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

Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de Médecine d'urgence

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 DE MÉDECINE D'URGENCE 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) 21

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

SECTION XIV RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DES RESSOURCES 22

SECTION XV ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX 23

SECTION XVI MÉCANISMES ADMINISTRATIFS 25

CHAPITRE III DISPOSITIONS FINALES 29

SECTION I ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT 29

SECTION II RÉVISION, ABROGATION 30

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 de Médecine d'Urgence;
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 DE MÉDECINE D'URGENCE

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 N/A à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation des technologies ainsi que des modes d'intervention en santé dans le département.

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 de médecine d'urgence. 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 la médecine d'urgence 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 :

• Urgence Hôpital Anna-Laberge	• Unité d'hospitalisation brève Hôpital Anna-Laberge
• Urgence Hôpital Barrie Memorial	• Unité d'hospitalisation brève Hôpital du Suroît
• Urgence Hôpital du Suroît	• Clinique de relance

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 médecine familiale ou en médecine d'urgence 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;
8° 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)

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

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 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 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 président-directeur général (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.

(cf. Annexe H)

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

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 de régie interne 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 de du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* 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 de médecine d'urgence, 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.

(cf. Annexe E)

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.
(cf. Annexe C et Annexe F)

26.3. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES
(cf. annexe B)

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.

Étant donné la particularité du Département de médecine d'urgence, une couverture continue doit être assurée. Dans ce contexte, les heures de service sont 24h, et ce, tous les jours de l'année, sans exception. Ainsi, l'assignation est sous la forme de quart de travail.
(cf. Annexe C et Annexe D).

Toute modification de couverture de garde doit être partagée à la personne responsable de l'horaire et/ou le chef de département. Une liste téléphonique à jour doit être maintenue selon les critères demandés par le chef de département.

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.
(cf. annexe D – pour les particularités à l'urgence)

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 PDG 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% + 1 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 sept (7) 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.

[2] Pour une définition des différents statuts des membres du CMDP, voir le chapitre 3 des Règlements de régie interne du CMDP du CISSS de la Montérégie-Ouest.

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 50% 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% + 1 des membres actifs.

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
(cf. Annexe F)

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 14 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.

<u>Définitions :</u>

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 Congé parental	16 semaines avant la date prévue de l'accouchement. La semaine de naissance de l'enfant	18 semaines après l'accouchement. 70 semaines après la naissance de l'enfant	De 18 semaines continues maximum. De 34 semaines continues maximum.	52 semaines
Père biologique	Congé de paternité Congé parental	La semaine de naissance de l'enfant. La semaine de naissance de l'enfant.	52 semaines après la naissance de l'enfant. 70 semaines après la naissance de l'enfant.	De 5 semaines continues maximum. De 34 semaines continues maximum.	39 semaines
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 20 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.

Après entente auprès du chef de département, un membre à la préretraite pourrait être dispensé de faire des quarts de nuit. Le membre en question pourrait diminuer son nombre total de quarts ou diminuer le nombre de quarts consécutives.

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 lDrea 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 de Médecine spécialisée 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 France Fréchette, chef du département de médecine d'urgence	2022-05
Révisé par		
Personnes consultées	Le département de médecine d'urgence	2022-05

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
ANNEXE B – ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES
ANNEXE C – DISPONIBILITÉ AUX ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES
ANNEXE D – GESTION DES HORAIRES
ANNEXE E – OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS PARTICULIÈRES DES MEMBRES
ANNEXE F – RÈGLEMENTS DES SERVICES LOCAUX – DISPONIBILITÉ AUX ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES
ANNEXE G – DOUBLE CHEFFERIE DU CHEF ET DE L'ADJOINT COMME CHEFS LOCAUX
ANNEXE H – TÂCHES SUPPLÉMENTAIRES OU SOUS-ENTENDUES DANS LES FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT LOCAL)

ANNEXE A

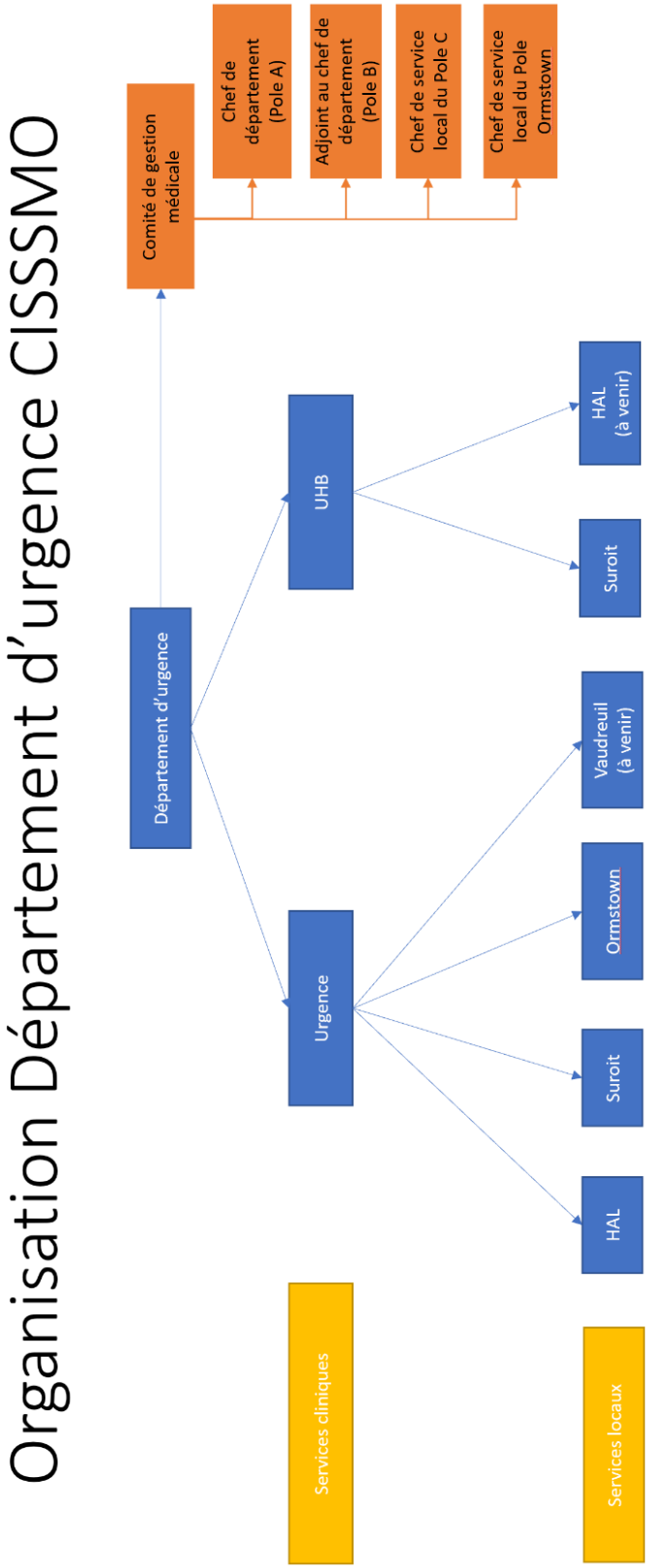
ORGANIGRAMME DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE
(cf. Point 9)

Considérant la mission ainsi que les contraintes particulières du Département de médecine d'urgence, il est nécessaire de prendre en considération que le Département de médecine d'urgence ne peut être subdiviser en service comme les autres départements médicaux. Ainsi, le département en question est fractionné par sites locaux. L'organisation du département se compose sous des soins dispersés par les sites hospitaliers du CISSSMO tel qu'illustré à la page suivante.

Ainsi, les membres du CMDP assignés audit département possèdent des privilèges pour toutes les installations, et ce, pour les deux pôles du CISSSMO.

Cela dit, la particularité du département concède un partage temporaire des ressources médicales en cas de force majeure ou de bris de service. En aucun cas, la particularité ne peut servir à assigner des gardes supplémentaires aux médecins du département de Médecine d'urgence, si les médecins déterminent que leurs gardes sont insuffisantes.

ANNEXE A (suite)



ANNEXE B

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES AU DÉPARTEMENT
(cf. point 27)

27.1 ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE D'URGENCE

Étant donné le niveau de compétence minimal nécessaire afin d'encadrer la pratique sécuritaire de l'échographie ciblé à l'urgence, le médecin pratiquant l'échographie ciblée à l'urgence devra le faire en respectant les lignes directrices émises par le CMQ et publiée en 2016.

Les médecins dont le niveau de compétence correspond au niveau I devront poursuivre leur formation au niveau II avant d'obtenir des privilèges d'échographie ciblée d'urgence au CISSSMO.

Les médecins ayant un niveau II pourront obtenir des privilèges au CISSSMO en échographie ciblée d'urgence avec les restrictions suivantes :

1° Ne pourront utiliser le résultat de l'examen pour l'élaboration du diagnostic et/ou du traitement du patient.
2° Ne pourront utiliser le résultat de l'examen pour congédier un patient sans avoir procéder à un examen formel en radiologie, avoir été supervisé par un médecin de niveau III ou en avoir établi le diagnostic du patient par une démarche excluant l'examen susmentionné avant qu'il ne quitte la salle d'urgence.
3° Pourront orienter l'investigation complémentaire du patient dans le but d'établir un diagnostic.
4° Pourront, s'ils jugent l'examen positif, en discuter avec le consultant approprié et orienter l'investigation complémentaire nécessaire pour infirmer ou confirmer son diagnostic.
5° Devront consigner au dossier tout examen positif selon les règles en vigueur au département d'urgence et en accord avec les règlements du CMDP, dans le but de rendre possible l'évaluation de la qualité de l'acte.
6° Devront acquérir une formation supplémentaire reconnue pour pouvoir utiliser l'échographie en support à l'installation de voies veineuses centrales ou périphériques ainsi que toutes autres applications reconnues de l'échographie à l'urgence qui ne sont pas mentionnées dans les lignes directrices du Collège.

Les médecins ayant un niveau III ou les médecins spécialistes en médecine d'urgence pourront obtenir les privilèges d'échographie ciblée d'urgence au CISSSMO avec les restrictions suivantes :

1° Devront consigner au dossier selon les règles en vigueur au département d'urgence et en accord avec les règlements du CMDP, le résultat de tout examen menant à l'élaboration d'un diagnostic et/ou d'un traitement, dans le but de rendre possible l'évaluation de la qualité de l'acte. Ils devront archiver les images sur un support informatique pour usage et analyse ultérieure.
2° Devront discuter du résultat de l'échographie et du diagnostic établi avec le consultant approprié. Celui-ci pourra, sur la base de l'information reçue, demander qu'une investigation formelle en radiologie soit faite.
3° Devront acquérir une formation supplémentaire reconnue pour pouvoir utiliser l'écho en support à l'installation de voies veineuses centrales ou périphériques ainsi que toutes autres applications reconnues de l'échographie à l'urgence qui ne sont pas mentionnées dans les lignes directrices du collège.

ANNEXE B (suite)

Tous les médecins détenant des privilèges de pratique à la salle d'urgence et qui peuvent démontrer qu'ils ont suivi une formation reconnue en échographie ciblée d'urgence et dont les compétences correspondent au niveau II et III reconnues par le Collège des Médecins du Québec, obtiennent automatiquement des privilèges d'échographie ciblée d'urgence. Le comité paritaire de la FMOQ-RAMQ ont déterminé que seuls les médecins détenant des privilèges de niveaux III peuvent facturer l'acte d'échographie ciblée à l'urgence. En conséquence, le DSP transmettra à la RAMQ seulement le nom de ceux qui détiennent le niveau III afin qu'ils aient la possibilité de facturer.

ANNEXE C

DISPONIBILITÉ AUX ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES
(cf. point 28)

Considérant les particularités d'un service local d'urgence qui nécessite la présence continue sur place des médecins à leurs sites hospitaliers respectifs, des obligations de présences sont différentes des autres départements.

Il n'y a pas de nombre maximal de semaines consécutives de vacances, sauf durant la période estivale auquel le nombre maximal est fixé à trois (3) semaines (21 jours). La limite sera rabaissée à deux (2) semaines consécutives si le nombre de membre actif ne permet pas de faire un horaire de garde sans découverture.

Il n'y a pas de limite maximale sur le nombre de semaines de vacances par année, il faut toutefois que le membre assujetti aux exigences minimales d'activités médicales particulières (AMP) remplisse ses engagements.

Les périodes de vacances débutent au choix. Il n'est pas possible de choisir des vacances couvrant la période de Noël et celle du jour de l'An. La période de Noël se défini en deux groupes. Chaque groupe doit contenir environ 50% du nombre de membres. Les gardes durant la semaine de travail des fêtes seront distribuées au prorata du nombre de tour. Par exemple, un temps plein de trois (3) tours doit s'attendre à travailler six (6) jours sur sept (7). Le nombre de jours travaillés à l'hospitalisation compte dans le calcul des gardes à faire durant la semaine à travailler. Par exemple, un médecin qui fait deux (2) tours, doit s'attendre à travaille quatre (4) gardes à l'urgence et deux (2) jours à l'hospitalisation. S'il travaille plus de jours à l'hospitalisation, le nombre de garde à l'urgence sera diminué du même nombre. Les membres doivent choisir leur semaine de vacances d'avance. La sélection du groupe d'appartenance se fera environ cinq (5) mois avant le 1er janvier. En cas de conflit, l'attribution se fera par tirage au sort.

Les non-disponibilité de garde du médecin doivent être reprises durant la liste en cours si le service fonctionne de cette manière, c'est-à-dire que le médecin conserve le même nombre de gardes sur une période donnée. Les non-disponibilités pour cause parentale (maternité, paternité et adoption) ainsi que pour maladie ne sont pas reprises. Le nombre de gardes à effectuer est diminué au prorata.

La période estivale est définie du 1er juin au 30 septembre. Les membres devront donner suffisamment de disponibilité pour faciliter la création de la liste de garde. Les membres devront respecter leur nombre de tours usuel, sauf exception approuvée par le chef local, durant la période de l'été. Il n'est donc pas permis de diminuer sa contribution en termes de garde pour la période estivale. Le responsable de la liste de garde a l'obligation de s'assurer qu'il y a un nombre raisonnable de membres disponibles pour faire la liste. Il devra aviser les membres avant de faire la liste afin de régler la problématique s'il y a lieu. Les demandes de vacances d'été seront demandées lors du mois de janvier et de février afin de permettre aux membres de réserver leurs vacances à l'avance.

Durant les périodes de pointe de vacances, s'il y a conflit d'horaire, un tirage au sort sera utilisé pour déterminer les titulaires du congé.

ANNEXE C (suite)

Congrès de l'AMUQ et autres

Il y a alors alternance en fonction des années d'ancienneté et de la présence au dernier congrès de chaque membre. Ainsi le dernier médecin qui a été au congrès il y a trois (3) ans a préséance sur celui qui y a été il y a deux (2) ans, par exemple.

Un minimum de médecins doit être disponibles pour travailler durant la semaine de relâche. La sélection des membres autorisés d'avance à avoir ce congé se fera en septembre. Advenant que la demande est trop forte, soit plus de 40% du nombre de tours, le responsable de la liste enverra une 2e demande de non-disponibilité afin de demander s'il y a des modifications possibles. Si la demande demeure trop forte, à moins d'entente entre les membres qui demandent ces congés pour se séparer les jours de la semaine de relâche, les membres qui n'auront pas eu droit au congé l'année précédente, à l'hospitalisation ou à l'urgence, auront préséance. En dernier recours, l'attribution se fera par tirage au sort.

ANNEXE D

GESTION DES HORAIRES
(cf. Point 28)

Considérant la particularité du Département de la médecine d'urgence, puisque celle-ci doit assurer une couverture de service en tout temps, il ne s'agit point d'un horaire de garde comme les autres départements médicaux, mais bien d'une couverture de service continue.

Caractéristiques et exemptions de la gestion des horaires :

1° Tout membre qui prévoit une diminution, partielle ou totale, de ses activités cliniques pour une durée significative doit faire une demande au préalable, par écrit, au chef de service local. Ce dernier évaluera la pertinence de la demande en conformité avec les règlements du CMDP. De plus, et avant d'autoriser une telle demande, le chef de service local doit tenir compte des besoins du département et des effectifs disponibles. Pour les congés ponctuels ou non-disponibilités de courte durée, le membre doit lui-même s'assurer de se faire remplacer par un collègue pour, les quarts de travail qui lui sont attribués.
2° Tout membre doit être en mesure de faire la rotation sur les trois quarts de travail (nuit-jour-soir) selon l'attribution cyclique de la liste de garde. Pour une période temporaire, dû à un problème de santé mentale, physique ou à une grossesse, un membre pourra être exempté du travail de nuit. Le membre du département qui deviendrait, de façon permanente, incapable d'assumer des gardes sur les trois quarts de travail (nuit-jour-soir) ou d'en assurer son remplacement, devra démissionner de son poste à l'urgence. Sinon, une décision unanime des membres acceptant la présence de ce membre au sein de l'équipe devra être prise et révisée annuellement.
3° Les médecins qui ont 45 ans et plus ainsi que les médecins ayant plus de 15 ans de pratique à la salle d'urgence au CISSSMO, peuvent obtenir un horaire particulier après entente avec le chef et les membres du service local.
4° Les médecins enceintes peuvent être dispensées des quarts de nuit, et ce, à partir de la 20e semaine de grossesse et jusqu'à un (1) an après la date d'accouchement. Celles-ci doivent aviser le chef de service local de leur retour, à temps, afin d'élaboration les prochains horaires.
5° Les quarts sont attribués de façon proportionnelle et équitable selon le nombre de quart par semaine pour chaque médecin.
6° Les médecins en place conservent leurs droits acquis quant au nombre de quart par semaine.
7° Les nouveaux médecins seront encouragés à prendre minimalement, une moyenne de deux (2) quarts par semaine jusqu'à un maximum de trois (3) quarts par semaine, avoisinant ainsi 100 - 150 quarts par année.

Les médecins du département de la médecine d'urgence sont tenus de respecter l'horaire établi pour la couverture des services locaux.

La configuration de la gestion des horaires, communément appelée la liste de garde, va comme suit :

1° La période de garde est de huit (8) heures ou de douze (12) heures et un minimum de huit (8) heures est obligatoire entre deux (2) périodes de garde. Pour la confection de la liste de garde, un minimum de dix (10) heures est obligatoire entre deux (2) périodes de garde.
2° Chaque médecin est responsable de ses quarts de travail et seuls les échanges enregistrés auprès de la personne responsable des listes de gardes ou inscrits sur la plateforme de la liste officielle disponible en ligne sont valides.
3°

ANNEXE D (suite)

4° Tout médecin qui ne peut pas assurer un quart de travail doit trouver un remplaçant et en avertir la personne responsable des listes de garde ou en effectuer la modification à la plateforme de la liste officielle disponible en ligne.
5° En cas d'invalidité pour une période de moins d'un (1) mois, le médecin doit trouver des médecins remplaçants pour ses quarts de travail, s'il en est capable.
6° En cas d'invalidité de plus d'un (1) mois, le médecin doit fournir un certificat médical au chef de département.
7° En cas de maladie grave ou d'incapacité majeure, le médecin peut contacter le chef de service local ou le chef de département afin d'organiser une redistribution de ses gardes aux autres membres.
8° Lorsqu'un médecin ne se présente pas à son quart, il incombe au médecin qui est sur place de demeurer disponible pour les soins d'urgence. Ce dernier doit alors tenter de rejoindre le médecin absent ou de faire les démarches nécessaires afin de trouver, au besoin, un remplaçant en activant une chaîne téléphonique. Il doit aussi en aviser le chef de département. *(cf. point 42)*
    - **Pénalités** : Le médecin qui ne se présenter pas à son quart, doit verser un montant de 1500$ au chef de service local qui veillera à distribuer cette pénalité au médecin remplaçant à pied levé ainsi qu'au médecin sur place ayant fait des heures supplémentaires en attendant le remplaçant. De plus, le médecin absent doit prendre une garde équivalente au médecin qui se déplace pour le remplacer. Advenant que le médecin qui fait des heures supplémentaires doit travailler plus de quatre (4) heures, il devra aussi prendre une garde équivalente à ce médecin.
    - **Absences justifiées (maladies, accidents, etc.)** : Le compte du département d'urgence va débourser 250$ par période de quatre (4) heures au médecin qui accepte, après le début du quart de travail en question, de remplacer à pied levé le médecin qui ne peut se présenter à son quart. La deuxième absence justifiée dans une période d'un (1) an civil sera aux frais du médecin absent. La pénalité de 1500$ du point précédent s'applique alors.
    - **Pénalité de retard** :
        - 0 à 29 minutes de retard, pas de frais;
        - 30 à 59 minutes de retard : 125$ de frais;
          Par la suite, 125$ de frais par tranche de 30 minutes supplémentaire pour un maximum de 1500$;
          Cette pénalité est au frais du retardataire et doit être versée au chef de département qui veillera à la distribuer aux bonnes personnes.
9° Le médecin de garde à la salle d'urgence ne peut quitter tant que son remplaçant n'est pas arrivé sur le site et un complet rapport de transfert doit être discuté avec le médecin débutant son quart de travail. Une sanction pourrait être appliquée à la suite du non-respect de la garde.
10° Un nombre de quart, ou autrement appeler garde, minimale pourrait être demandée.

ANNEXE E

OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS PARTICULIÈRES DES MEMBRES
(cf. Section IX)

Tout nouveau membre du Département de médecine d'urgence doit posséder lors de sa demande de nomination, une certification valide en ACLS, ATLS, PALS et EDU (praticien indépendant). S'ils ne rencontrent pas entièrement ces critères, les nouveaux membres auront un (1) an afin d'être adéquatement formés. Les médecins devront maintenir à jour ses compétences professionnelles en participant à des certifications ou formations continues dans les différents domaines de la médecine d'urgence

Durant l'exercice de ses fonctions, le membre a des obligations spécifiques, ce dernier doit :

1° Évaluer les patients qui se présentent à l'urgence, dans un ordre qui tient compte de l'échelle canadienne de triage et de gravité;
2° Au besoin, collaborer étroitement au triage, effectué par l'infirmière responsable;
3° Prendre en charge les bénéficiaires qui lui sont transférés par le médecin qui termine son quart de garde à l'urgence;
4° Être responsable de tous les cas de réanimation à l'hôpital, jusqu'à l'arrivée de l'équipe qui prendra charge le patient ou du médecin traitant *(cf. procédure locale)*;
5° Collaborer, si nécessaire, au traitement de toute urgence médicale (en plus de tous les cas de réanimation) pouvant survenir à l'hôpital, considérant que le médecin traitant, préalablement avisé, arrivera dans un délai raisonnable;
6° Être responsable de tout bénéficiaire en observation à l'urgence jusqu'à l'acceptation de la prise en charge par le médecin traitant ou consultant;
7° S'assurer du transfert vers un établissement approprié, du bénéficiaire nécessitant des soins spécialisés qui ne sont pas disponibles dans le site hospitalier initial;
8° Aviser le chef du service local en cas de litige ou de problématique;
9° Participer aux travaux de tout comité auquel il est nommé par le chef de service local, par le chef de département ou par le comité exécutif du CMDP;
10° Accomplir les tâches médico-administratives qui lui sont confiées par le chef du département, le chef adjoint, le chef local, le DSP ou le comité exécutif du CMDP.

Durant l'exercice de ses fonctions, le médecin spécialiste en médecine d'urgence doit :

1° Effectuer toutes les tâches que les membres omnipraticiens du Département de médecine d'urgence effectuent dans le contexte de leurs gardes à l'urgence, la tournée des patients qui sont hospitalisés sous la responsabilité des médecins de l'urgence ainsi que l'hospitalisation à l'UHB, le cas échéant;
2° Se joindre à l'équipe d'omnipraticiens déjà en place en fonction des besoins médico-administratifs et académiques. Il se verra confier des tâches médico-administratives spécifiques à sa formation par le chef de service local, telles que :
   - Études de la qualité de l'acte;
   - Élaboration et mises-à-jour de protocoles;
   - Supervision et prise en charge du volet académique;
   - Participation active à certains comités du département d'urgence;
   - Et autres, selon les besoins.

ANNEXE E (suite)

Cotisation des membres

Annuellement, chaque médecin doit verser au trésorier de son service local le montant déterminé par le chef de service local sous les conseils du trésorier.

À l'arrivée d'un nouveau médecin, celui-ci devra verser au trésorier la moitié de la cotisation si ce dernier débute en juillet.

Le trésorier du service local émet annuellement les reçus de cotisation au mois de février.

Si un médecin refuse de payer sa cotisation annuelle, celui-ci sera exposé aux sanctions détaillées au point 42.

ANNEXE F

RÈGLEMENTS DES SERVICES LOCAUX –
DISPONIBILITÉ AUX ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES
(cf. Section XVI)

Si un membre est assujetti aux activités médicales particulières, il doit obligatoirement fournir ses disponibilités afin de faire un minimum de 75 gardes par semestre, ou en adéquation avec les exigences du DRMG. À moins d'une entente particulière avec le chef du service local, un membre du département ne peut faire moins de 35 quarts par semestre.

Les fins de semaine sont réparties au prorata du nombre de garde semestrielle. Un minimum de 6 fin de semaine par semestre et un maximum de 12 fins de semaine par semestre seront assignées aux membres du service local. Les doubles quarts (deux quarts de suite) sont interdits sauf en cas de force majeure. Un minimum de 12 heures doit être prévu entre chaque quart assigné dans la liste de gardes. En cas de force majeure, un remplacement inattendu, le membre sera autorisé à faire un « double » (deux quarts de suite) ou une « culbute » (moins de 12 heures entre chaque quart).

Il n'y a pas de nombre maximal de semaines consécutives de vacances, sauf durant la période estivale, où le nombre maximal est fixé à 3 semaines (21 jours). La limite sera rabaissée à 2 semaines consécutives si le nombre de membres actifs ne permet pas de faire un horaire de garde sans découverture.

Il n'est pas possible de choisir des vacances couvrant la période de Noël ainsi que celle du Jour de l'An.

Pour l'organisation de l'horaire de la période de Noël, celle-ci est définie et assumée par deux groupes. Chaque groupe doit contenir environ 50% du nombre des membres du service local adressé. Les gardes durant la semaine de travail de la période des fêtes seront distribuées au prorata du nombre de gardes du membre dans le semestre en cours.

Un sondage a lieu afin de déterminer le choix entre Noël ou le Jour de l'An durant le mois d'octobre. L'horaire du temps des Fêtes est produit entre le 31 octobre et le 7 novembre de chaque année et celle-ci peut être produite par le chef du service local ou par les membres lors d'une réunion spéciale.

La période estivale se définie comme suit : du 1er juin au 30 septembre. Les membres doivent fournir suffisamment de disponibilités pour faciliter la création de la liste de gardes. Il n'est donc pas permis de diminuer sa contribution pour la période estivale. Le responsable de la liste de garde du service local a donc l'obligation de s'assurer qu'il y a un nombre raisonnable de membres disponibles pour faire un horaire répondant aux exigences du département. Le responsable de la liste de garde locale doit aviser les membres avant de concevoir ladite liste afin d'acquitter tout problématique à ce sujet, s'il y a lieu. Les membres devront respecter leur nombre de tours usuel sauf exception approuvée par le chef local durant la période estivale. Au besoin, une pige au sort pourrait être utilisée afin de se sortir d'une impasse.

Les demandes de vacances et non-disponibilités de la liste de gardes d'été-automne (juillet à décembre) devront être acheminées avant le 10 mars.

Les demandes de vacances et non-disponibilités de la liste de gardes d'hiver-printemps (janvier à juin) devront être acheminées avant le 10 octobre.

ANNEXE G

DOUBLE CHEFFERIE DU CHEF ET DE L'ADJOINT COMME CHEFS LOCAUX

Le Département de médecine d'urgence est coordonné par un chef et son adjoint. Les deux médecins désignés à la chefferie doivent provenir de différents sites hospitaliers. De plus, ces deux médecins font office de chefs locaux pour leurs services locaux respectifs.

ANNEXE H

TÂCHES SUPPLÉMENTAIRES OU SOUS-ENTENDUES
DANS LES FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE (MANDAT LOCAL)
(cf. Point 23)

1° Élabore les listes de garde des membres de son service et veille au remplacement en cas d'absence ou de maladie;
2° Identifie les besoins en matière de développement technologique;
3° Évalue les effectifs médicaux nécessaires à la distribution des soins et voit à l'organisation technique de son pôle;
4° Élabore les règles d'utilisation des ressources dans son département lorsque requis;
5° Voit à l'accueil des nouveaux médecins dans son service et veille à ce qu'ils connaissent et observent les règlements du CMDP;
6° Élabore les indicateurs de performance et les différents rapports médico-administratifs de son service et analyse les différentes données relatives à la performance de son site hospitalier et fait les recommandations appropriées au chef de département;
7° Réunit les membres de son service et s'assure de leur participation active aux activités de leur département et de leur service local;
8° Élabore en collaboration avec le chef ou son adjoint, après consultation auprès de la direction des soins infirmiers, les règles de soins applicables à son service;
9° Peut nommer un ou plusieurs assistants ou comités afin de l'assister dans ses tâches administratives;
10° Évalue les plaintes concernant la qualité des services médicaux fournis dans son service local et la compétence de ses membres et fait rapport au chef de département ou son adjoint;
11° Établit un système de communication favorisant la diffusion de l'information, la consultation et la participation active des membres dans son service. À cet effet, il est convenu que la voie de communication officielle est le courriel. Les membres doivent minimalement consulter leur boite de courriels une (1) fois par semaine.

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

Québec