

Règles d'utilisation des ressources du service d'endoscopie

Novembre 2024

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

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	7
CHAPITRE II	DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	7
SECTION I	RAISON D'ÊTRE DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE.....	7
SECTION II	DESCRIPTION DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE	7
CHAPITRE III	STRUCTURE ORGANISATIONNELLE.....	9
CHAPITRE IV	RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS	9
SECTION I	COORDONNATEUR MÉDICAL DE L'ENDOSCOPIE	9
SECTION II	MÉDECIN ENDOSCOPISTE	10
SECTION III	CHEF DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE	10
SECTION IV	INFIRMIÈRE CLINICIENNE ASSISTANTE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE.....	11
SECTION V	INFIRMIÈRE ET PERSONNEL DE SOUTIEN.....	12
CHAPITRE V	BALISES RÉGISSANT LE DÉROULEMENT DU PROGRAMME D'ENDOSCOPIE	12
SECTION I	ADMISSION À L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE	12
CHAPITRE VI	UTILISATION DES APPAREILS ÉLECTRONIQUES ET DES RÉSEAUX SOCIAUX À DES FINS PERSONNELLES	13
CHAPITRE VII	TENUE VESTIMENTAIRE ET CIRCULATION DANS L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE	13
SECTION I	TENUE VESTIMENTAIRE	13
SECTION II	CIRCULATION DANS L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE	13
SECTION III	ASEPSIE À L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE.....	13
CHAPITRE VIII	RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE	14
SECTION I	RÉPARTITION DES SALLES	14
SECTION II	ALLOCATION DES PRIORITÉS D'ENDOSCOPIE.....	15
SECTION III	PROGRAMME D'ENDOSCOPIE.....	16
SECTION IV	MODIFICATIONS AU PROGRAMME D'ENDOSCOPIE	17
SECTION V	CONDITIONS GÉNÉRALES REQUISES POUR UNE INTERVENTION..	18
SECTION VI	NOTE D'INTERVENTION	18

SECTION VII	GESTION DES URGENCES	18
CHAPITRE IX	RESPONSABILITÉS DE GESTION	20
SECTION I	GESTION DES VACANCES ET ABSENCES	20
SECTION II	ÉQUIPEMENTS, INSTRUMENTATION ET FOURNITURES	21
SECTION III	COMMUNICATIONS.....	22
SECTION IV	GESTION DE L'ENVIRONNEMENT.....	22
CHAPITRE X	SANCTIONS ADMINISTRATIVES OU DISCIPLINAIRES	23
CHAPITRE XI	DISPOSITIONS FINALES	25
SECTION I	ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT	25
SECTION II	RÉVISION, ABROGATION.....	25
SECTION III	RÉFÉRENCE	25
SECTION IV	PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION	26
SECTION V	HISTORIQUE DU DOCUMENT	26
CHAPITRE XII	ANNEXES.....	26

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 km². 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 22 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.

Notre mission est de 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. De plus, afin de guider l'ensemble de nos actions, cinq valeurs fondamentales, interdépendantes et en équilibre ont été identifiées : bienveillance, collaboration, engagement, audace et cohérence.

L'élaboration des présentes RUR se base sur les principes directeurs suivants :

- Favoriser l'accessibilité, la qualité et la pertinence des soins et des services;
- Viser l'équilibre entre l'offre et la demande de soins et de services.

SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL

3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DES RÈGLES

Les présentes règles d'utilisation des ressources (RUR) sont adoptées en conformité avec :

- 1° La Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, c. S-4.2] 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, cette loi et les règlements qui en découlent ont préséance sur les présentes RUR.

Les présentes RUR ont préséance, en cas d'incompatibilité, sur les règlements de département, ou de service dûment adoptés au CISSSMO.

Les présentes RUR s'appliquent à tous les médecins du CISSSMO pratiquant dans la clinique d'endoscopie du CISSSMO. Il est aussi destiné aux infirmières, au personnel technique, de soutien et administratif, ainsi qu'à tout visiteur, étudiant de toute discipline ou tout autre membre du personnel appelé à œuvrer dans l'unité d'endoscopie.

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

4. LES VALEURS

En tout temps, la courtoisie, la bienséance, la civilité et le respect sont de mise. De même, les règles déontologiques et les normes de pratique doivent être respectées.

Les intervenants sont tenus de participer à l'harmonisation des bonnes pratiques à l'unité d'endoscopie. Ils doivent notamment se soumettre à la *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail (POL-10013)* du CISSSMO.

SECTION III DÉFINITION

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Ouest
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CISSSMO	CISSS de la Montérégie-Ouest
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
DSP	Directeur des services professionnels
DSPeM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
Endo	Guichet Endoscopie
ICASI	Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, c. S-4.2]
MSSS	MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Président-directeur général

PQDCCR	Programme québécois de dépistage du cancer colorectal
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RUR	Règles d'utilisation des ressources
TI	Technologies de l'information
URDE	Unité de retraitement des dispositifs endoscopiques

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

- 1° Département : Le département de médecine spécialisée
- 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

Ces règles portent sur l'organisation et le fonctionnement des unités d'endoscopie du CISSSMO. Elles constituent les règles d'utilisation des ressources médicales, humaines et matérielles des plateaux techniques d'endoscopie par le corps médical et le personnel paramédical, au sens de la LSSSS.

Les présentes règles ont pour but d'assurer la prestation sécuritaire des interventions et des soins endoscopiques aux usagers du CISSSMO et le fonctionnement optimal des unités d'endoscopie dans un climat ordonné et serein.

Le coordonnateur médical de l'endoscopie est responsable de l'application de ces règles dans le fonctionnement quotidien de l'unité d'endoscopie.

CHAPITRE II DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION I RAISON D'ÊTRE DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

Le but principal de l'unité d'endoscopie est d'assurer, dans une salle d'endoscopie et en temps opportun, d'une manière efficace, efficiente et sécuritaire, la réalisation des interventions endoscopiques nécessaires dans un but diagnostique ou thérapeutique.

Dans certaines circonstances, des actes non spécifiquement endoscopiques sont effectués dans l'unité d'endoscopie, pour en utiliser le plateau technique. Ces actes sont traités comme des actes endoscopiques, bénéficiant des mêmes avantages et obligations que les actes endoscopiques.

L'unité d'endoscopie regroupe les activités d'assistance médicale des usagers séjournant en salle d'endoscopie. Il s'agit d'un centre d'activité essentiel dans le cadre de l'exploitation du CISSSMO.

SECTION II DESCRIPTION DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

L'unité d'endoscopie est un centre d'activité dédié à la réalisation des interventions endoscopiques nécessaires dans un but diagnostique ou thérapeutique, dont le bon fonctionnement nécessite une interaction avec plusieurs services et autres professionnels.

C'est une unité de soins multidisciplinaires où s'articulent les activités professionnelles des médecins et de tout le personnel paramédical dans le cadre d'un travail d'équipe harmonieux.

5. CONDITIONS ESSENTIELLES AU BON FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

Le bon fonctionnement de l'unité d'endoscopie dépend, notamment, du sens des responsabilités, de la ponctualité, de la compétence professionnelle et de l'esprit de collaboration de tous les médecins et du personnel paramédical qui y œuvrent.

Les soins doivent être prodigués dans une atmosphère de sérénité et de collaboration en évitant toute situation qui pourrait s'avérer traumatisante pour les usagers ou les proches.

6. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

Une saine gestion des ressources humaines et matérielles est indispensable au bon fonctionnement de l'unité d'endoscopie. Le processus endoscopique est complexe et comporte plusieurs facettes. On doit y inclure la préparation à l'intervention, l'admission, la sédation et l'intervention, ainsi que la salle de récupération et la médecine de jour. Conséquemment, il fait appel à plusieurs professionnels de la santé qui œuvrent dans le centre hospitalier.

La bonne gestion de l'unité d'endoscopie doit assurer la cohésion de toutes les équipes en œuvre dans les salles d'intervention. Ces règles se veulent un instrument qui vient contribuer à assurer cette cohésion.

7. SOINS ET SERVICES DE QUALITÉ DANS LE RESPECT DES DROITS

L'unité d'endoscopie sert à dispenser des soins et services de qualité sans cesse améliorés, adaptés aux besoins des usagers qui subissent une intervention endoscopique ou un traitement.

Les soins doivent être assurés dans le respect des droits des usagers, dont le droit à la vie, à la sécurité, à l'intégrité et à la liberté de sa personne, le droit au respect de sa vie privée et au respect de ses libertés fondamentales comme la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion et la liberté d'expression.

8. MÉDECINS AUTORISÉS

Sauf exception (privilèges temporaires), les médecins exerçant leur profession dans une spécialité reconnue au Québec et comprenant des interventions endoscopiques peuvent avoir accès aux ressources humaines et matérielles de l'unité d'endoscopie lorsque leur statut ainsi que des privilèges spécifiques en endoscopie leur ont été octroyés par résolution du conseil d'administration du CISSMO.

Le médecin qui exerce sa profession à l'unité d'endoscopie doit respecter les RUR du service d'endoscopie du CISSMO.

Le médecin qui exerce sa profession à l'unité d'endoscopie est assujéti aux normes de pratique médicale et aux normes de qualité de l'acte de sa profession, ainsi qu'au règlement de régie interne du CMDP du CISSSMO. Le CMDP, à travers le chef de département de chacun de ces intervenants, a la responsabilité de s'assurer que le médecin en question répond à ces conditions. À ce propos, consulter le document *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*.

9. PROCÉDURES ET FORMULAIRES

Les documents de référence et certaines procédures couramment utilisés par les intervenants de l'unité d'endoscopie sont détaillés au Chapitre IX, Section III.

CHAPITRE III STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Il est possible d'avoir une structure organisationnelle pour assumer le fonctionnement optimal de la pratique en endoscopie. À ce moment, les comités des services d'endoscopie sont chapeautés par leurs départements respectifs.

CHAPITRE IV RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

SECTION I COORDONNATEUR MÉDICAL DE L'ENDOSCOPIE

Le coordonnateur médical de l'endoscopie est un médecin pratiquant des endoscopies dans le pôle concerné du CISSSMO.

Ce rôle sera assumé à tour de rôle par un des membres d'un groupe de volontaires, qui peuvent provenir de chacune des spécialités impliquées, mais pas obligatoirement (en cas d'absence de volontaire d'une spécialité donnée). Le coordonnateur médical de l'endoscopie sera nommé conjointement par le chef de département de médecine spécialisé et le chef de département de chirurgie, pour un mandat de deux ans. Son nom sera soumis au DSP pour approbation.

En cas de difficulté à en arriver à une entente, le DSP nommera le coordonnateur médical de l'endoscopie.

Sous l'autorité du directeur de la DPSCS, le coordonnateur médical de l'endoscopie assume les responsabilités suivantes :

- De concert avec le chef de l'unité d'endoscopie, planifier, coordonner, contrôler et évaluer les activités ayant trait aux soins et aux services périendoscopiques;
- S'assurer que la liste des endoscopies respecte les principes émis par le comité médico-administratif du programme de chirurgie, en collaboration avec le chef de l'unité d'endoscopie, le chef du département de chirurgie et le chef du département de médecine spécialisée ou leurs représentants;
- Collaborer avec le chef de l'unité d'endoscopie à la gestion quotidienne et à la réalisation du programme d'endoscopie;
- Superviser la tenue d'un registre des interventions endoscopiques selon les normes;
- Utiliser les données probantes du registre informatique de l'unité d'endoscopie dans sa gestion.

En cas d'absence temporaire, le coordonnateur médical de l'endoscopie a la responsabilité de désigner un remplaçant, avec l'accord obligatoire des chefs des départements de médecine spécialisée et de chirurgie.

SECTION II MÉDECIN ENDOSCOPISTE

Pour ces règles, le terme médecin endoscopiste désigne un médecin exerçant sa profession en totalité ou en partie dans l'unité d'endoscopie et y pratiquant des interventions endoscopiques. Le médecin endoscopiste est sous l'autorité du chef de son département d'appartenance.

Il a les responsabilités suivantes :

- S'assurer, au moins 3 mois avant la date prévue de l'intervention, que sa liste d'attente est suffisante (ou à défaut, la liste d'attente des cas en liste d'attente non nominative) pour combler sa priorité endoscopique avec la participation du guichet d'endoscopie.
- Respecter l'horaire de son programme d'endoscopie, se libérer de tout autre engagement, sauf pour une urgence majeure, et assurer sa disponibilité immédiate pour l'enchaînement des cas programmés. Tout retard injustifié peut entraîner le report ou l'annulation d'une endoscopie élective par l'ICASI de l'unité d'endoscopie si elle le juge justifié. Un retard injustifié causé par le médecin endoscopiste qui perturbe le programme d'endoscopie expose, en cas de répétition, ce médecin endoscopiste à des sanctions administratives. Dans ces circonstances, le médecin endoscopiste responsable du retard devra assumer la responsabilité d'annoncer à l'utilisateur concerné le report ou l'annulation de l'intervention endoscopique;
- Rédiger une requête d'endoscopie complète et lisible pour tous les patients, incluant les cas de contrôle, comme demandé par le MSSS en octobre 2023;
- S'assurer d'être joignable et disponible en cas de problème;
- D'être sur le rôle du guichet d'endoscopie
- Se conformer aux présentes RUR, sous peine de sanction administrative ou disciplinaire. (cf. article 54)

SECTION III CHEF DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

Sous l'autorité du coordonnateur clinico-administratif - Bloc opératoire, endoscopie, cliniques spécialisées, le chef de l'unité d'endoscopie doit :

- Assurer la gestion quotidienne et opérationnelle du fonctionnement de l'unité d'endoscopie;
- Définir les objectifs de l'unité d'endoscopie, assurer l'implication et la concertation de tous ses partenaires par la mise en place de différentes actions, différents moyens et différents mécanismes de participation, de communication et de responsabilisation de chacun;
- S'assurer de l'arrimage des orientations stratégiques du CISSSMO et des objectifs de la DPSCS avec des actions courantes et les projets de l'unité d'endoscopie qui sont définis de façon à répondre aux besoins réels de la clientèle;
- Assurer une gestion des activités endoscopiques répondant de façon optimale aux besoins des usagers, dans le respect du temps endoscopique alloué.
- Supporter l'ICASI lors de l'élaboration quotidienne du programme d'endoscopie.
- Suivre la liste d'attente et appliquer le plan d'action requis en collaboration avec le personnel du guichet d'endoscopie
- Collaborer à l'implantation des décisions du comité local de l'unité endoscopique;

- Aviser le chef de département concerné si un médecin ne respecte pas les RUR du service d'endoscopie du CISSSMO;
- Planifier, organiser et contrôler les ressources humaines (autres que médicales), matérielles et financières de l'unité d'endoscopie, incluant les salles d'endoscopie, la salle de recouvrement, l'URDM et le guichet d'endoscopie;
- Assumer une autorité fonctionnelle et hiérarchique auprès du personnel soignant de l'unité d'endoscopie et de l'URDM;
- Voir à la mise en application ou au respect des politiques et procédures établies par le comité de gestion de l'unité d'endoscopie;
- Travailler en collaboration avec le comité médico-administratif du service d'endoscopie pour le suivi des activités budgétaires et le processus de prise de décision et d'acquisition des ressources matérielles;
- Évaluer le personnel sous sa charge et maintenir une bonne communication et un climat d'entraide et de collaboration au sein des équipes de travail;
- Assumer la responsabilité des données informatiques sous son contrôle et assurer leur confidentialité;
- Assumer la responsabilité du maintien et de l'amélioration de la qualité des services offerts par le personnel sous sa juridiction, afin que les normes de qualité soient respectées par les intervenants de l'unité d'endoscopie. L'approche d'amélioration continue de la qualité est soutenue par la tenue d'indicateurs de qualité, la promotion des normes, l'implantation de programmes d'évaluation et de groupes de résolution de problèmes;
- Collaborer à la mise en place de procédures et des normes de gestion de l'unité d'endoscopie, en définissant les pratiques et les modes de fonctionnement, en contrôlant l'application et en y apportant les correctifs et les améliorations, s'il y a lieu;
- Contribuer à l'élaboration et à l'actualisation du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, en assurer l'application, l'évaluation et le suivi;
- S'assurer de l'application des mesures correctives et préventives dans le cas d'accidents/incidents ou d'infections et transmettre ses recommandations aux instances concernées;
- Contribuer à la mise en place des contrôles qualité de la statistique;
- Planifier et animer les rencontres du comité local d'endoscopie et en assurer le suivi;
- S'assurer de la formation continue et du maintien des compétences et de la performance du personnel de soins sous sa responsabilité;
- S'assurer de la pertinence de la disponibilité et du fonctionnement sécuritaires des équipements, du mobilier, des fournitures et du matériel requis;
- Participer à l'élaboration et la mise à jour des plans directeurs en immobilisation, en équipement et en informatique.

SECTION IV INFIRMIÈRE CLINICIENNE ASSISTANTE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

L'Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI) de l'unité d'endoscopie voit à :

- Assurer le bon déroulement du programme d'endoscopie en accord avec les balises acceptées par la majorité des membres, en collaboration avec le chef du département de médecine spécialisée;
- Appliquer quotidiennement les règles et procédés concernant la grille horaire (vérification des programmes);
- Aviser les intervenants de tout changement aux priorités;
- Régler les griefs mineurs;

- Voir à l'organisation de travail optimale et sécuritaire et planifier l'horaire de garde en collaboration avec la chef de l'unité d'endoscopie; s'il y a lieu.

S'il y avait un problème que l'ICASI ne peut résoudre, elle peut s'adresser :

- Au chef médical de l'endoscopie, si le problème touche les médecins;
- Au chef de l'unité d'endoscopie pour tout autre problème;
- Au coordonnateur DPSCS du programme, si le problème touche son chef de l'unité d'endoscopie ou le coordonnateur médical de l'endoscopie.

SECTION V INFIRMIÈRE ET PERSONNEL DE SOUTIEN

Sous l'autorité du chef de l'unité d'endoscopie, l'infirmière ou le personnel de soutien se doit de respecter la description de tâches et fonctions élaborée par celui-ci en collaboration avec la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. Leur travail est encadré par une convention collective négociée localement et nationalement. Ce personnel s'engage à respecter les politiques et les procédures en vigueur dans l'établissement.

CHAPITRE V BALISES RÉGISSANT LE DÉROULEMENT DU PROGRAMME D'ENDOSCOPIE

SECTION I ADMISSION À L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

10. PERSONNES ADMISES À L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

Les personnes pouvant être admises à l'unité d'endoscopie sont :

- Les médecins détenant des privilèges à l'unité d'endoscopie;
- Le personnel de l'établissement assigné à l'unité d'endoscopie;
- Les usagers inscrits au programme d'endoscopie, avec occasionnellement un accompagnant ou un aidant naturel, si le besoin est justifié.

Ces personnes s'engagent à respecter les normes, les politiques et les procédures en vigueur dans l'établissement.

11. REPRÉSENTANT D'AFFAIRES

Tout représentant qui se présente à l'unité d'endoscopie doit avoir préalablement pris un rendez-vous avec l'ICASI, le chef de l'unité d'endoscopie ou le chef médical de l'endoscopie. Il prend connaissance des normes, politiques et procédures en vigueur et s'engage à les respecter. Le représentant est tenu de s'identifier auprès de l'ICASI dès son arrivée dans l'unité d'endoscopie.

12. ÉTUDIANT

Tout étudiant en médecine, en soins infirmiers, en DEP ou autre doit s'enregistrer auprès de la direction appropriée et suivre les procédures établies. Il prend connaissance des normes, politiques et procédures en vigueur et s'engage à les respecter. L'étudiant est tenu de s'identifier auprès de l'ICASI dès son arrivée dans l'unité d'endoscopie.

13. CONFIDENTIALITÉ

Toute personne ayant accès à l'unité d'endoscopie a une obligation de respecter la confidentialité la plus stricte selon la politique en vigueur dans l'établissement.

CHAPITRE VI UTILISATION DES APPAREILS ÉLECTRONIQUES ET DES RÉSEAUX SOCIAUX À DES FINS PERSONNELLES

Le personnel a le devoir d'utiliser de manière responsable les TI sans violer la confidentialité de l'utilisateur, l'information sur la santé est protégée par la loi. Les appareils mobiles dotés de capacités de capture, de photos et/ou de vidéos ne doivent pas être utilisés en présence de patients tout au long du traitement endoscopique. L'utilisation de dispositifs mobiles de cette manière peut entraîner une atteinte à la confidentialité des usagers.

CHAPITRE VII TENUE VESTIMENTAIRE ET CIRCULATION DANS L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

SECTION I TENUE VESTIMENTAIRE

Afin d'assurer un environnement sain, sécuritaire et conforme aux normes, le port de l'uniforme selon la procédure clinique, le port de l'ÉPI (au besoin) et la trajectoire du souillé au propre doivent être respectés.

SECTION II CIRCULATION DANS L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

En tout temps :

- Limiter la circulation et les discussions dans les salles autant que possible;
- Les portes de la salle doivent être gardées fermées.

SECTION III ASEPSIE À L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

14. PERSONNEL ET MÉDECIN PORTEUR D'INFECTION

Toute personne soupçonnée d'être porteuse d'une infection doit être référée au bureau de santé pour examen ou appliquer les précautions additionnelles.

La responsabilité de l'application de cette mesure incombe à chacun, mais plus particulièrement au chef du département médical concerné.

15. INTERVENTION AVEC IDENTIFICATION DE GERME À RISQUE PARTICULIER (INTERVENTION CONTAMINÉE)

Le médecin endoscopiste doit déclarer, sur la requête endoscopique, toute intervention infectée à la salle d'endoscopie (par exemple: contagion avec bactérie multirésistante, infection particulièrement virulente et/ou contagieuse comme, une tuberculose, etc.).

Une salle est désignée pour cette intervention qui, à moins d'urgence, figurera à la fin du programme d'endoscopie.

Toute intervention avec identification de germe à risque particulier exige l'application de la technique établie selon les recommandations du service de PCI. Les recommandations du service de PCI doivent être rigoureusement appliquées.

16. USAGER PORTEUR D'INFECTION

Lorsqu'un usager est soupçonné d'être porteur d'une infection cutanée purulente, d'un exanthème viral (ex.: rubéole, varicelle, rougeole), d'une entérite au stade aigu ou d'une infection à bactéries multirésistantes, l'ICASI avise le médecin endoscopiste concerné et, après discussions, une décision sera prise à savoir si l'intervention peut être reportée.

Si l'intervention doit être faite, le cas est mis à la fin du programme d'endoscopie dans la mesure du possible, en tenant compte des autres contraintes sur l'organisation des salles. Une désinfection complète de la salle devra être effectuée selon les normes établies.

CHAPITRE VIII RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

SECTION I RÉPARTITION DES SALLES

Les salles d'endoscopie doivent être considérées comme un outil collectif au service de l'utilisateur, en évitant toute hégémonie d'une discipline sur les autres.

17. PARTICULARITÉS

Certaines salles d'endoscopie peuvent, en raison de leur dimension, leur configuration et/ou la présence d'équipements fixes, être dédiées à des spécialités particulières. En dehors de ces circonstances, toutes les autres salles doivent être accessibles à tous les services.

18. RETARD

Le chef d'unité de l'endoscopie ou son ICASI doivent être avisés, de tout retard à l'unité d'endoscopie.

Les activités seront évaluées et des solutions seront mises en place pour permettre la réalisation du programme complet.

Des retards répétés et injustifiés entraîneront d'abord une période de consignation dans le but de transmettre la situation au comité local de l'unité d'endoscopie. Des sanctions pourront ensuite être appliquées selon les règlements en vigueur selon la personne fautive. (*cf. point 54*)

Les motifs acceptables permettant des modifications (ajout/annulation/modification) de la grille horaire à l'intérieur de 6 semaines sont :

- Maladie familiale;

- Maladie personnelle;
- Opportunité d'inscription à un congrès annoncé récemment qui ne pouvait être prévue;
- Réunion administrative demandée par *le C/SSMO*, non planifiée;
- Changements imprévus en lien avec les tâches d'enseignement et réunions de programme;
- Décès dans la famille proche;
- Activités de recherche ou d'enseignement qui s'ajoutent à la dernière minute.
- Changement de priorité opératoire validée

Cette liste n'est pas exhaustive et peut laisser place au jugement du chef de service, ou du département médical, mais il doit en baliser les motifs acceptables et d'en aviser l'AA des cliniques spécialisées pour suivi.

19. GESTION DE LA LISTE DES ENDOSCOPIES

La gestion de la liste des endoscopies est assurée par le personnel du guichet d'endoscopie et est disponible en tout temps pour consultation par le médecin endoscopiste.

20. DISPONIBILITÉ D'UN LIT

Lorsqu'un usager doit, de façon planifiée, et exceptionnelle, être hospitalisé à l'étage ou à l'unité des soins intensifs durant la période post-endoscopique, il incombe au médecin endoscopiste de s'assurer de la disponibilité d'un lit avant le début de l'intervention. Cette disponibilité doit lui être confirmée par l'ICASI de l'unité d'endoscopie avant qu'il n'entreprenne l'intervention.

Par contre, en cas de soins imprévus ou plus spécifiques (surveillance prolongée, incident pendant l'intervention, saturo-métrie problématique), le médecin endoscopiste responsable du cas se chargera des démarches pour hospitaliser l'usager en son nom ou en celui d'un confrère médecin, après en avoir discuté directement avec celui-ci et seulement si ce médecin est d'accord pour cette prise en charge et il en informera l'ICASI.

SECTION II ALLOCATION DES PRIORITÉS D'ENDOSCOPIE

21. OCTROI DES PRIORITÉS D'ENDOSCOPIE

Le médecin endoscopiste responsable de l'horaire doit rendre cette dernière disponible et s'assure de l'octroi et de la mise à jour des priorités d'endoscopie de chaque spécialité aux trois (3) mois ou lorsque les circonstances l'exigent.

Le chef de service ou son substitut doit en faire l'allocation parmi les membres de son service médical en respectant les principes d'équité entre les membres, tout en tenant compte des besoins de la clientèle et des listes d'attente d'endoscopie. Les priorités d'endoscopie ne sont pas considérées comme des droits absolus ni acquis.

Au besoin, une priorité complète pourra être scindée en deux demi-priorités pour faciliter une nouvelle allocation.

22. CRITÈRES D'ALLOCATION DES PRIORITÉS D'ENDOSCOPIE

L'allocation des priorités d'endoscopie s'effectue en fonction des critères suivants :

- Les priorités organisationnelles et les orientations du programme PQDCCR;
- Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité convenue entre le ministère de la Santé et le CISSMO;
- Un accès équitable, mais pas obligatoirement un accès égal, au temps endoscopique pour l'ensemble des médecins endoscopistes selon les lieux prévus au PEM;
- La liste d'attente par spécialité et par médecin endoscopiste;
- Les ressources disponibles en endoscopie, incluant les médecins endoscopistes, le personnel, le matériel et l'assistance;
- Lorsqu'un pôle couvre plus d'une installation, une répartition de la couverture médicale doit être faite pour couvrir les urgences dans les centres hospitaliers.
- L'accommodation spécifique des salles;

De plus, le médecin qui a des activités d'endoscopie doit être en mesure d'atteindre les critères de qualité et les normes d'exercice en matière d'endoscopie, notamment pour la coloscopie, selon les *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*. Le respect de ces critères et normes fait partie de la qualité de l'acte et est de ce fait sous la responsabilité des chefs de département concerné, du DSP et du CMDP.

23. RÉALLOCATION D'UNE PRIORITÉ D'ENDOSCOPIE NON UTILISÉE OU LORS D'ANNULATION

Lorsqu'une priorité est annulée à l'avance, l'assistante au supérieur immédiat ICASI et le médecin endoscopiste responsable de l'horaire pourront accorder la priorité d'endoscopie disponible à un autre membre du même service.

Dans tous les cas, la priorité devra être réallouée au maximum sept (7) jours ouvrables avant sa réalisation.

SECTION III PROGRAMME D'ENDOSCOPIE

24. MÉDECIN ENDOSCOPISTE

Le programme est élaboré par les agents de programmation du guichet d'endoscopie en collaboration avec l'ICASI de l'unité d'endoscopie.

Le médecin endoscopiste doit respecter le programme d'endoscopie et les priorités d'endoscopie qui lui sont attribués. Il doit faire tous les efforts pour éviter les annulations, les dépassements et les retards.

25. PROCÉDURE D'INSCRIPTION AU GUICHET D'ENDOSCOPIE

Une requête (AH-702) doit être remplie et envoyée au guichet pour une inscription sur la liste d'attente pour les colonoscopies. Pour les gastroscopies, une demande de consultation doit être remplie et envoyée selon les procédures à l'interne de chaque centre.

Il est aussi possible d'utiliser une requête d'endoscopie standard au lieu du AH-702 pour des situations spécifiques (par exemple: nominatives, intrahospitalières, indications particulières, etc.), au besoin.

Pour les interventions d'urgence le jour même, l'annonce endoscopique doit être envoyée directement au personnel d'endoscopie, ou sinon, par communication directe avec une des infirmières de garde pour l'endoscopie.

26. DOSSIER MÉDICAL AVANT L'INTERVENTION ÉLECTIVE

Pour qu'une requête soit inscrite à la liste d'attente, le médecin a la responsabilité de remplir adéquatement la demande d'examen. La requête sera prise en charge par le personnel du guichet d'endoscopie selon la procédure.

Toutefois, le médecin endoscopiste traitant doit consulter le dossier et s'assurer qu'il est complet avant l'examen. Dans la mesure du possible, le dossier présenté au moment de l'endoscopie doit inclure au minimum la liste de médicaments courante, et le dernier rapport d'endoscopie pertinent au dossier.

SECTION IV MODIFICATIONS AU PROGRAMME D'ENDOSCOPIE

27. AJOUT AU PROGRAMME D'ENDOSCOPIE

Le médecin endoscopiste, en collaboration avec l'ICASI, peut accepter une addition au programme d'endoscopie selon la pertinence.

28. CHANGEMENT D'HORAIRE DES INTERVENTIONS

L'ICASI de l'unité d'endoscopie possède l'autorité d'effectuer un changement au programme d'endoscopie, après consultation auprès du médecin endoscopiste concerné.

29. ABSENCE NON PLANIFIÉE

Lorsque le médecin endoscopiste doit s'absenter de façon non planifiée et ne peut respecter le délai de préavis de quatre (4) semaines, son absence doit s'appuyer sur un motif autorisé, selon les règlements de son département. Il doit participer aux actions pour trouver un remplaçant.

30. CONDUITE EN CAS D'ABSENCE NON PLANIFIÉE

En cas d'absence non planifiée sans motif jugé valable par le comité local de l'unité d'endoscopie, le médecin endoscopiste concerné se verra décerner un avertissement.

En cas de récurrence, une sanction administrative pourra être émise par le comité local de l'unité d'endoscopie. (cf. article 54)

SECTION V CONDITIONS GÉNÉRALES REQUISES POUR UNE INTERVENTION

Pour qu'une intervention élective puisse être autorisée, il faut :

- Que le dossier ait été validé, évalué et préparé par le guichet d'endoscopie;
- Que l'intervention ait été inscrite au programme d'endoscopie avant 14h, deux (2) jours ouvrables avant l'intervention;

SECTION VI NOTE D'INTERVENTION

Le médecin endoscopiste doit inscrire au dossier de l'utilisateur une note d'intervention à la fin de l'intervention. Le non-respect de cette règle peut engendrer un avis et des mesures contre les contrevenants par le CMDP.

Le Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec intitulé *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* précise les renseignements que doit renfermer le dossier hospitalier de l'utilisateur.

SECTION VII GESTION DES URGENCES

31. DÉFINITION D'INTERVENTION PRIORITAIRE

En dehors du programme d'endoscopie, l'utilisation des ressources de l'unité d'endoscopie est nécessaire pour réaliser les interventions endoscopiques prioritaires.

Une intervention endoscopique est prioritaire lorsque :

- La vie de l'utilisateur est en danger ou risque de l'être;
- Sa guérison est compromise et risque de subir un préjudice grave et permanent à sa santé si l'intervention endoscopique n'est pas réalisée dans le délai requis, augmentant ainsi la morbidité de sa maladie.

32. CATÉGORIES D'INTERVENTIONS PRIORITAIRES

DÉNOMINATION	DÉLAI MAXIMAL
Urgence immédiate	Délai maximal de 2 heures
Intervention urgente	Délai maximal de 24 heures
Intervention semi-urgente	Délai maximal de 72 heures

Le délai maximal est le délai avant lequel, pour des raisons médicales et cliniques, une intervention endoscopique doit être pratiquée.

Il est à noter qu'il existe des situations cliniques où le délai maximal pour une intervention urgente est de 12 heures.

33. PROCESSUS D'ANNONCE D'UNE INTERVENTION PRIORITAIRE

Pour annoncer une intervention prioritaire, le médecin endoscopiste doit :

- S'assurer que l'utilisateur est prêt pour son intervention : prise d'anticoagulants, stabilité cardio-respiratoire, absence de contre-indication médicale, etc.;
- Une fois l'utilisateur vu et prêt à avoir son intervention, compléter l'annonce endoscopique, s'assurer de communiquer avec l'ICASI de jour ou à une infirmière de garde sur les heures non électives;
- Dans les cas où il n'y a pas d'équipe sur place, communiquer avec le téléphoniste (coordonnateur des activités) qui appellera l'équipe de garde, puis remettre en mains propres l'annonce endoscopique à l'arrivée de l'équipe de garde.

34. DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ENDOSCOPIQUES

Le service d'endoscopie est ouvert du lundi au vendredi de 8h à 16h. Les activités peuvent être modulées au besoin.

L'activité endoscopique le soir, la nuit, les fins de semaine et les jours fériés doit être limitée aux urgences véritables, ainsi qu'aux cas jugés prioritaires. Aucune urgence à l'avance (>24 heures) ne sera inscrite à moins d'avoir été discutée spécifiquement avec l'ICASI de l'unité d'endoscopie.

En dehors des périodes ouvrables, le médecin endoscopiste de garde assume la responsabilité de gérer les cas urgents et semi-urgents. Si des urgences non immédiates étaient remises au lendemain, le médecin responsable doit en consigner la raison dans le dossier de l'utilisateur et en informer le personnel du guichet du département d'endoscopie.

Ce processus devra être par la suite compilé et, au besoin, révisé par le comité de gestion local. Si ce comité juge qu'il y a eu abus de ces procédures, des sanctions graduées pourraient être appliquées. (*cf. article 54*)

35. GESTION DU PROGRAMME D'URGENCE PENDANT LE PROGRAMME ÉLECTIF

Les urgences appartiennent au service et non au médecin endoscopiste. Un médecin peut être identifié avec des plages dédiées pour les urgences selon le centre.

Si des urgences non immédiates étaient remises au lendemain, le personnel du guichet de l'unité d'endoscopie doit évaluer, conjointement avec le médecin endoscopiste, le moment le plus opportun pour effectuer l'intervention.

36. DISPONIBILITÉ DU MÉDECIN ENDOSCOPISTE

Le médecin endoscopiste de garde devra aviser l'équipe sur place s'il quitte l'hôpital quand des usagers sont en attente d'être appelés à l'unité d'endoscopie. Si le médecin endoscopiste n'est

pas demeuré disponible et n'a pas transféré le cas à un confrère, une sanction pourrait lui être imposée par le comité de l'unité d'endoscopie après étude des circonstances. (*cf. article 54*)

En cas d'intervention nécessitant une expertise particulière, c'est le médecin endoscopiste qui a la responsabilité de trouver un collègue possédant cette expertise et des privilèges endoscopiques au CISSMO ou il doit lui-même assumer la responsabilité de transférer l'utilisateur dans un autre centre hospitalier approprié.

CHAPITRE IX RESPONSABILITÉS DE GESTION

SECTION I GESTION DES VACANCES ET ABSENCES

37. CHOIX ET AUTORISATION DE LA PÉRIODE DE VACANCES

Le médecin endoscopiste doit proposer à son chef de service la période de vacances souhaitée au moins quatre (4) mois à l'avance. La répartition des vacances au sein de chaque service doit se faire de façon à assurer la continuité des soins et doit être gérée par le chef de service.

38. PLANIFICATION DE VACANCES

Le chef de service médical prépare une planification de vacances à partir des périodes de vacances souhaitées par les médecins de son service de manière à assurer la continuité des services à l'unité d'endoscopie. Il résout tout conflit de dates avec la collaboration des médecins endoscopistes concernés.

Le chef de service médical autorise les périodes de vacances, en tenant compte du maintien des activités requises à l'unité d'endoscopie ou autre secteur comme statué par le comité local de l'unité d'endoscopie.

Pour la période estivale, les chefs des services médicaux doivent présenter aux chefs de département quatre (4) mois à l'avance leur planification de vacances.

39. DÉFAUT D'ANNONCER SES VACANCES DANS LES DÉLAIS

Le chef de département peut refuser à un médecin endoscopiste le choix de ses vacances, s'il fait défaut de les annoncer dans les délais prescrits par l'article 41 de ces RUR. Toute prise de vacances non autorisées peut faire l'objet d'une sanction administrative par le comité local de l'unité d'endoscopie, conformément aux dispositions de l'article 54 de ces RUR ou d'une plainte auprès du médecin examinateur conformément à l'article 44 de la LSSSS.

Si la période d'absence prévue par le médecin endoscopiste comprend l'annulation d'une ou de plusieurs priorités d'endoscopie, le chef de service médical attribue cette priorité à un autre médecin endoscopiste du même service ou département ou, à défaut de pouvoir le faire, le coordonnateur médical de l'endoscopie ou ICASI attribuera la priorité d'endoscopie à un médecin endoscopiste.

40. ABSENCE PLANIFIÉE

Le médecin endoscopiste doit aviser son chef de service ainsi que l'ICASI d'une absence planifiée (congrès, responsabilité associative, etc.), au moins deux (2) mois d'avance. Il incombe au chef de service médical, ou à défaut au chef de département concerné d'assurer le maintien des activités requises.

41. ABSENCE NON PLANIFIÉE

Les motifs autorisés pour une absence non planifiée sont énumérés dans les règlements de département. Il incombe au médecin endoscopiste, lors de ces absences, de remettre sa priorité à son service qui pourvoira à son remplacement dans les délais requis. En cas d'incapacité importante du médecin endoscopiste, le chef de service sera responsable de faire les modifications. À défaut de quoi, cette absence serait considérée comme non autorisée et les sanctions prévues dans ces cas pourraient lui être imposées par le comité de l'unité d'endoscopie après étude des circonstances. (*cf. article 54*)

SECTION II ÉQUIPEMENTS, INSTRUMENTATION ET FOURNITURES

42. ÉQUIPEMENTS

Définition : tout appareil, fixe ou non fixe, utilisé seul ou en association, soit les appareils spécifiques pour l'entretien et la préparation de l'équipement médical de même que les vérificateurs dédiés (ex. : sécurité électrique, contrôle de performance des défibrillateurs) et les composantes, les accessoires, les logiciels, les interfaces de transfert de données et les stations informatiques dédiées ayant une fonction clinique ou diagnostique et qui sont requis pour la transmission des données, excluant les systèmes d'archivage, servant au dépistage et à la prévention d'une maladie, au diagnostic, au monitoring et au traitement des patients (dépense non récurrente).

Les demandes de développement et de remplacement d'équipements médicaux et médicaux spécialisés devront être soumises au coordonnateur médical de l'endoscopie par le chef du service concerné ou ses représentants locaux et acheminées à la DPSCS pour transmission au comité médico-administratif du programme chirurgie chargé d'établir les priorités en matière d'achat d'équipements. Les demandes devront être envoyées à la DPSCS, sous la forme d'un document d'opportunité mentionnant les avantages, les volumes, les impacts en cas de non-autorisation, ainsi que le montage financier.

Les demandes d'équipements autres que médicaux devront être présentées au chef de l'unité d'endoscopie par le chef de service concerné ou son représentant local et acheminées à la DPSCS.

43. INSTRUMENTATION

Définition : outil servant à effectuer certaines interventions par voie endoscopique.

Les demandes de nouveaux instruments médicaux devront être soumises au coordonnateur médical de l'endoscopie et au chef de département concerné, ou à son représentant local, par le

chef de service. Si requise, une demande de budget de développement devra être présentée à la DPSCS. Un montage financier pourrait être exigé.

Les demandes de remplacement d'instruments (bris ou désuétude) devront être présentées au coordonnateur médical de l'endoscopie.

44. FOURNITURES

Définition : petit matériel spécialisé.

Les demandes pour l'acquisition d'une nouvelle fourniture médicale engendrant des coûts additionnels majeurs devront être acheminées au chef de l'unité d'endoscopie par le chef de service local concerné et soumises pour approbation au comité local de l'unité d'endoscopie.

SECTION III COMMUNICATIONS

45. APPELS TÉLÉPHONIQUES

Les appels téléphoniques ne sont pas transférés dans les salles, sauf ceux concernant des soins médicaux, ou en cas d'urgence autre.

Pour contacter le médecin de garde, il faut se référer à la *Procédure sur la gestion des appels aux médecins de garde (PRO-10371)*, qui se trouve sur l'Intranet.

46. ABSENCE DE L'UNITÉ D'ENDOSCOPIE

Les médecins endoscopistes doivent respecter rigoureusement leur horaire de travail à l'unité d'endoscopie. Toute absence doit être fondée sur un motif raisonnable. Lorsqu'un médecin endoscopiste doit quitter l'unité d'endoscopie durant son quart de travail, il doit aviser l'ICASI de l'unité d'endoscopie ainsi que le personnel de la salle où il travaille de la durée de son absence.

SECTION IV GESTION DE L'ENVIRONNEMENT

47. ARRÊT DES ACTIVITÉS POUR DIVERSES RAISONS

Un arrêt des activités peut se produire pour de multiples raisons (panne d'électricité, arrêt ou contamination de la ventilation, taux d'humidité et de température dépassant les normes CSA Z314.15-03, fuite de gaz, panne d'eau, arrêt de vapeur, incendie, tous les niveaux de codes nécessitant une utilisation immédiate de l'unité d'endoscopie, etc.).

Dans ces cas, les mesures suivantes doivent s'appliquer immédiatement :

- Aucune intervention élective ne peut débuter, même de courte durée;
- Les interventions en cours doivent se terminer le plus rapidement possible;
- Les urgences relatives doivent être reportées, avec l'accord de l'ICASI de l'unité d'endoscopie, jusqu'à la correction de la panne, afin d'éviter que le délai engendré ne cause de préjudice sérieux à l'utilisateur;

- Dans tous les cas où l'attente de la correction de la panne pourrait raisonnablement entraîner un préjudice sérieux à l'usager, il faudra intervenir sans délai avec alimentation électrique par le groupe électrogène;

48. PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS ET HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

Le nettoyage de l'environnement des salles d'endoscopie doit respecter les règles de PCI en vigueur.

49. HUMIDITÉ ET TEMPÉRATURE

Un document de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INESSS) a été publié, concernant l'arbre décisionnel des mesures à prendre en cas d'humidité excessive. (*cf. Annexe A*)

Salle d'endoscopie : la température dans une salle d'endoscopie devrait être maintenue entre 20 et 23 C.

Une humidité relative de 30% à 60% doit être maintenue dans la salle d'endoscopie. Les taux d'humidité doivent être surveillés régulièrement.

Local d'utilité propre, souillé et salle d'examen: une humidité relative de 30% à 60% est recommandée dans un local d'entreposage de dispositifs médicaux propres et stériles.

CHAPITRE X SANCTIONS ADMINISTRATIVES OU DISCIPLINAIRES

50. SANCTIONS ADMINISTRATIVES

Lorsqu'un médecin, dentiste ou pharmacien enfreint une des règles eu égard à l'utilisation des ressources prévues aux présentes RUR, 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 un laps 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, et ne dispense pas 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. Le chef de département doit être avisé des sanctions administratives par le DSP.

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 un laps de temps à préciser.

À noter qu'il incombera aux membres du service local d'assurer la découverte 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.

Un premier manquement aux présentes RUR ne mène pas à l'application de sanctions administratives, mais entraîne un avertissement écrit qui est adressé au médecin, par le chef de service médical.

À partir du deuxième manquement, les sanctions administratives s'appliquent comme suit :

- 1° Un deuxième manquement entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources des cliniques externes de l'établissement pendant une période d'une (1) semaine. Le DSP doit être informé par le chef de département clinique, préalablement informé par le chef de service médical, s'il y a lieu, de ce deuxième manquement. Le DSP doit ensuite informer le médecin visé, par écrit, de la nature de la contravention et de la teneur de la sanction administrative applicable. Il doit aussi lui fournir l'occasion de se faire entendre. Le DSP informe ensuite le chef de service, s'il y a lieu, le chef de département et le CMDP de l'application de la sanction;
- 2° Un troisième manquement entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources des cliniques externes de l'établissement pendant une période d'un (1) mois. Comme pour le deuxième manquement, après être informé par le chef de service médical, s'il y a lieu, le chef de département clinique informe le DSP. Le DSP doit écrire au médecin pour l'aviser de la nature de la contravention et de la teneur de la sanction administrative applicable. Il doit aussi lui fournir l'occasion de se faire entendre. Cet avis sera versé au dossier professionnel du médecin. Le DSP informe ensuite le chef de service médical, s'il y a lieu, le chef de département clinique et le CMDP de l'application de la sanction;
- 3° S'il s'agit d'un résident, ce dernier sera rencontré par le médecin responsable. S'ils ne peuvent en venir à une entente, le directeur de l'enseignement sera saisi de la situation par le chef de service clinique.

Un manquement au présent règlement pourrait faire, au besoin, l'objet d'une plainte au médecin examinateur après consultation auprès du comité de l'unité d'endoscopie.

CHAPITRE XI DISPOSITIONS FINALES

SECTION I ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT

- 51.** Les présentes RUR entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit, au préalable, obtenir l'avis du CECMDP, le cas échéant (art. 192 de la LSSSS).

Les présentes RUR demeurent en vigueur tant et aussi longtemps qu'une nouvelle version n'est pas adoptée par le CA. Les présentes RUR sont élaborées par le chef de département, en collaboration avec le chef de service, sous l'autorité de la DSPEM.

SECTION II RÉVISION, ABROGATION

- 52.** Les présentes règles d'utilisation des ressources du service d'endoscopie doivent être révisées à la fin de la première année suivant leur approbation initiale par le CA, puis aux quatre (4) ans par la suite.

SECTION III RÉFÉRENCE

- 53.** Énumérer les documents consultés pour la rédaction de ces RUR.

- 1° Règlement sur l'organisation et le fonctionnement des unités d'endoscopie du CISSS de la Montérégie-Est
- 2° Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine spécialisée REG-10285. [En ligne]. 2023. [<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/reg-10285-reglement-sur-organisation-et-le-fonctionnement-du-departement-de-medecine-specialisee>].
- 3° Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de chirurgie REG-10289. [En ligne]. 2023. [<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/reg-10289-reglement-sur-organisation-et-le-fonctionnement-du-departement-de-chirurgie>].
- 4° QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Utilisation des ressources matérielles et humaines d'un établissement qui exploite un centre hospitalier (CH), un centre local de services communautaires (CLSC) ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) par un dispensateur de services (2014-009)*. [En ligne]. 2014. [<https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?id=4925>].
- 5° QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*. [En ligne]. 2018. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002073/>].
- 6° Collège des médecins du Québec. *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*. [PDF]. 2022. [<https://cms.cmq.org/files/documents/Guides/p-1-2005-12-01-fr-tenue-des-dossiers-par-medecin-en-centre-hospitalier-de-soins-generaux-et-specialises.pdf>]

SECTION IV PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Alexandra Côté, agente administrative DSPEM	2024-03-05
	Mélanie Richer, APPR DSPEM	2024-03-05
	Yolande de Wijngaert, agente administrative DSPEM	2024-08-27
Personnes consultées	Mme Valérie Duvernay, Coordinatrice – Bloc opératoire, endoscopie, cliniques spécialisées	2023-08-29
	Mme Denise Gagné, Chef des cliniques spécialisées, de l'endoscopie et de l'accueil clinique (pôle 1)	2023-08-29
	Mme Chantal Landry, Chef des cliniques spécialisées, de l'endoscopie et de l'accueil clinique (pôle 2)	2023-08-29
	Mme Nathalie Decloître, Chef de service DSPCS (Haut-Saint-Laurent)	2023-08-29
	Dr Thanh Su Paul Tran, médecin interniste	2024-02-22
	Dr Marie-Pierre Renaud, gastro-entérologue	2024-02-22
	Dre Geneviève Beaulieu-Boire, médecin interniste	2024-02-22
	Dr Todd Davidyock, chef de service pneumologie pôle 2	2024-05-03
	Dre Lilian Lee, adjointe au chef du département de chirurgie	2024-05-10
	Dre Caroline Bourassa-Fulop, DSP adjointe par intérim	2024-05-10

SECTION V HISTORIQUE DU DOCUMENT

Historique du document		
Approuvé par	Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2024-10-07
Recommandé par	Le Comité de direction	2024-10-29
Adopté par	Le Conseil d'administration	2024-11-27
Commentaires	RCECMDP20241007-120-23_RUR endoscopie CA-20241127-05	

CHAPITRE XII ANNEXES**ANNEXE A : ARBRE DÉCISIONNEL - MESURES EN LIEN AVEC L'HUMIDITÉ DANS UN LOCAL D'ENTREPOSAGE DE MATÉRIEL STÉRILE**

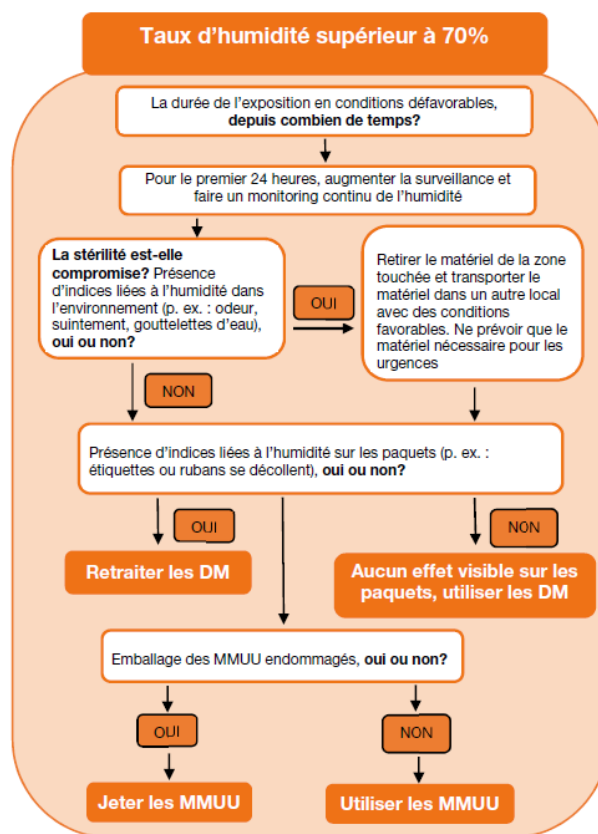
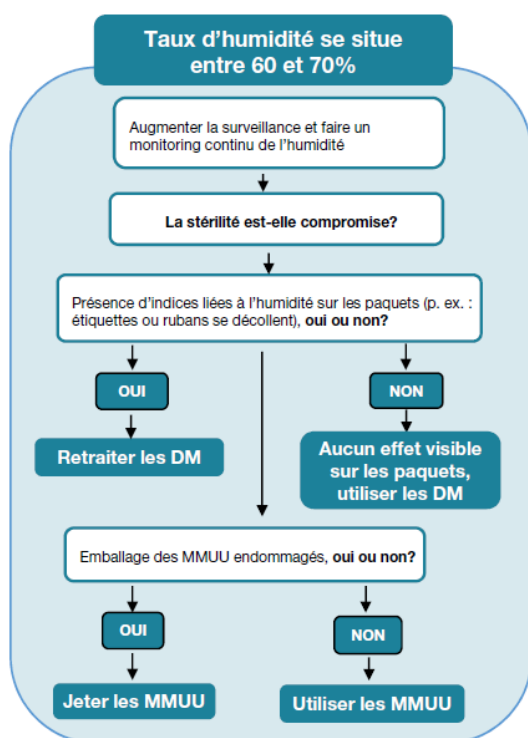
ARBRE DÉCISIONNEL : MESURES EN LIEN AVEC L'HUMIDITÉ DANS UN LOCAL D'ENTREPOSAGE DE MATÉRIEL STÉRILE

Lien Internet : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/cerdm/arbre-decisionnel-taux-humidite-local-entreposage.pdf> 2018.[En ligne].



Arbre décisionnel : Mesures en lien avec un excès d'humidité dans un local d'entreposage de matériel stérile

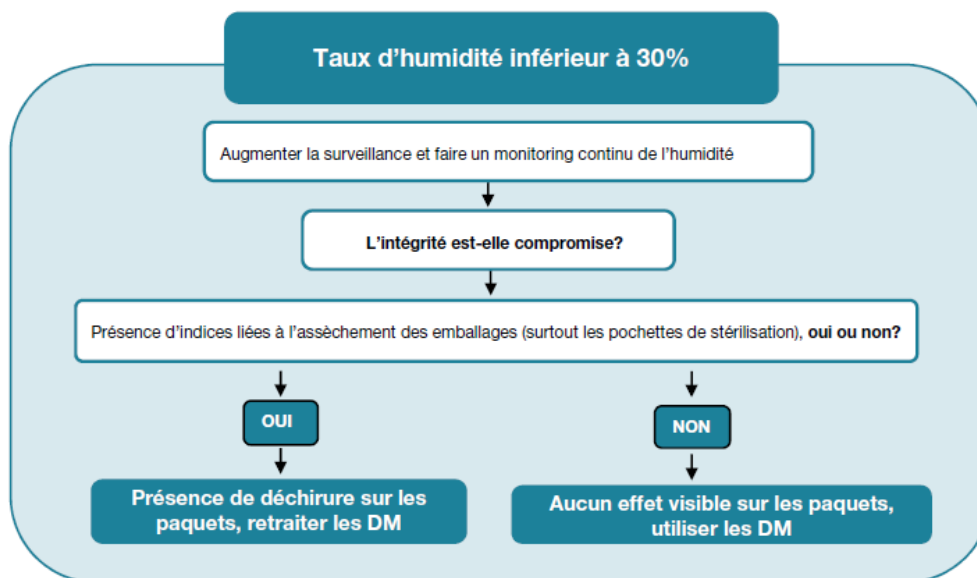
Quelles sont les actions à prendre?



Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux
Novembre 2018

Arbre décisionnel : Mesures en lien avec une baisse d'humidité dans un local d'entreposage de matériel stérile

Quelles sont les actions à prendre?



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

Québec

