

Le 19 mai 2009

Madame Chantal Tremblay  
Service des affaires corporatives et institutionnelles  
Direction générale de la coordination et du financement  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Ste-Foy, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

**Objet : Recommandation demande de permis CMS  
Institut de chirurgie spécialisée de Montréal inc.**

Madame,

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (l'Agence de Montréal) a reçu une demande de permis de centre médical spécialisé (CMS) de l'Institut de chirurgie spécialisée de Montréal inc.

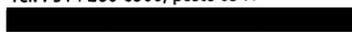
Ci-joint une copie de cette demande ainsi que la recommandation de l'Agence de Montréal.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

  
Éric Landry, Ph. D.  
Agent de planification, de programmation et de recherche

EL/mcr

Pièces jointes : Demande de permis  
Recommandation  
Analyse  
Renseignements additionnels

Tél. : 514 286-6500, poste 6341  


## RECOMMANDATION

Adresse :

**Madame Nancy Kelly  
Institut de chirurgie spécialisée de Montréal inc.  
6100, avenue du Boisé, bureau 112  
Montréal (Québec) H3S 2W1**

Courriel :

Tél. : 514 737-6100

Télec. : 514 737-6153

### **Demande de permis pour les traitements médicaux spécialisés**

#### **Particularités**

Aucune.

#### **Conclusion**

L'Agence de Montréal recommande que l'Institut de chirurgie spécialisée de Montréal inc. devienne un centre médical spécialisé.

### ➤ **Recommandation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal**

Oui



Non



  
Eric Landry, Ph. D.

Agent de planification, de programmation et de recherche

- 1. Identification du CMS faisant l'objet de la demande de permis**  
Complétée.
- 2. Identification de la forme sous laquelle le CMS sera exploité**  
Le CMS sera exploité par des médecins qui ne participent pas au régime d'assurance maladie du Québec.
- 3. Déclaration du requérant**  
Signée.
- 4. Respect des conditions requises selon le règlement sur la délivrance des permis**  
Les conditions requises sont respectées.
- 5. Preuve de la détention d'un contrat d'assurance responsabilité**  
La clinique est assurée par Encon. Les preuves ACPM des médecins sont au dossier.
- 6. Résolution du conseil d'administration**  
Présente au dossier.
- 7. Copie de l'acte constitutif ou du contrat de société**  
Présente au dossier.
- 8. Respect des règles de propriété**  
Les règles de propriété semblent respectées.
- 9. Engagement écrit à afficher, en tout temps, le permis à la vue du public**  
Signé.
- 10. Conformité aux exigences pour les médecins œuvrant en CMS**  
Il y a conformité.
- 11. Impact sur le réseau public**  
L'impact sur le réseau semble négligeable, car cette clinique emploie des infirmières à la retraite et semble stable.
- 12. Obligation de nommer un directeur médical**  
Le D<sup>r</sup> Jacques Toueg sera le directeur médical.
- 13. Obligation d'obtenir un agrément dans le délai prescrit**  
Signée.

## ANALYSE DES DEMANDES DE PERMIS DE CENTRE MÉDICAL SPÉCIALISÉ

L'analyse des demandes de permis de centre médical spécialisé (CMS) demande d'abord de vérifier si l'ensemble des informations nécessaires est présent au dossier. Dans l'éventualité où un ou plusieurs éléments sont manquants, le demandeur doit en être avisé, par courrier, le plus rapidement possible, afin de compléter son dossier. De plus et si cela s'applique, il serait souhaitable d'indiquer, lors de cette correspondance, quels sont les éléments de la demande de permis qui ne sont pas conformes à la loi.

Partie 1. Identification			
Nom du demandeur		Nom du directeur médical	
Madame Nancy Kelly		Dr Jacques Toueg	
Le demandeur indique être médecin?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Le directeur médical est médecin?	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
# de permis du CMQ :		# de permis du CMQ : 100376	
Nom et adresse du CMS		Type (s) de traitement (s) indiqué (s)? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Institut de chirurgie spécialisée de Montréal Inc. 6100, avenue du Boisé, bureau 112 Montréal (Québec) H3S 2W1		Demande CMS <input checked="" type="checkbox"/> Demande CMA <input type="checkbox"/>	
<p><b>Analyse de la partie 1. Identification</b></p> <p><i>S'il manque une information;</i>  <i>Si le demandeur ou le directeur médical n'est pas médecin, membre du CMQ;</i>  <i>Si les traitements ne sont pas indiqués;</i>  <input type="checkbox"/> <b>La demande n'est pas admissible.</b></p> <p><b>Toutefois, poursuivez l'analyse pour indiquer, par écrit, l'ensemble des éléments manquants ou non conformes.</b></p> <p><i>Si toutes les parties sont complétées et tous les éléments sont conformes;</i>  <input checked="" type="checkbox"/> <b>Poursuivez l'analyse.</b></p>			

Partie 2. Complétion du document			
Indiquer si l'élément est présent dans la demande de permis (N)			
Tous les éléments doivent être cochés pour que la demande soit admissible.			
Le formulaire complémentaire est rempli	<input checked="" type="checkbox"/>	La composition du personnel de la clinique	<input checked="" type="checkbox"/>
Le formulaire des engagements est rempli	<input checked="" type="checkbox"/>	Indication de l'adhérence ou non à la RAMQ	<input checked="" type="checkbox"/>
La preuve d'assurabilité	<input checked="" type="checkbox"/>	Engagement de conformité à l'agrément	<input checked="" type="checkbox"/>
La composition de l'équipe de gestion	<input checked="" type="checkbox"/>	Engagement à afficher le permis	<input checked="" type="checkbox"/>
La composition de l'équipe de médecins	<input checked="" type="checkbox"/>	Engagement du directeur médical	<input checked="" type="checkbox"/>

Partie 3. Cadre législatif		
Dans cette partie, tous les éléments positifs (oui) doivent être cochés pour que la demande soit conforme.		
Le demandeur indique-t-il que le CMS est exploité par lui-même ou par un groupe d'investisseurs composés majoritairement de médecins membres du CMQ ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Le demandeur indique-t-il que le conseil d'administration ou de gestion sera composé majoritairement de médecins membres du CMQ ?	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le demandeur indique-t-il que lui-même ou que son groupe sont exclusivement participants ou non participants au régime de la Loi sur l'assurance maladie?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes

L'impact sur le réseau semble négligeable, car cette clinique emploie des infirmières à la retraite et semble stable.

Suivi de la demande		
Date	Suivi	Notes
6 nov. 08	a	
9 avril 09	c, d	
11 mai 2009	g	
<u>Suivi, légende</u> a) Arrivée de la demande à l'Agence b) Éléments non conformes c) Éléments à compléter d) Lettre envoyée au demandeur e) Réception d'un complément d'information f) En cours d'analyse à l'Agence g) Résultat d'analyse envoyé au Msss		

Complété par : Éric Landry

Date : 19 mai 2009