

en bref

Le système de santé
et de services sociaux
au Québec



en bref

Le système de santé et de services sociaux au Québec



*Santé
et Services sociaux*

Québec



Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé
et des Services sociaux du Québec**

Ce document peut être consulté à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique
Publications.

Il peut également être commandé à l'adresse
diffusion@msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien
les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-51669-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-51670-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque
procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document,
même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable
des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle
ou complète de ce document à des fins personnelles et non
commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois
et à condition d'en mentionner la source.



Institué par la Loi sur les services de santé et les services sociaux adoptée en décembre 1971, le système québécois de santé et de services sociaux a pour buts le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux. Au Québec, les services de santé et les services sociaux sont intégrés au sein d'une même administration. Cette particularité québécoise offre l'avantage de permettre de répondre à l'ensemble des besoins de santé et de bien-être des personnes et elle représente un défi majeur à relever comme mode d'organisation des services.

L'universalité, l'équité et l'administration publique sont au cœur des principes fondamentaux qui guident l'évolution du système sociosanitaire depuis ses débuts. Ainsi, les services de santé et les services sociaux sont accessibles à tous sans discrimination. Ce principe d'universalité s'est bâti par étapes successives tant dans le secteur de la santé que dans celui des services sociaux. En santé, deux régimes publics universels permettent à l'ensemble de la population d'obtenir des services hospitaliers et médicaux gratuits, soit le régime d'assurance hospitalisation depuis 1961 et le régime d'assurance maladie depuis 1971. En 1997, le Régime général d'assurance médicaments (RGAM), un régime mixte universel fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés, est venu compléter la couverture publique de l'ensemble de la population dans le secteur de la santé.

Outre le cadre législatif intégrant les secteurs de la santé et des services sociaux institué en décembre 1971, la définition des orientations et des programmes s'est poursuivie jusqu'à aujourd'hui. La gestion des services sociaux concerne tant les services psychosociaux destinés à l'ensemble de la population que les services particuliers pour les personnes plus vulnérables (jeunes en difficulté, aînés en perte d'autonomie,



personnes atteintes d'une déficience, d'un problème de santé mentale, victimes de toxicomanie et autres) ainsi que d'autres services comme les activités communautaires ou l'adoption internationale.

Le système sociosanitaire québécois est public, puisque l'État agit comme principal assureur et comme administrateur de la gamme de services. Quant au financement des services, il repose sur la fiscalité générale, ce qui entraîne une répartition plus équitable du risque dans la société. Les fonds qui servent à financer les services de santé et les services sociaux proviennent de l'impôt sur le revenu et les biens des individus et des entreprises, des cotisations au Fonds des services de santé ainsi que des taxes à la consommation, des droits et des permis, des revenus des sociétés d'État et de transferts fédéraux.

LE MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES

Pour assurer à tous les citoyens l'accès équitable à des soins et à des services de qualité, la Loi sur les services de santé et les services sociaux propose un modèle d'organisation qui repose sur trois paliers de gouvernance et sur la complémentarité d'établissements regroupés en réseaux.

LES RESPONSABILITÉS DE GOUVERNANCE

Sur le plan de la gouvernance, le système de santé et de services sociaux s'inscrit à l'intérieur d'un cadre de gestion axé sur les résultats selon une perspective de renforcement de l'imputabilité entre chacun de ses trois paliers de gestion : le central, le régional et le local.

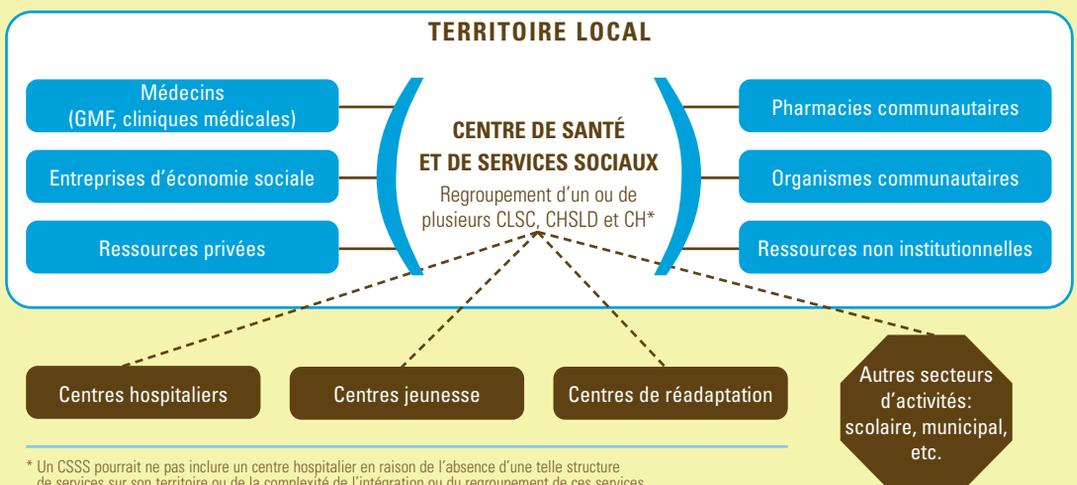
Au palier central, le ministère de la Santé et des Services sociaux établit les orientations en matière de politiques sociosanitaires et il évalue, pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. En conséquence, le Ministère centre ses actions autour de ses responsabilités fondamentales que sont la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation, selon une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et de la qualité des services.

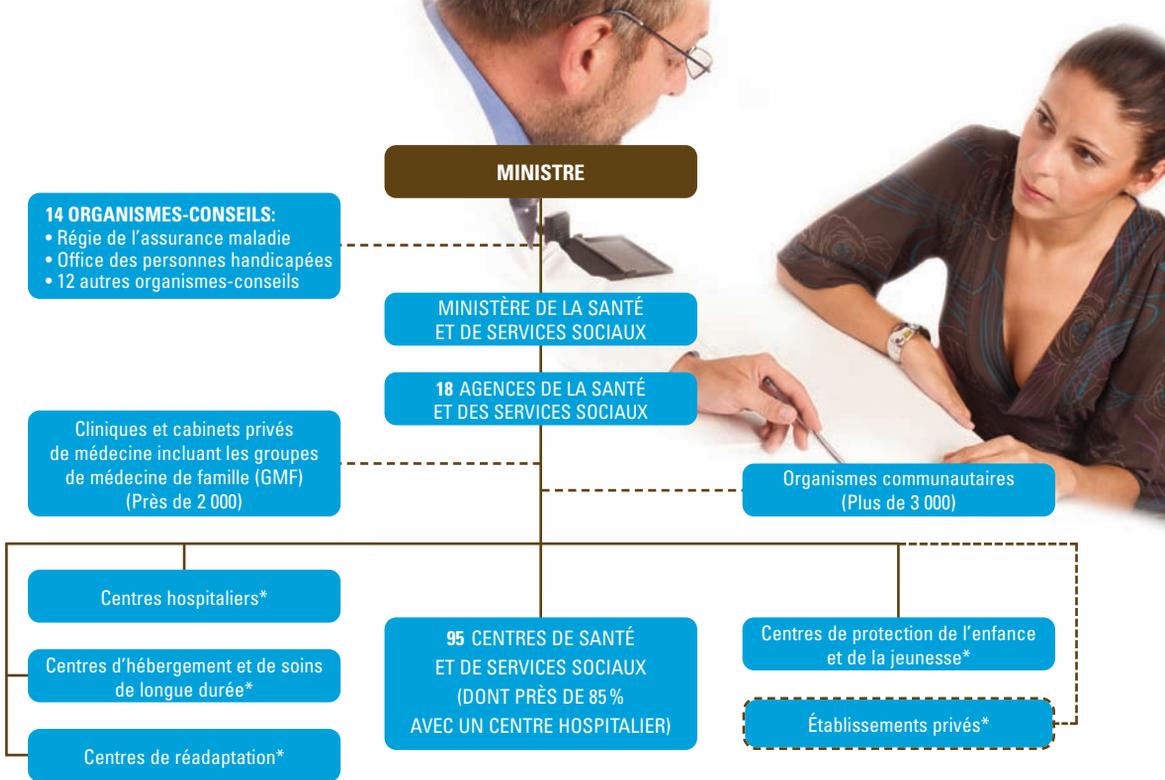
Au palier régional, les agences de la santé et des services sociaux sont responsables de la coordination de la mise en place des services sur leur territoire respectif. Elles doivent notamment élaborer les orientations et les priorités régionales, exercer les fonctions régionales de la santé publique, faciliter le déploiement et la gestion des réseaux locaux de services, et assurer l'allocation des budgets aux

établissements et des subventions aux organismes communautaires. Les agences doivent également s'assurer de la participation de la population à la gestion des services, de la prestation sécuritaire des services et du respect des droits des usagers.

Au palier local, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux regroupent l'ensemble des partenaires, dont font partie les médecins de famille, afin de partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire. Au cœur du réseau local de services, le centre de santé et de services sociaux (CSSS) est l'assise d'une offre de service intégrée et il assure l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à cette population. Le modèle repose sur l'offre, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne, incluant les services de santé publique, et sur la mise en place de mécanismes d'orientation et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (services spécialisés et surspécialisés). Ainsi, les différents intervenants offrant des services de santé et des services sociaux à cette population sont en mesure de répondre à l'ensemble de ses besoins et de faciliter son cheminement dans le système, plus particulièrement celui des personnes vulnérables.

UN RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX





* Établissements ou organismes qui ne font pas partie d'un CSSS

DES ÉTABLISSEMENTS CONSTITUÉS EN RÉSEAUX

Le système sociosanitaire du Québec compte près de 300 établissements offrant des services dans plus de 1 700 points de service. Il regroupe près de 200 établissements publics, une cinquantaine d'établissements conventionnés sans but lucratif et une cinquantaine d'établissements privés offrant de l'hébergement et des soins de longue durée, au-delà de 3 000 organismes communautaires et près de 2 000 cliniques et cabinets privés de médecine. Plus de 10 % de la main-d'œuvre active du Québec travaille dans l'ensemble du secteur.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux voit au bon fonctionnement du système, alors que dix-huit autorités régionales sont responsables de l'organisation des services sur leur territoire respectif et que cinq catégories d'établissements publics, énumérées ci-après, fournissent les services de santé et les services sociaux à l'intérieur d'une configuration qui privilégie l'intégration comme mode d'organisation :

- Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont nés de la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH). Ces centres :
 - assurent à la population d'un territoire local la prestation de services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement institutionnel public ;
 - coordonnent les services offerts par l'ensemble des intervenants exerçant dans le territoire local ;
 - offrent des services hospitaliers généraux et spécialisés (urgence, services ambulatoires, spécialités médicales locales et plateaux diagnostiques de base).
- Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :
 - offrent des services aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes âgées.
- Les centres hospitaliers (CH) :
 - assurent la prestation des services de courte durée de première, deuxième et troisième lignes en matière de soins de santé généraux et spécialisés ainsi que pour les soins psychiatriques.
- Les centres de réadaptation (CR) :
 - offrent des services de santé et des services sociaux spécialisés aux personnes atteintes de déficience physique (sur les plans auditif, visuel, du langage et de la parole ou moteur) ;
 - ou offrent des services de santé et des services sociaux spécialisés aux personnes atteintes de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement ;
 - ou offrent des services de santé et des services sociaux spécialisés aux personnes atteintes d'alcoolisme ou d'autres toxicomanies.

- Les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ):
 - assurent la prestation de services sociaux aux jeunes ayant des problèmes de développement ou de comportement ou d'adaptation sociale (abus, négligence, délinquance, etc.);
 - assurent la prestation de services sociaux à la famille des jeunes ayant des problèmes;
 - assurent la prestation des services spécialisés consacrés aux jeunes (adoption, placement et réadaptation sociale).

Quatorze organismes relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux. La plupart exercent un rôle consultatif au regard d'un mandat précis. D'autres, comme l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), disposent d'un mandat plus large et de ressources plus importantes. Le Ministère collabore avec l'ensemble des organismes dans l'accomplissement de leurs mandats. En 2007, ces organismes étaient, par ordre alphabétique, les suivants :

- l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS);
- le Bureau de gestion des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine);
- le Comité central d'éthique de la recherche;
- le Comité d'hémovigilance;
- le Comité d'éthique de santé publique;
- le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles;
- le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
- le Commissaire à la santé et au bien-être;
- le Conseil du médicament;
- la Corporation d'hébergement du Québec;
- la Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé);
- l'Institut national de santé publique du Québec;
- l'Office des personnes handicapées du Québec;
- la Régie de l'assurance maladie du Québec.

LES AUTRES PARTENAIRES

Parmi les autres acteurs du système de santé et de services sociaux, mentionnons :

- les cliniques et les cabinets privés de médecine, dont les groupes de médecine de famille;
- les organismes communautaires;
- les entreprises d'économie sociale en aide domestique;
- les pharmacies communautaires;
- les résidences privées avec services pour personnes âgées;
- les ressources de type familial et les ressources intermédiaires rattachées aux établissements publics de santé et de services sociaux.

Bien qu'ils soient travailleurs autonomes, la très vaste majorité des médecins omnipraticiens et spécialistes exercent exclusivement à l'intérieur des cadres du système public, ce dernier ayant toujours été en mesure d'établir des partenariats avec eux.

Parmi les divers types de pratique, mentionnons les groupes de médecine de famille (GMF), un mode privilégié par le Québec pour améliorer l'accès de tous les citoyens à un médecin de famille. Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières relevant du réseau public, à l'intérieur d'un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. L'inscription auprès d'un médecin membre d'un GMF est volontaire et gratuite. La pratique médicale en GMF permet :

- d'étendre les heures d'accessibilité à un médecin de famille;
- de rendre les médecins de famille plus disponibles grâce au travail en groupe et au partage des activités avec les infirmières;
- d'améliorer le suivi médical des patients et la continuité des services en renforçant le lien avec les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, notamment avec les CSSS.



Par ailleurs, il faut souligner le rôle prépondérant que jouent les organismes communautaires subventionnés auprès de la population. Ils sont reconnus par le Ministère, les agences et les établissements comme des partenaires autonomes et à part entière œuvrant dans le système de la santé et de services sociaux. Ils se consacrent notamment à :

- offrir des services de prévention, d'aide et de soutien, y compris des services d'hébergement temporaire ;
- effectuer des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des personnes utilisant des services de santé ou des services sociaux ;
- promouvoir le développement social, l'amélioration des conditions de vie ou la promotion de la santé pour l'ensemble du Québec ;
- répondre à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes.

De plus, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont été mis en place pour assurer une desserte en matière de soins spécialisés et surspécialisés à l'ensemble des régions du Québec. Associés aux quatre universités dotées d'une faculté de médecine, ils ont principalement pour mandat de faire des recommandations au ministre et aux agences de la santé et des services sociaux sur :

- l'offre de service, l'instauration de corridors de services et la prévention des ruptures de services dans les établissements de toutes les régions du Québec ;
- la formation médicale et la répartition des étudiants, la coordination des activités de recherche et le transfert des connaissances ;
- l'organisation des services médicaux spécialisés pour en améliorer l'efficacité et éviter les doublages ;
- l'élaboration d'un plan de l'effectif médical universitaire en relation avec le plan régional d'effectifs médicaux.

AUTRES CARACTÉRISTIQUES

Au Québec, le système de santé et de services sociaux se découpe en programmes de services et en programmes de soutien pour orienter l'organisation des services selon les besoins de la population ou des groupes de personnes aux prises avec un problème en particulier. Cette configuration fournit un cadre pour la planification, l'allocation des ressources et la reddition de comptes.

Il existe actuellement neuf programmes de services, soit :

- deux programmes de services répondant à des besoins qui touchent l'ensemble de la population :
 - **santé publique**, soit la promotion, la prévention, la protection de la santé et du bien-être ainsi que la surveillance de l'état de santé ;
 - **services généraux - activités cliniques et d'aide**, qui couvrent les services de première ligne en matière de santé ou de problèmes sociaux ponctuels.
- sept programmes de services consacrés à des problématiques particulières :
 - **perte d'autonomie liée au vieillissement** ;
 - **déficience physique**, pour les incapacités liées à l'audition, à la vision, au langage et à la parole ou aux activités motrices ;
 - **déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED)** ;
 - **jeunes en difficulté** ;
 - **dépendances**, telles que l'alcoolisme, la toxicomanie, le jeu pathologique, etc. ;
 - **santé mentale** ;
 - **santé physique**, qui couvre les services d'urgence, les services spécialisés et surspécialisés, les services en continu exigeant un suivi systématique (ex. : maladies chroniques, cancer) et les soins palliatifs.

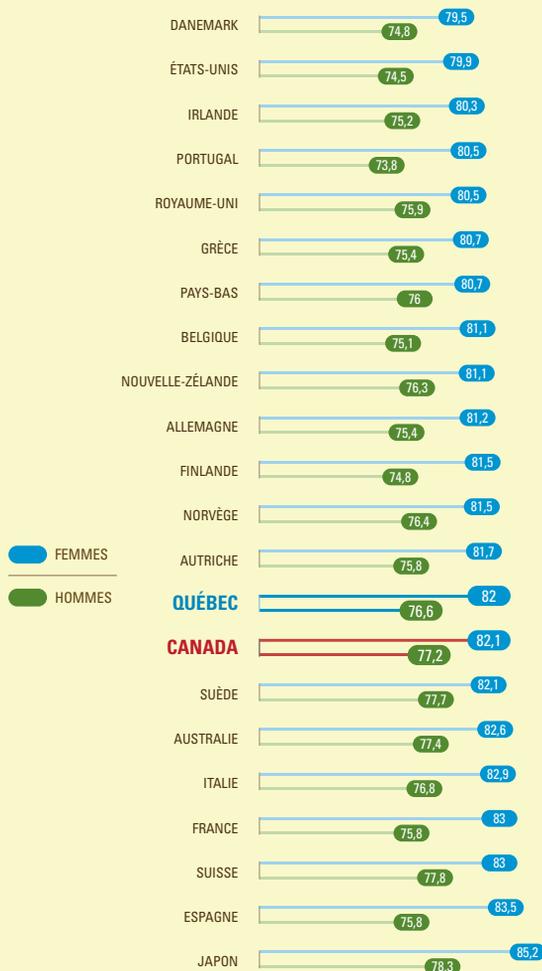
Les programmes de soutien, au nombre de deux, regroupent pour leur part les activités de nature administrative et technique appuyant les programmes de services. Ce sont les suivants :

- administration et soutien ;
- gestion des bâtiments et équipements.

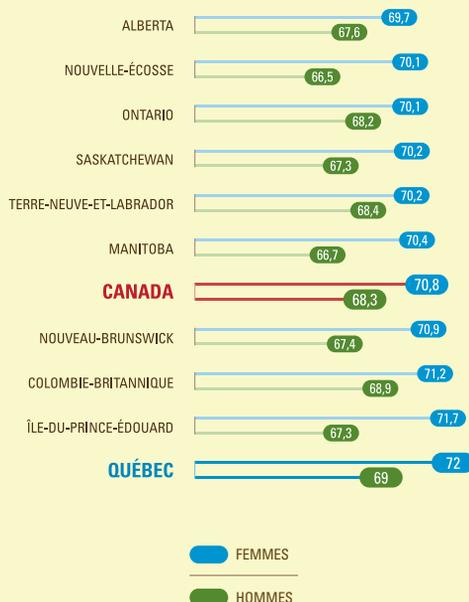


QUELQUES INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION AU QUÉBEC, AILLEURS AU CANADA ET DANS CERTAINS PAYS DE L'OCDE

ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN 2002, COMPARAISONS INTERNATIONALES



ESPÉRANCE DE VIE EN SANTÉ À LA NAISSANCE EN 2001, COMPARAISONS CANADIENNES



Source : Institut national de santé publique et ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, p. 42-43. Les données de ces graphiques seront mises à jour dans les versions ultérieures du *Portrait de santé du Québec et de ses régions*.

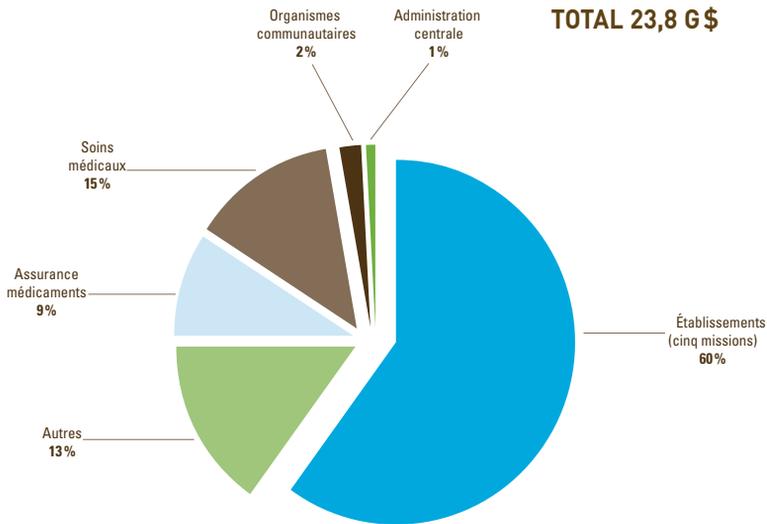
LA SANTÉ DE LA POPULATION

Les comparaisons canadiennes et internationales permettent souvent de dégager, pour le Québec, un bilan de santé favorable. C'est le cas notamment pour l'espérance de vie à la naissance : le Québec se compare aux pays ayant la durée de vie la plus longue, puisqu'il se classait au neuvième rang en 2002. De plus, si l'on ne tient compte que des années vécues en santé, c'est au Québec que l'on peut espérer vivre le plus longtemps en santé parmi les provinces canadiennes.

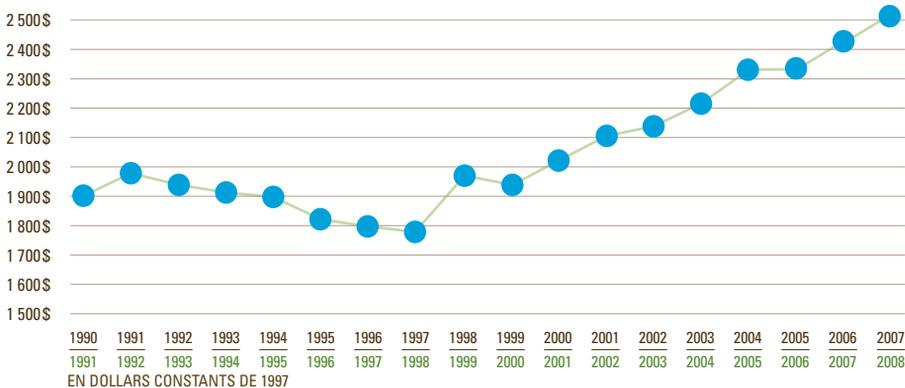
Au Québec, des progrès significatifs ont ainsi été réalisés au cours des dernières années. Par exemple, le taux de mortalité due à une maladie de l'appareil circulatoire a diminué de moitié depuis une vingtaine d'années. En effet, depuis 2000, ces maladies ne constituent plus la principale cause de décès. On constate aussi une hausse continue de l'espérance de vie à la naissance et une baisse constante du tabagisme.

Toutefois, des efforts soutenus doivent continuer d'être déployés. Chez les femmes, l'augmentation du cancer du poumon vient atténuer les modestes gains observés à ce jour pour les autres types de cancers. Chez les hommes, on constate également des problèmes importants, comme la consommation élevée d'alcool et le niveau élevé de mortalité par suicide. La progression de l'obésité est un autre phénomène qui suscite des inquiétudes, compte tenu des conséquences graves qu'il a sur la santé. Enfin, on observe toujours d'importantes disparités de l'état de santé des personnes en défaveur des régions éloignées et des groupes les plus désavantagés socioéconomiquement.

LA RÉPARTITION DES BUDGETS PAR FONCTION (2007-2008)



LA RÉPARTITION PAR PERSONNE : 2 518 \$/HAB. PRÉVUS EN 2007-2008



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les données présentées ci-dessus sont mises à jour annuellement. Celles-ci peuvent être consultées à l'adresse Internet www.msss.gouv.qc.ca/en_bref

LA RÉPARTITION BUDGÉTAIRE DE LA MISSION SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Selon les prévisions budgétaires pour l'année 2007-2008, les montants alloués à la mission santé et services sociaux s'élevaient à 23,8 milliards de dollars. En dollars constants, la répartition par personne se chiffre à 2 518 \$, ce qui constitue une progression pour la neuvième année consécutive. C'est vers les établissements que sont dirigés plus de la moitié des budgets (60 %). Suivent dans l'ordre les soins médicaux et la partie publique du Régime général d'assurance médicaments, dont les budgets sont administrés par la Régie de l'assurance maladie.

Le financement d'une quarantaine de programmes visant des clientèles particulières (ex. : services optométriques et dentaires), de l'Office des personnes handicapées du Québec et des autres organismes-conseils est comptabilisé dans la fonction « Autres ». Enfin, les organismes communautaires (2 %) et l'administration centrale (1 %), incluant les agences, complètent la répartition budgétaire par fonction.

ANNEXE 1

ORIENTATIONS ET POLITIQUES GOUVERNEMENTALES ET MINISTÉRIELLES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Les publications dont le titre paraît ci-après sont disponibles en version électronique à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca/en_bref

Organisation du réseau des services de santé et des services sociaux

Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux (2005)

L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (février 2004)

Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal (octobre 2004)

Rapport du comité sur l'organisation universitaire des services sociaux – Le développement de la mission universitaire dans les établissements du domaine des services sociaux (2005)

Cadre de référence sur les ressources intermédiaires (avril 2001)

Déficience physique

Cadre de référence pour les services surspécialisés de réadaptation en déficience physique (février 2007)

Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009 (octobre 2003)

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

De l'intégration sociale à la participation sociale – Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leur famille et aux autres proches (2001)

Un geste porteur d'avenir – Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches (2003)

Dépendances

Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 (2006)

Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie (2001) – Orientations ministérielles en prévention de la toxicomanie (2001)

Jeunes en difficulté

De la complicité à la responsabilité – Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (avril 2004)

Une responsabilité à mieux partager – Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (février 2004)

Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille (2002)

Médicaments

La politique du médicament (2007)

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité (2005)

Chez soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile (2003)

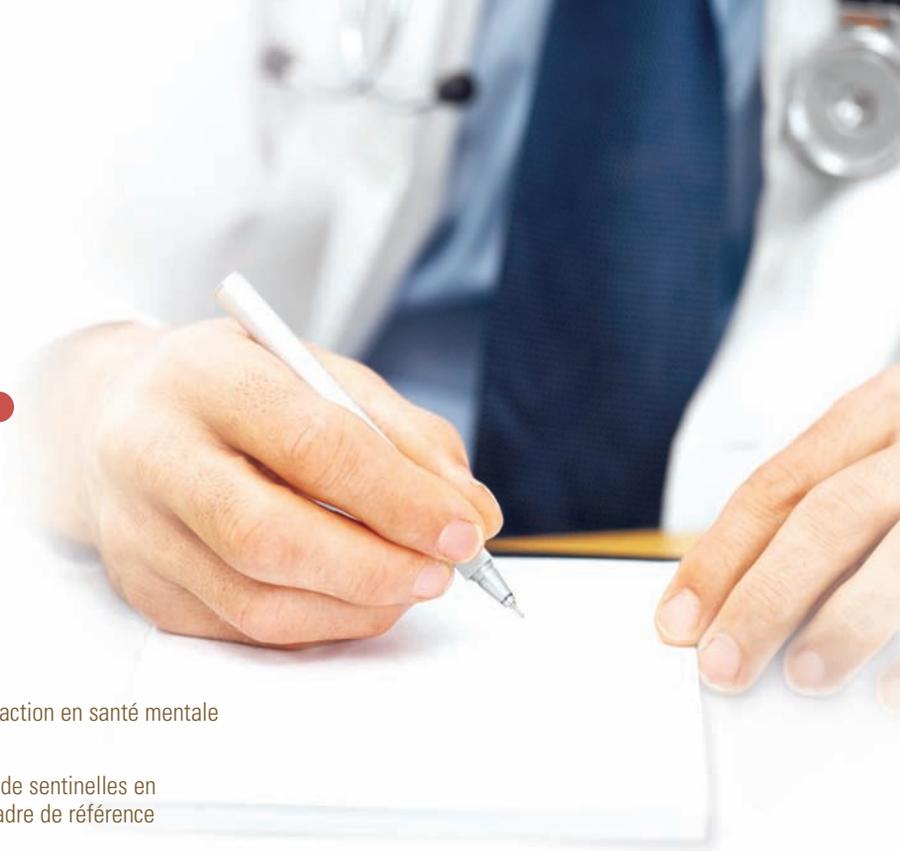
Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Orientations ministérielles (octobre 2003)

Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (2001)

Respect de la personne

Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques (2002)

Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale (mai 2006)



Santé mentale

La force des liens : Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (2005)

L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide – Cadre de référence (septembre 2006)

Santé physique

Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe – Programme québécois de lutte contre le cancer (octobre 1997)

Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004)

Groupes de médecine de famille (GMF) – Fonctionnement et inscription : www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=7402&table=0_

L'organisation des services de génétique au Québec. Plan d'action 2005-2008 (avril 2005)

Urgences préhospitalières – Un système à mettre en place (rapport Dicaire) (2000)

Santé publique

Programme national de santé publique 2003-2012 (2003)

Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009 (2004)

Investir pour l'avenir – Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 (2006)

Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 (2006)

Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (2006)

D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité – Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2005)

Les infections nosocomiales – Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2006)

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Cadre de référence (2004)

Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de la promotion de la santé et de prévention en périnatalité (2001)

Violence conjugale et agression sexuelle

Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (2001)

Politique d'intervention en matière de violence conjugale – Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale (1995)

ANNEXE 2

LISTE DES LOIS DONT LA RESPONSABILITÉ DE L'APPLICATION RELÈVE, PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT, DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les textes des lois dont le nom paraît ci-après sont disponibles en version électronique à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca/en_bref

- Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28)
- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)
- Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01)
- Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (L.R.Q., c. A-33.1)
- Loi sur les cimetières non catholiques (L.R.Q., c. C-17)
- Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (L.R.Q., c. C-32.1.1)
- Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (L.R.Q., c. C-68.1)
- Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. E-12.0001)
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1)
- Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (L.R.Q., c. H-1.1)
- Loi sur les inhumations et les exhumations (L.R.Q., c. I-11)
- Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., c. I-13.1.1)
- Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. L-0.2)
- Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. M-1.1)
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-19.2)
- Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (L.R.Q., c. M-35.1.3)
- Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1)
- Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1)
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)
- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)
- Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1)
- Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2)
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)
- Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5)
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)
- Loi sur le tabac (L.R.Q., c. T-0.01)
- Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (L.R.Q., c. U-0.1)

*Santé
et Services sociaux*

Québec 

www.msss.gouv.qc.ca

07-731-01FAEP