



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

---

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

Procès-verbal de la quatrième séance (ordinaire),  
tenue le 24 avril 2020, à compter de 8 h 30,  
par vidéoconférence

---

### Membres présents :

Dr Mauril Gaudreault  
Dre Caroline Bell  
Dr Jean-Pierre Boucher  
Dr Luc Dallaire  
M. Jean-Pierre Dubeau  
Dr Paul Grand'Maison  
M. Daniel Hébert  
Mme Suzanne Lalonde  
Dre Christine Larocque

Dre Francine Mathieu-Millaire  
Dr Guy Morissette  
Dr Alain Naud  
Dr Simon Patry  
Dre Véronique Phan Cong  
Mme Nathalie Pierre-Antoine  
Dr Richard Rouleau  
Dre Chantal Vallée

### Membres absents :

Dr Martin Laliberté  
Dre Nathalie Saad

### Secrétaire d'assemblée :

Dr Yves Robert

### Personnes ressources :

Me Linda Bélanger  
Dr Marc Billard  
Dr Joseph-André Luyet  
Dr Ernest Prigent  
Mme Olga Rédikoultseva

## 1. OUVERTURE DE LA SÉANCE ET APPEL NOMINAL

Les docteurs Martin Laliberté et Nathalie Saad ont motivé leur absence à cette séance.

---

## 2. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

Après avoir pris connaissance du projet d'ordre du jour et y ayant ajouté les sujets suivants :

Affaires découlant :

- *Suivi – [REDACTED]*
- *Arrivée de la nouvelle directrice de la Direction des enquêtes*
- *Cotisation annuelle 2020-2021 – état de la situation*

Rapport du président :

- *Ajout d'une séance extraordinaire du Conseil d'administration le 3 septembre 2020*

Il est proposé par le docteur Simon Patry, appuyé par monsieur Daniel Hébert,

**CDA-20-28**

**d'adopter l'ordre du jour faisant l'objet de l'Annexe I du présent procès-verbal.**

Adopté à l'unanimité.

---

## 3. ADOPTION DES PROCÈS-VERBAUX

Les procès-verbaux de la séance extraordinaire du Conseil d'administration tenue le 5 février 2020, de la séance ordinaire tenue le 21 février 2020 et de la séance extraordinaire tenue le 24 mars 2020 sont déposés pour approbation.

ATTENDU QU'il y a lieu d'ajouter en annexe au procès-verbal de la séance du 5 février 2020 toute la documentation soumise au Conseil d'administration pour la prise de la décision;

Il est proposé par le docteur Jean-Pierre Boucher, appuyé par le docteur Guy Morissette,

**CDA-20-29**

**d'adopter le procès-verbal de la séance extraordinaire du Conseil d'administration tenue le 5 février 2020, en y ajoutant en annexe toute la documentation soumise au Conseil d'administration pour la prise de décision.**

---

Il est proposé par le docteur Paul Grand'Maison, appuyé par la docteure Francine Mathieu-Millaire,

**CDA-20-30**

**d'adopter le procès-verbal de la séance ordinaire du Conseil d'administration tenue le 21 février 2020.**

---

Il est proposé par la docteure Francine Mathieu-Millaire, appuyé par madame Suzanne Lalonde,

**CDA-20-31**

**d'adopter le procès-verbal de la séance extraordinaire du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec tenue le 24 mars 2020.**

Adopté à l'unanimité.

---

**AFFAIRES DÉCOULANT**

**Suivi –** [REDACTED]

Faisant suite à la décision prise par le Conseil d'administration lors de sa séance du 21 février dernier concernant le traitement des demandes d'aide médicale à mourir dans cet établissement, la Direction générale a effectué le suivi au niveau ministériel.

Pour ce qui de la sortie médiatique visant à réitérer publiquement le droit de tous les patients à des soins de fin de vie de qualité, incluant l'aide médicale à mourir, elle sera organisée dès que la situation sociale permettra d'avoir toute l'attention requise du public afin que l'intervention du Collège fasse le plus d'effet possible.

---

**Arrivée de la nouvelle directrice de la Direction des enquêtes**

Le 20 avril 2020, le Collège a accueilli la nouvelle directrice de la Direction de enquêtes et syndique, docteure Marie-Josée Dupuis. Dans le contexte du travail à distance, il avait été décidé que son intégration dans son rôle de syndique et directrice de la Direction des enquêtes se ferait de façon graduelle.

---

**Cotisation annuelle 2020-2021 – état de la situation**

À sa dernière séance, le Conseil d'administration a résolu de reporter au 31 mai 2020 la date butoir à laquelle les médecins doivent se réinscrire au tableau de l'ordre et acquitter le montant de la cotisation pour l'année 2020-2021, et ce, compte tenu de la situation exceptionnelle liée à la pandémie de la COVID-19.

Actuellement, 20 % des membres de l'ordre n'ont pas encore acquitté leur cotisation annuelle.

À la suite des discussions, le Conseil d'administration décide :

- de maintenir l'échéance du 31 mai 2020 pour le paiement de la cotisation annuelle 2020-2021;
  - dès la semaine prochaine, d'informer par un message texte, de façon ciblée, les membres (20 %) n'ayant pas acquitté leur cotisation qu'ils risquent une pénalité après le 31 mai;
  - de faire un autre rappel dans 2 semaines et d'effectuer, dans la dernière semaine précédent la date d'échéance, un rappel intensif;
  - de décider, à la séance du Conseil d'administration du 12 juin 2020, des mesures de pénalité à prendre à l'endroit des membres qui n'auront toujours pas acquitté leur cotisation annuelle à cette date.
- 

### **Nominations au comité de sélection pour le poste de directeur général adjoint et secrétaire**

ATTENDU QU'à sa séance du 24 mars 2020, le Conseil d'administration a résolu (CDA-20-25) de lancer le processus de recrutement au poste de directeur général adjoint et secrétaire;

ATTENDU QU'un comité de sélection a été formé à cet effet, composé des personnes suivantes :

- Le directeur général;
- Le président du comité des ressources humaines;
- Deux administrateurs du Conseil d'administration;
- Une personne de l'extérieur nommée par le directeur général;

ATTENDU QU'il y a lieu de nommer les membres du comité de sélection pour le poste de directeur général adjoint et secrétaire;

Il est proposé par le docteur Richard Rouleau, appuyé par la docteure Francine Mathieu-Millaire,

### **CDA-20-32**

**de nommer les personnes suivantes à titre de membres du comité de sélection pour le poste de directeur général adjoint et secrétaire :**

- **Dr Joseph-André Luyet, directeur général**
- **M. Daniel Hébert, président du comité des ressources humaines**
- **Dr Mauril Gaudreault, président du Conseil d'administration**
- **Dr Guy Morissette, administrateur**

- **Mme Manon Lambert, personne de l'extérieur nommée par le directeur général**

Adopté à l'unanimité.

---

#### **Comité d'inspection professionnelle – Délais d'organisation des visites d'inspection**

Les docteurs Marc Billard, responsable de l'inspection, et Ernest Prigent, directeur de la Direction de l'amélioration de l'exercice, présentent au Conseil d'administration l'état de la situation relative aux visites d'inspection professionnelle.

Les solutions visant à résoudre certaines problématiques en lien avec des délais d'organisation et de réalisation des visites devront être identifiées.

---

#### **4. RAPPORT DU PRÉSIDENT**

Le docteur Mauril Gaudreault présente le rapport de ses activités au Conseil d'administration.

Il remercie les responsables des chantiers de planification stratégique pour leur collaboration soutenue, malgré la complexité du travail à distance.

Une séance extraordinaire du Conseil d'administration sera tenue le jeudi 3 septembre 2020 visant principalement d'adoption du plan stratégique.

---

#### **5. RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL**

Le docteur André Luyet présente le rapport du directeur général dont la version complète, incluant les rapports des directions du Collège, a été transmise au Conseil d'administration en prévision de la présente séance.

##### **Gestion interne dans le contexte d'urgence sanitaire**

La cellule de crise composée des membres du comité de direction, du président et des représentants des communications et de l'informatique a maintenu ses réunions quotidiennes en mode virtuel.

Les travaux ont porté sur :

- le maintien des opérations courantes réalisées en télétravail grâce à un personnel mobilisé et dédié et la planification d'activités de formation à distance telles que ALDO-Québec offertes en Webdiffusion;

- la replanification d'activités ne pouvant être réalisées dans le contexte de la crise sanitaire (visites d'inspection professionnelle, examens de fin de formation, etc.);
- la révision de guides portant sur la télésanté, la conclusion d'ententes de collaboration interprofessionnelle, notamment avec les pharmaciens, les infirmières, les inhalothérapeutes, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, des rappels ou des précisions concernant la déontologie médicale en contexte d'urgence sanitaire;
- le traitement rapide, avec examen attentif, des demandes de réinscription de médecins retraités et la délivrance de permis restrictifs aux résidents finissants.

Le Collège est un participant actif au sein des différentes tables en lien avec les instances gouvernementales dans le contexte particulier de la pandémie : les milieux cliniques, les milieux d'enseignement et les différents organismes du système professionnel québécois (Office des professions, Conseil interprofessionnel du Québec) et canadien (Fédération des ordres des médecins du Canada).

### **Planification stratégique**

En marge des efforts déployés afin de maintenir les opérations courantes et du devoir de s'acquitter des responsabilités dévolues à un ordre professionnel, les travaux entourant la planification stratégique se sont poursuivis et les chantiers agilité organisationnelle, gouvernance, mobilisation et rayonnement ont continué leurs travaux.

### **Santé mentale des soignants**

En plus de mettre en premier plan sa mission de protection du public et de promotion d'une médecine de qualité, le Collège se préoccupe de la santé psychologique des soignants en général et des médecins en particulier.

Sur cette voie, il a interpellé la Table des ordres du domaine de la santé mentale et des relations humaines et s'est associé au Programme d'aide aux médecins du Québec pour convoquer un groupe de réflexion composé des représentants des fédérations médicales, de l'Association des médecins psychiatres du Québec et d'un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive.

Ces initiatives se centrent sur la santé psychologique des soignants en ciblant les principaux messages et en coordonnant nos actions.

---

## **6. RAPPORT DU SECRÉTAIRE**

### **Préparation des élections 2020**

L'échéancier de préparation des élections est maintenu, même si nous travaillons en télétravail. De plus, le règlement sur les élections a été adopté par l'Office des professions, ce qui nous permet d'aller de l'avant.

## **Soins de fin de vie**

Le calendrier législatif a été perturbé à cause de l'urgence sanitaire de la COVID-19.

Cette crise a engendré un problème d'accès à l'aide médicale à mourir à cause du risque de pénurie des médicaments utilisés dans cette procédure. Les activités et les débats sur l'élargissement de l'accès vont reprendre après l'urgence sanitaire de la COVID-19.

## **Fédération des ordres des médecins du Canada**

L'assemblée générale annuelle et le colloque annuel prévus au début juin à Halifax ont été reportés compte tenu de l'urgence sanitaire.

Des réunions hebdomadaires du Conseil d'administration de la Fédération sont tenues depuis la semaine du 6 avril, concernant la situation liée à la COVID-19.

## **Enquête tenue en vertu des articles 16 et 18 de la Loi médicale sur les complications liées à la mise en place d'une bandelette sous-urétrale**

L'enquête et le rapport sont pratiquement terminés. Plusieurs des recommandations dépendront des ententes à effectuer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux après l'urgence sanitaire actuelle.

## **Comité directeur clinique du ministère de la Santé et des Services sociaux – Urgence sanitaire de COVID-19**

Depuis le 12 mars 2020, le secrétaire participe aux réunions biquotidiennes du comité directeur clinique du ministère de la Santé et des Services sociaux, présidé par la sous-ministre adjointe, docteure Lucie Opatrny, et fait le suivi de l'information aux membres du comité de direction du Collège.

---

## **7. AFFAIRES PRIORITAIRES**

### **7.1. Colloque et AGA 2020**

Compte tenu de la situation actuelle en lien avec la pandémie, nous explorons présentement la possibilité de tenir l'Assemblée générale annuelle de novembre 2020 à distance. Des précisions sur le mode de fonctionnement, y compris le vote à distance, seront disponibles lors de la prochaine séance du Conseil d'administration.

---

### **7.2. Élection 2020**

Le nouveau *Règlement sur l'organisation du Collège des médecins du Québec et les élections à son Conseil d'administration*, adopté à la séance du 21 février 2020, a été approuvé, avec modifications, par l'Office des professions le 20 mars 2020.

Un avis d'approbation et le texte du règlement ont été transmis pour publication à la Gazette Officielle du Québec. Le règlement entrera en vigueur le quinzième jour suivant la date de sa publication.

À sa séance de juin prochain, le Conseil d'administration devra procéder à la nomination de l'expert indépendant, aux fins de vote par un moyen technologique, et des membres du comité consultatif des élections.

---

### **7.3. Mandats et composition des comités permanents et statutaires du Collège**

#### **Répartition des pouvoirs entre les instances décisionnelles du Collège des médecins du Québec**

ATTENDU la résolution CDA-18-141 adoptée le 13 décembre 2018 par le Conseil d'administration (CA) concernant la répartition des pouvoirs entre les différentes instances décisionnelles du Collège des médecins du Québec : le Conseil d'administration, le comité exécutif, le comité d'admission à l'exercice, le comité des études médicales et de l'agrément, le comité de développement professionnel continu et de remédiation et le comité d'inspection professionnelle;

ATTENDU QUE conformément à l'article 62 du *Code des professions*, cette répartition reflète la distinction entre les pouvoirs touchant des droits individuels et attribuables au comité exécutif (CE), et ceux touchant les orientations et la profession médicale et relevant du CA;

ATTENDU le changement de nom du comité exécutif pour « comité des requêtes », le 21 février 2020, afin que ce nom reflète davantage son mandat et pour éviter toute ambiguïté quant aux pouvoirs qui lui ont été attribués (CDA-20-07);

ATTENDU QU'il y a lieu de procéder à une mise à jour du tableau sur le partage des pouvoirs entre les instances décisionnelles du Collège des médecins du Québec afin de tenir compte du changement de nom de l'une des instances décisionnelles du Collège;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-33**

- 1) d'abroger la résolution CDA-18-141;**
  - 2) d'adopter la mise à jour de la répartition des pouvoirs au Collège des médecins prévue au tableau à l'Annexe II du présent procès-verbal;**
- 

#### **Mandat - Comité des requêtes**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la résolution CDA-18-141 du 13 décembre 2018 adoptée par le Conseil d'administration sur la répartition des pouvoirs entre les instances décisionnelles du Collège des médecins du Québec;

ATTENDU le changement de nom du comité exécutif pour « comité des requêtes », le 21 février 2020, afin que ce nom reflète davantage son mandat et pour éviter toute ambiguïté quant aux pouvoirs qui lui ont été attribués (CDA-20-07);

ATTENDU QU'en raison du changement de nom de l'une des instances décisionnelles du Collège, le Conseil d'administration a adopté ce jour une nouvelle répartition des pouvoirs entre les instances décisionnelles du Collège des médecins du Québec (CDA-20-33);

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-34**

**de confier au comité des requêtes l'exercice des pouvoirs énumérés dans le tableau de la répartition des pouvoirs au Collège des médecins à l'Annexe II du présent procès-verbal.**

---

## **Composition - Comité des requêtes**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU le changement de nom du comité exécutif pour « comité des requêtes », le 21 février 2020, afin que ce nom reflète davantage son mandat et pour éviter toute ambiguïté quant aux pouvoirs qui lui ont été attribués (CDA-20-07);

ATTENDU QU'en raison de ce changement de nom, le Conseil d'administration a adopté ce jour une nouvelle répartition des pouvoirs entre les instances décisionnelles du Collège des médecins du Québec (CDA-20-33);

ATTENDU QUE la composition du comité des requêtes n'a plus à être celle du comité exécutif prévue aux termes de l'article 13 de la *Loi médicale*;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020, à l'effet que seuls des administrateurs doivent siéger au sein du comité, vu l'importance des décisions qui y sont prises;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-35**

**d'établir la composition du comité des requêtes comme suit :**

- **le président du Collège;**
  - **le vice-président du Collège;**
  - **un administrateur élu au CA, spécialiste en médecine de famille;**
  - **un administrateur élu au CA, spécialiste d'une spécialité autre que la médecine de famille;**
  - **un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions.**
- 

### **Mandat - Comité de gouvernance**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la création du comité de gouvernance et d'éthique le 16 juin 2017 (CDA-17-31);

ATTENDU la modification du nom du comité de gouvernance et d'éthique pour « comité de gouvernance » le 19 octobre 2018 (CDA-18-73);

ATTENDU QUE la dernière révision du mandat du comité a eu lieu le 14 juin 2019 (CDA-19-51), afin de tenir compte des nouvelles fonctions qui allaient lui être octroyées en vertu de la nouvelle version de la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins*;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-36**

- 1) d'abroger la résolution CDA-19-51;**
  - 2) de confier au comité de gouvernance le mandat suivant :**
    - **exercer un rôle-conseil auprès du Conseil d'administration sur les tendances en matière de saine gouvernance et le développement des meilleures pratiques de gouvernance, et émettre des avis sur des questions d'éthique et de déontologie en matière de gouvernance ou pour une situation visant un membre de comité;**
    - **formuler des recommandations à l'égard des politiques de gouvernance de l'ordre et des programmes de formation, et participer à leur élaboration;**
    - **participer au processus de sélection des membres de comités et recommander leur nomination au Conseil d'administration, ainsi qu'au processus d'évaluation du Conseil d'administration et de ses comités;**
    - **examiner et enquêter sur toute information reçue relativement à un manquement aux normes d'éthique et de déontologie par un membre de comité qui n'est pas un administrateur, et formuler des recommandations sur la sanction à imposer.**
- 

#### **Composition - Comité de gouvernance**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris la composition du comité de gouvernance (CDA-18-74);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU la création du comité de gouvernance et d'éthique le 16 juin 2017 (CDA-17-31);

ATTENDU la modification du nom du comité de gouvernance et d'éthique pour « comité de gouvernance » le 19 octobre 2019 (CDA-18-73);

ATTENDU QU'en prévision de la réduction du nombre d'administrateurs au Conseil d'administration du Collège à la suite des élections qui auront lieu en octobre 2020, le comité de gouvernance a recommandé, lors de sa séance du 15 avril 2020, de diminuer le nombre d'administrateurs élus au CA siégeant sur ce comité de trois à deux, et que l'un d'entre eux soit le président ou le vice-président du Collège;

ATTENDU QUE le comité de gouvernance a recommandé, lors de cette même séance, qu'une personne ayant une expertise ou une expérience pertinente en matière de gouvernance siège au sein de ce comité, vu la nature des sujets qui y sont abordés;

ATTENDU QUE la nouvelle composition du comité de gouvernance prendra effet lors de la nomination des membres des comités statutaires et permanents qui sera effectuée à la séance du Conseil d'administration d'octobre 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-37**

- 1) d'abroger la résolution CDA-18-74;**
- 2) d'établir la composition du comité de gouvernance comme suit :**
  - **deux administrateurs élus au CA, dont le président ou le vice-président du Collège;**
  - **un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions;**
  - **une personne ayant une expertise ou une expérience pertinente en matière de gouvernance;**
  - **le directeur général du Collège;**

## **Mandat - Comité des finances et d'audit**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE le Collège s'est doté d'un comité responsable d'assurer une vigie de ses affaires financières;

ATTENDU que le 27 mars 2015, il y a eu une modification du nom du comité des finances et de vérification pour « comité des finances et d'audit », ainsi que la dernière révision de son mandat (CDA-15-13);

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-38**

- 1) d'abroger la résolution CDA-15-13;**
- 2) de confier au comité des finances et d'audit le mandat suivant :**
  - exercer un rôle de vigie sur les affaires financières du Collège en aidant le Conseil d'administration à s'acquitter de ses obligations et responsabilités de surveillance relatives à la qualité et à l'intégrité de l'information financière, du contrôle et de la gestion des risques et des activités d'audit externe.**

## **Composition - Comité des finances et d'audit**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU QUE le Collège s'est doté d'un comité responsable d'assurer une vigie de ses affaires financières;

ATTENDU que le 27 mars 2015, il y a eu une modification du nom du comité des finances et de vérification pour « comité des finances et d'audits »;

ATTENDU QUE composition du comité des finances et d'audit a plutôt fait l'objet d'une révision en novembre 2018 (CDA-18-115);

ATTENDU QU'en prévision de la réduction du nombre d'administrateurs au Conseil d'administration du Collège à la suite des élections qui auront lieu en octobre 2020, le comité de gouvernance a recommandé, lors de sa séance du 15 avril 2020, de diminuer le nombre d'administrateurs élus au CA siégeant sur ce comité de trois à deux;

ATTENDU QUE cette diminution du nombre de membres n'affectera pas le bon fonctionnement du comité;

ATTENDU QUE la nouvelle composition du comité des finances et d'audit prendra effet lors de la nomination des membres des comités statutaires et permanents qui sera effectuée à la séance du Conseil d'administration d'octobre 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

**CDA-20-39**

- 1) **d'abroger la résolution CDA-18-115, tout en maintenant la nomination des membres effective;**
- 2) **d'établir la composition du comité des finances et d'audit comme suit :**
  - **deux administrateurs élus au CA;**
  - **un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions;**
  - **le directeur de la Direction des finances et de l'informatique du Collège, agissant à titre de secrétaire du comité;**
  - **le directeur général du Collège.**

---

**Mandat - Comité des ressources humaines**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la résolution CDA-18-21 créant le comité des ressources humaines le 6 avril 2018, ainsi que le mandat qui lui est attribué, lequel n'a pas fait l'objet d'une révision en octobre 2018;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-40**

- 1) **d'abroger le mandat du comité des ressources humaines prévu à la résolution CDA-18-21;**
  - 2) **de confier au comité des ressources humaines le mandat suivant :**
    - **recommander au Conseil d'administration les orientations stratégiques ainsi que les politiques en matière de gestion des ressources humaines et exercer une vigie des meilleures pratiques en matière de ressources humaines.**
- 

#### **Composition - Comité des ressources humaines**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris la composition du comité des ressources humaines (CDA-18-103);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU la résolution CDA-18-21 créant le comité des ressources humaines le 6 avril 2018;

ATTENDU QU'en prévision de la réduction du nombre d'administrateurs au Conseil d'administration du Collège à la suite des élections qui auront lieu en octobre 2020, le comité de gouvernance a recommandé, lors de sa séance du 15 avril 2020, de diminuer le nombre d'administrateurs élus au CA siégeant sur ce comité de deux à un;

ATTENDU QUE cette diminution du nombre de membres n'affectera pas le bon fonctionnement du comité;

ATTENDU QUE la nouvelle composition du comité des ressources humaines prendra effet lors de la nomination des membres des comités statutaires et permanents qui sera effectuée à la séance du Conseil d'administration d'octobre 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-41**

- 1) **d'abroger la résolution CDA-18-103;**
- 2) **d'établir la composition du comité des ressources humaines comme suit :**
  - **un administrateur élu au CA;**
  - **un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions;**
  - **le directeur général du Collège;**
  - **la directrice du Service des ressources humaines du Collège, agissant à titre de secrétaire du comité.**

---

#### **Mandat - Comité de sélection des Prix du Collège des médecins du Québec**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU que depuis 1997, un comité de sélection analyse les candidatures pour le Grand Prix du Collège;

ATTENDU que depuis 2011, le Collège a décidé de décerner annuellement deux prix, soit le Prix d'humanisme et le Prix d'excellence, et que par conséquent, le nom du comité de sélection du Grand Prix du Collège a été modifié pour « comité de sélection des Prix du Collège des médecins du Québec » (CDA-12-303);

ATTENDU QU'aucun mandat n'a été attribué formellement à ce comité et qu'il n'y a eu aucune révision en octobre 2018;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-42**

**de confier au comité de sélection des Prix du Collège des médecins du Québec le mandat suivant :**

- **analyser annuellement les candidatures présentées pour l'obtention des prix décernés par le Collège.**

---

#### **Composition - Comité de sélection des Prix du Collège des médecins du Québec**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris la composition du comité de sélection des Prix du Collège des médecins du Québec (CDA-18-101);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU QUE depuis 1997, un comité de sélection analyse les candidatures pour le Grand Prix du Collège;

ATTENDU QUE depuis 2011, le Collège a décidé de décerner annuellement deux prix, soit le Prix d'humanisme et le Prix d'excellence, et que par conséquent, le nom du comité de sélection du Grand Prix du Collège a été modifié pour « comité de sélection des Prix du Collège des médecins du Québec » (CDA-12-303);

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

ATTENDU QUE la nouvelle composition du comité de sélection des Prix du Collège prendra effet lors de la nomination des membres des comités statutaires et permanents qui sera effectuée à la séance du Conseil d'administration d'octobre 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-43**

- 1) **d'abroger la résolution CDA-18-101;**
- 2) **d'établir la composition du comité de sélection des Prix du Collège des médecins comme suit :**
  - **quatre administrateurs élus au CA;**
  - **un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions.**

---

### **Mandat et modification du nom- Comité externe aviseur sur les services préhospitaliers d'urgence (CEASPU)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE le comité externe aviseur sur les services préhospitaliers d'urgence (CEASPU) a été créé le 28 janvier 2004 (CA-04-61) et que son mandat n'a pas été révisé depuis;

ATTENDU QU'il y a lieu de retirer les termes « externe » et « aviseur » du nom du comité, puisque ces formulations sont désuètes;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-44**

- 1) de modifier le nom du comité externe aviseur sur les services préhospitaliers d'urgence (CEASPU) pour « comité sur les services préhospitaliers d'urgence » (CSPU);**
- 2) d'abroger le mandat du comité externe aviseur sur les services préhospitaliers d'urgence (CEASPU) prévu à la résolution CDA-04-61;**
- 3) de confier au comité sur les services préhospitaliers d'urgence (CSPU) le mandat suivant :**
  - formuler au Conseil d'administration des avis sur l'un ou l'autre des aspects concernant les services préhospitaliers d'urgence, notamment l'introduction de nouveaux protocoles de soins, les projets présentés par l'un ou l'autre des organismes promoteurs et l'exercice de la médecine, incluant les activités partagées.**

## **Composition - Comité sur les services préhospitaliers d'urgence (CSPU)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU QUE le comité externe aviseur sur les services préhospitaliers d'urgence (CEASPU) a été créé le 28 janvier 2004 (CA-04-61);

ATTENDU QUE la dernière révision de la composition du comité a eu lieu le 20 novembre 2014 (CE-14-265);

ATTENDU le changement du nom du comité externe aviseur sur les services préhospitaliers d'urgence (CEASPU) pour « comité sur les services préhospitaliers d'urgence » (CSPU) (CDA-20-44);

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020, notamment sur l'ajout d'un chef de service de la médecine préhospitalière, d'un technicien ambulancier en soins avancés et d'un patient partenaire nommé parmi une liste de patients partenaires obtenue après consultation des organismes reconnus dans le regroupement des patients partenaires;

ATTENDU QUE la nouvelle composition du comité sur les services préhospitaliers d'urgence prendra effet lors de la nomination des membres des comités statutaires et permanents qui sera effectuée à la séance du Conseil d'administration d'octobre 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

**CDA-20-45**

- 1) **d'abroger la résolution CE-14-265;**
- 2) **d'établir la composition du comité sur les services préhospitaliers d'urgence (CSPU) comme suit :**
  - **un administrateur élu au CA;**
  - **quatre représentants médecins , ne siégeant pas au CA, en provenance de chacun des réseaux universitaires intégrés en santé du Québec, après consultation auprès de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec et des directions régionales des services préhospitaliers d'urgence;**
  - **un représentant médecin en médecine préhospitalière, ne siégeant pas au CA, après consultation auprès d'Urgences-Santé;**
  - **un représentant médical de la Direction médicale des services préhospitaliers d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux;**
  - **un chef de service de la médecine préhospitalière;**
  - **un technicien ambulancier en soins avancés;**
  - **un patient partenaire nommé parmi une liste de patients partenaires obtenue après consultation des organismes reconnus dans le regroupement des patients partenaires;**
  - **un médecin de la Direction générale, agissant à titre de secrétaire du comité.**

---

**Mandat - Comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la résolution CE-16-203 créant le comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) le 10 juin 2016, sans que cette résolution ne fasse formellement état de l'adoption d'un mandat pour ce comité;

ATTENDU QUE le mandat du comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) n'a pas fait l'objet d'une révision en octobre 2018;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-46**

**de confier au comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) le mandat suivant :**

- **Partager les préoccupations communes aux deux ordres professionnels et échanger sur les moyens favorisant, de part et d'autre, une meilleure compréhension des pratiques et une meilleure collaboration et formuler des recommandations communes quant à la sécurité des soins et l'amélioration de la pratique périnatale;**
- **Traiter de toute question d'intérêt commun soumise par l'un ou l'autre des ordres professionnels, notamment sur les questions d'activités partagées, de même qu'identifier des avenues d'amélioration à l'égard de la collaboration interprofessionnelle.**

---

#### **Composition - Comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris la composition du comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) (CDA-18-97);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la résolution CE-16-203 créant le comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) le 10 juin 2016;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-47**

- 1) **d'abroger la résolution CDA-18-97;**
- 2) **d'établir la composition du comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) comme suit :**
  - **un administrateur élu au CA du Collège;**
  - **un administrateur élu au CA de l'OSFQ;**
  - **le médecin responsable du dossier au Collège et la personne responsable du dossier à l'OSFQ;**
  - **le secrétaire de chaque ordre professionnel.**
- 3) **de désigner l'administrateur élu au CA du Collège ou l'administrateur élu au CA de l'OSFQ pour agir à titre de président du comité;**
- 4) **de désigner le secrétaire de l'un des deux ordres professionnels pour agir à titre de secrétaire du comité;**

- 5) **de permettre que la présidence et le secrétariat du comité soient assumés en alternance croisée (changement tous les ans).**
- 

**Mandat et modification du nom - Comité Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens du Québec (CMQ-OPQ)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris ceux du comité Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens du Québec (CDA-18-93);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QU'il y a lieu de modifier le nom de ce comité, afin le rendre conforme à l'appellation des autres comités inter-ordres du Collège;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

**CDA-20-48**

- 1) **de modifier le nom du comité Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens (CMQ-OPQ) pour « Comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) »;**

- 2) **d'abroger le mandat du comité Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens (CMQ-OPQ) prévu à la résolution CDA-18-93;**
- 3) **de confier au comité inter-ordre Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des pharmaciens (OPQ) le mandat suivant :**
  - **favoriser le dialogue et la collaboration entre les deux ordres professionnels sur des dossiers d'intérêt commun, notamment les questions relatives aux activités partagées;**
  - **fournir des avis sur les projets de guides, normes et règlements, de même que suggérer aux Conseils d'administration des deux ordres l'élaboration d'outils de pratique communs.**

---

**Composition - Comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris ceux du comité Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens du Québec (CDA-18-93);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la résolution CDA-20-48 modifiant le nom du comité Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens (CMQ-OPQ) pour « Comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) »;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

## **CDA-20-49**

- 1) **d'abroger la composition du comité Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens (CMQ-OPQ) prévu à la résolution CDA-18-93;**
  - 2) **d'établir la composition du comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) comme suit :**
    - **un administrateur élu au CA du Collège;**
    - **un administrateur élu du CA de l'OPQ;**
    - **le médecin responsable du dossier au Collège et la personne responsable du dossier à l'OPQ;**
    - **le secrétaire de chaque ordre professionnel;**
    - **le directeur des Services professionnels de l'OPQ et le directeur de la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège.**
  - 3) **de désigner l'administrateur élu au CA du Collège ou l'administrateur élu au CA de l'OPQ pour agir à titre de président du comité;**
  - 4) **de désigner le secrétaire de l'un des deux ordres professionnels pour agir à titre de secrétaire du comité;**
  - 5) **d'établir que la présidence et le secrétariat du comité soient assumés en alternance croisée (changement tous les ans).**
- 

### **Mandat et modification du nom - Comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris ceux du comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (OPQ) (CDA-18-95);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la résolution CE-16-90 créant le comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) le 31 mars 2016;

ATTENDU QU'il y a lieu de modifier le nom de ce comité, afin le rendre conforme à l'appellation des autres comités inter-ordres du Collège;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-50**

- 1) **de modifier le nom du comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) pour « comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) »;**
- 2) **d'abroger le mandat du comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) prévu à la résolution CDA-18-95;**
- 3) **de confier au comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) le mandat suivant :**
  - **favoriser le dialogue et la collaboration entre les deux ordres professionnels sur des dossiers d'intérêt commun, notamment les questions relatives aux activités partagées;**
  - **fournir des avis sur les projets de guides, normes et règlements, de même que suggérer aux Conseils d'administration des deux ordres l'élaboration d'outils de pratique communs.**

---

#### **Composition - Comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris ceux du comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (OPQ) (CDA-18-95);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la résolution CE-16-90 créant le comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) le 31 mars 2016;

ATTENDU la modification du comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) pour « comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) » (CDA-20-50);

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-51**

- 1) **d'abroger la composition du comité mixte du Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) prévue à la résolution CDA-18-95;**
- 2) **d'établir la composition du comité inter-ordres Collège des médecins du Québec (CMQ) – Ordre des dentistes du Québec (ODQ) comme suit :**
  - **un administrateur élu au CA du Collège;**
  - **un administrateur élu au CA de l'ODQ;**
  - **le secrétaire de chaque ordre professionnel;**

- le médecin responsable du dossier au Collège et la personne responsable du dossier à l'ODQ;
  - le directeur des Services professionnels de l'ODQ et le directeur de la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège.
- 3) de désigner l'administrateur élu au CA du Collège ou l'administrateur élu au CA de l'ODQ pour agir à titre de président du comité;
  - 4) de désigner le secrétaire de l'un des deux ordres professionnels pour agir à titre de secrétaire du comité;
  - 5) de permettre que la présidence et le secrétariat du comité soient assumés en alternance croisée (changement tous les ans).

---

#### **Mandat et modification du nom – Comité directeur sur les activités médicales partageables (CDAMP)**

La prise de décision est reportée à la prochaine séance du Conseil d'administration.

---

#### **Composition - Comité directeur sur les activités médicales partageables (CDAMP)**

La prise de décision est reportée à la prochaine séance du Conseil d'administration.

---

#### **Mandat - Comité d'éthique clinique**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris ceux du comité d'éthique clinique (CDA-18-99);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU la transformation du groupe de travail en éthique clinique en comité permanent nommé « comité d'éthique clinique » le 19 octobre 2018 (CDA-18-99);

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-52**

- 1) **d'abroger le mandat du comité d'éthique clinique prévu à la résolution CDA-18-99;**
- 2) **de confier au comité d'éthique clinique le mandat suivant :**
  - **fournir des éléments de réponse à des situations que rencontre le médecin, le clinicien ou le chercheur clinicien, ou à des questions qui se posent à lui, qui comportent des enjeux éthiques cliniques significatifs et qui nécessitent une certaine forme de régulation professionnelle;**
  - **assurer un processus de réflexion continue sur la dimension éthique de la profession médicale et exercer un rôle-conseil au Collège pour toute question comportant une dimension morale et éthique en matière de pratique clinique.**

---

### **Composition - Comité d'éthique clinique**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, y compris ceux du comité d'éthique clinique (CDA-18-99);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU la transformation du groupe de travail en éthique clinique en comité permanent nommé « comité d'éthique clinique » le 19 octobre 2018 (CDA-18-99);

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020 de diminuer le nombre de médecins ne siégeant pas au CA de deux à un, pour ainsi permettre à un avocat de la Direction des services juridiques du Collège de siéger au sein de ce comité, vu la nature des sujets qui y sont discutés;

ATTENDU QUE la nouvelle composition du comité d'éthique clinique prendra effet lors de la nomination des membres des comités statutaires et permanents qui sera effectuée à la séance du Conseil d'administration d'octobre 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-53**

- 1) d'abroger la composition du comité d'éthique clinique prévue à la résolution CDA-18-99;**
  - 2) d'établir la composition du comité d'éthique clinique comme suit :**
    - **un administrateur élu au CA;**
    - **un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions;**
    - **un médecin ne siégeant pas au CA;**
    - **une personne ayant une expertise ou des connaissances approfondies en éthique clinique;**
    - **un médecin employé du Collège;**
    - **un avocat de la Direction des services juridiques du Collège;**
    - **la conseillère en éthique clinique du Collège des médecins, agissant à titre de secrétaire du comité.**
-

## **Composition - Comité consultatif des élections**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision de la majorité des mandats et de la composition des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU la création du comité consultatif des élections le 15 décembre 2017 (CDA-17-74);

ATTENDU QUE l'article 3 du *Règlement sur l'organisation du Collège des médecins du Québec et les élections à son Conseil d'administration* prévoit que ce comité est composé de trois personnes désignées par le Conseil d'administration;

ATTENDU QUE la composition du comité n'a jamais été établie formellement par résolution du Conseil d'administration;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-54**

**d'établir la composition du comité consultatif des élections comme suit :**

- **une personne dont le nom figure sur la liste à partir de laquelle les administrateurs sont nommés par l'Office des professions, conformément au *Code des professions*, ne siégeant pas au CA;**
  - **un ancien administrateur de l'ordre ou une autre personne, ne siégeant pas au CA, dont le nom figure sur la liste à partir de laquelle les administrateurs sont nommés par l'Office des professions, conformément au Code des professions;**
  - **un membre de l'ordre ayant une expérience, une expertise, une sensibilisation ou un intérêt marqué en matière de déontologie et d'éthique et qui n'est pas un administrateur de l'ordre ni un employé de l'ordre ou une personne liée à ceux-ci.**
- 

### **Composition - Comité d'admission à l'exercice (CAE)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018, compris ceux du comité d'admission à l'exercice (CDA-18-77 et CDA-18-88);

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU QUE le comité d'admission à l'exercice (CAE) est le comité créé conformément à l'article 2 du *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec*;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-55**

- 1) d'abroger la résolution CDA-18-88;**
  - 2) d'établir la composition du comité d'admission à l'exercice (CAE) comme suit :**
    - **un administrateur élu au CA;**
    - **un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions;**
    - **trois médecins ne siégeant pas CA, dont un vice-doyen postdoctoral, un spécialiste en médecine de famille et un spécialiste d'une autre spécialité.**
  - 3) de désigner un médecin de la Direction des études médicales pour agir à titre de secrétaire du comité.**
- 

#### **Composition - Comité des études médicales et de l'agrément (CEMA)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président.

ATTENDU QUE le comité des études médicales et de l'agrément (CÉMA) a été créé par le Conseil d'administration le 13 octobre 2006 (B-06-193) et que la dernière révision de la composition du comité des études médicales et de l'agrément a eu lieu au 21 octobre 2016 (CDA-16-43);

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-56**

- 1) **d'abroger la résolution CDA-16-43;**
- 2) **d'établir la composition du comité des études médicales et de l'agrément (CÉMA) comme suit :**
  - **un administrateur élu au CA;**
  - **un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions;**
  - **les vice-doyens aux affaires postdoctorales désignés par chacune des quatre facultés de médecine québécoises;**
  - **un vice-doyen aux études prédoctorales désigné par et parmi les vice-doyens aux études prédoctorales des quatre facultés de médecine québécoises;**
  - **un vice-doyen, ou l'équivalent, responsable du secteur du développement professionnel continu;**
  - **un médecin spécialiste en médecine de famille, ni siégeant pas au CA;**
  - **un médecin spécialiste d'une spécialité autre que la médecine de famille, ne siégeant pas au CA;**
- 3) **de prévoir des observateurs, nommés par les organisations qu'ils représentent et dont la désignation peut varier en cours de mandat :**
  - **un résident en médecine de famille désigné par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ);**
  - **un résident en spécialité désigné par la FMRQ;**
  - **un étudiant en médecine désigné par la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ);**

- **deux personnes représentant le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal);**
  - **deux personnes représentant le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC);**
- 4) de désigner un médecin de la Direction des études médicales pour agir à titre de secrétaire du comité.**
- 

### **Composition - Comité de développement professionnel continu et de remédiation (CDPCR)**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU la création du comité de développement professionnel continu le 19 octobre 1988 (B-88-41);

ATTENDU la modification du nom du comité pour « comité de développement professionnel continu et de remédiation » le 31 mars 2017 (CDA-17-22);

ATTENDU QUE la composition du comité de développement professionnel continu et de remédiation (CDPCR) a plutôt fait l'objet d'une révision en novembre 2018 (CDA-18-78) et en juin 2019 (CDA-19-57);

ATTENDU QU'en prévision de la réduction du nombre d'administrateurs au Conseil d'administration du Collège à la suite des élections qui auront lieu en octobre 2020, le comité de gouvernance a recommandé, lors de sa séance du 15 avril 2020, de diminuer le nombre d'administrateurs élus au CA siégeant sur ce comité de deux à un;

ATTENDU QUE cette diminution du nombre de membres n'affectera pas le bon fonctionnement du comité;

ATTENDU QUE la nouvelle composition du comité de développement professionnel continu et de remédiation prendra effet lors de la nomination des membres des comités statutaires et permanents qui sera effectuée à la séance du Conseil d'administration d'octobre 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

#### **CDA-20-57**

- 1) **d'abroger la composition du comité de développement professionnel continu et de remédiation prévue (CDPCR) aux résolutions CDA-18-78 et CDA-19-57;**
  - 2) **d'établir la composition du comité de développement professionnel continu et de remédiation prévue (CDPCR) comme suit :**
    - **un médecin administrateur élu au CA;**
    - **un médecin vice-doyen, ou l'équivalent, responsable du secteur du développement professionnel continu d'une des facultés de médecine;**
    - **un médecin avec un statut actif au tableau, spécialiste en médecine de famille, ne siégeant pas au CA;**
    - **un médecin avec un statut actif au tableau, d'une spécialité autre que la médecine de famille, ne siégeant pas au CA;**
    - **une personne, dont le nom figure sur la liste à partir de laquelle les administrateurs sont nommés par l'Office des professions, conformément au Code des professions, ne siégeant pas au CA.**
  - 3) **de désigner un médecin de la Direction de l'amélioration de l'exercice, secteur du développement professionnel continu et de remédiation, pour agir à titre de secrétaire du comité.**
-

## **Composition - Comité de révision**

ATTENDU QUE le Conseil d'administration (CA) a adopté, lors de sa séance du 18 octobre 2019, la *Politique de gouvernance des comités du Collège des médecins* (CDA-19-73);

ATTENDU QU'aux termes de la politique, le Conseil d'administration procède aux trois ans à une révision de la structure et du mandat des comités, afin de s'assurer de la concordance des mandats avec les besoins de l'ordre;

ATTENDU QUE le mandat et la composition des comités statutaires et permanents sont adoptés par le Conseil d'administration, sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU QUE dorénavant, les membres de comités sont nommés à la suite d'un appel de candidatures, dans un souci de transparence et pour s'assurer d'une plus grande diversité d'opinions au sein des comités;

ATTENDU QUE la dernière révision des mandats et de la composition de la majorité des comités statutaires et permanents a eu lieu en octobre 2018;

ATTENDU QU'en prévision de l'appel de candidatures en vue de la formation des comités lors de la séance du Conseil d'administration en octobre 2020, il y a lieu d'uniformiser le mandat et la composition de tous les comités permanents et statutaires du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la désignation du président a été retirée de la composition des comités, puisque désormais, le comité de gouvernance doit formuler une recommandation au Conseil d'administration sur le membre du comité qui agira à titre de président;

ATTENDU QUE l'article 123.3 du *Code des professions* prévoit que ce comité est formé d'au moins trois personnes nommées par le Conseil d'administration, dont au moins une est choisie parmi les administrateurs nommés par l'Office des professions ou parmi les personnes dont le nom figure sur une liste que l'Office peut dresser à cette fin;

ATTENDU QUE le nombre de membres du comité de révision a été augmenté le 18 octobre 2019 (CDA-19-87), sous recommandation du comité de gouvernance, afin de réunir un plus grand nombre de divisions pour ainsi traiter davantage de dossiers et respecter le délai de réponse de 90 jours imposé par l'article 123.4 du *Code des professions*;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de sa séance du 15 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

### **CDA-20-58**

- 1) d'abroger la résolution CDA-19-87;**
- 2) d'établir la composition du comité de révision comme suit :**

- deux administrateurs élus au CA;
  - un administrateur au CA, nommé par l'Office des professions;
  - huit médecins ne siégeant pas au CA;
  - trois personnes dont le nom figure sur la liste à partir de laquelle les administrateurs sont nommés par l'Office des professions, conformément au *Code des professions*, ne siégeant pas au CA.
- 3) de désigner un avocat de la Direction des services juridiques pour agir à titre de secrétaire du comité.
- 

#### **7.4. Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien**

ATTENDU QUE le projet de loi 31 (*Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services*) a été adopté par l'Assemblée nationale le 17 mars 2020;

ATTENDU QUE cette loi vient ajouter des activités réservées aux pharmaciens dans le cadre de l'exercice de la pharmacie;

ATTENDU QUE pour des raisons de concordance avec le projet de loi 31 et la réglementation de l'Ordre des pharmaciens du Québec, il y a lieu de proposer une nouvelle version du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien*;

ATTENDU QUE le projet de *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien* permet dorénavant aux pharmaciens de prescrire un médicament pour l'une des conditions énumérées au règlement à un patient qui aurait déjà été traité antérieurement pour cette condition;

ATTENDU QUE le projet de règlement prévoit une prolongation de délais pour certaines conditions depuis la dernière prescription du prescripteur initial permettant au pharmacien de prescrire un médicament, ainsi que l'ajout de nouvelles conditions et la possibilité pour les pharmaciens d'initier les traitements antiviraux pour l'herpès zoster et l'influenza, sous certaines conditions;

ATTENDU QUE le projet de règlement prévoit le retrait de la formation complémentaire de deux heures prévue pour l'exercice de l'activité de prescription, ainsi que la section concernant la prescription d'analyses de laboratoire et l'annexe associée;

ATTENDU QUE le projet de règlement a été élaboré en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens du Québec;

ATTENDU QUE, conformément à l'article 19 b) de la *Loi médicale*, le Collège des médecins du Québec doit consulter tous les ordres professionnels dont les membres exercent une activité professionnelle qui est visée au projet de règlement;

ATTENDU QUE cette consultation a été effectuée auprès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des optométristes du Québec, l'Ordre des sages-femmes du Québec, l'Ordre des podiatres du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec le 9 avril 2020;

Il est proposé par le docteur Guy Morissette, appuyé par la docteure Francine Mathieu-Millaire,

#### **CDA-20-59**

**d'adopter les versions française et anglaise du projet de *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien*, telles que présentées à l'Annexe III du présent procès-verbal.**

Adopté à l'unanimité.

---

#### **7.5. Protocoles d'intervention clinique – COVID-19**

ATTENDU l'article 3 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (L.R.Q., c. S-6.2) qui précise que « [...] lorsque des protocoles cliniques incluent des activités réservées en vertu de l'article 31 de la *Loi médicale*, (L.R.Q., c. M-9) le ministre doit, préalablement à leur approbation, consulter le Collège des médecins du Québec »;

ATTENDU QU'en raison de la pandémie au coronavirus (COVID-19) certains protocoles ont dû être modifiés;

ATTENDU QUE les travaux touchant les protocoles préhospitaliers ont été faits en collaboration avec les équipes d'urgence et de soins intensifs de façon à s'assurer d'une cohérence systémique sur l'offre de service en cette période de pandémie;

ATTENDU QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux a transmis le 7 avril 2020 une politique de régulation des services préhospitaliers d'urgence ayant pour but d'attribuer la ressource appropriée au besoin du patient en se basant sur des critères cliniques;

ATTENDU QUE le 7 avril 2020, lors d'une réunion extraordinaire, les membres du comité externe avisé sur les services préhospitaliers d'urgence (CEASPU) ont procédé à l'analyse des modifications aux protocoles :

- ADM – MRSI Arrêt des manœuvres – intensifiés – niveau 2
- ADM – MRSI Arrêt des manœuvres – intensifié – Urgences-santé
- MED.8 + PED.3 - Difficulté respiratoire – MRSI-COVID-19 (tous âges)
- RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte
- RÉA. 3 Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Adulte
- RÉA. 5 Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique (0 à puberté)

- RÉA. 6 Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté)
- RÉA. 7 Intubation au Combitude® du patient en hypoventilation
- RÉA. 9 Assistance respiratoire ou ventilatoire
- TECH. 6 Tube orotrachéal à double voie (Combitude® et Combitude® SA)
- TECH. 10 MRSI Oxygène / Saturométrie
- TECH. 15 Ventilation avec précautions MRSI

ATTENDU QUE les membres du CEASPU recommandent d'adopter les protocoles révisés afin de les rendre le plus rapidement possible opérationnels dans le contexte de la pandémie et tant et aussi longtemps que le gouvernement le jugera nécessaire;

Il est proposé par la docteure Chantal Vallée, appuyé par la docteure Francine Mathieu-Millaire,

**CDA-20-60**

**d'informer la ministre de la Santé et des Services sociaux de l'aval du Collège des médecins du Québec à l'utilisation des protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics, incluant ceux en soins avancés selon le protocole, présentés en Annexe IV du présent procès-verbal.**

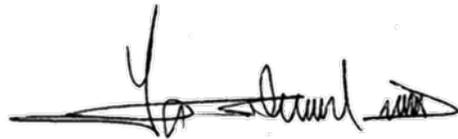
**Signature numérique - Présentation de la firme Notarius**

Maître Nada Benhadfa de la firme Notarius explique aux administrateurs la notion de la signature numérique et présente ses fonctionnalités.

Sur proposition dûment appuyée, l'assemblée est levée à 12 h 35. La prochaine séance aura lieu le vendredi 12 juin 2020 et sera précédée d'une rencontre de planification stratégique le 11 juin 2020.



Mauril Gaudreault, M.D.  
Président



Yves Robert, M.D.  
Secrétaire

## CONSEIL D'ADMINISTRATION – 24 AVRIL 2020 ORDRE DU JOUR

- |    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | Ouverture de la réunion et appel nominal   | 8 h 30                                 |
| 2. | Adoption de l'ordre du jour  |  |
| 3. | Adoption des procès-verbaux des séances tenues les 5 février, 21 février et 24 mars 2020<br>Affaires découlant :<br>Suivi – ██████████<br>Arrivée de la nouvelle directrice de la Direction des enquêtes<br>Cotisation annuelle 2020-2021 – état de la situation<br>Désignation des membres du comité de sélection au poste de DGA-secrétaire<br>Comité d'inspection professionnelle – délais d'organisation des visites d'inspection<br>(invités : Dr Marc Billard, Dr Ernest Prigent à 8 h 45) | Information/Discussion<br><br>Adoption |
| 4. | Rapport du président<br>Ajout d'une séance extraordinaire du Conseil d'administration le 3 septembre 2020  | Information                            |
| 5. | Rapport du directeur général   | Information                            |
| 6. | Rapport du secrétaire  | Information                            |
| 7. | AFFAIRES PRIORITAIRES:<br>7.1. Colloque et AGA 2020<br>7.2. Élection – pour information<br>7.3. Mandats et compositions des comités statutaires et permanents du CMQ<br>7.4. Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien -<br>Adoption<br>7.5. Protocoles d'intervention clinique -Codiv 19-Adoption Dr Jean-Bernard Trudeau à 10 h 15<br>7.6. Signature numérique – Présentation de la firme Notarius ( invitée : Me Nada Belhadfa à 11 h)   | Discussion/Adoption                    |

Documents pour information :

Veille juridique

Avis : comité de la formation des IPS, comité consultatif sur la pratique de l'IPS

## RÉPARTITION DES POUVOIRS DES COMITÉS DÉCISIONNELS DU COLLÈGE DES MÉDECINS

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
<b>PARTIE 1 : ADMISSION À LA PROFESSION MÉDICALE, INSCRIPTION AU TABLEAU et AUTORISATION D'EXERCICE</b>			
<i>Code des professions</i>			
40 et 42	Délivrer un permis ou un certificat de spécialiste.	CAE	CRE
41	Délivrer un permis temporaire valable à une personne légalement autorisée à exercer hors du Québec et déterminer les conditions.	CAE	CRE
42.1	Délivrer un permis restrictif temporaire à un candidat et déterminer les activités professionnelles pouvant être exercées et les conditions suivant lesquelles il peut les exercer.	CAE	CRE
42.2	Délivrer un permis spécial à une personne légalement autorisée à exercer hors du Québec.	CAE	CRE
42.4	Habiliter par autorisation spéciale une personne autorisée à exercer hors du Québec à utiliser un titre réservé ou à exercer des activités professionnelles réservées et déléguer au président de l'ordre le pouvoir d'accorder ou de renouveler cette autorisation.  - Les balises pour la délivrance de cette autorisation sont déterminées par le CA.	Pouvoir du président	
45	Refuser la délivrance d'un permis, l'inscription au tableau ou toute autre demande présentée dans le cadre d'une candidature à l'exercice de la profession (décision judiciaire ou disciplinaire).	CRE	TP

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
45.1	Limiter ou suspendre le droit d'exercice lors de l'inscription au tableau de l'ordre (décision judiciaire ou disciplinaire).	CRE	TP
45.2	Requérir tout renseignement ou document jugé nécessaire pour l'application de l'article 45 ou 45.1 et refuser d'étudier la demande de la personne qui fait défaut de fournir tout renseignement ou document.	CRE	
45.3	- Évaluer la compétence d'une personne qui demande la délivrance d'un permis visé à l'article 42 <i>C. prof.</i> et l'inscription au tableau de l'Ordre alors qu'elle est titulaire d'un permis sans être inscrite au tableau depuis un certain nombre d'années;  - Refuser la délivrance du permis ou de l'inscription au tableau ou limiter ou suspendre le droit d'exercice.	CRE	TP
46.0.1	Décider que l'inscription au tableau n'entraîne pas la reprise d'une mesure de contrôle dont le professionnel faisait l'objet lorsqu'il a cessé d'être membre.	CRE	
48	Ordonner l'examen médical d'une personne qui est membre, qui demande son inscription au tableau ou qui présente une autre demande dans le cadre de sa candidature à l'exercice.	CRE	
49	- Désigner un médecin expert pour procéder à l'examen médical;  - Accorder un délai supplément aux médecins experts pour déposer les expertises.	CRE	
51	- Radier un membre du tableau ou limiter ou suspendre le droit d'exercer des activités professionnelles;  - Refuser l'inscription d'une personne au tableau ou permettre qu'elle y soit inscrite et limiter ou suspendre son droit d'exercer des activités professionnelles ou refuser toute autre demandée présentée dans le cadre de sa candidature à l'exercice de la profession.	CRE	TP
52	Ordonner de nouveau un examen médical.	CRE	TP
52.1	Radier provisoirement un membre du tableau ou limiter ou suspendre son droit d'exercer dans l'attente d'un examen médical.	CRE	TP
55.0.1	Lorsque le membre y consent, limiter son droit d'exercer des activités professionnelles.	CRE	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
55.1 à 55.3	Radier provisoirement ou limiter ou suspendre provisoirement le droit d'exercer des activités professionnelles à un professionnel, lorsque celui-ci a fait l'objet d'une décision judiciaire visée au paragraphe 1°, 2°, 5° ou 6° du premier alinéa de l'article 45.	CRE	TP
55.5	Dresser la liste des infractions criminelles ou pénales susceptibles d'avoir un lien avec l'exercice de la profession et la transmettre au Directeur des poursuites criminelles et pénales.	CA	
56	Demander une enquête à savoir s'il y a eu une fraude dans l'obtention d'un permis ou d'un certificat de spécialiste.	CRE	
85.3	Radier du tableau le membre qui fait défaut de fournir une garantie ou d'acquitter les cotisations ou les sommes dont il est redevable à l'ordre.	CRE	
93	Par règlement :  c) Fixer des normes d'équivalence;  c.1) Déterminer une procédure de reconnaissance d'une équivalence;  c.2) Déterminer les conditions et modalités de délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste nécessaires pour donner effet à une entente conclue par l'ordre en vertu d'une entente de reconnaissance mutuelle des compétences professionnelles.	CA	
94	Par règlement :  e) Définir les différentes classes de spécialités et, s'il y a lieu, leurs conditions d'exercice;  h) Déterminer les activités professionnelles réservées que peuvent exercer des personnes ou catégories de personnes autres et en fixer les conditions et modalités;  i) Déterminer les autres conditions et modalités de délivrance des permis ou des certificats de spécialiste;  m) Déterminer des catégories de permis ainsi que les conditions et restrictions;	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
	<p>n) Déterminer ce que le CA accepte pour tenir lieu de tout document requis aux fins de la délivrance d'un permis, d'un certificat de spécialiste ou d'une autorisation spéciale ainsi que les conditions suivant lesquelles il l'accepte et déterminer les documents ou autres moyens qu'il accepte de considérer en lieu et place dans les cas d'impossibilité pour le candidat de les présenter;</p> <p>q) Déterminer les autorisations légales d'exercer une profession hors du Québec qui donnent ouverture à un permis ou à un certificat de spécialiste de l'ordre, ainsi que les conditions de délivrance du permis ou du certificat de spécialiste applicables aux titulaires de ces autorisations légales;</p> <p>r) Établir des permis spéciaux; ce règlement doit alors contenir les motifs qui justifient la délivrance d'un permis spécial, les conditions de délivrance du permis, le titre, l'abréviation et les initiales que peut utiliser son titulaire, les activités qu'il peut exercer et les conditions suivant lesquelles il peut les exercer.</p>		
189	Intenter une poursuite pénale pour exercice illégal de la profession.	CRE	
189.1	Intenter une poursuite pénale pour une infraction à l'article 187.18 ou 188.2.1.	CRE	
190.1	Désigner nommément et de façon particulière dans chaque cas la personne autorisée à demander, au nom de l'ordre, un mandat de perquisition.	CRE	
191	Demander une injonction.	CRE	
<b><i>Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du collège des médecins du Québec</i></b>			
2(6)	Reconnaitre les milieux de formation autres que les centres exploités par un établissement.	CEMA	
4	Agréer un programme universitaire de formation.	CEMA	
12	Délivrer un permis visé à l'article 33 de la <i>Loi médicale</i> et un certificat de spécialiste.	CAE	CRE
12 par.4°	Déterminer l'activité de formation portant sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale obligatoire pour la délivrance du permis d'exercice.	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
16	Déterminer les examens dont la réussite est nécessaire pour obtenir l'équivalence du diplôme de médecine.	CA	
21	Approuver un projet pilote visant à vérifier si l'ensemble des compétences requises pour exercer la médecine de façon autonome peuvent être acquises dans le cadre d'une formation postdoctorale d'une durée moindre que celle fixée à l'Annexe I du règlement.	CA	
22	Reconnaître une équivalence de formation postdoctorale.	CAE	
29	Délivrer un certificat de spécialiste.	CAE	CRE
36	Décider de toute demande d'équivalence de diplôme, de formation postdoctorale ou d'examen.	CAE	CRE
<b><i>Règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant un stage de formation professionnelle en médecine</i></b>			
8	Imposer une sanction à la personne effectuant un stage de formation professionnelle en médecine (notamment réprimande, limitation ou suspension du droit d'exercer, suspension ou retrait de la carte de stage).	CRE	Aucun
<b><i>Règlement sur les causes, conditions et formalités de délivrance et de révocation de l'immatriculation en médecine</i></b>			
2	Délivrer un certificat d'immatriculation dans les cas où la personne répond à tous les critères énoncés au règlement.	CAE	
2	Décider des demandes de certificats d'immatriculation dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la personne a fait l'objet, dans les 5 ans précédant sa demande, d'une décision judiciaire ou disciplinaire visée aux paragraphes 7 ou 8 de l'article 3;</li> <li>- la personne ne possède pas la conduite, les qualités et les mœurs requises pour exercer la profession médicale.</li> </ul>	CRE	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
3	<p>Révoquer le certificat d'immatriculation dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le renvoi définitif du titulaire de ce certificat par la faculté de médecine d'une université qui délivre le diplôme donnant ouverture au permis ou à un certificat de spécialiste et ce, après avoir épuisé tous les mécanismes de révision ou d'appel au sein de l'université où il est inscrit;</li> <li>- l'abandon, par le titulaire de ce certificat, de ses études médicales ou de sa formation postdoctorale en médecine de famille ou en spécialité.</li> </ul>	CAE	
3	<p>Révoquer le certificat d'immatriculation dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la suspension du titulaire de ce certificat par la faculté de médecine d'une université qui délivre le diplôme donnant ouverture au permis ou à un certificat de spécialiste;</li> <li>- l'obtention de ce certificat sous de fausses représentations;</li> <li>- le fait, pour le titulaire de ce certificat, d'agir ou d'avoir un comportement tel que le bien-être ou la sécurité des patients se trouve menacé;</li> <li>- le fait, pour le titulaire de ce certificat qui n'est pas membre de l'Ordre, d'exercer des activités médicales en contravention des règles applicables aux médecins, notamment celles relatives à la déontologie, à la délivrance d'une ordonnance ainsi qu'à la tenue des dossiers et des cabinets de consultation;</li> <li>- le fait, pour le titulaire de ce certificat qui est membre de l'Ordre, d'avoir fait l'objet d'une décision disciplinaire à la suite d'une infraction à une disposition du Code des professions (chapitre C-26), de la Loi médicale (chapitre M-9) ou d'un règlement en découlant et lui imposant la révocation de son permis, la radiation du tableau de l'Ordre ou la suspension de son droit d'exercer des activités professionnelles;</li> <li>- le fait, pour le titulaire de ce certificat, d'avoir été déclaré coupable par un tribunal canadien ou étranger d'une infraction criminelle ayant, de l'avis motivé du Conseil d'administration, un lien avec l'exercice de la médecine, sauf s'il a obtenu le pardon;</li> <li>- le fait, pour le titulaire de ce certificat, d'exercer d'autres activités professionnelles que celles qu'il est autorisé à exercer ou de déroger aux conditions suivant lesquelles il peut les exercer.</li> </ul>	CRE	
5	Suspendre provisoirement un certificat d'immatriculation.	CRE	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
<b><i>Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des médecins</i></b>			
6	Établir et approuver les examens imposés aux moniteurs.	CA	
<b><i>Règlement sur la délivrance d'un permis et d'un certificat de spécialiste du collège des médecins du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'ordre en vertu de l'entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles</i></b>			
5 et 8	Décider d'une demande de délivrance du permis ou d'un certificat de spécialiste.	CAE	CRE
<b><i>Règlement sur la formation des médecins qui désirent exercer l'acupuncture</i></b>			
2	Décider d'une demande d'évaluation de formation en acupuncture.	CAE	
<b><i>Loi sur les services préhospitaliers d'urgence</i></b>			
3	Approuver les protocoles cliniques en matière de soins et de services préhospitaliers d'urgence qui incluent l'exercice d'activités réservées en vertu de l'article 31 de la <i>Loi médicale</i> .	CA	
<b><i>Loi médicale</i></b>			
15 c)	Organiser la tenue d'un registre des étudiants en médecine, de même que des personnes effectuant un stage de formation professionnelle ou poursuivant des études de spécialité, et déterminer les formalités relatives à l'inscription dans ce registre.	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
19	Par règlement :  - Déterminer parmi les activités visées à l'article 31 de la <i>Loi médicale</i> celles qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins et constituer un comité consultatif à cette fin;  - Déterminer les conditions et les formalités de délivrance du certificat d'immatriculation et les normes relatives à la forme et au contenu des ordonnances faites par un médecin.	CA	
20	Déterminer les règles relatives à la formation des médecins qui désirent exercer l'acupuncture.	CA	
29	Décider de l'équivalence d'un diplôme afin de donner droit à un certificat d'immatriculation.	CAE	CRE
30	Révoquer un certificat d'immatriculation.	CAE / CRE	
33 et 37	Délivrer un permis régulier et un certificat de spécialiste.	CAE	
34	Délivrer un permis temporaire et en fixer les conditions.  - Les balises pour la délivrance de ce permis sont déterminées par le CA.	CAE	CRE
35	Demander de délivrance ou de renouvellement d'un permis restrictif, annuel et renouvelable et fixer les conditions d'exercice.  - Les balises pour la délivrance de ce permis sont déterminées par le CA.	CAE	CRE
40	Requérir des analyses pour des médicaments qu'un médecin prescrit, administre ou fournit.	CRE	
42.1	Autoriser un projet de conditions d'application locales pour l'exercice d'une activité médicale autorisée à un autre professionnel.	CA	
<b>PARTIE 2 : L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ORDRE ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>			
<b>Code des professions</b>			

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
62	<p>Assurer la surveillance générale de l'ordre ainsi que de l'encadrement et de la supervision de la conduite des affaires de l'ordre;</p> <p>Veiller à l'application des dispositions du <i>Code des professions</i>, de la <i>Loi médicale</i> et des règlements adoptés conformément au code ou à la loi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- veille à la poursuite de la mission de l'ordre;</li> <li>- fournit à l'ordre des orientations stratégiques;</li> <li>- statue sur les choix stratégiques de l'ordre;</li> <li>- adopte le budget de l'ordre;</li> <li>- se dote de politiques et de pratiques de gouvernance efficaces, efficientes et transparentes;</li> <li>- voit à l'intégrité des règles de contrôle interne, dont celles de gestion des risques, et assure la viabilité et la pérennité de l'ordre.</li> </ul>	CA	
62.0.1	<p>1° Nommer le secrétaire et le directeur général de l'ordre;</p> <p>2° S'assurer que la direction générale adopte de saines pratiques de gestion;</p> <p>3° Imposer aux administrateurs et aux employés de l'ordre l'obligation de prêter le serment de discrétion dont il établit la formule;</p> <p>4° Imposer aux administrateurs l'obligation de suivre une formation sur le rôle d'un Conseil d'administration d'un ordre professionnel, notamment en matière de gouvernance et d'éthique, d'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi qu'une formation en gestion de la diversité ethnoculturelle, et s'assurer qu'elles leur soient offertes;</p> <p>5° Imposer à toute personne chargée par l'ordre d'élaborer ou d'appliquer des conditions de délivrance de permis et de certificat de spécialiste l'obligation de suivre une formation sur l'évaluation des qualifications professionnelles, sur l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'une formation en gestion de la diversité ethnoculturelle, et s'assurer qu'elles leur soient offertes;</p>	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
	<p>6° S'assurer que des activités, des cours ou des stages de formation continue, notamment en éthique et en déontologie, sont offerts aux membres de l'ordre et en faire état dans son rapport annuel;</p> <p>7° S'assurer de l'équité, l'objectivité, l'impartialité, la transparence, l'efficacité et la célérité des processus relatifs à l'admission adoptés par l'ordre et s'assurer que ces processus facilitent l'admission à une profession, notamment pour les personnes formées hors du Québec;</p> <p>8° Collaborer avec les autorités des établissements d'enseignement du Québec concernés à l'élaboration et à la révision des programmes d'études conduisant à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture à un permis ou à un certificat de spécialiste;</p> <p>9° Donner tout avis qu'il juge utile au ministre, à l'Office, au Conseil interprofessionnel, aux établissements d'enseignement ou à toute autre personne ou organisme qu'il juge à propos.</p>		
62.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déléguer à un comité le pouvoir de décider de toute demande présentée dans le cadre d'une candidature à l'exercice de la profession ainsi que l'exercice d'autres pouvoirs;</li> <li>- Établir des règles concernant la conduite de ses affaires ainsi que des règles concernant l'administration des biens de l'ordre;</li> <li>- Déterminer les modes de communication pour les membres du CA ou du CE lorsqu'ils ne sont pas présents ou n'assistent pas physiquement à l'endroit où se tient une séance;</li> <li>- Choisir de tenir une élection du président et des autres administrateurs par un moyen technologique.</li> </ul>	CA	
62.2	Déterminer les conditions et modalités lorsqu'un professionnel informe l'ordre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre formulée auprès de son assureur.	CA	
65	<p>Par règlement :</p> <p>Déterminer le nombre de régions électorales, les délimiter et fixer le mode de représentation de chacune d'elles.</p>	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
74	Désigner des scrutateurs.	CA	
77	Comblir les postes vacants d'administrateurs élus lorsque le nombre de candidats est inférieur au nombre de postes vacants.	CA	
79	Remplir toute vacance à un poste d'administrateur élu.	CA	
81	Remplir toute vacance au poste de président.	CA	
85	Destituer de leurs fonctions le secrétaire de l'ordre, le syndic, ainsi qu'une personne visée par un règlement adopté en vertu du paragraphe a de l'article 94 du C. prof.	CA	
85.1	Fixer le montant de la cotisation annuelle et de toute cotisation supplémentaire ou spéciale.	CA	
85.1	Approuver la résolution fixant une cotisation spéciale.	AGA	
85.2	Établir la somme nécessaire pour défrayer le coût du fonctionnement du régime collectif ou du fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle, fixer la répartition de la somme prévue entre tous les membres de l'ordre ou certaines classes d'entre eux ou uniquement entre les membres qui exercent leurs activités professionnelles au sein d'un société, de même que la date et le lieu de paiement de cette somme.	CA	
86.0.1	<p>1° Publier tout périodique ou toute brochure ou information relatifs aux activités de l'ordre ou de ses membres;</p> <p>2° Former des comités, déterminer leurs pouvoirs et fixer le traitement, les honoraires ou les indemnités de leurs membres;</p> <p>3° Instituer une caisse de bienfaisance ou un régime de retraite;</p> <p>4° Établir et administrer une caisse de retraite et organiser des régimes d'assurance-groupe;</p> <p>5° Établir et administrer un fonds de secours;</p>	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
	<p>6° Établir et administrer un fonds afin de promouvoir la formation, l'information, la qualité des services professionnels et la recherche;</p> <p>7° Conclure avec tout organisme une entente afin de faciliter la reconnaissance mutuelle des qualifications exigées entre autres pour la délivrance des permis;</p> <p>8° Prescrire les formalités et les frais d'administration exigibles pour les demandes adressées à l'ordre par les candidats ou les membres à l'exercice de la profession;</p> <p>10° Imposer à toute personne qui demande un permis ou son inscription au tableau l'obligation de prêter le serment;</p> <p>11° Prescrire que des frais sont exigibles de la personne qui demande l'avis du comité de révision conformément à l'article 123.4.</p>		
86.1	Créer un fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle.	CA	
89.1	<p>Par règlement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer la procédure d'indemnisation, les modalités d'établissement d'un fonds d'indemnisation et les règles d'administration et de placement des montants le constituant;</li> <li>- Déléguer à un comité le pouvoir de faire enquête et de décider d'une réclamation.</li> </ul>	CA	
93	<p>Par règlement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fixer le quorum et le mode de convocation des AGA;</li> <li>b) Fixer la date et les modalités de l'élection, la date et le moment de l'entrée en fonctions et la durée du mandat du président et des administrateurs élus, les critères d'éligibilité et la limitation des mandats consécutifs;</li> <li>d) Imposer aux membres de l'ordre l'obligation de fournir et de maintenir une garantie contre la responsabilité qu'ils peuvent encourir en raison des fautes commises dans l'exercice de leur profession, ou</li> </ul>	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
	l'obligation d'adhérer au contrat d'un régime collectif ou de souscrire à un fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle;  e) Fixer le nombre d'administrateurs du CA;  f) Déterminer l'endroit du siège de l'ordre.		
94	Par règlement :  - Établir des règles de conduite applicables à tout candidat au poste d'administrateur;  - Établir des règles concernant la rémunération de ses membres élus;  - Déterminer les postes au sein de l'ordre dont les titulaires ne peuvent être destitués que conformément à l'article 85 C.prof. et la procédure applicable à une telle destitution, à celle d'un syndic ou à celle du secrétaire de l'ordre, en outre de ce qui est prévu à l'article 85.	CA	
96 et 97	Former et déterminer le nombre et les membres du comité exécutif.	CA	
99	Pouvoir à une vacance qui survient au comité exécutif.	CA	
100	Établir les règles concernant la conduite des affaires du comité exécutif.	CA	
103	Fixer la date, l'heure et le lieu d'une AGA.	CA	
104	- Approuver la rémunération des administrateurs élus;  - Nommer les vérificateurs chargés de vérifier les livres et comptes de l'ordre.	AGA	
105	Fixer le quorum d'une AGA.	CA	
106	Demander la tenue d'une assemblée générale extraordinaire des membres de l'ordre.	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
<b>Loi médicale</b>			
9	Élire le président du Collège.	CA	
13	Désigner un vice-président et les membres qui doivent faire partie du CE.	CA	
25	Choisir le secrétaire de l'ordre, mettre fin à son mandat et nommer un ou plusieurs secrétaires adjoints et déterminer leurs attributions.	CA	
<b>Règlement sur le fonds d'indemnisation du collège des médecins du Québec</b>			
3	Gérer le fonds d'indemnisation.	CA	
13	Décider s'il y a lieu de faire droit, en tout ou en partie, à une réclamation et, le cas échéant, en fixe l'indemnité.	CRE	
<b>PARTIE 3 : L'INSPECTION PROFESSIONNELLE, LE CONSEIL DE DISCIPLINE, LES SYNDICS ET LE COMITÉ DE RÉVISION (QUALITÉ DE LA MÉDECINE)</b>			
<b>Code des professions</b>			
55 et 113	Obliger tout membre à compléter avec succès un stage ou cours de perfectionnement ou les deux à la fois  En matière d'inspection professionnelle : Obliger tout membre à compléter avec succès un stage ou cours de perfectionnement ou les deux à la fois ou imposer toute autre obligation recommandée par le responsable de l'inspection professionnelle.	CRE  CIP	TP (radiation)
87	Par règlement :  Adopter un code de déontologie.	CA	
88	Par règlement :	CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
	Déterminer une procédure de conciliation et d'arbitrage de comptes.		
89	Par règlement : Autoriser que les membres puissent détenir pour le compte d'un client ou d'une autre personne, dans l'exercice de leur profession, des sommes ou des biens dont des avances d'honoraires.	CA	
90	Par règlement :  - Déterminer la composition, le nombre de membres et la procédure du comité d'inspection professionnelle de l'ordre; - Déterminer les modalités de nomination d'inspecteurs ou d'experts pour assister le comité; - Déterminer les obligations que peut recommander le comité; - Prévoir la nomination par le Conseil d'administration d'une personne responsable de l'inspection professionnelle.	CA	
91	Par règlement :  - Déterminer des normes relatives à la tenue d'un cabinet et à la tenue, à la détention et au maintien par un professionnel dans l'exercice de sa profession des dossiers, livres, registres, médicaments et à leur destruction;  - Déterminer les règles relatives à la cession de dossiers et à la garde provisoire applicables dans le cas de radiation, de cessation d'exercice ou de décès d'un professionnel, de limitation ou de suspension de son droit d'exercice, de révocation de son permis.	CA	
91	Par résolution :  - Prendre possession des dossiers d'un médecin ou requérir leur remise à un cessionnaire ou un gardien provisoire;  - Fixer la rémunération et les termes du mandat du cessionnaire de dossiers à la suite de la prise de possession.	CRE	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
94	Par règlement :  j) Déterminer les cas qui donnent ouverture à l'application de l'article 55; ce règlement peut également déterminer le nombre d'années donnant ouverture à l'application de l'article 45.3 ( imposition d'un stage);  o) Déterminer les obligations de formation continue ou le cadre de ces obligations.	CA	
112	- Demander au responsable de l'inspection de procéder à une inspection professionnelle sur la compétence d'un membre.  - Demander au responsable de l'inspection de lui communiquer tout rapport d'inspection professionnelle.	CA / CRE	
117	- Désigner les membres du Conseil de discipline et fixer la durée de leur mandat.  - S'assurer que les membres reçoivent les formations obligatoires imposées par le <i>C.prof.</i>	CA	
120	Nommer le secrétaire du Conseil de discipline ou un secrétaire substitut.	CA	
121 et 121.1	Nommer le syndic et, si nécessaire, des syndics adjoints et des syndics correspondants et veiller à assurer leur indépendance.	CA	
121.0.1	Imposer au syndic et, le cas échéant, aux syndics adjoints et aux syndics correspondants l'obligation de suivre des formations en lien avec l'exercice de leurs fonctions et s'assure qu'elles leur soient offertes.	CA	
121.3	Nommer un syndic <i>ad hoc</i> et prendre les mesures visant à préserver en tout temps son indépendance.	CRE	
123.3	- Nommer les membres du comité de révision et désigner le président parmi eux.  - Imposer aux membres du comité de révision l'obligation de suivre des formations en lien avec l'exercice de leurs fonctions et s'assure qu'elles leur soient offertes.	CA	
125.1	Demander au syndic de lui transmettre, en plus du rapport annuel, tout autre rapport d'activités.	CA	
128	Demander au syndic de porter contre un professionnel toute plainte qui paraît justifiée.	CRE / CA	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
158.1	Décider de remettre au plaignant privé ou à la victime l'amende imposé par le conseil de discipline.	CRE	
159	Suspendre une radiation à la suite de la remise d'argent en application de la décision du conseil de discipline et prendre entente pour les modalités de remboursement par le membre.	CRE	
160	Décider de la recommandation du conseil de discipline d'obliger le professionnel à compléter avec succès un stage ou un cours de perfectionnement ou de l'obliger aux deux à la fois et de limiter ou de suspendre le droit du professionnel d'exercer ses activités professionnelles jusqu'à ce qu'il ait rencontré cette obligation.	CRE	
161	Décider des requêtes de réinscription au tableau avant le terme d'une radiation, d'une limitation ou d'une suspension.	CRE	
161.0.1	Décide de la réinscription ou non d'un membre radié pour une inconduite sexuelle, à la suite de la recommandation du conseil de discipline.	CRE	
164	Permettre au syndic d'en appeler au Tribunal des professions d'une décision ordonnant le paiement des frais de la publication d'une décision disciplinaire.	CRE / CA	
<b><i>Règlement sur l'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec</i></b>			
1	Nommer les médecins pour agir à titre de membres du CIP et nommer des médecins à titre de membres substitués.	CA	
6	Désigner le président du CIP et nommer un président substitut.	CA	
7	Désigner le secrétaire du CIP.	CA	
15	Approuver les programmes d'inspection du CIP.	CA	
<b><i>Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins</i></b>			

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
7 et 8	Déterminer, lorsque nécessaire, les activités de formation continue reconnues en applications des articles 7 et 8.	Comité DPCR	
11	Décider d'une demande de reconnaissance d'activité, incluant la formation en psychothérapie.	Comité DPCR	
18	Décider d'une demande de dispense.	Comité DPCR	
20	Notifier un avis de défaut indiquant la nature du défaut, le délai pour y remédier et en fournir la preuve et la sanction à laquelle le médecin s'expose s'il ne remédie pas au défaut dans le délai fixé.	Comité DPCR	
22	Imposer une sanction lorsque le médecin n'a pas remédié au défaut à l'intérieur du délai.	Comité DPCR	
23	Suspendre ou limiter le droit d'exercer des activités professionnelles lorsque le médecin fait défaut de se conformer à l'une ou plusieurs des sanctions imposées.	CRE	
24 et 26	Lever la suspension, la limitation ou la radiation.	CRE	
<b><i>Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins</i></b>			
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer les cas de changement dans la pratique du médecin pour lesquels le paragraphe 3° trouve application;</li> <li>- Déterminer la durée et le contenu d'un stage ou d'un cours de perfectionnement;</li> <li>- Reconnaître, en application du paragraphe 3°, la suffisance des formations suivies et autoriser l'exercice de nouvelles activités;</li> <li>- Recommander au comité exécutif d'imposer un stage ou un cours de perfectionnement.</li> </ul>	Comité de DPCR	
<b><i>Loi médicale</i></b>			

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
15	<p>a) Donner avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins médicaux fournis dans les centres exploités par les établissements et sur les normes à suivre pour relever le niveau de la qualité de ces soins;</p> <p>a.1) Donner avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité et la sécurité des traitements médicaux spécialisés effectués dans un centre médical spécialisé de même que sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité et de sécurité de ces traitements;</p> <p>e) Donner avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité, la sécurité et l'éthique des activités de procréation assistée qui sont exercées dans un centre de procréation assistée, sur la compétence professionnelle des médecins qui y exercent ces activités de même que sur les normes à suivre pour relever le niveau de qualité, de sécurité et d'éthique de ces activités.</p>	CRE / CA	
16	Faire effectuer des enquêtes au sujet de la qualité des soins médicaux fournis dans les centres exploités par les établissements, au sujet de la qualité et de la sécurité des activités exercées dans les centres de procréation assistée ou au sujet de la qualité et de la sécurité des traitements médicaux spécialisés effectués dans les centres médicaux spécialisés et former un comité d'enquête à cette fin.	CRE / CA	
18	Décider de la tenue d'une enquête sur toute matière ayant trait à la déontologie médicale, la discipline ou l'honneur et la dignité de la profession.	CRE / CA	
18.1	<p>Transmettre au CMDP d'un établissement les informations obtenues par un comité d'enquête ou un syndic et qu'il croit utiles à l'exercice des fonctions de ce conseil.</p> <p>En matière d'inspection professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les recommandations individuelles en matière de qualité de l'exercice, et ce, de façon systématique;</li> <li>• les recommandations ou décisions visant l'imposition d'un stage, d'un tutorat, d'un cours de perfectionnement ou de toute autre obligation;</li> <li>• toute autre information utile à l'exercice des fonctions du CMDP.</li> </ul>	<p>CRE</p> <p>Responsable inspection</p>	

Article	Description des différents pouvoirs	Pouvoir décisionnel	Instance de révision
18.2	<p>Vérifier la qualité des activités médicales exercées par des personnes habilitées par règlement du Conseil d'administration;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Désigner un comité ou un membre de l'ordre afin d'obtenir tout renseignement ;</li> <li>- Transmettre le rapport de vérification à l'ordre dont ils sont membres.</li> </ul>	CA	
<b>PARTIE 4: EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE EN SOCIÉTÉ</b>			
<i>Code des professions</i>			
93	<p>Par règlement :</p> <p>g) Imposer aux membres exerçant au sein d'une société l'obligation de fournir et de maintenir, pour la société, une garantie contre la responsabilité ou l'obligation d'adhérer au contrat d'un régime collectif ou de souscrire à un fonds d'assurance de la responsabilité professionnelle;</p> <p>h) Fixer les conditions et modalités relatives à la déclaration faite relativement à l'exercice en société.</p>	CA	
94 et 187.11	<p>Par règlement :</p> <p>p) Autoriser les membres de l'ordre à exercer leurs activités professionnelles au sein d'une s.e.n.c.r.l. ou d'une s.p.a. et déterminer les conditions, modalités et restrictions suivant lesquelles ces activités peuvent être exercées.</p>	CA	

## **Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien**

Loi médicale  
(chapitre M-9, a. 19, 1<sup>er</sup> al., par. b).

### **SECTION I DISPOSITION GÉNÉRALE**

1. Le présent règlement a pour objet de déterminer parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les médecins celles qui, suivant les conditions et modalités qu'il détermine, peuvent être exercées par un pharmacien.

### **SECTION II PRESCRIPTION D'UN MÉDICAMENT**

2. Dans l'exercice de sa profession, le pharmacien peut prescrire un médicament visé à l'annexe I du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments (chapitre P-10, r. 12) à un patient qui a été traité antérieurement pour l'une des conditions suivantes :

- 1° l'acné mineure lorsque le patient ne présente ni nodule ni pustule;
- 2° les aphtes buccaux;
- 3° la candidose cutanée;
- 4° la candidose orale;
- 5° la candidose orale résultant de l'utilisation d'inhalateur de corticostéroïdes;
- 6° la conjonctivite allergique;
- 7° la dermatite atopique nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée;
- 8° la dysménorrhée primaire;
- 9° l'érythème fessier;
- 10° les hémorroïdes;
- 11° l'herpès labial;

12° l'infection urinaire chez la femme lorsque cette condition a fait l'objet d'au plus un traitement au cours des 6 derniers mois et d'au plus 2 traitements au cours des 12 derniers mois;

13° la rhinite allergique;

14° la vaginite à levure.

Toutefois, le pharmacien ne peut prescrire un médicament lorsque plus de 5 années se sont écoulées depuis le dernier traitement prescrit pour cette même condition par un autre professionnel habilité à prescrire des médicaments. Pour les conditions visées aux paragraphes 4°, 8° et 10°, ce délai est réduit à 2 années.

De plus, le médicament prescrit conformément au présent article doit faire partie d'une classe de médicaments d'une puissance égale ou inférieure à celui prescrit antérieurement.

**3.** Le pharmacien peut également prescrire :

1° un traitement antiviral à un patient présentant des signes et symptômes s'apparentant à l'herpès zoster, sauf si les signes et symptômes sont présents au niveau de la tête;

2° un traitement antiviral contre l'influenza à un patient symptomatique et à risque de développer des complications.

Le pharmacien doit alors inscrire les motifs justifiant l'amorce d'une thérapie médicamenteuse sur un formulaire qu'il remet au patient et le diriger vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée :

1° dans les 72 heures suivant l'amorce du traitement antiviral visé au paragraphe 1°;

2° après 48 heures suivant l'amorce du traitement antiviral visé au paragraphe 2° si la situation du patient évolue défavorablement.

**4.** Malgré les articles 2 et 3, un pharmacien ne peut prescrire un médicament lorsque la condition est accompagnée de l'un ou l'autre des éléments suivants :

1° un signe ou un symptôme récurrent ou persistant après le premier médicament prescrit par le pharmacien;

2° un signe ou un symptôme suggérant la présence d'une maladie chronique ou systémique non diagnostiquée;

3° un signe ou un symptôme laissant croire à un déclin ou à l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système;

4° une réaction inhabituelle au médicament.

Le pharmacien doit alors diriger le patient vers un professionnel habilité à réaliser une évaluation de sa condition et inscrire les motifs justifiant cette décision sur un formulaire qu'il remet au patient.

**5.** Un pharmacien qui prescrit un médicament en application du présent règlement doit communiquer au prescripteur initial ou encore au médecin ou à l'infirmière praticienne spécialisée à qui un patient est référé les renseignements suivants :

- 1° la condition traitée;
- 2° le nom intégral du médicament;
- 3° la posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration, s'il y a lieu, et le dosage;
- 4° la durée du traitement et la quantité prescrite.

### **SECTION III**

#### **AUTORISATION D'AUTRES PERSONNES**

**6.** Une personne visée à l'article 1 du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des pharmaciens (chapitre P-10, r. 3) peut exercer l'activité professionnelle prévue à la section II si elle l'exerce sous la supervision d'un pharmacien et que son exercice est requis aux fins de compléter un programme d'études, un stage ou une formation.

### **SECTION IV**

#### **DISPOSITIONS FINALES**

**7.** Le présent règlement remplace le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien (chapitre M-9, r. 12.2).

**8.** Le présent règlement entre en vigueur à la date de l'entrée en vigueur du sous-paragraphe *b* du paragraphe 1° de l'article 2 de la Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services, dans la mesure où il remplace le paragraphe 10° du deuxième alinéa de l'article 17 de la Loi sur la pharmacie (chapitre P-10).

## **Regulation respecting certain professional activities that may be engaged in by a pharmacist**

Medical Act  
(chapter M-9, s. 19, 1st par., subpar. *b*).

### **DIVISION I GENERAL**

1. The purpose of this Regulation is to determine, among the professional activities that may be engaged in by physicians, those that may be engaged in by a pharmacist pursuant to the terms and conditions set out in the Regulation.

### **DIVISION II PRESCRIPTION OF MEDICATION**

2. In the practice of his or her profession, a pharmacist may prescribe medication referred to in Schedule I to the Regulation respecting the terms and conditions for the sale of medications (chapter P-10, r. 12) to a patient who has received treatment for one of the following conditions in the past:

- (1) minor acne (without nodules or pustules);
- (2) mouth ulcers;
- (3) dermal candidiasis;
- (4) oral candidiasis;
- (5) oral candidiasis resulting from the use of a corticosteroid inhaler;
- (6) allergic conjunctivitis;
- (7) atopic dermatitis requiring the use of a weak or moderate strength of corticosteroids;
- (8) primary dysmenorrhea;
- (9) diaper rash;
- (10) hemorrhoids;
- (11) herpes labialis;

(12) urinary infections in women, where the patient has received not more than one treatment for the condition in the last 6 months or not more than two treatments in the last 12 months;

(13) allergic rhinitis;

(14) yeast vaginitis.

However, a pharmacist may not prescribe medication where more than 5 years have elapsed since the last treatment prescribed for that same condition by another professional empowered to prescribe medication. For the conditions referred to in subparagraphs 4, 8 and 10 of the first paragraph, that time period is reduced to 2 years.

In addition, medication prescribed under this section must belong to a class of medications of equal or lesser strength than the medication prescribed in the past.

**3.** A pharmacist may also prescribe

(1) antiviral treatment to a patient showing signs and symptoms similar to herpes zoster, except where the signs and symptoms are present in the head region;

(2) antiviral treatment against influenza to a symptomatic patient who is at risk of developing complications.

The pharmacist must then enter the reasons for initiating medication therapy on a form to be given to the patient, and refer the patient to a physician or specialized nurse practitioner:

(1) within 72 hours after the initiation of the antiviral treatment referred to in subparagraph 1 of the first paragraph;

(2) within 48 hours after the initiation of the antiviral treatment referred to in subparagraph 2 of the first paragraph if the condition of the patient deteriorates.

**4.** Despite sections 2 and 3, a pharmacist may not prescribe medication where the condition is accompanied by one of the following elements:

(1) a recurrent or persistent sign or symptom after the first medication prescribed by the pharmacist;

(2) a sign or a symptom suggesting the presence of an undiagnosed chronic or systemic disease;

(3) a sign or symptom suggesting a decline or alteration in the functioning of an organ or a system;

(4) an unusual reaction to the medication.

The pharmacist must then refer the patient to a professional empowered to assess his or her condition and enter the reasons justifying the decision on a form to be given to the patient.

5. A pharmacist who prescribes medication under this Regulation must send the following information to the initial prescriber or to the physician or specialized nurse practitioner to whom the patient was referred:

- (1) the condition treated;
- (2) the full name of the medication;
- (3) the dose, including the pharmaceutical form, the concentration, where applicable, and the dosage;
- (4) the duration of the treatment and the quantity prescribed.

### **DIVISION III**

#### **AUTHORIZATION OF OTHER PERSONS**

6. A person referred to in section 1 of the Regulation respecting the professional activities that may be engaged in by persons other than pharmacists (chapter P-10, r. 3) may engage in the professional activity provided for in Division II if the person engages in the activity under the supervision of a pharmacist and engaging in the activity is required for the purpose of completing a program of studies, a training period or training.

### **DIVISION IV**

#### **FINAL**

7. This Regulation replaces the Regulation respecting certain professional activities that may be engaged in by a pharmacist (chapter M-9, r. 12.2).

8. This Regulation comes into force on the date of coming into force of subparagraph *b* of paragraph 1 of section 2 of the Act to amend mainly the Pharmacy Act to facilitate access to certain services, insofar as it replaces subparagraph 10 of the second paragraph of section 17 of the Pharmacy Act (chapter P-10).

**ADM - MRSI****ADM - MRSI**

# Document de travail

## Arrêt des manœuvres- intensifiés – niveau 2 :

### Exclusions à l'ADM en contexte MRSI:

Critères d'exclusion absolus :

- Âge < 18 ans;
- Grossesse;

### Considérer un arrêt des manœuvres dans les moments suivants :

- Suite à l'analyse 1
  - Applicable en absence de pouls et en présence d'asystolie au moniteur pendant une minute.
  - Applicable en absence de pouls et en absence de choc malgré la présence d'activité électrique organisée (AESP).
- 2 minutes suivant la 5<sup>ème</sup> analyse
  - Applicable en absence de pouls malgré la RCR, et ce malgré la présence d'un rythme défibrillable au moniteur.

### Précisions sur l'arrêt de manœuvre préhospitalier en contexte de dépassement de la capacité du réseau :

Dans une situation de dépassement de la capacité du réseau, il est impératif de faire un triage initial des patients. À la façon de ce qui est fait en triage traumatique (triage jump-Start), les patients ayant la plus faible chance de survie et demandant le plus de soins seront « délaissés » pour permettre de traiter le plus grand nombre. Dans ces situations, le bien commun prime sur les soins individuels. Dans le contexte d'un ACR ayant reçu des soins initiaux mais sans retour en circulation spontanée, les chances de survies demeurent faibles même avec des traitements hospitaliers.

Cela impose aux familles et aux soignants des situations difficiles à vivre qui demandent empathie et support entre paires de façon toute particulière.

**ADM - MRSI****ADM - MRSI****Arrêt de manœuvres – intensifié – Urgences-santé****Critère d'inclusion :**

Manœuvres de réanimation  
ET  
Contexte de pandémie avec surcapacité du réseau.

L'implantation de ce protocole dans une région doit avoir été autorisée par la DMN selon l'évolution de la pandémie.

**Critères d'exclusion :**

- Critères d'exclusion absolus
- Âge < 18 ans;
  - Grossesse;
  - Hypothermie par immersion.
- Critères d'exclusion lors de la 5<sup>ème</sup> analyse
- FV/TV persistante
  - AESP devant témoin intervenant

**Considérer un arrêt des manœuvres dans les moments suivants :**

Suite à l'analyse 1

- Applicable absence de pouls et en présence d'asystolie pendant une minute lors de la 1<sup>ème</sup> analyse. Les critères d'exclusion absolus doit être considérés avant de cesser les manœuvres

2 minutes suivant la 5<sup>ème</sup> analyse

- Applicable en absence de pouls et en présence d'asystolie au moniteur pendant une minute.
- Applicable en absence de pouls et en absence de choc à la 5<sup>ème</sup> analyse malgré la présence d'activité électrique organisée (AESP) si l'ACR n'a pas été témoigné. Les critères d'exclusion lors de la 5<sup>e</sup> analyse doivent être considérés avant de cesser les manœuvres.

Aux 10 minutes après chacune des considérations d'arrêt des manœuvres précédentes

- Applicable lorsqu'aucun choc n'a été administré durant les 10 dernières minutes, que l'absence de pouls a été confirmée et qu'une asystolie est présente au moniteur. Seulement les critères d'exclusion absolus justifient de poursuivre les manœuvres.

**Précisions sur l'arrêt de manœuvre préhospitalier en contexte de pandémie:**

Retrait des critères d'exclusion initiaux associé au témoin de l'ACR et au Choc donné avant l'arrivée des TAP considérant que les chances de retour à un état neurologique normal en présence d'asystolie malgré 10 minutes de RCR sont infimes. Lorsqu'il considère l'ADM aux 10 minutes, le TAP doit utiliser son jugement afin d'effectuer ce dernier, à l'endroit le plus propice à la situation, en tenant compte du regard des proches et des passants.

**MED. 8 + PED.3 - MRSI****MED.8 + PED.3****Difficulté respiratoire – MRSI-COVID-19 (tous âges)****Critères d'inclusion :****Adulte :**

Patient avec difficulté respiratoire avouée (dyspnée) ou apparente (tirage, cyanose nouvelle ou utilisation des muscles accessoires), ou avec une fréquence respiratoire < 10/min ou > 24/min, ou présentant des bruits respiratoires audibles. Chez les patients MPOC, avec dyspnée chronique, il doit s'agir d'une dyspnée augmentée.

**Pédiatrie :**

Patient avec difficulté respiratoire avouée (dyspnée) ou apparente (tirage, cyanose, utilisation des muscles accessoires ou battements des ailes du nez), bradypnée ou tachypnée pour l'âge, ou présentant des bruits respiratoires audibles.

**Critères d'exclusion :**

- Diminution de l'état de conscience à « P » ou « U »
- Fréquence respiratoire < 8/min
- Respiration inefficace
- Dyspnée d'origine traumatique

**Objectifs cliniques :**

- Soulager les symptômes de difficulté respiratoire
- Améliorer la fréquence respiratoire du patient
- Éviter l'évolution vers une insuffisance respiratoire
- Diminuer le bronchospasme
- Éviter le bronchospasme décompensé (Status asthmaticus)
- Limiter les effets secondaires et anticiper les complications de la médication
- Limiter les risques de contamination des travailleurs de la santé

1. **Revêtir les EPI appropriés.**
2. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
3. **Considérer les causes de difficulté respiratoires traitables en préhospitalier:**
  - a. Obstruction des voies respiratoires (MED. 13 ou PED. 4);
  - b. Réaction anaphylactique (MED. 17 ou PED. 5);
  - c. Dyspnée d'origine cardiaque probable (MED 8-A);
  - d. Douleur thoracique (MED. 10).

4. Procéder à l'assistance ventilatoire<sup>1</sup> lorsque requise. (REA.7+9-MRSI).
5. Administrer l'oxygène selon TECH. 10-MRSI
6. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique
7. Effectuer un ECG 12 dérivations, chez le patient de 65 ans et plus si dyspnée soudaine inexpliquée.
8. Position de confort.
9. Évaluer l'échelle de dyspnée.
10. Vérifier la présence des critères d'inclusion et d'exclusion pour l'administration de médication spécifique:
  - a. Salbutamol.
  - b. Épinéphrine.
11. Procéder à l'administration du médicament approprié<sup>2</sup>. L'administration des deux médicaments peut s'effectuer successivement dans un même épisode de soins.
12. Réévaluer les signes vitaux et l'échelle de dyspnée lors de la fin d'un traitement.
13. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.
14. Transport URGENT au centre désigné par le SPU si détresse/insuffisance respiratoire ou si présence de critères d'instabilité.
15. Préalerte MRSI au CH receveur au départ des lieux

---

Remarque 1 : L'assistance respiratoire est proscrite en situation MRSI.

Remarque 2 : Lors d'administration de salbutamol en aérosol doseur, il faut utiliser la médication du patient avec une aérochambre. En situation MRSI, il est préférable de rester à l'écart et de guider la prise de médication par des consignes verbales au patient. En cas de difficulté de la part du patient, il faut lui administrer la médication en donnant des consignes claires pour favoriser sa collaboration.

## Fiche du Médicament :

**SALBUTAMOL**

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Dyspnée chez patient connu asthmatique ou MPOC (dyspnée augmentée si chronique) <b>OU</b> Dyspnée avec au moins 1 des 4 signes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturation initiale de &lt; 92 % à l'air ambiant;</li> <li>• Cyanose;</li> <li>• Tirage;</li> <li>• Sibilances ou respiration sifflante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étouffement (obstruction des voies respiratoires supérieures);</li> <li>• Traumatisme (en lien avec la dyspnée);</li> <li>• Allergie au salbutamol.</li> <li>• <u>Fréquence cardiaque &gt; 150/min</u></li> </ul>

**Posologie :**

<b>Conversion calculée pour aérosol doseur de Ventolin hfa 100mcg par inhalation</b> <b><u>Répétition</u> : Aux 10 minutes après la fin du traitement précédent si les critères d'inclusion sont toujours présents. (Max 3 doses)</b>			
Âge (années)	Poids (kg)	Dose usuelle (mg)	Nombre de bouffées pour 1 dose
Moins d'un an	5 – 11 kg	1.25	2 bouffées
1 – 7 ans	12 – 24 kg	2.5	4 bouffées
8 ans ad adulte	25 kg et plus	5 .0	8 bouffées

*Aérosol doseur de salbutamol, Pompe bleue (100mcg par inhalation) disponible au Canada : Ventolin hfa , Airomir, Salbutamol hfa, Apo-salbutamol hfa, Téva-salbutamol hfa, Novo-salbutamol hfa*

**Modes d'administration :****A. Nébulisation**

Ce mode d'administration est contre-indiqué en contexte MRSI.

**B. Aérosol doseur (par le patient ou le TAP) :**

- Amorce : Agiter l'aérosol doseur et l'amorcer 2 fois.
- Montage : Installer l'aérosol doseur avec le réservoir vers le haut sur l'extrémité de l'aérochambre.

- Installation de l'aérochambre :
  - Avec pièce buccale rigide : Tenir l'aérochambre près du visage du patient et lui demander de pincer la pièce buccale avec ses lèvres.
  - Avec masque : Appliquer le masque pour couvrir le nez et la bouche du patient de façon étanche.
- Administration de la médication :
  - Appuyer une fois sur la cartouche afin de délivrer une première bouffée (puff) ;
  - Chaque bouffée doit être suivie de 6 respirations dans le dispositif d'espacement qui doit demeurer bien en place;
  - Attendre 30 secondes entre les bouffées et répéter la procédure jusqu'à ce que le nombre de bouffées prévu au protocole soit administré.

NOTE : En absence d'aérochambre, le patient autonome peut utiliser lui-même ses aérosols doseurs avec le nombre de bouffées prévu à ce protocole. Cette technique étant plus difficile et moins efficace, le TAP ne peut pas administrer des aérosols doseurs sans aérochambre.

## Fiche du Médicament :

**ÉPINÉPHRINE****Indications :****BRONCHOSPASME**

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>Détresse respiratoire chez patient connu asthmatique de 40 ans et moins</p> <p><b>ET</b></p> <p>Dyspnée avec au moins 1 des 4 signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturation initiale de &lt; 92 % à l'air ambiant;</li> <li>• Cyanose;</li> <li>• Tirage;</li> <li>• Sibilances ou respiration sifflante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie coronarienne (MCAS) connue;</li> </ul> <p><i>Si bronchospasme dans le contexte d'anaphylaxie (se référer à MED.17 et PED.5)</i></p>

**ANAPHYLAXIE**

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>A. Contact un agent causal connu ou suspecté Dans les 4 heures précédant le début des symptômes Ou Administration d'épinéphrine pour une réaction allergique dans les derniers 7 jours (réaction biphasique)</p> <p><b>ET</b></p> <p>B. Détresse respiratoire ou défaillance circulatoire Ou 2/4 critères suivants : Urticaire ou angioédème Difficulté respiratoire Défaillance circulatoire Symptômes gastro-intestinaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun</li> </ul>

**Posologie :**

<b>Concentration : Épinéphrine (1mg/mL ou 1 :1000)</b>			
<b>Répétition : Aux 10 minutes</b> si le patient présente une détérioration ou s'il n'y a pas d'amélioration si les critères d'inclusion sont toujours présents <b>(Max 3 doses)</b> .			
<b>Âge</b>	<b>Poids (kg)</b>	<b>Dose (mg)</b>	<b>Volume (mL)</b>
7 ans et moins	5 – 24 kg	0.15	0.15
8 ans ad adulte	25 kg et plus	0.3	0.3
ACR adulte	adulte	0.5	0.5

**Technique d'administration de l'épinéphrine intramusculaire**

- Se référer à la technique d'administration en vigueur. Toujours privilégier l'administration dans le vaste externe (cuisse)

**Effets secondaires :**

L'épinéphrine augmente le risque d'arythmie maligne, de tachycardie, d'hypertension, de SCA et d'anxiété.

**Surveillance :**

- Monitoring cardiaque en continu
- Signes vitaux sérieux

---

## Critère d'inclusion :

---

Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale (sans traumatisme à haute vélocité, sans traumatisme pénétrant ou sans exsanguination) chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté).

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

---

## Critères d'exclusion :

---

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable - Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 3 (Directives de non-initiation de la réanimation).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
  - a) Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) dès que l'ACR est suspecté;
  - b) Confirmer l'ACR, débiter immédiatement les compressions thoraciques (sans ventilation) et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.
- 2. Dès que les électrodes sont installées, procéder à l'analyse sans RCR :**
  - a) Si « Choc non conseillé » : procéder à la RCR 30:2 avec oxygène à haute concentration pour 5 cycles (approximativement deux minutes) et terminer par les compressions;
  - b) Si « Choc conseillé » : durant la charge, procéder au massage cardiaque (sans ventilation) et assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débiter immédiatement la RCR avec oxygène à haute concentration pour approximativement deux minutes (5 cycles de 30:2) et terminer par les compressions (ou 200 compressions en ventilation asynchrone lorsque le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles).
- 3. Répéter l'étape 2 jusqu'à ce que 5 analyses soient complétées (sur place) ou qu'il y ait retour de pouls.**
- 4. Procéder à une prise de pouls après 2 minutes de RCR suite à la 5<sup>e</sup> analyse.**
- 5. Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur planche dorsale avec un collet cervical (et immobilisateurs de tête) pour l'évacuation.**
- 6. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse, puis répéter l'étape 2 jusqu'à « Choc non conseillé » ou un maximum de 3 chocs additionnels. Dans le cas d'un « Choc non conseillé », effectuer une prise de pouls. Poursuivre la RCR si absence de pouls.**
- 7. Transport URGENT au centre désigné par le SPU, en poursuivant la RCR si le patient n'est pas réanimé.**

# Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte (suite)

Dès que tous les équipements et que le Combitube® sont prêts, après une analyse, procéder à l'intubation (sans ventilation avant l'intubation). Pendant la technique, effectuer le massage cardiaque. Après la tentative, procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 200 compressions en ventilation asynchrone si le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles.

## Remarques :

### **Protocole approprié :**

Les ACR dont l'origine est l'asphyxie (pendaison, strangulation, noyade, incendie, etc.) doivent être inclus dans le protocole RÉA. 1. Les ACR dont la cause probable est une hémorragie massive doivent être traités dans le protocole RÉA. 3.

### **Ventilation et intubation :**

Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est identifiée et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole RÉA. 1. Par contre, l'intubation au Combitube® ne doit être faite que lorsque l'obstruction a été levée.

Exceptionnellement dans une situation de vomissements incoercibles, il est acceptable d'intuber le patient aussitôt que le Combitube® est prêt sans que ceci soit à la suite d'une analyse/défibrillation. (Voir protocole RÉA. 11 – Vomissements incoercibles)

### **Massage :**

La RCR, pour une période d'environ deux minutes, s'effectue chez l'adulte avec un ratio de 30:2 (5 cycles) lorsque le patient n'est pas intubé ou qu'il est intubé mais qu'un seul intervenant est disponible, ou par une série de 200 compressions avec ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé. La fréquence des compressions doit être entre 100 et 120 par minute.

### **Spécificités :**

Lors d'un ACR dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'épinéphrine de 0,5 mg IM dans la cuisse aussitôt que possible après **la première tentative d'intubation**.

Lors d'un ACR dans le contexte d'une intoxication suspectée aux opioïdes, administrer une dose de 2 mg de naloxone : IN: 1,0 mg par narine pour un total de 2 mg ou 2 mg IM aussitôt que possible après **la première tentative d'intubation**.

Chez la femme enceinte de 20 semaines ou plus, lors de la RCR, on doit déplacer l'utérus vers la gauche. Pour ce faire, un intervenant doit prendre à une ou deux mains l'abdomen de la patiente et le tirer vers la gauche.

### **Déplacements :**

Le déplacement du patient ne doit être initié que lorsque la prise de pouls, deux minutes après la 5<sup>e</sup> analyse a été effectuée. Les 2 techniciens ambulanciers paramédics doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention.

### **Arrêt des manœuvres :**

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré/confirmé après les 2 minutes de RCR suivant la 5<sup>e</sup> analyse.

### **Récidive :**

Si le patient est réanimé et qu'il subit un nouvel ACR, recommencer le protocole au début.



## **RÉA.1 ACR adulte médical particularités MRSI**

**Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.**

### **Généralités :**

- Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention.
- Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.
- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspecté ou confirmé et respecter les directives de l'établissement.

### **Interventions à adapter :**

1. Installer un masque à haute concentration puis débiter les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
2. Installer les électrodes de défibrillation et procéder à l'analyse 1.
3. Préparer le Combitube avec précautions MRSI (TECH.6) pendant qu'un autre intervenant poursuit 2 minutes de compressions thoraciques en continu sans ventilation.
4. Suite à une analyse, procéder à l'intubation avec précautions MRSI (TECH.6) en cessant les compressions thoraciques. Dès le patient intubé, reprendre la RCR avec ventilation.

### **OVR :**

- Si histoire d'obstruction des voies respiratoires supérieures par corps étranger, effectuer une RCR dès que possible avec tentatives de ventilation avec précautions MRSI (TECH.15). Débiter l'évacuation après la 2<sup>e</sup> analyse, tel que prévu par le protocole MED.13.

---

### Critères d'inclusion :

---

Tout arrêt cardiorespiratoire (ACR) dans un contexte traumatique avec cinétique à risque ou impact à haute vitesse (traumatisme fermé) ou traumatisme pénétrant chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté).

Sera aussi inclus tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interne<sup>i</sup> ou externe, chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté) avec ou sans traumatisme à haute vitesse.

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

---

### Critères d'exclusion :

---

Tout ACR dont la situation clinique suggère que l'ACR a précédé un impact à basse vitesse.

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable - Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.**
2. **Confirmer l'ACR avec protection cervicale, débiter immédiatement la RCR et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.**
3. **Demander une analyse :**
  - a) Si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », référer à RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Adulte);
  - b) Si absence d'activité électrique (asystolie), considérer l'application du protocole RÉA. 4 (Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique);
  - c) Si activité électrique, débiter la RCR à nouveau et procéder à l'étape suivante.
4. **Préparer le Combitube® et procéder à l'intubation immédiatement lorsque celle-ci est prête.**
5. **Prendre le pouls après le premier 2 minutes de RCR (5 cycles de 30:2 ou 200 compressions si ventilation asynchrone) et ensuite à toutes les 5 minutes.**
6. **Procéder à l'immobilisation spinale complète du patient sur planche dorsale en poursuivant la RCR.**

---

<sup>i</sup> Voir Remarques (Critère d'inclusion)

# Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Adulte (suite)

7. Procéder à l'évacuation du patient.
8. Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU en poursuivant la RCR, si le patient n'est pas réanimé.

---

## Remarques :

### ***Critère d'inclusion :***

Pour inclure le patient dans le protocole RÉA. 3 « Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique », l'hémorragie doit être significative et clairement documentée (hématémèse ou rectorragies abondantes, lacération avec saignement significatif, etc.) autrement le protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale) doit être appliqué.

### ***Ventilation et intubation :***

S'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre de la tête, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Trois tentatives d'intubation doivent être effectuées **sur place** avant le départ du véhicule ambulancier; 5 cycles de RCR 30:2 doivent être faits entre deux tentatives.

### ***Déplacements :***

Le déplacement du patient ne doit être initié que lorsque le patient est intubé ou que les 3 tentatives d'intubation ont été effectuées. Les 2 techniciens ambulanciers paramédics doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention.

### ***Spécificités :***

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré/confirmé après le constat d'une asystolie lors de l'analyse initiale.

Si le patient est réanimé et qu'il subit un nouvel arrêt cardiaque, recommencer le protocole au début.



## **RÉA.3 ACR traumatique adulte particularités MRSI**

**Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.**

### **Généralités :**

- Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention.
- Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.
- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspecté ou confirmé et respecter les directives de l'établissement.

### **Interventions à adapter :**

1. Installer un masque à haute concentration puis débiter les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
2. Installer les électrodes de défibrillation et procéder à l'analyse.
3. Préparer le Combitube avec précautions MRSI (TECH.6) pendant qu'un autre intervenant poursuit les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
4. Procéder à l'intubation avec précautions MRSI (TECH.6) en cessant les compressions thoraciques dès que le Combitube est prêt et reprendre la RCR avec ventilation une fois l'intubation complétée.

---

## Critère d'inclusion :

---

Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale (incluant les situations médicales où le pouls est < 60/min ET état d'éveil - échelle AVPU - est à « U ») chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté). Les nouveau-nés sont exclus du présent protocole.

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

---

## Critères d'exclusion :

---

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable – Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 3 (Directives de non-initiation de la réanimation).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

### 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.

- a) Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) dès que l'ACR est suspecté.
- b) Confirmer l'ACR :
  - o pour les enfants avec pouls palpable < 60/minute et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à « U », débiter la RCR avec oxygène à haute concentration selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (sauf si en hypothermie) et installer les électrodes de défibrillation. Intuber le patient avec Combitube® si applicable (étapes 4 et 5) puis procéder ensuite à l'étape 8 en vérifiant la présence du pouls à toutes les 2 minutes;
  - o pour les enfants qui sont sans pouls, débiter immédiatement la RCR avec oxygène à haute concentration et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.

### 2. Effectuer 2 minutes de RCR (avant la première analyse) sauf si l'ACR survient en présence du TAP. Dans cette situation, procéder immédiatement à l'étape suivante.

### 3. Procéder à l'analyse :

- a) Si « Choc non conseillé », procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 15:2 pour 10 cycles (2 intervenants disponibles) avec oxygène à haute concentration et terminer par les compressions;
- b) Si « Choc conseillé » : durant la charge, procéder au massage cardiaque (sans ventilation) et assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débiter immédiatement la RCR pour 5 cycles de 30:2 ou 10 cycles de 15:2 avec oxygène à haute concentration et terminer par les compressions ou par une série de 200 compressions avec ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé.

# Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

4. Si l'enfant mesure plus de 4 pieds (1,22 m), préparer le Combitube® approprié et procéder à l'intubation immédiatement après l'analyse suivante et compléter la séquence par 2 minutes de RCR.
5. Lors du test de VPO, procéder à une prise de pouls :
  - o S'il y a présence de pouls avec fréquence > 60/min, sortir du protocole et se référer au protocole d'appréciation clinique préhospitalière;
  - o S'il y a présence de pouls avec fréquence < 60/minute et d'un état d'éveil (sur l'échelle AVPU) à U, procéder à la RCR selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et vérifier le pouls toutes les 2 minutes;
  - o S'il y a absence de pouls, procéder à l'étape suivante.
6. Répéter l'étape 3 jusqu'à ce que 5 analyses soient complétées (sur place) ou qu'il y ait retour de pouls.
7. Procéder à une prise de pouls après 2 minutes de RCR suite à la 5<sup>e</sup> analyse.
8. Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur planche dorsale (ou Pedi-Pac®) avec un collet cervical (avec immobilisateurs de tête) si intubé pour l'évacuation.
9. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse, puis répéter l'étape 3 jusqu'à « Choc non conseillé » ou un maximum de 3 chocs additionnels. Dans le cas d'un « Choc non conseillé », effectuer une prise de pouls. Poursuivre la RCR si absence de pouls.
10. Transport URGENT au centre désigné par le SPU, en poursuivant la RCR si le patient n'est pas réanimé.

**Chez l'enfant en arrêt cardiorespiratoire,  
toujours suspecter la présence d'une obstruction  
des voies respiratoires.**

# Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

## Remarques :

### Spécificités pédiatriques :

La RCR, pour une période d'environ deux minutes par séquence, s'effectue chez l'enfant avec un ratio de 15:2 (10 cycles) en présence de deux intervenants disponibles pour effectuer la RCR, 30:2 (5 cycles) lorsqu'un seul est disponible ou par une série de 200 compressions avec ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé.

Si les électrodes pédiatriques et/ou réductrices d'énergie ne sont pas disponibles, les électrodes adultes doivent être utilisées et appliquées en antéro-postérieur.

Lors d'un ACR dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'épinéphrine I.M. dans la cuisse aussitôt que possible après la première tentative d'intubation qu'elle soit réussie ou non.

- Si poids < 25 kg : administrer épinéphrine 0,30 mg;
- Si poids ≥ 25 kg : administrer épinéphrine 0,50 mg.

Le protocole d'arrêt des manœuvres ne peut être appliqué d'emblée pour les patients de moins de 18 ans.

## **RÉA.5 ACR médical pédiatrique particularités MRSI**

**Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.**

### Généralités :

Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention.

Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.

- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspecté ou confirmé et respecter les directives de l'établissement.

### Interventions à adapter :

1. Installer un masque à haute concentration puis débiter les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
2. Préparer le matériel pour la ventilation avec précautions MRSI (TECH.15) et poursuivre la RCR (15:2 ou 30:2 à 1 intervenant) en débutant les ventilations dès que possible.
3. Si applicable, suite à une analyse, procéder à l'intubation avec précautions MRSI (TECH.6) en cessant les compressions thoraciques. Dès le patient intubé, reprendre la RCR avec ventilation.

### OVR :

- Si histoire d'obstruction des voies respiratoires supérieures par corps étranger, effectuer une RCR dès que possible avec tentatives de ventilation avec précautions MRSI. Débiter l'évacuation après la 2<sup>e</sup> analyse, tel que prévu par le protocole PED.4.

# RÉA. 6 Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté)

RÉA. 6

---

## Critère d'inclusion :

---

Tout arrêt cardiorespiratoire dans un contexte traumatique avec cinétique à risque ou impact à haute vitesse ou traumatisme pénétrant chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté).

Sera aussi inclus tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interne<sup>i</sup> ou externe avec ou sans traumatisme à haute vitesse.

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

---

## Critères d'exclusion :

---

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable – Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.**
2. **Confirmer l'ACR avec protection cervicale.**
3. **Débuter immédiatement la RCR selon les normes de la FMCQ :**
  - a) pour les enfants avec pouls palpable dont la fréquence est < 60/min et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à « U », procéder immédiatement à la RCR avec oxygène à haute concentration selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (sauf si en hypothermie) et installer les électrodes de défibrillation. Intuber le patient avec Combitube<sup>®</sup> si applicable (étape 6) et procéder ensuite à l'étape 8 en vérifiant la présence du pouls à toutes les 2 minutes;
  - b) pour les enfants sans pouls, procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.
4. **Demander une analyse après avoir effectué 2 minutes de RCR :**
  - o si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », se référer à RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique);
  - o si absence de rythme défibrillable « Choc non conseillé », procéder à l'étape suivante.
5. **Débuter à nouveau la RCR.**
6. **Si l'enfant mesure plus de 4 pieds (1,22 m), préparer le Combitube<sup>®</sup> approprié et procéder à l'intubation immédiatement lorsque celui-ci est prêt.**

---

<sup>i</sup> Voir Remarques

# Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

7. Prendre le pouls après le premier 2 minutes de RCR et ensuite à toutes les 5 minutes.
8. Procéder à l'immobilisation spinale complète du patient sur planche dorsale ou Pedi-Pac® en poursuivant la RCR.
9. Procéder à l'évacuation du patient.
10. Transport URGENT au centre désigné par le SPU en poursuivant la RCR, si le patient n'est pas réanimé.

---

## Remarques :

### *Spécificités pédiatriques et traumatiques :*

Pour inclure le patient dans le protocole RÉA. 6 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique), l'hémorragie doit être significative (hématémèse ou rectorragies abondantes, lacération avec saignement significatif, etc.) et clairement documentée, autrement le protocole RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale) doit être appliqué.

S'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre de la tête, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Le protocole d'arrêt des manœuvres ne peut être appliqué pour les patients de moins de 18 ans.

## **RÉA.6 ACR traumatique pédiatrique particularités MRSI**

**Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.**

### **Généralités :**

Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention.

Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.

- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspecté ou confirmé et respecter les directives de l'établissement.

### **Interventions à adapter :**

1. Installer un masque à haute concentration puis débiter les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
2. Préparer le matériel pour la ventilation avec précautions MRSI (TECH.15) et poursuivre la RCR (15:2 ou 30:2 à 1 intervenant) en débutant les ventilations dès que possible.
3. Si applicable, procéder à l'intubation avec précautions MRSI (TECH.6) en cessant les compressions thoraciques dès que le Combitube est prêt et reprendre la RCR avec ventilation une fois l'intubation complétée.

---

## Critères d'inclusion spécifiques

---

Inconscience « U ».

**ET**

Fréquence respiratoire < 8/min.

**ET**

Absence de réflexe de Gag.

**ET**

Présence de pouls carotidien.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Confirmer la présence des critères d'inclusion.**
3. **Débuter l'assistance ventilatoire avec masque de poche et oxygène à haute concentration sauf si contre-indication en lien avec la sécurité du TAP; dans ces situations, l'utilisation du ballon-masque ou de l'Oxylator™ est requise.**
4. **Prendre la saturométrie aussitôt que possible. Maintenir la surveillance en continu de celle-ci.**
5. **Installer les électrodes de défibrillation et préparer l'Oxylator™, débiter le support ventilatoire avec Oxylator™, puis préparer et vérifier le Combitube®.**
6. **Pendant la préparation de l'équipement nécessaire à l'intubation, préoxygéner le patient pour une durée de 3 à 5 minutes dans le but d'atteindre une saturation  $\geq 96\%$  ou de la meilleure saturation obtenue précédemment.**
7. **Procéder à l'intubation avec le Combitube®, au moment où tous les équipements requis sont prêts.**
8. **Le TAP # 1 est responsable du choix du tube de ventilation et de l'auscultation. La procédure de validation du choix du tube de ventilation doit inclure le VPO, l'auscultation et le détecteur d'EtCO<sub>2</sub>.**
9. **Si la tentative d'intubation est non réussie, reconfirmer la présence du pouls et effectuer l'assistance ventilatoire avec oxygène à haute concentration jusqu'à stabilisation du statut respiratoire (minimum 2 minutes), puis tenter l'insertion à nouveau. Deux essais par le TAP # 2 et un essai par le TAP # 1 sont nécessaires avant d'abandonner les tentatives.**
10. **Ventiler le patient selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.**
11. **La surveillance du patient suite à une intubation pour insuffisance respiratoire doit toujours comporter tous les éléments suivants :**
  - a) **Prise de pouls à toutes les minutes;**
  - b) **Monitoring cardiaque en continu;**
  - c) **Saturométrie en continu;**
  - d) **État de conscience.**



## **RÉA.7 Intubation au Combitube du patient en hypoventilation particularités MRSI**

**Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.**

### **Généralités :**

Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention.

Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.

- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient entre les ventilations si patient non intubé (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspecté ou confirmé et respecter les directives de l'établissement.

### **Interventions à adapter :**

1. Effectuer l'assistance ventilatoire selon la technique de ventilation avec précautions MRSI (TECH.15).
2. Procéder à la préoxygénation (si applicable) selon la technique de ventilation avec précautions MRSI (TECH.15).
3. Procéder à l'intubation selon la technique d'intubation MRSI (TECH.6).

---

**Critères d'inclusion**

---

Difficulté respiratoire avec une ou plusieurs des conditions cliniques suivantes :

- Signes de fatigue ou d'épuisement respiratoire;
- Hypoventilation.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière et au protocole spécifique, le cas échéant.**
2. **Confirmer la présence des critères d'inclusion.**
3. **Évaluer l'état de conscience selon l'échelle AVPU :**
  - a) Si l'état de conscience est « P » ou « U » : passer à l'étape no 4.
  - b) Si l'état de conscience est « A » ou « V » : passer à l'étape no 7.
4. **Débuter l'assistance ventilatoire avec les outils appropriés (masque de poche puis Oxylator™ ou, à défaut, avec un ballon masque).**

**Pour l'Oxylator™, en présence de perméabilité des voies aériennes :**

- a) Ajuster la bague de pression de ventilation au niveau le plus bas, soit :
  - Oxylator EMX™ : 20 cm H<sub>2</sub>O;
  - Oxylator EM-100™ : 25 cm H<sub>2</sub>O.
- b) S'il y a absence de critère d'exclusion à la « PEEP » (TAs < 100 mm Hg, ACR, traumatisme crânien inconscient, asthme décompensé < 40 ans), utiliser le mode automatique. Autrement, appliquer le mode manuel.

**MODE AUTOMATIQUE**

Augmenter la pression de ventilation à raison de 5 cm H<sub>2</sub>O jusqu'à l'obtention d'un temps inspiratoire de 1 seconde minimum, jusqu'au soulèvement du thorax. Ne pas excéder une pression de ventilation de 35 cm H<sub>2</sub>O.

**MODE MANUEL**

Suivre les recommandations de fréquence ventilatoire suivantes :

- i. **Adulte** : une ventilation aux 5 à 6 secondes (10-12 ventilations à la minute);
- ii. **Pédiatrie** : une ventilation aux 3 à 5 secondes (12 à 20 ventilations à la minute);
- iii. **ACR** : avec dispositif de protection des voies respiratoires en place, ventilation asynchrone avec la RCR : une ventilation aux 6 secondes (10 ventilations à la minute).

Si le patient est tachypnéique, respecter la fréquence respiratoire compensatoire du patient à moins d'être en présence d'insuffisance respiratoire<sup>i</sup>. Si une assistance est requise dans ce cadre, respecter les fréquences respiratoires mentionnées plus haut, tout en synchronisant chaque ventilation assistée avec une inspiration.

---

<sup>i</sup> Définition : insuffisance respiratoire associée à une tachypnée : situation clinique où la tachypnée est inefficace et associée avec une altération de l'état de conscience ou une désaturation, malgré un supplément d'oxygène à haute concentration.

## Assistance respiratoire ou ventilatoire (suite)

- c) Ne pas installer des courroies élastiques au masque relié à l'Oxylator™, le masque doit être tenu en place avec l'aide des mains afin d'exercer une surveillance constante de la perméabilité des voies aériennes et de l'efficacité de la ventilation.
  - d) Si indiqué, le système de nébulisation en assistance respiratoire/ventilatoire (NAVR) doit être utilisé pour administrer les médicaments requis.
- 5. Considérer la possibilité d'une intoxication aux opiacés, se référer au protocole MED. 12 (Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie), au besoin.**
- 6. Vérifier la présence des critères d'intubation au Combitube® du patient en hypoventilation, se référer au protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation). Si non applicable, passer à l'étape 7 du présent protocole.**
- 7. Débuter l'assistance respiratoire à l'aide d'une « C-PAP » à usage unique à moins d'être en présence de critères d'exclusion (moins de 18 ans, apnée ou hypoventilation ( $\leq 10$ ), non perméabilité des voies aériennes, hypotension (TAs < 100), état de conscience « P » ou « U », traumatisme) :**
- a) Pendant la préparation de l'équipement pour l'assistance respiratoire, administrer de l'oxygène à la plus haute concentration possible;
  - b) Débuter la C-PAP à 15 L/min;
  - c) Augmenter la C-PAP de 5 L/min à toutes les 3 à 5 minutes (plus ou moins) jusqu'à l'atteinte des objectifs cliniques;
  - d) Si indiqué, le système de nébulisation en assistance respiratoire/ventilatoire (NAVR) doit être utilisé pour administrer les médicaments requis;
- 8. Maintenir la surveillance clinique et continuer l'application des protocoles appropriés.**

---

### Remarques :

Si, pendant l'application du protocole APP., le patient doit être ventilé immédiatement (ex. : hypoventilation ou apnée), le TAP doit débiter l'assistance ventilatoire avec les méthodes de base (masque de poche, Oxylator™, ou à défaut le ballon-masque) et appliquer les protocoles appropriés en simultané. Le monitoring cardiaque et la saturométrie en continu sont requis.

Les objectifs de l'assistance respiratoire/ventilatoire sont :

- Le maintien d'une saturation en oxygène de  $\geq 94$  %;
- L'amélioration de la performance ventilatoire avec ou sans atteinte des objectifs de saturation (meilleure amplitude, diminution de la fatigue, meilleur état d'éveil, etc.).

Ne jamais utiliser le mode « inhalation (bouton INH) » en mode manuel (ni en mode automatique), car ceci génère une « PEEP ». La « PEEP » est automatiquement générée en mode automatique.

Les fréquences de ventilation présentées au point 4 b) sont applicables indépendamment de l'outil de ventilation (ex. : masque de poche, ballon-masque).



## **RÉA.9 Assistance respiratoire ou ventilatoire particularités MRSI**

**Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.**

### **Généralités :**

Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention.

Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.

- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient entre les ventilations si patient non intubé (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspecté ou confirmé et respecter les directives de l'établissement.

### **Interventions à adapter :**

1. Ne pas effectuer d'assistance respiratoire (A-V sur échelle AVPU).
2. Effectuer l'assistance ventilatoire selon la technique de ventilation avec précautions MRSI (TECH.15).

## 1. Installation du Combitube®

- a) Si la personne est traumatisée, la colonne cervicale doit être immobilisée avant l'insertion du Combitube®
- b) Préparer le Combitube® (vérifier l'étanchéité des ballonnets, les pilotes, le vérificateur de positionnement oesophagien (VPO), la succion et le ballon-masque);
- c) Appliquer du gel lubrifiant sur l'extrémité distale du Combitube®;
- d) Positionner la tête en position neutre; soulever à la fois la langue et la mâchoire inférieure vers le haut, en s'assurant de maintenir la tête entre les genoux ou avec les deux mains d'un autre intervenant si immobilisation entre les genoux impossible;
- e) Insérer le Combitube® en suivant la courbe du pharynx;
- f) Cesser l'insertion lorsque la ligne d'arrêt sur le tube est approximativement au niveau des incisives;
- g) Gonfler le ballonnet proximal (pilote # 1 bleu), puis gonfler le ballonnet distal (pilote # 2 blanc);
- h) Vérifier le positionnement du Combitube® :
  - o VPO sur tube blanc (conduit # 2) :
    - si VPO négatif : ventiler dans le conduit # 1 (bleu);
    - si VPO positif : ventiler dans le conduit # 2 (blanc).
  - o auscultation pulmonaire positive;
  - o absence de son et de distension gastrique.

---

### Remarques :

Ne pas utiliser le Combitube® si :

- o la personne a ingéré un agent caustique;
- o le patient est en obstruction des voies respiratoires par corps étranger;
- o le réflexe de déglutition est présent;
- o présence de trachéostomie fermée;
- o présence d'anaphylaxie au latex.

Si le VPO est négatif et s'il existe un doute important d'une absence de ventilation dans les poumons par le conduit # 1 (bleu), demander au TAP # 2 de ventiler le conduit # 2 (blanc) :

- o ausculter l'estomac et les poumons;
- o choisir le conduit adéquat;
- o si le doute persiste, retirer le Combitube®.

Si fuite d'air par la bouche et que le pilote est bien gonflé : ajouter 20 cc d'air supplémentaire au ballonnet proximal (pilote # 1 bleu), selon le tableau ci-dessous :

	<b>Combitube® standard (41F)</b>	<b>Combitube® SA (37F)</b>
<b>Taille du patient</b>	5'6" – 1,65 m et plus	4'0" - 1,22 m à 5'6" – 1,65m
<b>Quantité d'air ballon proximal initial</b>	100 cc	85 cc
<b>Quantité d'air ballon proximal maximal</b>	200 (ajout 20 cc X 5)	165 (ajout 20 cc X 4)
<b>Quantité d'air distal</b>	15 cc	12 cc

# Tube orotrachéal à double voie (COMBITUBE® et COMBITUBE® SA) (suite)

## 2. Retrait du Combitube®

- a) Vérifier la disponibilité des équipements requis : succion en marche, seringue 140 cc;
- b) Tourner le patient en décubitus latéral;
- c) Dégonfler complètement le ballonnet proximal par le pilote # 1 (Bleu);
- d) Dégonfler complètement le ballonnet distal par le pilote # 2 (Blanc);
- e) Retirer doucement le Combitube® en respectant sa courbure pour éviter de stimuler inutilement le pharynx;
- f) Succionner au besoin.

---

### Remarques :

**Intubation du patient vivant :** l'utilisation de détecteur de CO<sub>2</sub> est requis dans la procédure de choix du tube de ventilation. Se référer au protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation).

**Indications de retrait du Combitube® :** patient s'éveille, présence de réflexe de Gag, efforts de vomissements.

**Lors de toute tentative d'intubation avec Combitube®, le technicien ambulancier paramédic doit porter un masque chirurgical.**



## **TECH.6 Intubation au Combitube particularités MRSI**

**Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.**

### **Généralités :**

- Revêtir les EPI appropriés au début de l'intervention, incluant 2 paires de gants.
- En situation d'ACR, cesser les compressions thoraciques pendant l'intubation et reprendre la RCR une fois l'intubation complétée.

### **Interventions à adapter :**

1. Préparer le Combitube de la façon suivante :
  - o Placer un filtre HEPA sur le tube bleu;
  - o Placer un VPO (ou filtre HEPA) sur le tube blanc.
2. Procéder à l'intubation.
3. Retirer une paire de gants immédiatement après l'insertion du Combitube afin d'éviter de contaminer le matériel d'intervention.
4. Gonfler les ballonnets et valider la position du tube (capnographe ou VPO).
5. Après avoir confirmé le bon tube de ventilation, obturer le deuxième tube ne servant pas à la ventilation (Filtre HEPA, pince hémostatique métallique, VPO déjà en place, etc.).
6. S'assurer de l'étanchéité du ballonnet proximal.
7. Faire un maximum de 2 tentatives d'intubation par le même intervenant (pour limiter la contamination) :
  - o ACR médical : 2<sup>e</sup> tentative lors de l'analyse subséquente.
  - o ACR traumatique : 2<sup>e</sup> tentative après 2 minutes de compressions thoraciques.
8. En cas d'extubation ou d'échec au Combitube, appliquer la technique de ventilation avec précautions MRSI (TECH.15).

**TECH. 10 - MRSI****TECH. 10 – MRSI Oxygène/Saturométrie****1. Administration d'oxygène**

- a. Avec **FiO<sub>2</sub> à 1** en circuit fermé au patient chez qui le ou les protocoles suivants s'appliquent :

**RÉANIMATION**

REA. MRSI	Réanimation en cas de MRSI
REA. 7+9-MRSI	Insuffisance respiratoire – MRSI-COVID-19

- b. À **haute concentration** au patient chez qui le ou les protocoles suivants s'appliquent :

**INDUSTRIELS**

IND. 3	Inhalation de vapeurs ou de substances toxiques
--------	---

**MÉDICAUX**

MED. 2	Atteinte de l'état de conscience (patient à P ou U sur échelle AVPU)
MED. 5	Choc non traumatique
MED. 7	Convulsions actives

**OBSTÉTRICAUX ET PÉDIATRIQUES**

OBS. 5	Convulsion du 3 <sup>e</sup> trimestre – Éclampsie
PED. 1 à 5	Tous les protocoles pédiatriques, non traumatiques*.
TRAU. 5	Traumatisme pédiatrique.

- c. Initiale **d'oxygène à 4L/min** en lunette nasale sous le masque de procédure au patient chez qui le ou les protocoles suivants s'appliquent :

**INDUSTRIEL ET ENVIRONNEMENTAUX**

IND. 2	Exposition cutanée à des substances toxiques
ENV. 1	Accident de plongée
ENV. 2	Brûlure
ENV. 6	Hypothermie
ENV. 7	Submersion

**MÉDICAUX**

MED. 17	Réaction allergique/anaphylactique (lors d'anaphylaxie seulement)
---------	---

**OBSTÉTRICAUX ET PÉDIATRIQUES**

OBS. 2	Accouchement imminent.
OBS. 4	Appréciation et soins au nouveau-né, dans certaines situations.
OBS. 6	Procidence du cordon.
TRAU. 2	Traumatisme chez la femme enceinte.

**Remarque – Patients requérants de l'oxygène à haute concentration :**

\*L'oxygénation du patient pédiatrique qui n'est pas inclus dans un protocole pédiatrique spécifique doit se faire selon le protocole adulte correspondant. (Si le patient adulte doit recevoir de l'oxygène, le patient pédiatrique doit recevoir un masque haute concentration)

**2. Si le protocole spécifique demande un supplément d'oxygène, procéder de la façon suivante pour toutes les situations sauf les situations spéciales :**

**Si SpO<sub>2</sub> ≥ 94 % :** ne pas administrer d'oxygène, sauf si dyspnée, administrer de l'oxygène par lunette nasale à 4 L/min sous le masque de procédure.

**Si SpO<sub>2</sub> < 94 % :** administrer de l'oxygène; viser une saturation entre 94 % et 96 %.

**3. Situations spéciales****A. Patient ADULTE traumatisé :**

- **Instable/potentiellement instable et femme enceinte :** administrer de l'oxygène à 4L/min sous le masque de procédure sans documenter préalablement la saturation.
- **Stable :** administrer de l'oxygène selon le point 2 lorsque le saturomètre est disponible (ex. : une fois dans le véhicule ambulancier).

**B. Patient réanimé post ACR :**

- **État de conscience « A » ou « V » :** procéder selon le point 2.
- **État de conscience « P » ou « U » (sans ventilation assistée) :** administrer de l'oxygène avec lunette à 5L/min sous un masque de procédure;
- **État de conscience « P » ou « U » (avec ventilation assistée) :** administrer de l'oxygène avec FIO<sub>2</sub> à 1 en circuit fermé.

**C. Patient MPOC non-oxygénodépendant :**

- **Si SpO<sub>2</sub> ≥ 94 % :** ne pas administrer d'oxygène; si dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène par lunette nasale à 2 L/min sous le masque de procédure.
- **Si SpO<sub>2</sub> < 94 % :** Administrer la plus petite concentration d'oxygène possible jusqu'à ce que le patient soit confortable, viser une saturation de 94 %. Si présence d'une DTOCP ou AVC nouveau : administrer de l'oxygène au besoin et viser une saturation de 94 %.

**E. Patient MPOC oxygénodépendant :**

- Maintenir le débit d'oxygène déjà en place en ajoutant un masque de procédure au patient.
- Si plainte de dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène supplémentaire en donnant la plus petite concentration possible jusqu'à ce qu'il soit confortable sans dépasser une saturation de 94 %;
- Si présence d'une DTOCP ou AVC aigu, administrer de l'oxygène au besoin et viser une saturation de 94 %.

**Remarques**

Hormis les patients chez qui l'oxygène est administré à haute concentration et les patients MPOC, le TAP titre l'oxygène pour que la saturation se situe entre 94-96 %. Ceci implique que le TAP peut diminuer la FiO<sub>2</sub> administrée. Ceci est aussi applicable lorsque le TAP prend en charge un patient qui s'est vu administrer de l'oxygène par un premier intervenant ou premier répondant et que la saturation dépasse la cible dictée plus haut pour sa condition clinique. Si une lunette nasale doit être utilisée, le débit maximal acceptable est de 5L/min sous un masque de procédure pour éviter de générer des aérosols. Si un masque d'oxygène à haute concentration doit être utilisé, débiter à 10L et ajuster le débit au litrage minimal pour que le réservoir reste toujours gonflé.

**Patients MPOC**

Chez le patient MPOC, le TAP titre l'oxygène pour que la saturation soit toujours la plus basse possible en tenant compte du confort du patient. Il est important d'ajuster la concentration d'oxygène à la baisse si le patient avec les traitements (ex.: salbutamol) s'améliore cliniquement. Cet ajustement de la concentration d'oxygène est important et demande une surveillance constante de l'état clinique et de la saturation. Lorsque le patient MPOC oxygénodépendant ou non est traité principalement pour un traumatisme significatif ou un choc non traumatique, de l'oxygène à haute concentration doit être initialement administré. Le besoin du maintien de l'oxygène à haute concentration sera évalué dans le transport selon l'évolution de la condition clinique globale. Le patient asthmatique ne doit pas être inclus dans la catégorie des MPOC. Aux fins d'application de ce protocole, le patient asthmatique est défini de la façon suivante : diagnostiqué asthmatique et doit être âgé 40 ans et moins.

---

## Critère d'inclusion

---

Applicable dans un contexte de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI) selon la directive en vigueur.

---

### 1. Préparation du circuit avec précautions MRSI :

- a. Masque à membrane souple;
- b. Filtre HEPA;
- c. Tubulure crénelée (Optionnelle selon le contexte et l'outil de ventilation\*);
- d. Outil de ventilation (Ballon-masque ou Oxylator™ si indiqué).

2. Installer une canule oropharyngée ou nasopharyngée et optimiser la position du patient afin de favoriser une ventilation optimale.

3. Installer le masque de façon étanche sur le visage du patient et utilisant la technique du « C/E » et dégager les voies respiratoires. Favoriser double « C/E » si 2 intervenants disponibles.

4. Tenir le masque en place en tout temps (expiration comprise) lorsque possible.

5. Si nécessaire, fixer le masque à membrane souple à l'aide des courroies élastiques afin de maintenir le masque au visage du patient (excluant OVR).

6. Éviter toute pression de ventilation excessive (limiter le volume de la ventilation à la levée du thorax).

\* La tubulure crénelée est déconseillée avec le ballon de ventilation pédiatrique, car l'ajout de l'espace-mort peut limiter le volume administré au patient.

---

## Remarques :

Alternatives à considérer dans les situations suivantes, notamment l'impossibilité d'utiliser les courroies élastiques, RCR à un seul intervenant (patient non intubé), évacuation, etc. :

- RCR avec ventilation : Ventiler au ballon-masque et couvrir le visage du patient pendant les compressions thoraciques (avec un masque à haute concentration ou avec un masque de procédure).
  - RCR sans ventilation : Couvrir le visage du patient d'un masque à haute concentration et faire des compressions thoraciques en continu sans ventilation (ventilation passive).
  - Assistance ventilatoire : Si interruption des ventilations nécessaires, couvrir le visage du patient (avec un masque à haute concentration ou avec un masque de procédure).
-

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 7 avril 2020

AUX CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ

AUX CHEFS DES DÉPARTEMENTS D'URGENCE DES CENTRES INTÉGRÉS ET  
DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES  
SOCIAUX

AUX COORDONNATRICES ET COORDONNATEURS DES SOINS  
PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DES CENTRES INTÉGRÉS ET DES CENTRES  
INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

AUX DIRECTRICES ET DIRECTEURS MÉDICAUX RÉGIONAUX DES CENTRES  
INTÉGRÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS UNIVERSITAIRES DE SANTÉ ET DE  
SERVICES SOCIAUX

Chers collègues,

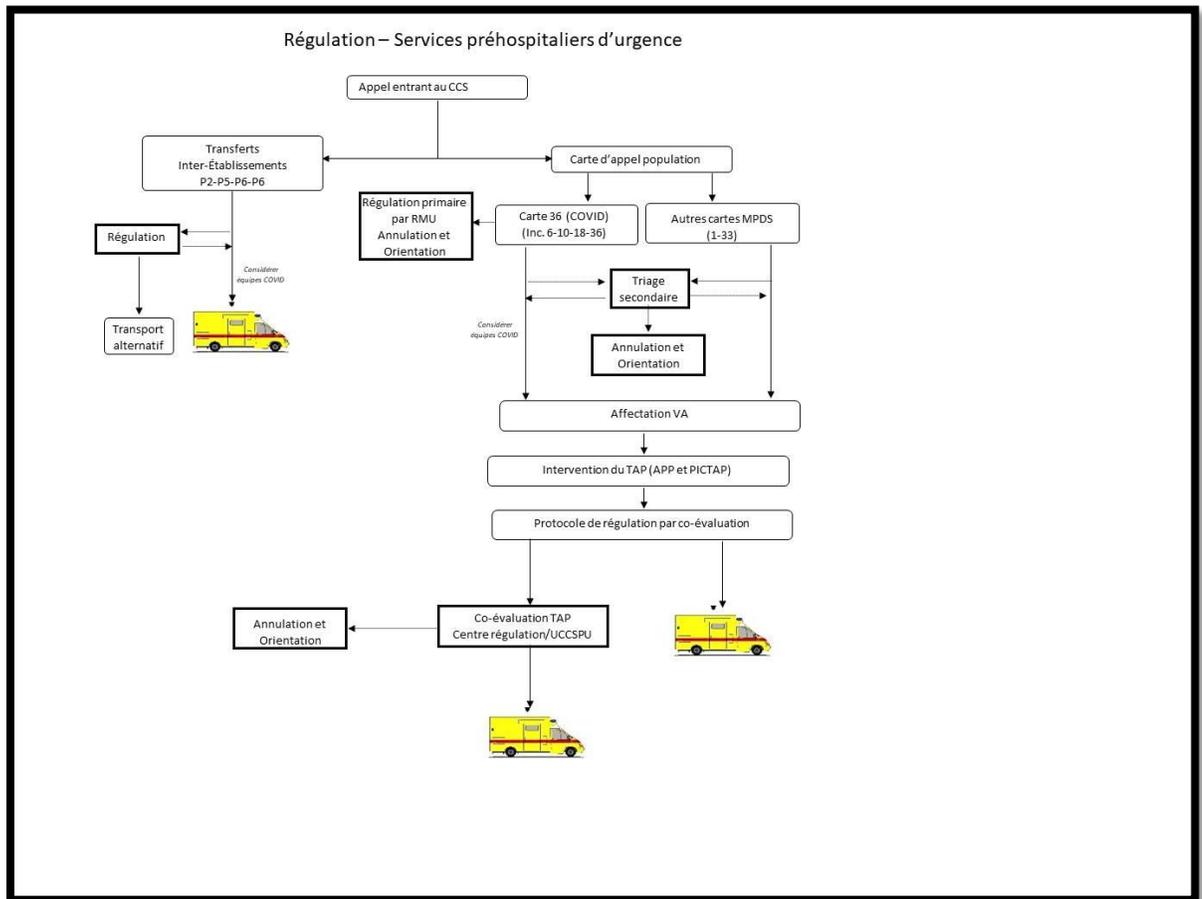
La politique de régulation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) est une activité, en temps de pandémie, ayant pour but d'attribuer la ressource appropriée au besoin du patient en se basant sur des critères cliniques. De plus, la création de nouvelles trajectoires alternatives (cliniques dédiées, cliniques de dépistage, etc.) renforce le besoin de coordination.

La régulation peut se faire à différentes étapes dans le continuum des SPU. Cette régulation peut ultimement mener à l'annulation d'une carte d'appel et à l'annulation d'un transport-ambulancier pour certains patients. Il est important de rappeler que dans le processus de régulation, nous avons le devoir de ne jamais abandonner le patient, mais bien de l'intégrer dans le réseau en fonction de ses besoins.

Nous présentons les lignes directrices suivantes qui permettront de mettre en place, dès maintenant, la structure nécessaire à la régulation, tenant compte des limites légales qui y sont rattachées.

... 2

## Schéma général de régulation SPU



### Régulation primaire par le répartiteur médical d’urgence (RMU)

Processus en vigueur dans les Centres de communication santé (CCS) suivant l’implantation de la carte 36. Cette carte spécifique pour la pandémie est bâtie selon le concept de code de couleur (niveau de pandémie), à laquelle certains déterminants des plus basses priorités, mènent à une suspension d’affectation et oriente l’appelant vers la ligne COVID 1-877 ou Info-santé. Chaque région devra adapter sa réponse selon le niveau de pandémie et le taux de saturation des ressources en fonction des plans de contingence.

### **Processus**

- Prise d'appel par le RMU et création de la carte 36
- Application de la procédure de la carte 36 selon de niveau de pandémie
- Processus de référence du patient selon organisation régionale et l'offre des services
- Annulation de l'appel par le RMU

### **Application**

Applicable de façon autonome par le RMU immédiatement

### **Remarque**

Compte tenu des délais potentiels pour accéder à la ressource de référence, il est attendu que le RMU mette fin à l'appel et que le patient puisse appeler lui-même.

### **Triage secondaire**

Processus à mettre en place immédiatement ayant pour objectif d'évaluer les besoins réels d'affecter une ressource-ambulancière en effectuant une évaluation clinique plus approfondie immédiatement après la prise d'appel par le RMU. Initialement, ce sont les appels non urgents (P4-P7) qui sont ciblés par le triage secondaire. Certaines demandes de plus hautes priorités pourraient aussi être adressées en présence des niveaux d'alerte régionaux élevés. Le triage secondaire peut également servir à la coordination de trajectoires alternatives à l'urgence ou de moyens de transport alternatif.

### **Objectifs**

- Évaluation de toutes les cartes 36 de basse priorité (P4-P7)
- Évaluation de cartes ciblées d'appels généraux (1-32) de basses priorités (P4-P7) \*
- Cibler l'usage possible d'un transport alternatif
- Support aux RMU dans la répartition de priorités expirées
- Coordination des trajectoires alternatives (Sites non traditionnels) si applicable
- Notification aux équipes de soutien à domicile du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou votre centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), si éclosion dans les Résidences privées pour aînés (RPA).
- Orientation selon les besoins du patient selon les services régionaux disponibles tels que les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques réseaux, le soutien à domicile (SAD), les cliniques désignées d'évaluation (CDÉ), etc.\*\*
- Coordonner les demandes de transferts interétablissements (excluant la coordination des lits de soins intensifs (COOLSI) et les transferts pour l'hospitalisation de patients atteints de la COVID-19).

- \* Il est suggéré d'utiliser les déterminants visés par le projet Info-Santé Laval (en annexe)
- \*\* Non exhaustif et modulable selon les capacités et les besoins régionaux

### **Processus**

- Prise d'appel par le RMU
- Création d'une carte d'appel avec priorité
  - Si indication de triage secondaire, mise en attente de la carte d'appel par le RMU
  - Transfert de l'appel au triage secondaire
  - Évaluation téléphonique du patient par le professionnel du triage secondaire
- Prise de décision par le professionnel et communication avec le RMU
  - Annulation selon les orientations et conseils d'autosoins
  - Maintien de l'appel avec affectation ambulance et/ou rehaussement de la priorité

### **Application**

- Pour le moment, nous devons respecter le droit de refus du patient.
- Le triage secondaire doit être effectué par un professionnel de la santé membre d'un ordre professionnel, idéalement une infirmière ou un médecin.
- Nous demandons aux Présidente-directrice générale et Président-directeur général (PDG) des CISSS/CIUSSS de soutenir l'embauche de personnel qualifié pour ce besoin, et de préserver les ressources des services d'assistance téléphonique (811, lignes spécifiques COVID-19) et celles des unités de soins critiques.

### **Remarques**

- Il est recommandé, pour des raisons logistiques que le poste de triage secondaire soit installé directement au CCS. Si effectué à distance, s'assurer d'un pont de communication fiable avec le CCS et du soutien technique conséquent et un accès aux ressources informationnelles du réseau.
- Selon l'organisation régionale, le triage secondaire pourrait être réalisé par les professionnels du centre de régulation régional ou d'une UCCSPU, si disponible.
- Pour le moment, il est recommandé que les professionnels effectuant du triage secondaire aient une excellente connaissance des ressources du réseau régional, des SPU ainsi qu'en soins critiques afin de rapidement reconnaître les situations cliniques nécessitant une augmentation de la priorité et l'affectation de l'ambulance.
- Il est souhaitable que le professionnel puisse contacter au besoin un médecin à distance par sécurité ou gain d'efficacité, particulièrement pour les cas plus complexes.

- Il est demandé de fournir des outils d'aide à la décision clinique aux professionnels du triage secondaire telle que la plateforme « Info-santé web » (ISW). Les protocoles d'Info-santé doivent être utilisés uniquement par une infirmière après l'évaluation du patient. Les conseils et points de surveillance ne doivent en aucun temps servir pour des fins d'évaluation. De plus, l'évaluation de la condition physique et mentale est une activité réservée aux infirmières (voir code des professions) et donc, ne peut en aucun temps, être faite par un technicien ambulancier paramédic (TAP).

### **Coévaluation d'un TAP par un Centre de régulation régional SPU (CRRSPU) ou l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU)**

Processus permettant de justifier la nécessité de soins préhospitaliers d'urgence et de transport par ambulance.

#### **Inclusion**

- *Ressource préhospitalière affectée* : L'application du protocole de régulation par coévaluation clinique du TAP indique que le patient est stable et que le transport vers l'urgence pourrait ne pas être requis.
- *Situation de décès* : soutien à l'application du protocole de constat de décès à distance là où c'est applicable.

#### **Processus**

- Affectation d'une équipe de TAP
- Appréciation de la condition clinique du patient par le TAP selon les protocoles usuels
- Application du Protocole de régulation général par le TAP
- Transport du patient instable ou condition qui nécessite un transport ambulancier vers la salle d'urgence
- La condition est stable selon le protocole par coévaluation et le transport pourrait ne pas être requis
  - Appel au CRRSPU ou UCCSPU 24/7 selon la disponibilité des régions
  - Partage de données cliniques, évaluation clinique et prise de décision concertée avec le professionnel du CRRSPU ou UCCSPU
    - Maintien du transport - Coordonner l'arrivée de l'utilisateur au centre hospitalier receveur.
    - Annulation du transport
  - Explication de l'annulation

- Options :
  - Transport alternatif
  - Référence selon l'organisation régionale (téléconsultation, 811, 1-877, clinique d'évaluation, GMF, etc.)
  - Remise en disponibilité des TAP
- Situation de décès : décès reconnu ou attendu. Arrêt de manœuvres en situation de réanimation
  - Contacter l'UCCSPU pour les régions bénéficiant de ce service
  - En l'absence d'un lien déjà en place avec une UCCSPU et un protocole régional, il est possible de mettre en place un tel processus dans le contexte aigu de la pandémie avec l'unité du CRRSPU et le médecin répondant. La région doit alors prévoir les liens avec les organisations impliquées à ce processus (coroner, maison funéraire, service de police, urgence psychosociale selon l'organisation et les possibilités régionales)

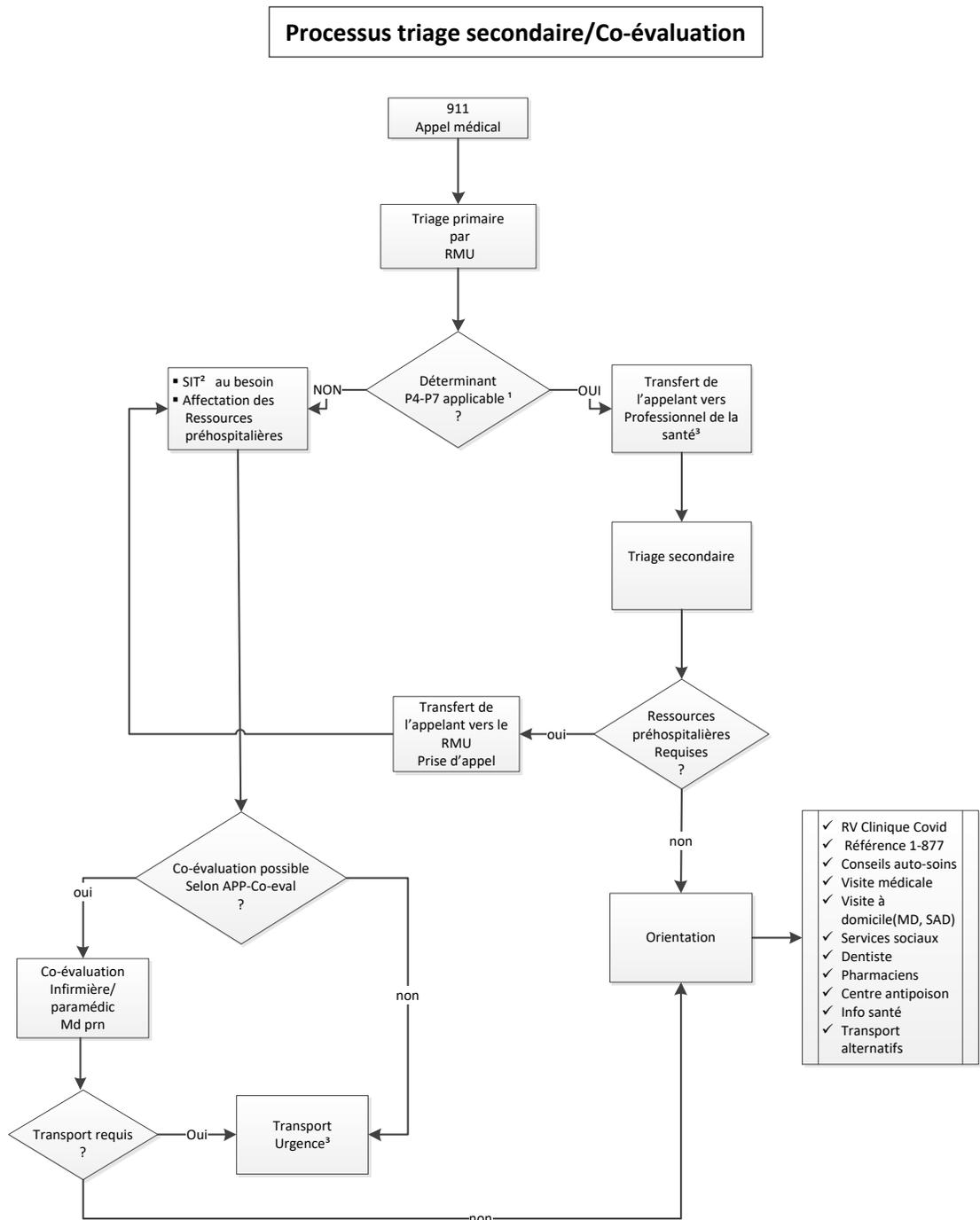
### **Application**

- L'initiation d'un non-transport par le TAP est actuellement prohibée en vertu de la réglementation actuelle et est un enjeu dans l'applicabilité du volet du processus de régulation.
- Toutefois, l'évaluation plus approfondie de la condition du patient par un professionnel de la santé et une proposition de trajectoire alternative est une approche possible et sous condition de préserver le droit de refus du patient.

### **Remarques**

- Les régions devront mettre en place une structure, appelée le Centre de régulation régional SPU (CRRSPU), permettant la coévaluation par le TAP, composée d'infirmières et supportée par un médecin. La coévaluation directe avec un médecin est aussi possible.
- Bien qu'il n'ait pas été conçu pour cet usage, un logiciel de réorientation clinique pourrait être un outil utile pour l'aide à la décision clinique des infirmières et permettrait de supporter l'annulation de transports pour les patients avec une présentation clinique à faible risque de mortalité/morbidité avec les limitations inhérentes au logiciel.
- Le médecin ne doit en aucun cas demander au TAP d'effectuer des gestes (arrêt des manœuvres, traitement) qui ne sont pas prévus par ses protocoles (PICTAP).

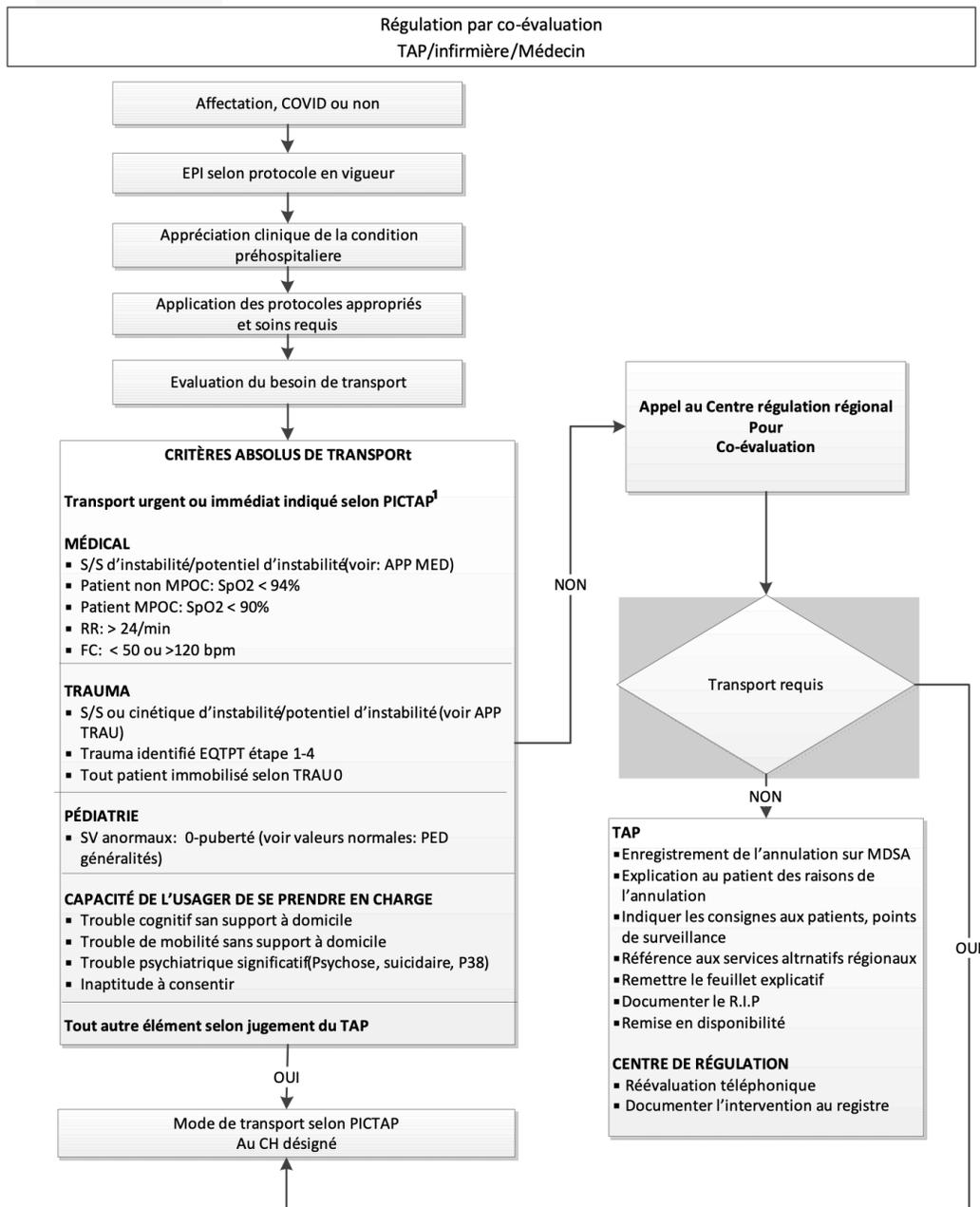
## Processus triage secondaire et coévaluation



1. Activité de coordination pertinence  
 2. SIT: Soins immédiats téléphoniques  
 3. Professionnels de la santé: infirmière, médecins (TAP selon décret)

DATE DE MODIFICATION  
 Version 1 2/04/2020

## Processus de régulation par coévaluation



1- Si le TAP considère une situation non urgente chez un patient stable, considérer la régulation.

EXEMPLES (Cette liste n'est pas exhaustive):

- Hypoglycémie résolue, et alerte
- Intoxication involontaire et alerte
- Brûlure < 10% sans inhalation Douleur thoracique autre que DTOCP et ECG anormal

DATE DE MODIFICATION  
02/04/2020

### Généralités applicables au programme du triage secondaire et soutien en coévaluation médicale

- Gouvernance clinico-administrative.
  - Direction régionale SPU : coordo, Directeur médical régional (DMR), Directeur général (DG) des CCS.
  - D'autres directions des CISSS/CIUSSS possibles selon les besoins identifiés ; 1<sup>re</sup> ligne, soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), urgence, dirigeant du réseau de l'information (DRI), etc.
- Un support technologique est nécessaire en complémentarité avec les CCS
  - Lignes téléphoniques dédiées avec capacité d'enregistrement, connexion internet, ordinateur, logiciels de collecte de données et d'aide à la décision
  - La plupart des CCS sont autonomes avec leurs technologies de l'information (TI), leurs fournisseurs informatiques et leurs télécoms. Ils ont le support d'une équipe informatique de leur CISSS pour l'implantation au besoin.
- Offrir la formation nécessaire au personnel impliqué dans le processus de régulation
- Mise en place d'un processus d'assurance-qualité
  - Création du dossier patient
  - Registre des annulations
  - Suivi téléphonique à 24h des annulations
  - Suivi des complications
  - Taux de transport ambulancier post-annulation
  - Taux d'annulation via triage secondaire
  - Taux d'annulation via coévaluation
- Prévoir les arrimages avec les ressources régionales pertinentes, incluant certains services hors réseau de la santé

### Annexe 1 : Déterminants admissibles au triage secondaire

Code	Description	Priorité
01A01	Douleur abdominale / problèmes abdominaux / Douleur abdominale	4I
01A02	Douleur abdominale / problèmes abdominaux / Douleur aux testicules ou à l'aîne (homme)	4I
02A01	Allergies (réactions) / empoisonnements (piqûres, morsures) / Pas de difficulté à respirer ou à avaler (éruption cutanée, urticaire ou démangeaison peuvent être présents)	4I
02A02	Allergies (réactions) / empoisonnements (piqûres, morsures) / Morsures d'araignée	4I
03A01	Morsure / attaque d'animaux / Région du corps non dangereuse	4I
03A02	Morsure / attaque d'animaux / Blessures non récentes (>= 6 h et sans symptôme prioritaire)	7I
03A03	Morsure / attaque d'animaux / Blessures superficielles	7I

04A02A	Agression / Agression sexuelle / Pistolet électrique / Région du corps non dangereuse (agression)	7I
04A03A	Agression / Agression sexuelle / Pistolet électrique / Blessures non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire) (agression)	7I
05A01	Douleur au dos (non traumatique ou trauma non récent) / Mal de dos non traumatique	7I
05A02	Douleur au dos (non traumatique ou trauma non récent) / Mal de dos traumatique non récent ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire)	7I
07A03	Brûlures (échaudures) / Explosion (déflagration) / Brûlures mineures	7I
07A03W	Brûlures (échaudures) / Explosion (déflagration) / Brûlures mineures (Feux d'artifice)	7I
07A04	Brûlures (échaudures) / Explosion (déflagration) / Coup de soleil	7I
07A05	Brûlures (échaudures) / Explosion (déflagration) / Brûlures/blessures non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire)	7I
07A05E	Brûlures (échaudures) / Explosion (déflagration) / Brûlures/blessures non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire) (explosion)	7I
07A05F	Brûlures (échaudures) / Explosion (déflagration) / Brûlures/blessures non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire) (incendie en cours)	7I
07A05W	Brûlures (échaudures) / Explosion (déflagration) / Brûlures/blessures non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire) (feux d'artifice)	7I
11A01	Étouffement / N'est pas étouffé maintenant (peut parler ou pleurer, est alerte et respire normalement)	4I
11A01C	Étouffement / N'est pas étouffé maintenant (peut parler ou pleurer, est alerte et respire normalement) (bonbons / friandises / gomme à mâcher)	4I
11A01F	Étouffement / N'est pas étouffé maintenant (peut parler ou pleurer, est alerte et respire normalement) (nourriture)	4I
11A01M	Étouffement / N'est pas étouffé maintenant (peut parler ou pleurer, est alerte et respire normalement) (lait / liquide (non toxique))	4I
11A01O	Étouffement / N'est pas étouffé maintenant (peut parler ou pleurer, est alerte et respire normalement) (objet / jouet)	4I
11A01U	Étouffement / N'est pas étouffé maintenant (peut parler ou pleurer, est alerte et respire normalement) (inconnu)	4I
13A01	Problèmes diabétiques / Alerte et se comportant normalement	7I

16A02	Problèmes / Blessures aux yeux / Blessures MINEURES aux yeux	7I
16A03	Problèmes / Blessures aux yeux / Problèmes MÉDICAUX aux yeux	7I
17A02	Chutes / Région du corps non dangereuse	4I
17A02G	Chutes / Région du corps non dangereuse (sur le plancher ou au sol)	4I
17A03	Chutes / Blessures non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire)	7I
17A04	Chutes / Assistance publique (sans blessure et sans symptôme prioritaire)	7I
17A04G	Chutes / Assistance publique (sans blessure et sans symptôme prioritaire) (sur le plancher ou au sol)	7I
18A01	Mal de tête / Respiration normale	7I
19A01	Problèmes cardiaques / D.C.A.I. / Rythme cardiaque $\geq 50$ bpm et $< 130$ bpm (sans symptôme prioritaire)	4I
20A01C	Exposition à la chaleur / Au froid / Alerte (exposition au froid)	7I
20A01H	Exposition à la chaleur / Au froid / Alerte (exposition à la chaleur)	7I
20B01C	Exposition à la chaleur / Au froid / Changement de couleur de la peau (exposition au froid)	7I
20B01H	Exposition à la chaleur / Au froid / Changement de couleur de la peau (exposition à la chaleur)	7I
20C01C	Exposition à la chaleur / Au froid / Antécédents de crise cardiaque ou d'angine (exposition au froid)	4I
20C01H	Exposition à la chaleur / Au froid / Antécédents de crise cardiaque ou d'angine (exposition à la chaleur)	4I
21A01M	Hémorragie / Lacérations / Hémorragie non dangereuse (médicale)	4I
21A01T	Hémorragie / Lacérations / Hémorragie non dangereuse (trauma)	4I
21A02M	Hémorragie / Lacérations / Hémorragie mineure (médicale)	7I
21A02T	Hémorragie / Lacérations / Hémorragie mineure (trauma)	7I
22A01	Incident inaccessible / Personne coincée (hors circulation) / N'est plus coincé (sans blessure)	7I
22A01A	Incident inaccessible / Personne coincée (hors circulation) / N'est plus coincé (sans blessure) (au-dessus du sol (? 2 m/6 pi))	7I
22A01B	Incident inaccessible / Personne coincée (hors circulation) / N'est plus coincé (sans blessure) (en-dessous du sol (? 2 m/6 pi))	7I

22A01M	Incident inaccessible / Personne coincée (hors circulation) / N'est plus coincé (sans blessure) (victime multiple)	7I
22A01X	Incident inaccessible / Personne coincée (hors circulation) / N'est plus coincé (sans blessure) (à la fois au-dessus du sol et victime multiple)	7I
22A01Y	Incident inaccessible / Personne coincée (hors circulation) / N'est plus coincé (sans blessure) (à la fois en dessous du sol et victime multiple)	7I
24A01	Grossesse / Accouchement / Fausse-couche / Hémorragie du 1 <sup>er</sup> trimestre ou fausse-couche	7I
24A01M	Grossesse / Accouchement / Fausse-couche / Hémorragie du 1 <sup>er</sup> trimestre ou fausse-couche (accouchement multiple)	7I
25A01	Problème psychiatrique / De comportement / Tentative de suicide / Non suicidaire et alerte	7I
25A02	Problème psychiatrique / De comportement / Tentative de suicide / Suicidaire (non menaçant) et alerte	4I
26A01	Personne malade (diagnostic spécifique) / Pas de symptôme prioritaire (problèmes prioritaires 2-12 non identifiés)	7I
26A02	Personne malade (diagnostic spécifique) / Anomalie de la pression sanguine (asymptomatique)	7I
26A03	Personne malade (diagnostic spécifique) / Étourdissement / Vertige	7I
26A04	Personne malade (diagnostic spécifique) / Fièvre / frissons	7I
26A05	Personne malade (diagnostic spécifique) / Faiblesse générale	7I
26A06	Personne malade (diagnostic spécifique) / Nausée	7I
26A08	Personne malade (diagnostic spécifique) / Autre douleur (pas niveau oméga)	7I
26A09	Personne malade (diagnostic spécifique) / Transport seulement	7I
26A10	Personne malade (diagnostic spécifique) / Pas bien / malade	4I
26A11	Personne malade (diagnostic spécifique) / Vomissement	7I
26O02	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Furoncles	7I
26O03	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Bosses (non traumatiques)	7I
26O04	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Insomnie	7I
26O05	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Impossibilité d'uriner (sans douleur abdominale)	7I
26O06	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Sondes (urinaire - entrée/sortie sans hémorragie)	7I
26O07	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Constipation	7I

26O08	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Crampes/spasmes/douleurs articulaires (aux extrémités et non traumatiques)	7I
26O09	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Bague coincée	7I
26O10	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Surdité	7I
26O11	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Défécation/diarrhée	7I
26O12	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Mal d'oreilles	7I
26O13	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Lavement	7I
26O14	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Goutte	7I
26O15	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Hémorroïdes	7I
26O16	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Hépatite	7I
26O17	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Hoquet	7I
26O18	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Démangeaison	7I
26O19	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Nervosité	7I
26O20	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Objet coincé (nez, oreille, vagin, rectum, pénis)	7I
26O21	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Objet aval� (sans étouffement ni difficulté à respirer, peut parler)	7I
26O22	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Miction douloureuse	7I
26O23	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Problèmes/douleur au pénis	4I
26O24	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / éruption cutanée/troubles cutanés (sans difficulté à respirer ou avaler)	7I
26O25	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Maladie transmissible sexuellement	7I
26O26	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Mal de gorge (sans difficulté à respirer ou avaler)	7I
26O27	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Mal de dent (sans douleur à la mâchoire)	7I

26O28	Problèmes NON PRIORITAIRES - Niveau oméga (2-28) / Plaie infectée (circonscrite ou en surface)	7I
27A01G	Arme blanche / Arme à feu / Trauma pénétrant / Blessures périphériques non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire) (arme à feu)	4I
27A01P	Arme blanche / Arme à feu / Trauma pénétrant / Blessures périphériques non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire) (Blessure pénétrante (pas empalé maintenant))	4I
27A01S	Arme blanche / Arme à feu / Trauma pénétrant / Blessures périphériques non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire) (arme blanche)	4I
30A02	Blessures traumatiques (spécifiques) / Région du corps non dangereuse	4I
30A03	Blessures traumatiques (spécifiques) / Blessures non récentes ( $\geq 6$ h et sans symptôme prioritaire)	7I

Veillez agréer, chers collègues, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La Directrice médicale nationale,



Élyse Berger-Pelletier, M.D., M.Sc., FRCPC

p. j. 2

N/Réf. : 20-AU-00480-17