



aqesss

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

**POUR UNE GOUVERNANCE LOCALE
INTÉGRÉE, EFFICIENTE, MODERNE,
RESPONSABLE ET IMPUTABLE**

Adopté par le conseil d'administration
de l'AQESSS le 27 mars 2009

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
Les établissements et leur CA	3
Préoccupation de l'AQESSS vis-à-vis de la gouvernance	4
PREMIÈRE PARTIE - Travaux d'analyse de l'AQESSS	5
1. D'abord une définition de la gouvernance	5
2. Les trois niveaux de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux	5
3. Les responsabilités du conseil d'administration de l'établissement ⁶	5
4. L'encadrement	7
5. Analyse comparative de cinq rapports publiés depuis 1996 touchant la gouvernance	8
6. Réflexions de l'AQESSS pour l'élaboration du plan stratégique 2010-2015 du MSSS	10
7. Une vaste consultation auprès des administrateurs des établissements membres de l'AQESSS : le plus grand sondage jamais réalisé	11
8. La modernisation de la gouvernance dans les sociétés d'État et les organismes gouvernementaux : une loi et deux projets de loi	12
9. Définition des concepts	13
DEUXIÈME PARTIE - Une gouvernance pour mieux desservir la population	15
LES RECOMMANDATIONS	18
POUR LES RESPONSABILITÉS GLOBALES ET AUTRES	18
POUR LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION ET DU MODE DE NOMINATION	19
POUR LES RESPONSABILITÉS DU PRÉSIDENT	20
POUR LE MANDAT, LES ÉLECTIONS ET LES SÉANCES	20
ANNEXE – Notes de bas de page	21

Document d'orientation

Pour une modernisation de la gouvernance

Ce document d'orientation est le fruit du travail effectué depuis 2005 par l'AQESSS auprès des administrateurs de ses établissements membres pour leur permettre d'exercer une gouvernance, moderne, responsable et à valeur ajoutée. Il résulte de l'analyse de nombreux rapports et études publiés sur la gouvernance depuis quelques années et fait suite à un des plus importants sondages jamais réalisé auprès de 1 650 administrateurs du réseau.

Les recommandations contenues dans ce document sont discutées avec les gestionnaires et les administrateurs de nos établissements membres lors de la tournée que nous effectuons en ce moment dans les régions du Québec. Elles constituent la position que l'AQESSS mettra de l'avant au cours de ses représentations sur la révision de la gouvernance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Nous remercions les membres du Comité sur la gouvernance de l'AQESSS qui ont réalisé l'ensemble des travaux qui ont conduit à la rédaction de ce document. Leurs réflexions et leur implication ont permis la production d'un ouvrage qui reflète les préoccupations et la volonté des membres de l'Association, en faveur d'une gouvernance souple, permettant une adaptation à la diversité et aux particularités des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

INTRODUCTION

Les établissements et leur CA

Les 135 établissements membres de l'AQESSS gèrent plus de 10 milliards de dollars de fonds publics et emploient près de 200 000 personnes. De façon plus spécifique, les budgets des établissements varient de 3 à 615 millions de dollars et le personnel oscille entre 100 et 9 500 employés. La population à desservir varie de 5 000 à 360 000 habitants selon les territoires. Si nous ajoutons à ces chiffres la situation géographique des milieux (urbain, semi-urbain, rural, régions éloignées), l'étendue des territoires, la ou les missions des établissements (CH, CHSLD, CLSC, mission académique et de recherche) et, enfin, les vocations régionales et suprarégionales, force est de constater qu'il y a une grande diversité parmi nos membres, ce qui ajoute à la complexité de la gouvernance. Il nous apparaît donc nécessaire de dire que ces distinctions doivent être prises en compte par les instances ministérielles au moment de la modernisation de la gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Préoccupation de l'AQESSS vis-à-vis de la gouvernance

L'AQESSS est depuis plusieurs années préoccupée par le dossier de la gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux. D'ailleurs, dès sa création en 2005, le conseil d'administration mettait en place un comité de travail sur la gouvernance. Profitant du contexte politique favorable, dont le chantier sur la décentralisation du MSSS et la modernisation des sociétés d'État et des organismes gouvernementaux, le CA de l'AQESSS adoptait, en juin 2008, le plan de travail proposé par le comité sur la gouvernance dont l'objectif visait l'élaboration d'une proposition associative au regard d'une gouvernance renouvelée.

Cette décision arrivait bien à propos et s'inscrivait tout à fait dans les préoccupations de l'heure puisque, le 28 octobre 2008, le projet de loi 88 modifiant la gouvernance des commissions scolaires était adopté par l'Assemblée nationale. De plus, le 30 octobre 2008, la ministre Courchesne déposait deux autres projets de loi, un premier au regard de la gouvernance dans les universités du Québec et un deuxième sur le même sujet dans les cégeps. Enfin, le MSSS prévoit déposer un projet de loi concernant notre secteur à l'automne 2009.

Le présent document se divise en deux grandes parties. La première reprend l'analyse de nombreux travaux sur le sujet afin de bien identifier les différents constats dégagés. La seconde campe d'abord les principes et les valeurs véhiculées par l'AQESSS et qui ont servi de toile de fond pendant sa réflexion et, enfin, les recommandations pour une gouvernance adaptée au réseau de la santé et des services sociaux, et qui soit responsable et imputable.

PREMIÈRE PARTIE - Travaux d'analyse de l'AQESSS

1. D'abord une définition de la gouvernance

Nous n'avons trouvé aucune définition explicite de la gouvernance dans la législation. Aussi, à partir de la définition émise dans le document d'orientation pour les conseils d'administration publié par l'AQESSS en 2006¹ et d'une revue de littérature², l'AQESSS propose une définition assez complète du concept de gouvernance, reprise d'ailleurs à l'occasion des ateliers de formation « Vers une gouvernance créatrice de valeurs », offerte aux administrateurs :

« En harmonie avec la mission de l'organisation, la gouvernance englobe les valeurs, les règles et l'ensemble des procédés structurels et culturels du CA qui façonnent, indépendamment de la direction, les capacités de pilotage stratégique, de surveillance effective et de communication franche des administrateurs d'un conseil d'administration pour assurer la qualité et l'optimisation des services de santé et des services sociaux en réponse aux besoins de la population³. »

2. Les trois niveaux de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux

Une gouvernance et des responsabilités à trois paliers

L'établissement public fait partie du réseau sociosanitaire québécois et sa gouvernance se situe dans un contexte de délégation de pouvoirs et de responsabilités. Le principe de subsidiarité est bien présent et ne peut donc être nié.

Les responsabilités des différents paliers de gouvernance du réseau

- ***Le palier central*** – MSSS. Les responsabilités sont en rapport avec les grandes orientations du système et son évaluation, les priorités nationales, les objectifs et résultats attendus, les missions des établissements, l'allocation des ressources et les principaux moyens et éléments de reddition de comptes⁴.
- ***Le palier régional*** – agences. Pour leur part, les agences ont pour responsabilités la stratégie, la planification, l'organisation et la coordination de la prestation des services par les établissements de la région et procèdent à l'affectation des ressources. Elles assurent aussi une cohérence d'action intrarégionale et une complémentarité interrégionale⁵.
- ***Le palier local*** – établissements. Les établissements ont pour responsabilités de voir à l'organisation et à la prestation de soins et services.

3. Les responsabilités du conseil d'administration de l'établissement⁶

Plus spécifiquement, les responsabilités des établissements (*palier local*) sont :

- *établir* les priorités et les orientations de tout établissement qu'il administre et voir à leur respect;
- *répondre* aux besoins des individus, des familles et des groupes dans les domaines physique, psychique et social en tenant compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles et socio-économiques des usagers ainsi que des ressources humaines,

matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement et tout en étant conforme au plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé par l'agence;

- *être responsable* envers la population et redevable envers les agences et le MSSS;
- *administrer* les affaires de l'établissement, s'assurer que les soins et les services sont de qualité, offerts de façon continue, personnalisés, sécuritaires, en temps opportun, sans discrimination, respectueux des droits des personnes et des usagers et de leurs besoins spirituels;
- *tenir* au moins une fois par année une séance publique d'information et faire participer la population;
- *s'assurer* du traitement diligent des plaintes, de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles, de la participation, de la motivation, de la valorisation du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
- *nommer* le directeur général, le commissaire local aux plaintes et à la qualité, les médecins, dentistes et pharmaciens et leur attribuer un statut, des privilèges et des obligations selon le cas, le médecin examinateur, le comité de révision, les cadres supérieurs, le directeur des services professionnels; la directrice des soins infirmiers; la responsable des sages-femmes, les chefs de départements, le vérificateur;
- *conclure* les contrats de services;
- *allouer* les ressources financières à chacun des établissements qu'il administre et déterminer la partie de ces ressources financières qui doit être réservée au paiement des ressources de type familial et des ressources intermédiaires qui sont rattachées à ces établissements;
- *créer* les comités exigés;
- *adopter* un code d'éthique visant les administrateurs et un autre pour les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés;
- *spécifiques aux CSSS* : le RLS n'est pas une personne morale, c'est un mécanisme de coordination d'un ensemble d'intervenants sur un territoire donné⁷. Le CSSS assume la responsabilité de coordonner les services offerts à la population par les intervenants d'un RLS; d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire dont ils ont la responsabilité; de coordonner les services requis par la population⁸; de définir un projet clinique⁹ et organisationnel pour le territoire¹⁰.
- *spécifiques aux établissements membres d'un RUIS¹¹* : le RUIS n'est pas une personne morale, c'est un mécanisme de coordination des établissements de santé à vocation universitaire dans le but de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche¹². Chaque établissement membre d'un réseau universitaire intégré de santé a des responsabilités spécifiques¹³.
- *la responsabilité populationnelle* : le MSSS définit ainsi la responsabilité populationnelle :
« Les intervenants offrant des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population en rendant accessible un ensemble de services, le plus complet possible, et à favoriser la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population¹⁴. »

Lors du congrès de l'AQESSS en 2006, Jean-Louis Denis, de la chaire GETOS de l'Université de Montréal, présentait les deux mandats de la responsabilité populationnelle :

- *Le mandat d'intégration des soins et des services* : amélioration de l'accès à des soins et des services complets, continus et globaux.
- *Le mandat d'amélioration de la santé de la population* : action sur les déterminants de la santé pour réduire les risques, l'incidence et la prévalence des problèmes de santé dans une population (adapté de Denis, Contandriopoulos, Dubois, Pomey-2005, Lamothe & Breton-2006, Rochon-2005).

Les devoirs des administrateurs

Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'ils administrent et de la population desservie. L'administrateur est responsable avec les coadministrateurs des décisions du CA. Un administrateur n'est pas à l'abri d'une éventuelle poursuite dans le cadre des fonctions au sein des établissements. Responsable solidairement, il pourrait même être poursuivi pour une action du fait d'autrui. LSSSS (art. 150 et suivants), Code civil du Québec (article 309 et suivants).

4. L'encadrement

L'encadrement général des établissements

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux œuvrent dans un milieu fort complexe, lourdement encadré et réglementé. En plus des demandes ponctuelles de l'agence et du MSSS, les établissements sont soumis à un grand nombre d'obligations et de contrôles, dont voici les principaux :

- la LSSSS compte 622 articles
- 46 règlements
- 25 décrets
- les conventions collectives et les différentes lois du travail et lois d'application universelle
- le rapport annuel des établissements dont la section financière compte 300 pages, la section statistique 43 pages, 9 parties subdivisées en 91 sections
- l'entente de gestion et d'imputabilité¹⁵
- les politiques, les directives, les circulaires, les normes et pratiques de gestion, les procédures
- les cadres de référence
- les plans d'accès aux services
- les plans d'action pour les services ou les clientèles
- les plans stratégiques
- les lignes directrices
- les orientations ministérielles
- les ententes avec les omnipraticiens, dont 460 ententes particulières et 132 accords
- les ententes avec les spécialistes, dont 209 lettres d'entente, 46 pages de lettres d'intention, 83 annexes et 31 protocoles d'accord

- près de 80 organismes ou acteurs internes et externes chargés d'évaluer la qualité et la sécurité à l'intérieur des établissements¹⁶
- l'accréditation obligatoire pour tous les établissements, par un organisme d'agrément reconnu

L'encadrement du conseil d'administration d'un établissement

Les obligations, responsabilités et mandats du conseil d'administration d'un établissement sont prévus par la législation (LSSSS) et la réglementation. Voici les principaux éléments prévus :

- la mission d'un établissement
- le plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique
- les pouvoirs
- les sujets à adopter par règlements du CA¹⁷
- les responsabilités et les devoirs
- la formation du CA, sa composition, la durée des mandats, les modalités de fonctionnement : les officiers, les séances publiques, la séance d'information publique et les renseignements à fournir à la population, les modes d'information et de consultation de la population pour les CSSS, le huis-clos, le nombre de séances, la période de questions, le remboursement des dépenses, les documents et archives
- les comités¹⁸ et leurs fonctions
- les mécanismes de reddition de comptes et d'imputabilité (contenu des ententes de gestion et d'imputabilité, organismes de surveillance, etc.)
- le contenu du code d'éthique applicable aux administrateurs
- la procédure pour l'élection et la nomination des membres des CA
- l'organisation et l'administration de l'établissement
- la détermination de l'offre de services¹⁹
- les modalités quant à l'ouverture du poste de directeur général, la composition du comité de sélection, sa nomination, ses obligations et responsabilités, sa destitution, la durée de son mandat, l'exclusivité de ses fonctions, sa rémunération
- la forme et le contenu du rapport d'activités
- le nombre de séances publiques d'information et le type d'information à transmettre

5. Analyse comparative de cinq rapports publiés depuis 1996 touchant la gouvernance

L'AQESSS a analysé cinq rapports émis depuis 1996 : le rapport Deschênes en 1996, le rapport Clair en 2001, le rapport du vérificateur général du Québec en 2007, le rapport de l'IGOPP en 2008 et le rapport Castonguay en 2008.

De tous ces rapports publiés au cours des dernières années et des diverses réformes mises en place, nous pouvons dégager deux constantes :

1. la centralisation et la réglementation s'amplifient;
2. la confusion croît dans le partage des responsabilités entre les trois paliers du système.

Les grands constats de ces rapports en matière de gouvernance :

- Il existe une culture de gouvernance centralisée, axée sur la réglementation et les contrôles budgétaires, qui impose aux gestionnaires un cadre rigide et détaillé, et qui favorise l'inefficacité et défavorise l'initiative. (Rapport du groupe de travail Castonguay 2008). L'accent sur les résultats, la décentralisation et l'imputabilité est la seule voie pour accroître l'efficacité, et ces éléments ne peuvent se concrétiser que si l'on procède à une large déréglementation. (Deschênes 1996). Un véritable changement de culture de gouvernance s'impose (Castonguay 2008).
- Il y a confusion, chevauchement et dédoublement des responsabilités entre les trois paliers de l'organisation sociosanitaire, malgré des textes législatifs clairs. Le MSSS et les agences sont engagés dans la micro-gestion. Les conseils d'administration n'occupent pas pleinement la place qui leur revient. Les instances locales se sentent dépossédées de pouvoir et de contrôle sur leur environnement immédiat. (Clair 2001, Vérificateur général du Québec 2007, IGOPP 2008, Castonguay 2008).

Citons également les constats d'une **analyse comparée de la gouvernance des systèmes de santé dans 18 pays de l'OCDE**.

Le Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) a procédé à une analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé dans 18 pays de l'OCDE. Les auteurs arrivent aux constats suivants sur le système au Québec²⁰ :

« *Les mécanismes de gouvernance en place n'incitent pas à la productivité :*

- *Le système de santé du Québec est fortement centralisé. Le MSSS définit les objectifs, les stratégies et évalue la performance des établissements en fonction de l'atteinte des objectifs.*
- *Les indicateurs de performance ne sont pas liés aux besoins de santé de la population mais à l'activité des organisations.*
- *Il n'y a pas d'évaluation des stratégies gouvernementales.*
- *L'information sur les coûts est déficiente.*
- *Les incitatifs économiques découragent les prestataires à améliorer leurs pratiques en fonction des évidences.*
- *Les gestionnaires ne peuvent être tenus imputables de ce qu'ils ne contrôlent pas. »*

Les grandes recommandations de ces rapports

- Les établissements doivent bénéficier d'un large degré d'autonomie et, en contrepartie, ils seront pleinement responsables de leur gestion. (Castonguay, février 2008.) Il faut renforcer la responsabilité et l'imputabilité des dirigeants des établissements pour amener une meilleure utilisation des ressources. (Clair 2001, IGOPP 2008.) Les CA doivent renforcer leurs actions pour accroître leur influence sur la performance de leur organisation. (Vérificateur général 2007).
- La taille, la composition, le mode de désignation ainsi que la rémunération doivent être revus. (Clair 2001, IGOPP 2008, Castonguay 2008). Les membres des CA doivent être indépendants et assurer l'engagement nécessaire. Collectivement, ils doivent posséder les caractéristiques et les compétences requises pour assumer leurs fonctions. (Clair 2001, Vérificateur général 2007, IGOPP 2008, Castonguay 2008).

6. Réflexions de l'AQESSS pour l'élaboration du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

En octobre 2008, le CA de l'AQESSS adoptait un document portant sur les réflexions de l'Association au regard de la planification stratégique 2010-2015 du MSSS.

Voici quelques extraits de ce document qui traitent plus spécifiquement sur la gouvernance.

Sur le rôle du conseil d'administration

« Les articles 170, 171 et 172 de la LSSSS sont clairs quant au rôle attendu et aux responsabilités des CA. En ce sens, le MSSS et les agences régionales devraient d'abord respecter le rôle du CA prévu à la loi et faire en sorte de soutenir les établissements en évitant de « tomber » dans la micro-gestion d'une part et en leur accordant les marges de manœuvre nécessaires. »

Sur la confiance en la gouverne

« Compte tenu des rapports et des recommandations de certaines commissions ou du vérificateur général, le MSSS devrait prévoir dans son prochain plan stratégique un examen des règles de gouvernance actuelle. Pour bâtir cette confiance entre nous, il faut s'assurer que le conseil d'administration ait toutes les compétences pour prendre les meilleures décisions. Sans présumer que le fonctionnement actuel n'est pas optimal, il y a lieu de se questionner sur le nombre de membres requis dans un conseil d'administration, sur leur provenance, sur leurs compétences, sur le mode de désignation ou d'élection et sur la possibilité de les rémunérer. »

Sur la marge de manœuvre nécessaire

« Le MSSS doit s'assurer que les agences régionales d'une part et les établissements d'autre part aient les marges nécessaires pour définir leurs propres priorités en fonction de leur projet clinique et des besoins de leur population. Le MSSS doit simplifier le plus possible les règles du jeu pour que son intervention soit « aidante » plutôt qu'un frein à l'initiative locale ou régionale, et ce, à tous les niveaux : organisation des services, ressources financières, matérielles, etc. En ce sens, nous croyons que la réglementation actuelle doit être diminuée. »

Sur une nouvelle culture à implanter

« Nous tenons finalement à réitérer les recommandations du groupe de travail dirigé par Claude Castonguay concernant notamment la nécessité :

- Que la mission du MSSS soit recentrée sur l'établissement de la politique et des objectifs de santé, l'établissement de standards nationaux, et que le ministère de la Santé et des Services sociaux se désengage de la production des soins proprement dite;*
- Que les agences régionales aient pour mission de traduire la politique et les priorités nationales en stratégies d'implantation sur leurs territoires;*
- Que les CSSS et les autres établissements bénéficient d'un large degré d'autonomie et des moyens d'assumer leurs responsabilités, et qu'en contrepartie ils soient pleinement responsables de leur gestion.*

Considérant les responsabilités des établissements telles qu'elles sont définies par la Loi, il importe de reconnaître l'autonomie de ces derniers afin qu'ils puissent développer et innover selon les besoins des personnes qu'ils desservent. Chacun des établissements doit bénéficier de la latitude et de l'autonomie nécessaires pour adapter son offre de service. Il doit être en mesure de déterminer les moyens d'atteindre des cibles tant dans les services cliniques qu'administratifs. Il doit pouvoir développer des modèles distinctifs d'organisation et de

distribution des services. Il doit également, tout en respectant les orientations ministérielles, pouvoir donner une place privilégiée aux priorités locales. »

7. Une vaste consultation auprès des administrateurs des établissements membres de l'AQESSS : le plus grand sondage jamais réalisé

Désireuse de connaître les pratiques de gouvernance des conseils d'administration des établissements membres et leur perception des enjeux actuels, l'AQESSS a récemment procédé à un sondage d'envergure auprès de l'ensemble des administrateurs. L'AQESSS considère que les tendances dégagées sont représentatives puisque 1 650 administrateurs d'établissements publics membres de l'AQESSS, soit plus de 61 % de l'ensemble des administrateurs, ont accepté de participer au sondage. De ce nombre, 1 263 ont rempli et retourné le questionnaire pour un taux de participation de 76,5 %. Les 1 263 administrateurs répondants proviennent de 106 établissements différents, ce qui représente 78,5 % des établissements membres. Toutes les catégories d'établissements (CSSS, CHU, CHA, CH, IGU, CHSLD) sont représentées ainsi que toutes les régions administratives, à l'exception des régions 17 et 18.

Les tendances dégagées

- Il existe actuellement une vision cohérente entre tous les acteurs quant à la finalité et aux grandes orientations du système de santé québécois.
- Il existe présentement une culture de centralisation au sein du système de santé québécois.
- Il existe une confusion dans le partage des rôles et des responsabilités entre le MSSS, les agences et les établissements ainsi qu'une duplication des interventions. Cette confusion provient non seulement des lois et règlements en vigueur, mais surtout des politiques et directives ainsi que des attitudes et comportements.
- Les administrateurs considèrent que les établissements n'ont pas suffisamment d'autonomie, de pouvoirs, de moyens et de contrôle sur leur environnement immédiat pour être en mesure d'assumer pleinement leurs responsabilités.
- Les administrateurs désirent être davantage impliqués dans un réel processus de négociation de l'entente de gestion et d'imputabilité avec l'agence.
- Les administrateurs estiment qu'en moyenne douze personnes devraient siéger sur les CA. Ils demandent une plus grande latitude dans la détermination de leur nombre et de leur provenance en fonction de l'environnement dans lequel l'établissement évolue.
- Pour les administrateurs, le processus de désignation des administrateurs doit reposer en premier lieu sur la compétence des individus, et il appartient au CA de déterminer le profil de compétences approprié.
- Il devrait y avoir un système d'alternance dans le processus de désignation des administrateurs afin d'assurer une continuité.
- Il devrait y avoir une certaine limitation dans le nombre de renouvellements de mandats.
- La LSSSS crée suffisamment de comités actuellement et les comités du CA doivent être composés d'une majorité de membres indépendants.
- Les administrateurs sont favorables à recevoir une certaine compensation pour leur travail d'administrateur et particulièrement pour le président du CA.

- Les conseils d'administration des établissements doivent être maintenus en leur donnant les moyens et l'autonomie nécessaires pour assumer pleinement leurs responsabilités.
- Les administrateurs, malgré les embûches, se sentent valorisés, sont motivés et sont fiers de ce qu'ils accomplissent.

8. La modernisation de la gouvernance dans les sociétés d'État et les organismes gouvernementaux : une loi et deux projets de loi

Depuis 2006, le gouvernement du Québec s'est engagé dans un processus de modernisation de la gouvernance des sociétés d'État et des organismes gouvernementaux. Plusieurs extraits de l'énoncé de politique confirment qu'aux yeux du gouvernement la modernisation de la gouvernance passe par un conseil d'administration plus compétent, mieux outillé et disposant d'une autorité bien définie.

Le premier ministre Jean Charest s'exprimait ainsi : « *Pour la première fois, un gouvernement dépeint des objectifs et des moyens visant à moderniser le mode de gouvernance de différentes sociétés d'État et d'organismes gouvernementaux placés sous la responsabilité d'un CA. À partir des lignes directrices très claires, le gouvernement s'engage donc dans une application graduelle et adaptée des principes retenus²¹* ». M. Charest ne privilégiait pas d'application mur à mur de cette politique mais plutôt une application progressive, modulée en fonction des particularités de l'organisme et profiterait de la révision des différentes législations pour marquer des changements. Selon lui, il n'y a pas de recette magique; seule la combinaison de plusieurs gestes d'imputabilité empruntés des différents modèles permettra d'évoluer. Il poursuivait ainsi :

« Le gouvernement est convaincu que la clef d'une modernisation de la gouvernance des sociétés d'État réside dans une imputabilité renforcée. L'axe central de la modernisation de la gouvernance des sociétés d'État est le renforcement de l'autorité du conseil d'administration. Il revient au conseil d'administration de s'assurer que la gestion de l'entreprise est performante et qu'elle répond aux critères de transparence, d'intégrité et de responsabilité. Une bonne gouvernance passe par un conseil d'administration renforcé, pleinement en mesure d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées. » Extrait de l'énoncé de politique, *Moderniser la gouvernance des sociétés d'États*, 2006.

En suivi de l'énoncé de politique, la Loi sur la modernisation de la gouvernance a été adoptée en 2006. Des modifications ont été apportées en 2008 à la Loi sur l'instruction publique visant la gouvernance des commissions scolaires et deux projets de loi (107 et 110) ont été déposés à l'automne 2008 au regard de la gouvernance des universités du Québec et des collèges d'enseignement général et professionnel.

En comparant la LGSE et les deux autres projets de loi, force est de constater que le gouvernement est résolument engagé dans une plus grande **décentralisation, confiance, autonomie, souplesse et imputabilité** envers les conseils d'administration. Tout en modernisant les textes de loi conformément à son énoncé de politique, le gouvernement insiste sur les fonctions de **pilotage stratégique** d'un CA, la **parité hommes-femmes**, l'**indépendance** (définition claire), la **compétence** (diversité des profils), la **rémunération**, les programmes d'**accueil** et la **formation** continue des administrateurs.

Plus spécifiquement :

- Il limite le mandat d'un comité exécutif, instaure trois comités obligatoires : un comité de gouvernance et d'éthique, un comité de vérification lui attribuant en plus la gestion des risques et un comité des ressources humaines dont le président et les autres membres doivent répondre à la définition d'indépendance.
- Il prohibe le cumul des fonctions de président du conseil et de celle de directeur général et confère au président du conseil la responsabilité d'évaluer la performance des autres membres du CA et celle du directeur général, la responsabilité du bon fonctionnement des comités et la reddition de comptes auprès du ministre.
- Il limite le renouvellement du mandat du président et celui des administrateurs à deux fois.
- Il appartient strictement au conseil d'administration de nommer le directeur général.
- Le directeur général se voit confier la responsabilité de s'assurer que le CA dispose des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions et de celles de ses comités.
- Le rapport annuel des activités est transmis au ministre et doit notamment contenir les résultats obtenus en regard des objectifs fixés dans le plan stratégique et être accompagné des conclusions et recommandations du rapport présenté par chacun des trois comités obligatoires.
- Au chapitre de la transparence, il est prévu que certaines informations doivent être rendues publiques sur le site Internet de l'organisation.
- Le ministre, après consultation des présidents des conseils d'administration, établit des indicateurs généraux qualitatifs et quantitatifs et leurs définitions communes à utiliser dans le cadre de la reddition de comptes.

9. Définition des concepts

La gouvernance

L'AQESSS reprend ici le concept de gouvernance, tel que précédemment mentionné dans ce document :

« En harmonie avec la mission de l'organisation, la gouvernance englobe les valeurs, les règles et l'ensemble des procédés structurels et culturels du CA qui façonnent, indépendamment de la direction, les capacités de pilotage stratégique, de surveillance effective et de communication franche des administrateurs d'un conseil d'administration pour assurer la qualité et l'optimisation des services de santé et des services sociaux en réponse aux besoins de la population²². »

La subsidiarité

L'AQESSS a analysé plusieurs définitions du concept de subsidiarité²³ et endosse celle du professeur Bernard Brault²⁴ :

« L'autorité supérieure a non seulement un devoir de protection de l'autorité inférieure, mais elle a aussi l'obligation d'intervenir à l'intérieur de ses champs de responsabilité, le cas échéant.

Nonobstant ce qui précède, une autorité supérieure n'interviendra que lorsqu'une autorité située à un niveau hiérarchique inférieur aura révélé son incapacité d'agir à l'intérieur de son champ de compétence. »

Le conseil d'administration

À partir de différentes sources autorisées, l'AQESSS adopte la définition suivante :

« Le conseil d'administration est une instance de décision, responsable de la direction des affaires de l'établissement, composée de personnes dûment désignées, chargées de fonctions consultatives, délibératives, administratives, juridictionnelles dans le cadre de la mission de l'établissement. »

DEUXIÈME PARTIE - Une gouvernance pour mieux desservir la population

Pour une gouvernance locale intégrée, efficiente, moderne, adaptée aux établissements, responsable et imputable

La réforme de 2005 a élargi considérablement les responsabilités et l'imputabilité des établissements. L'introduction de la responsabilité populationnelle aux différents acteurs du réseau, la responsabilité d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire, la création de RLS (chapeauté par un CSSS) et des RUIS conduisent indéniablement à une logique ascendante où les acteurs locaux ont le pouvoir de déterminer localement les problèmes prioritaires et les stratégies d'action appropriées selon leurs réalités. Dans son document : *Les administrateurs des établissements : les acteurs clés de la gouvernance du système sociosanitaire québécois* (ÉNAP et MSSS, 2007), le MSSS indique à la page dix que ce sont les administrateurs locaux qui déterminent la meilleure façon d'atteindre les objectifs pour desservir la population :

« Ce sont eux qui connaissent le milieu, les besoins, les caractéristiques de la population. »

Malgré ces changements importants, force est de constater que la gouvernance n'a pas été revue dans le même sens. En 2006, le gouvernement Charest entreprenait la modernisation des sociétés d'États et des organismes publics. L'énoncé de politique précisait :

« Dans le secteur public comme dans le secteur privé, l'établissement de relations durables et profitables pour tous suppose que la confiance existe entre l'entreprise et ses différents partenaires : ses actionnaires, ses associés, ses partenaires financiers et, bien entendu, ses clients. Cela est vrai pour les entreprises ayant une mission financière ou commerciale mais aussi, de façon générale, pour tout organisme, quelle que soit la mission qui lui est assignée. » (p. 29)

Depuis, la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'États modifiant les lois constitutives de plusieurs grandes sociétés* et la *Loi modifiant l'instruction publique* modernisant la gouvernance des commissions scolaires sont entrées en vigueur. Deux autres projets de lois ont été déposés en 2008 au regard de la gouvernance dans les universités et dans les cégeps. Le MSSS nous annonçait dernièrement qu'un projet de loi serait déposé à l'automne 2009 relativement à la gouvernance des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

L'AQESSS se réjouit de l'amorce de cette décentralisation par l'annonce d'un tel projet de loi qui apportera des modifications en ce sens, notamment en ce qui a trait à la composition du conseil d'administration : le nombre d'administrateurs, leur provenance, leurs compétences, les modalités de nomination, de désignation ou d'élection, la durée de leur mandat et de leur renouvellement, leur rémunération ou compensation; les modalités de fonctionnement des séances, l'obligation de créer certains comités ou encore les modes de reddition de comptes.

Le projet de loi sur la modernisation de la gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux doit donc d'abord démontrer clairement la volonté ministérielle d'appliquer une réelle décentralisation vers le niveau local et une réelle déréglementation. Cette décentralisation ne peut se faire uniquement dans les lois et règlements mais aussi dans les décrets, les politiques, les directives et les règles administratives de toutes sortes.

Toutes les études, les rapports, les mémoires ainsi que le sondage fait par l'AQESSS auprès des administrateurs convergent pour qu'un réel changement s'installe afin d'éviter la confusion, le chevauchement et le dédoublement des responsabilités entre les trois niveaux de gouvernance et pour que cesse l'ingérence par la micro-gestion dans les établissements.

Le projet de loi doit ainsi permettre de réduire la réglementation actuelle tout en accentuant la reddition de comptes des établissements sur l'atteinte des objectifs et la performance de l'établissement, tel que négocié dans l'entente de gestion et d'imputabilité.

Un conseil d'administration d'établissement doit pouvoir bénéficier d'un large degré d'autonomie, il doit être en mesure de choisir les moyens pour exercer pleinement ses responsabilités et en être pleinement imputable. Une réelle latitude doit être laissée aux acteurs locaux afin qu'ils déterminent la meilleure façon d'atteindre les objectifs pour desservir la population. Le projet de loi doit viser une utilisation optimale des nombreuses compétences au niveau local. Les responsabilités n'en sont pas moins diminuées mais plutôt déplacées vers le local.

Ces changements sont essentiels et incontournables pour atteindre une modernisation de la gouvernance et une gouvernance efficiente dans le réseau de la santé et des services sociaux.

L'AQESSS profite donc du momentum et du contexte politique actuels pour proposer une **nouvelle vision de la gouvernance**, qui nécessite des modifications importantes à la législation actuellement en vigueur mais qui s'inscrit dans la foulée **des constats et recommandations des rapports** du vérificateur général (2007), de l'IGOPPP (2008) et du groupe Castonguay (2008) ainsi que des **résultats du sondage** fait auprès de 1 650 administrateurs des établissements membres. Il s'agit ici d'une proposition qui s'intègre dans le grand dossier sur la décentralisation.

Quatre éléments fondamentaux ont guidé l'AQESSS tout au long de ses travaux et sur lesquels s'appuient chacune des recommandations :

LES VALEURS

L'AQESSS souscrit aux valeurs véhiculées par le gouvernement Charest pour la modernisation des sociétés d'États et des organismes gouvernementaux, soit : *la transparence, l'intégrité, la responsabilité, l'imputabilité et l'efficacité*. À celles-ci, nous ajoutons *la confiance et la crédibilité*.

LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

Les recommandations de l'AQESSS respectent le principe de *subsidiarité tel que nous l'avons défini* et qui nécessite : une *répartition claire* des responsabilités entre les différents niveaux de gouvernance; un conseil d'administration *renforcé, indépendant, responsable et imputable*; une *simplification* et une adaptation de l'encadrement actuel; une plus grande *souplesse et autonomie* au conseil d'administration d'un établissement; une *imputabilité* renforcée.

LE PASSAGE À UNE LOGIQUE DE COMPÉTENCES

Les trois éléments moteurs : la réforme de 2005 dans le réseau de la santé et des services sociaux (la responsabilité populationnelle et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population), l'énoncé de politique pour moderniser la gouvernance des sociétés d'États et des organismes gouvernementaux (2006) et les constats des rapports (2007-2008) nécessitent un changement de paradigme important : passer d'une logique d'un conseil d'administration composé sur la base de la représentation à une logique de conseil d'administration composé sur la base des compétences et de l'expérience.

LA COHÉRENCE

L'AQESSS est cohérente dans ses présentes recommandations en les liant avec sa réflexion déjà soumise au MSSS dans le cadre de la planification stratégique 2010-2015 à l'égard du rôle du conseil d'administration, où elle insistait sur *la confiance, les compétences, l'autonomie et la marge de manœuvre nécessaires*

LES RECOMMANDATIONS

Se fondant sur les valeurs fondamentales énoncées, respectant le principe de subsidiarité, réaffirmant la nécessité de passer d'une logique de représentation à une logique de compétences et d'expérience, l'AQESSS émet les recommandations suivantes :

En préalable :

- une **révision de l'encadrement** législatif, réglementaire et administratif pour une réelle décentralisation vers le niveau local et une déréglementation;
- une **définition claire du rôle du MSSS** en matière d'élaboration des orientations stratégiques, des grandes politiques sociosanitaires et d'évaluation des résultats;
- une **clarification du rôle des agences** en leur qualité de **mandataires** du MSSS.

La modernisation de la gouvernance doit être **souple** pour permettre une **adaptation** à la **diversité** et aux **particularités** des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (mission, taille, budget, géographie, vocation, etc.). Cette modernisation doit aussi permettre aux conseils d'administration de chaque établissement de renforcer son rôle stratégique et lui permettre de remplir pleinement ses responsabilités. De façon plus spécifique, nous recommandons :

POUR LES RESPONSABILITÉS GLOBALES ET AUTRES

- **que** le conseil d'administration administre et exerce ses pouvoirs dans le respect de la ou des missions de l'établissement. Il agit dans le respect des principes de gouvernance reconnus afin de **renforcer la gestion** de l'établissement en visant à la fois, notamment, **l'efficacité, l'efficience, la transparence, la responsabilité et l'imputabilité**;
- **que** le conseil d'administration soit imputable de ses décisions et **que** le président soit chargé d'en répondre au ministre;
- **que** les responsabilités d'engager et d'évaluer le rendement du directeur général appartiennent exclusivement au conseil d'administration de l'établissement, selon la procédure déterminée dans son règlement interne;
- **que** soit maintenus les **comités de vérification, de vigilance et de la qualité**, mais que la mise en place d'autres comités du CA soit laissée à sa **discrétion** de même que leur composition;
- **que** le CA s'assure de disposer des **ressources** humaines, financières, matérielles et informationnelles suffisantes pour lui permettre de remplir ses obligations ainsi que celles de ses comités;
- **qu'une rémunération** ou une **compensation** soit versée au président et aux administrateurs;
- **que** la **présidence** du CA ainsi que celle des comités formés par le CA soient assumées par un membre **indépendant**.

POUR LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION ET DU MODE DE NOMINATION

- **que** la **composition** du CA, la procédure de **nomination** ou de **désignation** et de **remplacement**, le **nombre** de membres dont ceux issus de la **communauté** du réseau de la santé et des services sociaux soient déterminés par le règlement interne du CA.

On entend par communauté du réseau : les personnes occupant un emploi au MSSS, les personnes occupant un emploi dans les agences, les médecins exerçant des privilèges dans l'établissement, les professionnels et autres personnes occupant un emploi dans l'établissement, les personnes provenant des établissements partenaires constitués en vertu de la LSSSS, le comité des usagers, les corporations propriétaires. Toutefois, le règlement devrait prévoir au moins une personne provenant du comité des usagers et une autre provenant du corps médical de l'établissement.

Le règlement interne du CA concernant la procédure de nomination, de désignation et de remplacement des membres devra respecter les principes d'autonomie, de consultation, de transparence, d'intégrité, de complémentarité ainsi qu'un profil des expériences et expertises requises pour combler les postes.

La composition du conseil d'administration doit tendre à une parité entre les hommes et les femmes.

- **qu'en** raison des devoirs et responsabilités des CA et des besoins spécifiques des établissements, le conseil d'administration détermine, par règlement interne, le nombre d'administrateurs composant le CA. Ce nombre ne peut toutefois être inférieur à **10** ni supérieur à **15** membres;
- **que** les **2/3** des administrateurs soient **indépendants** (entre 6 et 10) **et issus de la population** et **que** le **1/3** (entre 3 et 5) des administrateurs proviennent de la communauté du réseau, tel que précédemment défini. Un membre se qualifie comme **indépendant** s'il n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, par exemple de nature financière, commerciale ou professionnelle, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions à l'égard des intérêts de l'établissement;
- **que** la **diversité des profils de compétences et d'expérience** et les aptitudes à assurer une gestion efficace des ressources soient privilégiées aux fins de nomination au sein du conseil. Les compétences sont déterminées à partir des besoins et des particularités de l'établissement. Elles peuvent se définir selon la scolarité, selon l'expérience, l'implication et l'engagement dans le milieu, selon la représentation ou tout autre.

POUR LES RESPONSABILITÉS DU PRÉSIDENT

- **que** les présidents des CA des établissements soient **impliqués** et **consultés** sur la planification stratégique du MSSS et sur les indicateurs de résultats;
- **que** le président du conseil d'administration soit responsable du programme d'accueil et de la formation continue des administrateurs ainsi que du processus d'évaluation de la performance du conseil.

POUR LE MANDAT, LES ÉLECTIONS ET LES SÉANCES

- **que** la durée de mandat d'un administrateur soit de 3 ans et **que** le renouvellement de ce mandat soit limité à **deux** fois (limite de 9 ans), à moins de dispositions contraires dans le règlement interne du CA;
- **que** les mandats des administrateurs n'arrivent pas tous à échéance en même temps;
- **que** le renouvellement du mandat annuel du président soit d'une durée maximale de 9 ans, à moins de dispositions contraires dans le règlement interne du CA.
- **que** l'**obligation** de la tenue de séances publiques du conseil soit abolie;
- **que** des informations sur le conseil d'administration soient rendues publiques sur le site Web de l'établissement, le tout en conformité avec les projets de loi 107 et 110 pour assurer **la transparence, la confiance et l'imputabilité** face à la population¹;
- **qu'en** raison du faible taux de participation, moins de 1 % (rapport du vérificateur général 2007), et de l'importance des ressources humaines et financières que ce processus requiert, que les élections au suffrage universel soient abolies;
- **que** soit précisée l'**obligation** pour tout établissement de tenir **au moins** une fois par année une séance publique **d'information** afin de rendre compte de ses activités, des services fournis, des résultats atteints, de ses priorités, de ses orientations stratégiques, de sa situation financière et de sa gestion ainsi que pour répondre aux questions.

¹ Le code d'éthique; la date de nomination et la date d'échéance du mandat de chaque administrateur ainsi que des indications concernant son statut de membre indépendant; un résumé du profil de compétence et d'expérience de chacun et un état de son assiduité aux réunions du conseil et des comités; l'identification de tout autre conseil d'administration sur lequel un membre du conseil siège; les situations qu'il entend examiner pour déterminer si un membre se qualifie comme administrateur indépendant; la rémunération et les avantages versés à chaque administrateur; les honoraires payés au vérificateur externe; les résultats de l'application des indicateurs généraux et particuliers...

ANNEXE – Notes de bas de page

1. « À partir de la mission, la gouvernance englobe les valeurs, les règles et les processus à partir desquels l'établissement établit sa légitimité, détermine ses objectifs et ses plans d'action ainsi que le rôle et les responsabilités des instances internes. » *La gouvernance d'un établissement de santé et de services sociaux*, document d'orientation pour les conseils d'administration, AQESSS, 2006.
2. Rapport Dey (1994), OCDE (2004), Jean-Louis Denis, Chaire GETOS (FCRSS/IRSC), Université de Montréal (2006), *Énoncé de politique sur la modernisation des sociétés d'États*, (2006).
3. Manuel de formation *Vers une gouvernance créatrice de valeurs*, AQESSS et IGOPP, 2007.
4. LSSSS et dans *Les administrateurs des établissements : les acteurs clés de la gouvernance du système sociosanitaire québécois*, ÉNAP et MSSS, 2007.
5. *Id.*
6. LSSSS, articles 80 et suivants.
7. *Les administrateurs des établissements : les acteurs clés de la gouvernance du système sociosanitaire québécois*, ÉNAP et MSSS, 2007.
8. Définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de références et de suivi des usagers; instaurer des mécanismes et conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires; prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes afin d'assurer la continuité des services que requiert leur état; créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux et généraux : l'accès à des plateaux techniques diagnostics pour tous les médecins, l'accès à l'information clinique, l'accès à des médecins spécialistes par les médecins de famille. (LSSSS, articles 99,5 et suivants.)
9. « *Le projet clinique constitue le plan d'affaires du CSSS et du RLS, la pièce maîtresse de leur action. Il est élaboré par le CSSS.* » *Id.* 4.
10. Le projet clinique et organisationnel identifie pour le territoire les besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs poursuivis pour l'amélioration de la santé et du bien-être de celle-ci, l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et particularités de la population, les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau; l'établissement des partenariats et conclusion des contrats de services avec les autres établissements publics ou privés, les cliniques médicales, les cabinets de médecins, les pharmacies, les organismes communautaires, le réseau de l'éducation, les municipalités et autres en plus de consulter et d'informer la population de leur territoire, offrir des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement ainsi que certains services spécialisés et surspécialisés lorsque disponibles.
11. Pour favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche. Formuler des propositions à l'agence ou au ministre sur : l'offre de services dans les domaines d'expertise reconnus aux établissements ayant une désignation universitaire en réponse aux demandes des instances locales et des autres établissements associés; l'assistance offerte à la faculté de médecine de l'université associée au réseau pour le déploiement de la formation médicale en région; le transfert des connaissances entre la faculté de médecine et les établissements du territoire de desserte du réseau; l'accès à des programmes favorisant le maintien des compétences des partenaires provenant des diverses professions reliées au domaine de la santé; la coordination des demandes de subvention au Fonds canadien d'investissement en provenance des

établissements membres du réseau; la mise sur pied, au niveau régional, d'équipes de recherche; la collaboration avec les autres réseaux universitaires intégrés de santé; la prévention de la rupture de services à court, moyen ou long terme pour les établissements qui sont dans son territoire de desserte et qui ont de la difficulté à assurer les services généraux et spécialisés à leur clientèle; la coordination, auprès des établissements membres du réseau, des activités de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé afin d'assurer la productivité et l'efficacité de ces activités; l'élaboration d'un plan des effectifs médicaux universitaires dans le cadre du plan régional des effectifs médicaux; l'instauration d'une culture de collaboration entre les établissements membres du réseau; le regroupement des effectifs médicaux spécialisés pour éviter les doublons; l'instauration de corridors de services; la formation médicale et la répartition, auprès des établissements membres du réseau, des étudiants de la faculté de médecine de l'université associée au réseau; la coordination, avec le Fonds de la recherche en santé du Québec, des activités de recherche des établissements du territoire de desserte du réseau. (LSSSS, art. 436 et suivants.)

12. Id. 4.

13. Contribuer à l'offre de services proposée par ce réseau dans les domaines d'expertise qui lui sont reconnus, assurer à la clientèle de sa zone de proximité des services généraux, spécialisés et surspécialisés et, à la demande de l'agence du territoire sur lequel est situé le siège social de cet établissement, apporter sa contribution auprès des autres établissements du territoire de desserte du réseau pour prévenir toute rupture de services; offrir, par l'intermédiaire de l'agence du territoire sur lequel est situé le siège social de cet établissement, des services généraux et spécialisés aux instances locales de ce territoire et convenir, le cas échéant, d'ententes ou d'autres modalités avec ces instances.

14. Id. 4.

15. Un établissement public doit conclure avec l'agence une entente de gestion et d'imputabilité, signée par le directeur général, qui doit contenir les éléments suivants : une définition de la mission et des orientations stratégiques de l'établissement; un plan d'action annuel décrivant les objectifs pour la première année de l'entente, les moyens pris pour les atteindre, les ressources disponibles ainsi qu'un engagement à produire annuellement un tel plan; les principaux indicateurs qui permettront de rendre compte des résultats atteints; un engagement à produire, à la fin de chaque année, un rapport de gestion sur l'atteinte des résultats. Ce rapport doit notamment comprendre : une présentation des résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par l'entente de gestion et d'imputabilité; une déclaration du directeur général de l'établissement attestant la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents; tout autre élément ou renseignement déterminé par le ministre. (LSSSS, art. 182.1 à 182.8.)

16. Les ordres professionnels, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, le Curateur public, les différentes directions du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Commissaire régional aux plaintes, le Commissaire à la santé et au bien-être, le Commissaire local aux plaintes, le conseil d'administration, le comité d'usagers, les comités de résidents, le comité de vigilance et de la qualité, le comité d'éthique clinique, le Conseil des infirmières et des infirmiers, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les équipes d'amélioration continue, les fonds de recherche, la Commission de sûreté nucléaire, les comités d'inspection professionnelle, les différentes banques d'yeux, de cellules souches, d'os, de tumeurs et de sang, etc.

17. La procédure d'examen des plaintes; les fonctions du président; la procédure de convocation des séances du CA; la signature des actes, documents ou écrits engageant l'établissement; le mode de convocation et procédure suivie de la séance annuelle d'information; le comité de gestion des risques (nombre et règles de fonctionnement); les normes applicables au moment de conflit d'intérêts et d'exclusivité de fonctions; les règles relatives à la divulgation d'un accident. En vertu du Règlement sur l'organisation et l'administration d'un établissement (ROAÉ), le CA doit également adopter des règlements sur : sa régie interne; les orientations et les activités de l'établissement; les rapports à

produire au CA sur la nature, la quantité et la qualité des services fournis; la répartition et le contrôle du budget; les formalités concernant toute demande ou projet soumis au ministre ou au conseil régional; la conclusion de contrats de services professionnels au sens de l'article 124 de la LSSSS; la révision annuelle de la répartition des lits de l'établissement en fonction des besoins des bénéficiaires, de l'intensité des soins ou de la gravité des maladies, des ressources de l'établissement, du permis et des besoins de l'enseignement; de l'organisation de l'enseignement et de la recherche dans l'établissement; la détermination des examens de dépistage exigés lors de l'admission ou de l'inscription de certains bénéficiaires; la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des bénéficiaires; la détermination des critères d'inscription des bénéficiaires au programme d'activités de jour; la détermination des critères d'inscription des bénéficiaires dans un centre d'accueil, la détermination des critères d'accès aux services par des groupes de personnes; la détermination des critères de prise en charge des bénéficiaires par les familles d'accueil et la détermination des politiques de transfert de ces bénéficiaires; les conditions d'admission de personnes atteintes de maladies contagieuses ou infectieuses; les visites aux bénéficiaires admis; les mécanismes à mettre en place afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'égard des bénéficiaires; les modes d'administration de l'allocation d'un bénéficiaire; la procédure d'attribution de congés temporaires aux bénéficiaires; les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des bénéficiaires; la procédure s'appliquant à la sortie temporaire d'un dossier ou d'une partie de dossier incluant le désignation des personnes devant autoriser la sortie en tout ou en partie du dossier; le délai accordé au médecin, dentiste et pharmacien ou aux membres du personnel clinique pour compléter le dossier d'un bénéficiaire après les derniers services fournis; la procédure applicable lorsqu'un bénéficiaire quitte l'établissement sans avoir obtenu son congé; la procédure d'élimination de dossiers ou de parties de dossiers de bénéficiaire conformément à la Loi sur les archives; l'organisation des services de pastorale. (LSSSS, règlements, cadre de références, etc.)

18. Les comités obligatoires du CA : le comité de vérification et le comité de vigilance et de la qualité. Les comités relevant du CA : le comité des usagers, le comité de gestion des risques, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil des infirmiers et des infirmières, le conseil multidisciplinaire, le conseil des sages-femmes, le cas échéant, le commissaire local aux plaintes et à la qualité, le médecin examinateur et le comité de révision. (LSSSS)

19. Les RLS, les RUIS, le projet clinique et organisationnel, les services d'urgence, les nouveaux services, l'évaluation des services et l'agrément, les ressources : médecins, dentistes et pharmaciens, les permis...(LSSSS)

20. *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE*, Johanne Castonguay, Claude Montmarquette, Ian Scott, CIRANO, 2008, p. 47.

21. *Moderniser la gouvernance des sociétés d'État*, énoncé de politique, gouvernement du Québec, 2006.

22. *Vers une gouvernance créatrice de valeurs*, manuel du participant, AQESSS, 2007.

23. « *Ainsi, la véritable force du principe de subsidiarité est de reconnaître l'acteur local comme étant apte à connaître ses propres problèmes et à y remédier de façon originale. C'est en quelque sorte reconnaître l'existence de l'intelligence collective.* » GAIAPRESSSE, *Gouvernance et souveraineté alimentaire*, 2008, François Décarry-Gilardeau, adjoint de recherche à la chaire de responsabilité sociale et de développement durable, Université du Québec à Montréal.

« Le principe de subsidiarité est souvent écarté au profit de ce que j'appellerais le *principe de supériorité* selon lequel ce sont les instances centrales, les instances les plus puissantes qui occupent le terrain. Ce sont elles qui déterminent s'il convient de centraliser, décentraliser ou recentraliser. Dans le livre *Pour une décentralisation démocratique*, j'ai proposé un troisième principe pour trancher dans cette lutte de prérogatives : le *principe de serviabilité*. Selon ce principe, c'est le critère de la qualité des services qui devrait être pris en considération en premier lieu pour déterminer quelle instance est la mieux placée pour répondre à un besoin de la population. » Vincent Lemieux, professeur de sciences politique à l'Université Laval, 1997.

24. *Le cadre de Saine Gestion : un modèle de gouvernance intégré*, Publications CCH, Ordre des administrateurs agréés du Québec, Deveaux Brault et associés inc., 2007, p. 29.