nombre de séances du conseil d'administration déterminé par le règlement intérieur de Santé Québec, dans les cas et les circonstances qui y sont indiqués.

33. Le quorum aux séances du conseil d'administration de Santé Québec est constitué de la majorité de ses membres, incluant le président du conseil ou le président et chef de la direction.

Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres présents.

34. Le conseil d'administration de Santé Québec peut siéger à tout endroit au Québec.

35. Sauf disposition contraire du règlement intérieur de Santé Québec, les membres du conseil d'administration peuvent, si tous sont d'accord, participer à une séance du conseil à l'aide de moyens permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux.

Ils sont alors réputés présents à la séance.

36. Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration de Santé Québec, approuvés par celui-ci et certifiés conformes par le président du conseil, le président et chef de la direction ou par toute autre personne autorisée à cette fin par le règlement intérieur de Santé Québec, sont authentiques. Il en est de même des documents et des reproductions émanant de Santé Québec ou faisant partie de ses archives lorsqu'ils sont signés ou certifiés conformes par l'une de ces personnes.

SECTION II

FONCTIONS ET POUVOIRS

§1.—*Institution des établissements*

37. Le conseil d'administration de Santé Québec peut instituer, au sein de Santé Québec, des unités administratives qui sont des établissements de celle-ci.

Un établissement de Santé Québec est un établissement public; il est territorial ou autre que territorial.

Au moins un établissement territorial doit être institué dans chaque région sociosanitaire.

38. Un établissement territorial exerce au moins les activités nécessaires à la prestation des services suivants :

- 1° les services communautaires locaux;
- 2° les services hospitaliers;
- 3° les services d'hébergement et de soins de longue durée.

39. Un établissement autre que territorial exerce au moins les activités nécessaires à la prestation de services hospitaliers. Il ne peut offrir de services communautaires locaux ni de services de protection de la jeunesse.

40. Pour l'application de la présente loi, tout lieu où sont concentrées les activités d'un établissement de Santé Québec nécessaires à la prestation de l'ensemble de services visé à chacun des paragraphes suivants est un centre dont l'appellation est celle prévue à ce paragraphe :

- 1° les services communautaires locaux : «centre local de services communautaires»;
- 2° les services hospitaliers : «centre hospitalier»;
- 3° les services d'hébergement et de soins de longue durée : «centre d'hébergement et de soins de longue durée»;

4° les services de protection de la jeunesse : «centre de protection de l'enfance et de la jeunesse»;

5° les services de réadaptation : «centre de réadaptation».

Une activité nécessaire à l'une de ces prestations, lorsqu'elle est exercée à l'extérieur du lieu où sont concentrées les autres activités nécessaires à la même prestation, est considérée être exercée en ce lieu.

41. Afin de préciser la nature des services de santé ou des services sociaux fournis dans chaque centre visé au premier alinéa de l'article 40 ou de préciser les usagers auxquels ils sont destinés, le règlement intérieur de Santé Québec peut établir des classes auxquelles appartient un tel centre. Il peut de plus préciser ces classes par types.

42. La résolution du conseil d'administration de Santé Québec instituant un établissement de Santé Québec contient les mentions suivantes :

1° le nom de l'établissement;

2° la mention qu'il s'agit d'un établissement territorial ou autre que territorial;

3° la liste des centres qu'il exploite et, le cas échéant, la classe et le type auxquels chacun d'eux appartient;

4° les coordonnées des installations qu'il est tenu de maintenir de façon durable.

Pour l'application de la présente loi, cette résolution est appelée «acte d'institution».

§2. — *Délégation de pouvoirs et de signature*

43. Le conseil d'administration de Santé Québec peut déléguer ses pouvoirs au président et chef de la direction, à un autre membre du personnel de Santé Québec, à l'un ou plusieurs de ses comités ou à un conseil d'établissement.

Toutefois, un pouvoir peut être délégué à un conseil d'établissement ou à un membre du personnel affecté à la réalisation de tâches au sein d'un établissement seulement lorsque son exercice remplit les conditions suivantes :

1° il est restreint à l'établissement, selon le cas, au sein duquel est institué le conseil d'établissement ou où sont réalisées les tâches auxquelles est affecté le membre du personnel;

2° il n'est pas subordonné à une autorisation ou à une approbation du gouvernement, du Conseil du trésor ou d'un ministre.

44. Aucun acte ou document n’engage Santé Québec ni ne peut lui être attribué s’il n’est signé par le président de son conseil d’administration, le président et chef de la direction ou, dans la mesure déterminée dans son règlement intérieur, par un autre membre de son personnel.

Le règlement intérieur de Santé Québec peut prévoir la subdélégation et ses modalités.

La délégation d’un pouvoir du conseil d’administration de Santé Québec emporte, pour le délégué, le pouvoir de signer les actes ou les documents résultant de l’exercice de ce pouvoir, sauf lorsque le délégué est un comité du conseil ou un conseil d’établissement. Ce comité ou ce conseil d’établissement peut alors désigner un membre du personnel de Santé Québec pour signer l’acte ou le document, à moins que le conseil d’administration n’en décide autrement.

À moins que le conseil d’administration n’en décide autrement, une signature peut être apposée sur un acte ou un document par tout moyen.

45. Le conseil d’administration de Santé Québec prend le règlement intérieur de Santé Québec. Ce règlement peut prévoir, outre les dispositions prévues par la présente loi, celles qui peuvent être prévues par le règlement intérieur d’un établissement de Santé Québec.

Le règlement intérieur de Santé Québec entre en vigueur après avoir été approuvé par le ministre.

En cas de conflit, les dispositions du règlement intérieur de Santé Québec l’emportent sur celles du règlement intérieur d’un établissement de Santé Québec.

46. Le conseil d’administration de Santé Québec ne peut déléguer les pouvoirs suivants :

1° engager le crédit de Santé Québec;

2° instituer un établissement territorial ou autre que territorial, modifier son acte d’institution ou mettre fin à son existence;

3° prendre ou modifier le règlement intérieur de Santé Québec;

4° nommer des personnes qui exercent des responsabilités de direction sous l’autorité immédiate du président et chef de la direction.

SECTION III

COMITÉ NATIONAL DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

47. Le conseil d’administration de Santé Québec doit, outre les comités qu’il doit constituer en vertu de la Loi sur la gouvernance des sociétés d’État, constituer un comité national de vigilance et de la qualité.

48. Le comité national de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration de Santé Québec exerce ses fonctions et pouvoirs de manière à favoriser la qualité des services de santé et des services sociaux et le respect des droits des usagers.

À cette fin, le comité doit notamment :

1° analyser les rapports et les recommandations transmis à Santé Québec par le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services ou par le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux;

2° établir les liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3°;

3° faire des recommandations au conseil d'administration de Santé Québec sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou à ces recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services;

4° assurer le suivi auprès du conseil d'administration de Santé Québec de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites en application du paragraphe 3°;

5° veiller à la surveillance de l'exercice des fonctions et des responsabilités des comités de vigilance et de la qualité constitués par les conseils d'établissement et par les conseils d'administration des établissements privés;

6° exercer toute autre fonction que le conseil d'administration de Santé Québec juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa.

CHAPITRE II

PERSONNEL

49. Le secrétaire et les autres membres du personnel de Santé Québec sont nommés selon le plan d'effectifs approuvé par le conseil d'administration de Santé Québec.

50. En cas d'absence ou d'empêchement du président et chef de la direction, le conseil d'administration de Santé Québec peut désigner un membre du personnel de Santé Québec pour en exercer les fonctions.

51. Le ministre peut, par règlement, déterminer les normes et barèmes qui doivent être suivis par Santé Québec pour la sélection, la nomination, l'engagement, la rémunération et les autres conditions de travail applicables aux membres du personnel, sous réserve des dispositions d'une convention collective.

Il peut également, par règlement, établir pour les personnes visées au premier alinéa qui ne sont pas régies par une convention collective une procédure de recours dans les cas de congédiement, de résiliation d'engagement ou de non-renouvellement, autres que ceux résultant d'une déchéance de charge, et de suspension sans solde ou de rétrogradation. Ce règlement peut, en outre, prescrire une procédure de règlement des mécontentements relatives à l'interprétation et à l'application des conditions de travail qu'il établit. Enfin, ce règlement peut prévoir le mode de désignation d'un arbitre, auquel s'appliquent les articles 100.1, 139 et 140 du Code du travail (chapitre C-27), et les mesures que ce dernier peut prendre après l'audition des parties.

52. Le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure avec un organisme représentatif des pharmaciens, des biochimistes cliniques ou des physiciens médicaux œuvrant pour les établissements une entente portant sur les conditions de travail de ces pharmaciens, de ces biochimistes cliniques ou de ces physiciens médicaux. L'entente lie tous les établissements.

53. Santé Québec assume la défense d'un membre de son personnel qui est poursuivi par un tiers pour un acte accompli dans l'exercice de ses fonctions et paie, le cas échéant, pour le préjudice résultant de cet acte, sauf si une faute lourde ou une faute personnelle séparable de l'exercice de ses fonctions a été commise.

Toutefois, dans le cadre d'une poursuite pénale ou criminelle, Santé Québec n'assume le paiement des dépenses que lorsque la personne poursuivie a été acquittée ou lorsque Santé Québec estime que celle-ci a agi de bonne foi.

54. Santé Québec assume les obligations visées à l'article 53 de la présente loi et aux articles 10 et 11 de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État à l'égard de toute personne qui, à sa demande, a agi à titre d'administrateur provisoire.

CHAPITRE III

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE

55. Le code d'éthique applicable aux dirigeants et aux employés de Santé Québec que son conseil d'administration doit approuver en vertu du paragraphe 4° de l'article 15 de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État doit prévoir, outre les dispositions nécessaires en vertu de cette loi, les suivantes :

1° les droits des usagers;

2° les pratiques et les conduites attendues des personnes qui, au sein d'un établissement de Santé Québec, exercent des activités à l'endroit des usagers;

3° les règles d'utilisation des renseignements visés à l'article 119.

Ce code d'éthique s'applique aux membres d'un conseil d'établissement.

56. Chaque établissement de Santé Québec diffuse l'information sur le code d'éthique visé à l'article 55, notamment en remettant une reproduction de ce code à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande.

57. Un membre du personnel de Santé Québec qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise mettant en conflit son intérêt personnel et celui de Santé Québec doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de congédiement, dénoncer par écrit son intérêt au président et chef de la direction et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute décision portant sur cette entreprise.

58. Le conseil d'administration de Santé Québec détermine les normes applicables à un cadre supérieur ou à un cadre intermédiaire en matière de conflit d'intérêts de même que les normes applicables à un tel cadre supérieur en matière d'exclusivité de fonctions.

Un cadre ne peut, sous peine de sanction pouvant aller jusqu'au congédiement, contrevenir à une norme qui lui est applicable, déterminée en vertu du premier alinéa.

59. Le conseil d'administration de Santé Québec doit établir des mesures pour prévenir ou faire cesser les conflits d'intérêts auxquels peut donner lieu la conclusion de contrats entre Santé Québec et un membre de son personnel ou une personne qui exerce sa profession au sein d'un établissement de Santé Québec ou entre Santé Québec et une entreprise à l'égard de laquelle ces personnes ont un intérêt direct ou indirect.

60. Il est interdit à tout dirigeant ou à tout cadre de Santé Québec, sous peine de sanction pouvant aller jusqu'au congédiement, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

61. Nul ne peut verser au président et chef de la direction ou à la personne qui exerce des responsabilités de direction sous son autorité immédiate ou sous celle du président-directeur général d'un établissement de Santé Québec une rémunération ou lui consentir un avantage autre que ceux prévus par la présente loi ou par la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État.

Malgré le premier alinéa, une rémunération qui ne constitue pas une somme ou un avantage visé à l'article 60 peut être versée au président-directeur général d'un établissement de Santé Québec ou à la personne qui exerce des responsabilités de direction sous son autorité immédiate si elle est versée en considération de l'exercice d'une activité professionnelle auquel le président et chef de la direction a consenti.

TITRE III

FONCTIONS AUXILIAIRES À LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CHAPITRE I

MÉCANISMES D'ACCÈS

62. Lorsque Santé Québec met en place un mécanisme d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux, elle détermine notamment des modalités encadrant la priorité de l'accès à tout ou partie de ces services. Elle peut également mettre en place des systèmes de répartition et de référencement des usagers entre les professionnels de la santé ou des services sociaux.

Santé Québec doit s'assurer que son mécanisme d'accès aux services tient compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers et qu'il permet de coordonner les activités des établissements publics et des prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux.

63. Un règlement de Santé Québec peut :

1° identifier les prestataires privés qui sont soumis à un mécanisme d'accès visé au premier alinéa de l'article 62;

2° prévoir l'obligation, pour tout professionnel de la santé ou des services sociaux appartenant à une catégorie qu'il détermine, d'utiliser tout système mis en place en application de cet alinéa et plus particulièrement :

a) déterminer la mesure dans laquelle un professionnel doit se rendre disponible au moyen d'un tel système;

b) prévoir les renseignements nécessaires au fonctionnement d'un tel système qui doivent être communiqués à Santé Québec;

c) prévoir toute autre exigence relative à l'utilisation d'un tel système.

64. Santé Québec voit à la conception et à l'implantation d'un système d'information régionale et interrégionale pour connaître, de façon quotidienne, la situation dans les établissements pour lesquels un département clinique de médecine d'urgence est mis en place en regard du nombre et de la nature des inscriptions, des admissions, des transferts et des transports en ambulance des usagers.

CHAPITRE II

PROGRAMME NATIONAL SUR LA QUALITÉ DES SERVICES

65. Santé Québec élabore un programme national sur la qualité des services, conformément aux orientations et aux attentes globales en matière de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité déterminées par le ministre.

Ce programme vise à ce que les établissements publics et les titulaires d'une autorisation se conforment à leur obligation de suivre des pratiques reconnues en matière de qualité des services, notamment en ce qui a trait à leur sécurité, à leur pertinence et à leur efficacité.

Le programme prévoit notamment les mesures qui, de l'avis de Santé Québec, peuvent être établies par un établissement public ou un titulaire d'une autorisation pour se conformer à de telles pratiques ainsi que les moyens par lesquels peut être officiellement reconnu l'établissement ou le titulaire qui s'y conforme.

Pour l'application de la présente loi, l'autorisation dont il est question lorsqu'il est fait mention de son titulaire est une autorisation accordée en vertu du titre I de la partie VI.

66. Santé Québec peut, par règlement, prévoir des normes applicables aux pratiques que doit suivre un établissement public ou le titulaire d'une autorisation.

Un tel règlement peut rendre obligatoire l'application de normes fixées par un organisme de certification ou de normalisation et prévoir que les renvois faits à ces normes comprendront les modifications ultérieures apportées à celles-ci.

CHAPITRE III

COMITÉ NATIONAL DES USAGERS

67. Les membres du comité national des usagers que doit former Santé Québec sont nommés par son conseil d'administration. Leur mandat est de quatre ans.

Le règlement intérieur de Santé Québec prévoit le nombre de membres ainsi que les règles de fonctionnement du comité.

68. Le comité national des usagers est composé de membres issus de comités des usagers des établissements publics et privés, de représentants de groupements d'usagers ou de comités des usagers et d'une personne qui exerce des responsabilités de direction sous l'autorité immédiate du président et chef de la direction.

Les membres issus de comités des usagers proviennent en alternance de différentes régions sociosanitaires.

69. Le comité national des usagers exerce les fonctions suivantes :

1° favoriser l'harmonisation des pratiques développées par les comités des usagers dans l'exercice des fonctions que leur confie la présente loi;

2° veiller à la surveillance de l'exercice des fonctions de ces comités;

3° formuler au conseil d'administration de Santé Québec des recommandations visant l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers ou de leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus;

4° à la demande du ministre, lui donner son avis sur les solutions possibles aux problèmes auxquels font face les usagers;

5° toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration de Santé Québec.

CHAPITRE IV

REGISTRE NATIONAL DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

70. Afin de prévenir la récurrence des incidents et des accidents lors de la prestation des services de santé et des services sociaux, Santé Québec constitue et maintient à jour, à partir du contenu des registres locaux visés au paragraphe 3° de l'article 140, le registre national des incidents et des accidents.

Elle surveille et analyse les causes de ces incidents et de ces accidents. De plus, elle prend des mesures visant à prévenir leur récurrence et, s'il y a lieu, des mesures de contrôle. Elle effectue également le suivi de l'application de telles mesures.

71. Santé Québec transmet chaque année au ministre, dans la forme et selon la teneur et la périodicité qu'il détermine, un rapport sur les incidents et les accidents survenus lors de la prestation des services de santé et des services sociaux.

Elle y fait notamment état de ses principaux constats tirés de son analyse des causes des incidents et des accidents et des mesures de prévention et de contrôle qu'elle entend prendre en priorité.

72. Le règlement intérieur de Santé Québec doit prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager, au représentant d'un usager mineur ou majeur inapte ou, en cas de décès d'un usager, à une personne qui lui est liée de toute information nécessaire lorsque survient un accident.

CHAPITRE V

DIRECTIONS ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

73. Une direction de santé publique doit être formée pour chaque région sociosanitaire.

Santé Québec doit, à l'égard de chacune de ces directions :

1° assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels obtenus dans l'exercice de ses fonctions;

2° organiser les services et allouer les ressources pour l'application du plan d'action régional de santé publique prévu par la Loi sur la santé publique.

74. Le ministre nomme, sur recommandation de Santé Québec, un directeur de santé publique pour chaque région sociosanitaire. Une même personne peut être directeur de santé publique pour plus d'une telle région.

Un directeur de santé publique doit être un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste en santé publique et médecine préventive ou, exceptionnellement, ayant une expérience de cinq ans de pratique en santé publique. Son mandat est d'au plus quatre ans. À l'expiration de son mandat, il demeure en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou nommé de nouveau.

Le ministre nomme une personne qui le représente au sein du processus de sélection d'un directeur de santé publique.

75. Le ministre peut, si un directeur de santé publique est empêché d'agir, s'il commet une faute grave ou s'il tolère une situation susceptible de mettre en danger la santé de la population, confier, pour le temps et aux conditions qu'il juge appropriés, les fonctions et pouvoirs dévolus à ce directeur à un autre directeur de santé publique, au directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) ou à un médecin qu'il désigne.

Il avise aussitôt le président et chef de la direction et le conseil d'administration de Santé Québec de sa décision.

76. Un directeur de santé publique est responsable pour sa région :

1° de gérer le plan d'action régional de santé publique prévu par la Loi sur la santé publique;

2° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou des recherches nécessaires à cette fin;

3° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;

4° d'assurer une expertise en santé publique et de conseiller Santé Québec sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;

5° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il l'estime approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

Un directeur de santé publique est également responsable de confier tout mandat au chef de département clinique de santé publique.

Un tel directeur exerce, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique.

77. Un directeur de santé publique réalise tout autre mandat que Santé Québec peut lui confier dans le cadre de ses fonctions.

78. Un directeur de santé publique doit informer sans retard le directeur national de santé publique de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population.

79. Le directeur national de santé publique peut demander à un directeur de santé publique de lui rendre compte de décisions qu'il a prises ou d'avis qu'il a donnés en matière de santé publique dans l'exercice de ses fonctions.

80. Les médecins et les dentistes exerçant leur profession au sein de la direction de santé publique formée pour une région sociosanitaire font partie du département clinique de santé publique formé au sein d'un établissement de Santé Québec désigné par son conseil d'administration en vertu du deuxième alinéa de l'article 176.

81. Un directeur de santé publique exerce, avec les adaptations nécessaires, les fonctions et responsabilités d'un directeur médical prévues à l'article 179, au premier alinéa de l'article 180 et aux articles 181 à 183 à l'égard du département clinique de santé publique visé à l'article 80 et de son chef. De plus, les règles applicables aux soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments de ce département doivent préalablement être approuvées par le directeur de santé publique.

En plus des responsabilités qui lui sont confiées par la présente loi, le chef de ce département clinique réalise tout mandat que lui confie le directeur de santé publique.

TITRE IV

POUVOIRS SPÉCIAUX DE SANTÉ QUÉBEC, RESTRICTIONS À CERTAINS AUTRES POUVOIRS, FINANCEMENT, CONTRIBUTIONS ET FONDATIONS

CHAPITRE I

POUVOIRS SPÉCIAUX DE SANTÉ QUÉBEC ET RESTRICTIONS À CERTAINS AUTRES POUVOIRS

82. Santé Québec peut acquérir, par expropriation, tout immeuble nécessaire à ses fins.

83. Malgré l'article 4, Santé Québec peut exiger des établissements privés et des établissements visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis qu'ils utilisent un actif informationnel qu'elle détermine.

Santé Québec doit alors tenir compte des orientations, des standards, des stratégies, des directives, des règles et des indications d'application pris en vertu de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).

84. Santé Québec ne peut, sans l'autorisation du gouvernement :

1° contracter un emprunt qui porte au-delà du montant déterminé par le gouvernement le total de ses emprunts en cours et non encore remboursés;

2° au-delà des limites ou contrairement aux modalités déterminées par le gouvernement :

a) s'engager financièrement;

b) acquérir, détenir, céder ou autrement disposer de valeurs mobilières ou d'autres biens meubles ou immeubles;

c) accepter un don, un legs ou une autre contribution auquel est attachée une charge ou une condition ou ayant pour effet immédiat ou prévisible d'augmenter les dépenses de Santé Québec;

d) renoncer à l'exercice d'un droit.

Le décret qui détermine les limites et les modalités prévues au paragraphe 2° du premier alinéa est pris sur recommandation du ministre des Finances et du président du Conseil du trésor.

Le gouvernement peut, aux conditions et dans la mesure qu'il détermine, déléguer au Conseil du trésor ou au ministre le pouvoir d'accorder une autorisation nécessaire en vertu du paragraphe 2° du premier alinéa, sauf à l'égard de l'acquisition, de la détention et de la cession de valeurs mobilières et des engagements financiers déterminés par un règlement pris en vertu du premier alinéa de l'article 77.3 de la Loi sur l'administration financière (chapitre A-6.001).

85. Le gouvernement peut, aux conditions et selon les modalités qu'il détermine :

1° garantir le paiement en capital et intérêts de tout emprunt contracté par Santé Québec ainsi que l'exécution de toute obligation de celle-ci;

2° autoriser le ministre des Finances à avancer à Santé Québec tout montant jugé nécessaire à ses fins.

[[Les sommes requises pour l'application du présent article sont prises sur le fonds consolidé du revenu.]]

86. Santé Québec peut, aux conditions déterminées à cette fin par le ministre et conformément à la loi, conclure une entente avec un gouvernement autre que celui du Québec, l'un de ses ministères, une organisation internationale ou un organisme de ce gouvernement ou de cette organisation en vue de l'exécution de ses fonctions.

CHAPITRE II

FINANCEMENT, CONTRIBUTIONS ET FONDATIONS

SECTION I

FINANCEMENT

87. Santé Québec finance ses activités par les revenus provenant des subventions qu'elle reçoit, des droits, frais, redevances et autres rémunérations qu'elle perçoit ainsi que par d'autres sommes auxquelles elle a droit.

88. Le ministre établit annuellement, après consultation de Santé Québec, des règles budgétaires pour déterminer les montants des dépenses qui sont admissibles aux subventions à allouer à Santé Québec pour le financement du système de santé et de services sociaux.

Les règles budgétaires doivent être soumises à l'approbation du Conseil du trésor et sont publiques une fois approuvées.

89. Le ministre établit annuellement des règles budgétaires particulières applicables à Santé Québec quant à sa gestion, lesquelles doivent prévoir une comptabilité par programme-service.

De plus, le ministre établit annuellement des règles budgétaires particulières applicables à l'octroi par Santé Québec de subventions aux organismes communautaires de même qu'à toute personne ou tout groupement qui y est admissible et qui remplit une obligation particulière résultant de la présente loi ou d'une entente conclue conformément à celle-ci.

Les règles budgétaires visées au deuxième alinéa doivent être soumises à l'approbation du Conseil du trésor et sont publiques une fois approuvées.

Dans la présente loi, on entend par «organisme communautaire» une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont liées au domaine de la santé et des services sociaux.

90. Les règles budgétaires particulières visées au deuxième alinéa de l'article 89 peuvent prévoir que l'allocation d'une subvention :

1° peut être faite sur la base de normes générales visant tous ceux qui y sont admissibles ou sur la base de normes particulières ne visant que certains d'entre eux;

2° peut être assujettie à des conditions générales applicables à tous ceux qui y sont admissibles ou à des conditions particulières applicables à l'un ou à certains d'entre eux;

3° peut être assujettie à l'autorisation du ministre;

4° peut n'être faite qu'à l'un ou à certains de ceux qui y sont admissibles.

91. Les règles budgétaires visées aux articles 88 à 90 peuvent aussi porter sur :

1° l'utilisation des revenus qui peuvent être perçus et des contributions financières qui doivent être exigées conformément à la présente loi et leur incidence sur le calcul ou le paiement des subventions;

2° la fréquence des versements et autres modalités de paiement d'une subvention.

92. Aux fins de l'allocation de subventions aux organismes communautaires, Santé Québec élabore, dans le respect des règles budgétaires applicables, un programme d'aide financière. Santé Québec doit également élaborer un tel programme pour l'allocation de subventions à toute personne ou à tout groupement que peut désigner le Conseil du trésor parmi ceux visés au deuxième alinéa de l'article 89.

Un programme d'aide financière prévoit les critères d'admissibilité aux subventions, leurs barèmes et leurs limites ainsi que leurs modalités d'attribution.

Tout programme d'aide financière élaboré en vertu du présent article est soumis à l'approbation du Conseil du trésor et du ministre.

93. Santé Québec voit à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement du système de santé et de services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

Elle établit des mécanismes d'allocation des ressources afin de permettre aux établissements de gérer les enveloppes budgétaires qui leur sont allouées.

SECTION II

CONTRIBUTIONS ET FONDATIONS

94. Santé Québec doit affecter à l'un de ses établissements les dons, les legs et les autres contributions qu'elle reçoit et qui sont destinés à cet établissement par leurs contributeurs.

À cette fin, elle tient une comptabilité distincte à l'égard des contributions qui sont de nature financière.

95. Lorsque Santé Québec reçoit une contribution affectée par son contributeur soit à des fins particulières, soit afin de doter un établissement de Santé Québec d'un capital qui doit être préservé et dont seuls les revenus pourront être utilisés, elle doit déposer ou placer cette contribution conformément aux dispositions du Code civil relatives aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elle en dispose conformément à son affectation.

96. Santé Québec peut confier l'administration des contributions qu'elle reçoit et qui sont destinées à l'un de ses établissements à la fondation de cet établissement.

La fondation agit à titre d'administrateur du bien d'autrui chargé de la pleine administration, sauf si Santé Québec ne la charge que de la simple administration.

97. Pour l'application de la présente loi, est considérée être la fondation d'un établissement la personne morale sans but lucratif qui remplit l'une des conditions suivantes :

1° elle a essentiellement pour objet de recueillir les contributions versées en faveur d'un établissement de Santé Québec nommément désigné dans son acte constitutif ou d'un autre établissement qui lui est substitué par le conseil d'administration de Santé Québec;

2° elle a principalement pour objet de recueillir des contributions au bénéfice de tout ou partie de la mission poursuivie par un tel établissement et devant être utilisées à l'une des fins suivantes :

a) l'achat, la construction, la rénovation, l'amélioration, l'agrandissement ou l'aménagement de biens immobiliers mis à la disposition de l'établissement;

b) l'achat, l'installation, l'amélioration ou le remplacement de l'ameublement, de l'équipement ou de l'outillage mis à la disposition de l'établissement;

c) les activités de recherche de l'établissement;

d) l'amélioration de la qualité de vie des usagers de l'établissement;

e) la formation et le développement des ressources humaines exerçant leurs activités au sein de l'établissement pour des besoins spécifiques.

98. À l'exception du premier alinéa de l'article 94, les dispositions de la présente section ne s'appliquent pas à une subvention versée à Santé Québec en vertu de la section I.

TITRE V

PLAN STRATÉGIQUE, COMPTES ET RAPPORTS

99. Le plan stratégique de Santé Québec est établi dans la forme et selon la teneur et la périodicité déterminées par le gouvernement. Il doit notamment indiquer :

1° le contexte dans lequel évolue Santé Québec et les principaux enjeux auxquels elle fait face;

2° les objectifs et les orientations stratégiques de Santé Québec;

3° les résultats visés au terme de la période couverte par le plan;

4° les indicateurs de performance utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats;

5° tout autre élément déterminé par le ministre.

100. L'exercice de Santé Québec se termine le 31 mars de chaque année.

101. Santé Québec doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, produire au ministre ses états financiers ainsi qu'un rapport annuel de gestion pour l'exercice précédent.

Le rapport annuel de gestion doit, en outre des renseignements nécessaires en vertu de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, présenter :

1° les effectifs de Santé Québec;

2° la rémunération moyenne y compris la rémunération variable et les autres avantages versés à ses salariés de même que l'écart type;

3° un sommaire du rapport présenté au conseil d'administration de Santé Québec par le comité national de vigilance et de la qualité.

Le rapport annuel de gestion doit, de plus, faire état du suivi des indicateurs visés au paragraphe 4° de l'article 99.

Les états financiers et le rapport annuel de gestion doivent également contenir tout renseignement exigé par le ministre.

102. Santé Québec transmet au ministre, dans la forme qu'il détermine, un rapport financier mensuel et un rapport prévisionnel des dépenses mensuel

relatifs au fonctionnement de Santé Québec, au plus tard le 30^e jour suivant la fin du mois visé. Elle lui transmet une version préliminaire du rapport financier mensuel au plus tard le 10^e jour ouvrable suivant la fin du mois visé.

Le ministre fournit, dans les mêmes délais, une reproduction de chacune de ces versions au ministre des Finances et au président du Conseil du trésor.

Les rapports visés au premier alinéa doivent contenir tout renseignement requis par le ministre.

Santé Québec transmet de plus au ministre tout autre rapport sur les sujets visés au premier alinéa dans la forme et selon la teneur et la périodicité qu'il détermine.

103. Santé Québec doit communiquer au ministre tout renseignement qu'il exige sur ses activités, dans la forme et selon la périodicité qu'il détermine.

104. Le ministre dépose les états financiers et le rapport annuel de gestion de Santé Québec visés à l'article 101 à l'Assemblée nationale dans les 30 jours de leur réception ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

105. Les livres et les comptes de Santé Québec sont vérifiés chaque année conjointement par le vérificateur général et par un auditeur externe nommé par le gouvernement. La rémunération de cet auditeur externe est payée sur les revenus de Santé Québec. Le rapport conjoint du vérificateur général et de l'auditeur externe doit être joint au rapport annuel de gestion de Santé Québec.

PARTIE III

ÉTABLISSEMENTS, PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET AFFAIRES UNIVERSITAIRES

TITRE I

ORGANISATION ET GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS

CHAPITRE I

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBEC

SECTION I

CONSEIL D'ÉTABLISSEMENT ET COMITÉS FORMÉS PAR LE CONSEIL D'ÉTABLISSEMENT

§1. — Institution, composition et fonctionnement du conseil d'établissement

106. Est institué, dans chaque établissement de Santé Québec, un conseil d'établissement.

107. Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées pour un mandat de quatre ans par le conseil d'administration de Santé Québec :

- 1° cinq usagers de l'établissement;
- 2° une personne provenant de chacun des milieux suivants :
 - a) le milieu communautaire;
 - b) le milieu de l'enseignement et de la recherche;
 - c) le milieu des affaires;
 - d) le milieu municipal.

De plus, le conseil d'établissement comprend le président de la fondation de l'établissement ou, s'il existe plus d'une fondation, la personne désignée en vertu de l'article 109 ou, en l'absence d'une fondation, un usager additionnel.

108. Lorsque le conseil d'administration de Santé Québec procède à la nomination d'un membre du conseil d'établissement, il doit tenir compte de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble des usagers que cet établissement dessert. Il doit également s'assurer de la représentativité de la population des différentes parties du territoire desservi par cet établissement.

Plus particulièrement, avant de nommer une personne en vertu du paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 107, le conseil d'administration de Santé Québec doit consulter les organismes qu'il considère représentatifs du milieu concerné.

109. Lorsqu'il existe plus d'une fondation pour un établissement de Santé Québec ou si le conseil d'administration de Santé Québec exerce ses fonctions à l'égard d'un ou de plusieurs établissements regroupés pour lesquels il existe une ou plusieurs fondations, l'ensemble des fondations concernées désigne l'un des présidents de celles-ci pour agir comme membre du conseil d'établissement. Son mandat est d'une durée maximale de quatre ans.

110. Ne peuvent être membres du conseil d'établissement les personnes suivantes :

- 1° la personne inhabile à être administrateur en vertu des dispositions du Code civil;
- 2° la personne qui ne réside pas au Québec;

3° la personne qui, au cours des cinq dernières années, a fait l'objet d'une déclaration de culpabilité pour un crime punissable d'au moins trois ans d'emprisonnement, à moins d'en avoir obtenu le pardon;

4° la personne qui, au cours des trois dernières années, selon le cas :

a) a été déchu(e) de ses fonctions comme membre du conseil d'administration d'un établissement privé;

b) a fait l'objet d'une déclaration de culpabilité pour une infraction à la présente loi ou à ses règlements, à moins d'en avoir obtenu le pardon.

III. À l'expiration de leur mandat, les membres du conseil d'établissement demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient remplacés ou nommés de nouveau.

II2. Conformément aux paramètres définis par le ministre, Santé Québec rémunère les membres de chaque conseil d'établissement, autres que le président-directeur général, dans la mesure et aux conditions qu'elle détermine.

Les membres d'un conseil ont par ailleurs droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions, dans la mesure et aux conditions que Santé Québec détermine.

II3. Un membre d'un conseil d'établissement ne peut, à moins qu'il n'y soit dûment autorisé, divulguer ni communiquer à quiconque des renseignements confidentiels dont il a pris connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. Il ne peut utiliser, à son profit ou au profit d'un tiers, les renseignements ainsi obtenus.

II4. Les membres du conseil d'établissement désignent parmi eux un président et un vice-président; leur mandat à ce titre est d'au plus quatre ans et peut être renouvelé.

II5. Le président du conseil d'établissement en préside les séances, voit à son bon fonctionnement et exerce toute autre fonction que lui confie le conseil.

Le vice-président remplace le président en cas d'absence ou d'empêchement de ce dernier.

II6. Le règlement intérieur de l'établissement de Santé Québec prévoit les règles de fonctionnement du conseil d'établissement.

§2. — *Fonctions du conseil d'établissement*

II7. Le conseil d'établissement, outre les fonctions que lui confère la présente loi, donne son avis au président-directeur général sur les sujets suivants :

1° la prestation des services au sein de l'établissement notamment en ce qui concerne :

a) l'expérience vécue par les usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux offerts par l'établissement;

b) la gestion des plaintes;

c) les besoins sociosanitaires et les particularités des communautés composant la population desservie par l'établissement;

2° les recommandations formulées par le comité consultatif visé à l'article 125;

3° tout autre sujet que lui soumet le président-directeur général.

Le conseil peut requérir du président-directeur général qu'il donne suite à un avis rendu sur un sujet visé au paragraphe 1° ou 2° du premier alinéa. Le président-directeur général doit communiquer au conseil les motifs de tout refus de donner suite à un tel avis.

118. Le conseil d'établissement maintient des relations avec les communautés composant la population desservie par l'établissement. Au besoin, il procède à des consultations, sollicite des opinions et reçoit et entend les requêtes et les suggestions de personnes, d'organismes ou d'associations. Il peut aussi créer des sous-comités.

119. Le conseil d'établissement doit voir à l'évaluation annuelle de l'expérience vécue par les usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux offerts par l'établissement de même que des besoins sociosanitaires des communautés composant la population desservie par l'établissement.

Un établissement peut utiliser le nom, l'adresse et le numéro de téléphone contenus au dossier d'un usager pour la réalisation de sondages ayant pour objet de connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l'égard de la qualité des services offerts par l'établissement.

Un usager peut, en tout temps, demander à l'établissement que les renseignements le concernant ne soient plus utilisés à une telle fin.

§3. — *Comités formés par le conseil d'établissement*

I. — *Comité de vigilance et de la qualité*

120. Le conseil d'établissement doit créer un comité de vigilance et de la qualité.

121. Le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'établissement, le suivi des recommandations suivantes :

1° les recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services relativement :

a) aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la présente loi;

b) aux signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3);

2° les recommandations du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement :

a) aux plaintes qui ont été formulées conformément aux dispositions de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1);

b) aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de cette loi.

Ce comité est également responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives à l'accessibilité aux services, à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus, au respect des droits des usagers ou au traitement de leurs plaintes et d'assurer le suivi des recommandations de ces instances.

122. Le comité de vigilance et de la qualité se compose de cinq personnes, dont le président-directeur général et le commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Les trois autres personnes sont choisies par le conseil d'établissement parmi ses membres qui ne travaillent pas pour Santé Québec ou qui n'exercent pas leur profession au sein d'un établissement de Santé Québec. L'une de ces personnes est une personne nommée en application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 107.

123. Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'établissement s'acquitte de façon efficace des fonctions qui lui sont confiées par le paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 117 et de toute autre fonction qu'il exerce, le cas échéant, relativement à la qualité des services.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

1° analyser les rapports et les recommandations transmis au conseil d'établissement et portant sur l'accessibilité aux services, sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;

2° établir les liens systémiques entre ces rapports et ces recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3°;

3° faire des recommandations au conseil d'établissement sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou à ces recommandations dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux services et la qualité des services aux usagers;

4° assurer le suivi auprès du conseil d'établissement de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites en application du paragraphe 3°;

5° favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le paragraphe 1°;

6° exercer toute autre fonction que le conseil d'établissement juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa.

124. Le comité de vigilance et de la qualité fait rapport des suites données à ses recommandations et de ses activités au comité national de vigilance et de la qualité, selon la périodicité que celui-ci détermine.

II. — *Comité consultatif*

125. Le conseil d'un établissement territorial doit, à la demande d'un ou de plusieurs groupes formés d'employés ou de professionnels œuvrant au sein d'une installation de l'établissement ou de personnes appartenant à un milieu qu'il dessert, constituer un seul comité consultatif par ensemble d'installations.

126. Le comité consultatif est chargé de faire des recommandations au conseil d'établissement sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de l'établissement relativement aux installations désignées dans la demande formulée en vertu de l'article 125 et d'établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations des établissements ainsi qu'avec les responsables des activités de recherche.

Le comité doit établir ses règles de fonctionnement.

127. Le comité consultatif est composé de sept membres qui ont les qualités requises pour en exécuter le mandat et qui sont nommés par le conseil d'établissement. À cette fin, ce conseil doit inviter les groupes intéressés à lui fournir des listes de noms parmi lesquels il choisit les membres du comité.

III. — *Autres comités*

128. Outre le comité de vigilance et de la qualité et le comité consultatif, le conseil d'établissement peut former tout autre comité pour le conseiller dans l'exercice de ses fonctions. Il détermine sa composition, ses fonctions, ses devoirs et ses pouvoirs, les modalités d'administration de ses affaires ainsi que les règles de sa régie interne.

SECTION II

PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT

§1. — *Président-directeur général*

129. Le conseil d'administration de Santé Québec nomme le président-directeur général d'un établissement de Santé Québec.

130. Sous l'autorité immédiate du président et chef de la direction, le président-directeur général nommé en vertu de l'article 129 est le plus haut dirigeant de l'établissement. Il est responsable de l'administration et du fonctionnement de cet établissement dans le cadre du règlement intérieur de Santé Québec. Il doit notamment veiller à ce que les obligations qui incombent à l'établissement en vertu de la présente loi soient exécutées entièrement, correctement et sans retard.

Le président-directeur général exerce ses fonctions à temps plein, veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration de Santé Québec et s'assure que lui est transmise toute information qu'il requiert ou qui lui est nécessaire pour exercer ses responsabilités.

Il doit en outre s'assurer de la coordination et de la surveillance de l'activité clinique au sein de l'établissement.

Les dispositions de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État qui concernent le président-directeur général d'une société d'État ne s'appliquent pas au président-directeur général de l'établissement.

131. Le président-directeur général détermine l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement de Santé Québec dans la mesure nécessaire pour compléter les dispositions de la présente loi et du règlement intérieur de Santé Québec; à cette fin, il peut prévoir des structures administratives, des directions, des services ainsi que des programmes cliniques.

Les dispositions prises par le président-directeur général concernant l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement de Santé Québec conformément au premier alinéa sont soumises au président et chef de la direction qui peut les approuver avec ou sans modification.

Sous réserve du règlement intérieur de Santé Québec, le président-directeur général nomme les membres du personnel de Santé Québec relevant de son autorité.

132. Lorsqu'il détermine l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement, le président-directeur général doit favoriser la gestion de proximité.

À cette fin, il doit notamment s'assurer de la désignation, pour chaque installation maintenue par l'établissement, d'au moins une personne responsable de veiller à la bonne marche des activités de l'établissement et à la détection en temps utile des situations anormales. Cette personne doit disposer de l'autorité nécessaire pour remédier avec diligence à une telle situation ou d'un libre accès à la personne disposant d'une telle autorité.

133. Le président-directeur général prend le règlement intérieur de l'établissement. Ce règlement entre en vigueur après avoir été approuvé, avec ou sans modification, par le président et chef de la direction de Santé Québec.

134. Santé Québec veille à assurer une relève aux présidents-directeurs généraux.

§2. — *Président-directeur général adjoint*

135. Le président-directeur général peut être assisté du nombre de présidents-directeurs généraux adjoints que détermine le conseil d'administration de Santé Québec. Ils sont nommés par ce conseil.

Un président-directeur général adjoint exerce les fonctions et les pouvoirs du président-directeur général si celui-ci est absent ou empêché d'agir. En cas de vacance au poste de président-directeur général, un président-directeur général adjoint assure l'intérim jusqu'à la nomination du nouveau président-directeur général.

Si plusieurs présidents-directeurs généraux adjoints ont été nommés, le conseil d'administration de Santé Québec désigne celui qui assume les fonctions prévues au deuxième alinéa.

La personne qui occupe le poste de président-directeur général adjoint doit exercer des fonctions à temps plein au sein de l'établissement.

§3. — *Dispositions communes*

136. Le président-directeur général et toute personne qui exerce des responsabilités de direction sous son autorité immédiate doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leurs fonctions.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du président et chef de la direction, exercer d'autres activités professionnelles, qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le président et chef de la direction leur confie.

En cas de contravention au présent article, des sanctions pouvant aller jusqu'au congédiement peuvent être appliquées au contrevenant.

137. Santé Québec s'assure d'offrir un programme de formation continue aux présidents-directeurs généraux et, le cas échéant, aux présidents-directeurs généraux adjoints.

SECTION III

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES, COMITÉ DES USAGERS ET COMITÉ DES RÉSIDENTS

§1.— *Comité de gestion des risques*

138. Un comité de gestion des risques est institué pour chaque établissement de Santé Québec. Le président-directeur général de l'établissement en nomme les membres.

Le règlement intérieur de Santé Québec prévoit le nombre de membres et les règles de fonctionnement du comité.

139. La composition du comité de gestion des risques doit assurer une représentativité équilibrée des catégories de personnes suivantes :

1° le personnel de Santé Québec affecté à la réalisation de tâches au sein de l'établissement;

2° les usagers;

3° les personnes qui exercent leur profession au sein de l'établissement;

4° s'il y a lieu, les personnes qui, en vertu d'un contrat de service, fournissent au sein de l'établissement et pour le compte de Santé Québec des services aux usagers.

Le président-directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

140. Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1° identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;

2° s'assurer qu'un soutien est apporté à la victime et à ses proches;

3° assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse de leurs causes et recommander au conseil d'établissement la prise de mesures visant à en prévenir la récurrence et, s'il y a lieu, la prise de mesures de contrôle.

141. Les réponses d'une personne, dans le cadre des activités de gestion des risques, et notamment tout renseignement ou document fourni de bonne foi par elle en réponse à une demande d'un gestionnaire de risques ou d'un comité de gestion des risques, ne peuvent être utilisées ni ne sont recevables à titre de preuve contre cette personne ou contre toute autre personne devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles.

Malgré toute disposition contraire, un gestionnaire de risques ou un membre d'un comité de gestion des risques ne peut être contraint devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles de témoigner sur un renseignement confidentiel obtenu dans l'exercice de ses fonctions, ni de produire un document contenant un tel renseignement, si ce n'est aux fins du contrôle de sa confidentialité.

Aucun élément de contenu du dossier de gestion des risques, y compris les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations qui les accompagnent, ne peut constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle, administrative ou autre de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire.

142. Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), les dossiers et les procès-verbaux du comité de gestion des risques sont confidentiels.

Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du comité de gestion des risques, sauf les membres de ce comité, les personnes responsables d'évaluer l'application du programme national sur la qualité des services visé à l'article 65 ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice de leurs fonctions prévues par la loi.

§2. — *Comité des usagers et comité des résidents*

143. Un comité des usagers est institué pour chaque établissement de Santé Québec.

144. Lorsqu'un établissement de Santé Québec offre des services à des usagers qui sont hébergés dans ses installations, un comité des résidents est institué dans chacune des installations où ces usagers sont hébergés.

Toutefois, dans le cas d'une installation pouvant héberger moins de 10 usagers ou dont la durée prévue de l'hébergement de la majorité des usagers est de moins de 6 mois, le président-directeur général peut, après avoir consulté le comité des usagers de l'établissement, selon le cas :

1° confier l'exercice de ses fonctions au comité des usagers, sans que soit institué dans cette installation un comité des résidents;

2° former un comité des résidents commun à plusieurs installations que regroupe le président-directeur général.

Le président-directeur général doit, annuellement, évaluer l'efficacité de la mesure choisie en application du deuxième alinéa et, au besoin, la modifier conformément au présent article.

145. Sous réserve de l'article 146, le règlement intérieur de Santé Québec détermine la composition des comités des usagers et des comités des résidents. Il peut prévoir la formation, au sein de ces comités, de sous-comités.

146. Le comité des usagers d'un établissement se compose d'au moins cinq membres élus par tous les usagers de l'établissement et d'un représentant désigné par et parmi chacun des comités des résidents.

Tout comité des résidents se compose d'au moins trois membres élus par les résidents.

147. La majorité des membres d'un comité des usagers doit être formée d'usagers; celle d'un comité des résidents, de résidents.

Lorsqu'il est impossible de former une telle majorité, les usagers ou les résidents peuvent élire toute autre personne de leur choix pourvu que cette personne ne travaille pas pour Santé Québec ou n'exerce pas sa profession au sein de l'établissement.

148. Le mandat des membres du comité des usagers et des membres de tout comité des résidents ne peut excéder trois ans.

149. Un comité des usagers ou un comité des résidents exerce les fonctions suivantes :

1° à l'égard des usagers ou, selon le cas, des résidents :

a) les renseigner sur leurs droits et leurs obligations;

b) promouvoir l'amélioration de la qualité de leurs conditions de vie et participer à l'évaluation de leur degré de satisfaction à l'égard des services obtenus de l'établissement;

c) défendre leurs droits et leurs intérêts collectifs;

2° à la demande d'une personne, défendre ses droits et ses intérêts en tant qu'usager ou résident auprès de toute autorité compétente.

Le comité des usagers exerce de plus les fonctions suivantes :

1° accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire formuler une plainte conformément aux dispositions de la partie VII de la présente loi ou en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux;

2° s'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités des résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;

3° évaluer, le cas échéant, l'efficacité de la mesure mise en place en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 144.

Ces comités établissent, en outre, leurs règles de fonctionnement.

150. Le comité des usagers d'un établissement soumet chaque année un rapport d'activités au comité national des usagers. Tout comité des résidents soumet un tel rapport au comité des usagers duquel il relève.

151. Le président-directeur général doit favoriser le bon fonctionnement du comité des usagers et de tout comité des résidents. Il doit voir à ce que chaque usager soit informé par écrit de l'existence de ces comités.

Lorsque l'établissement reçoit des sommes destinées à l'un de ces comités, le président-directeur général doit les mettre sans délai à la disposition de ce comité. Il doit également permettre l'utilisation d'un local pour les activités de ces comités et donner la possibilité aux membres de conserver les dossiers du comité de manière à leur permettre d'en assurer la confidentialité.

152. Le ministre peut déterminer des orientations et des paramètres budgétaires propres à favoriser l'harmonisation des pratiques des comités des usagers et des comités des résidents, l'utilisation optimale du financement qui leur est destiné et leur bon fonctionnement.

Santé Québec fait rapport au ministre sur la mise en œuvre de ces orientations et de ces paramètres, dans la forme et selon la teneur et la périodicité qu'il détermine.

SECTION IV

GOUVERNANCE CLINIQUE

§1. — *Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique*

I. — *Fonctions et composition*

153. Un établissement de Santé Québec comprend un conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique.

Le conseil exerce les fonctions suivantes :

1° contrôler et apprécier la qualité, y compris la pertinence, des trajectoires de services cliniques au sein de l'établissement et en assurer le suivi;

2° formuler au président-directeur général toute recommandation au sujet de ces trajectoires;

3° donner son avis au président-directeur général de l'établissement et lui faire des recommandations sur ce qui suit :

a) les aspects professionnels de l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement;

b) la distribution des services cliniques;

c) les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;

4° assumer toute autre fonction que lui confie le président-directeur général.

154. Le conseil interdisciplinaire est composé d'un nombre égal de personnes appartenant à chacune des catégories suivantes :

1° les médecins qui exercent leur profession au sein de l'établissement;

2° les infirmières et les infirmiers qui exercent leur profession au sein de l'établissement;

3° les personnes, autres que celles visées aux paragraphes 1° et 2°, titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire exerçant, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activités visé par ce diplôme et liées directement aux services de santé;

4° les personnes, autres que celles visées aux paragraphes 1°, 2° et 3°, titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire exerçant, pour l'établissement, des fonctions caractéristiques du secteur d'activités visé par ce diplôme et liées directement aux services sociaux.

Le règlement intérieur de l'établissement détermine le nombre de personnes par catégorie visée au premier alinéa et prévoit les modalités selon lesquelles elles sont élues par les personnes appartenant à la même catégorie.

II. — *Régie interne, dossiers, procès-verbaux et rapport annuel*

155. Les fonctions du conseil interdisciplinaire sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins cinq membres désignés par le conseil, du président-directeur général de l'établissement et du directeur médical nommé en vertu de l'article 158.

Le comité exécutif dispose des pouvoirs du conseil nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Il supervise et coordonne les travaux des autres comités du conseil, le cas échéant.

156. Le conseil interdisciplinaire peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création et le fonctionnement de comités en plus du comité exécutif ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le président-directeur général.

157. Le conseil interdisciplinaire doit faire rapport annuellement au président-directeur général concernant l'exercice de ses fonctions et les avis qui en résultent.

§2. — *Règles particulières aux médecins, aux dentistes, aux pharmaciens et aux sages-femmes*

I. — *Directeur médical*

158. Le président-directeur général d'un établissement de Santé Québec nomme un directeur médical.

Un tel directeur doit être un médecin.

159. Sous l'autorité immédiate du président-directeur général, le directeur médical exerce les fonctions suivantes :

1° coordonner l'activité professionnelle et scientifique de l'établissement avec les autres directeurs;

2° lorsqu'un département territorial de médecine familiale ou de médecine spécialisée est rattaché à l'établissement, coordonner l'activité professionnelle extérieure à l'établissement des médecins membres de ce département avec le directeur qui le dirige;

3° prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de la Loi sur les coroners (chapitre C-68.01) soit effectué;

4° remplir les obligations prévues au Code civil et à la Loi sur le curateur public (chapitre C-81) en matière de tutelle au majeur et de mandat de protection;

5° s'assurer de l'élaboration par les chefs de départements cliniques des modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de sages-femmes pour les besoins de l'établissement;

6° élaborer les règles selon lesquelles doivent être utilisées les ressources allouées aux départements cliniques;

7° assumer toute autre fonction prévue par la loi ou que lui confie le président-directeur général.

160. Les règles d'utilisation des ressources élaborées par le directeur médical doivent prévoir l'imposition par celui-ci de sanctions administratives pour tout manquement commis par un professionnel faisant partie d'un département. Ces sanctions peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit du professionnel d'utiliser les ressources de l'établissement.

Ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le président-directeur général.

161. Les règles d'utilisation des ressources ne peuvent permettre la réservation de lits aux usagers que traite un médecin, un dentiste ou une sage-femme.

En cas de nécessité, le directeur médical ou, en son absence, le médecin désigné à cette fin par le président-directeur général peut désigner un département clinique ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager.

162. Lorsqu'une sanction administrative est imposée en vertu des règles d'utilisation des ressources, le directeur médical doit faire part à l'auteur du manquement à ces règles des motifs sur lesquels il s'est fondé pour prendre sa décision. L'auteur du manquement peut, s'il est en désaccord avec cette décision, la contester, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle elle lui a été notifiée, devant le Tribunal administratif du Québec.

Le directeur médical doit informer le président-directeur général de la nature de la sanction imposée.

Une telle sanction ne peut être considérée comme une atteinte aux privilèges accordés au médecin ou au dentiste, selon le cas.

163. Le directeur médical d'un établissement ou la personne qu'il désigne doit, avec diligence, devant la mort imminente ou récente d'un donneur potentiel d'organes ou de tissus en aviser l'un des organismes qui assurent la coordination des dons d'organes ou de tissus et qui sont désignés par le ministre conformément à l'article 2.0.11 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5).

Il vérifie auprès de l'organisme les éléments suivants et peut, à ces fins, lui transmettre tout renseignement nécessaire concernant le donneur potentiel :

1° l'admissibilité de la personne au don d'organes ou de tissus;

2° l'existence d'un consentement au prélèvement sur son corps d'organes ou de tissus après son décès dans les registres de consentements établis par l'Ordre des notaires du Québec et par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Lorsqu'il y a consentement au don d'organes ou de tissus, il transmet de plus à un tel organisme tout renseignement qui concerne ce donneur potentiel et qui est nécessaire à la coordination d'un tel don.

Le directeur médical ou la personne qu'il désigne est informé de la mort imminente ou récente d'un donneur potentiel d'organes ou de tissus suivant la procédure établie par l'établissement.

164. Le président-directeur général peut nommer toute personne et l'adjoindre au directeur médical.

La personne adjointe au directeur médical exerce sous son autorité toutes ses fonctions et tous ses pouvoirs, à moins que son acte de nomination ne les restreigne ou ne les retire.

Si cette personne n'est pas un médecin, elle ne peut :

1° exercer les fonctions prévues au paragraphe 2° de l'article 159;

2° agir comme membre d'un comité du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes;

3° désigner un département clinique ou un service en vertu du deuxième alinéa de l'article 161;

4° déterminer une condition en application du paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 199;

5° formuler l'avis et les recommandations prévus au premier alinéa de l'article 202;

6° octroyer une autorisation en vertu de l'article 210;

7° juger de l'effet d'un départ en vertu du troisième alinéa de l'article 217.

165. Malgré les restrictions ou les retraits prévus par son acte de nomination, le cas échéant, la personne adjointe au directeur médical, si elle est un médecin, exerce toutes les fonctions et tous les pouvoirs du directeur médical s'il est absent ou empêché d'agir. De même, en cas de vacance au poste de directeur médical, elle assure l'intérim jusqu'à la nomination du nouveau directeur médical.

Lorsque plus d'une personne adjointe au directeur médical est médecin, la personne visée au premier alinéa est le médecin désigné par le président-directeur général.

II.— *Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes*

166. Un établissement de Santé Québec comprend un conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

Ce conseil est composé de l'ensemble des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes qui exercent leur profession au sein de l'établissement.

167. Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes est responsable envers le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique de donner son avis sur les sujets suivants :

1° en les considérant du point de vue des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes :

a) les trajectoires de services cliniques au sein de l'établissement, notamment en ce qui concerne leur pertinence et leur efficacité;

b) l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement;

c) la distribution des services cliniques;

2° tout autre sujet que le conseil interdisciplinaire porte à son attention.

168. Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes est responsable envers le directeur médical :

1° de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires, pharmaceutiques et de sages-femmes posés au sein de l'établissement;

2° d'étudier, préalablement à la prise de mesures disciplinaires, une plainte formulée à l'endroit d'un médecin, d'un dentiste ou d'une sage-femme afin de déterminer si ce professionnel a agi sans avoir les qualifications requises ou s'il a fait preuve d'incompétence scientifique ou de négligence;

3° d'approuver les règles applicables aux soins médicaux et dentaires et à l'utilisation des médicaments ainsi que les règles de soins applicables aux sages-femmes, élaborées par chaque chef de département clinique ou de service;

4° de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes;

5° d'assumer toute autre responsabilité que lui confie le directeur médical.

Dans l'exercice de ses responsabilités, le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement.

169. Dans l'exercice des responsabilités prévues aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa de l'article 168, le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes peut, avec l'autorisation du directeur médical, avoir recours à un expert externe à l'établissement. Cet expert, au même titre que le conseil, a accès au dossier d'un usager lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

L'expert doit, avant de commencer à exercer ses fonctions, prêter le serment prévu à l'annexe I.

L'expert ne peut être poursuivi en justice en raison d'un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

170. Le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes doit créer un comité de pharmacologie, des comités d'évaluation de l'acte et des comités de discipline.

Le comité de pharmacologie exerce les responsabilités confiées au conseil relativement aux règles applicables à l'utilisation des médicaments prévues au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 168. Les comités d'évaluation de l'acte ou les comités de discipline exercent respectivement les responsabilités confiées au conseil par les paragraphes 1° et 2° de cet alinéa.

Un comité d'évaluation de l'acte ou un comité de discipline est formé de trois membres du conseil, dont au moins un est un pair du professionnel dont le dossier est à l'étude par le comité.

171. Les responsabilités du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes sont exercées par un comité exécutif comprenant au moins quatre médecins et un pharmacien désignés par le conseil, de même qu'au moins un dentiste et une sage-femme désignés par le conseil lorsque de tels professionnels en sont membres. Le directeur médical en est membre d'office.

Le comité exécutif dispose des pouvoirs du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes nécessaires à l'exercice de ses responsabilités. Il supervise et coordonne les travaux des autres comités du conseil.

Le directeur médical surveille le fonctionnement des comités du conseil et s'assure que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires, pharmaceutiques et de sages-femmes dans l'établissement.

172. Le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création et le fonctionnement de comités en plus du comité exécutif et des comités prévus à l'article 170 et la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le directeur médical de l'établissement.

173. Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et l'article 578 de la présente loi, les dossiers et les procès-verbaux du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes et de chacun de ses comités sont confidentiels.

Toutefois, un médecin examinateur et les membres d'un comité de révision visé à l'article 614 peuvent prendre connaissance du dossier professionnel d'un membre du conseil lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de leurs responsabilités. Il en est de même de toute personne habilitée à prendre une mesure disciplinaire ou une sanction administrative à l'égard d'un médecin, d'un dentiste ou d'une sage-femme.

Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux d'un comité du conseil, sauf les membres de ce comité, les membres du comité exécutif du conseil, le Tribunal administratif du Québec ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.

Nul ne peut prendre connaissance des procès-verbaux du conseil, sauf les membres du conseil, les membres du comité exécutif de ce conseil, le Tribunal administratif du Québec ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.

174. Le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes doit faire rapport annuellement au directeur médical concernant l'exécution de ses responsabilités et les avis qui en résultent.

175. Le président et chef de la direction de Santé Québec peut, dans des circonstances exceptionnelles et lorsque la qualité des services en dépend, confier les responsabilités d'un conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes d'un établissement à une ou à plusieurs personnes qu'il désigne et qui sont membres de l'un des ordres professionnels suivants : le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec ou l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Cette décision ne peut être prise qu'après avoir obtenu l'avis des ordres professionnels mentionnés au premier alinéa.

III. — *Départements cliniques et services*

1. — *Formation*

176. Le département clinique prévu à chacun des paragraphes suivants est formé au sein d'un établissement de Santé Québec et il comprend, le cas échéant, les services ou les activités visés à ce paragraphe :

- 1° anesthésie;
- 2° chirurgie;
- 3° gynécologie-obstétrique;
- 4° imagerie médicale :
 - a) services de radiologie;
 - b) services de médecine nucléaire;
- 5° médecine générale;
- 6° médecine spécialisée :
 - a) services de radio-oncologie;
 - b) services d'oncologie médicale;
 - c) activités cliniques d'hématologie;

- d) activités cliniques de microbiologie et de maladies infectieuses;
- 7° médecine d'urgence;
- 8° pédiatrie;
- 9° pharmacie;
- 10° psychiatrie.

De plus, tout département que détermine le conseil d'administration de Santé Québec parmi les suivants est formé au sein de tout établissement de Santé Québec qu'il désigne :

- 1° médecine dentaire;
- 2° santé publique;
- 3° médecine de laboratoire, lequel regroupe les services de laboratoire dans les domaines suivants :
 - a) hématologie;
 - b) biochimie;
 - c) pathologie;
 - d) microbiologie;
 - e) génétique;
 - f) médecine transfusionnelle;
- 4° sages-femmes.

Un établissement peut, dans la mesure permise par le conseil d'administration de Santé Québec, déroger au premier alinéa pour fusionner des départements qui y sont prévus ou pour établir en leur sein des services.

177. Le président-directeur général détermine, après consultation du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, de quel département ou de quel service relèvent les actes médicaux ou dentaires posés dans l'exercice des activités de l'établissement.

Les médecins ou les dentistes qui jouissent de privilèges leur permettant de poser les actes relevant d'un département ou d'un service en font partie.

Les professionnels visés à l'un des paragraphes suivants qui exercent leur profession au sein de l'établissement font partie du département qui y est mentionné :

1° les sages-femmes, le département de sages-femmes;

2° les pharmaciens, le département de pharmacie.

2. — *Chef de département clinique et chef de service*

178. Chaque département clinique est dirigé par un chef de département clinique.

179. Le président-directeur général, après consultation du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, du directeur médical et des professionnels faisant partie d'un département clinique, nomme parmi ces professionnels le chef de ce département.

180. Le directeur médical dirige, coordonne et surveille les activités des chefs de département clinique.

Il doit notamment obtenir l'avis des chefs sur les conséquences administratives et financières des activités des professionnels faisant partie des départements cliniques.

181. Outre les autres fonctions que lui confère la présente loi, le chef de département clinique exerce, sous l'autorité immédiate du directeur médical, les fonctions suivantes :

1° à l'égard des professionnels qui font partie du département :

a) coordonner les activités qu'ils exercent au sein du département de même qu'évaluer et maintenir leur compétence;

b) assurer la distribution appropriée des services qu'ils fournissent;

2° élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de professionnels faisant partie du département;

3° élaborer les règles de fonctionnement du département.

En cas de vacance du poste de chef de département, le directeur médical exerce les fonctions prévues au premier alinéa.

182. Lorsque le chef de département clinique refuse d'élaborer les règles de fonctionnement du département ou tarde à le faire, le directeur médical doit les élaborer.

Les règles de fonctionnement d'un département entrent en vigueur après avoir été approuvées ou, selon le cas, élaborées par le directeur médical.

183. Le chef de département clinique est responsable envers le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes :

1° de surveiller l'exercice des activités professionnelles au sein du département par les professionnels qui en font partie;

2° le cas échéant, de collaborer avec le directeur des soins infirmiers à la surveillance et au contrôle de la qualité des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8);

3° d'élaborer, pour son département, des règles applicables aux soins médicaux et dentaires et à l'utilisation des médicaments ainsi que des règles de soins applicables aux sages-femmes.

En cas de vacance du poste de chef de département, le directeur médical exerce les fonctions prévues au premier alinéa.

184. Les règles applicables aux soins médicaux et dentaires et à l'utilisation des médicaments ainsi que les règles de soins applicables aux sages-femmes doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes des départements cliniques doit répondre à des règles uniques.

Lorsque le chef de département clinique refuse d'élaborer de telles règles ou tarde à le faire, le directeur médical ou, à défaut, le président-directeur général doit les élaborer.

Elles entrent en vigueur après avoir été approuvées ou, selon le cas, élaborées par le président-directeur général.

185. Malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et l'article 578 de la présente loi, les dossiers qui concernent les responsabilités prévues aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa de l'article 183 sont confidentiels. Nul ne peut en prendre connaissance, sauf le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, le Tribunal administratif du Québec ou les représentants d'un ordre professionnel dans l'exercice des fonctions qui leur sont attribuées par la loi.

186. Chaque service est dirigé par un chef de service.

187. Sous l'autorité immédiate du chef de département clinique, le chef de service exerce à l'égard du service les mêmes fonctions et pouvoirs que le chef de département clinique exerce à l'égard du département. Il ne peut cependant élaborer de règles contraires à celles élaborées par le chef de département clinique.

Les dispositions applicables au chef de département clinique prévues aux articles 179 à 185 sont, pour le reste, applicables au chef de service, avec les adaptations nécessaires.

3. — *Gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques*

188. Le président-directeur général d'un établissement doit voir à la gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques de cet établissement.

À cette fin, il doit établir les règles à suivre pour inscrire un usager sur la liste d'accès aux services spécialisés et surspécialisés de tout département clinique, les modalités de détermination et de communication à l'usager de la date prévisible de l'obtention de tels services de même que, dans le cas où ces services ne pourraient lui être fournis à cette date, les mesures de rechange devant lui être offertes, tels la fixation d'une nouvelle date à convenir avec lui, le recours aux services d'un autre médecin du département clinique concerné ou le recours à un autre établissement.

Le président-directeur général doit, avant d'établir ces règles, consulter le chef de chacun des départements cliniques où sont offerts des services spécialisés ou surspécialisés.

189. Conformément aux règles établies en vertu du deuxième alinéa de l'article 188, un médecin doit inscrire un usager sur la liste d'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques de l'établissement dès qu'il détermine que les services sont requis.

190. Le chef de département clinique où sont offerts des services spécialisés ou surspécialisés doit, en plus des fonctions dont il est chargé en vertu de l'article 181, s'assurer du respect et de la bonne mise en œuvre des règles établies en vertu du deuxième alinéa de l'article 188.

191. Le président-directeur général doit désigner un responsable de l'application des règles qu'il établit en vertu du deuxième alinéa de l'article 188.

Sous l'autorité immédiate du directeur médical, ce responsable exerce les fonctions suivantes :

1° voir à ce que chaque chef de département clinique visé à l'article 178 s'assure, dans son département, du respect et de la bonne mise en œuvre de ces règles;

2° offrir à l'usager qui ne pourra obtenir les services qu'il requiert à la date qui lui a été communiquée les mesures de rechange précisées par ces règles;

3° procéder, le cas échéant, aux ajustements requis pour diriger l'usager vers un mécanisme particulier d'accès mis en place en vertu de l'article 194.

192. Le président-directeur général fait rapport au président et chef de la direction, au moins tous les trois mois, de l'efficacité des règles établies en vertu du deuxième alinéa de l'article 188, notamment en regard du temps d'attente pour les usagers entre le moment de leur inscription sur la liste d'accès et celui de l'obtention des services spécialisés et surspécialisés qu'ils requièrent.

193. Afin d'assurer une gestion uniforme de la liste d'accès visée au deuxième alinéa de l'article 188, le ministre peut déterminer les renseignements qui doivent être recueillis et utilisés par les établissements et qui sont nécessaires à la gestion courante de leur liste d'accès.

194. Lorsque, compte tenu des standards d'accès généralement reconnus et après avoir effectué les consultations appropriées, le président et chef de la direction de Santé Québec estime que le temps d'attente pour obtenir un service spécialisé ou surspécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions est déraisonnable ou sur le point de le devenir, il peut, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement, voir à la mise en place de mécanismes particuliers d'accès permettant de rendre ce service autrement accessible dans le délai qu'il juge raisonnable.

Le président et chef de la direction peut requérir que les établissements concernés ou, le cas échéant, le prestataire choisi pour conserver et gérer les renseignements recueillis aux fins d'assurer la gestion de l'accès aux services lui fournissent, de la manière et dans les délais qu'il indique, les renseignements nécessaires pour lui permettre d'apprécier si le temps d'attente pour obtenir un service spécialisé ou surspécialisé est déraisonnable ou sur le point de le devenir. À cette fin, le président et chef de la direction peut également requérir du prestataire qu'il produise et lui fournisse, à partir de ces renseignements, des statistiques par établissement, par région ou pour l'ensemble du Québec. En aucun cas, les renseignements fournis ne doivent permettre d'identifier les usagers des établissements.

Le président et chef de la direction peut exiger d'un établissement concerné par la prestation du service spécialisé ou surspécialisé visé d'ajuster en conséquence les modalités de fonctionnement de l'accès à ce service.

Le responsable de la gestion de l'accès aux services spécialisés ou surspécialisés doit aviser le directeur médical dès qu'il estime, après avoir consulté le chef de département clinique concerné, qu'un usager ne pourra obtenir de l'établissement un service spécialisé ou surspécialisé dans le délai jugé raisonnable par le président et chef de la direction.

Le directeur médical propose immédiatement à l'utilisateur une offre alternative de services qui tient compte notamment du département territorial de médecine spécialisée afin que l'utilisateur puisse, s'il le désire, obtenir le service spécialisé ou surspécialisé qu'il requiert dans un délai jugé raisonnable par le président et chef de la direction. Le ministre peut, malgré toute disposition inconciliable, assumer le coût de tout service obtenu, conformément aux directives du

président et chef de la direction, dans un centre médical spécialisé non participatif au sens du deuxième alinéa de l'article 500 ou à l'extérieur du Québec.

IV. — Médecins, dentistes et pharmaciens

1. — Plan des effectifs médicaux et dentaires

195. Le président-directeur général d'un établissement élabore et soumet au président et chef de la direction de Santé Québec un plan des effectifs médicaux et dentaires. Il y précise les éléments suivants :

1° le nombre de médecins de famille, de médecins spécialistes, par spécialité, ainsi que de dentistes généralistes et de dentistes spécialistes qui peuvent y exercer leur profession en précisant le département clinique ou le service dont chacun d'eux fait partie;

2° la répartition du nombre de ces professionnels pour chacune des installations où s'exercent des activités de l'établissement ou par groupement d'installations déterminé par le président et chef de la direction.

Dans l'élaboration du plan, le directeur médical doit consulter le chef de chacun des départements cliniques où sont offerts des services spécialisés ou surspécialisés. Il doit, en outre, tenir compte des objectifs prévus au deuxième alinéa de l'article 29, de l'acte d'institution de l'établissement et des objectifs de croissance et de décroissance visés à l'article 407.

196. Le président et chef de la direction de Santé Québec peut approuver avec ou sans modification le plan des effectifs médicaux et dentaires qui lui est soumis en vertu de l'article 195.

Le plan ainsi approuvé doit être établi de nouveau conformément à l'article 195 au moins tous les trois ans et chaque fois que le demande le président et chef de la direction. Un plan approuvé continue d'avoir effet tant que le président et chef de la direction n'en a pas approuvé un nouveau.

Le président et chef de la direction peut établir le plan des effectifs médicaux et dentaires pour un établissement, à défaut par le président-directeur général de l'établir dans le délai qu'il lui indique.

2. — Nomination, statut, privilèges et autorisation en cas d'urgence

197. Le pouvoir de nommer un médecin, un dentiste ou un pharmacien afin de lui permettre d'exercer sa profession au sein d'un établissement est exercé par le président-directeur général de l'établissement.

198. Pour être nommé, un médecin, un dentiste ou un pharmacien doit en faire la demande au directeur médical de l'établissement concerné.

Le conseil d'administration de Santé Québec détermine la forme et la teneur de la demande de nomination; elles sont les mêmes pour tous les établissements de Santé Québec.

199. Une demande de nomination est irrecevable dans les cas suivants :

1° sa forme ou sa teneur n'est pas conforme à celles établies par le conseil d'administration de Santé Québec;

2° elle n'est pas conforme à l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement;

3° elle a pour effet de porter le nombre de médecins ou de dentistes jouissant de privilèges au sein de l'établissement au-delà de celui prévu par le plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé ou établi en vertu de l'article 196;

4° elle ne remplit pas toute autre condition déterminée préalablement par le directeur médical ou par le chef de département clinique concerné.

Les paragraphes 2° et 3° du premier alinéa ne s'appliquent pas à une demande lorsque la nomination envisagée vise seulement à remplacer un médecin ou un dentiste déjà titulaire d'un statut et de privilèges régulièrement accordés, mais qui doit s'absenter ou est empêché temporairement.

200. Le directeur médical doit transmettre au demandeur un avis de la réception de sa demande de nomination.

L'avis contient les renseignements suivants :

1° l'indication, selon le cas, que la demande est recevable ou non;

2° lorsque la demande est recevable :

a) la présentation de l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement;

b) la présentation du plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé ou établi en vertu de l'article 196;

c) si le demandeur est un médecin ou un dentiste, les obligations qui pourraient être rattachées à la jouissance des privilèges qui pourraient lui être accordés.

Le demandeur peut transmettre ses observations sur les obligations envisagées au directeur médical dans les 15 jours de la réception de l'avis.

201. Avant de transmettre l'avis de réception d'une demande de nomination recevable formulée par un médecin ou un dentiste, le directeur médical consulte le chef de département clinique concerné ainsi que le directeur médical de

médecine familiale ou, selon le cas, le directeur médical de médecine spécialisée sur les obligations qui pourraient être rattachées à la jouissance des privilèges qui pourraient être accordés au demandeur.

Les obligations rattachées à la jouissance des privilèges ont pour but d'assurer la participation du médecin ou du dentiste aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services, à leur qualité et à leur pertinence. Elles doivent notamment concerner les éléments suivants :

1° les périodes que le médecin ou le dentiste doit chaque année consacrer à l'exercice de sa profession au sein de l'établissement;

2° l'exercice de la médecine ou de la médecine dentaire en interdisciplinarité;

3° l'offre additionnelle de services afin de répondre aux besoins excédentaires ponctuels;

4° la prestation de services aux usagers dont le suivi médical n'est assuré par aucun médecin;

5° la participation aux comités formés au sein du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

202. Le directeur médical doit, avant que le président-directeur général ne statue sur une demande de nomination recevable, lui transmettre son avis sur les qualifications et la compétence du demandeur ainsi que sa recommandation sur le statut qui devrait être accordé à celui-ci. Lorsqu'il s'agit d'un médecin ou d'un dentiste, la recommandation concerne aussi les privilèges qui devraient être accordés au demandeur de même que les obligations qui devraient être rattachées à la jouissance de ces privilèges.

Santé Québec détermine par règlement les statuts que le président-directeur général peut accorder à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien, les conditions auxquelles ces statuts sont accordés ou renouvelés ainsi que les attributions rattachées à ces statuts.

203. Le président-directeur général saisi d'une demande de nomination d'un médecin ou d'un dentiste peut la refuser pour des motifs fondés sur l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement, sur le plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé ou établi en vertu de l'article 196, sur les ressources disponibles et sur les exigences propres à l'établissement.

Le président-directeur général peut également fonder le refus d'une demande sur l'un des motifs suivants :

1° l'omission par le demandeur, dans les trois années précédentes, d'avoir donné le préavis d'au moins 60 jours prévu au premier alinéa de l'article 215 avant de cesser d'exercer sa profession dans l'établissement;

2° le défaut du demandeur de remplir les critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement, eu égard aux exigences propres à l'établissement.

204. L'acte par lequel le président-directeur général procède à la nomination d'un médecin ou d'un dentiste doit prévoir des dispositions concernant les sujets suivants :

- 1° le statut et les privilèges qui lui sont accordés;
- 2° la durée pour laquelle ce statut et ces privilèges sont accordés;
- 3° la nature et le champ des activités médicales ou dentaires que le médecin ou le dentiste pourra exercer dans l'établissement;
- 4° les obligations rattachées à la jouissance des privilèges, dont celles prévues au deuxième alinéa de l'article 201;
- 5° l'engagement du médecin ou du dentiste à respecter ces obligations.

Le statut et les privilèges sont accordés pour une durée de 12 à 48 mois. Cependant, la nomination visant seulement le remplacement temporaire d'un médecin ou d'un dentiste déjà titulaire d'un statut et de privilèges régulièrement accordés ne peut valoir que pour la durée de l'absence ou de l'empêchement du médecin ou du dentiste remplacé.

205. Le président-directeur général doit, dans les 90 jours de la réception de la demande de nomination, transmettre au médecin ou au dentiste une décision écrite. De plus, tout refus doit être motivé par écrit.

206. Le médecin ou le dentiste ne peut exercer sa profession au sein de l'établissement et jouir des privilèges qui lui sont accordés suivant les termes apparaissant à son acte de nomination que s'il fournit au président-directeur général un écrit dans lequel il reconnaît avoir pris connaissance de cet acte.

Le statut et les privilèges sont accordés à compter du moment où le président-directeur général reçoit cet écrit; le médecin ou le dentiste est dès lors tenu de respecter les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges.

207. L'acte de nomination d'un médecin ou d'un dentiste est nul de nullité absolue dans les cas suivants :

- 1° il a pour effet de porter le nombre de médecins ou de dentistes jouissant de privilèges au sein de l'établissement au-delà de celui prévu par le plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé ou établi en vertu de l'article 196;
- 2° il n'est pas conforme à l'article 204.

208. Malgré le paragraphe 1° de l'article 207, un acte de nomination n'est pas nul du seul fait qu'il porte le nombre de médecins ou de dentistes jouissant de privilèges au sein de l'établissement au-delà de celui prévu par le plan des effectifs médicaux et dentaires dans les cas suivants :

1° lorsque la nomination vise seulement le remplacement temporaire d'un médecin ou d'un dentiste déjà titulaire d'un statut et de privilèges régulièrement accordés;

2° lorsque le président et chef de la direction, dans une situation exceptionnelle, notamment pour assurer un accès suffisant aux services, autorise qu'un président-directeur général procède à une nomination en dérogation au plan des effectifs médicaux et dentaires.

Le président et chef de la direction de Santé Québec peut subordonner son autorisation aux conditions qu'il détermine.

209. Le pharmacien peut exercer sa profession au sein de l'établissement dès sa nomination par le président-directeur général.

Le président-directeur général lui accorde à ce moment un statut.

210. En cas d'urgence, le directeur médical, un chef de département clinique ou un chef de service peut accorder temporairement à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien l'autorisation d'exercer sa profession au sein de l'établissement. Dans ce cas, la personne qui a accordé l'autorisation doit en aviser immédiatement le président-directeur général et le président et chef de la direction. Cette autorisation est d'une durée maximale de trois mois et ne peut être renouvelée qu'avec l'autorisation du président et chef de la direction et aux conditions qu'il détermine.

Les dispositions des articles 197 à 209 ne s'appliquent pas à l'octroi d'une telle autorisation ou à son renouvellement. De plus, lorsque le délai pour l'octroi de cette autorisation risque d'être préjudiciable à un usager, tout médecin, tout dentiste ou tout pharmacien peut, sans cette autorisation, donner les services requis par l'état de l'usager.

3. — Conditions d'exercice de la profession de médecin ou de dentiste et cessation d'exercice

211. Tout médecin ou tout dentiste exerçant au sein d'un établissement doit être titulaire d'un contrat valide d'assurance responsabilité professionnelle accepté par le président-directeur général et, chaque année, établir que cette assurance est en vigueur.

Un médecin peut toutefois s'acquitter de l'obligation visée au premier alinéa en fournissant annuellement au président-directeur général la preuve qu'il est membre de l'Association canadienne de protection médicale.

212. Le gouvernement peut, par règlement, déterminer la procédure que doit suivre un médecin ou un dentiste exerçant sa profession au sein d'un établissement et la teneur du formulaire qu'il doit utiliser pour permettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec de lui verser une rémunération.

213. Santé Québec ne peut verser de rémunération ni accorder quelque autre avantage même indirectement à un médecin exerçant sa profession dans le cadre du régime institué par la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), en considération de la prestation, au sein d'un établissement, de services assurés en vertu de ce régime. Elle ne peut non plus verser de rémunération ni accorder pareil avantage à ce médecin en considération de l'exercice de quelque autre activité au sein d'un établissement, sauf dans la mesure prévue par règlement du gouvernement.

214. Les médecins et les dentistes qui, au sein d'un établissement, rendent des services pour l'exécution de fonctions de gestion déterminées par règlement de Santé Québec sont payés en vertu d'un programme dont l'administration est confiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec par le gouvernement. Ces services sont rémunérés conformément à une entente conclue dans le cadre de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

Le gouvernement détermine l'enveloppe budgétaire devant servir à défrayer la rémunération des fonctions de gestion visées au premier alinéa en tenant compte de cette entente.

215. Le médecin ou le dentiste qui décide de cesser d'exercer sa profession au sein d'un établissement doit donner au président-directeur général un préavis d'au moins 60 jours.

Dès que le président-directeur général a reçu le préavis, la décision du médecin ou du dentiste devient irrévocable et prend effet à l'expiration du délai mentionné dans le préavis.

216. Malgré l'article 215, le président-directeur général peut autoriser un médecin ou un dentiste à cesser d'exercer sa profession au sein de l'établissement sans préavis ou à la suite d'un préavis de moins de 60 jours si le directeur médical juge que son départ n'a pas pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux et dentaires offerts à la population desservie par cet établissement.

217. Un médecin ou un dentiste qui cesse, sans l'autorisation du président-directeur général, d'exercer sa profession au sein d'un établissement sans avoir donné un préavis d'au moins 60 jours ou avant l'expiration d'un délai moindre autorisé en vertu de l'article 216 devient, à compter de la date fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec, un professionnel non participant aux fins de la Loi sur l'assurance maladie, pour une période égale à deux fois le nombre de jours qu'il restait à écouler avant l'expiration du délai de préavis applicable.

Le président-directeur général avise sans retard la Régie de ce départ et lui indique la période pour laquelle ce professionnel devient non participant.

Lorsque le directeur médical juge que ce départ a pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux et dentaires offerts à la population desservie par l'établissement, il en avise par écrit le Collège des médecins du Québec ou l'Ordre des dentistes du Québec, selon le cas.

4.—*Discipline*

218. Le pouvoir de prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien peut être exercé par le président-directeur général et, sauf disposition contraire de la présente loi, par le directeur médical ou un chef de département clinique.

Ces responsables disciplinaires doivent être avisés de toute plainte formulée en vertu de l'article 572 à l'encontre d'un professionnel visé au premier alinéa, sauf si elle a été rejetée en vertu de l'article 574 ou de l'article 585.

219. Avant de prendre une mesure disciplinaire, un responsable disciplinaire doit aviser le médecin ou le dentiste concerné de son intention et lui permettre de présenter ses observations dans un délai de 15 jours.

220. L'établissement doit communiquer à l'ordre professionnel concerné une reproduction de toute décision par laquelle est prise une mesure disciplinaire.

221. Toute mesure disciplinaire à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste doit être motivée et fondée uniquement sur l'un des motifs suivants :

1° l'inconduite;

2° l'inobservation du règlement intérieur de l'établissement, eu égard aux exigences propres à celui-ci;

3° le défaut d'exécuter entièrement, correctement et sans retard les obligations rattachées à la jouissance des privilèges ou tout autre non-respect des termes apparaissant à son acte de nomination;

4° un avis rendu en vertu du deuxième alinéa de l'article 222.

222. Un responsable disciplinaire peut saisir le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes d'une plainte formulée à l'encontre d'un médecin ou d'un dentiste.

Après étude de la plainte, si le conseil ou le comité statue que le médecin ou le dentiste a agi sans avoir les qualifications requises ou a fait preuve d'incompétence scientifique ou de négligence, il en avise le responsable disciplinaire.

Le règlement intérieur de l'établissement établit la procédure d'étude d'une plainte.

223. Pour rendre l'avis prévu au deuxième alinéa de l'article 222, le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes peut, avec l'autorisation du président-directeur général, avoir recours à un expert externe à l'établissement.

Cet expert, au même titre que le conseil, a accès au dossier d'un usager lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

224. Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises à l'égard d'un médecin ou d'un dentiste sont les suivantes :

1° la réprimande;

2° l'imposition d'une sanction administrative prévue par le règlement intérieur de l'établissement;

3° le changement de statut;

4° la privation de privilèges;

5° la suspension du statut et des privilèges pour une période déterminée;

6° la révocation du statut et des privilèges.

Les mesures disciplinaires peuvent également consister à recommander au professionnel concerné de faire un stage, de suivre un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et, s'il y a lieu, jusqu'à la mise à jour de ses connaissances, à restreindre ou à suspendre, en tout ou en partie, ses privilèges.

Seul le président-directeur général peut prononcer la révocation du statut et des privilèges. Un chef de département clinique ne peut imposer d'autres mesures disciplinaires que la réprimande.

225. Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises à l'égard d'un pharmacien vont de la réprimande jusqu'au congédiement.

Elles peuvent consister à lui recommander de faire un stage, de suivre un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et, s'il y a lieu, à restreindre ou à suspendre ses activités jusqu'à la mise à jour de ses connaissances.

226. En cas d'urgence, le président-directeur général, le directeur médical ou le chef de département clinique concerné peut suspendre provisoirement, selon le cas, le statut et les privilèges d'un médecin ou d'un dentiste ou le statut d'un pharmacien exerçant au sein de l'établissement.

La suspension provisoire est valide jusqu'à ce que, conformément aux dispositions des articles 218 à 225, une mesure disciplinaire soit prise à l'égard du professionnel concerné ou qu'il soit décidé de ne prendre aucune telle mesure, mais ne peut excéder une période de 20 jours.

5. — *Renouvellement du statut et des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste*

227. Le statut et les privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste peuvent être renouvelés à sa demande.

Un statut et des privilèges ne peuvent toutefois être renouvelés lorsqu'ils résultent d'une nomination visant seulement le remplacement temporaire d'un médecin ou d'un dentiste déjà titulaire d'un statut et de privilèges régulièrement accordés.

228. Le directeur médical doit, avant que le président-directeur général ne statue sur la demande de renouvellement, lui indiquer s'il existe des motifs de refuser le renouvellement et, le cas échéant, en préciser la nature.

229. Une demande de renouvellement peut être refusée par le président-directeur général seulement pour l'un des motifs suivants :

1° le défaut du médecin ou du dentiste de remplir les critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement, eu égard aux exigences propres à l'établissement;

2° le défaut d'exécuter entièrement, correctement et sans retard les obligations rattachées à la jouissance des privilèges ou tout autre non-respect des termes apparaissant à son acte de nomination;

3° le renouvellement contreviendrait aux conditions d'attribution d'un statut prévues par le règlement pris en application du deuxième alinéa de l'article 202.

230. Le statut et les privilèges sont renouvelés pour une durée minimale de 12 mois et maximale de 48 mois.

231. Le statut et les privilèges d'un médecin ou d'un dentiste peuvent être modifiés à l'occasion de leur renouvellement. Il en est de même des obligations rattachées à la jouissance des privilèges.

Les dispositions relatives à la nomination d'un médecin ou d'un dentiste prévues aux articles 197 à 207 sont, pour le reste, applicables, avec les adaptations nécessaires, au renouvellement avec modifications du statut et des privilèges ainsi que des obligations qui se rattachent à leur jouissance.

6. — *Recours*

232. Le médecin ou le dentiste qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet fondée sur des critères de qualification, de compétence scientifique, de comportement ou portant sur les mesures disciplinaires peut, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la décision lui a été notifiée, contester cette décision devant le Tribunal administratif du Québec.

Il peut en outre saisir le Tribunal dans les 60 jours de l'expiration du délai prévu à l'article 205, comme s'il s'agissait d'une décision défavorable, si aucune décision portant sur sa demande de nomination ne lui a été transmise dans le délai prévu à cet article.

233. Le pharmacien qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet et portant sur des mesures disciplinaires peut, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle cette décision lui a été notifiée, la contester devant le Tribunal administratif du Québec.

7. — *Transmission de renseignements*

234. L'établissement transmet au président et chef de la direction de Santé Québec ou à la personne qu'il désigne, dans la forme et selon la périodicité déterminées par le conseil d'administration de Santé Québec, les renseignements que celui-ci détermine concernant les demandes de nomination ou de renouvellement acceptées par le président-directeur général et concernant les médecins et les dentistes qui cessent d'exercer leur profession au sein de l'établissement.

V. — *Sages-femmes*

235. Le pouvoir de conclure un contrat de service avec une sage-femme afin de lui permettre d'exercer sa profession pour un établissement de Santé Québec est exercé par le président-directeur général.

236. Pour conclure le contrat de service visé à l'article 235, une sage-femme doit en faire la demande au président-directeur général.

237. Avant de se prononcer sur la demande d'une sage-femme, le président-directeur général doit obtenir les recommandations sur ses qualifications et sa compétence auprès du chef de département clinique des sages-femmes.

238. Le président-directeur général accepte ou refuse la demande d'une sage-femme pour des motifs fondés sur l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement et les ressources disponibles.

Le président-directeur général peut également fonder le refus d'une demande sur le défaut de la sage-femme de remplir les critères de qualification, de compétence ou de comportement.

239. Le contrat de service conclu avec une sage-femme doit prévoir les droits et les obligations de la sage-femme rattachés à l'exercice de sa profession pour l'établissement.

Il doit entre autres prévoir la participation de la sage-femme aux comités formés au sein du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

Le contrat doit être conclu pour une durée maximale de trois ans et peut être renouvelé à son échéance. Il doit également prévoir des mécanismes et des circonstances pouvant permettre d'y mettre fin avant son terme.

240. Le président-directeur général doit, dans les 90 jours de la réception de la demande de la sage-femme, lui transmettre une décision écrite. De plus, tout refus doit être motivé par écrit.

241. Toute sage-femme exerçant sa profession conformément à un contrat de service visé à l'article 235 doit être titulaire d'un contrat valide d'assurance responsabilité accepté par le président-directeur général et, chaque année, établir que cette assurance est en vigueur.

La sage-femme peut toutefois s'acquitter de l'obligation prévue au premier alinéa en fournissant annuellement au président-directeur général la preuve qu'elle est couverte par un contrat d'assurance responsabilité équivalent.

242. Le pouvoir de prendre des mesures disciplinaires à l'égard d'une sage-femme est exercé par le président-directeur général, après consultation du chef de département clinique des sages-femmes.

Toute mesure disciplinaire prise à l'endroit d'une sage-femme doit être motivée et fondée uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence, la négligence, l'inconduite, l'inobservation du règlement intérieur de l'établissement ou le non-respect des obligations prévues par son contrat de service.

243. Les mesures disciplinaires qui peuvent être prises à l'égard d'une sage-femme vont de la réprimande jusqu'à la résiliation de son contrat de service et comprennent la modification de ce contrat et la privation de l'un ou de plusieurs des droits qu'il prévoit.

244. La procédure selon laquelle une mesure disciplinaire est prise à l'égard d'une sage-femme est prévue par le règlement intérieur de l'établissement.

L'établissement doit transmettre à l'Ordre des sages-femmes du Québec une reproduction de la décision.

245. En cas d'urgence, le chef de département clinique des sages-femmes peut suspendre le droit d'une sage-femme d'exercer sa profession en vertu de son contrat de service.

Le chef de département clinique doit avertir immédiatement le président-directeur général et lui transmettre un rapport dans les 48 heures.

La suspension est valide jusqu'à ce que le président-directeur général ait pris une décision à son sujet, sans toutefois excéder une période de 10 jours.

246. Une sage-femme qui n'est pas satisfaite d'une décision rendue à son sujet fondée sur des critères de qualification, de compétence, de comportement ou portant sur des mesures disciplinaires peut, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la décision lui a été notifiée, contester cette décision devant le Tribunal administratif du Québec.

Elle peut en outre saisir le Tribunal dans les 60 jours de l'expiration du délai prévu à l'article 240, comme s'il s'agissait d'une décision défavorable, si aucune décision portant sur sa demande de conclure un contrat de service ne lui a été transmise dans le délai prévu à cet article.

247. Le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure une entente pour l'application des articles 235 à 246 avec un organisme représentatif des sages-femmes. L'entente lie tous les établissements.

Cette entente peut notamment prévoir différents modes de rémunération ou le versement, à titre de compensation ou de remboursement, de divers montants tels des primes, des frais ou des allocations.

À défaut d'entente, le Conseil du trésor peut fixer la rémunération ou les modes de rémunération par règlement qui tient lieu d'entente.

Les dispositions du Code du travail et de la Loi sur les normes du travail (chapitre N-1.1) ne s'appliquent pas à une sage-femme visée par une entente conclue en vertu du présent article et qui rend des services en application d'un contrat de service conclu en vertu de l'article 235 pour un établissement.

248. Les dispositions d'une entente conclue en vertu de l'article 247 continuent d'avoir effet, malgré l'expiration de l'entente, jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle entente, laquelle peut rétroagir à compter de l'expiration de l'entente précédente.

249. Une entente conclue en vertu de l'article 247 lie toutes les sages-femmes qui exercent leur profession en vertu d'un contrat de service visé à l'article 235, qu'elles soient membres ou non de l'organisme partie à l'entente.

§3. — *Règles particulières aux infirmières et aux infirmiers*

I. — *Directeur des soins infirmiers*

250. Le président-directeur général d'un établissement de Santé Québec nomme un directeur des soins infirmiers.

Le directeur des soins infirmiers de l'établissement doit être une infirmière ou un infirmier.

251. Sous l'autorité immédiate du président-directeur général, le directeur des soins infirmiers, outre les autres fonctions que lui confère la présente loi, exerce les fonctions suivantes :

1° surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés au sein de l'établissement;

2° s'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;

3° le cas échéant, collaborer à l'élaboration des règles applicables aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments devant être suivies par les infirmières ou les infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers;

4° le cas échéant, tenir et mettre à jour un registre des infirmières et des infirmiers habilités à exercer l'une ou plusieurs des activités visées à cet article.

252. Le directeur des soins infirmiers peut, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, limiter ou suspendre l'exercice au sein de l'établissement par une infirmière ou un infirmier des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être informé de toute mesure prise en vertu du présent article.

253. Sous réserve du règlement intérieur de l'établissement et sous l'autorité immédiate du président-directeur général, le directeur des soins infirmiers doit :

1° s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers au sein de l'établissement;

2° planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins de l'établissement;

3° gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;

4° assumer toute autre fonction que lui confie le président-directeur général.

II. — *Conseil des infirmières et infirmiers*

254. Un établissement de Santé Québec comprend un conseil des infirmières et infirmiers.

Ce conseil est composé de l'ensemble des infirmières et infirmiers qui exercent leur profession au sein de l'établissement.

255. Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le conseil des infirmières et infirmiers est responsable envers le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique de donner son avis sur les sujets suivants :

1° en les considérant du point de vue des infirmières et des infirmiers :

a) les trajectoires de services cliniques au sein de l'établissement, notamment en ce qui concerne leur pertinence et leur efficience;

b) l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement;

c) la distribution des services cliniques;

2° tout autre sujet que le conseil interdisciplinaire porte à son attention.

256. Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le conseil des infirmières et infirmiers est responsable envers le directeur des soins infirmiers :

1° d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés au sein de l'établissement et des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui y sont exercées;

2° de faire des recommandations sur les sujets suivants :

a) les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres au sein de l'établissement;

b) les règles relatives aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments applicables à ses membres;

c) la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres au sein de l'établissement;

3° de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et des infirmiers;

4° d'assumer toute autre fonction que lui confie le directeur des soins infirmiers.

257. Le conseil des infirmières et infirmiers peut, avec l'autorisation du président-directeur général, s'adjoindre tout expert ou toute autre personne pour l'assister dans l'exercice de ses fonctions et pouvoirs. Cet expert, au même titre que le conseil, a accès au dossier d'un usager lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

L'expert doit, avant de commencer à exercer ses fonctions, prêter le serment prévu à l'annexe I.

L'expert ne peut être poursuivi en justice en raison d'un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

258. En plus des fonctions prévues aux articles 255 et 256, le conseil des infirmières et infirmiers exerce, à l'égard des personnes qui exercent des activités d'infirmières auxiliaires ou d'infirmiers auxiliaires pour l'établissement, les fonctions suivantes :

1° apprécier la qualité des soins infirmiers qu'elles posent;

2° donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir leur compétence;

3° faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins qu'elles dispensent.

259. Le conseil des infirmières et infirmiers doit constituer un comité des infirmières et infirmiers auxiliaires chargé d'exercer les fonctions prévues à l'article 258. Ce comité est composé d'au moins trois personnes choisies par et parmi celles qui exercent des activités relevant de sa compétence.

Ce comité peut adopter des règlements concernant sa régie interne, son fonctionnement et la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers.

260. Les fonctions du conseil des infirmières et infirmiers sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins quatre infirmières ou infirmiers désignés par le conseil, du président et d'un autre membre du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, du directeur des soins infirmiers et du président-directeur général de l'établissement.

Le comité exécutif dispose des pouvoirs du conseil des infirmières et infirmiers nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Il supervise et coordonne les travaux des autres comités du conseil, le cas échéant.

Le directeur des soins infirmiers veille au bon fonctionnement des comités du conseil des infirmières et infirmiers et s'assure que le conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés au sein de l'établissement.

261. Le conseil des infirmières et infirmiers peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création et le fonctionnement de comités en plus du comité exécutif et du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le directeur des soins infirmiers de l'établissement.

262. Lorsqu'une recommandation du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires n'est pas retenue par le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers, elle doit être transmise au président-directeur général de l'établissement accompagnée des motifs de la décision.

263. Le conseil des infirmières et infirmiers doit faire un rapport annuel au directeur des soins infirmiers concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, dans la forme et selon la teneur et la périodicité déterminées par le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers, lui fait rapport.

§4. — *Règles particulières au personnel multidisciplinaire des services de santé*

I. — *Directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé*

264. Le président-directeur général d'un établissement de Santé Québec nomme un directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé.

265. Sous réserve du règlement intérieur de l'établissement et sous l'autorité immédiate du président-directeur général, le directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé doit :

1° surveiller et contrôler la qualité des actes posés par le personnel visé au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 154;

2° planifier, coordonner et évaluer l'exercice des activités de ce personnel en fonction des besoins de l'établissement;

3° gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;

4° contribuer au développement et au soutien du personnel multidisciplinaire des services de santé au sein de l'établissement;

5° assumer toute autre fonction que lui confie le président-directeur général.

II. — *Conseil multidisciplinaire des services de santé*

266. Un établissement de Santé Québec comprend un conseil multidisciplinaire des services de santé.

Ce conseil est composé de l'ensemble des personnes visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 154.

267. Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le conseil multidisciplinaire des services de santé est responsable envers le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique de donner son avis sur les sujets suivants :

1° en les considérant du point de vue de ses membres :

a) les trajectoires de services cliniques au sein de l'établissement, notamment en ce qui concerne leur pertinence et leur efficience;

b) l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement;

c) la distribution des services cliniques;

2° tout autre sujet que le conseil interdisciplinaire porte à son attention.

268. Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le conseil multidisciplinaire des services de santé est responsable envers le directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé :

1° de constituer, chaque fois que cela est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres au sein de l'établissement;

2° de faire des recommandations sur la distribution appropriée des services fournis par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services au sein de l'établissement;

3° de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;

4° d'assumer toute autre fonction que lui confie le directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé.

269. Le conseil multidisciplinaire des services de santé peut, avec l'autorisation du président-directeur général, s'adjoindre tout expert ou toute autre personne pour l'assister dans l'exercice de ses fonctions et pouvoirs. Cet expert, au même titre que le conseil, a accès au dossier d'un usager lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

L'expert doit, avant de commencer à exercer ses fonctions, prêter le serment prévu à l'annexe I.

L'expert ne peut être poursuivi en justice en raison d'un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

270. Les fonctions du conseil multidisciplinaire des services de santé sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels

différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé et du président-directeur général de l'établissement.

Le comité exécutif dispose des pouvoirs du conseil multidisciplinaire des services de santé nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Il supervise et coordonne les travaux des autres comités du conseil, le cas échéant.

Le directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé veille au bon fonctionnement des comités du conseil et s'assure que le conseil apprécie adéquatement la pratique de ses membres au sein de l'établissement.

271. Le conseil multidisciplinaire des services de santé peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création et le fonctionnement de comités en plus du comité exécutif ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé.

272. Le conseil multidisciplinaire des services de santé doit faire rapport annuellement au directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

§5. — *Règles particulières au personnel multidisciplinaire des services sociaux*

I. — *Directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux*

273. Le président-directeur général d'un établissement de Santé Québec nomme un directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux pour l'établissement.

274. Sous réserve du règlement intérieur de l'établissement et sous l'autorité immédiate du président-directeur général, le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux doit :

1° surveiller et contrôler la qualité des interventions du personnel visé au paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 154;

2° planifier, coordonner et évaluer l'exercice des activités de ce personnel en fonction des besoins de l'établissement;

3° gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;

4° contribuer au développement et au soutien du personnel en services sociaux au sein de l'établissement;

5° assumer toute autre fonction que lui confie le président-directeur général.

II.—*Conseil multidisciplinaire des services sociaux*

275. Un établissement de Santé Québec comprend un conseil multidisciplinaire des services sociaux.

Ce conseil est composé de l'ensemble des personnes visées au paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 154.

276. Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le conseil multidisciplinaire des services sociaux est responsable envers le conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique de donner son avis sur les sujets suivants :

1° en les considérant du point de vue de ses membres :

a) les trajectoires de services cliniques au sein de l'établissement, notamment en ce qui concerne leur pertinence et leur efficience;

b) l'organisation technique, scientifique et clinique de l'établissement;

c) la distribution des services sociaux;

2° tout autre sujet que le conseil interdisciplinaire porte à son attention.

277. Conformément au règlement intérieur de l'établissement, le conseil multidisciplinaire des services sociaux est responsable envers le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux :

1° de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres au sein de l'établissement;

2° de faire des recommandations sur la distribution appropriée des services fournis par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services au sein de l'établissement;

3° de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;

4° d'assumer toute autre fonction que lui confie le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux.

278. Le conseil multidisciplinaire des services sociaux peut, avec l'autorisation du président-directeur général, s'adjoindre tout expert ou toute autre personne pour l'assister dans l'exercice de ses fonctions et pouvoirs. Cet expert, au même titre que le conseil, a accès au dossier d'un usager lorsque les renseignements qu'il contient sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

L'expert doit, avant de commencer à exercer ses fonctions, prêter le serment prévu à l'annexe I.

L'expert ne peut être poursuivi en justice en raison d'un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

279. Les fonctions du conseil multidisciplinaire des services sociaux sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux et du président-directeur général de l'établissement.

Le comité exécutif dispose des pouvoirs du conseil multidisciplinaire des services sociaux nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Il supervise et coordonne les travaux des autres comités du conseil, le cas échéant.

Le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux veille au bon fonctionnement des comités du conseil et s'assure que le conseil apprécie adéquatement la pratique de ses membres au sein de l'établissement.

280. Le conseil multidisciplinaire des services sociaux peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création et le fonctionnement de comités en plus du comité exécutif ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux.

281. Le conseil multidisciplinaire des services sociaux doit faire rapport annuellement au directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

CHAPITRE II

ÉTABLISSEMENTS REGROUPÉS

282. Les établissements regroupés sont ceux visés à l'annexe II. Ils sont des établissements publics même s'ils ne sont pas institués en vertu de l'article 37.

Chaque établissement regroupé fournit tout ensemble de services déterminé par le conseil d'administration de Santé Québec parmi ceux prévus à l'article 3.

283. Le conseil d'administration de Santé Québec administre les affaires des établissements regroupés et exerce à leur endroit, avec les adaptations nécessaires, tous les pouvoirs que Santé Québec a à l'égard de ses établissements, sous réserve des dispositions particulières du présent chapitre.

284. La structure organisationnelle d'un établissement regroupé est celle de l'établissement territorial responsable du territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux sur lequel il se trouve. Le président-directeur général de même que les dirigeants principaux de l'établissement territorial exercent également leurs fonctions et responsabilités à l'égard de l'établissement regroupé. De plus, tous les conseils, instances et comités de l'établissement territorial, à l'exception du comité des usagers visé à l'article 143 et, le cas échéant, du comité consultatif visé à l'article 125, exercent leurs fonctions et responsabilités à l'égard de l'établissement regroupé.

285. Le conseil d'administration de Santé Québec doit s'assurer que les membres d'un établissement regroupé déterminent, par règlement, les conditions pour être admis comme membre de l'établissement, les droits et les obligations des membres ainsi que les critères ou les conditions relatifs à leur démission, à leur suspension ou à leur exclusion.

À défaut par les membres de l'établissement de ce faire, le conseil d'administration y pourvoit.

Toute modification au règlement des membres de l'établissement doit, pour entrer en vigueur, être soumise à l'approbation du conseil d'administration.

286. Les membres d'un établissement regroupé peuvent, par règlement, former un bureau de gouverneurs ou de délégués pour les représenter et déterminer sa composition, les règles de sa régie interne et ses fonctions et devoirs ainsi que le mode de nomination, la durée du mandat et le mode de destitution des gouverneurs ou des délégués. Les avis qui doivent être transmis aux membres de l'établissement le sont alors valablement s'ils sont adressés au bureau des gouverneurs ou des délégués.

Le règlement des membres de l'établissement peut prévoir que l'exercice des pouvoirs attribués par le présent chapitre à ces membres peut être confié au bureau des gouverneurs ou des délégués.

287. L'établissement territorial responsable du territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux sur lequel se trouve un établissement regroupé inscrit dans un registre le nom, l'adresse et l'occupation de chacun des membres de l'établissement regroupé et, le cas échéant, ceux de ses gouverneurs ou de ses délégués. De même, il inscrit dans ses livres les règlements adoptés par ces membres et les procès-verbaux de leurs assemblées ainsi que, le cas échéant, les règlements adoptés par ces gouverneurs ou ces délégués et les procès-verbaux de leurs assemblées.

288. Le conseil d'administration de Santé Québec doit obtenir l'accord d'au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres d'un établissement regroupé pour toute décision relative à l'accès aux services de nature culturelle ou linguistique rendus dans les installations de cet établissement.

289. L'acte constitutif d'un établissement regroupé ne peut être modifié, révoqué ou abandonné sans l'autorisation écrite du ministre. Le ministre peut toutefois, avec les mêmes effets, donner une telle autorisation dans les cas où l'acte constitutif de l'établissement a été modifié, révoqué ou abandonné sans cette autorisation.

Pour l'application du présent chapitre, on entend par « acte constitutif » la loi spéciale qui constitue l'établissement, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires, les statuts de constitution ou de continuation et tout autre document ou charte accordé pour sa constitution.

290. Lorsqu'un établissement regroupé a été constitué par loi spéciale, le registraire des entreprises peut, malgré toute disposition législative inconciliable, délivrer des lettres patentes supplémentaires pour modifier les dispositions de l'acte constitutif de l'établissement à la demande de Santé Québec autorisée par le ministre conformément à l'article 289.

Le registraire des entreprises fait publier ces lettres patentes supplémentaires à la *Gazette officielle du Québec*, avec un avis indiquant la date de leur prise d'effet. L'Éditeur officiel du Québec doit insérer dans le recueil annuel des lois du Québec, dont l'impression suit la délivrance de ces lettres patentes supplémentaires, un tableau indiquant la date de leur prise d'effet et les dispositions législatives qu'elles modifient.

La demande visée au premier alinéa doit être signée par le président et chef de la direction de Santé Québec et par le président de son conseil d'administration. Elle doit également être appuyée d'une résolution adoptée par ce conseil, laquelle doit être approuvée par au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres de l'établissement.

291. Le conseil d'administration de Santé Québec doit aviser les membres d'un établissement regroupé de toute mesure susceptible de réduire la valeur ou de modifier la destination des immeubles de cet établissement.

Le conseil d'administration de Santé Québec ne peut aliéner les immeubles d'un tel établissement ni en changer la destination sans l'accord d'au moins les deux tiers des voix exprimées par ses membres.

292. Lorsque l'acquisition d'un immeuble excédentaire d'un établissement regroupé, sa construction ou les travaux exécutés sur celui-ci ont été financés par des fonds autres que des fonds provenant, en tout ou en partie, de subventions du gouvernement ou autres que des fonds provenant entièrement de souscriptions publiques et que ces investissements n'ont pas fait l'objet de remboursement ou de désintéressement, le produit de l'aliénation de cet immeuble et les revenus qu'il génère peuvent être cédés à une fondation de l'établissement ou être versés dans un fonds spécial dont l'administration est confiée aux membres de cet établissement, afin d'être utilisés à l'une des fins suivantes :

1° l'achat, la construction, la rénovation, l'amélioration, l'agrandissement ou l'aménagement de biens immobiliers de l'établissement;

2° l'achat, l'installation, l'amélioration ou le remplacement de l'ameublement, de l'équipement ou de l'outillage de l'établissement;

3° les activités de recherche de l'établissement;

4° l'amélioration de la qualité de vie des usagers de l'établissement;

5° la formation et le développement des ressources humaines de l'établissement pour des besoins spécifiques.

Le produit de l'aliénation de cet immeuble et les revenus qu'il génère peuvent également être cédés à une autre personne morale sans but lucratif dont les activités sont liées au domaine de la santé et des services sociaux si l'autorisation requise en application du sous-paragraphe *b* du paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 84, le cas échéant, en dispose ainsi.

Les règles prévues aux premier et deuxième alinéas s'appliquent également aux fonds constitués par les membres de l'établissement avant le 23 juin 1992 et qui ont traditionnellement été administrés par ces derniers.

Un immeuble excédentaire peut aussi être transféré soit à une fondation de l'établissement, soit, si l'autorisation requise en application du sous-paragraphe *b* du paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 84, le cas échéant, en dispose ainsi, à une autre personne morale sans but lucratif dont les activités sont liées au domaine de la santé et des services sociaux.

Aux fins du présent article, on entend par «immeuble excédentaire» un immeuble pour lequel ni l'établissement, ni Santé Québec, ni le ministre ne prévoit, aux fins d'un autre établissement, une quelconque utilisation pour les cinq années subséquentes.

293. À la demande d'un ou de plusieurs groupes formés d'employés ou de professionnels œuvrant au sein d'une installation d'un établissement regroupé ou de personnes appartenant à un milieu qu'il dessert, Santé Québec doit constituer pour cet établissement un seul comité consultatif chargé de faire des recommandations au conseil d'administration de Santé Québec sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de cet établissement et d'établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations de l'établissement ainsi qu'avec les responsables des activités de recherche.

Ce comité est composé de sept membres qui ont les qualités requises pour en exécuter le mandat et qui sont nommés par le conseil d'administration de Santé Québec. À cette fin, le conseil d'administration doit inviter les groupes intéressés à lui fournir des listes de noms parmi lesquels il choisit les membres du comité.

Le comité doit établir ses règles de fonctionnement.

CHAPITRE III

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

SECTION I

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

294. Un établissement privé doit déterminer son organisation administrative, professionnelle et scientifique.

295. Un établissement privé doit remplir les obligations suivantes :

1° créer un comité de vigilance et de la qualité auquel s'appliquent les articles 120, 121, 123 et 124;

2° instituer un comité de gestion des risques auquel s'appliquent les articles 138 et 140 à 142;

3° instituer un comité des usagers et, le cas échéant, un comité des résidents auquel s'appliquent les articles 143 à 151;

4° se doter de règles relatives à la divulgation à un usager, au représentant d'un usager mineur ou majeur inapte ou, en cas de décès d'un usager, à ses héritiers, à ses légataires particuliers ou au liquidateur de sa succession, de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident.

Les dispositions auxquelles renvoie le premier alinéa s'appliquent en y faisant les modifications suivantes et avec les autres adaptations nécessaires :

1° une mention du conseil d'administration de l'établissement privé ou, si celui-ci n'est pas une personne morale, du titulaire de l'autorisation est substituée à celle du conseil d'établissement de l'établissement de Santé Québec et à celle du conseil d'administration de Santé Québec;

2° une mention du règlement intérieur de l'établissement privé est substituée à celle du règlement intérieur de Santé Québec;

3° une mention du plus haut dirigeant de l'établissement privé est substituée à celle du président-directeur général de l'établissement de Santé Québec.

Santé Québec peut, par règlement, prévoir ceux des pouvoirs conférés au plus haut dirigeant d'un établissement privé par les dispositions visées au premier alinéa que le conseil d'administration de cet établissement peut retirer ou restreindre afin de les exercer lui-même.

296. Le comité de vigilance et de la qualité créé pour un établissement privé en vertu du paragraphe 1^o du premier alinéa de l'article 295 est composé d'au moins cinq personnes, dont le plus haut dirigeant de l'établissement, un commissaire aux plaintes et à la qualité des services et une autre personne désignés par Santé Québec et toute autre personne que le conseil d'administration de l'établissement désigne ou, si celui-ci n'est pas une personne morale, que le titulaire de l'autorisation désigne.

297. La composition du comité de gestion des risques institué pour un établissement privé en vertu du paragraphe 2^o du premier alinéa de l'article 295 doit assurer une représentativité équilibrée des employés et des usagers de l'établissement, des personnes qui exercent leur profession en son sein de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de service, fournissent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier.

De plus, le plus haut dirigeant de l'établissement ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

298. Malgré le paragraphe 3^o du premier alinéa de l'article 295, un établissement privé qui offre de l'hébergement de longue durée dans des installations se trouvant dans plus d'une région sociosanitaire peut choisir de mettre sur pied un comité d'usagers pour chacune ou plusieurs de ces régions.

299. Tout établissement privé doit se doter d'un code d'éthique qui prévoit :

1^o les droits des usagers;

2^o les pratiques et conduites attendues des personnes qui, au sein de l'établissement, exercent des activités à l'endroit des usagers;

3^o les règles d'utilisation des renseignements visés à l'article 321.

L'établissement doit remettre une reproduction de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande.

300. Un établissement privé doit nommer un responsable de la qualité des services cliniques.

Ce responsable doit notamment surveiller et contrôler la qualité des services cliniques offerts aux usagers et veiller à la détection en temps utile des situations anormales. Le responsable doit disposer de l'autorité permettant de remédier avec diligence à une telle situation ou d'un libre accès à la personne disposant d'une telle autorité.

301. Un établissement privé qui exploite un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation doit nommer un directeur des soins infirmiers qui doit être une infirmière ou un infirmier.

Santé Québec peut exempter un établissement privé de l'obligation de nommer un tel directeur lorsque le nombre de lits dont cet établissement dispose dans ses installations pour l'hébergement des usagers ne justifie pas qu'un tel directeur soit nommé.

Elle peut en outre exempter un établissement privé qui exploite un centre de réadaptation de cette obligation si la nature des services qu'il fournit ne justifie pas qu'un tel directeur soit nommé.

302. Sous l'autorité immédiate du plus haut dirigeant d'un établissement privé, le directeur des soins infirmiers exerce les fonctions suivantes :

1° surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés par l'établissement;

2° s'assurer de l'élaboration de règles applicables aux soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;

3° s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers dans l'établissement;

4° planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins de l'établissement;

5° gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;

6° le cas échéant, tenir et mettre à jour un registre des infirmières et des infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers;

7° assumer toute autre fonction que lui confie le plus haut dirigeant de l'établissement.

303. Le directeur des soins infirmiers peut, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, limiter ou suspendre l'exercice dans le centre par une infirmière ou un infirmier des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être informé de toute mesure prise en vertu du présent article.

304. Lorsqu'un établissement privé se prévaut de l'exemption de nommer un directeur des soins infirmiers prévue au deuxième alinéa de l'article 301, il doit alors nommer un responsable des soins infirmiers qui doit être une infirmière ou un infirmier.

305. Lorsqu'un directeur des soins infirmiers ou un responsable des soins infirmiers est nommé pour un établissement privé, celui-ci peut également assumer les fonctions du responsable de la qualité des services cliniques prévues à l'article 300.

SECTION II

OFFRE DE SERVICES

306. L'établissement privé détermine son offre de services de santé ou de services sociaux conformément à l'autorisation octroyée par Santé Québec pour l'exploitation de cet établissement.

L'établissement fixe également les paramètres des services de santé ou des services sociaux qu'il fournit et soumet ces paramètres à l'approbation de Santé Québec.

307. Santé Québec peut, lorsqu'elle estime que l'intérêt public le justifie, exiger d'un établissement privé qu'il exerce les activités nécessaires à toute prestation de services qu'elle détermine, qu'il cesse d'en exercer certaines ou qu'il modifie de toute autre manière son offre de services. Avant de prendre une telle décision, elle doit avoir donné au titulaire de l'autorisation l'occasion de lui présenter ses observations.

Le titulaire de l'autorisation doit, dans les six mois suivant la date de la délivrance du document attestant l'autorisation modifiée par Santé Québec et malgré toute disposition inconciliable, prendre les mesures nécessaires pour effectuer les modifications conséquentes à la décision de Santé Québec.

SECTION III

VÉRIFICATION DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES DES RESSOURCES HUMAINES

308. Un établissement privé doit s'assurer qu'une personne, y compris un professionnel, un stagiaire ou un bénévole qui, dans l'une de ses installations, exerce une activité déterminée par règlement de Santé Québec détient un certificat d'absence d'antécédent judiciaire délivré conformément au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 309 ou un certificat d'absence d'antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité déterminée au sein d'un établissement délivré en vertu du deuxième alinéa de l'article 313.

Est un antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité déterminée au sein d'un établissement :

1° la déclaration de culpabilité, prononcée depuis moins que le nombre d'années prévu par le règlement pris en vertu du premier alinéa, pour une

infraction visée par ce règlement, à moins qu'un pardon n'ait été obtenu, ou une poursuite encore pendante pour une telle infraction;

2° une déclaration de culpabilité pour une infraction criminelle autre qu'une infraction visée au paragraphe 1° qui, de l'avis de Santé Québec, a un lien avec ces aptitudes et ce comportement, à moins qu'un pardon n'ait été obtenu, ou une poursuite encore pendante pour une telle infraction.

Le règlement prévu au premier alinéa peut prévoir la périodicité selon laquelle un établissement doit exiger qu'une personne visée au premier alinéa lui présente de nouveau l'un ou l'autre des certificats qui y sont visés.

309. Un corps de police du Québec est tenu de délivrer à la personne qui lui en fait la demande celui des documents suivants qui s'applique :

1° un document attestant que les banques de données qui lui sont accessibles ne contiennent pas de renseignement permettant d'établir que cette personne a des antécédents judiciaires, incluant des poursuites encore pendantes; ce document est appelé « certificat d'absence d'antécédent judiciaire »;

2° une liste de tous les antécédents judiciaires de la personne, incluant les poursuites encore pendantes; cette liste est appelée « liste des antécédents judiciaires ».

Le gouvernement prévoit, par règlement, la forme de ces documents de même que les frais exigibles pour leur délivrance.

310. La personne à laquelle un corps de police a délivré une liste des antécédents judiciaires qui ne mentionne pas d'antécédent visé au paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 308 peut demander par écrit à Santé Québec la délivrance d'un certificat d'absence d'antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité déterminée au sein d'un établissement.

311. La demanderesse présente, dans sa demande faite en vertu de l'article 310, les renseignements suivants :

1° son nom et ses coordonnées;

2° les motifs pour lesquels elle estime que ses antécédents judiciaires ne présentent aucun lien avec les aptitudes requises et le comportement approprié pour exercer une activité au sein d'un établissement;

3° tout autre renseignement que peut prévoir un règlement de Santé Québec.

La liste des antécédents judiciaires doit y être jointe de même que les frais prévus par ce règlement.

312. Est irrecevable la demande qui ne présente pas les renseignements prévus à l'article 311 ou à laquelle ne sont pas joints la liste des antécédents judiciaires et les frais prévus en vertu de cet article.

313. Santé Québec doit refuser de faire droit à la demande si elle estime que les antécédents judiciaires de la demanderesse ont un lien avec les aptitudes requises et le comportement approprié pour exercer une activité au sein d'un établissement.

Dans le cas contraire, elle lui délivre un certificat d'absence d'antécédent judiciaire lié aux aptitudes requises et au comportement approprié pour exercer une activité au sein d'un établissement.

Avant de refuser de faire droit à la demande, Santé Québec doit notifier par écrit à la demanderesse le préavis prescrit par l'article 5 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3) et lui accorder un délai d'au moins 15 jours pour présenter ses observations.

314. Toute personne visée à l'article 308 doit déclarer à l'établissement privé au sein duquel elle exerce une activité tout changement relatif à ses antécédents judiciaires.

SECTION IV

CONTRIBUTIONS, FONDATIONS ET ASSURANCES

315. Tout établissement privé peut recevoir des dons, des legs, des subventions ou d'autres contributions bénévoles de toute personne ou de tout organisme public ou privé désirant aider à la réalisation de la mission de cet établissement.

Lorsque l'établissement reçoit une contribution affectée par son contributeur soit à des fins particulières, soit afin de doter l'établissement d'un capital qui doit être préservé et dont seuls les revenus pourront être utilisés, l'établissement doit déposer ou placer cette contribution conformément aux dispositions du Code civil relatives aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'il en dispose conformément à son affectation.

316. Un établissement privé peut, avec l'autorisation préalable de Santé Québec, confier l'administration des contributions qu'il reçoit à une fondation de l'établissement pourvu qu'elle remplisse les conditions prévues à l'article 97, avec les adaptations nécessaires, qu'elle soit constituée suivant les lois du Québec et qu'aucune disposition de son acte constitutif ne l'empêche de gérer de tels fonds.

La fondation agit à titre d'administrateur du bien d'autrui chargé de la pleine administration, sauf si l'établissement ne la charge que de la simple administration.

En cas de dissolution d'une telle fondation, les fonds pour lesquels les sommes n'ont pas encore été utilisées aux fins particulières stipulées de même que les revenus et intérêts accumulés provenant du placement de ces fonds doivent être retournés à l'établissement pour être gérés de la manière prévue au deuxième alinéa de l'article 315.

317. Un établissement privé doit, lorsqu'il n'est pas représenté par le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux visé au premier alinéa de l'article 675 pour ses besoins en matière d'assurances de dommages, souscrire un contrat en cette matière à l'égard des actes dont il peut être appelé à répondre.

SECTION V

DOSSIERS DES USAGERS

318. Un établissement privé doit constituer et tenir un dossier sur chacun des usagers qui en reçoit des services de santé et des services sociaux, sauf dans les cas déterminés par règlement de Santé Québec.

SECTION VI

ÉVALUATION ET REDDITION DE COMPTES

319. Un établissement privé doit transmettre à Santé Québec un rapport de ses activités dont la forme, la teneur et la périodicité sont déterminées par règlement de Santé Québec.

320. Un établissement privé doit, tous les deux ans, fournir à Santé Québec, au moyen du formulaire prescrit par celle-ci, une déclaration attestant que les installations dont il dispose et leur capacité sont les mêmes que celles indiquées à son autorisation.

321. Tout établissement privé doit participer, à la demande de Santé Québec, à l'évaluation du fonctionnement général du système de santé et de services sociaux; il doit se conformer aux directives que Santé Québec lui donne à cette fin.

L'établissement peut utiliser les nom, adresse et numéro de téléphone contenus au dossier d'un usager pour la réalisation de sondages ayant pour objet de connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l'égard de la qualité des services offerts par l'établissement.

Un usager peut, en tout temps, demander à l'établissement que les renseignements le concernant ne soient plus utilisés à une telle fin.

TITRE II

PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CHAPITRE I

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS

322. L'établissement a pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à régler les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population.

323. L'établissement doit suivre des pratiques reconnues en matière de qualité des services cliniques, notamment en ce qui a trait à leur sécurité, à leur pertinence et à leur efficacité.

324. L'établissement doit :

1° recevoir et évaluer les besoins de toute personne qui requiert des services de santé ou des services sociaux;

2° fournir lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou, conformément à la présente loi, les faire fournir pour son compte par une personne ou par un groupement avec lequel il a conclu une entente visée à l'article 445 ou 454;

3° veiller à ce que les services qu'il fournit le soient en continuité et en complémentarité avec ceux fournis par les autres personnes et groupements et que l'organisation de ces services tienne compte des besoins de la population à desservir;

4° diriger les personnes auxquelles il n'est pas en mesure de fournir certains services vers une personne ou un groupement qui fournit ces services.

325. Santé Québec détermine par règlement les conditions et modalités d'enregistrement, d'inscription, d'admission, de transfert, de congé ou de sortie des usagers d'un établissement.

326. Le plus haut dirigeant d'un établissement qui a mis en place un département clinique de médecine d'urgence doit veiller à l'élaboration des normes suivantes et les soumettre à l'approbation du conseil d'administration de Santé Québec :

1° des normes de fonctionnement adéquat de son service d'urgence;

2° des normes conformes aux exigences d'une répartition adéquate des cas d'urgence en ce qui concerne l'utilisation et la distribution des lits.

Après consultation des départements territoriaux concernés, le conseil d'administration de Santé Québec approuve les normes élaborées en vertu du premier alinéa lorsqu'il estime qu'elles sont propres à répartir les cas d'urgence et à assurer aux usagers une réponse rapide et adéquate à leurs besoins.

Le conseil d'administration de Santé Québec peut fixer les normes prévues au premier alinéa lorsque l'établissement fait défaut de les élaborer ou de les lui soumettre.

327. L'établissement doit respecter les normes approuvées ou fixées en vertu de l'article 326.

328. L'établissement doit élaborer pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement de Santé Québec, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier leurs besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront leur être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services fournis à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.

329. Lorsqu'un usager d'une catégorie déterminée par règlement de Santé Québec doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé ou des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui fournit la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.

330. Chacun des plans visés respectivement aux articles 328 et 329 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur, tel que le prévoit l'article 11.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

De plus, ces plans doivent, selon le cas, mentionner les objectifs et les moyens visant à favoriser la continuité culturelle de l'enfant autochtone qui est confié à un milieu de vie substitut en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

331. Tout membre du personnel affecté à la réalisation de tâches au sein d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par cet établissement, tout stagiaire qui y effectue un stage de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de service, fournit pour le compte d'un établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au plus haut dirigeant de l'établissement ou à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation.

Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet. Le formulaire est versé au dossier de l'utilisateur lorsqu'un accident est susceptible d'entraîner ou a entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être.

332. La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peut être utilisé comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure doivent notamment être consignées au dossier.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations déterminées par le ministre, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

333. Tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001) doit adopter un protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans ses installations. Ce protocole doit tenir compte des orientations déterminées par le ministre et être diffusé auprès du personnel affecté à la réalisation de tâches au sein de l'établissement, des personnes qui exercent leur profession dans un centre qu'il exploite, des usagers concernés et des membres significatifs de leur famille.

Le protocole doit notamment prévoir que sont inscrits ou versés au dossier de l'utilisateur sous garde :

1° la durée, incluant la date du début et de la fin de toute mise sous garde, en précisant l'heure dans le cas d'une mise sous garde préventive ou provisoire;

2° une description des motifs de danger justifiant la mise sous garde ainsi que son maintien;

3° une reproduction des rapports d'examen psychiatrique, des demandes de mise sous garde dans les installations de l'établissement présentées au tribunal par Santé Québec, s'il s'agit d'un établissement public, ou par l'établissement privé ainsi que de tout jugement ordonnant la mise sous garde;

4° si une évaluation psychiatrique a été effectuée sans ordonnance de mise sous garde provisoire, une note attestant l'obtention du consentement de l'utilisateur à subir cette évaluation;

5° la date à laquelle a été transmise à l'utilisateur l'information visée à l'article 15 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

Le plus haut dirigeant de l'établissement doit, au moins tous les trois mois, faire un rapport sur l'application de ce protocole en indiquant notamment, pour la période concernée, le nombre de mises sous garde préventives ou provisoires, le nombre de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil et le nombre de demandes visant la mise sous garde dans les installations de l'établissement présentées au tribunal par Santé Québec, s'il s'agit d'un établissement public, ou par l'établissement privé. S'il s'agit d'un établissement public, ce rapport doit être transmis au conseil d'administration de Santé Québec. Un résumé des rapports ainsi transmis doit être inclus dans une section particulière du rapport annuel de gestion prévu à l'article 101. S'il s'agit d'un établissement privé, ce rapport doit être transmis à son conseil d'administration ou, si l'établissement n'est pas une personne morale, au titulaire de l'autorisation et l'établissement doit inclure un résumé des rapports ainsi obtenus dans le rapport de ses activités qu'il transmet à Santé Québec en application de l'article 319.

334. Sous réserve des articles 335 à 337, l'établissement ne peut fournir que des médicaments ayant reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral pour les indications thérapeutiques reconnues par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux qui apparaissent sur la liste dressée à cette fin par le ministre.

335. L'établissement peut fournir, pour un motif de nécessité médicale particulière, des médicaments qui n'apparaissent pas à la liste visée à l'article 334 ainsi que des médicaments qui y apparaissent, mais qui sont utilisés pour des indications thérapeutiques non prévues à cette liste, pourvu que l'indication thérapeutique recherchée pour un usager particulier apparaisse dans l'avis de conformité émis par le gouvernement fédéral.

De même, l'établissement peut fournir, pour un traitement d'exception, d'autres médicaments que ceux apparaissant sur cette liste et qui ont obtenu l'avis de conformité du gouvernement fédéral pour une indication thérapeutique autre que celle recherchée pour l'utilisateur ou qui n'ont pas obtenu l'avis de conformité du gouvernement fédéral.

Pour l'application du premier alinéa, on entend par un motif de nécessité médicale particulière un besoin démontré qui, compte tenu de la condition particulière de l'utilisateur, ne peut être comblé par aucune des indications thérapeutiques des médicaments inscrites à la liste visée à l'article 334.

Pour l'application du deuxième alinéa, on entend par un traitement d'exception un médicament requis en raison d'un besoin exceptionnel démontré qui, compte tenu de la gravité de la condition particulière de l'utilisateur, ne peut être comblé par aucune des indications thérapeutiques des médicaments ayant reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral.

336. Un professionnel habilité à prescrire doit, pour utiliser un médicament qui peut être fourni dans les conditions prévues à l'article 335, obtenir l'autorisation écrite du comité de pharmacologie de l'établissement. Le comité ne peut accorder son autorisation si l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a, dans un avis au ministre, refusé de reconnaître la valeur thérapeutique du médicament pour l'indication thérapeutique faisant l'objet de la demande d'autorisation.

Le professionnel doit établir, par écrit, les motifs justifiant sa demande et soumettre les données scientifiques à l'appui de celle-ci démontrant que le médicament qu'il souhaite utiliser pourra combler de façon notable le besoin particulier de l'utilisateur.

Le comité de pharmacologie rend une décision écrite et motivée.

337. En cas d'urgence, un professionnel habilité à prescrire peut utiliser un médicament qui peut être fourni dans les conditions prévues à l'article 335 avant d'avoir obtenu l'autorisation écrite prévue à l'article 336.

Le professionnel doit alors, le plus tôt possible, en informer le comité de pharmacologie et motiver devant lui à la fois l'urgence d'utiliser le médicament et sa décision de l'utiliser et cela notamment à l'aide des données scientifiques auxquelles il se réfère.

Le comité peut alors ordonner le maintien ou l'arrêt de l'utilisation du médicament ou encore fixer des conditions à celle-ci.

338. La liste visée à l'article 334 est mise à jour périodiquement par le ministre après considération des recommandations formulées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

La Régie de l'assurance maladie du Québec doit publier cette liste et chacune de ses mises à jour.

Les corrections effectuées par la Régie de l'assurance maladie du Québec conformément à l'article 60.2 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01) s'appliquent, le cas échéant, selon les mêmes conditions et modalités, à la liste visée à l'article 334 de la présente loi.

339. La liste visée à l'article 334 ainsi que ses mises à jour entrent en vigueur à la date de leur publication sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou à toute date ultérieure fixée dans l'avis du ministre qui accompagne cette liste ou cette mise à jour.

Cette publication accorde à cette liste ou à cette mise à jour, ainsi qu'à l'avis du ministre, une valeur authentique.

340. Le ministre peut, avant d'inscrire un médicament sur la liste visée à l'article 334, conclure une entente d'inscription avec le fabricant de ce médicament, sous réserve que le contrat d'approvisionnement de ce médicament ne soit pas, en vertu de la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1), soumis à la procédure d'appel d'offres public.

Une telle entente a pour objet le versement de sommes par le fabricant au ministre au moyen notamment d'une ristourne ou d'un rabais qui peut varier en fonction du volume de vente du médicament.

Le prix de ce médicament convenu au contrat d'approvisionnement ne tient pas compte des sommes versées en application de l'entente d'inscription.

341. Aux fins de la conclusion d'une entente d'inscription, le ministre peut exclure temporairement un médicament de l'application de l'article 335.

Cette exclusion ne s'applique pas à une personne à qui ce médicament était fourni avant la date de la publication de l'avis de cette exclusion ni dans les cas prévus par le règlement pris en vertu du sixième alinéa de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments.

L'avis d'exclusion d'un médicament est publié sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec et entre en vigueur à la date de sa publication ou à toute date ultérieure que l'avis indique. Un avis y est également publié pour indiquer la date de la fin de l'exclusion. La publication de ces avis leur accorde une valeur authentique.

342. Malgré l'article 9 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, nul n'a droit d'accès à une entente d'inscription.

Seuls les renseignements suivants sont publiés dans le rapport annuel de l'activité du ministère prévu à l'article 12 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux :

1° le nom du fabricant de médicaments;

2° le nom du médicament;

3° la somme globale annuelle reçue en application des ententes d'inscription, mais uniquement dans les cas où au moins trois ententes conclues avec des fabricants de médicaments différents sont en vigueur au cours de l'année financière.

343. Le ministre désigne parmi les établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11) ceux qui sont tenus de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise les services de santé et les services sociaux en langue anglaise.

Lorsqu'un établissement est réputé avoir obtenu une telle reconnaissance à l'égard de certaines de ses installations, le ministre peut désigner parmi ces installations celles qui sont tenues de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise les services de santé et les services sociaux en langue anglaise.

CHAPITRE II

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

SECTION I

DISPOSITION GÉNÉRALE

344. Santé Québec ne peut offrir de nouveaux services dont la nature nécessite des ressources professionnelles ou des équipements ultraspécialisés déterminés par le ministre, ni acquérir les équipements ultraspécialisés qu'il détermine, avant d'avoir obtenu son autorisation écrite.

SECTION II

RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS TERRITORIAUX

345. L'établissement territorial institué dans une région sociosanitaire est responsable des territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de cette région.

Lorsque le conseil d'administration de Santé Québec institue plus d'un établissement territorial dans une même région sociosanitaire, il détermine les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont chacun des établissements est responsable.

346. Le président-directeur général de l'établissement territorial doit, pour chaque territoire dont celui-ci est responsable, mettre en réseau les autres établissements publics et les autres personnes ou groupements en mesure de fournir des services à la population de ce territoire dans le but, collectivement, d'assurer de façon continue l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés visant à satisfaire les besoins sociosanitaires et les particularités de cette population.

Les personnes et les groupements formant un tel réseau comprennent :

- 1° les établissements privés;
- 2° les divers groupes de professionnels;
- 3° les organismes communautaires;
- 4° les entreprises d'économie sociale;

5° les prestataires privés;

6° les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux.

347. Le président-directeur général de l'établissement territorial doit s'assurer de l'offre de services requis pour satisfaire aux besoins sociosanitaires et aux particularités de la population de chaque territoire dont celui-ci est responsable. À cette fin, le président-directeur général :

1° définit et met en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers;

2° instaure des mécanismes ou conclut des ententes avec les intervenants formant le réseau;

3° prend en charge, accompagne et soutient les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau, la continuité des services que requiert leur état;

4° crée des conditions favorables à l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés, à leur continuité et à leur mise en réseau, de concert avec les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité :

a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;

b) à l'information clinique, entre autres le résultat d'examen diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers;

c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services.

CHAPITRE III

LANGUE ANGLAISE ET COMMUNAUTÉS CULTURELLES

348. Santé Québec élabore un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

Le programme doit identifier les services offerts par les établissements qui sont accessibles en langue anglaise pour ces personnes.

Santé Québec peut, avec l'accord d'un établissement privé, indiquer dans le programme d'accès les services pouvant être fournis en langue anglaise à ses usagers par cet établissement en vertu d'une entente.

Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les cinq ans.

349. Un comité national, dont la formation est prévue par règlement du gouvernement, est chargé de donner son avis au gouvernement sur :

1° la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

2° l’approbation, l’évaluation et la modification par le gouvernement du programme d’accès élaboré par Santé Québec conformément à l’article 348.

Le règlement doit prévoir la composition de ce comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d’administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs.

350. Des comités régionaux, dont la formation est prévue par règlement de Santé Québec, sont institués au sein de Santé Québec et sont chargés :

1° de donner leur avis à Santé Québec sur le programme d’accès qu’elle élabore conformément à l’article 348;

2° d’évaluer ce programme d’accès et, le cas échéant, d’y suggérer des modifications.

Santé Québec détermine, par règlement, la composition des comités régionaux, leur processus d’appel de candidatures, leurs règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d’administration de leurs affaires ainsi que leurs fonctions, devoirs et pouvoirs.

351. L’établissement public doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés ethnoculturelles et les autres établissements de sa région, favoriser l’accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés ethnoculturelles.

352. Un comité national, dont la formation est prévue par règlement du ministre, est chargé de donner son avis au ministre sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Le règlement doit prévoir la composition du comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d’administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs.

TITRE III

AFFAIRES UNIVERSITAIRES

CHAPITRE I

CONTRATS D’AFFILIATION ET AUTRES CONTRATS RELATIFS À L’ENSEIGNEMENT, AUX STAGES OU À LA FORMATION

353. Le président-directeur général d’un établissement de Santé Québec peut, s’il y est autorisé par le conseil d’administration de Santé Québec et le ministre, conclure au nom de Santé Québec un contrat d’affiliation avec une université aux fins d’offrir des activités d’enseignement ou de recherche au sein d’un centre exploité par cet établissement.

Le président-directeur général d’un tel établissement peut également conclure au nom de Santé Québec un contrat aux fins de participer à des programmes universitaires de formation ou de recherche. Un tel contrat doit faire l’objet d’un dépôt auprès du président et chef de la direction et du ministre ou des personnes qu’ils peuvent respectivement désigner.

Le président-directeur général d’un tel établissement peut aussi conclure un contrat avec tout établissement d’enseignement, autre qu’une université, reconnu par le ministre de l’Éducation, du Loisir et du Sport ou par le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie aux fins de procurer aux étudiants du domaine de la santé et des services sociaux des lieux de stages et de formation pratique. Ce contrat doit être transmis au président et chef de la direction ou à la personne qu’il désigne.

Le président-directeur général d’un tel établissement peut modifier un contrat d’affiliation ou y mettre fin avec les autorisations prévues au premier alinéa.

354. L’article 353 s’applique à la conclusion par un établissement regroupé ou un établissement privé d’un contrat qui y est visé, avec les adaptations nécessaires.

L’établissement conclut alors le contrat en son propre nom. Un établissement privé n’est pas tenu d’être autorisé à conclure le contrat par le conseil d’administration de Santé Québec ni de déposer ou de transmettre le contrat au président et chef de la direction ou à la personne qu’il désigne.

355. Les termes et modalités des contrats prévus à l’article 353 doivent être conformes aux principes et règles générales établis par le ministre en collaboration avec le ministre de l’Éducation, du Loisir et du Sport ou le ministre de l’Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, selon le cas.

356. Le plus haut dirigeant d'un établissement affilié à une université peut attribuer le statut de résident en médecine à une personne, titulaire d'un doctorat en médecine, qui effectue un stage de formation post-doctorale au sein d'un centre exploité par l'établissement.

CHAPITRE II

DÉSIGNATION D'ÉTABLISSEMENTS

357. Le ministre peut, après avoir consulté le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, désigner « centre hospitalier universitaire » l'établissement qui exploite un centre hospitalier et qui remplit les conditions suivantes :

1° dans les centres qu'il exploite :

a) il offre, outre des services hospitaliers, des services spécialisés ou ultraspécialisés dans plusieurs disciplines médicales dans une vision intégrée de santé et de services sociaux;

b) il participe à l'enseignement dispensé aux étudiants, aux professionnels et aux autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;

c) il procède à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;

d) il contribue au développement des innovations et des pratiques de pointe;

2° il gère un centre ou une structure de recherche reconnu par le Fonds de recherche du Québec – Santé institué par la Loi sur le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (chapitre M-15.1.0.1);

3° il contribue au transfert et à la valorisation des connaissances.

358. Le ministre peut, après avoir consulté le ministre de l'Économie et de l'Innovation et le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, désigner « institut universitaire » tout établissement qui remplit les conditions suivantes :

1° il fournit, en outre des autres activités qu'il est habilité à exercer, des services de pointe dans un champ d'intervention du domaine de la santé ou du domaine social ou dans un champ d'intervention interdisciplinaire de la santé et des services sociaux;

2° il participe à l'enseignement dispensé aux étudiants, aux professionnels et aux autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;

3° il gère un centre ou une structure de recherche reconnu, selon le cas :

a) par le Fonds de recherche du Québec – Santé pour une désignation dans un champ d'intervention dans le domaine de la santé;

b) par le Fonds de recherche du Québec – Société et culture pour une désignation dans un champ d'intervention dans le domaine social;

c) par le Fonds de recherche du Québec – Santé en collaboration avec le Fonds de recherche du Québec – Société et culture ou le Fonds de recherche du Québec – Nature et technologies pour une désignation dans un champ d'intervention interdisciplinaire de la santé et des services sociaux;

4° il procède à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention liés à son secteur de pointe;

5° il contribue au développement des innovations et des pratiques de pointe;

6° il contribue au transfert et à la valorisation des connaissances.

Un établissement peut avoir plus d'une désignation d'institut universitaire.

CHAPITRE III

RÈGLES PARTICULIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS

359. Le lieu où sont offerts les services spécialisés ou ultraspécialisés ou les services de pointe pour lesquels un établissement a obtenu une désignation en application de l'article 357 ou de l'article 358 doit demeurer au sein du même centre que celui où ils étaient offerts lorsque la désignation a été faite. Le lieu de cette offre peut être déplacé vers un autre centre seulement si le ministre autorise ce déplacement.

Il en est de même du lieu où, dans un centre, s'exercent les activités d'enseignement en raison desquelles l'établissement a été désigné.

360. Le conseil d'établissement d'un établissement désigné institut universitaire ou centre hospitalier universitaire comprend, en plus des personnes visées à l'article 107, une personne nommée par le conseil d'administration de Santé Québec, à partir d'une liste de noms fournie par les universités auxquelles est affilié l'établissement.

361. Le président-directeur général d'un établissement de Santé Québec désigné institut universitaire ou centre hospitalier universitaire doit, lorsqu'il établit le plan des effectifs médicaux et dentaires de l'établissement en vertu de l'article 195, déterminer, en plus, la répartition, entre les médecins, des tâches relatives à l'activité clinique, à la recherche et à l'enseignement.

362. Le président-directeur général d'un établissement de Santé Québec désigné institut universitaire ou centre hospitalier universitaire doit, avant de procéder à la nomination ou au renouvellement d'un médecin ou d'un dentiste en vertu de l'article 204, tenir compte de la répartition, entre les médecins ou entre les dentistes, selon le cas, des tâches relatives à l'activité clinique, à la recherche et à l'enseignement, eu égard aux exigences propres à l'établissement.

L'acte par lequel le président-directeur général procède à la nomination du médecin ou du dentiste doit préciser, outre les dispositions prévues au premier alinéa de l'article 204, la répartition, s'il y a lieu, des tâches du médecin ou du dentiste relatives à l'activité clinique, à la recherche et à l'enseignement.

363. Un établissement désigné institut universitaire ou centre hospitalier universitaire ou qui gère un centre de recherche reconnu par le Fonds de recherche du Québec – Santé et qui, selon son contrat d'affiliation, participe à des activités de recherche clinique et fondamentale peut fournir des médicaments dans les conditions et les circonstances prévues par la présente loi ainsi que dans celles prévues par règlement du gouvernement.

CHAPITRE IV

RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

364. Pour l'application du présent chapitre, le territoire du Québec est découpé en autant de territoires de réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux qu'il y a d'universités ayant une faculté de médecine.

Ces territoires de réseau correspondent chacun à un ensemble de territoires de réseau local de services de santé et de services sociaux délimité par le ministre, de concert avec le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie. Ces ministres associent une université à chacun de ces territoires.

La délimitation de chacun de ces territoires doit favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements qui, étant situés sur ce territoire, sont affiliés à l'université qui y est associée et qui, selon le cas, sont désignés instituts universitaires ou centres hospitaliers universitaires.

365. Santé Québec doit, pour chaque territoire de réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux, mettre en réseau les établissements visés au troisième alinéa de l'article 364 avec l'université associée à ce territoire. Les établissements et l'université ainsi mis en réseau en sont les membres.

366. Les activités d'un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux sont conduites par un comité de direction formé des membres suivants :

1° le président et chef de la direction de Santé Québec ou la personne qu'il désigne;

2° les plus hauts dirigeants des établissements membres du réseau;

3° le doyen de la faculté de médecine de l'université membre du réseau.

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

367. Le président-directeur général de l'établissement de Santé Québec membre du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux désigné centre hospitalier universitaire, à l'exception d'un tel établissement desservant exclusivement des enfants, agit comme président du réseau. Un premier vice-président est nommé par et parmi les doyens des facultés des sciences sociales de l'université membre du réseau. Un second vice-président est nommé par et parmi les doyens des facultés des sciences de la santé de l'université membre du réseau. Leur mandat est d'une durée de deux ans et peut être renouvelé.

368. Le président convoque les séances du comité de direction, les préside et voit à leur bon fonctionnement. Il voit de plus à l'exécution des décisions prises par le comité.

369. Le comité de direction du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux peut adopter un règlement intérieur relativement à ses séances et à la conduite de ses affaires.

370. Chaque réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux formule à Santé Québec ou au ministre, selon le cas, des propositions sur les sujets suivants :

1° l'offre de services dans les domaines d'expertise reconnus aux établissements désignés instituts universitaires ou centres hospitaliers universitaires en réponse aux demandes des établissements situés sur le territoire du réseau;

2° l'assistance offerte à la faculté de médecine de l'université membre du réseau pour le déploiement de la formation médicale en région;

3° le transfert des connaissances entre la faculté de médecine et les établissements situés sur le territoire du réseau;

4° l'accès à des programmes favorisant le maintien des compétences des partenaires provenant des diverses professions liées au domaine de la santé et des services sociaux;

5° la coordination des demandes de subvention au Fonds canadien d'investissement en provenance des établissements membres du réseau;

6° la mise sur pied, au niveau régional, d'équipes de recherche;

7° la collaboration avec les autres réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux afin de déterminer les champs d'action prioritaires, de décider de la répartition des activités et d'assurer la diffusion des résultats, et ce, sous la direction de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux;

8° la prévention de la rupture de services à court, moyen ou long terme pour les établissements du territoire du réseau qui ont de la difficulté à assurer les services généraux et spécialisés à leurs usagers;

9° la coordination, auprès des établissements membres du réseau, des activités de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux afin d'assurer la productivité et l'efficacité de ces activités;

10° l'instauration d'une culture de collaboration entre les établissements membres du réseau;

11° le regroupement des effectifs médicaux spécialisés pour éviter les doublons.

De plus, chaque réseau formule au ministre des propositions sur :

1° la formation médicale et la répartition, auprès des établissements membres du réseau, des étudiants de la faculté de médecine de l'université membre du réseau;

2° la coordination, avec le Fonds de recherche du Québec – Santé, des activités de recherche des établissements situés sur le territoire du réseau afin de favoriser l'atteinte d'une masse critique de chercheurs dans des secteurs donnés et le partage des plateaux techniques et d'éviter ainsi les doublons.

371. Chaque établissement membre d'un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux doit :

1° contribuer à l'offre de services proposée par ce réseau dans les domaines d'expertise qui lui sont reconnus;

2° assurer aux usagers de sa zone de proximité des services généraux, spécialisés et surspécialisés et, à la demande du conseil d'administration de Santé Québec, apporter sa contribution auprès des autres établissements du territoire du réseau pour prévenir toute rupture de services;

3° offrir, conformément aux modalités que peut déterminer le conseil d'administration de Santé Québec, des services généraux et spécialisés aux établissements territoriaux du territoire de la région sociosanitaire sur lequel il se trouve.

La zone de proximité visée au paragraphe 2° du premier alinéa est déterminée par le conseil d'administration de Santé Québec.

PARTIE IV

DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX ET AUTRES MESURES VISANT L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

TITRE I

DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE FAMILIALE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

372. Santé Québec forme, pour chaque région sociosanitaire, un département territorial de médecine familiale et un département territorial de médecine spécialisée.

Lorsque plus d'un établissement public se trouve dans une telle région, Santé Québec peut former plus d'un de ces départements; elle rattache alors chacun de ces départements à un établissement public de cette région.

Un département territorial formé dans une région dans laquelle se trouve un seul établissement public est rattaché à cet établissement.

373. Le territoire du département territorial de médecine familiale correspond à celui de la région sociosanitaire. Toutefois, lorsque plus d'un département a été formé dans une région, Santé Québec divise l'ensemble du territoire de cette région entre les départements pour que chacun ait son propre territoire.

Il en est de même du territoire d'un département territorial de médecine spécialisée.

374. Un département territorial est dirigé par un médecin qui en est membre; il est nommé pour un mandat d'au plus quatre ans par le président-directeur général de l'établissement public auquel se rattache le département.

Le médecin ainsi nommé est appelé « directeur médical de médecine familiale » ou « directeur médical de médecine spécialisée » selon qu'il dirige le département territorial de médecine familiale ou le département territorial de médecine spécialisée.

375. Le directeur médical de l'établissement auquel est rattaché un département territorial coordonne et surveille les activités du médecin qui le dirige.

Le directeur médical doit notamment obtenir l'avis de ce médecin sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins du département pour l'établissement et, le cas échéant, les autres établissements publics de ce territoire.

376. Sous l'autorité du directeur médical, le médecin qui dirige un département territorial est chargé de voir à ce que les fonctions confiées au département soient exercées entièrement, correctement et sans retard, dans le cadre des pouvoirs confiés à Santé Québec et dans le respect des responsabilités des établissements de ce territoire.

377. Les fonctions d'un département territorial sont exercées par un comité de direction.

378. Le comité de direction d'un département territorial peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités ou d'unités sous-territoriales et leurs modalités de fonctionnement ainsi que la poursuite des fins du département.

Ces règlements peuvent également prévoir les modalités suivant lesquelles l'exercice de tout ou partie des fonctions attribuées au comité de direction peut être confié au médecin qui dirige le département. Ils entrent en vigueur après avoir été approuvés par le président-directeur général de l'établissement auquel est rattaché le département territorial.

379. Malgré toute disposition contraire, un médecin ne peut recevoir de rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec que s'il est membre d'un département territorial, sauf si cette rémunération lui est versée en application de l'article 36 de la Loi sur l'assurance maladie.

CHAPITRE II

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE FAMILIALE

380. Tout médecin de famille peut faire partie du département territorial de médecine familiale s'il remplit les conditions suivantes :

1° il pratique sur le territoire du département;

2° il est titulaire d'un statut et de privilèges qui lui permettent d'exercer sa profession au sein de l'établissement auquel se rattache le département.

Le médecin qui est un professionnel désengagé ou un professionnel non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie ne peut faire partie du département.

381. Le département territorial de médecine familiale élabore l'organisation des services de médecine familiale et la soumet au président-directeur général de l'établissement auquel il est rattaché.

Le département doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services fournis par lieu de pratique et la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision de Santé Québec relative à cette organisation.

Il formule toute recommandation qu'il estime propre à l'atteinte du but visé à l'article 346.

382. Le département doit fixer des objectifs permettant de mesurer la mise en œuvre de l'organisation des services de médecine familiale qu'il élabore. Il mesure l'atteinte de ces objectifs.

383. Le département territorial de médecine familiale, outre les autres fonctions que lui confère la présente loi, exerce les fonctions suivantes :

1° faire des recommandations sur la nature des services de médecine familiale découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de Santé Québec relative à cette matière;

2° faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières visée à l'article 395 et assurer la mise en place de la décision de Santé Québec relative à cette liste;

3° donner son avis sur tout projet concernant la prestation des services de médecine familiale;

4° donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;

5° réaliser toute autre fonction relative aux services de médecine familiale que lui confie le président et chef de la direction de Santé Québec ou le président-directeur général ou le directeur médical de l'établissement auquel le département est rattaché.

384. Le comité de direction du département territorial de médecine familiale est formé des membres suivants :

1° le directeur médical de médecine familiale;

2° deux médecins élus par et parmi les médecins membres du département;

3° deux à neuf médecins membres du département, selon le nombre fixé conformément à l'article 385, nommés par les deux médecins visés au paragraphe 2°;

4° le président-directeur général et le directeur médical de l'établissement auquel est rattaché le département.

Lorsqu'il y a une faculté de médecine sur le territoire du département, le comité de direction doit de plus comprendre un membre nommé par le doyen de cette faculté ainsi qu'un résident en médecine familiale à titre d'observateur.

La majorité des membres du comité de direction doit être composée de médecins qui pratiquent en première ligne.

385. Les règles s'ajoutant à celles de l'article 384 relativement à la composition du comité de direction du département territorial de médecine familiale, les modalités d'élection ou de nomination des membres visés aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa de cet article et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement adopté par les médecins membres du département réunis en assemblée générale convoquée à cette fin.

Les règles relatives à la composition du comité de direction que prévoit ce règlement doivent assurer une représentation équitable des parties du territoire du département et des différents milieux de pratique médicale. Il entre en vigueur après avoir été approuvé par le président-directeur général de l'établissement auquel est rattaché le département.

CHAPITRE III

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

386. Tout médecin spécialiste peut faire partie d'un département territorial de médecine spécialisée s'il remplit les conditions suivantes :

1° il pratique sur le territoire du département;

2° il est titulaire d'un statut et de privilèges qui lui permettent d'exercer sa profession dans l'établissement auquel le département est rattaché.

Le médecin qui est un professionnel désengagé ou un professionnel non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie ne peut faire partie du département.

387. Le département territorial de médecine spécialisée élabore l'organisation des services médicaux spécialisés sur le territoire du département et la soumet au président-directeur général de l'établissement auquel il est rattaché.

Pour chaque spécialité, le département doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dont la prestation est susceptible de répondre le mieux aux besoins de la population et assurer la mise en place et l'application de la décision de Santé Québec relative à cette organisation.

Il formule toute recommandation qu'il estime propre à l'atteinte du but visé à l'article 346.

388. Le département territorial de médecine spécialisée doit fixer des objectifs permettant de mesurer la mise en œuvre de l'organisation des services médicaux spécialisés qu'il élabore. Il mesure l'atteinte de ces objectifs.

389. Le département territorial de médecine spécialisée, outre les autres fonctions que lui confère la présente loi, exerce les fonctions suivantes :

1° donner son avis sur tout projet concernant la prestation de services médicaux spécialisés et sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés en conformité avec l'organisation territoriale des services médicaux spécialisés;

2° faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières visées à l'article 403 et assurer la mise en place de la décision de Santé Québec relative à cette liste;

3° donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;

4° réaliser toute autre fonction relative à la médecine spécialisée que lui confie le président et chef de la direction de Santé Québec ou le président-directeur général ou le directeur médical de l'établissement auquel le département est rattaché.

390. Le comité de direction du département territorial de médecine spécialisée est formé des membres suivants :

1° le directeur médical de médecine spécialisée;

2° deux médecins élus par et parmi les médecins membres du département;

3° deux à neuf médecins membres du département, selon le nombre fixé conformément à l'article 391, nommés par les deux médecins visés au paragraphe 2°;

4° le président-directeur général et le directeur médical de l'établissement auquel est rattaché le département.

Lorsqu'il y a une faculté de médecine sur le territoire du département, le comité de direction doit de plus comprendre un membre nommé par le doyen de cette faculté ainsi qu'un résident en médecine à titre d'observateur.

391. Les règles s'ajoutant à celles de l'article 390 relativement à la composition du comité de direction du département territorial de médecine spécialisée, les modalités d'élection ou de nomination des membres visés aux paragraphes 2° et 3° du premier alinéa de cet article et la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement adopté par les médecins membres du département réunis en assemblée générale convoquée à cette fin.

Les règles relatives à la composition du comité de direction que prévoit ce règlement doivent assurer une représentation équitable des domaines cliniques dans lesquels exercent les médecins spécialistes membres du département ainsi que des parties du territoire du département.

TITRE II

AUTRES MESURES VISANT L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

392. Le gouvernement détermine chaque année le nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale post-doctorale. Ce nombre comprend :

1° les postes de stages de formation en médecine familiale;

2° les autres postes de stages de formation requis pour l'une ou l'autre des spécialités reconnues dans un règlement pris en application de la Loi médicale (chapitre M-9).

Le gouvernement peut, en vue de favoriser une répartition rationnelle des ressources médicales entre les régions, autoriser chaque année certains des postes prévus au paragraphe 2° du premier alinéa, à la condition que les stagiaires acceptent de signer un engagement, assorti d'une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période maximale de quatre ans dans la région ou pour l'établissement que le ministre détermine. Ces postes ne peuvent excéder 25 % du nombre de postes qui, parmi l'ensemble des postes prévus au paragraphe 2° du premier alinéa, sont destinés à de nouveaux stagiaires.

Lorsqu'un poste visé au deuxième alinéa n'est pas comblé, il devient automatiquement un poste de stagiaire en formation de médecine familiale sans être assorti d'un engagement à pratiquer dans une région ou pour un établissement déterminé.

Le gouvernement peut en outre, s'il le juge opportun, autoriser certains postes supplémentaires de stagiaires dans les programmes de formation médicale post-doctorale destinés aux étudiants diplômés d'une université ou école située hors du Canada et des États-Unis à la condition que les stagiaires acceptent de signer un engagement, assorti d'une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période de quatre ans dans la région ou pour l'établissement que le ministre détermine.

Le nombre de postes visé au deuxième alinéa est déterminé après consultation par le ministre du Collège des médecins du Québec, des universités du Québec ayant une faculté de médecine et de Santé Québec.

393. Le gouvernement peut déterminer, chaque année, dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral, un nombre de places pour des étudiants de l'extérieur du Québec, à la condition que ces étudiants acceptent de signer, avant le début de leur formation, un engagement, assorti d'une clause pénale, le cas échéant, à pratiquer pour une période maximale de quatre ans dans la région ou pour l'établissement déterminé par le ministre, s'ils exercent la médecine au Québec après l'obtention de leur permis d'exercice.

394. Tout médecin de famille qui désire adhérer à une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie doit, après avoir été autorisé par Santé Québec, s'engager à effectuer une partie de sa pratique dans des activités médicales particulières visées à l'article 395.

Une telle entente peut prévoir des modulations relatives à la nature des activités et au niveau de participation des médecins selon le nombre d'années de pratique.

395. Aux fins de l'application du premier alinéa de l'article 394, Santé Québec établit pour le territoire de chaque département territorial de médecine familiale visé à l'article 372, à partir des recommandations que peut lui faire le département, une liste d'activités médicales particulières. Cette liste précise les modalités d'exercice de chaque activité offerte, et ce, conformément aux modalités prévues par l'entente visée à cet alinéa.

La liste est soumise à l'approbation du ministre.

396. Le médecin adresse sa demande d'autorisation à Santé Québec, qui lui transmet une liste d'activités médicales particulières parmi lesquelles il doit effectuer un choix.

397. Santé Québec autorise le médecin à adhérer à l'entente visée à l'article 394 s'il s'engage par écrit à exercer l'une des activités médicales particulières prévues à la liste visée à l'article 395.

Pour autoriser un médecin à adhérer à l'entente visée à l'article 394, Santé Québec doit tenir compte du nombre de médecins autorisé aux plans des effectifs médicaux de ses établissements.

398. Tant que le médecin respecte l'engagement qu'il a pris conformément à l'article 397 et jusqu'à ce qu'il en soit libéré selon les modalités prévues par l'entente visée à l'article 394, le médecin demeure visé par cette entente.

399. Santé Québec peut, de façon périodique et conformément aux modalités prévues par l'entente, procéder à la révision de l'engagement d'un médecin pris conformément à l'article 397.

400. Si, de l'avis de Santé Québec, un médecin cesse de respecter l'engagement qu'il a pris conformément à l'article 397, Santé Québec révoque l'adhésion et en informe le médecin, le département territorial de médecine familiale et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Santé Québec doit donner au médecin l'occasion de présenter ses observations.

401. Un médecin qui n'est pas satisfait d'une décision rendue à son sujet concernant un refus d'adhésion ou une révocation d'adhésion peut soumettre cette décision à l'arbitrage prévu par l'entente visée à l'article 394.

402. Tout médecin spécialiste qui n'a pas de privilège dans un établissement qui exploite un centre hospitalier et dont la spécialité est visée par une entente conclue en vertu du cinquième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie doit effectuer une partie de sa pratique dans les activités médicales particulières visées à l'article 403 s'il désire adhérer à une telle entente.

L'entente peut prévoir des modulations relatives à la nature des activités et au niveau de participation des médecins selon le nombre d'années de pratique.

403. Aux fins de l'application du premier alinéa de l'article 402, Santé Québec établit pour le territoire de chaque département territorial de médecine spécialisée visé à l'article 372, à partir des recommandations que peut lui faire le département, une liste d'activités médicales particulières. Cette liste précise les modalités d'exercice de chaque activité offerte, et ce, conformément aux modalités prévues par l'entente visée à cet alinéa.

La liste est soumise à l'approbation du ministre.

404. Les dispositions des articles 396 à 401 s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, dans le cas des médecins spécialistes visés à l'article 402.

405. Santé Québec doit établir le plan territorial des effectifs médicaux de chaque territoire d'un département visé à l'article 373 à partir des plans des effectifs médicaux et dentaires qui ont été soumis au président et chef de la direction conformément à l'article 195, du nombre de médecins requis pour accomplir les activités médicales particulières prévues aux articles 395 et 402 et du nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes, par spécialité, qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent sur ce territoire même à l'extérieur d'un établissement.

Dans l'établissement d'un plan territorial des effectifs médicaux, Santé Québec doit tenir compte des activités médicales des médecins qui pratiquent sur le territoire et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elle doit également consulter l'instance visée à chacun des paragraphes suivants sur la partie du plan qui y est prévue :

1° le département territorial de médecine familiale sur la partie relative aux médecins de famille;

2° le département territorial de médecine spécialisée sur la partie relative aux médecins spécialistes.

Un département territorial peut formuler les recommandations qu'il estime appropriées à l'égard de la partie du plan sur laquelle il a été consulté.

406. Le plan territorial des effectifs médicaux établi par Santé Québec est soumis au ministre qui l'approuve avec ou sans modification; les plans des effectifs médicaux et dentaires établis par les établissements de cette région y sont joints.

L'ensemble du plan territorial des effectifs médicaux ainsi approuvé doit, conformément à l'article 405, être établi de nouveau au moins tous les trois ans et chaque fois que le demande le ministre. Le plan approuvé continue d'avoir effet tant que le ministre n'a pas approuvé le nouveau plan.

Le ministre peut établir le plan territorial des effectifs médicaux à défaut par Santé Québec de l'établir dans le délai qu'il lui indique.

407. Le ministre peut transmettre des directives à Santé Québec concernant l'établissement de tout plan territorial des effectifs médicaux. Ces directives peuvent notamment prévoir des objectifs de croissance ou de décroissance et un nombre de postes qui doivent être réservés pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions.

Ces directives lient Santé Québec.

408. Afin d'assurer le respect des plans territoriaux des effectifs médicaux :

1° tout médecin de la région qui reçoit une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui exerce en cabinet privé de professionnel est lié par une entente conclue en application du septième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie;

2° les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée en assurent la mise en place et l'application ainsi que l'évaluation de l'atteinte des objectifs qui y sont relatifs.

Pour l'application de la présente loi, on entend par «cabinet privé de professionnel» l'entreprise au sein de laquelle un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à titre privé et à leur seul compte, sans fournir à leur clientèle, directement ou indirectement, des services d'hébergement et sans lui offrir des traitements médicaux spécialisés.

409. Le président et chef de la direction de Santé Québec approuve les plans d'effectifs médicaux et dentaires qui lui ont été soumis conformément à l'article 195 par les établissements d'une région sociosanitaire une fois que

tout plan territorial des effectifs médicaux concernant cette région a été approuvé par le ministre.

Santé Québec transmet au ministre, sur demande, chaque plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé par le président et chef de la direction.

410. L'autorisation de procéder à la nomination d'un médecin en dérogation au plan des effectifs médicaux et dentaires donnée par le président et chef de la direction en vertu du paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 208 emporte l'autorisation de déroger au plan territorial des effectifs médicaux applicable.

411. Santé Québec élabore annuellement un plan de répartition des médecins de famille en première ligne pour chaque région sociosanitaire. Ce plan identifie les différents territoires d'une région où il est prioritaire de combler des besoins en médecine familiale de première ligne ainsi que le niveau de ces besoins.

Santé Québec peut, en cours d'année, modifier ce plan.

Le ministre peut, pour l'application de ce plan, autoriser Santé Québec à modifier un plan territorial des effectifs médicaux qu'il a approuvé ou à modifier le plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé d'un établissement. Il peut également, lorsqu'il estime que des circonstances exceptionnelles le justifient et dans les conditions qu'il fixe, permettre à un établissement de déroger à ce dernier plan.

PARTIE V

ENTENTES ET AGRÉMENTS AUX FINS DE FINANCEMENT ET ENTENTES VISANT LA PRESTATION DE CERTAINS SERVICES

TITRE I

ENTENTES ET AGRÉMENTS AUX FINS DE FINANCEMENT

CHAPITRE I

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

412. Santé Québec peut, si elle estime que les besoins d'une région sociosanitaire le justifient, conclure avec un établissement privé une convention à l'une ou l'autre des fins suivantes :

1° le rémunérer, pour les services de santé ou pour les services sociaux qu'il fournit conformément à la convention, à un taux forfaitaire que le gouvernement fixe pour l'ensemble de services visé à l'article 3 auquel les services fournis correspondent;

2° lui rembourser tout ou partie des dépenses qu'il fait et qui sont admissibles à l'octroi de subventions conformément aux règles budgétaires particulières visées au deuxième alinéa de l'article 89.

Les conditions et modalités de financement prévues par une convention conclue en application du premier alinéa sont subordonnées au respect des dispositions de l'article 413. Il en est de même dans le cas du renouvellement d'une telle convention.

En cas de mésentente entre Santé Québec et un établissement privé quant à la détermination des conditions ou des modalités de financement applicables en vertu de la convention ou lors de tout renouvellement de celle-ci, Santé Québec peut, six mois après le début des discussions, demander au ministre de déterminer ces conditions et modalités.

413. Le ministre détermine, avec l'approbation du Conseil du trésor, les modalités générales relatives au financement des activités des établissements privés et qui sont applicables, sous réserve d'exceptions prévues par le ministre, à l'ensemble des conventions de financement conclues en application du paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 412.

Le ministre détermine de la même manière le contenu minimal, la durée et, si nécessaire, la forme des conventions conclues en application de l'article 412. Le contenu de ces conventions peut varier selon les régions, la nature ou l'étendue des services fournis par les établissements de même mission ou les usagers desservis par ces derniers.

414. L'article 51 s'applique à un établissement privé conventionné, avec les adaptations nécessaires.

415. Un établissement privé conventionné ne peut, sans avoir obtenu l'autorisation préalable de Santé Québec :

1° acquérir, aliéner ou hypothéquer un immeuble;

2° construire, agrandir, aménager, transformer, démolir, reconstruire ou procéder à des réparations majeures de ses immeubles, sauf lorsque le coût total estimé du projet est inférieur aux montants déterminés par règlement du gouvernement et qu'aucun emprunt pour le financement n'est nécessaire;

3° consentir un démembrement du droit de propriété;

4° louer un immeuble;

5° louer ses immeubles à un tiers, les lui prêter ou autrement lui en permettre l'utilisation, pour une période excédant un an;

6° louer ses installations à un professionnel non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie ou autrement lui en permettre l'utilisation pour qu'il y fournisse des services médicaux.

L'établissement doit également avoir obtenu l'autorisation préalable du Conseil du trésor dans les cas prévus aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa.

416. Le Conseil du trésor peut, aux conditions et dans la mesure qu'il détermine, déléguer à Santé Québec tout ou partie des pouvoirs qui lui sont accordés à l'article 415.

L'acte de délégation est publié à la *Gazette officielle du Québec* et entre en vigueur le 15^e jour qui suit la date de cette publication.

417. Les dispositions de l'article 415 ne s'appliquent pas pour la réalisation de travaux de maintien d'actifs, peu importe le montant estimé de ces travaux et la source de leur financement.

On entend par «travaux de maintien d'actifs» l'ensemble des travaux requis aux fins d'assurer la sécurité des personnes et des biens, de contrer la vétusté des immeubles et d'assurer leur conservation.

418. Est nul de nullité absolue tout contrat fait par un établissement privé conventionné sans l'autorisation préalable du Conseil du trésor ou de Santé Québec chaque fois que cette autorisation est requise par la présente loi.

Tout contrat doit de plus, sous peine de nullité, être fait conformément aux normes, aux conditions et selon la procédure prévue par règlement de Santé Québec.

Une demande en nullité d'un contrat fait par l'établissement contrairement au présent article peut être introduite par Santé Québec ou par toute personne intéressée.

419. Malgré l'article 315, un établissement privé conventionné ne peut, sans avoir obtenu l'autorisation préalable de Santé Québec, accepter des dons, des legs, des subventions ou d'autres contributions versés sous condition d'exécuter un projet dans l'une des situations suivantes :

1^o lorsque l'aide vise le financement d'un projet dont la réalisation nécessite l'autorisation préalable du Conseil du trésor, du ministre ou de Santé Québec;

2^o lorsque le projet envisagé a pour effet immédiat ou prévisible d'augmenter le montant des dépenses annuelles de fonctionnement ou d'immobilisation de l'établissement.

L'autorisation préalable de Santé Québec prévue au premier alinéa n'est pas nécessaire si la contribution versée provient du gouvernement du Québec, d'un ministère ou d'un organisme dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu. Dans ce cas, le gouvernement, le ministère ou l'organisme concerné doit en aviser Santé Québec.

Dans la situation visée au paragraphe 2^o du premier alinéa, Santé Québec n'accorde l'autorisation préalable que si l'établissement privé conventionné démontre que les coûts supplémentaires peuvent être supportés sans requérir d'ajustement budgétaire ou de subvention particulière de la part de Santé Québec.

420. Afin d'assurer l'uniformité de la gestion administrative et financière des établissements privés conventionnés, Santé Québec publie et tient à jour un manuel de gestion financière.

421. Avant le 1^{er} avril de chaque année, Santé Québec transmet à chacun des établissements privés conventionnés son budget de fonctionnement pour l'exercice suivant. Ce budget est établi sur la base de la convention de financement que l'établissement a conclue en vertu du premier alinéa de l'article 412 avec Santé Québec, suivant les conditions et modalités qui y sont prévues, le cas échéant.

Si au 1^{er} avril d'une année le budget de fonctionnement d'un établissement ne lui a pas été transmis, un quart du budget de l'exercice précédent est reconduit au début de chaque trimestre de l'exercice jusqu'à ce qu'il soit remplacé par le budget de l'exercice visé.

422. L'exercice d'un établissement privé conventionné se termine le 31 mars de chaque année.

423. Un établissement privé conventionné transmet à Santé Québec, dans la forme et selon la périodicité que celle-ci détermine :

1° les rapports, nécessaires à l'application des dispositions de la convention de financement conclue avec Santé Québec, relatifs à l'utilisation du budget et au fonctionnement de l'établissement;

2° un rapport statistique annuel concernant les ressources et les services de l'établissement pour la dernière année financière.

Ces rapports doivent contenir tout renseignement requis par Santé Québec.

424. Les livres et les comptes d'un établissement privé conventionné sont vérifiés chaque année par un auditeur.

425. Avant le 30 septembre de chaque année, le conseil d'administration de l'établissement privé conventionné ou, si l'établissement n'est pas une personne morale, le titulaire de l'autorisation nomme un auditeur pour l'exercice en cours.

L'établissement doit avoir recours, au moins tous les quatre ans et chaque fois qu'il veut retenir les services d'un nouveau cabinet d'auditeurs, à une procédure d'appel d'offres visant l'obtention d'une prestation de services qui soit du meilleur rapport qualité-coût.

426. Si la charge de l'auditeur devient vacante avant l'expiration de son mandat, le conseil d'administration de l'établissement privé conventionné ou, si l'établissement n'est pas une personne morale, le titulaire de l'autorisation doit combler cette vacance à la première séance qui suit.

427. Pour l'exercice de ses fonctions, l'auditeur a accès à tous les livres, registres, comptes et autres écritures comptables de l'établissement privé conventionné ainsi qu'aux pièces justificatives; toute personne en ayant la garde doit lui en faciliter l'examen.

Il peut aussi exiger des membres du conseil d'administration de l'établissement, de ses dirigeants, de ses employés et d'autres représentants de cet établissement les renseignements, les explications et les documents nécessaires à l'accomplissement de son mandat.

428. L'auditeur doit, pour l'exercice pour lequel il a été nommé, vérifier le rapport financier de l'établissement privé conventionné et procéder à l'exécution des autres éléments de son mandat, notamment ceux que le gouvernement peut déterminer par règlement et, le cas échéant, ceux que détermine l'établissement ou Santé Québec.

429. L'auditeur remet son rapport d'audit au conseil d'administration de l'établissement ou, si l'établissement n'est pas une personne morale, au titulaire de l'autorisation.

430. L'établissement doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, transmettre à Santé Québec son rapport financier annuel pour l'exercice écoulé. Ce rapport doit être préparé dans la forme déterminée par Santé Québec et comporter les états financiers de l'établissement, le rapport d'audit visé à l'article 429 et tout autre renseignement requis par Santé Québec.

CHAPITRE II

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

431. Santé Québec peut, conformément à un programme d'aide financière élaboré et approuvé en vertu de l'article 92, octroyer, sur les sommes que lui alloue à cette fin le ministre, une subvention à l'un des organismes ou à l'un des regroupements suivants :

1° un organisme communautaire qui s'occupe de la défense des droits ou de la promotion des intérêts des utilisateurs des services des organismes communautaires ou de ceux des usagers;

2° un organisme communautaire qui s'occupe de la promotion du développement social, de l'amélioration des conditions de vie, de la prévention ou de la promotion de la santé;

3° un organisme communautaire qui offre des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire;

4° un organisme communautaire qui exerce des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes;

5° un organisme communautaire auquel ont été confiées les fonctions prévues au premier alinéa de l'article 624;

6° un regroupement provincial d'organismes communautaires.

432. Un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent chapitre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches.

433. Tout organisme communautaire ou tout regroupement provincial qui reçoit une subvention dans les cas visés à l'article 431 doit, dans les quatre mois suivant la fin de son année financière, transmettre le rapport de ses activités et son rapport financier à Santé Québec.

434. Les dispositions des articles 432 et 433 s'appliquent à toute subvention octroyée par le ministre à un organisme ou à un regroupement visés à l'article 431.

Les rapports visés à l'article 433 sont alors transmis au ministre.

CHAPITRE III

AGRÉMENTS AUX FINS DE FINANCEMENT

435. Santé Québec peut accorder une allocation financière à un organisme communautaire afin de lui permettre d'obtenir auprès d'un établissement, par entente conclue en application des dispositions de l'article 446, tout ou partie des services de santé ou des services sociaux requis par la clientèle de l'organisme ou d'offrir certains de ces services.

436. Seule la personne titulaire d'un agrément délivré en vertu du présent chapitre peut recevoir une allocation financière visée à l'article 435.

437. Est admissible à l'agrément toute personne qui satisfait aux exigences déterminées par le ministre.

438. La personne qui sollicite un agrément doit transmettre sa demande à Santé Québec qui peut délivrer l'agrément si les exigences du ministre sont satisfaites.

Santé Québec peut délivrer l'agrément aux conditions et pour la clientèle qu'elle détermine.

439. L'agrément délivré par Santé Québec demeure en vigueur tant que le titulaire se conforme à la présente loi et qu'il satisfait aux exigences déterminées par le ministre et aux conditions déterminées par Santé Québec.

Santé Québec peut toutefois délivrer un agrément pour une période déterminée ou à titre provisoire lorsqu'elle le juge nécessaire.

440. Le titulaire d'un agrément doit, au préalable, informer par écrit Santé Québec de tout changement d'adresse, de toute aliénation d'actifs ou de toute opération ayant pour effet de le rendre non admissible à l'agrément.

441. Santé Québec peut annuler un agrément à la demande de son titulaire ou suspendre ou révoquer l'agrément si le titulaire ne satisfait plus aux exigences prévues par la présente loi, aux exigences déterminées par le ministre ou aux conditions déterminées par Santé Québec.

Santé Québec doit, avant de décider de la suspension ou de la révocation de l'agrément, notifier par écrit à l'organisme communautaire en cause le préavis prescrit par l'article 5 de la Loi sur la justice administrative et lui accorder un délai d'au moins 10 jours pour présenter ses observations.

442. Santé Québec doit notifier par écrit sa décision, en la motivant, au titulaire dont il suspend ou révoque l'agrément.

443. Un organisme communautaire visé à l'article 435 est tenu de rendre compte à Santé Québec de sa gestion selon les modalités et la périodicité qu'elle fixe.

444. Nul ne peut utiliser le titre d'organisme agréé ou associer l'agrément à un organisme s'il n'est titulaire d'un agrément délivré en vertu du présent chapitre.

TITRE II

ENTENTES VISANT CERTAINS SERVICES

CHAPITRE I

ENTENTES VISANT LA FOURNITURE, LA PRESTATION OU L'ÉCHANGE DE CERTAINS SERVICES

445. Santé Québec peut conclure avec une personne ou un groupement une entente à l'une ou l'autre des fins suivantes :

1° la fourniture, pour le compte d'un établissement de Santé Québec, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement;

2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.

Elle peut également conclure avec un établissement privé une entente concernant l'acquisition ainsi que la préparation et la distribution automatisées de médicaments.

446. Santé Québec peut conclure avec un organisme communautaire qui a reçu une allocation financière en application de l'article 435 une entente en vue d'assurer la prestation de tout ou partie des services de santé ou des services sociaux requis par la clientèle de l'organisme.

447. L'autorisation préalable du ministre est requise pour que Santé Québec puisse conclure une entente avec le titulaire d'une autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé non participatif au sens du deuxième alinéa de l'article 500 ou avec un professionnel non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie. Elle l'est également lorsque l'entente vise un service assuré considéré comme non assuré en vertu de cette dernière loi.

448. Un médecin ou un dentiste n'est lié par une entente visée à l'article 445 ou à l'article 446 que si celle-ci est effective au moment où il adresse une demande de nomination ou de renouvellement de son statut et de ses privilèges et qu'elle est portée à sa connaissance par le directeur médical dans son avis de réception de cette demande.

Une telle entente doit de plus être conforme à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

Dans les 30 jours suivant la date de l'entrée en vigueur d'une entente visée au premier alinéa liant un médecin ou un dentiste, Santé Québec en transmet reproduction à l'organisme représentatif concerné.

449. Une entente conclue en vertu de l'article 445 ne peut avoir pour effet de modifier significativement l'organisation des services médicaux spécialisés fournis dans un centre hospitalier exploité par un établissement. Seule une entente conclue avec une clinique médicale associée conformément à l'article 454 peut avoir un tel effet.

De plus, une entente visée au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 445 ne peut avoir pour effet d'octroyer l'exclusivité de services professionnels ou d'empêcher le recrutement de professionnels conformément aux besoins prévus par le plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé ou établi par le président et chef de la direction de Santé Québec.

450. Lorsque la personne ou le groupement avec lequel Santé Québec a conclu une entente visée à l'article 445 est un organisme communautaire, l'entente doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire.

451. Les dispositions du présent chapitre, à l'exception de celles de l'article 449, s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à un établissement privé et une entente visée à l'article 445 peut aussi être conclue avec Santé Québec.

CHAPITRE II

CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES

452. Dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés, Santé Québec peut proposer au ministre qu'un établissement de Santé Québec qui exerce des activités hospitalières soit associé à l'exploitant de l'une des entreprises suivantes afin de lui confier la prestation de certains services médicaux spécialisés aux usagers de cet établissement :

1° un cabinet privé de professionnel;

2° un laboratoire visé par la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2);

3° un centre médical spécialisé participatif au sens du deuxième alinéa de l'article 500.

Pour l'application du présent chapitre, une entreprise mentionnée au premier alinéa est une clinique médicale associée.

453. Avant d'accepter la proposition de Santé Québec, le ministre doit être d'avis qu'elle est de nature à améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés concernés et qu'elle n'affectera pas la capacité du réseau public de santé et de services sociaux, notamment en regard de la main-d'œuvre requise pour le fonctionnement de ce réseau. Il est également tenu de prendre en compte les gains d'efficience et d'efficacité conséquents à la mise en œuvre de cette proposition.

La décision du ministre d'accepter la proposition de Santé Québec doit préciser la procédure qu'elle devra suivre pour déterminer la clinique médicale associée offrant des services médicaux spécialisés selon le meilleur rapport qualité-coût.

Le deuxième alinéa s'applique malgré la Loi sur les contrats des organismes publics.

454. Santé Québec doit, au terme de la procédure visée au deuxième alinéa de l'article 453 et après avoir obtenu l'autorisation du ministre, conclure une entente avec l'exploitant de la clinique médicale avec laquelle elle s'associe. Cette entente doit prévoir les éléments suivants :

1° la nature des services médicaux spécialisés devant être fournis dans le cadre de l'entente;

2° les nombres minimal et maximal de services médicaux spécialisés pouvant être fournis annuellement par la clinique de même que la répartition trimestrielle de ces services requise pour assurer la disponibilité continue de ceux-ci;

3° le montant unitaire versé par Santé Québec pour couvrir les frais liés à chaque service médical spécialisé fourni par la clinique, selon sa nature, ainsi que les modalités de versement de ce montant;

4° des mécanismes de surveillance permettant à l'établissement, ou à l'un de ses conseils ou comités déterminés dans l'entente, de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services médicaux fournis par la clinique;

5° les sommes, déterminées conformément à l'article 456, qui peuvent être exigées d'un usager qui obtient un service médical spécialisé dans la clinique et les modalités d'information de l'usager à l'égard du paiement de ces sommes;

6° les exigences en matière de tenue de livres et de systèmes d'information auxquelles l'exploitant de la clinique devra se conformer ainsi que la nature, la forme, la teneur et la périodicité des rapports et des renseignements qu'il devra transmettre à Santé Québec et au ministre;

7° un mécanisme de règlement des différends portant sur l'interprétation ou l'application de l'entente.

Les services faisant l'objet de l'entente sont soumis à la procédure d'examen des plaintes de Santé Québec de même qu'aux dispositions de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

L'entente a une durée maximale de cinq ans. Les parties ne peuvent y mettre fin avant l'arrivée du terme, la modifier ou la renouveler sans l'autorisation du ministre. Dans ce dernier cas, un projet de renouvellement d'entente doit être transmis au ministre au moins six mois avant l'arrivée du terme de l'entente.

455. Tous les médecins qui exercent leur profession dans une clinique médicale associée doivent être soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.

456. Malgré l'article 22.0.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie, les seules sommes d'argent qui peuvent être réclamées d'un usager qui obtient un service médical spécialisé d'une clinique médicale associée en application d'une entente sont celles qu'aurait normalement exigées l'établissement associé à la clinique à l'occasion de la prestation de ces mêmes services, pourvu que ces sommes aient été prévues par l'entente.

457. Tout médecin qui fournit au sein d'une clinique médicale associée des services médicaux spécialisés prévus par une entente doit préalablement être titulaire d'un statut et des privilèges lui permettant d'exercer sa profession dans un centre hospitalier exploité par l'établissement auquel cette clinique est associée, satisfaire entièrement aux besoins du centre hospitalier selon l'appréciation faite par le directeur médical et remplir en tout temps les obligations rattachées à la jouissance des privilèges qui lui sont accordés.

L'exploitant d'une clinique médicale associée ne doit pas permettre qu'un médecin qui ne se conforme pas aux dispositions du présent article fournisse au sein de cette clinique des services médicaux spécialisés prévus par l'entente.

458. Lors de la signature d'une entente, l'exploitant de la clinique médicale doit remettre à l'établissement auquel cette clinique est associée la liste des médecins exerçant leur profession dans cet établissement qui y fourniront des services médicaux spécialisés. L'exploitant de la clinique doit tenir cette liste à jour et informer sans retard le président-directeur général de l'établissement de toute modification qui y est apportée.

459. Malgré le troisième alinéa de l'article 454, Santé Québec peut mettre fin à une entente lorsqu'elle a des motifs raisonnables de croire que la qualité ou la sécurité des services médicaux spécialisés fournis dans la clinique médicale associée n'est pas satisfaisante ou que l'exploitant d'une clinique médicale associée ou un médecin qui y exerce sa profession ne se conforme pas à l'une des dispositions des articles 456 à 458.

Le ministre peut demander à Santé Québec de mettre fin à l'entente lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une situation visée au premier alinéa se produit.

Avant de mettre fin à l'entente, Santé Québec doit donner à l'établissement et à l'exploitant de la clinique médicale associée l'occasion de présenter leurs observations par écrit.

460. Malgré les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie, une entente visée à l'article 454 de la présente loi peut avoir pour objet des services assurés considérés comme non assurés lorsque ces services sont rendus hors d'une installation maintenue par un établissement si Santé Québec estime qu'il existe des difficultés d'accès à ces services auprès des établissements d'une région sociosanitaire.

En outre, les services fournis par un médecin dans le cadre d'une entente visée à l'article 454 sont réputés, aux seules fins de la rémunération de ce médecin, rendus au sein de l'établissement qui dirige l'utilisateur vers la clinique médicale associée.

CHAPITRE III

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

461. Un établissement de Santé Québec peut utiliser les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial.

Sous réserve du troisième alinéa de l'article 478, l'établissement procède lui-même au recrutement de ces ressources en fonction des besoins des usagers qu'il dessert.

L'établissement voit aussi à l'évaluation de ces ressources dans le respect des critères généraux déterminés par le ministre.

462. Avec l'autorisation de Santé Québec, plusieurs de ses établissements peuvent recourir aux services d'une même ressource intermédiaire ou d'une même ressource de type familial.

Santé Québec veille toutefois à ce que les établissements concernés se concertent quant au suivi professionnel des usagers.

SECTION II

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

463. Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome, par une personne morale ou par une société de personnes ayant conclu une entente avec Santé Québec pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services de l'un de ses établissements en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur fournissant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.

464. L'immeuble ou le local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire n'est pas réputé être une installation maintenue par l'établissement de Santé Québec qui recourt aux services de la ressource, sauf pour l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse où il est alors considéré comme lieu d'hébergement de cet établissement.

465. Le ministre établit, par règlement, une classification des services offerts par les ressources intermédiaires qui est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers.

La rétribution applicable pour chaque type de services prévus dans la classification établie en application du premier alinéa est déterminée, selon le cas :

1° conformément aux dispositions de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2), pour les ressources intermédiaires représentées par une association reconnue en vertu de cette loi;

2° par le ministre, avec l'autorisation du Conseil du trésor et aux conditions qu'il détermine, pour les ressources intermédiaires visées par cette loi, mais qui ne sont pas représentées par une association reconnue en vertu de cette loi;

3° conformément aux dispositions de l'article 466 de la présente loi, pour les ressources intermédiaires qui ne sont pas visées par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant.

466. Le ministre peut, avec l'autorisation du Conseil du trésor et aux conditions qu'il détermine, conclure avec un ou plusieurs organismes représentatifs des ressources intermédiaires, autres que celles visées par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant, une entente portant sur les matières suivantes :

1° les conditions minimales et particulières de prestation des services de ces ressources;

2° les modes et l'échelle de rétribution de ces services, en tenant compte de la classification établie par le ministre en vertu de l'article 465, et les diverses mesures et modalités relatives au paiement de cette rétribution;

3° le financement, la mise sur pied et le maintien de programmes et de services répondant aux besoins de l'ensemble des ressources que l'organisme représente, notamment en matière de formation et de perfectionnement;

4° la mise sur pied de tout comité mixte soit pour assurer le suivi administratif de l'entente, soit aux fins d'assurer la formation et le perfectionnement suffisants au maintien et à la relève des ressources, soit à toute autre fin jugée utile ou nécessaire par les parties.

Une telle entente lie Santé Québec et toutes les ressources intermédiaires visées par l'entente, qu'elles soient membres ou non d'un organisme qui l'a conclue.

À défaut d'entente conclue en application du présent article, le mode et l'échelle de rétribution des services et les diverses mesures et modalités relatives au paiement de cette rétribution sont déterminés par le ministre, avec l'autorisation du Conseil du trésor et aux conditions qu'il détermine.

467. Est représentatif de ressources intermédiaires visées à l'article 466 un organisme qui, à l'échelle nationale, regroupe des ressources destinées à des enfants ou des ressources destinées à des adultes et qui compte, comme membres, soit au moins 20% du nombre total de ces ressources à l'échelle nationale, soit le nombre de ressources requises pour desservir au moins 30% du nombre total des usagers de ces ressources à l'échelle nationale.

Il en est de même d'un groupement formé d'organismes de telles ressources intermédiaires qui n'interviennent qu'à l'échelle locale ou régionale, pourvu que ces organismes assurent ensemble la même représentativité que celle exigée en vertu du premier alinéa.

Sur demande, un organisme représentatif doit fournir au ministre les documents à jour établissant sa constitution de même que les nom et adresse de chacun de ses membres.

De même, un groupement doit fournir les documents à jour établissant sa constitution, le nom et l'adresse des organismes qu'il représente et, pour chacun d'eux, le nom et l'adresse de ses membres.

Lorsqu'un organisme représentatif est un groupement d'organismes, celui-ci est le seul habilité à représenter chacun des organismes membres.

Une ressource intermédiaire ne peut, aux fins prévues à l'article 466, être membre de plus d'un organisme représentatif autre qu'un groupement.

468. Un permis ou un certificat municipal ne peut être refusé et une poursuite en vertu d'un règlement ne peut être intentée pour le seul motif qu'une construction ou un local d'habitation est destiné à être occupé en tout ou en partie par une ressource intermédiaire.

Le présent article prévaut sur toute loi générale ou spéciale et sur tout règlement municipal adopté en vertu d'une telle loi.

469. Le responsable d'une ressource intermédiaire ou les employés de celle-ci, selon le cas, sont assujettis, avec les adaptations nécessaires, aux pratiques et aux conduites attendues des personnes qui exercent des activités à l'endroit des usagers prévues au code d'éthique de Santé Québec conformément au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 55.

470. Les restrictions prévues aux articles 761 et 1817 du Code civil s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à un legs ou à un don fait au responsable d'une ressource intermédiaire ou à l'un de ses employés lorsque le don ou le legs a été fait à l'époque où le donateur ou le testateur recevait des services de cette ressource intermédiaire.

471. Santé Québec peut désigner une personne pour assumer, pour une période d'au plus 180 jours, l'administration provisoire d'une ressource intermédiaire, autre qu'une ressource visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant :

1° lorsque l'entente a été résiliée;

2° lorsque la ressource intermédiaire s'adonne à des pratiques ou tolère une situation susceptibles de compromettre la santé ou la sécurité des personnes à qui elle fournit des services;

3° lorsque la ressource intermédiaire éprouve des difficultés qui compromettent sérieusement la qualité des services qu'elle offre ou son administration, son organisation ou son fonctionnement.

La période prévue au premier alinéa peut être prolongée par Santé Québec, pourvu que le délai de la prolongation n'excède pas 180 jours.

472. L'administrateur provisoire d'une ressource intermédiaire doit faire à Santé Québec, dans les meilleurs délais, un rapport provisoire de ses constatations, accompagné de ses recommandations.

473. L'administrateur provisoire doit, avant de soumettre le rapport provisoire à Santé Québec, donner à l'exploitant de la ressource intermédiaire l'occasion de présenter ses observations. Il doit joindre à son rapport un résumé des observations qu'on lui a faites, le cas échéant.

474. Lorsque Santé Québec désigne un administrateur provisoire conformément à l'article 471, elle indique si tous ou certains des pouvoirs de l'exploitant de la ressource intermédiaire sont suspendus. Les pouvoirs suspendus sont alors exercés par l'administrateur provisoire.

S'il est privé d'une partie de ses pouvoirs, l'exploitant de la ressource continue d'exercer les pouvoirs qui n'ont pas été suspendus.

En tout temps, l'exploitant de la ressource continue d'exercer ses pouvoirs à l'égard de ses activités autres que celles liées à l'exploitation de la ressource, le cas échéant.

475. L'administrateur provisoire d'une ressource intermédiaire ne peut être poursuivi en justice pour un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

476. Santé Québec peut, si le rapport provisoire fait par l'administrateur provisoire en application de l'article 472 confirme l'existence de l'une des situations prévues à l'article 471 :

1° ordonner à la ressource d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'elle fixe;

2° ordonner à l'administrateur provisoire de continuer son administration ou de l'abandonner pour ne la reprendre que si la ressource intermédiaire n'apporte pas les correctifs ordonnés par celle-ci conformément au paragraphe 1°.

Lorsque Santé Québec ordonne la poursuite de l'administration provisoire, l'administrateur doit transmettre à Santé Québec un rapport définitif dès qu'il constate que la situation à l'origine de cette administration est corrigée ou qu'elle ne pourra pas l'être.

477. Santé Québec peut, après avoir reçu le rapport définitif de l'administrateur provisoire en application du deuxième alinéa de l'article 476, prendre l'une des mesures suivantes :

1° mettre fin à l'administration provisoire à la date qu'elle fixe;

2° exercer tout pouvoir qui lui est conféré par l'article 476.

SECTION III

RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

478. Les ressources de type familial sont les personnes recrutées à titre de famille d'accueil ou de résidence d'accueil.

Est une famille d'accueil une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement de Santé Québec afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Est une famille d'accueil de proximité une ou deux personnes qui ont fait l'objet d'une évaluation en application du troisième alinéa de l'article 461 et qui ont conclu une entente avec un établissement de Santé Québec, après s'être vu confier, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, un enfant nommément désigné pour une durée déterminée. Dans le cadre de son évaluation, l'établissement prend notamment en considération le lien significatif qu'a l'enfant avec cette ou ces personnes.

Est une résidence d'accueil une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes, incluant des personnes âgées, qui leur sont confiés par un établissement de Santé Québec afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

479. Les activités et les services fournis par une ressource de type familial sont réputés ne pas constituer l'exploitation d'un commerce ou d'un moyen de profit.

480. Les dispositions des articles 465 et 468 s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, aux ressources de type familial.

PARTIE VI

RÉGLEMENTATION DE CERTAINES ACTIVITÉS

TITRE I

RÉGIME D'AUTORISATION

CHAPITRE I

ACTIVITÉS DONT L'EXERCICE EST SUBORDONNÉ À L'OBTENTION D'UNE AUTORISATION

481. Une autorisation de Santé Québec permettant l'exploitation d'un centre médical spécialisé est requise pour exploiter une entreprise qui consiste à offrir à une clientèle les services médicaux nécessaires pour effectuer une arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement de Santé Québec.

482. Aux fins de déterminer un traitement médical spécialisé, Santé Québec doit prendre en compte notamment les risques généralement associés au traitement, l'importance du personnel et de l'équipement nécessaires pour le fournir de même que, le cas échéant, le type d'anesthésie normalement utilisé lors du traitement et la durée habituellement requise de l'hébergement à la suite de ce traitement.

Santé Québec doit, avant de prendre un règlement en application de l'article 481, consulter le Collège des médecins du Québec.

483. Une autorisation de Santé Québec permettant l'exploitation d'une résidence privée pour aînés est requise pour exploiter une entreprise qui consiste à offrir, dans tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective, la location de chambres ou de logements à une clientèle principalement composée de personnes âgées de 65 ans et plus, en plus d'offrir aux locataires différents services, dont le coût est inclus dans le loyer ou autrement à leur charge, compris dans au moins deux des catégories de services suivantes :

- 1° services de repas;
- 2° services d'assistance personnelle;
- 3° soins infirmiers;

4° services d'aide domestique;

5° services de sécurité;

6° services de loisirs.

Un règlement de Santé Québec définit chacune des catégories de services prévues au premier alinéa. Un tel règlement prévoit en outre, sur la base des services offerts par le titulaire de l'autorisation, des catégories de résidences privées pour aînés dont, minimalement, une catégorie de résidences dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes et une catégorie de résidences dont les services sont destinés à des personnes âgées semi-autonomes.

Pour l'application du premier alinéa, sont considérés offerts par le titulaire d'une autorisation les services offerts indirectement par celui-ci, notamment par l'intermédiaire d'une personne morale ou d'une société qu'il contrôle ou qui le contrôle ou d'un autre groupement avec lequel il a conclu une entente à cette fin.

484. Santé Québec peut, par règlement, prévoir les cas dans lesquels son autorisation est requise pour l'exploitation d'une entreprise consistant à offrir, à une clientèle composée de personnes vulnérables, des services d'hébergement et tout autre service qu'elle peut ainsi déterminer.

Aux fins de la présente loi, une entreprise dont l'exploitation est ainsi autorisée est désignée « ressource offrant de l'hébergement ».

485. Une autorisation de Santé Québec permettant l'exploitation d'un établissement privé est requise pour exploiter une entreprise qui consiste à offrir à une clientèle un ensemble de services comparable à l'un de ceux pouvant être offerts par un établissement public, lorsque tout ou partie de ces services doivent être fournis par un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou tout autre professionnel de la santé ou des services sociaux déterminé par règlement de Santé Québec.

Un règlement de Santé Québec détermine et classe les ensembles de services comparables à ceux qu'offrent les établissements publics. À cette fin, elle considère notamment, outre la nature même des services, leur importance eu égard à l'étendue de ceux qui seraient normalement fournis par un établissement public à des usagers présentant les mêmes caractéristiques que celles de la clientèle à laquelle est destinée l'offre de services de l'entreprise.

Le présent article ne s'applique pas à l'exploitation d'une entreprise visée à l'un des articles 481 à 484 ou à l'article 486. En outre, il ne s'applique pas à l'exploitation :

1° d'une ressource intermédiaire ou de type familial;

2° d'un organisme communautaire qui bénéficie d'une allocation financière en application de l'article 435;

3° d'un cabinet privé de professionnel;

4° d'un laboratoire visé par la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus;

5° d'un centre de procréation assistée visé par la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01);

6° d'une institution religieuse ou d'un établissement d'enseignement qui exploite une infirmerie où il reçoit les membres de son personnel ou ses élèves;

7° d'une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents pourvu que le nombre d'adhérents n'excède pas 20;

8° de toute autre entreprise dotée des caractéristiques déterminées par un règlement de Santé Québec.

486. Tout organisme communautaire doit, pour offrir dans ses locaux des services d'interruption volontaire de grossesse, être autorisé à cette fin par Santé Québec.

CHAPITRE II

OCTROI D'UNE AUTORISATION ET ENCADREMENT DES ACTIVITÉS AUTORISÉES

SECTION I

DISPOSITIONS D'APPLICATION GÉNÉRALE

487. Toute personne ou tout groupement qui entend exercer des activités visées par l'obligation de détenir une autorisation doit présenter à Santé Québec une demande à cet effet.

Une telle demande doit être transmise dans la forme que détermine Santé Québec.

488. Il appartient à Santé Québec de statuer sur l'opportunité d'accorder une autorisation visée au présent titre ou, lorsqu'applicable, de la renouveler ou de la modifier. Dans l'exercice de sa discrétion, Santé Québec tient compte des orientations déterminées par le ministre et de tout facteur qu'elle juge pertinent. En outre, elle évalue les éléments suivants :

1° le besoin des services proposés par le demandeur dans la région;

2° l'impact sur la disponibilité de la main-d'œuvre pour assurer la continuité des services offerts dans la région;

3° la capacité du demandeur à respecter les obligations qui découlent d'une condition qu'elle entend lui imposer en vertu de l'article 490, le cas échéant;

4° dans le cas d'une décision relative à une autorisation d'exploiter un centre médical spécialisé au sein duquel exercent des médecins non participants au sens de la Loi sur l'assurance maladie, l'impact sur l'accessibilité des services médicaux assurés dans la région.

489. Santé Québec doit refuser d'accorder une autorisation au demandeur qui ne satisfait pas aux conditions suivantes :

1° le demandeur et, s'il s'agit d'une société en commandite, le commandité :

a) est solvable;

b) n'a pas été titulaire d'une autorisation qui, dans les trois ans précédant la demande, a été révoquée ou, le cas échéant, n'a pas été renouvelée en vertu des dispositions du chapitre III;

c) est exempt d'antécédents judiciaires liés aux aptitudes requises et au comportement approprié pour participer à l'exploitation d'un prestataire de services du domaine de la santé et des services sociaux;

2° lorsque le demandeur est une société en commandite et que le commandité est une personne morale, ses dirigeants et ses administrateurs sont exempts de tels antécédents;

3° lorsque le demandeur est un groupement autre que celui visé au paragraphe 2°, ses dirigeants et ses administrateurs ou toute autre personne exerçant des fonctions de même nature sont exempts de tels antécédents;

4° toute autre condition que Santé Québec peut déterminer par règlement.

Sont des antécédents judiciaires liés aux aptitudes requises et au comportement approprié pour participer à l'exploitation d'un prestataire de services du domaine de la santé et des services sociaux :

1° une déclaration de culpabilité, dans les trois ans précédant la demande, pour une infraction à la présente loi, à moins qu'un pardon n'ait été obtenu, ou une poursuite encore pendante pour une telle infraction;

2° une déclaration de culpabilité, dans les cinq ans précédant la demande, pour une infraction criminelle qui, de l'avis de Santé Québec, a un lien avec ces aptitudes et ce comportement, à moins qu'un pardon n'ait été obtenu, ou une poursuite encore pendante pour une telle infraction.

Santé Québec doit également refuser une demande de cession des droits que confère une autorisation lorsque le cessionnaire envisagé ne satisfait pas aux conditions prévues au présent article.

490. Santé Québec peut, au moment d'accorder, de modifier ou, lorsqu'applicable, de renouveler une autorisation, assortir cette autorisation de toute condition qu'elle juge nécessaire afin d'assurer une gestion de l'offre qui répond aux besoins de la population.

De telles conditions peuvent notamment avoir pour objet l'obligation pour le titulaire de l'autorisation :

- 1° de maintenir des heures d'ouverture minimales;
- 2° d'offrir une prestation minimale de certains services;
- 3° de fournir un volume minimal de certains services.

Dans le cas d'une autorisation permettant l'exploitation d'un centre médical spécialisé ou d'un établissement privé au sein duquel exercent des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, une telle condition peut également consister dans l'obligation pour le titulaire de l'autorisation d'exiger de certains ou de l'ensemble de ces médecins la prise d'un engagement à exercer certaines activités au sein d'un établissement public. Un règlement de Santé Québec détermine les exigences applicables à de tels engagements, incluant les modalités suivant lesquelles ces engagements doivent être pris et portés à la connaissance de l'établissement public concerné.

491. Santé Québec peut, en tout temps, de sa propre initiative ou à la demande du titulaire d'une autorisation assortie d'une condition imposée en application de l'article 490, réexaminer la portée de cette condition ou la pertinence de la maintenir.

La demande de réexamen d'une condition doit faire état de la condition dont le réexamen est demandé ainsi que des motifs invoqués à l'appui de celui-ci. Elle doit, de plus, comporter tout autre renseignement prévu par règlement de Santé Québec et être accompagnée des droits pouvant être ainsi déterminés. Aucun droit ne peut toutefois être exigé d'un demandeur qui est un organisme communautaire.

Avant de refuser, en tout ou en partie, une demande de réexamen présentée par le titulaire d'une autorisation, Santé Québec doit notifier par écrit au titulaire le préavis prescrit par l'article 5 de la Loi sur la justice administrative et lui accorder un délai d'au moins 10 jours pour présenter ses observations. Ces obligations s'imposent également à Santé Québec lorsque, au terme d'un réexamen entrepris de sa propre initiative, elle envisage rendre une décision ayant pour effet de modifier la portée d'une condition.

492. Lorsque Santé Québec accorde ou renouvelle une autorisation en application des dispositions du présent titre, elle délivre au titulaire de cette autorisation un document qui atteste sa décision, et ce, pour chaque lieu d'exploitation autorisé.

Ce document fait état des éléments sur lesquels porte l'autorisation en plus de comporter la date à laquelle elle a été accordée et, le cas échéant, celle à laquelle elle prend fin. Ce document comporte tout autre renseignement que Santé Québec juge utile.

Un nouveau document doit être délivré au titulaire chaque fois qu'une autorisation fait l'objet d'une modification.

493. Le titulaire d'une autorisation doit s'assurer que le document qui atteste cette autorisation est affiché à la vue du public dans tout lieu d'exploitation autorisé.

494. Toute personne ou tout groupement qui détient un document attestant une autorisation alors qu'il n'est plus titulaire de cette autorisation est tenu de remettre sans délai ce document à Santé Québec.

495. Est sans effet la cession des droits que confère une autorisation si elle est interdite par les dispositions du présent titre ou, dans le cas contraire, elle n'a pas été faite dans le respect des conditions qui y sont prévues.

Aux fins de la présente loi, est assimilé à une cession des droits que confère une autorisation le changement du détenteur du contrôle de la personne morale titulaire de l'autorisation. Pour déterminer s'il y a changement du détenteur du contrôle, les articles 6 et 9 à 12 de la Loi sur les sociétés de fiducie et les sociétés d'épargne (chapitre S-29.02) s'appliquent, avec les adaptations nécessaires.

496. Lorsque Santé Québec permet, en application des dispositions du présent titre, la cession des droits que confère une autorisation, elle délivre au cessionnaire un document qui atteste cette autorisation.

497. Le titulaire d'une autorisation doit s'assurer que les activités faisant l'objet de l'autorisation sont exercées conformément à cette autorisation et dans le respect, le cas échéant, des conditions prévues par la présente loi ou en application de celle-ci.

498. L'autorisation octroyée par Santé Québec emporte, pour le titulaire de celle-ci, l'obligation de maintenir son existence jusqu'à la révocation complète et finale de cette autorisation.

SECTION II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

§1. — *Autorisation*

499. Seule la personne ou la société qui satisfait aux conditions prévues à l'article 503 peut être autorisée par Santé Québec à exploiter un centre médical spécialisé. Toutefois, Santé Québec doit refuser d'accorder une autorisation à une telle personne ou à une telle société qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

1° s'agissant d'un médecin, son droit d'exercer la médecine a été limité ou suspendu ou a fait l'objet d'une radiation temporaire dans les trois ans précédant la demande;

2° s'agissant d'une personne morale ou d'une société, l'un des médecins membres de son conseil d'administration ou de son conseil de gestion interne, selon le cas, a vu son droit d'exercer la médecine limité ou suspendu ou avoir fait l'objet d'une radiation temporaire.

500. L'autorisation d'exploiter un centre médical spécialisé porte sur les éléments suivants :

1° le lieu d'exploitation du centre;

2° le statut de participation au régime d'assurance maladie des médecins qui peuvent exercer leur profession au sein du centre;

3° les traitements médicaux spécialisés pouvant être dispensés au sein du centre;

4° le nombre de salles d'opération pouvant être aménagées dans les locaux du centre;

5° le nombre de lits pouvant y être rendus disponibles pour l'hébergement de la clientèle du centre, le cas échéant.

Le statut visé au paragraphe 2° du premier alinéa est soit celui de médecin soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, soit celui de médecin non participant au sens de cette loi. Le centre médical spécialisé au sein duquel exercent des médecins visés par le premier cas est, aux fins de la présente loi, désigné «centre médical spécialisé participatif» et celui au sein duquel exercent des médecins visés par le second cas est désigné «centre médical spécialisé non participatif».

Afin d'établir la portée de son autorisation, Santé Québec tient compte, en plus des restrictions déterminées, le cas échéant, en application du deuxième alinéa de l'article 506, des suivantes :

1° le lieu d'exploitation d'un centre médical spécialisé ne peut être situé dans une installation maintenue par un établissement;

2° le lieu d'exploitation d'un centre médical spécialisé participatif ne peut être le même que celui d'un centre médical spécialisé non participatif, et inversement;

3° le nombre de lits autorisés pour l'hébergement de la clientèle ne peut être supérieur à 10, ni supérieur à un nombre qui aurait pour effet de porter au-delà de 10 le nombre total de lits au sein d'un même immeuble.

501. L'autorisation d'exploiter un centre médical spécialisé est valide pour une période de cinq ans et peut être renouvelée à la demande de son titulaire.

L'autorisation peut en outre être modifiée à la demande de son titulaire.

502. Les droits que confère l'autorisation de Santé Québec ne peuvent être cédés à une autre personne ou à une autre société.

§2.— *Conditions d'exploitation du centre médical spécialisé*

503. Seul un médecin membre du Collège des médecins du Québec peut, comme personne physique, exploiter un centre médical spécialisé. Lorsque le titulaire de l'autorisation est une personne morale ou une société, plus de 50 % des droits de vote rattachés aux actions ou aux parts de cette personne morale ou de cette société doivent être détenus soit :

1° par des médecins membres de cet ordre professionnel;

2° par une personne morale ou une société dont les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sont détenus en totalité, selon le cas :

a) par des médecins visés au paragraphe 1°;

b) par une autre personne morale ou une autre société dont les droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sont détenus en totalité par de tels médecins;

3° à la fois par des médecins visés au paragraphe 1° et par une personne morale ou une société visée au paragraphe 2°.

Les affaires de la personne morale ou de la société doivent être administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé en majorité de médecins qui exercent leur profession au sein du centre; ces médecins doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil.

Les actionnaires de la personne morale ou de la société ne peuvent, par convention, restreindre le pouvoir des administrateurs de cette personne morale ou de cette société.

Le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service lié au domaine de la santé et des services sociaux, autre qu'un médecin membre du Collège des médecins du Québec, ne peut détenir, directement ou indirectement, d'actions de la personne morale ou de parts de la société si un tel bien ou un tel service peut être requis par la clientèle du centre avant la prestation d'un service médical, lors de sa prestation ou à la suite de celle-ci.

504. Seuls les médecins dont le statut de participation au régime d'assurance maladie correspond à celui autorisé pour un centre médical spécialisé peuvent exercer leur profession au sein de celui-ci.

Malgré ce qui précède, un médecin devenu professionnel non participant en vertu du premier alinéa de l'article 217 ne peut exercer sa profession au sein d'un centre médical spécialisé non participatif pendant la période déterminée en application de cet alinéa.

505. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé non participatif ne peut permettre à un médecin ou à un dentiste devenu professionnel non participant en vertu du premier alinéa de l'article 217 d'exercer sa profession au sein de ce centre pendant la période déterminée en application de cet alinéa.

506. Seuls les services suivants peuvent être fournis au sein d'un centre médical spécialisé :

1° sous réserve d'une restriction déterminée en application du deuxième alinéa du présent article, les services médicaux nécessaires pour effectuer une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé visé à l'article 481 et faisant l'objet de l'autorisation accordée par Santé Québec pour l'exploitation du centre médical spécialisé;

2° les services visés à l'article 508 et qui sont associés à une telle chirurgie ou à un tel traitement médical spécialisé;

3° les services qui correspondent aux activités pouvant être exercées en cabinet privé de professionnel.

Un règlement de Santé Québec peut prévoir qu'une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé visé aux articles 481 et 507 ne peut être dispensé qu'au sein d'un centre médical spécialisé non participatif ou d'un centre médical spécialisé participatif et, dans ce dernier cas, que dans le cadre d'une entente conclue en application de l'article 454.

507. Malgré le premier alinéa de l'article 506, le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé peut, par entente, permettre à un ou plusieurs dentistes membres de l'Ordre des dentistes du Québec de fournir à leur clientèle, dans les installations du centre, les services nécessaires pour des chirurgies maxillo-faciales ou buccales ou tout autre traitement médical spécialisé dispensé par un dentiste et requérant l'anesthésie générale déterminé par règlement de Santé Québec.

508. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé non participatif doit offrir aux personnes qui reçoivent auprès de ce centre une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une personne ou d'un groupement autre qu'un établissement avec lequel il a conclu une entente et vers lequel il dirige ces personnes, tous les services préopératoires et postopératoires normalement associés à cette chirurgie ou à cet autre traitement médical spécialisé, à l'exclusion des services liés aux complications qui nécessitent une hospitalisation, de même que tous les services de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires à leur complet rétablissement.

Le titulaire de l'autorisation doit informer toute personne qui désire recevoir auprès du centre une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé qu'elle doit obtenir ces services préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile auprès du centre ou auprès d'une personne ou d'un groupement autre qu'un établissement. Le titulaire de l'autorisation doit également informer cette personne de l'ensemble des coûts prévisibles des services qu'elle devra ainsi obtenir.

Les obligations prévues aux premier et deuxième alinéas s'appliquent également au titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé participatif à l'égard des traitements médicaux spécialisés dispensés au sein de ce centre qui sont non assurés ou considérés comme non assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie.

Le coût des services médicaux obtenus auprès d'une personne ou d'un groupement en application du premier ou du troisième alinéa ne peut être assumé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Toutefois, lorsqu'une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé est dispensé dans le cadre d'une entente visée à l'article 447 ou d'un mécanisme d'accès à des services spécialisés mis en place en application de l'article 194, Santé Québec peut permettre au titulaire de l'autorisation de ne pas satisfaire aux obligations prévues au présent article.

509. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé est tenu de s'assurer que sont suivies, au sein du centre, des pratiques reconnues en matière de qualité des services cliniques, notamment en ce qui a trait à leur sécurité, à leur pertinence et à leur efficacité.

Sont considérées comme des pratiques reconnues, entre autres, les pratiques qui répondent aux normes prescrites par Santé Québec en application de l'article 66, le cas échéant.

510. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé doit nommer un directeur médical. Ce dernier doit être choisi parmi les médecins qui y exercent leur profession.

Sous l'autorité du titulaire de l'autorisation, le directeur médical est responsable :

1° d'organiser les services médicaux et dentaires, le cas échéant, fournis au sein du centre;

2° de s'assurer de la qualité et de la sécurité de ces services;

3° de voir à la mise en place et au respect de procédures médicales normalisées pour toute chirurgie ou tout autre traitement médical spécialisé dispensé au sein du centre;

4° de prendre toute autre mesure nécessaire au bon fonctionnement du centre.

511. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé doit, au plus tard le 31 mars de chaque année, transmettre à Santé Québec un rapport de ses activités pour l'année civile précédente. Ce rapport indique le nom du directeur médical, celui des médecins de famille et des médecins spécialistes, par spécialité, qui ont exercé leur profession au sein du centre, le nombre de traitements médicaux spécialisés qui ont été dispensés au sein du centre, pour chaque traitement indiqué à l'autorisation, ainsi que tout autre renseignement requis par Santé Québec.

Les renseignements ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier un client du centre.

512. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé qui entend cesser ses activités doit en aviser par écrit Santé Québec au moins 60 jours avant la date prévue de la cessation. Il doit, de plus, en aviser par écrit les personnes qui utilisent ses services et respecter toute condition que peut lui imposer Santé Québec.

SECTION III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

§1. — *Autorisation*

513. Seule la personne ou seul le groupement qui satisfait aux critères sociosanitaires prévus par règlement de Santé Québec et applicables à la catégorie de résidences privées pour aînés pour laquelle cette personne ou ce groupement sollicite une autorisation peut être autorisé par Santé Québec à exploiter une résidence de cette catégorie.

Malgré le premier alinéa, une autorisation temporaire peut être accordée à la personne ou au groupement qui ne satisfait pas à l'ensemble des critères visés au premier alinéa, afin de lui donner l'occasion d'y remédier à l'intérieur de la période de validité de cette autorisation, si cette personne ou ce groupement satisfait néanmoins aux conditions déterminées par règlement de Santé Québec.

Lorsqu'elle accorde l'autorisation temporaire visée au deuxième alinéa, Santé Québec doit entamer un processus visant à régulariser la situation du titulaire de l'autorisation.

514. L'autorisation accordée pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés porte sur le lieu d'exploitation de la résidence et sur la ou les catégories auxquelles elle appartient.

515. L'autorisation accordée pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés, si elle est temporaire, est valide pour une durée maximale d'un an et ne peut être renouvelée.

Malgré le premier alinéa, Santé Québec peut prolonger la période de validité d'une autorisation temporaire pour une durée maximale d'un an en raison de circonstances exceptionnelles, notamment si le non-respect d'un critère sociosanitaire est attribuable à une cause échappant au contrôle du titulaire de l'autorisation. Santé Québec peut assortir cette prolongation de conditions. Le cas échéant, ces conditions constituent, aux fins de la présente loi, des conditions d'exploitation de la résidence.

Santé Québec doit, avant le terme de la période de validité d'une telle autorisation, statuer sur l'octroi d'une autorisation régulière. À cette fin, elle peut notamment considérer les motifs de révocation d'une autorisation d'exploiter une résidence privée pour aînés prévus à la section I du chapitre III.

516. L'autorisation accordée pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés, si elle est régulière, est valide pour une période de quatre ans et peut être renouvelée.

Six mois avant la date d'échéance de l'autorisation, Santé Québec entame le processus de renouvellement de cette autorisation auprès de son titulaire.

517. Avant de refuser d'accorder une autorisation d'exploiter une résidence privée pour aînés, qu'elle soit temporaire ou régulière, Santé Québec doit notifier par écrit au demandeur le préavis prescrit par l'article 5 de la Loi sur la justice administrative et lui accorder un délai d'au moins 10 jours pour présenter ses observations.

Santé Québec doit notifier par écrit au demandeur sa décision de lui refuser l'octroi, selon le cas, d'une autorisation temporaire ou d'une autorisation régulière. Ce demandeur peut, dans un délai de 60 jours de la date de la notification, contester cette décision devant le Tribunal administratif du Québec.

Lorsque la décision de Santé Québec concerne le refus de délivrer une autorisation régulière au titulaire d'une autorisation temporaire, l'article 539 et les dispositions de la section II du chapitre III s'appliquent alors comme s'il s'agissait d'une décision de révoquer l'autorisation d'exploiter une telle résidence.

518. L'autorisation visée à l'un des articles 515 et 516 peut être modifiée sur demande de son titulaire.

Les droits que confère une telle autorisation ne peuvent être cédés à une autre personne ou à un autre groupement que sur permission écrite de Santé Québec.

Un règlement de Santé Québec détermine les conditions auxquelles doit satisfaire le cessionnaire envisagé pour qu'une cession puisse être autorisée.

§2. — *Conditions d'exploitation de la résidence privée pour aînés*

519. En outre de celles prévues aux dispositions de la présente sous-section et de celles prévues en application du deuxième alinéa, les conditions d'exploitation d'une résidence privée pour aînés sont, pour chaque catégorie de résidences, déterminées par règlement de Santé Québec, lequel porte notamment sur les éléments suivants :

1° les critères sociosanitaires auxquels doit se conformer le titulaire de l'autorisation, entre autres le nombre minimal de personnes devant être présentes en tout temps dans une résidence pour y assurer une surveillance adéquate;

2° les conditions auxquelles doivent satisfaire les membres du personnel et les bénévoles d'une résidence ainsi que toute autre personne œuvrant au sein d'une telle résidence selon les responsabilités qu'ils assument, notamment en ce qui a trait à la formation requise ainsi qu'aux conditions de sécurité, à l'exclusion des antécédents judiciaires, de même que les renseignements et les documents que ces personnes doivent fournir au titulaire de l'autorisation afin de lui permettre de vérifier le respect de ces conditions;

3° les outils devant être utilisés pour évaluer l'autonomie des personnes âgées qui résident ou souhaitent résider dans une résidence privée pour aînés ainsi que les modalités d'évaluation de l'autonomie de ces personnes;

4° l'obligation, pour le titulaire de l'autorisation qui offre pour la location au sein d'une résidence privée pour aînés un nombre déterminé de chambres ou de logements, de mettre sur pied un comité de milieu de vie ainsi que les fonctions de ce comité et sa composition;

5° l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de conclure une entente avec Santé Québec portant sur la prestation de certains services aux résidents de la région concernée et prévoyant les obligations des parties à cet égard de même que le contenu minimal d'une telle entente;

6° l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de communiquer des renseignements à Santé Québec.

Un règlement du gouvernement détermine les antécédents judiciaires dont doivent être exemptes les personnes visées au paragraphe 2° du premier alinéa qui œuvrent au sein d'une résidence privée pour aînés ainsi que les renseignements et les documents que ces personnes doivent fournir au titulaire de l'autorisation afin de lui permettre de vérifier le respect de ces conditions.

Un règlement pris en vertu du présent article peut prévoir les cas où l'une de ses dispositions ne s'applique pas au titulaire d'une autorisation. Dans le cas d'un règlement pris en vertu du premier alinéa, un tel règlement peut également prévoir les cas où l'une des dispositions de la présente sous-section ne s'applique pas à un tel titulaire. Le cas échéant, le règlement peut déterminer les conditions alors applicables à ces cas.

520. Santé Québec peut, à l'égard du titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés, exiger la présence en tout temps dans la résidence d'un nombre minimal de personnes plus élevé que celui prévu par règlement pris en application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 519, lorsqu'elle estime que ce nombre ne permet pas d'assurer une surveillance adéquate en raison de l'aménagement physique des lieux ou du type de clientèle de la résidence.

521. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés est tenu de s'assurer que sont suivies, au sein de la résidence, des pratiques reconnues en matière de qualité des soins et des services, notamment en ce qui a trait à leur sécurité, à leur pertinence et à leur efficacité.

Sont considérées comme des pratiques reconnues, entre autres, les pratiques qui répondent aux normes prescrites par Santé Québec en application de l'article 66, le cas échéant.

522. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés qui entend cesser ses activités, même à l'égard d'une partie seulement de la résidence, doit transmettre un plan de cessation des activités à Santé Québec au moins neuf mois avant la date prévue de la cessation.

Ce plan a principalement pour objet de s'assurer que la cessation des activités ne compromet pas la santé et la sécurité des résidents. Il doit prévoir les démarches qui seront entreprises ainsi que les actions qui seront posées par le titulaire de l'autorisation pour une période minimale de six mois précédant la cessation. Il contient notamment les éléments suivants :

- 1° la date prévue de la cessation des activités;
- 2° les coordonnées des personnes concernées par la cessation des activités et, le cas échéant, de leurs répondants;
- 3° les mesures qui seront prises par le titulaire de l'autorisation afin :
 - a) d'aider à la relocalisation des personnes concernées qui le requièrent;
 - b) d'informer adéquatement les personnes concernées et, le cas échéant, leurs répondants, en ce qui a trait à l'aide disponible aux fins de la relocalisation de ces personnes ainsi qu'à l'évolution de la situation jusqu'à la cessation des activités;
- 4° tout autre élément déterminé par règlement de Santé Québec.

Si elle estime que le plan ne satisfait pas aux exigences prévues au deuxième alinéa, Santé Québec doit, par écrit et dans les 30 jours qui suivent la réception du plan, en aviser le titulaire de l'autorisation et lui fournir les motifs au soutien de sa conclusion afin qu'il puisse, dans les meilleurs délais, en effectuer la révision.

Santé Québec doit approuver le plan de cessation des activités du titulaire de l'autorisation, avec ou sans modification, dans les trois mois de sa réception. Avant d'approuver un plan avec modification, elle doit accorder au titulaire de l'autorisation un délai d'au moins 10 jours pour présenter ses observations. Le titulaire de l'autorisation doit se conformer au plan approuvé par Santé Québec.

Sont sans effet tous les avis qui, en application des règles du Code civil relatives au bail d'un logement, doivent être donnés aux locataires préalablement à la cessation des activités lorsqu'ils sont transmis avant l'approbation par Santé Québec du plan de cessation des activités.

Le présent article ne s'applique pas lorsque les droits que confère l'autorisation d'exploiter une résidence sont, avec la permission de Santé Québec, cédés à un tiers.

523. En cas d'aliénation d'un immeuble d'habitation collective dans lequel est exploitée une résidence privée pour aînés ou en cas d'extinction du titre du locateur de cet immeuble, les dispositions de l'article 522 sont applicables, avec les adaptations nécessaires, au nouveau locateur ayant envers les locataires de cette résidence les droits et obligations résultant de leur bail si, préalablement à l'aliénation de l'immeuble ou à l'extinction du titre de locateur, l'ancien exploitant de la résidence n'a pas transmis à Santé Québec pour approbation, conformément à ces dispositions, le plan de cessation des activités qui y est prévu.

524. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés doit, le 31 mars de chaque année, produire auprès de Santé Québec, dans la forme qu'elle détermine, une déclaration de mise à jour des renseignements qu'elle prévoit par règlement.

SECTION IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES OFFRANT DE L'HÉBERGEMENT

525. Les dispositions de la section III s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, à l'autorisation et aux conditions d'exploitation d'une ressource offrant de l'hébergement.

SECTION V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

§1. — *Autorisation*

526. L'autorisation d'exploiter un établissement privé porte sur les éléments suivants :

1° le nom de l'établissement;

2° l'ensemble de services comparable à l'un de ceux pouvant être offerts par un établissement public et pouvant être fournis au sein de l'établissement et la ou les classes, parmi celles établies en application du deuxième alinéa de l'article 485, auxquelles appartiennent ces services;

3° l'emplacement de la ou des installations dans lesquelles seront fournis les services;

4° le nombre de lits pouvant être rendus disponibles dans chacune de ces installations pour l'hébergement des usagers de l'établissement, le cas échéant;

5° le nom sous lequel chacune de ces installations sera exploitée, lequel peut différer du nom de l'établissement lui-même.

527. L'autorisation d'exploiter un établissement privé est valide tant qu'elle n'est pas révoquée.

L'autorisation peut être modifiée sur demande de son titulaire. Elle doit être modifiée par Santé Québec lorsqu'une décision rendue en application de l'article 307 requiert d'en modifier la portée.

Les droits que confère une telle autorisation ne peuvent être cédés à un tiers que sur permission écrite de Santé Québec.

§2. — *Conditions d'exploitation de l'établissement privé*

528. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un établissement privé doit respecter l'ensemble des dispositions prévues par la présente loi et qui sont applicables aux établissements privés.

De plus, il ne peut offrir de services d'hébergement et de soins de longue durée que si l'établissement est conventionné.

529. Les dispositions de l'article 522 s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, lorsque le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un établissement privé qui offre à ses usagers des services d'hébergement autres que ceux requis par des usagers admis en soins de courte durée entend cesser de les offrir.

SECTION VI

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OFFRANT DES SERVICES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

§1. — *Autorisation*

530. L'autorisation accordée à un organisme communautaire afin qu'il puisse fournir des services d'interruption volontaire de grossesse porte sur l'emplacement des locaux où peuvent être fournis ces services.

L'autorisation est valide tant qu'elle n'est pas révoquée. Elle peut par ailleurs être modifiée sur demande de son titulaire.

Les droits que confère une telle autorisation ne peuvent être cédés à un autre organisme communautaire que sur permission écrite de Santé Québec.

§2. — *Conditions de prestation de services*

531. L'organisme communautaire qui offre des services d'interruption volontaire de grossesse est tenu de s'assurer que sont suivies, aux fins de la prestation de ces services, des pratiques reconnues en matière de qualité des services cliniques, notamment en ce qui a trait à leur sécurité, à leur pertinence et à leur efficacité.

Sont considérées comme des pratiques reconnues, entre autres, les pratiques qui répondent aux normes prescrites par Santé Québec en application de l'article 66, le cas échéant.

532. L'organisme communautaire qui offre des services d'interruption volontaire de grossesse doit nommer un directeur médical. Ce dernier doit être choisi parmi les médecins qui y exercent leur profession.

Sous l'autorité de l'organisme, le directeur médical est responsable :

1° d'organiser les services médicaux fournis par l'organisme;

2° de s'assurer de la qualité et de la sécurité de ces services;

3° de voir à la mise en place et au respect de procédures médicales normalisées pour toute intervention effectuée par l'organisme;

4° de prendre toute autre mesure nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme.

CHAPITRE III

SUSPENSION, RÉVOCATION ET REFUS DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

SECTION I

MOTIFS DE SUSPENSION, DE RÉVOCATION ET DE REFUS DE RENOUVELLEMENT ET DÉCISION DE SANTÉ QUÉBEC

533. Santé Québec peut révoquer toute autorisation octroyée en vertu des dispositions du présent titre pour l'un des motifs suivants :

1° le titulaire de l'autorisation ne satisfait plus aux conditions prévues à ces dispositions ou en application de celles-ci pour l'obtention d'une telle autorisation;

2° les activités faisant l'objet de l'autorisation ne sont pas exercées conformément à cette autorisation ou dans le respect des conditions d'exercice prévues à ces dispositions ou en application de celles-ci;

3° le titulaire de l'autorisation ne respecte pas les obligations qui, en cette qualité, lui sont imposées en vertu de ces dispositions ou en application de celles-ci;

4° Santé Québec est d'avis que les services du domaine de la santé et des services sociaux offerts ou fournis par le titulaire de l'autorisation ne sont pas adéquats;

5° Santé Québec est d'avis que le titulaire de l'autorisation s'adonne à des pratiques ou tolère une situation susceptibles de compromettre la santé ou le bien-être des personnes qui reçoivent ou pourraient recevoir ses services;

6° le titulaire de l'autorisation est sur le point de devenir insolvable;

7° le titulaire de l'autorisation n'exerce plus les activités autorisées depuis au moins trois ans.

Santé Québec peut, pour ces mêmes motifs, refuser de renouveler l'autorisation octroyée pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé ou, si elle est régulière, celle octroyée pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement. Elle peut en outre, pour ces mêmes motifs, suspendre l'autorisation octroyée pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé ou d'un établissement privé ou à un organisme communautaire qui offre des services d'interruption volontaire de grossesse.

534. En outre des motifs prévus à l'article 533, Santé Québec peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler l'autorisation octroyée pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé pour l'un des motifs suivants :

1° de l'avis du conseil d'administration d'un ordre professionnel, les services professionnels fournis par les membres de cet ordre au sein du centre n'offrent pas un niveau de qualité ou de sécurité satisfaisant;

2° le titulaire de l'autorisation ou l'un des médecins qui exerce sa profession au sein du centre a été déclaré coupable d'une infraction au quatrième ou au neuvième alinéa de l'article 22 ou à l'article 22.0.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie, selon le cas, pour un acte ou une omission qui concerne ce centre;

3° le titulaire de l'autorisation ne maintient pas son contrôle sur l'exploitation du centre, notamment si Santé Québec constate qu'il n'est pas le propriétaire ou le locataire des installations du centre, n'est pas l'employeur du personnel requis pour son exploitation ou ne dispose pas de l'autorité nécessaire pour permettre aux médecins qui en font la demande d'y exercer leur profession.

Santé Québec peut également suspendre ou révoquer l'autorisation octroyée pour l'exploitation d'un établissement privé ou l'autorisation octroyée à un organisme communautaire qui offre des services d'interruption volontaire de grossesse lorsqu'un avis de la nature de celui visé au paragraphe 1° du premier alinéa est émis à l'égard des services professionnels fournis au sein de cet établissement ou pour le compte de cet organisme communautaire.

535. En outre des motifs prévus à l'article 533 et, le cas échéant, au deuxième alinéa de l'article 534, Santé Québec peut révoquer ou suspendre l'autorisation octroyée pour l'exploitation d'un établissement privé, révoquer celle octroyée pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement ou encore refuser de renouveler l'autorisation régulière octroyée pour l'exploitation d'une telle résidence ou d'une telle ressource lorsque le titulaire de l'autorisation ne prend pas les moyens nécessaires afin de mettre fin à tout cas de maltraitance, au sens de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, ayant été porté à sa connaissance.

536. En outre des motifs prévus à l'article 533, au deuxième alinéa de l'article 534 et à l'article 535, Santé Québec peut révoquer ou suspendre l'autorisation octroyée pour l'exploitation d'un établissement privé si le titulaire de cette autorisation s'adonne à des pratiques ou tolère une situation qui sont incompatibles avec la poursuite de la mission de cet établissement.

537. Lorsque Santé Québec constate, à l'égard du titulaire d'une autorisation, l'existence d'un motif de suspension, de révocation ou de refus de renouvellement de cette autorisation, elle peut, au lieu de suspendre, de révoquer ou de refuser de renouveler l'autorisation, ordonner au titulaire d'apporter dans le délai qu'elle fixe les correctifs requis pour mettre fin à la situation qui en est à l'origine. Lorsque le motif constaté ne se prête pas à de tels correctifs, Santé Québec peut alors accepter du titulaire de l'autorisation un engagement volontaire à se conformer aux exigences de la présente loi ou de ses règlements.

À défaut pour le titulaire, selon le cas, d'apporter les correctifs dans le délai fixé et à la satisfaction de Santé Québec ou de respecter son engagement, Santé Québec peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler l'autorisation.

538. Santé Québec doit, avant de suspendre, de révoquer ou de refuser de renouveler une autorisation, notifier par écrit au titulaire le préavis prescrit par l'article 5 de la Loi sur la justice administrative et lui accorder un délai d'au moins 10 jours pour présenter ses observations.

Lorsque le processus de suspension, de révocation ou de refus de renouvellement concerne le titulaire d'une autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé, le préavis doit faire mention de l'application de l'interdiction de rémunération prévue au premier alinéa de l'article 22.0.0.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie. Ce préavis peut être transmis aux médecins et aux dentistes, le cas échéant, qui exercent leur profession au sein du centre concerné.

539. Toute décision de Santé Québec concernant la suspension, la révocation ou le refus de renouvellement d'une autorisation doit prévoir le délai à l'intérieur duquel le titulaire doit cesser ses activités, qu'il s'agisse d'une cessation temporaire ou définitive. Dans le cas d'un centre médical spécialisé, la décision doit également comporter la mention visée au deuxième alinéa de l'article 538.

Une telle décision peut par ailleurs être assortie de conditions de cessation des activités. Ces conditions peuvent notamment prévoir :

1° malgré toute disposition contraire, l'obligation de permettre à toute personne désignée par Santé Québec d'avoir accès, en tout temps, à tout lieu où sont exercées des activités qui étaient autorisées, y incluant, le cas échéant, les chambres ou les logements situés dans une résidence privée pour aînés;

2° l'obligation d'informer au préalable Santé Québec de la relocalisation de toute personne qui est hébergée par un établissement privé ou par une ressource offrant de l'hébergement ou qui réside dans une résidence privée pour aînés en précisant son nom, celui de son répondant, le cas échéant, ainsi que l'adresse du nouveau lieu de son hébergement ou de sa nouvelle résidence;

3° toute autre mesure requise pour s'assurer du bien-être de ces personnes hébergées ou de ces résidents.

La décision de Santé Québec doit être notifiée par écrit au titulaire. Dans le cas d'un centre médical spécialisé, une reproduction de cette décision est transmise sans délai à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui, sur réception, informe les médecins et les dentistes, le cas échéant, qui exercent leur profession au sein du centre concerné de l'application de l'interdiction de rémunération prévue au premier alinéa de l'article 22.0.0.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie.

540. L'exploitant dont l'autorisation est suspendue, révoquée ou n'est pas renouvelée peut contester la décision de Santé Québec devant le Tribunal administratif du Québec, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle elle lui a été notifiée.

SECTION II

CONSÉQUENCES DE LA SUSPENSION, DE LA RÉVOCATION OU DU REFUS DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION

541. L'exploitant dont l'autorisation est suspendue, révoquée ou dont le renouvellement a été refusé doit en informer aussitôt sa clientèle. De plus, il doit cesser ses activités à l'intérieur du délai et, le cas échéant, conformément aux conditions prescrits par Santé Québec en application de l'article 539.

542. Les frais, honoraires et déboursés occasionnés à Santé Québec par l'application des conditions de cessation des activités peuvent être réclamés à l'exploitant.

543. Toute personne liée par un bail de logement à l'exploitant d'une résidence privée pour aînés dont Santé Québec a révoqué l'autorisation ou a refusé de la renouveler peut, après avoir donné un préavis d'au moins 15 jours à l'exploitant, résilier ce bail. Le préavis indique notamment la date à laquelle cette personne quittera sa chambre ou son logement. À compter de cette date, le bail est résilié de plein droit. Ce préavis doit être transmis, au plus tard, 60 jours après la cessation des activités de la résidence.

Une personne qui réside dans une résidence privée pour aînés visée au premier alinéa dispose, contre l'exploitant, des recours prévus à l'article 1863 du Code civil.

L'exploitant d'une résidence privée pour aînés ne peut réclamer aucune indemnité d'une personne en raison de la résiliation d'un bail en application du présent article.

544. Santé Québec doit prendre les moyens nécessaires pour s'assurer que toute personne qui est hébergée par un établissement privé ou par une ressource offrant de l'hébergement ou qui réside dans une résidence privée pour aînés est informée de la cessation des activités de cet établissement, de cette ressource ou de cette résidence.

À cette fin, Santé Québec peut exiger de l'exploitant qu'il lui fournisse les coordonnées de ces personnes et, le cas échéant, de leurs répondants.

CHAPITRE IV

PUBLICATION DES RENSEIGNEMENTS

545. Santé Québec publie sur un site Internet, relativement à toute autorisation qu'elle accorde en application du présent titre, les renseignements suivants :

- 1° le nom du titulaire de l'autorisation;
- 2° les renseignements contenus dans le document attestant l'autorisation du titulaire;
- 3° les conditions imposées en application de l'article 490, le cas échéant;
- 4° tout autre renseignement que Santé Québec juge d'intérêt public.

CHAPITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES

546. En outre des autres pouvoirs réglementaires prévus aux dispositions du présent titre et sous réserve de ceux conférés à d'autres autorités réglementaires, Santé Québec peut prévoir par règlement :

1° toute condition devant être satisfaite pour qu'une demande d'autorisation ou une demande de renouvellement ou de modification d'une autorisation puisse être considérée par Santé Québec, telles les qualités requises du demandeur, ainsi que les droits, les renseignements et les documents devant accompagner une demande, incluant, dans ces deux derniers cas, ceux nécessaires à la vérification par Santé Québec de l'existence d'antécédents judiciaires visés à l'article 489;

2° toute condition relative à l'exercice d'activités autorisées, telle que l'obligation de maintenir une couverture d'assurance responsabilité civile générale ou professionnelle d'un montant déterminé;

3° toute obligation qui incombe au titulaire d'une autorisation, telle que la transmission périodique à Santé Québec de renseignements, de rapports d'activités, d'états ou de données statistiques;

4° les noms sous lesquels seules peuvent être exercées les activités dont l'exercice est subordonné à l'obtention d'une autorisation de Santé Québec en vertu des dispositions du présent titre;

5° parmi les dispositions d'un règlement pris par Santé Québec en vertu du présent titre, celles dont la violation constitue une infraction et rend le contrevenant passible de l'amende prévue à l'article 706.

Un règlement édicté en application du présent article ne peut toutefois exiger d'un demandeur ou d'un titulaire d'une autorisation qui est un organisme communautaire aucun droit pour la délivrance ou le renouvellement de l'autorisation.

547. Santé Québec peut exiger que tout titulaire d'une autorisation lui transmette, dans la forme et selon la périodicité qu'elle détermine, les rapports d'activités, les états, les données statistiques et les autres renseignements qu'elle juge appropriés pour l'exercice de ses fonctions.

Le ministre peut exiger de Santé Québec que ces renseignements ou qu'une reproduction de ces documents lui soient transmis.

Les renseignements visés au premier alinéa ont un caractère public, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'ils contiennent. Il en est de même des renseignements dont la transmission à Santé Québec est prescrite en application du paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 546.

Toutefois, malgré l'article 9 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, nul n'a droit d'accès à ces renseignements avant qu'ils n'aient été transmis à Santé Québec.

548. Santé Québec doit conclure avec le ministre de la Sécurité publique une entente-cadre visant à établir les modalités requises pour vérifier le respect du sous-paragraphe *c* du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 489 ainsi que des conditions de sécurité prévues par règlement de Santé Québec et que les corps de police du Québec seront appelés à vérifier pour elle ou pour le titulaire d'une autorisation pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement.

549. Aucun renseignement dont la transmission à Santé Québec est prescrite en application de l'article 547 ou d'un règlement pris en vertu du paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 546 ne doit permettre d'identifier un usager ou un client.

TITRE II

MESURES D'AIDE, DE SURVEILLANCE ET DE CONTRÔLE

CHAPITRE I

AIDE ET ACCOMPAGNEMENT

550. Lorsque le titulaire d'une autorisation pour l'exploitation d'un établissement privé, d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement éprouve des difficultés relatives à la qualité des services qu'il offre ou à l'administration, à l'organisation ou au fonctionnement de l'établissement, de la résidence ou de la ressource, Santé Québec peut lui fournir de l'aide et de l'accompagnement.

Cette aide et cet accompagnement doivent faire l'objet d'une entente entre Santé Québec et le titulaire de l'autorisation, laquelle doit notamment prévoir la nature de cette aide et de cet accompagnement, leur durée et les résultats attendus.

Le titulaire de l'autorisation qui a bénéficié d'une aide et d'un accompagnement doit faire état de l'évolution de la situation auprès de Santé Québec.

551. Lorsque le titulaire d'une autorisation pour l'exploitation d'un établissement privé éprouve des difficultés qui compromettent sérieusement la qualité des services de santé ou des services sociaux qu'il rend, son administration, son organisation ou son fonctionnement, Santé Québec peut nommer au plus deux observateurs pour une période qu'elle détermine.

Ces derniers peuvent assister, sans droit de vote, à toutes les séances du conseil d'administration et de tout comité du titulaire, le cas échéant.

Les observateurs transmettent leurs observations à Santé Québec, laquelle détermine les recommandations qui doivent être faites au titulaire. Santé Québec peut également exiger de celui-ci qu'il lui fournisse un plan d'action pour la mise en œuvre de ces recommandations.

552. En cas de cessation des activités du titulaire d'une autorisation pour l'exploitation d'un établissement privé qui offre des services d'hébergement, d'une ressource offrant de l'hébergement ou d'une résidence privée pour aînés, que celle-ci découle d'une décision de ce titulaire ou de la perte temporaire ou définitive de son autorisation, Santé Québec doit s'assurer qu'une personne qui est hébergée par cet établissement ou par cette ressource ou qui réside dans cette résidence obtient l'aide à sa relocalisation lorsque cette personne le requiert.

CHAPITRE II

VÉRIFICATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DE CERTAINS SERVICES

553. Santé Québec peut demander au conseil d'administration d'un ordre professionnel un avis sur la qualité et la sécurité des services professionnels fournis par les membres de cet ordre dans un centre médical spécialisé, dans un établissement privé ou pour le compte d'un organisme communautaire qui offre dans ses locaux des services d'interruption volontaire de grossesse.

Santé Québec peut également requérir du conseil d'administration d'un ordre professionnel un avis sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité et de sécurité des services professionnels fournis par les membres de cet ordre dans un tel centre, dans un tel établissement ou pour le compte d'un tel organisme.

CHAPITRE III

ADMINISTRATION PROVISOIRE

554. Santé Québec peut désigner une personne pour assumer, pour une période d'au plus 180 jours, l'administration provisoire d'un établissement privé, d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement dans l'une des situations suivantes :

1° l'exploitant n'est plus titulaire d'une autorisation ou ne remplit plus les conditions requises pour obtenir une autorisation ou l'autorisation dont il est titulaire a été révoquée ou n'a pas été renouvelée conformément à la présente loi;

2° l'autorisation de l'exploitant a été suspendue parce qu'il n'a pas apporté, à l'intérieur des délais fixés par Santé Québec ou à sa satisfaction, les correctifs ordonnés par celle-ci en vertu de l'article 537 ou qu'il n'a pas respecté l'engagement pris en application de cet article;

3° l'exploitant ne prend pas les moyens nécessaires afin de mettre fin à tout cas de maltraitance, au sens de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, ayant été porté à sa connaissance;

4° l'exploitant s'adonne à des pratiques ou tolère une situation qui, de l'avis de Santé Québec, sont susceptibles de compromettre la santé ou le bien-être des personnes recevant ou pouvant recevoir des services de l'exploitant ou qui sont incompatibles avec la poursuite de sa mission;

5° l'exploitant éprouve des difficultés qui, de l'avis de Santé Québec, compromettent sérieusement la qualité des services du domaine de la santé et des services sociaux qu'il rend, son administration, son organisation ou son fonctionnement.

Santé Québec peut prolonger la durée de l'administration provisoire pour une période d'au plus 180 jours.

555. Lorsque Santé Québec désigne une personne pour assumer l'administration provisoire d'un établissement privé, tous les pouvoirs de l'exploitant sont suspendus.

556. Lorsque Santé Québec désigne une personne pour assumer l'administration provisoire d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement, elle indique si tous ou certains des pouvoirs de l'exploitant sont suspendus.

S'il est privé d'une partie de ses pouvoirs, l'exploitant continue d'exercer les pouvoirs qui n'ont pas été suspendus.

En tout temps, l'exploitant continue d'exercer ses pouvoirs à l'égard de ses activités autres que celles liées à l'exploitation de la résidence ou de la ressource, le cas échéant.

557. L'administrateur provisoire doit transmettre à Santé Québec, dans les meilleurs délais, un rapport préliminaire de ses constatations accompagné de ses recommandations.

Santé Québec fait parvenir une reproduction du rapport préliminaire à l'exploitant et lui accorde un délai d'au moins 15 jours pour présenter ses observations.

558. Santé Québec peut, sur la base du rapport préliminaire transmis par l'administrateur provisoire et des recommandations formulées par ce dernier et après avoir pris en considération les observations de l'exploitant, prendre l'une des mesures suivantes :

1° subordonner le maintien de l'autorisation aux conditions qu'elle juge appropriées ou prescrire un délai pour remédier à la situation;

2° ordonner à l'administrateur provisoire de continuer d'administrer l'établissement privé, la résidence privée pour aînés ou la ressource offrant de l'hébergement;

3° ordonner à l'administrateur provisoire d'abandonner son administration.

Lorsque Santé Québec ordonne la poursuite de l'administration provisoire, l'administrateur doit transmettre à Santé Québec un rapport définitif dès qu'il constate que la situation à l'origine de cette administration est corrigée ou qu'elle ne pourra pas l'être.

559. Santé Québec peut, après avoir reçu le rapport définitif de l'administrateur provisoire, prendre l'une des mesures suivantes :

1° mettre fin à l'administration provisoire à la date qu'elle fixe;

2° exercer tout pouvoir qui lui est conféré par l'article 558;

3° dans le cas d'un établissement privé conventionné, déclarer déchu de leurs fonctions les membres de son conseil d'administration, le cas échéant, et pourvoir à la nomination de leurs remplaçants;

4° révoquer l'autorisation conformément aux dispositions du chapitre III du titre I.

560. Les frais, honoraires et déboursés de l'administration provisoire sont à la charge de l'exploitant qui en est l'objet.

561. L'administrateur provisoire ne peut être poursuivi en justice pour un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

CHAPITRE IV ÉVACUATION

562. Santé Québec peut procéder à l'évacuation et à la relocalisation des personnes qui sont hébergées par un centre médical spécialisé, un établissement privé ou une ressource offrant de l'hébergement ou celles qui résident dans une résidence privée pour aînés lorsqu'elle a des motifs raisonnables de croire que le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation de ce centre, de cet établissement, de cette ressource ou de cette résidence s'adonne à des pratiques ou tolère une situation qui constituent un danger pour la santé ou la sécurité de ces personnes, dont notamment des actes de négligence ou de violence.

Avant de procéder ainsi, Santé Québec doit notifier par écrit au titulaire de l'autorisation un ordre d'évacuation indiquant les motifs justifiant cette évacuation et lui permettre de présenter ses observations à l'intérieur du délai

qu'elle fixe. Elle doit également prendre les moyens nécessaires pour en informer les personnes concernées et, à cette fin, elle peut exiger que le titulaire de l'autorisation lui fournisse les coordonnées de ces personnes et, le cas échéant, de leurs répondants. Lorsqu'un danger est imminent, les motifs justifiant cette évacuation peuvent d'abord être transmis verbalement puis être notifiés par écrit une fois l'évacuation complétée.

Dès la notification de l'ordre d'évacuation, toute personne désignée par Santé Québec peut, en tout temps et jusqu'à ce que l'évacuation soit complétée, avoir accès à tout lieu d'exploitation visé par cet ordre, y incluant, le cas échéant, les chambres ou les logements.

Lorsque la situation exige l'évacuation de l'ensemble des personnes hébergées dans un lieu d'exploitation ou de l'ensemble de celles qui y résident, l'autorisation du titulaire cesse d'avoir effet dès que l'évacuation est ordonnée et jusqu'à ce que celui-ci démontre, à la satisfaction de Santé Québec, que les pratiques ou les situations visées au premier alinéa ont été corrigées, à moins que Santé Québec ne révoque l'autorisation conformément aux dispositions du chapitre III du titre I.

Les frais, honoraires et déboursés occasionnés à Santé Québec par la procédure d'évacuation et de relocalisation peuvent être réclamés au titulaire de l'autorisation.

563. Une personne évacuée d'une résidence privée pour aînés en vertu de l'article 562 est dispensée de payer le loyer pour la période de l'évacuation. À moins que Santé Québec ne révoque l'autorisation du titulaire de l'autorisation pour l'exploitation de cette résidence conformément aux dispositions du chapitre III du titre I, dès que la situation nécessitant l'évacuation et la relocalisation a été corrigée à la satisfaction de Santé Québec, le titulaire de l'autorisation est tenu d'en aviser la personne évacuée, si cette dernière l'a avisé de sa nouvelle adresse. Cette personne est alors tenue, dans les 10 jours, d'aviser le titulaire de l'autorisation de son intention de réintégrer ou non la chambre ou le logement. En cas de refus de réintégrer la chambre ou le logement ou si cette personne n'a pas avisé le titulaire de l'autorisation de sa nouvelle adresse ou de son intention de réintégrer la chambre ou le logement, le bail est résilié de plein droit. La personne conserve alors ses autres recours en vertu du bail contre le titulaire de l'autorisation, notamment celui de demander des dommages-intérêts.

Le titulaire de l'autorisation ne peut réclamer aucune indemnité d'une personne en raison de la résiliation d'un bail en application du présent article.

564. Santé Québec peut procéder à l'évacuation et à la relocalisation des personnes qui sont hébergées par un centre médical spécialisé, un établissement privé ou une ressource offrant de l'hébergement ou celles qui résident dans une résidence privée pour aînés lorsque, selon le cas, ce centre, cet établissement, cette ressource ou cette résidence est exploité sans autorisation. Le cas échéant, les deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article 562 et l'article 563 s'appliquent, avec les adaptations nécessaires.

565. La personne à qui est notifiée une décision de Santé Québec rendue en vertu de l'article 562 ou 564 peut la contester devant le Tribunal administratif du Québec.

Santé Québec peut, si aucun recours n'a été formé dans les 10 jours de la notification de cette décision et après avoir obtenu l'autorisation du Tribunal, procéder à l'évacuation et à la relocalisation des personnes visées à l'article 562 ou 564.

Si la décision de Santé Québec est contestée devant le Tribunal, elle ne peut cependant y procéder avant que celui-ci ne rende sa décision.

Les deuxième et troisième alinéas ne s'appliquent pas lorsque Santé Québec procède à une évacuation en raison d'un danger imminent.

TITRE III

PRATIQUES INTERDITES

566. Nul ne peut pratiquer à l'endroit d'un patient une sédation-analgésie profonde ou modérée, une anesthésie générale ou une anesthésie régionale du type tronculaire ou du type bloc à la racine d'un membre, excluant le bloc digital, s'il n'est titulaire d'une autorisation lui permettant de fournir le traitement médical spécialisé pour lequel cette sédation-analgésie ou cette anesthésie est requise dans le cadre de l'exploitation d'un centre médical spécialisé ou d'un établissement privé.

Le premier alinéa n'empêche pas la prestation des soins qui y sont visés au sein d'un établissement public.

567. Le médecin ou le dentiste devenu professionnel non participant en vertu du premier alinéa de l'article 217 ne peut, pendant la période déterminée en application de cet alinéa, exercer sa profession au sein d'un centre médical spécialisé.

568. Nul ne peut exploiter une entreprise ou exercer des activités pour lesquelles l'autorisation de Santé Québec est requise, ni laisser croire, de quelque façon que ce soit, qu'il est ainsi autorisé s'il n'est titulaire d'une telle autorisation.

569. Nul ne peut exercer une activité sous un nom incluant les mots « résidence privée pour aînés » ou « centre médical spécialisé » s'il n'est titulaire d'une autorisation pour l'exploitation, selon le cas, d'une résidence privée pour aînés ou d'un centre médical spécialisé.

570. Nul ne peut exploiter une installation ou exercer une activité sous un nom incluant les mots «centre jeunesse», «centre local de services communautaires», «centre hospitalier», «hôpital», «centre de protection de l'enfance et de la jeunesse», «centre de services sociaux», «centre d'hébergement et de soins de longue durée», «centre de réadaptation», «centre de santé et de services sociaux», «maison des aînés», «maison alternative» ou «centre d'accueil» s'il n'est titulaire d'une autorisation pour l'exploitation d'un établissement privé.

Le premier alinéa n'empêche pas l'utilisation, dans le nom d'une fondation d'un établissement au sens de l'article 97, du nom de cet établissement. Il n'empêche pas non plus l'utilisation, dans un nom, des mots «hôpital vétérinaire». Enfin, il n'empêche pas non plus l'utilisation des mots qui y sont prévus dans le nom d'une personne ou d'un groupement dont les activités ne sont pas susceptibles de prêter confusion avec les activités propres à celles exercées au sein d'un établissement, pourvu que l'autorisation de Santé Québec ait été obtenue.

L'interdiction prévue au premier alinéa ne s'applique pas à Santé Québec ni aux établissements regroupés.

571. Nul ne peut exercer des activités sous un nom incluant un mot dont l'utilisation est, en vertu d'un règlement de Santé Québec, réservée à l'exercice d'activités pour lesquelles l'autorisation de Santé Québec est requise s'il n'est titulaire d'une telle autorisation.

PARTIE VII

PLAINTES ET QUALITÉ DES SERVICES

TITRE I

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

CHAPITRE I

DÉPÔT DES PLAINTES ET TRAITEMENT PAR UN COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

572. Toute personne peut formuler à Santé Québec une plainte à l'égard des services de santé ou des services sociaux qui relèvent d'un établissement public.

Toute personne peut également formuler à Santé Québec une plainte à l'égard des services du domaine de la santé et des services sociaux qu'a pour fonction de fournir le titulaire d'une autorisation ou un autre prestataire auquel Santé Québec verse des sommes d'argent.

Une plainte peut également être formulée à Santé Québec à l'égard des activités de recherche d'un établissement.

573. Une plainte formulée verbalement ou par écrit en vertu de l'article 572 est reçue par un commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le commissaire avise l'auteur de la plainte de la date de sa réception.

574. Le commissaire rejette, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Le commissaire rejette également les plaintes suivantes :

1° la plainte qui implique un contrôle ou une appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques ou des services d'une sage-femme posés ailleurs qu'au sein d'un établissement ou qui concerne autrement l'exercice par un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme de sa profession ailleurs qu'au sein d'un établissement;

2° la plainte qui concerne un centre médical spécialisé auquel Santé Québec ne verse pas de sommes d'argent, à moins qu'elle ne concerne un manquement à la présente loi;

3° la plainte qui est formulée pour un tiers par un membre du personnel de Santé Québec, du titulaire d'une autorisation ou du prestataire qu'elle concerne ou par un professionnel qui exerce ses activités au sein de Santé Québec ou pour le titulaire de l'autorisation ou le prestataire, sauf si le membre du personnel ou le professionnel agit comme représentant d'un conjoint ou d'un proche parent, comme héritier ou comme liquidateur de la succession d'un tiers décédé.

Le commissaire informe l'auteur de la plainte de son rejet.

575. Lorsqu'une plainte n'est pas rejetée sur examen sommaire, le commissaire informe l'établissement public, le titulaire d'une autorisation ou le prestataire concerné de la réception de la plainte ou, s'il est d'avis qu'il y a absence de préjudice pour l'auteur de la plainte, lui communique une reproduction de la plainte.

576. Lorsque l'examen d'une plainte implique un contrôle ou une appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques ou des services d'une sage-femme posés au sein d'un établissement ou concerne autrement l'exercice par un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme de sa profession au sein de cet établissement, le commissaire la transfère dans les plus brefs délais au médecin examinateur ayant compétence pour l'examiner.

Le commissaire avise l'auteur de la plainte de ce transfert et de la date à laquelle il a eu lieu.

577. Le commissaire doit procéder à l'examen de toute plainte qu'il ne transfère pas au médecin examinateur en vertu de l'article 576.

Il doit, avant de tirer toute conclusion de cet examen, permettre à l'auteur de la plainte de présenter ses observations. Il fait de même à l'égard de la personne disposant de l'autorité permettant de présenter des observations pour l'établissement public, le titulaire d'une autorisation ou le prestataire concerné par la plainte.

578. Lorsqu'il procède à l'examen d'une plainte, le commissaire peut exiger de toute personne qu'elle lui fournisse tout renseignement et tout document qu'il estime nécessaire à cet examen, y compris l'accès et la communication de renseignements contenus dans le dossier d'un usager. À cette occasion, le commissaire peut consulter toute personne dont il juge l'expertise nécessaire, y compris, avec l'autorisation du président-directeur général de l'établissement pour lequel il a été nommé, un expert externe.

Toute personne doit également, sauf excuse valable, assister à une rencontre que le commissaire convoque.

579. Le commissaire, après avoir procédé à l'examen d'une plainte, doit transmettre à l'auteur de celle-ci les renseignements suivants :

1° les conclusions qu'il tire de la plainte et les motifs qui les justifient;

2° le cas échéant, les recommandations qu'il estime propres à éviter que les faits ayant donné lieu à la plainte ne se reproduisent;

3° les modalités selon lesquelles l'auteur peut, conformément à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, formuler une plainte s'il est en désaccord avec ces conclusions ou s'il est insatisfait du suivi accordé à ces recommandations.

Le commissaire n'est pas tenu de transmettre l'avis prévu au deuxième alinéa de l'article 573 s'il communique ces renseignements à l'auteur de la plainte dans les 72 heures de sa réception.

580. L'auteur d'une plainte accueillie par le commissaire à l'égard de laquelle aucune conclusion visée au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 579 n'a été transmise dans les 45 jours suivant la réception de la plainte peut s'en plaindre conformément à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux comme s'il s'agissait d'un désaccord avec des conclusions qui lui auraient été transmises.

581. Le commissaire transmet les conclusions qu'il tire à la suite de l'examen d'une plainte, les motifs qui les justifient et les recommandations qu'il formule, le cas échéant, au conseil d'établissement et au président-directeur général de l'établissement public concerné ou à l'instance ou à la personne disposant de l'autorité permettant d'assurer le suivi de ces conclusions et de ces recommandations pour le titulaire d'une autorisation ou le prestataire concerné par la plainte.

582. Le commissaire doit être informé des mesures prises, le cas échéant, pour donner suite à une recommandation qu'il a transmise en vertu de l'article 581.

Le commissaire en informe à son tour l'auteur de la plainte.

583. Si, à l'occasion de l'examen d'une plainte, le commissaire constate une pratique ou une conduite d'un membre du personnel qui soulève des questions d'ordre disciplinaire, il en avise la personne disposant de l'autorité permettant de prendre les mesures disciplinaires appropriées au sein de l'établissement public ou pour le titulaire d'une autorisation ou le prestataire concerné par la plainte. Dans un tel cas, les recommandations formulées en vertu du paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 579 peuvent, de plus, concerner ces questions.

Cette personne en autorité doit procéder à l'étude de la pratique ou de la conduite en cause et prendre les mesures qu'elle estime appropriées. Elle fait périodiquement rapport au commissaire de l'étude et, le cas échéant, des mesures prises.

Le commissaire en fait rapport à son tour à l'auteur de la plainte et, le cas échéant, du fait que l'ordre professionnel concerné a été avisé de la situation.

CHAPITRE II

PLAINTES CONCERNANT UN MÉDECIN, UN DENTISTE, UN PHARMACIEN OU UNE SAGE-FEMME

SECTION I

TRAITEMENT D'UNE PLAINTÉ PAR UN MÉDECIN EXAMINATEUR

584. Un médecin examinateur reçoit les plaintes que lui transfère un commissaire en vertu de l'article 576.

585. Le médecin examinateur rejette, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Le médecin examinateur informe l'auteur de la plainte de son rejet.

586. Lorsqu'une plainte n'est pas rejetée sur examen sommaire, le médecin examinateur procède à son examen. Il dispose à cette fin des mêmes pouvoirs que ceux conférés au commissaire par l'article 578.

587. Si, à l'occasion de l'examen d'une plainte, le médecin examinateur est d'avis que les faits justifiant la plainte peuvent constituer des motifs permettant de fonder une mesure disciplinaire, il met fin à son examen et transmet la plainte, pour étude à des fins disciplinaires, au président-directeur

général ou au directeur médical de l'établissement public concerné ou, selon le cas, à l'instance ou à la personne disposant de l'autorité permettant de prendre des mesures disciplinaires au sein de l'établissement privé. Il en avise le commissaire et l'auteur de la plainte.

Lors de cette étude, il doit être permis à l'auteur de la plainte de présenter ses observations. De plus, le médecin examinateur est informé régulièrement du progrès de cette étude ou, au moins, de ses principales étapes. Il doit en informer périodiquement l'auteur de la plainte et, tant que l'étude n'est pas terminée, il doit, tous les 60 jours à compter de la date où l'auteur de la plainte a été informé de la réorientation de sa plainte, en informer celui-ci et lui faire rapport du progrès de son étude.

Le médecin examinateur doit informer l'auteur de la plainte de la conclusion de son étude à des fins disciplinaires et, le cas échéant, des mesures disciplinaires prises par l'établissement ou du fait que l'ordre professionnel concerné a été avisé de la situation.

588. Le médecin examinateur doit, avant de tirer toute conclusion de l'examen d'une plainte auquel il ne met pas fin en vertu du premier alinéa de l'article 587, permettre à l'auteur de la plainte et au professionnel concerné de présenter leurs observations et tenter d'effectuer une conciliation des intérêts en cause.

Il transmet une reproduction de la plainte au professionnel qui en fait l'objet. Ce dernier a accès au dossier de la plainte.

589. Sauf lorsque le médecin examinateur met fin à l'examen d'une plainte en vertu du premier alinéa de l'article 587, il doit communiquer à l'auteur de celle-ci et au professionnel concerné les renseignements suivants :

1° les conclusions qu'il tire de la plainte et les motifs qui les justifient;

2° le cas échéant, les recommandations qu'il estime propres à éviter que les faits ayant donné lieu à la plainte ne se reproduisent;

3° les modalités selon lesquelles l'auteur ou le professionnel peut demander la révision du traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur conformément à l'article 591.

Une reproduction des conclusions, des motifs et, le cas échéant, des recommandations est transmise au commissaire.

590. L'auteur d'une plainte à l'égard de laquelle aucune conclusion visée au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 589 n'a été communiquée dans les 45 jours suivant le transfert de la plainte peut demander la révision du traitement qui a été accordé à son examen par le médecin examinateur conformément à l'article 591 comme s'il s'agissait d'un désaccord avec des conclusions qui lui auraient été communiquées. Il en est de même du professionnel concerné par la plainte.

Le premier alinéa ne s'applique pas lorsque le médecin examinateur met fin à l'examen d'une plainte et la transmet pour étude à des fins disciplinaires en vertu du premier alinéa de l'article 587.

SECTION II

RÉVISION DU TRAITEMENT D'UNE PLAINTÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

591. L'auteur d'une plainte ou le professionnel qu'elle concerne peut, lorsqu'il est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été communiquées, demander à un comité de révision de réviser le traitement d'une plainte par le médecin examinateur.

La demande de révision est formulée verbalement ou par écrit à l'intention du président du comité de révision compétent.

La demande est irrecevable si elle n'est pas reçue par le comité de révision dans les 60 jours suivant, selon le cas :

1° la réception des conclusions du médecin examinateur par l'auteur de la plainte ou le professionnel concerné;

2° la fin du délai prévu au premier alinéa de l'article 590 lorsque les conclusions n'ont pas été communiquées dans ce délai.

Le comité de révision peut prolonger le délai de 60 jours prévu au troisième alinéa seulement s'il est convaincu que le demandeur était dans l'impossibilité d'agir plus tôt.

592. Lorsqu'il reçoit une demande de révision en vertu de l'article 591, le président avise le demandeur de la date de sa réception. Il avise également le médecin examinateur ainsi que l'auteur de la plainte ou, selon le cas, le professionnel concerné de la réception de la demande de révision.

593. Le médecin examinateur doit, dans les cinq jours après avoir été avisé de la demande de révision, transmettre au comité de révision les conclusions qu'il a, le cas échéant, formulées en vertu de l'article 589.

594. Le comité de révision, pour chaque demande recevable, révisé le traitement de la plainte effectué par le médecin examinateur. Il dispose à cette fin des mêmes pouvoirs que ceux conférés au commissaire par l'article 578.

Le comité doit tirer l'une des conclusions suivantes :

1° confirmer les conclusions du médecin examinateur;

2° requérir de celui-ci qu'il effectue un complément d'examen dans le délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions à l'auteur de la plainte et au professionnel concerné, avec reproduction au comité de révision ainsi qu'au commissaire aux plaintes et à la qualité des services;

3° transmettre la plainte au président-directeur général ou au directeur médical de l'établissement public pour étude à des fins disciplinaires ou à l'instance ou à la personne disposant de l'autorité permettant de prendre des mesures disciplinaires au sein de l'établissement privé;

4° recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, à l'auteur de la plainte et au professionnel concerné toute mesure de nature à les réconcilier.

595. Le comité de révision doit, avant de tirer toute conclusion, permettre à l'auteur de la plainte, au professionnel ainsi qu'au médecin examinateur concernés de présenter leurs observations et tenter d'effectuer une conciliation des intérêts en cause.

Le comité doit également prendre connaissance de l'ensemble du dossier de la plainte et s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligente et équitable et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

596. Dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, le comité doit communiquer par écrit sa conclusion et les motifs qui la justifient à l'auteur de la plainte, au professionnel, au médecin examinateur et au commissaire concernés.

Sous réserve de l'information qui doit être donnée conformément au troisième alinéa de l'article 587 à l'auteur de la plainte transmise pour étude à des fins disciplinaires, la conclusion du comité de révision est définitive.

TITRE II

INTERVENTIONS ET AUTRES FONCTIONS DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

597. Un commissaire aux plaintes et à la qualité des services intervient de sa propre initiative lorsqu'en raison de faits portés à sa connaissance, il a des motifs raisonnables de croire que les droits conférés par la présente loi à une personne ou à un groupe de personnes ne sont pas respectés. Il dispose alors des mêmes pouvoirs que ceux que lui confère l'article 578. Il ne peut toutefois intervenir que si les faits portés à sa connaissance avaient pu faire l'objet d'une plainte sur laquelle il a compétence.

Le commissaire fait rapport de son intervention au conseil d'établissement et au président-directeur général de l'établissement concerné ou à l'instance ou à la personne disposant de l'autorité permettant d'assurer le suivi du rapport

et des recommandations pour le titulaire d'une autorisation ou le prestataire concerné. Le cas échéant, il joint à son rapport les recommandations qu'il formule visant la satisfaction des usagers et des autres personnes susceptibles de formuler une plainte ou le respect de leurs droits.

598. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui, dans l'exercice de ses fonctions, a des motifs raisonnables de croire à l'existence d'une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes, incluant une telle situation qui découlerait de l'application de pratiques ou de procédures, doit transmettre au président et chef de la direction ainsi qu'au commissaire national aux plaintes et à la qualité des services ses conclusions motivées accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations.

Lorsque la situation visée au premier alinéa concerne un titulaire d'une autorisation ou un prestataire, le commissaire transmet également ses conclusions motivées accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations à l'instance ou à la personne disposant de l'autorité permettant d'en assurer le suivi pour ce titulaire ou ce prestataire.

599. Un commissaire aux plaintes et à la qualité des services donne son avis sur toute question relevant de sa compétence que lui soumet, le cas échéant, le conseil d'administration de Santé Québec, le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services, le conseil d'établissement de l'établissement pour lequel il est nommé, tout comité créé par ce conseil en application des dispositions de la sous-section 3 de la section I du chapitre I du titre I de la partie III ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, y compris le comité des usagers.

Le conseil d'administration d'un établissement privé ou, si l'établissement n'est pas une personne morale, le titulaire de l'autorisation peut également requérir l'avis d'un commissaire sur toute question qui relève de sa compétence.

TITRE III

COMMISSAIRES, MÉDECINS EXAMINATEURS ET COMITÉS DE RÉVISION

CHAPITRE I

COMMISSAIRE NATIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

SECTION I

NOMINATION ET INDÉPENDANCE DES COMMISSAIRES

600. Le ministre nomme un commissaire national aux plaintes et à la qualité des services.

Le conseil d'administration de Santé Québec nomme au moins un commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour chacun des établissements de Santé Québec.

601. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services doit, de l'avis du ministre, se qualifier comme personne indépendante.

Tout commissaire aux plaintes et à la qualité des services doit, de l'avis du conseil d'administration de Santé Québec, se qualifier comme personne indépendante.

Une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à l'exercice de ses fonctions eu égard aux intérêts des usagers et des autres personnes susceptibles de formuler une plainte en vertu de l'article 572.

602. Une personne est réputée ne pas être indépendante pour exercer les fonctions de commissaire national aux plaintes et à la qualité des services si :

1° un membre de sa famille immédiate est le président-directeur général ou exerce d'autres fonctions de direction au sein d'un établissement public ou pour un titulaire d'une autorisation ou un prestataire;

2° elle fournit des biens ou des services à titre onéreux à un tel établissement, à un tel titulaire d'une autorisation ou à un tel prestataire.

Une personne est réputée ne pas être indépendante pour exercer les fonctions de commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les cas visés au premier alinéa, dans la mesure où elle pourrait être, comme commissaire, responsable d'examiner les plaintes concernant les personnes, les titulaires d'autorisation ou les prestataires qui y sont visés.

Aux fins du présent article, est un membre de la famille immédiate d'une personne son conjoint, son enfant ou l'enfant de son conjoint, sa mère et son père ou l'un de ses parents, le conjoint de sa mère, de son père ou de l'un de ses parents ainsi que le conjoint de son enfant ou celui de l'enfant de son conjoint.

603. Le conseil d'administration de Santé Québec peut, pour assister un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, lui adjoindre toute personne qu'il nomme pourvu qu'elle se qualifie comme personne indépendante pour exercer les fonctions de ce commissaire.

La personne ainsi adjointe au commissaire exerce sous son autorité toutes ses fonctions et tous ses pouvoirs, à moins que l'acte de nomination ne les restreigne ou ne les retire.

604. Le conseil d'administration de Santé Québec doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance des commissaires et des membres du personnel qui agissent sous leur autorité.

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que les commissaires exercent exclusivement les fonctions prévues à la présente partie et que les membres du personnel qui agissent sous leur autorité n'exercent aucune autre fonction au sein de Santé Québec ou d'un établissement regroupé ou pour un titulaire d'une autorisation ou un prestataire.

Le conseil d'administration doit de même voir à ce que chaque commissaire dispose d'un espace de travail situé ailleurs que dans une installation où un établissement exerce ses activités.

SECTION II

FONCTIONS DU COMMISSAIRE NATIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

605. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services veille à l'application adéquate et optimale des dispositions de la présente partie et du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

À cette fin, le commissaire national favorise la concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs ainsi que le partage de bonnes pratiques applicables dans l'exercice de leurs fonctions. Il doit également veiller à ce que les commissaires et les médecins examinateurs reçoivent de la formation pertinente à l'exercice de leurs fonctions.

De plus, le commissaire national apporte son soutien au commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou au médecin examinateur qui le requiert, dans le respect de la confidentialité des dossiers. Il peut ainsi lui donner son avis quant aux moyens à privilégier ou aux solutions à envisager pour pallier une difficulté liée à l'exercice de ses fonctions.

Le commissaire national peut recommander à Santé Québec toute mesure susceptible d'améliorer l'application des dispositions visées au premier alinéa et de bonifier l'exercice des fonctions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs.

606. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services établit la procédure d'examen des plaintes reçues par un commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Cette procédure peut prévoir toute disposition complétant celles applicables au sein de Santé Québec au traitement de ces plaintes.

La procédure est soumise à l'approbation du conseil d'administration de Santé Québec; elle fait partie du règlement intérieur de celle-ci à compter de son approbation.

607. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services consulte tout commissaire aux plaintes et à la qualité des services concerné par une mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes.

SECTION III

FONCTIONS ET COMPÉTENCE DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

608. Tout commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable, envers le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services, de l'exercice des fonctions qui lui incombent en vertu de la présente partie.

Le commissaire nommé pour un établissement reçoit les plaintes formulées en vertu de l'article 572 à l'égard de cet établissement ainsi que, le cas échéant, celles relatives à un établissement regroupé, à un titulaire d'une autorisation ou à un prestataire.

Il est également responsable du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité et, lorsque le signalement doit être traité par une autre instance, de diriger les personnes formulant ce signalement vers celle-ci.

609. Le conseil d'administration de Santé Québec établit la compétence des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de manière que toute plainte relative à un établissement regroupé, à un titulaire d'une autorisation ou à un prestataire relève de la compétence d'un commissaire et qu'un seul commissaire soit compétent à l'égard de chaque plainte.

CHAPITRE II

MÉDECINS EXAMINATEURS

610. Le conseil d'administration de Santé Québec désigne au moins un médecin examinateur pour chacun des établissements de Santé Québec, qu'il exerce ou non sa profession au sein de l'établissement concerné.

Le médecin examinateur nommé pour un établissement reçoit les plaintes qui lui sont transférées par un commissaire en vertu de l'article 576 à l'égard de cet établissement ainsi que, le cas échéant, celles relatives à un établissement regroupé ou à un établissement privé relevant de sa compétence.

611. Le conseil d'administration de Santé Québec établit la compétence des médecins examinateurs de manière que toute plainte qui implique un contrôle ou une appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques ou des services de sages-femmes posés au sein d'un établissement ou qui concerne autrement l'exercice par un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme de sa profession au sein de cet établissement relève de la compétence d'un médecin examinateur et qu'un seul médecin examinateur soit compétent à l'égard de chaque plainte.

612. Tout médecin examinateur est responsable envers le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services de l'exercice des fonctions qui lui incombent en vertu des dispositions de la présente partie.

613. Le conseil d'administration de Santé Québec doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance du médecin examinateur dans l'exercice de ses fonctions.

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que le médecin examinateur ne se trouve pas en situation de conflit d'intérêts dans l'exercice de ses fonctions en tenant compte, le cas échéant, des autres fonctions qu'il peut exercer au sein de l'établissement pour lequel il est nommé.

CHAPITRE III

COMITÉ DE RÉVISION

614. Le conseil d'administration de Santé Québec forme au moins un comité de révision. Un tel comité est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration.

Le président du comité est nommé parmi les membres indépendants du conseil d'administration. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, les dentistes, les pharmaciens ou les sages-femmes qui exercent leur profession au sein d'un établissement public.

Le conseil d'administration fixe la durée du mandat des membres du comité de révision et détermine ses règles de fonctionnement.

615. Un comité de révision est responsable envers le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services de l'exercice des fonctions qui lui incombent en vertu des dispositions de la présente partie.

616. Le conseil d'administration de Santé Québec doit, lorsqu'il forme plus d'un comité de révision, déterminer la compétence de chacun d'eux de manière que toute demande de révision formulée en vertu de l'article 591 relève de la compétence d'un comité et qu'un seul comité soit compétent à l'égard de chaque demande.

TITRE IV

RAPPORTS

617. Un commissaire aux plaintes et à la qualité des services transmet au conseil d'établissement de l'établissement pour lequel il est nommé, au moins une fois par année et chaque fois qu'il l'estime nécessaire, un rapport de ses activités accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usagers et des autres personnes susceptibles de formuler une plainte ainsi que pour favoriser le respect de leurs droits.

Une reproduction de ce rapport est transmise au commissaire national aux plaintes et à la qualité des services.

618. Un médecin examinateur doit transmettre au conseil d'établissement et au conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes de l'établissement pour lequel il est nommé, au moins une fois par année et chaque fois qu'il l'estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées depuis le dernier rapport ainsi que ses recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques ou des services de sages-femmes fournis au sein de l'établissement.

Une reproduction de ce rapport est transmise au commissaire national aux plaintes et à la qualité des services.

619. Un comité de révision doit transmettre au conseil d'administration de Santé Québec et au commissaire national aux plaintes et à la qualité des services, au moins une fois par année et chaque fois qu'il l'estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision depuis le dernier rapport, ses conclusions ainsi que les délais de traitement de ses dossiers. Il peut en outre formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques ou des services de sages-femmes fournis au sein de l'établissement.

Une reproduction de ce rapport est transmise au conseil d'établissement et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concernés.

620. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services peut exiger d'un conseil d'établissement, d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, d'un médecin examinateur et d'un comité de révision tout renseignement nécessaire à l'exercice de ses fonctions, dans la forme et selon la périodicité qu'il détermine.

621. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services doit transmettre au ministre une fois par année un rapport sur la mise en œuvre de la présente partie et faisant état de la satisfaction des usagers et des autres personnes susceptibles de formuler une plainte et du respect de leurs droits.

Ce rapport doit également contenir tout renseignement que le ministre exige.

Une reproduction de ce rapport doit être transmise, par la même occasion, au Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

622. Le ministre dépose le rapport du commissaire national aux plaintes et à la qualité des services visé à l'article 621 à l'Assemblée nationale dans les 30 jours de sa réception ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

623. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services doit transmettre au ministre, chaque fois qu'il le requiert, un rapport portant sur toute matière susceptible de faire l'objet du rapport prévu à l'article 621 ainsi que sur toute question relative à l'application de la procédure d'examen des plaintes, y compris ses dispositions applicables à la plainte qui concerne un médecin, un dentiste, un pharmacien ou une sage-femme.

Une reproduction de ce rapport doit être transmise, par la même occasion, au Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

TITRE V

ASSISTANCE ET DOSSIER DE PLAINTÉ

624. Santé Québec doit, pour chaque région sociosanitaire, confier à au moins un organisme communautaire les fonctions suivantes à l'égard de toute personne qui en fait la demande :

- 1° l'informer sur le fonctionnement du régime des plaintes;
- 2° l'aider à clarifier l'objet de sa plainte et, au besoin, la rédiger;
- 3° l'assister et l'accompagner à chaque étape du processus de plainte;
- 4° faciliter la conciliation avec toute instance concernée.

Un organisme n'est pas tenu de traiter la demande d'une personne qui ne réside pas dans la région qu'il dessert ou dont la plainte ne relève ni du commissaire aux plaintes et à la qualité des services nommé pour un établissement de Santé Québec de cette région, ni du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Lorsque plus d'un organisme est impliqué dans le traitement de la demande, ils doivent collaborer entre eux.

625. Tout commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'assure que la personne qui le requiert est assistée pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte, y compris auprès du comité de révision visé à l'article 614.

Le commissaire l'informe de la possibilité d'être assistée et accompagnée par l'organisme communautaire de la région auquel ont été confiées les fonctions prévues au premier alinéa de l'article 624.

Il l'informe de plus de la protection que la loi reconnaît à toute personne qui collabore à l'examen d'une plainte en application de l'article 632.

626. Le contenu d'un dossier de plainte est déterminé par règlement de Santé Québec.

Malgré toute disposition contraire de la présente loi, aucun document contenu à un dossier de plainte ne peut être versé au dossier d'un membre du personnel ou d'un médecin, d'un dentiste ou d'une sage-femme exerçant sa profession au sein d'un établissement.

Toutefois, les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations formulées par un médecin examinateur en application de l'article 589 ou la conclusion tirée par un comité de révision en application de l'article 594 doivent être versées au dossier du professionnel visé par la plainte.

Quiconque détient le dossier de plainte doit le transmettre à la personne devant traiter cette plainte pour l'application de la présente partie.

627. Le dossier de plainte d'un usager est confidentiel et, sous réserve des dispositions particulières de la présente loi, seuls peuvent y avoir accès :

1° la personne concernée et, le cas échéant, le représentant, l'héritier ou le successible de cette dernière, le liquidateur de sa succession, la personne qu'elle a désignée à titre de bénéficiaire d'une assurance-vie ou d'une indemnité de décès et le titulaire de l'autorité parentale;

2° le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le médecin examinateur ou le comité de révision concernés, de même que le président-directeur général, le directeur médical ou le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes de l'établissement pour lequel ce commissaire ou ce médecin est nommé ou ce comité formé ou un expert externe à cet établissement auquel ce conseil a recours en vertu du premier alinéa des articles 169 ou 223, selon le cas, dans l'exercice de ses fonctions.

Le présent article s'applique malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Le présent article n'a pas pour effet d'empêcher la communication d'une reproduction du dossier de plainte d'un usager au Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux en application de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

628. Sauf disposition contraire de la présente partie, les avis et les autres communications destinés à l’auteur d’une plainte peuvent être formulés verbalement lorsque la plainte a été ainsi formulée.

629. Un établissement privé doit informer tout usager qu’il peut formuler une plainte auprès de Santé Québec. Dans toutes ses installations, il doit également afficher à la vue du public un document expliquant qui peut formuler une plainte ainsi que les modalités d’exercice de ce droit. Les coordonnées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services compétent doivent y être mentionnées.

630. Nul ne peut exercer ou tenter d’exercer des représailles, de quelque nature que ce soit, à l’endroit de toute personne qui formule ou entend formuler une plainte en vertu de l’article 572 ou une demande de révision en vertu de l’article 591.

Dès que la personne qui est appelée à examiner cette plainte en est informée, elle doit intervenir sans délai.

631. Aucune action civile ne peut être intentée en raison ou en conséquence d’une plainte formulée de bonne foi en vertu de la présente partie, quelles que soient les conclusions rendues.

Rien dans la présente disposition ne limite le droit d’une personne ou de ses ayants droit d’exercer un recours qui porte sur les mêmes faits que ceux formulés dans une plainte.

632. Les réponses ou les déclarations faites par une personne, dans le cadre de l’examen d’une plainte ou de la conduite d’une intervention, et notamment tout renseignement ou tout document fourni de bonne foi par elle en réponse à une demande d’un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, d’une personne qui agit sous son autorité, d’une personne consultée ou d’un expert externe visé à l’article 578, d’un médecin examinateur, d’un comité de révision ou de l’un de ses membres sont confidentiels et ne peuvent être utilisés ni ne sont recevables à titre de preuve contre cette personne devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles.

633. Ne peuvent être poursuivis en justice en raison d’un acte accompli ou omis de bonne foi dans l’exercice de leurs fonctions prévues à la présente partie :

1° le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services;

2° un commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou une personne qui agit sous son autorité;

- 3° un médecin examinateur;
- 4° une personne consultée ou un expert externe visé à l'article 578;
- 5° un comité de révision ou l'un de ses membres;
- 6° le conseil d'administration de Santé Québec ou l'un de ses membres.

634. Sauf sur une question de compétence, aucun pourvoi en contrôle judiciaire prévu au Code de procédure civile (chapitre C-25.01) ne peut être exercé ni aucune injonction accordée contre les personnes visées à l'article 633 agissant en leur qualité officielle.

635. Un juge de la Cour d'appel peut, sur demande, annuler sommairement une décision, une ordonnance ou une injonction rendue ou prononcée à l'encontre de l'article 633 ou 634.

636. Le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services, un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, une personne qui agit sous son autorité, une personne consultée ou un expert externe visé à l'article 578, un médecin examinateur, un membre d'un comité de révision ainsi qu'un membre du conseil d'établissement doivent, avant de commencer à exercer leurs fonctions conformément à la présente partie, prêter le serment prévu à l'annexe I.

637. Malgré toute disposition incompatible d'une loi, le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services, un commissaire aux plaintes et à la qualité des services, une personne qui agit sous son autorité, une personne consultée ou un expert externe visé à l'article 578, un médecin examinateur, un comité de révision ou l'un de ses membres ne peut être contraint devant une instance judiciaire ou une personne ou un organisme exerçant des fonctions juridictionnelles de faire une déposition portant sur un renseignement confidentiel qu'il a obtenu dans l'exercice de ses fonctions ni de produire un document contenant un tel renseignement si ce n'est aux fins du contrôle de sa confidentialité.

638. Aucun élément de contenu du dossier de plainte d'une personne ou d'un dossier d'intervention, y compris les conclusions motivées et, le cas échéant, les recommandations qui les accompagnent, ne peut constituer une déclaration, une reconnaissance ou un aveu extrajudiciaire d'une faute professionnelle, administrative ou autre de nature à engager la responsabilité civile d'une partie devant une instance judiciaire.

PARTIE VIII

MESURES D'APPLICATION ET DISPOSITIONS DIVERSES

TITRE I

MESURES D'APPLICATION

CHAPITRE I

INSPECTIONS ET ENQUÊTES

639. Santé Québec peut autoriser par écrit une personne à agir comme inspecteur pour l'application de la présente loi ou de ses règlements.

Un inspecteur doit, sur demande, se nommer et exhiber le document attestant sa qualité.

640. L'inspecteur peut :

1° pénétrer, à toute heure raisonnable, dans tout lieu où il a des raisons de croire que des activités régies par la présente loi sont exercées;

2° pénétrer, à toute heure raisonnable, dans tout lieu où sont exercées des activités régies par la présente loi afin de vérifier si la présente loi et ses règlements sont respectés;

3° exiger tout renseignement relatif à l'application de la présente loi ou de ses règlements ainsi que la communication, pour examen ou reproduction, de tout document s'y rapportant;

4° examiner tout lieu ou tout équipement auquel s'applique la présente loi et prendre des photographies ou des enregistrements;

5° obliger toute personne se trouvant sur les lieux à lui prêter une aide raisonnable et à l'accompagner.

Malgré le premier alinéa, l'inspecteur ne peut, sans le consentement de l'occupant ou du locataire, pénétrer dans une chambre ou un logement d'une résidence privée pour aînés, d'une ressource offrant de l'hébergement ou d'un lieu où il a des raisons de croire que sont exercées des activités pour lesquelles une autorisation d'exploiter une résidence privée pour aînés ou une ressource offrant de l'hébergement est exigée en vertu de la présente loi. Il ne peut non plus pénétrer dans une chambre d'un usager confié à une ressource intermédiaire ou à une ressource de type familial sans le consentement de cet usager.

641. Un inspecteur peut, par une demande qu'il transmet par tout moyen permettant d'en prouver la réception à un moment précis, exiger de toute personne, dans le délai et selon les conditions qu'il précise, tout renseignement ou tout document relatif à l'application de la présente loi ou de ses règlements.

642. Santé Québec peut désigner une personne pour enquêter sur toute matière relative à l'application de la présente loi ou de ses règlements.

643. Santé Québec peut, de sa propre initiative ou à la demande du ministre, autoriser une personne à mener une enquête sur toute matière relative à la prestation de services du domaine de la santé et des services sociaux pertinente à l'application de la présente loi autre qu'aux fins d'établir une contravention visée à une disposition du titre II de la partie X.

Dans le cadre de cette enquête, Santé Québec ou toute personne qu'elle désigne a les pouvoirs et l'immunité des commissaires nommés en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête (chapitre C-37), sauf le pouvoir d'ordonner l'emprisonnement.

Après la tenue d'une enquête menée à la demande du ministre, Santé Québec doit lui fournir un rapport de ses constatations ainsi que, le cas échéant, de ses recommandations.

644. Un inspecteur ou un enquêteur ne peut être poursuivi en justice pour un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

645. Lorsque, à la suite d'une inspection ou d'une enquête, Santé Québec est informée qu'un centre médical spécialisé est exploité sans autorisation, elle doit, aux fins de l'application de l'interdiction de rémunération prévue au premier alinéa de l'article 22.0.0.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie, en aviser aussitôt par écrit la Régie de l'assurance maladie du Québec. Sur réception de l'avis, celle-ci informe les médecins qui exercent leur profession au sein du centre médical spécialisé concerné de l'application de cette interdiction de rémunération.

646. Lorsque l'inspection ou l'enquête vise le titulaire d'une autorisation, une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial, Santé Québec peut, une fois l'inspection ou l'enquête complétée, exiger de ce titulaire ou de cette ressource qu'il lui soumette un plan d'action pour donner suite aux recommandations que Santé Québec a formulées.

CHAPITRE II

POUVOIRS DU MINISTRE

SECTION I

POUVOIRS RELATIFS À LA SUPERVISION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

647. Le ministre surveille le marché des services du domaine de la santé et des services sociaux, notamment afin d'en connaître l'offre et la demande et les circonstances dans lesquelles les personnes ont accès aux services offerts.

648. Le ministre peut vérifier l'application, par Santé Québec, des dispositions de la présente loi et de ses règlements ainsi que de toute autre disposition législative qui lui confère des responsabilités. Il peut désigner par écrit une personne qui sera chargée de cette vérification. L'article 644 s'applique à cette personne, avec les adaptations nécessaires.

649. Santé Québec doit, sur demande du ministre ou de la personne chargée de la vérification, lui transmettre ou autrement mettre à sa disposition tout document et tout renseignement que celui-ci ou, selon le cas, la personne désignée juge nécessaires pour procéder à la vérification.

Le premier alinéa ne s'applique pas aux renseignements contenus au dossier d'un usager.

650. Le ministre peut désigner une personne pour enquêter sur quelque matière se rapportant à l'accès aux services de santé et aux services sociaux offerts par Santé Québec, à la qualité et à la sécurité des services rendus, à l'accomplissement de sa mission et de ses fonctions ainsi qu'à son administration, à son organisation et à son fonctionnement.

La personne désignée par le ministre est investie, aux fins d'une enquête, de l'immunité et des pouvoirs d'un commissaire nommé en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête, sauf du pouvoir d'ordonner l'emprisonnement.

651. Le ministre peut, pendant ou après la tenue d'une vérification ou d'une enquête, ordonner à Santé Québec qu'elle apporte des mesures correctrices, effectue les suivis adéquats et se soumette à toute autre mesure qu'il détermine, dont des mesures de surveillance et d'accompagnement.

Entre autres mesures, le ministre peut désigner une personne notamment pour surveiller ou accompagner la direction de Santé Québec ou tout autre membre de son personnel dans la gestion d'un établissement public.

652. Le gouvernement peut, pour une période d'au plus 180 jours, nommer une ou plusieurs personnes pour exercer tout ou partie des fonctions ou des pouvoirs du conseil d'administration de Santé Québec ou du président et chef de la direction lorsqu'il estime que le conseil d'administration ou le président et chef de la direction :

1° a commis une faute grave, notamment par une inconduite, une malversation ou un abus de confiance, ou a autrement manqué gravement aux obligations qui lui sont imposées par la loi;

2° par un acte ou une omission, a compromis sérieusement l'accès aux services offerts par un établissement public ou la qualité ou la sécurité de ces services.

Le ministre dispose des pouvoirs conférés au gouvernement par le premier alinéa à l'égard des fonctions ou des pouvoirs d'un membre de la haute direction de Santé Québec lorsqu'il estime que ce membre se trouve dans l'un des cas qui y est prévu.

La période prévue au premier alinéa peut être prolongée par le gouvernement ou le ministre, pourvu que le délai de chaque prolongation n'excède pas 180 jours.

Pour l'application du présent article, un membre de la haute direction s'entend de la personne qui exerce des fonctions de direction sous l'autorité immédiate du président et chef de la direction ou sous l'autorité immédiate d'une personne qui exerce de telles fonctions de direction.

Une personne nommée par le gouvernement ou par le ministre conformément au présent article ne peut être poursuivie en justice pour un acte omis ou accompli de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

653. Le ministre peut demander à Santé Québec qu'elle intervienne auprès d'un établissement pour que ce dernier corrige une situation contraire aux droits des usagers, aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité ou d'efficience quant aux services, à son acte d'institution ou, selon le cas, à l'autorisation octroyée en vertu des dispositions du titre I de la partie VI.

SECTION II

AUTRES POUVOIRS

654. Le ministre prend les mesures propres à assurer la protection de la santé publique et assure la coordination nationale et interrégionale en la matière.

655. Le ministre peut requérir de quiconque les renseignements nécessaires à l'exercice de toute fonction qui lui est conférée par la présente loi, à condition que ces renseignements ne lui permettent pas d'identifier un usager ou le client d'un prestataire de services du domaine de la santé et des services sociaux.

De plus, il peut utiliser, pour l'exercice d'une telle fonction, tout renseignement qu'il détient et qu'il a obtenu dans l'exercice d'une autre telle fonction.

656. Le ministre peut, malgré toute disposition inconciliable, mettre en œuvre, dans la mesure et aux conditions déterminées par le gouvernement, tout projet expérimental concernant l'organisation des ressources humaines ou matérielles de Santé Québec ou de l'un de ses établissements aux fins de favoriser l'organisation et la prestation intégrées des services de santé et des services sociaux.

Il peut, à cette fin, conclure des ententes avec des professionnels, sauf avec les professionnels de la santé visés par la Loi sur l'assurance maladie quant aux matières visées à l'article 19 de cette loi.

Préalablement à la mise en œuvre d'un tel projet, le ministre fait publier, à la *Gazette officielle du Québec*, un avis de son intention de proposer au gouvernement, 45 jours après cette publication, la mise en œuvre du projet. Durant ce délai, le ministre permet à toute personne intéressée de lui faire part de ses observations relativement au projet.

CHAPITRE III

DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES

657. Le ministre peut, par règlement, déterminer, pour un médicament, les cas, conditions et circonstances de son utilisation, après avoir consulté le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

658. Le gouvernement détermine, par règlement, la contribution qui est exigée des usagers qui sont hébergés dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial.

Ce règlement détermine également le montant d'allocation de dépenses personnelles qui doit être laissé mensuellement à cet usager.

659. Le montant de la contribution peut varier suivant les circonstances ou les besoins identifiés par règlement du gouvernement.

La contribution est exigée par le ministre, par Santé Québec ou par l'établissement privé conventionné. Les usagers eux-mêmes sont tenus de la verser; toutefois, dans le cas d'un usager mineur, la contribution peut être exigée de son père, de sa mère ou de l'un de ses parents, de l'un et l'autre conjointement ou de toute autre personne déterminée par le règlement; dans le cas d'un usager marié ou uni civilement, la contribution peut être exigée de son conjoint et, dans le cas d'un membre d'une communauté religieuse, la contribution peut être exigée de sa communauté.

660. Santé Québec ou le ministre peut, à la demande d'une personne de qui est exigé le paiement d'une contribution, l'exonérer du paiement de cette contribution, selon les modalités et dans les circonstances déterminées par règlement du gouvernement.

661. Toute personne peut contester devant le Tribunal administratif du Québec une décision concernant une exonération d'un paiement qu'elle a demandée conformément à l'article 660 dans les 60 jours de la date à laquelle cette décision lui a été notifiée.

662. Un usager ou toute personne de qui peut être exigé le paiement d'une contribution financière ne doit pas avoir, dans les deux années précédant l'hébergement ou la prise en charge de l'usager, renoncé à ses droits, disposé d'un bien ou d'un avoir liquide sans juste considération ou les avoir dilapidés de manière à se rendre admissible à une exonération de paiement ou de manière qu'une contribution inférieure à celle qui lui aurait autrement été demandée puisse lui être exigée.

663. Santé Québec ou le ministre peut, lorsqu'il y a violation des dispositions de l'article 662, tenter un recours en recouvrement de la valeur des droits, des biens ou des avoirs liquides dont un tiers a profité lors de la renonciation, de l'aliénation ou de la dilapidation, après avoir soustrait la juste considération versée par celui-ci. Santé Québec ou le ministre peut en outre prendre toute autre mesure prévue par règlement du gouvernement.

664. Le gouvernement peut, dans un règlement pris en vertu des articles 658 à 660 :

1° prescrire l'indexation automatique de tout ou partie des montants fixés dans ce règlement, suivant l'indice qui y est prévu;

2° prévoir une contribution financière différente selon que l'usager ou la personne de qui le paiement de la contribution financière peut être exigé est ou n'est pas un résident du Québec et définir, à cette fin, l'expression « résident du Québec »;

3° assujettir au paiement de la contribution un usager hébergé dans un établissement ailleurs au Canada alors qu'il conserve sa qualité de résident du Québec et permettre au ministre ou à la personne qu'il désigne de percevoir cette contribution.

665. La contribution d'un usager est payable mensuellement en un seul versement.

Elle porte intérêt au taux prévu au premier alinéa de l'article 28 de la Loi sur l'administration fiscale (chapitre A-6.002) à compter de la date d'exigibilité de la créance.

Santé Québec ne peut faire remise de la contribution d'un usager, ni des intérêts.

666. Santé Québec peut, par règlement, pour les activités ou les catégories d'activités qu'elle détermine, exiger d'une personne qu'elle fournisse une garantie financière de la bonne exécution des obligations qui lui incombent en vertu de la présente loi.

667. Tout règlement pris par Santé Québec est approuvé avec ou sans modification par le gouvernement.

Le gouvernement peut édicter un tel règlement, à défaut par Santé Québec de le prendre dans le délai que lui indique le ministre.

TITRE II

DISPOSITIONS DIVERSES

668. La présente loi ne peut être interprétée comme limitant les pouvoirs des comités de révision institués par l'article 41 de la Loi sur l'assurance maladie ou des ordres professionnels visés au Code des professions (chapitre C-26).

Les représentants des ordres professionnels visés au Code des professions ont accès à toute installation maintenue par un établissement pour l'accomplissement des fonctions que les ordres professionnels doivent remplir pour assurer la protection du public.

669. Le gouvernement est de plein droit subrogé au recours de tout usager contre un tiers jusqu'à concurrence du coût des services assumé par lui à la suite d'un préjudice causé par la faute de ce tiers. Toute réclamation du gouvernement doit être notifiée au tiers par un avis qui énonce le montant de sa dette et les motifs d'exigibilité de celle-ci.

La faute commune entraîne la réduction du montant de cette subrogation dans la même proportion que le recours de l'usager.

Le ministre a le pouvoir de transiger sur toute réclamation découlant du présent article et il peut déléguer ce pouvoir.

Les droits acquis par suite de la subrogation prévue au présent article font partie du domaine de l'État à compter de leur naissance et sont soumis aux règles applicables aux droits qui en font partie; toutefois, le droit d'action qui en résulte se prescrit par trois ans.

670. L'assureur de la responsabilité d'un tiers ne peut se libérer de son obligation de réparer le préjudice visé au premier alinéa de l'article 669 autrement que par le versement en argent du montant de l'assurance.

671. Un engagement par une personne de libérer un tiers ou son assureur de son obligation de réparer le préjudice visé au premier alinéa de l'article 669 ou de l'indemniser pour l'exécution de cette obligation est réputé non écrit dans toute convention, toute transaction ou toute quittance.

672. Pour l'application des articles 670 et 671, le mot « assureur » désigne également une personne ou un groupement qui accorde à l'égard d'un risque une protection qui pourrait être autrement obtenue en souscrivant une assurance responsabilité.

673. Santé Québec ou tout établissement doit, sur demande du ministre mentionnant la nature des renseignements ou des documents recherchés, lui communiquer tout renseignement ou tout document contenu au dossier de la personne assurée qui est nécessaire à l'exercice d'un recours pris en application de l'article 669, à condition d'avoir informé cette personne de la nature des renseignements ou des documents qui seront communiqués au ministre, dans un délai raisonnable avant leur transmission.

674. Le gouvernement peut réclamer du titulaire d'une autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé non participatif visé à l'article 508 le coût d'un service préopératoire, postopératoire, de réadaptation ou de soutien à domicile devant, en application de cet article, être obtenu au sein de ce centre ou auprès d'une personne ou d'un groupement autre qu'un établissement lorsque ce service est fourni par un établissement public ou privé conventionné préalablement ou à la suite d'une chirurgie ou d'un autre traitement médical spécialisé effectué au sein de ce centre.

Santé Québec ou tout établissement doit, sur demande du ministre et après en avoir informé l'usager, communiquer au ministre tout renseignement contenu au dossier de cet usager qui est nécessaire à l'exercice d'un recours pris en application du premier alinéa.

PARTIE IX

GESTIONNAIRE DES ASSURANCES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

675. Dans la présente loi, on entend par « gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux » une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives et désignée par le ministre ayant pour objet d'offrir aux établissements des services en matière d'assurance de dommages adaptés à leurs besoins conformément aux orientations que Santé Québec détermine.

Le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux peut également, avec l'autorisation du ministre, avoir des objets complémentaires ou accessoires.

676. Santé Québec et, le cas échéant, tous les établissements privés desservis par le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux en sont membres.

La composition du conseil d'administration du gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux est déterminée dans son acte constitutif. Une majorité de personnes provenant de Santé Québec et des établissements privés qu'il dessert doit s'y retrouver. Le plus haut dirigeant du gestionnaire est nommé par le président et chef de la direction de Santé Québec à la suite d'un processus de sélection initié par celui-ci, incluant un appel de candidatures dont il détermine les modalités.

Les dispositions des articles 51, 84, 100, 103, 289, 424 à 427, 429 et 648 à 652 s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, au gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux.

677. Le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux doit conclure avec Santé Québec une entente qui traite notamment des éléments suivants :

1° les orientations et les objectifs stratégiques et opérationnels du gestionnaire;

2° les modalités relatives à la production de rapports périodiques à Santé Québec, dont un rapport financier annuel comprenant les états financiers, le rapport de vérification et tout autre renseignement requis par Santé Québec.

678. Santé Québec détermine les modalités générales relatives au financement du gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux.

679. Le ministre peut, aux conditions déterminées par le gouvernement, garantir l'exécution de toute obligation à laquelle le gestionnaire des assurances du réseau de la santé et des services sociaux est tenu relativement à la gestion d'une franchise afférente à un contrat d'assurance négocié et conclu à l'avantage des établissements qu'il représente. Il peut également, aux conditions déterminées par le gouvernement, lui avancer toute somme jugée nécessaire dans le cadre de cette gestion.

[[Les sommes requises à cette fin sont prises sur le fonds consolidé du revenu.]]

PARTIE X

SANCTIONS ADMINISTRATIVES PÉCUNIAIRES ET DISPOSITIONS PÉNALES

TITRE I

SANCTIONS ADMINISTRATIVES PÉCUNIAIRES

CHAPITRE I

MANQUEMENTS

680. Une sanction administrative pécuniaire d'un montant de 500 \$ dans le cas d'une personne physique ou de 1 500 \$ dans les autres cas peut être imposée par Santé Québec à :

1° un établissement privé qui fait défaut :

a) de transmettre à Santé Québec un rapport de ses activités, de lui transmettre un rapport complet ou de le lui transmettre dans le délai imparti conformément à l'article 319;

b) de fournir à Santé Québec une déclaration, de lui transmettre une déclaration complète ou de la lui transmettre dans le délai imparti conformément à l'article 320;

c) de transmettre à Santé Québec un rapport ou un rapport statistique annuel, de lui transmettre un rapport complet ou de le lui transmettre dans le délai imparti conformément à l'article 423;

d) d'afficher à la vue du public le document qui atteste son autorisation conformément à l'article 493;

2° un centre médical spécialisé qui fait défaut :

a) d'afficher à la vue du public le document qui atteste son autorisation conformément à l'article 493;

b) de transmettre à Santé Québec un rapport de ses activités, de lui transmettre un rapport complet ou de le lui transmettre dans le délai imparti conformément à l'article 511;

c) d'aviser toute personne qui utilise ses services ou Santé Québec qu'il entend cesser ses activités dans le délai imparti conformément à l'article 512;

3° une résidence privée pour aînés qui fait défaut :

a) d'afficher à la vue du public le document qui atteste son autorisation conformément à l'article 493;

b) de produire à Santé Québec une déclaration de mise à jour des renseignements conformément à l'article 524.

681. Une sanction administrative pécuniaire d'un montant de 1 250 \$ dans le cas d'une personne physique ou de 3 750 \$ dans les autres cas peut être imposée par Santé Québec à :

1° un établissement privé qui fait défaut :

a) de créer un comité de vigilance et de la qualité conformément à l'article 120 et au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 295;

b) d'instituer un comité de gestion des risques conformément au premier alinéa de l'article 138 et au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 295;

c) d'instituer un comité des usagers conformément à l'article 143 et au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 295;

d) de se doter d'un code d'éthique conformément au premier alinéa de l'article 299;

e) d'élaborer un plan d'intervention ou un plan de services individualisé pour un usager en application de l'article 328 ou de l'article 329;

f) d'adopter un protocole d'application des mesures de contrôle conformément à l'article 332;

g) de respecter les conditions assorties à son autorisation en application de l'article 490;

h) de transmettre à Santé Québec un plan de cessation de ses activités, de lui transmettre un plan complet ou de le lui transmettre dans le délai imparti conformément aux articles 522 et 529;

2° un centre médical spécialisé :

a) qui fait défaut de respecter les conditions dont son autorisation est assortie en application de l'article 490;

b) qui fournit un traitement médical spécialisé non prévu par son autorisation contrairement à l'article 500;

c) dont le conseil d'administration ou le conseil de gestion interne, contrairement au deuxième alinéa de l'article 503, n'est pas formé en majorité de médecins exerçant leur profession au sein du centre;

d) dont les actionnaires de la personne morale ou les associés de la société, contrairement au troisième alinéa de l'article 503, ont restreint les pouvoirs des administrateurs;

e) au sein duquel, contrairement à l'article 504, n'exercent pas exclusivement des médecins dont le statut de participation au régime d'assurance maladie correspond à celui autorisé pour le centre médical spécialisé;

f) qui fait défaut de nommer un directeur médical conformément à l'article 510 ou dont le directeur médical n'exerce pas sa profession au sein du centre contrairement à cet article;

3° une résidence privée pour aînés qui fait défaut :

a) de transmettre à Santé Québec un plan de cessation de ses activités, de lui transmettre un plan complet ou de le lui transmettre dans le délai imparti conformément à l'article 522;

b) de respecter les conditions assorties à son autorisation en application de l'article 490.

682. Santé Québec peut, par règlement, prévoir qu'un manquement objectivement observable à une disposition de la partie VI ou à une autre disposition de la présente loi à laquelle renvoie une disposition de cette partie peut donner lieu à une sanction administrative pécuniaire. De même, un

règlement pris pour l'application de ces dispositions peut prévoir qu'un manquement objectivement observable à une disposition qu'il prévoit peut également donner lieu à une telle sanction.

Un règlement visé au premier alinéa peut prévoir des conditions d'application de la sanction et déterminer les montants ou leur mode de calcul, lesquels peuvent notamment varier selon la gravité du manquement, sans toutefois excéder 25 000 \$.

683. Un manquement susceptible de donner lieu à l'imposition d'une sanction administrative pécuniaire constitue un manquement distinct pour chaque jour durant lequel il se poursuit.

CHAPITRE II

AVIS DE NON-CONFORMITÉ ET IMPOSITION

684. Lorsqu'un manquement visé au chapitre I est constaté, un avis de non-conformité peut être notifié à celui qui en est le responsable afin de l'inciter à prendre sans délai les mesures y remédiant.

L'avis doit mentionner que le manquement pourrait notamment donner lieu à une sanction administrative pécuniaire.

685. L'imposition d'une sanction administrative pécuniaire se prescrit par deux ans à compter de la date du manquement.

686. La sanction administrative pécuniaire pour un manquement à une disposition de la présente loi ou de l'un de ses règlements ne peut être imposée au responsable du manquement lorsqu'un constat d'infraction lui a antérieurement été signifié en raison d'une contravention à la même disposition, survenue le même jour et fondée sur les mêmes faits.

Pour l'application du présent titre, le responsable d'un manquement s'entend de la personne ou du groupement qui, selon le cas, se voit imposer ou est susceptible de se voir imposer une sanction administrative pécuniaire pour un manquement visé au chapitre I.

687. Une sanction administrative pécuniaire est imposée au responsable d'un manquement par la notification d'un avis de réclamation.

L'avis comporte les mentions suivantes :

- 1° le montant réclamé;
- 2° les motifs de son exigibilité;
- 3° le délai à compter duquel il porte intérêt;

4° le droit, prévu à l'article 688, d'obtenir le réexamen de la décision d'imposer la sanction et le délai imparti pour l'exercer;

5° le droit de contester la décision en réexamen devant le Tribunal administratif du Québec et le délai pour exercer un tel recours.

L'avis de réclamation doit aussi contenir de l'information relative aux modalités de recouvrement du montant réclamé. Le responsable du manquement doit également être informé que le défaut de payer le montant dû pourrait donner lieu à une modification, à une suspension ou à une révocation de toute autorisation octroyée en vertu de la présente loi ou au refus d'octroyer une telle autorisation et, le cas échéant, que les faits à l'origine de la réclamation peuvent aussi donner lieu à une poursuite pénale.

Sauf disposition contraire, le montant dû porte intérêt, au taux prévu au premier alinéa de l'article 28 de la Loi sur l'administration fiscale, à compter du 31^e jour suivant la notification de l'avis.

CHAPITRE III

RÉEXAMEN

688. Le responsable d'un manquement peut, par écrit, demander à Santé Québec le réexamen de la décision d'imposer une sanction administrative pécuniaire dans les 30 jours de la notification de l'avis de réclamation.

Les personnes chargées de ce réexamen sont désignées par Santé Québec; elles doivent appartenir à une division administrative distincte de celle de qui relèvent les personnes chargées d'imposer ces sanctions.

689. La demande de réexamen doit être traitée avec diligence. Après avoir donné au demandeur l'occasion de présenter ses observations et, s'il y a lieu, de produire des documents pour compléter son dossier, la personne chargée du réexamen décide sur dossier, sauf si elle estime nécessaire de procéder autrement.

690. La décision en réexamen doit être écrite en termes clairs et concis et être motivée et notifiée au demandeur avec la mention de son droit de la contester devant le Tribunal administratif du Québec et du délai pour exercer ce recours.

Si la décision en réexamen n'est pas rendue dans les 30 jours de la réception de la demande ou, le cas échéant, du délai accordé au demandeur pour présenter ses observations ou pour produire des documents, les intérêts prévus au quatrième alinéa de l'article 687 sur le montant dû sont suspendus jusqu'à ce que la décision soit rendue.

691. La décision en réexamen confirmant l'imposition d'une sanction administrative pécuniaire peut être contestée par le responsable du manquement visé par cette décision devant le Tribunal administratif du Québec dans les 60 jours de sa notification.

Le Tribunal ne peut que confirmer ou infirmer la décision contestée.

Lorsqu'il rend sa décision, le Tribunal peut statuer à l'égard des intérêts courus alors que le recours devant lui était pendant.

CHAPITRE IV

RECOUVREMENT

692. Lorsque le responsable d'un manquement est en défaut de payer une sanction administrative pécuniaire, ses administrateurs et ses dirigeants sont solidairement tenus avec lui au paiement de cette sanction, sauf s'ils établissent avoir fait preuve de prudence et de diligence pour prévenir le manquement.

693. Le versement d'une sanction administrative pécuniaire est garanti par une hypothèque légale sur les biens meubles et immeubles du débiteur.

Pour l'application du présent chapitre, un débiteur s'entend du responsable d'un manquement tenu de payer une sanction administrative pécuniaire et, le cas échéant, de chacun de ses administrateurs et dirigeants tenus solidairement avec lui au paiement de cette sanction.

694. Le débiteur et Santé Québec peuvent conclure une entente de paiement d'une somme due. Une telle entente ou le paiement de cette somme ne constitue pas, aux fins de toute autre sanction administrative prévue par la présente loi, une reconnaissance des faits y donnant lieu.

695. À défaut du versement de la totalité de la somme due ou du respect de l'entente conclue à cette fin, Santé Québec peut délivrer un certificat de recouvrement à l'expiration soit :

1° du délai pour demander le réexamen de la décision d'imposer la sanction;

2° du délai pour contester la décision en réexamen devant le Tribunal administratif du Québec;

3° du délai de 30 jours suivant la décision finale du Tribunal confirmant la décision d'imposer la sanction ou la décision en réexamen, selon le cas.

Toutefois, ce certificat peut être délivré avant l'expiration d'un délai prévu au premier alinéa si Santé Québec est d'avis que le débiteur tente d'éluder le paiement.

Ce certificat énonce le nom et l'adresse du débiteur et le montant de la dette.

696. Après délivrance du certificat de recouvrement, tout remboursement dû au débiteur par le ministre du Revenu peut, conformément à l'article 31 de la Loi sur l'administration fiscale, faire l'objet d'une retenue aux fins du paiement du montant visé par ce certificat.

Cette retenue interrompt la prescription prévue au Code civil quant au recouvrement d'un montant dû.

697. Sur dépôt du certificat de recouvrement au greffe du tribunal compétent, accompagné d'une reproduction de la décision définitive qui établit la dette, la décision devient exécutoire comme s'il s'agissait d'un jugement définitif et sans appel de ce tribunal et en a tous les effets.

698. Le débiteur est tenu au paiement de frais de recouvrement, dans les cas et aux conditions déterminés par règlement de Santé Québec et selon le montant qui y est prévu.

CHAPITRE V

REGISTRE

699. Santé Québec tient un registre des renseignements relatifs aux sanctions administratives pécuniaires.

Ce registre doit notamment contenir les renseignements suivants :

1° la date de l'imposition de la sanction;

2° la date et la nature du manquement de même que les dispositions législatives ou réglementaires sur la base desquelles la sanction a été imposée;

3° si la sanction est imposée à une personne morale ou à une société en nom collectif, en commandite ou en participation, son nom, l'adresse de son principal établissement au Québec et, si elle est immatriculée, son numéro d'entreprise du Québec;

4° si la sanction est imposée à une personne physique exploitant une entreprise individuelle, son nom, le nom de l'entreprise, l'adresse de son principal établissement au Québec et, si elle est immatriculée, son numéro d'entreprise du Québec;

5° le montant de la sanction imposée;

6° la date de réception d'une demande de réexamen, la date de la décision et son dispositif;

7° la date de l'exercice d'un recours devant le Tribunal administratif du Québec de même que la date et le dispositif de la décision rendue par le Tribunal, dès que ces renseignements sont portés à la connaissance de Santé Québec;

8° la date de l'exercice de tout recours à l'encontre de la décision rendue par le Tribunal administratif du Québec, la nature de ce recours de même que la date et le dispositif de la décision rendue par le tribunal concerné, dès que ces renseignements sont portés à la connaissance de Santé Québec;

9° tout autre renseignement que Santé Québec estime d'intérêt public.

Les renseignements contenus dans le registre ont un caractère public à compter du moment où la décision qui impose une sanction devient définitive. Ces renseignements sont retirés trois ans après leur inscription.

TITRE II

DISPOSITIONS PÉNALES

700. Quiconque contrevient au premier alinéa de l'article 61 est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas.

Le président et chef de la direction ou la personne qui exerce des responsabilités de direction sous son autorité immédiate ou sous celle du président-directeur général d'un établissement de Santé Québec s'il accepte de quiconque une rémunération ou un avantage visés au premier alinéa de l'article 61, est passible d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$.

701. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation du centre médical spécialisé exploité en contravention au premier ou au deuxième alinéa de l'article 503, au premier alinéa de l'article 504 ou au premier alinéa de l'article 506 est passible d'une amende de 2 500 \$ à 25 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 7 500 \$ à 75 000 \$ dans les autres cas.

En cas de contravention au troisième alinéa de l'article 503, chaque actionnaire ou chaque associé qui est partie à la convention est passible de la peine prévue au premier alinéa.

En cas de contravention au quatrième alinéa de l'article 503, le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service lié au domaine de la santé et des services sociaux est passible de la peine prévue au premier alinéa.

Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé qui contrevient au premier ou au deuxième alinéa de l'article 508 est passible de la peine prévue au premier alinéa.

702. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé qui contrevient à l'article 505 est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas.

703. Quiconque contrevient à l'article 566 est passible d'une amende de 2 500 \$ à 25 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 7 500 \$ à 75 000 \$ dans les autres cas.

704. Le médecin ou le dentiste qui contrevient à l'article 567 est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$.

705. Quiconque contrevient à l'une des dispositions des articles 568 à 571 est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas.

706. Quiconque contrevient à une disposition d'un règlement dont la violation constitue une infraction en vertu du paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 546 est passible d'une amende de 1 000 \$ à 10 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 3 000 \$ à 30 000 \$ dans les autres cas.

707. Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés ou le nouveau locateur visé à l'article 523 qui contrevient à l'article 522 est passible d'une amende de 2 500 \$ à 62 500 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 7 500 \$ à 187 500 \$ dans les autres cas.

708. Le titulaire d'une autorisation qui omet de respecter une condition prévue par Santé Québec en application de l'article 490 est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas.

709. Quiconque entrave ou tente d'entraver de quelque façon que ce soit l'accès d'une personne à un lieu auquel elle a le droit d'accéder et où sont offerts des services du domaine de la santé et des services sociaux est passible d'une amende de 250 \$ à 1 250 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 500 \$ à 2 500 \$ dans les autres cas.

710. Est passible d'une amende de 250 \$ à 1 250 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 500 \$ à 2 500 \$ dans les autres cas quiconque, à moins de 50 mètres du terrain sur lequel se trouve une installation ou un local où sont offerts des services d'interruption volontaire de grossesse, manifeste, de quelque manière que ce soit, ou effectue toute autre forme d'intervention afin :

1° de tenter de dissuader une femme d'obtenir un tel service ou de contester ou de condamner son choix de l'obtenir ou de l'avoir obtenu;

2° de tenter de dissuader une personne d'offrir un tel service ou de participer à son offre ou de contester ou de condamner son choix de l'offrir, de participer à son offre ou de travailler dans un tel lieu.

711. Quiconque menace ou intimide une personne qui se rend dans une installation ou un local où sont offerts des services d'interruption volontaire de grossesse, qui tente d'y accéder ou qui en sort est passible d'une amende de 500 \$ à 2 500 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 1 000 \$ à 5 000 \$ dans les autres cas.

712. Quiconque entrave ou tente d'entraver de quelque façon que ce soit l'exercice des fonctions d'un inspecteur ou d'un enquêteur, notamment en le trompant par réticence ou par fausse déclaration ou, dans le cas d'un inspecteur, en refusant de lui fournir un document ou un fichier qu'il peut exiger en vertu de la présente loi, est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 15 000 \$ à 150 000 \$ dans les autres cas.

713. Les montants minimal et maximal des amendes prévus par la présente loi sont portés au double pour une première récidive et au triple pour toute récidive additionnelle.

En outre, lorsque le contrevenant commet une infraction prévue à une disposition de la présente loi alors qu'une déclaration de culpabilité a été antérieurement prononcée contre lui en raison d'une infraction à une telle disposition et que, abstraction faite des montants prévus en cas de récidive, le montant de l'amende minimal prévu pour la première infraction était égal ou supérieur à celui prévu pour l'infraction subséquente, les montants minimal et maximal de l'amende deviennent, si le poursuivant les réclame, ceux prévus en cas de récidive ou, le cas échéant, de récidive additionnelle.

Le présent article s'applique dans la mesure où la déclaration antérieure de culpabilité a été prononcée au cours des deux années précédant la perpétration de l'infraction subséquente, ou au cours des cinq années précédentes si le montant minimal de l'amende de laquelle était passible le contrevenant pour l'infraction antérieure était celui prévu aux articles 702, 705, 707, 708 ou 712. Les montants des amendes prévus pour une récidive additionnelle s'appliquent si l'infraction antérieure a été sanctionnée à titre de récidive.

714. Lorsqu'une infraction à la présente loi est commise par un administrateur ou un dirigeant d'une personne morale ou d'un autre groupement, quelle qu'en soit la forme juridique, les montants minimal et maximal de l'amende sont le double de ceux prévus pour la personne physique pour cette infraction.

715. Lorsqu'une infraction à la présente loi se poursuit durant plus d'un jour, elle constitue une infraction distincte pour chaque jour durant lequel elle se poursuit.

716. Quiconque, par un acte ou une omission, aide ou, par un encouragement, un conseil, un consentement, une autorisation ou un ordre, amène une personne à commettre une infraction à la présente loi commet lui-même cette infraction.

717. Dans toute poursuite pénale relative à une infraction à la présente loi, la preuve qu'elle a été commise par un administrateur, un dirigeant, un agent, un mandataire ou un employé de quiconque suffit à établir qu'elle a été commise par ce dernier, à moins que celui-ci n'établisse qu'il a fait preuve de diligence raisonnable en prenant toutes les précautions nécessaires pour en prévenir la perpétration.

718. Lorsqu'une personne morale ou un agent, un mandataire ou un employé de celle-ci, d'une société de personnes ou d'une association non personnalisée commet une infraction à la présente loi, l'administrateur ou le dirigeant de la personne morale, de la société ou de l'association est présumé avoir commis lui-même cette infraction, à moins qu'il n'établisse qu'il a fait preuve de diligence raisonnable en prenant toutes les précautions nécessaires pour en prévenir la perpétration.

Pour l'application du présent article, dans le cas d'une société de personnes, tous les associés, à l'exception des commanditaires, sont présumés être les administrateurs de la société en l'absence de toute preuve contraire désignant l'un ou plusieurs d'entre eux ou un tiers pour gérer les affaires de la société.

719. Dans toute poursuite pénale relative à une infraction à la présente loi, une reproduction d'un document suffit, en l'absence de toute preuve contraire, à établir la preuve des faits qu'elle contient lorsqu'y est jointe une déclaration sous serment de l'inspecteur attestant que celle-ci est une reproduction exacte des renseignements auxquels il a eu accès en application de l'article 640.

720. Dans la détermination de la peine, le juge tient notamment compte du fait que le contrevenant, en commettant l'infraction ou en omettant de prendre des mesures pour empêcher sa perpétration, visait un objectif commercial ou a accru ses revenus ou avait l'intention de le faire.

Le juge qui, en présence du facteur aggravant visé au premier alinéa, impose tout de même une amende minimale doit motiver sa décision.

721. Sur demande du poursuivant, le juge peut imposer au contrevenant, en outre de toute autre peine, une amende additionnelle d'un montant maximal équivalant à tout montant excédentaire que ce dernier a obtenu en raison de la commission de l'infraction, et ce, même si l'amende maximale lui a été imposée. Le juge qui n'impose pas cette amende additionnelle doit motiver sa décision.

722. Toute poursuite pénale pour une infraction à une disposition de la présente loi se prescrit par cinq ans depuis la date de la perpétration de l'infraction.

PARTIE XI

DISPOSITIONS MODIFICATIVES

CODE CIVIL DU QUÉBEC

723. L'article 761 du Code civil du Québec est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « sociaux », de « ou à la personne qui y exerce des activités rémunérées ».

724. L'article 1817 de ce code est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « sociaux », de « ou à la personne qui y exerce des activités rémunérées ».

LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

725. L'article 2 de la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée (chapitre A-2.2) est modifié :

1° par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) »;

2° par le remplacement du paragraphe 3° par le suivant :

« 3° le département territorial de médecine familiale est celui formé en vertu de l'article 372 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace et il exerce les responsabilités qui lui sont confiées sous l'autorité du président-directeur général de l'établissement auquel il est rattaché. ».

726. L'article 5 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « des services professionnels » et de « régional de médecine générale » par, respectivement, « médical » et « territorial de médecine familiale »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « régional » et de « du centre intégré de santé et de services sociaux » par, respectivement, « territorial » et « de l'établissement de Santé Québec ».

727. L'article 7 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement de « régional de médecine générale » par « territorial de médecine familiale »;

b) par le remplacement de « 242 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (chapitre S-4.2) » par « 204 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa et partout où ceci se trouve, de « régional » par « territorial ».

728. L'article 8 de cette loi est modifié par le remplacement, partout où ceci se trouve, de « régional » par « territorial ».

729. L'article 12 de cette loi est modifié par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« Tout médecin omnipraticien soumis à une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) doit, pour exercer sa profession dans une région, obtenir du département territorial de médecine familiale de cette région un avis de conformité au plan territorial des effectifs médicaux visé au paragraphe 1° de l'article 391 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*). Il peut alors exercer sa profession dans la région en respectant les obligations prévues à cet avis. ».

730. L'article 13 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « le ministre » par « Santé Québec ».

731. L'article 15 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « 185.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « 189 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ».

732. L'article 16 de cette loi est modifié par le remplacement de « régional » et de « générale » par, respectivement, « territorial » et « familiale », partout où cela se trouve.

733. Les articles 18 et 19 de cette loi sont modifiés par le remplacement de « régional » par « territorial », partout où cela se trouve.

734. L'article 21 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « régional de médecine générale » et de « des services professionnels » par, respectivement, « territorial de médecine familiale » et « médical »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « du centre intégré de santé et de services sociaux » et de « ce centre » par, respectivement, « de l'établissement » et « cet établissement ».

735. L'article 23 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « des services professionnels ou le département régional de médecine générale » par « médical ou le département territorial de médecine familiale ».

736. L'article 25 de cette loi est modifié par le remplacement, partout où ceci se trouve, de « régional » et de « générale » par, respectivement, « territorial » et « familiale ».

737. L'article 29 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « des services professionnels ou le département régional de médecine générale » par « médical ou le département territorial de médecine familiale ».

738. L'article 72 de cette loi est modifié par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1° du premier alinéa, de « de centre intégré de santé et de services sociaux » par « d'un établissement de Santé Québec ».

739. Cette loi est modifiée par le remplacement de « département régional de médecine générale » par « département territorial de médecine familiale » dans les dispositions suivantes :

1° le paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 4;

2° les articles 6, 17 et 20.

LOI SUR LES ACTIVITÉS CLINIQUES ET DE RECHERCHE EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

740. L'article 2 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01) est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

741. L'article 3 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

742. L'article 4 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le dernier alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

743. L'article 41.2 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de «Le gouvernement» par «Santé Québec»;

b) par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)»;

2° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de «ministre» par «Santé Québec», partout où cela se trouve, avec les adaptations nécessaires.

744. L'article 42 de cette loi est modifié par l'insertion, après «ministre», de «ou Santé Québec», partout où cela se trouve.

745. Cette loi est modifiée par le remplacement de «ministre» par «Santé Québec» dans les dispositions suivantes, avec les adaptations nécessaires :

1° l'article 6;

2° le dernier alinéa de l'article 11;

3° les articles 13,15 et 16;

4° le premier alinéa de l'article 17;

5° l'article 18;

6° l'article 19, partout où cela se trouve;

7° le dernier alinéa des articles 20 et 21;

8° les articles 23 et 24;

9° le premier alinéa de l'article 25;

10° les articles 26.1 et 28;

11° les articles 29 et 32 à 35, partout où cela se trouve.

LOI SUR LES ACTIVITÉS FUNÉRAIRES

746. L'article 2 de la Loi sur les activités funéraires (chapitre A-5.02) est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 2° du premier alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

747. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 78, du suivant :

« **78.1.** Un établissement doit, lorsqu'il est responsable d'un cadavre donné à une institution d'enseignement, prendre les mesures nécessaires pour acheminer celui-ci à cette institution. ».

748. L'article 99 de cette loi est modifié par le remplacement de « le ministre peut, lors de la délivrance d'un permis d'entreprise de services funéraires pour l'année 2020 et, par la suite » par « Santé Québec peut ».

749. Cette loi est modifiée par le remplacement de « ministre » par « Santé Québec » dans les dispositions suivantes, avec les adaptations nécessaires :

- 1° l'article 7, partout où cela se trouve;
- 2° l'article 8;
- 3° l'article 10, partout où cela se trouve;
- 4° les articles 11 et 14;
- 5° le premier alinéa de l'article 15;
- 6° le deuxième alinéa de l'article 17;
- 7° l'article 19, partout où cela se trouve;
- 8° l'intitulé de la section II du chapitre II;
- 9° les articles 23 à 25, partout où cela se trouve;
- 10° l'article 26;
- 11° les articles 27 à 29, partout où cela se trouve;
- 12° les articles 30 et 31;
- 13° les articles 39 et 42, partout où cela se trouve;
- 14° l'article 43;

- 15° les articles 47 et 49, partout où cela se trouve;
- 16° l'article 50;
- 17° les articles 51, 53 et 54, partout où cela se trouve;
- 18° l'article 55;
- 19° le deuxième alinéa de l'article 65;
- 20° les articles 68 et 73;
- 21° l'article 76, partout où cela se trouve;
- 22° le premier alinéa de l'article 77;
- 23° l'article 78, partout où cela se trouve;
- 24° le premier alinéa de l'article 80;
- 25° les articles 81 à 83, 85 et 91;
- 26° les articles 92 et 98, partout où cela se trouve;
- 27° l'article 105.

LOI SUR L'ADMINISTRATION FINANCIÈRE

750. L'article 83.1 de la Loi sur l'administration financière (chapitre A-6.001) est modifié par le remplacement du sous-paragraphe *b* du paragraphe 2° du premier alinéa par le sous-paragraphe suivant :

«*b*) un établissement public visé par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ainsi que la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik; ».

751. L'annexe 2 de cette loi est modifiée :

- 1° par la suppression de « Corporation d'urgences-santé »;
- 2° par l'insertion, selon l'ordre alphabétique, de « Santé Québec » et de « Urgences-santé ».

LOI SUR L'ASSURANCE-HOSPITALISATION

752. L'article 1 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) est modifié :

1° par le remplacement, dans le paragraphe *d*, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)»;

2° par le remplacement, dans le paragraphe *e*, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux » par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis »;

3° par le remplacement, dans le paragraphe *f*, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux » par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis »;

4° par le remplacement du paragraphe *h* par le suivant :

«*h*) «instance régionale» désigne la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ou le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. ».

753. L'article 2 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» et de «agence» par, respectivement, «Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)» et «instance régionale»;

2° par le remplacement du deuxième alinéa par les suivants :

«Le ministre s'assure que Santé Québec attribue aux établissements publics au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) qui exploitent un centre hospitalier les sommes nécessaires au financement du coût des services assurés qu'ils fournissent.

Le financement des services assurés fournis par les établissements visés aux premier et deuxième alinéas est fait conformément aux dispositions de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis, selon le cas. ».

754. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 2.1, du suivant :

«**2.2.** Les droits exigibles d'un résident du Québec qui ne détient pas de carte d'assurance maladie ou de carte d'admissibilité délivrée conformément à la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) pour l'obtention de services de santé et de services sociaux, qu'il s'agisse ou non de services assurés, sont prévus par règlement du ministre.

Les droits exigibles d'une personne qui n'est pas un tel résident pour l'obtention de services de santé et de services sociaux correspondent aux droits déterminés en application du premier alinéa auxquels est ajoutée une surcharge équivalant à deux fois ces droits.

La surcharge n'est toutefois pas exigible d'un bénéficiaire de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001).».

755. L'article 10 de cette loi est modifié, dans le paragraphe 7:

1° par l'insertion, après «établissement», de «ou Santé Québec, selon le cas,»;

2° par le remplacement, dans le texte anglais, de «Minister» par «Board».

LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

756. L'article 1 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié, dans le premier alinéa :

1° par le remplacement, dans le paragraphe *n*, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)»;

2° par le remplacement, dans le paragraphe *o*, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis».

757. L'article 3 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du paragraphe *b* du premier alinéa par le paragraphe suivant :

«*b*) les services de chirurgie maxillo-faciale ou buccale déterminés par règlement et qui sont requis au point de vue dentaire et qui sont rendus par un dentiste dans un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire de Santé Québec ou dans une installation maintenue par un établissement qui

exploite un centre hospitalier, pourvu toutefois, s'ils sont rendus au Québec, qu'ils le soient dans un centre hospitalier universitaire ou un institut universitaire de Santé Québec déterminé par règlement ou dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier par un dentiste autorisé à exercer sa profession dans ce centre;»;

2° par le remplacement, dans les sixième et huitième alinéas, de «un établissement reconnu à cette fin par le ministre» par «Santé Québec, pour son établissement reconnu à cette fin par le ministre,»;

3° par le remplacement, dans le treizième alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

758. L'article 13 de cette loi est modifié, dans le quatrième alinéa :

1° par le remplacement de «Un établissement» par «Santé Québec, un établissement»;

2° par l'insertion, après «qu'il», de « , ou, dans le cas de Santé Québec, que son établissement,».

759. L'article 13.2 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement de «Seul un établissement visé dans le sixième alinéa de l'article 3 a droit d'exiger de la Régie» par «Seule Santé Québec a le droit d'exiger de la Régie, pour ses établissements visés au sixième alinéa de l'article 3»;

b) par le remplacement de «qu'il a» par «qu'ils ont», partout où cela se trouve;

c) par le remplacement de «cet établissement» par «Santé Québec»;

2° par le remplacement de «il» par «elle», partout où cela se trouve.

760. L'article 14 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «Un établissement visé dans le sixième alinéa de l'article 3 n'a droit» par «Santé Québec n'a droit, pour ses établissements visés au sixième alinéa de l'article 3,».

761. L'article 15 de cette loi est modifié, dans le premier alinéa :

1° par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de « 333.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « 508 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou à l'article 333.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) »;

2° par le remplacement, dans le paragraphe 3°, de « au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 333.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « à l'article 504 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 333.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ».

762. L'article 15.1 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « 481 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou du premier alinéa de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ».

763. L'article 19 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le troisième alinéa et après « consultation », de « de Santé Québec et »;

2° par le remplacement, dans le cinquième alinéa, de « 360 et suivants de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « 394 et suivants de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou en vertu des articles 360 et suivants de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) »;

3° par le remplacement, dans le septième alinéa, de « régionaux des effectifs médicaux visés à l'article 377 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « territoriaux des effectifs médicaux visés à l'article 405 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou des plans régionaux des effectifs médicaux visés à l'article 377 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis »;

4° par le remplacement, dans le onzième alinéa, de « du conseil d'administration de l'établissement » par « de Santé Québec, lorsqu'il s'agit de son établissement, ou du conseil d'administration de l'établissement, dans les autres cas, »;

5° par le remplacement, dans le treizième alinéa, de « les agences et les établissements » par « la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, Santé Québec, lorsqu'il s'agit de son établissement, ou l'établissement, dans les autres cas »;

6° dans le quatorzième alinéa :

a) par le remplacement de « une agence » par « la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James »;

b) par l'ajout, à la fin, de la phrase suivante : « Lorsqu'une entente concerne un établissement de Santé Québec, le ministre doit la consulter. ».

764. L'article 19.1 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « en stage de formation », de « auprès des établissements visés à un contrat conclu conformément à l'article 353 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), ».

765. L'article 22 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le paragraphe *d* du deuxième alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) »;

2° par l'insertion, dans le cinquième alinéa et après « établissement », de « ni de Santé Québec, selon le cas, »;

3° par le remplacement, dans le paragraphe 1° du neuvième alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ».

766. L'article 22.0.0.0.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « dont le permis » et de « paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 333.7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par, respectivement, « sans autorisation ou dont le permis ou l'autorisation » et « paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 506 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 333.7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) »;

2° par le remplacement du dernier alinéa par le suivant :

«L'interdiction de rémunération prévue aux premier et deuxième alinéas s'applique dès la réception, par la Régie :

1° de la copie de la décision du ministre ou de Santé Québec, selon le cas, de suspendre, de révoquer ou de refuser de renouveler le permis ou l'autorisation, ou;

2° de l'avis du ministre ou de Santé Québec, selon le cas, l'informant que le centre médical spécialisé, le laboratoire ou le centre de procréation assistée est exploité sans permis ou sans autorisation. ».

767. Les articles 22.0.0.0.2 et 22.0.0.1 de cette loi sont modifiés par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

768. L'article 22.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « Un établissement » et de « un établissement » par « Santé Québec ou un établissement, selon le cas, »;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « un établissement » par « Santé Québec ou un établissement, selon le cas, ».

769. L'article 22.1.0.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « un établissement » par « Santé Québec ou un établissement, selon le cas »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « un établissement » par « Santé Québec ou un établissement, selon le cas »;

3° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « un établissement » par « Santé Québec ou un établissement, selon le cas, ».

770. L'article 22.2 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le dernier alinéa, de « un établissement » par « Santé Québec ou à un établissement, selon le cas, ».

771. Les articles 30 et 30.1 de cette loi sont modifiés par l'insertion, dans le premier alinéa et après « estime », de « , après consultation de Santé Québec, ».

772. L'article 38.7 de cette loi est modifié par le remplacement de « un établissement » par « Santé Québec, ou à un établissement, selon le cas ».

773. L'article 48 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après «de même que», de «Santé Québec et».

774. L'article 65 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le premier alinéa et après «et pharmaciens», de «ou au conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, selon le cas,»;

2° dans le cinquième alinéa :

a) par l'insertion, après «établissement», de «, à tout département territorial de médecine familiale visé par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*)»;

b) par l'insertion, avant «(chapitre S-4.2)», de «pour les Inuit et les Naskapis»;

c) par le remplacement de «du deuxième alinéa de l'article 91 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2)» et de «au ministre de la Santé et des Services sociaux» par, respectivement, «de l'article 411 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace» et «à Santé Québec»;

3° dans le sixième alinéa :

a) par l'insertion, après «ministre», de «ou à Santé Québec, selon le cas,»;

b) par le remplacement de «ses» et de «qu'il» par, respectivement, «leurs» et «que l'un d'eux»;

4° par l'insertion, dans le huitième alinéa et après «Justice,», de «Santé Québec,».

775. L'article 66.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «ou au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement» par «, à Santé Québec ou au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou au conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes d'un établissement, selon le cas»;

2° dans le troisième alinéa :

a) par le remplacement de «à une agence visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2),» par «à un établissement de Santé Québec ou à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik»;

b) par la suppression de « ainsi qu'au regroupement des agences de la santé et des services sociaux ».

776. L'article 67 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le troisième alinéa et après « ministre », de « ou à Santé Québec, »;

2° par l'insertion, dans le sixième alinéa et après « Québec », de « , à Santé Québec »;

3° par le remplacement, dans le huitième alinéa, de « à un directeur de santé publique, » par « à Santé Québec, à un directeur de santé publique, »;

4° dans le dixième alinéa :

a) par l'insertion, après « sociaux », de « ou à Santé Québec »;

b) par le remplacement de « le conseiller », de « qu'il soumet », de « le saisir » et de « celui-ci » par, respectivement, « les conseiller », « qu'ils soumettent », « les saisir » et « l'un deux ».

777. L'article 68 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « Un établissement » par « Santé Québec ou un établissement, selon le cas, ».

778. L'article 68.2 de cette loi est modifié par l'insertion, après « sociaux », de « ou Santé Québec, selon le cas, ».

779. L'article 69 de cette loi est modifié par l'insertion, dans les paragraphes *h.1* et *h.2.1* du premier alinéa et après « établissement », de « de Santé Québec ».

780. L'article 77.1.1 de cette loi est modifié, dans le premier alinéa :

1° par l'insertion, après « un avis », de « de Santé Québec en vertu de l'article 217 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou »;

2° par l'insertion, avant « (chapitre S-4.2) », de « pour les Inuit et les Naskapis ».

LOI SUR L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

781. Les articles 8 et 78 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01) sont modifiés par le remplacement de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

782. L'article 80.3 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

LOI VISANT À PRÉVENIR LES CANCERS DE LA PEAU CAUSÉS PAR LE BRONZAGE ARTIFICIEL

783. L'article 2 de la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (chapitre C-5.2) est modifié par le remplacement de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

784. L'article 8 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de «le ministre» par «Santé Québec».

785. L'article 10 de cette loi est modifié par le remplacement des paragraphes 1° et 2° du premier alinéa par le paragraphe suivant :

«1° Santé Québec;».

786. L'article 11 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de «le ministre, le président-directeur général de l'agence» par «le président et chef de la direction de Santé Québec, le président-directeur général de la régie régionale».

LOI ENCADRANT LE CANNABIS

787. L'article 9 de la Loi encadrant le cannabis (chapitre C-5.3) est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

788. L'article 12 de cette loi est modifié, dans le premier alinéa :

1° par le remplacement du paragraphe 1° par le suivant :

«1° les installations maintenues par un établissement de santé ou de services sociaux visé par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux

pour les autochtones cris (chapitre S-5) ainsi que les locaux où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire visée par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace et la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis, sauf si ces locaux sont situés à l'intérieur d'une résidence privée; »;

2° par le remplacement, dans le paragraphe 9°, de « du deuxième alinéa de l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « de l'article 483 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace et du deuxième alinéa de l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ».

789. L'article 64 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après « exiger », de « de Santé Québec, ».

790. Cette loi est modifiée par le remplacement de « ministre » par « Santé Québec » dans les dispositions suivantes, avec les adaptations nécessaires :

- 1° l'article 69;
- 2° l'article 74;
- 3° l'article 83, partout où cela se trouve;
- 4° le premier alinéa de l'article 84.

LOI SUR LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

791. L'article 4 de la Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (chapitre C-32.1.1) est modifié, dans le paragraphe 2° :

1° par le remplacement des sous-paragraphes *d* et *e* par les suivants :

« *d*) un président-directeur général d'un établissement de Santé Québec nommé après consultation de son conseil d'administration;

« *e*) un membre du conseil d'administration de Santé Québec, nommé après consultation d'organismes représentatifs des membres des comités d'usagers; »;

2° par le remplacement du sous-paragraphe *g* par le suivant :

« *g*) une personne possédant une expertise en éthique, nommée après consultation d'au moins deux universités qui dispensent des programmes de formation en philosophie ou en éthique et des conseils d'établissements dotés d'un comité d'éthique de la recherche ou d'un comité d'éthique clinique. ».

792. L'article 16 de cette loi est abrogé.

793. L'article 18 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 3° du deuxième alinéa, de « du ministre et » par « de Santé Québec et du ministre, ainsi que ».

794. L'article 25 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du paragraphe 1° par le suivant :

« 1° elle est à l'emploi du ministère de la Santé et des Services sociaux, de Santé Québec, du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, d'un établissement privé de santé et de services sociaux ou de tout autre organisme fournissant des services liés au domaine de la santé et des services sociaux et recevant une subvention du ministre, de Santé Québec ou d'un ordre professionnel du domaine de la santé et des services sociaux; »;

2° par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « l'article 259.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « l'article 235 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de l'article 259.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

LOI SUR LES CONTRATS DES ORGANISMES PUBLICS

795. L'article 4 de la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1) est modifié par l'insertion, dans le paragraphe 6° du premier alinéa et avant « (chapitre S-4.2) », de « pour les Inuit et les Naskapis ».

796. L'article 8 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

« Le président et chef de la direction de Santé Québec peut déléguer tout ou partie des fonctions devant être exercées par le dirigeant de l'organisme au président-directeur général d'un établissement public visé par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou à une autre personne qui exerce des responsabilités de direction sous l'autorité immédiate du président et chef de la direction. ».

LOI SUR L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU PUBLIC DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

797. Le titre de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001) est remplacé par le suivant :

« Loi sur l'équilibre budgétaire de Santé Québec et des établissements publics de santé et de services sociaux ».

798. L'article 1 de cette loi est modifié par le remplacement de « des établissements publics du réseau de la santé et des » par « de Santé Québec et des établissements publics de santé et de ».

799. Les articles 3 et 4 de cette loi sont remplacés par les suivants :

«**3.** Santé Québec doit, en cours d'année financière, maintenir l'équilibre entre ses dépenses et ses revenus.

Il en est de même de chaque établissement public.

«**4.** Santé Québec ne doit pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Il en est de même de tout établissement public. ».

800. L'article 5 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« Dès le début d'une année financière, le ministre transmet à Santé Québec l'enveloppe budgétaire qui lui est allouée conformément à la Loi sur l'administration financière (chapitre A-6.001) pour la réalisation de sa mission. Il transmet également aux instances régionales que sont la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James l'enveloppe budgétaire allouée à chacune conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) aux fins d'assurer le financement des dépenses relatives à la prestation des services que les établissements publics sont appelés à fournir. »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « chaque agence » par « Santé Québec et à chaque instance régionale »;

3° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de « une agence » et de « de sa région. L'agence » par, respectivement, « Santé Québec et à une instance régionale » et « dont elle est responsable. Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, ».

801. L'article 6 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement de « l'agence » par « l'instance régionale »;

b) par l'insertion, après la première phrase, de la suivante : « Dans le même délai, Santé Québec fait connaître au président-directeur général de chacun de ses établissements le montant des sommes qu'elle affecte aux budgets de fonctionnement de ces établissements. »;

c) par le remplacement de « que l'agence » par « que l'instance régionale ou que Santé Québec, selon le cas, »;

2° dans le deuxième alinéa :

a) par le remplacement de « L'agence » par « L'instance régionale »;

b) par l'ajout, à la fin, de la phrase suivante : « Santé Québec fait de même à l'égard du président-directeur général de chacun de ses établissements. ».

802. L'article 7 de cette loi est modifié par le remplacement de « agence » par « instance régionale », partout où cela se trouve.

803. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 7, du suivant :

« **7.1.** Dans les trois semaines de la date à laquelle Santé Québec lui fait connaître les éléments prévus à l'article 6, le président-directeur général d'un établissement de Santé Québec adopte le budget annuel de fonctionnement de cet établissement.

Le budget maintient l'équilibre entre, d'une part, les dépenses et, d'autre part, les ressources financières allouées à cet établissement par Santé Québec conformément à l'article 6. ».

804. L'article 8 de cette loi est modifié par le remplacement de « agence » par « instance régionale ».

805. L'article 10 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le premier alinéa et après « public », de « qui dessert le territoire d'une instance régionale »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « l'agence » par « l'instance régionale ».

806. L'article 14 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement de « ne se conforme pas aux prescriptions de l'article 7, que les dépenses d'un établissement public excèdent ses revenus ou qu'une agence » par « qui dessert le territoire d'une instance régionale ne se conforme pas aux prescriptions de l'article 7, que les dépenses d'un tel établissement public excèdent ses revenus ou qu'une instance régionale »;

2° par le remplacement de « cette agence » par « cette instance régionale »;

3° par l'insertion, après « sociaux », de « pour les Inuit et les Naskapis ».

807. Cette loi est modifiée par l'insertion, après « public », de « qui dessert le territoire d'une instance régionale » dans les dispositions suivantes :

- 1° le premier alinéa de l'article 9;
- 2° l'article 11, partout où cela se trouve;
- 3° l'article 12;
- 4° l'article 13.

LOI ASSURANT L'EXERCICE DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES EN VUE DE LEUR INTÉGRATION SCOLAIRE, PROFESSIONNELLE ET SOCIALE

808. L'article 1 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (chapitre E-20.1) est modifié par le remplacement, dans le paragraphe c, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou au sens » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou ».

LOI SUR LA GOUVERNANCE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

809. L'article 15 de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (chapitre G-1.02) est modifié par l'insertion, dans le paragraphe 15° et après « Retraite Québec, », de « Santé Québec ».

810. L'annexe 1 de cette loi est modifiée :

- 1° par la suppression de « Corporation d'urgences-santé »;
- 2° par l'insertion, selon l'ordre alphabétique, de « Santé Québec » et de « Urgences-santé ».

LOI SUR HÉMA-QUÉBEC ET SUR LE COMITÉ DE BIOVIGILANCE

811. L'article 3 de la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (chapitre H-1.1) est modifié, dans le deuxième alinéa :

- 1° par l'insertion, dans le paragraphe 8° et après « sociaux », de « , de Santé Québec »;
- 2° par l'insertion, dans le paragraphe 12° et après « sociaux », de « ou Santé Québec ».

812. L'article 13 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Le gouvernement peut également désigner un dirigeant ou un employé de Santé Québec pour assister aux réunions du conseil d'administration.».

813. L'intitulé de la section V du chapitre I de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, de «ET DE SANTÉ QUÉBEC».

814. L'article 31.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Le ministre» par «Santé Québec», avec les adaptations nécessaires;

2° par la suppression, dans le quatrième alinéa, de «signé par le ministre».

815. Les articles 33 et 34 de cette loi sont remplacés par les suivants :

«**33.** Lorsque Santé Québec assume l'administration provisoire d'Héma-Québec, elle doit transmettre au ministre, dans les plus brefs délais, un rapport préliminaire de ses constatations, accompagné de ses recommandations.

Santé Québec doit, avant de soumettre son rapport au ministre, donner à Héma-Québec l'occasion de présenter ses observations. Elle joint à son rapport un résumé des observations qu'on lui a faites.

«**34.** Le ministre peut, après avoir reçu le rapport préliminaire de Santé Québec, lui demander qu'elle poursuive, pour une période d'au plus trois mois, l'administration provisoire d'Héma-Québec ou qu'elle y mette fin dans le délai qu'il indique.

Lorsque le ministre demande à Santé Québec de poursuivre l'administration provisoire, il indique si tous ou certains seulement des pouvoirs du conseil d'administration seront suspendus et exercés par Santé Québec.».

816. L'article 35 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Le ministre doit faire un rapport au gouvernement dès qu'il» par «Santé Québec doit faire un rapport au ministre dès qu'elle»;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «gouvernement peut, après avoir reçu un rapport du ministre» par «ministre peut, après avoir reçu un rapport de Santé Québec».

817. L'article 36 de cette loi est modifié par le remplacement de «du ministre» par «de Santé Québec».

818. L'article 46 de cette loi est modifié par le remplacement du paragraphe 2° du premier alinéa par le paragraphe suivant :

« 2° une personne œuvrant pour la direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James ou d'une région sociosanitaire au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*); ».

819. Cette loi est modifiée :

1° par le remplacement de « Le ministre » et de « le ministre » par « Santé Québec » dans les dispositions suivantes, avec les adaptations nécessaires :

- a) le premier alinéa de l'article 31.2;
- b) l'article 31.4;
- c) l'article 32, partout où cela se trouve;

2° par le remplacement de « le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux » par « Santé Québec » dans les dispositions suivantes :

- a) l'article 47;
- b) le deuxième alinéa de l'article 49.

LOI SUR L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

820. L'article 5 de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (chapitre I-13.03) est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 9°, de « 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « 334 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), à l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

821. L'article 42 de cette loi est modifié par le remplacement de « régionaux d'effectifs médicaux prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « territoriaux d'effectifs médicaux prévus par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et des plans régionaux prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

LOI SUR L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

822. L'article 3 de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (chapitre I-13.1.1) est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « les agences visées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « la régie régionale instituée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

823. L'article 20 de cette loi est modifié par le remplacement du deuxième alinéa par le suivant :

« Santé Québec et les établissements visés par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), la régie régionale et les établissements visés à la partie IV.1 et la partie IV.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ainsi que les établissements et le conseil régional visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), doivent alors, sauf disposition contraire, mettre à la disposition de l'Institut toutes les informations qu'il requiert. Ils doivent également fournir à l'Institut, dans la mesure du possible, toute l'aide nécessaire à l'accomplissement des travaux qu'il effectue à la demande expresse du ministre. ».

824. L'article 22 de cette loi est modifié par le remplacement de « régionaux d'effectifs médicaux prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « territoriaux d'effectifs médicaux prévus par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et des plans régionaux prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

825. L'article 33 de cette loi est modifié :

1° par la suppression du deuxième alinéa;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « Ces politiques doivent être approuvées » par « Cette politique doit être approuvée ».

LOI SUR LA JUSTICE ADMINISTRATIVE

826. L'article 24 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3) est modifié :

1° par l'insertion, après « bénéficiaire », de « ou un usager »;

2° par le remplacement de « et aux certificats d'entreprises adaptées » par «, aux certificats d'entreprises adaptées et aux autorisations d'exercer certaines activités ».

827. L'article 119 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le paragraphe 5.2° et avant «(chapitre S-4.2)», de «pour les Inuit et les Naskapis»;

2° par le remplacement du paragraphe 6° par les suivants :

«5.3° un recours formé en vertu de l'un des articles 517 ou 540 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), portant sur le refus d'accorder une autorisation temporaire, sur le refus d'accorder ou de renouveler une autorisation régulière ou sur la révocation de l'une de ces autorisations;

«6° un recours formé en vertu de l'article 565 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, en vertu de l'article 453 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou en vertu de l'article 182.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), portant sur la décision d'évacuer et de reloger des personnes hébergées dans tout lieu où sont exercées sans autorisation ou sans permis des activités nécessitant une telle autorisation ou un tel permis;».

828. L'article 1 de l'annexe I de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 5°, de «l'article 517 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «l'article 661 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de l'article 517 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

829. L'article 3 de l'annexe I de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le paragraphe 9° et après «santé et les services sociaux», de «pour les Inuit et les Naskapis»;

2° par l'insertion, dans le paragraphe 11° et après «530.97 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux», de «pour les Inuit et les Naskapis»;

3° par le remplacement du paragraphe 12° par les suivants :

«12° les recours formés par des médecins, des dentistes, des pharmaciens ou des sages-femmes en vertu des articles 162, 232, 233 ou 246 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et ceux formés par de telles personnes en vertu des articles 205, 252, 253 ou 259.8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis;

«12.0.1° les recours formés par les demandeurs ou les titulaires d'une autorisation en vertu des articles 517 ou 540 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace;»;

4° par l'insertion, dans le paragraphe 12.1° et après « sociaux », de « pour les Inuit et les Naskapis »;

5° par l'insertion, dans le paragraphe 13° et avant « ou de l'article 148 », de « pour les Inuit et les Naskapis »;

6° par le remplacement, dans le paragraphe 14°, de « l'article 453 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « l'article 565 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, de l'article 453 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis »;

7° par l'ajout, à la fin, du paragraphe suivant :

« 15° les recours contre les décisions en réexamen confirmant l'imposition d'une sanction administrative pécuniaire, formés en vertu de l'article 691 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. ».

LOI SUR LES LABORATOIRES MÉDICAUX ET SUR LA CONSERVATION DES ORGANES ET DES TISSUS

830. L'article 1 de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2) est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans le paragraphe *a*, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) »;

b) par le remplacement, dans le paragraphe *a.3*, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis »;

c) par la suppression du paragraphe *g.1*;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ».

831. L'article 2 de cette loi est modifié par la suppression du paragraphe *g*.

832. L'article 65 de cette loi est modifié par le remplacement de « le ministre peut, par lui-même ou » par « Santé Québec peut, », avec les adaptations nécessaires.

833. Cette loi est modifiée par le remplacement de « ministre » par « Santé Québec » dans les dispositions suivantes, avec les adaptations nécessaires :

- 1° l'article 31;
- 2° le premier alinéa de l'article 34;
- 3° l'article 36, partout où cela se trouve;
- 4° l'article 40;
- 5° les articles 40.3.4, 41 et 67.1.

LOI CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

834. L'article 2 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (chapitre L-6.2) est modifié :

- 1° par le remplacement du paragraphe 1° par les suivants :

« 1° les installations maintenues par un établissement de santé et de services sociaux visé par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

« 1.1° les locaux où sont offerts des services d'une ressource intermédiaire visée par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace et par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis, sauf si ces locaux sont situés à l'intérieur d'une demeure; »;

2° par le remplacement, dans le paragraphe 7.1°, de « du deuxième alinéa de l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ».

835. L'article 5.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Tout établissement de santé et de services sociaux » par « Santé Québec ainsi que tout établissement de santé et de services sociaux autre que l'un des siens »;

2° par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après « d'un établissement », de « d'enseignement de niveau collégial ou universitaire »;

3° par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Le plus haut dirigeant d'un établissement de santé et de services sociaux doit, tous les deux ans, faire rapport au conseil d'administration de Santé Québec de l'application de la politique visée au premier alinéa. ».

836. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 5.1, du suivant :

«**5.2.** Au plus tard le 31 mars de chaque année, Santé Québec doit faire rapport au ministre de l'application des politiques de lutte contre le tabagisme à l'échelle nationale. ».

837. L'article 20.3.2 de cette loi est modifié par le remplacement, partout où ceci se trouve dans le troisième alinéa, de « au ministre » par « à Santé Québec ».

838. L'article 20.4 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « le ministre » et de « au ministre » par, respectivement, « Santé Québec » et « à Santé Québec ».

839. L'article 32 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans les premier et deuxième alinéas, de « le ministre » par « Santé Québec »;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « le ministre » par « le président et chef de la direction de Santé Québec ».

840. L'article 38.0.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Le ministre » par « Santé Québec »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « le ministre » par « le président et chef de la direction de Santé Québec ou par une personne qu'il désigne ».

841. Cette loi est modifiée par le remplacement de « le ministre » par « Santé Québec » dans les dispositions suivantes, avec les adaptations nécessaires :

1° le quatrième alinéa de l'article 4.1;

2° l'article 20.3.1;

3° le premier alinéa de l'article 34.1;

4° le deuxième alinéa de l'article 35;

5° l'article 58;

6° le premier alinéa de l'article 60.

LOI VISANT À LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ÂÎNÉS ET TOUTE AUTRE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

842. L'article 2 de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3) est modifié :

1° par le remplacement, dans la définition de «commissaire local aux plaintes et à la qualité des services», de «un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services nommé en vertu de l'article 30 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «un commissaire aux plaintes et à la qualité des services nommé en vertu de l'article 600 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services nommé en vertu de l'article 30 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)»;

2° par le remplacement, dans la définition de «établissement», de «Loi sur les services de santé et les services sociaux» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis»;

3° par le remplacement, dans la définition de «résidence privée pour aînés», de «346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux» par «483 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou de l'article 346.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis».

843. L'article 3 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «L'établissement» par «Santé Québec, pour chacun de ses établissements, ou le conseil d'administration de l'établissement, selon le cas,»;

2° dans le quatrième alinéa :

a) par le remplacement, dans le paragraphe 3°, de «au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services» par «à Santé Québec ou au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, selon le cas»;

b) par le remplacement, dans le paragraphe 4°, de «au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services» par «à Santé Québec ou au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, selon le cas,»;

c) par le remplacement, dans le paragraphe 6°, de « le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services » par « Santé Québec ou le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, selon le cas, »;

3° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de « du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du centre intégré de santé et de services sociaux qui a compétence, conformément à l'article 50.1 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) » par « de Santé Québec ».

844. L'article 4 de cette loi est modifié par le remplacement du paragraphe 1° par le suivant :

« 1° une ressource intermédiaire, une ressource de type familial et tout autre organisme, société ou personne auquel Santé Québec ou le conseil d'administration de l'établissement, selon le cas, recourt pour la prestation de ses services, notamment par entente visée à l'article 445 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), à l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou à l'article 124 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5); ».

845. L'article 4.2 de cette loi est modifié par le remplacement de « L'établissement » par « Santé Québec, pour chacun de ses établissements, ou le conseil d'administration de l'établissement, selon le cas, ».

846. L'article 6 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services » par « à Santé Québec ou au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, selon le cas »;

2° dans le deuxième alinéa :

a) par le remplacement de « Un centre intégré de santé et de services sociaux institué par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) et une instance locale au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Un établissement de Santé Québec et une instance locale au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) »;

b) par l'insertion, après « 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » de « pour les Inuit et les Naskapis ».

847. L'article 7 de cette loi est modifié par le remplacement de «L'établissement» par «Santé Québec, pour chacun de ses établissements, ou le conseil d'administration de l'établissement, selon le cas,».

848. L'article 9 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de «du centre intégré de santé et de services sociaux» par «de l'établissement de Santé Québec».

849. L'article 14 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le premier alinéa et après «bilan de ses activités», de «ou dans le rapport de ses activités, selon le cas»;

2° par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1° du deuxième alinéa, de «du commissaire local,» par «ou le rapport annuel des activités du commissaire local, selon le cas,»;

3° par le remplacement, dans le paragraphe 4° du deuxième alinéa, de «au conseil d'administration de l'établissement concerné» par «au président-directeur général, lorsqu'il s'agit d'un établissement de Santé Québec, ou au conseil d'administration de l'établissement, dans les autres cas,»;

4° par le remplacement du dernier alinéa par le suivant :

«S'il s'agit du commissaire local d'un établissement de Santé Québec, les informations contenues dans le rapport de ses activités doivent être présentées de façon à distinguer celles qui concernent cet établissement de celles qui concernent les installations des établissements privés situées sur son territoire.».

850. L'article 17 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 1° du premier alinéa, de «un centre intégré de santé et de services sociaux» par «un établissement de Santé Québec».

851. L'article 19 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services» par «Santé Québec ou le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, selon le cas,».

852. L'article 20.5 de cette loi est modifié par le remplacement de «centre intégré de santé et de services sociaux» par «établissement de Santé Québec».

853. L'article 22.4 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Le ministre» par «Sauf à l'égard de ses établissements et des membres de son personnel, Santé Québec».

854. L'article 22.6 de cette loi est modifié par le remplacement de «Le ministre» par «Sauf à l'égard de ses établissements et des membres de son personnel, Santé Québec».

LOI SUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

855. L'article 5.1 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « titulaire d'un certificat de spécialiste en santé communautaire » par « soit titulaire d'un certificat de spécialiste en santé publique et médecine préventive, soit possédant une expérience pertinente de cinq ans à l'exercice de ses fonctions ».

856. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 5.1.1, du suivant :

« **5.1.2.** Le ministre peut définir, si nécessaire, en tenant compte des orientations, des standards, des stratégies, des directives, des règles et des indications d'application pris en vertu de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03) et après consultation du ministre de la Cybersécurité et du Numérique, des orientations et des standards particuliers relativement aux actifs informationnels en soutien à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

Santé Québec est responsable de la mise en œuvre de ces orientations et de ces standards dans le réseau de la santé et des services sociaux. ».

857. Les articles 5.5 et 10.3 de cette loi sont abrogés.

858. L'article 11.7.1 de cette loi est modifié par le remplacement de « une agence de la santé et des services sociaux » par « Santé Québec, par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ».

859. L'article 12.1 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le premier alinéa et après « comptes de la santé », de « et des services sociaux »;

2° par le remplacement, dans le texte anglais du deuxième alinéa, de « health accounts » par « accounts ».

860. L'article 12.2 de cette loi est modifié par l'insertion, dans ce qui précède le paragraphe 1° et après « comptes de la santé », de « et des services sociaux ».

LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES

861. La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) est abrogée.

LOI CONCERNANT LE PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

862. L'article 3 de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (chapitre P-9.0001) est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 3°, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

863. L'article 4 de cette loi est modifié :

1° par la suppression, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de «aux personnes et aux sociétés suivantes»;

2° par le remplacement des paragraphes 12° et 13° par les suivants :

« 12° à un établissement visé par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2);

« 13° à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik instituée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis; »;

3° par l'insertion, après le paragraphe 14°, du suivant :

« 14.1° à Santé Québec; »;

4° par le remplacement, dans le paragraphe 17°, de « 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « 481 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou à l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ».

864. L'article 10 de cette loi est modifié par le remplacement de «ou un établissement» par «, un établissement ou Santé Québec».

865. L'article 13 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement de «une agence de la santé et des services sociaux» par «le ministre ou par tout établissement, tout autre organisme ou toute autre personne lié au réseau de la santé et des services sociaux qu'il délègue»;

2° par le remplacement de «cette dernière» par «le ministre ou le délégataire»;

3° par la suppression de « une entente conclue en vertu de »;

4° par l'insertion, avant « (chapitre S-4.2) », de « pour les Inuit et les Naskapis ».

866. L'article 14 de cette loi est modifié par l'insertion, après « Québec », de « , à Santé Québec ».

867. L'article 17 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après « confier », de « à Santé Québec ou ».

868. L'article 44 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le paragraphe 3° et avant « (chapitre S-4.2) », de « pour les Inuit et les Naskapis ».

869. L'article 53 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après « confier », de « à Santé Québec ou ».

870. L'article 56 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après « confier », de « à Santé Québec ou ».

871. L'article 65 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « directeur général » par « directeur général ou le président-directeur général, selon le cas, ».

872. L'article 94 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après « confier », de « à Santé Québec ou ».

873. L'article 101 de cette loi est modifié par l'insertion, avant « (chapitre S-4.2) », de « pour les Inuit et les Naskapis ».

874. L'article 104 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 1° du premier alinéa, de « 431 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « 19 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de l'article 431 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ».

875. L'article 120 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le paragraphe 2° et après « établissement », de « ou Santé Québec, selon le cas, ».

LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

876. L'article 1 de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) est modifié :

1° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)»;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis».

877. L'article 9 de cette loi est modifié :

1° dans le deuxième alinéa :

a) par le remplacement de «le directeur général de cet établissement» par «le président-directeur général ou le directeur général de cet établissement, selon le cas,»;

b) par le remplacement de «du directeur général» par «du président-directeur général ou du directeur général, selon le cas,»;

2° par le remplacement, dans les troisième et quatrième alinéas, de «du directeur général» par «du président-directeur général ou du directeur général, selon le cas».

878. L'article 10 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «le conseil d'administration et affichées bien en vue à l'intérieur de ses installations» par «Santé Québec, s'il s'agit de l'un de ses établissements, ou par le conseil d'administration, dans les autres cas. Ces règles internes doivent être affichées bien en vue à l'intérieur des installations de l'établissement»;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «332 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

879. L'article 11.1.1 de cette loi est modifié :

1° dans le troisième alinéa :

a) par le remplacement de « du directeur général de l'établissement » par « du président-directeur général ou du directeur général de l'établissement, selon le cas, »;

b) par le remplacement de « du directeur général » par « du président-directeur général ou du directeur général, selon le cas »;

2° par le remplacement, dans le quatrième alinéa, de « le directeur général » par « le président-directeur général ou le directeur général, selon le cas, ».

880. L'article 11.1.2 de cette loi est modifié, dans le troisième alinéa :

1° par le remplacement de « du directeur général de l'établissement » par « du président-directeur général ou du directeur général de l'établissement, selon le cas, »;

2° par le remplacement de « du directeur général. » par « du président-directeur général ou du directeur général, selon le cas. ».

881. L'article 30.4 de cette loi est modifié par le remplacement de la dernière phrase par la suivante : « Il avise aussitôt de sa décision le président-directeur général de l'établissement concerné et Santé Québec, lorsqu'il s'agit de l'un de ses établissements, ou le président-directeur général et le conseil d'administration de l'établissement concerné, dans les autres cas. ».

882. L'article 31.0.1 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « le conseil d'administration de l'établissement » par « Santé Québec, lorsqu'il s'agit de l'un de ses établissements, ou par le conseil d'administration de l'établissement, dans les autres cas, ».

883. L'article 31.1 de cette loi est modifié par le remplacement de « le conseil d'administration qui l'a nommé » par « Santé Québec, lorsqu'il s'agit de l'un de ses établissements, ou par le conseil d'administration de l'établissement qui l'a nommé, dans les autres cas, ».

884. L'article 31.2 de cette loi est modifié par le remplacement de « Le conseil d'administration d'un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse » par « Santé Québec, lorsqu'il s'agit de l'un de ses établissements, ou par le conseil d'administration d'un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, dans les autres cas, ».

885. L'article 31.3 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «Le conseil d'administration de l'établissement» par «Santé Québec, lorsqu'il s'agit de l'un de ses établissements, ou le conseil d'administration de l'établissement, dans les autres cas,».

886. L'article 32 de cette loi est modifié, dans le deuxième alinéa :

1° par le remplacement, dans le paragraphe *a*, de «qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse» par «, autre qu'un établissement de Santé Québec, qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou d'un établissement de Santé Québec qui exploite un tel centre»;

2° par le remplacement, dans le paragraphe *b*, de «qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation» par «, autre qu'un établissement de Santé Québec, qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou d'un établissement de Santé Québec qui exploite un tel centre».

887. L'article 35.4 de cette loi est modifié par l'insertion, après «sociaux», de «pour les Inuit et les Naskapis».

888. L'article 37.4.2 de cette loi est modifié par le remplacement de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

889. L'article 48.1 de cette loi est modifié par le remplacement de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

890. L'article 57.1 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

891. L'article 62 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le dernier alinéa, de «directeur général de l'établissement désigné» par «président-directeur général ou au directeur général de l'établissement désigné, selon le cas,».

892. L'article 63 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement de «le directeur général de l'établissement» par «le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement, selon le cas,»;

b) par le remplacement de «Le directeur général» par «Le président-directeur général ou le directeur général, selon le cas,»;

c) par le remplacement de «du directeur général» par «du président-directeur général ou du directeur général, selon le cas,»;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «le directeur général» par «le président-directeur général ou le directeur général, selon le cas».

893. L'article 64.1 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

894. L'article 70 de cette loi est modifié par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

«Les articles 554 à 561 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ainsi que les articles 490 à 502 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) s'appliquent à tout établissement visé par l'une ou l'autre de ces lois qui ne remplit pas adéquatement l'une ou l'autre des tâches, fonctions et obligations qui lui sont dévolues par la présente loi. Les articles 639 à 644 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ainsi que l'article 489 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis s'appliquent également, avec les adaptations nécessaires, à tout établissement visé par l'une ou l'autre de ces lois afin de constater si la présente loi et les règlements édictés en vertu de celle-ci sont respectés.»

895. L'article 72.8 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le cinquième alinéa, de «Le directeur général de l'établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse» par «Santé Québec ou, selon le cas, le directeur général d'un établissement autre qu'un établissement de Santé Québec qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse».

896. L'article 72.11 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après «sociaux», de «pour les Inuit et les Naskapis».

897. L'article 74.2 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe *e*, de « du directeur général » par « du président-directeur général ou du directeur général, selon le cas ».

898. L'article 96 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe *h* du premier alinéa, de « le directeur général de l'établissement » par « le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement, selon le cas, ».

899. L'article 131.20 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le cinquième alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI

900. L'article 4 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001) est remplacé par le suivant :

« **4.** Lorsque l'examen psychiatrique a été requis d'un établissement, il appartient au directeur médical, dans le cas d'un établissement public au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), ou au directeur des services professionnels, dans les autres cas, de transmettre le rapport du médecin au tribunal qui l'a imposé. À défaut d'un tel directeur, cette fonction revient, respectivement, au président-directeur général ou au directeur général de l'établissement. ».

901. L'article 5 de cette loi est modifié par le remplacement de « les lois sur les services de santé et les services sociaux » par « la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) et par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) ».

902. L'article 7 de cette loi est modifié par le remplacement du deuxième alinéa par le suivant :

« Le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur médical, dans le cas d'un établissement de Santé Québec ou d'un établissement regroupé, ou le directeur des services professionnels, dans les autres cas. À défaut d'un tel directeur, il doit en aviser, respectivement, le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement. ».

LOI VISANT À RECONNAÎTRE ET À SOUTENIR LES PERSONNES PROCHES AIDANTES

903. L'article 19 de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (chapitre R-1.1) est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 3° du premier alinéa, de « consultation de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé instituée en vertu de l'article 436.8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « appel de candidatures auprès des centres hospitaliers universitaires et des instituts universitaires de Santé Québec ».

904. L'article 29 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 4° du premier alinéa, de « consultation de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé » par « appel de candidatures auprès des centres hospitaliers universitaires et des instituts universitaires de Santé Québec ».

905. L'article 34 de cette loi est modifié par le remplacement de « Loi sur les services de santé et les services sociaux » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ».

906. L'article 46 de cette loi est modifié par le remplacement de « 438 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), tel que modifié par l'article 41 de la présente loi, n'empêche » par « 570 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et l'article 438 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) n'empêchent ».

LOI SUR LE RECOUVREMENT DU COÛT DES SOINS DE SANTÉ ET DES DOMMAGES-INTÉRÊTS LIÉS AU TABAC

907. L'article 11 de la Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac (chapitre R-2.2.0.0.1) est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

908. L'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) est modifié :

1° dans le deuxième alinéa :

a) par l'insertion, dans le paragraphe *b* et après « établissements, », de « à Santé Québec, »;

b) par le remplacement, dans le paragraphe *c*, de «sur toute question que celui-ci lui soumet et le saisir de tout problème ou de toute question qu'elle juge de nature à nécessiter une étude ou une action de la part de celui-ci» par «et Santé Québec sur toute question que l'un d'eux lui soumet et les saisir de tout problème ou de toute question qu'elle juge de nature à nécessiter une étude ou une action de la part de ceux-ci»;

c) par le remplacement, dans le paragraphe *h*, de «ou à son» par «et à Santé Québec ou à leur»;

2° par le remplacement, dans le quatrième alinéa, de «une agence visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), un établissement au sens de cette loi, un directeur de santé publique» par «Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, un directeur de santé publique»;

3° dans le sixième alinéa :

a) par l'insertion, après «sur demande du ministre», de «ou de Santé Québec»;

b) par l'insertion, après «au ministre», de «ou à Santé Québec».

909. L'article 7 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 2° du deuxième alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

910. L'article 24.4 de cette loi est modifié par l'insertion, avant «(chapitre S-4.2)», de «pour les Inuit et les Naskapis».

LOI SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION DES CONVENTIONS COLLECTIVES DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC

911. L'article 1 de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (chapitre R-8.2) est modifié par le remplacement des quatrième et cinquième alinéas par le suivant :

«Un établissement au sens de la présente loi comprend :

1° Santé Québec;

2° les établissements et la régie régionale visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2);

3° un organisme qui fournit, conformément à l'une ou l'autre de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis, des services à Santé Québec ou à un établissement visé au paragraphe 2° ou à des usagers et qui est déclaré par le gouvernement être assimilé, pour l'application de la présente loi, à un établissement au sens de la présente loi;

4° le conseil régional et un établissement public au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

5° un établissement privé conventionné au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis, à l'exception de celui visé au deuxième alinéa de l'article 551 de cette dernière loi. ».

912. L'article 28 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Lorsqu'un établissement acquiert le statut d'établissement privé conventionné au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), les stipulations négociées et agréées par un groupement d'associations de salariés lient toute association qui y est affiliée à compter de la date édictée par un arrêté du ministre de la Santé et des Services sociaux. Cette date ne peut excéder de plus d'une année le changement de statut et, en l'absence d'arrêté ministériel, le dernier jour de l'échéance constitue la date où l'association devient liée par ces stipulations. ».

913. L'annexe A.1 de cette loi est modifiée :

1° par le remplacement du paragraphe 14° par le suivant :

« 14° Activités à l'extérieur des installations maintenues par un établissement visé au quatrième alinéa de l'article 1 avec les usagers visés par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou les usagers visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou à l'extérieur de l'établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris avec les bénéficiaires visés par cette loi »;

2° par le remplacement du paragraphe 20° par le suivant :

«20° Conditions particulières lors du transport des usagers visés par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ou des usagers visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis ou des bénéficiaires visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris».

914. L'annexe C de cette loi est modifiée :

1° par la suppression de «— La Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain»;

2° par l'insertion, selon l'ordre alphabétique, de «— Urgences-santé».

LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET DE CERTAINES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION D'UNE ENTENTE COLLECTIVE LES CONCERNANT

915. L'article 1 de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2) est modifié par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1° du premier alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» et de «cette loi» par, respectivement, «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)» et «l'une ou l'autre de ces deux lois».

916. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 1, du suivant :

«**1.1.** Un établissement public au sens de la présente loi comprend Santé Québec et les établissements publics au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2). ».

917. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 4, du suivant :

«**4.1.** Le Tribunal administratif du travail ne peut reconnaître qu'une seule association de ressources par région sociosanitaire pour les familles d'accueil et les ressources intermédiaires destinées aux enfants et qu'une seule association de ressources pour les résidences d'accueil et les ressources intermédiaires destinées aux adultes.

Pour l'application de la présente loi, le territoire visé à la partie IV.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) est considéré comme une région sociosanitaire. De plus, le territoire visé à la partie IV.3 de cette loi est considéré faire partie de la région sociosanitaire de laquelle il est contigu.».

918. L'article 10 de cette loi est modifié par le remplacement de la première phrase du premier alinéa par la phrase suivante : « Une demande de reconnaissance d'une association de ressources est faite au moyen d'un écrit, auquel sont joints les formulaires d'adhésion, adressé au Tribunal et qui indique le groupe de ressources d'un établissement public qu'elle veut représenter et la région sociosanitaire où elles sont situées. ».

919. L'article 11 de cette loi est modifié par le remplacement du paragraphe 1° du deuxième alinéa par le paragraphe suivant :

« 1° elle est liée à l'établissement public et située dans la région sociosanitaire identifiés dans la demande; ».

920. L'article 15 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « liées à l'établissement public identifié » par « identifiées »;

2° par la suppression, dans le deuxième alinéa, de « liées à l'établissement ».

921. L'article 16 de cette loi est modifié par la suppression, dans le premier alinéa, de « liées à un établissement public ».

922. L'article 26 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « d'un même groupe liées à un établissement public » par « d'une unité de représentation ».

923. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 29, du suivant :

«**29.1.** Une ressource dont le nouveau lieu de résidence est situé dans une région sociosanitaire différente de l'ancien, mais qui demeure liée au même établissement public, devient, sans autre formalité, représentée par l'association de ressources reconnue dans la région sociosanitaire de son nouveau lieu de résidence. ».

924. L'intitulé de la section II du chapitre II de cette loi est modifié par le remplacement de « EN REGARD D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC » par « DE RÉGIONS SOCIO SANITAIRES ».

925. L'article 30 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement des premier et deuxième alinéas par les suivants :

« Lorsque le ministre modifie le découpage du territoire d'une région sociosanitaire conformément à l'article 27 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) dans laquelle une association de ressources est reconnue ou a déposé une demande de reconnaissance, il en avise par écrit l'association ou les associations concernées.

L'association ou les associations reconnues continuent de représenter les ressources qu'elles représentaient avant la modification jusqu'à ce que le Tribunal se prononce sur leur représentativité en regard du nouveau découpage du territoire des régions sociosanitaires en cause.»;

2° par le remplacement, partout où ceci se trouve, de «liées au nouvel établissement public» par «dans la région sociosanitaire modifiée».

926. L'article 33 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de «l'article 303 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «l'article 465 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et de l'article 303 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

927. L'article 36 de cette loi est modifié par le remplacement de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

928. L'article 37 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

929. L'article 38 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa et après «nouvelle ressource», de «de la même région sociosanitaire».

930. L'article 41 de cette loi est abrogé.

931. L'article 55 de cette loi est modifié par le remplacement des deuxième et troisième alinéas par les suivants :

«Une entente spécifique est incessible. Elle n'est visée ni par l'article 445 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), ni par l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2). Elle n'est pas non plus assujettie à la Loi sur les contrats des organismes publics (chapitre C-65.1).

L'établissement public autre que Santé Québec ne peut modifier l'entente spécifique, y mettre fin avant l'arrivée du terme ou empêcher son renouvellement sans avoir obtenu l'autorisation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.».

932. L'article 62 de cette loi est remplacé par le suivant :

«**62.** Aucune disposition de la présente loi ou d'une entente collective ne peut restreindre ou modifier les pouvoirs et responsabilités dévolus par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) et leurs règlements à Santé Québec, à un établissement public, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ou au ministre, ni restreindre ou modifier la compétence conférée au Tribunal administratif du Québec en vertu de l'une ou l'autre de ces lois. ».

933. L'article 63 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le paragraphe 1° du premier alinéa, de « d'une agence de la santé et des services sociaux » par « de Santé Québec ou de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « l'établissement public ou de l'agence de la santé et des services sociaux » par « Santé Québec, de l'établissement public ou de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ».

934. L'article 64 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « paragraphe 2° du troisième alinéa de l'article 303 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « paragraphe 2° du deuxième alinéa de l'article 465 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou du paragraphe 2° du troisième alinéa de l'article 303 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

935. L'article 2 de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2) est modifié par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

936. L'article 3 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « , mais aussi de la capacité psychique et sociale » par « et mentale, du bien-être ainsi que de la capacité ».

937. L'article 7 de cette loi est modifié par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

«Le ministre élabore un programme national de santé publique qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national et régional et il établit les normes et les standards de qualité en santé publique.»

938. L'article 8 de cette loi est modifié, dans le troisième alinéa :

1° par le remplacement de «des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion» par «de tous les volets du programme»;

2° par le remplacement de «inégalités de santé et de bien-être» par «inégalités sociales de santé et le bien-être».

939. L'article 9 de cette loi est modifié par la suppression, dans le paragraphe 3°, de «et locaux».

940. L'article 10 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du deuxième alinéa par les suivants :

«Ces paramètres doivent permettre, dans la mesure du possible, au plan national, de comparer les résultats obtenus pour l'ensemble du Québec avec ceux obtenus pour chaque région sociosanitaire et, au plan régional, de comparer les résultats obtenus selon les différents territoires des établissements exploitant un centre local de services communautaires.

Pour l'application de la présente loi, sont chacun considérés comme une région sociosanitaire les territoires suivants :

1° le territoire visé à l'article 1.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

2° le territoire visé à la partie IV.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2).

De plus, le territoire visé à la partie IV.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis est considéré faire partie de la région sociosanitaire de laquelle il est contigu.»;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «rend public et en assure la diffusion» par «publie sur le site Internet de son ministère».

941. L'article 11 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Les agences doivent» et de «sur leur territoire» par, respectivement, «Le directeur de santé publique doit» et «dans leur région»;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « du territoire de l'agence » par « de la région »;

3° par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

« Pour l'application du présent chapitre, pour le plan d'action régional concernant le territoire défini à l'article 2 de la Loi sur les villages nordiques et l'Administration régionale Kativik (chapitre V-6.1), la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik est substituée au directeur de santé publique. ».

942. L'article 12 de cette loi est modifié par le remplacement de « du territoire, » par « de la région, pouvant être mis en opération ».

943. L'article 13 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « sur le territoire » par « dans la région »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « L'agence » par « Le directeur de santé publique », avec les adaptations nécessaires.

944. L'article 14 de cette loi est abrogé.

945. L'article 15 de cette loi est remplacé par le suivant :

« **15.** Avant de mettre en œuvre son plan régional de santé publique, le directeur de santé publique doit consulter les différents intervenants concernés par le plan. ».

946. L'article 16 de cette loi est modifié par la suppression de « et locaux ».

947. L'article 17 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement de « agences » par « directeurs de santé publique »;

2° par la suppression de « et les établissements exploitant un centre local de services communautaires doivent faire de même auprès de l'agence de leur territoire ».

948. L'article 61.3 de cette loi est modifié par le remplacement de « une agence » par « Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ».

949. L'article 66 de cette loi est modifié par l'insertion, après « sociaux », de « pour les Inuit et les Naskapis ».

950. L'article 97 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Le directeur de santé publique avise le directeur national de santé publique de la mise en opération du plan de mobilisation et, selon le cas, le président et chef de la direction de Santé Québec ou le directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. ».

951. L'article 99 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général » par « médical ou le directeur des services professionnels, selon le cas, de cet établissement ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général et, s'il s'agit d'un établissement public ou privé conventionné visé par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), le président et chef de la direction de Santé Québec »;

2° par le remplacement du deuxième alinéa par le suivant :

«Si un conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou un conseil des infirmières et infirmiers, selon le cas, existe au sein de l'établissement, le directeur médical ou le directeur des services professionnels ou, à défaut, le président-directeur général ou le directeur général doit les informer immédiatement de la situation signalée par le directeur de santé publique. ».

952. L'article 109 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le dernier alinéa, de « du territoire » par « concerné ».

953. L'article 111 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le premier alinéa et après « publique », de « concerné ».

954. L'article 115 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « le directeur de santé publique » par « celui-ci »;

2° par le remplacement, partout où ceci se trouve, de « s'identifier » par « donner son identité ».

955. L'article 131 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Le conseil régional et les agences », de « le directeur de santé publique dans l'exercice de ses » et de « la direction » par, respectivement, « Le Conseil cri de la santé et des services

sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Santé Québec», «les directeurs dans l'exercice de leurs» et «les directions»;

2° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «conseil régional et les agences» par «Conseil cri, la Régie régionale et Santé Québec».

956. L'article 132 de cette loi est modifié par l'insertion, dans le dernier alinéa et après «sociaux», de «pour les Inuit et les Naskapis».

957. L'article 136 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 6°, de «d'un autre territoire» par «d'une autre région».

958. Cette loi est modifiée par le remplacement de «territoire» par «région» dans les dispositions suivantes, avec les adaptations nécessaires :

1° le paragraphe 4° du premier alinéa de l'article 65;

2° le premier alinéa de l'article 69;

3° l'article 79;

4° le premier alinéa des articles 86 et 90;

5° les articles 91 à 94 et 97.

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

959. Le titre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) est modifié par l'ajout, à la fin, de «pour les Inuit et les Naskapis».

960. La partie I de cette loi est modifiée par le remplacement de ce qui précède l'article 1 par ce qui suit :

«PARTIE I

«APPLICATION, OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

«TITRE I

«APPLICATION ET OBJET

«**0.1.** Malgré toute disposition inconciliable de la présente loi, celle-ci s'applique dans la mesure où elle vise les territoires visés aux parties IV.1 et IV.3.

Pour son application aux territoires visés au premier alinéa, le ministre peut confier à Santé Québec tout ou partie des fonctions qui lui incombent.

Pour son application au territoire visé à la partie IV.3, Santé Québec est substituée à une agence, à moins que le ministre ne décide de s’y substituer. ».

LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D’URGENCE

961. L’article 2 de la Loi sur les services préhospitaliers d’urgence (chapitre S-6.2) est remplacé par le suivant :

«**2.** Pour l’application de la présente loi, on entend par :

«établissement territorial» : un établissement territorial visé par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l’année et le numéro de chapitre de cette loi*) et que Santé Québec désigne pour chacune des régions sociosanitaires, sauf les établissements territoriaux des régions sociosanitaires de Laval et de Montréal;

«instance régionale» : la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ou le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

De plus, le territoire visé à la partie IV.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) est considéré faire partie de la région sociosanitaire de laquelle il est contigu. ».

962. L’article 3 de cette loi est remplacé par le suivant :

«**3.** Le ministre de la Santé et des Services sociaux détermine les grandes orientations en matière d’organisation des services préhospitaliers d’urgence. Il propose et élabore des plans stratégiques et des politiques en cette matière. À ces fins, il assume notamment les responsabilités suivantes :

1° il approuve le plan quinquennal d’organisation des services préhospitaliers d’urgence de Santé Québec et celui des instances régionales;

2° il assure la coordination interministérielle en matière de services préhospitaliers d’urgence;

3° il établit les règles de financement des services préhospitaliers d’urgence et répartit équitablement les ressources financières disponibles entre Santé Québec, Urgences-santé et les instances régionales;

4° il assure, à l’égard de Santé Québec et des instances régionales, le suivi budgétaire et financier;

5° il détermine les indicateurs de performance permettant à Santé Québec de mesurer les résultats obtenus par les services préhospitaliers d’urgence des régions sociosanitaires;

6° il établit les politiques du transport sanitaire aérien en collaboration avec des partenaires;

7° il détermine, après consultation de Santé Québec, le contenu minimal de l'entente conclue en vertu de l'article 38, laquelle doit notamment prévoir les modalités de fonctionnement des services de premiers répondants, les normes de qualité qui doivent être respectées, les modalités de financement, s'il y a lieu, et celles du remboursement des dépenses jugées admissibles, les modalités de reddition de compte de même que les cas, conditions et circonstances pour lesquels l'une ou l'autre des parties peut mettre fin à cette entente;

8° il détermine, en collaboration avec Santé Québec, les instances régionales et les associations représentant les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers, le contenu minimal du contrat visé à l'article 9 et applicable à tous les titulaires de permis, lequel doit notamment prévoir les coûts des services préhospitaliers et les coûts d'autre nature visés par le contrat, les rôles, obligations et responsabilités de chacune des parties, les mécanismes de reddition de compte et les standards de performance attendus des titulaires de permis, les rapports qu'ils doivent fournir de même que les pénalités applicables à de tels titulaires lorsque ceux-ci font défaut de respecter ou d'exercer les responsabilités prévues par ce contrat; si le ministre est d'avis que le contenu minimal du contrat ne peut être ainsi déterminé dans un délai qu'il juge acceptable, il peut le déterminer seul.

Le ministre est également responsable de coordonner la mise en œuvre des services préhospitaliers d'urgence sur les territoires des instances régionales. À cette fin :

1° il assure la coordination interrégionale des services préhospitaliers d'urgence sur le territoire des instances régionales pour une utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles;

2° il répartit équitablement les ressources humaines, matérielles et informationnelles entre les instances régionales et voit à une utilisation efficace et efficiente de ces ressources.

Aux fins prévues au deuxième alinéa et à moins que le contexte ne s'y oppose, les dispositions des paragraphes 1° à 3° du deuxième alinéa de l'article 4.1 s'appliquent au ministre, avec les adaptations nécessaires.».

963. L'article 4 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Avant d'adopter un règlement visé au premier alinéa, le ministre consulte Santé Québec.».

964. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 4, de la section suivante :

«SECTION I.1

«SANTÉ QUÉBEC

«4.1. Santé Québec est responsable de coordonner l'offre de services préhospitaliers d'urgence dans les régions sociosanitaires, sous réserve des responsabilités confiées à Urgences-santé pour les régions sociosanitaires de Montréal et de Laval par les dispositions du titre II. À cette fin, elle détermine les objectifs opérationnels des services préhospitaliers d'urgence de ces régions et elle contrôle la qualité et l'efficacité de ces services.

Plus particulièrement :

1° elle définit les modes d'intervention des services préhospitaliers d'urgence et élabore les protocoles opérationnels en cette matière;

2° elle identifie les objectifs opérationnels et détermine les standards de qualité des services préhospitaliers d'urgence;

3° elle assure la coordination interrégionale des services préhospitaliers d'urgence pour une utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles;

4° elle répartit équitablement les ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles entre les régions sociosanitaires et voit à une utilisation efficace et efficiente de ces ressources;

5° elle assure le suivi budgétaire et financier à l'égard d'Urgences-santé;

6° elle met en place les mécanismes de reddition de compte permettant de mesurer les résultats obtenus par les services préhospitaliers d'urgence des régions sociosanitaires, conformément aux indicateurs de performance déterminés par le ministre en application du paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 3; elle veille à l'application et à l'évaluation des mesures qui en découlent;

7° elle détermine, lorsqu'elle le juge nécessaire, le niveau de compétence requis des acteurs de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence;

8° elle constitue et maintient à jour le registre national de la main-d'œuvre auquel doivent s'inscrire les techniciens ambulanciers;

9° elle établit les politiques nationales relatives au développement et à la formation de la main-d'œuvre nécessaire à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence dans les régions sociosanitaires et en fait l'évaluation;

10° elle établit les normes de gestion du transport sanitaire aérien; elle peut en impartir, en tout ou en partie, la responsabilité d'exploitation et en déterminer le financement;

11° elle favorise l'implication de la population à titre de premiers intervenants dans le cadre de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence en faisant la promotion, en collaboration avec les partenaires concernés, de ce rôle et de son importance auprès des personnes en détresse;

12° elle promeut la recherche et l'éducation du public en matière de services préhospitaliers d'urgence;

13° elle approuve les priorités quinquennales soumises par Urgences-santé. ».

965. L'article 5 de cette loi est modifié par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« Santé Québec nomme un directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence. Il est chargé de conseiller et d'assister Santé Québec ou, selon le cas, le ministre sur l'aspect médical des services préhospitaliers d'urgence. ».

966. L'article 6 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « au ministre » par « à Santé Québec »;

b) par le remplacement du paragraphe 3° par le suivant :

« 3° d'élaborer des protocoles cliniques en matière de services préhospitaliers; »;

c) par le remplacement, dans le paragraphe 7°, de « le ministre » par « Santé Québec »;

2° par l'insertion, après le premier alinéa, du suivant :

« Le directeur médical national doit transmettre au ministre les protocoles cliniques élaborés en application du paragraphe 3° du premier alinéa. De plus, lorsque ces protocoles incluent des activités réservées en vertu de l'article 31 de la Loi médicale (chapitre M-9), le directeur médical national doit, dans le cadre de leur élaboration, consulter le Collège des médecins du Québec. »;

3° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « ou une agence » par « , une instance régionale ou Urgences-santé »;

4° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «3 et 6» et de «de l'agence» par, respectivement, «3, 4.1 et 6» et «de l'instance régionale ou d'Urgences-santé ou au président-directeur général de l'établissement territorial, selon le cas,»;

5° par l'insertion, dans le dernier alinéa et après «au ministre», de «ou à Santé Québec, selon le cas,».

967. L'intitulé de la section I du chapitre III de cette loi est remplacé par le suivant :

«SANTÉ QUÉBEC OU UNE INSTANCE RÉGIONALE».

968. L'article 7 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de «de son territoire» et de «une agence» par, respectivement, «du territoire concerné» et «Santé Québec, pour chacun de ses établissements territoriaux, ou une instance régionale, selon le cas,»;

b) par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de «triennal» et de «l'agence» par, respectivement, «quinquennal» et «Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas,»;

c) par le remplacement, dans les paragraphes 2° et 4°, de «dans sa région» par «pour le territoire concerné»;

d) par le remplacement, dans le paragraphe 5°, de «triennal» et de «l'agence» par, respectivement, «quinquennal» et «l'établissement territorial de Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas»;

e) par le remplacement, dans le paragraphe 7°, de «établies par le ministre» par «relatives au développement et à la formation de la main-d'œuvre»;

f) par le remplacement, dans le paragraphe 8°, de «à son plan triennal» par «au plan quinquennal»;

2° dans le deuxième alinéa :

a) par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de «Une agence» par «Santé Québec ou une instance régionale, selon le cas,»;

b) par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de «triennal» par «quinquennal»;

3° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de «L'agence» et de «triennal» par, respectivement, «Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas,» et «quinquennal».

969. L'article 8 de cette loi est abrogé.

970. L'article 9 de cette loi est remplacé par le suivant :

«**9.** Dans le cadre de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, doit conclure avec tout titulaire de permis d'exploitation de services ambulanciers un contrat de services d'une durée de cinq ans au terme duquel le titulaire s'engage à fournir la prestation de services déterminée entre eux selon les horaires autorisés par Santé Québec ou par l'instance régionale, selon le cas. ».

971. L'article 10 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « l'agence » par « Santé Québec ou par l'instance régionale, selon le cas ».

972. L'article 11 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « l'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, »;

2° par le remplacement des deuxième et troisième alinéas par les suivants :

« Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, peut alors réduire ou augmenter le nombre d'ambulances faisant l'objet du contrat qu'elle a conclu avec un titulaire de permis. L'instance régionale doit toutefois obtenir l'autorisation du ministre. Les termes du contrat et le permis du titulaire doivent être adaptés pour les rendre conformes à la décision de Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas.

Santé Québec ou l'instance régionale, avec l'autorisation du ministre, peut également, pour les mêmes motifs, retirer le permis d'exploitation d'un titulaire. ».

973. L'article 12 de cette loi est modifié par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« Lorsque Santé Québec réduit le nombre d'ambulances ou retire le permis ou lorsque le ministre donne l'autorisation à l'instance régionale de réduire le nombre d'ambulances ou de retirer le permis d'exploitation d'un titulaire, Santé Québec ou le ministre, selon le cas, détermine l'indemnité payable en raison de cette diminution ou de ce retrait et en avise le titulaire. ».

974. L'article 13 de cette loi est modifié par le remplacement de « par le ministre », de « du ministre » et de « le ministre » par, respectivement, « par le ministre ou Santé Québec, selon le cas, », « du ministre ou de Santé Québec » et « le ministre ou Santé Québec ».

975. L'article 15 de cette loi est modifié par le remplacement de « L'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, ».

976. L'article 16 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « l'agence de la santé et des services sociaux concernée » par « Santé Québec ou à l'instance régionale concernée, selon le cas, »;

2° dans le deuxième alinéa :

a) par l'insertion, après « dispositions », de « de la partie VII de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou »;

b) par l'insertion, avant « (chapitre S-4.2) », de « pour les Inuit et les Naskapis ».

977. L'article 17 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de « Chaque agence doit » par « Santé Québec, pour chacun de ses établissements territoriaux, et chaque instance régionale doivent »;

b) par le remplacement du paragraphe 5° par le suivant :

« 5° assumer l'encadrement médical d'un centre de communication; »;

c) par le remplacement, dans le paragraphe 7°, de « le ministre ou l'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas »;

2° par la suppression du deuxième alinéa;

3° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « l'agence » par « l'établissement territorial de Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas »;

4° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de « ou, malgré l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), un établissement » par « , un établissement au sens de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), Santé Québec, une instance régionale ou, malgré l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2), un établissement au sens de cette loi ».

978. L'article 18 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« Santé Québec détermine, à l'égard du territoire des régions sociosanitaires, le nombre de centres de communication santé de même que les régions desservies par de tels centres. Le ministre fait de même à l'égard du territoire des instances régionales. »;

2° dans le deuxième alinéa :

a) par le remplacement de « Le ministre » par « Santé Québec ou le ministre, selon le cas, »;

b) par la suppression de « par lui »;

3° par le remplacement du dernier alinéa par les suivants :

« Pour assurer le maintien de sa reconnaissance par Santé Québec ou par le ministre, selon le cas, un centre de communication santé doit, en tout temps, respecter les conditions prévues au deuxième alinéa ainsi que les critères de performance déterminés par Santé Québec ou par le ministre, selon le cas.

En cas de non-respect de ces conditions ou de ces critères de performance et à la suite d'une demande à cet effet par Santé Québec, le centre de communication santé doit apporter les correctifs demandés par Santé Québec dans le délai qu'elle indique. Lorsque le centre de communication santé dessert le territoire d'une instance régionale, la demande est adressée au centre de communication santé par le ministre.

Si le centre de communication santé ne donne pas suite à une demande visée au quatrième alinéa, Santé Québec ou le ministre, selon le cas, peut appliquer les autres mesures prévues par la présente loi. ».

979. L'article 19 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « le ministre, après consultation des agences concernées, désigne l'agence » par « Santé Québec désigne celui de ses établissements territoriaux qui est »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « L'agence ainsi désignée » par « L'établissement territorial ainsi désigné ».

980. L'article 20 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans les premier et deuxième alinéas, de « l'agence » par « l'établissement territorial »;

2° par la suppression du troisième alinéa.

981. L'article 21 de cette loi est modifié :

1° dans le deuxième alinéa :

a) par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de « cinq » par « deux »;

b) par le remplacement des paragraphes 3° à 5° par les suivants :

«3° sept membres nommés par Santé Québec, dont trois sont indépendants;

«4° le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de l'établissement territorial ou de l'instance régionale dont le territoire est desservi par le centre ou, si le centre dessert le territoire de plus d'un établissement territorial, le directeur médical régional de l'un de ces établissements nommé par les directeurs médicaux régionaux de ces établissements;»;

2° par l'insertion, après le deuxième alinéa, des suivants :

«Dans le cas du conseil d'administration d'un centre de communication santé desservant le territoire d'une instance régionale, les membres visés au paragraphe 3° du deuxième alinéa sont nommés par l'instance régionale.

La durée du mandat d'un membre du conseil d'administration, autre que le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, est de trois ans. À l'expiration de leur mandat, les membres du conseil demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés. ».

982. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 21, du suivant :

«**21.1.** Pour l'application du paragraphe 3° du deuxième alinéa de l'article 21, un membre se qualifie comme indépendant s'il n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts du centre. Un membre est considéré ne pas être indépendant :

1° s'il est ou a été, au cours des trois années précédant la date de sa nomination, à l'emploi du centre ou d'un titulaire de permis d'exploitation de services ambulanciers qui opère sur le territoire desservi par le centre;

2° s'il est à l'emploi du gouvernement ou d'un organisme du gouvernement au sens de l'article 4 de la Loi sur le vérificateur général (chapitre V-5.01);

3° si un membre de sa famille immédiate fait partie de la haute direction du centre. ».

983. L'article 22 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « le ministre » par « Santé Québec ou le ministre, selon le cas »;

b) par le remplacement, dans le paragraphe 4°, de « l'agence en vertu du paragraphe 4° de l'article 359 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « Santé Québec ou par l'instance régionale, selon le cas, »;

c) par le remplacement, dans le paragraphe 7°, de « l'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « le ministre » par « Santé Québec ou par le ministre, selon le cas »;

3° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « le ministre » par « Santé Québec ou par le ministre, selon le cas, ».

984. L'article 24 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « le ministre » et de « celui-ci » par, respectivement, « Santé Québec ou le ministre, selon le cas, » et « Santé Québec ou le ministre, selon le cas ».

985. L'article 25 de cette loi est modifié par le remplacement de « le ministre » par « Santé Québec ou par le ministre, selon le cas ».

986. L'article 25.1 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1° du premier alinéa, de « agences dont il dessert le territoire » par « instances régionales dont il dessert le territoire ou avec Santé Québec, lorsqu'il dessert le territoire d'un établissement territorial, »;

2° par le remplacement du dernier alinéa par le suivant :

« Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, veille au respect de cette entente et à l'atteinte des objectifs du centre. Une telle entente est un document public que Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, doit transmettre au ministre. ».

987. L'article 26 de cette loi est modifié par le remplacement de « l'agence responsable de son implantation » par « Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas ».

988. L'article 27 de cette loi est modifié par l'insertion, après « du ministre », de « ou de Santé Québec, selon le cas ».

989. L'article 29 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « avril » et de « l'agence responsable » par, respectivement, « juillet » et « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « l'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas ».

990. L'article 30 de cette loi est remplacé par le suivant :

« **30.** Un centre de communication santé doit, afin de permettre à Santé Québec, lorsqu'il dessert le territoire d'un établissement territorial, ou à l'instance régionale dont il dessert le territoire de procéder aux vérifications nécessaires à l'exercice de leurs fonctions et de s'assurer de la disponibilité des ressources et de l'accessibilité aux services, recueillir et fournir à Santé Québec ou à l'instance régionale, selon le cas, sur demande, tout renseignement ou rapport relatif aux opérations préhospitalières réalisées sur ce territoire, incluant celles des services ambulanciers et des services de premiers répondants. ».

991. L'article 31 de cette loi est modifié par le remplacement de « aux agences » et de « et ces agences » par, respectivement, « à Santé Québec, lorsque le centre dessert le territoire d'un établissement territorial, ou, selon le cas, à l'instance régionale » et « , Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas ».

992. L'article 32 de cette loi est abrogé.

993. L'article 33 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans ce qui précède le paragraphe 1° du premier alinéa et après « ministre », de « ou par Santé Québec, selon le cas, »;

2° par la suppression, dans le dernier alinéa, de « , signé par le ministre, ».

994. Les articles 34 et 35 de cette loi sont modifiés par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Le gouvernement » par « Santé Québec ou le ministre, selon le cas, ».

995. L'article 36 de cette loi est modifié par le remplacement de « le gouvernement » et de « Le gouvernement » par « Santé Québec ou le ministre, selon le cas, ».

996. L'article 38 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « son plan triennal », de « une agence » et de « son territoire » par, respectivement, « un plan quinquennal », « Santé Québec » et « le territoire d'un établissement territorial. Il en est de même d'une instance régionale à l'égard de son territoire »;

2° par le remplacement du deuxième alinéa par le suivant :

« À cette fin, Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, doit conclure, avec les municipalités intéressées ayant compétence sur le territoire d'un établissement territorial ou sur le territoire de l'instance régionale, selon le cas, une entente, dont le contenu doit respecter celui déterminé conformément au paragraphe 7° du premier alinéa de l'article 3, en vertu de laquelle la municipalité désigne un ou des services en mesure d'offrir des services de premiers répondants. Les services ainsi désignés doivent être accrédités par Santé Québec ou par l'instance régionale, selon le cas. ».

997. L'article 39 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « ministre » et de « qu'il reconnaît » par, respectivement, « directeur médical national » et « que reconnaît le ministre ou Santé Québec, selon le cas »;

2° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de « l'agence concernée » et de « triennal » par, respectivement, « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, » et « quinquennal ».

998. L'article 40 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du paragraphe 1° par le suivant :

« 1° avoir complété avec succès une formation reconnue par Santé Québec et dispensée par un organisme reconnu par Santé Québec, par une instance régionale ou par Urgences-santé; »;

2° par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « l'agence » par « Santé Québec ou par une instance régionale, selon le cas, ».

999. L'article 42 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « ministre » par « directeur médical national ».

1000. L'article 44 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « triennal », de « l'agence » et de « ministre » par, respectivement, « quinquennal », « Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas, » et « directeur médical national ou par Santé Québec ».

1001. L'article 46 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de « l'agence » par « Santé Québec ou par une instance régionale, selon le cas »;

2° par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « l'agence » par « Santé Québec ou avec une instance régionale, selon le cas, ».

1002. L'article 50 de cette loi est modifié par le remplacement de « L'agence » par « Santé Québec ou une instance régionale, selon le cas, ».

1003. L'article 51 de cette loi est modifié par le remplacement, partout où ceci se trouve, de « 36 » par « 48 ».

1004. L'article 52 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « l'agence » par « Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « l'agence » par « Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas, »;

3° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de « l'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, ».

1005. L'article 53 de cette loi est modifié par le remplacement de « l'agence » par « Santé Québec ou avec l'instance régionale, selon le cas, ».

1006. L'article 54 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de « L'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, »;

b) par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « l'agence » par « Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas »;

c) par le remplacement, dans le texte anglais du paragraphe 3°, de « the agency » par « Santé Québec or the regional entity, as applicable »;

d) par le remplacement, dans le paragraphe 5°, de « l'agence » par « Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « L'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, ».

1007. Les articles 55 et 56 de cette loi sont modifiés par le remplacement, partout où ceci se trouve, de « l'agence » et de « L'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, ».

1008. L'article 57 de cette loi est modifié par le remplacement de « l'agence » par « Santé Québec ou de l'instance régionale, selon le cas, ».

1009. L'article 58 de cette loi est remplacé par le suivant :

«**58.** L'article 114 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3) s'applique, compte tenu des adaptations nécessaires, à la décision de Santé Québec ou d'une instance régionale, selon le cas, qui est contestée en application de l'article 57. ».

1010. L'article 60 de cette loi est modifié, dans le premier alinéa :

1° par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de « l'agence » par « Santé Québec ou à l'instance régionale, selon le cas, »;

2° par le remplacement, dans le paragraphe 3°, de « l'agence » par « Santé Québec ou à l'instance régionale, selon le cas, »;

3° par le remplacement, dans le paragraphe 4°, de « l'agence » par « Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas ».

1011. L'article 61 de cette loi est modifié par le remplacement de « l'agence » par « Santé Québec ou à l'instance régionale, selon le cas ».

1012. L'article 63 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « le ministre conformément au paragraphe 10° de l'article 3 » par « Santé Québec conformément au paragraphe 8° du deuxième alinéa de l'article 4.1 ».

1013. L'article 65 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « ministre » par « directeur médical national ».

1014. L'article 67 de cette loi est modifié par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de « le ministre conformément au paragraphe 10° de l'article 3 » par « Santé Québec conformément au paragraphe 8° du deuxième alinéa de l'article 4.1 ».

1015. L'article 69 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « le ministre » par « Santé Québec ».

1016. L'article 70 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du paragraphe 3° du premier alinéa par le paragraphe suivant :

«3° deux personnes, dont un directeur médical régional, désignées par Santé Québec parmi les personnes œuvrant au sein de ses établissements autres que l'établissement territorial sur le territoire duquel le technicien ambulancier concerné a agi et qui ne sont pas rattachées à cet établissement ou, si le technicien ambulancier a agi sur le territoire d'une instance régionale, deux personnes désignées par le ministre parmi les personnes œuvrant au sein d'une instance régionale; »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «le ministre» par «Santé Québec ou le ministre, selon le cas,».

1017. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 80, du chapitre suivant :

« CHAPITRE VI.1

« PROJET PILOTE

«**80.1.** Le ministre peut élaborer et mettre en œuvre un projet pilote ayant pour objectif d'accroître la contribution du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence quant à l'offre de services de santé et de services sociaux et à la continuité de ces services, notamment par l'encadrement de l'intervention des techniciens ambulanciers en contexte parahospitalier.

Le ministre détermine, par règlement, les normes et les obligations applicables dans le cadre d'un projet pilote, lesquelles peuvent différer des normes et des obligations prévues aux dispositions de la présente loi, d'un règlement pris pour son application ou du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence (chapitre M-9, r. 2.1). Il détermine également les mécanismes de surveillance et de reddition de compte applicables dans le cadre d'un projet pilote ainsi que les renseignements nécessaires à l'exercice de ces mécanismes qui doivent lui être transmis par toute personne ou tout groupement.

Un projet pilote est établi pour une durée maximale de trois ans que le ministre peut prolonger d'au plus deux ans.».

1018. L'article 82 de cette loi est modifié par le remplacement de «l'agence» par «Santé Québec, à l'instance régionale».

1019. L'article 86 de cette loi est abrogé.

1020. L'article 87 de cette loi est modifié par le remplacement de «de «Corporation d'urgences-santé»» et de «de Montréal-Centre et de Laval» par, respectivement, «de «Urgences-santé»» et «sociosanitaires de Montréal et de Laval».

1021. L'article 90 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

«Sous la responsabilité de Santé Québec, Urgences-santé a pour fonctions de planifier, d'organiser et de coordonner l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, y compris la mise en place d'un service de premiers répondants, pour les régions sociosanitaires de Montréal et de Laval. À ces fins, sont assumées par Urgences-santé les fonctions et responsabilités confiées :

1° à un centre de communication santé par les articles 22 et 24;

2° à un service de premiers répondants par l'article 39 et par le paragraphe 2° de l'article 40;

3° à un service ambulancier par l'article 44, par les paragraphes 1°, 2° et 5° du premier alinéa de l'article 60 et par l'article 62.»;

2° par le remplacement, dans le texte anglais du deuxième alinéa, de «The Corporation» par «Urgences-santé»;

3° par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «la Corporation» et de «le ministre» par, respectivement, «Urgences-santé» et «Santé Québec»;

4° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de «la Corporation» et de «des agences de son territoire» par, respectivement, «Urgences-santé» et «de Santé Québec».

1022. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 90, des suivants :

«**90.1.** Les fonctions et responsabilités confiées à Santé Québec à l'égard des régions sociosanitaires par les dispositions du titre I sont assumées par Urgences-santé pour les régions sociosanitaires de Montréal et de Laval en tenant compte des adaptations suivantes :

1° le plan quinquennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence qu'adopte Urgences-santé en application du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 7 est approuvé, conformément au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 3, par Santé Québec;

2° une référence au plan quinquennal d'un établissement territorial de Santé Québec ou de l'instance régionale est une référence au plan quinquennal d'Urgences-santé;

3° Santé Québec détermine les normes, les spécifications et les critères de qualité que doit respecter Urgences-santé dans le cadre de l'exercice des fonctions prévues au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 90;

4° Urgences-santé soumet à Santé Québec une planification annuelle visant les éléments prévus au premier alinéa de l'article 25.1.

«**90.2.** Les dispositions du titre I, à l'exception des paragraphes 2°, 4° à 10° et 13° du deuxième alinéa de l'article 4.1, du paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 7, des articles 9 à 16, 18 à 21.1, 25.1 à 37 et 45 à 59, s'appliquent à Urgences-santé, compte tenu des adaptations nécessaires.».

1023. L'article 91 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de « La Corporation » par « Urgences-santé »;

2° par le remplacement, dans le paragraphe 3°, de « local » par « de Santé Québec situé sur son territoire »;

3° par le remplacement, dans le paragraphe 5°, de « de la Corporation » par « d'Urgences-santé »;

4° par le remplacement, dans le paragraphe 6°, de « de la Corporation » par « d'Urgences-santé ».

1024. L'article 102 de cette loi est modifié par le remplacement de « La Corporation » et de « au ministre » par, respectivement, « Urgences-santé » et « à Santé Québec », avec les adaptations nécessaires.

1025. L'article 103 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « La Corporation » et de « au ministre » par, respectivement, « Urgences-santé » et « à Santé Québec »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « le ministre » par « Santé Québec ».

1026. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 103, du suivant :

« **103.1.** Aux fins de l'application de la Loi sur l'administration financière (chapitre A-6.001), le ministre de la Santé et des Services sociaux est le ministre responsable d'Urgences-santé. ».

1027. L'article 104 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « de la Corporation » et de « cette Corporation » par, respectivement, « d'Urgences-santé » et « Urgences-santé »;

2° par le remplacement des deuxième et troisième alinéas par le suivant :

« Urgences-santé doit nommer un membre de son personnel qui exerce les fonctions d'un commissaire aux plaintes et à la qualité des services prévues par la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) et établir, par règlement, une procédure d'examen des plaintes. Les dispositions de la partie VI de cette loi s'appliquent, avec les adaptations nécessaires, au traitement de ces plaintes par Urgences-santé. ».

1028. L'article 106 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de « le ministre » et de « la Corporation » par, respectivement, « Santé Québec » et « Urgences-santé »;

b) par le remplacement, dans les paragraphes 1° et 2°, de « la Corporation » par « Urgences-santé »;

2° par la suppression, dans le dernier alinéa, de « , signé par le ministre, ».

1029. L'article 107 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Le gouvernement » et de « la Corporation qui » par, respectivement, « Santé Québec » et « Urgences-santé lorsqu'elle »;

2° par le remplacement, dans les deuxième et troisième alinéas, de « de la Corporation » par « d'Urgences-santé ».

1030. L'article 108 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Le gouvernement » et de « de la Corporation » par, respectivement, « Santé Québec » et « d'Urgences-santé ».

1031. L'article 109 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « le gouvernement » et de « de la Corporation » par, respectivement, « Santé Québec » et « d'Urgences-santé »;

2° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de « Le gouvernement » par « Santé Québec ».

1032. L'article 110 de cette loi est modifié :

1° dans le premier alinéa :

a) par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de « Le ministre » et de « de la Corporation » par, respectivement, « Santé Québec » et « d'Urgences-santé »;

b) par le remplacement, dans le paragraphe 4°, de « lorsqu'il » par « lorsque Santé Québec »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « le gouvernement » par « le ministre ».

1033. L'article 111 de cette loi est remplacé par le suivant :

« **III.** Lorsque Santé Québec assume l'administration provisoire d'Urgences-santé, les pouvoirs de celle-ci sont suspendus et exercés par Santé Québec. ».

1034. L'article 112 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « Le ministre » et de « gouvernement » par, respectivement, « Santé Québec » et « ministre »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « gouvernement, le ministre doit donner à la Corporation, de » par « ministre, Santé Québec doit donner à Urgences-santé », avec les adaptations nécessaires.

1035. L'article 113 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le paragraphe 2°, de « le ministre » et de « la Corporation » par, respectivement, « Santé Québec » et « Urgences-santé »;

2° par le remplacement, partout où ceci se trouve, de « gouvernement » par « ministre ».

1036. L'article 114 de cette loi est modifié par le remplacement de « Le ministre » et de « gouvernement » par, respectivement, « Santé Québec » et « ministre ».

1037. L'article 115 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans ce qui précède le paragraphe 1°, de « gouvernement » et de « du ministre » par, respectivement, « ministre » et « de Santé Québec »;

2° par le remplacement, partout où ceci se trouve, de « de la Corporation » par « d'Urgences-santé ».

1038. L'article 116 de cette loi est modifié par le remplacement de « du ministre » et de « de la Corporation » par, respectivement, « de Santé Québec » et « d'Urgences-santé ».

1039. L'article 117 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « le ministre » par « Santé Québec ou le ministre, selon le cas, »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « des agences de la santé et des services sociaux, de la Corporation d'urgences-santé ou du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James » par « de Santé Québec, d'Urgences-santé ou des instances régionales ».

1040. L'article 118 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le premier alinéa et avant «(chapitre S-4.2)», de «pour les Inuit et les Naskapis»;

2° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de «Le ministre» par «Santé Québec ou le ministre, selon le cas,».

1041. Cette loi est modifiée par le remplacement de «Corporation d'urgences-santé» et de «Corporation» par «Urgences-santé» dans les dispositions suivantes, avec les adaptations nécessaires :

1° l'article 45;

2° l'intitulé du titre II;

3° les articles 88 et 89;

4° l'article 98, partout où cela se trouve;

5° l'article 101.

LOI CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

1042. L'article 3 de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) est modifié :

1° par le remplacement, dans le paragraphe 1°, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)»;

2° par le remplacement du paragraphe 2° par le suivant :

«2° «maison de soins palliatifs» un organisme communautaire qui, selon le cas :

a) est titulaire d'un agrément délivré par Santé Québec en vertu du deuxième alinéa de l'article 438 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace et qui a conclu une entente en vertu de l'article 446 de cette loi en vue d'obtenir tout ou partie des soins requis par les personnes en fin de vie qui utilisent ses services;

b) est titulaire d'un agrément délivré par le ministre en vertu du deuxième alinéa de l'article 457 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis et qui a conclu une entente en vertu de l'article 108.3 de cette loi avec un établissement en vue d'obtenir tout ou partie des soins requis par les personnes en fin de vie qui utilisent ses services;».

1043. L'article 4 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le troisième alinéa, de «Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), celles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

1044. L'article 7 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Tout établissement» par «Santé Québec, pour ses établissements et pour les établissements regroupés, ou le conseil d'administration de l'établissement, selon le cas,»;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «il» par «Santé Québec ou le conseil d'administration de l'établissement, selon le cas,».

1045. L'article 8 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de «Tout établissement» par «Santé Québec, pour chacun de ses établissements et pour chacun des établissements regroupés, ou le conseil d'administration de l'établissement, selon le cas,»;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «Le directeur général de l'établissement» et de «au conseil d'administration» par, respectivement, «Le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement, selon le cas,» et «à Santé Québec ou au conseil d'administration de l'établissement, selon le cas,»;

3° par le remplacement, dans le dernier alinéa, de «L'établissement» par «Santé Québec ou l'établissement, selon le cas,».

1046. L'article 9 de cette loi est modifié par le remplacement des premier et deuxième alinéas par les suivants :

«Santé Québec, pour ses établissements et les établissements regroupés, ainsi que tout autre établissement doivent prévoir un programme clinique de soins de fin de vie. Dans le cas d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires, Santé Québec ou l'établissement, selon le cas, doit également prévoir une offre de services en soins de fin de vie à domicile.

Ce programme clinique et cette offre de services doivent tenir compte des orientations ministérielles. ».

1047. L'article 10 de cette loi est modifié par le remplacement de «par un établissement en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «par Santé Québec ou un établissement privé en vertu, respectivement, des articles 55 et 299 de la Loi visant à rendre

le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

1048. L'article 11 de cette loi est modifié par le remplacement de «l'établissement» par «Santé Québec ou l'établissement, selon le cas,».

1049. L'article 12 de cette loi est modifié par le remplacement de «tout établissement» par «Santé Québec ou l'établissement, selon le cas,».

1050. L'article 14 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

«L'entente conclue entre une maison de soins palliatifs et Santé Québec en vertu de l'article 446 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou celle conclue entre une maison de soins palliatifs et un établissement en vertu de l'article 108.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) doit contenir la nature des services fournis par Santé Québec ou par l'établissement, selon le cas, dans les locaux de la maison de même que les mécanismes de surveillance permettant à Santé Québec, à l'établissement ou à l'un de ses conseils ou comités déterminés dans l'entente de s'assurer de la qualité des soins fournis dans ces locaux.»;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «l'établissement» par «Santé Québec ou de l'établissement, selon le cas».

1051. L'article 16 de cette loi est modifié par le remplacement de «de l'article 95 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)» par «du deuxième alinéa de l'article 408 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou de l'article 95 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2)».

1052. L'intitulé de la section II du chapitre III du titre II de cette loi est modifié par le remplacement de «DES AGENCES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX» par «DE SANTÉ QUÉBEC ET DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK».

1053. L'article 17 de cette loi est modifié par le remplacement de «Toute agence de la santé et des services sociaux» et de «de son territoire» par, respectivement, «Santé Québec, pour chacune des régions sociosanitaires» et «concernés».

1054. L'article 18 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement du premier alinéa par le suivant :

« Pour chaque région sociosanitaire, Santé Québec doit informer la population des soins de fin de vie qui y sont offerts, des modalités d'accès à ces soins de même que des droits des personnes en fin de vie et de leurs recours. »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « l'agence » par « Santé Québec ».

1055. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 18, des suivants :

« **18.1.** Une personne autorisée par écrit par Santé Québec à faire une inspection peut, à tout moment raisonnable, en respectant la spécificité des lieux et des besoins des personnes qui reçoivent des soins de fin de vie, pénétrer dans tout lieu exploité par un établissement privé ou une maison de soins palliatifs afin de constater si le présent titre est respecté.

Cette personne peut, lors d'une inspection :

1° examiner et tirer copie de tout document relatif aux soins de fin de vie offerts dans ce lieu;

2° exiger tout renseignement relatif à l'application du présent titre ainsi que la production de tout document s'y rapportant.

Toute personne qui a la garde, la possession ou le contrôle de tels documents doit, sur demande, en donner communication à la personne qui procède à l'inspection.

Une personne qui procède à une inspection doit, si elle en est requise, exhiber un certificat attestant sa qualité.

Quiconque nuit à une personne qui procède à une inspection, refuse de lui fournir un renseignement ou un document qu'elle a le droit d'exiger ou d'examiner, cache ou détruit un document ou un bien utile à une inspection commet une infraction et est passible d'une amende de 2 500 \$ à 25 000 \$ dans le cas d'une personne physique ou d'une amende de 7 500 \$ à 75 000 \$ dans les autres cas.

« **18.2.** Une personne autorisée par écrit par Santé Québec à faire une inspection ne peut être poursuivie en justice pour un acte accompli ou omis de bonne foi dans l'exercice de ses fonctions.

« **18.3.** Aux fins de l'application de la présente section, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik exerce les fonctions et les pouvoirs de Santé Québec à l'égard de ses établissements.

«**18.4.** Pour l'application de la présente loi, le territoire visé à la partie IV.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) est considéré comme une région sociosanitaire. De plus, le territoire visé à la partie IV.3 de cette loi est considéré faire partie de la région sociosanitaire de laquelle il est contigu. ».

1056. L'article 19 de cette loi est remplacé par le suivant :

«**19.** Le ministre détermine les orientations dont doit tenir compte Santé Québec ou un établissement, selon le cas, dans l'organisation des soins de fin de vie, y compris celles dont Santé Québec ou un établissement, selon le cas, doit tenir compte dans l'élaboration de la politique portant sur les soins de fin de vie. ».

1057. L'article 20 de cette loi est modifié par le remplacement de «des agences» par «de Santé Québec».

1058. Les articles 21 à 23 de cette loi sont abrogés.

1059. L'article 31 de cette loi est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa et partout où ceci se trouve, de « directeur général de l'établissement » par « président-directeur général ou le directeur général de l'établissement, selon le cas, »;

2° par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de « le directeur général de l'instance locale visée à l'article 99.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « le président-directeur général de l'établissement de Santé Québec ou le directeur général de l'établissement exploitant un centre local de services communautaires, selon le cas, »;

3° par la suppression du dernier alinéa.

1060. L'article 33 de cette loi est modifié par l'ajout, à la fin, de l'alinéa suivant :

«Aux fins de la présente section, l'expression «conseil des médecins, dentistes et pharmaciens» comprend également le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes. ».

1061. L'article 35 de cette loi est modifié par l'insertion, après «pour l'établissement, », de «le directeur médical, ».

1062. L'article 37 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le deuxième alinéa, de «territoire d'agence de la santé et des services sociaux» par «région sociosanitaire».

1063. L'article 39 de cette loi est modifié par le remplacement, dans le paragraphe 3° du premier alinéa, de «représentant les comités des usagers des établissements» par «représentatifs des membres des comités des usagers».

1064. L'article 45 de cette loi est modifié par le remplacement de «des établissements, des maisons de soins palliatifs, des médecins exerçant leur profession dans un cabinet privé de professionnel ou des agences» par «de Santé Québec, de tout établissement, des maisons de soins palliatifs ou des médecins exerçant leur profession dans un cabinet privé de professionnel».

1065. L'article 48 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, après «auprès», de «de Santé Québec, conformément à la partie VII de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*), ou auprès»;

2° par l'insertion, avant «(chapitre S-4.2)», de «pour les Inuit et les Naskapis».

1066. Cette loi est modifiée par le remplacement de «le ministre» par «Santé Québec» dans les dispositions suivantes :

1° le troisième alinéa de l'article 24;

2° le deuxième alinéa de l'article 26;

3° le premier alinéa de l'article 54.

LOI CONCERNANT LES UNITÉS DE NÉGOCIATION DANS LE SECTEUR DES AFFAIRES SOCIALES

1067. L'article 9 de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (chapitre U-0.1) est modifié :

1° par le remplacement, dans le premier alinéa, de « et ne peut » et de « agence » par, respectivement, « . L'unité constituée au sein d'un établissement, d'une régie régionale, d'un conseil de la santé et des services sociaux ou d'un établissement privé conventionné visés aux paragraphes 2°, 4° ou 5° du quatrième alinéa de l'article 1 de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (chapitre R-8.2) ne peut de plus » et « région sociosanitaire »;

2° par l'ajout, à la fin, des alinéas suivants :

«Pour l'application de la présente loi, sont chacun considérés comme une région sociosanitaire les territoires suivants :

1° le territoire visé à l'article 1.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

2° le territoire visé à la partie IV.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2).

De plus, le territoire visé à la partie IV.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis est considéré faire partie de la région sociosanitaire de laquelle il est contigu.»

1068. L'article 13 de cette loi est modifié :

1° par l'insertion, dans le premier alinéa et après « sociaux », de « pour les Inuit et les Naskapis »;

2° par le remplacement du deuxième alinéa par le suivant :

« Il en est de même lorsque Santé Québec acquiert l'entreprise d'un établissement privé et en intègre les activités aux siennes ou lorsque des établissements privés conventionnés fusionnent entre eux. »

1069. L'article 94 de cette loi est modifié par le remplacement de « ou à l'article 432 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) » par « , à l'article 52 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) ou à l'article 432 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ».

LOI ÉDICTANT LA LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE ET MODIFIANT DIVERSES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES EN MATIÈRE DE PROCRÉATION ASSISTÉE

1070. L'article 1 de la Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) est modifié par l'insertion, après l'article 67 de la loi qu'il édicte, de ce qui suit :

« LOI VISANT À RENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PLUS EFFICACE

« **67.1.** Les articles 383 et 389 de la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (*indiquer ici l'année et le numéro de chapitre de cette loi*) sont modifiés par la suppression de leur paragraphe 2°.

« **67.2.** Les articles 394 à 404 de cette loi sont abrogés.

« **67.3.** L'article 405 de cette loi est modifié par la suppression, dans le premier alinéa, de « , du nombre de médecins requis pour accomplir les activités médicales particulières prévues aux articles 395 et 402 ». ».

PARTIE XII

DISPOSITIONS TRANSITOIRES, DIVERSES ET FINALES

TITRE I

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

CHAPITRE I

ORGANISATION DE SANTÉ QUÉBEC

1071. Les dispositions de l'article 3.1 de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (chapitre G-1.02) relatives aux profils de compétence et d'expérience des membres du conseil d'administration autres que le président de celui-ci et le président-directeur général ne s'appliquent pas lors de la nomination des premiers membres du conseil d'administration de Santé Québec.

Toutefois, le gouvernement doit lors de cette nomination faire en sorte que, collectivement, les membres possèdent la compétence et l'expérience appropriées dans les domaines suivants :

- 1° gestion de la santé et des services sociaux;
- 2° gestion immobilière;
- 3° gestion des ressources informationnelles;
- 4° gestion des finances et comptabilité;
- 5° gestion des ressources humaines, relations de travail et développement organisationnel;
- 6° gouvernance ou éthique;
- 7° vérification, performance ou gestion de la qualité ou des risques.

1072. Les dispositions de l'article 3.3 de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État relatives à la recommandation du conseil d'administration et au profil de compétence et d'expérience du président-directeur général de la société ne s'appliquent pas lors de la nomination du premier président et chef de la direction.

1073. Le président et chef de la direction exerce les pouvoirs du conseil d'administration de Santé Québec jusqu'à ce que le conseil d'administration soit constitué.

1074. Sous réserve des conditions de travail qui leur sont applicables, les employés du ministère de la Santé et des Services sociaux identifiés par le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux avant le 1^{er} octobre 2024 deviennent, à compter de la date ou aux dates convenues entre le sous-ministre et le président et chef de la direction, des employés de Santé Québec.

1075. Les employés transférés à Santé Québec en vertu de l'article 1074 de la présente loi continuent d'être représentés par les associations accréditées qui les représentaient avant leur transfert et, sous réserve de l'article 1076 de la présente loi, les conditions de travail qu'ils avaient avant ce transfert continuent de s'appliquer, avec les adaptations nécessaires, jusqu'à ce que, à la suite de la fusion prévue à l'article 1087 de la présente loi, le processus prévu aux articles 12 et suivants de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (chapitre U-0.1), applicable en vertu de l'article 1099 de la présente loi, soit complété et qu'une association soit accréditée pour les représenter.

Les conditions de travail d'un employé de Santé Québec transféré en vertu de l'article 1074 qui n'était pas régi par une convention collective et qui ne faisait pas partie du personnel d'encadrement avant son transfert continuent de s'appliquer, sous réserve de l'article 1076, jusqu'à ce qu'elles soient modifiées par un règlement du ministre pris en vertu de l'article 51.

Les conditions de travail d'un employé de Santé Québec transféré en vertu de l'article 1074 et qui faisait partie du personnel d'encadrement avant son transfert continuent de s'appliquer jusqu'à ce qu'elles soient modifiées par un règlement du ministre pris en vertu de l'article 51.

1076. Les titres d'emploi et les libellés correspondants prévus par les conventions collectives ou les conditions de travail des employés visés aux premier et deuxième alinéas de l'article 1075 avant qu'ils ne soient transférés à Santé Québec en vertu de l'article 1074 sont remplacés par les titres d'emploi et les libellés équivalents parmi ceux prévus à la nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux. Si aucun titre d'emploi n'est équivalent, d'autres titres d'emploi peuvent être créés par le ministre selon le mécanisme de modifications à cette nomenclature prévue par les conventions collectives applicables aux salariés du réseau de la santé et des services sociaux.

Les employés transférés sont intégrés dans l'échelle de salaire de leur nouveau titre d'emploi à l'échelon dont le taux de salaire horaire est égal ou immédiatement supérieur à leur taux de salaire avant leur intégration. Les règles prévues par les conditions de travail de ces employés relatives aux personnes salariées hors taux ou hors échelle s'appliquent, le cas échéant.

1077. Malgré la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales, il peut y avoir plus d'une association de salariés accréditée représentant une catégorie de personnel de Santé Québec entre la date de l'entrée en vigueur de l'article 20 de la présente loi et le jour de la fusion.

Pour l'application de la présente partie, la date de la fusion prévue à l'article 1087 est appelée «jour de la fusion».

1078. Tout employé transféré à Santé Québec en vertu de l'article 1074 de la présente loi peut postuler à un emploi de la fonction publique offert en mutation ou participer à un processus de sélection pour la promotion pour un tel emploi conformément à la Loi sur la fonction publique (chapitre F-3.1.1) si, à la date de son transfert, il était fonctionnaire permanent.

Il en est de même d'un employé transféré à Santé Québec qui, à la date de son transfert, était un fonctionnaire sans avoir acquis le statut de permanent, autre qu'un employé occasionnel.

1079. Lorsqu'un employé visé à l'article 1078 pose sa candidature à un emploi de la fonction publique offert à la mutation ou à un processus de sélection pour la promotion, il peut requérir du président du Conseil du trésor qu'il lui donne un avis sur le classement qu'il aurait dans la fonction publique. Cet avis doit tenir compte du classement que cette personne avait dans la fonction publique à la date de son départ ainsi que de l'expérience et de la scolarité acquises depuis qu'elle est à l'emploi de Santé Québec.

Cependant, avant de pouvoir poser sa candidature à un emploi de la fonction publique offert à la mutation, l'employé visé au deuxième alinéa de l'article 1078 de la présente loi qui n'avait pas complété le stage probatoire requis en vertu de l'article 13 de la Loi sur la fonction publique avant son transfert à Santé Québec doit avoir complété avec succès la durée restante de ce stage à Santé Québec.

Dans le cas où un employé est choisi pour occuper l'emploi de la fonction publique offert en mutation à la suite de l'application de l'article 1078, le sous-ministre ou le dirigeant de l'organisme lui établit un classement conforme à l'avis prévu au premier alinéa.

Cependant, l'employé visé au deuxième alinéa de l'article 1078 de la présente loi qui, lors de son transfert à Santé Québec, n'avait pas complété la période continue d'emploi requise aux fins de l'article 14 de la Loi sur la fonction publique pour acquérir le statut de permanent et qui, au moment où un classement lui est attribué en vertu de l'alinéa précédent, n'a toujours pas complété l'équivalent de cette période en additionnant le temps accumulé dans la fonction publique avant son transfert à Santé Québec et celui accumulé à titre d'employé de Santé Québec doit compléter la durée manquante de cette période à partir du jour où un classement lui est attribué avant d'acquérir le statut de permanent.

Dans le cas où un employé obtient un emploi de la fonction publique à la suite de sa participation à un processus de sélection pour la promotion en application de l'article 1078, son classement doit tenir compte des critères prévus au premier alinéa.

1080. En cas de cessation partielle ou complète des activités de Santé Québec, un employé visé à l'article 1074 qui, lors de son transfert, avait le statut de permanent, a le droit d'être mis en disponibilité dans la fonction publique, au classement qu'il détenait alors.

L'employé visé au deuxième alinéa de l'article 1078 de la présente loi n'a le droit d'être mis en disponibilité dans la fonction publique que si, au moment de la cessation partielle ou complète des activités de Santé Québec, le temps accumulé dans la fonction publique avant son transfert à Santé Québec et celui accumulé à titre d'employé de Santé Québec équivalent au moins à la période continue d'emploi prévue à l'article 14 de la Loi sur la fonction publique.

En cas de cessation partielle des activités de Santé Québec, l'employé continue à exercer ses fonctions au sein de Santé Québec jusqu'à ce que le président du Conseil du trésor puisse le placer conformément à l'article 100 de la Loi sur la fonction publique.

Le président du Conseil du trésor, lorsqu'il procède au placement d'un employé visé au présent article, lui attribue un classement en tenant compte des critères prévus au premier alinéa de l'article 1079.

1081. Un employé permanent visé à l'article 1074 de la présente loi qui refuse, conformément aux conditions de travail qui lui sont applicables, d'être transféré à Santé Québec est affecté provisoirement à celle-ci jusqu'à ce que le président du Conseil du trésor puisse le placer conformément à l'article 100 de la Loi sur la fonction publique.

1082. Sous réserve des recours qui peuvent exister en vertu d'une convention collective ou des dispositions qui en tiennent lieu, un employé visé à l'article 1074 de la présente loi qui est congédié peut en appeler conformément à l'article 33 de la Loi sur la fonction publique si, à la date de son transfert à Santé Québec, il était un fonctionnaire permanent.

Il en est de même de l'employé visé au deuxième alinéa de l'article 1078 de la présente loi. Cependant, l'employé visé à cet alinéa qui n'avait pas complété le stage probatoire requis en vertu de l'article 13 de la Loi sur la fonction publique avant son transfert à Santé Québec doit avoir complété avec succès la durée restante de ce stage à Santé Québec avant de pouvoir exercer ce recours.

1083. Jusqu'à la date de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu de l'article 51 et sous réserve du troisième alinéa de l'article 1075, les normes et barèmes qui doivent être suivis par Santé Québec pour la sélection, la nomination, l'engagement, la rémunération et les autres conditions de travail des membres de son personnel sont ceux prévus, le cas échéant, aux dispositions du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux (chapitre S-4.2, r. 5.1) ou du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (chapitre S-4.2, r. 5.2), tels qu'ils se lisaient la veille du jour de la fusion.

1084. Les limites des régions sociosanitaires visées à l'article 27 et des territoires de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux visés à l'article 28 correspondent à celles qui étaient délimitées la veille du jour de la fusion, jusqu'à ce qu'elles soient modifiées en vertu de ces articles.

1085. Le registre national sur les incidents et accidents constitué par le ministre en application du paragraphe 6.2° du deuxième alinéa de l'article 431 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux devient, le jour de la fusion, le registre national des incidents et des accidents de Santé Québec aux fins de l'application de l'article 70 de la présente loi.

1086. Jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 102 :

1° Santé Québec transmet au ministre, dans la forme qu'il détermine, un rapport financier trimestriel et un rapport prévisionnel des dépenses trimestriel relatifs au fonctionnement de Santé Québec au plus tard le 30^e jour suivant la fin du trimestre visé ainsi qu'une version préliminaire du rapport financier trimestriel au plus tard le 10^e jour ouvrable suivant la fin du trimestre visé;

2° les établissements publics, jusqu'à ce qu'ils soient fusionnés à Santé Québec en vertu de l'article 1087 de la présente loi, continuent de transmettre au ministre les rapports financiers prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, telle qu'elle se lisait la veille du jour de la fusion.

Le ministre fournit, dans les mêmes délais, une reproduction de chacune de ces versions au ministre des Finances et au président du Conseil du trésor.

Les rapports visés au premier alinéa doivent contenir tout renseignement requis par le ministre.

Santé Québec transmet de plus au ministre tout autre rapport sur les sujets visés au premier alinéa dans la forme et selon la teneur et la périodicité qu'il détermine.

Si le jour de la fusion ne correspond pas à un 1^{er} avril, les rapports visés au premier alinéa doivent, pour la période comprise entre le jour de la fusion et le 1^{er} avril suivant, présenter l'information relative au fonctionnement de Santé Québec et à celui de ses établissements.

CHAPITRE II

FUSION D'ÉTABLISSEMENTS À SANTÉ QUÉBEC

1087. Les centres intégrés de santé et de services sociaux et les établissements non fusionnés visés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) sont fusionnés à Santé Québec à la date qui suit de six mois celle fixée par le gouvernement en vertu de ce qui précède le paragraphe 1^o de l'article 1180 de la présente loi. Il en est de même de l'établissement public dont le siège est situé sur le territoire visé à la partie IV.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

À compter de cette date, ces centres intégrés, ces établissements non fusionnés et cet établissement public :

1^o continuent leur existence dans Santé Québec et leurs patrimoines n'en forment alors qu'un seul avec celui de Santé Québec;

2^o deviennent :

a) des établissements territoriaux visés à l'article 38 dans le cas des centres intégrés et de l'établissement public;

b) des établissements autres que territoriaux visés à l'article 39 dans le cas des établissements non fusionnés.

1088. Pour l'application de la présente partie, on entend par :

«établissement fusionnant» un centre intégré de santé et de services sociaux, un établissement non fusionné ou l'établissement public visé au premier alinéa de l'article 1087;

«établissement fusionné» l'établissement de Santé Québec qu'est devenu, à compter du jour de la fusion, un établissement fusionnant.

1089. Les droits et obligations des établissements fusionnants deviennent ceux de Santé Québec et celle-ci devient partie à toute procédure judiciaire ou administrative à laquelle ceux-ci étaient parties.

1090. Le permis dont était titulaire un établissement fusionnant la veille du jour de la fusion, délivré en vertu de l'article 437 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, est réputé, à compter du jour de la fusion, être l'acte d'institution de l'établissement fusionné jusqu'à ce qu'il soit remplacé par un acte délivré en vertu de l'article 42 de la présente loi.

1091. Jusqu'à l'entrée en vigueur des premières dispositions du règlement intérieur de Santé Québec prises en vertu de l'article 41 de la présente loi, les classes et les types auxquels un centre peut appartenir sont ceux prévus aux articles 85 à 87 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tels qu'ils se lisaient la veille du jour de la fusion.

1092. Les personnes qui, la veille du jour de la fusion, étaient membres du conseil d'administration d'un établissement fusionnant exercent, à compter du jour de la fusion, les fonctions des membres du conseil d'établissement de l'établissement fusionné jusqu'à ce que ces membres soient nommés par le conseil d'administration de Santé Québec en vertu de l'article 107.

1093. Les personnes qui, la veille du jour de la fusion, composaient le comité de vigilance et de la qualité créé pour un établissement fusionnant en vertu du premier alinéa de l'article 181.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux composent, à compter du jour de la fusion, le comité de vigilance et de la qualité de l'établissement fusionné visé à l'article 120 de la présente loi, et ce, jusqu'à ce qu'elles soient nommées de nouveau ou remplacées.

1094. Les comités des usagers et les comités des résidents qui, la veille du jour de la fusion, étaient institués pour un établissement fusionnant continuent d'exister après la fusion comme s'ils avaient été institués pour un établissement fusionné en vertu, respectivement, des articles 143 et 144 et ils exercent, avec les adaptations nécessaires, les responsabilités que la présente loi leur confère jusqu'à ce que de nouveaux comités soient institués.

Les comités des usagers et les comités des résidents mentionnés au premier alinéa sont ceux qui ont été institués en application de l'article 209 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

1095. Un comité consultatif constitué en vertu de l'article 148 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 qui existait la veille du jour de la fusion devient, à compter du jour de la fusion, un comité consultatif:

1° visé à l'article 125 de la présente loi s'il avait été constitué à l'égard d'installations d'un centre intégré de santé et de services sociaux;

2° visé à l'article 293 de la présente loi s'il avait été constitué à l'égard des installations d'un établissement regroupé.

1096. Le mandat d'un président-directeur général ou d'un président-directeur général adjoint nommé, selon le cas, en vertu de l'article 10 ou de l'article 33 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 et qui est en fonction la veille du jour de la fusion est continué à compter du jour de la fusion jusqu'au moment où il est remplacé ou nommé de nouveau en vertu de la présente loi.

Sous réserve du deuxième alinéa de l'article 1098 de la présente loi, le président-directeur général ou le président-directeur général adjoint conserve, jusqu'à ce moment, sa rémunération, ses avantages sociaux et ses autres conditions de travail fixés par décret du gouvernement pris en vertu de l'article 34 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, tel qu'il se lisait la veille du jour de la fusion.

1097. Malgré les articles 129 et 135, jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions d'un règlement pris en vertu de l'article 51 qui déterminent la rémunération, les avantages sociaux et les autres conditions de travail des présidents-directeurs généraux et des présidents-directeurs généraux adjoints des établissements de Santé Québec, ceux-ci sont nommés par le gouvernement.

Le gouvernement détermine alors par décret leur rémunération, leurs avantages sociaux et leurs autres conditions de travail, sous réserve de l'article 1098.

1098. Un président-directeur général ou un président-directeur général adjoint d'un établissement de Santé Québec en fonction à la date de l'entrée en vigueur des dispositions d'un règlement pris en vertu de l'article 51 qui déterminent la rémunération, les avantages sociaux et les autres conditions de travail des présidents-directeurs généraux et des présidents-directeurs généraux adjoints des établissements de Santé Québec est réputé avoir été nommé en vertu, respectivement, des articles 129 et 135.

Tout décret visé au deuxième alinéa de l'article 1096 ou pris en vertu du deuxième alinéa de l'article 1097 est abrogé à cette date. Les conditions de travail qui sont alors applicables au président-directeur général ou au président-directeur général adjoint sont celles prévues par ce règlement, sans indemnité ni allocation de départ ou de transition.

1099. La fusion prévue à l'article 1087 de la présente loi est, pour l'application des dispositions de la sous-section 2 de la section II de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales, réputée être une intégration d'activités visée à l'article 330 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

H100. Malgré le deuxième alinéa de l'article 35 de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales, à la suite de la fusion prévue à l'article 1087 de la présente loi, les parties ont 18 mois à compter de la date de l'accréditation de la nouvelle association de salariés de Santé Québec pour négocier les matières définies comme étant l'objet de stipulations négociées et agréées à l'échelle locale.

H101. La fusion prévue à l'article 1087 de la présente loi est, pour l'application de l'article 30 de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (chapitre R-24.0.2), tel qu'il se lisait la veille du jour de la fusion, réputée être une fusion d'établissements, mais uniquement entre les établissements d'une même région sociosanitaire dans laquelle il existe plus d'une association de ressources reconnue pour représenter l'un ou l'autre des groupes visés au paragraphe 2° de l'article 4 de cette loi.

H102. À compter du jour de la fusion, une ressource visée par la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et qui est membre d'une association de ressources reconnue dans une autre région sociosanitaire que celle où elle est située devient, sans formalité, représentée par l'association de ressources reconnue dans la région sociosanitaire où la ressource est située.

H103. Tout directeur des services professionnels nommé en vertu de l'article 202 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et en fonction au sein d'un établissement fusionnant la veille du jour de la fusion devient directeur médical au sein de l'établissement fusionné à compter du jour de la fusion.

H104. Le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement fusionnant qui est visé à l'article 217 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux devient, à compter du jour de la fusion, le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes de l'établissement fusionné qui est visé à l'article 171 de la présente loi.

Le comité exécutif dispose d'un an à compter du jour de la fusion pour rendre sa composition conforme à l'article 171. En cas de défaut du comité exécutif, le directeur médical de l'établissement peut prendre toute mesure nécessaire à cette fin.

H105. Le plan des effectifs médicaux d'un établissement approuvé par le ministre en vertu de l'article 378 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de l'article 46 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, tels qu'ils se lisaient la veille du jour de la fusion, demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un tel plan soit élaboré et approuvé pour cet établissement conformément aux articles 195 et 196 de la présente loi.

1106. Les nominations, les privilèges ou le statut accordés, le cas échéant, par un établissement fusionnant à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien qui, la veille du jour de la fusion, exerçait sa profession au sein de cet établissement sont réputés lui avoir été accordés par le président-directeur général de l'établissement fusionné selon les mêmes conditions et pour les seules installations dans lesquelles le médecin, le dentiste ou le pharmacien exerçait sa profession à cette date, et ce, jusqu'à ce que ces nominations, privilèges et statut soient renouvelés conformément aux dispositions de la présente loi.

Les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et des règlements nécessaires à leur application, telles qu'elles se lisaient la veille du jour de la fusion, continuent de s'appliquer pour le traitement des demandes de nomination reçues avant cette date. Le président-directeur général de l'établissement ayant succédé à celui ayant reçu la demande exerce les fonctions et pouvoirs que ces dispositions confèrent au conseil d'administration de l'établissement.

Lorsque la demande de nomination est acceptée, le statut et, le cas échéant, les privilèges sont accordés conformément à la présente loi.

1107. Tout responsable des services de sages-femmes nommé en vertu de l'article 208.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et en fonction la veille du jour de la fusion devient, à compter du jour de la fusion, le chef de département clinique des sages-femmes au sein de l'établissement fusionné.

1108. Le conseil des sages-femmes institué pour un établissement fusionnant en vertu de l'article 225.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux cesse d'exister à compter du jour de la fusion.

Les dossiers et les autres documents détenus par le conseil des sages-femmes ou l'un de ses comités deviennent les dossiers et les documents du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes de l'établissement fusionné.

1109. Les fonctions du comité exécutif du conseil multidisciplinaire des services de santé ainsi que de celui du conseil multidisciplinaire des services sociaux d'un établissement fusionné, visés respectivement aux articles 270 et 279 de la présente loi, sont, jusqu'à leur formation, exercées par les personnes qui, la veille du jour de la fusion, formaient le comité exécutif du conseil multidisciplinaire de l'établissement fusionnant visé à l'article 230 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Ces personnes doivent s'assurer que le comité exécutif de chacun de ces conseils est formé conformément à l'article 270 ou, selon le cas, à l'article 279 au plus tard un an après le jour de la fusion.

À défaut par ces personnes de former, dans ce délai, ces comités exécutifs conformément à ces articles, le directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé ou, selon le cas, le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux de l'établissement de Santé Québec peut prendre toute mesure nécessaire à cette fin.

III0. Les programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaborés en vertu de l'article 76 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 qui étaient en vigueur la veille du jour de la fusion demeurent applicables jusqu'à ce que le gouvernement approuve le programme d'accès élaboré par Santé Québec conformément à l'article 348 de la présente loi.

III1. Santé Québec est réputée avoir obtenu une reconnaissance en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11) à l'égard des installations qui, la veille du jour de la fusion, remplissaient l'une des conditions suivantes :

1° elles étaient maintenues par un établissement non fusionné reconnu en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française ou par un centre intégré de santé et de services sociaux réputé avoir obtenu une telle reconnaissance en vertu du premier alinéa de l'article 207 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;

2° elles étaient maintenues par un centre intégré de santé et de services sociaux et celui-ci était réputé avoir obtenu une telle reconnaissance à leur égard en vertu du deuxième ou du troisième alinéa de cet article 207.

III2. L'établissement qui, la veille du jour de la fusion, était désigné par le gouvernement en vertu de l'article 508 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est réputé être désigné en vertu de l'article 343 de la présente loi à compter du jour de la fusion.

III3. L'établissement qui, la veille du jour de la fusion, exploitait un centre hospitalier désigné centre hospitalier universitaire conformément à l'article 88 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est réputé désigné en vertu de l'article 357 de la présente loi jusqu'à la date qui suit de trois ans le jour de la fusion, à moins qu'avant cette date, cette désignation ne soit retirée ou que l'établissement ne soit désigné en vertu de cet article 357.

Le contrat d'affiliation, visé à l'article 110 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, conclu par cet établissement avec une université avant le jour de la fusion, s'il n'est pas conforme à l'article 355 de la présente loi, cesse d'avoir effet à la date prévue au premier alinéa, à moins qu'il n'ait déjà pris fin.

III.4. L'établissement qui, la veille du jour de la fusion, exploitait un institut universitaire désigné conformément à l'article 89 ou à l'article 90 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est réputé désigné en vertu de l'article 358 de la présente loi jusqu'à la date qui suit de trois ans le jour de la fusion, à moins qu'avant cette date, cette désignation ne soit retirée ou que l'établissement ne soit désigné en vertu de cet article 358.

Le contrat d'affiliation, visé à l'article 110 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, conclu par cet établissement avec une université avant le jour de la fusion, s'il n'est pas conforme à l'article 355 de la présente loi, cesse d'avoir effet à la date prévue au premier alinéa, à moins qu'il n'ait déjà pris fin.

III.5. L'établissement qui, la veille du jour de la fusion, exploitait un centre désigné centre affilié universitaire conformément à l'article 91 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux demeure désigné ainsi jusqu'à la date qui suit de trois ans le jour de la fusion, à moins qu'avant cette date, cette désignation ne soit retirée ou que cet établissement ne soit désigné centre hospitalier universitaire en vertu de l'article 357 de la présente loi ou institut universitaire en vertu de l'article 358 de la présente loi.

III.6. Les pouvoirs que la présente loi confère aux membres des établissements regroupés peuvent être exercés, avec les adaptations nécessaires, par les personnes physiques qui, le 31 mars 2015, étaient membres de l'un des établissements suivants, à l'égard des immeubles dont Santé Québec est propriétaire et qui étaient, à cette date, la propriété de l'un de ces établissements :

- 1° l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal;
- 2° l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- 3° le Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil.

III.7. Les pouvoirs que la présente loi confère aux membres des établissements regroupés peuvent être exercés, avec les adaptations nécessaires, par les personnes physiques qui, la veille du jour de la fusion, étaient membres de l'un des établissements suivants, à l'égard des immeubles dont Santé Québec est propriétaire et qui étaient, à cette date, la propriété de l'un de ces établissements :

- 1° le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine;
- 2° le Centre universitaire de santé McGill.

1118. Santé Québec tient à jour, pour chaque établissement désigné aux articles 1116 ou 1117, une liste des personnes visées à ces articles.

CHAPITRE III

DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE FAMILIALE ET AUTRES MESURES VISANT L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX

1119. Un département régional de médecine générale visé à l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux devient, à compter du jour de la fusion, un département territorial de médecine familiale visé à l'article 372 de la présente loi.

1120. Le plan des effectifs médicaux régional élaboré pour une région par le ministre en vertu de l'article 377 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de l'article 91 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, tel qu'il avait effet la veille du jour de la fusion, demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un plan territorial des effectifs médicaux soit approuvé par le ministre pour le territoire correspondant conformément à l'article 405 de la présente loi.

CHAPITRE IV

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

1121. Les droits et obligations du ministre qui étaient prévus par les conventions suivantes en vigueur la veille du jour de la fusion deviennent ceux de Santé Québec :

1° une convention conclue entre le ministre et un établissement privé en vertu de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et du deuxième alinéa de l'article 46 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;

2° une convention conclue par une agence en vertu de l'article 475 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux réputée conclue avec le ministre en application de l'article 216 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.

1122. Jusqu'à la date de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu de l'article 414 de la présente loi, les normes et barèmes qui doivent être suivis par un établissement privé conventionné pour la sélection, la nomination, l'engagement, la rémunération et les autres conditions de travail des membres

de son personnel sont ceux prévus, le cas échéant, aux dispositions du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux (chapitre S-4.2, r. 5.1) ou du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (chapitre S-4.2, r. 5.2), tels qu'ils se lisaient la veille du jour de la fusion.

CHAPITRE V

RÉGLEMENTATION DE CERTAINES ACTIVITÉS

1123. Le titulaire d'un permis de centre médical spécialisé ou d'établissement privé délivré en vertu de l'article 437 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui était en vigueur la veille du jour de la fusion est réputé être autorisé à exploiter, selon le cas, un centre médical spécialisé ou un établissement privé en application, respectivement, des articles 481 et 485 de la présente loi.

Le titulaire d'une attestation temporaire de conformité délivrée en vertu du deuxième alinéa de l'article 346.0.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement déterminée par règlement du gouvernement en application de l'article 346.0.21 de cette loi et qui était en vigueur la veille du jour de la fusion est réputé être autorisé à commencer l'exploitation, selon le cas, d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement en application, respectivement, des articles 483 et 484 de la présente loi, jusqu'à la fin de la période de validité de cette attestation.

Le titulaire d'un certificat de conformité délivré en vertu du deuxième alinéa de l'article 346.0.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour l'exploitation d'une résidence privée pour aînés ou d'une ressource offrant de l'hébergement déterminée par règlement du gouvernement en application de l'article 346.0.21 de cette loi et qui était en vigueur la veille du jour de la fusion est réputé être autorisé à exploiter, selon le cas, une résidence privée pour aînés ou une ressource offrant de l'hébergement en application, respectivement, des articles 483 et 484 de la présente loi.

L'organisme communautaire titulaire d'une autorisation pour offrir des services d'interruption de grossesse délivrée en vertu de l'article 338.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui était en vigueur la veille du jour de la fusion est réputé être autorisé à cette fin en application de l'article 486 de la présente loi.

Santé Québec délivre un document qui atteste cette autorisation.

1124. Le titulaire d'un agrément délivré en vertu de l'article 457 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qui était en vigueur la veille du jour de la fusion est réputé être titulaire d'un agrément délivré en application de l'article 438 de la présente loi à compter du jour de la fusion.

1125. Les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de ses règlements, telles qu'elles se lisaient la veille du jour de la fusion, continuent de s'appliquer pour le traitement des demandes de permis, d'attestation temporaire ou de certificat de conformité, d'autorisation ou d'agrément reçues avant ce jour. Santé Québec exerce les fonctions et pouvoirs que ces dispositions confèrent au ministre ou à l'établissement, selon que la demande a été reçue par le ministre ou l'établissement.

Il en est de même pour toute demande de renouvellement ou de modification d'un tel document qui est en cours d'examen la veille du jour de la fusion.

1126. Pour l'application du sous-paragraphe *b* du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 489 de la présente loi, sont assimilés à une autorisation qui a été révoquée ou qui n'a pas été renouvelée :

1° le permis qui a été révoqué ou dont le renouvellement a été refusé en vertu de l'article 446 ou 446.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

2° l'attestation temporaire de conformité ou le certificat de conformité qui a été révoqué ou dont le renouvellement a été refusé en vertu de l'article 346.0.11 de cette loi;

3° l'autorisation visée à l'article 338.1 de cette loi qui a été révoquée en vertu de l'article 446.1 de cette loi.

1127. Pour l'application du paragraphe 1° du deuxième alinéa de l'article 489 de la présente loi, est assimilée à une infraction à la présente loi ou à ses règlements une infraction à la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou à ses règlements, tels qu'ils se lisaient la veille du jour de la fusion.

1128. L'administration provisoire d'un établissement assumée par le ministre la veille du jour de la fusion en vertu de l'article 490 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est assumée par Santé Québec à compter du jour de la fusion, conformément au chapitre III du titre II de la partie VI de la présente loi.

1129. Jusqu'à la date de l'entrée en vigueur des premières dispositions du règlement pris en vertu du deuxième alinéa de l'article 485 de la présente loi, les classes et les types auxquels un centre exploité par un établissement privé peut appartenir sont ceux prévus aux articles 85 à 87 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tels qu'ils se lisaient la veille du jour de la fusion.

1130. Malgré l'article 566, l'exploitant d'un cabinet privé de professionnel peut, sans être titulaire d'une autorisation exigée en vertu de l'article 481, offrir des services dentaires à un patient sous anesthésie générale lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° le (*indiquer ici la date de la présentation du présent projet de loi*), il offrait de tels services conformément à une entente conclue avec un établissement public;

2° à compter du (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*), il offre de tels services dans la seule mesure prévue par une entente conclue avec cet établissement ou avec Santé Québec dès le jour de la fusion.

L'entente visée au paragraphe 2° du premier alinéa doit prévoir des dispositions assurant à l'usager des services d'une qualité et d'une sécurité correspondant à celles des services qu'il aurait reçus dans l'établissement.

Jusqu'à la date de l'entrée en vigueur de l'article 566 de la présente loi, l'exploitant d'un cabinet privé de professionnel au sens du deuxième alinéa de l'article 95 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux peut, malgré l'article 333.1.1 de cette loi, offrir des services dentaires à un patient sous anesthésie générale sans être titulaire du permis requis en application de l'article 437 de cette loi lorsque les conditions prévues au premier alinéa sont remplies.

1131. Un établissement privé non conventionné qui, la veille du jour de la fusion, était titulaire d'un permis l'autorisant à exploiter un centre d'hébergement et de soins de longue durée peut, malgré le deuxième alinéa de l'article 528, continuer d'offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée tant que l'autorisation visée à l'article 1123 d'exploiter cet établissement n'est pas révoquée par Santé Québec. Les mentions relatives aux installations et à la capacité qui figurent à l'autorisation ne peuvent pas être modifiées.

1132. L'entente-cadre conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre de la Sécurité publique en vertu de l'article 346.0.20.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est réputée, à compter du jour de la fusion, avoir été conclue entre ce ministre et Santé Québec conformément à l'article 548 de la présente loi.

CHAPITRE VI

PLAINTES ET QUALITÉ DES SERVICES

1133. Toute personne nommée commissaire local aux plaintes et à la qualité des services pour l'établissement fusionnant conformément à l'article 30 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et en fonction la veille du jour de la fusion est réputée avoir été nommée, le jour de la fusion, commissaire aux plaintes et à la qualité des services en vertu de l'article 600 de la présente loi pour l'établissement fusionné.

II34. Toute personne nommée commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services pour l'établissement fusionnant conformément à l'article 30 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et en fonction la veille du jour de la fusion est réputée avoir été nommée, le jour de la fusion, adjointe au commissaire aux plaintes et à la qualité des services en vertu de l'article 603 de la présente loi pour l'établissement fusionné.

II35. Tout médecin examinateur désigné en vertu de l'article 42 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux par un établissement fusionnant et en fonction la veille du jour de la fusion est réputé avoir été désigné, le jour de la fusion, médecin examinateur en vertu de l'article 610 de la présente loi pour l'établissement fusionné.

II36. Jusqu'à ce que le conseil d'administration de Santé Québec établisse la compétence de chacun des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, des médecins examinateurs et des comités de révision conformément aux articles 609, 611 et 616 de la présente loi, ceux-ci demeurent compétents, selon le cas, à l'égard des plaintes et des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3) dont le traitement leur incombait en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, telle qu'elle se lisait la veille du jour de la fusion.

II37. Les comités de révision qui étaient institués en vertu de l'article 51 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux la veille du jour de la fusion demeurent en fonction pour poursuivre, conformément aux dispositions de la présente loi, le traitement des plaintes reçues avant le jour de la fusion.

II38. À compter du jour de la fusion, un organisme communautaire à qui, la veille du jour de la fusion, était confié un mandat d'assistance et d'accompagnement conformément à l'article 76.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est réputé s'être vu confier les fonctions prévues au premier alinéa de l'article 624 de la présente loi.

CHAPITRE VII

INSPECTIONS, ENQUÊTES ET ANALYSES

II39. Toute personne qui, la veille du jour de la fusion, était autorisée ou désignée par le ministre à agir comme inspecteur ou pour enquêter en vertu de l'article 489, 489.1, 489.3 ou 489.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est réputée l'être par Santé Québec à compter du jour de la fusion.

II40. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur du paragraphe 9° de l'article 745 de la présente loi, était autorisée à agir comme inspecteur ou désignée pour enquêter par le ministre en vertu de l'article 25 ou 26.1 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01) est réputée l'être par Santé Québec à compter de la date de l'entrée en vigueur du paragraphe 9° de l'article 745 de la présente loi.

II41. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur du paragraphe 25° de l'article 749 de la présente loi, était autorisée à agir comme inspecteur ou désignée pour enquêter par le ministre en vertu de l'article 83 ou 85 de la Loi sur les activités funéraires (chapitre A-5.02) est réputée l'être par Santé Québec à compter de la date de l'entrée en vigueur du paragraphe 25° de l'article 749 de la présente loi.

II42. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur de l'article 785 de la présente loi, était autorisée par le ministre à agir comme inspecteur en vertu de l'article 10 de la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (chapitre C-5.2) est réputée l'être par Santé Québec à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 785 de la présente loi.

II43. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur de l'article 790 de la présente loi, était autorisée, désignée ou nommée par le ministre ou faisait partie d'une catégorie de personnes identifiée par le ministre pour agir comme inspecteur, pour enquêter ou pour remplir les fonctions d'analyste en vertu de l'article 69, 74 ou 83 de la Loi encadrant le cannabis (chapitre C-5.3) est réputée, aux mêmes fins, être autorisée, désignée ou nommée par Santé Québec ou faire partie d'une catégorie de personnes identifiée par celle-ci à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 790 de la présente loi.

II44. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur de l'article 814 de la présente loi, était autorisée ou désignée par le ministre pour faire une inspection ou une enquête en vertu de l'article 31.1 ou 31.2 de la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité de biovigilance (chapitre H-1.1) est réputée l'être par Santé Québec à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 814 de la présente loi.

II45. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur de l'article 832 de la présente loi, était autorisée par le ministre à faire une inspection en vertu de l'article 65 de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2) est réputée l'être par Santé Québec à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 832 de la présente loi.

1146. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur de l'article 839 de la présente loi, était nommée ou faisait partie d'une catégorie de personnes identifiée par le ministre pour remplir les fonctions d'inspecteur ou d'analyste en vertu de l'article 32 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (chapitre L-6.2) ou était désignée par le ministre pour enquêter en vertu de l'article 38.0.1 de cette loi est réputée, aux mêmes fins, être nommée ou désignée par Santé Québec ou faire partie d'une catégorie de personnes identifiée par celle-ci à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 839 de la présente loi.

1147. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur de l'article 853 de la présente loi, était autorisée ou désignée par le ministre à agir comme inspecteur ou pour enquêter en vertu de l'article 22.4 ou 22.6 de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3) est réputée l'être par Santé Québec à compter de la date de l'entrée en vigueur de l'article 853 de la présente loi.

1148. Toute personne qui, le jour précédant la date de l'entrée en vigueur de l'article 1058 de la présente loi, était autorisée par le ministre à faire une inspection en vertu de l'article 21 de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) est réputée l'être par Santé Québec en vertu de l'article 18.1 de cette loi, édicté par l'article 1055 de la présente loi, à compter de la date de l'entrée en vigueur de cet article.

CHAPITRE VIII

AUTRES DISPOSITIONS TRANSITOIRES

SECTION I

TRANSFERT DES DROITS ET DES OBLIGATIONS DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À L'ÉGARD DE SANTÉ QUÉBEC

1149. À l'égard des fonctions qui étaient celles du ministre de la Santé et des Services sociaux et qui, en vertu de la présente loi, deviennent celles de Santé Québec, celle-ci est substituée à celui-là, en acquiert les droits et en assume les obligations.

1150. Santé Québec devient, sans reprise d'instance, partie à toute procédure à laquelle était partie le ministre selon les droits qu'elle acquiert et les obligations qu'elle assume en vertu de l'article 1149.

1151. Tout préavis de décision défavorable prescrit par l'article 5 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3) et notifié par le ministre est réputé avoir été notifié par Santé Québec selon les droits qu'elle acquiert et les obligations qu'elle assume en vertu de l'article 1149 de la présente loi.

SECTION II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DISPOSITIONS MODIFICATIVES PRÉVUES À LA PARTIE XI

§1. — *Services préhospitaliers d'urgence*

II52. Tout protocole, toute reconnaissance, toute approbation, tout standard, tout niveau, tout système ou tout registre fait, émis ou tenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux en application de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2), telle qu'elle se lisait la veille du jour de la fusion, relève de la responsabilité de Santé Québec et est réputé avoir été fait, émis ou tenu par celle-ci.

II53. Les protocoles cliniques élaborés et approuvés par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu du premier alinéa de l'article 3 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, tel qu'il se lisait la veille du jour de la fusion, sont réputés avoir été élaborés par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence en vertu de l'article 6 de cette loi, tel que modifié par l'article 966 de la présente loi.

II54. Le titulaire d'un permis d'exploitation d'un service ambulancier en vigueur la veille du jour de la fusion est autorisé à exploiter un service ambulancier en vertu de ce permis jusqu'à la fin de la période de validité de ce permis.

Santé Québec délivre un document qui atteste cette autorisation.

II55. Tout contrat de service ou toute entente conclu par un centre intégré de santé et de services sociaux avant le jour de la fusion en application de l'article 9, 25.1 ou 38 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence est réputé conclu avec Santé Québec à compter de ce jour.

II56. Un système d'information ou une accréditation respectivement conçu ou donnée avant le jour de la fusion par un centre intégré de santé et de services sociaux dans le cadre de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, tel qu'elle se lisait la veille du jour de la fusion et qui, en application de la présente loi, relève de la responsabilité de Santé Québec est réputé, à compter de ce jour, avoir été conçu ou donnée par celle-ci.

II57. Le mandat des membres d'un conseil d'administration d'un centre de communication santé prend fin le jour de la fusion.

II58. À moins que le contexte ne s'y oppose, dans tout document, une référence à la Corporation d'urgences-santé est une référence à Urgences-santé.

§2. — *Documents et actes attribuables au ministre*

H159. Une affiche fournie par le ministre en application du premier alinéa de l'article 8 de la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel (chapitre C-5.2), tel qu'il se lisait à la date précédant celle de l'entrée en vigueur de l'article 784, de même qu'un avis de reconnaissance délivré par le ministre en application de l'article 20.3.1 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (chapitre L-6.2), tel qu'il se lisait à cette même date, demeurent valides jusqu'à ce qu'ils soient fournis ou délivrés par Santé Québec.

H160. La directive adoptée, avant le jour de la fusion, en vertu du cinquième alinéa de l'article 72.8 de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) demeure en vigueur jusqu'à ce que Santé Québec en adopte une nouvelle.

H161. Le mandat des membres du Comité de partenaires concernés par le soutien aux personnes proches aidantes et celui des membres de l'Observatoire québécois de la proche aidance, visés, respectivement, au premier alinéa des articles 19 et 29 de la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (chapitre R-1.1), tels qu'ils se lisaient la veille du jour de la fusion, se poursuit jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés conformément à ces dispositions modifiées, respectivement, par les articles 903 et 904 de la présente loi.

H162. L'établissement qui, à la date qui précède celle de l'entrée en vigueur de l'article 749 de la présente loi, était désigné par le ministre conformément à l'article 73 de la Loi sur les activités funéraires (chapitre A-5.02) est réputé l'être par Santé Québec à compter de l'entrée en vigueur de l'article 749 de la présente loi.

H163. Tout permis délivré ou renouvelé par le ministre, avant la date de l'entrée en vigueur du paragraphe 1^o de l'article 745 de la présente loi, en vertu de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01), de la Loi sur les activités funéraires et de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2) est réputé délivré ou renouvelé par Santé Québec.

Toute autre décision prise par le ministre en vertu de ces lois à l'égard d'un tel permis est réputée être prise par Santé Québec.

De plus, toute demande de permis, de renouvellement ou de modification de permis adressée au ministre en vertu de l'une de ces lois et qui est en cours d'examen par celui-ci la veille de la date de l'entrée en vigueur du paragraphe 1^o de l'article 745 est réputée adressée à Santé Québec, qui en poursuit l'examen.

SECTION III

PROGRAMME NATIONAL SUR LA QUALITÉ DES SERVICES, GESTION DES RENSEIGNEMENTS, TARIFS ET CONTINUITÉ DE RÈGLEMENTS

1164. L'article 107.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), tel qu'il se lisait la veille du jour de la fusion, s'applique à un établissement visé à l'article 323 de la présente loi jusqu'à ce qu'un programme national sur la qualité des services soit élaboré en vertu de l'article 65 de la présente loi.

Les renvois faits par l'article 107.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux aux autres dispositions de cette loi sont des renvois aux dispositions correspondantes de la présente loi.

Le deuxième alinéa de l'article 142 de la présente loi s'applique au représentant d'un organisme d'accréditation visé au deuxième alinéa de l'article 183.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans l'exercice des fonctions également visées à cet alinéa, comme s'il s'agissait d'une personne responsable d'évaluer l'application du programme national sur la qualité des services.

1165. L'article 333.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tel qu'il se lisait la veille du jour de la fusion, s'applique à l'exploitant d'un centre médical spécialisé visé à l'article 509 de la présente loi jusqu'à ce qu'un programme national sur la qualité des services soit élaboré en vertu de l'article 65 de la présente loi.

Le renvoi fait par l'article 333.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux à l'article 437 de cette loi est un renvoi à l'article 481 de la présente loi.

1166. L'article 1165 s'applique, avec les adaptations nécessaires, à l'organisme communautaire visé à l'article 531.

1167. À compter du jour de la fusion, le prestataire de services dont les services ont été retenus par le ministre avant ce jour en application de l'article 520.3.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux notamment aux fins de conserver et de gérer, pour le compte de chacun des établissements visés à l'article 185.1 de cette loi, les renseignements qu'ils recueillent en application de cet article est réputé avoir été choisi comme prestataire par Santé Québec pour conserver et gérer les renseignements recueillis aux fins d'assurer la gestion de l'accès aux services. À cette fin, l'entente conclue entre le ministre et le prestataire avant le jour de la fusion est réputée, à compter de ce jour, être conclue entre celui-ci et Santé Québec.

1168. Tout résident au sens du règlement pris en vertu du paragraphe *b* de l'article 8 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) qui ne détient pas de carte d'assurance maladie ou de carte d'admissibilité délivrée conformément à la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou toute personne qui n'est pas résidente au sens de ce règlement et qui, entre le (*indiquer ici la date qui précède de trois ans celle de la sanction de la présente loi*) et la date de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu de l'article 2.2 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, édicté par l'article 754 de la présente loi, a obtenu l'un des services de santé ou des services sociaux prévus à la circulaire intitulée « Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes » volume 03, chapitre 01, sujet 42, document 19, portant le numéro de dossier 2019-021 et datée du 29 avril 2019, remplacée par la circulaire du même titre et des mêmes numéros de volume, de chapitre, de sujet et de document portant le numéro 2020-021 et datée du 3 avril 2020, par celle portant le numéro 2021-021 et datée du 3 mai 2021 et par celle portant le numéro 2022-009 et datée du 9 juin 2022, doit payer les droits qui y sont prévus en regard de ce service pour l'année concernée.

Les sommes payées en vertu d'une circulaire prévue au premier alinéa, entre le (*indiquer ici la date qui précède de trois ans celle de la sanction de la présente loi*) et la date de l'entrée en vigueur du premier règlement pris en vertu de l'article 2.2 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, édicté par l'article 754 de la présente loi, sont réputées avoir été payées en vertu du premier alinéa et elles appartiennent au gouvernement.

1169. Les dispositions du Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5, r. 1) et du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (chapitre S-5, r. 5) sont, dans la mesure où elles sont compatibles avec la présente loi, applicables aux personnes et aux groupements qu'elle vise, et ce, jusqu'à ce qu'un règlement en semblable matière soit pris en vertu de celle-ci.

Il en est de même de tout arrêté ou de tout décret pris en application d'une disposition de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, et ce, jusqu'à ce qu'en vertu de la présente loi, il y soit mis fin ou que de nouveaux arrêtés ou décrets en semblable matière soient pris.

1170. Les dispositions d'un règlement pris en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux sont, dans la mesure où elles sont compatibles avec la présente loi, applicables aux personnes et aux groupements qu'elle vise, et ce, jusqu'à ce qu'un règlement en semblable matière soit pris en vertu de celle-ci.

Il en est de même de tout arrêté ou de tout décret pris en application d'une disposition de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et ce, jusqu'à ce qu'en vertu de la présente loi, il y soit mis fin ou que de nouveaux arrêtés ou décrets en semblable matière soient pris.

TITRE II

DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES

1171. Malgré les dispositions de l'article 293 relatives à la constitution du comité consultatif et à sa composition, un comité consultatif est constitué pour conseiller le conseil d'administration de Santé Québec sur l'administration des services de santé et des services sociaux fournis dans les installations de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's.

Ce comité est composé des neuf membres suivants :

1° le directeur de l'établissement nommé en vertu de l'article 1172;

2° une personne désignée par et parmi les médecins, dentistes et pharmaciens qui sont titulaires d'un statut et, le cas échéant, de privilèges leur permettant d'exercer leur profession dans l'établissement;

3° une personne désignée par et parmi les infirmiers et les infirmières qui exercent leurs fonctions dans les installations de l'établissement;

4° une personne désignée par et parmi les personnes, à l'exception des médecins, des dentistes, des pharmaciens, des infirmières, des infirmiers, des infirmières auxiliaires et des infirmiers auxiliaires, qui sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent dans les installations de l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et liées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement;

5° une personne désignée par et parmi les membres du comité des usagers de l'établissement;

6° une personne désignée par le conseil d'administration des fondations de l'établissement;

7° une personne désignée par les membres de l'établissement;

8° deux personnes cooptées par les membres visés aux paragraphes 1° à 7°, afin d'assurer une représentativité de la communauté d'expression anglaise du territoire du réseau local de services sur lequel se trouve l'établissement.

1172. Un directeur de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's est nommé par le conseil d'administration de Santé Québec après consultation des membres du comité consultatif visés aux paragraphes 2° à 8° du deuxième alinéa de l'article 1171.

Ce directeur est notamment responsable du fonctionnement des installations de cet établissement regroupé, sous l'autorité du président-directeur général de l'établissement territorial responsable du territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux sur lequel il se trouve.

1173. En plus des fonctions prévues à l'article 293, le comité consultatif visé à l'article 1171 exerce, à l'égard des installations de l'établissement regroupé Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, les fonctions suivantes :

1° veiller à ce que le conseil d'administration de Santé Québec soit informé des besoins particuliers de la communauté anglophone en matière de services de santé et de services sociaux et lui recommander des mesures propres à assurer l'adéquation de ces besoins et des services fournis dans les installations de l'établissement;

2° faire des recommandations au conseil d'administration de Santé Québec sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement;

3° assurer la liaison entre Santé Québec, l'établissement regroupé, ses membres et sa fondation et la communauté anglophone du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux sur lequel se trouve l'établissement;

4° faire des recommandations au conseil d'administration de Santé Québec en vue d'assurer la continuité des services fournis en langue anglaise dans les installations de l'établissement, d'en améliorer la qualité et d'en favoriser le développement;

5° émettre son avis sur l'organisation administrative, professionnelle et scientifique de l'établissement territorial responsable du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux sur lequel il se trouve;

6° assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration de Santé Québec.

1174. Les membres d'un établissement regroupé peuvent soutenir une fondation ayant essentiellement pour objet, dans son acte constitutif, de recueillir des contributions versées en faveur de cet établissement en ce qui concerne la planification des campagnes de financement, pour recueillir des contributions et travailler avec celle-ci dans l'allocation des contributions recueillies conformément à la présente loi.

1175. Les employés d'un établissement regroupé deviennent, sans autre formalité, les employés de Santé Québec.

Les employés identifiés par Santé Québec exercent leurs fonctions au sein des centres exploités par l'établissement regroupé. Ces employés sont notamment choisis en raison de leur niveau de connaissance d'une langue autre que le français utilisée par les usagers de l'établissement regroupé reconnu en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11).

1176. Le gouvernement peut, par règlement, prendre avant la date qui suit de 18 mois le jour de la fusion toute mesure nécessaire ou utile à l'application de la présente loi ou à la réalisation efficace de son objet. Il peut de plus prévoir toute modification de concordance nécessaire à tout règlement.

Malgré les dispositions des articles 11 et 17 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), un règlement prévu au premier alinéa peut être édicté à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de la publication du projet de règlement à la *Gazette officielle du Québec* et il entre en vigueur à la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec* ou à toute date ultérieure que le règlement indique. Il peut, en outre, une fois publié et s'il en dispose ainsi, s'appliquer à compter de toute date non antérieure au (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*).

1177. La présente loi peut être citée sous le titre de Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux.

1178. La présente loi remplace la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), sauf dans la mesure où celle-ci s'applique aux territoires visés à ses articles 530.1 et 530.89.

1179. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la présente loi.

1180. Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur à la date qui suit de six mois celle fixée par le gouvernement, à l'exception :

1° des dispositions des articles 754, 1017, 1072, 1130, 1168 et 1176, qui entrent en vigueur le (*indiquer ici la date de la sanction de la présente loi*);

2° des dispositions des articles 20 à 22, 25, 26, 29, 30 à 36, 41, 43 à 61, 82, 83 à l'exception de « pour les Inuit et les Naskapis », 84 à 91, 99 à 105, 1071, 1073 à 1084 et 1086, qui entrent en vigueur à la date à laquelle le premier président et chef de la direction de Santé Québec est nommé en vertu de l'article 3.3 de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (chapitre G-1.02);

3° des dispositions des articles 102, 308 à 314, 745, 748, 749, 784 à 786, 790, 814 à 817, 819, 831 à 833, 837 à 841, 853, 854 et 1070, qui entrent en vigueur à la date ou aux dates fixées par le gouvernement.

ANNEXE I
(Articles 169, 257, 269, 278, 636)

SERMENT

Je déclare sous serment que je remplirai mes fonctions avec honnêteté, impartialité et justice. De plus, je déclare sous serment que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement confidentiel dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

ANNEXE II
(Article 282)

- 1° HÔPITAL JEFFERY HALE – SAINT BRIGID’S;
- 2° CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE L’ESTRIE;
- 3° CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX – INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE;
- 4° INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS;
- 5° CENTRE DE SOINS PROLONGÉS GRACE DART;
- 6° CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY;
- 7° L’HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS;
- 8° CENTRE MIRIAM;
- 9° CHSLD JUIF DE MONTRÉAL;
- 10° HÔPITAL MONT-SINAÏ;
- 11° LA CORPORATION DU CENTRE HOSPITALIER GÉRIATRIQUE MAIMONIDES;
- 12° CENTRE DE RÉADAPTATION LETHBRIDGE-LAYTON-MACKAY;
- 13° L’HÔPITAL CHINOIS DE MONTRÉAL (1963);
- 14° HÔPITAL SANTA CABRINI;
- 15° HÔPITAL JUIF DE RÉADAPTATION;
- 16° LA RÉSIDENCE DE LACHUTE;
- 17° CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU HAUT-SAINT-LAURENT.

TABLE DES MATIÈRES

	ARTICLES	
PARTIE I	DISPOSITIONS INTRODUCTIVES, DROITS RELATIFS AUX SERVICES ET FONCTIONS DU MINISTRE	1-19
TITRE I	DISPOSITIONS INTRODUCTIVES	1-4
TITRE II	DROITS RELATIFS AUX SERVICES	5-18
TITRE III	FONCTIONS DU MINISTRE	19
PARTIE II	SANTÉ QUÉBEC	20-105
TITRE I	INSTITUTION ET MISSION	20-29
TITRE II	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT	30-61
CHAPITRE I	CONSEIL D'ADMINISTRATION	30-48
SECTION I	COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT	30-36
SECTION II	FONCTIONS ET POUVOIRS	37-46
	§1. — <i>Institution des établissements</i>	37-42
	§2. — <i>Délégation de pouvoirs et de signature</i>	43-46
SECTION III	COMITÉ NATIONAL DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	47-48
CHAPITRE II	PERSONNEL	49-54
CHAPITRE III	ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE	55-61
TITRE III	FONCTIONS AUXILIAIRES À LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	62-81
CHAPITRE I	MÉCANISMES D'ACCÈS	62-64
CHAPITRE II	PROGRAMME NATIONAL SUR LA QUALITÉ DES SERVICES	65-66
CHAPITRE III	COMITÉ NATIONAL DES USAGERS	67-69

CHAPITRE IV	REGISTRE NATIONAL DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS	70-72
CHAPITRE V	DIRECTIONS ET DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE	73-81
TITRE IV	POUVOIRS SPÉCIAUX DE SANTÉ QUÉBEC, RESTRICTIONS À CERTAINS AUTRES POUVOIRS, FINANCEMENT, CONTRIBUTIONS ET FONDATIONS	82-98
CHAPITRE I	POUVOIRS SPÉCIAUX DE SANTÉ QUÉBEC ET RESTRICTIONS À CERTAINS AUTRES POUVOIRS	82-86
CHAPITRE II	FINANCEMENT, CONTRIBUTIONS ET FONDATIONS	87-98
SECTION I	FINANCEMENT	87-93
SECTION II	CONTRIBUTIONS ET FONDATIONS	94-98
TITRE V	PLAN STRATÉGIQUE, COMPTES ET RAPPORTS	99-105
PARTIE III	ÉTABLISSEMENTS, PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET AFFAIRES UNIVERSITAIRES	106-371
TITRE I	ORGANISATION ET GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS	106-321
CHAPITRE I	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUÉBEC	106-281
SECTION I	CONSEIL D'ÉTABLISSEMENT ET COMITÉS FORMÉS PAR LE CONSEIL D'ÉTABLISSEMENT	106-128
	§1.— <i>Institution, composition et fonctionnement du conseil d'établissement</i>	106-116
	§2.— <i>Fonctions du conseil d'établissement</i>	117-119

	§3. — <i>Comités formés par le conseil d'établissement</i>	120-128
	I. — <i>Comité de vigilance et de la qualité</i>	120-124
	II. — <i>Comité consultatif</i>	125-127
	III. — <i>Autres comités</i>	128
SECTION II	PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT	129-137
	§1. — <i>Président-directeur général</i>	129-134
	§2. — <i>Président-directeur général adjoint</i>	135
	§3. — <i>Dispositions communes</i>	136-137
SECTION III	COMITÉ DE GESTION DES RISQUES, COMITÉ DES USAGERS ET COMITÉ DES RÉSIDENTS	138-152
	§1. — <i>Comité de gestion des risques</i>	138-142
	§2. — <i>Comité des usagers et comité des résidents</i>	143-152
SECTION IV	GOUVERNANCE CLINIQUE	153-281
	§1. — <i>Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique</i>	153-157
	I. — <i>Fonctions et composition</i>	153-154
	II. — <i>Régie interne, dossiers, procès-verbaux et rapport annuel</i>	155-157
	§2. — <i>Règles particulières aux médecins, aux dentistes, aux pharmaciens et aux sages-femmes</i>	158-249
	I. — <i>Directeur médical</i>	158-165
	II. — <i>Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes</i>	166-175
	III. — <i>Départements cliniques et services</i>	176-194
	1. — <i>Formation</i>	176-177
	2. — <i>Chef de département clinique et chef de service</i>	178-187
	3. — <i>Gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques</i>	188-194
	IV. — <i>Médecins, dentistes et pharmaciens</i>	195-234
	1. — <i>Plan des effectifs médicaux et dentaires</i>	195-196
	2. — <i>Nomination, statut, privilèges et autorisation en cas d'urgence</i>	197-210
	3. — <i>Conditions d'exercice de la profession de médecin ou de dentiste et cessation d'exercice</i>	211-217

	4.— <i>Discipline</i>	218-226
	5.— <i>Renouvellement du statut et des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste</i>	227-231
	6.— <i>Recours</i>	232-233
	7.— <i>Transmission de renseignements</i>	234
	V.— <i>Sages-femmes</i>	235-249
	§3.— <i>Règles particulières aux infirmières et aux infirmiers</i>	250-263
	I.— <i>Directeur des soins infirmiers</i>	250-253
	II.— <i>Conseil des infirmières et infirmiers</i>	254-263
	§4.— <i>Règles particulières au personnel multidisciplinaire des services de santé</i>	264-272
	I.— <i>Directeur du personnel multidisciplinaire des services de santé</i>	264-265
	II.— <i>Conseil multidisciplinaire des services de santé</i>	266-272
	§5.— <i>Règles particulières au personnel multidisciplinaire des services sociaux</i>	273-281
	I.— <i>Directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux</i>	273-274
	II.— <i>Conseil multidisciplinaire des services sociaux</i>	275-281
CHAPITRE II	ÉTABLISSEMENTS REGROUPÉS	282-293
CHAPITRE III	ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS	294-321
SECTION I	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT	294-305
SECTION II	OFFRE DE SERVICES	306-307
SECTION III	VÉRIFICATION DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES DES RESSOURCES HUMAINES	308-314
SECTION IV	CONTRIBUTIONS, FONDATIONS ET ASSURANCES	315-317
SECTION V	DOSSIERS DES USAGERS	318
SECTION VI	ÉVALUATION ET REDDITION DE COMPTES	319-321

TITRE II	PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	322-352
CHAPITRE I	DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS	322-343
CHAPITRE II	DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	344-347
SECTION I	DISPOSITION GÉNÉRALE	344
SECTION II	RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS TERRITORIAUX	345-347
CHAPITRE III	LANGUE ANGLAISE ET COMMUNAUTÉS CULTURELLES	348-352
TITRE III	AFFAIRES UNIVERSITAIRES	353-371
CHAPITRE I	CONTRATS D’AFFILIATION ET AUTRES CONTRATS RELATIFS À L’ENSEIGNEMENT, AUX STAGES OU À LA FORMATION	353-356
CHAPITRE II	DÉSIGNATION D’ÉTABLISSEMENTS	357-358
CHAPITRE III	RÈGLES PARTICULIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS	359-363
CHAPITRE IV	RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	364-371
PARTIE IV	DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX ET AUTRES MESURES VISANT L’ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX	372-411
TITRE I	DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE FAMILIALE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE	372-391
CHAPITRE I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	372-379

CHAPITRE II	DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE FAMILIALE	380-385
CHAPITRE III	DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE	386-391
TITRE II	AUTRES MESURES VISANT L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX	392-411
PARTIE V	ENTENTES ET AGRÉMENTS AUX FINS DE FINANCEMENT ET ENTENTES VISANT LA PRESTATION DE CERTAINS SERVICES	412-480
TITRE I	ENTENTES ET AGRÉMENTS AUX FINS DE FINANCEMENT	412-444
CHAPITRE I	ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS	412-430
CHAPITRE II	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	431-434
CHAPITRE III	AGRÉMENTS AUX FINS DE FINANCEMENT	435-444
TITRE II	ENTENTES VISANT CERTAINS SERVICES	445-480
CHAPITRE I	ENTENTES VISANT LA FOURNITURE, LA PRESTATION OU L'ÉCHANGE DE CERTAINS SERVICES	445-451
CHAPITRE II	CLINIQUES MÉDICALES ASSOCIÉES	452-460
CHAPITRE III	RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	461-480
SECTION I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	461-462

SECTION II	RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	463-477
SECTION III	RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	478-480
PARTIE VI	RÉGLEMENTATION DE CERTAINES ACTIVITÉS	481-571
TITRE I	RÉGIME D'AUTORISATION	481-549
CHAPITRE I	ACTIVITÉS DONT L'EXERCICE EST SUBORDONNÉ À L'OBTENTION D'UNE AUTORISATION	481-486
CHAPITRE II	OCTROI D'UNE AUTORISATION ET ENCADREMENT DES ACTIVITÉS AUTORISÉES	487-532
SECTION I	DISPOSITIONS D'APPLICATION GÉNÉRALE	487-498
SECTION II	DISPOSITIONS RELATIVES AUX CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS	499-512
	§1. — <i>Autorisation</i>	499-502
	§2. — <i>Conditions d'exploitation du centre médical spécialisé</i>	503-512
SECTION III	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS	513-524
	§1. — <i>Autorisation</i>	513-518
	§2. — <i>Conditions d'exploitation de la résidence privée pour aînés</i>	519-524
SECTION IV	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES OFFRANT DE L'HÉBERGEMENT	525
SECTION V	DISPOSITIONS RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS	526-529
	§1. — <i>Autorisation</i>	526-527
	§2. — <i>Conditions d'exploitation de l'établissement privé</i>	528-529
SECTION VI	DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES OFFRANT DES SERVICES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	530-532

	§1.— <i>Autorisation</i>	530
	§2.— <i>Conditions de prestation de services</i>	531-532
CHAPITRE III	SUSPENSION, RÉVOCATION ET REFUS DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION	533-544
SECTION I	MOTIFS DE SUSPENSION, DE RÉVOCATION ET DE REFUS DE RENOUVELLEMENT ET DÉCISION DE SANTÉ QUÉBEC	533-540
SECTION II	CONSÉQUENCES DE LA SUSPENSION, DE LA RÉVOCATION OU DU REFUS DE RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION	541-544
CHAPITRE IV	PUBLICATION DES RENSEIGNEMENTS	545
CHAPITRE V	DISPOSITIONS DIVERSES	546-549
TITRE II	MESURES D'AIDE, DE SURVEILLANCE ET DE CONTRÔLE	550-565
CHAPITRE I	AIDE ET ACCOMPAGNEMENT	550-552
CHAPITRE II	VÉRIFICATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DE CERTAINS SERVICES	553
CHAPITRE III	ADMINISTRATION PROVISOIRE	554-561
CHAPITRE IV	ÉVACUATION	562-565
TITRE III	PRATIQUES INTERDITES	566-571
PARTIE VII	PLAINTES ET QUALITÉ DES SERVICES	572-638
TITRE I	RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	572-596
CHAPITRE I	DÉPÔT DES PLAINTES ET TRAITEMENT PAR UN COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	572-583

CHAPITRE II	PLAINTES CONCERNANT UN MÉDECIN, UN DENTISTE, UN PHARMACIEN OU UNE SAGE-FEMME	584-596
SECTION I	TRAITEMENT D'UNE PLAINTÉ PAR UN MÉDECIN EXAMINATEUR	584-590
SECTION II	RÉVISION DU TRAITEMENT D'UNE PLAINTÉ PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR	591-596
TITRE II	INTERVENTIONS ET AUTRES FONCTIONS DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	597-599
TITRE III	COMMISSAIRES, MÉDECINS EXAMINATEURS ET COMITÉS DE RÉVISION	600-616
CHAPITRE I	COMMISSAIRE NATIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	600-609
SECTION I	NOMINATION ET INDÉPENDANCE DES COMMISSAIRES	600-604
SECTION II	FONCTIONS DU COMMISSAIRE NATIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	605-607
SECTION III	FONCTIONS ET COMPÉTENCE DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	608-609
CHAPITRE II	MÉDECINS EXAMINATEURS	610-613
CHAPITRE III	COMITÉ DE RÉVISION	614-616
TITRE IV	RAPPORTS	617-623
TITRE V	ASSISTANCE ET DOSSIER DE PLAINTÉ	624-627

TITRE VI	DISPOSITIONS DIVERSES	628-638
PARTIE VIII	MESURES D'APPLICATION ET DISPOSITIONS DIVERSES	639-674
TITRE I	MESURES D'APPLICATION	639-667
CHAPITRE I	INSPECTIONS ET ENQUÊTES	639-646
CHAPITRE II	POUVOIRS DU MINISTRE	647-656
SECTION I	POUVOIRS RELATIFS À LA SUPERVISION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	647-653
SECTION II	AUTRES POUVOIRS	654-656
CHAPITRE III	DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES	657-667
TITRE II	DISPOSITIONS DIVERSES	668-674
PARTIE IX	GESTIONNAIRE DES ASSURANCES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	675-679
PARTIE X	SANCTIONS ADMINISTRATIVES PÉCUNIAIRES ET DISPOSITIONS PÉNALES	680-722
TITRE I	SANCTIONS ADMINISTRATIVES PÉCUNIAIRES	680-699
CHAPITRE I	MANQUEMENTS	680-683
CHAPITRE II	AVIS DE NON-CONFORMITÉ ET IMPOSITION	684-687
CHAPITRE III	RÉEXAMEN	688-691
CHAPITRE IV	RECOUVREMENT	692-698
CHAPITRE V	REGISTRE	699
TITRE II	DISPOSITIONS PÉNALES	700-722
PARTIE XI	DISPOSITIONS MODIFICATIVES	723-1070

PARTIE XII	DISPOSITIONS TRANSITOIRES, DIVERSES ET FINALES	1071-1180
TITRE I	DISPOSITIONS TRANSITOIRES	1071-1170
CHAPITRE I	ORGANISATION DE SANTÉ QUÉBEC	1071-1086
CHAPITRE II	FUSION D'ÉTABLISSEMENTS À SANTÉ QUÉBEC	1087-1118
CHAPITRE III	DÉPARTEMENTS TERRITORIAUX DE MÉDECINE FAMILIALE ET AUTRES MESURES VISANT L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX	1119-1120
CHAPITRE IV	ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS	1121-1122
CHAPITRE V	RÉGLEMENTATION DE CERTAINES ACTIVITÉS	1123-1132
CHAPITRE VI	PLAINTES ET QUALITÉ DES SERVICES	1133-1138
CHAPITRE VII	INSPECTIONS, ENQUÊTES ET ANALYSES	1139-1148
CHAPITRE VIII	AUTRES DISPOSITIONS TRANSITOIRES	1149-1170
SECTION I	TRANSFERT DES DROITS ET DES OBLIGATIONS DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX À L'ÉGARD DE SANTÉ QUÉBEC	1149-1151
SECTION II	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DISPOSITIONS MODIFICATIVES PRÉVUES À LA PARTIE XI	1152-1163
	§1.— <i>Services préhospitaliers d'urgence</i>	1152-1158
	§2.— <i>Documents et actes attribuables au ministre</i>	1159-1163

SECTION III PROGRAMME NATIONAL
SUR LA QUALITÉ DES SERVICES,
GESTION DES RENSEIGNEMENTS,
TARIFS ET CONTINUITÉ
DE RÈGLEMENTS 1164-1170

TITRE II DISPOSITIONS DIVERSES
ET FINALES 1171-1180

ANNEXE I

ANNEXE II

