Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

# Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département d'Anesthésiologie

**Novembre 2022**

Québec

*Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.*

## TABLE DES MATIÈRES


CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES ..... 5

SECTION I ÉNONCÉ ..... 5

SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL ..... 5

SECTION III DÉFINITION ..... 6

SECTION IV OBJECTIF ..... 6

CHAPITRE II ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE ..... 6

SECTION I COMPOSITION ..... 6

SECTION II MISSION ET OBJECTIFS ..... 7

SECTION III ORGANISATION DU DÉPARTEMENT ..... 8

SECTION IV NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT ..... 9

SECTION V NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF ADJOINT DE DÉPARTEMENT ..... 14

SECTION VI NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT CISSS) ..... 14

SECTION VII NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT LOCAL) ..... 15

SECTION VIII DÉTERMINATION DU STATUT ET DES PRIVILÈGES DES MEMBRES ..... 16

SECTION IX OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES ..... 17

SECTION X ACTIVITÉS CLINIQUES ..... 18

SECTION XI ACTIVITÉS ACADÉMIQUES D'ENSEIGNEMENT (s'il y a lieu) ..... 20

SECTION XII ACTIVITÉS DE RECHERCHE (s'il y a lieu) ..... 20

SECTION XIII ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE ..... 21

SECTION XIV RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DES RESSOURCES ..... 21

SECTION XV ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX ..... 22

SECTION XVI MÉCANISMES ADMINISTRATIFS ..... 25

CHAPITRE III DISPOSITIONS FINALES ..... 29

SECTION I ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT ..... 29

SECTION II RÉVISION, ABROGATION ..... 29

SECTION III RÉFÉRENCE ..... 30

SECTION IV PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION ..... 30

SECTION V HISTORIQUE DU DOCUMENT ..... 30

CHAPITRE IV ANNEXES ..... 30

# CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## SECTION I ÉNONCÉ

### 1. ÉTABLISSEMENT

Le CISSS de la Montérégie Ouest (CISSSMO) est situé dans la partie ouest de la Montérégie et couvre une superficie de 3 727 km$^2$. Il recoupe totalement ou partiellement cinq municipalités régionales de comté (MRC) (de Roussillon, des Jardins-de-Napierville, de Beauharnois-Salaberry, du Haut-Saint-Laurent et de Vaudreuil-Soulanges).

Plus de 9 500 employés et 550 médecins œuvrent au CISSS de la Montérégie-Ouest à offrir des soins et services à ses différentes clientèles.

Les 13 directions de l'établissement, sous la gouverne de la Direction générale, travaillent en étroite collaboration afin d'offrir à la population des soins et des services de haute qualité et sécuritaires.

### 2. MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT

La Direction générale de notre CISSS, avec l'ensemble du comité de direction, a effectué des travaux de réflexion stratégique dans le but d'adopter une mission, une vision, ainsi que des ambitions et des valeurs organisationnelles.

À l'instar du réseau de la santé et des services sociaux, notre CISSS adhère à la mission et la vision du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, il nous apparaît important, comme organisation, de nous doter d'ambitions, afin qu'elles viennent orienter et teinter davantage nos grands objectifs organisationnels.

De plus, afin de guider l'ensemble de nos actions, cinq valeurs fondamentales, interdépendantes et en équilibre ont été identifiées : Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

## SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL

### 3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT

Le présent règlement est adopté en conformité avec :

1° La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
2° La loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales;
3° La loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux;
4° Le règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
5° Le règlement du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

Toute disposition de la LSSSS ou des règlements précités s'applique, le cas échéant. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ces règlements ont préséance sur le présent règlement.

Les membres du département sont soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

Le règlement est révisé tous les quatre ans et transmis à nouveau aux membres du département.

Les règlements de département sont élaborés par le chef de département après consultation auprès des membres du département. Ils sont par la suite transmis au comité exécutif du CMDP (CECMDP) et puis au CA pour approbation.

### **SECTION III** DÉFINITION

Dans le présent règlement, à moins que le contexte ne s'y oppose, les expressions ou termes suivants signifient :

1° Département : Le Département d'Anesthésiologie;
2° Établissement : Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest;
3° Installation : Lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population. Un établissement comporte généralement plusieurs installations.

### **SECTION IV** OBJECTIF

#### **4.** OBJET DU RÈGLEMENT

De façon générale, le présent règlement a pour objet de déterminer l'organisation du département et ses règles de fonctionnement. En outre, il prévoit :

1° La mission du département; les objectifs et les valeurs du département, en y incluant l'accès, la pertinence et la qualité des soins;
2° Les responsabilités du chef de département et de service;
3° Les responsabilités des membres actifs, associés et conseil du département;
4° L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde; et les activités attendues des membres du département;
5° Le processus de sélection des candidats en vue d'une nomination au sein du département;
6° La procédure applicable aux réunions du département;
7° Les sanctions applicables au non-respect du présent règlement.

## **CHAPITRE II** ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE

### **SECTION I** COMPOSITION

#### **5.** DÉPARTEMENT

Le département regroupe les membres du CMDP de l'établissement qui œuvrent dans un ou plusieurs services du département ou dans un département sans service.

Un membre du CMDP qui détient des privilèges de pratique dans plus d'un département de l'établissement est automatiquement membre de tous ces départements.

Dans le cas où des modalités différentes sont prévues au règlement de ces départements respectifs, les chefs de département concernés seront appelés à confirmer par écrit ces modalités et à convenir de leur application.

### **6.** SERVICE CLINIQUE

Un service clinique au sein d'un département est une entité organisationnelle regroupant des membres du CMDP qui œuvrent dans un domaine ou un environnement spécifique de la médecine, dentisterie ou pharmacie, favorisant l'organisation optimale des soins et services.

Il ne peut y avoir qu'un service par discipline au sein du département (service CISSS). Ce même service peut toutefois être subdivisé en équipes locales dans les différentes installations du CISSS (service local). Lorsque cité dans le présent texte sans précision, il est présumé qu'il s'agisse du service CISSS.

## **SECTION II** MISSION ET OBJECTIFS

### **7.** MISSION DU DÉPARTEMENT

La mission du département s'énonce ainsi :

La mission du département est déterminée en fonction du portfolio de l'établissement et complète plus particulièrement la *mission d'excellence et d'innovation en services diagnostiques et en soins médicaux dentaires et pharmaceutiques spécialisés et surspécialisés* de l'établissement, elle vise à :

1° Offrir des soins complets, de haut niveau et en temps opportun à la clientèle desservie par l'établissement en collaboration avec l'ensemble des professionnels du réseau intégré de soins de santé et de services sociaux;

2° Le cas échéant, participer de concert avec l'Université McGill et le Centre de recherche du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation des technologies ainsi que des modes d'intervention en santé dans le département.

*cf. Annexe B*

### **8.** OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉPARTEMENT

#### **8.1.** SOINS

1° Offrir et dispenser des soins généraux, spécialisés et surspécialisés de qualité et sécuritaires pour les populations locales et régionales, le cas échéant, dans ses domaines de compétence tout en assurant l'optimisation des ressources à sa disposition en prenant en considération l'élément suivant : le respect de la proximité et de la hiérarchisation des services avec les autres établissements du réseau au plan local, régional et suprarégional. La liste descriptive des soins dispensés et la distribution stratégique des sites de leur

dispensation entre les installations sont reprises en annexe pour le département d'Anesthésiologie. Cette liste est extraite du portfolio organisationnel et résume l'offre de soins pour chaque service clinique du département. Chaque révision du portfolio organisationnel sera conséquemment synonyme d'une mise à jour de l'annexe.

2° Assurer l'accès aux soins et services dans les délais prescrits;
3° Répondre à la responsabilité populationnelle de l'établissement;
4° Appliquer les normes de bonne pratique selon les données probantes et la pertinence clinique;
5° Collaborer avec les autres départements de l'établissement dans le cadre de la mission de l'établissement.

### **8.2.** ENSEIGNEMENT (s'il y a lieu)

1° Participer activement à l'enseignement de l'Anesthésiologie au niveau pré gradué, au niveau de la résidence et au niveau postdoctoral, en fonction des effectifs et préalablement déterminé pour chaque service;
2° Participer à la formation des autres professionnels de la santé inscrits à des programmes collégiaux ou universitaires en stage au CISSSMO, en fonction des effectifs et préalablement déterminé pour chaque service;
3° Familiariser les étudiants en médecine et les résidents avec les différentes spécialités médicales, dentaires ou pharmaceutiques, en fonction des effectifs et préalablement déterminées pour chaque service;
4° Favoriser le développement des pratiques novatrices notamment du télé-enseignement au sein du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) pour donner accès aux résidents en médecine, dentisterie et pharmacie, ainsi que le perfectionnement dans le territoire de desserte.

### **8.3.** RECHERCHE (s'il y a lieu)

1° Appuyer le développement de la recherche clinique;
2° Soutenir le recrutement et l'intégration de chercheurs cliniciens au sein du département, en tenant compte des besoins de l'établissement et des ressources disponibles;
3° Favoriser et développer la recherche auprès des étudiants de toute discipline dans l'établissement en respectant les besoins organisationnels ciblés.

### **8.4.** ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES (s'il y a lieu)

Évaluer les technologies nouvelles et existantes eu égard aux soins, aux déterminants de la santé des populations ainsi qu'à leur apport au développement de l'enseignement et de la recherche dans le département.

## **SECTION III** ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

### **9.** DIRECTION

L'organigramme du département s'insère dans le plan d'organisation de l'établissement.
(*cf. Annexe A*)

L'organigramme prévoit un comité de gestion médicale[1]. Ce comité est présidé par le chef de département et a pour fonction de le conseiller et l'assister dans la gestion départementale, notamment l'élaboration des objectifs du département et des priorités annuelles.

### **10.** SERVICES

L'organigramme actuel du Département de l'établissement comprend les services suivants : *(cf. Annexe C)*

| | |
|---|---|
| • Hôpital du Suroît | • Hôpital Anna-Laberge |

## **SECTION IV** NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

### **11.** QUALIFICATIONS

Le chef de département doit être membre actif du CMDP de l'établissement et œuvrer principalement dans son département. Il doit également détenir, selon le département, un certificat de spécialiste en Anesthésiologie ou dans une spécialité d'un des services de son département, émis par le Collège des médecins du Québec. À cet égard, la médecine de famille est une spécialité reconnue par le Collège des médecins.

Le candidat doit :

1° Exercer un leadership mobilisateur au sein de son équipe;
2° Avoir le respect de ses pairs et être crédible auprès d'eux;
3° Avoir de hauts standards de qualité et d'intégrité;
4° Avoir une bonne compréhension du rôle de chef de département;
5° Avoir les habiletés pour coordonner les activités au sein de son département;
6° Avoir une approche axée sur la recherche de solutions mutuellement gagnantes (logiques professionnelle et organisationnelle);
7° Participer activement au développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité des soins au sein du département, incluant leur efficience et leur pertinence clinique;

Être motivé à assumer les responsabilités de la fonction.

### **12.** PROCESSUS DE NOMINATION DU CHEF DE DÉPARTEMENT

Tout département clinique formé dans l'Établissement est dirigé par un chef qui doit être un médecin, un dentiste ou un pharmacien.

Le CA nomme le chef de département après consultation auprès des médecins, des dentistes et des pharmaciens exerçant dans ce département, du Directeur des services professionnels (DSP) et du CECMDP et d'une consultation auprès de l'université, en accord avec les modalités de collaboration au processus défini au contrat d'affiliation universitaire, le cas échéant.

[1] Ce comité pourrait comprendre le chef de département avec tous les chefs à mandat CISSS de chaque service de son département.

Le chef de département clinique est nommé pour au plus quatre (4) ans. Le mandat de chef de département est renouvelable. Cependant, la durée de tout premier mandat d'un médecin chef à la tête d'un département clinique est de deux (2) ans, mais il peut être renouvelé pour un autre terme de deux (2) ans sur émission d'un avis favorable et unanime du CECMDP.

Au plus tard quatre (4) mois avant la fin du mandat, le DSP avise le CA, le CECMDP et le chef de département concerné de la fin du mandat.

Les règles de procédure concernant la nomination pour les postes de chefs de département clinique sont décrites dans le document *Chefs de département médicaux : rôle, procédure de nomination, rémunération*. Cette procédure de nomination s'applique également à tout renouvellement.

## **13.** FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CHEF DE DÉPARTEMENT

Le chef du département exerce les fonctions prévues aux articles 189 à 192 de la LSSSS.

### **13.1.** SOUS L'AUTORITÉ DU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS

Le chef de département exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels (DSP), les responsabilités suivantes :

1° Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens de son département;
2° Gérer les ressources médicales, dentaires et pharmaceutiques de son département et, dans la mesure prévue au plan d'organisation de l'établissement, les autres ressources; le cas échéant;
3° Établir les obligations pour les membres de son département;
4° Élaborer pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales, dentaires ou pharmaceutiques, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins, dentistes et pharmaciens, et s'assurer que ces règles tiennent compte notamment de la nécessité de favoriser l'accessibilité aux services de l'établissement;
5° S'assurer dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services;
6° Faire la liste de garde, ou s'assurer qu'elle soit complétée par le chef de service concerné, conformément aux modalités du système de garde adopté par le CMDP et approuvé par le CA, et veiller à son application;
7° S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques dans son département; avec un souci d'accessibilité, de qualité et de pertinence;
8° Collaborer pour son département à l'identification des indicateurs de qualité et performance;
9° Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le DSP de l'inobservation par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de ces règles;
10° Aviser par écrit le DSP pour tout problème de comportement ou de manquement grave et s'assurer qu'un rapport écrit est versé au dossier professionnel du médecin;
11° Dans l'éventualité où une sanction administrative est imposée, informer le CA de la nature et des motifs ayant justifié celle-ci;
12° Participer aux réunions de la table des chefs de département de l'établissement afin de favoriser une coordination interdépartementale ainsi qu'une représentation des préoccupations des membres de son département;

13° Participer à la cogestion médicale du programme-clientèle auquel son département se rattache.

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, les responsabilités visées au présent point sont exercées par le DSP.

### **13.2.** SOUS L'AUTORITÉ DU CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP :

1° De surveiller la façon dont s'exercent la médecine, la médecine dentaire et la pharmacie dans son département;
2° Le cas échéant, de surveiller les activités visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale (chapitre M-9) qui sont exercées par d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec;
3° Le cas échéant, de collaborer avec le directeur des soins infirmiers à la surveillance et au contrôle de la qualité des actes infirmiers exercés en vertu de l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8);
4° D'élaborer pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires, et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;
5° De donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges et de donner son avis sur le statut à accorder à un pharmacien lors d'une demande de nomination.

Lorsqu'aucun chef de département n'est désigné ou lorsque celui-ci n'est pas un médecin, un dentiste ou un pharmacien, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP.

Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de département définit les devoirs et obligations liés à l'octroi des privilèges de ses membres.

## **14.** FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DU CHEF DE DÉPARTEMENT

### **14.1.** RESPONSABILITÉS DE COGESTION DE PROGRAMME

À titre de cogestionnaire de son programme clientèle d'appartenance, le chef de département assume également les responsabilités suivantes :

1° Participer au développement des orientations stratégiques de l'organisation;
2° Participer au développement de l'offre de services à la population;
3° Proposer les orientations cliniques et scientifiques du programme clientèle auquel son département est impliqué;
4° Concevoir et planifier l'offre de services offerte par son programme à la population;
5° Participer à la planification et à l'organisation des services cliniques de son programme;
6° Participer à la priorisation des projets de développement clinique;
7° Participer au développement de la politique de gestion des lits et de la politique de couverture de garde;

8° Participer à la rédaction du plan triennal de remplacement des équipements médicaux;
9° Participer à la préparation du plan de recrutement quinquennal des effectifs médicaux pour le CISSS;
10° Participer à l'harmonisation des protocoles de soins;
11° Participer à la planification, la priorisation et au suivi des projets de développement cliniques;
12° Collaborer à l'évaluation de la qualité et de l'efficience des pratiques cliniques en fonction des données probantes et des résultats attendus.

## **14.2.** RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS

Le chef du département est responsable du recrutement des médecins en cohérence avec la mission de l'établissement. Pour ce faire, il doit consulter le chef de service concerné. Pour chaque nouveau membre, il s'assure de solliciter l'appui de l'université tel que stipulé dans le contrat d'affiliation qui lie le N/A à l'Université N/A, le cas échéant.

Il peut être appelé à former un comité d'appréciation des candidatures lorsque plus d'un candidat postule sur un poste disponible ou pour des besoins spécifiques. Un compte rendu de ce comité d'appréciation des candidatures doit être fait.

Il donne son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges.

Il donne son avis sur le statut à accorder à un pharmacien lors d'une demande de nomination.

## **14.3.** NOMINATION TEMPORAIRE D'UN PROFESSIONNEL

Le chef de département peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin, un dentiste ou un pharmacien l'autorisation d'exercer sa profession dans le centre ou l'installation exploité par l'établissement. Dans ce cas, il doit aviser immédiatement le PDG, le DSP et le ministre. Cette autorisation est d'une durée maximale de trois mois et ne peut être renouvelée qu'avec l'autorisation du ministre et aux conditions qu'il détermine.

Lorsque le délai pour l'obtention de cette autorisation risque d'être préjudiciable à un usager, tout médecin, dentiste ou pharmacien peut, sans cette autorisation, donner les soins ou les services requis par l'état de l'usager.

## **14.4.** SUSPENSION D'UN MEMBRE DU DÉPARTEMENT

En situation d'urgence ou pour un manquement grave qui occasionne une situation d'urgence, le chef de département peut décréter la suspension des privilèges de tout membre de son département. Il doit alors aviser immédiatement le président du CECMDP et lui transmettre un rapport dans un délai de 4 jours. Une telle suspension sera valide jusqu'à ce que le CA ait pris une décision au sujet du membre suspendu, sans toutefois excéder une période de 20 jours.

## **14.5.** QUALITÉ, SÉCURITÉ ET PERTINENCE DES SOINS

Le chef du département surveille la qualité, la sécurité et la pertinence des soins donnés par les médecins, dentistes ou pharmaciens de son département. Il réalise ou délègue à un membre de son département cette activité en collaboration avec les comités et sous-comités d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du département, tel que défini à la Section XIII du présent règlement.

Il assure le leadership dans l'application des guides de pratique en fonction des résultats probants.

Il s'assure que les médecins maintiennent leur compétence par la participation régulière à des congrès ou symposiums et autres réunions scientifiques du département; ou certifications nécessaires pour la pratique dans le département.

Cela implique que les balises émises par le Collège des Médecins en matière de maintien des compétences sont respectées.

Il établit et met en application les mécanismes de contrôle et d'appréciation des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques posés dans son département, en collaboration avec le CMDP et le DSP. Il s'assure que tous les membres actifs du département participent à l'évaluation de l'acte médical.

## **14.6.** ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE (S'IL Y A LIEU)

### **14.6.1.** EXIGENCES DES DIFFÉRENTS ORGANISMES

Le chef du département s'assure que les exigences des organisations, notamment celles : des organismes de reconnaissance des standards des soins, d'enseignement et de recherche, du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des dentistes et de l'Ordre des pharmaciens, sont respectées.

### **14.6.2.** DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE

Le chef du département soutient la mission de recherche du département, le cas échéant, et encourage les médecins du département à présenter et publier des travaux scientifiques, pour les médecins-chercheurs de son département ou ceux impliqués en recherche, en collaboration avec la direction de l'enseignement et de la recherche.

### **14.6.3.** ENGAGEMENT UNIVERSITAIRE

Le cas échéant, le chef du département coordonne, en collaboration avec la direction de l'enseignement et de la recherche, les activités académiques des membres du département, les moniteurs cliniques des résidents et des étudiants, le tout en respect du contrat d'affiliation avec l'Université McGill et ententes avec les autres Universités et maisons d'enseignement.

## **15.** AUTRES RESPONSABILITÉS OU CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DU CHEF DE DÉPARTEMENT

### **15.1.** RAPPORT D'ACTIVITÉS

Chaque année, le chef de département assisté de son comité de gestion dépose un rapport des activités cliniques, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies du département au DSP et au CMDP.

### **15.2.** REMPLACEMENT TEMPORAIRE

Si le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il pourra déléguer temporairement une partie de ses fonctions à un membre de son département. Advenant qu'un chef de département clinique soit empêché d'exercer ses fonctions pour une période prolongée ou que le poste devienne vacant, le CECMDP recommande au CA la désignation d'un chef intérimaire qui assure le bon fonctionnement du département pendant la période de temps requise à la nomination d'un nouveau chef de département.

### **15.3.** DÉMISSION

Un chef de département peut en tout temps quitter ses fonctions, 60 jours après avoir adressé un avis écrit à cet effet au CA, au CMDP et au DSP.

## **SECTION V** NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF ADJOINT DE DÉPARTEMENT

### **16.** NOMINATION

Le CA nomme le chef adjoint de département après consultation auprès des médecins, des dentistes et des pharmaciens exerçant dans ce département, du DSP et du CECMDP et d'une consultation auprès de l'université, en accord avec les modalités de collaboration au processus défini au contrat d'affiliation universitaire, le cas échéant. Le chef adjoint de département clinique est nommé pour la même durée que celle du chef de département.

### **17.** FONCTIONS

Le chef adjoint de département est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assume localement les fonctions et les mandats qui lui sont confiés par le chef de département. Il assure un rôle décisionnel dans les tâches opérationnelles qui requièrent une représentation permanente locale du chef de département.

### **18.** REMPLACEMENT TEMPORAIRE

Si l'adjoint au chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il pourra déléguer temporairement une partie de ses fonctions à un membre de son département, avec l'accord du chef de département. Il est notamment invité à identifier un remplaçant local au sein de son département pour assumer les tâches opérationnelles qui requièrent une représentation permanente locale du chef de département.

## **SECTION VI** NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT CISSS)

**19.** NOMINATION

Un service CISSS est dirigé par un chef de service sous la responsabilité du chef du département. Ce chef de service est nommé par son chef de département et sa nomination est effective après sur approbation du CECMDP et du DSP.

**20.** FONCTIONS

Le chef de service CISSS est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assure la gestion (niveau local et CISSS) de son service en fonction des attentes signifiées par son chef de département.

Sous la direction du chef de département, il assume les tâches suivantes :

1° Il coordonne les activités exercées dans sa discipline;
2° Il établit une liste de garde pour son service local. Il supervise l'établissement d'une liste locale adéquate pour chacune des installations où son service est représenté. À défaut, cette responsabilité lui revient;
3° Il rédige un règlement pour son service;
4° Il propose au chef de département des règles de soins et des règles d'utilisation des ressources pour sa discipline;
5° Il répond au chef de département de l'ensemble des soins donnés dans sa discipline;
6° Il collabore à la gestion des lits et des plateaux techniques (localement);
7° Il voit à la réalisation au niveau local de l'évaluation de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique;
8° Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service (localement et au niveau CISSS) sont consignées dans des comptes rendus.

En l'absence d'un chef de service CISSS, ces fonctions sont assumées par le chef de département. Un chef de service peut en tout temps quitter ses fonctions, 60 jours après avoir adressé un avis écrit à cet effet au chef de département, au DSP et au CECMDP.

**SECTION VII** NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT LOCAL)

**21.** NOMINATION

Un service local est dirigé par un chef de service sous la responsabilité du chef du département. Ce chef de service est nommé par son chef de département et sa nomination est effective après sur approbation du CECMDP et du DSP.

**22.** FONCTIONS

Le chef de service local est un collaborateur immédiat du chef de service CISSS. Il assure la gestion locale de son service en fonction des attentes signifiées par son chef de département.

Sous la direction du chef de département, il assume les tâches suivantes :

1° Il coordonne localement les activités exercées dans sa discipline;
2° Il établit une liste de garde pour son service (localement);
3° Il répond au chef de service CISSS de l'ensemble des soins donnés dans sa discipline;

4° Il collabore à la gestion des lits et des plateaux techniques (localement);
5° Il voit à la réalisation au niveau local de l'évaluation de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique;
6° Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service local sont consignées dans des comptes rendus.

En l'absence d'un chef de service local, ces fonctions sont assumées par le chef de service CISSS. Un chef de service peut en tout temps quitter ses fonctions, 60 jours après avoir adressé un avis écrit à cet effet au chef de département, au DSP et au CECMDP.

## **SECTION VIII** DÉTERMINATION DU STATUT ET DES PRIVILÈGES DES MEMBRES

### **23.** NOMINATION, RENOUVELLEMENT DE NOMINATION ET CHANGEMENT DE STATUT ET PRIVILÈGES

*(cf. Annexe D)*

Toute demande de nomination doit suivre le processus décrit dans :
1° La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
2° La loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux;
3° Le règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CISSSMO,
En respectant les orientations de gestion des effectifs médicaux dictées par le Ministère.

Le chef de département, de concert avec les chefs de service de son département, doit établir les priorités en termes de recrutement (type de pratique, compétences recherchées (cliniques, enseignement et recherche), lieu de pratique principal et secondaire, etc.).

Dans le cas d'une nouvelle candidature, le chef du service concerné, s'il y a lieu, doit adresser au chef du département sa recommandation écrite. Le chef de département doit transmettre par écrit au comité d'examen des titres son avis sur le statut du membre et, s'il s'agit d'un médecin ou d'un dentiste, sur les privilèges à lui accorder et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges.

Si une demande de privilèges implique un partage d'activités entre deux départements, les chefs des départements concernés doivent être consultés et une entente doit être établie entre ces derniers et idéalement confirmée par écrit.

Lorsqu'il y a plus d'une candidature pour un poste, un mécanisme ou un comité d'appréciation des candidatures doit être mis en place. Ce dernier doit produire un compte rendu en justifiant le choix selon des critères de sélection.

Lors du renouvellement de privilèges des membres actifs, le chef du département et le chef de service vérifient les statuts et privilèges qui doivent être octroyés. Ils évaluent et s'assurent du respect des engagements avant tout renouvellement. Il s'assure également que le médecin a rempli ses obligations et maintenu sa compétence et a obtenu les certifications exigées par le département et en fait rapport au DSP et au Comité d'examen des titres.

La participation active du membre aux activités académiques du département doit également être prise en considération, de même que les activités de formation professionnelle reconnues par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes et l'Ordre des pharmaciens.

### **24.** ATTRIBUTION DU STATUT ET DES PRIVILÈGES

Le statut, les privilèges et les obligations sont attribués selon les règles prévues au *Règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (CMDP) du CISSSMO, assujetti à une signature du membre attestant avoir pris connaissance des privilèges et des obligations qui lui sont octroyés.

Dans tous les cas, l'attribution de privilèges doit prévoir la répartition des activités cliniques, de recherche et d'enseignement, et la répartition doit être inscrite à la résolution du CA.

## **SECTION IX** OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES

Les obligations, devoirs et responsabilités des membres sont prévus dans la résolution par laquelle le CA accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin ou dentiste.

Dans le département d'Anesthésiologie, les membres doivent :

1° Collectivement avec les autres médecins de l'établissement, s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture d'accès aux services de l'établissement;
2° Participer aux activités et au bon fonctionnement du département;
3° Participer aux réunions du département (à définir);
4° Prendre connaissance du Règlement de département pour chaque département dont il est membre, lors de son recrutement initial et à chacune des mises à jours du Règlement, aux quatre ans, et envoyer au CMDP une attestation en ce sens;
5° Respecter le règlement dûment adopté du CMDP et le règlement dûment adopté du département et du service où il exerce;
6° Respecter les règles de soins et les règles d'utilisation des ressources dûment adoptées et en vigueur dans l'établissement;
7° Respecter la répartition et la coordination des activités effectuées par le chef de département ou le chef de service;
8° Respecter les règles du Collège des médecins du Québec quant à la tenue de dossier;
9° Respecter la politique de civilité de l'établissement;
10° Maintenir à jour leur niveau de compétence professionnelle;
11° Participer aux travaux de tout comité auquel ils sont nommés par le CECMDP ou le chef du département;
12° Accomplir les tâches médico-administratives qui leur sont confiées par le chef du département, leur chef de service, le DSP ou le CECMDP;
13° Participer aux activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'acte;
14° Participer aux activités d'enseignement et de recherche (s'il y a lieu);
15° Respecter la liste de garde établie par le chef de département, leur chef de service ou la personne désignée par ce dernier;
16° Aviser le chef du département et le chef de service pour toute absence de plus d'un mois au moins 30 jours avant la sortie de l'horaire, à moins d'une situation exceptionnelle et inattendue;

17° Demander par écrit au chef de service et de département, ainsi qu'au DSP pour une demande de congé prolongé de plus de deux (2) mois au moins quatre (4) mois à l'avance, pour des congés de type perfectionnement, congé sabbatique, etc.

### **25.** PRÉSENCE AUX RÉUNIONS

Le membre actif doit participer obligatoirement par année (présence et absence motivée) à 70 % des réunions de l'ensemble des assemblées du CMDP, des réunions de département et des autres comités dont le membre fait partie. Ce 70 % inclut les absences motivées suivantes :

1° Les congés de maladie;
2° Les congés de maternité;
3° Les vacances autorisées;
4° Les congés sabbatiques;
5° Les congrès;
6° Les gardes;
7° Les gardes à l'urgence (pendant la réunion et la nuit suivante);
8° Les soins actifs auprès de patients;
9° Autres absences motivées après acceptation du président de l'exécutif.

Les présences sont prises à chaque réunion et le cumulatif est déposé au dossier professionnel en vue du renouvellement de son statut et/ou privilège. Si le relevé de présences est non conforme, le membre recevra un avis avec dépôt au dossier professionnel, de se conformer ou de motiver ses absences à l'avenir. Si le membre ne se conforme pas après une année, des sanctions pourraient s'appliquer.

## **SECTION X** ACTIVITÉS CLINIQUES

### **26.** COUVERTURE DES SERVICES PROFESSIONNELS

#### **26.1.** GÉNÉRALITÉS

La couverture clinique non interrompue et dans les délais prescrits des activités de soins constitue l'essence de la tâche professionnelle de la majorité des membres du département. Dans chaque service, les activités de soins sont exercées selon des règles établies en conformité avec les règlements du CMDP et le plan d'organisation et la mission de l'établissement. Ces règles doivent être élaborées par le chef du département.

#### **26.2.** DISPONIBILITÉ AUX ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Afin d'assurer cette couverture ininterrompue, chacun des membres du département devra, au sein de son service, participer à une distribution équitable de l'ensemble des tâches cliniques du service, par installation, et fournir conséquemment une disponibilité d'assignation jusqu'à concurrence de 42 semaines par année, à moins d'une entente unanime de l'ensemble des membres du service concernés dans cette installation. L'établissement d'une telle entente, ou une contribution des membres d'un service, inférieure à ce niveau ne pourra justifier la survenue d'une découverture de service ni le déploiement de démarches de sollicitation d'effectifs à l'interne ou à l'extérieur du CISSSMO.

### **26.3.** ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES

*cf. Annexe E*

## **27.** COUVERTURE DE LA GARDE

### **27.1.** GÉNÉRALITES

Le chef de département doit s'assurer qu'un service de garde non interrompu est établi dans son département et dans chacun des services, et ce, pour chaque installation de l'établissement. Il fait ou délègue la production de la liste de garde et veille à son application.

Pour tous les services du département, la liste de garde complétée devra être soumise minimalement 1 mois (30 jours) avant sa prise d'effet. Les membres d'un service local deviendront imputables, à tour de rôle, de toute découverture au sein d'une liste fournie incomplète après cette date. Aucun congé (vacance, congrès, férié) ne pourra justifier de se soustraire à cette responsabilité.

Le médecin est responsable de ses gardes. S'il ne peut les faire pour des raisons reconnues par le département, il a la première responsabilité de se faire remplacer.

Tout médecin de garde doit être en mesure de communiquer avec l'équipe qui le sollicite à l'intérieur de 30 minutes. Les modalités de délai minimal de disponibilité en présence selon l'urgence et/ou la nécessité d'intervention sont à établir dans les Règlements de chacun des services du département.

Ne pas faire sa garde sera considéré comme un manquement grave et pourrait être passible de sanction administrative ou disciplinaire, et ce dès la première dérogation.

### **27.2.** PRINCIPES DIRECTEURS DE CONTRIBUTION À LA GARDE

Au sein de chaque service du département, la tâche de la garde devra être répartie équitablement entre tous les membres du même service, par installation, à moins d'une entente unanime de l'ensemble des membres du service local concerné.

L'établissement d'une telle entente ne peut avoir pour effet de réduire les effectifs disponibles au point de rendre impossible la couverture locale ininterrompue et deviendrait par conséquent invalide.

### **27.3.** RÈGLES D'ALLÈGEMENT À LA PARTICIPATION À LA GARDE

Pour certains services, des règles pourront être établies afin de prévoir des modalités différentes de participation par un membre en fonction de l'âge, de la maladie ou de tout autre critère. Ces règles ne pourront toutefois être établies et appliquées qu'avec l'approbation majoritaire des membres du service CISSS concerné et l'appui du chef de département.

### **27.4.** HORAIRES DE GARDE

Les heures régulières de service sont du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h. L'horaire d'assignation à la garde implique généralement que le médecin est répondant pour sa discipline à l'extérieur des heures régulières de travail.
*(cf. Annexe F)*

## **SECTION XI** ACTIVITÉS ACADÉMIQUES D'ENSEIGNEMENT (s'il y a lieu)

En vertu du contrat d'affiliation ou d'une entente liant l'établissement à l'université McGill, le département doit maintenir des activités académiques.

Ces activités sont sous la responsabilité des chefs de service et du chef du département.
Tous les patients admis par un membre du département, inscrits à l'urgence ou vus en consultation externe, peuvent être sollicités pour l'enseignement, conditionnellement à obtenir leur consentement.

Le chef du département et les chefs de service peuvent nommer des responsables de l'enseignement afin d'assurer la coordination et le suivi de ces activités, en accord avec la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche.

Les membres du département conviennent que leur pratique comprend un double rôle incluant les activités cliniques et d'enseignement, dans la mesure où les effectifs de ce service le permettent.

Le chef du département, en collaboration avec les chefs de service et la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, doit s'assurer que les étudiants et les résidents ont un environnement et un climat propices à la poursuite de leurs études.

## **SECTION XII** ACTIVITÉS DE RECHERCHE (s'il y a lieu)

La réalisation d'activités de recherche constitue un des objectifs du département. Le chef du département et les chefs de service s'assurent de promouvoir et de maintenir un climat propice à la recherche.

Le chef du département peut nommer, en collaboration avec la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, un responsable de la recherche afin d'assurer le développement, la coordination et le suivi de ces activités. Celui-ci tient un registre annuel des activités de recherche.

Dans toutes les activités de recherche comportant des actes médicaux et impliquant des usagers, les membres du département relèvent de leurs services respectifs même s'ils font partie d'une unité de recherche appartenant à une autre direction.

Le chef de service demeure le premier responsable de la recherche clinique exécutée dans son service.

Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis par le CMDP, le DSP et la *Politique sur la conduite responsable et l'intégrité en Recherche* concernant l'adoption et le suivi des projets de recherche.

Les membres impliqués en recherche doivent suivre les règles et procédures du bon cheminement des projets de recherche adoptés par la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche.

## **SECTION XIII** ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Sous l'autorité du CMDP, le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique a comme objectif principal d'élaborer une démarche d'évaluation de la qualité de l'acte dans un but d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients de notre établissement, et ce, au sein de chacun de nos réseaux locaux de services (RLS). Afin de procéder de façon efficace, un modèle décentralisé de fonctionnement a été retenu.

Chaque chef de département nomme, renouvelle ou remplace, selon la structure désignée pour son département, les responsables de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique au sein des comités départementaux.

Les responsables des comités départementaux doivent produire un rapport de chaque étude ou revue de mortalité et morbidité, et ceux-ci seront transmis au comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique.

Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique est responsable d'étudier ces rapports et de formuler ses recommandations au CECMDP du CISSSMO.
Le CECMDP du CISSSMO prend acte des recommandations et établit les actions à poser, le cas échéant, afin de les actualiser au sein de l'établissement.

Pour plus d'information, le rôle et le fonctionnement du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique sont plus détaillés dans le *Règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* du CISSSMO.

## **SECTION XIV** RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DES RESSOURCES

### **28.** RÈGLES D'UTILISATION DES RESSOURCES MÉDICALES ET MATÉRIELLES

Les responsabilités du chef de département incluent l'obligation d'élaborer des règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles, ainsi que des sanctions administratives possibles lorsqu'il y a contravention à ces règles. Les ressources médicales concernent les effectifs médicaux, notamment l'horaire des médecins, leur charge de travail, le nombre de médecins en fonction des activités et le système de garde. Peuvent également constituer des règles d'utilisation des ressources médicales la gestion des vacances des membres d'un département, la gestion des admissions, la gestion des consultations médicales, etc. Les ressources matérielles concernent les plateaux techniques, notamment le bloc opératoire, l'unité d'endoscopie, l'unité des soins intensifs et l'imagerie médicale, ainsi que les équipements médicaux et autres matériels.

Les règles d'utilisation devraient faire état de règles générales d'utilisation des ressources médicales et matérielles ainsi que des règles spécifiques à chacun des départements ou services. Au nombre des principes généraux applicables, on retrouve ceux de l'accessibilité aux services, du respect des droits et obligations prévus aux lois et aux règlements existants, et de l'obligation d'équité.

Les règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles doivent être approuvées par le CA après avoir obtenu l'avis du CMDP.

Ces règles d'utilisation doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement. Toutefois, ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le CA au médecin ou au dentiste, selon le cas.

Lorsque le chef de département refuse d'élaborer ces règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le DSP ou à défaut le président-directeur général doit les élaborer.

### **29.** RÈGLES DE SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES ET D'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

Les responsabilités du chef de département incluent également l'obligation d'élaborer pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires, et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, ainsi que de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement. Ces règles doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins, dentistes et pharmaciens du département répond à des règles uniques.

Lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles de soins médicaux et dentaires, et les règles d'utilisation des médicaments, ou tarde à le faire, le CA peut demander au CMDP ou au PDG de les élaborer.

Ces règles de soins médicaux et dentaires, et les règles d'utilisation des médicaments entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit au préalable, obtenir la recommandation, le cas échéant, du CMDP et, à l'égard des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8), du Conseil des infirmières et infirmiers.

## **SECTION XV** ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

### **30.** ASSEMBLÉES ORDINAIRES

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Le chef de département détermine la fréquence et le nombre de réunions requises dans son département. Ce dernier doit idéalement tenir au moins quatre assemblées ordinaires par année.

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées ordinaires du département. Il fait également parvenir les procès-verbaux des

réunions de son département au CECMDP de même qu'au DSP et, s'il y a lieu, leur fait des recommandations.

## **31.** ASSEMBLÉES EXTRAORDINAIRES

Les assemblées extraordinaires sont celles où les membres du département discutent de questions ou de problèmes particuliers du département.
Une assemblée extraordinaire du département peut être convoquée en tout temps par avis adressé à chaque membre :

1° Par le chef du département;
2° Par le 50% des membres actifs du département;
3° Par le CECMDP ou par le DSP.

Une telle demande doit être adressée au chef de département et indiquer l'ensemble des questions ou problèmes à discuter.

## **32.** PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES

### **32.1.** L'AVIS DE CONVOCATION

L'avis de convocation doit parvenir aux membres quatorze (14) jours avant la date de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

### **32.2.** L'ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres au moins 24 heures avant la tenue de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

### **32.3.** AJOUT À L'ORDRE DU JOUR

Dans le cadre d'une assemblée ordinaire, tout membre du département peut requérir du chef du département d'ajouter un point à l'ordre du jour. Un sujet n'est soumis à une discussion que s'il a été porté à l'ordre du jour.

Toutefois, seuls les questions ou problèmes indiqués à l'ordre du jour d'une assemblée extraordinaire feront l'objet d'une discussion.

### **32.4.** PRÉSIDENCE

Le chef de département préside les assemblées ordinaires ou extraordinaires. En son absence, il est remplacé à ce titre par une personne qu'il désigne. Sous réserve des dispositions du présent règlement, tout ce qui concerne le déroulement et les procédures à une assemblée relève de sa compétence.

Les questions de procédure non prévues à la LSSSS, au ROAE ou au présent règlement sont régies, en les adaptant, par les règles contenues dans le Guide de procédure des assemblées délibérantes (par exemple : *Université de Montréal, Secrétariat général, ISBN 2-7606-1755-6*).

Le président désigne un membre pour agir à titre de secrétaire de l'assemblée.

**32.5.** DROIT DE VOTE

Seuls les membres actifs[2] ont droit de vote. Le département doit décider qui a le droit de vote (membres actifs, mais aussi possible pour membres associés dans certains départements). Le vote se prend à main levée, sauf si au moins deux membres actifs présents à l'assemblée exigent que le vote soit exercé par scrutin secret. En cas d'égalité des voix, le chef du département jouit alors d'un vote prépondérant.

**32.6.** DÉCISION

Sauf en ce qui concerne l'adoption ou l'amendement du présent règlement, les décisions des assemblées se prennent à la majorité des voix des membres actifs présents.

**32.7.** COMPTES RENDUS

Le secrétaire rédige un compte rendu pour chaque assemblée.

L'original de ces comptes rendus doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

Ces comptes rendus doivent être signés par le chef du département ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des comptes rendus doit être remise au DSP et au secrétaire du CECMDP.

**32.8.** ABSENCE

Toute absence aux assemblées ordinaires du département doit être motivée.

Si un membre du département s'absente de façon non motivée à 30% des réunions de l'assemblée ordinaire au cours d'une année, le chef du département fournira un rapport au CECMDP. De plus, la non-participation aux assemblées départementales ordinaires peut conduire à une remise en question de son statut lors du prochain renouvellement.

**32.9.** QUORUM

Le quorum des assemblées du département est constitué de 50% des membres actifs.

[2] Pour une définition des différents statuts des membres du CMDP, voir le chapitre III du *Règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* du CISSS de la Montérégie-Ouest.

## **33.** COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

Le chef de département peut former des comités pour tout sujet ou tout domaine où il juge approprié de le faire.

Chaque comité départemental détermine l'horaire de ses réunions, selon les besoins de son mandat.

Chaque comité départemental fait rapport au chef du département dans les délais demandés.

## **34.** RÉUNIONS DU COMITÉ DE GESTION MÉDICALE

Le comité de gestion médicale du département formé conformément au point 10 doit déterminer la fréquence de ses rencontres ainsi que les modalités de fonctionnement. Ce comité est sous la présidence du chef de département.

Un compte rendu est rédigé pour chacune des réunions.

# **SECTION XVI** MÉCANISMES ADMINISTRATIFS

## **35.** VACANCES ET FORMATION CONTINUE

À moins d'une entente unanime par l'ensemble des membres d'un service local, chaque membre du département peut réclamer jusqu'à 10 semaines de congé par année, répartie comme il le convient (voir point 27).

Les demandes de congé doivent être soumises au chef de service dans un délai suffisant pour permettre l'établissement de la liste de garde de la période concernée (1 mois avant la date limite de soumission de ladite liste).

Il n'est pas possible d'accorder, par service local, des congés à un nombre de membres simultanés (2 ou plus) qui précipiteraient une découverture des assignations essentielles de ce service local, incluant la garde.

## **36.** CONGÉ SABBATIQUE ET CONGÉ DE SERVICE

Le congé de service ou congé sabbatique est une période d'arrêt complet des activités professionnelles d'un médecin ou d'un dentiste à l'intérieur de l'établissement.

Un médecin ou un dentiste doit demander un congé sabbatique ou de service s'il a l'intention de s'absenter pour une période de plus de deux (2) mois. Cette demande doit être faite quatre (4) mois avant la date prévue du congé. Un médecin ou un dentiste peut demander un congé sabbatique ou un congé de service pour une durée maximale de douze (12) mois, à moins qu'il ne soit renouvelé. Deux (2) mois avant la fin de ladite période, le médecin ou le dentiste doit signifier par écrit à l'établissement s'il revient exercer ou non au sein de cet établissement. À défaut d'un tel avis, et ce, dans les délais mentionnés, le CMDP prendra les dispositions nécessaires et au besoin pourra faire déposer une plainte pour non-respect des règles. Un congé

de service ne peut être renouvelé de façon consécutive qu'une (1) seule fois, après entente avec le chef du département concerné.

En ce qui concerne les pharmaciens, membres du CMDP, les délais et les conditions concernant les congés de service sont ceux entérinés dans l'entente MSSS-APES.

Un médecin qui obtient un congé sabbatique ou un congé de service garde sa place au plan des effectifs médicaux de l'établissement et peut être remplacé de façon temporaire.

Le congé est accordé par le DSP après consultation du CECMDP. Lorsqu'un congé lui est accordé, un médecin ou un dentiste est exempté de l'obligation d'assister aux réunions du conseil, aux réunions de département et aux réunions de service.

## **37.** CONGÉ DE MATERNITÉ, DE PATERNITÉ OU D'ADOPTION

Dans le cas d'une naissance ou de l'adoption d'un enfant, le CMDP du CISSSMO reconnait le privilège à tous les médecins et dentistes de prendre congé au même titre que tous les employés salariés au Québec et applique conséquemment les mêmes règles et principes. Dans tous les cas sauf situation non prévisible (ex. retrait préventif), le membre doit en aviser le chef de département au moins trois (3) mois à l'avance.

Définitions :

1° Congé de maternité : pour la mère biologique;
2° Congé de paternité : pour le père biologique (ou conjointe de la mère biologique)
3° Congé parental : s'applique aux deux parents, biologiques ou adoptifs.

**Période et durée des congés de maternité, de paternité et parental**

*(À compter du 1er janvier 2021)*

| Je suis un(e) | Je peux prendre un : | Le congé peut débuter au plus tôt : | Le congé doit finir au plus tard : | La durée du congé est : | La durée maximum du congé si regroupés (semaines) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Mère biologique** | Congé de maternité | 16 semaines avant la date prévue de l'accouchement. | 18 semaines après l'accouchement. | De 18 semaines continues maximum. | 52 semaines |
| | Congé parental | La semaine de naissance de l'enfant | 70 semaines après la naissance de l'enfant | De 34 semaines continues maximum. | |
| **Père biologique** | Congé de paternité | La semaine de naissance de l'enfant. | 52 semaines après la naissance de l'enfant. | De 5 semaines continues maximum. | 39 semaines |
| | Congé parental | La semaine de naissance de l'enfant. | 70 semaines après la naissance de l'enfant. | De 34 semaines continues maximum | |
| **Parent adoptif (mère ou père)** | Congé parental | La semaine où l'enfant m'est confié. | 70 semaines après que l'enfant m'est confié. | De 52 semaines continues maximum. | 52 semaines |

Le congé parental d'une durée maximale de 34 semaines est non fractionnable et peut être pris par chacun des deux parents à la suite du congé de maternité ou de paternité, le cas échéant.

Le congé parental pour adoption d'une durée maximale de 52 semaines est non fractionnable et peut être pris par chacun des deux parents.

**37.1.** ACCOMMODEMENTS PENDANT LA GROSSESSE

Certaines activités nécessitant une posture rendue difficile par la grossesse, une station debout prolongée ou un effort physique contre-indiqué en grossesse peuvent être arrêtées à partir de 24 semaines.

Pendant la grossesse, la personne peut être dispensée des gardes de soir et de nuit à partir de 24 semaines.

**38.** REMPLACEMENT

Dans toute circonstance imprévisible, où le médecin n'est pas en mesure de voir à son remplacement, il appartient, selon le cas, aux chefs de service et au chef du département de s'assurer du remplacement si nécessaire de tout individu occupant une fonction quelconque au sein du département par un membre du département, et d'en aviser le DSP et le CMDP.

## **39.** MODIFICATION DES ACTIVITÉS POUR CAUSE DE MALADIE OU PRÉRETRAITE

Dans toute circonstance où la modification des activités cliniques pour cause de maladie ou la préretraite aurait pour effet de modifier les obligations ou privilèges d'un membre du département, les orientations émises par le ministère de la Santé s'appliquent.

## **40.** CESSATION PERMANENTE D'EXERCICE

Au risque d'être considéré comme professionnel non participant, le médecin ou le dentiste est tenu d'aviser par écrit le CA de sa décision de cesser d'exercer sa profession dans l'établissement au moins soixante (60) jours avant son départ. Lorsque le CA est saisi de la démission du membre, elle devient irrévocable. Le CA peut toutefois autoriser un médecin ou un dentiste à cesser d'exercer sa profession au sein de l'établissement sans préavis ou à la suite d'un préavis de moins de soixante (60) jours s'il juge que son départ n'a pas pour effet d'affecter la qualité ou la suffisance des services médicaux ou dentaires offerts à la population desservie par l'établissement.

Tout médecin ou dentiste qui cesse sans l'autorisation du CA d'exercer sa profession au sein de l'établissement sans avoir donné un préavis d'au moins soixante (60) jours s'expose à des mesures administratives, tel que décrit à l'article 257 de la LSSSS.

### **40.1.** OBLIGATIONS DU MEMBRE DÉMISSIONNAIRE

Tous les dossiers devront être parachevés avant le départ ou l'absence prolongée dudit membre.

Le membre démissionnaire doit s'assurer que tout usager pour lequel une demande d'admission a été faite à son nom ait reçu les instructions appropriées. Il doit s'assurer que tous les résultats d'examens demandés par lui aient un suivi adéquat.

Le membre démissionnaire doit aviser de son départ les usagers dont il a la responsabilité, s'assurer de leur suivi et, si nécessaire, de leur transfert auprès d'un collègue. Il doit transférer à un collègue toute demande de consultation qui lui a été adressée.

Au moins trente (30) jours avant la date effective de son départ, le membre démissionnaire devra aviser son chef de département des démarches prises et qu'il entend prendre en vue de remplir ses obligations.

## **41.** SANCTIONS ADMINISTRATIVES

Lorsqu'un médecin, dentiste ou pharmacien enfreint une des règles eu égard à l'utilisation des ressources prévues au présent règlement, ou qu'il néglige de respecter les délais essentiels à la tenue des dossiers et leur parachèvement, le chef de département peut demander au DSP d'appliquer, conformément au troisième paragraphe de l'article 204 de la LSSSS, les sanctions administratives prévues ci-dessous. Ces sanctions administratives pourront avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit dudit médecin, dentiste ou pharmacien d'utiliser les ressources de l'établissement pour une période de temps.

Des mesures administratives ne viennent pas modifier les privilèges du médecin, dentiste ou pharmacien et leur application ne peut être reconnue comme une limitation à la jouissance de ses privilèges ni ne dispense le médecin de ses obligations.

De plus lors des périodes de sanctions administratives, le médecin ou dentiste préserve l'obligation de la garde.

Ce faisant, le DSP devra, préalablement à l'application de ces sanctions administratives, indiquer au médecin ou au dentiste visé, par écrit, la nature de la contravention et la teneur de la sanction administrative applicable; il doit aussi lui fournir l'occasion de se faire entendre.

L'application des sanctions administratives obéira à un principe d'escalade en fonction des récidives. En ce sens, le médecin qui déroge à différentes règles, simultanément ou en séquence, sera réputé réfractaire à un mode de fonctionnement collégial régi par des règles organisationnelles et, en conséquence, s'exposera possiblement à une telle escalade :

1° Une première infraction pourra entraîner un avertissement verbal;
2° Une deuxième infraction pourra entraîner un avertissement écrit, résumant l'avis verbal donné et son contenu ainsi que la deuxième offense;
3° Une troisième infraction pourra entraîner la suspension du droit d'utiliser les ressources du département, en partie ou totalement, pendant une période de temps à préciser.

À noter qu'il incombera aux membres du service local d'assurer la découverture partielle de service que l'application d'une telle sanction pourrait précipiter.

*Toutes les correspondances issues de l'application des sanctions administratives seront versées au dossier professionnel du médecin ou dentiste concerné. Au moment du renouvellement des privilèges, ces documents seront considérés et pourraient justifier le non-renouvellement des privilèges d'un membre du département ayant cumulé de multiples manquements.*

## **CHAPITRE III** DISPOSITIONS FINALES

### **SECTION I** ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT

**42.** Le présent règlement et ses amendements entrent en vigueur sur l'adoption par la majorité des membres actifs du département. Il doit par la suite recevoir l'approbation du CECMDP et être soumis au CA de l'établissement.

Le règlement en cours est en vigueur tant et aussi longtemps qu'une nouvelle version n'est pas approuvée par le CMDP et le CA de l'établissement.

### **SECTION II** RÉVISION, ABROGATION

**43.** Le présent règlement du Département d'Imagerie médicale doit être révisé à tous les quatre ans, après son adoption.

### **SECTION III** RÉFÉRENCE

**44.** Énumérer les documents consultés pour la rédaction de ce règlement.

1° Projet de règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de la Montérégie-Est

### **SECTION IV** PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION

| Processus d'élaboration/Révision | | |
|---|---|---|
| **Rédigé par** | Dre Lynne Dumais | 2022-09 |
| **Révisé par** | | |
| **Personnes consultées** | Le département d'Anesthésiologie | 2022-10-25 |

### **SECTION V** HISTORIQUE DU DOCUMENT

| Historique du document | | |
|---|---|---|
| **Approuvé par** | Le Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | **Date** 2022-11-07 |
| **Approuvé par** | Le Conseil d'administration | **Date** 2022-11-23 |
| **Commentaires** | Approuvé par le CA le 23 novembre 2022 par la résolution CA-20221123-13. | |

## **CHAPITRE IV** ANNEXES

ANNEXE A – ORGANIGRAMME DU DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE
ANNEXE B – MISSION ET PHILOSOPHIE
ANNEXE C – NOMINATION DES MEMBRES
ANNEXE D – ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES AU DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE
ANNEXE E – HORAIRES DE GARDE
ANNEXE F – SERVICE

**ANNEXE A**

ORGANIGRAMME DU DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE
*(cf. Point 9)*




**LÉGENDE**

| | |
|---|---|
| **Pôle 1** : | Vaudreuil-Soulanges<br>Suroît<br>Haut-Saint-Laurent |
| **Pôle 2** : | Jardins-Roussillon<br>Les régionaux en réadaptation |
| **(1) et (2)** : | Changement à prévoir à moyen terme, travail de collaboration |
| | Le chef du département et l'adjoint au chef sont de provenance de 2 pôles différents |

**ANNEXE B**

MISSION ET PHILOSOPHIE
*(cf. point 7)*

Le Département d'anesthésiologie a pour mission, dans les secteurs suivants :

1° Salle d'opération et salle de réveil;
2° Chirurgie d'un jour;
3° Obstétrique;
4° Service d'analgésie postopératoire (S.A.P.O.);
5° Clinique de préadmission;
6° Les différentes unités de soins;
7° Et partout dans l'établissement où nos services sont requis à des degrés divers.

**ANNEXE C**

SERVICE
*(cf. point 10)*

La répartition des effectifs médicaux du département, en particulier ceux d'un même pôle, sera déterminée par le chef de département en fonction des besoins d'effectifs pour assurer la desserte des besoins populationnels. C'est le chef qui, ultimement, déterminera le service où les soins anesthésiques seront prodigués après consultations des membres du département, tenant compte dans la mesure du possible des désirs exprimés ou des expertises particulières de ceux-ci.

**ANNEXE D**

NOMINATION DES MEMBRES
*(cf. point 23)*

## 23.1 CRITÈRES

Médecin diplômé en anesthésiologie possédant un permis de pratique en anesthésiologie du Collège des médecins du Québec.

**ANNEXE E**

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES
AU DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE
*(cf. point 26.3)*

### 26.3.1 RÈGLEMENTATION MÉDICALE À LA SALLE D'OPÉRATION

Les règlements s'appliquant au bloc opératoire sont ceux adoptés par le Comité du bloc opératoire.

### 26.3.2 L'ANESTHÉSIE PROPREMENT DITE

On ne saurait accepter que le médecin qui pratique la chirurgie administre en même temps l'anesthésie, sauf pour ce qui est des interventions pratiquées sous infiltration locale au bloc opératoire.

### 26.3.3 LA SALLE DE RÉVEIL

À la salle de réveil, la responsabilité médicale est assumée par le département d'anesthésiologie. Les anesthésiologistes sont responsables des bénéficiaires, tant que ceux-ci ne sont pas en état de quitter la salle de réveil.

### 26.3.4 LA SALLE D'INDUCTION

La salle d'induction peut se trouver à la salle de réveil. Elle doit contenir les instruments nécessaires à la performance de bloc ou autres procédures pouvant être effectuées à cet endroit. Il peut y avoir des ajustements dans l'utilisation en fonction des circonstances et du site. L'objectif de son utilisation est de minimiser le temps entre les cas en salle d'opération. Une surveillance continue avec monitorage par du personnel dédié et dûment qualifié est requise.

### 26.3.5 L'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

Toute anesthésie obstétricale générale ou régionale est administrée par un membre du Département d'anesthésiologie.

Durant la semaine, de jour, soit du lundi au vendredi, c'est l'anesthésiologiste Hors-Bloc (HB) qui assure l'anesthésie régionale obstétricale. En son absence, c'est l'anesthésiologiste de garde qui le remplace.

Aucune anesthésie, tant générale que régionale, n'est tentée sans l'assentiment de l'accoucheur. L'accoucheur doit autant que possible, communiquer avec l'anesthésiologiste pour assurer un bon service.

Pendant la programmation opératoire, et en l'absence de l'anesthésiologiste attitré aux étages (Hors-Bloc), une intervention pourra être retardée pour permettre à un anesthésiologiste (en général l'anesthésiologiste de garde) d'aller procéder à une anesthésie obstétricale. Il appartient au chef de Département d'anesthésiologie ou à son remplaçant, ou l'anesthésiologiste de garde, de désigner l'anesthésiologiste en question.

L'anesthésie régionale sera effectuée selon le protocole élaboré par le Département d'anesthésiologie

L'administration continue, sous perfusion, d'une faible dose d'anesthésiques locaux (dilués) par voie péridurale, avec ou sans ajouts de narcotique, est associée à une incidence très faible de complications significatives. Par conséquent, il n'est pas nécessaire que l'anesthésiologiste reste présent ou soit immédiatement disponible pendant le maintien de la perfusion péridurale à condition que :

- L'on dispose de protocoles de soins appropriés pour les patientes recevant une analgésie péridurale;
- L'on puisse joindre l'anesthésiologiste pour obtenir conseils et instructions.

Par contre, un bolus d'anesthésiques locaux administré par cathéter péridural, ou par cathéter ou aiguille présumé être dans l'espace péridural, peut entraîner des complications immédiates mettant la vie en danger. C'est pourquoi, lorsqu'un bolus d'anesthésiques locaux est administré par cathéter péridural (sauf pour l'APCP), un anesthésiologiste doit être disponible pour intervenir comme il se doit en cas de complications.

### 26.3.6 LE SERVICE D'ANALGÉSIE POSTOPÉRATOIRE (SAPO)

Les anesthésiologistes assurent les services d'analgésie postopératoires suivant :

- Analgésie contrôlée par le patient (ACP-PCA) ;
- Analgésie péridurale continue
- Analgésie par voie rachidienne (épimorph)
- Analgésie par bloc nerveux périphérique continue

C'est l'anesthésiologiste en charge du patient qui décide, conjointement avec le patient, du type d'analgésie et qui amorce la thérapie.

### 26.3.7 L'ANESTHÉSIOLOGISTE HORS-BLOC (HB) :

Outre sa tâche d'anesthésiologiste en salle d'opération, à tour de rôle, un anesthésiologiste sera assigné aux étages (Hors-Bloc). Sa tâche sera de couvrir les consultations aux étages, le service d'obstétrique, la clinique de préadmission, le service d'analgésie postopératoire (S.A.P.O.) et les appels d'urgence. Il sera en fonction de jour, du lundi au vendredi. En dehors de ces heures, ou en son absence, c'est l'anesthésiologiste de garde qui est responsable de la continuité des soins.

### 26.3.8 LA CLINIQUE DE PRÉADMISSION

La clinique de préadmission est ouverte 5 jours par semaine. Les infirmiers y évaluent les dossiers et selon les ordonnances collectives, ils font réviser les dossiers par les anesthésiologistes ou les demandent en consultation.

Les consultations sont effectuées selon les besoins.

L'anesthésiologiste Hors-Bloc ou l'anesthésiologiste de garde en son absence, répond aux questions des infirmières de la clinique de préadmission au besoin.

L'anesthésiologiste est celui qui donne l'accord final, à savoir si la condition médicale du patient lui permet de subir une intervention chirurgicale ou non.

### 26.3.9 ABSENCE DU CHEF DE DÉPARTEMENT OU DE L'ASSISTANT-CHEF

En l'absence du chef ou l'assistant-chef de département, l'anesthésiologiste de garde devient immédiatement celui qui le remplace en tant que coordonnateur des activités du bloc opératoire à moins qu'un membre n'ait été préalablement désigné.

### 26.3.10 VACANCES

La distribution des vacances ainsi que les gardes de jours fériés se feront chaque année lors d'une réunion de département à l'intérieur de chaque service. Des changements subséquents peuvent se faire, mais par un processus d'échange de gré à gré. L'anesthésiologiste doit ajuster ses activités en fonction de ses responsabilités. Le chef d'anesthésiologie devra s'assurer que les changements n'ont pas d'impact sur le fonctionnement du Département. Les congés, incluant les congés sabbatiques, ainsi que les vacances, seront octroyés selon les ressources du département à l'intérieur de chaque service. Les choix de vacances et de congés se font d'une façon équitable, basés sur une rotation annuelle qui doit être approuvée par la majorité des membres du département de chaque service.

Lorsqu'un membre fera une demande de congé sabbatique, ce dernier ne pourra pas refaire une autre demande avant 5 ans, et ce, malgré les dispositions dans les règlements généraux étant donné les particularités de la garde en anesthésie. Par ailleurs, il y aura une limite d'attribution d'un seul congé sabbatique à la fois dans chaque service afin d'éviter un risque de découverture et une surcharge pour les autres collègues. Ces autorisations pourraient être modifiées à la discrétion du chef de département, ou de son adjoint, selon les circonstances particulières au sein d'un service qui pourraient survenir, et ce, en fonction des capacités des membres restants pour assurer la continuité des soins.

Toutes absences en dehors de celles approuvées en réunion de département seront considérées illégitimes, sauf celles motivées par une maladie ou une situation personnelle urgente et approuvée par le chef du département. Ces absences seront signalées au DSP pour des mesures disciplinaires.

### 26.3.11 AJOUT/ SUPPRESSION/ MODIFICATIONS DE SERVICES RENDUS DANS LE DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIOLOGIE

À cause de l'évolution constante de la pratique médicale, ainsi que des ressources hospitalières et des besoins de la clientèle, il faut parfois procéder à une réévaluation des services offerts par le département. Une telle évaluation sera effectuée en réunion de département.

Tout changement à la pratique médicale ou organisationnelle du département d'anesthésiologie doit être approuvé en réunion par une majorité des membres du département. Ces modifications seront signalées au DSP et à l'exécutif du CMDP. Les membres devront adhérer au changement pour assurer une cohésion dans le département.

En cas de litige, le DSP tranchera.

**ANNEXE F**

HORAIRES DE GARDE
*(cf. point 27.4)*

Chaque membre du Département d'anesthésiologie est de garde à tour de rôle, selon un horaire préparé sous l'autorisation du chef de Département d'anesthésiologie et communiqué à chaque membre de même qu'au bloc opératoire et à l'administration.

La personne qui sera désignée dans chaque service pour établir la liste de garde veillera à tenter de tenir compte, si possible, de quelques demandes particulières par les membres si elle est en mesure de le faire. Il n'y aura aucune obligation de confectionner les listes à partir de ces demandes et ce sera selon les priorités de choix préalablement établies par période qui trancheront en cas de litige. En aucun temps il ne sera toléré que les membres donnent des disponibilités pour être de garde avec des contraintes (au lieu de quelques non-disponibilités) afin d'éviter les difficultés d'élaboration des listes et forçant ainsi l'horaire des collègues à se conformer. Dans l'éventualité où plusieurs membres voudraient se charger de la liste de garde, le responsable sera déterminé par la majorité.

Les heures de garde commencent à 8h pour se terminer à 8h le lendemain matin. Il n'y a pas de transfert obligatoire entre anesthésiologistes sauf lorsque cela est pertinent (cas en cours, caractéristiques d'un patient, suivi à faire). Si l'anesthésiologiste inscrit sur la liste de garde n'est pas accessible, celui qui termine la garde sera la première personne à être contactée. On pourra par la suite tenter de rejoindre le chef de département ou son adjoint suivi d'appels aux anesthésiologistes du service. En cas de difficultés persistantes, le DSP pourra être contacté pour documenter la problématique et voir s'il y a une solution à court terme. Si le médecin affecté à la garde n'est pas présent, pour quelque raison que ce soit, le chef du département ou en son absence, le DSP, peut immédiatement affecter un autre médecin pour le remplacer.

La garde est répartie équitablement entre les membres, et ce, sans égard à la pratique temps plein ou partiel. Ceci inclut les fins de semaines et congés fériés à être répartis également, peu importe s'il y a une diminution de la pratique au sein du service. Des accommodements pourront être faits afin d'alléger le nombre de gardes d'un membre à temps partiel si la majorité accepte de le faire et que ceci est possible sans alourdir indûment la tâche des autres. L'accès au plateau technique (salle d'opération) sera proportionnel au nombre de gardes effectuées (moyenne de groupe). Advenant le cas où un anesthésiologiste diminue sa pratique en termes de fréquence de gardes de manière transitoire ou permanente, en cas de congés forcés, la répartition se fera en fonction du pourcentage d'activité de garde. Exemple, si un anesthésiologiste travaille à temps partiel (maladie, grossesse, retraite progressive) à raison de 50% des gardes par mois, il aura accès au plateau technique à 50% également et s'il y a des congés forcés, il aura 50% de ce nombre.

Le membre d'un département est totalement responsable de la garde qui lui est attribuée et il doit en assurer le remplacement en cas de maladie ou de vacances. Tout changement à la liste de garde doit être signalé au chef de département, ou à la personne désignée à sa confection, ainsi qu'à la direction des services professionnels.

La semaine, de jour, c'est l'anesthésiologiste Hors-Bloc qui sera rejoint en cas d'urgence. En son absence, c'est l'anesthésiologiste de garde qui prend les appels.

L'anesthésiologiste de garde a congé le lendemain de sa garde sauf dans des situations à sa demande.

L'anesthésiologiste de garde doit être disponible et pouvoir être contacté en tout temps. Il faudra cependant allouer 30 minutes pour son arrivée, puisque la garde peut être faite à la résidence de l'anesthésiologiste et/ou à l'hôpital.

L'anesthésiologiste de garde coordonne les activités du bloc opératoire selon le système de priorité décrit dans les règlements de ce dernier.

À 60 ans et après avoir pratiqué pendant au moins 10 ans dans notre département un anesthésiologiste pourra demander d'être exempté de faire de la garde ou une diminution de la charge de garde. Cette demande sera étudiée lors d'une réunion de département et suivant un vote majoritaire des membres présents, cette demande pourra être acceptée ou non. Certaines conditions pourraient s'appliquer à cette acceptation.

La liste des médecins de garde doit être disponible en tout temps et le chef du département, ou la personne responsable de sa confection, doit la maintenir à jour constamment et remettre à chaque médecin de son département une copie de cette liste. Elle devra également être remise au DSP quinze (15) jours précèdent le premier du mois.

*Centre intégré*
*de santé*
*et de services sociaux*
*de la Montérégie-Ouest*

Québec