

Direction des affaires juridiques, institutionnelles
et corporatives, et des communications

Québec, le 14 août 2025

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Réponse à votre demande d'accès à des documents
N/dossier : MMTGT00781

Bonjour,

Nous donnons suite à votre demande transmise par Santé Québec le 6 août 2025 pour l'obtention des documents suivants, fait le 31 juillet 2025 :

« Pour chacun des établissements de Santé Québec, nous aimerions obtenir les documents suivants :

- *Les règlements de tous les départements;*
- *Les règlements de tous les services;*
- *Le règlement sur les règles d'utilisation des ressources;*
- *Et le plan d'organisation des services.*
-

Précisions demandé par Santé Québec, le 1^{er} août 2025 :

Si vous souhaitez que nous traitions votre demande, il nous faut obtenir des précisions quant aux documents que vous cherchez à obtenir. Ces précisions incluent

- *Désirez-vous uniquement les documents détenus par le siège social ou également pas les établissements? Si tel est le cas, nous vous prions de nous préciser le nom du ou des établissement (s) ou direction (S) concerné(s);*
- *La période visée;*
- *Le sujet des règlements recherchés.*

Réponse le 5 août 2025 :

- *Désirez-vous uniquement les documents détenus par le siège social ou également pas les établissements? Si tel est le cas, nous vous prions de nous préciser le nom du ou des établissement (s) ou direction (S) concerné(s);*

(...) CIUSSS de la Capitale-Nationale

- *La période visée;*

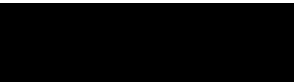
Les règlements en vigueur

- *Le sujet des règlements recherchés.*
- *Les règlements de département pour chaque département,*
- *Les règlements de service pour chaque service,*
- *Les règles d'utilisation des ressources et le plan d'organisation des services. »*

À cet égard, vous trouverez ci-joint les règles et règlements internes des départements cliniques y incluant les règles d'utilisation des ressources et le plan d'organisation des services en vigueur détenu par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

En terminant, si vous êtes insatisfaite de notre réponse, soyez informée qu'en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, vous avez des recours. Nous joignons à la présente une note explicative à cet effet intitulée « Avis de recours ».

Nous espérons le tout à votre convenance et vous prions d'agréer, nos salutations distinguées.



Ann-Sao Fournier, technicienne juridique

Pour : Stéphanie Savard, avocate

Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels

Dossiers administratifs et employés

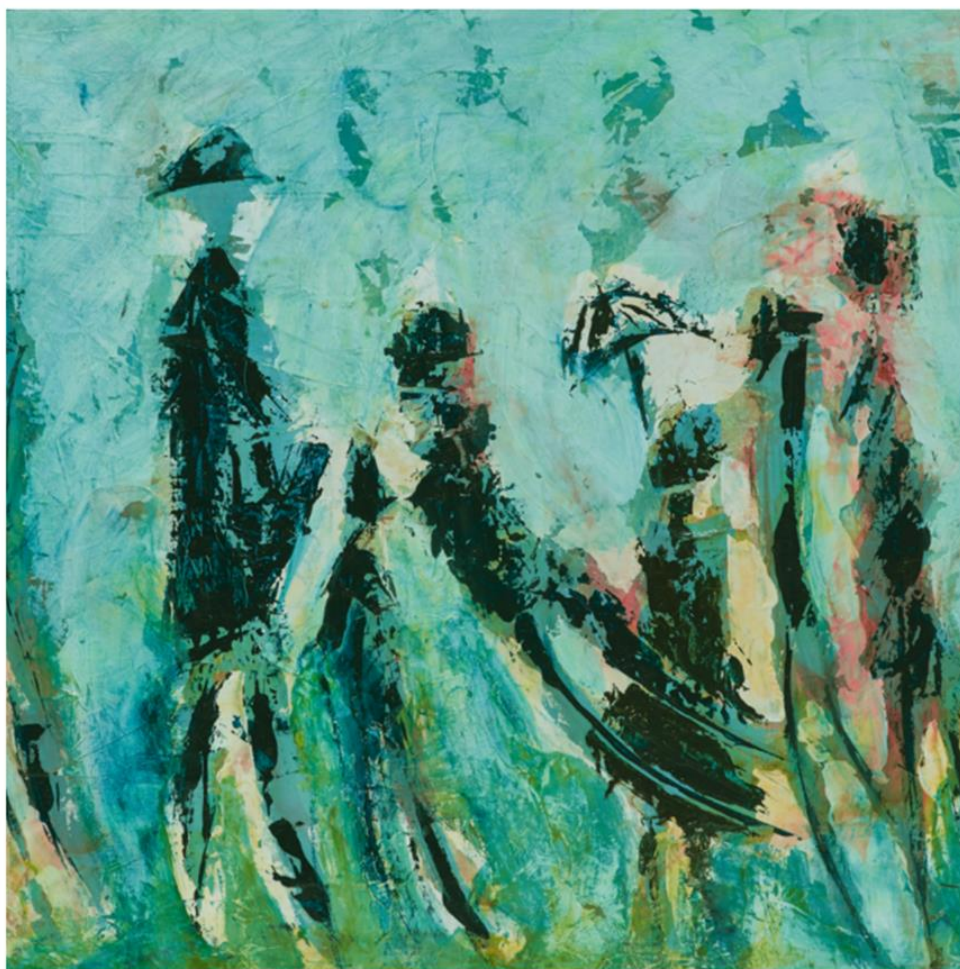
SS/as

p. j. Avis de recours
Documents

PLAN D'ORGANISATION CLINIQUE

DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, DÉPENDANCE ET ITINÉRANCE

VERSION
NOVEMBRE 2024



*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale*

Québec



Page couverture :

BOURQUE, Mireille

Les Manchots, 2019

Techniques mixtes sur toile

Collection Vincent et moi

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Rédaction

Marie-Josée Collard, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

Julie Couture, directrice adjointe des services d'urgence, alternatifs à l'hospitalisation et ambulatoires, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

Gwenaëlle Dauphas, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

Frédérique Mercure, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

Collaborateurs à la rédaction et au contenu

Gestionnaires de la Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

Comité de direction de la Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

Nadia Villeneuve-Étienne, conseillère cadre en dépendance, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

Nadine Blanchette-Martin, chercheure, Service de recherche en dépendance CIUSSSCN/CISSS de Chaudière-Appalaches

Révision linguistique et mise en page

Gisèle Yougou, technicienne en administration

Jade Gendron, technicienne en administration

Table des matières

MISE EN CONTEXTE.....	10
PARTIE 1 PRÉSENTATION DE LA DSMDI	10
MISSION	11
VISION ET VALEURS	12
ASSISES CLINIQUES	12
OBJECTIFS PRIORITAIRES	13
GAMME DE SERVICES	14
IMPLICATION DES PROCHES.....	14
PRÉSENTATION DES SERVICES DE LA DSMDI	15
PARTIE 2 PROGRAMME DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE.....	17
CLIENTÈLE.....	17
TROUBLES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCE.....	18
ACCÈS AUX SERVICES EN SANTÉ MENTALE	18
ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE	21
1. CONTINUUM DES TROUBLES MENTAUX FRÉQUENTS ET DE LA PERSONNALITÉ.....	23
1.1 SERVICES SPÉCIFIQUES EN SANTÉ MENTALE (TRAITEMENTS DE 1 ^{RE} LIGNE)	24
1.2 CLINIQUE SPÉCIALISÉE DES TROUBLES COMPLEXES DE L'ANXIÉTÉ ET DE L'HUMEUR	26
1.3 CENTRE DE TRAITEMENT LE FAUBOURG ST-JEAN	26
2. CONTINUUM DE SERVICES ET DE SOINS AIGUS.....	27
2.1 ACCOMPAGNEMENT BREF DANS LA COMMUNAUTÉ (ABC).....	28
2.2 TRAITEMENT INTENSIF BREF À DOMICILE (TIBD)	29
2.3 HÔPITAUX DE JOUR (TA-TH-TP)	30
2.3.1 Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur (TA-TH).....	30
2.3.2 Programme de Gestion de la crise (GDC) dédié aux personnes vivant avec un trouble de la personnalité	30
2.4 UNITÉS D'URGENCE PSYCHIATRIQUE	31
2.5 ÉQUIPE DE COORDINATION DES ADMISSIONS ET DES MOUVEMENTS DE CLIENTÈLE	31
2.6 SERVICES DE CONSULTATION-LIAISON EN SANTÉ MENTALE, SANTÉ PHYSIQUE ET DÉPENDANCE	32
2.7 UNITÉS D'HOSPITALISATION	33
2.7.1 Unité de traitement bref (L5300)	33
2.7.2 Unités de psychiatrie générale (IUSMQ K3100, K4100 et L6300, CHUL 4e Sud-Ouest et 3e Sud-Est)	33
2.7.3 Unité de soins intensifs (J4000B).....	34
2.7.4 Unité de médecine et de soins palliatifs (L2300).....	34
2.7.5 Unité des troubles sévères de la personnalité (J4000A).....	35
2.7.6 Unité pour jeunes adultes (J3000).....	36
2.7.7 Unités de gériopsychiatrie (K2100 et L2200)	36
2.7.8 Unité (J2000) pour la clientèle en suivi intensif dans le milieu (SIM)	37
2.7.9 Unité (G2200) pour la clientèle atteinte d'une déficience intellectuelle et d'un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA).....	38
2.8 ÉQUIPE DE RÉINSERTION SOCIALE EN SANTÉ MENTALE	38

3. CONTINUUM DES TROUBLES MENTAUX GRAVES	38
3.1 SOUTIEN ET RÉADAPTATION DANS LE MILIEU	39
3.1.1 <i>Soutien d'intensité variable (SIV) et Soutien de base non intensif (SBNi)</i>	39
3.1.2 <i>Équipes de soutien intensif dans le milieu (SIM)</i>	40
3.2 PROGRAMME POUR PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES (PPEP) DE LA CLINIQUE NOTRE-DAME DES VICTOIRES (CNDV)	41
3.3 CENTRE DE SERVICES AMBULATOIRES EN SM (CENTRE DE TRAITEMENT LE 388 ST-VALLIER)	42
3.4 TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES EN PSYCHOTHÉRAPIE POUR TROUBLES MENTAUX GRAVES (TCP-TMG)	42
3.5 PROGRAMME INTÉGRÉ DE SOUTIEN À L'EMPLOI (PISE)	43
3.6 SOUTIEN ET RÉADAPTATION EN HÉBERGEMENT	43
3.6.1 <i>Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)</i>	43
3.6.2 <i>Résidence à assistance continue (RAC) en santé mentale</i>	44
3.6.3 <i>Unités de réadaptation de longue durée H3100 et L3300</i>	44
3.6.4 <i>Unité de réadaptation active pour personnes âgées H6100 et K5100</i>	45
3.6.5 <i>Équipe fluidité</i>	46
4. CONTINUUM DE PSYCHIATRIE LÉGALE	46
4.1 CLINIQUE CARCÉRALE EN PSYCHIATRIE LÉGALE	46
4.2 UNITÉS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE LÉGALE M2500 ET L4300	47
4.2.1 <i>Unité M2500</i>	47
4.2.2 <i>Unité L4300</i>	48
4.3 RÉSIDENCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC) EN PSYCHIATRIE LÉGALE	48
4.4 PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT JUSTICE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (PAJ-SM) ET INTERVENTION MULTISECTORIELLE PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT À LA COUR MUNICIPALE (IMPAC)	49
5. CLINIQUES EXTERNES DE PSYCHIATRIE	50
5.1 CLINIQUES EXTERNES DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE	50
5.2 CLINIQUE EXTERNE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE	51
5.3 CLINIQUE EXTERNE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)	51
6. CLINIQUES SPÉCIALISÉES POUR CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES	52
6.1 CLINIQUE DES TROUBLES SEXUELS (CTS)	52
6.2 CLINIQUE DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE	53
6.3 CLINIQUE POUR LE TRAITEMENT DU STRESS OPÉRATIONNEL (TSO)	53
6.4 PROGRAMME D'INTERVENTION DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (PITCA)	54
7. SERVICES TRANSVERSAUX EN SANTÉ MENTALE	55
7.1 CLINIQUE PÔLE SANTÉ MENTALE	55
7.2 CLINIQUE D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION COGNITIVE	55
7.3 PROGRAMME DE SANTÉ GLOBALE ET DE LOISIRS	56
7.4 SERVICE DE PRÉLÈVEMENTS ET D'INJECTION (SPI)	56
7.5 VINCENT ET MOI	57
8. PARTICULARITÉS RÉGIONALES	57
8.1 TERRITOIRE DE PORTNEUF	57
8.2 TERRITOIRE DE CHARLEVOIX	59
PARTIE 3 PROGRAMME DES SERVICES EN DÉPENDANCES	62
ORGANISATION DES SERVICES EN DÉPENDANCES	64
1. DÉTECTION ET ORIENTATION VERS LES SERVICES APPROPRIÉS	64

2. INTERVENTION PRÉCOCE	64
2.1 PROGRAMME MES CHOIX	64
3. ACCÈS ET ÉVALUATIONS SPÉCIALISÉES	65
3.1 ACCÈS	65
3.1.1 Services d'accès	65
3.1.2 Infirmières de consultation-liaison et professionnels de liaison en dépendance	65
3.2 ÉVALUATIONS SPÉCIALISÉES.....	65
3.3 PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE RÉDUCTION DU RISQUE DE CONDUITE AVEC LES CAPACITÉS AFFAIBLIES (PERRCCA)....	65
4. GESTION DE L'INTOXICATION ET DU SEVRAGE	66
4.1 GESTION DE L'INTOXICATION - DÉGRISEMENT.....	67
4.2 LES SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE.....	67
4.2.1 Services externes de la gestion du sevrage (sevrage léger)	67
4.2.2 Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale (sevrage léger)	67
4.2.3 Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale (sevrage modéré) .	67
4.2.4 Sevrage sévère	67
5. RÉADAPTATION EXTERNE ET AVEC HÉBERGEMENT	68
5.1 PROGRAMME EXTERNE ADULTE	68
5.2 PROGRAMMES SEMI-INTENSIF ET INTENSIF DE RÉADAPTATION ADULTE (PIRA)	69
5.3 PROGRAMME DE RÉADAPTATION POUR JEUNES 12-17 ANS.....	70
5.4 CLIENTÈLE 18-24 ANS.....	70
5.5 PROGRAMME TOXICO-JUSTICE.....	71
5.6 SERVICES À BAS SEUIL D'ACCESSIBILITÉ	71
5.7 PROGRAMME JEUNES PARENTS	72
5.8 LITS MULTIFONCTIONNELS – ENTENTES DE PARTENARIAT	72
6. TRAITEMENT PAR AGONISTE OPIOÏDE (TAO)	72
7. SERVICES DE RÉINSERTION SOCIALE EN DÉPENDANCE.....	73
8. L'INTERVENTION DE CRISE AUPRÈS DES JOUEURS EN DIFFICULTÉ DANS LES CASINOS ET LES SALONS DE JEUX.....	73
9. SOUTIEN À L'ENTOURAGE.....	73
9.1 MEMBRE DE L'ENTOURAGE DE LA CLIENTÈLE ADULTE	74
9.2 MEMBRE DE L'ENTOURAGE DE LA CLIENTÈLE JEUNESSE.....	74
10. SOUTIEN PROFESSIONNEL.....	74
10.1 PROFESSIONNELS RÉPONDANTS SPÉCIALISÉS EN DÉPENDANCE (PRSD)	74
10.2 CLINIQUE MÉDICALE RÉGIONALE EN DÉPENDANCE	75
10.3 ÉQUIPE SPÉCIALISÉE EN TROUBLES CONCOMITANTS.....	75
10.4 PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION EN DÉPENDANCE (PNFD)	76
10.5 RECHERCHE.....	76
11. STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DES SURDOSES.....	76
11.1 L'INTERZONE - SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE (SCS)	77
12. PARTICULARITÉS RÉGIONALES.....	78

12.1 TERRITOIRE DE PORTNEUF	78
12.2 TERRITOIRE DE CHARLEVOIX	78
PARTIE 4 PARTENARIAT ET ITINÉRANCE	80
1. ORGANISATION DES SERVICES EN ITINÉRANCE	80
1.1 ÉQUIPE DE LIAISON EN ITINÉRANCE.....	80
1.2 ÉQUIPE DE STABILITÉ RÉSIDENTIELLE	81
1.3 CENTRE MULTISERVICE.....	82
2. PARTENARIAT INTERSECTORIEL ET COMMUNAUTAIRE	82
2.1 SOUTIEN FINANCIER AUX ACTIVITÉS DU MILIEU COMMUNAUTAIRE LIÉES À LA DIRECTION.....	82
2.2 ACTIVITÉS DE CONCERTATION INTERSECTORIELLES.....	83
ANNEXE 1 - ORGANIGRAMME DE LA DSMDI	84
ANNEXE 2 – LISTE DES INSTALLATIONS DE LA DSMDI	85

Liste des figures

Figure 1 - Prévalence des troubles mentaux chez la population de 18 ans du territoire de la Capitale-Nationale (2021-2022)	17
Figure 2 - Schématisation des continuums de services en santé mentale de la DSMDI	22
Figure 3 - Schématisation des soins par étapes	23
Figure 4 - Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale.....	28
Figure 5 - Schématisation des services en dépendance de la DSMDI en cohérence avec les orientations ministérielles.....	63

Liste des acronymes

ABC	Accompagnement bref dans la communauté	DSM	Direction des services multidisciplinaires
AIH	Accueil intégré harmonisé	DSMDI	Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance
AMM	Aide médicale à mourir	DSPu	Direction de santé publique
ASAM	American Society of Addiction Medicine	ÉDQ	Établissement de détention de Québec
AVQ-AVD	Activité de la vie quotidienne – Activité de la vie domestique	ESIF	Équipe de soutien interdisciplinaire du Faubourg Saint-Jean
BSO	Blessures liées au stress opérationnel	GDC	Gestion de crise
CCQ	Centre de crise de Québec	GMF (U)	Groupe de médecine familiale (universitaire)
CETM	Commission d'examen des troubles mentaux	HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	IMPAC	Intervention multisectorielle programmes d'accompagnement à la cour municipale
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval	IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
CIUSSSCN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale	IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
CLSC	Centre local de services communautaires	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
CMRD	Clinique médicale régionale en dépendance	IUD	Institut universitaire en dépendance
CNDV	Clinique Notre-Dame des victoires	IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
CPSQ	Centre de prévention de suicide de Québec	IUSMQ	Institut Universitaire en santé mentale de Québec
CRDQ	Centre de réadaptation en dépendance de Québec	JHA	Jeux de hasard et d'argent
CRDS	Centre de répartition des demandes de services spécialisés	MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	ME	Membre de l'entourage
CTS	Clinique des troubles sexuels	MEL	Module Évaluation-liaison
DA	Direction adjointe	MRC	Municipalité régionale de comté
DDITSADP	Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique	OMHQ	Office municipal d'habitation de Québec
DI	Déficience intellectuelle	PAJ-SM	Programme d'accompagnement justice santé mentale de Québec
DQÉPÉ	Direction de l'évaluation, de la qualité et de l'éthique	PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
DSAPA	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées	PERRCCA	Programme d'évaluation et de réduction du risque de conduite avec les capacités affaiblies

Liste des acronymes

PIRA	Programme intensif de réadaptation adulte	SPA	Substances psychoactives
PISE	Programme intégré de soutien à l'emploi	SPI	Service de prélèvements et injections
PITCA	Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires	SPVQ	Service de police de la Ville de Québec
PNFD	Programme national de formation en dépendance	TA	Trouble anxieux
PPEP	Programme pour premier épisode psychotique	TAO	Traitement par agonistes opioïdes
PQJ	Programme qualification des jeunes	TAQ	Tribunal administratif du Québec
PRSD	Professionnel répondant spécialisé en dépendance	TC	Troubles concomitants
PSL	Programme de soutien au loyer	TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires	TCP-TMG	Traitements complémentaires en psychothérapie pour troubles mentaux graves
RAC	Résidence à assistance continue	TGC	Troubles graves du comportement
RAAM	Rapid access addictions medicine	TH	Trouble de l'humeur
RHD	Ressource d'hébergement en dépendance	TIBD	Traitement intensif bref à domicile
RI	Ressources intermédiaires	TP	Trouble de la personnalité
RPA	Résidence privée pour aînés	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux	TSM	Trouble de santé mentale
RTF	Ressources de type familial	TSO	Clinique pour le traitement du stress opérationnel
SACS	Service d'aide en situation de crise	TUO	Trouble lié à l'usage d'opioïdes
SBNI	Soutien de base non intensif	TUS	Trouble d'utilisation de substance
SCPD	Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence	UDII	Personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation
SCS	Services de consommation supervisée	UIBP	Unité d'intervention brève en psychiatrie
SIF	Soutien d'intensité flexible	UPI	Utilisation problématique d'internet
SIM	Soutien intensif dans le milieu	USI-P	Unité de soins intensifs psychiatriques
SIV	Soutien d'intensité variable		

Mise en contexte

Le 1er avril 2015, la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS) entrait en vigueur et marquait ainsi la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN).

Le CIUSSSCN a pour mission d'offrir des services de santé et des services sociaux de proximité à l'ensemble de la population des territoires de la grande région de Québec, de Portneuf à Charlevoix, soit à une population de plus de 771 611¹ individus. Par ses actions, ses soins et ses services, il contribue à l'amélioration de la santé globale de la population de son territoire. Le CIUSSSCN dispense ses services à 17 %² des jeunes âgés de 0 à 17 ans, et à 23 %³ de personnes âgées de 65 ans et plus.

Les meilleures pratiques, l'innovation, la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches sont les pierres angulaires des soins et des services offerts. Lors de la création du CIUSSSCN, inspirée des méthodes Lean, chaque direction des programmes-services a défini sa structure en prenant appui sur des chaînes de valeurs. Celles-ci visent les trajectoires les plus adéquates pour les personnes et leurs proches en réduisant les délais d'attente et en améliorant la fluidité.

Conscient de l'ampleur des responsabilités qui lui incombent, le CIUSSSCN met un point d'honneur à collaborer étroitement avec ses partenaires locaux afin de répondre aux besoins nombreux et spécifiques de sa population. Les partenaires communautaires, les partenaires institutionnels (Ville de Québec, SPVQ, OMHQ, etc.), les fondations (dont CERVO pour la DSMDI), les établissements d'enseignement et l'Université Laval sont des collaborateurs de choix. Partager les savoirs et les faire rayonner sont les clés de voute de l'amélioration constante de la qualité des soins et des services de santé offerts à la population.

Partie 1 | Présentation de la DSMDI

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendance voit le jour en 2015. Elle est le fruit de la fusion de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), du Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ) et des équipes cliniques en santé mentale des quatre centres de santé et services sociaux (CSSS) de la région : CSSS de la Vieille-Capitale, CSSS de Québec-Nord, CSSS de Charlevoix et CSSS de Portneuf. Afin de reconnaître l'implication et les responsabilités de la DSMD en ce qui concerne l'itinérance, en 2022 la DSMD devient la DSMDI, soit la Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance.

¹ CIUSSSCN, 2024. Rapport annuel de gestion 2023-2024 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

² CIUSSSCN, 2024. Rapport annuel de gestion 2023-2024 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

³ CIUSSSCN, 2024. Rapport annuel de gestion 2023-2024 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Cette direction regroupe approximativement 2000 employés. Les équipes interdisciplinaires dispensent des soins et des services sur les territoires de la grande région de Québec, de Portneuf et de Charlevoix.

Le plan d'organisation de la DSMDI est composé de six directions adjointes, de trois adjoints à la directrice, de conseillers cadres et d'une coordination des admissions et des mouvements de clientèle, en plus d'une cinquantaine de cadres intermédiaires (voir organigramme sur la Zone CIUSSS ou à l'annexe 1). La direction assure la gestion des ressources humaines, des ressources matérielles et financières sous sa responsabilité.

De plus, la DSMDI dispose d'une équipe de la Gestion des effectifs dont la mission est de réaliser une gestion flexible et personnalisée des ressources humaines, de fournir l'information et les conseils appropriés aux employés ainsi qu'aux gestionnaires, en plus de contribuer à l'attraction/rétention de la main-d'œuvre. Elle veille à ce que chaque service dispose de suffisamment de personnel pour offrir des soins et des services de qualité. Cette équipe est également responsable du processus d'accueil des nouveaux employés en provenance de l'extérieur ou de l'interne du CIUSSSCN, ainsi que de l'accès à certaines formations prioritaires.

Mission

La direction planifie, organise et offre des soins et des services cliniques qui permettent aux personnes présentant des problèmes de santé mentale, de dépendance ou d'instabilité résidentielle de se rétablir et de jouer un rôle citoyen plein et entier. Elle offre des soins et des services de proximité, tels que des services de prévention, d'évaluation, d'hospitalisation, de réadaptation, des suivis médicaux et psychosociaux ainsi que des traitements pharmacologiques et thérapeutiques, axés sur la primauté de la personne.

La DSMDI compte trois volets d'intervention, soit la santé mentale, les dépendances et l'itinérance. Elle propose des continuums de soins et de services qui permettent de répondre aux besoins des clientèles ciblées par sa mission. Plusieurs de ses responsabilités sont partagées avec les deux paliers de gouvernement, avec la Ville de Québec et avec les partenaires du réseau communautaire.

Les équipes interdisciplinaires assurent une complémentarité des services pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins spécifiques de chaque personne utilisatrice de services. L'expérience et le parcours de vie des personnes et de leur entourage sont reconnus et valorisés. Comme la personne utilisatrice de services est l'experte de sa vie, la collaboration avec son équipe traitante est mise de l'avant.

De plus, la direction collabore étroitement avec le milieu universitaire en soutenant la recherche et les activités d'enseignement. La DSMDI se veut un milieu d'apprentissage stimulant ouvert aux étudiants qui peuvent compléter des stages dans plusieurs champs professionnels au sein des différents services. En partenariat avec les Centres de recherches du CIUSSSCN, les intervenants sont encouragés à participer à des projets de recherche, ainsi qu'à des activités telles que des conférences et des webinaires.

Vision et valeurs

La DSMDI adhère pleinement à la vision et aux valeurs du CIUSSSCN qui transparaissent dans son offre de soins et de services dispensés à sa clientèle.

Tout comme le CIUSSSCN, la DSMDI vise à :

- Être un leader reconnu pour l'excellence et l'accessibilité de ses soins et de ses services ;
- Obtenir et garder la confiance de la population et de ses partenaires ;
- Être une organisation universitaire inspirante pour le personnel, les médecins et les chercheurs.

De façon plus spécifique, la direction s'est dotée d'une vision commune qui guide ses orientations, ses actions et ses décisions :

« Des pratiques innovantes et pertinentes qui répondent aux besoins des usagers et qui s'inscrivent dans une offre de service intégrée et orientée vers le rétablissement, soutenues par une direction bienveillante et soucieuse à l'égard de ses employés. »

Ainsi, de façon cohérente, elle adhère aux cinq valeurs organisationnelles portées par le CIUSSSCN à savoir la bienveillance, le respect, la collaboration, la responsabilisation et l'audace.

Assises cliniques

L'organisation des soins et des services de la DSMDI s'appuie sur les orientations ministérielles pour le développement de continuums de services adaptés aux besoins de la clientèle et pour en faciliter l'accès. Ces orientations ministérielles sont décrites dans les principaux documents publiés sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux⁴ (MSSS) :

Plans d'action

- Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif
- Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services
- Plan d'action interministérielle en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'internet
- Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance

Cadres de références

- Cadre de référence sur le mécanisme d'accès en santé mentale
- Cadre de référence – Soutien d'intensité variable (SIV)
- Cadre de référence – Suivi intensif dans le milieu (SIM)
- Cadre de référence – Programmes pour premiers épisodes psychotiques PPEP

⁴ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>

- Cadre de référence pour le programme de Suivi d'intensité flexible (SIF)
- Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux

Guides de pratiques et autres documents ministériels

- Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller
- Guide d'implantation des soins en étape en trouble de la personnalité, CIUSSSCN
- Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses de substances psychoactives
- Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir
- Guides sur le PQPTM
- Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental
- Mise en place et maintien de pratiques axées sur le rétablissement – Guide d'accompagnement
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux – Guide d'accompagnement

De plus, les pratiques cliniques s'articulent autour d'approches reconnues qui guident non seulement les interventions et les interactions avec la clientèle, mais favorisent le partage de paradigmes d'intervention à l'intérieur des équipes :

- L'approche orientée vers le rétablissement;
- L'approche axée sur les forces;
- L'approche systémique;
- L'approche de réduction des méfaits;
- L'approche de partenariat.

Objectifs prioritaires

Soucieuse de répondre aux besoins de la population de la Capitale-Nationale, la DSMDI se fixe plusieurs priorités dans le déploiement de son offre de services :

- Adapter les soins et services en fonction des besoins de la population et en respect des meilleures pratiques;
- Renforcer les connaissances, la coordination et la cohérence entre les différents soins et services offerts en santé mentale, dépendances et itinérance, afin d'optimiser les trajectoires pour les personnes utilisatrices;
- Assurer la qualité et la sécurité des soins et services en favorisant l'accompagnement et le développement de la pratique professionnelle;
- Garantir la sécurité ainsi que le bien-être physique et psychologique des équipes cliniques.

Gamme de services

La DSMDI offre une gamme de soins et services diversifiée à la population atteinte d'une problématique de santé mentale, de dépendance et d'instabilité résidentielle. Bien que la très grande majorité de cette offre de service soit destinée à une clientèle adulte, les services en dépendance peuvent être accessibles dès l'âge de 12 ans⁵. De plus, même les jeunes dont les parents présentent une problématique d'usage peuvent bénéficier de services de soutien à l'entourage adaptés à leurs besoins.

Ainsi, les soins et services de la DSMDI sont regroupés dans les champs d'intervention suivants :

- Dépistage et intervention précoce (santé mentale et dépendance);
- Évaluation diagnostique (santé mentale et dépendance);
- Services de consultation et de liaison (santé mentale, dépendance et itinérance);
- Services de crise;
- Services alternatifs à l'hospitalisation;
- Urgence psychiatrique;
- Hospitalisation psychiatrique;
- Services spécifiques et spécialisés de traitement et de réadaptation (santé mentale et dépendance);
- Soutien au logement et à l'instabilité résidentielle (santé mentale, dépendance et itinérance);
- Hébergement temporaire et de longue durée (santé mentale et dépendance);
- Soutien à l'intégration sociale (santé mentale et dépendance);
- Services socioprofessionnels (santé mentale et dépendance);
- Services de psychiatrie légale;
- Services de consommation supervisée (dépendance);
- Services de gestion du sevrage (dépendance);
- Soutien à l'entourage (santé mentale et dépendance).

Implication des proches

L'implication des proches est incontournable dans le soutien, l'accompagnement et le rétablissement des personnes souffrant d'un problème de santé mentale, de dépendance ou en situation d'instabilité résidentielle. En respect des droits de la personne et de sa volonté d'impliquer ou non ses proches dans son parcours de soins et de services, l'intégration des proches est une priorité. Elle permet de les soutenir, les informer et les orienter vers les services psychosociaux généraux ou vers des ressources communautaires en soutien aux proches en fonction de leurs besoins.

Dans le cadre d'un mandat national, le CIUSSSCN a développé le *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller* ⁶ de concert avec ses partenaires. Ce guide, destiné aux intervenants et aux gestionnaires qui œuvrent auprès de la clientèle adulte en santé mentale, vise à favoriser l'implication et la reconnaissance des proches comme de réels partenaires de soins dans le processus de rétablissement de la clientèle visée.

⁵ Voir le point 5.3 dans la section Dépendance

⁶ MSSS, 2024. Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller. ISBN : 978-2-550-95183-4 (version PDF)

Il répond à plusieurs préoccupations cliniques, éthiques et légales, en plus d'outiller les différents acteurs à faire face aux défis vécus sur le terrain à l'égard de l'implication des proches.

Présentation des services de la DSMDI

Ce plan d'organisation clinique a pour objectif de présenter l'étendue des services offerts par la DSMDI. Il s'adresse aux employés ainsi qu'aux partenaires internes et externes de la direction, en détaillant les trois principaux volets de services :

- Le programme des services en Santé mentale
- Le programme des services en Dépendance
- Les services en Itinérance et les partenariats intersectoriels



GENEST ROUILLIER, Benoit. *Les Jambes sur Mars*, 2020. Acrylique sur toile
Collection Vincent et moi, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Partie 2 | Programme des services en Santé mentale

Clientèle

Près de 20 % de la population du Québec, soit une personne sur cinq sera affectée par un trouble mental au cours de sa vie. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, moins de la moitié des personnes qui sont affectées par un trouble mental consulte un professionnel⁷.

La DSMDI dispense des services dans 32 installations (annexe 2). Néanmoins, la moitié du personnel exerce ses fonctions au sein de l'IUSMQ. La clientèle desservie est répartie sur trois territoires à savoir Québec (89 %), Portneuf (7 %) et Charlevoix (4 %).⁸ La direction offre des services à des personnes de 18 ans et plus qui présentent des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère à sévère pouvant être associés à des problèmes de dépendance et d'instabilité résidentielle.

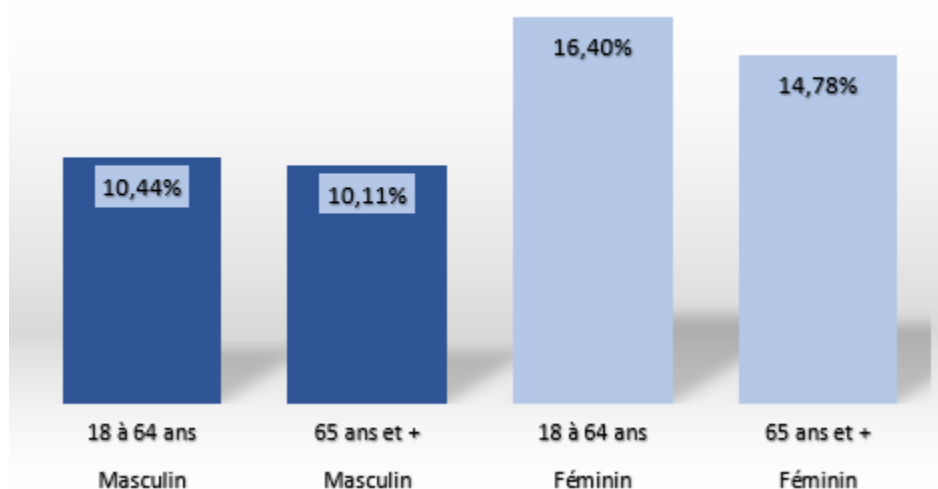


Figure 1 – Prévalence des troubles mentaux chez la population de 18 ans du territoire de la Capitale-Nationale (2021-2022)

Les équipes interdisciplinaires interviennent pour l'ensemble des troubles et certaines situations se rattachant à la santé mentale :

- Troubles psychotiques;
- Troubles anxieux (TA);
- Troubles de l'humeur (TH);
- Troubles de la personnalité (TP);
- Psychiatrie périnatale;
- Troubles de santé mentale liés au vieillissement;
- Psychiatrie légale;
- Troubles sexuels;

⁷Source : <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>

⁸ CIUSSSCN, 2024. Rapport annuel de gestion 2023-2024 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

- Troubles des conduites alimentaires ;
- Troubles d'utilisation de substances (en concomitance) ;
- Déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) avec psychopathologie.

Troubles concomitants de santé mentale et de dépendance

Depuis quelques années, le traitement et le suivi des personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance tendent à évoluer. Traditionnellement, les services en santé mentale et les services en dépendance se développaient et se dispensaient en parallèle. Toutefois, force est de constater qu'ils partagent une partie de la même clientèle. Chaque discipline possède son expertise, mais dans la pratique, il est constaté que la clientèle qui présente des troubles concomitants se heurte à des obstacles importants pour accéder aux services dont elle a besoin.

Selon le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, plus de 50 % des personnes cherchant de l'aide pour une toxicomanie présentent aussi un trouble de santé mentale (TSM). De plus, entre 15 et 20 % des personnes s'adressant à des services de santé mentale vivent aussi avec une toxicomanie. Au Québec, il y aurait entre 150 000 et 200 000 adultes présentant des TSM jugés graves. Les deux tiers de ce nombre, soit entre 100 000 et 133 000 Québécois adultes, seraient également aux prises avec un problème d'usage de substances psychoactives⁹.

Face aux difficultés rencontrées par les personnes souffrant de troubles concomitants, la DSMDI propose un processus clinique standardisé et harmonisé qui vise une offre de services intégrés en troubles concomitants. Pour plus d'informations, le *Cadre de référence sur les interventions en présence de troubles concomitants de santé mentale et de problématique d'usage (de substances psychoactives, de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'internet)* est disponible sur la Zone CIUSSS et sur le site web de l'Institut universitaire sur les dépendances.

Accès aux services en santé mentale

En décembre 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé ses orientations à l'égard des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM). Au moment d'écrire ces lignes, bien que les travaux visant la mise en œuvre de ces orientations ministérielles soient en cours, il est encore trop tôt pour en faire une présentation détaillée. Néanmoins, d'ici à ce que le MASM puisse être complètement déployé, les services en santé mentale sont accessibles par les mécanismes suivants :

Accès intégré et harmonisé (AIH) du CIUSSSCN

Sous la responsabilité de la Direction des services multidisciplinaires (DSM), l'AIH est la principale porte d'entrée aux services du CIUSSSCN. Les objectifs poursuivis par l'AIH sont :

- Simplifier le parcours de l'utilisateur et éviter qu'il ne répète son histoire ;
- Offrir une réponse en temps opportun en diminuant les délais d'attente ;

⁹ Source : Cadre de référence Interventions en présence de troubles concomitants de santé mentale et de problématique d'usage (de substances psychoactives, de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'internet), DSMDI CIUSSSCN, juin 2022.

- Offrir des services adaptés qui répondent à son ou ses besoins prioritaires ;
- Viser une approche de santé globale ;
- Développer un processus fluide et continu (des portes d'entrée jusqu'aux programmes-services) qui évite les retours en arrière¹⁰.

Pour formuler une demande de service à l'AIH, la clientèle ou les référents peuvent contacter le 811 ou l'équipe accès.

Infirmières répondantes en psychiatrie (services spécifiques et spécialisés)

Cette équipe est responsable d'évaluer et d'orienter les demandes en psychiatrie reçues au Centre de répartition de demande de services spécialisés (CRDS). De façon spécifique, les infirmières répondantes en psychiatrie :

- Proposent une structure d'accueil, d'évaluation et d'orientation ;
- Évaluent les besoins relatifs aux demandes pour une première consultation en psychiatrie en provenance des médecins de famille ;
- Contribuent à identifier les trajectoires de service permettant d'assurer la réponse aux besoins prioritaires de la personne, de concert avec les partenaires de la DSMDI lorsque requis.

Équipe de coordination des demandes (services spécifiques)

L'ensemble des demandes destinées aux services spécifiques de santé mentale adulte (mission CLSC) sont acheminées à l'équipe de coordination des demandes, soit par l'AIH du CIUSSSCN, par une urgence hospitalière ou par un référent de la DSMDI.

Cette équipe est responsable :

- De cibler les soins et les services qui sont les moins intrusifs et les plus efficaces pour répondre aux besoins des personnes référées ;
- D'orienter les personnes référées vers les services qui répondent aux besoins prioritaires nommés par ces dernières ;
- D'offrir un soutien clinique aux référents, lorsque plus pertinent qu'une prise en charge par la DSMDI.

L'équipe de coordination des demandes assurera l'orientation de la personne vers le niveau de service le plus approprié en fonction de l'ampleur, la récurrence et la multiplicité des facteurs suivants, combinés entre eux et non uniquement en fonction du diagnostic :

- Manifestations symptomatiques ;
- Niveau de fonctionnement ;
- Facteurs environnementaux ou problèmes psychosociaux ;
- Historiquement de traitement ;
- Réponse à l'intervention reçue.

¹⁰ <https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/acces-integre-harmonise>

Mécanisme d'accès aux services spécialisés

Cette équipe est responsable de la réception des demandes pour les services spécialisés en santé mentale. Après avoir évalué le motif de la demande et la nature des besoins, l'équipe procède à l'orientation vers les services appropriés, soit une équipe clinique des services spécialisés ou vers le psychiatre d'une clinique externe.

Cellule d'accès pour les troubles mentaux graves (services spécialisés)

L'équipe de la cellule d'accès pour les troubles mentaux graves reçoit et analyse les demandes de services en provenance de l'AIH du CIUSSSCN, des urgences hospitalières ou de référents de la DSMDI pour des services de soutien d'intensité variable (SIV), de soutien de base non intensif (SBNI) ou de suivi intensif dans le milieu (SIM).

Cette équipe est responsable :

- De cibler les soins et les services axés sur le rétablissement selon les besoins, les valeurs et la préférence de la personne;
- D'orienter les personnes référées vers les services afin qu'elles puissent reprendre le contrôle de leur vie en actualisant le pouvoir d'agir avec une vision positive de leur rétablissement;
- Faire du démarchage (outreach), s'il y a lieu, afin d'aller vers la personne pour offrir un service;
- Assurer la coordination de services autour de la personne afin d'établir un contact avec les proches ou le réseau.

L'équipe assure l'orientation de la personne vers le niveau de service le plus approprié en fonction de l'ampleur, la récurrence et la multiplicité des facteurs suivants, combinés entre eux et non uniquement en fonction du diagnostic :

- Manifestations symptomatiques comme la non-reconnaissance de la maladie, des symptômes et de ses capacités;
- Niveau de fonctionnement de la personne (soins personnels, alimentation, gestion du logement);
- Hospitalisations récentes et fréquentes;
- Historiques de traitements précédents et les résultats des interventions reçues, notamment au niveau pharmacologique.

Coordination interdirection

Un processus clinique est en place pour les personnes qui bénéficient d'un suivi actif dans une autre direction du CIUSSSCN (ex. : DSAPA, DDITSADP), de la part d'une autre équipe de la DSMDI ou d'un organisme communautaire. Le but de ce processus est d'analyser le besoin prioritaire de la personne de concert avec le référent, tout en considérant le défi d'offrir les services en parallèle permettant de répondre aux besoins concomitants de cette dernière.

Ainsi, l'analyse réalisée par la coordonnatrice clinique de l'interdirection peut se conclure par l'une des orientations cliniques suivantes :

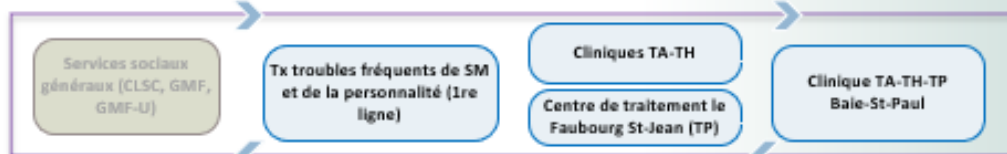
- Orientation de la personne vers les services spécifiques en santé mentale adulte tout en planifiant avec le référent, les services complémentaires qui seront offerts en parallèle par ce dernier;

- Recommandation que le référent demeure responsable du plan de traitement en offrant toutefois un soutien clinique approprié pour les besoins reliés à la santé mentale. Ce soutien clinique pourra alors prendre la forme de recommandations, d'une formation, d'un soutien clinique ponctuel ou continu ou de la co-intervention ;
- Informations sur l'offre des services spécifiques et les limites de celle-ci par rapport à la demande reçue, puis suggestion d'options alternatives de référence (autre équipe de la DSMDI, autre direction du CIUSSSCN ou autre partenaire externe).

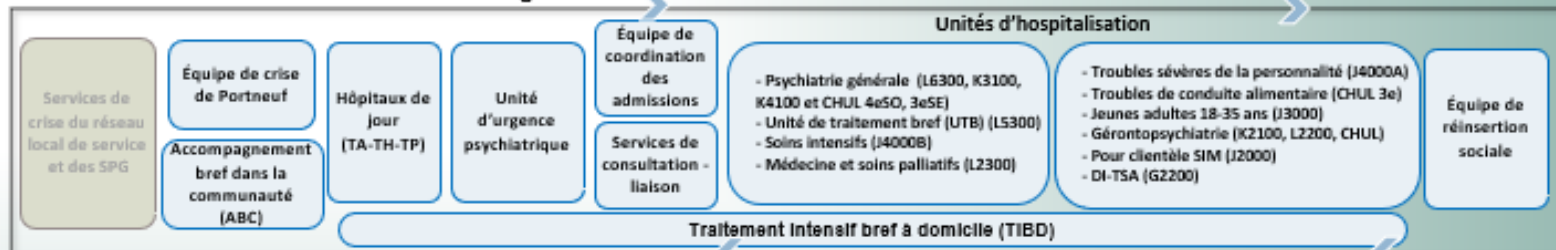
Organisation des services en santé mentale

L'organisation des services de la DSMDI favorise la continuité et la complémentarité des différents niveaux d'intervention à l'intérieur de continuums de services intégrés. Ce modèle de services permet d'assurer une prise en charge continue et sans rupture, ainsi que des interventions basées sur les meilleures pratiques. La direction souhaite ainsi maximiser l'efficacité des soins et des services en adhérant à des principes fondés sur des résultats empiriques, une expertise clinique, ainsi que sur les caractéristiques, les besoins et les préférences des personnes qu'elle dessert.

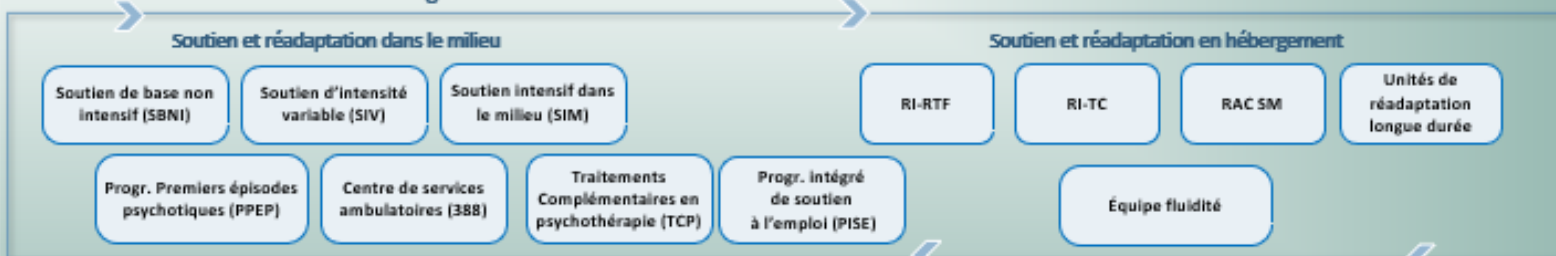
Continuum des troubles mentaux fréquents et de la personnalité



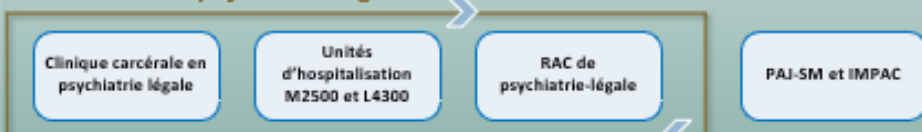
Continuum des services et des soins aigus



Continuum des troubles mentaux graves



Continuum de psychiatrie légale



Cliniques externes de psychiatrie

Psychiatrie générale

Gériopsychiatrie

Déficiência intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA)

Cliniques spécialisées pour clientèles spécifiques

Clinique des troubles sexuels (CTS)

Psychiatrie périnatale

Traitement du stress opérationnel (TSO)

PITCA

Services transversaux

Clinique Pôle Santé mentale

Clinique d'évaluation et d'intervention cognitive

Programme santé globale et loisirs

Services de prélèvements et d'injections (SPI)

Vincent et moi

Figure 2 - Schématisation des continuums de services en santé mentale de la DSMDI

1. Continuum des troubles mentaux fréquents et de la personnalité

Soins par étapes

Les bonnes pratiques d'intervention en santé mentale recommandent d'offrir des services selon un modèle de soins par étapes, c'est-à-dire hiérarchisés à l'intérieur de continuums de services. Les modèles de soins par étapes sont basés sur les principes de « moindre fardeau » qui signifie qu'une intervention efficace de moindre intensité sera offerte en premier et de « révision planifiée » qui réfère au monitoring en continu des effets d'une intervention sur la personne. La révision planifiée permet à la personne de changer d'étape en fonction de l'évolution de sa situation. Dans un tel modèle, les services sont offerts en fonction des besoins et des préférences des personnes plutôt qu'uniquement basés sur leur diagnostic. De plus, les continuums de services ne sont pas linéaires, c'est-à-dire qu'il n'est pas attendu qu'une personne ait traversé les étapes antérieures avant d'obtenir un service. C'est dans ce contexte que les services de la DSMDI pour le traitement des troubles de l'humeur (TH), des troubles anxieux (TA) et des troubles de la personnalité (TP) sont organisés en trois continuums de services. Conformément au modèle de soins par étapes, quatre à cinq niveaux de services sont offerts dans chacun de ces continuums.

Services sociaux généraux

Selon le modèle des soins par étapes, les services de niveau 1 et 2 relèvent des services sociaux généraux (CLSC), GMF et GMF-U. « Les activités de repérage, d'éducation psychologique et de surveillance des symptômes à la base du modèle de soins par étapes, ainsi que certaines interventions telles que les autosoins, les services de soutien à l'éducation et à l'emploi, figurent parmi les interventions qui peuvent être offertes via ces services.¹¹ » Cette gamme de services est destinée à l'ensemble de la population. Si ce niveau d'intervention ne permet pas de répondre aux besoins de la personne, elle pourra être orientée vers les services de la DSMDI qui dispense les services spécifiques et spécialisés en santé mentale adulte pour accéder aux étapes subséquentes.

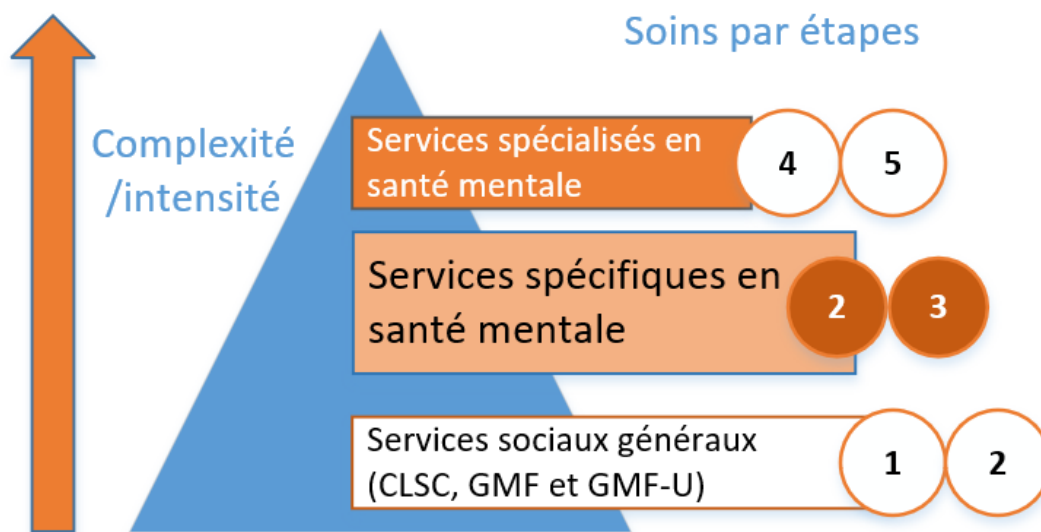


Figure 3 - Schématisation des soins par étapes

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) – Document d'information à l'intention des établissements

1.1 Services spécifiques en santé mentale (traitements de 1re ligne)

En continuité avec les services sociaux généraux, les services spécifiques en santé mentale adulte sont des services de première ligne destinés à des personnes qui présentent des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère à modérée. Ces services sont dispensés sur les territoires de Québec, Charlevoix et Portneuf. L'objectif de ces derniers est d'aider les personnes à diminuer leurs symptômes, à améliorer leur fonctionnement au quotidien ainsi qu'à augmenter leur qualité de vie de façon à pouvoir retrouver leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

En cohérence avec le modèle des soins par étapes, on retrouve quatre à cinq niveaux de services dans chacun des continuums. Les niveaux offerts par les services spécifiques correspondent aux étapes 2 et 3 des différents continuums tels qu'illustrés dans le schéma précédent. Les principales interventions et services offerts par continuum sont :

Continuum des troubles anxieux :

- Autosoins dirigés;
- Groupe d'éducation psychologique sur l'anxiété et l'humeur;
- Groupe de psychothérapie transdiagnostique pour l'anxiété basée sur la TCC;
- Groupe sur la pleine conscience;
- Psychothérapie d'exposition;
- Psychothérapie en individuel basée sur la TCC;
- Suivi individuel psychosocial et de réadaptation.

Continuum des troubles de l'humeur :

- Autosoins dirigés;
- Groupe d'éducation psychologique sur l'anxiété et l'humeur;
- Groupe d'éducation psychologique sur le trouble affectif bipolaire;
- Programme d'éducation psychologique pour la dépression (L'Envol);
- Groupe de psychothérapie interpersonnelle;
- Groupe sur la pleine conscience;
- Psychothérapie individuelle basée sur la TCC ou thérapie psychodynamique
Bref;
- Suivi individuel psychosocial et de réadaptation;

Continuum des troubles de la personnalité :

- L'évaluation des troubles mentaux;
- L'éducation psychologique individuelle et de groupe;
- L'approche de Good psychiatric management (GPM);
- La thérapie basée sur la mentalisation (TBM), individuelle ou de groupe;
- La thérapie comportementale-dialectique (TCD);

Bien que la très grande majorité des personnes soit desservie dans l'un des trois continuums de services (TA, TH ou TP), certains types de besoins peuvent cheminer temporairement vers une offre de services plus adaptée. Les services « hors continuum » sont principalement, la garde psychosociale, les services de l'équipe dédiée aux jeunes adultes de 18 à 25 ans ou ceux du programme Mes Choix. Néanmoins, ces derniers font partie intégrante des services spécifiques selon une approche transdiagnostique.

En voici une description sommaire :

Garde psychosociale

La garde psychosociale des services spécifiques sert à répondre à toute situation préoccupante qui requiert une intervention rapide auprès des personnes en suivi actif ou celles en attentes de service. L'intervention vise à rétablir un certain équilibre, à assurer la sécurité de la personne et de son entourage en évaluant l'urgence réelle de la situation incluant le risque suicidaire et homicidaire. Cette évaluation sommaire peut se faire au téléphone, lors de la prise de contact par l'intervenant de garde ou au moyen d'une rencontre ponctuelle dans un délai qui respecte l'urgence de la situation. À la suite de cette évaluation et si la situation de la personne le requiert, il est possible de lui offrir un suivi de crise à court terme (d'un maximum de six rencontres) durant l'attente de la prise en charge de son dossier.

Services dédiés aux jeunes adultes de 18 à 25 ans

L'équipe dédiée aux services pour les jeunes adultes de 18 à 25 ans a pour mission de dispenser une offre de service novatrice, flexible et adaptée à ce groupe d'âge. Elle propose notamment des heures compatibles à leur routine de vie et favorise l'intervention dans un lieu qui leur convient. Comme les jeunes adultes sont davantage disposés à recevoir des services lorsqu'ils vivent une situation de détresse, l'équipe tente une prise en charge rapide afin d'être en mesure de les capter au moment où ils en ont besoin.

L'équipe dédiée aux 18-25 ans se distingue par un modèle de services intégrés dans une approche d'intervention précoce et transdiagnostique tout en demeurant cohérent avec l'ensemble des services spécifiques de santé mentale adulte, donc arrimée avec le PQPTM, le continuum de services TP ainsi qu'avec le programme Mes Choix.

De plus, cette équipe travaille en étroite collaboration avec les partenaires du réseau de la santé (équipes SIV, PEP, DJ, Aire Ouverte, GMF, GMF-U) ainsi qu'avec des partenaires intersectoriels (milieux scolaires, organismes communautaires, soutien à l'emploi, au logement, etc.) afin d'offrir une réponse intégrée aux besoins des jeunes adultes. La collaboration et l'implication des proches s'avèrent de plus incontournables.

Programme Mes Choix

En juin 2022, la DSMDI s'est dotée d'un cadre de référence en matière de troubles concomitants visant à soutenir l'organisation de services intégrés en santé mentale et en dépendance. C'est dans ce contexte que le programme Mes choix fut implanté progressivement dans les services spécifiques de santé mentale adulte. Ce programme d'intervention de première ligne est destiné aux consommateurs d'alcool, de cannabis ou de toutes autres substances, qui désirent modifier leurs habitudes. Il est offert par la Direction de Santé publique à l'ensemble de la population, mais intégré aux services spécifiques pour les personnes qui présentent également une problématique de santé mentale. Le programme Mes Choix vise à réduire les habitudes de consommation, les arrêter complètement ou atteindre des objectifs fixés par une mesure judiciaire. Les équipes interdisciplinaires des services spécifiques en santé mentale adulte assurent également la continuité des soins et des services en orientant les personnes vers des services spécialisés en santé mentale lorsque l'intensité des services spécifiques ne répond plus à leurs besoins.

1.2 Clinique spécialisée des troubles complexes de l'anxiété et de l'humeur

En continuité avec les services spécifiques du continuum des troubles anxieux et de l'humeur, la clinique spécialisée des troubles complexes de l'anxiété et de l'humeur s'adresse à une clientèle présentant un trouble anxieux ou de l'humeur sévère, complexe ou chronique. L'offre de service réfère aux niveaux 4 et 5 du modèle de soins par étapes du PQPTM.

L'équipe interdisciplinaire offre des services suivants sur une base locale ou régionale :

- Évaluation du trouble mental
- Évaluation des habitudes de vie et suivi nursing
- Évaluation du fonctionnement social et suivi en service social
- Évaluation du fonctionnement occupationnel et suivi en ergothérapie
- Évaluation du retour au travail et suivi
- Psychothérapie individuelle
- Intervention de groupe
- Services de soutien aux études et à l'emploi
- Services de réadaptation
- Intervention auprès de la famille et des proches

Les consultations sont ponctuelles et incluent l'évaluation ou la précision d'un diagnostic ainsi que la formulation de recommandations sur la nature des services à offrir. Le profil clinique de la clientèle est multidimensionnel, complexe et demande une intégration interdisciplinaire des services de traitement et de réadaptation. Il peut parfois nécessiter également une collaboration interprofessionnelle avec d'autres cliniques spécialisées.

La clinique offre de plus des services de soutien, de consultation et de formation aux intervenants du RSSS ainsi qu'aux partenaires. Lorsque les services spécialisés ne sont plus requis, la clientèle doit pouvoir au besoin, avoir accès le plus rapidement possible aux services spécifiques en santé mentale ou à d'autres services de la communauté que requiert son état.

1.3 Centre de traitement le Faubourg St-Jean

Le Centre de traitement Le Faubourg St-Jean offre des services spécialisés en interdisciplinarité aux personnes présentant un trouble sévère de la personnalité. Ces services visent l'optimisation du fonctionnement, l'intégration sociale et le mieux-être psychologique des personnes. Ils se situent au quatrième niveau du modèle de soins par étapes en troubles de la personnalité (voir section sur les soins par étapes p. 23).

Types de services

En début de processus ou lorsque requis, des évaluations professionnelles réalisées par les membres de l'équipe permettent d'avoir une meilleure compréhension du profil de la personne et facilitent son orientation vers l'un des quatre volets cliniques :

Programme de psychothérapie

Ce programme de psychothérapie basée sur la mentalisation s'adresse à des personnes motivées à effectuer un travail sur leur situation afin d'effectuer des changements en lien avec leurs difficultés

actuelles. Par la participation à de la thérapie individuelle et de groupe, le programme vise à favoriser l'identification et l'expression des états mentaux, le développement de relations interpersonnelles saines et satisfaisantes, la compréhension et la modulation plus adaptées des émotions et un meilleur contrôle de l'impulsivité.

Volet réadaptation

Ce volet s'adresse aux personnes rencontrant des difficultés fonctionnelles importantes pouvant compromettre leur engagement dans des occupations de la vie quotidienne et dans des rôles sociaux signifiants. Il peut inclure différentes modalités, notamment des rencontres individuelles avec différents professionnels, la participation à un groupe de réflexion sur le changement, une collaboration avec les ressources publiques et communautaires, ainsi que des interventions familiales. L'objectif principal de ce volet est de développer une plus grande satisfaction à l'égard de son fonctionnement.

Équipe de soutien interdisciplinaire du Faubourg Saint-Jean (ESIF)

ESIF s'adresse aux personnes ayant un suivi en psychiatrie au centre de traitement qui rencontrent des difficultés fonctionnelles majeures. Ce volet intègre l'ensemble des services disponibles au centre de traitement et son objectif est d'élaborer un plan de traitement unique et adapté aux besoins complexes de la personne. Des approches novatrices sont utilisées par l'équipe interdisciplinaire dans le but de réduire les probabilités d'un suivi permanent et d'éviter de répéter les interventions antérieures dont les résultats n'ont pas été concluants.

Volet maintien

Ce volet s'adresse aux personnes ayant déjà reçu différentes modalités de services sans succès. Il s'agit d'un suivi en psychiatrie comprenant des rencontres individuelles de soutien et d'éducation psychologiques. L'objectif principal de ce suivi est de favoriser chez la personne le maintien d'un équilibre de vie et une stabilité en ce qui a trait à la santé mentale.

Transfert des connaissances

Par ailleurs, les acteurs du continuum de service en trouble de la personnalité soit le Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean ainsi que les services spécifiques en santé mentale adulte contribuent au développement et à l'amélioration des pratiques cliniques pour cette clientèle. Un mandat leur a été confié par le MSSS en vue de soutenir les établissements de la province dans l'implantation d'un modèle de soins par étapes pour le traitement des TP. La mise en place d'une communauté de pratique permettant de partager leur expertise, d'offrir des services de consultation, de supervision et de formation aux partenaires des autres régions fait partie des grands jalons.

2. Continuum de services et de soins aigus

Les situations de crise servent généralement de « porte d'entrée » aux services et aux soins aigus. En matière de gestion et d'interventions de crise, le CIUSSSCN et le réseau communautaire doivent rendre accessibles des services de proximité pour favoriser la prise en charge, l'accompagnement et le soutien de la population présentant de la détresse psychologique.

Sur le territoire du CIUSSSCN, le volet de service de crise 24/7 est principalement assuré par les partenaires communautaires avec lesquels des ententes sont signées. Ces derniers jouent un rôle crucial dans la gestion des situations de crise dans la région de Québec. À cet effet, le Centre de crise de Québec (CCQ), le Centre de prévention de suicide de Québec (CPSQ) et le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) se sont vu reconnaître le statut de Service d'aide en situation de crise (SACS).

En cohérence avec son offre de service régulière pour les clientèles 0-100 ans vivant des difficultés de fonctionnement social de nature situationnelle et ponctuelle, la direction des services multidisciplinaires (DSM) peut recevoir des références pour des personnes qui vivent des crises situationnelles.

2.1 Accompagnement bref dans la communauté (ABC)

L'accompagnement bref dans la communauté (ABC) fait partie d'un plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale avec le traitement intensif bref à domicile (TIBD) et l'unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP)¹². Ce modèle de service découle de l'axe 6 du plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (MSSS, 2022) visant à prévenir le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation traditionnelle en psychiatrie ou encore à réduire la durée de celle-ci pour les adultes ayant une instabilité marquée de leur état mentale.

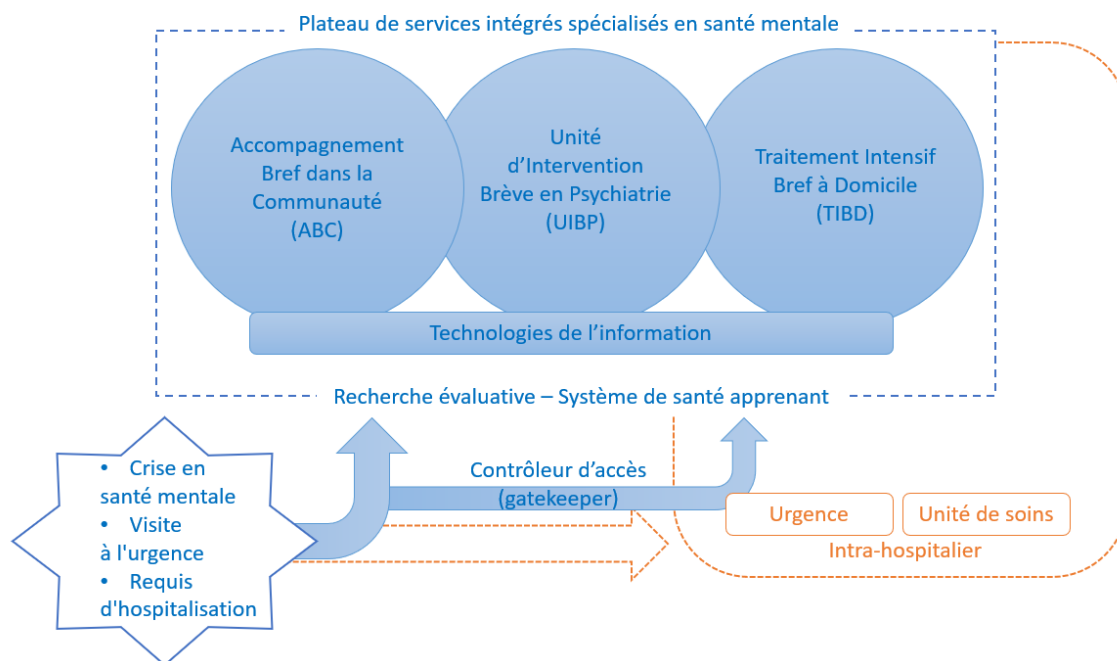


Figure 4 – Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale, document de travail MSSS (2024)

Le mandat particulier d'ABC est d'offrir rapidement un soutien à court terme dans la communauté ou de faire le relais vers les services appropriés en proposant une alternative à la consultation à l'urgence ou en soutenant la personne après un passage à l'urgence psychiatrique. La réponse à

¹² Au moment de rédiger ce plan d'organisation clinique, cette équipe est en cours d'élaboration.

une demande de service se fait dans un maximum de 48 heures et vise de façon générale, la mise en place d'un filet de sécurité et la résorption de la crise.

La population visée est celle qui est susceptible de recourir aux services de l'urgence hospitalière en situation de crise à défaut d'avoir une réponse rapide et adéquate à ses besoins de services. L'ABC travaille conjointement avec l'ensemble des partenaires internes et externes afin de soutenir la personne en l'orientant vers les services adéquats et en offrant du soutien aux partenaires du réseau face à certaines situations complexes.

L'équipe interdisciplinaire offre un suivi biopsychosocial d'une durée maximale de 6 semaines à raison de 2 rencontres hebdomadaires en moyenne. Les soins et les services sont dispensés principalement dans le milieu de vie de la personne selon une intensité adaptée aux besoins de cette dernière.

L'équipe ABC procède ainsi à l'évaluation des besoins et lorsque requis, à l'évaluation des risques suicidaires et homicidaires, du fonctionnement social ainsi que de la condition physique et mentale de la personne. Elle encourage l'utilisation des ressources présentes (pharmacie communautaire, médecin de famille, etc.) et au besoin peut référer à un psychiatre ou à une IPSSM pour des consultations ponctuelles ou occasionnelles. Ces derniers peuvent, de plus, assurer le suivi et l'ajustement des traitements pharmacologiques et médicaux incluant l'intervention de crise et de l'enseignement sur la maladie.

D'autre part, l'équipe considère, intègre et outille les proches de la personne tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit les soins, et ce afin de favoriser son rétablissement.

2.2 Traitement intensif bref à domicile (TIBD)

Comme mentionné précédemment, le TIBD fait partie d'un plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale avec l'équipe d'accompagnement bref dans la communauté (ABC) et l'unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP)¹³. Sa mission est de dispenser des services alternatifs à un séjour hospitalier dans le milieu de vie de la personne en s'appuyant sur un modèle de traitement intensif, individualisé et interdisciplinaire. La visée du TIBD est de stabiliser l'état mental de la personne tout en favorisant le maintien ou la reprise de son fonctionnement social malgré un requis d'hospitalisation.

Les personnes visées sont des adultes qui présentent une détérioration de leur état mental, qui requièrent un niveau de soins aigus, ayant un besoin de prise en charge médicale et d'un traitement pharmacologique et qui nécessiterait un recours à l'urgence ou à l'hospitalisation dans l'immédiat ou dans les jours suivants.

L'équipe du TIBD assure un suivi intensif de 2 à 3 visites à domicile par jour en début de suivi, et un suivi médical intensif d'environ un rendez-vous médical par semaine à des personnes à haut risque de détérioration afin d'éviter l'hospitalisation ou d'en réduire la durée. Elle offre des soins et des services sept jours sur sept, entre 8 h 15 et 23 h. L'équipe est composée d'infirmières (en majorité), d'intervenants psychosociaux (TS, éducateurs), de psychiatres et d'un pharmacien.

¹³ Au moment d'écrire ce plan d'organisation clinique, cette équipe est en cours d'élaboration.

Intervenir directement dans la communauté facilite l'accès aux soins pour une population réticente ou craintive à l'idée d'être hospitalisée en psychiatrie et permet d'orienter la personne vers les services appropriés selon le plan de traitement réalisé en cours de suivi. Le contexte intensif et la proximité des intervenants du TIBD favorisent la clarification du diagnostic, l'instauration et l'ajustement d'un traitement pharmacologique. De plus, l'équipe assure des suivis réguliers à domicile, des interventions urgentes visant à traiter des symptômes aigus et veille à la stabilisation de l'état mental.

L'équipe interdisciplinaire procède à la réadaptation par le développement, le maintien ou la restauration des compétences et des habiletés. Elle propose de l'accompagnement à l'intégration sociale ou socioprofessionnelle, à la réinsertion professionnelle ou au maintien à l'emploi. De plus, elle accompagne les personnes en situation de raccrochage scolaire ou pour favoriser le maintien aux études.

D'autre part, l'équipe considère, intègre et outille les proches de la personne tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit des soins, et ce afin de favoriser son rétablissement.

2.3 Hôpitaux de jour (TA-TH-TP)

2.3.1 Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur (TA-TH)

L'Hôpital de jour TA-TH a pour mission d'offrir une programmation clinique intensive comprenant des services ambulatoires d'évaluation, de traitement ainsi que des suivis professionnels et psychiatriques. Cette formule de soins interdisciplinaires permet aux adultes présentant des troubles anxieux ou de l'humeur de recevoir les traitements appropriés tout en demeurant dans leur milieu de vie. Ce programme vise à éviter l'hospitalisation ou en diminuer la durée.

La personne se déplace à l'hôpital de jour pour recevoir les soins et les traitements nécessaires à son rétablissement. Le suivi, qui comporte des rencontres individuelles et de groupe s'échelonne sur un maximum de six semaines. Cette formule nécessite une implication active de la personne dans son processus de rétablissement.

En fonction des besoins, l'équipe interdisciplinaire procède à l'évaluation diagnostique et peut ainsi le préciser. Le suivi médical individuel est assuré par un psychiatre à raison d'une rencontre hebdomadaire. Le traitement comprend de la pharmacothérapie et de la psychothérapie individuelle. Le suivi individuel est assuré par un intervenant assigné à la personne à raison d'une rencontre par semaine.

Les rencontres de groupe sont au nombre de trois par semaine, de 90 minutes chacune. Elles permettent d'offrir des interventions psychosociales, des activités thérapeutiques, de l'éducation psychologique ainsi que des activités de liaison avec les équipes traitantes en santé mentale.

2.3.2 Programme de Gestion de la crise (GDC) dédié aux personnes vivant avec un trouble de la personnalité

Le Programme de gestion de la crise pour les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité remplace l'hôpital de jour pour les troubles de la personnalité. Ce programme a pour mission d'accompagner les personnes en situation de grande vulnérabilité qui traversent un épisode de

crise. Il vise notamment à outiller ces personnes à comprendre les facteurs contributifs à la crise, à gérer les idées suicidaires et les gestes dommageables, ainsi qu'à reprendre une routine de vie.

L'équipe interdisciplinaire propose des activités de groupe et des rencontres individuelles selon les besoins et la disposition au changement des personnes référées. Un groupe motivationnel est offert ainsi que de l'éducation psychologique pour permettre une meilleure compréhension des situations de crise. Le programme s'active également à promouvoir la réflexion au lieu de l'agir dommageable. En plus d'outiller la personne à identifier ce qui entraîne la crise, l'équipe soutient la personne à se doter de stratégies pour la contrer. Les suivis sont d'une durée maximale de 6 semaines à raison d'une à deux rencontres hebdomadaires.

2.4 Unités d'urgence psychiatrique

Les unités d'urgence psychiatrique s'adressent aux personnes qui vivent une situation de crise ou une situation nécessitant des soins urgents associée à un problème de santé mentale plus particulièrement aux personnes dont la sécurité est compromise.

Elles sont rattachées à un hôpital de soins généraux et sont accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pendant toute l'année. Dans la région de la Capitale-Nationale, un service d'urgence psychiatrique est en place dans deux hôpitaux généraux du CHU de Québec, soit :

- L'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ);
- Le CHUL (des services de pédopsychiatrie y sont également offerts).

Une évaluation médicale est d'abord effectuée à l'urgence de l'hôpital pour déterminer si la cause de la crise est d'origine physique ou mentale. Selon les observations de l'urgentologue, une évaluation psychiatrique peut être demandée à l'équipe de l'unité d'urgence psychiatrique.

Cette unité offre des services d'accueil, de triage, d'évaluation médicale et psychiatrique, en plus d'amorcer des traitements. En raison de leur grande détresse, les personnes qui s'y présentent doivent être écoutées, soutenues et informées. À la suite de l'évaluation psychiatrique, les personnes pourront être gardées en observation, retournées vers leur milieu de vie avec ou sans médication, référées vers des services externes ou hospitalisées dans l'une des unités psychiatriques de la DSMDI selon le cas.

Avec le consentement de la personne, un plan de congé pourra être établi avec les proches ou avec d'autres partenaires publics ou communautaires.

2.5 Équipe de coordination des admissions et des mouvements de clientèle

L'équipe de coordination des admissions et des mouvements de clientèle coordonne l'accès aux lits d'hospitalisation en psychiatrie ainsi que les déplacements entre les différentes unités du CHUL et de l'IUSMQ.

Cette équipe :

- coordonne l'orientation et l'admission de personnes qui se trouvent dans les unités d'urgence psychiatrique et qui requièrent une hospitalisation en psychiatrie, ceci en fonction de leur profil clinique et du niveau de soins qu'elles requièrent;
- soutient les équipes cliniques et les partenaires externes dans l'orientation vers les unités d'urgence psychiatrique, en fonction des besoins de la clientèle, de l'achalandage et de la disponibilité des lits;
- coordonne le transfert de résidents de la Capitale-Nationale qui sont hospitalisés en psychiatrie dans une autre région, dans une autre province ou dans un autre pays et qui doivent poursuivre un séjour hospitalier dans leur région d'origine;
- Coordonne les mouvements de la clientèle entre les unités de la direction, ceci en fonction de l'évolution du requis de service et de la capacité des unités;
- Procède aux admissions de personnes hospitalisées pour des besoins physiques (p. ex. chirurgie) qui requièrent une hospitalisation en psychiatrie (hors secteur);
- soutient les unités lorsque requis, lors de transferts vers d'autres partenaires ou d'autres établissements;
- Partage des informations sur la capacité et les mouvements prévus de la clientèle en temps réel avec les partenaires du CHU de Québec et coordonne les mouvements en cogestion avec eux selon le taux d'occupation des urgences.

L'équipe n'offre pas de service directement aux personnes, mais coordonne leurs trajectoires de services pour l'accès aux lits d'hospitalisation en psychiatrie de la Capitale-Nationale, à l'exception de Charlevoix qui a ses propres trajectoires.

2.6 Services de consultation-liaison en santé mentale, santé physique et dépendance

La DSMDI s'est dotée d'équipes de consultation et de liaison ayant le mandat de faciliter les trajectoires de services des personnes vivant des problèmes liés à la santé mentale et aux dépendances.

Consultation-liaison santé mentale

Les infirmières de consultation-liaison en santé mentale, en collaboration avec les psychiatres, sont disponibles pour offrir des services dans les centres hospitaliers (CHSGS) de Québec-métro (CHU et IUCPQ) de la ville de Québec. Elles assistent les équipes des unités de soins physiques lorsque des personnes présentent des symptômes requérant une expertise spécifique en santé mentale. Elles contribuent à la fluidité hospitalière en collaborant avec les psychiatres pour documenter l'évaluation des personnes référées et en participant à la liaison vers les services requis. Quant aux psychiatres, ils procèdent aux évaluations psychiatriques, à la gestion de la médication, aux références pour l'admission en unité de soins psychiatriques ou pour l'orientation vers d'autres services en santé mentale.

Consultation-liaison en dépendance

Voir description à la page 65 dans la section sur les services en dépendance.

Liaison santé physique

L'infirmière de liaison en santé physique traite les demandes visant les personnes admises dans les unités de soins en psychiatrie de l'IUSMQ et du CHUL qui requièrent des consultations auprès de médecins spécialistes en santé physique. Ce service vise à favoriser la prise en charge des besoins en santé physique des personnes en préparation d'un congé de l'unité de soins psychiatrique. L'infirmière planifie les rendez-vous des personnes et s'assure de transmettre toutes les informations pertinentes aux responsables du traitement des demandes, afin que ceux-ci, de même que l'équipe traitante tiennent compte des particularités des personnes liées à leur santé mentale.

2.7 Unités d'hospitalisation

La DSMDI dispose d'unités d'hospitalisation au CHUL, à l'IUSMQ ainsi qu'à Baie-Saint-Paul pour répondre aux besoins de sa clientèle. Les équipes cliniques et professionnelles dispensent des soins et services en continu soit 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les équipes interdisciplinaires des unités de soins assurent l'évaluation, le traitement et le suivi des personnes hospitalisées. Ces soins et services pharmacologiques, psychiatriques, infirmiers, psychosociaux ou de réadaptation sont offerts en fonction des besoins individuels identifiés et des spécificités de la clientèle cible de chacune des unités. Les professionnels des équipes cliniques offrent notamment de l'enseignement sur les symptômes du trouble mental, de l'éducation psychologique, des interventions sociales ou éducatives, de la psychothérapie brève et du soutien aux proches. Des démarches assurant un suivi post-hospitalier avec des services externes en santé mentale peuvent également être mises en place.

2.7.1 Unité de traitement bref (L5300)

Localisée au L5300 de l'IUSMQ, les services offerts à l'unité de traitement bref (UTB) visent à offrir un traitement à la personne vivant un épisode de crise aiguë avec une composante active de santé mentale qui dépasse l'offre de service de crise présente dans la communauté. Les personnes admises à l'UTB présentent un trouble mental ou des symptômes associés. Leur fonctionnement est affecté au point où un épisode bref de soins en milieu hospitalier est nécessaire pour stabiliser leur état de santé. Certaines personnes admises peuvent présenter un risque pour elles-mêmes ou pour autrui (risque suicidaire, d'automutilation, hétéro-agressif élevé et homicidaire).

Les soins et services de l'UTB visent à stabiliser la crise sans coupure avec le milieu afin de faciliter le retour à domicile avec ou sans services post-hospitalisation. Les personnes admises doivent avoir la capacité de participer activement à la programmation clinique qui prévoit un retour dans le milieu naturel dans un délai de moins de sept jours. Ainsi, les personnes présentant des symptômes d'une gravité requérant des services d'une intensité ou d'une durée dépassant celles offertes par l'UTB seront dirigées vers une unité de soins en meilleure adéquation avec leurs besoins.

2.7.2 Unités de psychiatrie générale (IUSMQ K3100, K4100 et L6300, CHUL 4e Sud-Ouest et 3e Sud-Est)

Situées dans les locaux de l'IUSMQ et du CHUL, les unités de soins aigus en psychiatrie générale offrent des soins et services à des personnes qui présentent un trouble de santé mentale courant ou grave et des symptômes requérant une intensité de soins et une durée de séjour en

milieu hospitalier dépassant celles offertes par l'UTB. Le séjour à l'unité vise à stabiliser l'état mental de la personne et à assurer une transition vers les services dans la communauté.

2.7.3 Unité de soins intensifs (J4000B)

Au moment d'écrire ces lignes, l'unité de soins intensifs psychiatriques (USI-P) est en préparation et sera localisée au J4000B de l'IUSMQ.

Cette unité mettra l'accent sur l'intensité du traitement pharmacologique et psychosocial, combiné à une variété de mesures de sécurité physiques, procédurales, relationnelles et d'aménagement de l'environnement minimisant les risques, les perturbations comportementales et la vulnérabilité des individus. Les lieux physiques seront aménagés pour favoriser une ambiance calme et limiter les stimuli. Les personnes auront accès à des chambres individuelles et à des espaces communs favorisant l'autorégulation des émotions et la prévention des crises. Une unité de soins intensifs comporte également du mobilier adapté et des salles d'isolement assurant la sécurité du personnel et des usagers lors de situations de crise aiguë. La durée de séjour visée est de 8 jours, mais celle-ci est ajustée en fonction des besoins de la personne.

L'équipe interdisciplinaire sera formée selon une approche proactive et axée sur l'évaluation et le traitement. L'intensité des soins et services qui seront offerts à l'USI-P favorisera une stabilisation rapide des personnes admises dans le but de diminuer les risques et la durée totale de leur séjour d'hospitalisation.

2.7.4 Unité de médecine et de soins palliatifs (L2300)

Localisée au L2300 de l'IUSMQ, l'unité de médecine et de soins palliatifs offre un continuum de services médicaux aux personnes de la région de la Capitale-Nationale ayant un trouble de santé mentale. Les personnes admises présentent une comorbidité de santé physique et psychiatrique nécessitant une hospitalisation à court terme à des fins d'évaluation, de traitement en soins médicaux actifs ou de réadaptation.

En plus des soins et services offerts en santé physique, l'unité dispose de trois lits régionaux de soins palliatifs pour les personnes en fin de vie. L'unité de médecine et de soins palliatifs offre également l'aide médicale à mourir (AMM) à la population générale.

Les services dispensés au sein de cette unité varient selon la nature du lit.

Lits de médecine, soins physiques spécialisés

L'équipe interdisciplinaire procède à l'évaluation de la condition physique et mentale. Selon les besoins, l'équipe peut également être amenée à évaluer le fonctionnement social, les habiletés fonctionnelles et les besoins en physiothérapie, en vue d'offrir les services requis à un rétablissement optimal.

L'équipe assure les traitements et les suivis médicaux qui peuvent différer selon la raison de l'hospitalisation. Il s'agit principalement de traitements médicaux de types soins physiques et de traitements pharmacologiques. Les professionnels dispensent des suivis en ergothérapie et physiothérapie sur une fréquence régulière et d'intensité variable selon les besoins de la personne. La travailleuse sociale offre des interventions ponctuelles en cas de besoins psychosociaux.

Lit de stabilisation intrahospitalier :

L'équipe clinique réalise l'évaluation médicale de la personne qui a été transférée d'une unité de soins psychiatriques en raison d'un problème de santé physique. La personne transférée bénéficie des soins infirmiers requis durant son séjour à l'unité. L'évaluation et le séjour sont normalement de courte durée et la personne peut retourner à son unité dès que sa santé physique est stable. Si la personne requiert des soins ne pouvant être offerts à l'unité L2300, elle est transférée vers un autre centre hospitalier qui est en mesure de répondre aux besoins.

Lits de soins palliatifs

Des évaluations médicales, des traitements pharmacologiques et des soins infirmiers sont offerts aux personnes en fin de vie. Des interventions ponctuelles de l'ergothérapeute peuvent également être dispensées, selon les besoins des personnes. À la demande des personnes recevant des soins palliatifs, l'équipe clinique fait la liaison avec l'équipe des soins spirituels, afin qu'un accompagnement soit mis en place.

Ces soins sont offerts à la population générale, les personnes y ayant recours n'ont donc pas nécessairement un trouble de santé mentale ou un suivi au sein d'un des services ou programmes de la DSMDI. Les soins palliatifs visent à permettre à la personne de mourir dans le respect et la dignité, dans des conditions maximisant son confort et sa qualité de vie. L'équipe de soins s'assure également que les proches puissent rendre visite à la personne dans un lieu intime et confortable.

Aide médicale à mourir

L'équipe clinique de l'unité de soins accueille et soutient la personne qui recevra l'AMM et ses proches. Au besoin, l'équipe clinique assiste le médecin qui effectue la procédure d'AMM. L'implication des membres de l'entourage constitue une priorité de l'équipe clinique, plus particulièrement en soins palliatifs ainsi l'équipe clinique soutient les proches et effectue, au besoin, la liaison vers les services requis.

L'AMM à l'unité s'adresse à toute personne correspondant à la population visée par ces soins, qui a effectué les démarches préalables et qui bénéficie d'un suivi auprès d'un médecin qui se portera responsable d'effectuer la procédure.

2.7.5 Unité des troubles sévères de la personnalité (J4000A)

Localisée au J4000A de l'IUSMQ, l'unité de soins des troubles de la personnalité est spécialisée dans l'évaluation et le traitement des personnes présentant un trouble de la personnalité (TP) modéré à sévère en offrant un suivi intensif bref à cette clientèle. Les soins et services offerts s'insèrent dans le continuum des services en TP, au sein duquel une même personne peut utiliser, à différents moments de sa trajectoire de soins, différents niveaux et intensités de services, selon l'évolution de ses besoins et de sa situation.

La clientèle visée par l'unité J4000A a généralement un profil clinique complexe, en plus de présenter au moment de l'admission, un état de crise pouvant générer un danger pour elle-même ou pour autrui. Le séjour à l'unité de soins vise la gestion, la diminution et la résolution de l'état de crise dans un délai maximal de 8 jours, sauf exception.

Les soins et services offerts s'inscrivent dans une approche motivationnelle axée sur la mentalisation et la responsabilisation des personnes, dans une perspective de rétablissement. Ils

visent notamment à favoriser la restructuration cognitive, améliorer la capacité de résolution de problème, mobiliser le réseau de soutien et développer de nouvelles stratégies de gestion de crise.

Les soins et services de l'unité J4000A sont suprarégionaux; ils sont offerts à la fois aux personnes de la région de la Capitale-Nationale et à celles provenant d'autres régions.

2.7.6 Unité pour jeunes adultes (J3000)

L'unité du J3000 de l'IUSMQ est dédiée à l'hospitalisation de jeunes adultes de 18-35 ans qui présentent des symptômes psychotiques en début d'évolution ou qui nécessitent une clarification diagnostique. Les soins et services offerts, selon une approche adaptée aux jeunes adultes, visent à offrir une expérience d'hospitalisation positive, intégrée au parcours de soins actuel et futur.

Les interventions de l'équipe interdisciplinaire visent à diminuer et à mieux gérer les symptômes psychiatriques, favorisant un retour rapide dans le milieu de vie à l'aide d'un suivi en externe (PPEP, TIBD ou autre). De plus, l'équipe travaille en étroite collaboration avec le gestionnaire de cas du PPEP, lorsque la personne bénéficie d'un tel suivi, afin d'assurer une continuité dans les interventions.

Une priorité est accordée à l'implication des proches, comme partenaires de soins, dans un contexte où ces derniers en sont parfois à une première expérience d'accompagnement.

2.7.7 Unités de gériopsychiatrie (K2100 et L2200)

Unité K2100

L'unité du K2100 de l'IUSMQ a pour mission d'offrir des services d'évaluation et de traitement permettant le rétablissement de l'équilibre mental et physique de personnes âgées qui présentent un trouble psychiatrique associé au processus de vieillissement normal ou pathologique. Les personnes admises à l'unité de gériopsychiatrie présentent une instabilité de l'état mental pouvant être accompagné d'une suspicion de trouble neurocognitif. Les symptômes associés à ces conditions peuvent entraîner des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique.

Les services offerts au K2100 s'inscrivent à l'intérieur d'un continuum de services régionaux pour la population vieillissante. Dans ce contexte, l'équipe clinique travaille de concert avec la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA).

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises en plus d'offrir des traitements pharmacologiques complets ainsi que des traitements médicaux. Les services de réadaptation visent le développement, la restauration ou le maintien de l'autonomie. Les personnes peuvent intégrer le Programme SPRINT (SPécifique au Réentraînement en INTerdisciplinarité) qui consiste à éviter le déconditionnement des personnes âgées. La collaboration des proches est un atout dans la démarche; ils peuvent soutenir le bon déroulement du programme lors de leurs visites auprès de la personne.

Une fois l'état de la personne suffisamment stabilisé, l'équipe évalue sa condition physique et mentale afin de cibler un milieu de vie adapté à ses besoins. Ainsi, la personne pourrait retourner

à son domicile avec l'ajout de services ou dans un nouveau milieu de vie offrant des services (ex. RPA, RI, CHSLD).

Unité L2200

L'unité L2200 de l'IUSMQ dispose de lits de courte durée visant à réaliser des évaluations en gériopsychiatrie pour des personnes qui présentent des symptômes psychologiques et comportementaux complexes et réfractaires de la démence (SCPD). Ces personnes peuvent avoir développé une problématique de santé mentale tardivement ou être connues des équipes de santé mentale, mais il faudrait que le vieillissement complexifie le suivi.

La clientèle est généralement référée à partir de la trajectoire des cas complexes en CHSLD, de la DSAPA ou provenir des urgences. La demande d'admission dans un milieu d'hébergement revêt un caractère obligatoire et se fait dès la phase de la mise en place du suivi thérapeutique à l'unité L2200. Ainsi, suite à l'évaluation par l'équipe interdisciplinaire de l'unité, l'identification des besoins d'hébergement sera acheminée au mécanisme d'accès à l'hébergement public de la Capitale-Nationale.

Durant le séjour hospitalier, des traitements pharmacologiques, des traitements médicaux et des suivis thérapeutiques sont offerts à la clientèle. Des activités de réadaptation visent notamment le contrôle des comportements perturbateurs, ainsi que le développement de l'autonomie de la personne.

2.7.8 Unité (J2000) pour la clientèle en suivi intensif dans le milieu (SIM)

Les services de l'unité de soins J2000 de l'IUSMQ s'adressent à des adultes recevant des services du programme SIM et nécessitant temporairement une intensité de service propre à l'hospitalisation.

Les personnes hospitalisées sur cette unité présentent le plus souvent un trouble psychotique, parfois associé à un trouble d'utilisation de substance (TUS). Certaines personnes sont également judiciairisées, ce qui augmente le degré de complexité des situations cliniques et du risque d'auto et d'hétéro-agression.

La mission du J2000 est de fournir un accès rapide à un traitement approprié à chacune des phases de la maladie. Tout au long de l'épisode d'hospitalisation, cette équipe travaille en étroite collaboration avec les équipes SIM afin de retourner la personne le plus rapidement possible dans son milieu de vie.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises ainsi qu'à des traitements pharmacologiques et médicaux. Des interventions de groupes sur des thèmes spécifiques tels que le rétablissement ou la toxicomanie sont offertes aux personnes selon leurs besoins. La réadaptation par le maintien, le développement ou la restauration des compétences et des habiletés constitue également l'un des volets de services offerts.

2.7.9 Unité (G2200) pour la clientèle atteinte d'une déficience intellectuelle et d'un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA)

L'unité de soins G2200 de l'IUSMQ a pour mission d'offrir des services de traitement aigu des troubles psychiatriques pour les personnes ayant un diagnostic de déficience intellectuelle (DI) ou de trouble du spectre de l'autisme (TSA); ces personnes peuvent également présenter des troubles graves du comportement (TGC) ou des polyhandicaps.

Les membres de l'équipe détiennent une expertise leur permettant de distinguer les symptômes associés spécifiquement à un problème de santé mentale de ceux correspondant davantage à des réactions liées au profil neurologique de la personne.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises ainsi qu'à des traitements médicaux et pharmacologiques. Elle peut également effectuer des évaluations de nature médico-légale. Des services de réadaptation sont offerts à la personne dans le but de développer ou restaurer les compétences nécessaires à son autonomie.

Ainsi, l'équipe du G2200 prodigue les soins et services nécessaires à la stabilisation des épisodes de crise afin de prévenir une détérioration plus importante et favoriser une réintégration dans le milieu de vie. Pour y parvenir, elle travaille en étroite collaboration avec la Direction des programmes DI-TSA et déficience physique (DDITSADP).

Cette unité détient un mandat suprarégional, c'est-à-dire qu'elle peut accueillir des personnes en provenance de l'Est-du-Québec.

2.8 Équipe de réinsertion sociale en santé mentale

L'équipe de réinsertion sociale en santé mentale a pour mission de soutenir de façon transitoire le retour dans la communauté des personnes ayant terminé une période d'hospitalisation en psychiatrie. L'équipe vise à ce que la personne puisse transposer dans la communauté les gains réalisés lors du séjour hospitalier ainsi qu'à prévenir une éventuelle rechute. L'accompagnement et les interventions de réadaptation dans le milieu naturel de la personne favorisent la reprise des rôles sociaux. La durée moyenne des suivis est d'environ deux mois en fonction des besoins de la personne et prennent fin lorsqu'elle atteint ses objectifs, amorce un suivi avec un autre service ou l'apport de l'équipe n'est plus souhaité.

Dans le cadre d'un partenariat avec l'organisme Lauberivière, l'équipe est également sollicitée lorsqu'une personne est admise dans le secteur « Rétablissement » de l'organisme (hébergement transitoire à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie) et qu'elle ne bénéficie d'aucun suivi psychosocial.

3. Continuum des troubles mentaux graves

Les personnes qui présentent les caractéristiques suivantes sont orientées vers le continuum des troubles mentaux graves.

Ces personnes ont un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans l'un des trois domaines suivants :

- Les relations interpersonnelles;
- Les compétences sociales de bases;
- La capacité fonctionnelle dans la réalisation/production d'un travail.

Il s'agit d'une incapacité significative, sévère, prolongée, durable ou persistante. Une proportion élevée de personnes atteintes de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques (graves ou NS) présentent ce niveau d'incapacité.

En ce qui a trait aux personnes atteintes d'un trouble bipolaire, d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux, la majorité de ces personnes doivent être orientées vers le continuum des troubles mentaux courants. Cependant, certaines de ces personnes (exceptions) peuvent être orientées vers les troubles mentaux graves si :

- Les épisodes de décompensation sont fréquents ou récurrents, et;
- Leur condition demeure instable de façon prolongée (3 ans et plus), et;
- Elles sont réfractaires au traitement psychiatrique traditionnel, et;
- Elles ont bénéficié d'un suivi auprès d'équipes spécialisées sans amélioration significative de leur condition, et;
- Elles sont à risques de détérioration de leur condition clinique et psychosociale et elles ont un niveau significatif d'incapacité tel que décrit plus haut.

3.1 Soutien et réadaptation dans le milieu

Dans la région de la Capitale-Nationale, les services de soutien et de suivi dans la communauté constituent un continuum de services visant la réadaptation et le maintien de la personne dans son milieu de vie. Selon ses besoins et son cheminement, une personne peut passer d'une intensité de services à une autre. Comme le rétablissement des personnes ne se fait pas toujours de façon linéaire, la transition d'une intensité de services à une autre est notamment rendue possible grâce à des équipes cliniques porteuses de modèles complémentaires, tels que le soutien de base non intensif (SBNI), le soutien d'intensité variable (SIV) et le suivi intensif dans le milieu (SIM). Par ailleurs, le modèle de soutien d'intensité flexible (SIF), qui convient aux milieux de faible densité populationnelle est déployé dans la région de Charlevoix (voir section spécifique à Charlevoix).

Bien que les visées de rétablissement et de maintien dans la communauté soient les mêmes pour les modèles SBNI, SIV, SIM et SIF, ceux-ci diffèrent dans l'intensité des services qu'ils offrent aux personnes. L'intensité de service des équipes SIV et SBNI est généralement moins grande que celle des équipes SIM. Le SIF offre quant à lui toutes les intensités de services sur un territoire, c'est-à-dire qu'il regroupe les activités de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale qui pourraient être dispensés par des équipes SIV et SIM.

3.1.1 Soutien d'intensité variable (SIV) et Soutien de base non intensif (SBNI)

Le SIV offre des services de réadaptation psychosociale et d'accompagnement à des personnes présentant un trouble mental grave ou complexe (p. ex. troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux) nécessitant une intensité de service plus grande que celle offerte par les services

spécifiques (1^{re} ligne). L'offre de service est balisée par un cadre de référence (MSSS, 2024).¹⁴ Le MSSS est responsable de l'homologation des équipes SIV réalisée tous les trois à quatre ans.

Le SBNI s'adresse quant à lui à des personnes présentant des troubles mentaux généralement plus stables ou nécessitant habituellement une intensité de soutien moins grande que les personnes suivies par le SIV. Ces équipes travaillent en complémentarité et l'intensité de service offerte dans chacune d'elles est modulée en fonction des besoins de la personne. Ainsi, à titre d'exemple, une personne suivie par une équipe SBNI vivant un épisode durant lequel elle requiert plus de services ne sera pas transférée automatiquement vers une autre équipe. Son équipe clinique ajustera l'intensité et la fréquence du soutien offert le temps nécessaire. Les intervenants des équipes SIV-SBNI s'ajustent donc dans les limites des ressources disponibles aux besoins et aux aspirations des personnes en priorisant le lien de confiance établi avec celles-ci.

Les services des équipes SIV-SBNI sont organisés selon un modèle de « case management » c'est-à-dire qu'un intervenant pivot, qui entretient un lien privilégié avec la personne, travaille en interdisciplinarité avec les autres membres de l'équipe clinique. Ainsi, l'intervenant pivot s'assure que les services adéquats soient offerts à la personne, même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services. Le but des interventions est de soutenir et d'accompagner les personnes à long terme (de 2 à 3 ans), selon une fréquence de suivi modulable, afin qu'elles accèdent à une vie satisfaisante dans la communauté.

Ainsi, le MSSS reconnaît trois grands axes de services à ces équipes :

- La réadaptation psychosociale directement dans le milieu de vie de la personne ;
- La coordination de services afin de mettre la personne en contact avec différentes ressources nécessaires à son intégration dans la communauté, dont la famille et les proches ;
- Les interventions de démarchage (*outreach*) qui permettent d'aller de façon proactive vers les personnes là où elles se trouvent dans le but d'établir des liens de confiance, de réaliser des interventions et de les accompagner vers les services et les ressources appropriés.¹⁵

Les équipes SIV-SBNI sont localisées dans la région de la Capitale-Nationale sur les territoires de Québec métropolitain et de Portneuf, tandis que le soutien d'intensité flexible (SIF) est offert sur le territoire de Charlevoix. La durée moyenne de l'épisode de soins et de services SIV-SBNI est de deux ans à raison de 2 à 7 rencontres par mois.

3.1.2 Équipes de soutien intensif dans le milieu (SIM)

Les équipes SIM ont pour mission d'offrir des services de traitement, de réadaptation psychosociale et de maintien dans le milieu de vie à des personnes qui présentent des troubles mentaux graves dont la condition est instable et fragile. Pour les maintenir dans la communauté, elles requièrent le soutien d'une équipe interdisciplinaire ainsi qu'une intensité de service élevée sur une période prolongée. Les interventions visent l'amélioration de la qualité de vie et le rétablissement de la personne, de même que la réduction du recours à l'hospitalisation ou la diminution de sa durée. Bien que les interventions s'effectuent généralement dans la communauté, les intervenants

¹⁴ Cadre de référence – Soutien d'intensité variable (SIV), MSSS (2024) ISBN 978-2-550-97501-4 (PDF)

¹⁵ <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental/soutien-intensite-variable>

maintiennent leur implication durant une période d'hospitalisation. L'unité de soins J2000 de l'IUSMQ est spécifiquement dédiée aux personnes utilisatrices des services du SIM.

Parmi les activités de réadaptation offertes par les équipes du SIM se retrouvent par exemple :

- L'aide à la gestion de la médication ;
- L'aide à la gestion des avoirs financiers ;
- Du soutien dans les activités de la vie quotidienne et les tâches domestiques ;
- L'aide pour la recherche de logement et d'emploi ;
- L'accompagnement aux rendez-vous médicaux ;
- L'enseignement sur la maladie et sur les droits des patients et patientes ;
- L'aide à la résolution de crises psychosociales.¹⁶

Il est à noter qu'une des six équipes SIM est particulièrement impliquée auprès des personnes marginalisées ou en situation d'instabilité résidentielle.

3.2 Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) de la Clinique Notre-Dame des Victoires (CNDV)

Conformément au Cadre de référence du Programme pour premier épisode psychotique (MSSS, 2022), l'équipe clinique de la CNDV dispense des interventions précoces et intensives à de jeunes adultes de 18 à 35 ans qui présentent un premier épisode psychotique.

Le PPEP a comme objectif de diminuer la durée d'une psychose non traitée et de réduire au minimum ses effets pour faciliter le développement optimal du jeune adulte. Concrètement, le programme vise le rétablissement fonctionnel de la personne, la rémission des symptômes, la prévention des déficits cognitifs, la réadaptation et la réalisation d'un projet de vie. « Plus la période entre les premiers symptômes de psychose et le début du traitement est courte, meilleur est le pronostic. La grande majorité des personnes qui vivent un PEP connaîtront une rémission de leurs symptômes psychotiques au cours de l'année qui suit le début du traitement.¹⁷ »

Dans le cadre du PEPP, l'équipe interdisciplinaire guide, accompagne et soutient le jeune adulte dans le traitement de la psychose. Des services d'évaluation, de traitement pharmacologique, de psychothérapie et de suivi psychosocial sont adaptés aux phases de la psychose et du rétablissement de la personne. Un intervenant désigné comme gestionnaire de cas coordonne l'ensemble des services. Les interventions peuvent avoir lieu dans le milieu qui répond le mieux aux besoins des jeunes adultes que ce soit dans les bureaux de la CNDV, dans des lieux publics ou à leur domicile. La fréquence du suivi est également adaptée aux besoins de la personne allant de quelques fois par semaine à quelques fois par année pour une durée minimale de trois ans.

Enfin, l'équipe du laboratoire de Recherche Axée sur la personne et la PSyChOse : démarche intégrée aux soins (RAPPSODIS) exerce ses activités à même les locaux de la CNDV en collaboration avec l'équipe du PPEP. Les travaux de recherche visent entre autres à développer et à tester de

¹⁶ <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental/suivi-intensif-dans-milieu>

¹⁷ MSSS, 2022. Programmes pour premiers épisodes psychotiques - Cadre de référence

nouvelles approches de traitement des troubles psychotiques afin d'optimiser leur utilisation et de soutenir le rétablissement global des personnes qui doivent composer avec ces conditions.

3.3 Centre de services ambulatoires en SM (Centre de traitement le 388 St-Vallier)

L'équipe interdisciplinaire du 388, offre à des personnes souffrant de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique un traitement global issu d'une approche psychanalytique de la psychose. Ces services sont dispensés dans la communauté, au 388 rue Saint-Vallier à Québec.

La grande majorité des personnes utilisatrices du 388 ont déjà un historique d'épisodes de soins et de services dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elles ont la plupart du temps vécu plusieurs séjours d'hospitalisation et des échecs dans le cadre de traitements conventionnels des troubles psychotiques.

Le traitement au 388 vise à favoriser chez les personnes la compréhension et la gestion des causes qui sous-tendent leurs difficultés, dans le but d'opérer les changements qui leur permettront d'accéder à une vie autodéterminée et active. De plus, le suivi et l'hébergement provisoire dispensés au 388 lors de situations de crise et de décompensation psychotique tendent à fournir aux personnes une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Ces services d'hébergement sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 durant toute l'année.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations diagnostiques et du fonctionnement social, assure les traitements pharmacologiques ainsi que les cures analytiques individuelles (psychothérapie d'approche psychanalytique). Dans le cadre d'un processus de réadaptation, les personnes peuvent être accompagnées dans leurs projets d'intégration sociale (autonomie dans le milieu de vie, retour aux études, retour à l'emploi, etc.) visant à restaurer ou maintenir leurs compétences. Des interventions à domicile peuvent avoir lieu.

3.4 Traitements complémentaires en psychothérapie pour troubles mentaux graves (TCP-TMG)

Le TCP-TMG offre des services de psychothérapies individuelles aux personnes ayant des troubles mentaux graves. Ce programme vise à favoriser une gestion optimale des symptômes psychotiques ou comorbides, ou à aider la personne à résoudre les conflits sous-jacents aux symptômes entraînant une détresse psychologique et une atteinte à son fonctionnement. À titre d'exemples, les interventions peuvent viser une diminution des hallucinations auditives, une remise en question des croyances délirantes, une diminution de symptômes anxieux ou dépressifs divers.

L'équipe est composée de psychologues. En moyenne, la personne bénéficie de quinze à vingt-cinq séances avec révision des objectifs selon une fréquence préétablie.

L'approche des psychologues et les techniques utilisées sont diverses et déterminées en tenant compte des besoins manifestés par les personnes. En début de suivi, les rencontres se font sur une base hebdomadaire afin de procéder à l'évaluation initiale et d'établir l'alliance thérapeutique. Par la suite, la fréquence des rencontres est ajustée en fonction des besoins.

3.5 Programme intégré de soutien à l'emploi (PISE)

PISE vise à aider les personnes qui présentent des troubles mentaux graves à intégrer le marché régulier du travail et à s'y maintenir. De plus, il vise à assurer un pairage optimal entre candidats et employeurs. Les participants au programme bénéficient d'une à deux rencontres par semaine pour une durée moyenne de 3 à 7 mois.

La mission du programme est donc de soutenir les personnes dans la recherche ou le maintien d'un emploi sur le marché régulier ou à les accompagner dans le cadre d'un retour en emploi après une absence prolongée. Les conseillers en emploi offrent des services de réadaptation et d'intégration socioprofessionnelle, permettant de développer et maintenir les habiletés nécessaires à une stabilité d'emploi.

Selon un modèle hybride, PISE propose une collaboration étroite entre la DSMDI et deux organismes communautaires, Le Pavois et Croissance-Travail. Ces services sont offerts dans la communauté.

3.6 Soutien et réadaptation en hébergement

3.6.1 Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)

Les RI-RTF font partie intégrante du continuum résidentiel en santé mentale de la région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Portneuf et Charlevoix. Elles favorisent le maintien dans la communauté et l'intégration sociale des personnes atteintes d'une problématique de santé mentale en leur permettant de vivre dans une résidence plus encadrée qu'un milieu de vie autonome.

Bien que le milieu résidentiel et plusieurs services soient offerts par un promoteur ayant signé une entente avec le CIUSSSCN, la responsabilité de la qualité des services de la RI-RTF et des services professionnels rendus à la personne demeure celle de la DSMDI, en collaboration avec la Direction de l'évaluation, de la qualité et de l'éthique (DQÉPÉ). Le Cadre de référence sur les RI-RTF balise précisément ces responsabilités et précise que le but des services professionnels est de « dispenser à l'utilisateur ou s'assurer que soient dispensés à l'utilisateur, des services de qualité qui soient accessibles, continus, sécuritaires, efficaces, respectueux de ses droits et requis par sa condition et ses besoins » (MSSS, 2016, p. 131).

Dans ce contexte, lorsque la DSMDI confie une personne à une ressource, elle a la responsabilité d'évaluer ses besoins et de déterminer avec la DQÉPÉ l'ensemble des services requis à l'aide de *l'Instrument de détermination et de classification*. Cet outil clinique vise à définir les services de soutien et d'assistance que la ressource devra offrir à l'utilisateur à partir de l'évaluation de ses besoins et des objectifs convenus à son plan d'intervention.

L'élaboration et le suivi du plan d'intervention (PI, PSI) ou du plan de traitement infirmier (PTI), l'intégration de la personne dans la ressource ainsi que le suivi de l'application des services identifiés avec l'instrument de détermination et de classification font partie des responsabilités de l'équipe clinique permettant d'assurer ainsi le bien-être de la clientèle.

3.6.2 Résidence à assistance continue (RAC) en santé mentale

La RAC en santé mentale est un milieu d'hébergement sécuritaire et transitoire visant à offrir à ses résidents une reprise du pouvoir d'agir sur leur vie ainsi que l'opportunité de réintégrer la communauté après un séjour d'un à trois ans. La RAC est temporairement installée dans les locaux de l'IUSMQ.

Les résidents de la RAC en santé mentale présentent des troubles mentaux graves et persistants ainsi que des troubles graves du comportement, pour lesquels un niveau élevé d'encadrement professionnel est nécessaire. Ces personnes peuvent aussi présenter des problématiques de consommation de substances psychoactives de façon concomitante. La très grande majorité de ces personnes ont vécu dans différents types de milieux résidentiels, sans succès. Elles présentent néanmoins un potentiel de réadaptation et ont démontré une certaine mobilisation face à leurs problématiques.

L'équipe clinique assure ainsi le traitement de la condition physique et mentale des résidents, en plus de les soutenir dans leur processus de réadaptation. Elle accompagne ces personnes dans le développement de leurs forces, de leurs capacités, de leur autonomie (aux AVD-AVQ) et dans leur processus de rétablissement en vue de réaliser leur projet de vie résidentiel.

Une programmation d'activités diversifiées (activités culinaires, sports, sorties dans la communauté, zoothérapie, etc.) est élaborée. Des activités d'intégration sociale sont proposées (lieux publics, centres d'activités de jour, organismes communautaires, etc.) ainsi que du soutien à la réinsertion professionnelle, au maintien à l'emploi ou aux études.

Les résidents sont accompagnés dans l'élaboration d'un plan de transition vers un nouveau milieu résidentiel. Au besoin, l'équipe clinique réfère à des organismes communautaires offrant des services spécialisés en santé mentale.

3.6.3 Unités de réadaptation de longue durée H3100 et L3300

Les unités H3100 et L3300 de l'IUSMQ s'adressent à des adultes qui présentent des troubles mentaux graves et persistants, accompagnés ou non d'un TGC. Ces personnes qui nécessitent un encadrement en tout temps peuvent présenter un risque de dangerosité (autoagressivité, hétéroagressivité) incompatible avec les services offerts dans la communauté (ex. en RAC), en plus de troubles concomitants liés à la consommation de substances psychoactives. Elles ont souvent vécu plusieurs épisodes d'hospitalisation ainsi que la perte d'un milieu de vie dans la communauté.

Compte tenu du profil des personnes admises sur ces unités, deux environnements complémentaires sont offerts dont l'un est davantage sécurisé. Ces environnements sont ciblés en fonction des profils et des besoins des personnes. Les séjours peuvent varier d'un an pour les lits de courte durée à trois ans pour ceux de longue durée.

Le programme de réadaptation de ces unités dispense des soins et services visant à améliorer l'état mental ainsi qu'à développer l'autonomie et les habiletés nécessaires à un retour sécuritaire dans la communauté. L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises (habitudes de vie,

niveau de fonctionnement social, dangerosité, état physique et mental) de la personne admise. Elle assure les traitements pharmacologiques et les activités de réadaptation nécessaires au rétablissement de la personne. L'équipe l'accompagne et la soutient lors de son départ vers un nouveau milieu de vie à l'aide d'un plan de transition.

3.6.4 Unité de réadaptation active pour personnes âgées H6100 et K5100

Unité H6100

L'unité H6100 de réadaptation de longue durée en hébergement s'adresse à des personnes de plus de 55 ans qui présentent un trouble mental grave et persistant accompagné de troubles graves de comportement avec un risque de dangerosité (autoagressivité et hétéroagressivité) incompatible avec les services offerts dans la communauté. Ces personnes présentent de plus, une condition de santé mentale qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base.

La clientèle admise au H6100 nécessite un cadre hospitalier de longue durée (3 à 4 ans) permettant de soutenir une condition clinique complexe telle qu'une perte d'autonomie nécessitant des soins infirmiers et d'assistance aux AVQ-AVD. Cependant, ce n'est pas un critère obligatoire pour être admis sur cette unité. L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises (condition physique et mentale, fonctionnement social et niveau de risque) en plus d'assurer les traitements pharmacologiques et médicaux. Les activités de réadaptation visent à redonner l'autonomie et les habiletés permettant de réintégrer de façon sécuritaire un milieu de vie dans la communauté.

Unité K5100

L'unité de réadaptation active pour les personnes âgées de plus de 55 ans localisés au K5100 de l'IUSMQ accueille des adultes qui présentent un trouble mental grave et persistant accompagné de troubles graves de comportement avec un risque de dangerosité (autoagressivité et hétéroagressivité).

Les personnes admises au K5100 présentent de plus, une perte d'autonomie nécessitant des soins infirmiers et d'assistance aux AVQ-AVD ainsi qu'une condition de santé mentale qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base. Les durées moyennes de séjour à l'unité sont de 3 à 5 ans. Souvent réfractaires à la médication, ces personnes requièrent un cadre hospitalier permettant de soutenir une condition clinique complexe qui ne les rend pas admissibles aux milieux d'hébergement dans la communauté ou aux services de la direction SAPA.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises (condition physique et mentale, fonctionnement social et niveau de risque) en plus d'assurer les traitements pharmacologiques et médicaux. Les activités de réadaptation visent à redonner l'autonomie et les habiletés permettant de réintégrer de façon sécuritaire, un milieu de vie dans la communauté (ex. RI, RTF, RAC).

Pour les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable dont l'état de santé se détériore vers un pronostic de fin de vie, l'équipe clinique élabore un plan de soins palliatifs permettant de leur

prodiguer des soins de confort en plus de leur offrir du soutien physique, affectif et social dans leur milieu.

3.6.5 Équipe fluidité

L'équipe fluidité a pour mandat de faciliter les transitions, les communications et les collaborations entre les unités d'hospitalisation et les différents milieux de vie ainsi qu'avec les différentes équipes dans la communauté. Elle intervient principalement dans les RI-RTF, mais peut être impliquée dans certains dossiers sur demande en fonction des besoins propres de la clientèle.

Lorsque l'équipe traitante d'une unité considère qu'une personne est prête à intégrer un nouveau milieu de vie, l'équipe fluidité entre en jeu. Cette dernière contacte la personne, la future ressource d'hébergement et l'équipe externe afin d'évaluer leurs besoins respectifs. En suivi de ces démarches, elle précise à l'équipe traitante les éléments qui seront à travailler pour que la personne puisse intégrer le nouveau milieu de vie. L'équipe traitante continuera de soutenir la personne dans le développement de ses aptitudes jusqu'à ce qu'une place soit disponible.

Lorsqu'une offre de milieu de vie est imminente, l'équipe fluidité évalue l'évolution de la personne. Si les objectifs fixés au départ ne sont pas atteints, l'équipe s'implique en offrant des activités brèves de réadaptation afin que la personne puisse développer le niveau d'autonomie requis pour intégrer le milieu proposé.

Dans le but de favoriser une transition harmonieuse et une intégration réussie dans le nouveau milieu de vie, l'équipe poursuit son implication auprès du personnel en place (p. ex. RAC, RI-RTF) le temps nécessaire.

4. Continuum de psychiatrie légale

L'IUSMQ du CIUSSS de la Capitale-Nationale figure parmi les établissements désignés par l'*Arrêté ministériel concernant la désignation des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent en application du Code criminel ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.

Ainsi, le service de psychiatrie légale de l'IUSMQ dispense les soins et services reliés à la garde, au traitement et à l'évaluation des adultes de la Capitale-Nationale visés par une ordonnance de la Cour du Québec ou une décision de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) du Tribunal administratif du Québec (TAQ).

4.1 Clinique carcérale en psychiatrie légale

La clinique carcérale en psychiatrie légale est la principale porte d'entrée des services, aux fins d'administration de la justice. Ce service de la DSMDI est responsable de coordonner la réalisation des expertises médico-légales ordonnées par les tribunaux, en collaboration étroite avec les psychiatres légistes.

La clinique reçoit des ordonnances d'évaluation de personnes en liberté ou en détention pour lesquelles une expertise médico-légale est requise pour déterminer leur aptitude à subir leur procès

ou leur responsabilité criminelle. Elle dessert principalement les ordonnances du district de la région 03 Capitale-Nationale, mais aussi exceptionnellement d'autres districts judiciaires. Selon le cas, le psychiatre légiste effectue l'évaluation à l'IUSMQ ou par téléconférence lorsque la personne est détenue à l'établissement de détention de Québec (ÉDQ).

Les psychiatres légistes procèdent aux évaluations médico-légales (aptitude, traitement forcé et responsabilité criminelle). Il existe deux types d'ordonnances d'évaluation :

- L'ordonnance d'évaluation en liberté - aptitude à subir son procès ou responsabilité criminelle : l'évaluation est réalisée par le psychiatre légiste au moyen d'un rendez-vous en clinique externe, à l'IUSMQ. Selon les besoins relatifs à la formulation de l'opinion médico-légale, plusieurs rencontres peuvent être nécessaires.
- Ordonnance d'évaluation en détention - aptitude à subir son procès ou responsabilité criminelle : sauf exception, l'évaluation est réalisée au moyen d'une rencontre en visioconférence, alors que la personne est détenue à l'ÉDQ. Cette rencontre permet au psychiatre légiste de déterminer si la personne doit être hospitalisée pour réaliser le mandat qui lui est confié. Si une période d'hospitalisation est nécessaire, la personne est admise à l'unité M2500.

L'épisode de services se termine lorsque le rapport d'évaluation est transmis à la magistrature et aux avocats.

4.2 Unités d'hospitalisation en psychiatrie légale M2500 et L4300

4.2.1 Unité M2500

L'équipe clinique de l'unité de soins en psychiatrie légale dispense les services d'évaluation aux fins d'administration de la justice. Le Tribunal peut ordonner une évaluation afin de déterminer si la personne, arrêtée par la sécurité publique et accusée d'un délit, est apte à subir son procès ou si elle est criminellement responsable. Cette ordonnance représente la porte d'entrée principale d'accès au service d'évaluation aux fins d'administration de la justice.

L'unité M2500 est désignée pour recevoir les personnes incarcérées pour qui une période d'hospitalisation est requise afin de procéder à l'évaluation demandée par les tribunaux judiciaires. Ainsi, les personnes incarcérées sont initialement évaluées sauf exception en visioconférence par les psychiatres légistes qui déterminent si l'hospitalisation est requise ou non afin de procéder au mandat qui leur a été confié. L'unité M2500 répond aux normes de la sécurité publique et peut ainsi accueillir des personnes en permission de sortie de l'établissement de détention de Québec.

L'unité M2500 offre un très haut niveau d'encadrement en raison de son environnement physique (SAS à l'entrée, 3 salles d'isolement, 18 lits divisés en deux sections séparées de 9 lits, objets dangereux contrôlés, décomptes et tournées sécuritaires, etc.) et de son ratio d'intervenants, incluant des agents d'intervention. En plus d'accueillir des personnes incarcérées, l'unité accueille aussi des personnes qui présentent une dangerosité active ou une désorganisation comportementale qui excède les capacités d'encadrement des autres unités de l'IUSMQ.

En plus de procéder aux évaluations médico-légales, de l'aptitude de la personne à subir son procès et de sa responsabilité criminelle, l'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations diagnostiques et de la dangerosité.

L'équipe assure les traitements pharmacologiques et médicaux en plus des soins infirmiers et des services professionnels (criminologie, ergothérapie et services psychosociaux). Des interventions individuelles et occasionnellement familiales sont offertes. Le traitement peut être forcé en vue de rendre la personne apte à subir son procès.

4.2.2 Unité L4300

L'unité L4300 de l'IUSMQ est une unité de réadaptation intensive pour des adultes faisant l'objet d'un statut de détention en vertu de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), suite à un verdict d'incapacité à subir leur procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux. Cette unité assure une prise en charge complète de la personne durant son séjour.

Les services visent principalement à rétablir l'équilibre mental chez des personnes ayant un potentiel élevé de dangerosité et qui présentent de graves troubles de comportement. Afin de favoriser la réinsertion sociale des personnes, les interventions visent à diminuer les manifestations de comportements antisociaux, la responsabilisation des personnes à l'égard des délits commis et de leur maladie, ainsi que l'identification et l'utilisation de moyens pour prévenir la récidive et l'augmentation de leur autonomie au quotidien.

L'équipe procède aux évaluations de nature juridique, de la dangerosité et diagnostiques afin de déterminer la nature et la cause du problème et confirmer la présence d'un trouble mental. Elle assure le traitement pharmacologique, le suivi psychiatrique à une fréquence régulière et les traitements médicaux de type soins physiques.

Les personnes bénéficient de suivis à une fréquence régulière par des intervenants psychosociaux. Des interventions individuelles, de groupe, familiales et auprès de la communauté sont également offertes et des collaborations sont organisées avec différents partenaires pour compléter l'offre de services. De l'enseignement est dispensé sur la maladie et la prévention de la rechute.

L'équipe favorise la réadaptation intensive au moyen d'une programmation incluant divers intervenants psychosociaux (éducateurs spécialisés, travailleuse sociale, criminologue, ergothérapeute.) Des interventions de groupe sont offertes, notamment l'animation d'un groupe de prévention de la récidive criminelle (développement de connaissance et d'outils en lien avec les facteurs de risque et de protection à la récidive criminelle.) Les personnes peuvent développer des compétences et des habiletés nécessaires à la vie quotidienne et au retour dans la communauté en cohérence avec leurs capacités et leur statut légal. L'intégration sociale ou socioprofessionnelle (bénévolat, études, retour à l'emploi) est également soutenue.

4.3 Résidence à assistance continue (RAC) en psychiatrie légale

Cette RAC intégrée au continuum des services de psychiatrie légale offre un milieu d'hébergement sécuritaire et transitoire à ses résidents. Bien que localisée temporairement dans les locaux de l'IUSMQ, elle favorise la reprise du pouvoir d'agir sur leur vie ainsi qu'une opportunité de réintégrer

la communauté. L'équipe interdisciplinaire de la RAC travaille à améliorer la santé mentale de ses résidents dans le but de prévenir des actes criminels ou violents envers autrui ou envers eux-mêmes. Les services offerts soutiennent l'administration de la justice auprès de personnes judiciairisées qui ont un trouble mental en offrant une programmation complète de réadaptation psychiatrique et de réinsertion sociale par les études, le travail ou la participation à des activités communautaires.

L'équipe interdisciplinaire détenant l'expertise et la formation nécessaire en TGC ainsi qu'en dépendance offre aux résidents des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation. La personne peut également bénéficier d'une consultation médicale ponctuelle pour la gestion de crise incluant l'ajustement et le suivi pharmacologique.

Les services de réadaptation spécialisée en psychiatrie légale sont adaptés en fonction des huit principaux facteurs de risque criminogènes (Big Eight) :

- Une personnalité ou un tempérament antisocial ;
- Une cognition antisociale ;
- Des pairs antisociaux ;
- Des stressseurs personnels/familiaux ;
- La toxicomanie ;
- L'absence d'emploi ;
- Le manque d'éducation ;
- L'oisiveté ;

L'équipe élabore avec la personne et son entourage, des plans d'intervention et de prévention des rechutes. Les interventions visent le développement, la restauration et le maintien des forces, des compétences et des habiletés de la personne. Des actions sont posées en vue de soutenir la réinsertion professionnelle et le rattachement scolaire ou le maintien des études.

4.4 Programme d'accompagnement justice santé mentale de Québec (PAJ-SM) et Intervention multisectorielle programmes d'accompagnement à la cour municipale (IMPAC)

La DSMDI agit comme partenaire dans deux programmes d'accompagnement en justice s'inscrivant à des niveaux judiciaires distincts, soit PAJ-SM au Palais de justice de Québec et IMPAC à la Cour municipale. Ces services spécialisés sont dispensés dans la communauté.

Le PAJ-SM est né d'un projet pilote impliquant des acteurs de la sécurité publique, du milieu judiciaire et de la DSMDI. Ce programme est destiné aux personnes présentant un problème de santé mentale ou une condition neurodéveloppementale les rendant plus vulnérables et qui doivent comparaître à la Cour du Québec - district de Québec.

La ville de Québec est responsable du Programme tribunal à trajectoire spécifique (PTTS), une composante d'IMPAC qui facilite l'accompagnement des personnes impliquées dans un processus judiciaire à la Cour municipale. En partenariat avec la Ville de Québec et l'organisme communautaire PECH, les intervenantes de la DSMDI offrent des services de liaison et d'accompagnement en justice.

Les intervenantes de la DSMDI travaillant au sein des programmes PAJ-SM et IMPAC font l'évaluation de la personne en plus de convenir d'un plan d'intervention. Elles procèdent aux références vers les services requis sur le plan psychologique, physique, criminogène ou autre. Elles assurent la liaison et entreprennent un suivi partagé avec l'ensemble des partenaires impliqués au dossier de la personne afin de leur offrir un traitement plus adapté. Cette collaboration entre les différents partenaires a pour objectif de prévenir les récidives et favoriser le rétablissement et la réinsertion sociale de la personne.

De plus, les intervenantes produisent divers documents (collectes de données, plan d'intervention, bilan pour la Cour, bilan final) en plus de faire des suivis, des recommandations et des accompagnements à la Cour. La durée et l'intensité de l'épisode de services varient selon les besoins, les étapes du processus judiciaire et les services en place. Souvent, les rencontres sont plus rapprochées lors de l'évaluation de départ et ensuite, elles sont ajustées selon les besoins d'accompagnement en justice.

5. Cliniques externes de psychiatrie

5.1 Cliniques externes de psychiatrie générale

Les cliniques externes de psychiatrie générale offrent des services ambulatoires d'évaluation, de traitement et d'intervention pour les adultes qui présentent des troubles ou problèmes de santé mentale modérés ou graves, chroniques ou complexes dont les symptômes sont susceptibles d'entraîner un dysfonctionnement sévère ou un risque de détérioration important de l'état mental. L'accès se fait sur référence d'un psychiatre.

La DSMDI compte trois cliniques externes de psychiatrie générale, deux sont situées à l'IUSMQ (l'une d'elles était auparavant située à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ)) et la troisième au CHUL. Ces cliniques visent à aider les personnes à stabiliser et à prévenir la détérioration de leur état mental, à rétablir leur fonctionnement et à instaurer ou consolider un filet de sécurité. En plus de leur suivi avec un psychiatre, les personnes peuvent recevoir des services d'une infirmière ou d'une travailleuse sociale.

L'équipe interdisciplinaire offre des services d'évaluation, de traitement médical et pharmacologique en plus de soins et services professionnels. Elle peut procéder à des références vers les services du réseau de la santé et des services sociaux ou du milieu communautaire en plus d'assurer la liaison avec les autres professionnels impliqués auprès de la personne (médecin de famille, organismes communautaires).

Gestion de la clozapine : La clozapine est un médicament sur ordonnance principalement utilisé pour le traitement symptomatique de la schizophrénie réfractaire. Les personnes admissibles aux services de la coordination clozapine doivent bénéficier d'un suivi psychiatrique d'une clinique externe tels que la clinique externe de psychiatrie générale, du centre de traitement le Faubourg Saint-Jean, de la clinique externe de psychiatrie en DI-TSA ou d'un suivi médicolégal.

L'infirmière clinicienne de la coordination clozapine a une connaissance approfondie de la molécule et de la surveillance de ses effets. Ainsi elle procède aux analyses hématologiques requises et

assure les suivis auprès de l'équipe traitante et de la personne selon la situation. Elle accompagne et conseille les équipes cliniques sur les processus d'évaluation, les effets indésirables, les interactions et les signes de toxicité. Elle soutient l'application des protocoles et des ordonnances collectives, en plus d'assurer un rôle d'intervenant pivot auprès des partenaires et des équipes traitantes.

5.2 Clinique externe de gériopsychiatrie

La clinique externe de gériopsychiatrie a pour mandat d'évaluer et d'offrir un suivi en externe aux personnes âgées présentant une problématique psychiatrique complexifiée par le vieillissement. L'équipe interdisciplinaire de la clinique est interpellée lorsque les équipes cliniques des services spécifiques et spécialisés requièrent des précisions diagnostiques ou du soutien concernant un traitement pharmacologique pour des personnes âgées ayant des profils cliniques complexes.

La clientèle présente de nombreuses comorbidités impliquant notamment des facteurs biologiques liés au vieillissement, des pluridiagnostics (physique et psychiatrique), des troubles neurocognitifs en plus des éléments de vulnérabilité reliés à des facteurs psychosociaux spécifiques aux personnes âgées.

L'équipe interdisciplinaire offre des services d'évaluation, de traitement médical et pharmacologique en plus de soins et services professionnels. Les évaluations ainsi que les suivis infirmiers et psychosociaux sont généralement offerts dans le milieu de vie de la personne. Une infirmière clinicienne réseau (ICR) analyse les demandes de consultation en provenance du centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), produit les évaluations gériopsychiatriques et soutient les partenaires en effectuant des consultations en gériopsychiatrie.

5.3 Clinique externe en déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

La clinique externe en DI-TSA offre un suivi en psychiatrie aux personnes ayant un diagnostic de DI ou de TSA et qui présentent également un problème de santé mentale pouvant être associé ou non à un trouble grave du comportement. Ces personnes résident dans la communauté et leur suivi peut s'échelonner sur de longues périodes.

L'équipe clinique composée de trois psychiatres peut intervenir en amont ou en aval d'une hospitalisation en unité de soins. Elle procède aux évaluations diagnostiques et de la dangerosité de la personne en plus de dispenser des traitements pharmacologiques et médicaux. L'équipe oriente et réfère vers les ressources appropriées (soins infirmiers, service de prélèvements et injections (SPI) et service pour le traitement avec clozapine).

Les psychiatres de la clinique externe en DI-TSA travaillent en collaboration avec le réseau de la personne (famille, intervenants, personnel de la RI-RTF, etc.) et les équipes cliniques de la direction des programmes Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DDITSADP), notamment en assurant un service-conseil. Au besoin, l'ASI, le psychoéducateur et la travailleuse sociale de l'unité de soins G2200 apportent leur collaboration de même que les

neuropsychologues ayant une expertise en DI-TSA de la Clinique d'évaluation et d'interventions cognitive.

À la fin d'un séjour à l'unité de soins psychiatriques G2200, les personnes sont fréquemment référées à la clinique externe afin de poursuivre leur suivi post-hospitalisation dans la communauté.

6. Cliniques spécialisées pour clientèles spécifiques

6.1 Clinique des troubles sexuels (CTS)

La clinique des troubles sexuels évalue et traite les adultes présentant une souffrance ou une altération du fonctionnement en lien avec des intérêts sexuels ou conduites sexuelles paraphiliques, un trouble hypersexuel ou encore un trouble du comportement sexuel compulsif. Les soins et les services offerts à la CTS sont axés sur le rétablissement, la diminution du risque de récurrence et l'amélioration de la qualité de vie de la personne.

L'équipe interdisciplinaire de la CTS vise à ce que les conduites sexuelles inappropriées soient prévenues et détectées précocement. Par l'intermédiaire d'une intervention efficace, elle favorise l'adoption d'un fonctionnement adapté aux valeurs sociales actuelles et satisfaisant pour la personne, lui permettant ainsi de vivre en société avec respect et dignité.

L'équipe réalise diverses évaluations spécialisées :

- Expertise spécialisée en délinquance sexuelle demandée par la Cour;
- Expertise pour la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) afin d'évaluer le risque de récurrence ou le risque sérieux d'abus sexuel d'une personne en autorité parentale;
- Évaluation sexologique visant à confirmer ou à exclure la présence d'un trouble hypersexuel ou d'un trouble du comportement sexuel compulsif;
- Évaluation du fonctionnement social.

Les soins et services suivants sont offerts en fonction des problématiques :

- Inconduites sexuelles et intérêts sexuels paraphiliques : groupes de psychothérapie offerts à des individus, judiciairisés ou non, ayant commis une inconduite sexuelle ou ayant un intérêt sexuel paraphilique ou ayant consommé de la pornographie juvénile;
- Trouble hypersexuel ou du comportement sexuel compulsif : programme de traitement pour les individus souffrant de comportements sexuels incontrôlables;
- Accompagnement pour les personnes en attente d'une sentence : accompagnement individuel à des personnes aux prises avec des démêlés judiciaires, dans le contexte d'une problématique sexuelle;
- Services offerts pour toutes les clientèles admissibles à la CTS : groupe d'accueil visant à développer une motivation à changer les comportements sexuels nuisibles, ateliers psychoéducatifs offerts en groupe ainsi que différents types de suivis professionnels.

De plus, l'équipe interdisciplinaire contribue à l'enseignement, au développement et au transfert d'expertise. Elle s'investit également dans l'avancement des connaissances par la recherche clinique et évaluative.

6.2 Clinique de psychiatrie périnatale

Le Programme de psychiatrie périnatale offre des services spécialisés destinés aux femmes qui présentent :

- Un trouble de santé mentale post-partum (dépression, psychose, trouble d'adaptation) jusqu'à 2 ans après le terme de la grossesse;
- Un trouble de santé mentale en étant enceinte ou en désirant le devenir;
- Des antécédents personnels ou familiaux de trouble de santé mentale en étant enceinte ou en désirant le devenir;

Et qui ne peuvent être prise en charge par les services habituels de première ou deuxième ligne de par la spécificité et la sévérité des difficultés présentées.

La clinique dispose d'une équipe interdisciplinaire qui offre des services d'évaluation, de traitements, de suivis infirmiers et psychologiques durant toute la période périnatale. Les soins et services sont dispensés en étroite collaboration avec les autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Le mandat du programme se subdivise en différents volets :

- L'évaluation et le traitement interdisciplinaire;
- L'expertise et le soutien clinique au réseau de la santé et des services sociaux;
- L'enseignement et la recherche.

Les visées du programme incluent l'implantation et l'essor des services en psychiatrie périnatale dans la communauté, l'éducation préventive et l'enseignement, tout en promouvant l'évaluation des services cliniques déjà offerts.

6.3 Clinique pour le traitement du stress opérationnel (TSO)

Cette clinique fait partie du réseau des cliniques pour blessures liées au stress opérationnel (BSO) déployées à travers le Canada. Cette ressource de soins en santé mentale a pour mission d'offrir des services d'évaluation et de traitement aux vétérans, ainsi qu'aux membres en processus de libération des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, de même qu'à leur famille et à leurs proches.

Les services ciblent exclusivement :

- Les troubles psychiatriques ou les difficultés psychologiques qui découlent d'une blessure liée au stress opérationnel (trouble de stress post-traumatique, dépression majeure, troubles anxieux, troubles liés à l'utilisation de substances);
- Les problèmes psychosociaux et environnementaux ayant une incidence sur l'atteinte des objectifs de réadaptation des personnes référées.

L'équipe interdisciplinaire offre des services d'évaluation, de traitements psychiatriques et pharmacologiques, ainsi que des soins et services professionnels (infirmiers, psychologiques, psychosociaux), dans un but de prévention et de soutien aux personnes visées.

Les suivis se font en collaboration avec différents partenaires de la communauté qui proposent des ressources complémentaires et adaptées aux besoins des personnes. En plus du volet clinique, on y offre des activités d'enseignement, de supervision, de formation et de recherche. Des services sont aussi accessibles aux proches tels que des consultations psychosociales, des références aux services généraux et spécifiques en santé mentale.

Localisée dans la communauté sur le territoire de la ville de Québec, la clinique TSO dessert tout l'Est-du-Québec, notamment à l'aide d'une clinique satellite dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean offerte en partenariat avec le CIUSSS de cette région.

6.4 Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA)

Le programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA) est un service d'évaluation et de traitement des troubles des conduites alimentaires. Les soins et services sont offerts en clinique externe, dans le cadre d'un programme de jour et au besoin, dans une unité de soins aigus au CHUL. Le programme a pour objectif d'aider et soutenir les personnes qui présentent des symptômes liés à l'anorexie ou à la boulimie et celles dont les préoccupations alimentaires mènent à une détresse émotionnelle ou à des difficultés fonctionnelles dans la vie quotidienne. Environ 80 % des personnes utilisant les services de PITCA sont des femmes de 18-25 ans. L'équipe interdisciplinaire assure les évaluations spécialisées, les traitements et les suivis suivants :

Traitements :

- Pharmacologique
- Réalimentation
- Stabilisation et suivi médical
- Psychothérapie individuelle ou en groupe

Services professionnels

- Thérapie de groupe, individuelle ou familiale
- Enseignement sur la maladie
- Rencontres motivationnelles
- Groupes (d'information nutritionnelle, psychoéducatif sur les troubles alimentaires, d'habiletés sociales, de relaxation)
- Réadaptation nutritionnelle (individuelle ou en groupe)
- Réadaptation par le développement, la restauration et le maintien des compétences et des habiletés

7. Services transversaux en santé mentale

7.1 Clinique Pôle santé mentale

La clinique Pôle santé mentale a pour mission de prendre en charge temporairement ou de manière ponctuelle, les personnes n'ayant pas de médecin, qui sont connues des services de la DSMDI ou qui présentent des symptômes ou un diagnostic de santé mentale. Elle intervient à court terme dans des situations liées à des conditions de santé physique ou de santé mentale. Elle est située dans les locaux du Centre d'hébergement Christ-Roi à Québec.

Cette clinique a les mêmes objectifs de prise en charge et de suivis qu'un GMF, mais avec une équipe entièrement composée de professionnels (travailleurs sociaux, pharmacienne, infirmières cliniciennes, psychologue, IPSSM et IPSPL), ce qui en fait un projet novateur. L'objectif est de mettre à profit les compétences professionnelles, dans un contexte élargi de leur champ de pratique, afin de répondre aux besoins réels de la personne en attendant l'attribution d'un médecin de famille ou la prise en charge dans un GMF.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations pertinentes afin d'assurer des soins et services à court terme. Par exemple, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent diagnostiquer certaines conditions mentales et physiques. La présence d'une pharmacienne spécialisée en santé mentale, détenant un rôle élargi, permet d'introduire et d'ajuster une médication. Un suivi psychosocial ou une psychothérapie brève peuvent aussi être initiés. Enfin, l'équipe interdisciplinaire réfère vers les services appropriés selon les besoins.

La collaboration entre les différentes directions du CIUSSSCN est essentielle pour en arriver à des résultats optimaux. Cette organisation des services amène une flexibilité, une pertinence et une continuité dans l'offre, favorisant une prise en charge intégrée et adaptée à la condition de santé mentale et physique des personnes.

7.2 Clinique d'évaluation et d'intervention cognitive

La clinique d'évaluation et d'intervention cognitive offre des services spécialisés d'évaluation, d'intervention cognitive et de consultation. Les psychologues et neuropsychologues de la clinique travaillent en soutien aux équipes cliniques de la DSMDI, dans le cadre de situations cliniques complexes.

L'implication d'un neuropsychologue ou d'un psychologue peut être requise en deuxième intention pour l'évaluation de personnes qui présentent un tableau psychopathologique ambiguë. Le neuropsychologue peut également intervenir dans le but d'identifier chez une personne des cibles et des leviers d'interventions ou encore lorsqu'il est jugé qu'elle pourrait bénéficier d'interventions neuropsychologiques.

Les mandats confiés aux professionnels de la clinique varient en fonction des besoins et caractéristiques des personnes référées.

En voici quelques exemples :

- Contribuer au diagnostic différentiel ou à l'évaluation des troubles mentaux ou neuropsychologiques, en vue de mieux comprendre la problématique et d'orienter le traitement;
- Dresser le profil cognitif d'une personne (forces et difficultés) en vue de faire des recommandations pour ajuster l'intervention et le traitement;
- Effectuer des interventions neuropsychologiques;
- Évaluer, en collaboration avec d'autres professionnels, les prérequis cognitifs reliés à la gestion des biens ou de la personne, au consentement à un soin spécifique, à l'élaboration d'un testament, à la conduite automobile, au retour aux études ou au travail, ainsi que la comparution à un procès.

Les bureaux des professionnels de la clinique se trouvent à l'IUSMQ et au CHUL. En fonction des besoins de la personne référée, les professionnels peuvent aussi se déplacer à son domicile ou sur l'unité de soins où elle séjourne pour réaliser une évaluation ou des interventions.

7.3 Programme de santé globale et de loisirs

Le programme Santé globale et de loisirs a pour mission d'offrir aux personnes ayant un trouble de santé mentale associé à une ou des comorbidités physiques, des services intégrés, préventifs et curatifs, en santé physique et adaptés à leur réalité ainsi qu'à la complexité de leurs besoins. Les personnes admissibles au programme présentent des symptômes persistants ou récurrents qui entravent leur capacité à recevoir des services de soins physiques ailleurs dans le réseau.

La mission de ce programme est de contribuer au mieux-être ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie des personnes ciblées. Par ses activités, ce programme vise l'amélioration globale ainsi que le maintien de la condition physique et mentale des participants au programme. Les services sont dispensés dans la communauté ainsi qu'à l'IUSMQ.

L'équipe interdisciplinaire assure, à la personne inscrite au programme, des services de consultation, d'évaluation, de traitement et de suivi. Des activités thérapeutiques individualisées et de groupe sont offertes aux personnes hospitalisées ainsi qu'en externe. Des services de physiothérapie, d'ergothérapie, de kinésiologie et de nutrition clinique sont aussi dispensés en clinique externe. De plus, l'équipe interdisciplinaire accompagne et soutient la clientèle lors de l'intégration des services dans la communauté (loisirs, activités physiques et saine alimentation).

Des programmes spécifiques sont également accessibles selon certains critères :

- Club Hors-piste : en collaboration avec l'organisme Le Pavois, il offre des activités sportives et de plein air, d'intensité modérée à élevée, pour des personnes de 18 à 34 ans;
- Tremplin : ateliers intégrés sur la santé globale en collaboration avec un partenaire de la communauté.

7.4 Service de prélèvements et d'injection (SPI)

Situé dans les locaux de l'IUSMQ, le SPI s'adresse à des personnes qui présentent un trouble de santé mentale modéré ou grave, complexe ou chronique, en plus de difficultés à collaborer à leur

traitement ou qui sont considérées vulnérables. Comme ces personnes adhèrent plus difficilement à leur traitement et rencontrent des défis au niveau des déplacements et du respect des horaires, elles nécessitent un niveau d'encadrement ou de flexibilité supérieur à ce qui est offert par les services courants (CLSC). À moins d'exception, ces personnes sont suivies par un psychiatre de l'IUSMQ.

L'équipe clinique exécute les ordonnances médicales d'injections intramusculaires d'antipsychotiques. Elle fait les bilans sanguins nécessaires au suivi des équipes traitantes et effectue à l'occasion d'autres injections requises par la clientèle (p. ex. Dépo-provera). Elles offrent un cadre plus flexible aux personnes ayant une moins grande autonomie fonctionnelle en leur permettant notamment d'arriver à l'heure qui leur convient le jour du rendez-vous, en recevant leur médication de la pharmacie communautaire et en faisant la liaison avec les équipes traitantes lorsque la personne ne se présente pas à son rendez-vous.

7.5 Vincent et moi

Le programme Vincent et moi accompagne et soutient l'engagement artistique des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Ce programme reconnaît les bienfaits de l'art en contribuant au développement, au bien-être et au rétablissement des personnes.

Le programme Vincent et moi agit principalement sur trois axes :

- Accompagnement artistique et soutien de l'engagement artistique des personnes : différentes formes de soutien sont apportées telles que des suivis individualisés, des ateliers de création, des cours/perfectionnement, des projets artistiques thématiques, de l'aide à des projets d'exposition et de l'intégration socioprofessionnelle ;
- Groupes d'Art-thérapie : interventions thérapeutiques utilisant l'art comme moyen d'expression, de découverte et de transformation de soi dans une perspective de mieux-être et de rétablissement ;
- Médiation culturelle : déploiement de pratiques artistiques et culturelles innovantes dans le but de créer des échanges et des ponts entre les artistes, les milieux de soins et les citoyens.

Le programme Vincent et moi est offert dans les locaux de l'IUSMQ par un thérapeute par l'art, soutenu par une équipe administrative.

8. Particularités régionales

8.1 Territoire de Portneuf

Les équipes de la DSMDI œuvrant dans la région de Portneuf offrent un continuum de services en santé mentale, harmonisé aux services de la direction, mais adapté aux besoins de la population ainsi qu'à la réalité géographique du territoire. Toutefois, la clientèle pourrait être invitée à se déplacer dans la région de Québec métropolitain pour certains services qui ne sont pas disponibles dans la région.

Services spécifiques en santé mentale : dispensés dans les quatre sites du CIUSSSCN de la région de Portneuf, les services spécifiques en santé mentale sont des services de première ligne destinés

à des adultes qui présentent des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère à modérée. Des services psychosociaux et de psychothérapie sont offerts de façon individuelle. Des services de groupe psychothérapeutiques, de soutien et d'éducation psychologique sur la santé mentale sont aussi offerts par les équipes en place.

Module Évaluation-liaison (MEL) : le territoire de Portneuf compte sur les services d'une infirmière répondante en psychiatrie ; son rôle consiste à :

- Offrir une structure d'accueil, d'évaluation et d'orientation ;
- Évaluer les besoins relatifs aux demandes pour une première consultation en psychiatrie en provenance des médecins de famille ;
- Offrir la bonne trajectoire de services en collaboration avec les partenaires pour assurer la réponse aux besoins prioritaires de l'utilisateur.

Équipe de crise : services d'intervention aux adultes qui présentent un état de détresse, qui vivent ou en voie de vivre une crise ou un épisode de désorganisation. Les crises vécues peuvent être de nature psychosociale, psychiatrique, suicidaire, homicidaire ou traumatique. Pour éviter une détérioration de leur état, ces personnes requièrent une prise en charge immédiate par un intervenant.

Intervenante en milieu policier : une entente de services a été conclue entre le CIUSSSCN et la Sûreté du Québec (SQ) en vue de soutenir les policiers dans les interventions menées auprès de personnes ayant des problématiques de santé mentale. L'intervenante en milieu policier de Portneuf exerce un rôle-conseil auprès des policiers afin de les outiller dans leurs interventions auprès de la population visée. Elle peut également les accompagner lors d'interventions policières afin d'intervenir directement auprès des personnes.

Ce projet vise à :

- Développer de nouvelles pratiques afin que les interventions policières soient mieux adaptées aux besoins de la population cible ;
- Favoriser la complémentarité des interventions de la SQ avec celles des partenaires du RSSS qui interviennent auprès de la population cible ;
- Éviter la multiplication des interventions policières et réduire leur durée en améliorant la qualité et l'uniformité des interventions et en favorisant la concertation des différents acteurs concernés.

Équipe de suivi d'intensité variable (SIV), de soutien de base non intensif (SBNi) et programme pour premier épisode psychotique (PPEP) : services psychosociaux et de réadaptation dans le milieu de vie à des adultes qui présentent des troubles de santé mentale modérés, graves ou complexes et dont l'état mental est assez stable pour rester dans la communauté, mais dont le fonctionnement quotidien est altéré. Le but de leurs interventions est de soutenir et d'accompagner les personnes à long terme selon une fréquence de suivi modulable afin qu'elles accèdent à une vie satisfaisante dans la communauté.

En ce qui concerne le PPEP, l'équipe clinique de Portneuf assure les suivis psychosociaux aux jeunes adultes de 18 à 35 ans qui présentent un premier épisode psychotique de concert avec la CNDV pour les suivis psychiatriques.

Services en RI-RTF : Soins et services cliniques dispensés aux personnes confiées à une RI ou une RTF en santé mentale du territoire de Portneuf. L'équipe clinique soutient la personne ainsi que le personnel du milieu de vie dans le cadre de l'intégration résidentielle en élaborant notamment les plans d'intervention (volet psychosocial) et les plans thérapeutiques infirmiers (volet infirmier) permettant d'assurer les suivis multidisciplinaires cohérents avec les besoins exprimés et observés. (Voir description p. 43)

8.2 Territoire de Charlevoix

Les équipes de la DSMDI du territoire de Charlevoix offrent un continuum de services en santé mentale à la population qui y réside. Ces services en santé mentale visent à répondre aux besoins des personnes présentant des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère, modérée ou sévère. Toutefois, la clientèle pourrait être invitée à se déplacer dans la région de Québec métropolitain pour certains services qui ne sont pas disponibles dans sa région.

Services spécifiques en santé mentale (1^{re} ligne) : dispensés aux CLSC de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie, les services spécifiques en santé mentale sont des services de première ligne destinés à des adultes qui présentent des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère à modérée. Des suivis psychosociaux, de la psychothérapie ainsi que des groupes de soutien et d'éducation psychologique sur la santé mentale sont offerts par les équipes en place.

Clinique spécialisée : L'équipe de la clinique spécialisée offre des suivis psychosociaux et psychiatriques individuels ou en groupe à des personnes qui présentent un trouble mental modéré ou grave, complexe ou chronique, en plus de présenter une intensité de crise ou une instabilité de l'état mental suffisante pour qu'une admission dans une unité de soins ait été considérée si la clinique spécialisée n'avait pas été à leur disposition.

Les soins et services de la clinique spécialisée visent à réduire l'hospitalisation, voir l'éviter, en proposant une alternative. Les personnes doivent cependant démontrer la motivation nécessaire pour participer à la programmation clinique sur une base volontaire.

Unité de soins en psychiatrie générale : Cette unité située à l'hôpital de Baie-Saint-Paul offre des soins et services aux personnes qui présentent un trouble mental modéré ou grave, chronique ou complexe, en plus de présenter une intensité de crise ou d'instabilité de l'état mental, dont les besoins dépassent les services offerts dans la communauté, justifiant ainsi le recours à une hospitalisation de courte durée.

Le traitement pharmacologique, les services psychiatriques et psychosociaux offerts visent la stabilisation de l'état de la personne en vue d'un retour rapide dans la communauté en facilitant au besoin la transition vers des services spécifiques ou spécialisés (p. ex. HDJ, clinique externe, SIF). La durée moyenne d'hospitalisation est de 10 jours.

Suivi d'intensité flexible (SIF) : l'équipe du SIF offre des services de réadaptation et de traitement aux adultes qui présentent des troubles mentaux graves ou complexes dont l'état mental est assez stable pour rester dans la communauté, mais dont le fonctionnement quotidien est altéré.

Le SIF est une combinaison des modèles SIV et SIM, c'est-à-dire que les intervenants de l'équipe assurent un suivi de type SIV à la majorité des personnes et un suivi de type SIM aux quelques

personnes qui requièrent un suivi plus intensif. L'équipe interdisciplinaire offre de deux à sept rencontres par mois, selon les besoins. De plus, l'épisode de soins et de services peut varier de trois mois à plusieurs années.

En ce qui concerne le PPEP, l'équipe clinique de Charlevoix assure les suivis psychosociaux aux jeunes adultes de 18 à 35 ans qui présentent un premier épisode psychotique de concert avec l'unité de psychiatrie de Baie-Saint-Paul.

RTF en santé mentale : l'équipe interdisciplinaire assure les soins et services cliniques dispensés aux personnes confiées à une RTF en santé mentale du territoire de Charlevoix. L'équipe clinique soutient la personne ainsi que le personnel du milieu de vie, dans le cadre de l'intégration résidentielle en élaborant notamment les plans d'intervention (volet psychosocial) et les plans thérapeutiques infirmiers (volet infirmier) qui permettent d'assurer les suivis multidisciplinaires cohérents avec les besoins exprimés et observés.

Clinique externe en psychiatrie générale : la clinique externe en psychiatrie générale offre des services d'évaluation et de suivi en psychiatrie aux adultes qui présentent des symptômes associés à un trouble mental léger, modéré ou grave. Les psychiatres de la clinique externe offrent des consultations auprès des médecins de l'urgence générale des hôpitaux de La Malbaie et de Baie-Saint-Paul dans le but de déterminer la nécessité d'une évaluation psychiatrique pour des personnes en consultation à l'urgence et pour la présence d'enjeux de santé mentale soupçonnée.

De plus, l'infirmière de liaison de la clinique externe est responsable du module évaluation-liaison (MEL) pour le territoire de Charlevoix. Elle se charge de la collecte de données pour les demandes en psychiatrie en provenance du Centre de répartition des demandes de services (CRDS). Elle oriente les demandes en fonction des besoins identifiés vers d'autres services tels que l'hôpital de jour ou les équipes dans la communauté (première ligne ou SIF).

Intervenante en milieu policier : une entente de services a été conclue entre le CIUSSSCN et la Sûreté du Québec (SQ) en vue de soutenir les policiers dans les interventions menées auprès de personnes ayant des problématiques de santé mentale. L'intervenante en milieu policier de Charlevoix exerce un rôle-conseil auprès des policiers afin de les outiller dans leurs interventions auprès de la population visée (Charlevoix, Côte-de-Beaupré, Île-d'Orléans). Elle peut également les accompagner lors d'interventions policières afin d'intervenir directement auprès des personnes.

Ce projet vise à :

- développer de nouvelles pratiques afin que les interventions policières soient mieux adaptées aux besoins de la population cible ;
- favoriser la complémentarité des interventions de la SQ avec celles des partenaires du RSSS qui interviennent auprès de la population cible ;
- éviter la multiplication des interventions policières et réduire leur durée en améliorant la qualité et l'uniformité des interventions et en favorisant la concertation des différents acteurs concernés.



JOLIVET, Richard. *Autoportrait, no 1*, 2014. Acrylique sur toile
Collection Vincent et moi. CIUSSS de la Capitale-Nationale

Partie 3 | Programme des services en Dépendances

Le continuum de service régional en dépendance est composé d'acteurs du réseau public de la santé et des services sociaux ainsi que de partenaires communautaires, privés et intersectoriels. L'offre de service s'appuie sur les orientations du *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 - Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*.

Étant donné que le présent document a pour objectif de présenter les services de la DSMDI, ceux offerts par ses partenaires ne seront pas décrits dans les prochaines pages à l'exception de ceux faisant l'objet d'une entente de service.

En cohérence avec les orientations ministérielles, les services offerts par le personnel de la DSMDI sont destinés aux personnes de 12 ans et plus, qui présentent un comportement à risque, un problème ou un trouble lié à l'utilisation de :

- substances psychoactives (SPA), alcool, drogue ou prise de médication à risque;
- jeux de hasard et d'argent (JHA);
- d'Internet/des écrans (UPI);

et qui souhaitent amorcer une réflexion, modifier, réduire ou cesser leurs habitudes.

De plus, une offre de service est spécifiquement dédiée aux membres de l'entourage des personnes qui présentent une problématique d'usage et ce, que la personne ayant un problème d'usage consulte ou non au CRDQ.

Les objectifs visés par les services en dépendance sont de :

- prévenir l'aggravation de l'usage;
- réduire les conséquences néfastes découlant de l'usage problématique;
- agir sur les facteurs ayant contribué au développement de la problématique;
- aider la personne à développer des stratégies permettant de modifier ses habitudes;
- soutenir une réflexion à entreprendre des changements et à maintenir de nouvelles habitudes de vie;
- améliorer de façon significative la santé et le bien-être des personnes.

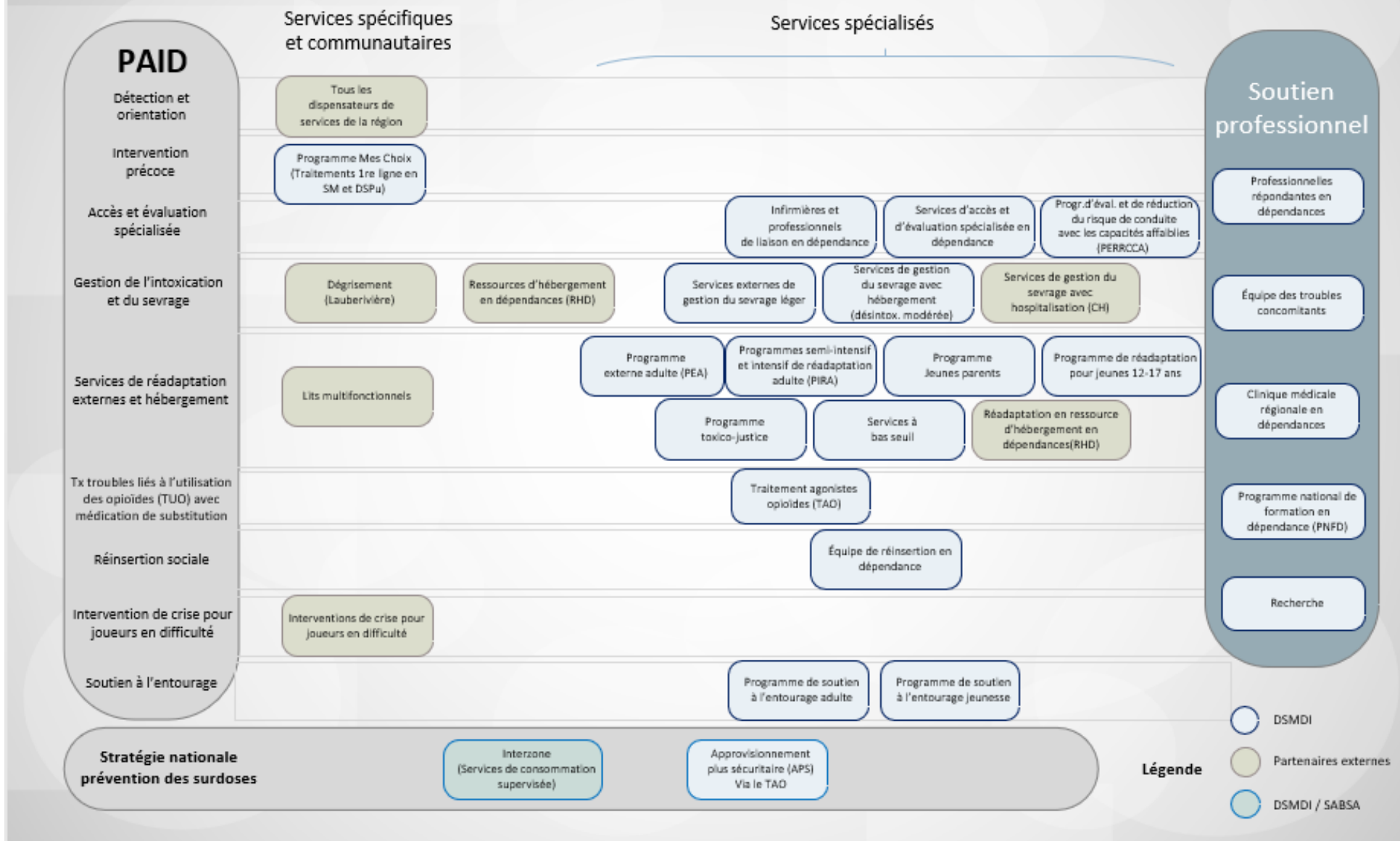


Figure 5 - Schématisation des services en dépendance de la DSMDI en cohérence avec les orientations ministérielles

Organisation des services en dépendances

1. Détection et orientation vers les services appropriés

La détection et l'orientation de la clientèle vers les services en dépendance, à l'aide des outils standardisés peuvent être réalisées par tous les dispensateurs de services de la région, c'est-à-dire par tous les programmes-services du CIUSSSCN, les centres hospitaliers ainsi que par les partenaires intersectoriels concernés. « Parce qu'ils représentent un moyen privilégié de rejoindre les personnes dans les différents milieux qu'elles fréquentent, ces services constituent la principale porte d'entrée du programme-services Dépendance¹⁸. » Soucieuse de rejoindre les personnes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, les intervenants de la direction sont invités à porter une attention particulière à cette problématique dans le cadre de leurs interventions.

2. Intervention précoce

L'intervention précoce vise à permettre aux personnes ayant des préoccupations liées à l'utilisation de SPA, d'internet ou à la pratique de JHA d'obtenir l'aide appropriée pour les soutenir dans leur réflexion, les outiller en vue d'amorcer un changement d'habitudes répondant à leur besoin et le cas échéant, les orienter vers le service approprié (PAID, 2018-2028).

Au CIUSSSCN, l'intervention précoce qui s'adresse aux personnes de 18 et plus est déployée principalement de façon structurée à l'aide du programme Mes Choix. Toutefois d'autres modalités d'interventions sont également offertes, telles que l'intervention motivationnelle ou toutes autres interventions visant à réduire les conséquences liées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou l'utilisation des écrans. Celles-ci peuvent être réalisées de façon intégrée dans le cadre d'épisodes de services offerts par la DSMDI ou par une autre direction. Dans ces contextes, les intervenants du programme des services en dépendance collaborent avec différents milieux afin de soutenir le développement des pratiques en intervention précoce. À titre d'exemple, la collaboration entre l'équipe d'Aire ouverte de la direction Jeunesse et la DSMDI favorise le repérage, la détection et l'intervention précoce auprès des jeunes ayant des problématiques d'usage.

2.1 Programme Mes Choix

Comme indiqué à la page 25 du présent document, le programme Mes Choix est implanté progressivement dans les services spécifiques en santé mentale adulte. Le programme Mes choix est un programme d'intervention précoce provincial destiné aux personnes de 18 ans et plus qui font usage d'alcool, de cannabis ou de toutes autres substances et qui sont à risque ou qui commencent à ressentir certaines conséquences reliées à leurs habitudes de consommation. Il vise la modification des habitudes de consommation de SPA selon les objectifs de la personne (réduction, modification des modes d'usage, arrêt à court terme, arrêt à long terme, etc.). Il permet aux personnes de faire le point sur leur consommation, de recevoir de l'information, du soutien et un accompagnement pour faire des choix éclairés ainsi que d'identifier des moyens concrets pour améliorer leurs habitudes de consommation (Blanchette-Martin et al., 2023)¹⁹.

¹⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter. p.91

¹⁹ Blanchette-Martin, N., Tremblay, J., Simoneau, H., Desfonds, L., Bussières, F., Leblanc, J., Levasseur, C., Godbout, K., Perron, C. & Godin, E. (2023). MES CHOIX : Alcool, Cannabis et toutes substances, Formation   l'utilisation du Programme. RISQ.

Au CIUSSSCN, le programme Mes choix est offert à la Direction de Santé publique (DSPu) ainsi qu'à la DSMDI. Les personnes qui présentent une consommation à risque sans avoir d'autres difficultés sont orientées vers la DSPu alors que les personnes qui présentent une problématique de santé mentale en concomitance sont orientées vers les services spécifiques en santé mentale adulte.

3. Accès et évaluations spécialisées

3.1 Accès

3.1.1 Services d'accès

L'équipe de l'accès aux services spécialisés en dépendance du CRDQ a la responsabilité d'analyser les documents pertinents (résultats de l'évaluation de détection et FABO) afin de déterminer l'admissibilité et planifier un rendez-vous d'évaluation spécialisée avec un intervenant. Ceci tant pour la clientèle adulte que pour la clientèle jeunesse.

3.1.2 Infirmières de consultation-liaison et professionnels de liaison en dépendance

Les infirmières de consultation-liaison en dépendance apportent leur expertise dans les urgences des centres hospitaliers de la ville de Québec. Dans les centres hospitaliers où elles sont présentes, les demandes de consultation peuvent provenir autant de l'urgence que des unités de soins. Elles sont également disponibles pour des consultations téléphoniques provenant des urgences des autres hôpitaux de la région afin de faciliter l'orientation vers les services en dépendance. Leur expertise permet d'identifier les personnes qui présentent des besoins spécifiques reliés à leur usage, de les évaluer (repérage, détection, évaluation du sevrage, évaluations spécialisées, etc.) et de faciliter l'orientation vers le service requis (ressources d'hébergement en dépendance, intervention précoce, gestion du sevrage, réadaptation, etc.).

Par ailleurs, considérant l'instabilité clinique que peuvent présenter les personnes qui effectuent un passage à l'urgence, les infirmières de consultation-liaison réfèrent fréquemment à des professionnels psychosociaux de liaison du CRDQ pouvant offrir des interventions rapides et de courte durée. Le but de ces interventions est de soutenir la stabilisation du portrait clinique, de faciliter l'engagement vers les services spécialisés, de peaufiner l'évaluation des besoins et d'orienter la personne vers les services appropriés.

3.2 Évaluations spécialisées

L'évaluation spécialisée en dépendance est réalisée à l'aide d'outils standardisés reconnus par le MSSS. Elle vise à établir un portrait du niveau d'usage de la personne (SPA, Internet, JHA) et des différentes sphères de sa vie (santé physique et psychologique, réseau social, occupation, etc.) afin de l'orienter vers des services adaptés à ses besoins en plus d'établir les assises du plan d'intervention.

En suivi de cette évaluation, l'intervenant propose une offre de service à la personne puis conviennent d'une orientation. En ce qui concerne les services offerts aux jeunes de 12 à 17 ans ainsi que pour le programme Jeunes-Parents, l'évaluation spécialisée est réalisée par un intervenant pivot qui assurera la continuité des services.

3.3 Programme d'évaluation et de réduction du risque de conduite avec les capacités affaiblies (PERRCCA)

Le PERRCCA découle d'une entente convenue entre la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et le réseau de la santé visant à évaluer les comportements des conducteurs arrêtés ou condamnés relativement à leur consommation d'alcool ou de drogue. C'est dans le cadre de cette entente qu'une équipe des services spécialisés en dépendance de la DSMDI est mandatée pour réaliser l'évaluation de résidents de la Capitale-Nationale.

La SAAQ exige une telle évaluation ou un plan d'encadrement, dans le but de s'assurer que les comportements des contrevenants à l'égard de leur consommation d'alcool ou de drogue sont compatibles avec la conduite sécuritaire d'un véhicule.

4. Gestion de l'intoxication et du sevrage

Les services de gestion de l'intoxication et du sevrage représentent une porte d'entrée importante pour les personnes présentant une problématique d'usage de substances psychoactives. Les Services de soins et d'accompagnement ont pour objectif de soutenir et d'aider la personne présentant des symptômes de sevrage nécessitant un accompagnement médical et psychosocial (ASAM, 2013)²⁰.

La gestion du sevrage nécessite une évaluation (santé générale, intensité des symptômes prévisibles, santé psychologique, facteurs de risque) afin de déterminer le niveau de services requis, le contexte dans lequel ils seront donnés ainsi que pour dépister les problèmes associés (INESSSS, 2019)²¹.

Les niveaux de soins pour la gestion du sevrage s'appuient sur la conceptualisation de L'American Society of Addiction Medicine (ASAM, 2013 ; ASAM, 2023) qui propose une catégorisation en niveaux de soins. Au Québec, les niveaux de soins pour la gestion du sevrage sont généralement regroupés selon trois intensités du sevrage de la personne soit léger, modéré et sévère déterminant ainsi les niveaux de service requis, comme présentés dans le tableau suivant.

Intensité du sevrage	Niveaux de services requis	Orientations
Sevrage léger	Services externes	Communauté ou Ressources d'hébergement en dépendance (RHD)
	Services avec hébergement sous supervision du personnel psychosocial (intervenant psychosocial 24 h/7)	Ressources d'hébergement en dépendance (RHD) offrant un soutien 24 h/24 par du personnel psychosocial
Sevrage modéré	Services avec hébergement sous supervision du personnel médical (infirmières 24 h/7)	CRD offrant un service sous supervision du personnel médical (infirmières 24 h/7)
Sevrage sévère	Services de gestion du sevrage avec hospitalisation	Centres hospitaliers

Comme stipulé dans le PAID 2018-2028, l'accessibilité à ces services repose sur un partage des responsabilités entre les partenaires du réseau local de services ; ainsi, entre les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (CIUSSSCN, CHU de Québec, IUCPQ), les ressources d'hébergement en dépendance (RHD), les partenaires communautaires et les partenaires intersectoriels.

²⁰ American Society of Addiction Medicine (2013). The ASAM Criteria: Treatment Criteria of addictive, Substance-related, and Co-Occurring Conditions. Third Edition. The change Companies.

²¹ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2019). La gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance : regard sur les pratiques d'ici et d'ailleurs. État des pratiques rédigé par Claude Boulin et Isabelle Linteau. Québec, Qc : INESSS, 73 p.

4.1 Gestion de l'intoxication - Dégrisement

« Les services de gestion de l'intoxication désignent le processus d'aide offert à la personne pour s'assurer que le processus se déroule de façon sécuritaire tout en lui proposant des choix par rapport à la démarche qu'elle voudra poursuivre (à titre d'exemple : cheminement vers des services de gestion du sevrage, d'intervention précoce ou de réadaptation)²². »

Afin d'assurer une trajectoire adaptée à des services de gestion de l'intoxication et compléter son offre de services spécialisés, la DSMDI a conclu une entente de service avec Lauberivière. Ainsi, les personnes intoxiquées ont accès à une ressource d'accueil 24 heures/24, 7 jours/semaine offrant des services sécuritaires de gestion de l'intoxication aussi appelés « services de dégrisement ».

4.2 Les services de gestion du sevrage

4.2.1 Services externes de la gestion du sevrage (sevrage léger)

Les intervenants psychosociaux ainsi que les infirmières cliniciennes en dépendance offrent un soutien aux personnes qui désirent effectuer leur sevrage en externe. Cette offre de service se traduit notamment par de l'enseignement, une évaluation des symptômes, des recommandations, du soutien téléphonique ou une collaboration avec le médecin traitant.

4.2.2 Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale (sevrage léger)

Ce niveau de sevrage est habituellement offert par des RHD certifiées en dépendance sur le territoire de la Capitale-Nationale. Afin d'assurer l'accès à ce service dans la région, la DSMDI a conclu des ententes de services avec le Centre Casa, la Villa St-Léonard et le Centre le Rucher.

4.2.3 Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale (sevrage modéré)

La DSMDI offre, depuis l'automne 2022, des services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale (sevrage modéré) permettant d'offrir un traitement sécuritaire aux personnes qui souhaitent se sevrer des substances psychoactives dont elles sont dépendantes. La clientèle peut être admise 7 jours sur 7 pour des séjours pouvant varier de 3 à 10 jours.

L'équipe interdisciplinaire assure des soins et des services visant à éviter les complications médicales, limiter les malaises physiques qui découlent des symptômes de manque, et ce, dans un lieu dépourvu d'accès à des substances nocives. Bien que la clientèle hébergée puisse présenter diverses problématiques de santé physique, de santé mentale ou vivre avec des enjeux psychosociaux, elle ne requiert pas le niveau de soins d'un centre hospitalier.

L'unité est implantée de façon temporaire dans les locaux du CRDQ, mais sera installée en 2025 au 14 Côte-du-Palais, à l'intérieur d'un centre multiservice. L'unité qui dispose actuellement de 10 lits d'hébergement offrira à terme 18 lits qui seront partagés avec d'autres services d'hébergement en dépendance.

4.2.4 Sevrage sévère

Considérant les risques de complications plus élevés, les sevrages sévères sont réalisés en centre hospitalier. Les médecins en dépendance peuvent être consultés au besoin. Dans les hôpitaux où des infirmières de liaison en dépendance sont présentes, celles-ci peuvent contribuer à l'évaluation des

²² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028

besoins de la personne durant le séjour hospitalier ou faciliter la transition entre les différents services à la fin du sevrage sévère. Leur contribution favorise la continuité des services. Ces infirmières offrent également des consultations téléphoniques aux hôpitaux dans lesquels elles ne sont pas présentes.

5. Réadaptation externe et avec hébergement

« Les services de réadaptation externes et ceux avec hébergement pour les jeunes et les adultes représentent la composante principale des services de réadaptation sous la responsabilité de la mission CRD²³... » Ils sont offerts aux personnes de 12 ans et plus qui présentent un usage nécessitant un service spécialisé en dépendance tel qu'évalué à l'aide des outils de détection. En plus d'être présents dans les régions de Portneuf et de Charlevoix, le personnel du CRDQ offre des services de réadaptation dans différents milieux, tels qu'à Lauberivière, à la Coopérative de solidarité SABSA, à l'Établissement de détention de Québec, à la Maison Dauphine et dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation.

Conformément au PAID 2018-2028, les objectifs visés par les services de réadaptation sont :

- d'améliorer de façon significative la santé et le bien-être des personnes en consolidant les acquis permettant de réduire ou de cesser l'usage de substances psychoactives ou la pratique de jeux de hasard et d'argent;
- réduire les conséquences associées à l'usage de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet;
- de permettre aux personnes qui répondent aux critères d'un TUS, d'un TJHA ou d'une utilisation problématique d'Internet (UPI) d'obtenir l'aide appropriée pour les soutenir dans leur réflexion, les outiller pour amorcer et réaliser des changements d'habitudes répondant à leur besoin²⁴.

En outre, c'est en se basant sur les principes de primauté de la personne, d'autodétermination et de responsabilisation que les objectifs du plan d'intervention sont établis avec la personne. Une réévaluation constante de l'évolution de sa situation permet d'effectuer les ajustements nécessaires quant à son orientation dans les services.

5.1 Programme externe adulte

L'équipe interdisciplinaire du programme externe adulte offre des services de réadaptation aux personnes de 18 ans et plus. En fonction des besoins identifiés par l'évaluation spécialisée, différentes modalités d'intervention peuvent être proposées telles que des services individuels ou de groupe avec des niveaux d'intensité et des durées adaptés. Les interventions sont déployées selon différentes approches et modalités de traitement reconnues efficaces, notamment l'intervention cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel, la prévention de la rechute et l'approche de réduction des méfaits.

Certains groupes sont de nature éducative et visent l'acquisition d'outils concrets tandis que d'autres suggèrent davantage une entraide mutuelle entre les participants de façon à susciter la réflexion, l'autocritique et l'autocontrôle. Les interventions autant en individuel qu'en groupe visent à mettre en lumière les impacts de la dépendance ainsi qu'à développer des attitudes et des stratégies qui favorisent un changement durable.

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter. p104

²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter. p106

À titre d'exemple, voici quelques thèmes pouvant être abordés lors des rencontres individuelles ou de groupe :

- l'ambivalence au changement ;
- la motivation et la mobilisation au changement ;
- l'organisation dans les différentes sphères de vie ;
- les facteurs de protection et les capacités adaptatives ;
- la prévention de la rechute ;
- l'expérimentation à ralentir pour observer et accueillir la survenue des envies d'utiliser les substances, les jeux de hasard et d'argent ou Internet ;
- faire des choix éclairés ;
- approfondir la connaissance de ses besoins, de ses valeurs et de ses limites ;
- prendre conscience de ses réalisations et de ses forces ;
- s'adapter à sa nouvelle réalité.

Dans certaines situations un hébergement de courte durée avec soutien (environ 7 jours) peut s'avérer bénéfique pour favoriser la stabilisation et le maintien des acquis de la personne. C'est dans ce contexte qu'une entente de service a été conclue avec la Villa St-Léonard permettant d'offrir un tel milieu d'hébergement.

De plus, l'implication des proches est souhaitée que ce soit de façon formelle, c'est-à-dire dans le cadre d'un suivi de réadaptation en modalité conjugale ou de façon ponctuellement lors de certaines rencontres de suivi. Cette offre de service est en cohérence avec les meilleures pratiques visant à impliquer les conjoint(e)s dans les traitements (Tremblay et al., 2022).²⁵

5.2 Programmes semi-intensif et intensif de réadaptation adulte (PIRA)

Le programme semi-intensif et le PIRA sont destinés aux personnes de 18 ans et plus qui présentent un TUS. L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations qui permettent d'élaborer le plan d'intervention et de convenir d'objectifs spécifiques avec la personne. Cette démarche permet d'offrir à la personne une modalité de service qui répond à ses besoins et qui correspond à sa réalité, soit :

- le programme semi-intensif : activités de réadaptation avoisinant 9 heures par semaine sur 2 ou 3 jours ;
ou
- le programme intensif : activités de réadaptation allant jusqu'à 20 heures par semaine sur 4 jours.

D'une durée de 6 à 8 semaines, ces deux programmes débutent généralement par une période de 7 à 14 jours en hébergement dont l'objectif principal est de permettre un arrêt d'usage sécuritaire et un retour à de saines habitudes de vie. Ils proposent d'expérimenter d'abord l'abstinence pour ensuite aborder les enjeux de changement. Cette période d'abstinence vise à permettre à la personne d'intégrer les compétences nécessaires au changement, demeurer en sécurité, aborder les enjeux de son rétablissement et ce, peu importe ses objectifs personnels.

Les services peuvent prendre la forme de consultations individuelles ou de groupes (réadaptation et d'éducation) abordant les thèmes suivants :

- les concepts en dépendance ;

²⁵ Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., Saint-Jacques, M., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Savard, A.-C., Côté, M., Berbiche, D., & Beaulieu, M. (2022, December 15). Efficacy of a Randomized Controlled Trial of Integrative Couple Treatment for Pathological Gambling (ICT-PG): 10-Month Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000765>

- la connaissance de soi;
- l'estime de soi;
- les relations et la gestion des conflits interpersonnelles;
- le rétablissement;
- les saines habitudes de vie (sommeil, alimentation et hygiène);
- la prévention des rechutes (filet de sécurité, gestion des envies de consommer, etc.);
- les loisirs (relaxation, activités physiques, l'art, etc.);
- la spiritualité.

Pour les personnes dont l'évaluation des besoins requiert une intensité de service plus élevée, des ententes sont établies avec le Centre Casa (JHA et Écran-Internet) et le Centre le Rucher.

5.3 Programme de réadaptation pour jeunes 12-17 ans

L'équipe Jeunesse/famille offre des services de réadaptation en dépendance aux jeunes de 12 à 17 ans, en collaboration avec deux partenaires de la communauté, soit *Le Grand Chemin* et *Portage St-Malachie*.

L'évaluation spécialisée réalisée par un intervenant pivot du CRDQ permet de cibler l'orientation requise à la réponse aux besoins identifiés ainsi qu'aux objectifs ciblés par le jeune, soit :

- un suivi individuel externe avec l'intervenant pivot;
- une démarche interne de 8 à 10 semaines au Grand Chemin;
- une démarche interne entre 3 et 6 mois à Portage St-Malachie.

Dans le cas où l'adolescent est référé vers l'un des partenaires, l'intervenant pivot du CRDQ assure la continuité et la concertation tout au long de l'épisode de service.

L'équipe Jeunesse/famille dispense des services de proximité dans le milieu de vie des jeunes (famille, milieu scolaire ou communautaire) ou dans un autre établissement.

Pour les jeunes de 12-13 ans, le consentement des parents est requis à la dispensation de services. Alors que pour les jeunes de 14 ans et plus, le parent peut être informé et contribuer à la démarche de son enfant, lorsque ce dernier consent. La pertinence d'impliquer la famille dans le traitement de l'adolescent a été démontrée :

- pour favoriser son engagement et la persistance au traitement;
- pour mieux comprendre ses difficultés;
- pour favoriser le soutien familial devant ses objectifs;
- pour évaluer les besoins de la famille (dépistage de l'alcoolisme parental, dépression, négligence ou abus, etc.);
- pour outiller les parents et soulager leur détresse. (Bertrand, K et al., 2006)²⁶.

En outre, toujours en respect du consentement du jeune, la collaboration entre les différents acteurs permet d'offrir des interventions concertées et favorise l'intensification des services lorsque requis.

5.4 Clientèle 18-24 ans

Pour les jeunes adultes de 18-24 ans, l'évaluation spécialisée vise également à identifier les besoins et les caractéristiques liés à leur développement de façon à déterminer la trajectoire de service à préconiser. Ainsi, certains jeunes seront orientés vers les services jeunesse alors que d'autres recevront des services

²⁶ Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., Massicotte, L., Blouin H. (2006) Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes pratiques gagnantes et offre de services de base.

adultes. De plus, lorsque requis, un accompagnement individualisé peut être offert pour soutenir la transition d'un jeune vers les services adultes.

5.5 Programme Toxico-Justice

Le programme Toxicomanie-Justice vise à offrir une expérience de relation d'aide positive à des personnes judiciairisées qui présentent des problèmes de dépendance. La spécificité du programme est de tirer profit de la période d'incarcération pour soutenir la personne dans ses réflexions vers un mieux-être. En cohérence avec la volonté du MSSS et du ministère de la Sécurité publique d'offrir des services adaptés aux personnes ayant des besoins particuliers (les personnes contrevenantes), le programme Toxico-Justice est offert aux personnes incarcérées à l'Établissement de détention de Québec.

Les interventions tiennent compte de la perception que la personne a de sa propre réalité et de ses besoins. Elles visent de plus, à établir des liens de confiance qui permettront de maintenir le suivi à la sortie de détention. L'équipe travaille en collaboration avec les différentes ressources présentes dans la vie des personnes judiciairisées.

De façon plus spécifique, ce programme permet :

- d'accompagner la personne incarcérée dans le but d'augmenter sa motivation au changement ;
- de sensibiliser la personne à sa problématique de dépendance et de délinquance selon une approche de réduction des méfaits ;
- de soutenir la personne dans un changement de mode de vie, particulièrement en ce qui concerne sa consommation de SPA afin de réduire le risque de récidive ;
- d'accompagner et d'outiller la personne dans son processus de réinsertion sociale ;
- de favoriser l'engagement à poursuivre une démarche de réadaptation en dépendance lors du retour dans la collectivité.

5.6 Services à bas seuil d'accessibilité

Les services à bas seuil d'accessibilité visent à rejoindre des personnes vulnérables et désaffiliées du réseau public de la santé et des services sociaux afin de leur offrir les services dont elles ont besoin. Ces personnes devant composer avec de multiples problématiques (santé mentale, santé physique, instabilité résidentielle, judiciarisation et dépendance) ont souvent vécu de mauvaises expériences avec les institutions publiques, donc hésitent à redemander de l'aide.

L'équipe des services à bas seuil se déplace dans différents organismes communautaires pour les rejoindre où elles se trouvent (outreach). Les contacts avec la clientèle peuvent également se faire à partir d'une référence d'un partenaire communautaire, d'une autre équipe de la DSMDI ou directement sur la rue. La mission de cette équipe est donc de faciliter l'accès à des soins et des services adaptés, assortie d'un minimum d'exigences (bas seuil).

Considérant la multiplicité des besoins que présente la clientèle cible, l'équipe interdisciplinaire dispense une diversité de services :

- évaluations (psychosociale, des besoins de santé nécessitant des soins, de la condition physique et mentale) ;
- soins infirmiers (dépistage ITSS, vaccination, administration de la médication, soins de plaies) ;
- accompagnement, soutien et suivi à court terme (appels téléphoniques, rendez-vous médicaux, rencontres dans des organismes communautaires, visites à domicile, consultation au bureau du CLSC Basse-Ville) ;

- services spécialisés en dépendance ;
- enseignement sur la santé (ITSS, abcès, cellulites, diabète, médication, techniques d'injection sécuritaires pour réduire les méfaits et prévenir les surdoses) ;
- liaison et accompagnement vers d'autres services ou partenaires.

5.7 Programme Jeunes parents

Le programme Jeunes parents est offert aux femmes enceintes et aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans, qui présentent une problématique d'usage (SPA, JHA ou UPI) et qui font l'objet d'une intervention de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Cette offre de service concertée met de l'avant une approche de réduction des méfaits qui vise à réduire les impacts négatifs des problèmes d'abus ou de dépendance sur la capacité des parents à actualiser leur rôle. De plus, l'approche centrée sur les forces est préconisée afin de redonner aux parents le pouvoir d'agir sur leur situation familiale. Dans le but de favoriser la continuité des services, un intervenant pivot de l'équipe assure à la fois l'évaluation, l'orientation et le suivi de réadaptation individuel. Au besoin, la personne peut également bénéficier de l'ensemble des services de groupe offerts au CRDQ. L'intervenant pivot demeure néanmoins impliqué et assure la continuité et la concertation entre les partenaires tout au long de l'épisode de service.

Cette offre de service mise sur le développement d'un espace de collaboration avec le parent en respect de son rythme et de ses besoins.

5.8 Lits multifonctionnels – Ententes de partenariat

La DSMDI dispose d'ententes de service avec certains organismes communautaires, tels que Lauberivière, le Centre Casa et la Villa St-Léonard dans le but d'offrir à sa clientèle des « lits multifonctionnels » dans la communauté. Ces lits permettent d'offrir une période de stabilisation à la suite d'un passage en milieu hospitalier. Les infirmières de liaison en dépendance assurent la référence et le suivi des usagers en collaboration avec ces différentes ressources. Les infirmières de liaison peuvent également y orienter des personnes qui présentent un risque de sevrage léger. Les lits multifonctionnels sont également un milieu d'hébergement temporaire durant l'épisode de réadaptation en dépendance lorsque la situation le requiert. Dans un tel cas, ce seront les intervenants des services spécialisés qui assureront la liaison avec les ressources.

6. Traitement par agoniste opioïde (TAO)

Le TAO est offert aux personnes faisant un mésusage des opioïdes, entraînant des conséquences sur différentes sphères de leur vie (perte d'emploi, isolement, problèmes de santé physique, criminalité). Les opioïdes sont des substances fréquemment prescrites pour soulager la douleur, disponibles sous différentes formes (ex. : morphine, codéine, héroïne, hydromorphone, oxycodone, méthadone et fentanyl). Un plan de traitement et d'accompagnement à long terme est favorisé.

L'équipe interdisciplinaire offre des services selon une philosophie de réduction des méfaits. Les interventions dispensées par l'équipe visent à réduire et prévenir les conséquences négatives de la consommation d'opioïdes ainsi que les autres comportements à risque, sans pour autant viser une abstinence complète. Les services suivants sont offerts dans les locaux du CRDQ ainsi que dans une clinique de proximité située dans la communauté :

- évaluations professionnelles et médicales ;

- traitements de maintien à long terme au moyen d'un médicament agoniste opioïde (méthadone, Suboxone, Kadian);
- distribution de matériel de consommation (seringues, garrots, pipes à crack, etc.) et de protection (condoms, lubrifiants, etc.);
- traitements médicaux et infirmiers (soins de plaies ou pour les ITSS);
- suivis psychosociaux et services de réinsertion sociale;
- enseignement sur les pratiques de consommation sécuritaire.

7. Services de réinsertion sociale en dépendance

La réinsertion sociale est une composante à part entière du processus de réadaptation en dépendance. Les services offerts par cette équipe visent à ce que les jeunes ou les adultes puissent gagner de l'autonomie sociale ou professionnelle en rétablissant des liens avec la communauté. Lorsque s'amorce un suivi en réinsertion, les besoins de la personne sont évalués à l'aide de l'outil RÉSO, permettant d'établir le fonctionnement de la personne dans différentes sphères de vie, telles que l'alimentation, le logement, les conditions économiques, les études, le travail, les loisirs et le réseau de soutien.

Les membres de l'équipe accompagnent ensuite la personne vers les partenaires communautaires ou intersectoriels qui pourront l'aider à développer et maintenir des compétences à l'égard des besoins fondamentaux. De plus, la collaboration avec les autres équipes du CRDQ permet d'augmenter l'intensité des services de réadaptation, en plus de favoriser la consolidation des acquis. Un service sans rendez-vous est également disponible pour les personnes inscrites dans les services du CRDQ et qui présentent des besoins de nature ponctuelle.

8. L'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux

Le PAID 2018-2028 souligne l'importance d'intervenir rapidement auprès des joueurs en situation de crise dans les casinos et les salons de jeux afin de prévenir les conséquences graves reliées aux situations de crise. Les services offerts dans ces milieux visent à désamorcer les crises, à réduire les conséquences négatives reliées aux JHA et à orienter les personnes vers des ressources adaptées à leurs besoins.

Afin d'assurer cette offre de service sur le territoire de la Capitale-Nationale, la DSMDI a conclu des ententes de service avec deux organismes de la région soit le Centre de crise de Québec (CCQ) et la Ressource Genesis. Cette dernière assure les interventions de crise au Casino de Charlevoix alors que le CCQ intervient au Salon de jeux de Québec.

9. Soutien à l'entourage

Les situations de dépendance affectent non seulement la personne concernée, mais également les membres de son entourage. L'implication et le soutien de ces derniers deviennent déterminants au moment de l'engagement de la personne dans un processus de changement. « Ces services visent, d'une part à améliorer le bien-être des membres de l'entourage, et d'autre part à soutenir et à renforcer leurs compétences de sorte à influencer positivement la modification des habitudes de consommation, de jeu ou d'utilisation d'Internet de leur proche²⁷. »

²⁷ MSSS (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 p.114

Il est important de préciser que les services sont accessibles aux membres de l'entourage même si la personne présentant un usage problématique n'est pas inscrite aux services. Une rencontre avec cette dernière sera néanmoins proposée afin de favoriser une adhésion aux services requis à sa situation.

9.1 Membre de l'entourage de la clientèle adulte

Le Programme de soutien à l'entourage propose des modalités individuelles ou de groupes selon l'évaluation des besoins. Les interventions visent à accompagner les membres de l'entourage (ME) dans l'acquisition de connaissances face à l'usage ainsi que les actions à préconiser auprès de leur proche. En effet, « les ME désirent que leur proche se porte mieux et souhaitent savoir comment l'aider. Comprendre les enjeux autour de l'usage aide les ME à réduire leur stress, à naviguer dans la relation, à garder espoir que la situation peut s'améliorer et à développer leur empathie face à leur proche²⁸ ». Il est également visé d'optimiser le bien-être personnel, conjugal et familial.

9.2 Membre de l'entourage de la clientèle jeunesse

Pour les ME qui demandent de l'aide en lien avec l'usage de leur adolescent, ceux-ci sont orientés vers l'équipe Jeunesse/famille afin que les interventions soient adaptées au développement de l'adolescent. Ainsi, les ME bénéficient dans un premier temps, d'interventions de groupe de nature éducative afin de favoriser le développement de stratégies parentales à préconiser dans un contexte d'usage.

Par la suite, pour ceux qui souhaiteraient approfondir les connaissances de base, développer leur savoir-faire et savoir-être parental ainsi qu'observer et comprendre les impacts de leurs réactions parentales, il est possible de poursuivre vers un groupe de réadaptation. Dans certaines situations et en fonction de l'évaluation des besoins, des rencontres individuelles sont privilégiées.

Les jeunes de 12-17 dont l'un des membres de leur entourage (jeune ou adulte) présente une problématique d'usage peuvent recevoir des services de soutien de l'équipe Jeunesse/famille. Cette équipe pourra leur offrir des interventions adaptées à leur niveau de développement.

10. Soutien professionnel

10.1 Professionnels répondants spécialisés en dépendance (PRSD)

Les PRSD offrent un soutien aux partenaires internes et externes de la DSMDI pour le repérage, la détection, l'orientation, le référencement et l'intervention précoce en dépendance. Ils favorisent le développement des connaissances et de l'autonomie professionnelle des intervenants en offrant différentes mesures d'accompagnement. Par les actions suivantes, ils favorisent l'accessibilité, la qualité et la continuité des services :

- diffusion et soutien à l'appropriation du continuum de soins et de services en dépendance ;
- formation à l'accueil et à l'intervention dans un contexte de repérage et de détection en dépendance ;
- formation sur les outils de détection en dépendance (DEP-ADO, DÉBA-SPA/I/JHA)
- contribution à l'identification des besoins de formation et proposition de moyens pour favoriser le développement des compétences ;

²⁸ Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Côté, M., Côté-Dion, C.-M., Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J., Dufour, M., & Saint-Jacques, M. (2023). Mieux aider les membres de l'entourage : Fiches cliniques pour soutenir l'intervention auprès des membres de l'entourage.

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=250&owa_bottin=

- consultation individuelle ou en équipe (interprétation des scores de détection, soutien à la réflexion quant à l'orientation, situations cliniques, utilisation des formulaires de référencement, trajectoires, etc.);
- soutien à l'intervention précoce et aux bonnes pratiques (outils cliniques, approches et interventions à privilégier);
- liaison entre le mécanisme d'accès en dépendance et les partenaires.

10.2 Clinique médicale régionale en dépendance

L'équipe médicale du CRDQ offre un service d'expert-conseil destiné aux médecins, pharmaciens et infirmières praticiennes spécialisées (IPSSM-IPSPL) de la région par l'entremise de la Clinique médicale régionale en dépendance (CMRD). La mission de cette clinique est de répondre à leurs questions sur divers sujets, tels que :

- l'aide au sevrage en services externes;
- l'aide au maintien de l'abstinence par médication (ex. : naltrexone pour la dépendance à l'alcool);
- les traitements de substitution (méthadone ou suboxone) pour la dépendance aux opioïdes;
- les demandes d'opinion concernant un problème d'abus ou de dépendance.

10.3 Équipe spécialisée en troubles concomitants

L'équipe interdisciplinaire a pour mission de soutenir l'ensemble des équipes cliniques de la DSMDI dans l'optimisation des soins et des services offerts aux personnes qui présentent des troubles concomitants (TC). L'accompagnement de cette équipe vise à faciliter le développement des connaissances et des compétences des intervenants en matière de TC. L'équipe a aussi comme mission d'accompagner la DSMDI dans le déploiement d'une offre de services intégrée, axée sur les données probantes et sur les approches reconnues pour le traitement des TC. Les trois principaux volets de service de l'équipe sont :

Volet soutien clinique et accompagnement

- Contribuer au déploiement des orientations à l'égard des TC par l'accompagnement des équipes dans la transformation de leurs pratiques cliniques (ex. : analyse de milieu, soutien pour le développement de groupes d'intervention en TC).
- Offrir de la consultation clinique auprès des équipes ce qui permet, notamment, de dénouer des impasses thérapeutiques et offrir du soutien dans les cas jugés complexes.
- Animer une communauté de pratique d'intervenants piliers en dépendance.

Volet formation

- Développer, adapter et rendre accessible un contenu de formation sur les TC, destiné aux intervenants et aux stagiaires de la DSMDI.
- Soutenir le développement des connaissances des intervenants piliers en TC dans les équipes de santé mentale et de dépendance.

Volet expertise/conseil

- Assurer une veille informationnelle en matière de TC.
- Favoriser l'accès et la diffusion des connaissances, données probantes et meilleures pratiques en TC.
- Émettre des recommandations sur les TC, lorsque requis.

Ainsi, à moins d'exception, l'équipe n'intervient pas directement auprès de la clientèle. Son rôle est davantage d'outiller les intervenants à développer cette expertise.

10.4 Programme national de formation en dépendance (PNFD)

La DSMDI, de concert avec l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) qui a été mandaté par le MSSS déploie le Programme national de formation en dépendance (PNFD) visant :

- L'élaboration de contenus et de matériel de formation d'utilisateur, de formateur régional et de formateur national;
- La formation, l'accréditation et le suivi post-formation des formateurs;
- La production des attestations pour les utilisateurs ainsi que pour les formateurs régionaux et nationaux.

Ces formations ciblent les outils d'évaluation ainsi que les interventions spécifiques à la dépendance, telles que l'approche motivationnelle, l'intervention précoce (Mes choix), etc.

10.5 Recherche

Les directions de santé mentale, dépendance et itinérance du CIUSSSCN et du CISSS de Chaudière-Appalaches mettent en commun leur service de recherche en dépendance depuis 1999. Les divers projets de recherche menés conjointement ont conduit au développement d'une collaboration fructueuse et ont aussi permis de tisser des liens très étroits avec divers partenaires de recherche, dont le groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ), l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, l'équipe Hermès (équipe de recherche sur les dépendances sans substance) et le Centre de recherche du CISSSCA.

De plus, les axes de recherche (Connaissance de la clientèle, Impacts et amélioration des pratiques et Outils d'évaluation) du Service de recherche en dépendance du CIUSSSCN/CISSSCA ont comme objectif de contribuer à l'amélioration des connaissances et des pratiques en dépendance, en réalisant des projets de recherche intégrés et cohérents avec les besoins cliniques. À cet effet, il joue un rôle de soutien et d'accompagnement aux réflexions visant l'amélioration des services, que ce soit par l'implication au sein des rencontres ou par les travaux de recherche qui sont intégrés à la pratique des cliniciens. Il accompagne donc, la direction, les gestionnaires et les intervenants des programmes dépendances de façon courante.

Les travaux de recherche sont menés seuls ou en partenariat avec d'autres établissements de divers milieux et d'autres chercheurs. Ces travaux font avancer les connaissances dans l'univers de la dépendance, tout particulièrement celles liées à la réalisation de la mission des Programmes dépendance du CIUSSSCN/CISSSCA. Le choix des projets s'inscrit directement dans le PAID 2018-2028.

Finalement, dans un souci d'offrir des services en cohérence avec les besoins des personnes utilisatrices de service, les usagers sont sollicités afin de participer aux divers projets de recherche.

11. Stratégie nationale de prévention des surdoses

En plus du PAID 2018-2028, la Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025 guide l'offre de service en dépendance. Cette dernière propose différentes mesures regroupées dans les sept champs d'action ci-dessous :

- information et sensibilisation ;
- [prévention des surdoses et réduction des méfaits](#);
- politiques publiques et réglementation ;

- vigie et surveillance ;
- évaluation, recherche et formation ;
- **traitement de la dépendance** ;
- traitement de la douleur ;

Se partageant la responsabilité avec la DSPu, la DSMDI est particulièrement impliquée dans deux champs d'action. D'abord, **la prévention des surdoses et la réduction des méfaits** qui regroupe les mesures suivantes ;

- Consolider et bonifier l'accès à la naloxone : la distribution de la naloxone est coordonnée par la DSPu, néanmoins la DSMDI s'assure de la rendre disponible à ses intervenants ainsi qu'à sa clientèle.
- Consolider et étendre l'offre de services de consommation supervisée : via l'offre de service de l'Interzone (voir 11.1).
- Consolider et étendre l'offre de services de vérification de drogues : bien que sous la responsabilité de la DSPu, les intervenants de la direction utilisent les bandelettes de détection.
- Soutenir le développement des pratiques d'approvisionnement plus sécuritaire : la DSMDI contribue à cette mesure par les services de TAO présentés au point 6.

Finalement, le **traitement de la dépendance** est le deuxième champ d'action de la Stratégie nationale pour lequel la DSMDI est tout naturellement impliquée par le biais de son offre de service décrite précédemment.

11.1 L'Interzone - Services de consommation supervisée (SCS)

Les SCS de L'Interzone sont offerts conjointement par la DSMDI et la Coopérative de solidarité SABSA. Selon une approche de réduction des méfaits, l'interzone est un endroit sécuritaire où les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII) peuvent consommer les substances qu'elles apportent dans des conditions d'hygiène favorable sous la supervision d'un personnel qualifié et en toute légalité.

L'Interzone dispense des services adaptés aux besoins de personnes souvent marginalisées qui sont plus difficilement rejointes par le RSSS. Ces services sont localisés dans la Ville de Québec.

La consommation supervisée (injection, inhalation, intranasale) a pour objectif de :

- réduire les comportements à risque d'infection comme par le VIH et le virus de l'hépatite C ;
- faciliter l'accès aux services de désintoxication et de traitement de la dépendance ;
- diminuer les demandes de services ambulanciers et les admissions dans les urgences ;
- réduire les injections en public ainsi que les seringues laissées à l'abandon ;
- prévenir les surdoses et les décès grâce à la présence d'un personnel en mesure de fournir une assistance rapide lors de complications ;
- joindre les personnes UDII les plus à risque pour leur offrir un dépistage, l'accès aux traitements ainsi que du matériel de consommation stérile et sécuritaire.

Les services sont offerts par une équipe mixte composée d'infirmières cliniciennes de la DSMDI ainsi que d'intervenants sociaux et de pair-aidants de la Coopérative de solidarité SABSA.

Les membres de l'équipe peuvent ainsi procéder à :

- l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la personne utilisatrice ;
- l'analyse de substances par bandelettes de détection de fentanyl ;
- la distribution de matériel stérile ;

- du dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang ;
- l'application de protocoles de traitement lors de complications immédiates liées à la consommation de drogues ;
- de l'enseignement sur la consommation de drogues et sur l'injection à moindre risque ;
- des soins de plaie ;
- des références vers d'autres services ou partenaires ;
- en plus d'offrir du répit post-consommation.

12. Particularités régionales

12.1 Territoire de Portneuf

Une équipe interdisciplinaire composée de travailleur social, psychoéducateur et éducateur spécialisé offre une gamme de services spécialisés en dépendance sur le territoire de Portneuf. La très grande majorité des services offerts dans la région de Québec sont aussi disponibles aux résidents de cette région, mais adaptés à leurs particularités régionales et selon diverses modalités d'intervention (familiale, en couple, individuelle ou en groupe).

Par exemple, des services de réadaptation externe pour adulte, des traitements par agonistes opioïdes (TAO), le programme Jeunes-Parents ainsi que le Programme Entourage (adulte et jeunesse) sont disponibles dans l'un des quatre points de services du CIUSSSCN ou offerts à domicile, au besoin. Quant au Programme Mes Choix, il est entièrement offert que par la direction de la santé publique. Dans la mesure du possible, l'équipe spécialisée en dépendance de Portneuf tente d'offrir des services à bas seuil d'accessibilité ainsi que de « reaching out ». Toutefois, la clientèle pourrait être invitée à se déplacer dans la région de Québec métropolitain pour certains services qui ne sont pas disponibles dans la région telle que la gestion du sevrage avec hébergement de niveau modéré.

12.2 Territoire de Charlevoix

La région de Charlevoix présente sa propre équipe de services spécialisés en dépendance qui offre des services dans les deux CLSC de la région : Baie-Saint-Paul et La Malbaie. L'équipe interdisciplinaire est composée d'une psychologue, d'une travailleuse sociale et d'un éducateur spécialisé. L'offre de service s'applique à l'ensemble du territoire charlevoisien, que ce soit à même les points de services du CIUSSSCN ou dans la communauté. La très grande majorité des services offerts dans la région de Québec sont aussi disponibles aux résidents de cette région, mais adaptés à leurs particularités régionales et selon diverses modalités d'intervention (familiale, en couple, individuelle ou en groupe). Par exemple, le programme Mes Choix est entièrement offert par la direction de la santé publique dans cette région.

La clientèle pourrait toutefois être invitée à se déplacer dans la région de Québec métropolitain pour certains services qui ne sont pas disponibles dans la région de Charlevoix (gestion du sevrage avec hébergement de niveau modéré, PIRA, TAO, trajectoire partenaire avec Le Rucher et le Centre CASA).



BOURQUE, Mireille

Évadés du trottoir, 2002

Acrylique sur toile

Collection Vincent et moi

CIUSSS de la Capitale-Nationale

Partie 4 | Partenariat et Itinérance

Le phénomène de l’itinérance a pris énormément d’ampleur au fil du temps, non seulement sur le territoire de la Capitale-Nationale, mais partout dans la province de Québec. Ce phénomène occasionne une pression grandissante sur les services publics (RSSS, villes, réseau de l’habitation, services policiers, système judiciaire, etc.) ainsi que sur les ressources communautaires, les entreprises privées (Ex. commerçants des quartiers touchés) et les citoyens. Les problématiques qui en découlent entraînent une couverture médiatique constante et occupent une place de plus en plus importante dans l’échiquier politique.

Au-delà des problématiques sociales, l’itinérance se traduit par une très grande souffrance pour ces personnes démunies et en marge de la société. « Parmi les enjeux associés à l’itinérance de rue, il faut noter la stigmatisation, la désaffiliation sociale des personnes qui la vivent, les enjeux associés au contrôle de l’occupation de l’espace public et à la judiciarisation ainsi que la détérioration rapide de la santé physique et mentale.²⁹

Dans le contexte de l’augmentation du phénomène de l’itinérance et considérant que cette problématique touche l’ensemble des programmes-services du CIUSSSCN, une nouvelle direction adjointe (DA) a été créée à la DSMDI, au printemps 2024. Cette décision traduit l’importance qu’accorde le CIUSSSCN au phénomène de l’itinérance. L’un des mandats confiés à cette nouvelle DA est de mettre en place une infrastructure transversale de soutien aux autres programmes clientèle de l’établissement afin de mieux répondre aux enjeux d’instabilité résidentielle.

1. Organisation des services en itinérance

Les services en itinérance sont largement dispensés par le milieu communautaire sur le territoire de la Capitale-Nationale. Néanmoins, la DSMDI assure le déploiement des orientations ministérielles du Plan d’action en itinérance 2021-2026 en assurant la coordination, la concertation et le financement d’une gamme de service. D’autre part, le CIUSSSCN doit travailler activement à l’adaptation de son offre de service pour s’adapter à l’évolution des populations vulnérables et mieux soutenir ses intervenants dans les situations complexes qu’ils rencontrent.

1.1 Équipe de liaison en itinérance

L’équipe de liaison en itinérance vise à offrir une réponse concrète et adaptée aux besoins des personnes en situation d’itinérance ou à risque de le devenir, en soutenant notamment les partenaires et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Elle offre des services de liaison, de référence, des suivis ponctuels ou de courte durée, qui permettent un arrimage entre les personnes et les services appropriés à leur situation. Selon une approche de « reaching out », les membres de l’équipe assurent une présence constante dans la communauté afin de maintenir des liens significatifs avec les partenaires, repérer les requis de soutien et demeurer à l’affût des phénomènes émergents dans la communauté. Par leurs actions, ils tentent d’améliorer les communications et les collaborations entre le réseau de la santé et le milieu communautaire. En plus des situations qui touchent l’itinérance, l’équipe peut être interpellée pour des personnes ayant des profils atypiques, des problématiques complexes ou des troubles du comportement qui nécessitent une réponse sur mesure, hors des trajectoires habituelles. En raison de la pluralité des besoins rencontrés, l’équipe présente des champs d’intervention très variés.

²⁹ MSSS. (2022) L’itinérance au Québec – 2^e portrait. P4

Néanmoins, leur priorité est de soutenir la réponse aux besoins de base et stabiliser les situations résidentielles avant d'envisager les références vers d'autres services.

De façon concrète, les interventions des membres de l'équipe peuvent prendre les formes suivantes :

- soutien à la réponse aux besoins de base ;
- soutien à la relocalisation et à l'intégration dans de nouveaux milieux de vie ;
- soutien-conseil à des équipes intra ou interdirections, lors de situations complexes ;
- accompagnement de la clientèle dans l'accès à divers services (rôle de médiateur, prise de rendez-vous, planification des transports, etc.) ;
- dépannage financier (paiement d'une médication ou équipement médical, frais de transport, repas/café, première épicerie pour intégrer un nouveau milieu de vie, etc.) ;
- soutien et accompagnement pour la régularisation de la situation financière (sécurité du revenu/pension de vieillesse) ;
- soutien pour le renouvellement d'une carte d'assurance-maladie ;
- accompagnements pour des rendez-vous médicaux, hospitalisations.

La coordination de l'équipe peut également soutenir les équipes de Portneuf et de Charlevoix, lorsque requis.

1.2 Équipe de stabilité résidentielle

Le rôle de l'équipe de stabilité résidentielle s'inscrit dans une perspective de lutte à l'itinérance. Elle poursuit deux grands objectifs soient l'accès au logement et le maintien en logement des personnes à risque d'instabilité résidentielle.

Accès au logement :

- Information sur l'accès aux différents programmes de logement subventionnés, dont les programmes de soutien au loyer (PSL) pour clientèles particulières ;
- Évaluation des situations avec les personnes concernées et leurs intervenants ;
- Identification des opportunités de logements disponibles ;
- Soutien des intervenants et des personnes dans les démarches requises ;
- Collaboration avec l'OMHQ et autres partenaires communautaires ;
- Orientation vers les milieux de vie qui correspondent le mieux aux besoins de personnes.

Maintien en logement

- Informations sur les facteurs de compromission liés à la stabilité résidentielle ;
- Évaluations conjointes des situations d'instabilité et des solutions possibles avec les intervenants impliqués ;
- Identification de mesures permettant de prévenir la perte de logements subventionnés :
 - Interventions dans les milieux de vie ;
 - Modulation de l'intensité de l'accompagnement lorsque nécessaire ;
 - Réactivation des suivis, lorsque requis.

L'équipe travaille de concert avec l'Office municipal d'habitation de Québec (OMHQ), certains partenaires communautaires ainsi qu'avec les équipes de la DSMDI (SIM, SIV, CNDV) et de la Direction Jeunesse (PQJ, Aire Ouverte) afin d'intervenir en amont des passages à la rue et développer des solutions innovantes pour l'avenir.

1.3 Centre multiservice

En 2020, le CIUSSSCN a fait l'acquisition du 14 Côte-du-Palais dans le Vieux-Québec, bâtiment appartenant à l'Armée du Salut ainsi reconnu comme étant un milieu d'accueil adapté aux besoins des personnes les plus désaffiliées de la société. La DSMDI souhaitait saisir cette opportunité pour combler un vide de services en créant un accès différent à des services adaptés et permanents pour une population des plus vulnérables. Ce centre multiservice permettra de réunir dans un seul endroit une gamme variée de services pour des personnes atteintes de problématiques de santé mentale, de dépendance ou en situation d'itinérance.

L'offre de service proposée sera composée de services déjà existants ainsi que de nouveaux services qui seront développés en cohérence avec la visée du projet.

Relocalisation des services existants :

- équipe de suivi intensif dans le milieu- volet itinérance (SIM 6);
- équipe de traitement par agonistes opioïdes (TAO) et de bas seuil;
- programme intensif de réadaptation adulte (PIRA) en dépendance – volet hébergement
- équipe de liaison en itinérance;
- unité de gestion du sevrage avec hébergement (désintoxication modérée).

Développement de nouveaux services :

- clinique de type RAAM en dépendances (Rapid Access Addiction Medicine);
- lits d'hébergement polyvalents visant l'évaluation et la stabilisation (santé mentale, dépendances et itinérance);
- autres services communautaires (à définir);

La DSMDI souhaite que le Centre multiservice puisse bonifier les continuums de services actuels en dépendance, en santé mentale et en itinérance afin qu'ils soient plus accessibles et adaptés à une clientèle souvent en marge des services en place.

2. Partenariat intersectoriel et communautaire

L'un des mandats confiés à la Direction adjointe du partenariat et de l'itinérance est de mettre en place des mécanismes de collaboration qui favorisent le développer de partenariats intersectoriels forts dans la région pour les services de santé mentale, de dépendance et d'itinérance. Les travaux de concertation intersectorielle et communautaire visent à offrir un filet de sécurité régional à la clientèle, en identifiant les enjeux et en positionnant clairement le rôle de chacun dans la réponse aux besoins.

Par son mandat transversal, la DSMDI souhaite soutenir l'adaptation des services du CIUSSSCN dans la réponse aux besoins des personnes en situation d'instabilité résidentielle, tout en assurant une complémentarité avec l'offre de service communautaire.

2.1 Soutien financier aux activités du milieu communautaire liées à la direction

Annuellement, la DSMDI octroie plus de 22 M\$ en financement à ses partenaires communautaires pour des activités cliniques qui relèvent de sa mission. En complémentarité avec le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), ces subventions sont renouvelables en fonction de l'évolution des besoins régionaux de la clientèle (santé mentale, dépendance, itinérance).

Une équipe de professionnels de la DSMDI est affectée à l'identification des priorités régionales, à la mise en place des mécanismes d'attribution ainsi qu'aux modalités de suivi et de reconduction des projets. Cette équipe a pour mandats :

- d'identifier les enjeux prioritaires de concert avec les acteurs du milieu;
- de mettre en place des processus neutres d'attribution des sommes consenties;
- d'assurer une répartition équitable des sommes octroyées en fonction des besoins des clientèles ciblées par les différents financements et des réalités territoriales;
- de documenter l'évolution des besoins à travers les interactions avec les organismes soutenus;
- d'assurer le suivi des différentes redditions de comptes découlant des enveloppes budgétaires consenties;
- de produire les redditions de comptes attendues par les instances gouvernementales.

2.2 Activités de concertation intersectorielles

Par les responsabilités qui lui sont dévolues par les plans d'action interministériels, la DSMDI collabore avec une multitude de partenaires intersectoriels notamment la Ville de Québec, les municipalités régionales de comté (MRC), le service de police de la Ville de Québec (SPVQ) et la Sûreté du Québec.

Divers mécanismes de concertation, de collaboration et de communication ont été mis en place au fil du temps pour adresser les enjeux régionaux en santé mentale, dépendance et itinérance. De façon non exhaustive, voici les principales :

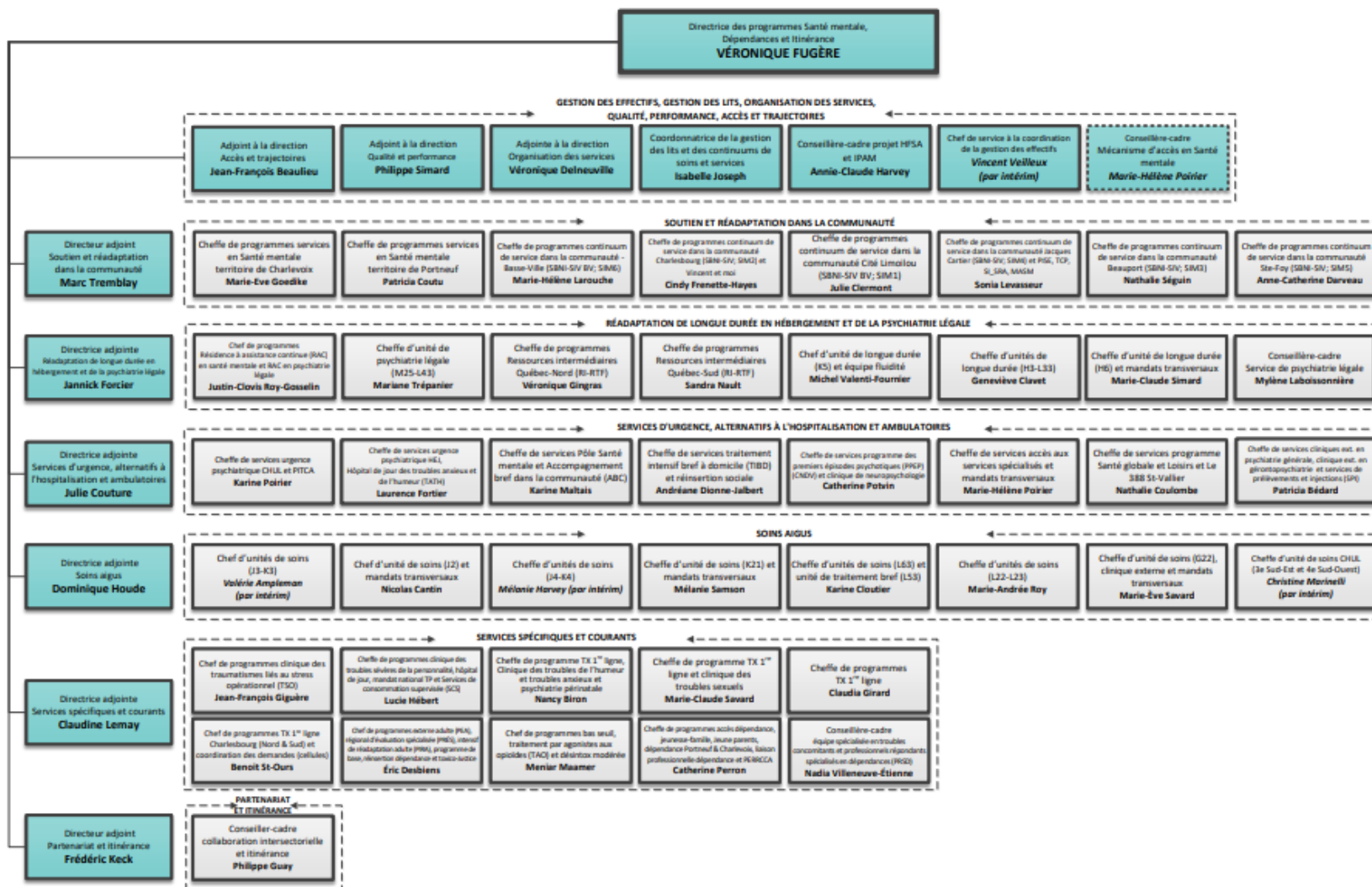
Comité directeur en itinérance de la Capitale-Nationale : cette instance stratégique réunit des partenaires intersectoriels de la région dans le but d'adopter une vision claire et commune des orientations et des enjeux régionaux entourant le phénomène de l'itinérance. Un des buts visés par le Comité directeur est la prévention et la réduction de l'itinérance sur le territoire de la Capitale-Nationale. Il assure la cohérence et le suivi des actions prioritaires à mettre en place, et ce, en cohérence avec les orientations du Plan d'action interministériel en itinérance et celles de la Table interministérielle en itinérance.

Table de concertation en santé mentale : offre un lieu de concertation et d'échange d'information entre les différents partenaires intersectoriels de la région en regard de l'offre de services en santé mentale pour la ville de Québec. La Table de concertation en SM vise à améliorer l'accessibilité et la continuité des services entre les partenaires du réseau public et communautaire. Cette instance favorise l'identification de pistes d'actions à mettre en place régionalement en fonction des besoins et des enjeux soulevés tout en favorisant l'interface avec d'autres problématiques associées à la santé mentale.

Comité interne interdirection en itinérance : cette instance qui regroupe des représentants des directions cliniques du CIUSSSCN, vise à développer dans l'établissement une offre de service transversale, accessible, fluide et intégrée pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Elle favorise les arrimages et la coordination des services entre les directions du CIUSSSCN. Elle permet ainsi d'adresser les enjeux reliés à l'instabilité résidentielle, à cibler les orientations à privilégier et à développer une vision commune quant à la problématique de l'itinérance sur le territoire de la Capitale-Nationale.

Annexe 1 - Organigramme de la DSMDI

DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, DÉPENDANCES ET ITINÉRANCE



Mise à jour : octobre 2024

Annexe 2 – Liste des installations de la DSMDI

Sites	Types de services
Région de Québec	
Centre de traitement en SM 1212 Av. Chanoine-Morel, Qc.	SIM
14 Côte-du-Palais, Vieux-Québec	Centre multiservice en SM, Dépendance et Itinérance
388 St-Vallier, Québec	Centre de services ambulatoires en SM (388)
6295 Bd Lormière, Québec	Clinique TSO
Centre d'hébergement Christ-Roi/CLSC Rivières 900 Bd Hamel, Québec	Services spécifiques en SM, Pôle-Santé mentale
Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ) 2525 Chem.de la Canardière, Qc.	Services externes spécialisés en dépendance, Unité de gestion du sevrage modéré, Programme PEP, Équipe spécialisée en TC, Services spécifiques en SM dont l'équipe dédiée aux 18-25 ans, CT Faubourg St-Jean, Équipe de liaison-itinérance, Infirmières répondantes en psychiatrie (MEL)
Centre de traitement et de réadaptation de Nemours 905 Rue de Nemours, Québec	Suivis cliniques RI-RTF, Réinsertion sociale en SM, PISE, TCP-TMG, ABC
Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) du CHU de Québec 2705 Bd Laurier, Québec	Urgence psychiatrique, Unités d'hospitalisation psychiatrique, Cliniques externes en psychiatrie, TIBD, PRSM, Liaison en dépendance, Consultation-liaison SM
CLSC de L'Ancienne-Lorette 1320, rue Saint-Paul, L'Ancienne-Lorette (Québec)	SBNI, SIV, Services spécifiques en SM
CLSC de la Basse-Ville 50 Rue Saint-Joseph Est, Québec	Services spécifiques en SM, SIV, SBNI, Services externes spécialisés en dépendance
CLSC de la Haute-Ville 55 Chemin Sainte-Foy, Québec	Infirmière répondante en psychiatrie, TAO de proximité
CLSC Limoilou 1405 Chem. de la Canardière, Qc.	Services spécifiques en SM
CLSC La Source Nord 791 Rue de Sherwood, Québec	Services spécifiques en SM
CLSC La Source Sud 190 76e Rue E, Québec	Services spécifiques en SM, SIV, SBNI
CLSC Sainte-Foy - Sillery 3108 Chem. Ste-Foy, Québec	Services spécifiques en SM, Équipe de coordination des demandes des services spécifiques
Cour municipale de Québec 245 Rue du Pont, Québec	IMPAC
Hôpital Chauveau - CLSC Jacques-Cartier (Loretteville) 11999 Rue de l'Hôpital, Québec	Services spécifiques en SM, SBNI, SIV

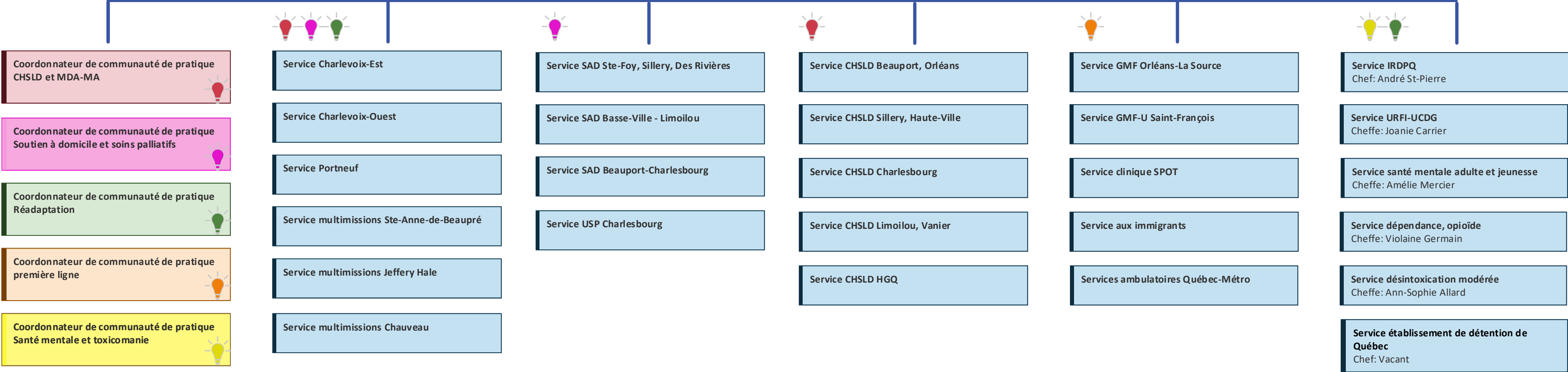
Sites	Types de services
Région de Québec	
Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) du CHU de Québec, 1401 18e Rue, Québec	Urgence psychiatrique, Liaison dépendance, Consultation-liaison SM
Hôpital Sainte-Anne-De-Beaupré - CLSC Beaupré 11000 Rue des Montagnards, Beaupré	Services spécifiques en SM
Hôpital St-François d'Assise du CHU de Québec 10 Rue de l'Espinay, Québec	Consultation-liaison SM
Iberville 3, 2960 boul. Laurier, Qc.	Clinique PITCA
Institut universitaire en santé mentale de Québec 2601 Chem. de la Canardière, Québec	Unités d'hospitalisation psychiatrique, Unités de réadaptation et d'hébergement, RAC, Cliniques externes, SPI, Vincent et moi, hôpitaux de jour TA-TH, Clinique troubles sexuels, Programme santé globale, SBNI, SIV, SIM, TIBD, Psychiatrie légale, Clinique spécialisée TA-TH, Clinique de psychiatrie périnatale, Administration DSMDI
Palais de justice de Québec 300 Bd Jean-Lesage, Québec	PAJ-SM
SCS L'interzone 60 Rue Saint-Vallier Est, Québec	Services de consommation supervisée
Charlevoix	
CLSC Baie-Saint-Paul 10 Rue Boivin, Baie-Saint-Paul	Services spécifiques en SM, SIF, Services externes spécialisés en dépendance
CLSC La Malbaie 535 Bd de Comporté, La Malbaie	Services spécifiques en SM, SIF, Services externes spécialisés en dépendance
Hôpital Baie-Saint-Paul 88 Rue Racine, Baie-Saint-Paul	Unité d'hospitalisation psychiatrique, Clinique spécialisée, Clinique externe
Hôpital La Malbaie 303 Rue St Étienne, La Malbaie	Clinique spécialisée, Clinique externe
Portneuf	
CLSC Donnacona 400 138 Rte, Donnacona	Équipe de crise SM, Services spécifiques en SM, SBNI, SIV, services externes spécialisés en dépendance, Infirmière répondante en psychiatrie, Suivis cliniques RI-RTF
CLSC St-Marc-des-Carières 1045 Boul. Bona-Dussault, Saint- Marc-des-Carières	Équipe de crise SM, Services spécifiques en SM, SBNI, SIV, Services externes spécialisés en dépendance
CLSC Pont-Rouge 3 Rue du Jardin, Pont-Rouge	Services spécifiques en SM, SIV, SBNI, Services psychosociaux SQ,
Hôpital de Portneuf- CLSC Saint- Raymond 700 Rue St Cyrille, Saint-Raymond	Équipe de crise SM, Services spécifiques en SM, SBNI, SIV, Services externes spécialisés en dépendance

Légende
CH: Centre d'hébergement
CHSLD: Centre d'hébergement de soins de longue durée
CMSSS: Centre multiservices de santé et services sociaux
CRD: Centre de réadaptation en dépendance
GMF : Groupe de médecine familiale
MDA-MA: Maison des aînés et maisons alternatives
SAD: Soutien à domicile
USP: Unité de soins palliatifs
UCDG: Unité de courte durée gériatrique
UTRF: Unité transitoire de récupération fonctionnelle
URFI: Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Plan d'organisation du Département clinique de médecine de famille

Mise à jour 2025-04-28

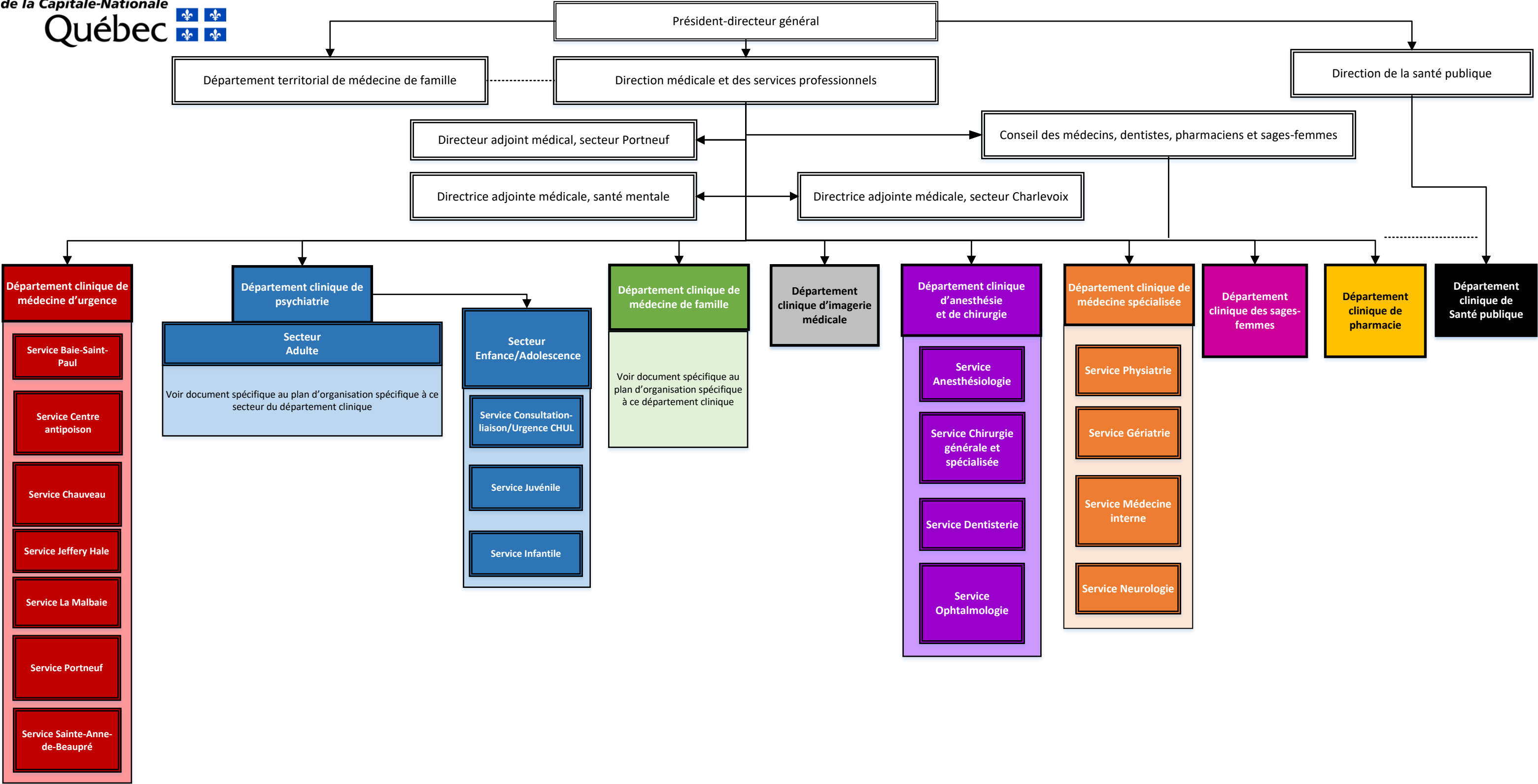
Département clinique de médecine de famille



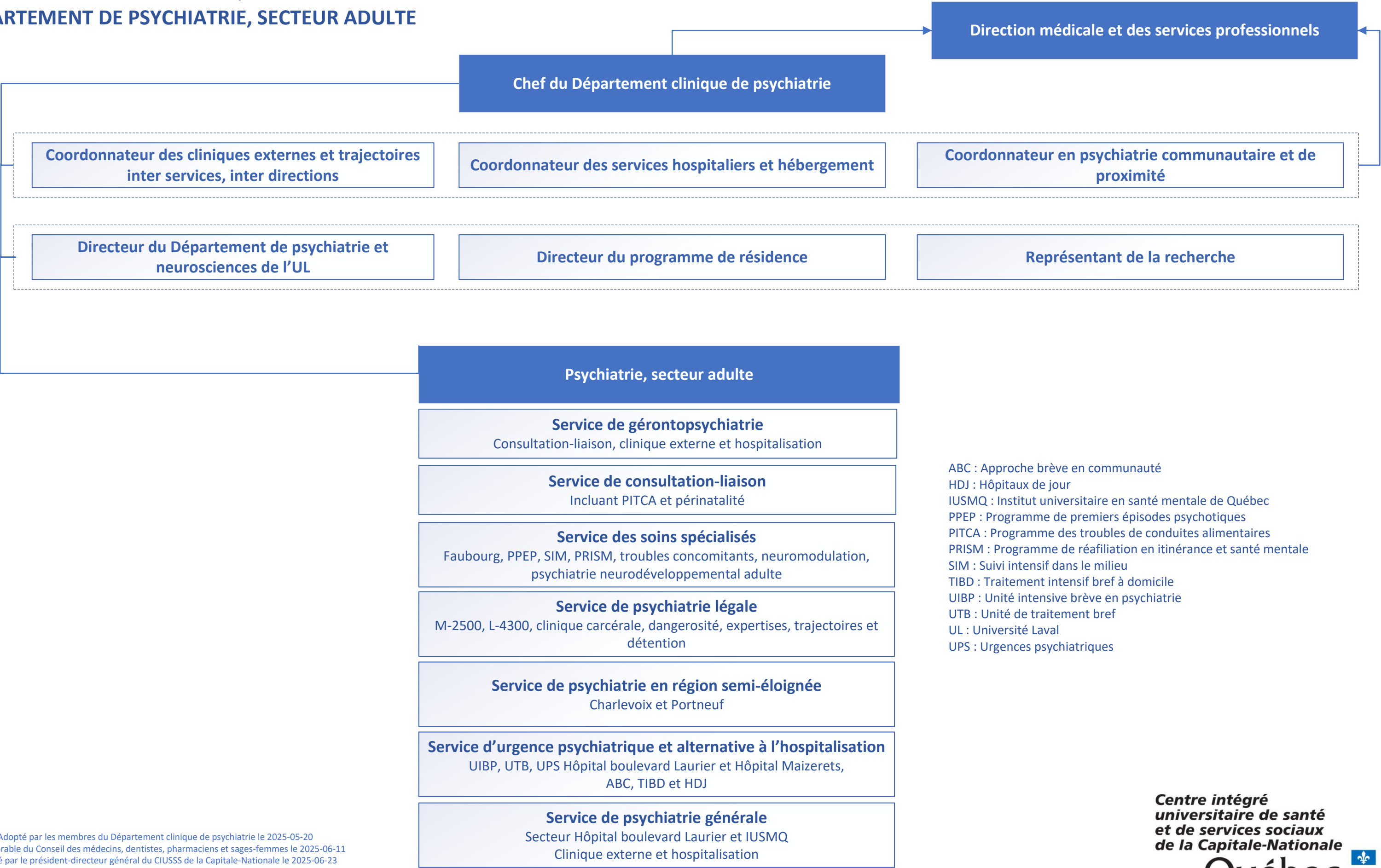


DIRECTION MÉDICALE ET DES SERVICES PROFESSIONNELS

PLAN D'ORGANISATION DES
DÉPARTEMENTS CLINIQUES



PLAN D'ORGANISATION CLINIQUE
DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE, SECTEUR ADULTE



Adopté par les membres du Département clinique de psychiatrie le 2025-05-20
Avis favorable du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes le 2025-06-11
Adopté par le président-directeur général du CIUSSS de la Capitale-Nationale le 2025-06-23

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-21
	Direction responsable : CMDP
	Approuvé par le conseil d'administration le : 21 mai 2019. Révision approuvée le : 6 février 2024 Résolution no : CA-CIUSSS-2019-05[R-21]-21 et CA-CIUSSS-2024-02[R-21]-06
	Entrée en vigueur le : 21 mai 2019
TITRE : RÈGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT DE PHARMACIE	

CONSULTATIONS ☐ Membres du Département de pharmacie : 9 décembre 2018 et 26 octobre 2023 (<i>adoption</i>) ☐ CMDP : 8 mai 2019 et 17 janvier 2024	

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	3
1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
1.1. DÉFINITIONS	4
1.2. OBJET DU RÈGLEMENT	4
1.3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	4
2 COMPOSITION	5
2.1 DÉPARTEMENT.....	5
3 MISSION ET OBJECTIFS.....	5
3.1 MISSION DU DÉPARTEMENT	5
3.2 OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉPARTEMENT.....	5
4 ORGANISATION DU DÉPARTEMENT	6
4.1 DIRECTION.....	6
5 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT	6
5.1 QUALIFICATIONS	6
5.2 PROCESSUS DE NOMINATION.....	6
5.3 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CHEF DE DÉPARTEMENT	7
5.4 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	9
5.5 AUTRES RESPONSABILITÉS OU CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	10
6 OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES	11
6.1 ACTIVITÉS CLINIQUES	11
6.1.1 Couverture des soins et services pharmaceutiques.....	11
6.1.2 Couverture de la garde pharmaceutique.....	11
6.2 ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT	11
6.3 ACTIVITÉS DE RECHERCHE	11
7 ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	12
7.1 ASSEMBLÉES ORDINAIRES.....	12
7.2 ASSEMBLÉES LOCALES.....	12
7.3 ASSEMBLÉES EXTRAORDINAIRES	12
7.4 PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	12
7.4.1 L'avis de convocation	12
7.4.2 L'ordre du jour.....	12
7.4.3 Ajout à l'ordre du jour	12
7.4.4 Présidence.....	13
7.4.5 Droit de vote.....	13
7.4.6 Décision	13
7.4.7 Procès-verbal.....	13
7.4.8 Absence	13
7.4.9 Quorum	13
7.4.10 Comités départementaux.....	14
8 DISPOSITIONS FINALES.....	14

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
DSP	Directeur des Services professionnels
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ., c. S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PDG	Président directeur général
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements
APES	Association des pharmaciens d'établissement du Québec
RUIS-ULaval	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1. Définitions

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

- Département :
Le Département de pharmacie du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Établissement :
Le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

1.2 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 :

- La mission du département;
- Les responsabilités du chef de département;
- Les devoirs et les obligations des membres du département;
- L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde;
- La procédure applicable aux réunions du département;

1.3 Application et interprétation du règlement

Le présent règlement est adopté en conformité avec :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
- Le règlement sur la régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- Les règlements du conseil d'administration (CA) de l'établissement;
- L'entente MSSS-APES.

L'interprétation du présent règlement doit tenir compte de toute disposition pertinente de la LSSSS et des règlements précités. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ses règlements ont préséance sur le présent règlement.

Le département est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

Le présent règlement tient compte des désignations de centre hospitalier universitaire et d'institut de l'établissement.

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

2 COMPOSITION

2.1 Département

Le département regroupe les pharmaciens inscrits au tableau de l'OPQ qui ont un statut de membre actif, associé et conseil du CMDP de l'établissement.

3 MISSION ET OBJECTIFS

3.1 Mission du département

Le département de pharmacie a pour mission de répondre aux besoins des usagers par la prestation de soins et services pharmaceutiques de qualité, complets, accessibles, continus et de haut niveau à la clientèle desservie par le CIUSSS de la Capitale-Nationale, et ce, de façon personnalisée et sécuritaire.

Le Département s'engage à soutenir le CIUSSS de la Capitale-Nationale dans l'atteinte de ses missions et de ses priorités par l'actualisation des objectifs départementaux suivants :

- Contribue à l'usage optimal des médicaments en favorisant l'atteinte des objectifs de traitement;
- Soutient les usagers, leurs proches et les membres de l'équipe clinique;
- Participe activement à l'enseignement, au développement et au transfert des connaissances;
- S'investit dans l'avancement des connaissances par la recherche clinique et évaluative.

3.2 Objectifs généraux du département

3.2.1 Soins et services pharmaceutiques

- Offrir et dispenser des soins et des services pharmaceutiques de qualité pour les populations locales, régionales et suprarégionales tout en assurant l'optimisation des ressources humaines, matérielles, financières et immobilières à sa disposition.;
- S'assurer de respecter les critères de sécurité, d'efficience et de pertinence;
- Assurer l'accès aux soins et services pharmaceutiques dans les délais prescrits;
- Répondre aux besoins identifiés de la population du territoire dont l'établissement est responsable;
- Collaborer avec les autres départements de l'établissement dans leur mission de soins;
- Assurer des soins et des services pharmaceutiques selon les plus hauts standards de qualité et de sécurité en respect des normes des instances reconnues telles que l'OPQ ou tout autre organisme d'accréditation, etc.

3.2.2 Enseignement

- Participer activement à l'enseignement des pharmaciens ;
- Participer à la formation des étudiants du domaine de la santé inscrits à des programmes des niveaux secondaires, collégiaux ou universitaires en stage au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Participer à la formation des autres professionnels ;
- Favoriser le développement des pratiques novatrices notamment de télé-enseignement au sein du RUIS-ULaval pour donner accès aux résidents en médecine dentisterie et pharmacie, ainsi que l'enseignement médical continu dans le territoire desservi.

3.2.3 Recherche

- Favoriser la recherche clinique en pharmacie au CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Soutenir le recrutement et l'intégration de chercheurs cliniciens au sein du département;
- Favoriser et soutenir les échanges entre cliniciens et chercheurs.

3.2.4 Évaluation des technologies

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

4 ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

4.1 Direction

L'organigramme du département s'insère dans le plan d'organisation de l'établissement.

L'organigramme prévoit une équipe de pharmaciens gestionnaires. Ces pharmaciens gestionnaires ont pour fonction de conseiller et d'assister le chef de département dans la gestion de son département.

5 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

5.1 Qualifications

Le chef de département doit être inscrit au tableau de l'OPQ, être titulaire d'une maîtrise en pharmacothérapie avancée et doit obtenir un statut de membre actif du CMDP de l'établissement.

5.2 Processus de nomination

Le chef de département est choisi selon les modalités prévues au Règlement du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Une nomination est effective pour un terme d'au plus quatre ans et est renouvelable.

5.3 Fonctions et responsabilités générales du chef de département

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

5.3.1 Sous l'autorité du directeur des services professionnels

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

- Gérer les ressources pharmaceutiques de son département et, dans la mesure prévue au plan d'organisation de l'établissement, les autres ressources;
- Élaborer pour son département, des règles d'utilisation des ressources pharmaceutiques ainsi que des ressources matérielles utilisées par les pharmaciens:
 - Lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le DSP ou, à défaut, le président-directeur général doit les élaborer;
 - Ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit, au préalable, obtenir l'avis du CMDP;
 - S'assurer dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services;
 - Faire la liste de garde conformément aux modalités du système de garde adopté par le CMDP et approuvé par le CA et veiller à son application;
 - S'assurer de la distribution appropriée des soins et services pharmaceutiques dans son département;
 - Collaborer pour son département à l'identification des indicateurs de qualité et performance;
 - Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer le DSP ou le CMDP, le cas échéant, de l'inobservation de ces règles par un pharmacien;
 - Aviser par écrit le DSP pour tout problème de comportement ou manquement grave et s'assurer qu'un rapport écrit est versé au dossier professionnel du pharmacien.
- Appliquer l'article 77 du ROAE :
 - Coordonner les activités professionnelles des pharmaciens et gérer les ressources de son département;
 - Établir et appliquer des politiques sur la préparation, la distribution et le contrôle de l'utilisation des médicaments, des drogues ou des poisons dans le centre hospitalier;
 - Informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le directeur des services professionnels de l'inobservance des règles d'utilisation des médicaments ainsi que de l'inobservance des modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances dans le centre hospitalier;
 - Informer les membres du personnel clinique et les bénéficiaires du centre hospitalier des règles d'utilisation des médicaments;

- Sélectionner, après consultation du comité de pharmacologie, les médicaments pour l'utilisation courante dans le centre hospitalier à partir de la liste visée à l'article 150 de la Loi et en fonction de leur dénomination commune, de leur teneur et de leur forme pharmaceutique;
- Sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, il élabore les règles d'utilisation des médicaments et les modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances dans le centre hospitalier, notamment en ce qui concerne les critères de validité des ordonnances, y compris les ordonnances verbales.

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

5.3.2 Sous l'autorité du CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP:

- De surveiller la façon dont s'exerce la pharmacie dans son département:
- D'élaborer pour son département 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 pharmaciens du département répond à des règles uniques;
 - Lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles de soins pharmaceutiques et les règles d'utilisation des médicaments ou tarde à le faire, le CA peut demander au CMDP ou au président directeur général de les élaborer;
 - Les règles d'utilisation des médicaments entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit au préalable obtenir la recommandation 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.
- 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, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP.

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées régulières du département. Le DSP, le comité exécutif du CMDP (CECMDP) et le CA ont accès à ce registre, sur demande.

5.4 Fonctions et responsabilités spécifiques du chef de département

5.4.1 Nomination temporaire et en cas d'urgence d'un pharmacien

- Le directeur des services professionnels, le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou un chef de département clinique peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin, un dentiste ou un pharmacien l'autorisation d'exercer sa profession dans un centre exploité par un établissement. Dans ce cas, la personne qui a accordé l'autorisation doit en aviser immédiatement le directeur général. 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.

5.4.2 Mesure disciplinaire et suspension à l'égard d'un pharmacien

Le conseil d'administration d'un établissement peut prendre également des mesures disciplinaires à l'égard d'un pharmacien après avoir pris l'avis du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le cas échéant.

Ces mesures disciplinaires vont de la réprimande jusqu'au congédiement. Elles peuvent consister à recommander au pharmacien de faire un stage, de suivre un cours de perfectionnement ou les deux à la fois et, s'il y a lieu, à restreindre ou suspendre les activités de celui-ci jusqu'à la mise à jour de ses connaissances.

Les quatrième et cinquième alinéas de l'article 249 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, aux mesures disciplinaires imposées à un pharmacien.

En cas d'urgence, le directeur des services professionnels, le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le chef du département clinique de pharmacie ou, en cas d'absence, d'empêchement ou à défaut d'agir de ces personnes, le directeur général, peuvent suspendre le statut d'un pharmacien exerçant dans le centre.

La personne ayant décidé de la suspension des privilèges d'un médecin ou d'un dentiste ou du statut d'un pharmacien doit avertir immédiatement le président du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et lui transmettre un rapport dans les quatre jours qui suivent.

La suspension est valide jusqu'à ce que le conseil d'administration ait pris une décision à son sujet, sans toutefois excéder une période de 20 jours.

5.4.3 Qualité, sécurité et pertinence des soins et services pharmaceutiques

- Le chef du département surveille la qualité, la sécurité et la pertinence des actes pharmaceutiques, des soins et services donnés par les 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;
- Il s'assure que tous les membres actifs du département participent à l'évaluation de l'acte pharmaceutique lorsque son implication est requise;

- Il soutient la pratique en fonction des données probantes et des normes en vigueur;
- Il s'assure que les pharmaciens maintiennent leur compétence par la participation régulière à des congrès ou symposiums et autres réunions scientifiques du département de façon cohérente avec les exigences de l'OPQ.

5.4.4 Organisation des activités départementales

- Le chef du département, en consultation avec son équipe de pharmaciens gestionnaires, élabore les objectifs et les priorités du département en fonction du calendrier de l'établissement;
- Il établit un système de communication favorable à l'information, la consultation et la participation active des membres de son département;
- Avec les adjoints, il établit la liste de garde conformément aux règlements du CMDP et s'assure de la distribution appropriée des soins et services pharmaceutiques dans son département en cohérence avec l'entente MSSS-APES;
- Après consultation auprès des chefs adjoints, il élabore les règles d'utilisation des médicaments, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les pharmaciens de son département. Il gère, sous l'autorité du DSP, les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles en conformité avec le plan d'organisation de l'établissement;
- Il assure les représentations externes lorsque les situations l'exigent pour obtenir une organisation optimale des soins et services à la clientèle;
- Il participe 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.

5.5 Autres responsabilités ou considérations à l'égard du chef de département

5.5.1 Rapport d'activités

Chaque année, le chef du département dépose un rapport des activités cliniques d'enseignement et de recherche du département.

5.5.2 Remplacement temporaire

Si le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il peut être remplacé durant cette période par un pharmacien, inscrit au tableau de l'OPQ nommé par le CA. Tant que ce remplaçant n'aura pas été ainsi nommé, les responsabilités qui incombaient au chef de département, et ce, en vertu de la Loi, seront alors exercées conjointement par le DSP et le CECMDP, eu égard à leur compétence respective.

5.5.3 Démission

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

5.5.4 Nomination d'un ou plusieurs chefs de département adjoints

Le chef de département peut nommer un ou plusieurs chefs adjoints pour le secondar dans ses responsabilités.

6 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 d'un pharmacien.

6.1 Activités cliniques

6.1.1 Couverture des soins et services pharmaceutiques

Les activités cliniques de soins constituent l'essence de la tâche professionnelle de la majorité des membres du département. Les activités de soins et services sont exercées selon des règles établies en conformité avec les règlements du CMDP et le plan d'organisation de l'établissement.

6.1.2 Couverture de la garde pharmaceutique

Le membre du département doit participer à la couverture de la garde pharmaceutique selon les modalités établies. Cependant, le pharmacien qui a signé et transmis à l'employeur les documents "*Avis de démission (motif retraite)*" peut se soustraire à ses obligations de la garde pharmaceutique 2 ans avant la date de la retraite, ou après 35 ans de services comme pharmacien dans le réseau public québécois.

6.2 Activités de formation et d'enseignement

En vertu des contrats d'affiliation liant l'établissement aux institutions d'enseignement, le département doit maintenir des activités académiques.

Ces activités sont sous la responsabilité du chef adjoint enseignement, formation, recherche et du chef du département.

Les membres du département conviennent que leur pratique comprend notamment, un double rôle incluant les activités cliniques et d'enseignement.

Le chef du département doit s'assurer que les étudiants aient un environnement et un climat propices à un apprentissage adéquat.

6.3 Activités de recherche

La réalisation d'activités de recherche constitue un des objectifs du département. Le membre doit promouvoir et maintenir un climat propice à la recherche.

Ces activités sont sous la responsabilité du chef adjoint enseignement, formation, recherche et du chef du département.

Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis par le CMDP, le DSP et le *Cadre réglementaire du comité d'éthique* concernant l'adoption et le suivi des projets de recherche.

7 ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

7.1 Assemblées ordinaires

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Ce dernier doit tenir une à deux assemblées régulières par année. L'une des assemblées ordinaires peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres du département.

La participation attendue de chacun des membres est d'au moins 50%.

7.2 Assemblées locales

Les assemblées locales sont celles où les membres du département, sous la gouverne de l'adjoint, discutent des affaires courantes du département. L'adjoint doit tenir des assemblées régulières aux 4 à 6 semaines en présence du chef de département et des chefs adjoints.

7.3 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 :

- Par le chef du département;
- Par le quart (1/4) des membres actifs du département;
- Par le CECMDP.

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

7.4 Procédure des assemblées

7.4.1 L'avis de convocation

L'avis de convocation doit parvenir aux membres 15 jours avant la date de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

7.4.2 L'ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres au moins 7 jours avant la tenue de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

7.4.3 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.

7.4.4 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).

7.4.5 Droit de vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. 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.

7.4.6 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.

7.4.7 Procès-verbal

Le secrétaire rédige un procès-verbal pour chaque assemblée régulière ou extraordinaire.

L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié. Ces procès-verbaux doivent être signés par le chef du département ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des procès-verbaux doit être remise au DSP et au secrétaire du CECMDP.

7.4.8 Absence

Toute absence aux assemblées ordinaires et locales du département doit être motivée.

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

7.4.9 Quorum

Le quorum des assemblées du département est constitué de 50 % + 1 des membres actifs.

7.4.10 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.

8 DISPOSITIONS FINALES

L'adoption, la révision ou les amendements au règlement sont soumis au processus prévu à l'article 1.3 du présent règlement. Ils doivent être soumis au CECMDP et pour approbation au CA de l'établissement.

Le présent règlement, sa révision ou ses amendements entrent en vigueur lors de leur adoption par le 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 CA de l'établissement.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-22
	Direction responsable : CMDP
	Adopté par le conseil d'administration le : 21 mai 2019 Résolution no : CA-CIUSSS-2019-05[R-22]-05
	Entrée en vigueur le : 21 mai 2019
TITRE : RÈGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT CLINIQUE DE PSYCHIATRIE DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE	

Adopté par le Département clinique de psychiatrie le 7 mai 2019
Approuvé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 8 mai 2019
Approuvé par le conseil d'administration le [Cliquez ici pour entrer une date.](#)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	3
1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
1.1 DÉFINITIONS	4
1.2 OBJET DU RÈGLEMENT	4
1.3 APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	4
2 COMPOSITION	5
2.1 DÉPARTEMENT	5
2.2 SERVICE CLINIQUE	5
3 MISSION ET OBJECTIFS.....	5
3.1 MISSION DU DÉPARTEMENT	5
3.2 OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉPARTEMENT	5
3.2.1 Soins.....	5
3.2.2 Enseignement.....	6
3.2.3 Recherche	6
3.2.4 Évaluation des technologies	6
3.3 ACTIVITÉS RELEVANT DU DÉPARTEMENT.....	6
3.4 ACTES RELEVANT DU DÉPARTEMENT	7
4 ORGANISATION DU DÉPARTEMENT	7
4.1 DIRECTION	7
4.2 SERVICES	8
5 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT	8
5.1 QUALIFICATIONS.....	8
5.2 PROCESSUS DE NOMINATION.....	8
5.3 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CHEF DE DÉPARTEMENT	9
5.3.1 Sous l'autorité du directeur des services professionnels	9
5.3.2 Sous l'autorité du CMDP.....	10
5.4 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DU CHEF DE DÉPARTEMENT	11
5.4.1 Nomination temporaire d'un professionnel	11
5.4.2 Suspension d'un membre du département.....	11
5.4.3 Qualité, sécurité pertinence des soins.....	11
5.4.4 Organisation des activités départementales	12
5.4.5 Gestion des activités départementales	12
5.4.6 Enseignement et recherche	13
5.5 AUTRES RESPONSABILITÉS OU CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	13
5.5.1 Rapport d'activités.....	13
5.5.2 Remplacement temporaire	14
5.5.3 Démission	14
5.5.4 Nomination d'un ou plusieurs chefs de département adjoints	14
6 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE	14
6.1 NOMINATION	14
6.2 FONCTIONS	14
7 OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES.....	15

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département clinique de psychiatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale**

8	ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE	15
8.1	COUVERTURE DES SERVICES PROFESSIONNELS	15
8.2	COUVERTURE DE LA GARDE	15
9	ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT	15
10	ACTIVITÉS DE RECHERCHE	16
11	ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	16
11.1	ASSEMBLÉES ORDINAIRES	16
11.2	ASSEMBLÉES SPÉCIALES	16
11.3	PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	16
11.3.1	L'avis de convocation	17
11.3.2	L'ordre du jour	17
11.3.3	Ajout à l'ordre du jour	17
11.3.4	Présidence	17
11.3.5	Droit de vote	17
11.3.6	Décision	17
11.3.7	Procès-verbal	17
11.3.8	Absence	18
11.3.9	Quorum	18
11.4	COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	18
11.5	RÉUNIONS DU COMITÉ EXÉCUTIF DES CHEFS DE SERVICE DU DÉPARTEMENT CLINIQUE DE PSYCHIATRIE	18
12	MÉCANISMES ADMINISTRATIFS	19
12.1	ABSENCES	19
12.2	REPLACEMENTS	19
12.3	MESURES ADMINISTRATIVES	19
12.4	MESURES DISCIPLINAIRES	19
13	DISPOSITIONS FINALES	20

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
DSP	Directeur des Services professionnels
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ., c. S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDG	Président directeur général
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Définitions

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

- Département :
Le Département clinique de psychiatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Établissement :
Le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

1.2 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 :

- La mission du département;
- Les responsabilités du chef de département;
- Les devoirs et les obligations des membres du département;
- L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde;
- La procédure applicable aux réunions du département;
- Les sanctions applicables au non-respect du présent règlement.

1.3 Application et interprétation du règlement

Le présent règlement est adopté en conformité avec :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
- Le règlement sur la régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- Les règlements du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

L'interprétation du présent règlement doit tenir compte de toute disposition pertinente de la LSSSS et des règlements précités. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ces règlements ont préséance sur le présent règlement.

Le département est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

Le présent règlement tient compte des désignations de centre hospitalier universitaire, de centre intégré universitaire de santé et de services sociaux et d'institut universitaire en santé mentale de l'établissement.

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

2 COMPOSITION

2.1 Département

Le département regroupe les membres du CMDP de l'établissement qui œuvrent dans un ou plusieurs services spécialisés du département clinique de psychiatrie. Tout membre du département doit avoir des privilèges dans au moins un des services du département. Les membres du département sont déployés sur plusieurs installations, afin d'assurer la desserte des soins psychiatriques dans la région 03.

Un membre du CMDP qui détient des privilèges de pratique dans plus d'un département de l'établissement fait automatiquement partie de chacun de 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, tel que prévu aux règlements du CMDP.

2.2 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, de la dentisterie ou de la pharmacie, favorisant ainsi l'organisation optimale des soins et services.

3 MISSION ET OBJECTIFS

3.1 Mission du département

La mission du département s'énonce ainsi :

Offrir des soins complets, accessibles, continus et de haut niveau à la clientèle de soins psychiatriques desservie par le CIUSSS de la Capitale-Nationale, et ce, de façon personnalisée et sécuritaire. Il offre également des activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies.

3.2 Objectifs généraux du département

3.2.1 Soins

- Offrir et dispenser des soins psychiatriques spécialisés et surspécialisés de qualité pour les populations locales, régionales et suprarégionales, le cas échéant, dans ses domaines de compétence tout en assurant l'optimisation des ressources humaines, matérielles, financières et immobilières 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;

- S'assurer de respecter les critères de sécurité, d'efficience et de pertinence;
- Assurer l'accès aux soins et services dans les délais prescrits et selon les guides de pratique de la psychiatrie;
- Répondre aux besoins identifiés de la population du territoire dont l'établissement est responsable;
- Collaborer avec les autres départements cliniques de l'établissement dans leur mission de soins.

3.2.2 Enseignement

- Participer activement à l'enseignement de la psychiatrie au niveau pré gradué, au niveau de la résidence et au niveau postdoctoral;
- Participer, en collaboration, à la formation des autres professionnels de la santé inscrits à des programmes collégiaux ou universitaires en stage au CIUSSS-CN;
- Familiariser les étudiants en médecine ou en pharmacie et les résidents avec les différents aspects de la pratique médicale en psychiatrie;
- Favoriser le développement des pratiques novatrices notamment de télé-enseignement au sein du RUIS-UL pour donner accès aux résidents en médecine, en dentisterie et en pharmacie, ainsi que l'enseignement médical continu dans le territoire de desserte.

3.2.3 Recherche

- Appuyer le développement de la recherche clinique en psychiatrie dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Soutenir le recrutement et l'intégration de chercheurs cliniciens au sein du département;
- Favoriser et soutenir les échanges entre cliniciens et chercheurs;
- Favoriser et développer la recherche clinique auprès des résidents en formation.

3.2.4 Évaluation des technologies

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.

3.3 Activités relevant du département

De façon générale, le département englobe notamment les activités suivantes :

- Les soins spécialisés en psychiatrie

- Les soins surspécialisés en psychiatrie dans les domaines de la psychiatrie légale, de la gérontopsychiatrie et de la psychiatrie de l'enfance et l'adolescence;
- Les soins offerts sont orientés vers les services ambulatoires, les services d'hospitalisation, les services de psychiatrie légale, les services de gérontopsychiatrie, les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les services psychiatriques auprès de la clientèle présentant une déficience intellectuelle, les services de psychiatrie de liaison et les services d'urgence psychiatrique.

3.4 Actes relevant du département

Conformément au plan d'organisation, dans le respect et la complémentarité des responsabilités et des compétences des autres départements de l'établissement, les actes suivants relèvent du département clinique de psychiatrie :

- L'hospitalisation en psychiatrie;
- Les thérapies somatiques;
- La consultation en psychiatrie;
- Le suivi spécialisé en psychiatrie;
- L'expertise criminelle et civile en psychiatrie;
- La psychothérapie;
- La pharmacothérapie;
- Le suivi intensif dans le milieu;
- Les activités du MSRP (médecin spécialiste répondant en psychiatrie);
- La consultation de liaison.

4 ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

4.1 Direction

L'organigramme (cf. annexe I) du département s'insère dans le plan d'organisation clinique de l'établissement.

L'organigramme prévoit un comité exécutif formé du chef et/ou des cochefs de département et de l'ensemble des chefs de service du Département clinique de psychiatrie. Ce comité a pour fonction de conseiller et d'assister le chef de département dans la gestion et l'organisation du département clinique.

4.2 Services

L'organigramme du Département clinique de psychiatrie comprend les secteurs et les services cliniques suivants :

○ Secteur adulte : • Service ambulatoire, spécialisé et soins de collaboration • Service d'hospitalisation psychiatrique • Service de Charlevoix • Service de gérontopsychiatrie • Service de consultation-liaison • Service de psychiatrie légale • Service de déficience intellectuelle • Service de psychiatrie d'urgence et soins intensifs psychiatriques	○ Secteur enfance/adolescence : • Service de consultation-liaison / urgence CHUL • Service juvénile • Service infantile

5 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

5.1 Qualifications

Le chef de département doit être titulaire d'un certificat médical spécialisé en psychiatrie émis par le Collège des médecins du Québec et il doit être membre actif du CMDP de l'établissement.

Selon le Conseil médical du Québec, le candidat à la chefferie d'un département devrait :

- Être apte non seulement à gérer des ressources financières et matérielles et mettre sur pied des programmes, mais aussi à motiver les membres de son département;
- Être capable de coordonner les activités cliniques et d'en mesurer les résultats;
- Avoir un profil de carrière universitaire correspondant à celui de professeur ayant une compétence clinique en psychiatrie et certaines dispositions pour l'enseignement.
- Être reconnu par ses pairs;
- Être motivé à assumer les responsabilités inhérentes à la chefferie départementale.

5.2 Processus de nomination

Le chef de département est choisi selon les modalités prévues au *Règlement* du conseil d'administration du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Une nomination est effective pour un terme d'au plus quatre ans et est renouvelable. Le chef de département clinique de psychiatrie peut être assumé par deux cochefs du département, selon la décision prise, puis la nomination effectuée par le conseil d'administration.

5.3 Fonctions et responsabilités générales du chef de département

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

5.3.1 Sous l'autorité du directeur des services professionnels

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

- Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins de son département;
- 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;
- Élaborer pour son département, des règles d'utilisation des ressources ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins :
 - ces règles d'utilisation des ressources doivent notamment prévoir qu'en cas de nécessité, le DSP ou, en l'absence d'un tel directeur, le président du CMDP ou le médecin désigné à cette fin par le président-directeur général peut désigner un département clinique ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager;
 - ces règles d'utilisation doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin 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;
 - lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le DSP ou, à défaut, le président-directeur général doit les élaborer;
 - ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit, au préalable, obtenir l'avis du CMDP;
 - Le cas échéant, réserver dans son département clinique la majorité des lits déterminés par le ministre qui peuvent prendre en charge les usagers provenant du département clinique de médecine d'urgence et qui doivent être hospitalisés;
- S'assurer dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services;
- Faire la liste de garde conformément aux modalités du système de garde adopté par le règlement de régie interne du CMDP et approuvé par le CA, et veiller à son application;
- S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux dans son département;

- Collaborer pour son département à l'identification des indicateurs de qualité et performance;
- Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le DSP ou le CMDP de l'inobservation par un médecin de ces règles;
- Aviser par écrit le DSP pour tout problème de comportement ou manquement grave et s'assurer qu'un rapport écrit est versé au dossier professionnel du médecin.

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

5.3.2 Sous l'autorité du CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP:

- De surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département:
 - le cas échéant, de surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers, les activités qui sont exercées par des infirmières, des infirmiers ou d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du Bureau du Collège des médecins du Québec;
- 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 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 président directeur général 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 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;
- De donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges;

- Lorsqu'aucun chef de département n'est désigné, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP;
- En cas de non-respect de ses fonctions, le chef de département peut être démis de ses fonctions par le CA qui doit en motiver les raisons sur recommandation écrite du DSP;

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées régulières du département. Le DSP, le comité exécutif du CMDP (CECMDP) et le CA ont accès à ce registre, sur demande.

5.4 Fonctions et responsabilités spécifiques du chef de département

5.4.1 Nomination temporaire d'un professionnel

- Le chef de département clinique peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin l'autorisation d'exercer sa profession dans un centre exploité par l'établissement. Dans ce cas, il doit aviser immédiatement le PDG 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. De plus, des pénalités pourraient être imposées à l'établissement dans le cas de non-respect;
- 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.

5.4.2 Suspension d'un membre du département

En situation d'urgence ou pour un manquement grave, le chef du département clinique concerné peut suspendre les privilèges de tout médecin membre de son département. Il doit alors avertir immédiatement le président du CMDP et lui transmettre un rapport dans les 4 jours qui suivent. Une telle suspension est valide jusqu'à ce que le CA ait pris une décision au sujet du membre suspendu, sans toutefois excéder une période de 20 jours.

5.4.3 Qualité, sécurité pertinence des soins

- Le chef du département surveille la qualité, la sécurité et la pertinence des soins donnés par les médecins de son département. Il réalise ou délègue à un ou des membres 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 l'article 12.3 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;

- 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.

5.4.4 Organisation des activités départementales

- Le chef du département, en consultation avec son comité exécutif des chefs de service, élabore les objectifs et les priorités du département;
- Il établit un système de communication favorable à l'information, la consultation et la participation active des membres de son département;
- Avec les chefs de service, il établit la liste de garde conformément aux règlements du CMDP et s'assure de la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques dans son département. Il doit transmettre cette liste de garde au CMDP;
- Après consultation auprès des chefs de service, il élabore les règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins de son département et prévoit les sanctions administratives à cet effet; le chef de département a l'obligation d'appliquer les sanctions, lorsque nécessaire. Il gère, avec l'aide du DSP, les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles en conformité avec le plan d'organisation de l'établissement;
- Il assure les représentations externes lorsque les situations l'exigent pour obtenir une organisation optimale des soins et services à la clientèle;
- Il participe 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 clinique.

5.4.5 Gestion des activités départementales

5.4.5.1 Ressources matérielles

Le chef du département participe à la gestion des ressources cliniques matérielles qui sont mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Lorsqu'indiqué, il conseille l'établissement sur l'achat de matériel destiné à la dispensation des soins à la clientèle.

5.4.5.2 Ressources humaines

Le chef du département est responsable du recrutement des médecins susceptibles de devenir membres du département en consultation avec le chef de service concerné pour coordonner cette démarche. Un comité de recrutement est prévu par le comité exécutif des chefs de service du Département clinique de psychiatrie qu'il préside. Le comité est composé du chef de département, d'un chef de service désigné par le comité exécutif des chefs de service ou un chef de service qui le remplace en son absence, d'un représentant de la DSP et un représentant du Département universitaire de psychiatrie de l'Université Laval. Pour ce faire, il doit consulter le chef de service concerné. Pour chaque nouveau membre, il s'assure d'obtenir l'appui de l'université dans le cadre du contrat d'affiliation qui lie le CIUSSS-CN, à l'Université Laval.

5.4.5.3 Ressources financières

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières nécessaires à la dispensation des soins de son département dans le respect de l'équilibre budgétaire de l'établissement.

5.4.6 Enseignement et recherche

5.4.6.1 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.

5.4.6.2 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.

5.4.6.3 Engagement universitaire

Le chef du département coordonne, en collaboration avec les directeurs de l'enseignement et de la recherche, les activités universitaires des membres du département, des résidents et des étudiants, le tout en respect du contrat d'affiliation intervenu avec l'Université Laval.

5.5 Autres responsabilités ou considérations à l'égard du chef de département

5.5.1 Rapport d'activités

Chaque année, le chef du département aidé de son comité exécutif des chefs de service dépose un rapport des activités cliniques, d'enseignement et de recherche du département.

5.5.2 Remplacement temporaire

Si le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il peut être remplacé durant cette période par une personne nommée par le CA. Tant que ce remplaçant n'aura pas été ainsi nommé, les responsabilités qui incombent au chef de département, et ce, en vertu de la Loi, seront alors exercées conjointement par le DSP et le CECMDP, eu égard à leur compétence respective.

5.5.3 Démission

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

5.5.4 Nomination d'un ou plusieurs chefs de département adjoints

Le chef de département peut nommer un ou plusieurs chefs de département adjoints pour le seconder dans ses responsabilités.

Le chef du département est rémunéré selon les ententes établies entre le gouvernement et les fédérations médicales. À défaut, il peut être rémunéré par l'établissement pour l'exercice de ses fonctions médico administratives.

6 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE

6.1 Nomination

Le chef de service est choisi selon les modalités prévues au Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique ou de service clinique de l'établissement, adopté par le CA, et ce, en faisant les adaptations nécessaires.

6.2 Fonctions

- Le chef de service est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assure la gestion des affaires de son service en fonction des attentes signifiées par son chef de département;
- Le chef de service doit participer aux rencontres prévues du comité exécutif des chefs de service du DCP présidées par le chef de département;
- Il coordonne les activités exercées dans son secteur d'activités cliniques;
- Le chef de service propose au chef de département des règles de pratique pour son secteur d'activités cliniques;
- Il répond au chef de département de l'ensemble des soins donnés dans son secteur d'activités cliniques;
- Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service sont consignées dans des procès-verbaux;
- En l'absence d'un chef de service, 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 CA et au CECMDP.

7 OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES

Les obligations, devoirs et responsabilités des membres du Département clinique de psychiatrie sont prévus dans la résolution émise par le CA lorsqu'elle accepte une demande de nomination ou de renouvellement de nomination d'un médecin.

8 ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE

8.1 Couverture des services professionnels

Les activités cliniques de soins constituent 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 de l'établissement.

8.2 Couverture de la garde

Le chef de département doit s'assurer qu'un service de garde approprié est établi dans son département et dans chacun des services. Il fait la liste de garde et veille à son application. Cette liste doit être transmise au CMDP.

Les règles établies peuvent prévoir des modalités différentes de participation par un membre en fonction de son âge, de la maladie ou de tout autre critère.

Elles doivent prévoir des mesures disciplinaires en cas de non-respect par un membre. Ce non-respect sera considéré comme un manquement grave.

9 ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT

En vertu du contrat d'affiliation liant l'établissement à l'Université Laval, 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.

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.

Les membres du Département clinique de psychiatrie conviennent que leur pratique comprend un double rôle incluant les activités cliniques et d'enseignement.

Le chef du département, en accord avec les chefs de service, doit s'assurer que les étudiants ont un environnement et un climat propices à la poursuite de leurs études.

10 ACTIVITÉS DE RECHERCHE

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 nomme 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 exécutée dans son service.

Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis par le CMDP, le DSP et le *Cadre réglementaire du comité d'éthique* concernant l'adoption et le suivi des projets de recherche.

11 ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

11.1 Assemblées ordinaires

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Ce dernier doit tenir au moins quatre assemblées régulières par année du département clinique de psychiatrie qui inclut le secteur adulte et/ou le secteur de l'enfance et de l'adolescence, selon les sujets abordés. L'une des assemblées ordinaires peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres du département.

La participation attendue de chacun des membres est d'au moins 50 %.

11.2 Assemblées spéciales

Les assemblées spéciales sont celles où les membres du département discutent d'un problème particulier du département.

Une assemblée spéciale du département peut être convoquée en tout temps par avis adressé à chaque membre :

- Par le chef du département;
- Par 10 membres actifs du département;
- Par le CECMDP.

Une telle demande doit être adressée au chef de département et indiquer la question ou le problème à discuter. Conséquemment, l'ordre du jour d'une assemblée spéciale ne comprendra qu'un seul sujet qui ne peut être modifié.

11.3 Procédure des assemblées

11.3.1 L'avis de convocation

L'avis de convocation doit parvenir aux membres 15 jours de calendrier avant la date de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire. Pour les assemblées extraordinaires, le délai est d'au moins 48 heures ouvrables.

11.3.2 L'ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres au moins cinq jours avant la tenue de l'assemblée ordinaire. Pour les assemblées spéciales, le délai est réduit à au moins 48 heures.

11.3.3 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 la question ou le problème indiqué à l'ordre du jour d'une assemblée spéciale fera l'objet d'une discussion.

11.3.4 Présidence

Le chef de département préside les assemblées ordinaires ou spéciales. 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 peut désigner un membre pour agir à titre de secrétaire de l'assemblée.

11.3.5 Droit de vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. Le vote se prend à main levée, sauf si un membre actif présent à l'assemblée exige que le vote soit exercé par scrutin secret. En cas d'égalité des voix, le chef du département jouit alors d'un vote prépondérant.

11.3.6 Décision

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

11.3.7 Procès-verbal

Le chef de département, ou le secrétaire qu'il a désigné, rédige un procès-verbal pour chaque assemblée.

L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

Ces procès-verbaux doivent être signés par le chef du département, ainsi que par le secrétaire de la réunion, s'il y a lieu.

Une copie de chacun des procès-verbaux doit être remise au DSP et au secrétariat du CECMDP.

11.3.8 Absence

Toute absence aux assemblées ordinaires du département doit être motivée.

Un membre du département doit participer à au moins 50 % des assemblées du département clinique de psychiatrie. La non-participation aux assemblées départementales ordinaires peut être portée à l'attention du CECMDP et conduire à une remise en question de son statut.

11.3.9 Quorum

Le quorum des assemblées du département est constitué d'au moins 20 membres actifs.

11.4 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.

11.5 Réunions du comité exécutif des chefs de service du Département clinique de psychiatrie

Le comité exécutif des chefs de service du secteur adulte et celui du secteur de l'enfance et de l'adolescence du Département clinique de psychiatrie, formé conformément à l'article 4.1, doit se réunir au moins quatre fois par année sous la présidence du chef de département.

L'avis de convocation doit parvenir aux membres sept jours avant la date de la réunion.

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres du comité au moins sept jours de calendrier avant la tenue de la réunion.

Le quorum est constitué des membres présents à cette réunion. Le vote est pris à la majorité simple.

Un procès-verbal est rédigé pour chacune des réunions. L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié. Une copie doit être transmise au CMDP.

12 MÉCANISMES ADMINISTRATIFS

12.1 Absences

Les absences relatives à des vacances, participations à des congrès ou colloques doivent faire l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service concerné ou à défaut avec le chef de département.

Les absences relatives à un congé sabbatique (pour fins d'études, de spécialisation ou de perfectionnement) ou un congé de service (pour des raisons personnelles, dont le congé de maternité, paternité ou d'adoption) doivent être évaluées selon les règles édictées à cet égard au Règlement sur la régie interne du CMDP.

12.2 Remplacements

Dans toute circonstance spéciale ou imprévisible, en cas de maladie ou d'absence prolongée, il appartient, selon le cas et la disponibilité des effectifs médicaux, aux chefs de service et au chef du département de s'assurer du remplacement de tout individu occupant une fonction quelconque au sein du département, en conformité avec les règles prévues à la LSSSS et d'en aviser le DSP et le CMDP.

12.3 Mesures administratives

Lorsqu'un médecin enfreint une règle d'utilisation des ressources, le chef de département peut demander au DSP d'appliquer, conformément au troisième paragraphe de l'article 204 de la LSSSS, les sanctions administratives applicables. Ces sanctions administratives peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit dudit médecin d'utiliser les ressources de l'établissement.

Ce faisant, le DSP doit, préalablement à l'application de ces sanctions administratives, indiquer au médecin 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.

Sauf s'il en est autrement prévu aux règles d'utilisation des ressources applicables :

- Une **première contravention** entraîne un avertissement écrit;
- Une **deuxième contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période de cinq jours;
- Une troisième **contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'un mois.

12.4 Mesures disciplinaires

Lorsqu'un médecin enfreint le présent règlement, le CA de l'établissement peut prendre des mesures disciplinaires en conformité avec les dispositions de l'article 249 de la LSSSS.

13 DISPOSITIONS FINALES

L'adoption, la révision ou les amendements au règlement sont soumis au processus prévu à l'article 1.3 du présent règlement. Ils doivent être soumis pour approbation au CMDP et au CA de l'établissement.

Le présent règlement, sa révision ou ses amendements entrent en vigueur lors de leur adoption par le 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 CA de l'établissement.

Le présent règlement du Département clinique de psychiatrie doit être révisé dans les quatre ans de son adoption.

ANNEXES

ANNEXE I Organigramme

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-23
	Direction responsable : Direction de santé publique (DSPublique)
	Approuvé par le conseil d'administration le : 7 février 2023 Résolution no : CA-CIUSSS-2023-02[R-23]-07
	Entrée en vigueur le : 7 février 2023
TITRE : RÈGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE	

Adopté par le Département de santé publique le : 9 décembre 2022

Approuvé par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) le : 11 janvier 2023

AVANT-PROPOS

La démarche de révision du présent règlement effectuée en 2022 a permis de répondre à un certain nombre de besoins concernant la mission du département, sa mission universitaire, le rôle de son chef, les principales fonctions du responsable d'un regroupement, les principales obligations des membres, certains éléments du processus de recrutement des médecins, des systèmes de garde et des mandats du comité exécutif du département (auparavant nommé comité de coordination).

Cette démarche de révision est un processus à poursuivre, considérant qu'il reste des enjeux majeurs sur lesquels il faut continuer à travailler tels que : 1) les contours et contenus de la mission du département et des rôles de ses membres en relation avec les applications des articles de lois afférant aux responsabilités professionnelles en santé publique (ex. : article 373 de la LSSSS, la Loi sur la santé publique, etc.); 2) les chantiers entrepris pour développer et implanter davantage la co-construction des interventions de santé publique avec les autres intervenants de la direction; 3) la cogestion de type collaboratif avec les gestionnaires. Soulignons que cette démarche devra aussi tenir compte des transformations majeures à venir dans l'organisation de la santé publique au Québec, dans le cadre des travaux ministériels de refondation du système de santé et services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	2
LISTE DES ACRONYMES	6
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
1.1 Définitions	7
1.2 Objet du règlement	8
1.3 Adoption, application et interprétation du règlement	8
1.4 Révision et amendements	8
2. COMPOSITION	9
2.1 Département	9
3. MISSION ET OBJECTIFS	9
3.1 Mission du département	9
3.2 Objectifs généraux du département	9
3.2.1 Soins et services cliniques et autres interventions de santé publique	9
3.2.2 Objectifs en lien avec la mission universitaire	10
3.2.2.1 Enseignement	10
3.2.2.2 Recherche et innovation	11
3.2.2.3 Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publique	11
4. ORGANISATION DU DÉPARTEMENT	11
4.1 Direction	11
4.2 Regroupements	11
4.2.1 Prévention et protection en maladies infectieuses (PPMI) / Réduction des méfaits liés aux drogues (RDM)	12
4.2.2 Santé au travail (SAT) et Santé environnementale (SE)	12
4.2.3 Développement sain et sécuritaire des populations (DSSP)	12
5. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT	12
5.1 Processus de nomination	12
5.2 Qualifications	13
5.3 Fonctions et responsabilités générales du chef de département	13
5.3.1 Sous l'autorité du directeur de santé publique	13
5.3.2 Sous l'autorité du CMDP	14
5.4 Fonctions et responsabilités particulières du chef de département	15
5.4.1 Autorisation temporaire d'exercice à un professionnel	15
5.4.2 Suspension d'un membre du département	15
5.4.3 Qualité, sécurité et pertinence des soins et services de santé publique	15
5.4.4 Organisation des activités départementales	16
5.4.5 Gestion des ressources départementales	16
5.4.5.1 Ressources humaines	16
5.4.5.2 Ressources matérielles	17
5.4.5.3 Ressources financières	17
5.4.6 Enseignement et recherche/innovation	17
5.4.6.1 Exigences des différents organismes	17
5.4.6.2 Développement de la recherche et de l'innovation	17
5.4.6.3 Engagement universitaire	17
5.5 Autres responsabilités ou considérations à l'égard du chef de département	17
5.5.1 Rapport d'activités	17
5.5.2 Remplacement temporaire	17
5.5.3 Démission	18

5.5.4	Nomination d'un ou plusieurs adjoints	18
5.5.5	Assiduité aux assemblées départementales	18
6.	NOMINATION ET FONCTIONS DU RESPONSABLE D'UN REGROUPEMENT	18
6.1	Nomination	18
6.2	Destitution	18
6.3	Fonctions	18
6.3.1	Fonctions cliniques	19
6.3.2	Fonctions administratives	19
7.	OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES DU DÉPARTEMENT	20
7.1	Obligations générales	20
7.2	Obligations spécifiques des membres	21
7.2.1	Activités cliniques	21
7.2.2	Activités de formation	22
7.2.3	Activités de recherche et innovation	22
7.2.4	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publique (ÉTMIS)	22
8.	STATUT ET PRIVILÈGES DES MEMBRES DU DÉPARTEMENT	23
9.	RECRUTEMENT ET RENOUELEMENT DES PRIVILÈGES DES MEMBRES DU DÉPARTEMENT	23
9.1	Principes généraux et processus du recrutement	23
9.2	Demande d'ajout au plan d'effectifs	23
9.3	Renouvellement des privilèges	24
10.	ACTIVITÉS CLINIQUES ET GARDE	24
10.1	Couverture des services professionnels	24
10.2	Couverture de la garde	24
11.	ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT	25
12.	ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU	25
13.	ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL	25
14.	ACTIVITÉS DE RECHERCHE ET D'INNOVATION	26
15.	ASSEMBLÉES	26
15.1	Assemblées ordinaires	26
15.2	Assemblées extraordinaires	26
15.3	Procédure des assemblées	27
15.3.1	Avis de convocation	27
15.3.2	Participation à distance	27
15.3.3	Ordre du jour	27
15.3.4	Ajout à l'ordre du jour	27
15.3.5	Présidence	27
15.3.6	Droit de vote	28
15.3.7	Décision	28
15.3.8	Procès-verbal	28
15.3.9	Absence	28
15.3.10	Quorum	29
16.	COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	29
16.1	Comité exécutif	29
16.2	Comité d'évaluation de l'acte	29
16.3	Autres comités départementaux	30

17. MÉCANISMES ADMINISTRATIFS.....	30
17.1 Absences.....	30
17.2 Remplacements.....	30
17.3 Modification des activités	30
17.4 Règles spécifiques à la préretraite et à la retraite.....	30
17.5 Mesures disciplinaires	31
18. DISPOSITIONS FINALES.....	31
ANNEXE I.....	32
ANNEXE II.....	33

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSDI	Communautés saines, durables et inclusives
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires
DSP	Directeur des services professionnels
DSPublique	Directeur de santé publique
DSSP	Développement sain et sécuritaire des populations
ÉTMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publique
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDG	Président-directeur général
PESA	Planification/évaluation, surveillance/vigie, administration
PPMI	Prévention et protection en maladies infectieuses
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements
RUISSS UL	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Définitions

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

- Membre : ce terme, lorsqu'utilisé seul, inclut un médecin ou dentiste détenant des privilèges d'exercice dans le département
- Chef de département : membre responsable de la bonne marche du département de santé publique;
- Responsable d'un regroupement : membre qui, sous la supervision du chef du département, assure la bonne marche des activités associées à un regroupement de médecins et dentistes au sein du département;
- Adjoint au chef du département : membre qui, sous la supervision du chef du département, assure la réalisation de certaines activités essentielles à la mission du département et à la qualité des services de santé publique;
- Comité exécutif : comité aviseur au chef du département, composé du chef du département, des responsables de regroupements nommés par le conseil d'administration et des adjoints au chef du département nommés par celui-ci;
- Regroupement : entité fonctionnelle du département regroupant les membres qui détiennent des privilèges dans le département pour exercer des activités professionnelles dans l'un ou l'autre des domaines suivants :
 - Prévention et promotion en maladies infectieuses/réduction des méfaits;
 - Santé au travail et santé environnementale;
 - Développement sain et sécuritaire des populations;
- Département clinique de santé publique (ici appelé « département ») : entité prévue à la partie clinique du plan d'organisation de l'établissement, regroupant tout membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement détenant des privilèges dans le Département de santé publique accordés par le conseil d'administration (CA), qu'il s'agisse d'un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, en santé au travail, en médecine de famille ou dans un autre domaine de spécialité, ou d'un dentiste, qui exerce des activités cliniques et académiques propres à la discipline en santé publique et médecine préventive et qui en assure la qualité et le développement;
- Directeur de santé publique : médecin-cadre de l'établissement nommé conformément à l'article 372 de la LSSSS, qui assume notamment les responsabilités décrites aux articles 373 et suivants de cette même Loi, pour la région de la Capitale-Nationale;
- Établissement : le Centre intégré de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

1.2 Objet du règlement

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

- La mission du département;
- Les responsabilités du chef de département et des responsables de regroupements;
- Les devoirs et les obligations des membres du département;
- L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde et au recrutement de médecins;
- La procédure applicable aux réunions du département.

1.3 Adoption, application et interprétation du règlement

Le présent règlement est adopté en conformité avec les dispositions de :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
- La Loi sur la santé publique et ses règlements;
- Les règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- Les règlements du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

L'interprétation du présent règlement doit tenir compte de toute disposition pertinente de la LSSSS et des règlements précités. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ces règlements ont préséance sur le présent règlement.

Tous les membres du département sont concernés par le présent règlement. Ils doivent contribuer à en assurer le respect.

Dans le cas où des modalités différentes sont prévues au règlement d'un autre département au sein duquel un membre du Département de santé publique détient aussi des privilèges d'exercice, les chefs de département concernés sont appelés à confirmer par écrit ces modalités et à convenir de leur application, comme prévu au règlement du CMDP.

Le département est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

Le présent règlement tient compte de la désignation universitaire de l'établissement.

1.4 Révision et amendements

Les amendements découlant de la révision du présent règlement doivent être adoptés par les deux tiers ($\frac{2}{3}$) des membres actifs présents ou qui participent à distance au cours d'une assemblée ordinaire ou extraordinaire du département convoquée à cette fin.

Le présent règlement doit être révisé régulièrement, au moins tous les quatre (4) ans, et soumis à nouveau aux membres du département pour adoption. La mise en vigueur du présent règlement et de tout amendement requiert l'approbation du CA de l'établissement sur recommandation du CMDP.

2. COMPOSITION

2.1 Département

Tel que défini à l'article 1.1, le département regroupe tout membre du CMDP de l'établissement détenant des privilèges dans le Département de santé publique, qu'il s'agisse d'un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, en santé au travail, en médecine de famille ou dans un autre domaine de spécialité, ou d'un dentiste, qui exerce des activités cliniques et académiques propres à la santé publique et médecine préventive décrite à l'article 10 et qui en assure la qualité et le développement.

3. MISSION ET OBJECTIFS

3.1 Mission du département

Il s'agit d'une mission d'excellence, de rayonnement et d'innovation en services de santé publique. Cette mission s'énonce ainsi :

- Offrir des services de santé publique de qualité à la population de la région de la Capitale-Nationale, pour répondre à ses besoins et aux priorités en émergence;
- Participer, de concert avec l'Université Laval, à l'enseignement et à la recherche de même que, le cas échéant, à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publique;
- Fournir aux cliniciens, aux partenaires et à la population une information médicale pertinente et de la plus haute qualité.

Le département est un partenaire-clé pour que soient relevés les défis considérables d'actualiser et de réaliser l'ensemble des fonctions de la santé publique. Il doit contribuer au développement et à l'implantation des grandes priorités en émergence (changement climatique, inégalités sociales de santé, maladies chroniques, risques biologiques...) et de sa mission universitaire en cohérence avec les orientations stratégiques de la Direction régionale de santé publique, dont celles de l'interdisciplinarité, de l'intersectorialité et des partenariats avec différents acteurs et la communauté.

3.2 Objectifs généraux du département

3.2.1 Soins et services cliniques et autres interventions de santé publique

- Offrir et dispenser des soins et services de qualité en santé publique à la population de la région dans ses domaines de compétence, tout en assurant l'optimisation des ressources humaines, matérielles, financières et immobilières à sa disposition, en prenant en considération la proximité et la hiérarchisation des services avec les autres établissements du réseau aux plans local, régional et suprarégional;

- S'assurer de respecter les critères de sécurité, d'efficience et de pertinence;
- Assurer l'accès aux soins et services dans les délais généralement reconnus;
- Favoriser l'innovation;
- Favoriser les pratiques fondées sur des données probantes;
- Maintenir un haut niveau de flexibilité dans l'organisation des services en vue de s'adapter rapidement à l'évolution des besoins, des connaissances, des technologies et des modes d'intervention;
- Soutenir les partenaires institutionnels, communautaires ou du secteur privé impliqués dans les services de santé publique offerts à différents sous-groupes de population de la région;
- Promouvoir la participation citoyenne et intervenir avec des approches interdisciplinaires et intersectorielles, dans le plus grand respect de tous acteurs impliqués;
- Collaborer avec les autres départements de l'établissement et avec les départements de santé publique des établissements du RUIS-UL dans leur mission de soins et services.

3.2.2 Objectifs en lien avec la mission universitaire

La mission universitaire est un atout considérable pour le Département de santé publique. Elle est aussi une grande opportunité pour qu'il contribue à faire de la direction une organisation apprenante. Elle comprend les missions d'enseignement, de recherche-innovation et d'évaluation, et est aussi liée aux fonctions de développement professionnel continu et d'évaluation de l'acte. Elle est également une opportunité de développement de la santé publique, des expertises professionnelles et organisationnelles, des pratiques de terrain auprès de populations et des leaderships individuels et collectifs. De plus, elle constitue un atout majeur pour renforcer les capacités de recrutement et de rétention des membres du département. Également, elle représente un levier considérable pour développer des alliances, des collaborations et partenariats avec les principaux acteurs influençant la santé publique dans la région et en particulier les citoyens et leurs communautés, les intervenants, les chercheurs, les centres d'interventions, les établissements et décideurs concernés et la population.

3.2.2.1 Enseignement

- Participer activement à l'enseignement de la santé publique et médecine préventive, de même que la médecine du travail aux niveaux pré et post-gradués;
- Participer à la formation des autres professionnels de la santé inscrits à des programmes collégiaux ou universitaires;
- Familiariser les étudiants en médecine et les résidents avec les différents aspects de la pratique en santé publique;
- Favoriser le développement des pratiques novatrices, notamment de télé-enseignement, plus particulièrement au sein du RUIS-UL, afin d'y donner accès aux résidents en médecine et de permettre l'enseignement médical continu dans le territoire de desserte.

3.2.2.2 Recherche et innovation

- Contribuer au développement d'une culture de recherche et d'innovation adaptée à sa mission de santé publique;
- Appuyer le développement de la recherche clinique, interventionnelle/d'impact et populationnelle en santé publique dans la région;
- Appuyer le développement d'innovations pertinentes pour l'action de santé publique aux plans local, régional et provincial.
- Soutenir le recrutement et l'intégration de professeurs chercheurs cliniciens au sein du département;
- Soutenir le recrutement de maîtres, doctorants et post-doctorants en concordance avec les priorités et les orientations stratégiques du département;
- Favoriser et soutenir les échanges et les collaborations entre cliniciens, chercheurs, départements cliniques du CIUSSS de la Capitale-Nationale, autres experts et la population de la région de la Capitale-Nationale;
- Favoriser et développer la culture de recherche clinique, interventionnelle/d'impact et populationnelle auprès des résidents en formation.

3.2.2.3 Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publique

- Contribuer au développement de la culture d'évaluation dans le département;
- Évaluer les modes d'intervention en santé au regard des soins, services et autres interventions de santé publique, des déterminants de la santé de la population ainsi que leur apport au développement de l'enseignement et de la recherche dans le département;
- Collaborer avec les autres départements de l'établissement et de la région (UETMIS/CHU de Québec-Université Laval) dans l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- Favoriser et développer la culture d'évaluation auprès des résidents en formation.

4. ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

4.1 Direction

L'organigramme (cf. annexe I) du département fait partie intégrante de la partie clinique du plan d'organisation de l'établissement. Sa direction est assumée par un chef, qui est appuyé dans l'exercice de ses fonctions par des responsables de regroupements et des adjoints au chef du département, tous membres du comité exécutif du département.

4.2 Regroupements

Le département renferme trois regroupements de membres qui se définissent comme suit :

4.2.1 Prévention et protection en maladies infectieuses (PPMI) / Réduction des méfaits liés aux drogues (RDM)

Le regroupement prévention et protection en maladies infectieuses réunit les médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans les équipes Prévention et protection en maladies infectieuses, santé-voyage, Service intégré de dépistage et de prévention (SIDE) des ITSS et à la clinique de tuberculose. Leurs activités sont principalement axées sur la prévention des maladies infectieuses, la vigilance et la protection de la santé de la population contre les menaces de nature infectieuse, notamment les maladies à déclaration obligatoire (MADO). Des membres du regroupement réalisent également des activités cliniques individuelles (prévention, dépistage, immunisation, traitement, etc.) auprès de clientèles spécifiques (ex. : voyageurs, clientèle vulnérable aux ITSS, personnes atteintes de tuberculose).

Une équipe spécifique de médecins du regroupement travaille en réduction des méfaits liés aux drogues. Leurs activités sont principalement axées sur la prévention des surdoses et des infections chez les personnes utilisatrices de drogues, la vigilance et la protection de la santé en lien avec les surdoses.

4.2.2 Santé au travail (SAT) et Santé environnementale (SE)

Les interventions en santé au travail visent à protéger la santé et le bien-être des travailleurs, en plus d'assurer la protection de la population. Pour ce faire, le regroupement participe à la mise en œuvre du Programme des services de santé au travail selon les termes de l'entente de partenariat de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du contrat avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il réalise également des interventions complémentaires relatives aux milieux de travail prévues au Plan d'action régional de santé publique.

Les interventions en santé environnementale visent à prévenir les maladies ainsi que promouvoir la santé et le bien-être en identifiant et contrôlant l'exposition à des risques physiques, chimiques ou biologiques dans l'air, l'eau, le sol et autres sources environnementales, ainsi qu'en favorisant des environnements favorables à la santé.

4.2.3 Développement sain et sécuritaire des populations (DSSP)

Le regroupement Développement sain et sécuritaire des populations réunit les médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans les équipes de Planification/évaluation, Surveillance/vigilance et Communautés saines, durables et inclusives (CSDI). Leurs activités sont principalement axées sur la surveillance continue de l'état de santé et de ses déterminants, la promotion de la santé et du bien-être et la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes.

Tous les membres du département peuvent être appelés à agir en situation d'urgence selon leurs champs d'exercice spécifiques habituels. De plus, une situation d'urgence sanitaire majeure peut demander la mobilisation de toutes les ressources médicales et dentaires, selon leurs compétences, indépendamment de leurs champs d'exercice habituels.

5. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

5.1 Processus de nomination

Un chef de département est nommé selon les modalités prévues au Règlement relatif à la nomination des chefs de département et des chefs de service cliniques au CIUSSS de la Capitale-Nationale (R-33). Cette nomination est effective pour un terme d'au plus quatre (4) ans et est renouvelable.

5.2 Qualifications

Le chef de département doit être titulaire d'un certificat émis par le Collège des médecins du Québec (CMQ) ou par l'Ordre des dentistes du Québec et il doit être membre actif du CMDP de l'établissement.

Le candidat à la chefferie doit :

- Être apte à mobiliser et à gérer les ressources du département, en coordonner les activités et rendre compte des résultats et des facteurs qui les influencent;
- Avoir une sensibilité et un intérêt à soutenir les quatre missions de l'établissement (soins, enseignement, recherche, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé);
- Être reconnu par ses pairs;

La détention d'un statut de professeur à l'Université Laval constitue un atout.

5.3 Fonctions et responsabilités générales du chef de département

5.3.1 Sous l'autorité du directeur de santé publique¹

Le chef de département assume les responsabilités suivantes :

- Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens du département;
- Gérer les ressources médicales et dentaires du département et, dans la mesure prévue au plan d'organisation de l'établissement, les autres ressources;
- Élaborer pour le département des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les membres du département :
 - Ces règles d'utilisation peuvent prévoir des incitatifs, mais doivent aussi 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;

¹ Le directeur de santé publique exerce les responsabilités du directeur des services professionnels prévues aux articles 189 à 192 et 203 à 205 de la LSSSS.

- Lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le directeur de la santé publique ou, à défaut, le président-directeur général doit les élaborer;
 - Ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit, au préalable, obtenir l'avis du CMDP.
- S'assurer dans le département du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme de gestion de l'accès aux soins et services applicable;
- Dresser la liste de garde conformément aux modalités du système de garde adopté par le CMDP et approuvé par le CA, et veiller à son application;
- S'assurer de la distribution appropriée des soins et services médicaux et dentaires dans le département;
- Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour le département et informer, le cas échéant, le directeur de santé publique ou le CMDP de l'inobservation de ces règles par un membre du département;
- Collaborer au choix des priorités et des orientations stratégiques de la direction et à l'identification d'indicateurs de qualité et de performance;
- Réaliser tout mandat confié par le directeur de santé publique, conformément au second alinéa de l'article 373 de la LSSSS;

Lorsqu'aucun chef de département n'est désigné, les responsabilités visées au présent article sont exercées par le directeur de santé publique.

5.3.2 Sous l'autorité du CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP :

- De surveiller la façon dont s'exerce la médecine, les responsabilités professionnelles en lien avec les lois (LSSSS et Loi sur la santé publique), l'art dentaire et pharmaceutique dans le département :
 - Le cas échéant, de surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers, les activités qui sont exercées par des infirmiers ou d'autres professionnels du département habilités à les exercer par règlement du Bureau du Collège des médecins du Québec.
- D'élaborer pour le département des règles de soins et services, et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des soins et services de santé publique adéquats à la population, 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 président-directeur général de les élaborer;
- De plus, les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, qui doivent être élaborées conformément au paragraphe 20 du premier alinéa de l'article 190, doivent préalablement être approuvées par le directeur de santé publique (art. 192.0.1 de la LSSSS).
- De donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin, dentiste ou pharmacien lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges;
- Lorsqu'aucun chef de département n'est désigné, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP.

5.4 Fonctions et responsabilités particulières du chef de département

5.4.1 Autorisation temporaire d'exercice à un professionnel

- Le chef de département peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin ou à un dentiste l'autorisation d'exercer sa profession dans un centre exploité par l'établissement. Dans ce cas, il doit aviser immédiatement le PDG et le ministre. Cette autorisation est d'une durée maximale de trois (3) 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 ou dentiste peut, sans cette autorisation, donner les soins ou les services requis par l'état de l'usager.

5.4.2 Suspension d'un membre du département

En situation d'urgence, le chef de département peut suspendre les privilèges de tout membre de son département. Il doit alors avertir immédiatement le président du CMDP et lui transmettre un rapport dans les quatre (4) jours qui suivent.

Une telle suspension est valide jusqu'à ce que le CA ait pris une décision au sujet du membre suspendu, sans toutefois excéder une période de vingt (20) jours.

5.4.3 Qualité, sécurité et pertinence des soins et services de santé publique

- Le chef de département veille à la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et services offerts par les membres du département. Il est assisté dans cette tâche par les responsables de regroupements et par l'adjoint au chef du département à l'évaluation de l'acte, dont les fonctions sont définies à l'article 13;
- Il établit et met en application les mécanismes de contrôle et d'appréciation des actes médicaux et dentaires posés dans son département, en collaboration avec le CMDP et le directeur de santé

publique. Il s'assure que tous les membres actifs du département participent à l'évaluation de l'acte médical;

- Il assure le leadership dans l'application des guides de pratique en fonction des résultats probants;
- Il s'assure que les membres du département maintiennent leurs compétences en réalisant des activités de formation professionnelle conformément aux obligations inscrites dans le règlement sur la formation obligatoire de leur ordre professionnel et par leur participation régulière à des congrès ou symposiums et autres réunions scientifiques du département, et plus généralement, à sa mission universitaire.

5.4.4 Organisation des activités départementales

- Le chef de département, en consultation avec le comité exécutif, élabore les objectifs et les priorités du département;
- Il établit un système de communication efficace, qui contribue à l'information, à la consultation et à la participation active des membres du département;
- Il gère les ressources du département en conformité avec le plan d'organisation de l'établissement;
- Il assure les représentations externes lorsque les situations l'exigent pour obtenir une organisation optimale des soins et services de santé publique;
- Il participe 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 du département;
- Il s'assure que les responsables de regroupements réalisent leurs responsabilités déléguées;
- Il approuve la structure d'organisation du travail de chaque regroupement;
- Il consulte les responsables de regroupements dans les dossiers les concernant plus spécifiquement;
- Il agit avec équité et peut déléguer toute tâche ou responsabilité qu'il juge pertinente à tout autre membre.

5.4.5 Gestion des ressources départementales

5.4.5.1 Ressources humaines

Le chef du département est responsable, en consultation avec le responsable du regroupement concerné, de la planification des effectifs médicaux requis pour le bon fonctionnement du département ainsi que du recrutement des médecins susceptibles de devenir membres du département. Pour chaque nouveau membre, il s'assure d'obtenir l'appui de l'Université selon les termes du contrat d'affiliation qui lie l'établissement à l'Université Laval.

- Le chef du département favorise un bon climat au sein de son département et des comportements civils, notamment par l'application de la Politique relative à la promotion de la civilité et à la

prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail (PO-05) en vigueur dans l'établissement;

- Le chef du département s'assure du bon déroulement des activités relatives à l'accueil de tout nouveau membre.

5.4.5.2 Ressources matérielles

Le chef du département, lorsque cela est indiqué, gère les ressources matérielles qui lui sont confiées par l'administration et fait les représentations nécessaires lorsqu'elles sont insuffisantes.

Il conseille l'administration sur l'achat et l'entretien de matériel destiné à la dispensation des services à la clientèle.

5.4.5.3 Ressources financières

Le chef du département, lorsque cela est indiqué, gère les ressources financières qui lui sont confiées par l'administration et fait les représentations nécessaires lorsqu'elles sont insuffisantes.

5.4.6 Enseignement et recherche/innovation

5.4.6.1 Exigences des différents organismes

Le chef de 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, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, sont respectées.

5.4.6.2 Développement de la recherche et de l'innovation

Le chef de département promeut et soutient la mission de recherche et d'innovation du département et encourage les membres du département à s'engager dans des activités de recherche, à présenter et publier des travaux scientifiques y afférant.

5.4.6.3 Engagement universitaire

Le chef de département coordonne, en collaboration avec les instances universitaires concernées, dont les directeurs des programmes de formation, les activités universitaires des membres du département, des résidents et des étudiants, le tout en respect du contrat d'affiliation intervenu avec l'Université Laval.

5.5 Autres responsabilités ou considérations à l'égard du chef de département

5.5.1 Rapport d'activités

Chaque année, le chef de département, aidé du comité exécutif, dépose un rapport des activités du département : cliniques, d'enseignement, de développement professionnel continu, de recherche, d'évaluation des technologies et modes d'intervention et d'évaluation de l'acte médical.

5.5.2 Remplacement temporaire

Lorsque le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il peut être remplacé durant cette période par un membre du département nommé par le CA. Tant que ce remplaçant n'a pas été ainsi nommé, les responsabilités qui incombent au chef de département sont alors exercées conjointement par le directeur de santé publique et le CECMDP, eu égard à leur compétence respective.

5.5.3 Démission

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

5.5.4 Nomination d'un ou plusieurs adjoints

Le chef de département nomme des adjoints pour le seconder dans ses responsabilités, notamment dans les secteurs d'activités prévus dans le présent règlement; il convient avec eux des tâches qui leur sont confiées.

5.5.5 Assiduité aux assemblées départementales

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées. Le directeur de santé publique, le CECMDP et le CA ont accès à ce registre, sur demande.

6. NOMINATION ET FONCTIONS DU RESPONSABLE D'UN REGROUPEMENT

6.1 Nomination

Le responsable d'un regroupement est nommé selon les modalités prévues au Règlement relatif à la nomination des chefs de département et des chefs de service cliniques au CIUSSS de la Capitale-Nationale (R-33), en les adaptant. Cette nomination est effective pour un terme d'au plus quatre (4) ans et est renouvelable.

6.2 Destitution

Le responsable d'un regroupement peut être destitué de ses fonctions à la suite d'une proposition à cet effet émanant du chef du département ou d'une majorité de membres associés au regroupement concerné, qui en ont manifesté le souhait. Cette proposition doit être soutenue par le directeur de santé publique ou le CECMDP en vue qu'elle soit portée à la connaissance du CA, pour que celui-ci en dispose.

6.3 Fonctions

- Sous la supervision du chef du département dont il est un collaborateur immédiat, le responsable d'un regroupement est un leader qui assume envers les membres de son regroupement des rôles d'animateur et de mobilisateur, le conduisant à développer une vision d'ensemble des activités des membres de son regroupement, et convenir avec eux des meilleures pratiques permettant de réaliser les activités inhérentes à la mission du département.

- En outre, il agit comme un interlocuteur privilégié et cogestionnaire², le cas échéant, auprès des cadres gestionnaires et des partenaires avec qui il collabore dans la réalisation des activités de son regroupement et des services de la DSPublique.
- Il collabore à l'identification des priorités de la direction et du département ainsi qu'à leur mise en œuvre.
- Il forme équipe lorsque nécessaire avec les autres regroupements pour harmoniser les pratiques et favoriser leur synergie, en particulier sur des enjeux/priorités transversaux et complémentaires.
- Il contribue au développement de la mission universitaire du département et de la direction et encourage la participation active de ses membres.

6.3.1 Fonctions cliniques

Plus spécifiquement, il :

- Assume un leadership mobilisateur quant au travail d'ensemble réalisé par les membres de son regroupement et en informe au besoin le chef du département;
- Lorsque la situation l'exige, suscite la cohérence et la synergie des pratiques au sein des activités impliquant les membres de son regroupement;
- Rend compte au besoin au chef du département des activités professionnelles des membres de son regroupement;
- Informe le chef du département sur les besoins de son regroupement et sur les difficultés rencontrées par l'un ou l'autre de ses membres dans l'exercice de sa profession;
- Élabore au besoin, en collaboration avec ses membres, les règles nécessaires au bon fonctionnement du regroupement et à une prestation de services médicaux de qualité et sécuritaires pour la population;
- Reçoit et entend les insatisfactions des membres de son regroupement, leur donne suite ou les réfère et en informe le chef du département s'il le juge nécessaire;
- Donne au chef du département son avis sur les privilèges et obligations à consentir à un membre lors d'une demande ou d'un renouvellement de nomination;
- Prépare annuellement l'avis de service concernant chaque membre de son regroupement;

6.3.2 Fonctions administratives

Plus spécifiquement, il :

² La notion de cogestion fera l'objet d'un chantier en 2023.

- Convient avec les membres de son regroupement des modalités visant la gestion de leurs présences et absences, de façon à assurer une couverture adéquate des services professionnels offerts par le regroupement;
- S'assure de l'élaboration d'une liste de garde pour la couverture des activités dont il a la responsabilité et veille à son application;
- Détermine avec le chef du département et les cadres gestionnaires concernés les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles requises pour un bon fonctionnement des activités du regroupement et au respect du budget;
- Veille au bon fonctionnement des activités propres à son regroupement et contribue, en cogestion avec les cadres concernés, au bon fonctionnement des services de santé publique de la direction;
- Convoque au moins une fois par trimestre les membres de son regroupement pour une réunion à des fins médico-administratives;
- S'assure que les décisions entérinées lors des réunions du regroupement sont consignées dans des documents officiels accessibles aux membres;
- Contribue à la production du rapport annuel du département.

En l'absence d'un responsable d'un regroupement, les fonctions de celui-ci sont assumées par le chef de département. Il peut toutefois être remplacé de façon temporaire par une personne dûment nommée par le chef de département.

Le responsable d'un regroupement peut en tout temps quitter ses fonctions, soixante (60) jours après avoir adressé un avis écrit à cet effet au chef de département, au CA et au CECMDP.

Les règles de soins médicaux, règles de pratique et règles d'utilisation de ressources élaborées par un responsable d'un regroupement et applicables à ce regroupement sont soumises au chef du département, qui les achemine selon les processus d'approbation prévus pour les règles similaires applicables au département.

7. OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES DU DÉPARTEMENT

7.1 Obligations générales

Chaque membre :

- Travaille dans la pleine mesure de ses compétences à la réalisation de la mission, des orientations et des objectifs du département, et plus généralement au développement de sa profession;
- Participe activement aux activités de soins et services et autres interventions populationnelles ainsi qu'aux activités d'enseignement, et contribue, selon les besoins qui se présentent et ses expertises, aux activités de recherche et d'innovation ou d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publique auxquelles il est associé;
- Collabore avec le chef du département et les responsables de regroupements concernés, selon des modalités qu'ils déterminent, à tout effort visant à améliorer les services de santé publique;

notamment, contribue dans la mesure de ses compétences et des attentes du chef du département ou du responsable du regroupement dont il fait partie, au soutien de celui-ci dans l'exercice de ses responsabilités;

- Travaille en collaboration avec les autres membres de son regroupement et du département ainsi que les membres du personnel, et entretient avec eux des relations empreintes de civilité;
- Participe aux activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'acte médical en tenant compte des attentes convenues avec les membres de son regroupement médical, dans le respect de la responsabilité du chef de département;
- Respecte l'ensemble des obligations prévues à la résolution du CA concernant sa nomination ou le renouvellement de sa nomination;
- Respecte l'ensemble des obligations prévues au Règlement de régie interne du CMDP (no 134-40) et les autres règlements du CMDP de l'établissement;
- Respecte son code de déontologie;
- Respecte les règlements du CA et les politiques et procédures de l'établissement;
- Respecte les règlements, les politiques et les procédures internes du département;
- Respecte les règles de soins et services et d'utilisation des ressources du département;
- Fournit, sur demande du chef de département, les informations suivantes : la description de ses activités cliniques de santé publique, les preuves du maintien de ses compétences et de sa participation aux comités de l'établissement, incluant sa participation aux activités d'enseignement, de recherche et d'innovation, et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publique, le cas échéant.

7.2 Obligations spécifiques des membres

7.2.1 Activités cliniques

Les activités cliniques de santé publique constituent l'essence de la tâche professionnelle de la majorité des membres du département. Elles sont exercées selon des règles établies en conformité avec les règlements du CMDP et le plan d'organisation du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces règles requièrent l'approbation du chef de département en consultation avec le comité exécutif du département.

Ces activités comprennent également la participation des membres du département à des mécanismes régionaux ou suprarégionaux de consultation, de concertation, de coordination ou d'harmonisation des pratiques, conformément aux attentes des responsables du regroupement dont ils font partie.

Dans le cadre de la nécessité d'effectuer de la garde, il importe de rappeler que la garde est une obligation rattachée aux privilèges accordés par l'établissement. Le non-respect de la liste de garde à laquelle il est requis que le membre du département participe peut entraîner des mesures administratives ou disciplinaires.

Le membre est responsable de transmettre ses non-disponibilités, notamment pour la garde, selon les modalités et les délais convenus dans le département.

Chaque membre est personnellement responsable de la qualité de la tenue de dossiers ou des notes relevant de son exercice professionnel et de la confidentialité des informations cliniques dont il a connaissance.

7.2.2 Activités de formation

Les membres du département conviennent que leur pratique comprend un double rôle de professionnel de santé publique et d'enseignant. Pour ce faire, chaque membre :

- Maintient ses compétences en participant régulièrement à des réunions scientifiques, à des journées d'étude ou à des congrès ou toute autre forme reconnue de maintien des compétences et en rend compte selon les modalités déterminées par le chef de département ou à sa demande;
- Obtient minimalement, auprès de l'Université Laval, un titre de chargé d'enseignement clinique;
- Participe activement aux activités d'enseignement, incluant la supervision, outre des résidents et externes, de tout stagiaire en santé publique, et respecte les règles découlant du contrat d'affiliation de l'établissement avec l'Université Laval;
- En accord avec le responsable du regroupement dont il fait partie et en réponse aux besoins de l'enseignement, accomplit adéquatement et efficacement les tâches d'enseignement que l'adjoint à l'enseignement lui confie.

7.2.3 Activités de recherche et innovation

Le membre démontre de l'ouverture pour la recherche et l'innovation. Le membre participe activement aux activités de recherche et/ou d'innovation auxquelles il est associé et respecte, notamment, les règles découlant du contrat d'affiliation de l'établissement avec l'Université Laval, le cas échéant.

Dans toutes les activités de recherche comportant des actes médicaux et impliquant des usagers ou des participants de la population, les membres relèvent de leur département, même s'ils font partie d'une unité de recherche relevant d'une autre direction. Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis, le cas échéant, par le CMDP, le directeur de santé publique et par le Cadre réglementaire de l'établissement sur l'organisation et les bonnes pratiques de la recherche concernant le dépôt et le suivi des projets de recherche. La réalisation d'activités de recherche constitue l'un des objectifs du département.

7.2.4 Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé publique (ÉTMIS)

Chaque membre :

Contribue, selon les besoins qui se présentent et ses expertises, aux activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé nouveaux ou existants auxquelles il est associé au regard des soins et services, des déterminants de la santé des populations ainsi que de leur apport au développement de l'enseignement et de la recherche dans le département.

8. STATUT ET PRIVILÈGES DES MEMBRES DU DÉPARTEMENT

Le statut et les privilèges des membres du département leur sont attribués selon les règles prévues à la LSSSS et au Règlement sur la régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CIUSSS de la Capitale-Nationale (R-07).

9. RECRUTEMENT ET RENOUVELLEMENT DES PRIVILÈGES DES MEMBRES DU DÉPARTEMENT

9.1 Principes généraux et processus du recrutement

La procédure de recrutement est une responsabilité départementale instaurée par le chef du département et conduite en collaboration avec le responsable du regroupement concerné.

S'agissant des médecins, toute nomination s'effectue en tenant compte du plan d'effectifs médicaux en vigueur, des besoins de chacun des regroupements et du département, des possibilités d'accueil et des ressources disponibles dans l'établissement.

Le responsable d'un regroupement établit les priorités de recrutement pour son regroupement. Le recrutement doit, dans la mesure du possible, contribuer à la stabilité des équipes et expertises en place, et à leur développement. Ces priorités de recrutement doivent être discutées et faire l'objet d'un examen d'opportunité au sein du comité exécutif du département.

En ce qui a trait aux médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive ou de médecins spécialistes en médecine du travail, l'établissement ne recrute que des médecins détenteurs ou en voie d'obtention d'une formation complémentaire correspondant aux exigences d'une telle formation de l'Université Laval. Le responsable d'un regroupement doit demeurer informé des démarches visant à déterminer le projet de formation complémentaire d'un médecin pressenti pour exercer sa profession au sein de ce regroupement.

Exceptionnellement, le comité exécutif peut reconnaître l'expérience acquise par un médecin postulant et adresser une recommandation favorable à sa nomination au comité des titres du CMDP et au doyen de la Faculté de médecine pour que soient crédités un certain nombre de mois, s'il juge les circonstances appropriées.

Le rôle exact d'une éventuelle recrue au sein du département et sa formation académique complémentaire peuvent faire l'objet de discussions au sein du comité exécutif. Le responsable du regroupement concerné peut y recevoir des suggestions quant au processus visant à choisir un candidat.

Toute demande de nomination faite par un médecin auprès du PDG de l'établissement et tout recrutement proposé par le responsable d'un regroupement doit être entériné par le chef du département avant qu'il l'officialise auprès du directeur de santé publique, lorsqu'il juge pertinent de le retenir.

Une fois la candidature retenue, elle est présentée au comité des titres du CMDP selon les règles en vigueur et en respect du plan d'effectif régional accordé à l'établissement dans cette spécialité.

9.2 Demande d'ajout au plan d'effectifs

Toute demande d'ajout de poste au plan d'effectif régional doit être justifiée par le responsable du regroupement concerné qui en évalue la pertinence et entame auprès du chef de département le processus nécessaire pour répondre à cette demande. L'examen de toute demande d'ajout par le comité exécutif doit s'effectuer à la lumière des principes généraux ci-dessus mentionnés.

9.3 Renouvellement des privilèges

Lors du renouvellement des privilèges, selon les règlements en vigueur, le chef de département, après consultation du responsable du regroupement concerné, se prononce sur les privilèges de chaque membre du département. Son accord doit être conditionnel au respect des règlements du département, du CMDP et de l'établissement, à la contribution aux missions de l'établissement, aux devoirs liés aux tâches universitaires et à toute entente de services professionnels conclue par l'établissement en vertu des articles 108 et suivants de la LSSSS, de même qu'au respect de conditions rattachées aux privilèges antérieurement attribués au membre.

10. ACTIVITÉS CLINIQUES ET GARDE

10.1 Couverture des services professionnels

Activités cliniques relevant du département.

10.2 Couverture de la garde

La couverture de la garde relève d'une responsabilité collective. Aucun membre ne peut se soustraire à ses obligations de partager les activités cliniques de garde, à moins de n'assumer aucune de ces activités en date du 9 décembre 2022. À compter de cette date, aucun nouveau membre ne peut se soustraire à ses obligations de partager les activités cliniques de garde, sauf circonstances exceptionnelles prévues au règlement ou acceptées par le chef du département. C'est notamment le cas des médecins de famille œuvrant au sein d'un regroupement qui n'est pas associé à un système de garde et des dentistes.

Deux secteurs d'activité font l'objet d'un système de garde :

- Les maladies infectieuses et la réduction des méfaits;
- La santé environnementale.

La responsabilité du fonctionnement d'un système de garde est celle :

- Du responsable du regroupement PPMI/RDM pour le secteur d'activité des maladies infectieuses;
- Du chef du département pour le secteur d'activité de santé environnementale.

Pour être adéquat, un système de garde doit assurer une couverture permanente 24/7 de services professionnels permettant de répondre à des besoins urgents. Le responsable d'un système de garde doit s'assurer que soit confectionnée en temps opportun une liste de garde pour assurer équitablement cette couverture, ce qui peut impliquer une collaboration particulière avec un gestionnaire.

Chaque liste de garde doit être tenue à jour et accessible en tout temps. Dès qu'élaborée, elle doit être transmise au directeur de santé publique et au chef du département, de même qu'au secrétariat du CMDP et à toute personne dont la contribution est requise au bon fonctionnement du système de garde.

Le professionnel dont le nom apparaît sur le calendrier de garde doit lui-même se trouver un remplaçant s'il ne peut remplir son obligation. En cas de maladie ou autre problème majeur, il doit en aviser le responsable du système de garde concernée, à qui il appartiendra de voir à la désignation d'un remplaçant. Advenant un absentéisme récidivant, le responsable du système de garde en discutera avec l'individu concerné. Le chef du département sera avisé de la situation. Des procédures disciplinaires peuvent s'ensuivre.

À moins d'une circonstance extraordinaire, le défaut par un professionnel de répondre à un appel sur la garde, donc d'assumer son obligation de garde constitue une infraction réglementaire susceptible d'une procédure disciplinaire. Dans une telle éventualité, le responsable de la liste de garde concerné désigne aussitôt un remplaçant et rédige une note à l'intention du membre avec copie conforme au chef du département. En tout temps, une plainte peut être déposée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité de l'établissement.

11. ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT

En vertu du contrat d'affiliation liant l'établissement à l'Université Laval, le département doit maintenir des activités d'enseignement. Ces activités sont ultimement sous la responsabilité du chef de département.

Le chef de département nomme un adjoint à l'enseignement, afin d'assurer la coordination et le suivi de ces activités.

La pratique de chaque membre du département comprend des activités cliniques et d'enseignement.

Le chef de département, en accord avec la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) de l'établissement, doit s'assurer que les étudiants ont un environnement et un climat propices à la poursuite de leurs études.

12. ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le chef de département nomme un adjoint au développement professionnel continu, afin d'assurer la coordination et le suivi de ces activités, tant à l'interne du service que dans le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval (RUISSS UL). Il s'assure que les membres puissent en tout temps compter sur un environnement et un climat qui sont propices au développement professionnel continu. L'adjoint doit favoriser le maintien et le développement des connaissances en santé publique dans un contexte d'interdisciplinarité.

13. ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL

Le chef de département nomme un adjoint à l'évaluation de l'acte médical.

Sous l'autorité du chef du département, l'adjoint est une personne-ressource en matière d'évaluation de l'acte médical en santé publique. Elle exerce un leadership de compétence. À cette fin, l'adjoint :

- Développe et maintient à jour une expertise, un savoir-faire en matière d'évaluation de l'acte et le rend disponible aux membres du département et des regroupements

- Contribue à la transmission de bonnes pratiques d'évaluation de l'acte et à la diffusion des bons coups en la matière;
- Participe à la mobilisation et à l'accompagnement des membres du département relativement à l'évaluation de l'acte;
- Diffuse les résultats d'activités d'évaluation de l'acte, notamment auprès des membres du département;
- Présente le bilan des activités d'évaluation de l'acte du département auprès des membres du département;
- Assure la représentation du département au Comité d'évaluation de l'acte du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CEACMDP) et la liaison, et lui fait rapport, de même qu'au chef du département.

14. ACTIVITÉS DE RECHERCHE ET D'INNOVATION

La réalisation d'activités de recherche et d'innovation constitue un des objectifs majeurs du département. Le chef de département s'assure de promouvoir et de maintenir un climat et des conditions propices au développement et aux activités relatives à la recherche et à l'innovation adaptées à la pratique de la santé publique.

Le chef de département nomme un adjoint à la recherche et à l'innovation qui doit proposer les mises à jour des orientations prises par le département en cette matière, de même que s'assurer du développement, de la coordination et du suivi des activités. Il doit voir à ce que soit tenu un registre des activités de recherche et d'innovation impliquant les membres et en faire un bilan annuel. L'adjoint doit pouvoir s'informer des activités de recherche et d'innovation ainsi que de partage des connaissances pertinentes pour le département et en informer les membres. Il doit aussi pouvoir voir à une vigie des connaissances sur les approches, méthodes et production adaptées aux besoins de la recherche et innovation du département.

15. ASSEMBLÉES

15.1 Assemblées ordinaires

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Le chef de département doit tenir au moins deux (2) assemblées ordinaires par année. L'une des assemblées ordinaires peut être remplacée par une séance de travail à laquelle sont conviés tous les membres du département.

La participation attendue de chacun des membres est obligatoire. Toute absence doit être motivée auprès du chef du département.

15.2 Assemblées extraordinaires

Les assemblées extraordinaires sont celles où les membres du département discutent d'un sujet unique portant sur une question ou un problème particulier du département.

Une assemblée extraordinaire du département peut être convoquée en tout temps par avis adressé à chaque membre :

- Par le chef de département;
- Par le quart (¼) des membres actifs du département;
- Par le CECMDP.

Une telle demande doit être adressée au chef de département et indiquer la question ou problème à discuter.

15.3 Procédure des assemblées

15.3.1 Avis de convocation

En application d'un calendrier des assemblées ordinaires établies annuellement, l'avis de convocation à une telle assemblée doit parvenir aux membres sept (7) jours avant la date de l'assemblée ordinaire. Dans le cas d'une assemblée extraordinaire, l'avis de convocation doit leur parvenir dans un délai de cinq (5) jours.

15.3.2 Participation à distance

L'avis de convocation prévoit la possibilité pour les membres de participer à une assemblée à l'aide de moyens permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux notamment, par téléphone, visioconférence ou webinaire. Les membres sont alors réputés avoir assisté à l'assemblée.

15.3.3 Ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres au moins sept (7) jours avant la tenue de l'assemblée ordinaire. Dans le cas d'une assemblée extraordinaire, l'ordre du jour doit leur parvenir en même temps que l'avis de convocation.

15.3.4 Ajout à l'ordre du jour

Dans le cadre d'une assemblée ordinaire, tout membre du département peut requérir du chef de 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, seul la question ou problème indiqué à l'ordre du jour d'une assemblée extraordinaire fait l'objet d'une discussion.

15.3.5 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. Au besoin, un président d'assemblée peut être nommé par le chef de département. Sous réserve des dispositions du présent règlement, tout ce qui concerne le déroulement et les procédures à une assemblée relèvent 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 délibérantes³.

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

15.3.6 Droit de vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. Le vote se prend à main levée, sauf si au moins deux (2) membres actifs présents à l'assemblée exigent que le vote soit exercé par scrutin secret. Pour les membres participant à distance, le vote s'exprime verbalement ou, dans le cas d'un scrutin secret, par le moyen le plus approprié aux circonstances, autorisé par le président. En cas d'égalité des voix, le chef de département jouit alors d'un vote prépondérant.

15.3.7 Décision

Sauf en ce qui concerne l'adoption (cf. point 1.3) ou l'amendement du présent règlement, les décisions des assemblées ordinaires se prennent à la majorité des voix des membres actifs présents.

15.3.8 Procès-verbal

Le secrétaire rédige un procès-verbal pour chaque assemblée.

L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

Ces procès-verbaux doivent être approuvés par le chef de département ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des procès-verbaux doit être remise au directeur de santé publique et au secrétaire du CECMDP.

15.3.9 Absence

Le chef de département tient à jour un registre des présences et des absences aux assemblées du département. Le directeur de santé publique, le comité exécutif du CMDP (CECMDP) et le CA ont accès à ce registre, sur demande.

Toute absence aux assemblées ordinaires du département doit être motivée.

Si un membre du département s'absente de façon non motivée à deux (2) réunions de l'assemblée ordinaire au cours d'une même année, le chef de département s'assurera de l'aviser de son obligation. La non-participation aux assemblées départementales ordinaires constitue une infraction au règlement et peut conduire à une remise en question de son statut ou de ses privilèges.

³ Par exemple : Université de Montréal, Secrétariat général, ISBN 2-7606-1755-6.

15.3.10 Quorum

Le quorum des assemblées du département est constitué de quarante pourcent (40 %) des membres actifs.

16. COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

Chaque comité départemental réalise le mandat que lui confie le chef du département. Le comité détermine ses modalités de fonctionnement, dont l'horaire de ses réunions selon les besoins de son mandat. Il fait rapport au chef de département dans les délais demandés.

16.1 Comité exécutif

Un comité exécutif est formé afin de :

- Conseiller et d'assister le chef de département dans l'exercice de ses fonctions;
- Mettre en œuvre les décisions prises pour le bon fonctionnement du département.

Il est composé du chef du département, des responsables de regroupements et des adjoints au chef du département, soit :

- L'adjoint à l'enseignement;
- L'adjoint à la recherche/innovation;
- L'adjoint à l'évaluation de l'acte;
- L'adjoint au développement professionnel continu.

Le comité exécutif établit une fois l'an un calendrier de ses rencontres. Il doit se réunir au moins quatre (4) fois par année sous la présidence du chef de département.

L'avis de convocation doit parvenir aux membres au moins sept (7) jours avant la date de la réunion. L'ordre du jour est préparé par le chef de département et doit accompagner l'avis de convocation.

Un procès-verbal est rédigé pour chacune des réunions. L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié. Les membres du département y ont accès. Ils sont disponibles sur demande pour le DSPublique ou le CECMDP.

16.2 Comité d'évaluation de l'acte

Le mandat du comité est de favoriser une vision commune de l'évaluation de l'acte chez l'ensemble des membres du département et d'en assurer un déroulement approprié dans le département. Ce comité est chargé de l'organisation, de la gestion et du suivi de l'évaluation de la qualité de l'acte au sein du département.

Le comité est composé d'un minimum de quatre (4) membres actifs du département, soit :

- L'adjoint à l'évaluation de l'acte que le chef du département a nommé;
- Le responsable de l'évaluation de l'acte au sein de chaque regroupement.

Chaque regroupement tient des activités d'évaluation de l'acte selon les modalités convenues avec le chef de département.

Le comité d'évaluation de l'acte se réunit au moins deux (2) fois par an. Il produit des comptes rendus distincts afin d'en préserver le caractère confidentiel. Ils sont accessibles uniquement au chef de département et au CECMDP.

16.3 Autres comités départementaux

Le chef de département peut former des comités sur toute question qu'il juge approprié de le faire.

17. MÉCANISMES ADMINISTRATIFS

17.1 Absences

Les absences relatives à des vacances, participations à des congrès ou colloques doivent faire l'objet, au préalable, d'une entente avec le responsable du regroupement dont le membre fait partie.

Les absences relatives à un congé sabbatique (pour fins d'études, de spécialisation ou de perfectionnement) ou un congé de service (pour des raisons personnelles, dont le congé de maternité, paternité ou d'adoption) doivent être évaluées selon les normes édictées à cet égard dans le Règlement sur la régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CIUSSS de la Capitale-Nationale (R-07) (Annexe II).

17.2 Remplacements

Dans toute circonstance spéciale ou imprévisible, en cas de maladie ou d'absence prolongée, le responsable du regroupement concerné doit s'assurer du remplacement de tout membre occupant une fonction essentielle au sein du regroupement.

17.3 Modification des activités

Tout membre du département peut demander de diminuer ses obligations et responsabilités dans le département.

Cette demande est acheminée par écrit au responsable du regroupement duquel il est membre. Ce dernier consulte les membres du regroupement et le comité exécutif avant de rendre sa décision.

L'acceptation d'une demande de modification des activités tient compte des besoins du département pour la dispensation de soins et services.

Le responsable du regroupement doit garder confidentielles certaines informations concernant le membre qui demande de restreindre ses activités en raison d'une maladie.

La cessation complète par un membre de ses activités au sein du département, quelle qu'en soit le motif, doit faire l'objet d'un avis écrit adressé au moins trois (3) mois avant son départ au responsable du regroupement dont il fait partie et au chef du département.

17.4 Règles spécifiques à la préretraite et à la retraite

En cas d'incompatibilité, les règles de gestion de fin de carrière convenues entre le MSSS et une fédération médicale ont préséance sur celles définies dans la présente sous-section (voir l'entente MSSS-FMSQ⁴).

Tout membre du département âgé de soixante (60) ans ou plus peut demander un arrangement de préretraite en annonçant officiellement et en confirmant par écrit une date de retraite.

Le membre-qui désire un arrangement de préretraite en fait la demande écrite au moins trois (3) mois à l'avance au responsable du regroupement duquel il est membre.

Avant de rendre sa décision, le responsable du regroupement consulte le chef du département.

Le membre préretraité peut déterminer, après accord avec le responsable du regroupement, les activités professionnelles qu'il entend poursuivre. Il n'est pas exempté de continuer à participer aux activités d'enseignement, à moins d'un accord particulier sur ce point.

Afin de préparer et mettre à jour le plan d'effectifs médicaux, un arrangement de préretraite ne peut excéder trois (3) années civiles (3 x 365 jours).

17.5 Mesures disciplinaires

Une infraction au présent règlement peut conduire au dépôt d'une plainte auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité de l'établissement. Le médecin examinateur attitré à examiner la plainte peut juger nécessaire d'orienter la plainte vers le CMDP pour qu'il institue un comité de discipline. Ce processus peut conduire le CA à prendre des mesures disciplinaires à l'encontre du médecin ou dentiste, en conformité avec les dispositions de l'article 249 de la LSSSS.

18. DISPOSITIONS FINALES

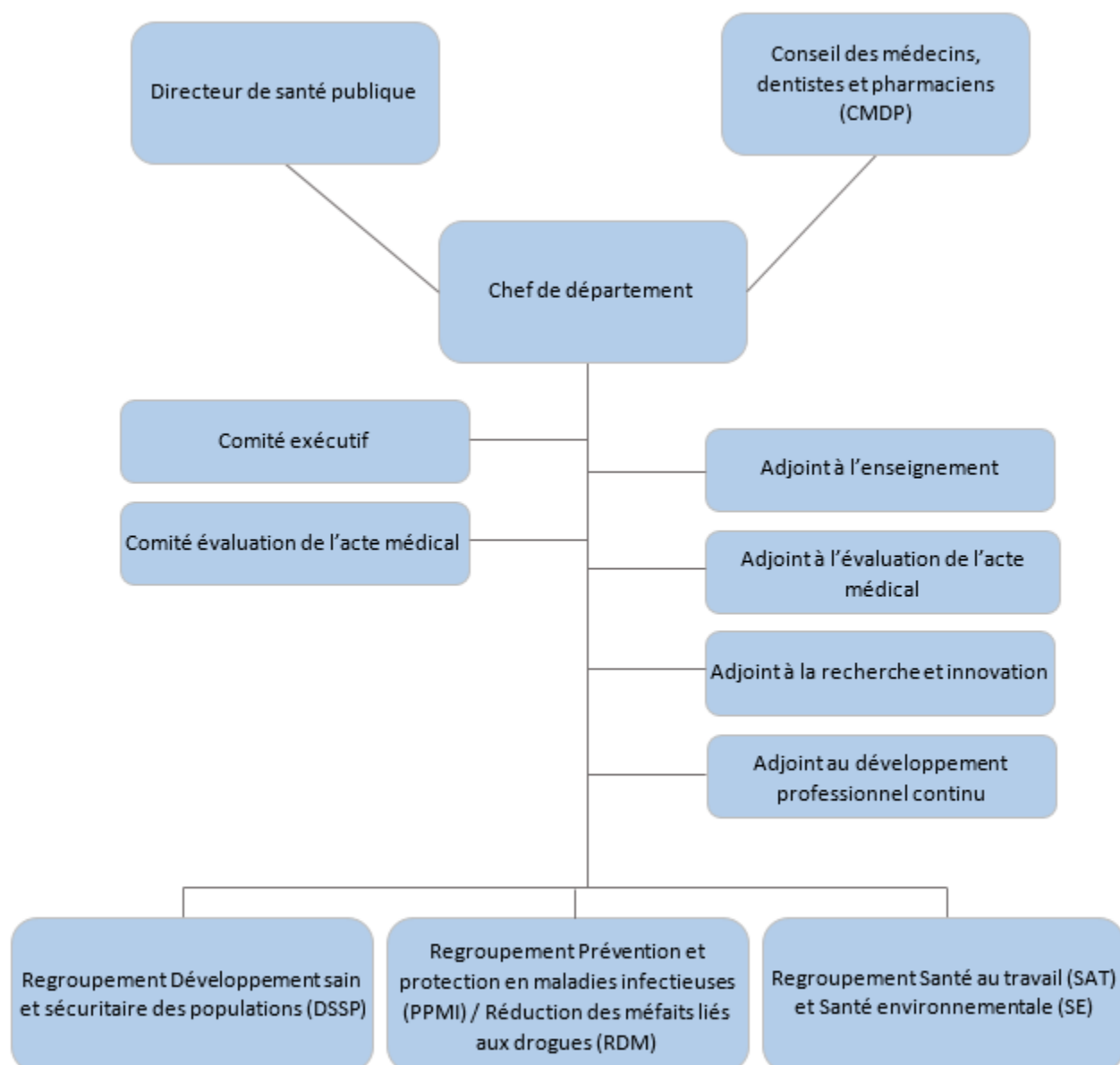
Le présent règlement, de même que tout amendement à celui-ci entrent en vigueur lors de leur approbation par le CA de l'établissement.

Tout règlement antérieur portant sur l'organisation et le fonctionnement du Département de santé publique est ainsi abrogé et remplacé par le règlement nouvellement approuvé.

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Règles de gestion des effectifs médicaux spécialisés*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021, 29 p. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002982/>

ANNEXE I

ORGANIGRAMME DU DÉPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE



ANNEXE II

EXTRAITS DU RÈGLEMENT SUR LA RÉGIE INTERNE DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS DU CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE (R-07)

4.8. Cessation temporaire d'exercice d'un médecin, dentiste ou pharmacien (congé sabbatique ou de service)

Un congé sabbatique (aux fins d'études, de spécialisation ou de perfectionnement) ou un congé de service (pour raisons personnelles) est défini comme un arrêt complet de toute activité professionnelle 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. Deux (2) mois avant la fin de ladite période, le médecin ou le dentiste doit signifier 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.

L'acceptation d'un congé sabbatique ou d'un congé de service est soumise aux conditions suivantes :

- a) Que le médecin ou le dentiste ait l'autorisation de son chef de département, de son chef de service et du DSP;
- b) Que l'assurance soit donnée que le travail normalement effectué par le médecin ou le dentiste requérant soit réparti parmi les membres du département ou du service;
- c) Que le médecin ou le dentiste requérant paie sa cotisation au conseil.

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 comité exécutif du CMDP. Le C.A. doit être avisé de tout congé significatif.

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.

Pour les pharmaciens, l'entente APES-MSSS s'applique et le pharmacien requérant doit acquitter sa cotisation au conseil.

15. LA GESTION DES CONGÉS

15.1 Toute demande de congé doit être adressée au chef de département, qui est responsable d'en définir les règles et les soumet au CMDP.

15.2 Le comité exécutif du CMDP autorise les modalités établies par les départements et en avise le C.A.

15.3 Le CMDP doit s'assurer de la continuité dans l'offre de service de la spécialité de concert avec le DSP.

15.4 Le CMDP doit adopter une politique équitable de gestion des congés de maladie, maternité et paternité, en plus des congés de service ou sabbatiques.

15.5 Le membre qui, pour une raison médicale, s'absente de ses activités cliniques de la garde doit, sur demande du DSP, fournir un billet médical. Le membre qui peut poursuivre ses activités cliniques mais qui, pour une raison médicale, ne peut participer à la garde doit également fournir un billet médical. Au besoin, une contre-expertise peut être demandée par le DSP.

15.6 Pour les pharmaciens, l'entente de l'APES s'applique.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-25
	Direction responsable : CMDP
	Adopté par le conseil d'administration le : 18 juin 2019 Résolution no : CA-CIUSSS-2019-06[R-25]-18
	Entrée en vigueur le : 18 juin 2019
TITRE : RÈGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE	

Adopté par le Département d'imagerie médicale le 6 mai 2019
 Approuvé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 12 juin 2019
 Approuvé par le conseil d'administration le 18 juin 2019

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	3
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
1.1 DÉFINITIONS	4
1.2 OBJET DU RÈGLEMENT	4
1.3 APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	4
2. COMPOSITION	5
2.1 DÉPARTEMENT.....	5
2.2 SERVICE CLINIQUE	5
3. MISSION ET OBJECTIFS.....	5
3.1 MISSION DU DÉPARTEMENT	5
3.2 OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉPARTEMENT	5
3.3 ACTIVITÉS RELEVANT DU DÉPARTEMENT	6
3.4 ACTES RELEVANT DU DÉPARTEMENT.....	6
4. ORGANISATION DU DÉPARTEMENT	7
4.1 DIRECTION.....	7
4.2 SERVICES CONJOINTS.....	7
5. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT	7
5.1 QUALIFICATIONS	7
5.2 PROCESSUS DE NOMINATION.....	7
5.3 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CHEF DE DÉPARTEMENT	7
5.4 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	10
5.5 AUTRES RESPONSABILITÉS OU CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	12
6. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE	13
6.1 NOMINATION	13
6.2 FONCTIONS	13
7. OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES	13
8. ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE	14
8.1 COUVERTURE DES SERVICES PROFESSIONNELS	14
8.2 COUVERTURE DE LA GARDE.....	14
9. ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT	14
10. ACTIVITÉS DE RECHERCHE.....	14
11. ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX.....	15
11.1 ASSEMBLÉES ORDINAIRES.....	15
11.2 ASSEMBLÉES EXTRAORDINAIRES	15
11.3 PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	15
11.4 COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	17
11.5 RÉUNIONS DU COMITÉ DE GESTION MÉDICALE	17

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département d'imagerie médicale CIUSSS-CN**

12.	MÉCANISMES ADMINISTRATIFS.....	17
12.1	ABSENCES.....	17
12.2	REPLACEMENTS	18
12.3	MESURES ADMINISTRATIVES	18
12.4	MESURES DISCIPLINAIRES.....	18
13.	DISPOSITIONS FINALES	18

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
DSP	Directeur des Services professionnels
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ., c. S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDG	Président directeur général
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département d'imagerie médicale CIUSSS-CN**

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Définitions

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

- o Département :
Le Département d'imagerie médicale du CIUSSS-CN;
- o Établissement :
Le CIUSSS-CN.

1.2 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 :

- o La mission du département;
- o Les responsabilités du chef de département;
- o Les devoirs et les obligations des membres du département;
- o L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde;
- o La procédure applicable aux réunions du département;
- o Les sanctions applicables au non-respect du présent règlement.

1.3 Application et interprétation du règlement

Le présent règlement est adopté en conformité avec :

- o La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
- o Le règlement sur la régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- o Les règlements du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

L'interprétation du présent règlement doit tenir compte de toute disposition pertinente de la LSSSS et des règlements précités. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ces règlements ont préséance sur le présent règlement.

Le département est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département d'imagerie médicale CIUSSS-CN**

Le présent règlement tient compte des désignations de centre hospitalier universitaire et d'institut de l'établissement.

Le règlement est révisé tous les 4 ans et soumis à nouveau aux membres du département.

2. COMPOSITION

2.1 Département

Le département regroupe les membres du CMDP de l'établissement qui œuvrent dans un ou plusieurs services spécialisés du département. Tout membre du département doit avoir des privilèges dans au moins un des services du département.

Un membre du CMDP qui détient des privilèges de pratique dans plus d'un département de l'établissement fait automatiquement partie de chacun de 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, tel que prévu aux règlements du CMDP.

2.2 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, de la dentisterie ou de la pharmacie, favorisant ainsi l'organisation optimale des soins et services.

3. MISSION ET OBJECTIFS

3.1 Mission du département

La mission du département s'énonce ainsi :

Offrir des soins complets, accessibles, continus et de haut niveau à la clientèle desservie par le CIUSSS-CN et ce de façon personnalisée et sécuritaire.

3.2 Objectifs généraux du département

3.2.1 Soins

- Offrir et dispenser des soins généraux spécialisés et surspécialisés de qualité pour les populations locales, régionales et suprarégionales, le cas échéant, dans ses domaines de compétence tout en assurant l'optimisation des ressources humaines, matérielles, financières et immobilières 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;
- S'assurer de respecter les critères de sécurité, d'efficience et de pertinence;
- Assurer l'accès aux soins et services dans les délais prescrits;

- Répondre aux besoins identifiés de la population du territoire dont l'établissement est responsable;
- Collaborer avec les autres départements de l'établissement dans leur mission de soins.

3.2.2 Enseignement

- Participer activement à l'enseignement d'imagerie médicale au niveau pré gradué, au niveau de la résidence et au niveau postdoctoral;
- Participer, en collaboration, à la formation des autres professionnels de la santé inscrits à des programmes collégiaux ou universitaires en stage au CIUSSS-CN;
- Familiariser les étudiants en médecine ou pharmacie et les résidents avec les différents aspects de la pratique médicale en imagerie médicale;
- Favoriser le développement des pratiques novatrices notamment de télé-enseignement au sein du RUIS-UL pour donner accès aux résidents en médecine dentisterie et pharmacie, ainsi que l'enseignement médical continu dans le territoire de desserte.

3.2.3 Recherche

- Appuyer le développement de la recherche clinique en imagerie médicale dans le CIUSSS-CN;
- Soutenir le recrutement et l'intégration de chercheurs cliniciens au sein du département;
- Favoriser et soutenir les échanges entre cliniciens et chercheurs;
- Favoriser et développer la recherche clinique auprès des résidents en formation.

3.2.4 Évaluation des technologies

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.

3.3 Activités relevant du département

- Dispenser aux usagers du CIUSSS-CN des services spécialisés d'imagerie médicale.

3.4 Actes relevant du département

Conformément au plan d'organisation, dans le respect et la complémentarité des responsabilités et des compétences des autres départements de l'établissement, les actes qui relèvent du département d'imagerie médicale.

4. ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

4.1 Direction

L'organigramme (cf. annexe I) du département s'insère dans le plan d'organisation de l'établissement.

L'organigramme prévoit un comité de gestion médicale formé du chef et/ou des cochefs de département, de l'ensemble des chefs de service du département et des responsables de l'enseignement et de la recherche. Ce comité a pour fonction de conseiller et d'assister le chef de département dans la gestion de son département. .

4.2 Services conjoints

Un service peut, le cas échéant, relever de plus d'un département.

5. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

5.1 Qualifications

Le chef de département doit être titulaire d'un certificat émis par le Collège des médecins du Québec et il doit être membre actif du CMDP de l'établissement.

Selon le Conseil médical du Québec, le candidat à la chefferie d'un département devrait :

- Être apte non seulement à gérer des ressources financières et matérielles et mettre sur pied des programmes, mais aussi à motiver les membres de son département;
- Être capable de coordonner les activités et d'en mesurer les résultats;
- Avoir un profil de carrière universitaire correspondant à celui de professeur ayant une compétence clinique dans sa discipline et certaines dispositions pour l'enseignement.
- Être reconnu par ses pairs;
- Être motivé à assumer les responsabilités de la fonction;

5.2 Processus de nomination

Le chef de département est choisi selon les modalités prévues au *Règlement* du CIUSSS-CN. Une nomination est effective pour un terme d'au plus quatre ans et est renouvelable.

5.3 Fonctions et responsabilités générales du chef de département

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

5.3.1 Sous l'autorité du directeur des services professionnels

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

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département d'imagerie médicale CIUSSS-CN**

- Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins de son département;
- 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;
- Élaborer pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins:
 - o ces règles d'utilisation des ressources doivent notamment prévoir qu'en cas de nécessité, le DSP ou, en l'absence d'un tel directeur, le président du CMDP ou le médecin désigné à cette fin par le président-directeur général peut désigner un département clinique ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager;
 - o ces règles d'utilisation doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin 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;
 - o lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le DSP ou, à défaut, le président-directeur général doit les élaborer;
 - o ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit, au préalable, obtenir l'avis du CMDP;
 - o Le cas échéant, réserver dans son département clinique un pourcentage de lits déterminé par le ministre qui peuvent prendre en charge les usagers provenant du département clinique de médecine d'urgence qui doivent être hospitalisés;
- S'assurer dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services;
- Faire la liste de garde conformément aux modalités du système de garde adopté par le CMDP et approuvé par le CA, et veiller à son application;
- S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux dans son département;
- Collaborer pour son département à l'identification des indicateurs de qualité et performance;
- Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le DSP ou le CMDP de l'inobservation par un médecin de ces règles;

- Aviser par écrit le DSP pour tout problème de comportement ou manquement grave et s'assurer qu'un rapport écrit est versé au dossier professionnel du médecin.

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

5.3.2 Sous l'autorité du CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP:

- De surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département:
 - o le cas échéant, de surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers, les activités qui sont exercées par des infirmières, des infirmiers ou d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du Bureau du Collège des médecins du Québec;
- 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:
 - o ces règles doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins du département répond à des règles uniques;
 - o 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 président directeur général de les élaborer;
 - o 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 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;
- De donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges;
- 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, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP;

- En cas de non-respect de ses fonctions, le chef de département peut être démis de ses fonctions par le CA qui doit en motiver les raisons sur recommandation écrite du DSP;

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées régulières du département. Le DSP, le comité exécutif du CMDP (CECMDP) et le CA ont accès à ce registre, sur demande.

5.4 Fonctions et responsabilités spécifiques du chef de département

5.4.1 Nomination temporaire d'un professionnel

- Le chef de département clinique peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin l'autorisation d'exercer sa profession dans un centre exploité par l'établissement. Dans ce cas, il doit aviser immédiatement le PDG 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. De plus, des pénalités pourraient être imposées à l'établissement dans le cas de non-respect;
- 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.

5.4.2 Suspension d'un membre du département

En situation d'urgence ou pour un manquement grave, le chef du département clinique concerné peut suspendre les privilèges de tout médecin membre de son département. Il doit alors avertir immédiatement le président du CMDP et lui transmettre un rapport dans les 4 jours qui suivent. Une telle suspension est valide jusqu'à ce que le CA ait pris une décision au sujet du membre suspendu, sans toutefois excéder une période de 20 jours.

5.4.3 Qualité, sécurité pertinence des soins

- Le chef du département surveille la qualité, la sécurité et la pertinence des soins donnés par les médecins 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 l'article 12.3 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;
- 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.

5.4.4 Organisation des activités départementales

- Le chef du département, en consultation avec son comité de direction, élabore les objectifs et les priorités du département;
- Il établit un système de communication favorable à l'information, la consultation et la participation active des membres de son département;
- Avec les chefs de service, il établit la liste de garde conformément aux règlements du CMDP et s'assure de la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques dans son département;
- Après consultation auprès des chefs de service, il élabore les règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les Choisissez un élément. de son département et prévoit les sanctions administratives à cet effet; le chef de département a l'obligation d'appliquer les sanctions, lorsque nécessaires. Il gère, avec l'aide du DSP, les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles en conformité avec le plan d'organisation de l'établissement;
- Il assure les représentations externes lorsque les situations l'exigent pour obtenir une organisation optimale des soins et services à la clientèle;
- Il participe aux réunions de la table des chefs de département de l'établissement afin de favoriser une coordination interdépartementale ainsi qu'une représentation des pré-occupations des membres de son département.

5.4.5 Gestion des activités départementales

5.4.5.1 Ressources matérielles

Le chef du département participe à la gestion des ressources matérielles qui sont mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Lorsqu'indiqué, il conseille l'établissement sur l'achat de matériel destiné à la dispensation des soins à la clientèle.

5.4.5.2 Ressources humaines

Le chef du département est responsable du recrutement des médecins susceptibles de devenir membres du département en consultation avec le chef de service concerné. Pour ce faire, il doit consulter le chef de service concerné. Pour chaque nouveau membre, il s'assure d'obtenir l'appui de l'université dans le cadre du contrat d'affiliation qui lie le CIUSSS-CN, à l'Université Laval.

5.4.5.3 Ressources financières

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières nécessaires à la dispensation des soins de son département dans le respect de l'équilibre budgétaire de l'établissement.

5.4.6 Enseignement et recherche

5.4.6.1 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.

5.4.6.2 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.

5.4.6.3 Engagement universitaire

Le chef du département coordonne, en collaboration avec les directeurs de l'enseignement et de la recherche, les activités universitaires des membres du département, des résidents et des étudiants, le tout en respect du contrat d'affiliation intervenu avec l'Université Laval.

5.5 Autres responsabilités ou considérations à l'égard du chef de département

5.5.1 Rapport d'activités

Chaque année, le chef du département aidé de son comité de direction dépose un rapport des activités cliniques d'enseignement et de recherche du département.

5.5.2 Remplacement temporaire

Si le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il peut être remplacé durant cette période par une personne nommée par le CA. Tant que ce remplaçant n'aura pas été ainsi nommé, les responsabilités qui incombaient au chef de département, et ce, en vertu de la Loi, seront alors exercées conjointement par le DSP et le CECMDP, eu égard à leur compétence respective.

5.5.3 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 et au CMDP.

5.5.4 Nomination d'un ou plusieurs chefs de département adjoints

Le chef de département peut nommer un ou plusieurs chefs de département adjoints pour le seconder dans ses responsabilités.

5.5.5 Rémunération

Le chef du département est rémunéré selon les ententes établies entre le gouvernement et les fédérations médicales.

6. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE

6.1 Nomination

Le chef de service est choisi selon les modalités prévues au Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique ou de service clinique de l'établissement, adopté par le CA, et ce, en faisant les adaptations nécessaires.

6.2 Fonctions

- Le chef de service est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assure la gestion des affaires de son service en fonction des attentes signifiées par son chef de département;
- Il coordonne les activités exercées dans sa discipline;
- Il rédige un règlement pour son service. Ce règlement doit préciser minimalement le nombre annuel de réunions de service et le quorum des assemblées. Ce règlement doit préciser les modalités du service de garde offert;
- Le chef de service propose au chef de département des règles de pratique pour sa discipline;
- Il répond au chef de département de l'ensemble des soins donnés dans sa discipline;
- Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service sont consignées dans des procès-verbaux;
- En l'absence d'un chef de service, 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 CA et au CECMDP.

7. 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.

8. ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE

8.1 Couverture des services professionnels

Les activités cliniques de soins constituent 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 de l'établissement.

8.2 Couverture de la garde

Le chef de département doit s'assurer qu'un service de garde approprié est établi dans son département et dans chacun des services. Il fait la liste de garde et veille à son application.

Les règles établies peuvent prévoir des modalités différentes de participation par un membre en fonction de l'âge, de la maladie ou de tout autre critère.

Elles doivent prévoir des mesures disciplinaires en cas de non-respect par un membre. Ce non-respect sera considéré comme un manquement grave.

9. ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT

En vertu du contrat d'affiliation liant l'établissement à l'Université Laval, 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.

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.

Les membres du département conviennent que leur pratique comprend un double rôle incluant les activités cliniques et d'enseignement.

Le chef du département, en accord avec les chefs de service, doit s'assurer que les étudiants ont un environnement et un climat propices à la poursuite de leurs études.

10. ACTIVITÉS DE RECHERCHE

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 nomme 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 exécutée dans son service.

Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis par le CMDP, le DSP et le *Cadre réglementaire du comité d'éthique* concernant l'adoption et le suivi des projets de recherche.

11. ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

11.1 Assemblées ordinaires

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Ce dernier doit tenir au moins quatre assemblées régulières par année. L'une des assemblées ordinaires peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres du département.

La participation attendue de chacun des membres est d'au moins 50%.

11.2 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 :

- Par le chef du département;
- Par le quart (1/4) des membres actifs du département;
- Par le CECMDP.

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

11.3 Procédure des assemblées

11.3.1 L'avis de convocation

L'avis de convocation doit parvenir aux membres 15 jours avant la date de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

11.3.2 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.

11.3.3 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.

11.3.4 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.

11.3.5 Droit de vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. 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.

11.3.6 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.

11.3.7 Procès-verbal

Le secrétaire rédige un procès-verbal pour chaque assemblée.

L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

Ces procès-verbaux doivent être signés par le chef du département ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des procès-verbaux doit être remise au DSP et au secrétaire du CECMDP.

11.3.8 Absence

Toute absence aux assemblées ordinaires du département doit être motivée.

Si un membre du département s'absente de façon non motivée à deux 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.

11.3.9 Quorum

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

11.4 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.

11.5 Réunions du comité de gestion médicale

Le comité de gestion médicale du département formé conformément à l'article 4.1 doit se réunir au moins quatre fois par année sous la présidence du chef de département.

L'avis de convocation doit parvenir aux membres sept jours avant la date de la réunion.

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres du comité au moins 24 heures avant la tenue de la réunion.

Le quorum est constitué de 50 % des membres présents à cette réunion. Le vote est pris à majorité simple.

Un procès-verbal est rédigé pour chacune des réunions. L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

12. MÉCANISMES ADMINISTRATIFS

12.1 Absences

Les absences relatives à des vacances, participations à des congrès ou colloques doivent faire l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service concerné ou à défaut avec le chef de département.

Les absences relatives à un congé sabbatique (pour fins d'études, de spécialisation ou de perfectionnement) ou un congé de service (pour des raisons personnelles, dont le

congé de maternité, paternité ou d'adoption) doivent être évaluées selon les règles édictées à cet égard au Règlement sur la régie interne du CMDP.

12.2 Remplacements

Dans toute circonstance spéciale ou imprévisible, en cas de maladie ou d'absence prolongée, il appartient, selon le cas, aux chefs de service et au chef du département de s'assurer du remplacement de tout individu occupant une fonction quelconque au sein du département, en conformité avec les règles prévues à la LSSSS et d'en aviser le DSP et le CMDP.

12.3 Mesures administratives

Lorsqu'un médecin enfreint une règle d'utilisation des ressources, le chef de département peut demander au DSP d'appliquer, conformément au troisième paragraphe de l'article 204 de la LSSSS, les sanctions administratives applicables. Ces sanctions administratives peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit dudit médecin d'utiliser les ressources de l'établissement.

Ce faisant, le DSP doit, préalablement à l'application de ces sanctions administratives, indiquer au médecin 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.

Sauf s'il en est autrement prévu aux règles d'utilisation des ressources applicables :

- Une **première contravention** entraîne un avertissement écrit;
- Une **deuxième contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'une semaine;
- Une **troisième contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'un mois.

12.4 Mesures disciplinaires

Lorsqu'un médecin enfreint le présent règlement, le CA de l'établissement peut prendre des mesures disciplinaires en conformité avec les dispositions de l'article 249 de la LSSSS.

13. DISPOSITIONS FINALES

L'adoption, la révision ou les amendements au règlement sont soumis au processus prévu à l'article 1.3 du présent règlement. Ils doivent être soumis pour approbation au CMDP et au CA de l'établissement.

Le présent règlement, sa révision ou ses amendements entrent en vigueur lors de leur adoption par le CA de l'établissement.

***Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département d'imagerie médicale CIUSSS-CN***

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

Le présent règlement du Département d'imagerie médicale doit être révisé dans les quatre ans de son adoption.

ANNEXES

ANNEXE I Organigramme

ANNEXE II (S'il y a lieu)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-26
	Direction responsable : CMDP
	Adopté par le conseil d'administration le : 18 juin 2019 Résolution no : CA-CIUSSS-2019-06[R-26]-18
	Entrée en vigueur le : 18 juin 2019
TITRE : RÈGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIE ET DE CHIRURGIE	

Adopté par le Département d'anesthésie et de chirurgie le 22 mai 2019
 Approuvé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 12 juin 2019
 Approuvé par le conseil d'administration le [Cliquez ici pour entrer une date.](#)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	3
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1.1 DÉFINITIONS	4
1.2 OBJET DU RÈGLEMENT.....	4
1.3 APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	4
2. COMPOSITION	5
2.1 DÉPARTEMENT.....	5
2.2 SERVICE CLINIQUE	5
3. MISSION ET OBJECTIFS	5
3.1 MISSION DU DÉPARTEMENT	5
3.2 OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉPARTEMENT	5
3.3 ACTIVITÉS RELEVANT DU DÉPARTEMENT.....	6
3.4 ACTES RELEVANT DU DÉPARTEMENT	6
4. ORGANISATION DU DÉPARTEMENT	7
4.1 DIRECTION	7
4.2 SERVICES	7
4.3 SERVICES CONJOINTS	7
5. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT	7
5.1 QUALIFICATIONS	7
5.2 PROCESSUS DE NOMINATION.....	8
5.3 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CHEF DE DÉPARTEMENT	8
5.4 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DU CHEF DE DÉPARTEMENT	10
5.5 AUTRES RESPONSABILITÉS OU CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	12
6. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE	13
6.1 NOMINATION	13
6.2 FONCTIONS	13
7. OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES	14
8. ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE	14
8.1 COUVERTURE DES SERVICES PROFESSIONNELS	14
8.2 COUVERTURE DE LA GARDE	14
9. ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT	14
10. ACTIVITÉS DE RECHERCHE	15
11. ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	15
11.1 ASSEMBLÉES ORDINAIRES.....	15
11.2 ASSEMBLÉES EXTRAORDINAIRES	15
11.3 PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	15

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département d'anesthésie et de chirurgie CIUSSS de la Capitale-Nationale**

11.4	COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	17
11.5	RÉUNIONS DU COMITÉ DE GESTION MÉDICALE SE RÉFÉRER AU POINT 4.1	17
12.	MÉCANISMES ADMINISTRATIFS	18
12.1	ABSENCES.....	18
12.2	REMPLACEMENTS	18
12.3	MESURES ADMINISTRATIVES	18
12.4	MESURES DISCIPLINAIRES.....	19
13.	DISPOSITIONS FINALES.....	19

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
DSP	Directeur des Services professionnels
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ., c. S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDG	Président directeur général
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Définitions

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

- Département :
Le Département anesthésie-chirurgie du CIUSSS-CN;
- Établissement :
Le CIUSSS-CN.

1.2 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 :

- La mission du département;
- Les responsabilités du chef de département;
- Les devoirs et les obligations des membres du département;
- L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde;
- La procédure applicable aux réunions du département;
- Les sanctions applicables au non-respect du présent règlement.

1.3 Application et interprétation du règlement

Le présent règlement est adopté en conformité avec :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
- Le règlement sur la régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- Les règlements du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

L'interprétation du présent règlement doit tenir compte de toute disposition pertinente de la LSSSS et des règlements précités. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ces règlements ont préséance sur le présent règlement.

Le département est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

Le présent règlement tient compte des désignations de centre hospitalier universitaire et d'institut de l'établissement.

Le règlement est révisé tous les quatre 4 ans et soumis à nouveau aux membres du département.

2. COMPOSITION

2.1 Département

Le département regroupe les membres du CMDP de l'établissement qui œuvrent dans un ou plusieurs services spécialisés du département. Tout membre du département doit avoir des privilèges dans au moins un des services du département.

Un membre du CMDP qui détient des privilèges de pratique dans plus d'un département de l'établissement fait automatiquement partie de chacun de 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, tel que prévu aux règlements du CMDP.

2.2 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, de la dentisterie ou de la pharmacie, favorisant ainsi l'organisation optimale des soins et services.

3. MISSION ET OBJECTIFS

3.1 Mission du département

La mission du département s'énonce ainsi :

Offrir des soins complets, accessibles, continus et de haut niveau à la clientèle hospitalisée, à la clientèle en provenance de l'urgence, des cliniques externes et en hébergement desservie par le CIUSSS-CN, et ce de façon personnalisée et sécuritaire. En conformité avec la mission et la vocation du CIUSSS-CN, le département dispense des services spécialisés adaptés aux exigences particulières de chaque spécialité chirurgicale et anesthésique.

3.2 Objectifs généraux du département

3.2.1 Soins

- Offrir et dispenser des soins généraux spécialisés et surspécialisés de qualité pour les populations locales, régionales et suprarégionales, le cas échéant, dans ses domaines de compétence tout en assurant l'optimisation des ressources humaines, matérielles, financières et immobilières 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;

- S'assurer de respecter les critères de sécurité, d'efficience et de pertinence;
- Assurer l'accès aux soins et services dans les délais prescrits;
- Répondre aux besoins identifiés de la population du territoire dont l'établissement est responsable;
- Collaborer avec les autres départements de l'établissement dans leur mission de soins.

3.2.2 Enseignement

- Participer activement à l'enseignement en spécialités chirurgicales et/ou d'anesthésie lorsqu'une demande est adressée par le milieu universitaire au niveau pré gradué, et au niveau de la résidence;
- Participer, en collaboration, à la formation des autres professionnels de la santé inscrits à des programmes collégiaux ou universitaires en stage au CIUSSS-CN;
- Familiariser les étudiants en médecine ou pharmacie et les résidents avec les différents aspects de la pratique médicale en spécialités chirurgicales et anesthésiques;
- Favoriser le développement des pratiques novatrices notamment de télé-enseignement au sein du RUIS-UL pour donner accès aux résidents en médecine, en dentisterie et en anesthésie-chirurgie, ainsi que l'enseignement médical continu dans le territoire de desserte.

3.2.4 Évaluation des technologies

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 dans le département.

3.3 Activités relevant du département

De façon générale, le département englobe notamment les activités suivantes :

- Participation aux comités obligatoires et autres comités;
- Participation aux réunions départementales et de services;
- Participation aux listes de garde pour l'anesthésie et la chirurgie générale;
- Participation au développement professionnel continu.

3.4 Actes relevant du département

Conformément au plan d'organisation, dans le respect et la complémentarité des responsabilités et des compétences des autres départements de l'établissement, les actes suivants relèvent du département de chirurgie et d'anesthésie. :

- Actes chirurgicaux et endoscopiques;
- Consultations externes et urgentes;
- Actes dentaires sous anesthésie générale et/ou anesthésie locale ou sous sédation.

4. ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

4.1 Direction

L'organigramme (cf. annexe I) du département s'insère dans le plan d'organisation de l'établissement.

L'organigramme prévoit un comité de gestion médicale formé du chef et/ou des cochefs de département, de l'ensemble des chefs de service du département et des responsables de l'enseignement et de la recherche. Ce comité a pour fonction de conseiller et d'assister le chef de département dans la gestion de son département.

4.2 Services

L'organigramme du Département d'anesthésie et de chirurgie comprend les services cliniques suivants :

○ Anesthésiologie	○ Dentisterie
○ Chirurgie générale et spécialisée	○ Ophtalmologie

4.3 Services conjoints

Un service peut, le cas échéant, relever de plus d'un département (médecine familiale obstétricale et périnatalité).

5. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

5.1 Qualifications

Le chef de département doit être titulaire d'un certificat émis par le Collège des médecins du Québec et il doit être membre actif du CMDP de l'établissement.

Selon le Conseil médical du Québec, le candidat à la chefferie d'un département devrait :

- Être apte non seulement à gérer des ressources financières et matérielles et mettre sur pied des programmes, mais aussi à motiver les membres de son département;
- Être capable de coordonner les activités et d'en mesurer les résultats;
- Avoir un profil de carrière universitaire correspondant à celui de professeur ayant une compétence clinique dans sa discipline et certaines dispositions pour l'enseignement.
- Être reconnu par ses pairs;
- Être motivé à assumer les responsabilités de la fonction;

5.2 Processus de nomination

Le chef de département est choisi selon les modalités prévues au *Règlement* du CIUSSS-CN. Une nomination est effective pour un terme d'au plus quatre 4 ans et est renouvelable.

5.3 Fonctions et responsabilités générales du chef de département

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

5.3.1 Sous l'autorité du directeur des services professionnels

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

- Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins de son département;
- 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;
- Élaborer pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins: et les dentistes;
 - ces règles d'utilisation des ressources doivent notamment prévoir qu'en cas de nécessité, le DSP ou, en l'absence d'un tel directeur, le président du CMDP ou le médecin désigné à cette fin par le président-directeur général peut désigner un département clinique ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager;
 - ces règles d'utilisation doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin 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;
 - lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le DSP ou, à défaut, le président-directeur général doit les élaborer;
 - ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit, au préalable, obtenir l'avis du CMDP;
- S'assurer dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services;
- Faire la liste de garde conformément aux modalités du système de garde adopté par le CMDP et approuvé par le CA, et veiller à son application;

- S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires dans son département;
- Collaborer pour son département à l'identification des indicateurs de qualité et performance;
- Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le DSP ou le CMDP de l'inobservation par un médecin ou un dentiste ces règles;
- Aviser par écrit le DSP pour tout problème de comportement ou manquement grave et s'assurer qu'un rapport écrit est versé au dossier professionnel du médecin.

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

5.3.2 Sous l'autorité du CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP:

- De surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département:
 - le cas échéant, de surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers, les activités qui sont exercées par des infirmières, des infirmiers ou d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du Bureau du Collège des médecins du Québec;
- 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 et des dentistes 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 président directeur général 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 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;

- 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;
- Lorsqu'aucun chef de département n'est pas désigné, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP;
- En cas de non-respect de ses fonctions, le chef de département peut être démis de ses fonctions par le CA qui doit en motiver les raisons sur recommandation écrite du DSP;

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées régulières du département. Le DSP, le comité exécutif du CMDP (CECMDP) et le CA ont accès à ce registre, sur demande.

5.4 Fonctions et responsabilités spécifiques du chef de département

5.4.1 Nomination temporaire d'un professionnel

- Le chef de département clinique peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin ou à un dentiste l'autorisation d'exercer sa profession dans un centre exploité par l'établissement. Dans ce cas, il doit aviser immédiatement le PDG 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. De plus, des pénalités pourraient être imposées à l'établissement dans le cas de non-respect;
- 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'utilisateur.

5.4.2 Suspension d'un membre du département

En situation d'urgence ou pour un manquement grave, le chef du département clinique concerné peut suspendre les privilèges de tout médecin membre de son département. Il doit alors avertir immédiatement le président du CMDP et lui transmettre un rapport dans les 4 jours qui suivent. Une telle suspension est valide jusqu'à ce que le CA ait pris une décision au sujet du membre suspendu, sans toutefois excéder une période de 20 jours.

5.4.3 Qualité, sécurité pertinence des soins

- Le chef du département surveille la qualité, la sécurité et la pertinence des soins donnés par les médecins ou par les dentistes 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 l'article 12.3 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 ou les dentistes maintiennent leur compétence par la participation régulière à des congrès ou symposiums et autres réunions scientifiques du département;
- 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.

5.4.4 Organisation des activités départementales

- Le chef du département, en consultation avec son comité de direction, élabore les objectifs et les priorités du département;
- Il établit un système de communication favorable à l'information, la consultation et la participation active des membres de son département;
- Avec les chefs de service, il établit la liste de garde conformément aux règlements du CMDP et s'assure de la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques dans son département;
- Après consultation auprès des chefs de service, il élabore les règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et les dentistes de son département et prévoit les sanctions administratives à cet effet; le chef de département a l'obligation d'appliquer les sanctions, lorsque nécessaires. Il gère, avec l'aide du DSP, les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles en conformité avec le plan d'organisation de l'établissement;
- Il assure les représentations externes lorsque les situations l'exigent pour obtenir une organisation optimale des soins et services à la clientèle;
- Il participe 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.

5.4.5 Gestion des activités départementales

5.4.5.1 Ressources matérielles

Le chef du département participe à la gestion des ressources matérielles qui sont mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Lorsqu'indiqué, il conseille l'établissement sur l'achat de matériel destiné à la dispensation des soins à la clientèle.

5.4.5.2 Ressources humaines

Le chef du département est responsable du recrutement des médecins susceptibles de devenir membres du département en consultation avec le chef de service concerné. Pour ce faire, il doit consulter le chef de service concerné. Pour chaque nouveau membre, il s'assure d'obtenir l'appui de l'université dans le cadre du contrat d'affiliation qui lie le CIUSSS-CN, à l'Université Laval.

5.4.5.3 Ressources financières

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières nécessaires à la dispensation des soins de son département dans le respect de l'équilibre budgétaire de l'établissement.

5.4.6 Enseignement et recherche

5.4.6.1 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.

5.4.6.2 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.

5.4.6.3 Engagement universitaire

Le chef du département coordonne, en collaboration avec les directeurs de l'enseignement et de la recherche, les activités universitaires des membres du département, des résidents et des étudiants, le tout en respect du contrat d'affiliation intervenu avec l'Université Laval.

5.5 Autres responsabilités ou considérations à l'égard du chef de département

5.5.1 Rapport d'activités

Chaque année, le chef du département aidé de son comité de direction dépose un rapport des activités cliniques d'enseignement et de recherche du département.

5.5.2 Remplacement temporaire

Si le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il peut être

remplacé durant cette période par une personne nommée par le CA. Tant que ce remplaçant n'aura pas été ainsi nommé, les responsabilités qui incombaient au chef de département, et ce, en vertu de la Loi, seront alors exercées conjointement par le DSP et le CECMDP, eu égard à leur compétence respective.

5.5.3 Démission

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

5.5.4 Nomination d'un ou plusieurs chefs de département adjoints

Le chef de département peut nommer un ou plusieurs chefs de département adjoints pour le seconder dans ses responsabilités.

5.5.5 Rémunération

Le chef du département est rémunéré selon les ententes établies entre le gouvernement et les fédérations médicales.

6. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE

6.1 Nomination

Le chef de service est choisi selon les modalités prévues au Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique ou de service clinique de l'établissement, adopté par le CA, et ce, en faisant les adaptations nécessaires.

6.2 Fonctions

- Le chef de service est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assure la gestion des affaires de son service en fonction des attentes signifiées par son chef de département;
- Il coordonne les activités exercées dans sa discipline;
- Il rédige un règlement pour son service. Ce règlement doit préciser minimalement le nombre annuel de réunions de service et le quorum des assemblées. Ce règlement doit préciser les modalités du service de garde offert;
- Le chef de service propose au chef de département des règles de pratique pour sa discipline;
- Il répond au chef de département de l'ensemble des soins donnés dans sa discipline;
- Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service sont consignées dans des procès-verbaux;
- En l'absence d'un chef de service, 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 CA et au CECMDP.

7. 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 d'un dentiste.

8. ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE

8.1 Couverture des services professionnels

Les activités cliniques de soins constituent 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 de l'établissement.

8.2 Couverture de la garde

Le chef de département doit s'assurer qu'un service de garde approprié est établi dans son département et dans chacun des services. Il fait la liste de garde et veille à son application.

Les règles établies peuvent prévoir des modalités différentes de participation par un membre en fonction de l'âge, de la maladie ou de tout autre critère.

Elles doivent prévoir des mesures disciplinaires en cas de non-respect par un membre. Ce non-respect sera considéré comme un manquement grave.

9. ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT

En vertu du contrat d'affiliation liant l'établissement à l'Université Laval, 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.

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.

Les membres du département conviennent que leur pratique comprend un double rôle incluant les activités cliniques et d'enseignement.

Le chef du département, en accord avec les chefs de service, doit s'assurer que les étudiants ont un environnement et un climat propices à la poursuite de leurs études.

10. ACTIVITÉS DE RECHERCHE

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 nomme 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 exécutée dans son service.

Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis par le CMDP, le DSP et le *Cadre réglementaire du comité d'éthique* concernant l'adoption et le suivi des projets de recherche.

11. ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

11.1 Assemblées ordinaires

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Ce dernier doit tenir au moins 3 assemblées régulières par année. L'une des assemblées ordinaires peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres du département.

La participation attendue de chacun des membres est d'au moins 50 % des membres actifs du Département.

11.2 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 :

- Par le chef du département;
- Par le quart (1/4) des membres actifs du département;
- Par le CECMDP.

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

11.3 Procédure des assemblées

11.3.1 L'avis de convocation

L'avis de convocation doit parvenir aux membres 7 jours avant la date de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

11.3.2 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.

11.3.3 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.

11.3.4 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.

11.3.5 Droit de vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. 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.

11.3.6 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.

11.3.7 Procès-verbal

Le secrétaire rédige un procès-verbal pour chaque assemblée.

L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département

dans un registre approprié.

Ces procès-verbaux doivent être signés par le chef du département ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des procès-verbaux doit être remise au DSP et au secrétaire du CECMDP.

11.3.8 Absence

Toute absence aux assemblées ordinaires du département doit être motivée.

Si un membre du département s'absente de façon non motivée à deux 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.

11.3.9 Quorum

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

11.4 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.

11.5 Réunions du comité de gestion médicale Se référer au point 4.1

Le comité de gestion médicale du département formé conformément à l'article 4.1 doit se réunir au moins quatre fois par année sous la présidence du chef de département.

L'avis de convocation doit parvenir aux membres sept jours avant la date de la réunion.

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres du comité au moins 24 heures avant la tenue de la réunion.

Le quorum est constitué de 50 % des membres présents à cette réunion. Le vote est pris à majorité simple.

Un procès-verbal est rédigé pour chacune des réunions. L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

12. MÉCANISMES ADMINISTRATIFS

12.1 Absences

Les absences relatives à des vacances, participations à des congrès ou colloques doivent faire l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service concerné ou à défaut avec le chef de département.

Les absences relatives à un congé sabbatique (pour fins d'études, de spécialisation ou de perfectionnement) ou un congé de service (pour des raisons personnelles, dont le congé de maternité, paternité ou d'adoption) doivent être évaluées selon les règles édictées à cet égard au Règlement sur la régie interne du CMDP.

12.2 Remplacements

Dans toute circonstance spéciale ou imprévisible, en cas de maladie ou d'absence prolongée, il appartient, selon le cas, aux chefs de service et au chef du département de s'assurer du remplacement de tout individu occupant une fonction quelconque au sein du département, en conformité avec les règles prévues à la LSSSS et d'en aviser le DSP et le CMDP.

12.3 Mesures administratives

Lorsqu'un médecin ou un dentiste enfreint une règle d'utilisation des ressources, le chef de département peut demander au DSP d'appliquer, conformément au troisième paragraphe de l'article 204 de la LSSSS, les sanctions administratives applicables. Ces sanctions administratives peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit dudit médecin ou dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement.

Ce faisant, le DSP doit, 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.

Sauf s'il en est autrement prévu aux règles d'utilisation des ressources applicables :

- Une **première contravention** entraîne un avertissement écrit;
- Une **deuxième contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'une semaine;
- Une **troisième contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'un mois.

12.4 Mesures disciplinaires

Lorsqu'un médecin ou un dentiste enfreint le présent règlement, le CA de l'établissement peut prendre des mesures disciplinaires en conformité avec les dispositions de l'article 249 de la LSSSS.

13. DISPOSITIONS FINALES

L'adoption, la révision ou les amendements au règlement sont soumis au processus prévu à l'article 1.3 du présent règlement. Ils doivent être soumis pour approbation au CMDP et au CA de l'établissement.

Le présent règlement, sa révision ou ses amendements entrent en vigueur lors de leur adoption par le 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 CA de l'établissement.

Le présent règlement du Département d'anesthésie, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique doit être révisé dans les quatre ans de son adoption.

ANNEXES

ANNEXE I Organigramme

ANNEXE II (S'il y a lieu)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-27
	Direction responsable : CMDP
	Adopté par le conseil d'administration le : 18 juin 2019 Résolution no : CA-CIUSSS-2019-06[R-27]-18
Entrée en vigueur le : 18 juin 2019	
TITRE : RÈGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE	

Adopté par le Département de médecine d'urgence le 5 juin 2019
Approuvé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 12 juin 2019
Approuvé par le conseil d'administration le 18 juin 2019

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES.....	3
1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1.1. DÉFINITIONS.....	4
1.2. OBJET DU RÈGLEMENT.....	4
1.3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	4
2. COMPOSITION	5
2.1. DÉPARTEMENT.....	5
2.2. SERVICE CLINIQUE	5
3. MISSION ET OBJECTIFS.....	5
3.1. MISSION DU DÉPARTEMENT	5
3.2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉPARTEMENT	5
3.2.1. Soins	5
3.2.2. Enseignement.....	6
3.2.3. Recherche	6
3.2.4. Évaluation des technologies.....	6
3.3. ACTIVITÉS RELEVANT DU DÉPARTEMENT.....	6
3.4. ACTES RELEVANT DU DÉPARTEMENT	7
4. ORGANISATION DU DÉPARTEMENT	7
4.1. DIRECTION	7
4.2. SERVICES.....	7
5. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT	7
5.1. QUALIFICATIONS	7
5.2. PROCESSUS DE NOMINATION.....	8
5.3. FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	8
5.3.1. Sous l'autorité du directeur des services professionnels.....	8
5.3.2. Sous l'autorité du CMDP	9
5.4. FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	10
5.4.1. Nomination temporaire d'un professionnel.....	10
5.4.2. Suspension d'un membre du département	10
5.4.3. Qualité, sécurité pertinence des soins	11
5.4.4. Organisation des activités départementales.....	11
5.4.5. Gestion des activités départementales.....	12
5.5. AUTRES RESPONSABILITÉS OU CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	13
5.5.1. Rapport d'activités	13
5.5.2. Remplacement temporaire.....	13
5.5.3. Démission	13
5.5.4. Nomination d'un ou plusieurs chefs de département adjoints.....	13
5.5.5. Rémunération	13
6. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE	13
6.1. NOMINATION.....	13
6.2. FONCTIONS	13

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département médecine d'urgence CIUSSS de la Capitale-Nationale**

7. OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES	14
7.1. MAINTIEN DES COMPÉTENCES	14
8. ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE	14
8.1. COUVERTURE DES SERVICES PROFESSIONNELS	14
8.2. COUVERTURE DE L'HORAIRE DE TRAVAIL	14
8.3. LISTE DE RAPPEL	15
9. ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT	15
10. ACTIVITÉS DE RECHERCHE	16
11. ACTIVITÉS DE GESTION	16
11.1. GESTION INDIVIDUELLE MINIMALE	16
11.2. COGESTION MÉDICO-INFIRMIÈRE QUOTIDIENNE	17
12. ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	17
12.1. ASSEMBLÉES ORDINAIRES	17
12.2. ASSEMBLÉES EXTRAORDINAIRES	17
12.3. PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	17
12.3.1. <i>L'avis de convocation</i>	17
12.3.2. <i>L'ordre du jour</i>	18
12.3.3. <i>Ajout à l'ordre du jour</i>	18
12.3.4. <i>Présidence</i>	18
12.3.5. <i>Droit de vote</i>	18
12.3.6. <i>Décision</i>	18
12.3.7. <i>Procès-verbal</i>	18
12.3.8. <i>Absence</i>	19
12.3.9. <i>Quorum</i>	19
12.4. COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	19
12.5. RÉUNIONS DU COMITÉ DE GESTION MÉDICALE	19
13. MÉCANISMES ADMINISTRATIFS	19
13.1. ABSENCES	19
13.2. REMPLACEMENTS	20
13.3. MESURES ADMINISTRATIVES	20
13.4. MESURES DISCIPLINAIRES	20
14. DISPOSITIONS FINALES	20

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
DSP	Directeur des Services professionnels
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ., c. S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDG	Président directeur général
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1. Définitions

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

- o Département :
Le Département de médecine d'urgence du CIUSSS-CN;
- o Établissement :
Le CIUSSS-CN.

1.2. 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 :

- o La mission du département;
- o Les responsabilités du chef de département;
- o Les devoirs et les obligations des membres du département;
- o L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde;
- o La procédure applicable aux réunions du département;
- o Les sanctions applicables au non-respect du présent règlement.

1.3. Application et interprétation du règlement

Le présent règlement est adopté en conformité avec :

- o La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
- o Le règlement sur la régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- o Les règlements du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

L'interprétation du présent règlement doit tenir compte de toute disposition pertinente de la LSSSS et des règlements précités. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ces règlements ont préséance sur le présent règlement.

Le département est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

Le présent règlement tient compte des désignations de centre hospitalier universitaire et d'institut de l'établissement.

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

2. COMPOSITION

2.1. Département

Le département regroupe les membres du CMDP de l'établissement qui œuvrent dans un ou plusieurs services spécialisés du département. Tout membre du département doit avoir des privilèges dans au moins un des services du département.

Un membre du CMDP qui détient des privilèges de pratique dans plus d'un département de l'établissement fait automatiquement partie de chacun de 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, tel que prévu aux règlements du CMDP.

2.2. 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, de la dentisterie ou de la pharmacie, favorisant ainsi l'organisation optimale des soins et services.

3. MISSION ET OBJECTIFS

3.1. Mission du département

La mission du département s'énonce ainsi :

Offrir des soins complets, accessibles, continus et de haut niveau à la clientèle des urgences desservie par le CIUSSS-CN, et ce, de façon personnalisée et sécuritaire.

3.2. Objectifs généraux du département

3.2.1. Soins

- Offrir et dispenser des soins médicaux d'urgence de qualité pour les populations locales, régionales et suprarégionales, le cas échéant, dans ses domaines de compétence tout en assurant l'optimisation des ressources humaines, matérielles, financières et immobilières 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;
- S'assurer de respecter les critères de sécurité, d'efficience et de pertinence;

- Assurer l'accès aux soins et services dans les délais prescrits;
- Répondre aux besoins identifiés de la population du territoire dont l'établissement est responsable;
- Collaborer avec les autres départements de l'établissement dans leur mission de soins.

3.2.2. Enseignement

- Participer activement à l'enseignement de la médecine d'urgence au niveau pré gradué, au niveau de la résidence et au niveau postdoctoral;
- Participer, en collaboration, à la formation des autres professionnels de la santé inscrits à des programmes collégiaux ou universitaires en stage au CIUSSS-CN;
- Familiariser les étudiants en médecine et les résidents avec les différents aspects de la pratique médicale en médecine d'urgence;
- Favoriser le développement des pratiques novatrices notamment de télé-enseignement au sein du RUIS-UL pour donner accès aux résidents en médecine, ainsi que l'enseignement médical continu dans le territoire de desserte.

3.2.3. Recherche

- Appuyer le développement de la recherche clinique en médecine d'urgence dans le CIUSSS-CN;
- Soutenir le recrutement et l'intégration de chercheurs cliniciens au sein du département;
- Favoriser et soutenir les échanges entre cliniciens et chercheurs;
- Favoriser et développer la recherche clinique auprès des résidents en formation.

3.2.4. Évaluation des technologies

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.

3.3. Activités relevant du département

De façon générale, le département englobe notamment les activités suivantes :

- prodiguer des soins urgents aux usagers du CIUSSS-CN.

3.4. Actes relevant du département

Conformément au plan d'organisation, dans le respect et la complémentarité des responsabilités et des compétences des autres départements de l'établissement, tous les actes suivants, nécessaires à la prise en charge des patients se présentant pour des soins urgents, relèvent du département de médecine d'urgence.

- l'accueil;
- l'inscription;
- la priorisation;
- la stabilisation;
- l'évaluation;
- l'investigation;
- le cas échéant, l'orientation de la personne vers les ressources les plus aptes à assurer la continuité des soins et le suivi.

4. ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

4.1. Direction

L'organigramme (cf. annexe I) du département s'insère dans le plan d'organisation de l'établissement.

L'organigramme prévoit un comité de gestion médicale formé du chef et/ou des cochefs de département, de l'ensemble des chefs de service du département et des responsables de l'enseignement et de la recherche. Ce comité a pour fonction de conseiller et d'assister le chef de département dans la gestion de son département. Le *Guide de gestion de l'urgence du MSSS* sert de référence pour la gestion optimale du DMU et de chacun de ses services.

4.2. Services

L'organigramme du Département de médecine d'urgence comprend les services cliniques suivants :

o Service d'urgence de Portneuf	o Service d'urgence de Baie-St-Paul
o Service d'urgence de Chauveau	o Service d'urgence de La Malbaie
o Service d'urgence de Jeffery Hale	o Centre antipoison
o Service d'urgence de Sainte-Anne-de-Beaupré	

5. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

5.1. Qualifications

Le chef de département doit être titulaire d'un certificat émis par le Collège des médecins du Québec et il doit être membre actif du CMDP de l'établissement.

Selon le Conseil médical du Québec, le candidat à la chefferie d'un département devrait :

- Être apte non seulement à gérer des ressources financières et matérielles et mettre sur pied des programmes, mais aussi à motiver les membres de son département;
- Être capable de coordonner les activités et d'en mesurer les résultats;
- Avoir un profil de carrière universitaire correspondant à celui de professeur ayant une compétence clinique dans sa discipline et certaines dispositions pour l'enseignement.
- Être reconnu par ses pairs;
- Être motivé à assumer les responsabilités de la fonction.

5.2. Processus de nomination

Le chef de département est choisi selon les modalités prévues au « *Règlement du CIUSSS-CN* ». Une nomination est effective pour un terme d'au plus quatre ans et est renouvelable.

5.3. Fonctions et responsabilités générales du chef de département

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

5.3.1. Sous l'autorité du directeur des services professionnels

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

- Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins de son département;
- Gérer les ressources médicales de son département et, dans la mesure prévue au plan d'organisation de l'établissement, les autres ressources;
- Élaborer pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins:
 - o ces règles d'utilisation des ressources doivent notamment prévoir qu'en cas de nécessité, le DSP ou, en l'absence d'un tel directeur, le président du CMDP ou le médecin désigné à cette fin par le président-directeur général peut désigner un département clinique ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager;
 - o ces règles d'utilisation doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin 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;
 - o lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le DSP ou, à défaut, le président-directeur général doit les élaborer;

- o ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit, au préalable, obtenir l'avis du CMDP.
- S'assurer dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services;
- Faire la liste de garde conformément aux modalités du système de garde adopté par le CMDP et approuvé par le CA, et veiller à son application;
- S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux dans son département;
- Collaborer pour son département à l'identification des indicateurs de qualité et performance;
- Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le DSP ou le CMDP de l'inobservation par un médecin de ces règles;
- Aviser par écrit le DSP pour tout problème de comportement ou manquement grave et s'assurer qu'un rapport écrit est versé au dossier professionnel du médecin.
- Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, les responsabilités visées au présent article sont exercées par le DSP.

5.3.2. Sous l'autorité du CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP:

- De surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département:
 - o le cas échéant, de surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers, les activités qui sont exercées par des infirmières, des infirmiers ou d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du « Bureau du Collège des médecins du Québec »;
- 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:
 - o ces règles doivent prévoir que l'exercice professionnel des médecins du département répond à des règles uniques;
 - o 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 président directeur général de les élaborer;

- o 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 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;
- De donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges;
- Lorsqu'aucun chef de département n'est désigné, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP;
- En cas de non-respect de ses fonctions, le chef de département peut être démis de ses fonctions par le CA qui doit en motiver les raisons sur recommandation écrite du DSP;

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées régulières du département. Le DSP, le comité exécutif du CMDP (CECMDP) et le CA ont accès à ce registre, sur demande.

5.4. Fonctions et responsabilités spécifiques du chef de département

5.4.1. Nomination temporaire d'un professionnel

- Le chef de département clinique peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin l'autorisation d'exercer sa profession dans un centre exploité par l'établissement. Dans ce cas, il doit aviser immédiatement le PDG 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. De plus, des pénalités pourraient être imposées à l'établissement dans le cas de non-respect;
- Lorsque le délai pour l'obtention de cette autorisation risque d'être préjudiciable à un usager, tout médecin peut, sans cette autorisation, donner les soins ou les services requis par l'état de l'usager.

5.4.2. Suspension d'un membre du département

En situation d'urgence ou pour un manquement grave, le chef du département clinique concerné peut suspendre les privilèges de tout médecin membre de son département. Il doit alors avertir immédiatement le président du CMDP et lui transmettre un rapport dans les 4 jours qui suivent. Une telle suspension est valide jusqu'à ce que le CA ait pris une décision au sujet du membre suspendu, sans toutefois excéder une période de 20 jours.

5.4.3. Qualité, sécurité pertinence des soins

- Le chef du département surveille la qualité, la sécurité et la pertinence des soins donnés par les 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 l'article 12.3 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;
- 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.

5.4.4. Organisation des activités départementales

- Le chef du département, en consultation avec son comité de direction, élabore les objectifs et les priorités du département;
- Il établit un système de communication favorable à l'information, la consultation et la participation active des membres de son département;
- Avec les chefs de service, il établit la liste de garde conformément aux règlements du CMDP et s'assure de la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques dans son département;
- Après consultation auprès des chefs de service, il élabore les règles d'utilisation des ressources médicales et les règles d'utilisation des médicaments, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins de son département et prévoit les sanctions administratives à cet effet; le chef de département a l'obligation d'appliquer les sanctions, lorsque nécessaires. Il gère, avec l'aide du DSP, les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles en conformité avec le plan d'organisation de l'établissement;
- Il assure les représentations externes lorsque les situations l'exigent pour obtenir une organisation optimale des soins et services à la clientèle;
- Il participe 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.

5.4.5. Gestion des activités départementales

5.4.5.1. Ressources matérielles

Le chef du département participe à la gestion des ressources matérielles qui sont mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Lorsqu'indiqué, il conseille l'établissement sur l'achat de matériel destiné à la dispensation des soins à la clientèle.

5.4.5.2. Ressources humaines

Le chef du département est responsable du recrutement des médecins susceptibles de devenir membres du département en consultation avec le chef de service concerné. Pour ce faire, il doit consulter le chef de service concerné. Pour chaque nouveau membre, il s'assure d'obtenir l'appui de l'université dans le cadre du contrat d'affiliation qui lie le CIUSSS-CN, à l'Université Laval.

5.4.5.3. Ressources financières

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières nécessaires à la dispensation des soins de son département dans le respect de l'équilibre budgétaire de l'établissement.

5.4.5.4. Enseignement et recherche

5.4.5.4.1. 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.

5.4.5.4.2. 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.

5.4.5.4.3. Engagement universitaire

Le chef du département coordonne, en collaboration avec les directeurs de l'enseignement et de la recherche, les activités universitaires des membres du département, des résidents et des étudiants, le tout en respect du contrat d'affiliation intervenu avec l'Université Laval.

5.5. Autres responsabilités ou considérations à l'égard du chef de département

5.5.1. Rapport d'activités

Chaque année, le chef du département aidé de son comité de direction dépose un rapport des activités cliniques d'enseignement et de recherche du département.

5.5.2. Remplacement temporaire

Si le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il peut être remplacé durant cette période par une personne nommée par le CA. Tant que ce remplaçant n'aura pas été ainsi nommé, les responsabilités qui incombent au chef de département, et ce, en vertu de la Loi, seront alors exercées conjointement par le DSP et le CECMDP, eu égard à leur compétence respective.

5.5.3. Démission

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

5.5.4. Nomination d'un ou plusieurs chefs de département adjoints

Le chef de département peut nommer un ou plusieurs chefs de département adjoints pour le secondar dans ses responsabilités.

5.5.5. Rémunération

Le chef du département est rémunéré selon les ententes établies entre le gouvernement et les fédérations médicales.

6. NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE

6.1. Nomination

Le chef de service est choisi selon les modalités prévues au Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique ou de service clinique de l'établissement, adopté par le CA, et ce, en faisant les adaptations nécessaires.

6.2. Fonctions

- Le chef de service est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assure la gestion des affaires de son service en fonction des attentes signifiées par son chef de département;
- Il coordonne les activités exercées dans sa discipline;
- Il rédige un règlement pour son service. Ce règlement doit préciser minimalement le nombre annuel de réunions de service et le quorum des assemblées. Ce règlement doit préciser les modalités du service de garde offert;

- Le chef de service propose au chef de département des règles de pratique pour sa discipline;
- Il répond au chef de département de l'ensemble des soins donnés dans sa discipline;
- Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service sont consignées dans des procès-verbaux;
- En l'absence d'un chef de service, 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 CA et au CECMDP.

7. 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.

7.1. Maintien des compétences

Les médecins membres du département de médecine d'urgence ont l'obligation de maintenir à jour leurs certifications ACLS, PEDALS et ATLS pour les médecins exerçants dans un centre désigné de traumatologie.

La formation en échographie ciblée est obligatoire et la certification de praticien indépendant est fortement recommandée.

8. ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE

8.1. Couverture des services professionnels

Les activités cliniques de soins constituent 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, le plan d'organisation de l'établissement et le guide de gestion de l'urgence.

8.2. Couverture de l'horaire de travail

- Le chef de département doit s'assurer qu'un service de garde approprié est établi dans chacun des services. Il fait la liste de garde et veille à son application.
- L'horaire est remis au chef de département et de service, ainsi qu'à tous les membres du service au moins deux mois avant le début de la période concernée.

- Les règles établies peuvent prévoir des modalités différentes de participation par un membre en fonction de l'âge, de la maladie ou de tout autre critère.
- Les règles d'élaboration de l'horaire de travail sont régies par chaque service, doivent être remis membres du service et annexées aux règlements de celui-ci.
- Elles doivent prévoir des mesures disciplinaires en cas de non-respect par un membre. Ce non-respect sera considéré comme un manquement grave.
- Les principes de base suivants doivent être respectés par tous les services :
 1. Le médecin en devoir ne peut quitter le service avant l'arrivée de son remplaçant, à moins qu'une situation exceptionnelle le nécessite. Pour assurer une continuité des soins, chaque médecin fait un rapport à son remplaçant sur la condition des patients qui restent sous sa responsabilité en attente de consultation, d'examen ou en observation;
 2. Sauf cas d'incapacité d'agir, il incombe à un membre qui se trouve dans l'impossibilité d'effectuer son quart de travail de se trouver un remplaçant et de l'inscrire sur l'horaire officiel;
 3. Si un médecin se trouve dans l'impossibilité de se faire remplacer, et ce, pour une raison de force majeure approuvée par le chef de service, un remplaçant est nommé par celui-ci ou par le chef de département et il a l'obligation d'effectuer le quart de travail; les remplaçants peuvent être nommés à tour de rôle en tenant compte d'une liste de rappel, comme défini au point 8.3;
 4. La répartition des heures défavorables de travail doit respecter le prorata des heures effectuées, qu'il y ait majoration ou diminution de la charge consentie à un membre.

8.3. Liste de rappel

Une liste de rappel de médecins non en devoir est disponible en tout temps pour chacun des services afin de pouvoir faire face aux crises potentielles : absence imprévue, surcapacité et code orange; les mécanismes d'élaboration et d'utilisation de cette liste sont déterminés par chacun des services.

9. ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT

En vertu du contrat d'affiliation liant l'établissement à l'Université Laval, 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-inscrits à l'urgence-peuvent être sollicités pour l'enseignement.

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.

Les membres du département conviennent que leur pratique comprend un double rôle incluant les activités cliniques et d'enseignement.

Le chef du département, en accord avec les chefs de service, doit s'assurer que les étudiants ont un environnement et un climat propices à la poursuite de leurs études.

10. ACTIVITÉS DE RECHERCHE

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 nomme 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 exécutée dans son service.

Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis par le CMDP, le DSP et le *Cadre réglementaire du comité d'éthique* concernant l'adoption et le suivi des projets de recherche.

11. ACTIVITÉS DE GESTION

Toutes activités de gestion dans le DMU doivent s'inspirer du *Guide de gestion de l'urgence*.

11.1. Gestion individuelle minimale

Chacun des membres doit s'acquitter d'un minimum essentiel d'activités de gestion :

- Il est responsable de la gestion des résultats des investigations qu'il prescrit ainsi que de la gestion des résultats anormaux, comme prévu par son service;
- Il est responsable et doit s'impliquer dans les comités sur lesquels il est assigné;
- Il est responsable d'assister et de participer aux réunions de service, de département et du CMDP.

11.2. Cogestion médico-infirmière quotidienne

Chacun des membres participe activement à la saine cogestion de l'unité d'urgence durant ses heures de travail :

- Le médecin en devoir, en collaboration avec l'infirmière-chef ou son assistante, est le juge pour le rappel de personnel médical ou infirmier supplémentaire, lorsque la qualité des soins et la sécurité des patients sont compromises;
- Ce tandem est impliqué dans l'évaluation de l'unité d'urgence en vue de la mise en œuvre du plan de surcapacité selon les règles établies.

12. ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

12.1. Assemblées ordinaires

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Ce dernier doit tenir au moins 2 assemblées régulières par année. L'une des assemblées ordinaires peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres du département.

La participation attendue de chacun des membres est d'au moins 50%.

12.2. 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 :

- Par le chef du département;
- Par le quart (1/4) des membres actifs du département;
- Par le CECMDP.

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

12.3. Procédure des assemblées

12.3.1. L'avis de convocation

L'avis de convocation doit parvenir aux membres 15 jours avant la date de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire.

12.3.2. 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.

12.3.3. 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.

12.3.4. 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.

12.3.5. Droit de vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. 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.

12.3.6. 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.

12.3.7. Procès-verbal

Le secrétaire rédige un procès-verbal pour chaque assemblée.

L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

Ces procès-verbaux doivent être signés par le chef du département ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des procès-verbaux doit être remise au DSP et au secrétaire du CECMDP.

12.3.8. Absence

Toute absence aux assemblées ordinaires du département doit être motivée.

Si un membre du département s'absente de façon non motivée à deux 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.

12.3.9. Quorum

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

12.4. 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.

12.5. Réunions du comité de gestion médicale

Le comité de gestion médicale du département formé conformément à l'article 4.1 doit se réunir au moins quatre fois par année sous la présidence du chef de département.

L'avis de convocation doit parvenir aux membres sept jours avant la date de la réunion.

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres du comité au moins 24 heures avant la tenue de la réunion.

Le quorum est constitué de 50 % des membres présents à cette réunion. Le vote est pris à majorité simple.

Un procès-verbal est rédigé pour chacune des réunions. L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

13. MÉCANISMES ADMINISTRATIFS

13.1. Absences

Les absences relatives à des vacances, participations à des congrès ou colloques doivent faire l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service concerné ou à défaut avec le chef de département.

Les absences relatives à un congé sabbatique (pour fins d'études, de spécialisation ou de perfectionnement) ou un congé de service (pour des raisons personnelles, dont le congé de

maternité, paternité ou d'adoption) doivent être évaluées selon les règles édictées à cet égard au Règlement sur la régie interne du CMDP.

13.2. Remplacements

Dans toute circonstance spéciale ou imprévisible, en cas de maladie ou d'absence prolongée, il appartient, selon le cas, aux chefs de service et au chef du département de s'assurer du remplacement de tout individu occupant une fonction quelconque au sein du département, en conformité avec les règles prévues à la LSSSS et d'en aviser le DSP et le CMDP.

13.3. Mesures administratives

Lorsqu'un médecin enfreint une règle d'utilisation des ressources, le chef de département peut demander au DSP d'appliquer, conformément au troisième paragraphe de l'article 204 de la LSSSS, les sanctions administratives applicables. Ces sanctions administratives peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit dudit médecin d'utiliser les ressources de l'établissement.

Ce faisant, le DSP doit, préalablement à l'application de ces sanctions administratives, indiquer au médecin 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.

Sauf s'il en est autrement prévu aux règles d'utilisation des ressources applicables :

- Une première **contravention** entraîne un avertissement écrit;
- Une deuxième **contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'une semaine;
- Une **troisième contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'un mois.

13.4. Mesures disciplinaires

Lorsqu'un médecin enfreint le présent règlement, le CA de l'établissement peut prendre des mesures disciplinaires en conformité avec les dispositions de l'article 249 de la LSSSS.

14. DISPOSITIONS FINALES

L'adoption, la révision ou les amendements au règlement sont soumis au processus prévu à l'article 1.3 du présent règlement. Ils doivent être soumis pour approbation au CMDP et au CA de l'établissement.

Le présent règlement, sa révision ou ses amendements entrent en vigueur lors de leur adoption par le CA de l'établissement.

***Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département médecine d'urgence CIUSSS de la Capitale-Nationale***

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

Le présent règlement du Département médecine d'urgence doit être révisé dans les quatre ans de son adoption.

ANNEXES

ANNEXE I Organigramme

ANNEXE II (S'il y a lieu)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-29
	Direction responsable : Direction des services professionnels
	Adopté par le conseil d'administration le : 24 mars 2020 Résolution no : CA-CIUSSS-2020-03[29]-24
	Entrée en vigueur le : 24 mars 2020 Ce règlement annule les règlements des anciens établissements fusionnés et regroupés au 1 ^{er} avril 2015
	Champ d'application :
TITRE : Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine de famille du CIUSSS de la Capitale-Nationale	

Adopté par le Département de médecine de famille le 6 mai 2019
 Approuvé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 12 février 2020
 Approuvé par le conseil d'administration le 24 mars 2020

TABLE DES MATIÈRES

AVIS AU LECTEUR	3
LISTE DES ACRONYMES.....	3
1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
1.1 DÉFINITIONS	4
1.2 OBJET DU RÈGLEMENT	4
1.3 APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	4
2 COMPOSITION	5
2.1 DÉPARTEMENT.....	5
2.2 SERVICE CLINIQUE	5
2.3 SECTEUR.....	5
3 MISSION ET OBJECTIFS.....	5
3.1 MISSION DU DÉPARTEMENT	5
3.2 OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU DÉPARTEMENT	6
3.2.1 Soins et services	6
3.2.2 Enseignement.....	6
3.2.3 Recherche	6
3.2.4 Évaluation des technologies	7
3.3 ACTIVITÉS RELEVANT DU DÉPARTEMENT	7
4 ORGANISATION DU DÉPARTEMENT	7
4.1 DIRECTION.....	7
4.2 SERVICES ET SECTEURS.....	7
5 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT	7
5.1 QUALIFICATIONS	7
5.2 PROCESSUS DE NOMINATION.....	8
5.3 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CHEF DE DÉPARTEMENT	8
5.3.1 Sous l'autorité du directeur des services professionnels	8
5.3.2 Sous l'autorité du CMDP	9
5.4 FONCTIONS ET RESPONSABILITÉS SPÉCIFIQUES DU CHEF DE DÉPARTEMENT	10
5.4.1 Nomination temporaire d'un professionnel	10
5.4.2 Suspension d'un membre du département	10
5.4.3 Qualité, sécurité pertinence des soins	10
5.4.4 Organisation des activités départementales	11
5.4.5 Gestion des activités départementales	11
Enseignement et recherche :	12
5.5 AUTRES RESPONSABILITÉS OU CONSIDÉRATIONS À L'ÉGARD DU CHEF DE DÉPARTEMENT.....	12
5.5.1 Rapport d'activités.....	12
5.5.2 Remplacement temporaire	12
5.5.3 Démission	12
5.5.4 Nomination d'adjoints	13
5.5.5 Rémunération.....	13
6 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE OU DE SECTEUR	13
6.1 NOMINATION	13

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département de médecine de famille du CIUSSS de la Capitale-Nationale**

6.2	FONCTIONS	13
7	OBLIGATIONS, DEVOIRS ET RESPONSABILITÉS DES MEMBRES	14
8	ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE	14
8.1	COUVERTURE DES SERVICES PROFESSIONNELS	14
8.2	COUVERTURE DE LA GARDE.....	14
9	ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT	14
10	ACTIVITÉS DE RECHERCHE	15
11	ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	15
11.1	ASSEMBLÉES ORDINAIRES.....	15
11.2	ASSEMBLÉES EXTRAORDINAIRES	15
11.3	PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	15
11.3.1	<i>L'avis de convocation.....</i>	<i>15</i>
11.3.2	<i>L'ordre du jour.....</i>	<i>16</i>
11.3.3	<i>Ajout à l'ordre du jour</i>	<i>16</i>
11.3.4	<i>Présidence</i>	<i>16</i>
11.3.5	<i>Droit de vote.....</i>	<i>16</i>
11.3.6	<i>Décision.....</i>	<i>16</i>
11.3.7	<i>Procès-verbal</i>	<i>16</i>
11.3.8	<i>Absence.....</i>	<i>17</i>
11.3.9	<i>Quorum.....</i>	<i>17</i>
11.4	COMITÉS DÉPARTEMENTAUX	17
11.5	RÉUNIONS DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT.....	17
12	MÉCANISMES ADMINISTRATIFS	17
12.1	ABSENCES.....	17
12.2	REPLACEMENTS	18
12.3	MESURES ADMINISTRATIVES	18
12.4	MESURES DISCIPLINAIRES.....	18
13	DISPOSITIONS FINALES.....	18

AVIS AU LECTEUR

La pratique de la médecine familiale n'est plus contemporaine à l'ancienne dénomination « médecine générale ». Cependant, la nouvelle appellation « médecine familiale » continuera de faire référence à la médecine générale dans la LSSSS.

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
DMFMU UL	Département de médecine familiale et de médecine d'urgence Université Laval
DSP	Directeur des services professionnels
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ., c. S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDG	Président-directeur général
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements
RUISSS UL	Réseau universitaire intégré de Santé et de Services sociaux de l'Université Laval

1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Définitions

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

- Département :
Le département médecine de famille du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Établissement :
Le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

1.2 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 :

- La mission du département;
- Les responsabilités du chef de département;
- Les devoirs et les obligations des membres du département;
- L'organisation et le fonctionnement du département, incluant les modalités relatives à la garde;
- La procédure applicable aux réunions du département;
- Les sanctions applicables au non-respect du présent règlement.

1.3 Application et interprétation du règlement

Le présent règlement est adopté en conformité avec :

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et ses règlements;
- Le règlement sur la régie interne du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- Les règlements du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

L'interprétation du présent règlement doit tenir compte de toute disposition pertinente de la LSSSS et des règlements précités. En cas d'incompatibilité, la LSSSS et ses règlements ont préséance sur le présent règlement.

Le département est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources approuvées par le CA de l'établissement.

Le présent règlement tient compte des désignations de centre hospitalier universitaire, de centre de recherche et d'institut de l'établissement.

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

2 COMPOSITION

2.1 Département

Le département regroupe les membres du CMDP de l'établissement qui œuvrent dans un ou plusieurs services du département. Tout membre du département doit avoir des privilèges dans au moins une installation de l'établissement et participer aux activités d'au moins un des services du département.

Un membre du CMDP qui détient des privilèges de pratique dans des services de plus d'un département de l'établissement fait automatiquement partie de chacun de ces départements.

Dans le cas où des modalités conflictuelles sont prévues au règlement de ces départements respectifs, les chefs de département concernés devront convenir par écrit des modalités de mitigation et de leur application, tel que prévu aux règlements du CMDP.

2.2 Service clinique

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

2.3 Secteur

Un secteur au sein du département est une entité organisationnelle regroupant des membres du CMDP qui œuvrent dans un territoire spécifique, favorisant ainsi l'organisation optimale des soins et services.

3 MISSION ET OBJECTIFS

3.1 Mission du département

La mission du département s'énonce ainsi :

Offrir des soins complets, accessibles, continus et de haut niveau à la clientèle du département de médecine de famille desservie par le CIUSSS de la Capitale-Nationale et ce de façon adaptée, pertinente et sécuritaire.

Former les futurs médecins de famille en lien avec les objectifs et normes du DMFMU UL et du CMFC.

Contribuer à la recherche clinique.

3.2 Objectifs généraux du département

3.2.1 Soins et services

- Offrir et dispenser des soins et services généraux de qualité pour les populations locales, régionales et, le cas échéant, dans ses domaines de compétence tout en assurant l'optimisation des ressources humaines, matérielles, financières et immobilières 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;
- S'assurer de respecter les critères de sécurité, d'efficience et de pertinence;
- Assurer l'accès aux soins et services dans les délais prescrits;
- Répondre le mieux possible aux besoins de la population du territoire dont l'établissement est responsable;
- Collaborer avec les autres départements de l'établissement et les autres établissements dans la réalisation de leurs missions respectives.

3.2.2 Enseignement

- Contribuer à l'enseignement de la médecine à tous les niveaux de la formation;
- Collaborer à la formation des autres professionnels de la santé du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Favoriser le développement et le rayonnement des pratiques novatrices, notamment de télé-enseignement au sein du RUISSS UL, ainsi que soutenir le développement professionnel continu dans le territoire de desserte.
- Veiller à faire des GMFU des milieux exemplaires de soins et services de proximité, notamment par une formation adaptée à la réalité et favorisant l'interprofessionalisme et le partenariat avec les usagers.

3.2.3 Recherche

- Collaborer au développement de la recherche clinique en médecine de famille dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Soutenir le recrutement et l'intégration de chercheurs cliniciens au sein du département;
- Favoriser et soutenir les échanges entre cliniciens et chercheurs;
- Favoriser et développer l'intérêt pour la recherche clinique auprès des apprenants.

3.2.4 Évaluation des technologies

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

3.3 Activités relevant du département

Conformément au plan d'organisation, dans le respect et la complémentarité des responsabilités et des compétences des autres départements de l'établissement, les activités réalisées majoritairement par des médecins de famille dans l'établissement relèvent du département.

4 ORGANISATION DU DÉPARTEMENT

4.1 Direction

L'organigramme (cf. annexe I) du département s'insère dans le plan d'organisation de l'établissement.

Le chef de département met en place un comité de direction formé du chef de département, des chefs de services et des chefs de secteurs. Ce comité a pour fonction de conseiller et d'assister le chef de département dans la gestion de son département, d'assurer une saine communication avec les services et les départements et d'assurer la cohérence et l'intégration pertinente entre les services et secteurs du département. Ce comité devrait tenir des échanges en personne au moins 3 fois par an.

4.2 Services et secteurs

L'organigramme du département de médecine de famille comprend les services cliniques suivants :

Voir l'annexe I.

5 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE DÉPARTEMENT

5.1 Qualifications

Le chef de département doit être titulaire d'un certificat émis par le Collège des médecins du Québec et il doit être membre actif du CMDP de l'établissement.

Le candidat à la chefferie du département doit :

- Incarner une expertise ou une expérience clinique reconnue par ses pairs;
- Disposer d'habiletés motivationnelles reconnues;
- S'intéresser à la gestion et l'organisation des services et la mesure des résultats;
- Présenter un profil académique avéré ou en devenir, reconnaissant des aptitudes en enseignement ou en recherche clinique.

5.2 Processus de nomination

Le chef de département est choisi selon les modalités prévues au *Règlement* du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Une nomination est effective pour un terme d'au plus quatre ans et est renouvelable.

5.3 Fonctions et responsabilités générales du chef de département

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

5.3.1 Sous l'autorité du directeur des services professionnels

Le chef de département exécute les responsabilités suivantes:

- Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le CMDP, les activités professionnelles des médecins de son département;
- Gérer les ressources médicales de son département et, dans la mesure prévue au plan d'organisation de l'établissement, les autres ressources;
- Élaborer pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins:
 - ces règles d'utilisation des ressources doivent notamment prévoir qu'en cas de nécessité, le DSP ou, en l'absence d'un tel directeur, le président du CMDP ou le médecin désigné à cette fin par le président-directeur général peut désigner un département clinique ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager;
 - lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles d'utilisation des ressources ou tarde à le faire, le DSP ou, à défaut, le président-directeur général doit les élaborer;
 - ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit, au préalable, obtenir l'avis du CMDP;
 - Le cas échéant, réserver dans son département clinique un pourcentage de lits déterminé par le ministre qui peuvent prendre en charge les usagers provenant du département clinique de médecine d'urgence qui doivent être hospitalisés;
- S'assurer dans son département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès aux services;
- Faire la liste de garde conformément aux modalités du système de garde adopté par le CMDP et approuvé par le CA, et veiller à son application;
- S'assurer de la distribution appropriée des soins et services médicaux dans son département;
- Collaborer à l'identification des indicateurs de qualité et performance;
- Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le DSP ou le CMDP de l'inobservation par un médecin de ces règles;

- Aviser par écrit le DSP pour tout problème de comportement ou manquement grave et s'assurer qu'un rapport écrit est versé au dossier professionnel du médecin.
- Communiquer les informations pertinentes de son service ou secteur à ses membres par les moyens les mieux adaptés.

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

Le chef de département peut déléguer, pour une période et des motifs convenus avec le DSP, en tout ou en partie, certaines de ses fonctions à ses chefs de service ou de secteur. Ce premier demeure néanmoins le seul imputable devant le CA et le DSP.

5.3.2 Sous l'autorité du CMDP

Le chef de département est responsable envers le CMDP:

- De surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département:
- D'élaborer pour son département, des règles de soins 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:
 - lorsque le chef de département refuse d'élaborer les règles de soins et les règles d'utilisation des médicaments ou tarde à le faire, le CA peut demander au CMDP ou au président-directeur général de les élaborer;
 - ces règles de soins et les règles d'utilisation des médicaments entrent en vigueur après avoir été approuvées par le CA qui doit au préalable, obtenir la recommandation 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;
- De donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges;
- Lorsqu'aucun chef de département n'est désigné, les responsabilités énumérées ci-dessus sont exercées par le CMDP;
- En cas de non-respect de ses fonctions, le chef de département peut être démis de ses fonctions par le CA qui doit en motiver les raisons sur recommandation écrite du DSP;
- Assure l'harmonisation des soins et normes de pratiques au sein de chaque service clinique en tout respect des réalités spécifiques du territoire et des installations.

- Communiquer les informations pertinentes de son service ou secteur à ses membres par les moyens les mieux adaptés.

Le chef de département doit tenir à jour un registre des présences et des absences aux assemblées régulières du département. Le DSP, le CECMDP et le CA ont accès à ce registre, sur demande.

L'établissement fournit le soutien administratif raisonnable et pertinent pour la réalisation de ces activités. De plus, l'établissement met à la disposition du département et de ses membres un nombre d'heures défini annuellement permettant d'assurer une rétribution aux médecins de famille qui participent à l'élaboration des règles de soins et de services cliniques.

5.4 Fonctions et responsabilités spécifiques du chef de département

5.4.1 Nomination temporaire d'un professionnel

- Le chef de département clinique peut, en cas d'urgence, accorder temporairement à un médecin l'autorisation d'exercer sa profession dans une installation exploitée par l'établissement. Dans ce cas, il doit aviser immédiatement le PDG 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. De plus, des pénalités pourraient être imposées à l'établissement dans le cas de non-respect;

5.4.2 Suspension d'un membre du département

En situation d'urgence ou pour un manquement grave, le chef du département clinique concerné peut suspendre les privilèges de tout médecin membre de son département. Il doit alors avertir immédiatement le président du CMDP et lui transmettre un rapport dans les délais prescrits. Une telle suspension est valide jusqu'à ce que le CA ait pris une décision au sujet du membre suspendu, sans toutefois excéder la période prescrite.

5.4.3 Qualité, sécurité pertinence des soins

- Le chef du département surveille la qualité, la sécurité et la pertinence des soins donnés par les médecins de son département. Il réalise ou délègue à un ou des membre(s) 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 l'article 12.3 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 en soutenant la participation à des activités de DPC, en diffusant des normes de pratiques reconnues et en offrant des portraits réflexifs des variations de pratique observées et des résultats de santé obtenus;
- 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.

- Il accompagne les médecins dans leur cheminement vers l'intégration de meilleures pratiques et de transformation de leurs pratiques.

5.4.4 Organisation des activités départementales

- Le chef du département, en consultation avec son comité de direction, élabore les objectifs et les priorités du département;
- Il établit un système de communication favorable à l'information, la consultation et la participation active des membres de son département;
- Avec les chefs de service, il établit la liste de garde conformément aux règlements du CMDP et s'assure de la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques dans son département;
- Après consultation auprès des chefs de service, il élabore les règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins de son département et prévoit les sanctions administratives à cet effet; le chef de département a l'obligation d'appliquer les sanctions, lorsque nécessaires. Il gère, avec l'aide du DSP, les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles en conformité avec le plan d'organisation de l'établissement;
- Il assure les représentations externes lorsque les situations l'exigent pour obtenir une organisation optimale des soins et services à la clientèle;
- Il participe 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.

5.4.5 Gestion des activités départementales

Ressources matérielles

Le chef du département participe à la gestion des ressources matérielles qui sont mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Lorsqu'indiqué, il conseille l'établissement sur l'achat de matériel destiné à la dispensation des soins à la clientèle, à l'enseignement ou à la recherche.

Ressources humaines

Le chef du département est responsable du recrutement des médecins susceptibles de devenir membres du département.

Pour ce faire, il doit consulter les chefs de services ou de secteurs concernés. Le directeur du DMFMU de l'Université Laval doit aussi être consulté si le service ou secteur d'activité concerné participe ou envisage participer à la formation d'apprenants en médecine.

Ressources financières

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières mises à la disposition de son département par l'établissement et fait les représentations nécessaires auprès du DSP lorsqu'elles lui apparaissent inadéquates.

Le chef du département participe à la gestion des ressources financières nécessaires à la dispensation des soins de son département dans le respect de l'équilibre budgétaire de l'établissement.

Enseignement et recherche :

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 et du Collège des médecins de famille du Canada sont respectées, sont respectées.

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 participer, à présenter et publier des travaux scientifiques.

Engagement universitaire

Le chef du département coordonne, en collaboration avec les directeurs de l'enseignement et de la recherche, les activités universitaires des membres du département, des résidents et des étudiants, le tout en respect du contrat d'affiliation intervenu avec l'Université Laval.

5.5 Autres responsabilités ou considérations à l'égard du chef de département

5.5.1 Rapport d'activités

Chaque année, le chef du département aidé de son comité de direction dépose au CECMDP un rapport des activités cliniques, d'enseignement et de recherche du département.

5.5.2 Remplacement temporaire

Si le chef de département ne peut temporairement assumer ses fonctions, il peut être remplacé durant cette période par une personne nommée par le CA. Tant que ce remplaçant n'aura pas été ainsi nommé, les responsabilités qui incombent au chef de département, et ce, en vertu de la Loi, seront alors exercées conjointement par le DSP et le CECMDP, eu égard à leur compétence respective.

5.5.3 Démission

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

5.5.4 Nomination d'adjoints

Le chef de département peut identifier un ou plusieurs adjoints pour le secondar dans ses fonctions. Le cas échéant, ce ou ces adjoint(s) sont rémunérés à même les forfaits du chef de département et à la discrétion de celui-ci. Ces adjoints sont distincts des chefs de services ou de secteurs de l'organigramme.

5.5.5 Rémunération

Le chef du département est rémunéré selon les ententes établies entre le gouvernement et les fédérations médicales. La répartition des forfaits convenue est présentée en annexe.

6 NOMINATION ET FONCTIONS DU CHEF DE SERVICE OU DE SECTEUR

6.1 Nomination

Le chef de service ou de secteur est choisi selon les modalités prévues au Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique, de service clinique ou de secteur de l'établissement, adopté par le CA, et ce, en faisant les adaptations nécessaires.

6.2 Fonctions

- Le chef de service ou de secteur est un collaborateur immédiat du chef de département. Il assure la gestion des affaires de son service ou secteur en fonction des attentes signifiées par son chef de département;
- Il coordonne les activités exercées dans son service ou secteur et s'assure de leur mise en application;
- Il rédige un règlement pour son service ou son secteur. Ce règlement doit préciser minimalement le nombre annuel de réunions de service ou de secteur et le quorum des assemblées. Ce règlement doit préciser les modalités du service de garde offert;
- Le chef de service ou de secteur propose au chef de département des règles de pratique pour son service ou son secteur;
- Il répond au chef de département de l'ensemble des soins donnés dans sa discipline;
- Il s'assure que les décisions entérinées lors des réunions du service ou du secteur sont consignées dans des procès-verbaux;
- En l'absence d'un chef de service ou de secteur, ces fonctions sont assumées par le chef de département;
- Un chef de service ou de secteur peut en tout temps quitter ses fonctions, 60 jours après avoir adressé un avis écrit à cet effet au chef de département, au DSP, au CA et au CECMDP.
- Il assure le leadership dans l'application des guides de pratique en fonction des résultats probants;

- Il accompagne les médecins dans leur cheminement vers l'intégration de meilleures pratiques et de transformation de leurs pratiques.

7 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.

8 ACTIVITÉS CLINIQUES : MODE D'EXERCICE

8.1 Couverture des services professionnels

Les activités cliniques constituent 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 de l'établissement.

8.2 Couverture de la garde

Le chef de département doit s'assurer qu'un service de garde approprié est établi dans son département et dans chacun des services et secteurs. Il fait la liste de garde et veille à son application.

Les règles établies peuvent prévoir des modalités différentes de participation par un membre en fonction de l'âge, de la maladie ou de tout autre critère.

Elles doivent prévoir des mesures disciplinaires en cas de non-respect par un membre. Ce non-respect sera considéré comme un manquement grave.

9 ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT

En vertu du contrat d'affiliation liant l'établissement à l'Université Laval, le département doit assurer les activités académiques auxquelles il s'est engagé.

Ces activités sont sous la responsabilité des chefs de services et secteurs et du chef du département.

Seul un usager est habilité à consentir à contribuer à la formation d'apprenants.

Les membres du département conviennent que leur pratique peut comporter des activités cliniques et d'enseignement.

Le chef du département, en accord avec les chefs de service, doit s'assurer que les apprenants disposent d'un environnement et d'un climat propices à la poursuite de leur apprentissage.

10 ACTIVITÉS DE RECHERCHE

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

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

Tous les membres du département sont soumis aux règlements et procédures établis par le CMDP, le DSP et le *Cadre réglementaire du comité d'éthique* concernant l'adoption et le suivi des projets de recherche.

11 ASSEMBLÉES ET COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

11.1 Assemblées ordinaires

Les assemblées ordinaires sont celles où les membres du département discutent des affaires courantes du département. Ce dernier doit tenir au moins une assemblée régulière par année. L'une des assemblées ordinaires peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres du département.

La participation attendue de chacun des membres est d'au moins 50%.

11.2 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 :

- Par le chef du département;
- Par le quart (1/4) des membres actifs du département;
- Par le CECMDP.

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

11.3 Procédure des assemblées

11.3.1 L'avis de convocation

L'avis de convocation doit parvenir aux membres 15 jours avant la date de l'assemblée ordinaire ou extraordinaire. Cependant les dates de rencontre devraient être communiquées au moins 90 jours avant la tenue de la rencontre.

11.3.2 L'ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres au moins 15 jours avant la tenue d'une assemblée ordinaire et 24h avant la tenue d'une assemblée extraordinaire.

11.3.3 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 prévus à l'ordre du jour d'une assemblée extraordinaire feront l'objet d'une discussion.

11.3.4 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.

11.3.5 Droit de vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. 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.

11.3.6 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.

11.3.7 Procès-verbal

L'établissement fournit le soutien administratif raisonnable et pertinent, nécessaire à la rédaction d'un procès-verbal pour chaque assemblée.

L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

Ces procès-verbaux doivent être signés par le chef du département ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des procès-verbaux doit être remise au DSP et au secrétaire du CECMDP.

11.3.8 Absence

Toute absence aux assemblées ordinaires du département doit être motivée.

Si un membre du département s'absente de façon non motivée à l'assemblée ordinaire au cours d'une année, le chef du département fournira un rapport au CECMDP et consignera cette absence au dossier professionnel du membre. De plus, la non-participation aux assemblées départementales ordinaires, peut conduire à une remise en question de son statut.

11.3.9 Quorum

Le quorum des assemblées du département est constitué de 25 % des membres actifs.

11.4 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.

11.5 Réunions de direction du département

Le comité de direction du département formé conformément à l'article 4.1 doit se réunir au moins quatre fois par année sous la présidence du chef de département.

L'avis de convocation doit parvenir aux membres sept jours avant la date de la réunion.

L'ordre du jour est préparé par le chef du département et doit être distribué aux membres du comité au moins 24 heures avant la tenue de la réunion.

Un procès-verbal est rédigé pour chacune des réunions. L'original de ces procès-verbaux doit être conservé dans les archives du département dans un registre approprié.

12 MÉCANISMES ADMINISTRATIFS

12.1 Absences

Les absences relatives à des vacances, participations à des congrès ou colloques doivent faire l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service concerné ou à défaut avec le chef de département.

Les absences relatives à un congé sabbatique (pour fins d'études, de spécialisation ou de perfectionnement) ou un congé de service (pour des raisons personnelles, dont le congé de maternité, paternité ou d'adoption) doivent être évaluées selon les règles édictées à cet égard au Règlement sur la régie interne du CMDP.

12.2 Remplacements

Dans toute circonstance spéciale ou imprévisible, en cas de maladie ou d'absence prolongée, il appartient aux chefs de service ou secteurs et au chef du département de s'assurer du remplacement de tout individu occupant une fonction de direction ou de coordination au sein du département d'en aviser le DSP et le CMDP.

12.3 Mesures administratives

Lorsqu'un médecin enfreint une règle d'utilisation des ressources, le chef de département peut demander au DSP d'appliquer, conformément à la Loi, les sanctions administratives applicables. Ces sanctions administratives peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit dudit médecin d'utiliser les ressources de l'établissement.

Ce faisant, le DSP doit, préalablement à l'application de ces sanctions administratives, indiquer au médecin 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.

Sauf s'il en est autrement prévu aux règles d'utilisation des ressources applicables :

- Une **première contravention** entraîne un avertissement écrit;
- Une **deuxième contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'une semaine;
- Une **troisième contravention** entraîne la suspension du droit d'utiliser les ressources du département pendant une période d'un mois.

12.4 Mesures disciplinaires

Lorsqu'un médecin enfreint le présent règlement, le CA de l'établissement peut prendre des mesures disciplinaires en conformité avec la Loi.

13 DISPOSITIONS FINALES

L'adoption, la révision ou les amendements au règlement sont soumis au processus prévu à l'article 1.3 du présent règlement. Ils doivent être soumis pour approbation au CMDP et au CA de l'établissement.

Le présent règlement, sa révision ou ses amendements entrent en vigueur lors de leur adoption par le 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 CA de l'établissement.

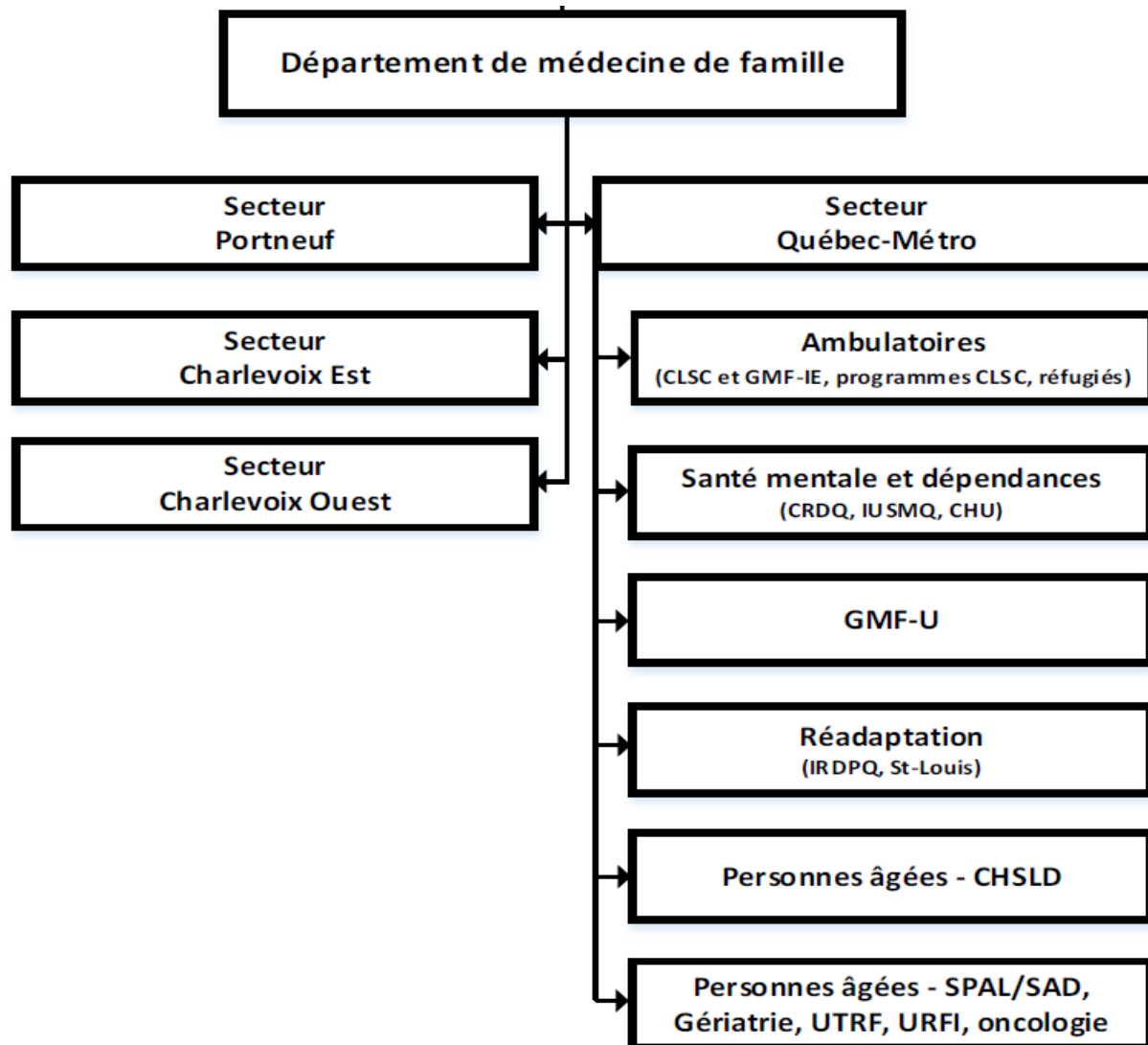
Le présent règlement du département de médecine de famille doit être révisé dans les quatre ans de son adoption.

**Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du
Département de médecine de famille du CIUSSS de la Capitale-Nationale**

Le présent règlement du département de médecine de famille du CIUSSS de la Capitale-Nationale remplace tous les règlements de département ou de service de médecine de famille, de médecine générale ou de gériatrie de tous les anciens établissements fusionnés et regroupés au CIUSSS de la Capitale-Nationale en vigueur au 1^{er} avril 2015.

ANNEXE

ANNEXE I Organigramme



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-36
	Direction responsable : Direction des services professionnels
	Approuvé par le conseil d'administration le : 2024-02-06 Résolution no : CA-CIUSSS-2024-02[R-36]-06
	Entrée en vigueur le : 2024-02-06 Ce règlement annule le règlement du service des urgences du département de médecine générale du centre de santé et de services sociaux de Portneuf, adopté par le conseil d'administration le 20 octobre 2014 portant le numéro de résolution : 80CA.10-20/14-15
TITRE : Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du service des urgences de Portneuf du Département de médecine d'urgence	

ADOPTION
☐ Service des urgences de Portneuf : 2023-03-15 (adoption)
☐ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : 2023-11-15

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1.1. OBJET	4
1.2. ACRONYME ET DÉFINITIONS.....	4
1.3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	5
1.4. ADOPTION ET RÉVISION DU RÈGLEMENT.....	5
2. DESCRIPTION DU SERVICE	5
2.1. MISSION ET ACTIVITÉS.....	5
2.2. COMPOSITION	6
2.3. STRUCTURE DE GESTION	6
2.3.1. <i>Qualifications et nomination du chef de service.....</i>	<i>6</i>
2.3.2. <i>Fonctions du chef de service</i>	<i>7</i>
2.3.3. <i>Fonctions particulières de gestion du service</i>	<i>7</i>
3. ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE.....	7
3.1. RÉPARTITION DU TRAVAIL	7
3.2. MODALITÉS RELATIVES À LA GARDE	8
3.2.1. <i>Élaboration de la liste de garde</i>	<i>8</i>
3.2.2. <i>Obligations des membres</i>	<i>8</i>
3.2.3. <i>Non-réponse du médecin de garde.....</i>	<i>11</i>
3.2.4. <i>Découverte imprévue</i>	<i>11</i>
3.2.5. <i>Mécanisme pour éviter les ruptures de service</i>	<i>12</i>
3.3. ENSEIGNEMENT	12
3.4. PRATIQUE EN RECHERCHE CLINIQUE	12
3.5. MODALITÉS DE GESTION ET D'ATTRIBUTION DES CONGÉS.....	12
3.5.1. <i>Congés de maternité, de paternité, d'adoption, parentaux</i>	<i>13</i>
3.5.2. <i>Congrès, colloques et formations</i>	<i>13</i>
3.5.3. <i>Vacances.....</i>	<i>13</i>
3.5.4. <i>Absences imprévues</i>	<i>14</i>
3.5.5. <i>Congés sabbatiques.....</i>	<i>14</i>
3.5.6. <i>Absences prolongées</i>	<i>14</i>
3.5.7. <i>Congés de maladie</i>	<i>14</i>
3.5.8. <i>Invalidités</i>	<i>14</i>
3.6. MODALITÉS DE FIN DE CARRIÈRE.....	15
3.7. QUALITÉ ET PERTINENCE DES SOINS.....	15
3.8. MODALITÉS DE COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	15
4. MEMBRES	15
4.1. RECRUTEMENT ET NOMINATION	15
4.2. OBLIGATION DES MEMBRES.....	15
4.3. MODALITÉS DE DÉPART D'UN MEMBRE	17
5. ASSEMBLÉES ET COMITÉS	17
5.1. ASSEMBLÉE ORDINAIRE.....	17
5.2. ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE	18
5.3. PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	18
5.3.1. <i>Avis de convocation</i>	<i>18</i>
5.3.2. <i>Participation</i>	<i>18</i>

5.3.3.	<i>L'ordre du jour</i>	18
5.3.4.	<i>Ajout à l'ordre du jour</i>	18
5.3.5.	<i>Présidence</i>	19
5.3.6.	<i>Vote</i>	19
5.3.7.	<i>Décision</i>	19
5.3.8.	<i>Compte rendu</i>	19
5.3.9.	<i>Participation des membres</i>	20
5.4.	SOUS-COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE	20
5.5.	COMITÉS DU SERVICE	21
6.	RESPONSABILITÉS	21
7.	ADOPTION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET RÉVISION	21

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La complétion du présent règlement doit être en cohérence avec le règlement du département.

1.1. Objet

De façon générale, le présent règlement a pour objet de déterminer l'organisation et le fonctionnement interne du Service des urgences du secteur de Portneuf du Département de médecine d'urgence.

Entre autres, les droits et responsabilités du chef du service des urgences et ceux des membres du service, les modalités de ses réunions, ses activités cliniques et administratives ainsi que les modes d'adoption et de modification du présent règlement.

1.2. Acronyme et définitions

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

C. A.	Le conseil d'administration
CECMDP	Le comité exécutif du CMDP
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et service sociaux
CMDP	Le conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens
Département	Le Département de médecine d'urgence
DSP	Le directeur des services professionnels
Établissement	Le CIUSSS de la Capitale-Nationale
LSSSS	La Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, c. S-4.2]
MSSS	Le ministère de la Santé et des Services sociaux
PEM	Le Plan d'effectifs médicaux
ROAE	Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements [RLRQ, c. S 5, r. 5]
Service	Le Service des urgences du secteur de Portneuf



1.3. Application et interprétation du règlement

Le présent règlement s'applique en complémentarité et en cohérence avec le *Règlement de régie interne du CMDP du CIUSSS de la Capitale-Nationale (R-07)* et **le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence R-27**.

Il est adopté en conformité avec :

- La LSSSS et ses règlements ;
- Les règlements du CMDP ;
- Les règlements du C. A. :

Le service est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources du département qui sont adoptées par le département et approuvées par le CECMDP et le C. A.

Les interrelations entre les fonctions et responsabilités du chef de service avec celles du chef de département sont détaillées dans les règlements du Département de médecine d'urgence.

1.4. Adoption et révision du règlement

Avant de présenter le présent règlement aux membres du service pour adoption, le chef de service doit consulter le chef de département pour approbation.

L'adoption, la révision ou les amendements du présent règlement doivent être approuvés par le 50 % plus 1 des membres actifs présents, ou participant à distance, au cours d'une assemblée ordinaire ou extraordinaire du service convoquée à cette fin, le quorum étant constitué de 50 % des membres actifs. Il s'agit d'un quorum minimum.¹

Une fois adopté par les membres du service, le chef de département achemine le présent règlement au CECMDP pour approbation et recommandation au C. A.

Le présent règlement, et ses amendements entrent en vigueur à la date de son approbation par le C.A. et il est révisé tous les quatre ans.

2. DESCRIPTION DU SERVICE

2.1. Mission et activités

En cohérence avec la mission et les objectifs poursuivis par le Département de médecine d'urgence, le Service d'urgence de Portneuf réalise les activités suivantes :

¹ Le règlement peut prévoir un quorum plus élevé. Il est important que ce quorum soit en cohérence avec celui prévu à l'article 5.3.9.

Activités cliniques

De façon générale, les activités cliniques suivantes relèvent du service :

- *Consultation à l'urgence et auprès de la clientèle hospitalisée ;*
- *Consultation et suivi de la clientèle ambulatoire, dans les cliniques externes générales ou spécialisées ;*
- *Interventions techniques, diagnostiques ou thérapeutiques ;*
- *Télémédecine ;*
- *Consultations téléphoniques.*

Activités d'enseignement

Le service accueille régulièrement des résidents et externes en médecine de famille de l'Université Laval.

Activités de recherche

Non applicable.

Activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS)

Non applicable.

2.2. Composition

Le service est composé de tous les membres du CMDP à qui le C. A. a dûment accordé un statut et des privilèges dans le département de médecine d'urgence pour l'exercice d'activités dans le service d'urgence de Portneuf.

Un membre peut faire partie de plusieurs services dans la mesure où il respecte toutes les obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges dans chacun des services.

Si l'application du cumul des règles de chacun des règlements de service posait problème (ex. : cumul de deux systèmes de garde, modalités de vacances incompatibles, etc.), les chefs de service concernés sont appelés à convenir de l'application desdites modalités. Au besoin, les chefs de département concernés interviennent dans la recherche d'une entente.

À défaut d'un tel accord, le directeur des services professionnels se prononce en tenant compte du service où la pratique du membre visé est la plus importante.

2.3. Structure de gestion

2.3.1. Qualifications et nomination du chef de service

Les qualifications et les modalités de nomination du chef de service se retrouvent dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence* et

dans le *Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique et de service clinique du CIUSSS de la Capitale-Nationale*, le cas échéant.

2.3.2. Fonctions du chef de service

Les fonctions de base attendues du chef de service sont décrites dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence*.

Les interrelations entre les fonctions et responsabilités du chef de service avec celles du chef de département sont détaillées dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence*.

Au-delà de ces fonctions de base, le chef de service doit :

- S'assurer que les membres de son service maintiennent les compétences requises pour assumer leurs fonctions au sein du service et pour répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins de famille du Canada.
- Supervise l'élaboration des listes de gardes.
- Coordonne les activités professionnelles, scientifiques et pédagogiques exercées par les médecins de son service selon les recommandations du CMDP.
- Propose pour son service, au DSP, des règles de soins qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers et une saine gestion des ressources dont disposent les urgences de Portneuf.
- Mets en place les comités qu'il juge nécessaires au bon fonctionnement de son service.
- Coordonne et/ou siège aux différents comités qui concernent son service.
- Établis des directives auxquelles les médecins de son service doivent se conformer.

2.3.3. Fonctions particulières de gestion du service

Afin de répondre aux besoins de gestion du service et d'alléger la tâche du chef de service, sans toutefois en alourdir la structure, le présent règlement peut prévoir l'attribution de fonctions particulières à certains membres du service.

3. ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE

3.1. Répartition du travail

La répartition de la charge de travail est effectuée par le chef de service entre les membres de chaque service afin de s'assurer que les obligations dévolues au service, pour accomplir la mission de l'établissement, soient respectées.

Par ailleurs, chaque membre du service ayant une activité clinique au sein du département de médecine d'urgence doit pratiquer minimalement 4 journées par mois sur place. La présente règle s'applique avec les adaptations nécessaires à tout membre faisant partie de plus d'un service.

Considérant la responsabilité du chef de service de s'assurer de la couverture complète des soins et services :

- Avant d'autoriser une demande d'un membre concernant une diminution ou une augmentation, temporaire ou permanente, de ses activités cliniques, le chef de service doit tenir compte des besoins du service, des effectifs disponibles et des impacts possibles sur les usagers, sur le recrutement et sur les autres tâches du membre concerné incluant les tâches d'enseignement et de recherche.
- Le chef de service peut retirer son autorisation à tout moment.

3.2. Modalités relatives à la garde

3.2.1. Élaboration de la liste de garde

Conformément au Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence, le chef de service est responsable de l'élaboration de la liste de garde selon les modalités prévues ci-dessous. S'il délègue cette tâche à un membre de son service, la responsabilité en demeure néanmoins la sienne.

Pour l'élaboration de la liste de garde, le chef de service considère entre autres les modalités suivantes :

- Les gardes sont réparties équitablement entre les membres. Une attention particulière est portée à la répartition au moment des périodes de vacances estivales, des journées fériées et des journées de congrès annuel.
- La nécessité d'assurer la continuité des soins.
- La nécessité de respecter le plan des effectifs médicaux de l'établissement.
- La nécessité de respecter les activités médicales particulières des membres.
- La juste distribution des périodes de garde de jour, de soir, de nuit, de fin de semaine et des jours fériés proportionnellement au nombre d'heures de garde sur la liste régulière.

3.2.2. Obligations des membres

La garde est une obligation rattachée à la jouissance des privilèges accordés par le conseil d'administration. Tout membre est tenu de respecter la liste de garde et les modalités de garde prévues par le présent règlement en conformité avec le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence et le Règlement de régie interne du CMDP. Le non-respect de la liste de garde par un membre du service peut entraîner des mesures administratives ou disciplinaires.

Le médecin de garde doit être diligent et faire preuve d'une disponibilité raisonnable envers son patient et les patients pour lesquels il assume une responsabilité de garde.

La garde se termine après la prise en charge effective des usagers par un confrère. Afin de faciliter le transfert des patients, celui-ci doit arriver 10 minutes avant le début de son quart de travail. Lorsqu'un médecin débute sa période de garde, le ou les patients sur civière sont automatiquement transférés sous sa responsabilité. Le médecin terminant sa garde doit transmettre un rapport précis sur ses patients pour assurer une continuité optimale des soins. Il incombe au médecin de garde de réviser et d'effectuer le suivi, avant son départ de l'urgence, de tous les dossiers prioritaires qui lui auront été soumis, et ce, à chaque quart de travail.

Il y a trois quarts de travail soit du lundi au dimanche de 8 h à 16 h, de 16 h à minuit et de minuit à 8 h avec possibilité de faire des quarts de 16 heures consécutives. Du lundi au vendredi, il est possible d'ajouter un médecin en doublage de 10 h à 18 h selon la disponibilité des effectifs.

Tout arrangement individuel de l'horaire est possible, les forfaits d'urgence étant divisibles en heures. La continuité des soins ne doit en aucun temps en être affectée.

La garde s'effectue sur place, c'est-à-dire que le médecin ne peut quitter l'établissement durant la période de sa garde, à moins d'être obligé d'accompagner un patient lors de son transfert interétablissement en ambulance.

La liste de garde est produite sur une période de 13 semaines (quatre fois par année) et paraît au plus tard deux mois à l'avance.

En cas d'impossibilité d'assurer la continuité des soins lors des périodes de pénurie importante d'effectifs médicaux, le chef de service doit aviser sans tarder le DSP de la situation afin que les mesures appropriées soient prises.

Les listes de garde sont créées selon les critères suivants :

- La semaine débute le lundi à 8 h et se termine à 8 h le lundi suivant. La fin de semaine débute le vendredi à 16 h et se termine le lundi à 8 h.
- Lors d'un congé férié le lundi : toute la fin de semaine est considérée comme un congé férié à partir du vendredi à 16 h et se termine le mardi à 8 h.
- Lors d'un congé férié d'une journée survenant le mardi, mercredi ou jeudi : le congé débute la veille à 16 h et se termine à 8 h le lendemain.
- Lors d'un congé férié le vendredi : le congé débute le jeudi à 16 h et se termine à 8 h le lundi suivant.
- Le congé de Pâques débute le jeudi à 16 h et se termine le mardi à 8 h.
- La semaine de relâche débute le lundi à 8 h et se termine à 8 h le lundi suivant.
- La période des Fêtes est divisée en deux périodes, l'une couvrant Noël et l'autre le Jour de l'An.

Pour la production de la liste de garde, les médecins sont tenus de faire connaître leurs non-disponibilités selon l'échéancier suivant (à moins d'avis contraire) :

Période visée	Demande des non-disponibilités	Remise des non-disponibilités	Publication de la liste de garde
Juin à août	1 ^{er} février	15 février	1 ^{er} mars
Septembre à novembre	1 ^{er} juin	15 juin	1 ^{er} juillet
Décembre à février	1 ^{er} septembre	15 septembre	1 ^{er} octobre
Mars à mai	1 ^{er} décembre	15 décembre	1 ^{er} janvier

Les non-disponibilités doivent être définies selon les niveaux suivants :

- Niveau 1 : Participation à la liste de garde d'un autre établissement si celle-ci est déjà publiée.
- Niveau 2 : Vacances, journée de travail en bureau avec et sans rendez-vous.
- Niveau 3 : Formation médicale continue, congrès, dépannage, etc.
- Niveau 4 : Autres périodes que les médecins souhaitent laisser libres.

Chaque médecin a l'obligation de préciser la nature exacte des non-disponibilités de niveau 1, 2 et 3. Si aucun détail n'est inscrit, la non-disponibilité sera considérée de niveau 4.

Un maximum de deux journées de non-disponibilités sur semaine (du lundi au vendredi) et une fin de semaine par mois pourront être « protégées » selon les niveaux précités.

Dans l'impossibilité d'élaborer la liste de garde de manière équitable pour tous, des non-disponibilités de niveau 4, puis de niveau 3 et même de niveau 2 peuvent être refusées.

Tous les membres sont tenus de donner des disponibilités de jour, de soir et de nuit et de faire un nombre proportionnel de quarts de jour, de soir et de nuit.

À moins d'un avis contraire, tous les membres peuvent être affectés sur des quarts de soir et de nuit sur trois journées consécutives et, exceptionnellement, sur des quarts de jour sur cinq journées consécutives. Au-delà de ce nombre, le médecin sera contacté personnellement pour envisager une entente.

Tout membre actif du service des urgences ayant au moins trois ans de participation au service ainsi qu'un minimum de 55 ans d'âge peut se prévaloir, sur une base volontaire, d'une modification de son ratio de gardes de nuit de 1/3 à 1/4.

L'attribution des heures de garde défavorables de fin de semaine et des jours fériés s'effectue de façon équitable entre les membres pour compléter la liste de garde. Ce processus de répartition est laissé à la discrétion de ceux qui complètent la liste de garde et en accord avec les membres.

Tout membre s'étant vu attribuer une garde en est responsable. Si le médecin devient dans l'impossibilité de rencontrer ses obligations, il doit identifier un remplaçant, aviser le chef de service et effectuer les modalités requises pour assurer les modifications nécessaires à l'horaire.

de garde. Toutefois, en cas d'urgence ou d'incapacité grave, il pourra demander au chef de service de lui trouver un remplaçant. Le changement de garde devra être contresigné par les deux médecins impliqués. Dorénavant, il est recommandé que le médecin utilise l'application de gestionnaire d'horaire électronique pour demander et confirmer un changement à la liste de garde.

À partir du moment où le changement est confirmé par le biais de l'application de gestionnaire d'horaire électronique, le médecin inscrit devient responsable de cette garde.

3.2.3. Non-réponse du médecin de garde

Dans l'éventualité où le médecin de garde ne répond pas à l'appel téléphonique dans les délais prévus à l'article 3.2.2, la cascade d'appels suivante peut être enclenchée jusqu'à ce qu'une réponse soit obtenue :

1. Si le médecin de garde ne répond pas, appeler le chef de service ;
2. Si le chef de service ne répond pas, appeler le directeur de garde qui contactera au besoin le DSPAM de garde.

3.2.4. Découverte imprévue

En cas de découverte imprévue sur la liste de garde et d'impossibilité à trouver un remplaçant sur une base volontaire le chef de service peut imposer à un autre membre de faire la garde. Le membre est alors tenu d'assurer la garde selon les modalités prévues à la présente section 3.2.

- Le médecin en place poursuit la garde et le médecin suivant rentre plus tôt. Il s'agit d'une procédure déjà bien établie.

Lors de l'absence temporaire du médecin de garde à l'urgence pour une escorte médicale, une liste de disponibilités est établie pour couvrir le service des urgences. Quand une telle situation se présente, les médecins effectuent le remplacement sur une base volontaire, mais une collaboration de tous est demandée.

En cas d'absence d'un médecin inscrit sur la liste de garde, le médecin qui termine sa période de garde :

- Dois assurer la relève jusqu'à ce que le médecin inscrit sur la liste de garde ou son remplaçant se présente.
- À compter du premier quart d'heure de retard, doit tenter de joindre le médecin inscrit sur la liste de garde. À défaut de le joindre ou si celui-ci ne peut effectuer sa période de garde pour une raison imprévisible ou hors de son contrôle, le médecin qui est sur place se voit contraint de devoir couvrir les deux premières heures de cette période de garde. Il doit également s'assurer que le médecin inscrit sur la liste pour la période de garde suivante soit joint pour couvrir jusqu'à l'arrivée d'un remplaçant.
- Après une heure de retard du médecin inscrit sur la liste de garde et l'échec de joindre un remplaçant (circonstances très exceptionnelles), le médecin doit aviser le chef du service des urgences ou le DSP qui aura la responsabilité de trouver un remplaçant.

- À défaut de trouver un médecin remplaçant, le DSP ou un cadre supérieur de garde devra être avisé immédiatement.
- Appliquer le plan de contingence.
- Au besoin, se référer à la trajectoire *Couverture médicale lors d'un risque de découverte médicale à l'urgence*.
- Tout manquement à l'une de ces dispositions du présent règlement sera soumis par le chef du service des urgences et au comité exécutif du CMDP après en avoir avisé le DSP.

3.2.5. Mécanisme pour éviter les ruptures de service

Les membres du service sont collectivement responsables de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de service au sein de leur spécialité.

Dans les cas où une telle rupture de service survient ou est anticipée, une réattribution des tâches entre les membres peut être effectuée par le chef de service. Si cela s'avère insuffisant, le chef de service et le chef de département devront analyser les solutions possibles et les mettre en place. Si le service demeure avec les mêmes problématiques, le chef de département en avise le DSP. Le DSP s'assure, avec la collaboration du chef de département et du chef de service, de l'élaboration d'un plan de contingence et en informe le CMDP.

3.3. Enseignement

Le médecin responsable de l'horaire des résidents doit répartir le plus équitablement possible les quarts de jumelage avec les différents médecins.

Le chef de service peut décider de donner l'autorisation à certains membres de ne pas participer aux activités d'enseignement universitaire.

3.4. Pratique en recherche clinique

Non applicable.

3.5. Modalités de gestion et d'attribution des congés

La gestion et l'attribution des congés par le chef de service doit se réaliser en respectant le nombre minimal d'effectifs devant être présent en tout temps dans le service afin d'éviter les ruptures de services, et ce, tel que défini à la section 3.3 du présent règlement.

Malgré ce qui précède, le chef de service ne peut refuser d'accorder un congé pour les motifs prévus à l'article 3.5.1 du présent règlement.

3.5.1. Congés de maternité, de paternité, d'adoption, parentaux

Dans le cas des congés de maternité, de paternité, d'adoption et parentaux, le membre doit aviser le chef de service le plus tôt possible pour faciliter le remplacement ou la réattribution des tâches. Si demandée, la confidentialité devra être respectée.

Comme convenu dans les ententes négociées entre le MSSS et les fédérations médicales, un membre actif qui s'absente pour un de ces motifs peut être remplacé temporairement jusqu'à concurrence de la durée mentionnée ci-dessous, et ce, même si la durée de l'absence autorisée est supérieure :

- Congé de maternité : jusqu'à concurrence de 18 semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif. Un certificat médical pourrait être exigé pour ces deux types d'absence. Des exemptions de garde de nuit peuvent être considérées après entente avec le groupe.
- Congé de paternité : jusqu'à concurrence de 5 semaines ;
- Congé parental : jusqu'à concurrence de 34 semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents.
- Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de 52 semaines.

3.5.2. Congrès, colloques et formations

Les absences pour participation à des congrès, colloques ou formations font l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service.

3.5.3. Vacances

Les membres ont droit à un maximum de 8 semaines annuellement ;

Chacun des membres du service a droit à deux semaines de vacances par trimestre soit de décembre à février, de mars à mai, de juin à août et de septembre à novembre. Les semaines de vacances, sont transférables entre les trimestres à l'exception du trimestre d'été, et selon entente avec le chef de service. La période des Fêtes n'est pas incluse dans les vacances annuelles.

Afin de faciliter l'élaboration de la liste de garde durant le trimestre estival, un médecin doit se limiter à un maximum de quatre fins de semaine de non disponibilité, dont un maximum de trois fins de semaine au mois de juillet et août, et ce incluant les deux semaines de vacances allouées. De plus, durant cette période un médecin devra se rendre disponible pour une des deux fins de semaine fériée, sauf si elles sont incluses dans ses deux semaines de vacances.

Le choix des vacances d'été est déterminé selon le désir des membres. Cependant, si plusieurs médecins souhaitent les mêmes semaines de vacances, des correctifs devront être apportés afin d'équilibrer adéquatement le nombre de médecins disponibles tout au long de la période estivale. Dans l'éventualité où il n'y a pas d'entente entre les membres, l'attribution des choix de vacances sera déterminée par un tirage au sort parmi les membres actifs du service des urgences.

Pour l'attribution du choix des vacances en dehors de la période d'été et des journées de congrès et si les effectifs médicaux le permettent, les vacances seront accordées selon les modalités précédentes. Advenant l'impossibilité d'accorder à tous les vacances demandées, les membres seront contactés au plus tard un mois avant le début de la liste de garde pour prendre une entente. Sinon, un tirage au sort sera effectué pour déterminer la priorité du choix.

Afin d'assurer la continuité du service des urgences, tout arrangement individuel est possible lorsque les listes de garde sont publiées.

3.5.4. Absences imprévues

En cas d'absence imprévue d'un membre, le chef de service s'assure de la répartition de sa tâche équitablement entre les autres membres ;

Des sanctions administratives pourraient s'appliquer auprès d'un membre s'il s'absente de façon imprévue et pour des motifs jugés déraisonnables, de façon répétée.

Si le médecin qui doit effectuer sa garde est affecté au point où il n'est pas lui-même en mesure de se trouver un remplaçant, il doit aviser son chef de service sans tarder, afin que ce dernier puisse prendre action pour le remplacer et aviser les personnes concernées.

Un médecin est considéré absent lorsqu'il ne se présente pas pour effectuer la garde qui lui a été attribuée ou qu'il se présente pour effectuer sa garde plus d'une heure après le début de celle-ci. Le médecin absent doit justifier son absence par écrit auprès du chef du service des urgences où il devait travailler dans un délai de 2 semaines suivant la date de l'absence.

3.5.5. Congés sabbatiques

Les demandes de congés sabbatiques sont traitées selon les modalités prévues au *Règlement de régie interne du CMDP* (no R-07).

La demande doit être acceptée par les membres de l'équipe lors d'une réunion de service.

3.5.6. Absences prolongées

Pour toute demande d'absence prolongée, autre que celles prévues ci-dessus et pour un motif autre que la maladie, un préavis d'au moins six (6) mois doit être donné au chef de service.

La demande doit être acceptée par les membres de l'équipe lors d'une réunion de service.

3.5.7. Congés de maladie

Pour tout congé de maladie de plus de 14 jours, le membre doit présenter au chef de service un billet médical justifiant celui-ci.

3.5.8. Invalidités

Les invalidités doivent être soumises à la DSP afin d'en assurer le suivi approprié.

3.6. Modalités de fin de carrière

Un médecin en fin de carrière peut demander au chef de service de diminuer son nombre de quarts ou restreindre ses quarts défavorables.

La demande doit être acceptée par les membres de l'équipe lors d'une réunion de service.

3.7. Qualité et pertinence des soins

Le chef de service :

- Surveille la qualité et la pertinence des soins donnés par les médecins de son service ;
- S'assure de l'évaluation de l'acte médical dans son service par des activités régulières, au moins une fois par an, et fait rapport au chef de département et au comité d'évaluation de l'acte médical du CMDP ;
- Appuie le chef de département dans ses fonctions en lien avec la qualité et la pertinence.

3.8. Modalités de communication au sein du service

Le chef de service a la responsabilité de communiquer aux membres du service les informations pertinentes à la réalisation de leurs activités professionnelles au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pour ce faire les modalités de communication suivantes sont mises en place au sein du service :

- *Par courriel ;*
- *Par messagerie texte ;*
- *Via l'application de gestionnaire d'horaire électronique ;*
- *Par téléphone.*

4. MEMBRES

4.1. Recrutement et nomination

Se référer au *Règlement de régie interne du CMDP* et au *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*.

4.2. Obligation des membres

Les membres doivent respecter les obligations de base des membres décrites dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*.

Les membres doivent de plus respecter les obligations spécifiques à la garde décrite à la section 3.2. du présent règlement.

Au-delà de ces obligations de base, les membres doivent :

- Un médecin désirant modifier à la baisse, de façon définitive, son nombre d'heures de garde sur la liste régulière doit en aviser, par écrit au moins 60 jours à l'avance, le chef de service et le DSP ; ce dernier en avise le comité exécutif du CMDP.
- Tout médecin qui est désigné pour assumer une période de garde en vertu de l'article 15.2 en est responsable dès qu'il est avisé de la période de garde à effectuer. Un mécanisme doit être établi pour s'assurer que chaque médecin a bien reçu la nouvelle liste de garde. La distribution des périodes de garde par le chef de service, approuvée par le DSP, est finale et définitive.
- Un climat de collaboration réciproque et de bonne entente entre les médecins est privilégié résoudre les problèmes de couverture afin de sauvegarder le plus possible l'équité dans la répartition des périodes de garde à remplacer.
- Chaque membre du service est tenu de fournir son adresse, son numéro de téléphone, même ceux confidentiels, incluant les numéros de cellulaire, de téléavertisseur et l'adresse électronique, au chef de service, au CMDP et au Département de médecine d'urgence.
- Tout patient sur civière est sous la responsabilité immédiate du médecin de garde tant et aussi longtemps que ce patient n'a pas été libéré de l'urgence ou transféré dans un autre milieu.
- Pour tout patient sur civière, une décision doit être prise après un délai maximal de 8 heures à savoir : un retour à domicile, un transfert vers un autre milieu ou une prolongation de la période d'observation avec un plan thérapeutique clair. Tout patient ne peut pas être gardé en observation pour une période dépassant 24 heures à moins d'approbation par les instances concernées.
- Tout patient qui se présente à l'urgence avec une prescription d'examen ou de traitement en provenance d'un médecin d'un autre milieu doit d'abord être évalué par le médecin de garde à l'urgence à l'exception d'une entente au préalable entre le médecin référent et le médecin de l'urgence. Une communication entre le médecin référent et celui de l'urgence est toujours souhaitable. Une copie de la consultation à l'urgence sera alors envoyée au médecin référent.
- Tous membres actifs ou associés ou dépanneurs du service des urgences doivent être disponibles pour prodiguer les soins professionnels relevant de sa compétence au temps, au lieu et pour la période déterminée dans l'horaire de garde établi par le chef de service selon les modalités prévues au présent règlement :
 - Dois maintenir ses compétences pour œuvrer dans un service des urgences catégorisé comme un centre de stabilisation par une formation médicale continue ;
 - Dois se trouver un remplaçant s'il ne peut effectuer sa période de garde ;

- Dois respecter le présent règlement ;
- Dois couvrir les soins urgents, ce qui inclut le code bleu, de la clientèle hospitalisée à l'Hôpital régional de Portneuf.

- Le médecin de garde est responsable du transfert adéquat des patients nécessitant des soins complémentaires vers un centre hospitalier. Il doit communiquer par téléphone avec le consultant ou l'urgentologue pour approbation du transfert selon les règles de chaque centre hospitalier. Il doit s'assurer de la stabilisation de l'état du patient, rédiger un résumé de transfert y indiquant les pathologies et les soins reçus ainsi que tout autre document pertinent à l'épisode de soins.
- Le membre actif du service des urgences participe aux assemblées du CMDP, a droit de vote et peut être nommé membre sur les différents comités du CMDP. Il peut être élu membre du comité exécutif et être nommé président ou secrétaire d'un comité.

Le membre actif du service des urgences est inscrit sur la liste de garde régulière. Ainsi, lors de la création de la liste de garde, il se verra attribuer des gardes au premier tour.

- Le membre associé du service des urgences participe aux assemblées du CMDP, mais n'a pas droit de vote. Il peut être nommé membre des comités du conseil, mais ne peut pas être élu membre du comité exécutif. Il peut être nommé président ou secrétaire d'un comité.

Lors de la création de la liste de garde, le membre associé du service des urgences se verra attribuer au second tour le nombre de quarts de travail désiré, selon les disponibilités restantes.

4.3. Modalités de départ d'un membre

Si un médecin quitte le service des urgences ou avise par écrit 60 jours à l'avance de la diminution définitive du nombre de ses heures de garde sur la liste régulière, le chef de service alloue les heures de garde disponibles selon les modalités suivantes :

- Les périodes de garde sont assignées de façon volontaire ;
- Dans ces circonstances, le ratio jour, soir et nuit ne s'applique pas dans l'attribution des périodes de garde ;
- Advenant l'impossibilité de couvrir l'ensemble des périodes de garde, le chef de service des urgences soumettra la problématique au comité exécutif du CMDP.

5. ASSEMBLÉES ET COMITÉS

5.1. Assemblée ordinaire

Les assemblées ordinaires sont celles où tous les membres du service sont convoqués par le chef pour discuter des affaires courantes du service, notamment de l'adoption et des mises à jour du règlement du service. Le service doit tenir minimalement 4 assemblées ordinaires par année. Une de ces assemblées peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres actifs du service.

5.2. Assemblée extraordinaire

Les assemblées extraordinaires sont celles où les membres du service discutent de questions ou de problèmes particuliers du service. Celles-ci sont convoquées par le chef de service.

Une assemblée extraordinaire du service peut également être demandée en tout temps par :

- **Le tiers** des membres du service ;
- Le chef de département ;
- Le chef de service.

Une telle demande est adressée au chef de service et indique l'ensemble des questions ou problématiques à discuter, et le cas échéant, le chef de service doit y donner suite. Généralement, on se restreint à un seul ou à quelques points à l'ordre du jour. Aucun autre point ne peut être ajouté séance tenante.

5.3. Procédure des assemblées

5.3.1. Avis de convocation

L'avis de convocation est transmis aux membres au moins 7 jours avant la date de l'assemblée ordinaire et au moins 7 jours avant la date de l'assemblée extraordinaire.

5.3.2. Participation

L'avis de convocation peut prévoir la possibilité pour les membres de participer à une assemblée à l'aide de moyens permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux, notamment par téléconférence ou vidéoconférence. Les membres sont alors réputés avoir assisté à l'assemblée.

Le chef de service, lorsqu'il convoque une assemblée des membres du service, doit prévoir les moyens de communication offerts aux participants et indiquer les coordonnées de ceux-ci dans l'avis de convocation.

5.3.3. L'ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par celui qui convoque la réunion en collaboration avec la technicienne en administration du département et est distribué aux membres au moins 7 jours avant la tenue de l'assemblée ordinaire et au moins 24 heures avant la tenue de l'assemblée extraordinaire.

5.3.4. Ajout à l'ordre du jour

Dans le cadre d'une assemblée ordinaire, tout membre du service peut requérir de celui qui convoque la réunion d'ajouter une question quelconque 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, seules les questions ou problématiques indiquées à l'ordre du jour d'une assemblée extraordinaire font l'objet d'une discussion.

5.3.5. Présidence

Le chef de service préside les assemblées ordinaires et extraordinaires. En son absence, il est remplacé à ce titre par la personne qu'il désigne.

Sous réserve des dispositions du présent règlement, tout ce qui concerne le déroulement et les procédures d'une assemblée relève de la compétence du chef de service.

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

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

5.3.6. Vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. 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.

Le vote peut également être tenu par tout moyen de communication mis de l'avant dans l'avis de convocation. Pour les membres participant à distance, le vote s'exprime verbalement ou, dans le cas d'un scrutin secret, par le moyen le plus approprié aux circonstances, autorisé par le président de l'assemblée.

En cas d'égalité des voix, le chef de service se prévaut alors d'un vote prépondérant.

5.3.7. Décision

Sauf en ce qui concerne l'adoption ou l'amendement du présent règlement, les décisions des assemblées se prennent par consensus ou, si un vote est demandé, à majorité simple (50 % + 1) des membres actifs. Elles ne peuvent lier que les seuls membres du service.

5.3.8. Compte rendu

Le secrétaire, avec le soutien au besoin de la technicienne du département, rédige un compte rendu pour chaque assemblée.

L'original de ces comptes rendus est conservé dans les archives du service dans un registre approprié.

Ces comptes rendus sont signés par le chef de service ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des comptes rendus est remise à la DSP et au du CECMDP.

Ces comptes rendus ne sont pas confidentiels en ce sens qu'ils ne peuvent être soustraits à l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, mais les membres ont une obligation de réserve quant à leur diffusion. Les membres du service, les membres du CECMDP, le directeur des services professionnels et le C. A. peuvent les consulter. Ils peuvent également être consultés par le médecin examinateur et les membres du comité de révision, dans la mesure où cela est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Les comptes rendus relatifs à l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique sont confidentiels tels que définis à la section 5.4 du présent règlement. Ils devront être rédigés de manière distincte du compte rendu des assemblées de service.

5.3.9. Participation des membres

Un membre du service doit obligatoirement participer aux réunions de service.

Toute absence aux assemblées ordinaires du service doit être clairement motivée.

Si un membre du service s'absente de façon non motivée à plus de deux réunions consécutives de l'assemblée ordinaire du service, le chef de service doit intervenir auprès du membre et en aviser le chef de département.

Le chef du service tient à jour un registre des présences et des absences aux assemblées et réunions du service. Le directeur des services professionnels, le CECMDP et le C. A. ont accès à ce registre, sur demande.

Le quorum des assemblées ordinaires et des assemblées extraordinaires est constitué de 45 % des membres du service.

5.4. Sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (CEAMDP) est un comité obligatoire du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) responsable de l'évaluation de la qualité de la pratique médicale et dentaire, ainsi que des services pharmaceutiques fournis aux usagers. Le CEAMDP central recommande au comité exécutif du CMDP la création des sous-comités nécessaires au bon accomplissement de son mandat.

Le CEAMDP assume les fonctions suivantes (ROAÉ, chap.S-5, a. 103) :

- a) Veiller à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des usagers soit conforme au ROAÉ et aux règlements de l'établissement.
- b) *Juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires ainsi que des services pharmaceutiques donnés aux usagers.*
- c) *Étudier les diagnostics pré et postopératoires et anatomopathologiques.*
- d) *Examiner les dossiers des usagers ayant présenté des complications.*
- e) *Étudier les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse.*
- f) *Étudier les cas de décès survenus dans l'établissement.*
- g) *Réviser périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans l'établissement.*
- h) *Faire des recommandations au comité exécutif du CMDP.*

Le processus d'évaluation de la qualité de l'acte s'effectue initialement au sein d'un sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Selon la structure départementale, un

sous-comité est instauré dans chaque département ou service afin de réaliser les activités d'évaluation de l'acte selon ce qui est prévu au descriptif des modalités fourni par le CEAMDP. Deux fois par année, le responsable du sous-comité départemental ou de service rapporte dans un procès-verbal au CEAMDP central le bilan des activités d'évaluation de l'acte et les études réalisées et en cours (par critères explicites, implicites, revue de mortalité et de morbidité ou par indicateurs de qualité).

Les procès-verbaux des réunions du CEAMDP sont confidentiels, et ne sont accessibles qu'aux participants, aux officiers du CMDP et aux représentants de l'ordre professionnel.

Lorsque le CEAMDP a des raisons de croire que la qualité des services fournis par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, sa compétence, sa diligence, sa conduite ou son observance du règlement ne sont pas adéquats, il doit adresser un rapport à cet effet au comité exécutif. Le CEAMDP central doit aussi adresser au comité exécutif du CMDP le résultat du travail des sous-comités. Le comité exécutif assure la coordination des activités de l'évaluation de l'acte et est responsable de la diffusion de recommandations à ses membres ainsi qu'aux directions concernées.

Pour obtenir l'algorithme de communication du cheminement de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (EAMDP), nous vous invitons à communiquer avec le soutien administratif du CMDP à l'adresse suivante : cmdp.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca.

5.5. Comités du service

Le service forme des comités pour tout sujet ou tout domaine lorsqu'il juge approprié de le faire.

Chaque comité du service détermine l'horaire de ses réunions selon les besoins du mandat qui lui a été confié.

Chaque comité du service fait rapport au chef de service selon les livrables demandés et dans les délais prévus.

6. RESPONSABILITÉS

Le chef de service du service des urgences de Portneuf partage les responsabilités avec le chef du département de médecine d'urgence.

7. ADOPTION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET RÉVISION

Tout règlement antérieur portant sur l'organisation et le fonctionnement du Service d'urgence de Portneuf est abrogé et remplacé par le présent règlement lors de son entrée en vigueur.

Avant de présenter le présent règlement aux membres du service pour adoption, le chef de service doit consulter le chef de département pour approbation.

L'adoption, la révision ou les amendements du présent règlement doivent être approuvés *par le quorum déterminé à la section 1.4 du présent règlement.*

Une fois adopté par les membres du service, le chef de département achemine le présent règlement au CECMDP pour approbation et recommandation au C. A.

Le présent règlement, et ses amendements entrent en vigueur à la date de son approbation par le C. A. et il est révisé tous les quatre ans.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-37
	Direction responsable : Direction des services professionnels
	Approuvé par le conseil d'administration le : 2024-02-06 Résolution no : CA-CIUSSS-2024-02[R-37]-06
	Entrée en vigueur le : 2024-02-06 Ce règlement annule le règlement no : R-020
TITRE : Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du service de l'urgence Chauveau du Département de médecine d'urgence	

ADOPTION

- ☐ Service de l'urgence Chauveau : 2023-03-14 (adoption)
- ☐ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : 2023-11-15

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1.1. OBJET	4
1.2. ACRONYME ET DÉFINITIONS.....	4
1.3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	5
1.4. ADOPTION ET RÉVISION DU RÈGLEMENT.....	5
2. DESCRIPTION DU SERVICE	6
2.1. MISSION ET ACTIVITÉS	6
2.2. COMPOSITION	6
2.3. STRUCTURE DE GESTION	7
2.3.1. <i>Qualifications et nomination du chef de service.....</i>	<i>7</i>
2.3.2. <i>Fonctions du chef de service</i>	<i>7</i>
2.3.3. <i>Fonctions particulières de gestion du service (au besoin si pertinent dans le service)</i>	<i>7</i>
3. ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE.....	7
3.1. RÉPARTITION DU TRAVAIL	7
3.2. MODALITÉS RELATIVES À LA GARDE	8
3.2.1. <i>Élaboration de la liste de garde.....</i>	<i>8</i>
3.2.2. <i>Obligations des membres</i>	<i>8</i>
3.2.3. <i>Non-réponse du médecin de garde.....</i>	<i>9</i>
3.2.4. <i>Découverte imprévue</i>	<i>9</i>
3.2.5. <i>Mécanisme pour éviter les ruptures de service</i>	<i>9</i>
3.3. ENSEIGNEMENT	10
3.4. PRATIQUE EN RECHERCHE CLINIQUE	10
3.5. MODALITÉS DE GESTION ET D'ATTRIBUTION DES CONGÉS.....	10
3.5.1. <i>Congés de maternité, de paternité, d'adoption, parentaux</i>	<i>10</i>
3.5.2. <i>Congrès, colloques et formations</i>	<i>10</i>
3.5.3. <i>Vacances.....</i>	<i>11</i>
3.5.4. <i>Absences imprévues</i>	<i>11</i>
3.5.5. <i>Congés sabbatiques.....</i>	<i>11</i>
3.5.6. <i>Absences prolongées</i>	<i>11</i>
3.5.7. <i>Congés de maladie</i>	<i>11</i>
3.5.8. <i>Invalidités</i>	<i>11</i>
3.6. MODALITÉS DE FIN DE CARRIÈRE	11
3.7. QUALITÉ ET PERTINENCE DES SOINS.....	11
3.8. MODALITÉS DE COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	12
4. MEMBRES	12
4.1. RECRUTEMENT ET NOMINATION	12
4.2. OBLIGATION DES MEMBRES.....	12
4.3. ACTIVITÉS DE FINANCEMENT PHILANTHROPIQUE	12
4.4. MODALITÉS DE DÉPART D'UN MEMBRE	12
5. ASSEMBLÉES ET COMITÉS	13
5.1. ASSEMBLÉE ORDINAIRE.....	13
5.2. ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE	13
5.3. PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	13
5.3.1. <i>Avis de convocation</i>	<i>13</i>
5.3.2. <i>Participation</i>	<i>13</i>
5.3.3. <i>L'ordre du jour</i>	<i>14</i>
5.3.4. <i>Ajout à l'ordre du jour</i>	<i>14</i>

5.3.5.	<i>Présidence</i>	14
5.3.6.	<i>Vote</i>	14
5.3.7.	<i>Décision</i>	14
5.3.8.	<i>Compte rendu</i>	15
5.3.9.	<i>Participation des membres</i>	15
5.4.	SOUS-COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE	15
5.5.	COMITÉS DU SERVICE	16
6.	RESPONSABILITÉS	17
7.	ADOPTION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET RÉVISION	17

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La complétion du présent règlement doit être en cohérence avec le règlement du département.

1.1. Objet

De façon générale, le présent règlement a pour objet de déterminer l'organisation et le fonctionnement interne du Service de l'urgence Chauveau du Département de médecine d'urgence.

1.2. Acronyme et définitions

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

C. A.	Le conseil d'administration
CECMDP	Le comité exécutif du CMDP
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et service sociaux
CMDP	Le conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens
Département	Le Département de médecine d'urgence
DSP	Le directeur des services professionnels
Établissement	Le CIUSSS de la Capitale-Nationale
LSSSS	La Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, c. S-4.2]
MSSS	Le ministère de la Santé et des Services sociaux
PEM	Le Plan d'effectifs médicaux
ROAE	Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements [RLRQ, c. S 5, r. 5]
Service	Le Service de l'urgence Chauveau

1.3. Application et interprétation du règlement

Le présent règlement s'applique en complémentarité et en cohérence avec le *Règlement de régie interne du CMDP du CIUSSS de la Capitale-Nationale (R-07)* et **le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence R-27**.

Il est adopté en conformité avec :

- La LSSSS et ses règlements ;
- Les règlements du CMDP ;
- Les règlements du C. A. :

Le service est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources du département qui sont adoptées par le département et approuvées par le CECMDP et le C. A.

Les interrelations entre les fonctions et responsabilités du chef de service avec celles du chef de département sont détaillées dans les règlements du Département de médecine d'urgence.

1.4. Adoption et révision du règlement

Avant de présenter le présent règlement aux membres du service pour adoption, le chef de service doit consulter le chef de département pour approbation.

L'adoption, la révision ou les amendements du présent règlement doivent être approuvés par 60 % des membres actifs présents, ou participant à distance, au cours d'une assemblée ordinaire ou extraordinaire du service convoquée à cette fin, le quorum étant constitué de 60 % des membres actifs. Il s'agit d'un quorum minimum.¹

Une fois adopté par les membres du service, le chef de département achemine le présent règlement au CECMDP pour approbation et recommandation au C. A.

Le présent règlement, et ses amendements entrent en vigueur à la date de son approbation par le C.A. et il est révisé tous les quatre ans.

¹ Le règlement peut prévoir un quorum plus élevé. Il est important que ce quorum soit en cohérence avec celui prévu à l'article 5.3.9.

2. DESCRIPTION DU SERVICE

2.1. Mission et activités

En cohérence avec la mission et les objectifs poursuivis par le Département de médecine d'urgence, le Service de l'urgence Chauveau réalise les activités suivantes :

Activités cliniques

De façon générale, l'activité clinique suivante relève du service :

- Consultation à l'urgence.

Activités d'enseignement

Le service accueille régulièrement des résidents en médecine de famille de l'Université Laval.

Activités de recherche

Non applicable.

Activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS)

Non applicable.

2.2. Composition

Le service est composé de tous les membres du CMDP à qui le C. A. a dûment accordé un statut et des privilèges dans le département de médecine d'urgence pour l'exercice d'activités dans le service de l'urgence Chauveau.

Un membre peut faire partie de plusieurs services dans la mesure où il respecte toutes les obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges dans chacun des services.

Si l'application du cumul des règles de chacun des règlements de service posait problème (ex. : cumul de deux systèmes de garde, modalités de vacances incompatibles, etc.), les chefs de service concernés sont appelés à convenir de l'application desdites modalités. Au besoin, les chefs de département concernés interviennent dans la recherche d'une entente.

À défaut d'un tel accord, le directeur des services professionnels se prononce en tenant compte du service où la pratique du membre visé est la plus importante.

2.3. Structure de gestion

2.3.1. Qualifications et nomination du chef de service

Les qualifications et les modalités de nomination du chef de service se retrouvent dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence* et dans le *Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique et de service clinique du CIUSSS de la Capitale-Nationale*, le cas échéant.

2.3.2. Fonctions du chef de service

Les fonctions de base attendues du chef de service sont décrites dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence*.

Les interrelations entre les fonctions et responsabilités du chef de service avec celles du chef de département sont détaillées dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence*.

Au-delà de ces fonctions de base, le chef de service doit :

- S'assurer que les membres de son service maintiennent les compétences requises pour assumer leurs fonctions au sein du service et pour répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins de famille du Canada.

2.3.3. *Fonctions particulières de gestion du service (au besoin si pertinent dans le service)*

- Responsable de la qualité de l'acte ;
- Responsable de la liste de garde ;
- Responsable de l'enseignement universitaire et de la gestion des résidents ;
- Responsable de la formation continue ;
- Responsable des protocoles et des simulations.

3. ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE

3.1. Répartition du travail

La répartition de la charge de travail est effectuée par le chef de service entre les membres de chaque service afin de s'assurer que les obligations dévolues au service, pour accomplir la mission de l'établissement, soient respectées.

Par ailleurs, chaque nouveau membre du service ayant une activité clinique au sein du département de médecine d'urgence doit pratiquer minimalement 4 journées par mois sur place. La présente règle s'applique avec les adaptations nécessaires à tout membre faisant partie de plus d'un service.

De plus, tous les membres du service, incluant ceux ayant réalisé une formation complémentaire dans un domaine spécifique, doivent maintenir une pratique générale de la spécialité équivalant à un minimum de 20 % de sa pratique clinique totale, et ce, afin de prévenir les ruptures de service dans les activités de base du service.

Considérant la responsabilité du chef de service de s'assurer de la couverture complète des soins et services :

- Avant d'autoriser une demande d'un membre concernant une diminution ou une augmentation, temporaire ou permanente, de ses activités cliniques, le chef de service doit tenir compte des besoins du service, des effectifs disponibles et des impacts possibles sur les usagers, sur le recrutement et sur les autres tâches du membre concerné incluant les tâches d'enseignement et de recherche.
- Le chef de service peut retirer son autorisation à tout moment.

3.2. Modalités relatives à la garde

3.2.1. Élaboration de la liste de garde

Conformément au *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*, le chef de service est responsable de l'élaboration de la liste de garde selon les modalités prévues ci-dessous. S'il délègue cette tâche à un membre de son service, la responsabilité en demeure néanmoins la sienne.

Pour l'élaboration de la liste de garde, le chef de service considère entre autres les modalités suivantes :

- Les gardes sont réparties équitablement entre les membres. Une attention particulière est portée à la répartition au moment des périodes de vacances estivales, des journées fériées et des journées de congrès annuel.
- L'horaire doit être soumis aux membres au minimum 3 mois à l'avance.
- L'équilibre des quarts de jour - soir - fin de semaine doit être respecté selon le ratio du nombre de garde.

3.2.2. Obligations des membres

La garde est une obligation rattachée à la jouissance des privilèges accordés par le conseil d'administration. Tout membre est tenu de respecter la liste de garde et les modalités de garde prévues par le présent règlement en conformité avec le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence* et le *Règlement de régie interne du CMDP*. Le non-respect de la liste de garde par un membre du service peut entraîner des mesures administratives ou disciplinaires.

Le médecin de garde doit être diligent et faire preuve d'une disponibilité raisonnable envers son patient et les patients pour lesquels il assume une responsabilité de garde.

Le médecin de garde doit assurer une réponse téléphonique en moins de 2 minutes et doit être en mesure de se déplacer sur place en moins de 5 minutes.

La garde se termine après la prise en charge effective des usagers par un confrère.

Tout membre s'étant vu attribuer une garde en est responsable. S'il devient dans l'impossibilité de rencontrer ses obligations, il doit identifier un remplaçant, aviser le chef de service et effectuer les modalités requises pour assurer les modifications nécessaires à l'horaire de garde.

Si un médecin qui doit effectuer de la garde est affecté au point où il n'est pas lui-même en mesure de se trouver un remplaçant pour la garde, il en avise son chef de service sans tarder, afin que ce dernier puisse prendre action pour le remplacer et aviser les personnes concernées.

Le médecin qui travaille à l'ouverture de l'urgence doit être sur place et prêt à commencer sa garde à l'heure de l'ouverture.

3.2.3. Non-réponse du médecin de garde

Dans l'éventualité où le médecin de garde ne répond pas à l'appel téléphonique dans les délais prévus à l'article 3.2.2, la cascade d'appels suivante peut être enclenchée jusqu'à ce qu'une réponse soit obtenue :

1. Si le médecin de garde ne répond pas, appeler le médecin doubleur ;
2. Si le médecin doubleur ne répond pas, appeler le chef de service ;
3. Si les deux premiers médecins ne répondent pas, tenter de contacter les autres membres de l'équipe de l'urgence ;
4. Au besoin, se référer à la trajectoire *Couverture médicale lors d'un risque de découverte médicale à l'urgence*.

3.2.4. Découverte imprévue

En cas de découverte imprévue sur la liste de garde et d'impossibilité à trouver un remplaçant sur une base volontaire le chef de service peut imposer à un autre membre de faire la garde. Le membre est alors tenu d'assurer la garde selon les modalités prévues à la présente section 3.2.

- Le médecin en place poursuit la garde et le médecin suivant rentre plus tôt. Il s'agit d'une procédure déjà bien établie.

3.2.5. Mécanisme pour éviter les ruptures de service

Les membres du service sont collectivement responsables de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de service au sein de leur spécialité.

Dans les cas où une telle rupture de service survient ou est anticipée, une réattribution des tâches entre les membres peut être effectuée par le chef de service. Si cela s'avère insuffisant, le chef de service et le chef de département devront analyser les solutions possibles et les mettre en place. Si le service demeure avec les mêmes problématiques, le chef de département en avise

le DSP. Le DSP s'assure, avec la collaboration du chef de département et du chef de service, de l'élaboration d'un plan de contingence et en informe le CMDP.

3.3. Enseignement

Le médecin responsable de l'horaire des résidents doit répartir le plus équitablement possible les quarts de jumelage avec les différents médecins.

Le chef de service peut décider de donner l'autorisation à certains membres de ne pas participer aux activités d'enseignement universitaire.

3.4. Pratique en recherche clinique

Non applicable.

3.5. Modalités de gestion et d'attribution des congés

La gestion et l'attribution des congés par le chef de service doit se réaliser en respectant le nombre minimal d'effectifs devant être présent en tout temps dans le service afin d'éviter les ruptures de services, et ce, tel que défini à la section 3.3 du présent règlement.

Malgré ce qui précède, le chef de service ne peut refuser d'accorder un congé pour les motifs prévus à l'article 3.5.1 du présent règlement.

3.5.1. Congés de maternité, de paternité, d'adoption, parentaux

Dans le cas des congés de maternité, de paternité, d'adoption et parentaux, le membre doit aviser le chef de service le plus tôt possible pour faciliter le remplacement ou la réattribution des tâches. Si demandée, la confidentialité devra être respectée.

Comme convenu dans les ententes négociées entre le MSSS et les fédérations médicales, un membre actif qui s'absente pour un de ces motifs peut être remplacé temporairement jusqu'à concurrence de la durée mentionnée ci-dessous, et ce, même si la durée de l'absence autorisée est supérieure :

- Congé de maternité : jusqu'à concurrence de 18 semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.
- Congé de paternité : jusqu'à concurrence de 5 semaines ;
- Congé parental : jusqu'à concurrence de 34 semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents ;
- Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de 52 semaines.

3.5.2. Congrès, colloques et formations

Les absences pour participation à des congrès, colloques ou formations font l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service.

3.5.3. Vacances

Les membres ont droit à un maximum de 8 semaines annuellement ;

- Un maximum de 3 semaines de vacances consécutives, sauf si approbation du chef de service ;
- Le nombre de semaines de vacances doit être équitable entre les membres ;
- Le chef de service doit approuver toutes vacances au-delà de 6 semaines annuellement ;
- Dans un objectif de qualité de vie et de bonne gestion de sa santé, les membres doivent prendre un minimum de trois semaines de vacances par année.

3.5.4. Absences imprévues

En cas d'absence imprévue d'un membre, le chef de service s'assure de la répartition de sa tâche équitablement entre les autres membres ;

Des sanctions administratives pourraient s'appliquer auprès d'un membre s'il s'absente de façon imprévue et pour des motifs jugés déraisonnables, de façon répétée.

3.5.5. Congés sabbatiques

Les demandes de congés sabbatiques sont traitées selon les modalités prévues au *Règlement de régie interne du CMDP* (no R-07).

3.5.6. Absences prolongées

Pour toute demande d'absence prolongée, autre que celles prévues ci-dessus et pour un motif autre que la maladie, un préavis d'au moins six (6) mois doit être donné au chef de service.

3.5.7. Congés de maladie

Pour tout congé de maladie de plus de 10 jours, le membre doit présenter au chef de service un billet médical justifiant celui-ci.

3.5.8. Invalidités

Les invalidités doivent être soumises à la DSP afin d'en assurer le suivi approprié.

3.6. Modalités de fin de carrière

Un médecin en fin de carrière ou en préretraite doit effectuer la même pratique que ses collègues, incluant le même ratio de quarts jour - soir - fin de semaine.

3.7. Qualité et pertinence des soins

Le chef de service :

- Surveille la qualité et la pertinence des soins donnés par les médecins de son service ;

- S'assure de l'évaluation de l'acte médical dans son service par des activités régulières, au moins une fois par an, et fait rapport au chef de département et au comité d'évaluation de l'acte médical du CMDP ;
- Appuie le chef de département dans ses fonctions en lien avec la qualité et la pertinence.

3.8. Modalités de communication au sein du service

Le chef de service a la responsabilité de communiquer aux membres du service les informations pertinentes à la réalisation de leurs activités professionnelles au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pour ce faire les modalités de communication suivantes sont mises en place au sein du service :

- Communication par voie électronique ou par téléphone au besoin pour les situations urgentes.

4. MEMBRES

4.1. Recrutement et nomination

Se référer au Règlement de régie interne du CMDP, aux règles de gestion des PEM en spécialités du MSSS et au *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*.

4.2. Obligation des membres

Les membres doivent respecter les obligations de base des membres décrites dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*.

Les membres doivent de plus respecter les obligations spécifiques à la garde décrite à la section 3.2. du présent règlement.

Au-delà de ces obligations de base, les membres doivent :

- Avoir fait et réussi le cours EDU 1.

4.3. Activités de financement philanthropique

Le chef de service encourage les membres du service à participer aux activités de financement de la Fondation de son installation de pratique.

4.4. Modalités de départ d'un membre

- Aviser l'ensemble de l'équipe au moins 3 mois à l'avance ;
- S'assurer de notes de transfert dans les dossiers des usagers.

5. ASSEMBLÉES ET COMITÉS

5.1. Assemblée ordinaire

Les assemblées ordinaires sont celles où tous les membres du service sont convoqués par le chef pour discuter des affaires courantes du service, notamment de l'adoption et des mises à jour du règlement du service. Le service doit tenir minimalement 3 assemblées ordinaires par année. Une de ces assemblées peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres actifs du service.

5.2. Assemblée extraordinaire

Les assemblées extraordinaires sont celles où les membres du service discutent de questions ou de problèmes particuliers du service. Celles-ci sont convoquées par le chef de service.

Une assemblée extraordinaire du service peut également être demandée en tout temps par :

- Le tiers des membres du service ;
- Le chef de département ;
- Le chef de service.

Une telle demande est adressée au chef de service et indique l'ensemble des questions ou problématiques à discuter, et le cas échéant, le chef de service doit y donner suite. Généralement, on se restreint à un seul ou à quelques points à l'ordre du jour. Aucun autre point ne peut être ajouté séance tenante.

5.3. Procédure des assemblées

5.3.1. Avis de convocation

L'avis de convocation est transmis aux membres au moins 15 jours avant la date de l'assemblée ordinaire et au moins 5 jours avant la date de l'assemblée extraordinaire.

5.3.2. Participation

L'avis de convocation peut prévoir la possibilité pour les membres de participer à une assemblée à l'aide de moyens permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux, notamment par téléconférence ou vidéoconférence. Les membres sont alors réputés avoir assisté à l'assemblée.

Le chef de service, lorsqu'il convoque une assemblée des membres du service, doit prévoir les moyens de communication offerts aux participants et indiquer les coordonnées de ceux-ci dans l'avis de convocation.

5.3.3. L'ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par celui qui convoque la réunion en collaboration avec la technicienne en administration du département et est distribué aux membres au moins 2 jours avant la tenue de l'assemblée ordinaire et au moins 2 heures avant la tenue de l'assemblée extraordinaire.

5.3.4. Ajout à l'ordre du jour

Dans le cadre d'une assemblée ordinaire, tout membre du service peut requérir de celui qui convoque la réunion d'ajouter une question quelconque 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, seules les questions ou problématiques indiquées à l'ordre du jour d'une assemblée extraordinaire font l'objet d'une discussion.

5.3.5. Présidence

Le chef de service préside les assemblées ordinaires et extraordinaires. En son absence, il est remplacé à ce titre par la personne qu'il désigne.

Sous réserve des dispositions du présent règlement, tout ce qui concerne le déroulement et les procédures d'une assemblée relève de la compétence du chef de service.

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

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

5.3.6. Vote

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.

Le vote peut également être tenu par tout moyen de communication mis de l'avant dans l'avis de convocation. Pour les membres participant à distance, le vote s'exprime verbalement ou, dans le cas d'un scrutin secret, par le moyen le plus approprié aux circonstances, autorisé par le président de l'assemblée.

En cas d'égalité des voix, le chef de service se prévaut alors d'un vote prépondérant.

Seuls les membres actifs ont droit de vote.

5.3.7. Décision

Sauf en ce qui concerne l'adoption ou l'amendement du présent règlement, les décisions des assemblées se prennent par consensus ou, si un vote est demandé, à majorité simple (50 % + 1) des membres actifs présents. Elles ne peuvent lier que les seuls membres du service.

5.3.8. Compte rendu

Le secrétaire, avec le soutien au besoin de la technicienne du département, rédige un compte rendu pour chaque assemblée.

L'original de ces comptes rendus est conservé dans les archives du service dans un registre approprié.

Ces comptes rendus sont signés par le chef de service ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des comptes rendus est remise à la DSP et au CECMDP.

Ces comptes rendus ne sont pas confidentiels en ce sens qu'ils ne peuvent être soustraits à l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, mais les membres ont une obligation de réserve quant à leur diffusion. Les membres du service, les membres du CECMDP, le directeur des services professionnels et le C. A. peuvent les consulter. Ils peuvent également être consultés par le médecin examinateur et les membres du comité de révision, dans la mesure où cela est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Les comptes rendus relatifs à l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique sont confidentiels tels que définis à la section 5.4 du présent règlement. Ils devront être rédigés de manière distincte du compte rendu des assemblées de service.

5.3.9. Participation des membres

Un membre du service doit obligatoirement participer aux réunions de service.

Toute absence aux assemblées ordinaires du service doit être clairement motivée.

Si un membre du service s'absente de façon non motivée à plus de deux réunions consécutives de l'assemblée ordinaire du service, le chef de service doit intervenir auprès du membre et en aviser le chef de département.

Le chef du service tient à jour un registre des présences et des absences aux assemblées et réunions du service. Le directeur des services professionnels, le CECMDP et le C. A. ont accès à ce registre, sur demande.

Le quorum des assemblées ordinaires et des assemblées extraordinaires est constitué de 40 % des membres du service.

5.4. Sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (CEAMDP) est un comité obligatoire du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) responsable de l'évaluation de la qualité de la pratique médicale et dentaire, ainsi que des services pharmaceutiques fournis aux usagers. Le CEAMDP central recommande au comité exécutif du CMDP la création des sous-comités nécessaires au bon accomplissement de son mandat.

Le CEAMDP assume les fonctions suivantes (ROAÉ, chap.S-5, a. 103) :



- a) Veiller à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des usagers soit conforme au ROAÉ et aux règlements de l'établissement.
- b) *Juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires ainsi que des services pharmaceutiques donnés aux usagers.*
- c) *Étudier les diagnostics pré et postopératoires et anatomopathologiques.*
- d) *Examiner les dossiers des usagers ayant présenté des complications.*
- e) *Étudier les cas de décès survenus dans l'établissement.*
- f) *Réviser périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans l'établissement.*
- g) *Faire des recommandations au comité exécutif du CMDP.*

Le processus d'évaluation de la qualité de l'acte s'effectue initialement au sein d'un sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Selon la structure départementale, un sous-comité est instauré dans chaque département ou service afin de réaliser les activités d'évaluation de l'acte selon ce qui est prévu au descriptif des modalités fourni par le CEAMDP. Deux fois par année, le responsable du sous-comité départemental ou de service rapporte dans un procès-verbal au CEAMDP central le bilan des activités d'évaluation de l'acte et les études réalisées et en cours (par critères explicites, implicites, revue de mortalité et de morbidité ou par indicateurs de qualité).

Les procès-verbaux des réunions du CEAMDP sont confidentiels, et ne sont accessibles qu'aux participants, aux officiers du CMDP et aux représentants de l'ordre professionnel.

Lorsque le CEAMDP a des raisons de croire que la qualité des services fournis par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, sa compétence, sa diligence, sa conduite ou son observance du règlement ne sont pas adéquates, il doit adresser un rapport à cet effet au comité exécutif. Le CEAMDP central doit aussi adresser au comité exécutif du CMDP le résultat du travail des sous-comités. Le comité exécutif assure la coordination des activités de l'évaluation de l'acte et est en charge de la diffusion de recommandations à ses membres ainsi qu'aux directions concernées.

Pour obtenir l'algorithme de communication du cheminement de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (EAMDP), nous vous invitons à communiquer avec le soutien administratif du CMDP à l'adresse suivante : cmdp.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca.

5.5. Comités du service

Le service forme des comités pour tout sujet ou tout domaine lorsqu'il juge approprié de le faire.

Chaque comité du service détermine l'horaire de ses réunions selon les besoins du mandat qui lui a été confié.

Chaque comité du service fait rapport au chef de service selon les livrables demandés et dans les délais prévus.

6. RESPONSABILITÉS

Le chef de service partage les responsabilités avec le chef du département de médecine d'urgence.

7. ADOPTION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET RÉVISION

Tout règlement antérieur portant sur l'organisation et le fonctionnement du Service de l'urgence Chauveau est abrogé et remplacé par le présent règlement lors de son entrée en vigueur.

Avant de présenter le présent règlement aux membres du service pour adoption, le chef de service doit consulter le chef de département pour approbation.

L'adoption, la révision ou les amendements du présent règlement doivent être approuvés *par le quorum déterminé à la section 1.4 du présent règlement.*

Une fois adopté par les membres du service, le chef de département achemine le présent règlement au CECMDP pour approbation et recommandation au C. A.

Le présent règlement, et ses amendements entrent en vigueur à la date de son approbation par le C. A. et il est révisé tous les quatre ans.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-38
	Direction responsable : Direction des services professionnels
	Approuvé par le conseil d'administration le : 2024-02-06 Résolution no : CA-CIUSSS-2024-02[R-38]-06
	Entrée en vigueur le : 2024-02-06
Champ d'application :	
TITRE : Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du service du Centre antipoison du Québec du Département de médecine d'urgence	

ADOPTION

- ☐ Service du Centre antipoison du Québec : 2023-06-07 (adoption)
- ☐ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : 2023-11-15

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1.1. OBJET	4
1.2. ACRONYME ET DÉFINITIONS.....	4
1.3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	5
1.4. ADOPTION ET RÉVISION DU RÈGLEMENT.....	5
2. DESCRIPTION DU SERVICE	6
2.1. MISSION ET ACTIVITÉS	6
2.2. COMPOSITION	7
2.3. STRUCTURE DE GESTION	7
2.3.1. <i>Qualifications et nomination du chef de service</i>	7
2.3.2. <i>Fonctions du chef de service</i>	7
2.3.3. <i>Fonctions particulières de gestion du service</i>	9
3. ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE.....	9
3.1. RÉPARTITION DU TRAVAIL	9
3.2. MODALITÉS RELATIVES À LA GARDE	10
3.2.1. <i>Élaboration de la liste de garde</i>	10
3.2.2. <i>Obligations des membres</i>	11
3.2.3. <i>Non-réponse du médecin de garde</i>	11
3.2.4. <i>Découverte imprévue</i>	11
3.2.5. <i>Mécanisme pour éviter les ruptures de service</i>	12
3.3. ENSEIGNEMENT	12
3.4. PRATIQUE EN RECHERCHE CLINIQUE	12
3.5. MODALITÉS DE GESTION ET D'ATTRIBUTION DES CONGÉS.....	13
3.5.1. <i>Congés de maternité, de paternité, d'adoption, parentaux</i>	13
3.5.2. <i>Congrès, colloques et formations</i>	13
3.5.3. <i>Vacances</i>	14
3.5.4. <i>Absences imprévues</i>	14
3.5.5. <i>Congés sabbatiques</i>	14
3.5.6. <i>Absences prolongées</i>	14
3.5.7. <i>Congés de maladie</i>	14
3.5.8. <i>Invalidités</i>	15
3.6. MODALITÉS DE FIN DE CARRIÈRE	15
3.7. QUALITÉ ET PERTINENCE DES SOINS.....	15
3.8. MODALITÉS DE COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	15
4. MEMBRES	16
4.1. RECRUTEMENT ET NOMINATION	16
4.2. OBLIGATION DES MEMBRES.....	16
4.3. <i>COTISATION</i>	17
4.4. <i>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT PHILANTHROPIQUE</i>	17
4.5. MODALITÉS DE DÉPART D'UN MEMBRE	17
5. ASSEMBLÉES ET COMITÉS	17
5.1. ASSEMBLÉE ORDINAIRE.....	17
5.2. ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE	17
5.3. PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	18
5.3.1. <i>Avis de convocation</i>	18
5.3.2. <i>Participation</i>	18
5.3.3. <i>L'ordre du jour</i>	18

5.3.4.	<i>Ajout à l'ordre du jour</i>	18
5.3.5.	<i>Présidence</i>	19
5.3.6.	<i>Vote</i>	19
5.3.7.	<i>Décision</i>	19
5.3.8.	<i>Compte rendu</i>	19
5.3.9.	<i>Participation des membres</i>	20
5.4.	SOUS-COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE	20
5.5.	COMITÉS DU SERVICE	21
6.	RESPONSABILITÉS	21
7.	ADOPTION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET RÉVISION	21

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La complétion du présent règlement doit être en cohérence avec le règlement du département.

1.1. Objet

De façon générale, le présent règlement a pour objet de déterminer l'organisation et le fonctionnement interne du Service du Centre antipoison du Québec du Département de médecine d'urgence.

1.2. Acronyme et définitions

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

C. A.	Le conseil d'administration
CAPQ	Le Centre antipoison du Québec
CECMDP	Le comité exécutif du CMDP
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et service sociaux
CMDP	Le conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens
Département	Le Département de médecine d'urgence
DSP	Le directeur des services professionnels
Établissement	Le CIUSSS de la Capitale-Nationale
LSSSS	La Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, c. S-4.2]
MSSS	Le ministère de la Santé et des Services sociaux
PEM	Le Plan d'effectifs médicaux
ROAE	Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements [RLRQ, c. S 5, r. 5]
Service	Le Service du Centre antipoison du Québec

1.3. Application et interprétation du règlement

Le présent règlement s'applique en complémentarité et en cohérence avec le *Règlement de régie interne du CMDP du CIUSSS de la Capitale-Nationale (R-07)* et **le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence (R-27)**.

Il est adopté en conformité avec :

- La LSSSS et ses règlements ;
- Les règlements du CMDP ;
- Les règlements du C. A. :

Le service est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources du département qui sont adoptées par le département et approuvées par le CECMDP et le C. A.

Les interrelations entre les fonctions et responsabilités du chef de service avec celles du chef de département sont détaillées dans les règlements du Département de médecine d'urgence.

1.4. Adoption et révision du règlement

Avant de présenter le présent règlement aux membres du service pour adoption, le chef de service doit consulter le chef de département pour approbation.

L'adoption, la révision ou les amendements du présent règlement doivent être approuvés par 60 % des membres actifs présent, ou participant à distance, au cours d'une assemblée ordinaire ou extraordinaire du service convoquée à cette fin, le quorum étant constitué de 60 % des membres actifs. Il s'agit d'un quorum minimum.¹

Une fois adopté par les membres du service, le chef de département achemine le présent règlement au CECMDP pour approbation et recommandation au C. A.

Le présent règlement, et ses amendements entrent en vigueur à la date de son approbation par le C.A. et il est révisé tous les quatre ans.

¹ Le règlement peut prévoir un quorum plus élevé. Il est important que ce quorum soit en cohérence avec celui prévu à l'article 5.3.9.

2. DESCRIPTION DU SERVICE

2.1. Mission et activités

En cohérence avec la mission et les objectifs poursuivis par le Département de médecine d'urgence, le Service du Centre antipoison du Québec réalise les activités suivantes :

Activités cliniques

De façon générale, le service est responsable des activités cliniques suivantes :

- *Offrir une réponse téléphonique 24/7 à la population et aux professionnels de la santé du territoire de la province de Québec concernant des cas d'intoxication aiguë réels ou appréhendés, par du personnel spécialisé en toxicologie ;*
- *Prodiguer un service de consultation téléphonique par des médecins toxicologues de garde pour guider les professionnels de la santé dans le diagnostic et le traitement des intoxications aiguës ;*
- *Participe à la priorisation des analyses toxicologiques spécialisées en collaboration avec deux laboratoires spécifiquement mandatés par le MSSS pour assister les établissements dans cette capacité analytique.*
- *Participer aux activités de prévention et de surveillance des intoxications aiguës.*

Activités d'enseignement

- *Être chefs de file de la communauté médicale québécoise en matière d'enseignement de la toxicologie aiguë pour les médecins, les professionnels médicaux et paramédicaux en formation ou en pratique ;*
- *Offrir des activités de développement continu et des stages de formation pour améliorer la prise en charge des patients intoxiqués.*

Activités de recherche

- *Contribuer à l'avancement des connaissances en toxicologie en développant de meilleurs outils de surveillance, de prévention, de pronostication, de meilleurs traitements ;*
- *Contribuer à une organisation et prestation efficiente de soins de santé en toxicologie aiguë ;*
- *Développer des moyens de favoriser un transfert de connaissances efficaces au public et aux professionnels de la santé.*

Activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS)

Offrir un service de télésanté non urgent sur rendez-vous pour soutenir les équipes traitantes dans l'évaluation, la prise en charge et le suivi des patients ayant été victimes d'intoxication aiguë ou chronique.

2.2. Composition

Le service est composé de tous les membres du CMDP à qui le C. A. a dûment accordé un statut et des privilèges dans le département de médecine d'urgence pour l'exercice d'activités dans le service du Centre antipoison du Québec.

Un membre peut faire partie de plusieurs services dans la mesure où il respecte toutes les obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges dans chacun des services.

Si l'application du cumul des règles de chacun des règlements de service posait problème (ex. : cumul de deux systèmes de garde, modalités de vacances incompatibles, etc.), les chefs de service concernés sont appelés à convenir de l'application desdites modalités. Au besoin, les chefs de département concernés interviennent dans la recherche d'une entente.

À défaut d'un tel accord, le directeur des services professionnels se prononce en tenant compte du service où la pratique du membre visé est la plus importante.

2.3. Structure de gestion

2.3.1. Qualifications et nomination du chef de service

Les qualifications et les modalités de nomination du chef de service se retrouvent dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence* et dans le *Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique et de service clinique du CIUSSS de la Capitale-Nationale*, le cas échéant.

2.3.2. Fonctions du chef de service

Les fonctions de base attendues du chef de service sont décrites dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence*.

Les interrelations entre les fonctions et responsabilités du chef de service avec celles du chef de département sont détaillées dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence*.

Au-delà de ces fonctions de base, le chef de service doit :

- S'assurer que les membres de son service maintiennent les compétences requises pour assumer leurs fonctions au sein du service et pour répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins de famille du Canada.
- *Le chef de service :*
 - *Est responsable de l'organisation et de la gestion des activités médicales et scientifiques du service ;*
 - *Est responsable de l'évaluation de la qualité et de la pertinence des soins ;*

- *Est responsable du stage en toxicologie médicale au CAPQ ;*
- *Participe de manière active à la mission d'enseignement,*
- *Participe de manière active à la mission de recherche.*
- *Le chef de service peut déléguer certaines tâches au besoin et identifier une personne remplaçante en son absence.*
- *Organisation et gestion des activités du service*
 - *Rédiger et mettre à jour les règlements de service ;*
 - *Assurer le recrutement de toxicologues pour assurer le service de garde ;*
 - *Établir les horaires de l'équipe de garde ;*
 - *Être de garde en second en cas d'imprévu ou de situation inhabituelle tel un événement de masse ;*
 - *Faire rapport annuellement au CMDP des activités médicales et académiques du CAPQ ;*
 - *Assurer un lien étroit entre les différents partenaires, particulièrement les CH, les directions de santé publique, l'INSPQ, le MSSS, le bureau du coronar et les principaux corps policiers.*
- *Qualité et pertinence des soins*
 - *Soutenir quotidiennement l'équipe des professionnels à la réponse téléphonique et participer à leur processus d'appréciation ;*
 - *Garder à jour les guides de traitements/protocoles existants et en développer des nouveaux selon les besoins ;*
 - *Réviser régulièrement des dossiers-patients du personnel à la réponse et des toxicologues consultants afin d'assurer la qualité et la plus grande homogénéité possible sur le plan scientifique ;*
 - *Préparer quatre (4) fois par année des réunions d'évaluation de la qualité de l'acte avec les toxicologues consultants ;*
 - *Assurer que le CAPQ possède les ressources scientifiques nécessaires à ses missions.*
 - *Mettre en place un processus d'assurance-qualité et en assurer le suivi ;*
 - *Collaborer avec l'administration en cas de plainte de nature scientifique.*
- *Enseignement et recherche*
 - *Participer à la formation continue du personnel du CAPQ et des autres professionnels de la santé ;*
 - *Partager avec l'équipe de garde les informations pertinentes à la pratique ;*
 - *Assurer la mise à jour de l'éventail d'outils de références disponibles ;*
 - *Assurer une offre de stage correspondant aux objectifs des facultés de médecine du Québec et aux standards CanMEDS. Ces stages sont offerts notamment aux résidents*

en médecine d'urgence, en pédiatrie, en biochimie médicale, en médecine interne, en soins intensifs et en santé publique ;

- Participer à la formation théorique des étudiants des facultés de médecine et de pharmacie ;*
 - Participer à des colloques, congrès, etc., comme conférencier et/ou pour représenter le CAPQ ;*
 - Élaborer des priorités de recherche pour le CAPQ et développer conséquemment des programmes de recherche ;*
 - Participer à des projets de recherche en toxicologie médicale, souvent avec les principaux partenaires (INSPQ, santé publique, etc.) ;*
 - Participer aux programmes de toxicovigilance ;*
 - Participer à la production d'outils scientifiques en toxicologie en collaboration avec l'INSPQ.*
- *Autres :*
- Agir à titre de porte-parole pour le CAPQ ;*
 - Agir à titre d'expert-conseil à la demande d'organismes partenaires (ex. : développer avec les Agences de santé des lignes directrices pour les événements spéciaux : sommets, etc.) ;*
 - Agir comme personne-ressource pour les départements de santé publique ou la sécurité civile en cas de désastre ou d'acte malveillant ;*
 - Avoir la possibilité d'agir comme personne-ressource pour les médias en cas d'évènement toxique majeur ou dans un but préventif.*
 - Répondre aux demandes des pharmaciens, médecins et autres professionnels qui ont des questions de nature toxicologique ;*
 - Soutenir les autorités dans leurs actions d'information et de sensibilisation.*

2.3.3. Fonctions particulières de gestion du service

Afin de répondre aux besoins de gestion du service et d'alléger la tâche du chef de service, sans toutefois en alourdir la structure, le présent règlement peut prévoir l'attribution de fonctions particulières à certains membres du service.

3. ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE

3.1. Répartition du travail

La répartition de la charge de travail est effectuée par le chef de service entre les membres de chaque service afin de s'assurer que les obligations dévolues au service, pour accomplir la mission de l'établissement, soient respectées.

Par ailleurs, chaque membre actif du service ayant une activité clinique au sein du Centre antipoison du Québec doit pratiquer minimalement 50 % de son travail clinique sur place. Chaque membre associé du service ayant une activité clinique au sein du Centre antipoison du Québec doit offrir de la disponibilité pour un minimum de 4 gardes par mois ou 48 gardes par année. La présente règle s'applique avec les adaptations nécessaires à tout membre faisant partie de plus d'un service ou établissement.

Le service est organisé autour d'une direction bicéphale. D'une part, l'administration et, d'autre part, le chef de service.

Toute demande ou projet impliquant de près ou de loin les ressources humaines, matérielles et financières du CAPQ devra être soumis à l'administration.

Toute demande ou projet impliquant de près ou de loin les aspects reliés aux missions cliniques, d'enseignement ou de recherche devront être soumis au chef de service.

Toute demande reliée aux règlements de service décrits dans le présent document et à l'horaire de garde devra être soumise au chef de service.

Considérant la responsabilité du chef de service de s'assurer de la couverture complète des soins et services :

- Avant d'autoriser une demande d'un membre concernant une diminution ou une augmentation, temporaire ou permanente, de ses activités cliniques, le chef de service doit tenir compte des besoins du service, des effectifs disponibles et des impacts possibles sur les usagers, sur le recrutement et sur les autres tâches du membre concerné incluant les tâches d'enseignement et de recherche.
- Le chef de service peut retirer son autorisation à tout moment.

3.2. Modalités relatives à la garde

3.2.1. Élaboration de la liste de garde

Conformément au Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence, le chef de service est responsable de l'élaboration de la liste de garde selon les modalités prévues ci-dessous. S'il délègue cette tâche à un membre de son service, la responsabilité en demeure néanmoins la sienne.

Pour l'élaboration de la liste de garde, le chef de service considère entre autres les modalités suivantes :

- Les gardes sont réparties équitablement entre les membres. Une attention particulière est portée à la répartition au moment des périodes de vacances estivales, des journées fériées et des journées de congrès annuel.

3.2.2. Obligations des membres

La garde est une obligation rattachée à la jouissance des privilèges accordés par le conseil d'administration. Tout membre est tenu de respecter la liste de garde et les modalités de garde prévues par le présent règlement en conformité avec le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence et le Règlement de régie interne du CMDP. Le non-respect de la liste de garde par un membre du service peut entraîner des mesures administratives ou disciplinaires.

Le médecin de garde doit être diligent et faire preuve d'une disponibilité raisonnable envers son patient et les patients pour lesquels il assume une responsabilité de garde.

Le médecin de garde doit assurer une réponse téléphonique en moins de 15 minutes et doit donner un minimum de deux numéros de téléphone/téléavertisseur pour le joindre.

La garde se termine après la prise en charge effective des usagers par un confrère.

La période de garde s'étend soit de 8 h - 8 h ; de 8 h - 20 h puis 20 h - 8 h ; ou 8 h - 16 h puis 16 h - 00 h puis 00 h - 8 h.

Il est attendu que le médecin de garde soit disponible par téléphone en temps opportun (maximum 15 minutes), soit pour le personnel à la réponse ou les professionnels de la santé.

Le médecin de garde est responsable des recommandations données pendant sa garde.

Le médecin terminant sa garde doit transférer à son collègue les cas significatifs ou particuliers pour lesquels un suivi est probable et nécessite la connaissance du dossier.

Tout membre s'étant vu attribuer une garde en est responsable. S'il devient dans l'impossibilité de rencontrer ses obligations, il doit identifier un remplaçant, aviser le chef de service et effectuer les modalités requises pour assurer les modifications nécessaires à l'horaire de garde.

Si un médecin qui doit effectuer la garde est affecté au point où il n'est pas lui-même en mesure de se trouver un remplaçant pour ladite garde, il en avise son chef de service sans tarder, afin que ce dernier puisse prendre action pour le remplacer et aviser les personnes concernées.

3.2.3. Non-réponse du médecin de garde

Dans l'éventualité où le médecin de garde ne répond pas à l'appel téléphonique dans les délais prévus à l'article 3.2.2 en suivant la directive décrite dans ToxiQc (le logiciel du Centre antipoison), la cascade d'appels suivante peut être enclenchée jusqu'à ce qu'une réponse soit obtenue :

Appel du chef de service ou son remplaçant tel que décrit dans la directive de ToxiQc.

3.2.4. Découverte imprévue

En cas de découverte imprévue sur la liste de garde et d'impossibilité à trouver un remplaçant sur une base volontaire, le chef de service peut imposer à un autre membre de faire la garde. Le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du service du Centre antipoison du Québec du Département de médecine d'urgence

membre est alors tenu d'assurer la garde selon les modalités prévues à la présente section 3.2. À défaut d'identifier un membre pour assumer la garde, le chef de service assume lui-même la couverture de garde.

3.2.5. Mécanisme pour éviter les ruptures de service

Les membres du service sont collectivement responsables de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de service au sein de leur spécialité dans la mesure où un minimum de six médecins toxicologues sont membres du service (actifs ou associés) et que les ressources humaines et technologiques minimales soient fournies

Dans les cas où une telle rupture de service survient ou est anticipée, une réattribution des tâches entre les membres peut être effectuée par le chef de service. Si cela s'avère insuffisant, le chef de service et le chef de département devront analyser les solutions possibles et les mettre en place. Si le service demeure avec les mêmes problématiques, le chef de département en avise le DSP. Le DSP s'assure, avec la collaboration du chef de département et du chef de service, de l'élaboration d'un plan de contingence et en informe le CMDP.

3.3. Enseignement

- *Les toxicologues s'engagent à participer à l'enseignement fait au personnel à la réponse du CAPQ, idéalement en étant présent physiquement, sinon par visioconférence ou par téléphone.*
- *Les toxicologues collaboreront à l'enseignement et l'apprentissage des apprenants en stage au CAPQ, notamment en discutant au besoin de la prise en charge des patients dont ils ont la charge lors de leur garde avec un résident impliqué.*
- *Les toxicologues participeront activement aux réunions scientifiques, de morbidité et de mortalité en étant présent à un minimum de 75 % des réunions.*

3.4. Pratique en recherche clinique

Les tâches de recherche des cliniciens-chercheurs devront être protégées selon une proportion acceptable convenue avec le chercheur clinicien, le directeur du Centre de recherche, ou son représentant, le chef de service clinique concerné et le chef du Département universitaire concerné. En cas de désaccord, le DSP décidera.

Lors de toute modification significative dans son organisation, le service doit en considérer les impacts sur les conditions de pratique des chercheurs cliniciens.

Les membres du Service du Centre antipoison du Québec s'engagent à respecter le *cadre réglementaire de la recherche (R-32)*.

Recherche impliquant les patients, le personnel et/ou les ressources du CAPQ :

- *Tout projet de recherche, projet d'amélioration de la qualité de l'acte ou rapport de*

cas devra d'abord être approuvé par l'administration et le chef de service.

- *Tout projet de recherche devra d'abord être approuvé par le comité d'éthique à la recherche du CIUSSS de la Capitale-Nationale.*
- *Toute publication, affiche ou présentation orale, devra minimalement mentionner le CAPQ dans ses remerciements.*
- *Les toxicologues publiant dans le cadre de leurs activités au sein du CAPQ devront souligner leur affiliation au CAPQ.*
- *L'administration et le chef de service pourront au besoin demander de retirer la mention de l'affiliation au CAPQ si le message véhiculé est en contradiction avec la position de l'organisation.*

3.5. Modalités de gestion et d'attribution des congés

La gestion et l'attribution des congés par le chef de service doivent se réaliser en respectant le nombre minimal d'effectifs devant être présent en tout temps dans le service afin d'éviter les ruptures de services, et ce, tel que défini à la section 3.3 du présent règlement.

Malgré ce qui précède, le chef de service ne peut refuser d'accorder un congé pour les motifs prévus à l'article 3.5.1 du présent règlement.

3.5.1. Congés de maternité, de paternité, d'adoption, parentaux

Dans le cas des congés de maternité, de paternité, d'adoption et parentaux, le membre doit aviser le chef de service le plus tôt possible pour faciliter le remplacement ou la réattribution des tâches. Si demandée, la confidentialité devra être respectée.

Comme convenu dans les ententes négociées entre le MSSS et les fédérations médicales, un membre actif qui s'absente pour un de ces motifs peut être remplacé temporairement jusqu'à concurrence de la durée mentionnée ci-dessous, et ce, même si la durée de l'absence autorisée est supérieure :

- Congé de maternité : jusqu'à concurrence de 18 semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.
- Congé de paternité : jusqu'à concurrence de 5 semaines ;
- Congé parental : jusqu'à concurrence de 34 semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents.
- Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de 52 semaines.

3.5.2. Congrès, colloques et formations

Les absences pour participation à des congrès, colloques ou formations font l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service.

- *Un accord à l'amiable est favorisé.*
- *S'il y a davantage de membres qui veulent assister au congrès que ce que la couverture de garde ne permet, la priorité sera d'abord aux membres faisant des présentations ou ayant des tâches de représentation (telle que la présidence à un comité se réunissant au congrès) pouvant difficilement être déléguées à une autre personne.*
- *La présentation d'affiche sera également considérée, mais en deuxième lieu. En revanche, les toxicologues consultants du CAPQ assistant au congrès offriront la possibilité de présenter l'affiche pour le candidat au besoin.*
- *La présence du chef de service médical aux congrès, notamment celui du NACCT, devra être favorisée pour maximiser les liens de collaboration avec les autres centres antipoison.*
- *Si malgré cette priorisation, il ne reste pas suffisamment de membres pour couvrir la garde, un tirage au sort sera effectué pour déterminer la ou les personnes devant rester au Québec.*

3.5.3. Vacances

Les membres ont droit à un maximum de 4 semaines annuellement (soit 1 mois sans offrir de disponibilité de garde).

Les vacances sont attribuées à l'amiable au sein du service. En cas de mésentente, un tirage au sort aura lieu pour l'ordre de sélection.

3.5.4. Absences imprévues

En cas d'absence imprévue d'un membre, le chef de service s'assure de la répartition de sa tâche équitablement entre les autres membres ;

Des sanctions administratives pourraient s'appliquer auprès d'un membre s'il s'absente de façon imprévue et pour des motifs jugés déraisonnables, de façon répétée.

3.5.5. Congés sabbatiques

Les demandes de congés sabbatiques sont traitées selon les modalités prévues au *Règlement de régie interne du CMDP* (no R-07).

3.5.6. Absences prolongées

Pour toute demande d'absence prolongée, autre que celles prévues ci-dessus et pour un motif autre que la maladie, un préavis d'au moins six (6) mois doit être donné au chef de service.

3.5.7. Congés de maladie

Pour tout congé de maladie de plus de 60] jours, le membre doit présenter au chef de service un billet médical justifiant celui-ci.

Les modalités d'un remplacement pour un médecin spécialiste en congé de maladie sont décrites dans le document sur les règles de gestion des PEM en spécialité du MSSS.

3.5.8. Invalidités

Les modalités pour les médecins spécialistes en invalidité sont décrites dans le document sur les règles de gestion des PEM en spécialité du MSSS.

3.6. Modalités de fin de carrière

Les modalités pour les médecins spécialistes en fin de carrière sont décrites dans le document sur les règles de gestion des PEM en spécialité du MSSS. Un médecin comptant prendre sa retraite devra en aviser son chef de service idéalement un an à l'avance ou au minimum 60 jours.

3.7. Qualité et pertinence des soins

Le chef de service :

- Surveille la qualité et la pertinence des soins donnés par les médecins de son service ;
- S'assure de l'évaluation de l'acte médical dans son service par des activités régulières, au moins une fois par an, et fait rapport au chef de département et au comité d'évaluation de l'acte médical du CMDP ;
- Appuie le chef de département dans ses fonctions en lien avec la qualité et la pertinence.

3.8. Modalités de communication au sein du service

Le chef de service a la responsabilité de communiquer aux membres du service les informations pertinentes à la réalisation de leurs activités professionnelles au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pour ce faire les modalités de communication suivantes sont mises en place au sein du service :

- Lors des réunions de service ;
- Par courriel ;
- Par téléphone ;
- Par texto en ce qui concerne les communications urgentes (ex. : mobilisation en cas de situations particulières).

4. MEMBRES

4.1. Recrutement et nomination

Se référer au *Règlement de régie interne du CMDP*, aux *règles de gestion des PEM en spécialités du MSSS* et au *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*.

Pour pratiquer comme toxicologue au Centre antipoison du Québec, les membres actifs détenant un PEM CAPQ devront soit détenir une certification en pharmacologie clinique et toxicologie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou un « Medical Toxicology Fellowship » accrédité le « Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) » aux États-Unis. Pour les membres associés, une équivalence incluant 6 mois de formation en toxicologie et l'équivalent de 150 gardes supervisées est acceptée.

Les membres ayant pratiqué comme toxicologues au CAPQ depuis un an précédant la création du programme canadien de pharmacologie clinique et toxicologie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2009) se verront reconnaître leurs expériences comme équivalent de formation.

4.2. Obligation des membres

Les membres doivent respecter les obligations de base des membres décrites dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*.

Les membres doivent de plus respecter les obligations spécifiques à la garde décrite à la section 3.2. du présent règlement.

Au-delà de ces obligations de base, les membres doivent :

- *Offrir un service de consultation toxicologique par téléphone en deuxième ligne 24/7 à la population et aux professionnels de la santé de tout le territoire québécois. La tâche première des toxicologues de garde au CAPQ est d'être disponibles en tout temps pour assister le personnel à la réponse téléphonique dans l'évaluation du risque associé à une exposition ou pour assister une équipe traitante dans l'évaluation et le traitement des patients intoxiqués.*
 - *Guider les intervenants en ce qui a trait à l'utilisation et à l'interprétation des analyses toxicologiques.*
 - *Les toxicologues sont encouragés à discuter de leurs approches et idéalement les harmoniser, afin de faciliter le travail nursing à la réponse téléphonique.*
 - *Apporter un soutien aux interventions lors des événements inhabituels ou de masse impliquant un toxique ;*
 - *Le chef de service devra être avisé de tout événement de masse en temps réel.*

- Toute communication avec les médias lors des heures ouvrables devra d'abord impliquer le service des communications, l'administration et le chef de service du CAPQ. À l'extérieur des heures ouvrables, un effort raisonnable pour joindre ces acteurs clés devra être fait. Le toxicologue de garde pourrait être invité à donner des entrevues.
- Un toxicologue membre associé pourrait participer aux autres missions cliniques, d'enseignement et de recherche avec l'accord du chef de service et de l'administration du CAPQ.
- Un maximum de 25 % d'absences justifiées aux réunions scientifiques et/ou de service sera accepté. Il est attendu que le toxicologue prendra connaissance du procès-verbal de la réunion précédente et adressée ses commentaires au chef de service même s'il ne peut assister à la réunion.

4.3. Cotisation

Toute cotisation spéciale autre que celle du CMDP doit être convenue en dehors du règlement entre les membres du service. Une telle cotisation ne peut cependant être exigée pour exercer la médecine ou la médecine dentaire au sein du service.

4.4. Activités de financement philanthropique

Non applicable.

4.5. Modalités de départ d'un membre

Un membre souhaitant quitter le service doit en aviser le chef de service idéalement 1 an à l'avance ou au minimum 60 jours à l'avance.

5. ASSEMBLÉES ET COMITÉS

5.1. Assemblée ordinaire

Les assemblées ordinaires sont celles où tous les membres du service sont convoqués par le chef pour discuter des affaires courantes du service, notamment de l'adoption et des mises à jour du règlement du service. Le service doit tenir minimalement 4 assemblées ordinaires (ou réunions scientifiques) par année. Une de ces assemblées peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres actifs du service.

5.2. Assemblée extraordinaire

Les assemblées extraordinaires sont celles où les membres du service discutent de questions ou de problèmes particuliers du service. Celles-ci sont convoquées par le chef de service.

Une assemblée extraordinaire du service peut également être demandée en tout temps par :

- *Le tiers* des membres du service ;
- Le chef de département ;
- Le chef de service.

Une telle demande est adressée au chef de service et indique l'ensemble des questions ou problématiques à discuter, et le cas échéant, le chef de service doit y donner suite. Généralement, on se restreint à un seul ou à quelques points à l'ordre du jour. Aucun autre point ne peut être ajouté séance tenante.

5.3. Procédure des assemblées

5.3.1. Avis de convocation

L'avis de convocation est transmis aux membres au moins 30 jours avant la date de l'assemblée ordinaire et au moins 5 jours avant la date de l'assemblée extraordinaire.

5.3.2. Participation

L'avis de convocation peut prévoir la possibilité pour les membres de participer à une assemblée à l'aide de moyens permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux, notamment par téléconférence ou vidéoconférence. Les membres sont alors réputés avoir assisté à l'assemblée.

Le chef de service, lorsqu'il convoque une assemblée des membres du service, doit prévoir les moyens de communication offerts aux participants et indiquer les coordonnées de ceux-ci dans l'avis de convocation.

5.3.3. L'ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par celui qui convoque la réunion en collaboration avec la technicienne en administration du département et est distribué aux membres au moins 5 jours avant la tenue de l'assemblée ordinaire et au moins 24 heures avant la tenue de l'assemblée extraordinaire.

5.3.4. Ajout à l'ordre du jour

Dans le cadre d'une assemblée ordinaire, tout membre du service peut requérir de celui qui convoque la réunion d'ajouter une question quelconque 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, seules les questions ou problématiques indiquées à l'ordre du jour d'une assemblée extraordinaire font l'objet d'une discussion.

5.3.5. Présidence

Le chef de service préside les assemblées ordinaires et extraordinaires. En son absence, il est remplacé à ce titre par la personne qu'il désigne.

Sous réserve des dispositions du présent règlement, tout ce qui concerne le déroulement et les procédures d'une assemblée relève de la compétence du chef de service.

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

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

5.3.6. Vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. 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.

Le vote peut également être tenu par tout moyen de communication mis de l'avant dans l'avis de convocation. Pour les membres participant à distance, le vote s'exprime verbalement ou, dans le cas d'un scrutin secret, par le moyen le plus approprié aux circonstances, autorisé par le président de l'assemblée.

En cas d'égalité des voix, le chef de service se prévaut alors d'un vote prépondérant.

5.3.7. Décision

Sauf en ce qui concerne l'adoption ou l'amendement du présent règlement, les décisions des assemblées se prennent par consensus ou, si un vote est demandé, à majorité simple (50 % + 1) des membres actifs présents. Elles ne peuvent lier que les seuls membres du service.

5.3.8. Compte rendu

Le secrétaire, avec le soutien au besoin de la technicienne du département, rédige un compte rendu pour chaque assemblée.

L'original de ces comptes rendus est conservé dans les archives du service dans un registre approprié.

Ces comptes rendus sont signés par le chef de service ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des comptes rendus est remise à la DSP et au du CECMDP.

Ces comptes rendus ne sont pas confidentiels en ce sens qu'ils ne peuvent être soustraits à l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, mais les membres ont une obligation de réserve quant à leur diffusion. Les membres du service, les membres du CECMDP, le directeur des services professionnels et le C. A. peuvent les consulter. Ils peuvent également être consultés par le



médecin examinateur et les membres du comité de révision, dans la mesure où cela est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

5.3.9. Participation des membres

Un membre du service doit obligatoirement participer aux réunions de service.

Toute absence aux assemblées ordinaires du service doit être clairement motivée.

Si un membre du service s'absente de façon non motivée à plus de deux réunions consécutives de l'assemblée ordinaire du service, le chef de service doit intervenir auprès du membre et en aviser le chef de département.

Le chef du service tient à jour un registre des présences et des absences aux assemblées et réunions du service. Le directeur des services professionnels, le CECMDP et le C. A. ont accès à ce registre, sur demande.

Le quorum des assemblées ordinaires et des assemblées extraordinaires est constitué de 40 % des membres du service.

5.4. Sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (CEAMDP) est un comité obligatoire du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) responsable de l'évaluation de la qualité de la pratique médicale et dentaire, ainsi que des services pharmaceutiques fournis aux usagers. Le CEAMDP central recommande au comité exécutif du CMDP la création des sous-comités nécessaires au bon accomplissement de son mandat.

Le CEAMDP assume les fonctions suivantes (ROAÉ, chap.S-5, a. 103) :

- a) Veiller à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des usagers soit conforme au ROAÉ et aux règlements de l'établissement.
- b) *Juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires ainsi que des services pharmaceutiques donnés aux usagers.*
- c) *Étudier les diagnostics pré et postopératoires et anatomopathologiques.*
- d) *Examiner les dossiers des usagers ayant présenté des complications.*
- e) *Étudier les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse.*
- f) *Étudier les cas de décès survenus dans l'établissement.*
- g) *Réviser périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans l'établissement.*
- h) *Faire des recommandations au comité exécutif du CMDP.*

Le processus d'évaluation de la qualité de l'acte s'effectue initialement au sein d'un sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Selon la structure départementale, un sous-comité est instauré dans chaque département ou service afin de réaliser les activités d'évaluation de l'acte selon ce qui est prévu au descriptif des modalités fourni par le CEAMDP. Deux fois par année, le responsable du sous-comité départemental ou de service rapporte dans un procès-verbal au CEAMDP central le bilan des activités d'évaluation de l'acte et les études réalisées et en cours (par critères explicites, implicites, revue de mortalité et de morbidité ou par indicateurs de qualité).

Les procès-verbaux des réunions du CEAMDP sont confidentiels, et ne sont accessibles qu'aux participants, aux officiers du CMDP et aux représentants de l'ordre professionnel.

Lorsque le CEAMDP a des raisons de croire que la qualité des services fournis par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, sa compétence, sa diligence, sa conduite ou son observance du règlement ne sont pas adéquates, il doit adresser un rapport à cet effet au comité exécutif. Le CEAMDP central doit aussi adresser au comité exécutif du CMDP le résultat du travail des sous-comités. Le comité exécutif assure la coordination des activités de l'évaluation de l'acte et est en charge de la diffusion de recommandations à ses membres ainsi qu'aux directions concernées.

Pour obtenir l'algorithme de communication du cheminement de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (EAMDP), nous vous invitons à communiquer avec le soutien administratif du CMDP à l'adresse suivante : cmdp.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

5.5. Comités du service

Le service forme des comités pour tout sujet ou tout domaine lorsqu'il juge approprié de le faire.

Chaque comité du service détermine l'horaire de ses réunions selon les besoins du mandat qui lui a été confié.

Chaque comité du service fait rapport au chef de service selon les livrables demandés et dans les délais prévus.

6. RESPONSABILITÉS

Le chef de service partage les responsabilités avec le chef du département de médecine d'urgence.

7. ADOPTION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET RÉVISION

Tout règlement antérieur portant sur l'organisation et le fonctionnement du Service du Centre antipoison du Québec est abrogé et remplacé par le présent règlement lors de son entrée en vigueur.

Avant de présenter le présent règlement aux membres du service pour adoption, le chef de service doit consulter le chef de département pour approbation.

L'adoption, la révision ou les amendements du présent règlement doivent être approuvés *par le quorum déterminé à la section 1.4 du présent règlement.*

Une fois adopté par les membres du service, le chef de département achemine le présent règlement au CECMDP pour approbation et recommandation au C. A.

Le présent règlement, et ses amendements entrent en vigueur à la date de son approbation par le C. A. et il est révisé tous les quatre ans.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale 	RÈGLEMENT
	Règlement no : R-35
	Direction responsable : Direction des services professionnels
	Approuvé par le conseil d'administration le : 2024-02-06 Résolution no : CA-CIUSSS-2024-02[R-35]-06
	Entrée en vigueur le : 2024-02-06 Ce règlement annule le règlement no : R-019
TITRE : Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré du département de médecine d'urgence	

ADOPTION ☐ Service de l'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré : 2023-03-20 (adoption) ☐ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : 2023-11-15

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1.1. OBJET	4
1.2. ACRONYME ET DÉFINITIONS.....	4
1.3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT	5
1.4. ADOPTION ET RÉVISION DU RÈGLEMENT.....	5
2. DESCRIPTION DU SERVICE	6
2.1. MISSION ET ACTIVITÉS	6
2.2. COMPOSITION	6
2.3. STRUCTURE DE GESTION	7
2.3.1. <i>Qualifications et nomination du chef de service</i>	7
2.3.2. <i>Fonctions du chef de service</i>	7
2.3.3. <i>Fonctions particulières de gestion du service</i>	7
3. ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE.....	8
3.1. RÉPARTITION DU TRAVAIL	8
3.2. MODALITÉS RELATIVES À LA GARDE	8
3.2.1. <i>Élaboration de la liste de garde</i>	8
3.2.2. <i>Obligations des membres</i>	9
3.2.3. <i>Non-réponse du médecin de garde</i>	10
3.2.4. <i>Découverte imprévue</i>	10
3.2.5. <i>Mécanisme pour éviter les ruptures de service</i>	10
3.3. ENSEIGNEMENT	11
3.4. PRATIQUE EN RECHERCHE CLINIQUE	11
3.5. MODALITÉS DE GESTION ET D'ATTRIBUTION DES CONGÉS.....	11
3.5.1. <i>Congés de maternité, de paternité, d'adoption, parentaux</i>	11
3.5.2. <i>Congrès, colloques et formations</i>	12
3.5.3. <i>Vacances</i>	12
3.5.4. <i>Absences imprévues</i>	12
3.5.5. <i>Congés sabbatiques</i>	12
3.5.6. <i>Absences prolongées</i>	12
3.5.7. <i>Congés de maladie</i>	12
3.5.8. <i>Invalidités</i>	12
3.6. MODALITÉS DE FIN DE CARRIÈRE	13
3.7. QUALITÉ ET PERTINENCE DES SOINS	13
3.8. MODALITÉS DE COMMUNICATION AU SEIN DU SERVICE	13
4. MEMBRES	13
4.1. RECRUTEMENT ET NOMINATION	13
4.2. OBLIGATION DES MEMBRES.....	14
4.3. <i>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT PHILANTHROPIQUE</i>	14
4.4. MODALITÉS DE DÉPART D'UN MEMBRE	14
5. ASSEMBLÉES ET COMITÉS	14
5.1. ASSEMBLÉE ORDINAIRE.....	14
5.2. ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE	14
5.3. PROCÉDURE DES ASSEMBLÉES	15
5.3.1. <i>Avis de convocation</i>	15
5.3.2. <i>Participation</i>	15
5.3.3. <i>L'ordre du jour</i>	15
5.3.4. <i>Ajout à l'ordre du jour</i>	15

5.3.5.	<i>Présidence</i>	15
5.3.6.	<i>Vote</i>	16
5.3.7.	<i>Décision</i>	16
5.3.8.	<i>Compte rendu</i>	16
5.3.9.	<i>Participation des membres</i>	16
5.4.	SOUS-COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE	17
5.5.	COMITÉS DU SERVICE	18
6.	RESPONSABILITÉS	18
7.	ADOPTION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET RÉVISION	18

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La complétion du présent règlement doit être en cohérence avec le règlement du département.

1.1. Objet

De façon générale, le présent règlement a pour objet de déterminer l'organisation et le fonctionnement interne du Service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré du Département de médecine d'urgence.

1.2. Acronyme et définitions

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

C. A.	Le conseil d'administration
CECMDP	Le comité exécutif du CMDP
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et service sociaux
CMDP	Le conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens
Département	Le Département de médecine d'urgence
DSP	Le directeur des services professionnels
Établissement	Le CIUSSS de la Capitale-Nationale
LSSSS	La Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, c. S-4.2]
MSSS	Le ministère de la Santé et des Services sociaux
PEM	Le Plan d'effectifs médicaux
ROAE	Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements [RLRQ, c. S 5, r. 5]
Service	Le Service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré

1.3. Application et interprétation du règlement

Le présent règlement s'applique en complémentarité et en cohérence avec le *Règlement de régie interne du CMDP du CIUSSS de la Capitale-Nationale (R-07)* et **le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence R-27**.

Il est adopté en conformité avec :

- La LSSSS et ses règlements ;
- Les règlements du CMDP ;
- Les règlements du C. A. :

Le service est soumis aux règles de soins et aux règles d'utilisation des ressources du département qui sont adoptées par le département et approuvées par le CECMDP et le C. A.

Les interrelations entre les fonctions et responsabilités du chef de service avec celles du chef de département sont détaillées dans les règlements du Département de médecine d'urgence.

1.4. Adoption et révision du règlement

Avant de présenter le présent règlement aux membres du service pour adoption, le chef de service doit consulter le chef de département pour approbation.

L'adoption, la révision ou les amendements du présent règlement doivent être approuvés par 60 % des membres actifs présents, ou participant à distance, au cours d'une assemblée ordinaire ou extraordinaire du service convoquée à cette fin, le quorum étant constitué de 60 % des membres actifs. Il s'agit d'un quorum minimum.¹

Une fois adopté par les membres du service, le chef de département achemine le présent règlement au CECMDP pour approbation et recommandation au C. A.

Le présent règlement, et ses amendements entrent en vigueur à la date de son approbation par le C.A. et il est révisé tous les quatre ans.

¹ Le règlement peut prévoir un quorum plus élevé. Il est important que ce quorum soit en cohérence avec celui prévu à l'article 5.3.9.

2. DESCRIPTION DU SERVICE

2.1. Mission et activités

En cohérence avec la mission et les objectifs poursuivis par le Département de médecine d'urgence, le Service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré réalise les activités suivantes :

Activités cliniques

De façon générale, les activités cliniques suivantes relèvent du service :

- *Évaluation médicale ;*
- *Garde.*

Activités d'enseignement

Le service accueille régulièrement des externes et résidents en médecine de famille de l'Université Laval.

Activités de recherche

Non applicable.

Activités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS)

Non applicable.

2.2. Composition

Le service est composé de tous les membres du CMDP à qui le C. A. a dûment accordé un statut et des privilèges dans le département de médecine d'urgence pour l'exercice d'activités dans le service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré.

Un membre peut faire partie de plusieurs services dans la mesure où il respecte toutes les obligations rattachées à la jouissance de ses privilèges dans chacun des services.

Si l'application du cumul des règles de chacun des règlements de service posait problème (ex. : cumul de deux systèmes de garde, modalités de vacances incompatibles, etc.), les chefs de service concernés sont appelés à convenir de l'application desdites modalités. Au besoin, les chefs de département concernés interviennent dans la recherche d'une entente.

À défaut d'un tel accord, le directeur des services professionnels se prononce en tenant compte du service où la pratique du membre visé est la plus importante.

2.3. Structure de gestion

2.3.1. Qualifications et nomination du chef de service

Les qualifications et les modalités de nomination du chef de service se retrouvent dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence* et dans le *Règlement sur la procédure de nomination des chefs de département clinique et de service clinique du CIUSSS de la Capitale-Nationale*, le cas échéant.

2.3.2. Fonctions du chef de service

Les fonctions de base attendues du chef de service sont décrites dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence*.

Les interrelations entre les fonctions et responsabilités du chef de service avec celles du chef de département sont détaillées dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence*

Au-delà de ces fonctions de base, le chef de service doit :

- S'assurer que les membres de son service maintiennent les compétences requises pour assumer leurs fonctions au sein du service et pour répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins de famille du Canada.
- *Réunir les membres de son service au moins quatre fois par année ; il soumet ses projets pour discussion et établit avec les participants un mode de consultation permanente ;*
- *Collabore avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens à l'élaboration des ordonnances collectives ; il en détermine les conditions d'exercice, en collaboration avec les directions cliniques concernées ;*
- *S'assurer que les soins répondent aux besoins, selon les normes établies par l'autorité compétente, en vue d'assurer la qualité des soins médicaux posés dans le service ;*
- *Le chef de service fait parvenir les procès-verbaux des réunions de son service au comité exécutif de même qu'au directeur des services professionnels et hospitaliers. Une fois par année, il doit rédiger un rapport annuel et le transmettre au comité exécutif du CMDP et au directeur des services professionnels et hospitaliers.*

2.3.3. Fonctions particulières de gestion du service

Afin de répondre aux besoins de gestion du service et d'alléger la tâche du chef de service, sans toutefois en alourdir la structure, le présent règlement peut prévoir l'attribution de fonctions particulières à certains membres du service.

3. ORGANISATION DU TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE

3.1. Répartition du travail

La répartition de la charge de travail est effectuée par le chef de service entre les membres de chaque service afin de s'assurer que les obligations dévolues au service, pour accomplir la mission de l'établissement, soient respectées.

Par ailleurs, chaque membre du service ayant une activité clinique au sein du département de médecine d'urgence doit pratiquer minimalement 1 journée par semaine sur place pour les membres actifs. La présente règle s'applique avec les adaptations nécessaires à tout membre faisant partie de plus d'un service.

Considérant la responsabilité du chef de service de s'assurer de la couverture complète des soins et services :

- Avant d'autoriser une demande d'un membre concernant une diminution ou une augmentation, temporaire ou permanente, de ses activités cliniques, le chef de service doit tenir compte des besoins du service, des effectifs disponibles et des impacts possibles sur les usagers, sur le recrutement et sur les autres tâches du membre concerné incluant les tâches d'enseignement et de recherche.
- Le chef de service peut retirer son autorisation à tout moment.

3.2. Modalités relatives à la garde

3.2.1. Élaboration de la liste de garde

Conformément au Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence, le chef de service est responsable de l'élaboration de la liste de garde selon les modalités prévues ci-dessous. S'il délègue cette tâche à un membre de son service, la responsabilité en demeure néanmoins la sienne.

Pour l'élaboration de la liste de garde, le chef de service considère entre autres les modalités suivantes :

- Les gardes sont réparties équitablement entre les membres. Une attention particulière est portée à la répartition au moment des périodes de vacances estivales, des journées fériées et des journées de congrès annuel.
- *Un logiciel de gestion d'horaire par exemple PetalMD est utilisé pour la production des listes de garde. Son adhésion y est obligatoire pour tous les membres. L'inscription des vacances et des non-disponibilités doit se faire dans les bonnes catégories :*
 - Vacances
 - Congrès et réunion
 - Congé parental
 - Travaille ailleurs
 - Préfère ne pas travailler

- *L'horaire est produit pour une période d'environ quatre mois à l'exception de la période estivale qui débute du 1^{er} juin jusqu'à la Fête du travail, et de la période des Fêtes qui sera faite sur mesure selon les jours fériés du calendrier. Les non-disponibilités seront demandées un mois avant la publication finale de l'horaire. Pour faciliter la compréhension de l'horaire, un calendrier sera produit annuellement pour rappeler les dates importantes reliées à la confection de l'horaire.*
- *Les quarts de fins de semaine sont du vendredi 16 h au dimanche minuit excluant le quart du lundi de nuit. Le samedi et le dimanche, le quart de soir débute à 18 h et se termine à minuit.*
- *Les quarts sont répartis selon la règle des tiers, c'est-à-dire, 1/3 jours, 1/3 soir, 1/3 nuit, 1/3 fin de semaine.*
- *Si un médecin souhaite déroger aux règles ci-haut mentionnées, il doit aviser son chef de service et obtenir l'approbation par la majorité des membres actifs du service.*
- *Les congrès et les réunions ne sont pas comptabilisés en journée de vacances. Une preuve de participation pourrait vous être demandée.*
- *Les médecins exerçants dans d'autres milieux verront leurs obligations respectées. Ces non-disponibilités devront être inscrites dans la catégorie « Travaille ailleurs » dans le logiciel de gestion d'horaire.*
- *Les non-disponibilités inscrites sous la catégorie « Préfère ne pas travailler » seront respectées dans la mesure du possible.*
- *Un mois avant le début d'une période de quatre mois, l'horaire définitif est soumis aux membres (après avoir été rajusté pour les absences mentionnées ci-dessus), après quoi chaque médecin est tenu de respecter ses gardes à moins de trouver lui-même un remplaçant, le cas échéant.*
- *Une non-disponibilité équivalente à un quart de travail sera comptabilisée comme 0.33 jour de vacances.*

3.2.2. Obligations des membres

La garde est une obligation rattachée à la jouissance des privilèges accordés par le conseil d'administration. Tout membre est tenu de respecter la liste de garde et les modalités de garde prévues par le présent règlement en conformité avec le Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du département de médecine d'urgence et le Règlement de régie interne du CMDP. Le non-respect de la liste de garde par un membre du service peut entraîner des mesures administratives ou disciplinaires.

Le médecin de garde doit être diligent et faire preuve d'une disponibilité raisonnable envers son patient et les patients pour lesquels il assume une responsabilité de garde.

La garde se termine après la prise en charge effective des usagers par un confrère.

Les quarts de fins de semaine sont du vendredi 16 h au dimanche minuit excluant le quart du lundi de nuit. Le samedi et le dimanche, le quart de soir débute à 18 h et se termine à minuit. Les quarts de semaine sont du lundi au vendredi de minuit à 8 h, 8 h à 16 h et 16 h à minuit.

Les quarts s'effectuent sur place à l'urgence.

Tout membre s'étant vu attribuer une garde en est responsable. S'il devient dans l'impossibilité de rencontrer ses obligations, il doit identifier un remplaçant, aviser le chef de service et effectuer les modalités requises pour assurer les modifications nécessaires à l'horaire de garde.

Si un médecin qui doit effectuer de la garde est affecté au point où il n'est pas lui-même en mesure de se trouver un remplaçant pour la garde, il en avise son chef de service sans tarder, afin que ce dernier puisse prendre action pour le remplacer et aviser les personnes concernées.

La tenue des dossiers doit être conforme aux normes établies par le Collège des médecins du Québec, le Règlement de la Loi SSSS et le « *Règlement concernant le parachèvement du dossier médical de l'utilisateur admis ou inscrit* ».

Les membres du service doivent maintenir leurs compétences en participant à des activités pertinentes de formation médicale continue ; une liste de ces activités doit être transmise au secrétariat du CMDP pour compléter son dossier professionnel avant la période de renouvellement des privilèges. Pour plus de précisions sur les certifications obligatoires, veuillez vous référer au règlement du département de médecine d'urgence.

3.2.3. Non-réponse du médecin de garde

Dans l'éventualité où le médecin de garde ne répond pas à l'appel téléphonique dans les délais prévus à l'article 3.2.2, la cascade d'appels suivante peut être enclenchée jusqu'à ce qu'une réponse soit obtenue :

- *L'urgence de Sainte-Anne-de-Beaupré n'a pas de système de garde. Toutefois, une procédure téléphonique est en place pour joindre les médecins à tour de rôle dans l'éventualité d'une découverte et d'un transfert d'utilisateur ou toutes autres situations de mesures d'urgence.*

3.2.4. Découverte imprévue

En cas de découverte imprévue sur la liste de garde et d'impossibilité à trouver un remplaçant sur une base volontaire le chef de service peut imposer à un autre membre de faire la garde. Le membre est alors tenu d'assurer la garde selon les modalités prévues à la présente section 3.2.

- Le médecin en place poursuit la garde et le médecin suivant rentre plus tôt. Il s'agit d'une procédure déjà bien établie.

3.2.5. Mécanisme pour éviter les ruptures de service

Les membres du service sont collectivement responsables de s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de service au sein de leur spécialité.

Dans les cas où une telle rupture de service survient ou est anticipée, une réattribution des tâches entre les membres peut être effectuée par le chef de service. Si cela s'avère insuffisant, le chef de service et le chef de département devront analyser les solutions possibles et les mettre en place. Si le service demeure avec les mêmes problématiques, le chef de département en avise le DSP. Le DSP s'assure, avec la collaboration du chef de département et du chef de service, de l'élaboration d'un plan de contingence et en informe le CMDP.

3.3. Enseignement

Le médecin responsable de l'horaire des résidents doit répartir le plus équitablement possible les quarts de jumelage avec les différents médecins.

Le chef de service peut décider de donner l'autorisation à certains membres de ne pas participer aux activités d'enseignement universitaire.

3.4. Pratique en recherche clinique

Non applicable.

3.5. Modalités de gestion et d'attribution des congés

La gestion et l'attribution des congés par le chef de service doit se réaliser en respectant le nombre minimal d'effectifs devant être présent en tout temps dans le service afin d'éviter les ruptures de services, et ce, tel que défini à la section 3.3 du présent règlement.

Malgré ce qui précède, le chef de service ne peut refuser d'accorder un congé pour les motifs prévus à l'article 3.5.1 du présent règlement.

3.5.1. Congés de maternité, de paternité, d'adoption, parentaux

Dans le cas des congés de maternité, de paternité, d'adoption et parentaux, le membre doit aviser le chef de service le plus tôt possible pour faciliter le remplacement ou la réattribution des tâches. Si demandée, la confidentialité devra être respectée.

Comme convenu dans les ententes négociées entre le MSSS et les fédérations médicales, un membre actif qui s'absente pour un de ces motifs peut être remplacé temporairement jusqu'à concurrence de la durée mentionnée ci-dessous, et ce, même si la durée de l'absence autorisée est supérieure :

- Congé de maternité : jusqu'à concurrence de 18 semaines, auxquelles s'ajoute toute absence pour maladie ou congé préventif.
- Congé de paternité : jusqu'à concurrence de 5 semaines ;
- Congé parental : jusqu'à concurrence de 34 semaines qui s'ajoutent au congé de maternité ou de paternité et partageables entre les parents.
- Congé d'adoption : jusqu'à concurrence de 52 semaines.

3.5.2. Congrès, colloques et formations

Les absences pour participation à des congrès, colloques ou formations font l'objet, au préalable, d'une entente avec le chef de service.

3.5.3. Vacances

Les membres ont droit à un maximum de 10 semaines annuellement ;

- Les vacances et les absences entre la Saint-Jean-Baptiste et la Fête du travail sont limitées à trois semaines ; si les effectifs médicaux le permettent, le chef de service pourra majorer cette période à la hausse. En tout temps, les vacances sont limitées à trois semaines consécutives. Pour des vacances davantage prolongées, il faut obtenir l'accord du chef de service.
- Toutes les non-disponibilités personnelles (vacances, rendez-vous, occasion spéciale, fin de semaine de non-disponibilités) sont considérées comme des vacances.
- En concordance avec leurs obligations au CMDP, les membres doivent reprendre leurs quarts pris en vacances au sein de la même période à l'horaire. Par exemple, si un membre doit faire 40 quarts sur une période de quatre mois et s'absente pour trois semaines de vacances, il devra tout de même atteindre ses 40 quarts pour la même période.

3.5.4. Absences imprévues

En cas d'absence imprévue d'un membre, le chef de service s'assure de la répartition de sa tâche équitablement entre les autres membres ;

Des sanctions administratives pourraient s'appliquer auprès d'un membre s'il s'absente de façon imprévue et pour des motifs jugés déraisonnables, de façon répétée.

3.5.5. Congés sabbatiques

Les demandes de congés sabbatiques sont traitées selon les modalités prévues au *Règlement de régie interne du CMDP* (no R-07).

3.5.6. Absences prolongées

Pour toute demande d'absence prolongée, autre que celles prévues ci-dessus et pour un motif autre que la maladie, un préavis d'au moins six (6) mois doit être donné au chef de service.

3.5.7. Congés de maladie

Pour tout congé de maladie de plus de 7 jours, le membre doit présenter au chef de service un billet médical justifiant celui-ci.

3.5.8. Invalidités

Les invalidités doivent être soumises à la DSP afin d'en assurer le suivi approprié.

3.6. Modalités de fin de carrière

Un médecin en fin de carrière peut demander au chef de service de diminuer son nombre de quarts ou restreindre ses quarts défavorables.

La demande doit être acceptée par les membres de l'équipe lors d'une réunion de service.

3.7. Qualité et pertinence des soins

Le chef de service :

- Surveille la qualité et la pertinence des soins donnés par les médecins de son service ;
- S'assure de l'évaluation de l'acte médical dans son service par des activités régulières, au moins une fois par an, et fait rapport au chef de département et au comité d'évaluation de l'acte médical du CMDP ;
- Appuie le chef de département dans ses fonctions en lien avec la qualité et la pertinence.

3.8. Modalités de communication au sein du service

Le chef de service a la responsabilité de communiquer aux membres du service les informations pertinentes à la réalisation de leurs activités professionnelles au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pour ce faire les modalités de communication suivantes sont mises en place au sein du service :

- *Par courriel ;*
- *Téléphone ;*
- *Groupe de discussion sur les réseaux sociaux ;*
- *Messagerie texte ;*
- *Teams.*

4. MEMBRES

4.1. Recrutement et nomination

Se référer au *Règlement de régie interne du CMDP* et au *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*.

4.2. Obligation des membres

Les membres doivent respecter les obligations de base des membres décrites dans le *Règlement sur l'organisation et le fonctionnement du Département de médecine d'urgence*.

Les membres doivent de plus respecter les obligations spécifiques à la garde décrite à la section 3.2. du présent règlement.

Au-delà de ces obligations de base, les membres doivent :

- *La formation ATLS est facultative*

4.3. Activités de financement philanthropique

Le chef de service encourage les membres du service à participer aux activités de financement de la Fondation de son installation de pratique.

4.4. Modalités de départ d'un membre

Un membre doit prévenir son chef de service au moins 30 jours précédant la date prévue de son départ.

5. ASSEMBLÉES ET COMITÉS

5.1. Assemblée ordinaire

Les assemblées ordinaires sont celles où tous les membres du service sont convoqués par le chef pour discuter des affaires courantes du service, notamment de l'adoption et des mises à jour du règlement du service. Le service doit tenir minimalement 4 assemblées ordinaires par année. Une de ces assemblées peut être remplacée par une journée de réflexion à laquelle sont conviés tous les membres actifs du service.

5.2. Assemblée extraordinaire

Les assemblées extraordinaires sont celles où les membres du service discutent de questions ou de problèmes particuliers du service. Celles-ci sont convoquées par le chef de service.

Une assemblée extraordinaire du service peut également être demandée en tout temps par :

- *Le tiers* des membres du service ;
- Le chef de département ;
- Le chef de service.

Une telle demande est adressée au chef de service et indique l'ensemble des questions ou problématiques à discuter, et le cas échéant, le chef de service doit y donner suite. Généralement,

on se restreint à un seul ou à quelques points à l'ordre du jour. Aucun autre point ne peut être ajouté séance tenante.

5.3. Procédure des assemblées

5.3.1. Avis de convocation

L'avis de convocation est transmis aux membres au moins 15 jours avant la date de l'assemblée ordinaire et au moins 5 jours avant la date de l'assemblée extraordinaire.

5.3.2. Participation

L'avis de convocation peut prévoir la possibilité pour les membres de participer à une assemblée à l'aide de moyens permettant à tous les participants de communiquer immédiatement entre eux, notamment par téléconférence ou vidéoconférence. Les membres sont alors réputés avoir assisté à l'assemblée.

Le chef de service, lorsqu'il convoque une assemblée des membres du service, doit prévoir les moyens de communication offerts aux participants et indiquer les coordonnées de ceux-ci dans l'avis de convocation.

5.3.3. L'ordre du jour

L'ordre du jour est préparé par celui qui convoque la réunion en collaboration avec la technicienne en administration du département et est distribué aux membres au moins 7 jours avant la tenue de l'assemblée ordinaire et au moins 24 heures avant la tenue de l'assemblée extraordinaire.

5.3.4. Ajout à l'ordre du jour

Dans le cadre d'une assemblée ordinaire, tout membre du service peut requérir de celui qui convoque la réunion d'ajouter une question quelconque 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, seules les questions ou problématiques indiquées à l'ordre du jour d'une assemblée extraordinaire font l'objet d'une discussion.

5.3.5. Présidence

Le chef de service préside les assemblées ordinaires et extraordinaires. En son absence, il est remplacé à ce titre par la personne qu'il désigne.

Sous réserve des dispositions du présent règlement, tout ce qui concerne le déroulement et les procédures d'une assemblée relève de la compétence du chef de service.

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

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

5.3.6. Vote

Seuls les membres actifs ont droit de vote. 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.

Le vote peut également être tenu par tout moyen de communication mis de l'avant dans l'avis de convocation. Pour les membres participant à distance, le vote s'exprime verbalement ou, dans le cas d'un scrutin secret, par le moyen le plus approprié aux circonstances, autorisé par le président de l'assemblée.

En cas d'égalité des voix, le chef de service se prévaut alors d'un vote prépondérant.

5.3.7. Décision

Sauf en ce qui concerne l'adoption ou l'amendement du présent règlement, les décisions des assemblées se prennent par consensus ou, si un vote est demandé, à majorité simple (50 % + 1) des membres actifs. Elles ne peuvent lier que les seuls membres du service.

5.3.8. Compte rendu

Le secrétaire, avec le soutien au besoin de la technicienne du département, rédige un compte rendu pour chaque assemblée.

L'original de ces comptes rendus est conservé dans les archives du service dans un registre approprié.

Ces comptes rendus sont signés par le chef de service ainsi que par le secrétaire de la réunion.

Une copie de chacun des comptes rendus est remise à la DSP et au CECMDP.

Ces comptes rendus ne sont pas confidentiels en ce sens qu'ils ne peuvent être soustraits à l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, mais les membres ont une obligation de réserve quant à leur diffusion. Les membres du service, les membres du CECMDP, le directeur des services professionnels et le C. A. peuvent les consulter. Ils peuvent également être consultés par le médecin examinateur et les membres du comité de révision, dans la mesure où cela est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Les comptes rendus relatifs à l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique sont confidentiels tels que définis à la section 5.4 du présent règlement. Ils devront être rédigés de manière distincte du compte rendu des assemblées de service.

5.3.9. Participation des membres

Un membre du service doit obligatoirement participer aux réunions de service.

Toute absence aux assemblées ordinaires du service doit être clairement motivée.

Si un membre du service s'absente de façon non motivée à plus de deux réunions consécutives de l'assemblée ordinaire du service, le chef de service doit intervenir auprès du membre et en aviser le chef de département.

Le chef du service tient à jour un registre des présences et des absences aux assemblées et réunions du service. Le directeur des services professionnels, le CECMDP et le C. A. ont accès à ce registre, sur demande.

Le quorum des assemblées ordinaires et des assemblées extraordinaires est constitué de 50 % des membres du service.

5.4. Sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (CEAMDP) est un comité obligatoire du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) responsable de l'évaluation de la qualité de la pratique médicale et dentaire, ainsi que des services pharmaceutiques fournis aux usagers. Le CEAMDP central recommande au comité exécutif du CMDP la création des sous-comités nécessaires au bon accomplissement de son mandat.

Le CEAMDP assume les fonctions suivantes (ROAÉ, chap.S-5, a. 103) :

- a) Veiller à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des usagers soit conforme au ROAÉ et aux règlements de l'établissement.
- b) *Juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires ainsi que des services pharmaceutiques donnés aux usagers.*
- c) *Étudier les diagnostics pré et postopératoires et anatomopathologiques.*
- d) *Examiner les dossiers des usagers ayant présenté des complications.*
- e) *Étudier les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse.*
- f) *Étudier les cas de décès survenus dans l'établissement.*
- g) *Réviser périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans l'établissement.*
- h) *Faire des recommandations au comité exécutif du CMDP.*

Le processus d'évaluation de la qualité de l'acte s'effectue initialement au sein d'un sous-comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. Selon la structure départementale, un sous-comité est instauré dans chaque département ou service afin de réaliser les activités d'évaluation de l'acte selon ce qui est prévu au descriptif des modalités fourni par le CEAMDP. Deux fois par année, le responsable du sous-comité départemental ou de service rapporte dans un procès-verbal au CEAMDP central le bilan des activités d'évaluation de l'acte et les études réalisées et en cours (par critères explicites, implicites, revue de mortalité et de morbidité ou par indicateurs de qualité).

Les procès-verbaux des réunions du CEAMDP sont confidentiels, et ne sont accessibles qu'aux participants, aux officiers du CMDP et aux représentants de l'ordre professionnel.

Lorsque le CEAMDP a des raisons de croire que la qualité des services fournis par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, sa compétence, sa diligence, sa conduite ou son observance du règlement ne sont pas adéquates, il doit adresser un rapport à cet effet au comité exécutif. Le CEAMDP central doit aussi adresser au comité exécutif du CMDP le résultat du travail des sous-

comités. Le comité exécutif assure la coordination des activités de l'évaluation de l'acte et est en charge de la diffusion de recommandations à ses membres ainsi qu'aux directions concernées.

Pour obtenir l'algorithme de communication du cheminement de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (EAMDP), nous vous invitons à communiquer avec le soutien administratif du CMDP à l'adresse suivante : cmdp.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca.

5.5. Comités du service

Le service forme des comités pour tout sujet ou tout domaine lorsqu'il juge approprié de le faire.

Chaque comité du service détermine l'horaire de ses réunions selon les besoins du mandat qui lui a été confié.

Chaque comité du service fait rapport au chef de service selon les livrables demandés et dans les délais prévus.

6. RESPONSABILITÉS

Le chef de service partage les responsabilités avec le chef du département de médecine d'urgence.

7. ADOPTION, ENTRÉE EN VIGUEUR ET RÉVISION

Tout règlement antérieur portant sur l'organisation et le fonctionnement du Service d'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré est abrogé et remplacé par le présent règlement lors de son entrée en vigueur.

Avant de présenter le présent règlement aux membres du service pour adoption, le chef de service doit consulter le chef de département pour approbation.

L'adoption, la révision ou les amendements du présent règlement doivent être approuvés *par le quorum déterminé à la section 1.4 du présent règlement.*

Une fois adopté par les membres du service, le chef de département achemine le présent règlement au CECMDP pour approbation et recommandation au C. A.

Le présent règlement, et ses amendements entrent en vigueur à la date de son approbation par le C. A. et il est révisé tous les quatre ans.