



**UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
FACULTÉ DE DROIT**

**Les aspects juridiques de l'allocation des ressources  
aux établissements et les divers contrôles  
exercés sur leur utilisation**

**par**

**Roch Boucher**

**Maîtrise en droit de la santé**

**Novembre 1996**



National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions et  
services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file Votre référence*

*Our file Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-21722-1

# TABLE DE MATIÈRES

RÉSUMÉ DE L'ESSAI .....	1
INTRODUCTION .....	2
CHAPITRE I : DE L'ENTREPRISE PRIVÉE À L'ENTREPRISE PUBLIQUE .....	4
1.1 Avant les années 1960; l'entreprise privée .....	4
1.2 Le début de l'intervention de l'État .....	5
1.3 L'intérêt public et les contrôles exercés .....	13
CHAPITRE II : L'ALLOCATION ET LES CONTRÔLES EXERCÉS SUR LES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS .....	19
2.1 La place de l'État dans le processus d'allocation des ressources .....	19
2.2 Les contrôles exercés par l'État .....	24
a) Les immobilisations .....	24
b) Les ressources matérielles et professionnelles .....	26
c) Les rapports financiers .....	29
d) Les sanctions administratives .....	30
2.3 Le rôle des régies régionales dans l'allocation des ressources .....	34
2.4 Les contrôles exercés par les régies régionales .....	42
2.5 La gestion des ressources par les établissements .....	52
a) Soins hospitaliers .....	56
b) L'admission en cas d'urgence .....	58
c) Un personnel suffisant et compétent .....	59
d) La sécurité, la surveillance .....	59
e) Les équipements et le mobilier .....	60
f) La constitution et la conservation d'un dossier .....	61
2.6 Les contrôles exercés sur les ressources par l'établissement .....	63
a) Administration générale .....	63
b) Règlements et comités .....	68
c) Organisation des services .....	69
d) Les activités médicales .....	72
e) Les activités administratives .....	76
f) Le budget .....	80

CHAPITRE III : LES EFFETS DE LA RÉDUCTION DES RESSOURCES .....	83
3.1 La réduction des dépenses gouvernementales .....	83
3.2 La responsabilité des établissements et la diminution des ressources .....	88
3.3 La responsabilité des médecins et la diminution des ressources .....	92
CONCLUSION .....	97
BIBLIOGRAPHIE .....	100
Législation .....	100
Jurisprudence .....	100
Monographies et recueils .....	101
Rapports et documents divers .....	102
Articles de revues .....	102

RÉSUMÉ DE L'ESSAI

Cet essai a pour but de présenter les différents aspects juridiques de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé et de démontrer que le fonctionnement et l'organisation des établissements sont assujettis à un cadre législatif et réglementaire qui limite leur autonomie. La pertinence de traiter d'un tel sujet s'appuie sur la nouvelle législation adoptée en septembre 1991 qui introduit un système de gestion des services à trois paliers et également sur les coupures importantes imposées au secteur de la santé depuis les dernières années qui se prolongeront sans doute au cours des années futures. Les compressions budgétaires imposent des changements de pratique lesquels pourraient modifier les courants jurisprudentiels en matière de responsabilité civile.

## INTRODUCTION

Les services de santé et services sociaux en cette fin du vingtième siècle ont connu des développements et des changements d'une ampleur et d'une rapidité sans précédent. C'est à la fin des années 60 que la Commission Castonguay-Nepveu concevait une réforme majeure dans ce secteur d'activité qui s'est traduite par l'entrée en vigueur de nombreuses lois au début des années 70 et depuis, les législations n'ont cessé de se succéder.

Dans cet essai, nous allons traiter des différents aspects juridiques de l'allocation des ressources ainsi que des divers contrôles exercés sur leur utilisation. Au plan juridique, nous allons démontrer que les mécanismes d'allocation des ressources et les divers contrôles exercés ont pour effet de complexifier les règles applicables à l'organisation et au fonctionnement des établissements. L'époque où l'hôpital organise seul les services selon ses revenus et la demande provenant à la fois des médecins, des professionnels et de la population fait maintenant partie de l'histoire.

Le système de santé est soumis à un ensemble de règles en regard de l'allocation des ressources, règles qui visent tant l'État, la Régie régionale que les établissements. Dans son organisation et sa gestion, le système repose sur une structure à trois paliers : Les établissements, les régies régionales et le ministère de la santé et des services sociaux.

L'intérêt de discuter de l'aspect juridique de l'allocation des ressources découle principalement de la situation financière de l'État et des compressions budgétaires imposées au réseau de la santé. La disponibilité des ressources occupe une place centrale dans l'organisation des services et la reconfiguration du réseau amorcée depuis les années 1990.

Quelle que soit la place qu'occupe les intervenants des trois paliers dans le processus d'allocation des ressources et de leurs contrôles, leurs actions respectives déterminent les différents paramètres d'organisation de services et dans certains cas la manière avec laquelle les soins seront dispensés; le virage ambulatoire n'est qu'un exemple

Nous croyons qu'il est nécessaire, dans le contexte financier actuel, d'aborder certaines limites de la responsabilité des établissements et des médecins y oeuvrant placés en situation de ressources limitées.

Nous choisissons dans cet essai de pas traiter en profondeur de la notion de la qualification de l'établissement comme mandataire du gouvernement mais plutôt de l'autonomie relative de celui-ci.

**CHAPITRE I: DE L'ENTREPRISE PRIVÉE À L'ENTREPRISE PUBLIQUE**

***1.1 Avant les années 1960; l'entreprise privée***

Les établissements de santé au Québec sont les héritiers de la tradition des anciens hôpitaux qui étaient majoritairement, avant les années 1960, la propriété des communautés religieuses. Ils étaient administrés par leurs fondateurs selon un mode de gestion qui s'apparentait davantage à celui de l'entreprise privée. Ainsi, les communautés assuraient la totalité des coûts hospitaliers à partir de revenus provenant à la fois de la contribution des clientèles et des revenus propres des communautés constitués principalement de dons et de legs fournis par les citoyens ou les entreprises.

La Loi sur l'assistance publique <sup>1</sup> adoptée en 1921 constituait l'une des toutes premières mesures de financement par laquelle l'État intervenait pour répondre aux sollicitations et aides au moyen de subventions statutaires, présentées par les institutions de charité et organismes de bienfaisance. Ainsi, les personnes nécessiteuses qui ne pouvaient plus, seules, supporter le fardeau financier des services de santé et services sociaux pouvaient bénéficier d'une aide gouvernementale dont les conditions d'admissibilité étaient de nature restrictive.

---

<sup>1</sup> Loi sur l'assistance publique : S.R. 1921, C.187.

Après la seconde guerre mondiale, la contribution des gouvernements s'intensifia dans le domaine de la santé. Bien que les citoyens continuaient d'assumer la totalité des coûts reliés aux soins hospitaliers, l'État pour sa part, accentuait sa contribution en défrayant le coût de construction d'hôpitaux lesquels étaient habituellement érigés sur des terrains appartenant à des communautés religieuses. Celles-ci restaient dans les faits propriétaires.<sup>2</sup> Jusqu'au début des années 1960, les communautés religieuses étaient propriétaires de la plupart des hôpitaux du Québec. Elles en assuraient le contrôle et la gestion selon un modèle variant d'un hôpital à un autre. À cette époque, les hôpitaux ne constituaient pas un réseau. Les modes d'organisation et de gestion mettaient en cause différentes formes de distribution de services médicaux et hospitaliers. Les contrôles exercés par l'État étaient à toute fin utile inexistant.<sup>3</sup>

### *1.2 Le début de l'intervention de l'État*

Prenant une place de plus en plus importante dans le financement des soins de santé, le gouvernement se devait d'intensifier clairement le patrimoine général des communautés religieuses de celui de l'État. Il devenait difficile de qualifier

---

<sup>2</sup> Il faut noter qu'il existait aussi en 1942, la Loi des hôpitaux privés : S.R. 1941, c.192, laquelle définit, l'expression «hôpital privé» comme étant toute institution autre qu'une institution d'assistance publique dans laquelle, moyennant rémunération, des malades sont accueillis et traités pour quelque cause que ce soit.

<sup>3</sup> La bonne conduite sanitaire des hôpitaux était assurée par l'article 16 de la Loi et règlements de l'hygiène publique: S.R. 1941, c.183, qui habilitait le gouvernement à intervenir en situation où l'intérêt public s'imposait. Il s'agissait de situations exceptionnelles.

de publics ou de privés les hôpitaux issus d'une contribution significative de l'État et des communautés religieuses.

Dans le but de préciser ce qui devait être dorénavant qualifié de public ou de privé, le gouvernement adoptait en 1962, la Loi des hôpitaux afin d'assurer une administration distincte des biens publics de ceux qui demeuraient privés.<sup>4</sup> Cette intervention de l'État changeait l'administration et la gestion des hôpitaux qui, jusqu'à ce jour, jouissait de beaucoup d'autonomie, autonomie de type privée.

La Loi des hôpitaux et l'instauration du régime d'Assurance-hospitalisation<sup>5</sup> marquaient les premiers jalons de la modernisation du réseau public de la santé. De nouvelles modalités de gestion des hôpitaux dont un système d'octroi de permis obligatoire pour administrer un hôpital étaient instaurés.

La Loi des hôpitaux édictait qu'un hôpital maintenu par une corporation sans but lucratif devenait un hôpital public, et ce dernier devait être la propriété d'une corporation n'ayant pas d'autre objet que celui de maintenir cet hôpital.<sup>6</sup> Cette législation assurait désormais l'administration des hôpitaux par des corporations à but non lucratif. Ainsi, un hôpital financé par l'État et géré jusqu'à ce jour par

---

<sup>4</sup> Loi des hôpitaux : S.Q. 1962, c.44.

<sup>5</sup> Loi de l'Assurance-hospitalisation : S.Q. 1961, c.78.

<sup>6</sup> Loi des hôpitaux : S.Q. 1962, c.44, art. 5.

une communauté religieuse possédait dès lors, un statut juridique qui permettait à l'État d'assurer les responsabilités et les contrôles justifiés par son intervention.

À compter de ce moment, toute corporation sans but lucratif qui maintenait un hôpital devait être administré par un conseil d'administration ayant autorité complète sur la gestion des affaires de l'hôpital.<sup>7</sup> Cette étape marquait le début de la participation de la population à l'administration des hôpitaux.<sup>8</sup>

Les communautés religieuses propriétaires d'hôpitaux devaient donc effectuer un partage entre les biens affectés à leurs activités religieuses de ceux affectés aux activités hospitalières. Les biens ainsi dédiés aux activités hospitalières étaient cédés à des corporations sans but lucratif n'ayant d'autre objet que celui de maintenir un hôpital.

Bien que l'État n'exerçait pas de contrôles immédiats sur la direction et la régie interne des hôpitaux, il maintenait par contre un certain contrôle sur l'efficacité de leurs services techniques en les assujettissant à plusieurs exigences gouvernementales pour bénéficier de son financement. Jusqu'à présent,

---

<sup>7</sup> Ibid; art. 18.

<sup>8</sup> La participation de la population à l'administration des hôpitaux a évolué depuis de façon considérable ce qui a amené le gouvernement à adopter une réforme, en 1990, axée sur le citoyen, Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, décembre 1990, chap. II, le citoyen décideur.

l'autonomie des corporations administrant les hôpitaux s'exerçait sans véritables contraintes réglementaires.<sup>9</sup>

Une autre étape importante marque l'intervention de l'État dans la gestion et le contrôle des activités hospitalières par l'adoption de la Loi sur l'Assurance-hospitalisation.<sup>10</sup> Cette Loi permettait au Québec d'adhérer au régime fédéral de soins hospitaliers fondé sur le principe de la distribution universelle et uniforme des soins hospitaliers à tous les citoyens. Le gouvernement fédéral assumait, à cette époque, la moitié des coûts du régime de santé d'une province qui participait à ce programme.

Également, la Loi sur l'Assurance-hospitalisation permettait au ministre de la santé de conclure avec tout hôpital un contrat de financement du coût des services assurés fournis par l'hôpital aux citoyens du Québec.<sup>11</sup> Elle investissait de plus le Lieutenant-gouverneur en conseil du pouvoir de réglementer les conditions des contrats à être conclus avec les hôpitaux y compris notamment certaines normes qui devaient être maintenues dans la prestation des soins, l'admission et la sortie des patients, les registres et les comptes de même que les

---

<sup>9</sup> La Loi des hôpitaux ne prévoyait que peu de mesures de contrôles sur l'administration et la gestion des hôpitaux. Elle visait davantage l'organisation des hôpitaux laissant aux administrateurs la gestion des activités hospitalières.

<sup>10</sup> Loi de l'Assurance-hospitalisation : S.Q. 1961, c.78.

<sup>11</sup> Ibid; art. 13.

vérifications qui seront faites. La Cour d'appel dans un arrêt sur une requête en jugement déclaratoire rejeté par la Cour supérieure, qualifiait l'intervention de l'État en 1962 en ces termes :

*« En somme, dès 1962, le législateur avait mis en place une organisation qui lui permettait de contrôler les établissements existants, tant en s'immiscant, dans leur fonctionnement de régie interne que par des mécanismes d'inspection, d'enquête et de mise en tutelle. En même temps, il imposait aux hôpitaux publics, l'exclusivité de leur fonction. Il les forçait aussi à être gérés par un conseil d'administration dont la composition était précisée. Il ordonnait la création de conseils et la nomination d'un directeur général dont il définissait les tâches.<sup>12</sup>*

En 1971, la Loi sur les services de santé et des services sociaux issue des recommandations du rapport Castonguay-Nepveu a matérialisé cette volonté du gouvernement de réformer en profondeur le mode d'organisation et de fonctionnement des services de santé et des services sociaux et d'accorder à tous les citoyens le droit aux services de santé et services sociaux.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Centre hospitalier juif de l'Espérance c. Procureur général du Québec C.A., Québec, 500-09-006344-921, 2 août 1996.

<sup>13</sup> Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, gouvernement du Québec, 1970. Ce rapport qui a donné lieu à une réforme en profondeur sur l'organisation des services de santé et des services sociaux a permis l'adoption de plusieurs lois dont la Loi sur les services de santé et services sociaux : L.Q. 1971, c.48, aussi que la Loi sur l'Assurance-maladie : L.Q. 1970, c.37.

*«Toute personne a 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, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services.<sup>14</sup>»*

Dès lors, les citoyens du Québec ont droit à des services de santé et sociaux adéquats selon les ressources des établissements où ils s'adressent.

Pour Lajoie, Molinari et Baudoin, cette disposition, pour avoir un effet opératoire, doit être accompagnée de d'autres dispositions complémentaires.<sup>15</sup>

Pour ces auteurs, les articles 44 et 95 de la Loi sur les services de santé et services sociaux de 1971 exigent qu'un établissement soit exploité selon les conditions prévues à son permis dont celle que seul le ministre est habilité à autoriser les modifications au permis. Ainsi, aucun détenteur de permis ne peut cesser d'exploiter l'établissement en tout ou en partie sans avoir obtenu l'autorisation préalable du gouvernement.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Loi sur les services de santé et des services sociaux : L.Q. 1971, c.48, art. 4.

<sup>15</sup> A.Lajoie, P.- A. Molinari, J.-L. Baudoin; Le droit aux services de santé : Légal ou contractuel ?, Revue du Barreau, tome 43, numéro 3, mai-juin 1983.

<sup>16</sup> De nombreuses modifications ont été apportées depuis l'adoption de cette Loi. Suivant les dispositions de la Loi sur les services de santé et services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives : L.R.Q., c S-.2, c'est l'établissement qui détermine les services de santé et services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise. Voir à sujet l'article 105 de la Loi de 1991 qui mentionne également que les activités de l'établissement doit tenir compte de la mission de tout centre que l'établissement exploite ainsi que les ressources dont il dispose conformément au plan régional d'organisation de services.

Cette législation qui remplaçait, entre autres, la Loi des hôpitaux, attribuait aux corporations existantes le statut d'établissement sans nécessiter une incorporation subséquente ou une modification de leur acte constitutif. Les pouvoirs de l'établissement public étaient dorénavant exercés par un conseil d'administration qui avait autorité complète sur la gestion de l'établissement.<sup>17</sup> Il s'agissait donc de nouvelles règles de formation des conseils d'administration, qui étaient substituées, par l'effet même de la loi, à celles qui gouvernaient jusque là la formation des conseils d'administration des corporations propriétaires. Cependant, les conseils d'administration ainsi formés ne pouvaient aliéner les actifs ou en changer la destination sans l'accord des membres de cette corporation propriétaire.<sup>18</sup>

Cet aménagement juridique des relations entre les établissements institués en vertu de cette Loi<sup>19</sup> et les corporations propriétaires des actifs immobiliers est devenu rapidement une source d'ambiguïté et de conflits. Cette situation a

---

<sup>17</sup> Voir à ce sujet les articles 50 à 53 de la Loi sur les services de santé et services sociaux : 1971 c.48; par l'introduction de ces articles, l'État venait de franchir une étape consolidant le caractère public des hôpitaux qui dorénavant s'appelaient, les établissements.

<sup>18</sup> Afin de rendre justice aux corporations propriétaires, des amendements ont été apportés en 1974 à la Loi sur les services de santé et services sociaux : 1971, c.48 ; pour préciser à l'article 49 que, dans le cas d'un établissement dont les actifs immobiliers étaient la propriété d'une corporation, le conseil d'administration ne pouvait toutefois aliéner ces actifs.

<sup>19</sup> Loi sur les services de santé et services sociaux : L.Q. 1971, c.48.

amené le législateur à introduire dans la Loi de 1991, certains critères visant la reconnaissance des corporations propriétaires.<sup>20</sup>

Ces quelques lignes retracent une longue histoire du passage des hôpitaux privés administrés majoritairement par les communautés religieuses aux établissements publics, administrés par des conseils d'administration où les pouvoirs des corporations propriétaires, lorsqu'elles existent, sont relativement réduits.

Le changement de statut des hôpitaux en établissements publics s'est également accompagné d'un ensemble de mesures précisant les obligations et les pouvoirs des établissements de même que toute une gamme de contrôles exercés aussi bien par le ministre que par les régies régionales instituées en 1991 en vertu de la Loi sur les services de santé.<sup>21</sup> Avant d'aborder l'ensemble des contrôles

---

<sup>20</sup> Suivant la Loi sur les services de santé et services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives 1991, c.42, a.139; 1992, c.21, a.15 entrée en vigueur le 23 juin 1992, celle-ci prévoit que le ministre doit procéder à la désignation d'une corporation propriétaire si celle-ci lui démontre que l'acquisition, la construction ou les travaux exécutés sur les immeubles de la corporation 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 des souscriptions publiques et que ces investissements n'ont pas fait l'objet de remboursement ou de désintéressement.

<sup>21</sup> La loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, L.R.Q., c. S-4.2, confie de nouveaux mandats à une instance régionale, les régies régionales, qui appelées auparavant, conseil régional de la santé et services sociaux, avaient exercé des mandats à fonctions essentiellement consultatives. Voir à ce sujet les articles la partie III de la Loi, titre I; les institutions régionales, chapitre I, les régies régionales de la santé et des services sociaux.

exercés par l'État auprès des établissements, il est important de dégager certains fondements juridiques de la mise en place de ces contrôles.

### *1.3 L'intérêt public et les contrôles exercés*

Après les années 1960, l'État devient un acteur prépondérant en matière de développement économique et joue un rôle comme levier central dans le redressement des inégalités entre les citoyens. C'est dans un contexte politique et économique favorable que le gouvernement mettait en place des politiques sociales ayant pour objectifs notamment de réduire non seulement les inégalités socio-économiques des citoyens, mais aussi de protéger ceux-ci contre les risques majeurs tels que la maladie et la pauvreté.

*«Ce que les droits sociaux sanctionnent, c'est la nécessité de palier collectivement les inégalités inscrites dans les structures mêmes de la société».<sup>22</sup>*

Dès lors la population acquiert des droits sociaux. Dans une telle perspective, l'État devient responsable du développement socio-sanitaire. C'est ce qui l'a amené à décréter un ensemble de mesures dans les années 1969 à 1973 ayant pour but d'améliorer et de maintenir les capacités physiques, psychiques et sociales des personnes. Les différentes formes d'interventions de l'État au cours

---

<sup>22</sup>

La commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, dans un rapport déposé en 1970, témoigne du fait que les individus ne vivent pas tous les mêmes conditions égales et que les problèmes sociaux ne sont pas forcément le fruit de leur malchance. Voir à ce sujet le chapitre I et II, troisième partie du volume V, traitant de la sécurité du revenu. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, 1971.

de ces années nous ont fait voir un élargissement du contenu de l'intérêt public face au domaine de la santé.

C'est ainsi que la dispensation des services de santé et services sociaux constitue la fin ultime pour laquelle les établissements ont été créés par le législateur. Ils représentent une fin d'intérêt public poursuivi sous la responsabilité de l'État.<sup>23</sup> L'intérêt public représente le canal par lequel s'exerce les contrôles de l'État, y compris ceux délégués aux régies régionales.

Comme le souligne Garant :<sup>24</sup>

*«Le service de la personne humaine vivant en société, voilà ce que signifie la notion d'intérêt général, d'intérêt public dont le contenu est difficile à définir parce qu'elle est la raison d'être de l'État et de son droit».*

Pour l'auteur, l'État constitue l'ensemble des services publics fonctionnant sous l'impulsion et le contrôle de l'intérêt collectif.

---

<sup>23</sup> L'article 441 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux modifiant diverses dispositions législatives : 1991, L.R.Q., c. S-4.2 confirme ces propos en soumettant les établissements à l'émission d'un permis par le ministre selon l'intérêt public. En effet, suivant cette disposition, la personne qui sollicite un permis doit transmettre sa demande à la Régie régionale qui après approbation, transmet la demande au ministre qui délivre le permis, s'il estime que l'intérêt public le justifie.

<sup>24</sup> P. Garant; Droit administratif : 3<sup>e</sup> édition (1991, volume I), Actes et contrôles, les éditions Yvon Blais Inc. Pages 5 et suivantes.

Les auteurs Lajoie, Molinari et Auby considèrent qu'il est normal qu'un organisme décentralisé, chargé de fonctions de gestion dans un réseau administratif de distribution de services, voit son autonomie limitée par les pouvoirs des organismes centraux de planification.<sup>25</sup>

Après avoir analysé un ensemble de contrôles exercés par l'État auprès des hôpitaux, le professeur R. Boucher conclut, que la vocation d'intérêt public assignée à la corporation hospitalière et les nombreux contrôles gouvernementaux auxquels elle est restreinte, viennent affecter son indépendance au point de qualifier le centre hospitalier public québécois de représentant juridique de l'État québécois.<sup>26</sup> Pour l'auteur, les corporations hospitalières publiques sont soumises de façon continue à des contrôles des autorités gouvernementales et par conséquent, il apparaît normal qu'en contrepartie, ils assument les véritables conséquences sur le plan de la responsabilité légale.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> A. Lajoie, P.A. Molinari, J.-M. Auby; Traité de droit de la santé et des services sociaux: P.U.M., 1981, p.1020 et suivantes.

<sup>26</sup> R. Boucher et ses collègues présentent une approche selon laquelle la nature et le degré de contrôles exercés par le gouvernement font de l'établissement un mandataire de l'État. Voir La responsabilité hospitalière, P.U.L., 1974, vol.15, no.2.

<sup>27</sup> Ibid, p.299.

Malgré les nombreux contrôles exercés par l'État et reconnus par plusieurs auteurs, Dussault considère, suivant l'importance relative des contrôles, que les établissements conservent une importante autonomie.<sup>28</sup> Pour Garant, la question essentielle à résoudre consiste à se demander si au Québec, les établissements sont assujettis directement à des directives ministérielles dans l'exploitation et la gestion quotidienne des services.<sup>29</sup> Si les orientations, les priorités, les objectifs sont fixés par le gouvernement, Dussault soutient que la prestation, les services, l'administration et la gestion courante des institutions sont autonomes.<sup>30</sup> La participation directe du gouvernement dans le processus décisionnel de l'hôpital est l'exception plutôt que la règle.<sup>31</sup>

*«Certes le gouvernement exerce des contrôles extraordinaires sur les institutions, mais les aspects quotidiens ou routiniers du fonctionnement des services relève de la direction autonome des hôpitaux.»<sup>32</sup>*

---

<sup>28</sup> R. Dussault; Traité de droit administratif : P.U.L., Tome I, 1986, p.139 et suivante).

<sup>29</sup> P. Garant; Droit administratif : 1991, volume I, p.31.

<sup>30</sup> R. Dussault; Traité de droit administratif : P.U.L., Tome I, 1986, p.139 et suivante.

<sup>31</sup> P. Garant; Droit administratif : 1991, volume I, p.31.

<sup>32</sup> Dans l'arrêt Vancouver General Hospital C Stoffman; le juge Laforest s'exprime dans ces termes en affirmant que l'intervention directe du gouvernement dans le processus décisionnel ne s'observe que de façon exceptionnelle.

Le problème de la qualification comme mandataire du gouvernement est d'actualité non seulement en raison des contrôles exercés par l'État mais également en situation de décroissance économique du réseau de la santé et des services sociaux.<sup>33</sup> En effet, les coupures importantes dans ce secteur d'activité obligent les organisations hospitalières à revoir leur façon de faire en réduisant notamment la durée de séjour des malades hospitalisés ou encore, en effectuant en externe des interventions chirurgicales ou traitements médicaux qui jusqu'à présent étaient dispensés en milieu hospitalier.

Les implications légales de la décroissance des dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé exposent les établissements, les médecins ainsi que les régies régionales et éventuellement l'État à des poursuites en responsabilité principalement lorsque ces coupures de dépenses ont pour résultat de réduire la quantité et la qualité des soins.

La décroissance dans le financement des programmes de santé augmente, de plus en plus, les tensions entre les besoins des usagers et les prestataires

---

<sup>33</sup> En 1993, le président du Conseil du trésor annonçait dans un mémoire présenté à l'Assemblée nationale: Les finances publiques du Québec ; vivre selon nos moyens, 19 janvier 1993, que des coupures importantes s'imposaient dans les dépenses du gouvernement et celles-ci devaient se traduire par une réduction de 1,4 milliard dans le secteur de la santé.

de soins que sont les médecins et les établissements. Il est important de se poser la question de la responsabilité civile du centre hospitalier et des médecins qui y oeuvrent dans un contexte de restriction des ressources humaines et matérielles. Il faut également se poser la question plus large du fondement de la responsabilité civile des intervenants.<sup>34</sup>

*«On constate que la prestation de soins en milieu hospitalier est soumise à deux tendances : L'efficacité budgétaire et la qualité des soins».*<sup>35</sup>

Pour le professeur Tôth, il est tentant de songer à envisager la responsabilité de l'État pour un dommage causé à un patient à cause d'un sous-financement de l'établissement.<sup>36</sup>

Au delà des contrôles, il y a maintenant les interventions de l'État, interventions qui se traduisent et se traduiront encore pendant quelques années par une diminution importante des dépenses de l'État notamment du financement du secteur de la santé.

---

<sup>34</sup> Voir actes d'un colloque organisé par la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke en novembre 1989; François Tôth : R.D.U.S., 1990, volume 20, no. 2, p.317.

<sup>35</sup> François Tôth, R.D.U.S.; 1990, volume 20, no.2, p.354.

<sup>36</sup> Ibid; p.354-55.

Déjà en 1984, Lajoie, Molinari, Baudoin s'interrogeaient sur les effets juridiques des contraintes budgétaires imposés de façon draconienne par l'État.

*«Il faut envisager que dans un avenir proche, un hôpital poursuivi puisse avec succès invoquer en défense la responsabilité de l'État pour le manque de personnel ou de matériel.»<sup>37</sup>*

C'est ainsi que dans le cadre de cette étude, il nous apparaît important de préciser la dimension juridique du processus d'allocation des ressources et des contrôles exercés sur celles-ci en regard de la responsabilité hospitalière.

## ***CHAPITRE II : L'ALLOCATION ET LES CONTRÔLES EXERCÉS SUR LES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS***

### ***2.1 La place de l'État dans le processus d'allocation des ressources***

Le pouvoir de dépenser des établissements de même que celui des régies régionales est subordonné aux allocations budgétaires consenties annuellement par le gouvernement lors des attributions budgétaires en début d'exercice financier. La planification financière annuelle représente la première phase du processus budgétaire qui consiste, pour le ministre des finances, à établir ses choix budgétaires et fiscaux en matière de

---

<sup>37</sup>

A. Lajoie, P.-A. Molinari, J.-M. Auby ; Op.cit., supra note 15, p.633.

dépenses globales du gouvernement et à déterminer les conséquences socio-économiques des choix proposés.<sup>38</sup>

Dans le processus de planification budgétaire, le rôle du Conseil du trésor consiste à définir les grandes orientations de la politique budgétaire du gouvernement, les enveloppes de base de chacun des ministères, les enveloppes additionnelles dont ils pourront bénéficier, ainsi que les compressions qu'ils devront subir. Une fois que ces dispositions ont été adoptées par le Conseil des ministres, la phase finale de la planification financière annuelle est l'adoption du budget par l'Assemblée nationale.

Pour Garant, l'organisation rationnelle de l'État est la condition essentielle à la réalisation des fins supérieures qu'elle poursuit. Cette organisation rationnelle suppose la mise en oeuvre d'une direction économique qui ne peut s'exercer que suivant un programme à la fois précis et simple, fixant les objectifs à atteindre, tant globalement qu'à l'échelle de chacun des secteurs de l'activité nationale.<sup>39</sup> L'enveloppe finale de la santé et des

---

<sup>38</sup> Au début de chaque exercice financier, le ministre des finances dépose à l'Assemblée nationale son budget qui détermine les prévisions de dépenses dans le secteur de la santé. Ces prévisions de dépenses sont dans les faits des autorisations de dépenses auxquelles le ministre de la Santé et des services sociaux de même que les régies régionales et les établissements doivent se soumettre.

<sup>39</sup> P. Garant; Droit administratif : Volume I, structures, actes et contrôles, 1991, p.5.

services sociaux dépend essentiellement de l'évolution des grands indicateurs économiques qui dictent les choix du ministre des finances et de l'affectation des marges de manoeuvre ou des contraintes entre les différentes missions et les divers ministères.

Il appartient donc au ministre de la Santé et des services sociaux, en conformité avec la politique de santé et de bien-être qu'il s'est fixée, de déterminer les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, il établit les politiques et programmes de santé et de services sociaux et il voit à leur mise en oeuvre ainsi qu'à leur application par les régies régionales. Il appartient également au ministre d'approuver les plans régionaux d'organisation des services que lui soumet chaque régie régionale.<sup>40</sup>

En regard des allocations budgétaires, le ministre doit voir à la répartition interrégionale des ressources nécessaires au financement des services de santé et des services sociaux en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques socio-sanitaires. Il doit, par conséquent, établir les

---

<sup>40</sup>

Voir à ce sujet les fonctions ministérielles décrites dans la Loi sur les services de santé et services sociaux: Op.cit., supra note no.19, art.43.

mécanismes d'allocation des ressources afin de permettre aux régies régionales d'implanter les programmes dont la responsabilité leur est confiée, et de gérer les enveloppes budgétaires qui y sont afférentes.<sup>41</sup>

Les règles budgétaires auxquelles les établissements sont soumises sont fixées par le ministre après consultation auprès des régies régionales. Ces règles déterminent le montant des dépenses de fonctionnement et d'immobilisation à allouer aux régies régionales sous forme d'enveloppes globales par programme.<sup>42</sup> Ces règles budgétaires établies par le ministre doivent cependant être soumises au Conseil du trésor pour approbation.<sup>43</sup> En vertu de l'article 13 de la Loi des services de santé et services sociaux, le droit aux services de santé et aux services sociaux s'exerce en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. L'allocation des budgets par le

---

<sup>41</sup> Loi SSSS; art. 463.

<sup>42</sup> Le budget détaillé que l'établissement doit préparer et soumettre à la Régie régionale et au Ministre porte sur la ventilation du budget global et indique, pour chaque centre d'activité qu'il exploite, les montants affectés aux salaires et avantages sociaux, le coût du matériel et autres dépenses, les heures rémunérées ainsi que les revenus par centre d'activité. Voir à ce sujet, le règlement R-4, portant sur la gestion financière des établissements et des régies régionales, établi par Décret 1127-84, 1984, 116 G.O. , modifié par le Décret 692-92, 1992 124 , G.O. II, 3577.

<sup>43</sup> Ibid; art. 464.

gouvernement, lesquels budgets sont assortis de compressions importantes depuis les années 1990, a introduit d'importantes limites à l'exercice du droit pour toute personne 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.<sup>44</sup>

L'organisation des services par les établissements repose essentiellement sur les ressources allouées par le gouvernement dans le secteur de la santé de même que sur les objectifs poursuivis par le ministre en ce qui concerne les modalités de dispensation de ces services. On a qu'à songer au virage ambulatoire par lequel le ministre fixe des objectifs de durée de séjour suivant la pathologie des malades hospitalisés.

C'est en raison de l'importance de la présence du gouvernement dans l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux qu'un ensemble de mesures de contrôles, à la fois exigeant et fort détaillé, est administré par le ministre et les régies régionales. Il convient

---

<sup>44</sup>

Voir à ce sujet les articles 5 et 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. L.R.Q., c.S-4.2. Voir également les commentaires de Y. Renaud, J.-L. Baudoin et P.-A. Molinari concernant l'article 13 dans Services de santé et services sociaux (1993-94), 8<sup>e</sup> édition, Collection soins et règlements, Judico, p.45-46 et 47.

d'étudier certaines facettes de l'exercice de ce contrôle sur l'organisation des services, le budget, les contrats et les rapports financiers.

## **2.2 Les contrôles exercés par l'État**

### **a) Les immobilisations**

C'est très certainement dans le secteur des immobilisations que l'État exerce un contrôle direct que l'on peut qualifier d'absolu. En effet, un établissement public ne peut, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du ministre ainsi que du Conseil du trésor, acquérir, aliéner, construire, agrandir ou procéder à des réparations majeures de ses immeubles.<sup>45</sup>

De plus, de manière à bien encadrer cette disposition, il est prévu que l'établissement ne peut retenir les services professionnels d'architectes, d'ingénieurs ou d'autres experts-conseils ou encore engager quelque dépense que ce soit pour la préparation d'études, d'esquisses ou de plans et devis reliés à des travaux de construction ou à un programme d'intégration des arts, avant d'avoir reçu du

---

<sup>45</sup>

Loi SSSS; art. 260.

ministre confirmation écrite que le projet de construction a été dûment autorisé ou accepté.<sup>46</sup>

Sur les dispositions relatives aux immobilisations, le contrôle de l'État devient absolu lorsque celui-ci déclare nul tout contrat fait par un établissement sans l'autorisation préalable du Conseil du trésor, du Ministre ou de la Régie régionale, chaque fois qu'une autorisation est requise en vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux. De plus, tout contrat doit, sous peine de nullité, être fait conformément aux normes, aux conditions et selon la procédure édictées par règlement du ministre. L'action en nullité peut être intentée par le Ministre, par la Régie régionale ou par toute personne intéressée.<sup>47</sup> Le non respect du texte législatif entraîne donc des conséquences juridiques jusqu'à la nullité des actes posés par les établissements.

---

<sup>46</sup> Voir à ce sujet les dispositions prévues à la section 11 du règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec établi par C.T. 148183, 10 janvier 1984, 116, G.O. 11, 1463.

<sup>47</sup> Loi SSSS; art. 264; voir également les articles 485 et 486 qui autorisent le ministre à édicter des règlements pour prévoir les normes, conditions et procédures à suivre pour les approvisionnements de biens et services. Également, l'article 296 de la LSSSS soumet à l'exercice du pouvoir d'emprunt d'un établissement à l'approbation préalable de la Régie régionale.

Un établissement peut recevoir des dons, legs, subventions ou autres contributions bénévoles de toute personne ou tout organisme désirant aider l'établissement dans la réalisation de sa mission. Cependant, en ce qui concerne les immobilisations, l'établissement ne peut accepter le don d'un immeuble sans l'autorisation du ministre et celle du Conseil du trésor. Cette disposition s'étend également aux établissements privés; l'application de cette disposition au secteur privé est plutôt étonnante si l'on considère que les établissements privés ne reçoivent pas de financement public.<sup>48</sup>

Les contrôles exercés par l'État dans le secteur des immobilisations, peuvent donc être qualifiés d'absolus, puisque les dispositions de la loi à cet effet ont, pour conséquence, de limiter totalement l'autonomie des établissements en ce qui concerne les acquisitions d'immeubles.

**b) Les ressources matérielles et professionnelles**

En ce qui concerne les ressources professionnelles ultra-spécialisées et les équipements de même nature, un établissement ne peut

---

<sup>48</sup>

Loi SSSS; art. 268.

offrir de nouveaux services, ni acquérir les équipements ultra-spécialisés sans avoir obtenu au préalable l'autorisation écrite du ministre. Les dispositions visant la nullité absolue de tout contrat fait par un établissement public ou privé sans l'autorisation du ministre s'appliquent également dans cette situation.

Le plan d'organisation de services d'un établissement est soumis, par l'effet de ces autorisations préalables, au contrôle de l'État même si, au terme d'un exercice sur l'évaluation des besoins de la population d'une région donnée, le conseil d'administration d'un établissement en arrivait à la conclusion que l'acquisition d'un immeuble, d'un équipement ultra-spécialisé ou encore la couverture par de nouveaux services nécessitant des ressources professionnelles ultra-spécialisées étaient absolument nécessaires.<sup>49</sup>

L'organisation de ce type de services dans un établissement est subordonnée au contrôle de l'État.

---

<sup>49</sup>

On peut consulter à ce sujet divers travaux réalisés par les établissements, les régies régionales de même que par le ministère sur les importantes listes d'attentes dans certains secteurs ultra-spécialisés tels que la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie et la radiothérapie. Également, la Presse écrite et parlée reprend régulièrement ce dossier mettant en évidence la pénurie de ressources dans ces secteurs d'activité.

On doit comprendre cependant que le développement de nouveaux services par un établissement dans une telle situation pourrait avoir pour conséquence directe d'augmenter indûment les dépenses d'un établissement pour lesquelles aucun budget n'a été consenti. En contrepartie, l'absence de ces articles accordant un tel pouvoir au ministre aurait pour effet, sans doute, de limiter l'exercice de son mandat en ce qui concerne l'allocation équitable des ressources et la coordination de celle-ci en regard des besoins de la population.

En ce qui concerne l'acquisition de biens et services courants, le ministre établit des politiques relatives à l'approvisionnement en commun. Il s'assure de leur mise en oeuvre et à leur application par les régies régionales ainsi qu'à leur évaluation.<sup>50</sup> Il peut, par conséquent, prendre les mesures nécessaires pour accroître l'efficacité et l'efficience et restreindre ainsi les dépenses des établissements relativement à l'acquisition des biens.

---

<sup>50</sup>

Loi SSSS; art. 436.

**c) Les rapports financiers**

Le contrôle gouvernemental s'exerce également sous la forme de différents rapports financiers et opérationnels que l'établissement doit produire périodiquement ou encore à la demande du ministre. Par exemple, le Conseil d'administration d'un établissement doit fournir un rapport complet de l'information qu'il présente à la population lors de la séance publique d'information. Le rapport doit contenir une description du rôle ou de la vocation de l'établissement, avec indication de toute nouvelle orientation prise dans l'année, de même qu'un état du fonctionnement de l'établissement, exposant les objectifs visés en début d'année et les résultats obtenus.<sup>51</sup>

C'est surtout dans le domaine des pouvoirs de dépenser des établissements que la présence du gouvernement se fait sentir. Outre une réglementation bien explicite concernant les immobilisations, le législateur a jugé bon d'imposer la présence de l'État par voie d'approbation budgétaires et de contrôles de contrats d'appro-

---

<sup>51</sup> Loi SSSS; art. 278, voir également à ce sujet le règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux établi par Décret 1127-84, 1984, 116 G.O. II, 2739, modifiée par le Décret 692-92, 1992, 124, G.O. II, 3577.

visionnement par les achats en commun. L'État étant l'investisseur principal dans le domaine de la santé, il a le droit et le devoir de garantir aux citoyens que le réseau en place permet à tout citoyen d'avoir accès à des services de santé et services sociaux conditionnellement toutefois aux ressources dont disposent les établissements. Le processus de macro-attribution des ressources par l'État associé aux divers mécanismes de contrôle, représente un facteur déterminant de la marge de manoeuvre des gestionnaires et restreint le corridor à l'intérieur duquel les conseils d'administration sont appelés à prendre leurs décisions.

**d) Les sanctions administratives**

Le défaut pour les établissements d'observer les dispositions de la Loi des services de santé et services sociaux peut se traduire par différentes mesures allant d'un simple avis du ministre ou d'un officier désigné de son ministère jusqu'à l'administration provisoire de l'établissement public.

Lorsque les avis et recommandations émis par le ministre ne sont pas respectés suivant les dispositions de la Loi sur les services de

santé et services sociaux par un établissement, celui-ci peut retenir ou annuler, en tout ou en partie, une subvention destinée à un établissement.<sup>52</sup> Cette mesure représente un moyen d'intervention direct en privant les établissements du financement requis pour rencontrer leurs obligations. C'est le cas notamment du non respect par les centres hospitaliers du délai d'attente maximum de 48 heures pour les malades séjournant à l'Unité d'urgence; dans une telle situation, l'établissement voit son budget réduit d'un pourcentage fixe.

L'État s'est également doté d'un moyen de contrôle discrétionnaire exercé par le ministre pour examiner tous les documents relatifs aux activités d'un établissement. Ainsi, le ministre peut autoriser une personne afin de procéder à une inspection, à tout moment qu'il juge raisonnable, lorsqu'il est requis de constater si la Loi sur les services de santé et services sociaux et les règlements sont respectés.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Loi SSSS; art. 470, notons que ce pouvoir que confère le législateur au ministre a été exercé au cours des dernières années auprès des établissements qui ne respectaient pas la norme fixée par le ministère notamment en ce qui a trait à la durée de séjour des usagers occupant un lit d'observation à l'unité d'urgence d'un établissement.

<sup>53</sup> Loi SSSS; art. 489.

Enfin, comme mesure ultime, le ministre peut assumer l'administration provisoire d'un établissement public suivant certaines conditions notamment lorsque l'établissement s'adonne à des pratiques ou tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien être des personnes que l'établissement accueille ou pourrait accueillir.<sup>54</sup> Il est important d'indiquer que lorsque le ministre assume l'administration provisoire, les pouvoirs des membres du Conseil d'administration sont suspendus et le ministre en exerce leurs pouvoirs.<sup>55</sup>

Dans l'arrêt *Corriveau c. P.G. Québec*, la Cour d'appel reconnaît la bonne foi du ministre d'exercer son rôle d'administration provisoire compte tenu de la situation qui prévalait à ce moment au CLSC de Lotbinière et des conséquences sur l'accès aux services pour les résidents de ce territoire. Par ailleurs, la Cour d'appel considère qu'en sa qualité d'administrateur, le ministre a pris une décision injustifiée, celle de congédier l'intimé sans motif valable. La Cour ajoute que ce n'est pas en invoquant la légitimité de sa

---

<sup>54</sup> Loi SSSS; art. 490.

<sup>55</sup> Loi SSSS; art. 495.

fonction d'administrateur que le ministre peut échapper aux conséquences de son geste.<sup>56</sup>

Ainsi, bien que le ministre soit justifié d'exercer une administration provisoire en vertu des dispositions de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, il se doit d'agir en bon gestionnaire dans le respect des droits tant des usagers que des employés.

Dans un autre arrêt mettant en cause l'administration provisoire d'un établissement par le ministre, la Cour supérieure, dans l'affaire *Claude Vanier c. Marc-Yvan Côté*, considère que les motifs invoqués par le ministre sont injustifiés et non fondés sur une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes que l'établissement dessert. Dans cet arrêt, la Cour confirme que l'intervention du ministre dans les affaires d'un établissement par l'utilisation de son pouvoir et de sa capacité d'administrer provisoirement, celui-ci est toutefois subordonné à certaines exigences et qu'il appartient au ministre de faire la

---

<sup>56</sup>

P.G. c. Corriveau; C.A., Québec, 200-09-000406-865, (27 octobre 1988).

démonstration que ces exigences s'appliquent dans les circonstances.<sup>57</sup>

### 2.3 *Le rôle des régies régionales dans l'allocation des ressources*

Avant l'adoption de la Loi sur les services de santé et services sociaux et modifiant certaines dispositions législatives en 1991, le rôle des organismes régionaux était essentiellement réduit à une fonction-conseil à l'endroit du ministre dans l'exercice de ses pouvoirs que lui confiait la Loi sur les services de santé et services sociaux.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Claude Vanier et als.; c. Marc-Yvan Côté et als., 1991, R.J.Q., 1083, 1091, C.S., Montréal. Procureur général c. Vanier; J.E., 93-606, C.A., Montréal, no.500-09-000470-94, 5 mars 1993. La Cour d'appel conclut que le ministre avait abusé de son pouvoir s'en servant de manière discrétionnaire pour «mater» le conseil d'administration de l'hôpital et lui imposer ses vues. Il n'apparaît aucune raison de croire que le bien-être et la santé des patients étaient compromis. La tutelle exercée par le ministre fut reconnue illégale.

<sup>58</sup> La Loi sur les services de santé et les services sociaux; L.Q., 1971, c.S-5.1, modifiée par la Loi SSSS L.Q., 1981, c.22; confiait aux conseils régionaux de la santé, des fonctions de nature conseil en ce qui concerne notamment l'organisation des soins et services, de même que les ressources requises pour atteindre les objectifs de santé. Dans un contexte de décentralisation sans précédent dans le secteur de la santé et des services sociaux, le législateur en 1991, abolissait les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), et créait les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), organismes régionaux à qui il confiait des mandats administratifs exercés jusqu'à présent par le ministre de la Santé et des services sociaux.

La Régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer, dans sa région respective, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre.<sup>59</sup>

Déjà en 1970, les recommandations de la Commission sur la santé et le bien-être social proposait la création d'un Office régional de la santé habileté à accomplir des fonctions de planification, de soutien et de contrôle administratif mais non professionnel. L'Office régional de la santé devenait une personne morale distincte de l'État québécois dont la capacité juridique lui permettait d'organiser la distribution régionale des soins en conformité avec les orientations et priorités établies par le ministre.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Loi sur les services de santé et services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives; L.R.Q., c.S-4.2, art. 340 et suivants.

<sup>60</sup> La Commission sur la santé et le bien-être social, présidé par M. Claude Castonguay en 1970, proposait la création d'un Office régional de la santé; (ORS), qui selon les termes de l'auteur, constituait l'agent de la collectivité régionale. Cette formule apparaissait à l'époque la plus apte à satisfaire les exigences de responsabilité, de souplesse et de participation de la population. L'ORS devait disposer de la capacité juridique et de pouvoirs délégués par l'État pour devenir un organisme administratif. Cet organisme devait notamment administrer un budget régional de la santé à partir d'une enveloppe financière annuelle mise à sa disposition par le ministère de la santé et des services sociaux, dans le cadre de crédits votés par l'Assemblée nationale. Voir à ce sujet : Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social; Gouvernement du Québec, 1970, Tome II, volume IV, p.124 à 134.

Cette proposition, a tout le moins avangardiste à cette époque, a fait l'objet de nombreuses critiques notamment par les corporations professionnelles et les centres hospitaliers qui voyaient dans l'Office régional de la santé, un palier administratif alourdissant la machine administrative gouvernementale, en plus de nécessiter des investissements non productifs de soins et de services. Suite aux pressions, l'Office régional de la santé a cédé sa place au conseil régional dont le mandat était réduit à ses débuts à une intervention consultative plutôt timide et très effacé. La Commission Rochon dans son rapport conclut d'ailleurs que les mandats qui ont été confiés aux conseils régionaux sont, dans l'ensemble, relativement peu déterminants. Ils possèdent peu de pouvoirs exécutifs quant à la détermination et à la répartition des ressources budgétaires, à la création, la fusion ou l'abolition des établissements, de la définition des objectifs et des finalités du système.

Depuis la création des régies régionales en 1991, une importante dynamique administrative régionale s'est progressivement installée. Principalement dans le cadre des compressions budgétaires et de la mise en place de la réforme amorcée par le Ministre Rochon, les régies régionales ont joué un rôle central bénéficiant non seulement de l'appui

du ministre dans leur démarche mais également de l'absence de son intervention directe dans le débat que chacune des régies régionales a entrepris pour transformer le réseau de sa région.

Les régies régionales se sont vues confier des fonctions stratégiques, quant à l'élaboration des priorités de santé et de bien-être selon les besoins de la population de leur région respective, tout en tenant compte, toutefois des objectifs de santé fixés par le ministre. Pour ce faire, le législateur a demandé aux régies régionales d'établir les plans d'organisation de services sur son territoire et d'en évaluer l'efficacité.<sup>61</sup> En ce qui concerne toutefois les plans d'organisation des services médicaux, la Régie régionale doit consulter la Commission médicale régionale, cette dernière étant responsable envers le Conseil d'administration de la régie de donner avis sur l'organisation et la distribution des services médicaux ainsi que sur le plan régional des effectifs médicaux.<sup>62</sup>

Les plans d'organisation de services peuvent porter sur des secteurs particuliers tels que la santé mentale, la traumatologie, la cardiologie ou

---

<sup>61</sup> Loi SSSS; art. 340 al. 3.

<sup>62</sup> Loi SSSS; art. 369 et al. 1.

autres secteurs selon les priorités de chacune des régions. Ces plans identifient habituellement les services requis selon les besoins de la population et déterminent les services que chaque établissement devra dispenser en vue d'atteindre les objectifs fixés par la Régie régionale, en conformité avec la mission de chaque établissement. Les plans d'organisation de services doivent également prévoir les modalités d'accès aux différents services offerts par les établissements.

La coordination régionale des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires, des résidences d'hébergement de même que certaines activités médicales est confiée aux régies régionales.<sup>63</sup>

À l'égard de la population et des droits des usagers, la Régie régionale doit mettre en oeuvre des mécanismes de participation de la population telle la formation du Comité des usagers oeuvrant dans les établissements.<sup>64</sup> En ce qui concerne plus particulièrement les droits des usagers, la Régie

---

<sup>63</sup> Loi SSSS; art. 340 al. 5.

<sup>64</sup> La formation de ces comités était assurée par les conseils régionaux de la santé et services sociaux avant l'entrée en vigueur de la Loi sur les services de santé et services sociaux, en 1991. Il ne s'agit pas ici d'une nouvelle fonction régionale mais plutôt un transfert de mandat gouvernemental des conseil régionaux aux régies régionales.

régionale voit non seulement à ce que chaque établissement applique une procédure des plaintes à l'endroit des usagers insatisfaits des services reçus où qu'ils auraient dû recevoir, mais exerce un mandat de deuxième instance en matière d'examen des plaintes formulées à l'endroit d'un établissement. Ainsi, l'utilisateur qui a formulé une plainte écrite auprès d'un établissement peut adresser sa plainte à la Régie régionale s'il est en désaccord avec les conclusions qui lui ont été transmises par le cadre supérieur de l'établissement visé par la plainte.<sup>65</sup> Bien que la loi actuelle encadre davantage la procédure des plaintes des usagers, cette fonction était antérieurement exercée par les conseils régionaux avant leur abolition.

Le respect des objectifs et des priorités de santé et de bien-être élaborés et approuvés par le ministre est assuré par la Régie régionale. Pour ce faire, la Régie régionale s'assure que les renseignements sur l'état de santé de la population de la région sont tenus à jours et accessibles. Ces renseigne-

---

<sup>65</sup>

Voir à ce sujet les articles 42 à 53 inclusivement de la Loi sur les services de santé et services sociaux, 1991. Ces dispositions prescrivent à la Régie régionale la mise en place d'une procédure d'examen des plaintes lorsque l'utilisateur est en désaccord avec la conclusion du cadre supérieur de l'établissement ou si le cadre supérieur chargé de la procédure a refusé ou cessé d'examiner la plainte. Dans cette procédure régionale, l'établissement doit fournir au cadre supérieur de la Régie régionale, les renseignements qu'il requiert pour l'examen de la plainte et l'établissement doit assister à toute rencontre à laquelle le cadre supérieur de la Régie régionale le convoque.

ments conciliés avec les besoins de la population serviront à l'élaboration des plans régionaux d'organisation des services.<sup>66</sup> À la demande du ministre ou selon des modalités prévues par celui-ci, la Régie régionale l'informe des besoins de la population en vue de l'élaboration ou la mise à jour d'une politique de santé et de bien-être, des politiques et des programmes de santé et de services sociaux.

L'allocation des ressources financières aux établissements découle, en théorie plus que dans les faits, des plans régionaux d'organisation de services élaborés pour chaque région. Cette fonction stratégique exercée jusqu'à tout récemment par le ministre, est maintenant confiée à la Régie régionale. Celle-ci est responsable, dans la mesure et aux conditions prescrites par le ministre sur les règles budgétaires applicables, de l'allocation des budgets de fonctionnement des établissements. Elle est chargée également de l'administration et du financement de certaines dépenses d'immobilisations.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Loi SSSS; art. 346 al. 1 et 2.

<sup>67</sup> Loi SSSS; art. 350.

La population est au centre de l'organisation des services sur le plan régional. En effet, l'existence de débats à la Régie régionale sur les priorités à fixer, les montants à y affecter et les moyens à mettre en oeuvre sont garantis par un conseil d'administration dont la majorité des membres sont élus par la population ou encore nommés par des organismes désignés par le législateur.<sup>68</sup>

En matière de santé publique, la Régie régionale gère les programmes et à cette fin, elle établit les priorités, organise les services et alloue les ressources nécessaires. La Régie régionale est appelée à créer une direction de la santé publique.<sup>69</sup> Bien que la Régie régionale peut confier à des établissements, dans le cadre des plans régionaux d'organisation de services, les activités reliées aux programmes de santé publique, cette mesure a été utilisée jusqu'à présent de façon très restreinte en confiant aux établissements que des mandats partiels visant notamment le rattachement des médecins de la santé publique à des départements cliniques des centres hospitaliers. Les établissements ont été davantage choisis sur la base historique de l'existence des départements de santé

---

<sup>68</sup> Projet de la Loi no. 116, 1996, chapitre 36 Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux.

<sup>69</sup> Loi SSSS; art. 371 al. 1 et 2.

communautaire qui, avant 1991, étaient rattachés à des établissements désignés par le ministre.

Comme on peut le constater, l'organisation et la coordination des services de santé et des services sociaux sont, depuis 1991, assurées par la Régie régionale avec une certaine uniformité sur le plan provincial par l'intervention du ministre en ce qui concerne les orientations, les objectifs et les priorités en santé et bien-être. Cette nouvelle dynamique administrative régionale est issue d'un mouvement de décentralisation sans précédent du gouvernement. Une telle décentralisation doit nécessairement s'accompagner d'un ensemble de mesures de contrôle, mesures indispensables à l'évolution des mandats et objectifs de santé confiés aux établissements.

#### **2.4 *Les contrôles exercés par les régies régionales***

Une des principales activités administratives transférée par le gouvernement à une instance régionale est la fonction de contrôle hiérarchique. L'étude d'un tel contrôle hiérarchique exige une analyse de l'organisation de la Régie régionale et des fonctions qui lui sont confiées par le législateur.

Pour Garant, la décentralisation administrative implique l'existence de collectivités locales autonomes et indépendantes de l'État. Cette indépendance ne saurait par ailleurs être absolue sous peine de voir créer des états dans l'État. Le contrôle des administrations décentralisées est donc nécessaire à la fois dans l'intérêt de l'État qui doit sauvegarder son intégrité politique, dans l'intérêt des administrations décentralisées elles-mêmes qui seraient les premières victimes d'une mauvaise gestion de leurs agents, et des administrés eux-mêmes qui peuvent avoir besoin d'une protection efficace et rapide contre l'autorité décentralisée.<sup>70</sup> Les plans d'organisation de services représentent en soit l'élément principal par lequel la Régie régionale exerce un contrôle sur les services accessibles et dispensés par les établissements.

Ainsi, en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires, la Régie régionale élabore et met en oeuvre des plans d'organisation de services. Ces plans identifient plus spécifiquement la mission des

---

<sup>70</sup>

P. Garant; Droit administratifs; volume I, Structures, actes et contrôles, 3<sup>e</sup> édition 1991 p. 544. Pour l'auteur, le contrôle peut tout d'abord porter sur la régularité ou la légalité d'une activité; l'autorité de contrôle aura alors à vérifier si l'autorité contrôlée se conforme aux normes objectives prévues dans la Loi et ses règlements. Le contrôle peut aussi porter sur l'opportunité d'une action à entreprendre. Le contrôle peut porter enfin sur la rentabilité ou l'efficacité d'une mesure déjà prise ou en voie d'exécution.

centres exploités par les établissements et les ressources financières requises pour chaque établissement de son territoire.<sup>71</sup>

Par ce plan d'organisation de services, la Régie régionale intervient dans la mission des établissements et des centres qu'ils exploitent en divisant les responsabilités entre les différents établissements sur son territoire. De façon concrète, lorsque la Régie régionale procède à la fermeture partielle ou totale de certains services dispensés par un établissement, elle modifie la responsabilité de l'établissement visé par la fermeture ou la réduction des services et le cas échéant, transfère ces services dans un autre établissement.<sup>72</sup>

Un tel plan d'organisation a un effet direct sur le nombre de services disponibles. Mentionnons cependant que tout plan d'organisation de services doit être soumis au ministre pour approbation.<sup>73</sup> Ce contrôle qu'exerce ici l'État, par l'intermédiaire des régies régionales, s'inscrit

---

<sup>71</sup> Loi SSSS; art. 347.

<sup>72</sup> Au cours des années 1994-1995 et 1995-1996, plusieurs établissements au Québec ont subi des fermetures totales ou partielles modifiant ainsi leur mission, leur permis ainsi que leur responsabilité à l'endroit des soins et services à dispenser aux usagers.

<sup>73</sup> Loi SSSS; art. 347, al. 6.

dans le cadre même de la nouvelle organisation des services de santé et services sociaux qui confie aux régies des fonctions décentralisées de gestion de services exercées jusqu'à présent par le ministre. Néanmoins, le ministre doit assurer une coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux dans le but de favoriser leur accessibilité à l'ensemble des citoyens du Québec.<sup>74</sup>

Un autre domaine où le contrôle exercé par les régies régionales est susceptible d'engendrer des conséquences importantes quant au degré de subordination des établissements, c'est le plan des effectifs médicaux. Ce plan, intégré au plan d'organisation d'un centre hospitalier, prévoit la formation de départements cliniques et de services cliniques. Il doit indiquer le nombre de médecins omnipraticiens, de médecins spécialistes par spécialité et de dentistes, qui exercent leur profession dans chacun des départements et services du centre hospitalier. Ces éléments du plan d'organisation doivent être déterminés en tenant compte du permis de l'établissement et des plans régionaux d'organisation de services élaborés par la Régie régionale.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> Loi SSSS; art. 431, al. 7.

<sup>75</sup> Loi SSSS; art. 184, al. 1.

Le plan des effectifs médicaux d'une région est soumis à un contrôle rigoureux du ministre suivant les dispositions à cet effet que le législateur lui confie.<sup>76</sup> Dans l'élaboration de son plan régional, la régie doit tenir compte des objectifs de croissance ou de décroissance que lui signifie le ministre notamment du nombre de postes fixé par ce dernier, pour des médecins ayant pratiqué dans d'autres régions. Le plan des effectifs médicaux doit être soumis au ministre pour approbation et être accompagné des plans d'organisation des établissements qui ont servi à son élaboration.<sup>77</sup>

La Régie régionale n'intervient pas dans le processus de nomination des médecins par les établissements, mais elle exerce un contrôle sur la croissance, la suffisance des effectifs médicaux et de leur répartition dans chaque région. Ce contrôle n'est toutefois par absolu et sans limite.

---

<sup>76</sup> En vertu du paragraphe 20 de l'activité 505 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, 1991, il appartient au ministre de déterminer, aux fins de l'élaboration d'un plan régional des effectifs médicaux ou de la partie d'un plan d'organisation d'un établissement qui concerne les effectifs médicaux, les objectifs de croissance et de décroissance. Les méthodes et règles relatives au calcul des effectifs médicaux qui doivent tenir compte de nombre de médecins qui pratiquent dans une région et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance-maladie sont fixés par le ministre.

<sup>77</sup> Loi SSSS; art. 377.

Dans l'arrêt *Perreault c. Régie régionale de la santé et services sociaux de Montréal-centre*, cette dernière s'oppose à l'octroi de privilèges accordés par un établissement à un médecin en invoquant l'existence d'un contrat liant le requérant à pratiquer dans une autre région. La Cour supérieure considère que les pouvoirs de la Régie régionale sont limités et qu'elle ne peut s'ingérer dans le choix des médecins, lequel choix est une prérogative du Conseil d'administration de l'établissement. Dans cette affaire, le juge Jean-Jacques Croteau s'exprime en ces termes :

*«Elle exerce un contrôle sur la croissance des effectifs et leur répartition. Son approbation à une demande de nomination soumise par un centre hospitalier est une mesure d'exception et seulement dans les cas prévus à l'article 240».*<sup>78</sup>

Découlant des plans d'organisation des services, l'allocation des ressources financières aux établissements par la Régie régionale constitue dans les faits, le contrôle le plus déterminant qu'elle exerce sur la nature et le volume de services qu'un établissement peut offrir.

---

78

*Perreault c. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre*, 8 octobre 1996, no. 500-05-013616-966, c.9 1996. Le litige dans cette cause porte davantage sur l'impossibilité du débiteur du contrat d'exécuter sa prestation que sur le pouvoir de la Régie régionale d'exécuter son mandat relatif au plan des effectifs médicaux.

Globalement, le pouvoir de dépenser d'un établissement est limité au budget qui lui est consenti par la Régie régionale en fonction des plans d'organisation de services applicables.<sup>79</sup> Il est néanmoins important de souligner qu'avant 1991, le ministre ne contrôlait que le budget global d'un établissement laissant l'affectation des fonds au pouvoir discrétionnaire du conseil d'administration de l'établissement. Le contrôle gouvernemental dans le champ du financement des services de santé et services sociaux a franchi un pas important en confiant à la Régie régionale les plans d'organisation de services devant être dispensés par les établissements, plans auxquels sont rattachés des budgets. Bien que la permutation des fonds est encore possible pour un établissement entre les divers programmes, les résultats demeurent conditionnés par la budgétisation de chacun des plans de services.

De plus, la Régie régionale peut, à tout moment, vérifier les renseignements relatifs à l'utilisation des fonds consentis en plus d'obtenir périodiquement des rapports statutaires sur les coûts de fonctionnement et

---

<sup>79</sup>

Loi SSSS; art. 285.

les données opérationnelles.<sup>80</sup> Suivant les résultats transmis par l'établissement, la Régie régionale peut demander à l'établissement de lui transmettre dans les meilleurs délais un plan visant l'équilibre budgétaire. De façon plus spécifique, la Régie régionale est chargée de l'administration et du financement des dépenses d'immobilisation effectuées par les établissements, lorsque le coût estimé de ces travaux est inférieur aux montants déterminés par règlement.

En ce qui concerne les contrats d'approvisionnement, la Régie régionale s'assure que les établissements de sa région se regroupent pour les achats en commun de biens et services. Si nécessaire et à sa discrétion, elle oblige un établissement à participer aux groupes d'achats régionaux.<sup>81</sup> En plus d'exercer un contrôle continu sur les ressources financières, la Régie régionale s'assure également que les établissements exercent leurs fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des usagers. Elle contrôle

---

<sup>80</sup> Un établissement doit transmettre à la Régie régionale un rapport annuel sur ses activités. L'établissement doit également se soumettre au contrôle de la Régie régionale en lui fournissant à sa demande, selon la forme et le délai prescrit, les états, données statistiques, rapports et autres renseignements qu'elle requiert sur les activités de l'établissement. Voir à ce sujet les articles 278, 279 et 288 de la Loi sur les services de santé et services sociaux et modifiant certaines dispositions législatives; (L.R.Q., c.S-4.2).

<sup>81</sup> Loi SSSS, art.383

le développement harmonieux des ressources intermédiaires et de type familial sur son territoire.<sup>82</sup>

De plus, dans le but d'assurer une réponse adéquate et rapide aux besoins des usagers en cas d'urgence, la Régie régionale contrôle les normes de fonctionnement des services d'urgence des établissements, et à défaut, que soient adoptées de telles normes par les établissements, la Régie régionale les détermine. Il en est de même pour les normes concernant l'utilisation et la distribution d'une répartition adéquate des cas d'urgence ou, à défaut, la Régie régionale fixe de telles normes.<sup>83</sup>

Si l'on se réfère au rapport de la Commission Rochon, la régionalisation ne s'arrêtera pas là. La prochaine étape consistera à actualiser un principe de base sur le financement des régies régionales voulant que le financement soit déterminé suivant un budget global per capita corrigé. Cette forme de financement en plus d'assurer une certaine équité interrégionale

---

<sup>82</sup> Loi SSSS, art. 258.

<sup>83</sup> Les dispositions visant les normes de gestion des lits en cas d'urgence et le fonctionnement adéquat des services d'urgence des établissements sont appliqués par la Régie régionale en situation d'exception. Ces dispositions doivent préalablement faire l'objet d'une consultation par la Régie régionale auprès de la Commission médicale régionale. Cette commission qui est composée de médecins agit comme organisme consultatif auprès de la régie en matière d'organisation et de distribution des soins médicaux sur le territoire. Au sujet des normes sur la gestion des lits et le fonctionnement des services d'urgence, voir l'article 359 de la Loi SSSS.

dans la répartition des ressources, donnera plus de latitude à la Régie régionale pour programmer l'utilisation des ressources.<sup>84</sup> Selon la Commission, les budgets des régions pourraient comprendre non seulement les dépenses d'exploitation, mais également les dépenses d'immobilisations inhérentes à leurs prérogatives. Toujours selon la Commission Rochon, dans cette même logique, les sommes payées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pour rémunérer les professionnels de la santé devraient être incluses dans les budgets des régions.

Un tel mécanisme budgétaire instauré sur la base d'un per capita par région donne ouverture aux régies régionales pour mettre en place des procédures d'accès favorisant la consommation des services pour les usagers résidant sur son territoire dans les établissements qui sont sous sa responsabilité. Une telle procédure d'accès aux services, introduite dans les plans d'organisation de services régionaux, pourrait avoir pour effet de limiter le droit d'un usager de choisir le professionnel et l'établissement de son choix dans l'éventualité où ceux-ci ne sont pas situés dans sa

---

<sup>84</sup> Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et services sociaux; Op. Cit., note 60, p. 663 à 667.

région.<sup>85</sup> On peut même songer dans un avenir rapproché que les citoyens se verront attribuer un médecin de famille de leur région à qui ils devront au préalable se référer pour obtenir des services.

L'effet des contrôles exercés par la Régie régionale sur les établissements n'est qu'à ses tout début considérant d'une part, la très grande marge de manoeuvre que le législateur lui a confié depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur les services de santé et services sociaux en 1991, et d'autre part, les compressions budgétaires qui ont pour effet de réduire l'accès à certains services dans les établissements. Il appartient cependant à la Régie régionale d'informer les usagers sur les services disponibles dans sa région.

## **2.5 *La gestion des ressources par les établissements***

Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements qui exploitent des centres dans les catégories suivantes :<sup>86</sup>

---

<sup>85</sup> Notons que dans l'application des plans d'organisation de services en santé mentale, on accepte le principe d'accès aux services par les usagers sur la base régionale. Une disposition visant une allocation budgétaire régionale per capita pourrait sans doute accentuer une telle tendance aux autres plans d'organisation des services. Voir Jasmin c.Cité de la santé de Laval; 1990, R.J.Q., 502 c.s. Montréal.

<sup>86</sup> Loi SSSS; art. 79.

- Un centre local de services communautaires;
- un centre hospitalier;
- un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- un centre de réadaptation.

Chaque centre se voit attribuer par le législateur une mission qui lui est spécifique permettant à toute personne de recevoir les services qu'elle requiert, en continuité et en complémentarité avec les services dispensés par chacun des centres et le cas échéant, l'établissement qui n'est pas en mesure d'offrir le service requis, dirige les personnes vers les établissements en mesure d'offrir de tels services.<sup>87</sup>

Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, accessibles et respectueux des

---

87

L'établissement se voit non seulement investi d'une mission spécifique dans la prestation des soins, mais également il doit assurer la continuité des services dans la mesure où il est dans l'incapacité de le faire : Loi SSSS, art. 101. Voir également Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, C.S., Joliette, 705-05-001,017-76, cause portée en appel dans laquelle le médecin demande à l'unité d'urgence de l'établissement ayant reçu un enfant victime d'une blessure comportant entre autres la rupture de l'artère humérale décida de diriger le patient vers un hôpital spécialisé en pédiatrie, l'Hôpital Ste-Justine, pour qu'il reçoive des soins appropriés. Le tribunal entérina la décision de transférer le patient en reconnaissant l'obligation d'agir dans de telles situations. Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, 1989, R.J.Q., 2619 (C.A. Montréal).

droits des personnes et de leurs besoins. Les droits que peuvent exiger des établissements les personnes sont multiples.<sup>88</sup>

- Le droit pour une personne d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu.
- Le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats à la fois sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.
- Le droit de choisir le professionnel ou l'établissement auquel la personne désire recevoir les services.
- Le droit de recevoir des soins que requiert une personne dont la vie ou l'intégrité est en danger.<sup>89</sup>
- Le droit pour tout usager d'être informé de son état de santé et de connaître les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et conséquences.
- Le droit de consentir aux soins.
- Le droit de participer à toute décision affectant son état de santé.
- Le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsque l'usager désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service.

---

<sup>88</sup> Loi SSSS; art, 100, al., voir également les articles 4 à 16 de la Loi qui confèrent aux personnes et aux usagers des droits dont ils peuvent réclamer le respect auprès des établissements.

<sup>89</sup> Le centre hospitalier, suivant les dispositions de l'article 81 de la Loi SSSS, 1991, reçoit principalement sur référence, les personnes qui requièrent des soins généraux et spécialisés. S'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou si nécessaires, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres ou organismes appropriés.

- Le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsque l'utilisateur désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service.
- Le droit pour une personne ou ses ayants droit d'exiger un recours contre un établissement ou un professionnel.
- Le droit de toute personne d'expression anglaise de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux.<sup>90</sup>

Pour rencontrer des obligations et assumer les fonctions qui lui sont confiées par le législateur, l'établissement doit élaborer un plan d'organisation et gérer avec efficacité et efficience les ressources humaines, matérielles et financières qui lui ont été allouées par la Régie régionale suivant les plans régionaux d'organisation de services et des ressources afférentes.

L'établissement doit recevoir toute personne qui requiert ses services, évaluer ses besoins, dispenser lui-même les services ou les faire dispenser par un autre établissement.<sup>91</sup> L'étendue des responsabilités de l'établisse-

---

<sup>90</sup> L'énumération des droits des personnes dans ce texte n'a pas la prétention d'être exhaustive. Cette énumération n'a que pour objectif d'introduire les obligations de l'établissement en regard de l'organisation des ressources puisque ces droits sont soumis, dans bien des circonstances, à la mission de l'établissement, son plan d'organisation de services et des ressources dont il dispose.

<sup>91</sup> Loi SSSS; art. 101.

**a) Soins hospitaliers**

Monsieur le juge Lavoie exprimant l'avis de ses collègues de la Cour d'appel dans la décision Hôpital général de la région de l'Amiante inc. V. Perron, décrit l'étendue des responsabilités du centre hospitalier en ces termes :

*«L'établissement hospitalier est devenu par suite de la politique sociale de l'État en matière de santé, un véritable entrepreneur de soins et, par contrat ou par l'effet de la loi, il s'engage à fournir aux patients, par l'intermédiaire des personnes dûment habilitées selon les normes de l'Ordre professionnel auquel elles appartiennent, des services hospitaliers comprenant non plus seulement des services d'hôtellerie, de soins infirmiers, mais également des services professionnels proprement dits, dont les services d'anesthésie, de salle d'opération et de salle de réveil.»<sup>92</sup>*

Dans l'arrêt Lapointe v. Hôpital Le Gardeur, la Cour d'appel décrit les obligations de l'établissement de la façon suivante :

---

<sup>92</sup>

Hôpital général de la région de l'Amiante inc. c. Perron (1979, C.A). Pour cette cause, la Cour d'appel se prononçait sur la responsabilité du centre hospitalier suite à un préjudice résultant d'une anoxie cérébrale chez un enfant causée par un arrêt cardio-respiratoire après une intervention chirurgicale qualifiée de mineure.

*«Dans le cadre de la mise en place par le législateur de l'Assurance-hospitalisation, la Loi sur l'assurance-maladie et la Loi sur l'organisation de santé et des services sociaux, l'institution est devenue le véritable organisateur de certaines catégories de soins, au moins à l'égard de services particuliers comme l'urgence ou la clinique externe. Elle n'est pas chargée seulement de construire et d'entretenir le cadre physique de la pratique médicale. Elle voit à la mise sur pied de tous les services nécessaires pour que la prestation médicale puisse être organisée.»<sup>93</sup>*

Les obligations générales de l'établissement touchent principalement l'admission d'un usager en cas d'urgence, un personnel professionnel suffisant et compétent, les soins infirmiers, la sécurité du malade en ce qui concerne l'immeuble, le mobilier, la surveillance des patients, le contrôle de la qualité des soins et services dispensés, les équipements requis par la vocation et le plan d'orga-

---

<sup>93</sup>

Lapointe v. Hôpital Le Gardeur; 1989, R.J.Q., 2619 (C.A).

professionnel suffisant et compétent, les soins infirmiers, la sécurité du malade en ce qui concerne l'immeuble, le mobilier, la surveillance des patients, le contrôle de la qualité des soins et services dispensés, les équipements requis par la vocation et le plan d'organisation de l'établissement ainsi que la constitution et la conservation des dossiers.<sup>94</sup>

**b) L'admission en cas d'urgence**

«Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.»<sup>95</sup>

*«Il y a obligation pour le médecin en charge d'une clinique d'urgence de prodiguer des soins et de traiter les patients qui lui sont amenés. S'il est incapable de prodiguer les soins voulus, il doit*

---

<sup>94</sup> Voir à ce sujet, Bernardot et Kouri; La responsabilité civile médicale : 1980, Édition Revue de droit, Université de Sherbrooke.  
R. Boucher; La responsabilité hospitalière : (1974), Les cahiers de droits, Université Laval, vol. 15, no.2.

<sup>95</sup> Charte des droits et libertés de la personne ; L.R.Q., c.C-12, art.2.

*quand même recevoir le malade et appeler du secours.»<sup>96</sup>*

**c) Un personnel suffisant et compétent**

«... l'hôpital met à sa disposition (le médecin) des professionnels de la santé adéquatement formés à donner des soins à la salle de réveil et sur lesquels il a droit de pouvoir se fier.»<sup>97</sup>

**d) La sécurité, la surveillance**

Selon la jurisprudence, il s'agit d'une obligation de moyen et non de résultat. Le centre hospitalier ne peut empêcher que tout accident ne se produise et il s'agit là d'une réalité.

---

<sup>96</sup> R.c. St-Germain Cour des sessions ; Montréal 73-142, 28 février 1974, en appel St-Germain c. R. 1976, (C.A. 185). Dans cette affaire, le médecin traitant d'un patient informe le médecin de garde de l'Hôpital Fleury de l'arrivée d'un malade nécessitant des soins en urgence. Le dr. St-Germain refuse de prodiguer les soins alléguant qu'il était surchargé. Le malade est alors transporté à l'Hôpital St-Michel où il décède dans les heures suivantes. La Cour supérieure reconnaît le médecin coupable de négligence criminelle. La Cour d'appel renverse la décision sur la base de l'absence de lien de causalité. La Cour reconnaît cependant que la prestation de soins en urgence est une obligation stricte de la loi, du serment prêté par les médecins et des règlements qui gouvernent les hôpitaux. Voir également Bernard c. Cloutier; 1982 (C.A. 289), Lapointe v. Hôpital le Gardeur; loc. Cit. Note 9.

<sup>97</sup> Hôpital général de la région de l'Amiante inc., c Perron; (loc cit. Note 90), voir également Lapointe c. Hôpital Le Gardeur; (loc. Cit note 91). Les principes relatifs au comportement du personnel infirmier et autres professionnels sont sensiblement les mêmes que ceux qui s'appliquent aux médecins. Ils devront fournir tous les services requis de façon prudente et compétente et leur conduite sera appréciée «IN ABSTRACTO»; c'est-à-dire en comparaison avec celle d'une «bonne infirmière» ou d'un «bon professionnel» placé dans les mêmes circonstances.

«Il est facile de comprendre que dans un hôpital de la dimension de l'Hôtel-Dieu de Montréal, il est impossible d'assurer à côté d'un malade, à moins de circonstances urgentes, la présence d'un infirmier ou d'une infirmière».<sup>98</sup>

**e) Les équipements et le mobilier**

«... un contrat hospitalier est intervenu entre le demanderesse (patiente) et la défenderesse (centre hospitalier); la défenderesse est responsable contractuellement du bon fonctionnement des appareils qui sont utilisés pour faire des soins hospitaliers, cette responsabilité découlant d'une obligation de résultat et non de moyens quant aux appareils par opposition aux soins.»<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> Coulombe c. Hôtel-Dieu de Montréal; (1973, C.A. 856.) Dans l'arrêt centre hospitalier Robert Giffard c. Georges (C.A). Québec 200-09-000141-819, 28 mai 1984, la Cour d'appel a tenu responsable l'établissement du manque de surveillance d'une jeune fille qui logeait dans une maison de transition qui s'était sérieusement blessée en tentant de se suicider. Le médecin traitant, qui avait donné des instructions pour que la patiente soit surveillée de près, n'était pas poursuivi. Le juge a considéré que les instructions du médecin obligeaient l'établissement à maintenir une surveillance plus serrée que la normale dans les circonstances et qu'il y avait faute professionnelle de permettre à la jeune fille de sortir seule pour un rendez-vous.

<sup>99</sup> Richard v. Hôtel-Dieu de Québec et Houde; (1975), C.S., 223 p.224. Lors d'une intervention chirurgicale, une malade est brûlée. Parmi les causes du préjudice, il y a un matelas chauffant défectueux. Le centre hospitalier est reconnu responsable du dommage puisqu'il doit assurer le parfait fonctionnement technique des équipements utilisés par le personnel et les médecins. Voir également Crawford v. CHUS et al., J.E., 80-967 (C.S.) et C.A.M. 500-09-001330-802 et 500-09-001384-809 le 25-05-1982.

f) **La constitution et la conservation d'un dossier**

Un établissement doit tenir un dossier sur chacun des usagers qui reçoit des services.<sup>100</sup> Le juge Batshaw dans la cause *Mellen v. Nelligan et St.Mary's Hospital* décrit le dossier d'un usager.

«The hospital record is usually the main source of information to all interested parties; including the patient himself as to

What happened to him while he was confined therein».<sup>101</sup>

En raison de la jurisprudence et des changements apportés à la loi, les devoirs et responsabilités des établissements ont considérablement changé au cours des années. Dans le contexte de l'administration contemporaine, il appartient à l'établissement de déterminer les services de santé et services sociaux qu'il dispense, de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte, bien entendu, de sa mission, des ressources dont il dispose et conformément aux plans régionaux d'organisation des services élaborés par la Régie régionale.<sup>102</sup> Son plan d'organisation de services doit

---

<sup>100</sup> Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements; (Décret 1320-84, 1984), modifié par (Décret 1346-91, 1991, 123 G.O. II, 5795, l'article 5 à 65).

<sup>101</sup> *Mellen v. Nelligan et St-Mary's Hospital*; (1952, C.S.) 446, 448.

<sup>102</sup> Loi SSSS; art. 105 al.

demeurer à l'intérieur des limites fixées par le plan d'organisation de services régionaux et pour offrir de nouveaux services dont la nature nécessite des ressources professionnelles ou des équipements ultra-spécialisés, l'établissement doit au préalable, obtenir l'autorisation du ministre.<sup>103</sup>

Tout en tenant compte des ressources financières mises à leur disposition, le conseil d'administration gère les affaires de l'établissement et en exerce tous les pouvoirs. À cette fin, il peut édicter les règlements nécessaires à la conduite de ses affaires et à l'exercice de ses responsabilités.<sup>104</sup>

Les responsabilités générales du conseil d'administration visent le respect des droits des usagers, la pertinence et la qualité des services dispensés, l'utilisation économique et efficiente des ressources ainsi que le maintien des compétences et du développement des ressources humaines.<sup>105</sup> L'exercice de ces responsabilités

---

<sup>103</sup> Loi SSSS; art. 113.

<sup>104</sup> Loi SSSS; art. 106.

<sup>105</sup> Loi SSSS; art. 172.

suppose la mise en place d'un ensemble de contrôles permettant au conseil d'administration d'apprécier périodiquement l'atteinte des objectifs de l'organisation en regard des responsabilités qui lui sont confiées par le législateur.

## **2.6 *Les contrôles exercés sur les ressources par l'établissement***

### **a) Administration générale**

Nous avons vu toute une gamme de contrôles exercés par l'État, le Ministre et la Régie régionale sur l'administration générale de l'établissement. Il s'agit de contrôles externes dont les interventions sont régies par les dispositions de la loi sur les services de santé et services sociaux. La participation de la population à la gestion et à l'orientation des établissements s'est imposée avec la réforme des années 1970 comme une valeur fondamentale sur laquelle le réseau des établissements s'est érigé. Cette valeur conserve encore toute sa pertinence puisque c'est aux citoyens que sont destinés les services. Ce sont également les citoyens qui sont les mieux placés pour dire ce qu'ils attendent du réseau.<sup>106</sup> C'est

---

<sup>106</sup>

Voir une réforme axée sur le citoyen ; Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et services sociaux, (décembre 1990).

dans ce contexte que le législateur a placé le citoyen au coeur des décisions et pour ce faire, confié majoritairement aux citoyens ne travaillant pas dans le réseau de la santé l'administration des établissements.

Parce que les établissements tirent leur financement des fonds publics, il est normal que les personnes qui deviennent membres des conseils d'administration aient des comptes à rendre aux citoyens. Leur imputabilité et surtout les formes de cette imputabilité ont été peu développées jusqu'à ce jour. Les déficits liés à la gestion efficace des ressources sont en soi une raison suffisante pour renforcer cette imputabilité et les contrôles découlent de celle-ci.

Comme première mesure visant le contrôle des actes posés par les administrateurs, le législateur énonce certaines exigences de conduite qui, bien que fondamentales, méritent d'être précisées. Ainsi, les membres d'un conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leurs sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles

circonstances une personne raisonnable, avec honnêté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement.<sup>107</sup>

Le contrôle par les citoyens s'exerce notamment lors des séances du conseil d'administration. Celles-ci sont publiques laissant aux citoyens le soin de poser des questions sur l'administration des services ou toutes autres questions relatives au fonctionnement de l'établissement.<sup>108</sup>

Le conseil d'administration doit se réunir au moins dix fois par année et de plus, se réunir à la demande du président ou à la demande écrite du tiers de ses membres en fonction si les circonstances l'exigent.<sup>109</sup>

---

<sup>107</sup> Loi SSSS; art. 174.

<sup>108</sup> Loi SSSS; art. 161. Bien que les séances du conseil d'administration soient publiques, celui-ci peut décréter le huis clos notamment lorsqu'il estime qu'un préjudice peut-être créé à une personne où lorsqu'il délibère sur la négociation de conditions de travail. Les décisions prises lors des séances tenues à huis clos ont un caractère public, sous réserve de la protection des renseignements personnels qu'elles contiennent. Également, les documents déposés et les renseignements fournis lors des séances publiques de même que les procès-verbaux ont un caractère public.

<sup>109</sup> Loi SSSS; art. 176.

Le conseil d'administration doit également faire rapport de ses activités à la population au moins une fois par année, lors d'une séance publique d'information.

À cette séance, les membres du conseil présentent à la population les renseignements prescrits quant au rapport financier et au rapport d'activité. Ils doivent aussi répondre des priorités et des orientations poursuivies. Également, les membres du conseil doivent faire rapport sur l'application de la procédure des plaintes.

Pour le législateur, l'assemblée publique représente un moyen choisi non seulement pour informer les citoyens sur l'administration des établissements mais en exercer un certain contrôle; un contrôle qui est également exercé par le fait de la désignation de représentants de la population au conseil d'administration lors d'une élection, à tous les trois ans dont la date est fixée par le ministre.

À cette date, sont également élus des représentants des usagers, de la fondation rattachée à l'établissement de même que des personnes

cooptées par un nombre défini de membres du conseil d'administration.<sup>110</sup> De manière à bien conserver le caractère public du processus électoral des représentants de la population, le législateur restreint le droit de vote au collège électoral de la population aux personnes qui ne travaillent pas dans un établissement ou dans le réseau de la santé.<sup>111</sup> S'ajoutent aux représentants de la population et du comité des usagers, des personnes élues par diverses catégories de professionnels et d'employés oeuvrant dans l'établissement.

Quelle que soit la catégorie d'établissements et le mode de désignation des membres des conseils d'administration, la place des citoyens demeure majoritaire. Elle témoigne de la volonté du

---

<sup>110</sup> Les articles 129 à 133 déterminent la composition des conseils d'administration des diverses catégories d'établissements. Notons que la formation d'un comité des usagers est obligatoire pour un centre d'hébergement et de soins de longue durée de 20 lits ou plus, un centre de réadaptation, un centre hospitalier de soins psychiatriques ou un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse. Pour les autres centres, la formation du comité des usagers est à la discrétion des usagers qui en font la demande. La procédure d'élection et de nomination des membres du conseil d'administration est déterminée par règlement de la Régie régionale, lequel doit être soumis au ministre pour approbation.

<sup>111</sup> Le législateur définit à l'article 151 de la Loi des services de santé et services sociaux, les conditions fixant les personnes qui ont le droit de voter lors de l'assemblée publique visant à élire les représentants de la population. Ainsi, une personne qui est à l'emploi du ministère de la santé et des services sociaux, d'une régie régionale, d'un établissement, de tout autre organisme disposant des services reliés au domaine de la santé ou des services sociaux ou de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou qui reçoit une rémunération de cette dernière ne peut voter ou être élue lors de l'assemblée publique.

législateur de confier aux citoyens la gestion et le contrôle des établissements.

**b) Règlements et comités**

Pour gérer les affaires de l'établissement et exercer tous les pouvoirs qui lui sont confiés par le législateur, le conseil d'administration peut adopter différents règlements nécessaires à l'exercice de ses responsabilités. Il doit notamment adopter des règlements relatifs à sa régie interne, aux rapports à produire sur la nature, la qualité et la quantité des services fournis aux usagers, à la répartition et au contrôle du budget, à la révision annuelle de la répartition des lits, à la détermination des critères d'admission et de sortie des usagers hospitalisés et au délai accordé aux médecins, dentistes et autres professionnels pour compléter le dossier d'un usager après les derniers services fournis par l'établissement.<sup>112</sup>

Afin d'alléger l'administration, le conseil d'administration peut, par règlement, créer les conseils et comités qu'il juge nécessaire à

---

<sup>112</sup> Voir au sujet des règlements devant être édictés par le conseil d'administration, les articles 6 et 7 du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements; (loc.cit. note 100), voir également l'article 106 de la Loi SSSS.

la poursuite de ses fins et déterminer leur composition, leurs fonctions, devoirs et pouvoirs, les modalités d'administration de leurs affaires et les règles de leur régie interne. De cette façon, le conseil d'administration peut déléguer ses pouvoirs à tout conseil ou comité, sauf ceux que le conseil ne peut exercer par règlements.<sup>113</sup> Il faut ici conclure que l'établissement possède une autonomie suffisamment importante pour assumer ses responsabilités et en exercer un plein contrôle malgré que l'exercice de ce contrôle est bien souvent soumis à celui de la Régie régionale et du Ministre.

**c) Organisation des services**

La principale tâche de l'administration d'un établissement est celle d'organiser les services suivant les besoins de la population desservie par l'établissement. Le plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique constitue l'élément principal sur lequel s'appuie l'administration et les gestionnaires pour rencontrer leurs obligations. Ce plan qui doit faire l'objet de diverses consultations

---

<sup>113</sup>

Avant l'entrée en vigueur de la Loi en 1991, le droit antérieur prévoyait spécifiquement que le conseil d'administration pouvait établir un comité administratif et déterminer les pouvoirs et fonctions de celui-ci. Voir art. 181, de la Loi SSSS.

dont celles auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de même qu'auprès du conseil des infirmières et infirmiers et du conseil multidisciplinaire, prévoit la formation de départements cliniques et de services cliniques lesquels sont déterminés en tenant compte des ressources financières dont dispose l'établissement.<sup>114</sup> Comme déjà indiqué précédemment, ce plan d'organisation doit tenir compte des plans d'organisation des services élaborés par la Régie régionale et approuvé par le Ministre.

Ce plan d'organisation a un effet direct sur le nombre et la qualité des services de santé offerts à la population. En plus de déterminer le type de services, il fixe le nombre de médecins et de dentistes requis pour accomplir les activités de l'établissement. Ce nombre est toutefois subordonné au plan régional des effectifs médicaux élaboré par le Régie régionale.<sup>115</sup> L'activité médicale dans un centre hospitalier constitue le principal élément qui conditionne, de façon générale, l'activité de l'établissement. Bien que le nombre de médecin soit déterminé en quelque sorte par la Régie régionale

---

<sup>114</sup> Voir Loi SSSS; art. 183 à 187.

<sup>115</sup> Loi SSSS; voir art. 377.

et le ministre de la Santé, le conseil d'administration assure toutefois l'élaboration et le contrôle de son plan d'organisation compte tenu des ressources qui lui sont consenties. Par exemple, il appartient au conseil d'administration d'un établissement d'élaborer par son plan d'organisation les services qui doivent être disponibles pour répondre aux urgences ainsi que les ressources requises permettant d'assurer une réponse adéquate aux besoins des usagers dans de telles situations. C'est aussi dans ce cadre que le législateur confie au chef de département clinique l'élaboration de règles d'utilisation des ressources dans lesquels ce dernier doit prévoir qu'aucun lit ne peut être réservé à un médecin ou à un dentiste en particulier. Cette mesure a pour but essentiellement de permettre une utilisation des lits selon l'urgence et la gravité des cas plutôt qu'en fonction des besoins des médecins.<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup>

Les règles d'utilisation des ressources sont élaborées par le chef de département clinique qui lui est responsable envers le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Voir art. 190,191 et 192 de la Loi SSSS. Les règles entrent en vigueur lorsqu'elles sont approuvées par le Conseil d'administration. Voir également à ce sujet Lévesque c. Hôpital Laval; C.A.S., 100-705-90, 1996.

---

**d) Les activités médicales**

Le contrôle, l'appréciation et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques sont confiés par le législateur au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement. Il est redevable de cette responsabilité envers le Conseil d'administration.<sup>117</sup> Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est lui-même surveillé dans l'exercice de ses fonctions par le directeur des Services professionnels qui a pour mandat, sous l'autorité du directeur général, de surveiller notamment le fonctionnement des comités du CMDP et s'assurer que celui-ci contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement.<sup>118</sup>

Le directeur des services professionnels joue un rôle important dans le contrôle des actes médicaux et dentaires en exerçant une surveillance sur le fonctionnement des différentes comités du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). De plus, à défaut d'agir des chefs de département, il appartient au directeur

---

<sup>117</sup> Loi SSSS; art.214.

<sup>118</sup> Loi SSSS; art. 204.

des Services professionnels d'assumer les fonctions de ces derniers sous l'autorité du directeur général. Dans une telle situation, on doit s'interroger sur les mesures que peut prendre le conseil d'administration afin que les responsabilités du chef de département soient assumées. Dans l'affaire *Lévesque c. Hôpital Laval*, la responsabilité du chef de département a été confiée par le conseil d'administration, au comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).<sup>119</sup> Notons que dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, avoir recours à un expert externe à l'établissement pour l'assister dans l'exercice de ses fonctions.<sup>120</sup> Quoiqu'il en soit, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens doit tenir compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers et de l'organisation de l'établissement.

---

<sup>119</sup> *Lévesque c. Hôpital Laval*; (C.A.S.), 110-705-90, février 1994. Rappelons que dans cette affaire, la Commission des affaires sociales confirme, que les mesures disciplinaires qui furent adoptées à l'égard d'un médecin qui refusait de se soumettre aux règles d'utilisation des ressources entérinées par le Conseil d'administration étaient justifiées et ne représentaient par un caractère injuste et excessif. La Commission confirme également la décision du Conseil d'administration de l'hôpital Laval de ne pas renouveler le statut et les privilèges du médecin en question.

<sup>120</sup> *Ibid*; La Commission des Affaires sociales retient le témoignage de deux experts qui reconnaissent que le mode de fonctionnement en vigueur à l'Hôpital Laval est, pour l'essentiel, le même que celui en vigueur dans d'autres centres hospitaliers universitaires canadiens ou américains.

En plus d'évaluer les actes, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens doit s'assurer du maintien de la compétence de ses membres de même que faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de privilèges.

En matière disciplinaire, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est appelé à fournir son avis au conseil d'administration sur les mesures disciplinaires qui devraient être imposées à un médecin, dentiste ou pharmacien. Les mesures disciplinaires imposées à un membre du CMDP par le conseil d'administration peuvent prendre la forme d'un avis jusqu'à révocation ou le non renouvellement des privilèges d'exercice. Cette dernière mesure ne peut toutefois être utilisée que dans des circonstances exceptionnelles. La Commission des affaires sociales dans l'affaire Lévesque

c. Hôpital Laval expose la situation de la façon suivante :

*«Confronté à une telle anarchie jamais connue auparavant, à un moment où l'existence même de l'Institut de cardiologie de Québec était remise en cause, la Commission conçoit que son directeur, le dr. Lemieux, appuyé des plus hautes autorités de*

*l'hôpital, ait vue l'obligation d'instaurer, sans délai, un système de règles destinées à ramener et maintenir la cohésion dans un milieu fortement perturbé et ce, pour le bien-être des malades qui y séjournent»<sup>121</sup>*

Le contrôle exercé par le conseil d'administration auprès de l'activité médicale ne consiste pas seulement à approuver des règles d'utilisation des ressources par les médecins, dentistes ou pharmaciens mais également à prendre les mesures disciplinaires qui s'imposent lorsque l'organisation et la prestation des soins et services sont compromises. Ces mesures s'appliquent également en tenant compte de la mission de l'établissement et de son organisation particulière eu égard à la clientèle qu'il dessert.

*«À cet égard, la Commission a entendu le témoignage de deux experts venus expliquer le fonctionnement d'un hôpital dont la mission consiste à fournir des soins ultra-spécialisé, dits soins tertiaires, en plus d'assurer une vocation d'enseignement et de recherche. De ces témoignages, la Commission retient que le mode de fonctionnement de ces hôpitaux justifie la mise en place de règles de fonctionnement particulières et différentes de celles en vigueur*

*dans un service de cardiologie situé dans un hôpital de soins généraux».*<sup>122</sup>

e) **Les activités administratives**

Pour son plan d'organisation administratif, le conseil d'administration élabore les différents niveaux hiérarchiques décrivant les responsabilités respectives des directions et des centres d'activité de l'établissement.

Il appartient au directeur général d'un établissement de voir à l'exécution des décisions du conseil d'administration et voir à ce que toute l'information requise par le conseil d'administration et nécessaire pour assumer ses responsabilités lui soit transmise. Les fonctions du directeur général consistent à assurer l'administration et le fonctionnement de l'établissement sous la direction du conseil d'administration dont il fait par ailleurs partie à titre de membre. Il est le premier responsable de l'intégration des dimensions professionnelles et financières des décisions administratives, ou si l'on veut, de l'harmonisation des exigences de la qualité des

services avec celles qui découlent de la rareté des ressources. Pour Lajoie, Molinari et Auby, la direction générale est le lieu administratif où doivent se résoudre les conflits inévitables entre les demandes de nature professionnelle et les règles de la gestion financière.<sup>123</sup>

Le directeur général voit à la préparation du plan d'organisation et du budget, la mise en place d'un système de gestion et de contrôle efficace et répondant aux exigences de la Régie régionale et du Ministre et l'engagement du personnel de direction. Il doit également s'assurer de la coordination et la surveillance de l'activité clinique exercée dans le centre.<sup>124</sup>

Le contrat de travail du directeur général d'un établissement est soumis à certaines dispositions législatives en ce qui concerne notamment l'exclusivité de sa fonction, la déclaration obligatoire d'intérêts et les autres fonctions qu'il peut être appelé à exercer.

---

<sup>123</sup> A. Lajoie, P.A. Molinari, J.-M. Auby; Traité de droit de la santé et des services sociaux : Loc.cité note 25.

<sup>124</sup> Loi SSSS; art.195.

La coordination et la surveillance des activités cliniques des chefs de département est assuré par le directeur des services professionnels qui reçoit également les avis sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes. Il applique de plus les sanctions administratives découlant d'une résolution du conseil d'administration.<sup>125</sup> Il est nommé par le conseil d'administration après consultation auprès du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

La responsabilité de surveiller et de contrôler la qualité des soins infirmiers est confiée au directeur des Soins infirmiers. Sous l'autorité du directeur général, le directeur des Soins infirmiers s'assure de la distribution des soins infirmiers, de la planification, de la coordination et de l'évaluation des soins infirmiers en fonction des besoins du centre. Il veille également au bon fonctionnement des comités du conseil des infirmières et infirmiers et s'assure que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans le centre.<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> Loi SSSS; art. 204.

<sup>126</sup> Loi SSSS; art. 207 et 108.

Certaines fonctions administratives sont confiées aux chefs de départements cliniques. C'est le cas notamment du chef de département clinique en radiologie, du chef de département clinique de laboratoires de biologie médicale et du chef de département de pharmacie qui se voient confier la gestion des ressources de leur département dans la mesure prévue par règlement.<sup>127</sup>

Le plan d'organisation administrative peut prévoir un ensemble de fonctions complémentaires à celles prévues explicitement dans la Loi. Ces fonctions complémentaires au plan d'organisation devront cependant être conformes aux dispositions légales et réglementaires prévues à cette fin. On doit donc comprendre que la détermination par le législateur des postes administratifs obligatoires pour les établissements ne représente pas en soi une entrave à son autonomie mais constitue un instrument administratif et juridique essentiel à la bonne marche de l'organisation. On doit toutefois se poser la question de la pertinence de l'existence de ces postes administratifs pour tous les établissements sans égard à leur

---

<sup>127</sup>

Loi SSSS; art. 189 al. 4.

mission et leur dimension. C'est habituellement toute cette gamme de fonctions administratives obligatoires qui inspirent les administrateurs dans les projets de fusion ou d'intégration d'établissements et ce, plus particulièrement lorsque le contexte budgétaire est difficile ou encore lorsque la reconfiguration du réseau modifie la mission de certains établissements.

**f) Le budget**

Les ressources attribuées par la Régie régionale aux établissements constituent le principal élément du plan d'organisation d'un établissement. Est-ce que la Régie régionale finance le plan d'organisation d'un établissement élaboré à partir des besoins de la population qu'il dessert ou plutôt, l'établissement doit-il ajuster son plan d'organisation selon les ressources qui sont mises à sa disposition? Dans le contexte des finances publiques actuelles, la réponse est fort simple. Les établissements doivent bâtir leur plan d'organisation des services selon les ressources dont ils disposent. C'est ce qui explique sans doute la raison pour laquelle le législateur impose à l'établissement le respect de son budget et le cas

échéant, qu'il soumette un plan d'équilibre budgétaire à la Régie régionale.<sup>128</sup>

Suivant les dispositions de la Loi, les prévisions budgétaires de fonctionnement établissent le montant requis par un centre pour assurer les opérations relatives à la prestation des services qu'il est appelé à fournir et qui sont essentiels à la réalisation de sa mission. Les prévisions budgétaires doivent être toutefois en équilibre.<sup>129</sup>

Il appartient à l'établissement d'établir les règles et les modalités de répartition de ses ressources financières entre les différents postes de dépenses suivant les besoins propres à son plan d'organisation. On doit comprendre ici que la réalisation du plan d'organisation de services dans lequel les activités sont identifiées est soumis à l'enveloppe budgétaire globale et non l'inverse. L'établissement peut en cours d'année financière effectuer les permutations budgétaires requises à l'intérieur d'un programme pour le bon

---

<sup>128</sup> Dans les 30 jours suivant la transmission de son budget par la Régie régionale, le Conseil d'administration répartit le montant entre les postes de dépenses, adapte le budget de fonctionnement et en informe la Régie régionale : Loi SSSS; (art. 285).

<sup>129</sup> Voir article 284, de la Loi SSSS sur l'équilibre des dépenses.

fonctionnement des activités de l'établissement et la prestation adéquate des services qu'il est appelé à dispenser.

Bien que les rapports exigés dans ce secteur par la Régie régionale et le Ministre sont nombreux et très spécifiques, l'autonomie de dépenses de l'établissement, bien que limitée par une enveloppe globale, demeure discrétionnaire suivant ses orientations et les services qu'il entend offrir compte tenu des ressources dont il dispose.

La mise en place de contrôles internes sur la gestion des budgets alloués par la Régie régionale dans le cadre de la mission d'un établissement appartient au conseil d'administration. Ces contrôles devraient avoir pour objectif administratif non seulement le respect de l'équilibre budgétaire mais surtout et davantage la possibilité pour les administrateurs de réallouer les ressources en cours d'année selon les priorités et l'atteinte des résultats escomptés.

La rationalisation des dépenses publiques est devenue une nécessité économique pour les gouvernements. Concurrément, les besoins

de la population et les technologies médicales ont évolué entraînant ainsi une augmentation des coûts de la santé. Est-il possible de réduire les dépenses dans le secteur de la santé sans réduire la qualité des services? Les ressources limitées peuvent-elles avoir une incidence sur la responsabilité des établissements? C'est ce que nous aborderons brièvement dans la dernière partie de cette étude.

### *CHAPITRE III : LES EFFETS DE LA RÉDUCTION DES RESSOURCES*

#### *3.1 La réduction des dépenses gouvernementales*

Dès 1986, le gouvernement du Québec s'est fixé comme objectif en matière de finances publiques d'effectuer un contrôle serré des dépenses et de réduire le déficit afin d'équilibrer le solde des opérations courantes et par conséquent restaurer sa flexibilité financière.<sup>130</sup>

Le financement dans le domaine de la santé et des services sociaux a amplement été débattu au cours des dernières années notamment lors des audiences de la Commission Rochon et d'une Commission parlementaire

---

<sup>130</sup>

Gouvernement du Québec, ministère des finances; Les finances publiques du Québec : vivre selon ses moyens, janvier 1993.

sur les dépenses publiques en 1992.<sup>131</sup> Parmi les facteurs qui ont contribué à la croissance des coûts dans ce secteur d'activité on retrouve principalement le vieillissement de la population, le développement technologique, la pratique de plus en plus défensive de la médecine<sup>132</sup> et l'augmentation des consultations médicales. Pour l'essentiel, ces mesures échappent au contrôle gouvernemental. Il en est d'autres cependant sur lesquels le gouvernement peut agir, comme la gratuité complète et l'universalité de la couverture des soins et services, tout en préservant le caractère accessible des services.

Le réforme des services de santé et des services sociaux entreprise par l'adoption d'un nouveau cadre législatif en 1991 a été le début de la rationalisation des services dans ce secteur.<sup>133</sup> Pour le ministre de la santé et des services sociaux, l'adoption du nouveau cadre législatif fut une

---

<sup>131</sup> Voir à ce sujet la liste des consultations et des personnes consultées par la Commission Rochon dans le cadre de ses travaux. Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et services sociaux; Gouvernement du Québec, p.745-756. Voir également à ce sujet les programmes de recherche de la Commission Rochon sur les coûts et le financement du système de services de santé et des services sociaux. La liste de ces documents de recherche apparaît aux pages 743 et 744 du Rapport Rochon.

<sup>132</sup> La médecine défensive est définie par le comportement du médecin qui pour éviter une poursuite ou encore une plainte, utilise plus facilement les services diagnostiques et les consultations auprès de ses confrères.

<sup>133</sup> Voir à ce sujet l'introduction du projet de loi 120 et la Loi sur les services de santé et services sociaux adoptée en septembre 1991.

---

étape déterminante dans l'amorce des changements au système socio-sanitaire. Parmi ces changements, les droits des usagers et les mécanismes de protection ont été mieux établis et renforcés. L'adoption de la Loi de 1991 fut également l'occasion de faire franchir au système une étape décisive dans la gestion régionale des ressources, grâce à la création des régies régionales lesquelles agissent sur la mise en oeuvre des priorités régionales, l'organisation des services de même que sur la budgétisation des établissements.<sup>134</sup>

Les dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé et des services sociaux sont de l'ordre de 12.9 milliards soit 31% du budget québécois et 10% du PIB.<sup>135</sup> Sur le plan international, les Etats-Unis consacraient en 1993 le plus haut pourcentage de leur produit intérieur brut aux dépenses totales de santé avec 13.8%. Immédiatement derrière, suivent le Québec avec 10.1% et le Canada avec 10.2% de leur PIB.<sup>136</sup>

---

<sup>134</sup> Voir à ce sujet l'allocation prononcée par le ministre de la santé et des services sociaux lors du sommet économique sur l'économie et l'emploi en octobre 1996. Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation; Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, octobre 1996.

<sup>135</sup> Pour plus d'information sur le sujet des dépenses publiques pour l'exercice financière 1996-1997, voir le document 4, Collection Fiscalité et financement des services publics; Québec, Les Publications du Québec, juin 1996.

<sup>136</sup> Ibid

Au Québec, la part privée des dépenses totales de santé est supérieure ou égale à celles des pays de l'OCDE, sauf pour les Etats-Unis.<sup>137</sup> Au Canada, on remarque que la part des dépenses privées est en hausse.<sup>138</sup>

La contribution du secteur de la santé à la réduction du déficit budgétaire du gouvernement est à la mesure de son importance dans l'ensemble des dépenses. Depuis plusieurs années, les variations annuelles des crédits du domaine de la santé ont diminué de façon importante pour atteindre une croissance nulle en 1994-1995. Pour 1995-1996 et 1996-1997, on observe dans ce secteur une diminution des crédits à laquelle s'ajoutent des efforts budgétaires au gel des dépenses<sup>139</sup> pour un total de 1.2 milliard.

Pour réaliser cet objectif de compression des dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé, le ministre s'est appuyé principalement sur la

---

<sup>137</sup> Les dépenses dites privées sont celles qui sont à la charge de l'individu telles que l'adhésion à un régime d'assurance collectif ou particulier, les dépenses pour les médicaments non couverts par opposition aux dépenses supportées par des fonds publics.

<sup>138</sup> Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation; octobre 1996 (op. cit. note 134).

<sup>139</sup> Le gel des dépenses s'ajoute aux compressions budgétaires. Par comparaison à la notion de compression budgétaire, le gel des dépenses signifie les coûts additionnels qui entraînent l'application des conventions collectives (comme la progression des individus dans les échelles salariales) et la non indexation des dépenses. Ces augmentations sont absorbées à même l'enveloppe consentie (qui a subi une compression budgétaire) sans majoration des crédits pour y faire face.

rationalisation des services et un accroissement des options alternatives à l'hospitalisation. Ce que l'on appelle virage ambulatoire, recouvre principalement la diminution du taux d'hospitalisation, de la durée de séjour des personnes admises en centre hospitalier de même que le développement de l'utilisation de la chirurgie d'un jour et la médecine de jour.<sup>140</sup>

Les différents changements qu'implique le virage ambulatoire s'effectuent très rapidement, trop rapidement pour certains. Ces changements bouleversent les façons de donner les services, modifient les approches cliniques et changent les relations entre les usagers et les médecins. La pertinence des hospitalisations, les durées de séjour, les procédures de certains examens et traitements, tout est remis en cause, tout est réexaminé.

Cette situation s'est traduite par des décisions importantes notamment dans les régions de Montréal et de Québec où un nombre imposant de lits ont été fermés. Les interventions chirurgicales nécessitant autrefois 3 à 5

---

<sup>140</sup>

La notion de virage ambulatoire implique divers types de mouvements tels que le transfert des ressources vers les CLSC et la communauté, le développement de pratiques s'appuyant sur des ressources à domicile, la mise à profit des derniers développements technologiques.

jours d'hospitalisation se pratiquent maintenant en chirurgie d'un jour. De loin la composante la plus coûteuse du système, le parc de lits hospitaliers est remis en question. Selon les prévisions du ministre, les plans de transformation menés par les régies régionales se traduiront par la fermeture, déjà bien amorcée, de 4 000 lits environ sur 23 400 soit 17% du parc de lits de 1995.

Les établissements, les médecins et les professionnels de la santé devront travailler dans un contexte nouveau, avec des nouvelles approches. S'exposeront-ils davantage à des plaintes ou des poursuites dans un contexte de rareté de ressources? Quels seront les nouveaux «standards» d'une bonne pratique médicale, de bons soins hospitaliers?

### **3.2 *La responsabilité des établissements et la diminution des ressources***

La diminution drastique et rapide des ressources dans le secteur de la santé oblige les établissements à prendre des moyens radicaux afin d'atteindre l'équilibre budgétaire tels que la fermeture de lits, la diminution de la durée de séjour, la diminution du nombre de professionnels affectés aux soins, la gestion plus serrée de l'utilisation des médicaments, l'accessibilité réduite à des examens coûteux et bien d'autres mesures encore.

Le droit pour un usager de recevoir des soins adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée est consacré dans la Loi.<sup>141</sup> Cet article confère sans équivoque un droit strict de recevoir les services de santé et les services sociaux requis par l'état d'une personne. L'usager auquel l'établissement refuse illégalement des services pourra recourir à l'injonction pour exiger la prestation des services.<sup>142</sup>

Ce droit s'exerce cependant 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.<sup>143</sup> La Loi elle-même a donc pour effet de restreindre considérablement la partie de ce droit puisque les soins sont dispensés

---

<sup>141</sup> Loi SSSS; art. 5.

<sup>142</sup> Notes des auteurs Renaud, Baudoin, Molinari; Services santé et services sociaux, Collection Lois et règlements, 8<sup>ième</sup> édition, 1993-1994, p. 39 et 40. Voir également Poirier c. Hôpital du Haut-Richelieu, (1982, C.S.) 511, I.R.J.S.S., 177.

<sup>143</sup> Loi SSSS; art. 13.

suivant l'organisation des ressources des établissements<sup>144</sup> de même que les dispositions législatives et réglementaires.<sup>145</sup>

Pour le professeur Tôth, les conditions structurelles d'un établissement viennent limiter l'exigibilité des soins, qu'on songe au type d'établissement auquel un usager s'adresse, sa classe, sa capacité, le type de permis, ses équipements, son plan d'organisation, etc..<sup>146</sup> Toutes ces conditions ne sont cependant pas visibles pour l'usager qui se présente dans un établissement et même si ces renseignements étaient indiqués lors de l'entrée de l'usager, ceux-ci ne seraient peut-être pas significatifs pour un usager non initié au vocabulaire hospitalier et médical.

Par ailleurs, l'établissement doit rencontrer des normes prescrites par des organismes ou associations afin d'assurer à l'usager des soins de qualité répondant aux exigences reconnues dans ce domaine.<sup>147</sup> L'établissement

---

<sup>144</sup> F. Tôth, *Op. cit.*, note 35, p.344.

<sup>145</sup> Pour Renaud, Baudoin, Molinari, *op. cit.*, note 143, la prise en compte des dispositions réglementaires, en l'absence d'une définition de celle-ci, peut inclure non seulement les règlements du gouvernement mais aussi certaines mesures de régie interne adoptées par les établissements et possédant les caractéristiques des actes réglementaires. Voir également à ce sujet Lévesque c. Hôpital Laval, *op. cit.*, note 119.

<sup>146</sup> *Op. cit.*, note 35, p.344.

<sup>147</sup> C'est le cas notamment pour les centres hospitaliers qui adhèrent au programme du Conseil Canadien d'Agrément des établissements de santé. Il s'agit d'un organisme sans but lucratif qui vérifie l'application par les hôpitaux de normes de qualité reconnues sur le plan national. C'est le cas également des corporations professionnelles qui surveillent la pratique des professionnels en

a fondamentalement l'obligation de mettre en place et de maintenir des normes de soins reconnus. D'ailleurs, à ce titre, les médecins et professionnels de la santé sont appelés à exercer un rôle important dans l'application de la qualité des actes posés de même que dans l'organisation technique et scientifique de l'établissement.<sup>148</sup>

Le centre hospitalier est un entrepreneur de soins qui par la Loi ou par un contrat s'engage à fournir aux usagers des services hospitaliers comprenant des services professionnels.<sup>149</sup>

*«Hospitals be held liable for breaching the standard of care to which they must adhere as corporate health care institutions. If the cost containment strategies implemented by hospitals result in negligent or inadequate care, patient-plaintiffs will name hospitals as defendants in their negligence actions to the extent that a hospital employee or the*

---

milieu hospitalier.

<sup>148</sup> La Loi sur les services de santé et services sociaux suivant la formation d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un conseil des infirmières et infirmiers de même qu'un conseil multidisciplinaire à qui le législateur confie entre autres le mandat d'apprécier la qualité des actes posés, de faire des recommandations au conseil d'administration sur la distribution appropriée des soins et de donner avis sur l'organisation scientifique et technique du centre. Voir articles 213 à 230 de la Loi SSSS à ce sujet.

<sup>149</sup> Hôpital général de l'Amiante inc. c. Perron; (Op. cit., note 92.)

*hospital it self has not met the appropriate standard of care».*<sup>150</sup>

### 3.3 *La responsabilité des médecins et la diminution des ressources*

L'évaluation juridique de la pratique du médecin s'apprécie dans une large part par comparaison à la conduite du médecin diligent et compétent placé dans la même situation.<sup>151</sup> Le médecin bénéficie d'une certaine liberté professionnelle dans l'exercice de son art dans la mesure où cette pratique demeure dans les cadres d'une pratique reconnue.

*«De même, le médecin, dans sa relation contractuelle avec son patient, ne s'engage ni à le guérir, ni à le soulager, mais seulement à utiliser les meilleurs moyens qu'un homme de science normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances de fait, utiliserait pour parvenir à ce but ultime».*<sup>152</sup>

Les compressions budgétaires de même que les contrôles administratifs et financiers limitent la liberté du médecin dans sa pratique. Citons les nombreuses situations où le médecin doit limiter l'utilisation des

<sup>150</sup> Kryworuk, Butler, Otten, Potential legal liability in the Allocation of Scare Health care Resources; Health law in Canada, (vol. 95, 1994).

<sup>151</sup> Bernardot et Kouri; La responsabilité civile médicale, op cit., note 94, p.11 à 18. Voir également St-Hilaire V.S., (1966), C.S. 249, Côté v. Drolet, (1986), R.L., 236, C.A. 200-09-000283-835, (février 1986), Reibl v. Hugues, (1980), R.C.S. 880.

<sup>152</sup> Jean-Louis Baudoin; Les obligations, Éditions Yvon Blais, 1985.

ressources tels que les lits, les examens de laboratoire, de radiologie ou de médecine nucléaire, différents types de traitements coûteux, etc..

*«L'autonomie professionnelle du médecin, telle qu'elle a déjà existé, génère trop de coûts en termes de tests, examens, décisions d'hospitaliser.»<sup>153</sup>*

Il est évident que la diminution des dépenses dans le secteur de la santé exerce une pression sur la productivité de même que sur les règles de soins et l'utilisation des ressources. Les conséquences du virage ambulatoire fournissent de nombreux exemples notamment lorsqu'il s'agit de la durée de séjour des malades hospitalisés. Comment le médecin est appelé à agir dans de telles circonstances?

Dans l'affaire Wickline,<sup>154</sup> la Cour d'appel de la Californie se prononce en ces termes :

*«The physician who complies without protest with the limitations imposed by a third-party payee, when his medical judgment dictates otherwise, cannot avoid his*

---

<sup>153</sup> François Tôth; Op. cit., note 35, p.352.

<sup>154</sup> Wickline v. California, 228 Cal. Rptr. 661 (Ct. App. 1986). Dans cette affaire, un patient intente une action contre son médecin et son assureur alléguant que l'amputation de sa jambe est le résultat de son départ prématuré de l'hôpital; le médecin a répondu à une norme fixée par l'assureur selon laquelle la durée de séjour était atteinte. Selon l'évaluation clinique du médecin, le patient aurait dû séjourner huit jours de plus à l'hôpital.

*ultimate responsibility for his patient's care. He cannot point to the health care payes as the liability scapegoat when the consequences of his own determinative medical decisions go sour.»*

Le jugement du médecin selon la Cour d'appel de la Californie ne doit pas être influencé par les ressources limitées.

*«While we recognize, realistically, that cost conciousness has become a permanent feature of health care system, it is essential that cost limitation programms not be permitted to corrupt medical judgment.»<sup>155</sup>*

Une telle approche peut-elle être retenue par les tribunaux en droit québécois? Selon les dispositions législatives, le médecin oeuvrant en milieu hospitalier pratique d'un département clinique institué par le conseil d'administration à l'intérieur de son plan d'organisation.<sup>156</sup> Il appartient au chef de département d'élaborer des règles d'utilisation des ressources médicales ainsi que les ressources matérielles utilisées.<sup>157</sup> Ces règles balisent en quelque sorte la pratique médicale et par conséquent

---

<sup>155</sup> Ibid.

<sup>156</sup> Loi SSSS; art. 183. Le plan d'organisation de l'établissement indique de quel département ou service relèvent les actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques d'un programme clinique.

<sup>157</sup> Loi SSSS; art. 189.

limite l'autonomie des médecins en matière de choix sur les ressources susceptibles d'être utilisées.<sup>158</sup> Lorsque le chef de département néglige d'élaborer les règles d'utilisation des ressources, le directeur général peut alors demander au directeur des services professionnels de les élaborer.<sup>159</sup>

Dans un contexte de rareté des ressources ces règles d'utilisation prennent une grande importance puisqu'elles peuvent représenter, dans la mesure où elles respectent toutes les dispositions légales, une norme de pratique auquel les membres du département clinique doivent se soumettre.<sup>160</sup>

La réduction des ressources invite les médecins à changer leur mode de pratique tout en continuant à faire de la bonne médecine. Cependant, il ne faudrait pas que cette situation augmente les risques d'accidents, d'erreurs ou de fautes médicales. Le centre hospitalier sera-t-il appelé dorénavant à répondre des conséquences des restrictions budgétaires imposées aux médecins? Pour le professeur Tôth, il faut partager le fardeau de la

---

<sup>158</sup> Hôpital Laval c. Samson; 1992, R.J.Q., 2438, (C.A. Québec).

<sup>159</sup> Loi SSSS; art. 189, dernier alinéa.

<sup>160</sup> Lévesque c. Hôpital Laval; Op. cit., note 119.

responsabilité civile pouvant découler du manque de ressources autant aux hôpitaux qu'aux médecins.

*«Ou alors, on permet au médecin de s'exonérer quand il pourra faire la preuve que le dommage résulte clairement d'un manque de ressources. Il s'agirait du fait d'un tiers dont il ne répond pas.»<sup>161</sup>*

---

<sup>161</sup> François Tôth; Op. cit., note 35, p.354.

## *CONCLUSION*

Nous avons dans cet essai tracé l'évolution des interventions de l'État dans le financement du système de santé québécois. Les interventions de l'état se caractérisent non seulement par le financement des services mais aussi et davantage par la mise en place d'un système de santé donnant droit aux citoyens et citoyennes du Québec de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social. Il est difficile d'imaginer quelle serait la qualité d'un tel système de santé sans la présence de l'État qui a cet égard se manifeste par un ensemble de dispositions législatives dans ce secteur d'activité.

La place de l'état dans le processus d'allocation des ressources et des contrôles exercés sur leur utilisation est déterminante notamment dans un contexte où les dépenses publiques sont réduites. Analysé exclusivement sous l'aspect du financement des services de santé, l'autonomie des établissements apparaît relative lorsqu'on y ajoute les nombreux contrôles qui visent non seulement la gestion financière par les établissements mais également les plans d'organisation de services.

La réforme amorcée depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en 1991 s'est traduite notamment par la mise en place d'une structure régionale qui s'est vue confier un mandat stratégique dans le processus d'allocation, de

coordination et de contrôle des ressources. C'est principalement à ce chapitre que l'autonomie des établissements se voit limitée progressivement. L'organisation régionale des services repose sur l'autonomie des régions plutôt que sur celle des établissements qui les composent.

L'établissement demeure toutefois le premier responsable quant à la prestation des services aux usagers et son rôle n'est pas fondamentalement modifiée.

Cependant, la diminution des ressources constitue une menace à la fois pour les services dispensés et la qualité de ceux-ci. Le difficile équilibre entre les besoins des usagers et les ressources disponibles impose aux établissements et aux professionnels de nouvelles façons de faire et par voie de conséquence, change les normes qui, jusqu'à maintenant façonnaient un modèle de soins et services dit adéquat et répondant aux besoins de la population.

Le processus d'allocation des ressources nous amène dans un contexte de compression budgétaire, à revoir l'économie du droit de la santé.

- Will traditional concepts of medical negligence be re-worked?

- Will new legal standards evolve to accommodate the emerging tension between patient need and financial constraints?<sup>162</sup>

---

<sup>162</sup>

Questions soulevées par Kryworuk, Butler et Otten dans l'article; Potential legal liability in the Allocation of Scare Health care Resources, Op. cit., note 150.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Législation**

Charte des droits et libertés de la personne du Québec, L.R.Q., c.C-12.

Loi d'assistance publique, S.Q. 1921 c.79, c.187.

Loi des hôpitaux, S.Q. 1962, c.44.

Loi des hôpitaux privés, S.R. 1941, c.192.

Loi et règlements de l'hygiène publique, S.R. 1941, c.183.

Loi de l'Assurance-hospitalisation, S.Q. 1961, c.78.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.Q. 1977, c.S-5.

Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, L.Q. 1991, c.42.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, R.R.Q., S-5.

Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec établi par C.T. 148183, 10 janvier 1984.

### **Jurisprudence**

Crawford c. CHUS et al. (1982) C.A.M. 500-09-001330-802.

Centre hospitalier juif de l'Espérance c. Procureur général du Québec, C.A., Québec 500-09-006344-921, 2 août 1996.

C.H. Robert-Giffard c. Georges (1984) C.A. 200-09-000141-819.

Claude Vanier et al. C. Marc-Yvan Côté (1991) R.J.Q., 1083, 1091, C.S. Montréal.

Côté v. Drolet (1986) R.L. 236, C.A.

Coulombe c. Hôtel-Dieu de Montréal (1973) C.A. 856.

Hôpital général de la région de l'Amiante Inc. C. Perron (1979) C.A.567.

Jasmin c. Cité de la santé Laval (1990) R.J.Q., 502 C.S. Montréal.

Lapointe v. Hôpital Le Gardeur (1989) R.J.Q., 2619 C.A.

Lévesque c. Hôpital Laval C.A.S., 110-705-90, février 1994.

Mellen v. Nelligan et St-Mary's Hospital (1952) C.S. 446,448.  
Perreault c Régie régionale de Montréal Centre (1996) no. 500-05-013616-966 C.S.  
Poirier c Hôpital du Haut-Richelieu (1982) C.S. 511.  
P.G. c. Corriveau (1988) C.A., Québec, 200-09-000406-865.  
Richard v. Hôtel-Dieu de Québec et Houde (1975) C.S. 223.  
R.c. St-Germain, cour des sessions (1974) Montréal 73-142.  
Reibl v Hugues (1980) R.C.S. 880.  
St-Germain c. R. (1976) C.A. 185.  
St-Hilaire v .S (1996) C.S. 249.  
Vancouver General Hospital c. Hoffmann (1990) R.C.S. 483.  
Wickline v. California 228 Cal. Rptr. 661 (1986).

**Monographies et recueils**

Bernardot, A. et Kouri, R.P., La responsabilité civile médicale, Editions revue de droit de l'université de Sherbrooke, 1980.  
Dussault, R., Traité de droit administratif, P.U.L. 1986.  
Garant, P., Droit administratif, 3<sup>ième</sup> édition, les Editions Yvon Blais inc. 1991.  
Lajoie, A. Molinari, P.A., Auby, J.M., Traité de droit de la santé et des services sociaux, P.U.M., 1981.  
Renaud, Y. Baudoin, J.L. Molinari, P.A., Services de santé et services sociaux, Collection Lois et règlements JUDICO. 1993-1994.

**Rapports et documents divers**

Québec, Assemblée nationale, Les finances publiques du Québec, 19 janvier 1993.

Québec, Les Publications du Québec, Fiscalité et financement des services publics, 1996.

Québec, Ministère de la santé et services sociaux, Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation, octobre 1996.

Québec, Ministère de la santé et les services sociaux, Une réforme axée sur le citoyen, décembre 1990.

Québec, Gouvernement du Québec, Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Décembre 1987, Tome II, volume IV.

Québec, Gouvernement du Québec, Les finances publiques du Québec, vivre selon ses moyens, 1993.

Québec, Gouvernement du Québec, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970.

**Articles de revues**

Bernardot, Kouri; La responsabilité civile médicale, R.D.U.S., 1980.

Boucher, R. et als.; La responsabilité hospitalière, C de D. 1974.

Kryworuk, Butler, Otten; Potential legal liability in the Allocation of Scare Health care Resources, Health law in Canada, vol. 95, 1994.

Lajoie, Molinari, Baudoin; Le droit aux services de santé: légal ou contractuel? R.B, Tome 43, no.3, mai-juin 1983.

Tôth, F.; Contrat hospitalier moderne et ressources limitées : Conséquences sur la responsabilité civile. R.D.U.S., vol.20, no.2, 1990.