

association des établissements privés conventionnés

AEPC
santé services sociaux



**MÉMOIRE
DE L'ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS
PRIVÉS-CONVENTIONNÉS – SANTÉ ET SERVICES
SOCIAUX
(AEPC)**

**SUR LE
PROJET DE LOI NUMÉRO 127
LOI VISANT À AMÉLIORER LA GESTION
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**PRÉSENTÉ À LA COMMISSION
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

FÉVRIER 2011

L'Association des établissements privés conventionnés - santé services sociaux (AEPC)

L'Association des établissements privés conventionnés - santé services sociaux (AEPC) est un partenaire incontournable de services d'excellence adaptés aux personnes en perte d'autonomie ou ayant des besoins spécifiques. Notre mission est de promouvoir l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts par nos établissements et de soutenir la place de l'entreprise privée conventionnée dans le domaine de la santé et des services sociaux. Depuis plus de 50 ans, nos membres, issus d'entreprises familiales, œuvrent auprès, entre autres, des personnes âgées pour leur fournir un milieu de vie, des soins et des services de qualité, et ce, au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

L'AEPC regroupe 31 propriétaires-gestionnaires de 64 établissements répartis dans 11 régions du Québec. Nos établissements comprennent cinquante neuf centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), trois centres de réadaptation, un centre pour personnes vivant une déficience intellectuelle et un centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté. Tous nos établissements sont détenteurs d'un permis du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et répondent aux besoins de 7 200 personnes soit plus de 20% de la clientèle hébergée de l'ensemble du réseau de la santé du Québec.

Nous hébergeons et soignons une clientèle en lourde perte d'autonomie. Les coûts d'hébergement et les services pour nos résidents sont régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tout comme les centres et établissements publics. Les sommes nécessaires à la dispensation des services cliniques et professionnels au sein des établissements privés conventionnés sont allouées par le Ministère de la santé et des services sociaux et proviennent en totalité de fonds publics. Le budget clinique d'un établissement privé conventionné est à but non lucratif et tout ajout budgétaire pour alourdissement de clientèle ne peut servir qu'à accroître les services de soins ou les services spécialisés (ergo, physio, nutrition, etc..).

Vous trouverez à l'Annexe I une présentation détaillée de notre Association et à l'Annexe II une liste détaillée des établissements membres de l'Association des établissements privés conventionnés, leur région administrative ainsi que le nombre de clients qu'ils peuvent accueillir.

Introduction

L'Association des établissements privés conventionnés – Santé services sociaux vous remercient de l'opportunité qui lui est donnée de vous faire part de notre réflexion et de nos positions sur le projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

Nos commentaires sur le projet de loi seront en lien avec l'avantage ou les bénéfices que ces modifications vont apporter à notre clientèle.

La finalité du projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux repose sur quatre grands objectifs qui sont :

1. D'améliorer la compétence des conseils d'administration

Améliorer les compétences des conseils d'administration des agences et des établissements en réduisant le nombre de leurs membres, en prévoyant la présence de membres indépendants choisis en fonction d'un profil de compétences et d'expérience, en visant une égalité de représentation entre les hommes et les femmes et en les dotant de comités de gouvernance, d'éthique et de vérification.

2. D'avoir des conseils d'administration cohérents, responsables et imputables

S'assurer que les conseils d'administration des établissements exercent leurs responsabilités en cohérence avec les orientations régionales et nationales et qu'à cette fin, ils établissent une planification stratégique pluriannuelle. Définir par les parties en cause les modalités de suivi des résultats découlant de ces plans ainsi que des modalités du suivi des résultats et des ententes de gestion et d'imputabilité conclues par les établissements avec les agences et les agences avec le ministre de la santé et des services sociaux.

3. De revoir la participation de la population

Revoir les modes de participation de la population à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

4. D'augmenter la capacité d'intervention du ministre et des agences

Élargir les mesures qui pourront être prises par une agence ou le ministre lorsqu'un établissement éprouve des difficultés quant à la qualité des services qu'il rend, quant à son administration ou quant à son fonctionnement.

Si nous partageons en grande partie les finalités du projet de loi 127, nous avons toutefois des réserves sur certaines modalités proposées. Ce projet de loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux ne va pas assez loin sur le partage des responsabilités entre les établissements, les agences régionales et le ministère de façon à clarifier le rôle et les responsabilités de chacun et d'éviter ainsi les chevauchements inutiles et rendre plus efficiente la chaîne d'imputabilité et de reddition de comptes.

L'AGRÉMENT - Article 4 (107.1)

L'AEPC et ses membres abondent dans le même sens que le projet de loi concernant le fait de recevoir l'agrément des services à chaque quatre ans au lieu de trois ans. Cette année supplémentaire permettra à nos établissements de mieux réaliser leur cycle d'amélioration continue de la qualité. De plus, l'obligation de maintien, en tout temps, de cet agrément, est tout à fait en lien avec notre mission.

Nous avons toutefois de fortes réserves sur la deuxième partie de cet article, « L'établissement rend public le rapport de l'organisme dans les 60 jours de sa réception et le transmet au ministre, à l'Agence et aux différents ordres professionnels concernés dont les membres exercent leur profession dans un centre exploité par cet établissement.

Nous considérons que la lettre émise par Agrément Canada et qui constitue le rapport abrégé prévu à l'actuel article 107.1 donne toute l'information pertinente requise au ministre, aux agences et aux différents ordres professionnels. En effet, ce rapport abrégé contient le type d'agrément décerné, les conditions émises par Agrément Canada et l'échéancier pour répondre à ces conditions. De plus, dans le cas d'un agrément conditionnel, une fois les conditions remplies, Agrément Canada émet sa décision finale sur le type d'agrément et cette information est transmise aux acteurs concernés.

Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément, sont des organismes indépendants reconnus et mandatés par le MSSS pour évaluer la qualité des organismes et nous sommes d'avis que leur décision relative au type d'agrément décerné, devrait être suffisante pour le ministre, les agences et les ordres professionnels. Nous estimons que, telle que la LSSS le prévoit, nous devons être agréés par un organisme reconnu et que nous devons saisir le ministre, les agences et les ordres professionnels de la décision de cet organisme d'accréditation. Là, s'arrête la reddition de comptes à ces niveaux.

La reddition de comptes sur le suivi et les actions nécessaires pour maintenir la décision d'agrément doit être faite avec l'organisme qui accrédite les établissements. Encore une fois, puisque ces organismes sont reconnus par le MSSS pour décerner l'agrément dans les établissements de santé, la décision qu'ils émettent dans le rapport abrégé devrait suffire. Il est superflu de soumettre nos rapports complets que ce soit au ministre, à l'Agence et aux ordres professionnels. De plus, dans l'éventualité où les agences de santé et le ministre, à l'instar des organismes d'agrément, demanderaient aussi un suivi des plans d'amélioration de la qualité, on ajouterait un dédoublement dans la reddition de compte, ce qui ne pourrait que conduire à un alourdissement du fardeau et des coûts administratifs qui sont déjà fort élevés.

En ce qui a trait à l'intention de rendre public le rapport complet de la visite d'agrément, nous vous soulignons que ce rapport contient des éléments qui demandent une connaissance approfondie du processus d'accréditation et de l'établissement. On y présente notamment une analyse par dimension de la qualité, un aperçu par section de normes et par pratique organisationnelle requise et on ne peut, sans un minimum de mise en contexte et d'explication, rendre public ce document sans risquer des interprétations erronées, des citations hors contexte et une incompréhension du mécanisme d'amélioration continue de la qualité dans lequel s'inscrit

l'accréditation des services. Nous considérons que de rendre public le rapport complet d'agrément n'ajoute rien de plus à la qualité des services à la clientèle et pourrait même constituer un frein à l'amélioration continue de la qualité en mettant les établissements en position d'expliquer et défendre les résultats obtenus face à des interlocuteurs peu au fait de l'organisation des soins et services de santé et du processus d'agrément.

Les directions d'établissements privés conventionnées entretiennent une relation de proximité avec les résidents et leurs familles qui sont très présents dans nos établissements et qui peuvent, sur demande, avoir accès au rapport d'agrément. De plus, ils sont invités au rapport synthèse que les visiteurs d'agrément présentent à la fin de la visite. Nous vous rappelons, que toute personne spécifiquement intéressée par les résultats d'une visite d'agrément peut continuer à se prévaloir de la Loi d'accès à l'information et recevoir copie du rapport complet.

Nous proposons :

1. De retirer l'obligation de rendre public et de transmettre au ministre, agences et ordres professionnels le rapport complet d'agrément ;
2. De maintenir l'alinéa 3 de l'article 107.1 puisque la lettre de décision d'agrément Canada qui constitue le rapport abrégé contient toutes les informations nécessaires et pertinentes aux conditions et à la confirmation d'agrément des établissements ;
3. Que le suivi à accorder relativement au résultat d'agrément ne se fasse qu'avec l'organisme d'accréditation indépendant et approuvé par le MSSS.

LE PLAN STRATÉGIQUE ET L'IMPUTABILITÉ - Articles 39 (182.0.2, 182.0.3, 182.0.4, 182.0.5)

Nous sommes d'accord avec la proposition de réaliser un plan stratégique pluriannuel et que ce plan soit cohérent avec les orientations régionales et ministérielles. Ce plan stratégique devrait avoir une perspective de cinq ans. Nous croyons encore plus que la planification doit se faire dans l'interaction et dans le respect des rôles et mandats de chaque instance du réseau. À la lecture de ces articles, il se dégage, une approche hiérarchique au lieu d'une approche basée sur le respect, la concertation et la complémentarité des mandats.

Alors que le projet de loi 127 vise également à améliorer la compétence des conseils d'administration et à les rendre imputables, nous percevons dans cette section une incohérence quand on indique à l'article 182.0.3 que le plan stratégique est approuvé par l'Agence et transmis au ministre. L'élaboration du plan stratégique est une responsabilité importante et fondamentale d'un conseil d'administration et son adoption l'est tout autant. Comment voulez-vous rendre imputable un conseil d'administration face à un plan stratégique qu'il n'a pas adopté lui-même ? Ce constat est valide pour toutes les autres orientations structurantes de l'établissement.

Nous considérons que l'article 39 constitue, en partie, une ingérence dans les responsabilités qui incombent aux conseils d'administration en exigeant l'approbation du plan stratégique par le ministre et en obligeant l'établissement à présenter ses plans d'organisation à l'Agence avant de les faire approuver par son conseil d'administration.

Nous proposons :

4. De modifier le projet de loi en spécifiant que c'est le conseil d'administration de l'établissement qui adopte le plan stratégique pluriannuel, ses plans d'organisation et tout autre document d'orientation structurant ;
5. De préciser, dans le projet de loi, qu'il est de la responsabilité du conseil d'administration de l'établissement de s'assurer que son plan stratégique pluriannuel, ses plans d'organisation et tous ses autres documents d'orientation structurants soient cohérents avec les orientations régionales et ministérielles avant de les adopter .

LE SITE INTERNET - Article 42 (182.9, 182.10) -

L'article 42 du projet de loi exige aux établissements de mettre à la disposition de la population un site internet en lien avec les services offerts et d'y rendre publics les résultats présentés dans le rapport annuel de gestion.

D'entrée de jeu, nous ne comprenons pas le but du législateur d'enclôser dans la LSSS l'obligation d'avoir un site internet puisque, le projet de règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels applicable aux établissements de santé et de services sociaux, à l'article 3, le prévoit ainsi qu'une liste des documents que l'on devrait y retrouver, incluant le rapport annuel. De plus, le projet de règlement n'astreint pas un établissement à avoir son propre site internet mais permet que ses documents soient accessibles dans un autre site, ce qui diminue un peu la charge administrative reliée à la création et l'entretien d'un site internet par l'établissement.

Nous sommes préoccupés par l'impact de l'application de ces articles. En effet, nous nous questionnons sur les coûts supplémentaires engendrés suite à l'obligation de développer un site internet, de l'entretenir, de le maintenir et de le mettre à jour dans le contexte où cette obligation est tout à fait inconséquente avec la Loi 100 qui nous oblige, d'autre part, à diminuer de 25% nos coûts administratifs en plus de nous imposer des compressions budgétaires.

Nous sommes en désaccord avec l'insertion de ces articles dans la LSSS. Le rapport annuel de gestion est déjà un document public qui est remis à toute personne qui en fait la demande. La création d'un site internet n'apporte aucune valeur ajoutée à notre clientèle que ce soit en termes de qualité de vie, de services ou de soins.

Nous proposons:

- | |
|---|
| <p>6. De retirer du projet de loi l'obligation d'avoir un site internet car cet aspect sera couvert par le projet de règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels applicable aux établissements de santé et services sociaux et par souci de cohérence avec la Loi 100.</p> |
|---|

COMITÉ DE GESTION RÉGIONAL - Article 51 (346.3)

Nous saluons la constitution d'un comité de gestion régional réunissant le PDG de l'Agence et les DG des établissements. Ce comité régional permettra l'apport des établissements privés conventionnés (EPC) à la définition des orientations stratégiques régionales ou de l'ensemble du réseau. En tant que partenaires du réseau et compte tenu que nos établissements sont à vocation unique, nous jugeons essentiel notre participation à cette nouvelle instance régionale de concertation et de coordination.

ÉTABLISSEMENT ÉPROUVANT DES DIFFICULTÉS - Article 67 (413.1.1)

Cet article indique qu'un établissement qui éprouve des difficultés relatives à la qualité des services, à son administration, à son organisation ou à son fonctionnement peut demander à l'Agence de l'aide et de l'accompagnement. Dans l'éventualité où un établissement demande de l'aide ou un accompagnement à l'Agence, celle-ci doit être dans l'obligation d'y répondre et que cette aide ou accompagnement fasse l'objet d'une entente formelle entre l'établissement et l'Agence.

Nous ne pensons pas que le ministre doive être interpellé ou être partie prenante de cette entente. À ce premier niveau d'intervention, et compte tenu que cette initiative provient de l'établissement, la ligne d'imputabilité doit demeurer entre l'établissement et l'Agence.

Nous proposons :

- | |
|--|
| <p>7. Que, lors d'une demande formelle d'aide d'un établissement à l'Agence, celle-ci soit dans l'obligation d'y répondre positivement et qu'une entente formelle soit établie uniquement entre l'établissement et l'Agence.</p> |
|--|

NOMINATION D'OBSERVATEURS - Article 69 (433.3)

Cet article autorise le ministre, de sa propre initiative ou sur recommandation d'une agence, à nommer deux observateurs pour une période qu'il détermine lorsque l'établissement éprouve des difficultés relatives à la qualité des services qu'il rend, à son administration, à son organisation ou à son fonctionnement.

Nous reconnaissons au ministre et à l'Agence le pouvoir d'intervenir lorsqu'un établissement éprouve des difficultés, mais celles-ci devraient être de nature exceptionnelle.

De plus, nous nous questionnons sur la pertinence d'une intervention du ministre à cette étape-ci. Nous pensons qu'il serait préférable d'avoir une certaine progression dans les niveaux d'intervention et, à ce stade, nous jugeons préférable que ce soit l'Agence qui intervienne.

Nous proposons :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">8. Que ce soit l'Agence qui intervienne en cas de difficultés et à la condition que celles-ci soient de nature exceptionnelles ;9. Que seules des circonstances exceptionnelles pourraient permettre la nomination de deux observateurs ;10. Que dans le cas des Établissements privés conventionnés, que l'un des deux observateurs soit désigné par l'Association des établissements privés conventionnés. |
|--|

ADMINISTRATION PROVISOIRE D'UN ÉTABLISSEMENT Article 71 (490 6°)

Cet article autorise le ministre, pour une période d'un an avec possibilité de renouvellement, à assumer l'administration provisoire d'un établissement public. Le texte du 6^e alinéa : « ... *lorsque l'établissement éprouve des difficultés relatives à la qualité des services de santé ou des services sociaux qu'il rend, à son administration, à son organisation ou à son fonctionnement.* » nous apparaît trop large, imprécis et laisse place à beaucoup d'interprétation.

Nous reconnaissons au ministre et à l'Agence le pouvoir d'intervenir lorsqu'un établissement éprouve des difficultés, mais celles-ci devront être de nature exceptionnelle, comme prévu à l'article 434.1 pour le CMDP d'un établissement ou, seules, des circonstances exceptionnelles et lorsque la qualité des soins et services en dépend autorisent le ministre à confier les responsabilités du CMDP à une ou des personnes qu'il désigne.

Nous proposons :

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">11. Que seules des difficultés de nature exceptionnelle devraient permettre au ministre d'intervenir. |
|---|

CONCLUSION

Nous sommes en accord avec les grandes finalités recherchées dans le projet de loi 127 visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

Nous sommes d'accord qu'il faut améliorer la compétence des conseils d'administration et qu'il faut également avoir des conseils d'administration dont les décisions soient cohérentes avec les orientations régionales et ministérielles et que ces conseils soient responsables et imputables face à leurs décisions, à leur gestion et à leurs résultats.

Nous reconnaissons au ministre et aux agences le pouvoir et le devoir d'intervenir dans des circonstances exceptionnelles et lorsque la qualité des soins et des services en dépend. Toutefois, le présent projet de loi propose une ouverture tellement large pour les interventions du ministre et des agences que nous percevons les mesures proposées non seulement comme une menace à l'autonomie de gestion et de décisions des établissements mais comme une incohérence vis-à-vis les autres finalités du projet de loi qui sont de rendre les conseils d'administration plus compétents, plus responsables et plus imputables de leurs décisions et de leurs résultats.

Nous pensons également que le projet de loi n'aborde pas vraiment et ne clarifie pas la ligne d'imputabilité entre les établissements, les agences régionales et le ministère. Encore trop souvent, la ligne d'imputabilité et de reddition de compte est multiple.

Certaines des mesures proposées auront également un impact à la hausse sur les frais de gestion et d'administration sans bénéfice direct pour notre clientèle. Cela soulève un autre problème de cohérence notamment avec les objectifs de la Loi 100 qui vise la réduction des dépenses dans le secteur public.

ANNEXE I - PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DE L'AEPC

L'Association des établissements privés conventionnés - santé services sociaux (AEPC) se veut un partenaire incontournable de services d'excellence adaptés aux personnes en perte d'autonomie ou ayant des besoins spécifiques.

Notre mission est de promouvoir l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts par nos établissements et soutenir la place de l'entreprise privée conventionnée dans le domaine de la santé et des services sociaux. Depuis plus de 50 ans, nos membres œuvrent auprès, entre autres, des personnes âgées pour leur fournir un milieu de vie, des soins et des services de qualité, et ce, au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

L'Association des établissements privés conventionnés - santé services sociaux (AEPC) regroupe 31 propriétaires-gestionnaires de 64 établissements répartis dans 11 régions du Québec. Nos établissements comprennent cinquante neuf centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), trois centres de réadaptation, un centre pour personnes vivant une déficience intellectuelle et un centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté. Tous nos établissements sont détenteurs d'un permis du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et répondent aux besoins de 7 200 personnes soit plus de 20% de la clientèle hébergée de l'ensemble du réseau de la santé du Québec.

Nous hébergeons et soignons une clientèle en lourde perte d'autonomie. Les coûts d'hébergement et les services pour nos résidents sont régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tout comme les centres et établissements publics. Les sommes nécessaires à la dispensation des services cliniques et professionnels au sein des établissements privés conventionnés sont allouées par le Ministère de la santé et des services sociaux et proviennent en totalité de fonds publics. Le budget clinique d'un établissement privé conventionné est à but non lucratif et tout ajout budgétaire pour alourdissement de clientèle ne peut servir qu'à accroître les services de soins ou les services spécialisés (ergo, physio, nutrition, etc..) contrairement aux établissements publics où un rehaussement de budget peut aller à tout autre poste budgétaire.

Au plan de l'imputabilité financière, les conventions que nous signons avec le MSSS prévoient que tout déficit est à la charge du propriétaire-gestionnaire. Les taxes et impôts que paient nos établissements sont des sources de revenus pour le gouvernement. Notre entente avec le gouvernement prévoit que le taux d'occupation de nos lits doit être à 99%, autrement, il y a des pénalités. Financés par l'État, les établissements privés conventionnés (EPC) se distinguent des centres publics de même vocation, par leurs modalités de financement et leur imputabilité financière. Un contrat général, entre l'AEPC et le MSSS, est mis à jour périodiquement. Ce contrat détermine les paramètres d'allocation budgétaire pour les établissements et par la suite le financement est déterminé entre chaque établissement et l'Agence régionale de santé et des services sociaux. Le contrat prévoit, entre autres, que les employés syndiqués et cadres soient assujettis aux mêmes règles que ceux des établissements publics, c'est-à-dire aux mêmes conventions collectives et aux mêmes décrets.

Contrairement au budget à composante globale qui prévaut dans les établissements publics, la base du contrat des EPC comprend les particularités suivantes :

- La composante clinique qui compte pour environ 55% du budget ne permet pas aux propriétaires de dégager des surplus, c'est une composante à but non lucratif. Cette composante comprend les dépenses salariales du personnel des soins infirmiers et d'assistance ainsi que les services spécialisés.
- L'autre partie du budget est appelée composante de fonctionnement. Elle sert à payer les dépenses non salariales des services cliniques, les dépenses salariales et non salariales des services alimentaires, d'entretien ménager, de maintenance, de buanderie, de sécurité et d'administration incluant le personnel cadre. Les propriétaires-gestionnaires ont une marge de manœuvre dans leur gestion de la composante de fonctionnement et peuvent générer des profits. Toutefois, ils ne peuvent faire de déficit sans compromettre la survie de l'établissement et de leur entreprise. De plus, ils paient des impôts et des taxes.
- En résumé, ce sont des entreprises privées qui donnent un service public dont les règles sont définies par une convention signée avec le MSSS.

Toute la clientèle des établissements privés conventionnés est référée par les agences de santé et services sociaux et est soumise au même processus d'admission que dans le réseau public. Les établissements privés conventionnés sont, pour tout le volet clinique, considérés comme un établissement public au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ils sont régis par les mêmes obligations de qualité, les mêmes conventions collectives et les mêmes contrôles de la part du MSSS.

Afin de garantir la qualité de nos services, et ce, avant même l'obligation plus récente faite par la LSSSS, les établissements privés conventionnés s'engageaient à obtenir l'agrément de leurs services dans une approche d'amélioration continue de la qualité. Depuis 1998, le renouvellement de nos conventions est assujéti à l'obtention d'un certificat d'agrément par un organisme indépendant et reconnu par le MSSS. À ce titre, l'ensemble de nos membres est accrédité par Agrément Canada et par le Conseil Québécois d'agrément dans certains cas.

Au chapitre de la qualité des soins et services, tout comme les établissements publics, les établissements privés conventionnés, depuis 2004, accueillent les visiteurs du ministère dans le cadre des visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie substitués. Tel que requis, suite à ces visites, dans les soixante jours, un plan d'amélioration est élaboré et soumis à l'Agence régionale concernée qui doit approuver ce plan et en assurer le suivi. De plus, le MSSS et les agences régionales, assurent le contrôle des fonds qui sont confiés à nos établissements.

Les établissements privés conventionnés sont soumis à l'ensemble des lois et des règlements d'organisation et d'administration des établissements du réseau de la santé, y compris la procédure en cas de plaintes d'un usager, la mise en place d'un comité des usagers, l'adoption d'un code d'éthique, l'élaboration d'un plan d'intervention, la mise sur pied d'un CMDP ou, la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux, la création d'une direction des soins infirmiers ou, la nomination d'une infirmière responsable des soins infirmiers, etc.. Nous

constatons donc que la qualité des soins et services, en plus d'être la préoccupation centrale de nos membres est, de longue date, très encadrée, contrôlée et vérifiée par le MSSS.

Les établissements privés conventionnés, par l'entremise de l'AEPC ont toujours eu le souci de contribuer aux efforts d'amélioration des services de santé et des services sociaux à travers son implication dans les différentes réflexions, débats, commissions parlementaires et comités ministériels.

Nos établissements sont soucieux de préserver les services de qualité qu'ils offrent à la clientèle et sont fiers de la saine gouvernance qu'ils appliquent. Ils ont toujours souscrit et répondu à leurs obligations en matière de reddition de comptes.

ANNEXE II - LISTE DES MEMBRES DE L'AEPC

Région	Nom de la région	Groupe	Établissement	Nombre de lits
2	Saguenay-Lac-Saint-Jean		Foyer St-François (Chicoutimi)	64
	Total région 2		1 établissement	64
3	Québec		C.H. Champlain Des Montagnes (Charlesbourg)	96
3			C.H Du Boisé	64
3			C.A. Nazareth	75
3			C.H. Notre-Dame du Chemin	50
3			CHSLD St-Augustin	102
3			C.H. St-François	29
3			C.H. St-Jean-Eudes	170
3			Hôpital Ste-Monique	58
	Total région 3		8 établissements	644
4	Mauricie et Centre-du-Québec		C.A. Les Chutes	64
4			Foyer Sts-Anges de Ham-Nord	28
	Total région 4		2 établissements	92
5	Estrie		La Maison Rose Blanche	60
5			CHSLD Shermont	52
5			Villa Marie-Claire	15
	Total région 5		3 établissements	127
6	Montréal		Résidence Angélica	350
6			CHSLD Bayview	128
6			Résidence Berthiaume-Du Tremblay	246
6			CHSLD Bourget	112
6			CHSLD Bussey	42
6			C.H. Champlain Marie-Victorin	329
6			CHSLD Dollard-des-Ormeaux	160
6			CHSLD Gouin	93
6			Centre Le Cardinal	204
6			Centre Le Royer	96
6			C.A. Les Cèdres	32
6			Centre de réadaptation MAB-Mackay	100
6			CHSLD Ma Maison St-Joseph	93
6			Hôpital Marie-Clarac	204
6			CHSLD Marie-Claret	78
6			CHSLD Mont-Royal	273
6			CHSLD Pierrefonds	64
6			CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes	162
6			CHSLD St-Georges	280
6			CHSLD St-Vincent-Marie	66
6		CHSLD Vigi Reine-Élizabeth	150	
6		Hôpital Villa Médica	207	
	Total région 6		22 établissements	3 469
7	Outaouais		CHSLD Champlain Gatineau	96
7			CHSLD Vigi de L'Outaouais	96
	Total région 7		2 établissements	192

Région	Nom de la région	Groupe	Établissement	Nombre de lits
12	Chaudières-Appalaches		CHSLD Chanoine-Audet	96
12			C.H.SLD l'Assomption	96
12			CA St-Joseph de Lévis	158
12			CHSLD Notre-Dame de Lourdes	40
	Total région 12		4 établissements	390
13	Laval		Santé Courville de Laval	68
13			Résidence Riviera	128
13			C.H.C St-François	53
13			CHSLD St-Jude	204
13			Manoir St-Patrice	132
13			CHSLD Vigi L'Orchidée Blanche	128
	Total région 13		6 établissements	713
14	Lanaudière		CHSLD De la Côte Boisée	140
14			CHSLD Heather	76
14			CHSLD Le Château	64
14			CHSLD Vigi Yves-Blais	99
	Total région 14		4 établissements	379
15	Laurentides		CHSLD Villa Soleil	156
15			CHSLD Deux-Montagnes	76
15			Pavillon Ste-Marie	100
	Total région 15		3 établissements	332
16	Montérégie		CHSLD Accueil du Rivage	36
16			C.H. Champlain Châteauguay	105
16			C.H. Champlain des Pometiers	132
16			Santé Courville de Waterloo	24
16			CHSLD Jean-Louis Lapierre	76
16			C.A. Marcelle-Ferron	249
16			CHSLD Montérégie	90
16			Résidence Sorel-Tracy	64
16			CHSLD Vigi Brossard	66
	Total région 16		8 établissements	842
TOTAL	11 régions		64 établissements	7 244

 Groupe Champlain

 Vigi Santé

 Groupe Girard

 Groupe Courville

 Groupe Roy Santé

 Groupe Âge 3