



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Procès-verbal de la deuxième séance (ordinaire),
tenue les 22 et 23 avril 2021
par vidéoconférence

Membres présents :

Dr Mauril Gaudreault
Dr Jean-Pierre Boucher
Dre Amélie Coutu
M. Jean-Pierre Dubeau
Dr Pierre Guérette
M. Daniel Hébert
Dr Martin Laliberté
Dre Christine Larocque

Mme Valérie Lévesque
Dre Francine Mathieu-Millaire
Dr Alain Naud
Dr Simon Patry
Dre Véronique Phan Cong
Mme Nathalie Pierre-Antoine
Dre Nathalie Saad
Dre Chantal Vallée

Secrétaire d'assemblée :

Dre Isabelle Tardif

Personnes ressources :

Me Linda Bélanger
Dr André Luyet
Dre Anne-Marie MacLellan
Dr Guy Morissette
Dr Stéphane Ouellet
Dr Jean-Bernard Trudeau
Mme Olga Rédikoultseva

LE JEUDI 22 OCTOBRE 2021

La séance du Conseil d'administration débute à 13 heures.

1. Ouverture de la séance et appel nominal

Le président procède à l'appel nominal. Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

Le directeur général accueille et présente le docteur Stéphane Ouellet, médecin-conseil à la Direction des études médicales, qui a débuté son mandat en avril 2021.

2. Adoption de l'ordre du jour

Après avoir pris connaissance de la dernière version du projet d'ordre du jour de la séance du 22 avril 2021,

Il est proposé par la docteure Francine Mathieu-Millaire, appuyé par le docteur Simon Patry,

CDA-21-21

d'adopter l'ordre du jour de la séance du 22 avril 2021 faisant l'objet de l'Annexe I du présent procès-verbal.

Adopté à l'unanimité.

3. Adoption du procès-verbal de la séance ordinaire tenue le 19 février 2021

Le procès-verbal de la séance ordinaire du Conseil d'administration tenue le 19 février 2021 est déposé pour approbation.

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

CDA-21-22

d'adopter le procès-verbal de la séance ordinaire du Conseil d'administration tenue le 19 février 2021.

Adopté à l'unanimité.

4. Affaires découlant des procès-verbaux des séances précédentes

Des sujets relatifs aux affaires découlant des séances précédentes sont à l'ordre du jour de la séance du 23 avril.

5. Bilan et perspectives – Présentation de la Direction des études médicales

La docteure Anne-Marie MacLellan, directrice de la Direction des études médicales, vient rencontrer les membres du Conseil d'administration afin de leur présenter le bilan d'activités de sa direction et échanger sur les grands dossiers en cours et les perspectives et objectifs à court et moyen termes.

6. Rapports des comités – Bilan 2020-2021, enjeux et perspectives

Les présidents des comités statutaires et permanents auront dorénavant l'opportunité, annuellement, de présenter le bilan d'activités effectuées par leur comité dans la dernière année, de souligner les principaux dossiers abordés et les enjeux et perspectives qui se dessinent pour la prochaine année.

Étant donné que la séance du Conseil d'administration d'avril arrive à la même période que la préparation du rapport annuel du Collège, qui porte sur l'année d'exercice s'étant terminée le 31 mars, il a été décidé de profiter de cette séance, qui s'étend sur deux jours, pour la présentation du bilan annuel de chaque comité.

En complément aux rapports annuels de leurs comités respectifs, les présidents présentent les enjeux et les projets futurs suivants :

Comité d'admission à l'exercice

Les principaux points soulevés par le docteur Naud sont les suivants :

- Enjeu de maintien de l'expertise en lien avec le renouvellement des membres dans les prochaines années;
- Optimisation des processus relatifs aux demandes de permis restrictifs en cours;
- Augmentation significative des demandes de permis restrictifs, et par conséquent des demandes de stages, mais diminution globale des délais entre les différentes étapes du processus d'obtention d'un permis restrictif;
- Processus d'amélioration continue mis en place afin d'assurer des stages de qualité aux candidats à un permis restrictif au Québec en regard de trois principaux aspects: choix des milieux de stage et des maîtres de stage, formation/accompagnement des maîtres de stage et des médecins évaluateurs, contenu des évaluations de mi-stage et de fin de stage;

- Démarches exploratoires en cours avec d'autres pays pour une entente semblable à l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) entre le Québec et la France;
- Examens terminaux pour les résidents régulièrement remis en question;

Au nom de tous les membres du comité d'admission à l'exercice, le docteur Naud souligne l'excellent support de la Direction des études médicales offert au comité et le travail remarquable des agentes de cette direction dans le contexte d'une charge de travail supplémentaire importante amenée par la pandémie.

Il souligne également la contribution significative de la docteure Isabelle Tardif qui était jusqu'à tout récemment directrice adjointe à la Direction des études médicales.

Comité sur les activités médicales partageables

De nombreux dossiers sont actuellement en cours, en interface avec différents ordres professionnels en santé et avec l'Office des professions. Le docteur Boucher fait ressortir les éléments suivants :

- La consultation du Collège auprès des ordres professionnels et partenaires concernés sur le projet de *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par des orthophonistes* visant à permettre aux orthophonistes :
 - D'introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une ouverture artificielle, ou dans et au-delà du pharynx, ou au-delà du vestibule nasal;
 - D'administrer, selon une ordonnance, des médicaments ou d'autres substances;
 - De prescrire un examen d'imagerie médicale, soit une vidéofluoroscopie de la déglutition;

À la suite de cette dernière consultation, des travaux ont été entamés avec l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et l'Ordre des ergothérapeutes du Québec pour la production de futurs projets de règlements s'inspirant de celui des orthophonistes;

- Le comité continue sa réflexion sur le sujet de la collaboration intra-professionnelle, qui sera d'ailleurs le thème de son lac-à-l'épaule de juin 2021. Lors de cette activité, le comité travaillera à établir un plan d'action pour améliorer la collaboration et la communication entre les médecins;
 - Le comité travaille également en ce moment à promouvoir davantage le partenariat patient, notamment en développant une fiche mettant de l'avant le patient comme professionnel de l'équipe de soins.
-

Comité de développement professionnel continu et de remédiation

La docteure Vallée soulève les points suivants :

- Enjeux de reconnaissance de formation : les demandes sont de plus en plus nombreuses, surtout en esthétique, mais aussi dans d'autres secteurs, comme les césariennes pour les chirurgiens généraux, la pratique hospitalière pour certains médecins de première ligne, pour ne nommer que ces exemples;
- Un grand travail a été réalisé dans le cadre de l'application du Règlement sur la formation continue obligatoire, et des enjeux en surgiront dans les prochains mois avec le nombre de médecins qui seront en défaut de répondre aux exigences en matière de formation continue obligatoire prescrites par ce règlement.

La docteure Vallée souligne la contribution des membres du comité et du docteur Ernest Prigent. Elle mentionne également que le docteur François Goulet, secrétaire du comité, prend sa retraite prochainement, et le remercie pour son travail.

Comité des études médicales et de l'agrément

La docteure Phan souligne l'agilité du CEMA à s'ajuster au contexte de la pandémie et à offrir des permis restrictifs aux résidents finissants, étant donné les reports des examens de certification et du Conseil médical du Canada, et le rôle de support que le comité exerce auprès des facultés de médecine. Elle fait ressortir également les points suivants :

- Assouplissement des processus internes du CMQ relatifs à l'agrément des milieux de stages, aux demandes de stages en milieux non-agrèés et à l'agrément des associations prestataires de DPC;
 - Enjeux liés à la télémédecine : son rôle dans l'éducation, mais aussi ses dangers car pour des apprenants en début de formation il est essentiel de rencontrer et d'examiner des patients en réel et non en virtuel;
 - Compétition pour les milieux de stage entre les divers apprenants (étudiants, résidents et IPS), le Collège devra s'assurer de l'accès à la formation pour les futurs médecins ;
 - Fatigue du corps professoral et mécontentement des résidents face à la compétence par conception, importance de sensibiliser le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada des difficultés vécues sur le terrain;
 - Le Collège des médecins du Québec a réussi à amener le Canadian Residency Accreditation Consortium (CanRAC) à explorer la participation de patients partenaires dans le processus d'agrément et c'est la Direction des études médicales qui pilotera ce dossier avec le Bureau du patient partenaire de l'Université de Montréal.
-

Comité des finances et d'audit

Parmi les dossiers prioritaires du comité, le docteur Laliberté souligne les suivants :

- Mise à jour de la politique de placement des surplus du Collège : ajustement pour prendre en compte la réalité actuelle des marchés financiers en contexte de crise sanitaire mondiale en ce qui concerne le marché obligataire;
- Modalités de paiement pour la cotisation annuelle 2022-2023 avec notamment modulation de la cotisation pour congé parental.

Le docteur Laliberté souligne que le comité des finances et d'audit est un comité de conformité avec plusieurs opportunités de création de valeurs.

Comité de gouvernance

La docteure Saad souligne les éléments suivants du rapport du comité :

- Mise à jour de la Politique de rémunération des administrateurs et du président;
 - Gestion intégrée des risques : adopter la politique, établir le processus de gestion des risques, le rôle du comité de gouvernance et le rôle du Conseil d'administration ;
 - Mise à jour du rôle et des responsabilités liées aux postes de président, de directeur général et de secrétaire du Collège;
 - Mise à jour de la Politique de régie interne du Collège;
 - Révision des mandats des comités permanents et statutaires en vue de la formation des comités en 2022;
 - Réflexion sur la culture de l'éthique : cet élément fait partie des lignes directrices de l'Office des professions.
-

Comité d'inspection professionnelle

Le docteur Patry soulève plus particulièrement les éléments suivants du rapport :

- Recrutement en cours pour compléter l'équipe d'inspection, à la suite des départs et d'un transfert d'un nouvel inspecteur qui a accepté un nouveau poste à la Direction des études médicales;
- Besoin d'améliorer le support administratif car les inspections à distance sont plus lourdes à organiser;

- Reprise du rythme habituel des visites d'inspection prévue lorsque la vaccination sera terminée;
 - Reprise possible des réunions du comité en présentiel envisagée;
 - Développement du processus d'évaluation de l'exercice en télémédecine.
-

Comité interordres Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens du Québec

La docteure Larocque fait état des points suivants :

- L'adoption de la *Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie* afin de favoriser l'accès à certains services (Loi 4), le cheminement des trois règlements en découlant ainsi que la mise en place d'un comité de vigie qui se penche notamment sur l'enjeu de communication avec nos membres pour bien expliquer les nouveaux rôles du pharmacien;
 - Travaux conjoints des deux ordres entamés concernant l'enjeu d'indépendance professionnelle et les pratiques de l'industrie pharmaceutique;
 - Réflexion sur l'avenir des arrêtés ministériels émis dans le cadre de la pandémie concernant le dépistage, la vaccination et la trousse de médicaments d'urgence en résidence privée pour aînés (RPA) et en ressources intermédiaires (RI).
-

Comité des requêtes

Le docteur Gaudreault souligne les enjeux suivants :

- L'actualisation du processus de suivi des établissements lorsqu'un enjeu systémique est identifié lors d'une enquête effectuée par la Direction des enquêtes;
 - Dans le cadre des enquêtes relatives à l'exercice illégal de la médecine et des décisions en découlant d'intenter une poursuite en exercice illégal ou non :
 - Augmentation des demandes;
 - Interventions envisagées auprès des instances gouvernementales pour revoir les amendes lors d'un verdict de culpabilité.
-

Comité des ressources humaines

Madame Lévesque souligne les dossiers suivants :

- Transformation des milieux de travail, dont l'implantation du télétravail post-pandémie, est un enjeu important auquel le Collège, et l'ensemble des organisations, feront face dans la prochaine année :
 - Une directive relative au télétravail sera élaborée et présentée au comité des ressources humaines en mai 2021;
 - Au cours de la dernière année, le Collège a réussi à déployer la grande majorité de ses activités en mode virtuel : les inspections à distance, les processus d'agrément en mode virtuel, les processus de recrutement et d'accueil des nouveaux employés, des audiences disciplinaires sans papier et virtuelles. Tout ceci soutenu par une transformation numérique favorisant le travail collaboratif (Office365).
 - Actualisation de la *Politique d'appréciation de la contribution* :
 - Une politique d'évaluation de la performance des employés existe déjà au Collège, mais doit être actualisée, et le Service des ressources humaines souhaite en profiter pour modifier son appellation pour « Appréciation de la contribution », plutôt que « Évaluation de la performance », ainsi que le libellé de la politique, de façon à mettre l'accent sur la reconnaissance et le développement professionnel de l'employé, plutôt que sur le caractère évaluatif de l'exercice. Cette modification à la politique vient s'inscrire au plan d'action découlant du plan stratégique qui vise à intégrer davantage les valeurs du Collège à l'interne;
 - Mise à jour du Code d'éthique et de conduite à l'intention des employés du Collège
 - Compte tenu de l'adoption du plan stratégique qui accorde une plus grande importance à la gestion des risques liés à l'éthique, il y a une nécessité de revoir le Code;
 - En plus de l'adapter au plan stratégique, plusieurs enjeux éthiques ont été soulevés dans cet ère de télétravail, en lien, entre autres, avec la protection des données et l'utilisation des médias sociaux. Il est prévu de former les employés à l'automne 2021, au même moment que le Code sera diffusé, et signé par tous les employés. Le Code abordera les sujets suivants : conflits d'intérêts et indépendance, confidentialité, professionnalisme, intégrité, fonctions et activités professionnelles externes, devoir de réserve et prise de position (particulièrement à l'ère des réseaux sociaux);
 - Bien que le Code aborde l'aspect de l'utilisation des médias sociaux, sous la rubrique du « Devoir de réserve et prise de position », ce sujet fera l'objet d'une politique spécifique, qui sera élaborée en 2021-2022.
-

Comité sur les services préhospitaliers d'urgence

Le docteur Guérette remercie les docteurs Martin Laliberté et Jean-Bernard Trudeau pour leur leadership dans les dossiers de dépistage et de vaccination par les techniciens ambulanciers paramédicaux démontrant des grandes qualités de rapidité, d'agilité et de résilience dans le contexte de la pandémie émergente. Il souligne également les dossiers suivants :

- Enjeux de la transformation des services préhospitaliers d'urgence:
 - Le Comité National de Transformation des SPU (CNTSPU) a vu le jour en octobre 2019, et son mandat depuis est de produire, conséquemment aux rapports Fréchette, Dicaire et Ouellet et aux multiples consultations, une politique du préhospitalier et par la suite, une nouvelle loi qui met le citoyen en détresse au centre des décisions;
 - Un organigramme sur les soins et environnements entourant l'intervention auprès du patient en détresse est présenté au Conseil d'administration pour mettre en évidence les enjeux actuels.
 - Trois grands défis se dégagent également :
 - La transformation des SPU et l'évolution du rôle des médecins qui travaillent en équipe multidisciplinaire;
 - La démarche du CMQ pour prioriser la professionnalisation des paramédics au Québec;
 - La transformation numérique du dossier préhospitalier et son arrimage au dossier clinique longitudinal du patient.
-

7. Varia

L'assemblée accueille le docteur Jean-Bernard Trudeau, directeur général adjoint du Collège, qui est invité à cette séance du Conseil d'administration afin que les administrateurs puissent lui rendre hommage pour toutes les années consacrées au Collège des médecins du Québec.

Motion de félicitations et de remerciements – Docteur Jean-Bernard Trudeau

ATTENDU QUE le docteur Jean-Bernard Trudeau, directeur général adjoint du Collège, prendra sa retraite sous peu;

ATTENDU QUE les membres du Conseil d'administration tiennent à exprimer leur appréciation du travail accompli par le docteur Jean-Bernard Trudeau tout au long de sa carrière au Collège des médecins du Québec;

ATTENDU QUE le docteur Jean-Bernard Trudeau, par sa connaissance du système professionnel, par sa rigueur, son engagement et son dévouement envers le Collège des médecins du Québec, a offert une remarquable contribution, tant au Collège qu'à l'interprofessionnalisme en santé, et que ceci mérite d'être souligné;

Il est proposé, appuyé et adopté à l'unanimité,

CDA-21-41

d'adopter une motion de félicitations et de remerciements à l'endroit du docteur Jean-Bernard Trudeau (83151), directeur général adjoint, afin de souligner l'engagement, l'esprit rassembleur, le leadership collaboratif et la rigueur dont il a fait preuve tout au long de sa carrière au Collège.

Adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 17 heures et se poursuivra le vendredi 23 avril 2021, à compter de 8 h 30.

LE VENDREDI 23 AVRIL 2021

La séance du Conseil d'administration débute à 8 h 30.

1. Ouverture de la séance et appel nominal

Le président procède à l'appel nominal. Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

2. Adoption de l'ordre du jour

Après avoir pris connaissance de la dernière version du projet d'ordre du jour de la séance du 23 avril 2021,

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

CDA-21-23

d'adopter l'ordre du jour de la séance du 23 avril 2021 faisant l'objet de l'Annexe I du présent procès-verbal.

Adopté à l'unanimité.

ORDRE DU JOUR DE CONSENTEMENT

3.

[REDACTED]

[REDACTED]

4. Nomination de syndics adjoints

Nomination d'un syndic adjoint à la Direction des enquêtes

ATTENDU QU'il y a lieu de pourvoir un poste de syndic adjoint à la Direction des enquêtes;

[REDACTED]

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ATTENDU QUE de l'avis du comité de sélection, le docteur Daniel Tardif possède les compétences et l'expérience requises et recherchées pour ce poste;

ATTENDU QUE le salaire du docteur Daniel Tardif sera établi selon les échelles salariales en vigueur;

ATTENDU QUE le comité de sélection recommande à l'unanimité la nomination du docteur Daniel Tardif au poste de syndic adjoint;

Il est proposé par la docteure Nathalie Saad, appuyé par monsieur Daniel Hébert,

CDA-21-28

de nommer le docteur Daniel Tardif (87297) au poste de syndic adjoint à la Direction des enquêtes, son entrée en fonction prenant effet en mai 2021.

Adopté à l'unanimité.

Nomination d'une syndique adjointe à la Direction des enquêtes

ATTENDU QU'il y a lieu de pourvoir un poste de syndic adjoint à la Direction des enquêtes;

[REDACTED]

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ATTENDU QUE de l'avis du comité de sélection, la docteure Thanh Phi Yen Luu possède les compétences et l'expérience requises et recherchées pour ce poste;

ATTENDU QUE le salaire de la docteure Thanh Phi Yen Luu sera établi selon les échelles salariales en vigueur;

ATTENDU QUE le comité de sélection recommande à l'unanimité la nomination de la docteure Thanh Phi Yen Luu au poste de syndique adjointe;

Il est proposé par la docteure Nathalie Saad, appuyé par monsieur Daniel Hébert,

CDA-21-29

de nommer la docteure Thanh Phi Yen Luu (99205) au poste de syndique adjointe à la Direction des enquêtes, son entrée en fonction prenant effet en septembre 2021.

Adopté à l'unanimité.

5. Régime complémentaire de retraite des employés du Collège

[Redacted content for section 5]

6. Détenteurs de cartes de crédit autorisés

[Redacted content for section 6]

ATTENDU QUE le comité de la formation des IPS est composé de neuf membres, dont notamment :

- trois membres nommés par le Conseil d'administration du CMQ, dont l'un faisant partie de l'équipe de la permanence du CMQ;
- membre de la permanence du CMQ qui possède une expérience pertinente;
- deux médecins qui possèdent une bonne connaissance de la pratique clinique requise et de celle exercée par les infirmières praticiennes spécialisées finissantes dans les milieux de soins;

ATTENDU QUE conformément à l'article 24 du Règlement, le Conseil d'administration de l'OIIQ doit également instituer un sous-comité d'examen des programmes;

ATTENDU QUE le sous-comité d'examen est composé des six membres du comité de la formation des IPS nommés par l'OIIQ et le CMQ ;

ATTENDU QUE les membres, autres que ceux nommés par le Conseil d'administration de l'OIIQ, entrent en fonction à compter de leur nomination ou, le cas échéant, à la date qui est fixée pour une période de trois ans et demeurent en fonction à l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés;

ATTENDU QUE la docteure Isabelle Tardif (99169) a été nommée le 14 juin 2019 par résolution du Conseil d'administration (CDA-19-52) à titre de membre de la permanence du CMQ qui possède une expérience pertinente;

ATTENDU QU'il y a lieu de procéder à son remplacement à titre de membre du comité de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour les infirmières praticiennes spécialisées, compte tenu de ses nouvelles fonctions de secrétaire et de directrice générale adjointe désignée;

Il est proposé par la docteure Nathalie Saad, appuyé par monsieur Daniel Hébert,

CDA-21-32

- 1) **de nommer le docteur Stéphane Ouellet (01282) en remplacement de la docteure Isabelle Tardif (99169), à titre de représentant du Collège des médecins du Québec au comité de la formation des infirmières praticiennes spécialisées et au sous-comité d'examen des programmes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour un mandat de trois ans, et ce, à partir du 23 avril 2021;**
- 2) **d'informer l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec de cette nomination.**

Adopté à l'unanimité.

POINTS D'ORIENTATION

8. Aide médicale à mourir

Aide médicale à mourir – Formation d'un groupe de réflexion

ATTENDU la mission du Collège des médecins du Québec de protéger le public en offrant une médecine de qualité et donc une pratique d'aide médicale à mourir de qualité;

ATTENDU QUE conformément à son plan stratégique 2023, le Collège, avec ses membres, souhaite prendre des décisions et poser des actions pour se rapprocher du public et lui assurer des soins de fin de vie de qualité;

ATTENDU QUE les décisions et les actions du Collège se doivent d'être bien ancrées dans la réalité de la pratique, d'être pertinentes et socialement responsables;

ATTENDU QUE suivant les résultats d'un sondage SOM, 90 % des médecins sont plutôt ou totalement d'accord avec l'aide médicale à mourir, que 50 % le sont lorsque le principal motif est en lien avec la santé mentale, et que 60% des médecins ont été dans une situation clinique où l'aide médicale à mourir (AMM) a été envisagée;

ATTENDU QU'il y a lieu de former un groupe de réflexion sur l'aide médicale à mourir, qui est définie dans la loi québécoise concernant les soins de fin de vie et la loi fédérale C-7 modifiant le Code criminel, présidé par le président du Collège des médecins du Québec;

Il est proposé par la docteure Francine Mathieu-Millaire, appuyé par le docteur Pierre Guérette,

CDA-21-33

- 1) **de former un groupe de réflexion sur l'aide médicale à mourir et les soins de fin de vie et de lui confier le mandat suivant :**
 - **Procéder à une réflexion approfondie sur les aspects éthiques, légaux, déontologiques, cliniques et organisationnels de l'aide médicale à mourir dans un contexte de soins de fin de vie;**
 - **Recueillir et recevoir des commentaires, témoignages, avis de membres, de partenaires, d'associations et autres parties prenantes;**
 - **Faire une recommandation au Conseil quant à la position que le Collège des médecins du Québec devrait adopter.**
- 2) **de nommer les personnes suivantes à titre de membres de ce groupe de réflexion :**

- **Dr Mauril Gaudreault, président du Collège des médecins du Québec et du groupe**
- **Dr André Luyet, directeur général**
- **Dr Alain Naud, administrateur**
- **Dre Chantal Vallée, administratrice**
- **Dr Guy Morissette, ancien administrateur**

3) de demander au groupe de réflexion de déposer ses recommandations au Conseil d'administration à l'automne 2021.

9. Programme d'aide aux médecins du Québec

Le président rappelle aux administrateurs les orientations prises antérieurement par le Conseil d'administration quant aux engagements financiers envers le Programme d'aide aux médecins du Québec et à la cessation de la participation du Collège au Conseil d'administration du PAMQ.

À la suite des discussions, les orientations suivantes sont reconfirmées par le Conseil d'administration :

- Le Collège respectera ses engagements financiers envers le PAMQ, et la cessation graduelle de la contribution financière du Collège au PAMQ sera maintenue selon l'échéancier fixé antérieurement;
- Le Collège ne siègera pas au Conseil d'administration du PAMQ;
- Le Collège continuera à inciter ses membres à contribuer au financement du PAMQ en faisant des dons à la Fondation du PAMQ.

Reconnaissant le bien-fondé et la mission du PAMQ ainsi que l'utilité d'une communication continue entre nos organismes, le Collège continuera à prendre part activement aux rencontres statutaires du comité conjoint Collège des médecins du Québec – Programme d'aide aux médecins du Québec, mis sur pied en février 2020, ce qui permettra de poursuivre les échanges sur des sujets d'intérêt commun.

POINTS DE DÉCISION

10. Balises pour la délivrance des permis restrictifs pour résidents finissants

ATTENDU QUE le Collège des médecins du Québec a adopté, lors de sa séance extraordinaire du Conseil d'administration tenue le 24 mars 2020 (CDA-20-24), une mesure exceptionnelle permettant au résident finissant d'exercer comme médecin sans supervision et sans avoir réussi tous les examens prescrits par le *Règlement sur les*

conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec (ci-après « règlement ») en raison de l'état d'urgence sanitaire décrété au Québec en mars 2020;

ATTENDU QUE le Québec est toujours en état d'urgence sanitaire et a dû appliquer au cours de la dernière année des mesures exceptionnelles de distanciation et d'interdiction de rassemblement intérieur;

ATTENDU QUE dans ce contexte, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Conseil médical du Canada (CMC) ont décidé de reporter les examens de certification et l'examen d'aptitude partie I et partie II du CMC;

ATTENDU QUE conformément à l'article 12 du règlement, la réussite de ces examens est une condition à la délivrance d'un permis visé à l'article 33 de la *Loi médicale* et d'un certificat de spécialiste;

ATTENDU QUE le Collège des médecins du Québec croit que dans ce contexte, il est toujours pertinent de délivrer un permis restrictif pour résident finissant selon les conditions exceptionnelles énoncées afin de permettre au plus grand nombre de résidents finissants d'exercer comme médecin et d'ainsi déployer le plus d'effectifs médicaux disponibles auprès de la population pour leur offrir des soins de qualité;

ATTENDU QUE l'article 35 de la *Loi médicale* permet au Conseil d'administration de déterminer les conditions suivant lesquelles il accorde un permis à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour obtenir un permis régulier en application de l'article 33 de la *Loi médicale*;

ATTENDU la mission de protection du public du Collège des médecins du Québec;

Il est proposé par monsieur Daniel Hébert, appuyé par la docteure Véronique Phan Cong,

CDA-21-34

1) d'autoriser la délivrance d'un permis restrictif pour résident finissant selon les critères et conditions suivants:

1. Objet

Le médecin titulaire d'un permis restrictif pour résident finissant peut uniquement exercer les activités professionnelles comprises dans la discipline visée par sa formation postdoctorale.

2. Délivrance

2.1 être titulaire d'un diplôme de médecine décerné par une université canadienne ou des États-Unis agréée par le Liaison Committee on Medical Education (LCME) ou avoir obtenu du Collège la reconnaissance de l'équivalence du diplôme;

- 2.2 avoir réussi l'examen d'aptitude partie I du CMC (EACMC-I);
- 2.3 avoir achevé une formation postdoctorale en médecine de famille (24 mois) ou une formation postdoctorale dans l'une des 59 autres spécialités (48 à 96 mois) dans un programme agréé par le Canadian Excellence in Residency Accreditation (CanERA) ou l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), pour laquelle le Collège devra avoir reçu la confirmation de cette fin de formation par l'université;
- 2.4 avoir participé à l'activité de formation portant sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec (ALDO-Québec);

3. Période de validité et renouvellement

Le permis est délivré pour un an et valide jusqu'au 30 juin 2022 au plus tard.

Il peut uniquement être renouvelé en cas d'un report ou d'une annulation des sessions d'examens ou si la confirmation de la réussite à ces examens survient après le 30 juin 2022.

4. Retrait

En plus des autres mécanismes prévus au *Code des professions* et à la *Loi médicale*, l'échec à une ou plusieurs composantes de l'examen final donnant ouverture au permis d'exercice (examens du Collège royal, du CMFC ou du CMC), après la délivrance du permis restrictif pour résident finissant, entraînera le retrait du permis restrictif, sans aucune autre formalité.

- 2) de renouveler les permis restrictifs pour résident finissant dont l'échéance est prévue entre le 23 avril 2021 et le 30 juin 2021 pour une année supplémentaire selon les mêmes critères et conditions énoncés ci-dessus;
- 3) d'autoriser la docteure Anne-Marie MacLellan, à titre de secrétaire adjointe, à poursuivre la délivrance des permis restrictifs pour résident finissant, compte tenu du contexte d'urgence sanitaire.

Adopté à l'unanimité.

11. Politique de la distinction et des prix du Collège des médecins du Québec

ATTENDU QU'à la suite du dépôt du rapport de consultation et de l'adoption du plan stratégique Virage 2023 lors de la séance du Conseil d'administration (ci-après CA) du 3 septembre 2020, une mise à jour des prix du Collège a été entamée afin d'accroître le rayonnement de la profession;

ATTENDU QU'une politique qui vise à mettre en place un processus plus transparent de sélection et d'attribution des prix et de la distinction du président a été adoptée par le CA lors de sa séance du 11 décembre 2020, soit la *Politique de la distinction et des prix du Collège*;

ATTENDU QUE cette Politique prévoit le nouveau mandat et la nouvelle composition du comité de sélection des prix du Collège, auparavant établis aux termes des résolutions CDA-20-42 et CDA-20-43 adoptées par le CA à sa séance du 24 avril 2020;

ATTENDU QUE le CA, au moment de l'adoption du procès-verbal de la réunion de décembre 2020, a demandé que les modifications suivantes soient intégrées à la Politique:

- le retrait du montant de la bourse afin que tous les prix aient une bourse d'une valeur identique sous forme d'un chèque adressé à un organisme au choix du récipiendaire;
- la détermination annuelle de la valeur de la bourse par la direction générale et le président du Collège;

ATTENDU QUE le comité de gouvernance a aussi proposé des modifications à la Politique lors de sa rencontre du 29 mars, à savoir :

- qu'un employé du Collège soit autorisé à soumettre la candidature d'un médecin;
- que le comité de sélection des prix puisse recommander au CA de retirer un prix ou la Distinction du président à un lauréat qui se retrouve dans l'une des situations de non-admissibilité ou qui a une conduite portant atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession médicale;

ATTENDU QUE le comité de gouvernance a proposé, lors de sa rencontre extraordinaire du 12 avril 2021, que la composition du comité de sélection des prix comprenne un médecin qui fait partie de la relève plutôt qu'un médecin âgé de 35 ans ou moins, afin de ne pas être limité par l'âge et d'être plus agile;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors de ses séances du 29 mars et du 12 avril 2021 quant à l'adoption des modifications à la Politique;

Il est proposé par monsieur Daniel Hébert, appuyé par la docteure Francine Mathieu-Millaire,

CDA-21-35

- 1) d'adopter les modifications à la *Politique de la distinction et des prix du Collège des médecins du Québec*, présentée à l'Annexe II du procès-verbal;**
- 2) d'abroger les résolutions CDA-20-42 et CDA-20-43;**
- 3) de confier au comité de sélection des prix du Collège le mandat suivant :**

- analyser les candidatures présentées pour l'obtention des prix décernés par le Collège et celle du CIQ concernant un médecin. Recommander annuellement au Conseil d'administration toute modification à apporter aux critères et aux exigences de sélection des lauréats;
 - proposer au Conseil d'administration des améliorations aux conditions générales d'attribution des prix et, dans certains cas, suggérer l'ajout ou le retrait d'un prix;
 - conseiller le président pour l'octroi de la Distinction du président;
 - recommander au Conseil d'administration le choix des lauréats pour les prix du Collège, le mérite du CIQ et le prix du CIQ, lorsqu'applicable;
 - recommander le retrait d'un prix ou de la Distinction du président à un lauréat qui se retrouve dans l'une des situations de non-admissibilité ou qui a une conduite portant atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession médicale;
- 4) d'établir la composition du comité de sélection des prix du Collège comme suit :
- le président du Collège ;
 - le directeur général du Collège ou son délégué ;
 - un médecin qui fait partie de la relève ;
 - un médecin spécialiste en médecine de famille (non-administrateur) ;
 - un médecin d'une autre spécialité (non-administrateur) ;
 - un administrateur au Conseil d'administration du Collège, nommé par l'Office des professions du Québec ;
 - le directeur de la Direction des communications et des affaires publiques, qui agit à titre de secrétaire du comité.

Adopté à l'unanimité.

Nominations des membres du comité de sélection des prix du Collège

ATTENDU QU'en vertu de la *Politique sur la gouvernance des comités du Collège des médecins du Québec*, le Conseil d'administration (ci-après « CA ») procède à la nomination des membres des comités permanents et statutaires sur recommandation du comité de gouvernance;

ATTENDU la résolution CDA-21-35 qui attribue au comité de sélection des prix du Collège la composition énoncée dans la *Politique de la distinction et des prix du Collège*;

ATTENDU la recommandation du comité de gouvernance lors des séances du 29 mars et du 12 avril 2021 quant à la nomination des membres du comité de sélection des prix du Collège;

Il est proposé par monsieur Daniel Hébert, appuyé par la docteure Francine Mathieu-Millaire,

CDA-21-36

de nommer les personnes suivantes à titre de membres du comité de sélection des prix :

Dr Mauril Gaudreault (73329), président du Collège

Dr André Luyet (86109), directeur général du Collège, ou son délégué

Dre Geneviève Tourigny-Ruel (13386), médecin qui fait partie de la relève

Dr David Saint-Jacques (07214), médecin spécialiste en médecine de famille

Dr Stanley Vollant (94410), médecin d'une autre spécialité

Mme Valérie Lévesque, administratrice au CA du Collège, nommée par l'Office des professions du Québec

M. Jacques Tétrault, directeur de la Direction des communications et des affaires publiques, secrétaire du comité

Adopté à l'unanimité.

12. Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin

ATTENDU QU'en vertu de l'article 91 du *Code des professions*, le Conseil d'administration doit, par règlement, déterminer des normes relatives à la tenue, à la conservation et à la cession de dossiers, de même qu'à la tenue des cabinets de consultation et de bureau;

ATTENDU QUE le comité exécutif a formé le 20 novembre 2014 (CE-14-266) un groupe de travail pour procéder à la mise à jour du *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*;

ATTENDU QUE les travaux du groupe de travail ont mené à l'élaboration d'un projet de Règlement sur les dossiers cliniques, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin (ci-après « projet de règlement »);

ATTENDU QUE conformément à l'article 95.3 du *Code des professions*, tout règlement adopté en vertu de l'article 91 doit être communiqué à l'ensemble des membres au moins trente jours avant son adoption par le Conseil d'administration;

ATTENDU QUE le Conseil d'administration a autorisé le 1er avril 2016 une consultation auprès des membres (CDA 16-14);

ATTENDU QUE cette consultation a eu lieu entre les 11 avril et 13 mai 2016;

ATTENDU QUE le Collège des médecins a transmis le 22 juillet 2016 à l'Office des professions le projet de règlement pour consultation informelle en prévision d'une adoption par l'Office des professions conformément à l'article 95.2 du *Code des professions*;

ATTENDU QUE l'Office des professions a suspendu l'analyse de ce projet de règlement en l'absence d'assise légale permettant au Collège des médecins d'imposer le support virtuel à ses membres pour la constitution de leurs dossiers;

ATTENDU QUE l'Office des professions a levé la suspension de l'analyse du projet de règlement en avril 2020 à la suite d'analyses juridiques confirmant la possibilité pour le Collège de médecins d'imposer un type de support pour la constitution des dossiers à ses membres ;

ATTENDU QUE l'Office des professions a également informé le Collège des médecins qu'une nouvelle consultation devait être lancée auprès des membres étant donné les délais écoulés depuis la première consultation et les modifications effectuées au projet de règlement en réponse à cette consultation;

ATTENDU QUE ce projet de règlement révisé en profondeur les normes en matière de constitution, de conservation et de cession des dossiers médicaux en imposant notamment les exigences suivantes:

- Constitution d'un dossier clinique unique par lieu d'exercice (art. 4);
- Obligation de tenir tout nouveau dossier clinique d'un patient ou d'une personne suivie par un médecin sur un support virtuel (art. 4 + section VI);
- Imposition de normes relatives à l'outil technologique utilisé pour le support virtuel des dossiers cliniques en se fondant sur les critères de certifications imposés par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux fournisseurs de dossiers médicaux électroniques (art. 7 à 15);
- Constitution d'un dossier distinct pour toute personne qui participe à un projet de recherche (art.20 et 30);
- Clarification des normes de constitution et de conservation à respecter pour les personnes participant à un projet de recherche ainsi que les médecins exerçant en santé publique ou réalisant un mandat d'évaluation médicale indépendante ou un mandat d'expertise (art. 20, 21, 22, 23 et 30);

- Simplification des règles concernant la garde provisoire et la cession permanente des dossiers d'un médecin qui cesse d'exercer des activités réservées à la profession médicale (notamment, le gardien provisoire et le cessionnaire doivent s'occuper en tout temps des demandes d'information et des suivis concernant l'état de santé d'un patient ou d'une personne suivie par le médecin ayant cessé sa pratique) (art. 42 à 54);
- Précision des normes concernant la communication de renseignements au sujet d'un patient à des tiers et la tenue de dossier qui en découle (art. 2,15, 19, 26);
- Simplification des règles de conservation des dossiers pédiatriques en les assujettissant à la règle générale de conservation de 10 ans (art.30).

ATTENDU QUE l'utilisation des outils technologiques pour prodiguer des soins et offrir des traitements aux patients est de plus en plus répandue et s'est rapidement accentuée au cours des derniers mois en réponse à l'état d'urgence sanitaire en cours; rendant de ce fait nécessaire la mise à jour des normes pour la tenue de dossiers constitués par les médecins;

Il est proposé par la docteure Christine Larocque, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

CDA-21-37

de procéder à la consultation des membres sur le projet de *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, tel que présenté à l'Annexe III du présent procès-verbal;

13. Modernisation de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et création d'un ordre professionnel

ATTENDU QUE l'exercice des activités des techniciens ambulancier paramédics (TAP) est encadré par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (« Loi ») et par un règlement d'autorisation d'activités du Collège des médecins, soit le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence* (« Règlement »);

ATTENDU QUE la Loi encadre les conditions d'admission à la profession ainsi que de maintien et du retrait du droit de pratique alors que le Règlement du Collège détermine les activités médicales autorisées aux techniciens ambulanciers;

ATTENDU QUE le Collège des médecins a tenté à l'automne 2020 de modifier son *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence* (RLRQ c M-9, r 2.1) afin d'autoriser de manière plus pérenne de nouvelles activités de dépistage et de vaccination accordées aux techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) dans le cadre de la pandémie;

ATTENDU QUE le Collège s'est vu contraint de suspendre ses travaux en février 2021 étant donné l'impossibilité d'inclure ces activités dans le champ d'exercice actuel des TAP qui se limite aux soins préhospitaliers d'urgence;

ATTENDU QUE la pratique des TAP évolue dans les pays industrialisés vers une implication communautaire plus grande (para-médecine communautaire) et non uniquement en services préhospitaliers d'urgence.

ATTENDU QUE l'évolution vers un rôle plus communautaire exige aussi que le gouvernement mette en place des moyens technologiques de communication qui permettent un partage sécuritaire de renseignements de santé nécessaires aux soins préhospitaliers entre les paramédics et les autres professionnels de la santé ;

ATTENDU la volonté des représentants de la Direction générale adjointe des services préhospitaliers, des urgences et de l'accueil clinique de faire évoluer la pratique des techniciens ambulanciers paramédicaux dans un rôle plus communautaire et pas uniquement de services préhospitaliers d'urgence;

ATTENDU la volonté du comité des services préhospitaliers d'urgence du Collège (« CSPU ») d'appuyer la Direction générale adjointe des services préhospitaliers, des urgences et de l'accueil clinique dans ses efforts;

ATTENDU QUE la diversification et la complexification des activités exercées par les TAP soutiennent la nécessité qu'ils soient encadrés par un ordre professionnel;

ATTENDU QUE l'article 25 du *Code des professions* spécifie les critères de constitution d'un ordre professionnel suivants:

- Connaissances requises pour exercer
- Degré d'autonomie nécessaire à l'exercice professionnel
- Caractère personnel des rapports avec les personnes requérant des services
- Gravité du préjudice subi pour des raisons d'incompétence ou de manque d'intégrité
- Confidentialité des renseignements obtenus

ATTENDU QUE le Collège des médecins appuie la création d'un ordre professionnel pour les TAP depuis 2014 et adhère à la recommandation émise par le comité national sur les services préhospitaliers d'urgence en juin 2014 « d'entreprendre une démarche collective (ministère, MELS, entreprises, syndicats, TAP, Urgences-santé, etc.) afin d'obtenir, à moyen terme, la reconnaissance des TAP en créant un ordre professionnel";

Il est proposé par le docteur Martin Laliberté, appuyé par la docteure Chantal Vallée,

CDA-21-38

- 1) **de demander au ministre de la Santé et des Services sociaux que la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* soit modifiée afin de ne plus limiter la pratique des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) à des soins préhospitaliers d'urgence mais d'élargir le cadre de la pratique de manière contemporaine en englobant les soins communautaires;**

- 2) de demander au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la ministre responsable de l'application des lois professionnelles de donner suite à la recommandation du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence qui, dans son rapport de 2014, statuait sur la nécessité de créer un ordre professionnel des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) au nom de la protection du public.

Adopté à l'unanimité.

14. Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics

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, le protocole SA5 ASSISTANCE VENTILATOIRE a été bonifié pour ajouter l'utilisation de la lunette nasale d'oxygène humidifié à haut débit (LNOHHD) par les paramédics en soins avancés dans le but d'optimiser les transferts interétablissements et ainsi décharger les soins intensifs des grands hôpitaux;

ATTENDU QUE le protocole MED 13 a été mis à jour en février 2021 dans le but de maintenir les techniques chez le patient inconscient à l'arrivée, ou qui devient inconscient, conditionnellement à l'ajout d'équipement approprié en pédiatrie;

ATTENDU QUE le protocole révisé TECH 14 présente une refonte de la présentation des étapes permettant de mieux préciser le fil conducteur entre la première partie et la technique suivante;

ATTENDU QUE le protocole TECH 16 a été révisé dans le but d'introduire le laryngoscope et préciser l'âge requis, les outils et l'équipement utilisés;

ATTENDU QUE le protocole TECH 17 a été élaboré afin de permettre le maintien de l'intraveineuse, la surveillance du débit et le retrait du cathéter au besoin;

ATTENDU QUE le protocole TECH 18 a été modifié pour inclure la surveillance, la vidange du sac collecteur, l'irrigation de la sonde et son retrait au besoin;

ATTENDU QUE le protocole TECH 19 a été révisé afin de prévoir la surveillance, la vidange et la restructuration du tube au besoin;

ATTENDU QUE le protocole TECH 20 a été élaboré dans le but de traiter de la fin de la stomie intestinale pour que le paramédic en soins avancés puisse effectuer la vidange du sac;

ATTENDU QUE le 10 mars 2021 lors d'une réunion régulière, les membres du comité sur les services préhospitaliers d'urgence (CSPU) ont procédé à l'analyse des protocoles :

- SA5 - Assistance ventilatoire
- MED.13 - Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger
- TECH.14 - Trachéostomie
- TECH.16 Désobstruction des voies respiratoires par laryngoscopie directe
- TECH.17 Cathéter intraveineux
- TECH.18 Sonde urinaire
- TECH.19 Tube naso-gastrique
- TECH.20 Stomie intestinale

ATTENDU QUE les membres du CSPU recommandent d'adopter les protocoles élaborés et révisés;

Il est proposé par la docteure Chantal Vallée, appuyé par le docteur Jean-Pierre Boucher,

CDA-21-39

d'informer le 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 présentés à l'Annexe IV du présent procès-verbal.

15. Politique relative à l'usage des actifs informationnels

ATTENDU QUE la dernière version de la Politique relative à l'usage des actifs informationnels du Collège remonte à 2017;

ATTENDU QU'il devenait nécessaire de revoir la politique considérant l'utilisation accrue de nouveaux outils informatiques dans le contexte actuel découlant de la situation de la pandémie;

ATTENDU QUE l'encadrement de l'utilisation des actifs informationnels du Collège des médecins s'inscrit dans le cadre de la gestion intégrée des risques, du plan d'action pour la mise en œuvre du plan stratégique Virage 2023 et du plan stratégique TI;

ATTENDU QUE la mise à jour de la politique a également été identifiée parmi les mesures d'atténuation prioritaires pour la gestion des risques TI du Collège des médecins;

ATTENDU QUE la politique a été mise à jour en considérant les éléments suivants :

- sécurité (nouveaux vecteurs d'attaques informatiques);
- encadrement accru tenant compte des meilleures pratiques informatiques;
- gestion intégrée des risques;

ATTENDU QUE le comité de gouvernance a pris connaissance de la politique lors de sa rencontre du 29 mars 2021 et en recommande l'adoption;

Il est proposé par monsieur Daniel Hébert, appuyé par monsieur Jean-Pierre Dubeau,

CDA-21-40

d'adopter la Politique relative à l'usage des actifs informationnels telle que présentée à l'Annexe V du présent procès-verbal.

Adopté à l'unanimité.

POINTS D'INFORMATION

16. Rapport du président

En complément à son rapport d'activités du président transmis au Conseil d'administration en prévision de la séance, le docteur Gaudreault informe les membres que le processus d'évaluation annuelle du fonctionnement du Conseil d'administration et de ses comités est lancé. Il invite les administrateurs à remplir les sondages effectués au sein de leurs comités respectifs, dont les résultats seront ensuite présentés au Conseil d'administration.

17. Rapport du directeur général et de la secrétaire

Les docteurs André Luyet et Isabelle Tardif présentent leur rapport dont la version complète, incluant les rapports des directions du Collège, a été transmise au Conseil d'administration en prévision de la séance.

18. Règlement sur la formation continue obligatoire – exemption pour les médecins retraités de retour à l'exercice durant la pandémie

Depuis le début de la pandémie, plusieurs médecins ont accepté d'interrompre leur retraite pour prêter main-forte à leurs collègues durant la crise sanitaire, que ce soit pour participer à des enquêtes épidémiologiques, à des cliniques de vaccination ou pour reprendre une pratique clinique ciblée.

Ces médecins, dont l'engagement a été confirmé par un établissement, ont pu reprendre temporairement un statut de membre actif sans avoir à payer leur cotisation annuelle ou à assumer des frais d'assurance responsabilité professionnelle.

Pour chacun de ces médecins, la reprise d'un statut de membre actif est liée à la lettre d'engagement transmise au Collège par la direction des établissements concernés, et ce statut actif leur sera retiré dès la fin de cet engagement.

Le comité de développement professionnel continu et de remédiation, lors de sa séance du 8 avril 2021, a décidé de reconnaître la contribution particulière des médecins ayant accepté de contribuer dans le contexte de la crise sanitaire, en les dispensant de l'obligation de suivre des activités de formation continue pour la durée de leur engagement par un établissement et pour les activités définies dans la lettre confirmant cet engagement.

19. Examen en vue de la certification et de la licence du Conseil médical du Canada

La réussite de l'EACMC partie I et partie II mène à l'obtention du titre de Licencié du Conseil médical du Canada (CMC). Être titulaire de la licence du CMC est l'une des exigences pour l'obtention du permis régulier et du certificat de spécialiste au Québec. La licence du CMC permet la mobilité interprovinciale et territoriale au Canada, selon les normes actuellement en vigueur au pays.

L'examen d'aptitude partie II du Conseil médical du Canada est un examen clinique oral structuré (ÉCOS), avec des patients simulés, qui mesure les compétences générales propres à tout médecin. C'est l'un des seuls examens standardisés qui évalue le comportement professionnel et les habiletés de communication des candidats. Il permet à l'ordre professionnel d'assurer l'équité, l'objectivité, la cohérence et l'impartialité de son processus relatif à l'admission à la profession.

L'EACMC partie II du printemps 2020 a été reporté en raison de la pandémie à la mi-octobre 2020. En raison de la poursuite de la pandémie, cet examen ÉCOS en présentiel a dû être reporté de nouveau et se tiendra en mai 2021 en mode virtuel, avec des patients simulés, aussi en virtuel.

Au printemps 2020, le Collège des médecins du Québec a décidé de délivrer un permis restrictif sans supervision aux résidents finissants (PRRF). Le PRRF est converti en permis régulier lorsque toutes les exigences de la délivrance d'un tel permis sont remplies. L'échec à l'un des examens requis entraîne le retrait du permis restrictif. La Nouvelle-Écosse et l'Ontario ont modifié temporairement l'exigence de la licence du CMC pour la délivrance du permis, permettant ainsi de changer le permis avec supervision pour un permis sans supervision. Leurs modifications suivent des balises spécifiques et sont limitées au contexte de la pandémie.

Les fédérations médicales résidentes et étudiantes au Québec (et ailleurs au Canada) ont remis en question la pertinence des examens du CMC, en particulier celui de l'EACMC partie II. Elles ont demandé que le Collège retire cet examen comme exigence pour la délivrance du permis d'exercice et du certificat de spécialiste.

Le Collège est actuellement d'avis que les examens standardisés du CMC sont nécessaires pour s'assurer que les finissants exerceront une médecine de qualité, et ainsi préserver la protection du public.

La licence du CMC permet de plus la mobilité interprovinciale et territoriale au Canada, selon les normes en vigueur au Canada. Les conséquences imprévues du retrait de l'exigence de la licence du CMC sur cette mobilité doivent être prises en compte. Malgré l'évolution vers une approche par compétences dans la formation des étudiants et des résidents en médecine au Canada, les biais de toutes sortes, inhérents aux évaluations en cours de formation, et entre autres le phénomène de « failure to fail », demeurent également des enjeux importants.

Il est essentiel par ailleurs que le Collège joue un rôle actif dans la détermination de l'avenir des examens visant à mesurer les compétences des médecins afin de remplir sa mission de protection du public.

Le Collège prévoit donc de :

- tenir des audiences consultatives sur la pertinence des examens impliquant les principales parties prenantes en éducation médicale au Québec pour définir notamment la position du Collège quant aux examens du Conseil médical du Canada;
- participer activement aux travaux du comité Assessment Innovation Task Force, mandaté par le Conseil médical du Canada, pour formuler des recommandations sur l'avenir des examens;
- fournir au Conseil d'administration des mises à jour sur l'état d'avancement des consultations et sur les travaux du comité du CMC relativement à l'évolution de ce dossier;
- poursuivre les discussions à l'interne et avec nos homologues canadiens, membres de la Fédération des ordres des médecins du Canada;
- suivre de façon étroite l'évolution des décisions de tous nos partenaires canadiens en matière de prestation d'examens et de délivrance de permis;
- présenter les résultats de consultations à toutes les parties prenantes qui ont été consultées ainsi qu'aux membres du Conseil d'administration.

20. Conférence annuelle 2022 de la Fédération des ordres des médecins du Canada

La docteure Isabelle Tardif informe le Conseil d'administration que la Conférence annuelle 2022 de la Fédération des ordres des médecins du Canada aura lieu à Québec du 11 au 13 juin.

Les administrateurs seront invités à participer à cet évènement.

21. Dépôt des documents d'information

- Statistiques sur la cession des dossiers et les prises de possession des dossiers par le CMQ
 - Dossier de la Dre Yvette-Nelly Tewfik
-

HUIS CLOS

22. Évaluation de la rencontre

Sur proposition dûment appuyée, l'assemblée est levée à 15 h 30.

La prochaine séance aura lieu le 18 juin 2021.



Mauril Gaudreault, M.D.
Président



Isabelle Tardif, M.D.
Secrétaire

AFFAIRES PRÉLIMINAIRES	Objet	Responsable	Horaire cumulé
1. Ouverture de la réunion et appel nominal			13 h
Présentation du Dr Stéphane Ouellet, médecin conseil à la DÉM		DG	
2. Adoption de l'ordre du jour et déclaration de conflits d'intérêts	Adoption	Président	
3. Adoption du procès-verbal de la séance du 19 février 2021	Adoption	Président	
4. Affaires découlant des procès-verbaux des séances précédentes		Secrétaire	
5. Bilan et perspectives - Présentation de la Direction des études médicales	Présentation	Dre MacLellan	
6. Rapports des comités – Bilan 2020-2021, enjeux et perspectives			
Comité d'admission à l'exercice (Rapport et présentation)	Présentation	Dr Naud	
Comité des activités médicales partageables (Rapport et présentation)	Présentation	Dr Boucher	
Comité de développement professionnel continu et de remédiation (Rapport et présentation)	Présentation	Dre Vallée	
Comité des études médicales et de l'agrément (Rapport et présentation)	Présentation	Dre Phan Cong	
Comité des finances et d'audit (Rapport et présentation)	Présentation	Dr Laliberté	
Comité de gouvernance (Rapport et présentation)	Présentation	Dre Saad	
Comité d'inspection professionnelle (Rapport et présentation)	Présentation	Dr Patry	
Comité interordres CMQ-OPQ (Rapport et présentation)	Présentation	Dre Larocque	

Comité des requêtes (Rapport et présentation)	Présentation	Dr Gaudreault
Comité des ressources humaines (Rapport et présentation)	Présentation	Mme Lévesque
Comité des services préhospitaliers d'urgence (Rapport et présentation)	Présentation	Dr Guérette
Comité de révision (Rapport)	Information	Dépôt rapport annuel
Conseil de discipline (Rapport)	Information	Dépôt rapport annuel
Comité d'enquête à l'éthique et à la déontologie (Rapport)	Information	Dépôt rapport annuel

Souligner le départ du Dr Jean-Bernard Trudeau à la retraite

/20210412

CONSEIL D'ADMINISTRATION – 22 et 23 AVRIL 2021
PROJET D'ORDRE DU JOUR
VENDREDI 23 AVRIL 2021

AFFAIRES PRÉLIMINAIRES	Objet	Responsable	Horaire cumulé
1. Ouverture de la réunion et appel nominal			
2. Adoption de l'ordre du jour et déclaration de conflits d'intérêts		Président	8 h 30
ORDRE DU JOUR DE CONSENTEMENT			
3. [REDACTED]			
4. Nomination de syndics adjoints			
5. Régime complémentaire de retraite [REDACTED]	Adoption en bloc	DG et Secrétaire	
6. Détenteurs de cartes de crédit autorisés			
7. Nomination au comité de la formation des IPS et au sous-comité d'examen des programmes de l'OIIQ			
POINTS D'ORIENTATION			
8. Aide médicale à mourir – formation d'un groupe de réflexion	Discussion	Président et DG	
9. Programme d'aide aux médecins du Québec	Discussion	Président	
POINTS DE DÉCISION			
10. Balises pour délivrance des permis restrictifs pour résidents finissants	Adoption	Secrétaire	
11. Politique de la distinction et des prix du Collège et nomination des membres du comité de sélection des prix	Adoption	Dre Saad	

CONSEIL D'ADMINISTRATION – 22 et 23 AVRIL 2021
PROJET D'ORDRE DU JOUR
VENDREDI 23 AVRIL 2021

12. Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin	Adoption	DG
13. Modernisation de la Loi sur les SPU et création d'un ordre professionnel pour les techniciens ambulanciers paramédicaux	Adoption	Dr Guérette
14. Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédicaux	Adoption	Dr Guérette
15. Politique relative à l'usage des actifs informationnels du CMQ	Adoption	Dre Saad
POINTS D'INFORMATION		
16. Rapport du Président	Information	Président
17. Rapport du Directeur général et de la Secrétaire	Information	DG et Secrétaire
18. Règlement sur la formation continue obligatoire - exemption pour les médecins retraités de retour à l'exercice durant la pandémie	Information	DG
19. Examen en vue de la certification et de la licence du Conseil médical du Canada	Information	Président, DG et Secrétaire
20. Conférence annuelle 2022 de la FOMC	Information	Secrétaire
21. Dépôt des documents d'information Statistiques sur la cession des dossiers et les prises de possession des dossiers par le CMQ (mise à jour) Dossier de la Dre Yvette-Nelly Tewfik (nouvelle inspectrice à la DIP)	Information	
HUIS CLOS		
22. Évaluation de la rencontre	Discussion	Président



Politique de la distinction et des prix du Collège

Adoptée au Conseil d'administration du 11 décembre 2020
Dernière mise à jour : 23 avril 2021

Table des matières

Comité de sélection des prix	4
Conditions générales	6
Distinction du président	9
Prix	11
Prix d'excellence	11
Prix d'humanisme	13
Prix rayonnement	15
Prix relève	17
Prix CIQ	19

Introduction

Par l'attribution de prix, le Collège des médecins (Collège) souhaite honorer des médecins qui se distinguent par leur contribution remarquable au développement; et qui contribuent au rayonnement de la profession, à l'avancement d'un domaine d'études ou d'un champ de recherche, ou à l'amélioration de leur collectivité ou de la société en général.

La distinction et les prix ainsi décernés constituent une marque de reconnaissance à l'égard de ces lauréats dont les actions témoignent des valeurs du Collège.

La présente Politique regroupe les conditions générales et particulières relatives à la sélection des lauréats et à la remise de la Distinction de la présidence, des prix du Collège ainsi que des prix du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) concernant un médecin.

Section 1/ Comité de sélection des prix du Collège

Mandat

- Analyser les candidatures présentées pour l'obtention des prix décernés par le Collège et celle du CIQ concernant un médecin. Recommander annuellement au Conseil d'administration toute modification à apporter aux critères et aux exigences de sélection des lauréats.
- Proposer au Conseil d'administration des améliorations aux conditions générales d'attribution des prix et, dans certains cas, suggérer l'ajout ou le retrait d'un prix.
- Conseiller le président pour l'octroi de la Distinction du président.
- Recommander au Conseil d'administration le choix des lauréats pour les prix du Collège, le mérite du CIQ et le prix du CIQ, lorsqu'applicable.
- Recommander le retrait d'un prix ou la Distinction du président à un lauréat qui se retrouve dans l'une des situations de non-admissibilité ou qui a une conduite portant atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession médicale.

Composition du comité

Sept membres, dont :

- le président du Collège;
- le directeur général du Collège ou son délégué;
- un médecin qui fait partie de la relève;
- un médecin en médecine de famille (non-administrateur);
- un médecin d'une autre spécialité (non-administrateur);
- un administrateur au Conseil d'administration du Collège, nommé par l'Office des professions du Québec;
- le directeur de la Direction des communications et des affaires publiques, qui agit à titre de secrétaire du comité.

Séances de travail

Les membres du comité se rencontrent au moins deux fois par année.

Implication des membres

- Les membres analysent les dossiers soumis par la coordonnatrice aux communications pour chacun des prix et pour la distinction, et ce, en fonction de la période déterminée pour soumettre une candidature.
- Ils doivent mettre à jour annuellement les conditions générales d'attribution des prix, les critères et les exigences de sélection des lauréats et, si cela est pertinent, suggérer au Conseil d'administration la création ou le retrait d'un prix, en collaboration avec la Direction des communications et des affaires publiques.

Profil et responsabilités des membres

- Les membres du comité doivent :
 - tenir compte de la parité hommes-femmes et tendre vers celle-ci dans l'attribution des prix et de la distinction;
 - veiller à ce que l'identité culturelle des lauréats reflète l'ensemble de la société québécoise dans sa diversité;
 - assurer la confidentialité des renseignements inscrits dans les dossiers de candidature;
 - faire preuve de transparence en tout temps et se retirer du processus de sélection d'un prix lorsqu'un conflit d'intérêts est reconnu, en conformité avec le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs et des membres de comités;
 - avoir un intérêt pour la reconnaissance de personnes d'exception et la poursuite de l'excellence.

Section 2/ Conditions générales

Appel de candidatures

Les appels de candidatures pour les prix du Collège sont lancés chaque hiver par le Collège des médecins du Québec.

Il n'y a pas d'appel de candidatures pour la Distinction du président.

Mise en candidature

Le président du Collège est la seule personne autorisée à recommander un lauréat au Conseil d'administration pour la Distinction du président.

Les personnes suivantes sont autorisées à soumettre la candidature d'un médecin :

- un collègue;
- un membre du CA;
- un patient;
- un employé du Collège;
- un membre de la famille ou ami;
- le médecin lui-même.

Exigences générales :

- le profil du candidat ne doit pas correspondre à l'un ou l'autre des profils de candidatures non admissibles;
- le dossier de candidature doit être envoyé par courriel à l'adresse inscrite dans le formulaire de mise en candidature avant la date limite, au plus tard à minuit;
- la qualité du dossier de candidature sera prise en compte;
- le dossier de candidature d'un médecin ne peut figurer dans plus d'une catégorie de prix.

Pour les exigences spécifiques de mise en candidature aux prix du Collège, il faut se référer à la section du prix concerné.

Méthode de sélection des lauréats

Distinction du président

1. Le président du Collège exerce un pouvoir discrétionnaire en proposant un lauréat.

2. Le président consulte le comité de sélection sur sa proposition de lauréat pour la Distinction du président.
3. Le président recommande au Conseil d'administration l'octroi de la Distinction du président.

Prix remis par le Collège ou le CIQ

Les dossiers de candidatures admissibles sont :

- étudiés par le comité de sélection des prix du Collège;
- déposés au Conseil d'administration pour approbation (seulement s'ils ont été retenus par le comité de sélection des prix).

Tous les membres du comité de sélection des prix ont droit de vote. Un consensus dans la prise de décision est privilégié. Cependant, les décisions sont prises à la majorité des votes et sont sans appel.

Les membres du comité de sélection des prix utilisent des grilles d'évaluation lors de l'analyse des dossiers de candidatures.

Faute de candidature satisfaisante, les membres du comité de sélection des prix peuvent s'abstenir de recommander un lauréat ou une candidature pour le Prix CIQ lors de la période d'attribution du prix concerné.

Candidatures non admissibles

Aux fins de l'obtention de la Distinction du président et des prix du Collège ou du CIQ, les candidats suivants sont considérés comme non admissibles :

- un médecin qui a déjà fait l'objet d'une sanction disciplinaire;
- un médecin qui fait l'objet d'une plainte disciplinaire déposée par le Bureau du syndic;
- un médecin qui fait ou a fait l'objet d'une radiation, d'une suspension ou d'une limitation du droit d'exercer des activités professionnelles par le Conseil d'administration, le comité exécutif ou le comité des requêtes;
- un médecin qui fait l'objet d'une poursuite criminelle ou pénale ou qui a été condamné par un tribunal à la suite d'une poursuite criminelle ou pénale;
- un médecin qui est un administrateur, un dirigeant ou un employé du Collège, à quelque moment que ce soit pendant le processus de sélection.

Un médecin dont la candidature n'a pas été retenue au cours des trois dernières années ne peut soumettre de nouveau son dossier avant un délai minimal de deux ans.

La Distinction du président et les prix du Collège ou du CIQ ne peuvent être attribués à titre posthume, sauf pour des situations jugées exceptionnelles par le Conseil d'administration du Collège.

Confidentialité des candidatures

Tous les documents déposés en lien avec une candidature demeurent confidentiels en tout temps. Le nom des candidatures sélectionnées demeure confidentiel jusqu'à leur approbation par le Conseil d'administration.

Retrait d'un prix ou de la Distinction du président

Sur recommandation du comité de sélection des prix, le Conseil d'administration du Collège peut retirer un prix ou la Distinction du président à un lauréat qui se retrouve dans l'une des situations de non-admissibilité ou qui a une conduite portant atteinte à l'honneur et à la dignité de la profession médicale.

Remise des prix et de la Distinction du président

La Distinction du président et les prix sont remis selon leurs modalités spécifiques lors du Colloque annuel du Collège. Tous les lauréats reçoivent une bourse de même valeur sous forme d'un chèque adressé à l'organisme de leur choix et dont la valeur est déterminée annuellement par la Direction générale et le président du Collège.

Un plan de communication est établi, annuellement, par la Direction des communications et des affaires publiques afin d'assurer le rayonnement des lauréats auprès des autres membres et du public. Minimalelement, les lauréats obtiendront une visibilité et feront l'objet d'une reconnaissance au moyen des outils de communication du Collège. Tous les lauréats seront également mentionnés lors de l'assemblée générale annuelle (AGA).

Section 3/ Distinction du président

La Distinction du président est décernée de manière discrétionnaire par le président du Collège des médecins du Québec.

Créée en 2020, cette distinction est remise à un médecin pour l'ensemble de sa carrière médicale, jugée digne de mention et marquée par la démonstration de compétences et d'une expertise reconnue par ses pairs. Ce médecin aura contribué de façon significative au développement de sa profession ou aux activités de son ordre professionnel.

Critères de sélection

- Répondre aux différents éléments descriptifs de la distinction concernée.
- Incarner les valeurs du Collège, soit l'intégrité, le respect, l'engagement, la collaboration, la rigueur et la transparence.
- Se distinguer par une carrière professionnelle remarquable.
- Faire rayonner la profession médicale grâce à des actions concrètes à l'échelle locale, provinciale, nationale ou internationale.
- Contribuer à l'avancement des soins médicaux.
- Faire preuve d'un engagement social ou communautaire significatif.

Exigences

Le candidat doit être un membre inscrit actif ou inactif au tableau de l'ordre du Collège au moment du dépôt de la candidature et de l'attribution officielle de la distinction.

Le président transmet à la Direction des communications et des affaires publiques les documents suivants pour dépôt au comité de sélection des prix :

- le formulaire de mise en candidature dûment rempli et signé par le président;
- le curriculum vitae exhaustif et à jour;
- la lettre de présentation concernant le lauréat, rédigée par le président du Collège.

La candidature doit être soumise au plus tard le 15 mars de chaque année.

Méthode de sélection du lauréat

Le président consulte le comité de sélection sur sa proposition de lauréat et recommande au Conseil d'administration l'octroi de la Distinction du président. Lorsque le Conseil d'administration accepte la recommandation du président, ce dernier communique avec le lauréat.

Remise du prix

Le lauréat recevra une médaille gravée et une épinglette dorée à l'effigie du Collège. Une vidéo hommage sera également produite. En plus de faire l'objet d'une publicité diffusée dans *La Presse +*, le lauréat obtiendra une visibilité dans le site Web et les médias sociaux du Collège.

Section 4/ Prix du Collège

Prix d'excellence

Le Prix d'excellence est remis à un médecin pour ses réalisations remarquables dans le domaine clinique, de la recherche ou de l'enseignement; et dont l'apport hors du commun fait une différence significative pour la communauté médicale ou l'évolution de la profession.

Critères de sélection

- Répondre aux différents éléments descriptifs du prix concerné.
- Incarner les valeurs du Collège, soit l'intégrité, le respect, l'engagement, la collaboration, la rigueur et la transparence.
- Se distinguer par la pertinence de ses réalisations, jugées exceptionnelles et faisant une différence notable dans la vie des patients, des professionnels de la santé ou des étudiants.
- Fournir une contribution scientifique importante à l'évolution de la profession médicale.
- Se démarquer de façon exceptionnelle dans un champ d'exercice de la médecine.
- Faire preuve de qualités interpersonnelles remarquables et d'une intégrité sans faille.
- Être un modèle pour ses pairs.

Exigences

Le candidat doit être un membre inscrit actif ou inactif au tableau de l'ordre du Collège au moment du dépôt de la candidature et de l'attribution officielle du prix.

Le dossier de candidature doit inclure les documents suivants :

- le formulaire de mise en candidature dûment rempli en ligne et signé par la personne qui propose la candidature;
- le curriculum vitae exhaustif et à jour;
- la lettre de présentation indiquant comment ce médecin s'est distingué et visant à convaincre que ce dernier mérite le prix dans la catégorie en question;

- les lettres de témoignage appuyant la lettre de présentation (trois maximum);
- le dossier de presse (optionnel).

Remise du prix

Le lauréat recevra un trophée, et une vidéo hommage sera également produite. En plus de faire l'objet d'une publicité diffusée dans *La Presse+*, le lauréat obtiendra une visibilité dans le site Web et les médias sociaux du Collège.

Prix d'humanisme

Le Prix d'humanisme est remis à un médecin qui, par son engagement social, incarne les valeurs humanistes prônées par le Collège et dont les actions, l'ouverture d'esprit et la diffusion du savoir contribuent au bien-être et à l'épanouissement des patients et de la communauté, ou à l'essor d'organismes philanthropiques. La carrière professionnelle de ce médecin humaniste est marquée par le dévouement, le partage et l'entraide, tant auprès des collègues que du public.

Critères de sélection

- Répondre aux différents éléments descriptifs du prix concerné.
- Incarner les valeurs du Collège, soit l'intégrité, le respect, l'engagement, la collaboration, la rigueur et la transparence.
- Faire preuve d'intégrité et de qualités interpersonnelles remarquables.
- Se distinguer par la pertinence de son engagement social.
- Contribuer de manière significative au bien-être et à l'épanouissement des patients et de la communauté, ou à l'essor d'organismes philanthropiques.
- Se démarquer par un comportement et une attitude exemplaires auprès des patients ou au sein de la communauté.

Exigences

Le médecin doit être un membre inscrit actif ou inactif au tableau de l'ordre du Collège au moment du dépôt de la candidature et de l'attribution officielle du prix.

Le dossier de candidature doit inclure les documents suivants :

- le formulaire de mise en candidature dûment rempli en ligne et signé par la personne qui propose la candidature;
- le curriculum vitæ exhaustif et à jour;
- la lettre de présentation indiquant comment ce médecin s’est distingué et visant à convaincre que ce dernier mérite le prix dans la catégorie en question;
- les lettres de témoignage appuyant la lettre de présentation (trois maximum);
- le dossier de presse (optionnel).

Remise du prix

Le lauréat recevra un trophée et une vidéo hommage sera produite. En plus de faire l’objet d’une publicité diffusée dans *La Presse+*, le lauréat obtiendra une visibilité dans le site Web et les médias sociaux du Collège.

Prix rayonnement

Le Prix rayonnement est remis à un médecin qui fait rayonner la profession médicale dans sa région. Ce médecin fait briller les valeurs de la profession grâce à son engagement dans son milieu d’exercice et par sa contribution à la promotion de la profession auprès du milieu médical, de la relève ou du grand public. Il s’implique de manière positive en tant qu’acteur social dans sa communauté.

Critères de sélection

- Répondre aux différents éléments descriptifs du prix concerné.
- Incarner les valeurs du Collège, soit l’intégrité, le respect, l’engagement, la collaboration, la rigueur et la transparence.
- Se distinguer par la pertinence de son engagement et sa contribution à la promotion de la pratique médicale.
- Représenter une source d’inspiration dans sa région.
- S’impliquer socialement dans sa région, se montrer présent pour sa communauté et accorder de l’importance à la dimension humaine de la profession.
- Honorer la mission de l’ordre professionnel : une médecine de qualité au service du public.

- S’être fait remarquer dans sa région pour la qualité de sa pratique et son attitude d’ouverture.

Exigences

Le médecin doit être un membre inscrit actif au tableau de l’ordre du Collège au moment du dépôt de la candidature et de l’attribution officielle du prix.

Le dossier de candidature doit inclure les documents suivants :

- le formulaire de mise en candidature dûment rempli en ligne et signé par la personne qui propose la candidature;
- le curriculum vitæ exhaustif et à jour;
- la lettre de présentation indiquant comment ce médecin s’est distingué et visant à convaincre que ce dernier mérite le prix dans la catégorie en question;
- les lettres de témoignage appuyant la lettre de présentation (trois maximum);
- le dossier de presse (optionnel).

Remise du prix

Le lauréat recevra un trophée et une vidéo hommage sera produite. Une publicité sera diffusée dans un quotidien de sa région.

Prix relève

Le Prix relève est remis à un médecin qui a 10 ans de pratique ou moins et qui innove et contribue fortement, par son engagement professionnel et social, à l’avancement de la pratique médicale au Québec. Se démarquant par la qualité de sa contribution à la pratique médicale et sa capacité à atteindre des objectifs professionnels de haut niveau, ce médecin doit avoir progressé et obtenu des responsabilités croissantes au cours de sa jeune carrière médicale.

Critères de sélection

- Répondre aux différents éléments descriptifs du prix concerné.
- Incarner les valeurs du Collège, soit l’intégrité, le respect, l’engagement, la collaboration, la rigueur et la transparence.

- Se distinguer dans son milieu d'exercice pour son influence positive, son dynamisme et sa détermination.
- Se distinguer par son grand potentiel, tant sur le plan des compétences que du leadership.
- Se distinguer par la pertinence de son engagement professionnel et social.
- Se démarquer par sa contribution à l'avancement de la pratique médicale au Québec.
- Se démarquer fortement dans sa progression professionnelle et les responsabilités attribuées.
- Se distinguer par la pertinence de ses participations à diverses tribunes, publications ou conférences.

Exigences

Le candidat doit être un membre inscrit actif au tableau de l'ordre du Collège depuis 10 ans ou moins au moment du dépôt de la candidature et de l'attribution officielle du prix.

Le dossier de candidature doit inclure les documents suivants :

- le formulaire de mise en candidature dûment rempli en ligne et signé par la personne qui propose la candidature;
- le curriculum vitæ exhaustif et à jour;
- la lettre de présentation indiquant comment ce médecin s'est distingué et visant à soutenir pourquoi ce dernier mérite le prix dans la catégorie en question;
- les lettres de témoignage appuyant la lettre de présentation (trois maximum);
- le dossier de presse (optionnel).

Remise du prix

Le lauréat recevra une plaque commémorative et il obtiendra une visibilité dans le site Web et les médias sociaux du Collège.

Section 5/ Mérite du CIQ et Prix du CIQ

Le prix Mérite du CIQ (Conseil interprofessionnel du Québec) est remis à un médecin dont les réalisations ont eu un impact sur le développement de l'Ordre et dont les contributions au développement de la profession en lien avec les valeurs du système professionnel sont significatives.

Le Prix CIQ souligne l'engagement extraordinaire d'un professionnel dans l'avancement de sa profession et du système professionnel.

Critères de sélection

- Répondre aux différents éléments descriptifs du prix concerné.

Exigences

Les exigences sont celles déterminées annuellement par le CIQ.

Le président et le directeur général transmettent à la Direction des communications et des affaires publiques les documents suivants pour dépôt au comité de sélection des prix :

- les formulaires de mise en candidature dûment remplis;
- le curriculum vitae exhaustif et à jour des candidatures.

Méthode de sélection du lauréat

Le président et le directeur général consultent le comité de sélection sur leurs propositions de candidatures et recommandent au Conseil d'administration la remise du prix Mérite du CIQ ainsi que la candidature à soumettre au comité de sélection du CIQ pour le Prix CIQ.

Remise du prix

Le lauréat recevra une médaille en bronze de la part du CIQ. Le Prix CIQ est remis lors d'une soirée organisée par le CIQ, en présence de tous les intervenants du système professionnel.

Règlement sur les dossiers cliniques, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin

Loi médicale
(chapitre M-9, a. 3).

Code des professions
(chapitre C-26, a. 91).

SECTION I

OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent règlement a principalement pour objet de déterminer des normes relatives à la tenue, à la détention et au maintien par un médecin dans l'exercice de sa profession de ses dossiers cliniques, des registres, des médicaments, des substances, des appareils et des équipements.

Il s'applique à tout médecin, sans égard à son lieu d'exercice, bien que ses normes puissent différer selon que le médecin exerce ou non ses activités professionnelles dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

2. Le dossier clinique est constitué aux fins d'assurer le suivi de la condition d'un patient. Les renseignements qu'il contient ne peuvent être utilisés à d'autres fins que le suivi et le traitement du patient et ne peuvent être communiqués à des tiers que lorsque la loi l'autorise ou que le patient y consent.

Malgré le premier alinéa, le médecin ou un professionnel de la santé ayant versé des renseignements au dossier peut utiliser les renseignements contenus au dossier clinique pour procéder à l'évaluation de la qualité de son exercice professionnel.

3. Pour l'application du présent règlement, lorsque le médecin exerce sa profession dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), le dossier de l'utilisateur constitué et maintenu par cet établissement est considéré comme le dossier clinique.

SECTION II

NORMES RELATIVES AUX DOSSIERS CLINIQUES

§ 1. — Dispositions générales

4. Tout médecin doit constituer et maintenir sur un support virtuel un seul dossier clinique par lieu d'exercice pour toute personne qui le consulte, qu'elle s'adresse directement à lui, lui soit dirigée ou soit rejointe par lui.

5. Pour se conformer à l'article 4, le médecin qui exerce sa profession dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones

cris (chapitre S-5) est tenu d'intégrer dans le dossier de l'utilisateur constitué et maintenu par l'établissement tous les renseignements exigés par la sous-section 3.

6. Les médecins qui exercent en groupe, multidisciplinaire ou non, doivent constituer un seul dossier clinique par patient. Ils doivent s'assurer que les renseignements qu'il contient soient accessibles en tout temps à l'ensemble des professionnels du groupe conformément aux autorisations d'accès établies en application de l'article 24.

§ 2. — *Exigences relatives au support virtuel*

7. Le dossier clinique doit lier chaque inscription à son auteur.

8. Toute inscription au dossier clinique est permanente.

Lorsqu'une inscription doit être rectifiée, supprimée ou annotée par son auteur, par un autre intervenant ou par la personne visée par cette inscription, les corrections ou les annotations sont conservées avec l'inscription originale dans un registre qui contient le motif de la modification, sa date et le nom de la personne l'ayant effectuée.

9. Pour la tenue de ses dossiers cliniques, le médecin doit utiliser un outil technologique certifié conformément aux règles particulières définies en application du paragraphe 5° du premier alinéa de l'article 5.2 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2).

10. L'outil technologique utilisé ne doit permettre l'utilisation des renseignements personnels contenus aux dossiers cliniques à d'autres fins que le suivi et le traitement des patients ou que l'évaluation par le médecin ou les autres professionnels de la santé de la qualité de leur exercice professionnel.

L'outil protège l'accès aux renseignements, notamment par l'utilisation d'une clef de sécurité, d'un réseau sécurisé et par l'authentification des utilisateurs. L'outil doit permettre la configuration d'une mise en veille automatique de la session d'un utilisateur après une période d'inactivité.

11. L'outil technologique utilisé ne comporte ni ne diffuse aucune forme de publicité ou de promotion de produits, de services ou de fournisseurs de produits ou de services.

Les outils d'aide à la décision ne peuvent orienter la décision du médecin de façon à faire la promotion d'un médicament, d'un produit ou d'un service en particulier.

12. En outre, l'outil technologique utilisé :

- 1° permet au médecin d'utiliser une signature numérique, lorsque requise;
- 2° est hébergé sur un répertoire électronique distinct de tout autre répertoire et le répertoire est situé en territoire canadien;
- 3° permet l'impression des renseignements tout en ne permettant pas la fonction impression d'écran;

[Tapez ici]

4° permet le transfert de tous les renseignements contenus au dossier clinique et, lorsque ces renseignements sont en format de niveau granulaire, préserve ce format lors du transfert;

5° conserve une journalisation des accès et des impressions de renseignements

6° permet au médecin de générer des rapports visant l'évaluation de la qualité de son exercice et la gestion des alertes;

7° permet la gestion de la réception des analyses de laboratoire ou des examens diagnostiques;

8° permet la conservation des courriels et des autres échanges sur support virtuel, incluant les images iconographiques, en lien avec le dossier clinique;

9° permet la conservation de données de télésanté;

10° permet l'encryptage des données lorsque requis pour leur conservation;

11° permet de générer les registres visés à la section III.

13. L'outil technologique doit offrir un système permettant le classement ordonné et l'indexation des dossiers cliniques.

Ce système doit permettre au médecin d'identifier les dossiers ou les extraits de dossier qui ont été remis à un autre médecin ou au patient ainsi que les dossiers actifs et inactifs.

14. Le médecin doit maintenir à jour l'outil technologique qu'il utilise pour la gestion de ses dossiers cliniques.

15. Tout contrat conclu par le médecin ou une société dont il est associé ou actionnaire, visant la vente d'un outil technologique ou les services d'utilisation d'un tel outil pour la tenue de ses dossiers cliniques, doit être constaté par écrit.

Le contrat doit stipuler :

1° que le fournisseur ne peut avoir accès aux renseignements des dossiers que dans le cadre de l'exécution du contrat et qu'ils ne peuvent d'aucune manière être utilisés par le fournisseur ou communiqués par celui-ci à des tiers sans le consentement du patient ou de son représentant légal;

2° les mesures que prend le fournisseur pour assurer le caractère confidentiel des renseignements des dossiers et pour assurer la destruction de ces renseignements après l'expiration du délai de conservation, l'annulation du contrat ou après le transfert des dossiers vers un autre support;

3° que le fournisseur est tenu responsable de tout bris de confidentialité des renseignements des dossiers, sauf si ce bris provient d'une faute des utilisateurs de l'outil;

4° que le fournisseur informe immédiatement le médecin en cas de manquement, d'omission ou de tout événement susceptible de porter atteinte au caractère confidentiel des renseignements des dossiers.

Malgré toute stipulation à l'effet contraire dans le contrat, le Collège des médecins du Québec peut obtenir la communication du contrat sur demande.

§ 3. — *Contenu du dossier clinique*

16. Le médecin inscrit au dossier clinique les renseignements suffisants pour identifier la personne visée par le dossier, notamment son nom, son sexe ou, le cas échéant, son identité de genre, sa date de naissance et son adresse ainsi que, le cas échéant, son numéro d'assurance maladie. Le médecin inscrit également au dossier tous renseignements pertinents relatifs à la personne visée par celui-ci.

Le médecin doit assurer la mise à jour des renseignements prévus au premier alinéa.

Toutes les inscriptions faites au dossier doivent être en français ou en anglais.

17. Le médecin inscrit au dossier clinique la date de tout renseignement qui y est versé, dont la date de toute consultation.

Dans le cas d'une situation d'urgence ou d'une situation critique, le médecin inscrit également l'heure de toute intervention, évaluation ou décision prise.

18. Lorsque le médecin assure le suivi clinique d'un patient ou qu'il est régulièrement consulté par ce dernier, il inscrit au dossier clinique un sommaire du dossier contenant un résumé à jour de l'information utile à l'évaluation globale de l'état de santé de ce patient.

19. En outre des renseignements prévus aux articles 16 à 18, le médecin inscrit ou verse au dossier clinique :

1° toute information pertinente relative à un risque de réaction allergique du patient;

2° les observations médicales recueillies à la suite de l'anamnèse et de l'examen du patient;

3° toute information relative à une complication ou à un accident susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur l'état de santé ou l'intégrité physique d'un patient ainsi que toute information relative à sa divulgation;

4° les demandes adressés à un autre médecin, les comptes rendus des examens complémentaires effectués par un autre médecin et les comptes rendus des consultations avec un autre médecin, ainsi que toutes autres demandes de services professionnels;

[Tapez ici]

5° le diagnostic, selon une nomenclature reconnue, le cas échéant, et les diagnostics différentiels lorsque la condition clinique du patient le nécessite;

6° les ordonnances, les rapports et, le cas échéant, les documents iconographiques, concernant les actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques effectués par le médecin ou confiés à une autre personne identifiée;

7° le compte rendu opératoire écrit de toute intervention chirurgicale, au plus tard 24 heures suivant cette intervention;

8° le compte rendu d'anesthésie, comprenant le nom de toutes les personnes qui y ont participé ainsi que leur rôle respectif;

9° le rapport d'anatomopathologie;

10° les renseignements concernant le consentement aux soins et les communications de renseignements médico-légaux;

11° la liste des médicaments pris par le patient;

12° un résumé, le compte rendu ou la copie de toute communication avec le patient ou un tiers, incluant les communications sur support technologique et les documents iconographiques joints à ces communications;

13° le titre du projet de recherche, le numéro du protocole de recherche ou du produit testé, la recommandation clinique, le nom du chercheur et le numéro de téléphone permettant de le joindre, lorsque le patient participe à un projet de recherche;

14° la participation de cette personne à une intervention de santé publique;

15° tout autre information ou document pertinent pour le suivi d'une personne qui le consulte;

16° toutes les factures adressées au patient.

20. Un dossier clinique distinct est constitué pour tout sujet de recherche.

Ce dossier doit notamment contenir :

1° le titre du projet de recherche, l'identification du protocole de recherche, incluant le numéro du protocole concerné, l'identification du chercheur principal et de ses associés ainsi que le formulaire d'approbation par lequel le comité d'éthique de la recherche atteste que celle-ci respecte les normes en vigueur, notamment en ce qui a trait à sa composition et à ses modalités de fonctionnement;

2° le consentement écrit du sujet ou, lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur inapte, de son représentant légal;

3° une copie du document remis au sujet ou, lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur inapte, à son représentant légal, attestant de sa participation à un projet de

[Tapez ici]

recherche et contenant les renseignements permettant d'assurer à ce sujet un suivi par son médecin traitant ou, le cas échéant, un suivi en établissement;

4° les observations relatives aux effets secondaires rapportés par le sujet en cours de recherche et le suivi effectué par le médecin à l'égard de ceux-ci;

5° une note finale indiquant la fin du projet de recherche y compris, le cas échéant, les raisons de son abandon et les renseignements transmis au sujet.

21. Un dossier clinique distinct est constitué pour tout mandat d'évaluation médicale indépendante et tout mandat d'expertise.

Ce dossier doit notamment contenir :

- 1° le mandat et les instructions provenant du mandant;
- 2° les documents soumis et examinés;
- 3° les observations médicales réalisées lors de l'entrevue et de l'examen physique, le cas échéant;
- 4° les notes de travail;
- 5° une copie des documents pertinents ayant permis la rédaction du rapport;
- 6° le rapport final contenant les conclusions et opinions du médecin, et tout rapport complémentaire.

22. Le médecin qui exerce en santé publique constitue un dossier clinique par individu, par groupe, par organisation ou par événement, selon le cas.

Ce dossier doit notamment contenir :

- 1° l'identification du référant, le cas échéant;
- 2° la liste des individus visés connus;
- 3° la source ou l'évènement qui a donné lieu à l'intervention;
- 4° l'analyse de la problématique et le diagnostic;
- 5° le suivi apporté par le médecin de santé publique.

Pour toute intervention de santé publique auprès d'un individu ou d'un groupe d'individus, le médecin inscrit au dossier la date de cette intervention.

Lorsque l'intervention ne vise qu'un individu, le médecin inscrit au dossier le nom du médecin traitant de cet individu et, le cas échéant, les communications avec celui-ci.

23. Le médecin doit prendre les mesures raisonnables pour assurer l'intégrité et l'inaltérabilité des renseignements qui sont contenus au dossier clinique. Il doit s'assurer que toute inscription au dossier, qu'elle soit effectuée par lui-même ou par un de ses employés dûment autorisés, soit lisible et compréhensible.

§ 4. — *Gestion des accès au dossier clinique*

24. Le médecin doit assurer la confidentialité du dossier clinique. Il doit déterminer les autorisations d'accès des personnes qui sont à son emploi, qui agissent sous sa direction ou qui collaborent avec lui. Les autorisations d'accès sont attribuées pour chaque catégorie de personnes au regard des fonctions qu'elles exercent.

Lorsqu'il y a transmission d'informations contenues dans les dossiers, le médecin doit utiliser des méthodes, des appareils ou des systèmes protégeant la confidentialité de ces informations.

Malgré le premier alinéa, toute personne qui exerce, pour le Collège, une fonction prévue par le Code des professions (chapitre C-26) ou par la Loi médicale (chapitre M-9) a accès au dossier lorsque cet accès est nécessaire à l'accomplissement de cette fonction.

25. Le médecin peut, en tout temps avec l'autorisation du patient ou de son représentant légal, transférer à un autre médecin une copie de son dossier clinique ou un extrait de celui-ci.

Le médecin doit dresser et conserver au dossier une liste des renseignements et des documents, incluant les rapports et documents iconographiques, qu'il a transférés et indiquant le nom du médecin à qui ils ont été transférés. Une copie de cette liste est acheminée à ce médecin avec les renseignements et les documents transférés.

26. Lorsque des renseignements ou des documents du dossier clinique sont remis à un tiers, le médecin doit inscrire au dossier le nom de cette personne, la nature du renseignement ou du document et la date de la remise.

27. Le médecin doit prendre toutes les mesures nécessaires pour préserver l'intégrité des renseignements et documents résultant du transfert d'un dossier clinique ou d'un extrait de celui-ci et s'assurer qu'il n'y a pas de perte de données relatives aux renseignements ou aux documents transférés.

Le premier alinéa s'applique tant au transfert de données d'un support virtuel vers un autre support virtuel qu'au transfert de données d'un support virtuel vers un support papier.

28. Lorsque le dossier clinique est transféré vers un support papier, les informations suivantes doivent apparaître sur chaque page de la copie :

1° « Copie du dossier clinique » ou « Extrait du dossier clinique », accompagné du nom du patient;

2° la date;

3° le nom de la personne qui a imprimé la copie.

§ 5. — Conservation et destruction du dossier clinique

29. Malgré les dispositions de la présente sous-section, lorsque le médecin exerce sa profession dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), les normes de conservation et de destruction de ses dossiers cliniques sont celles applicables au dossier de l'utilisateur prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

30. Le médecin doit conserver tout dossier clinique pendant au moins 10 ans suivant la date de la dernière inscription au dossier.

Dans le cas du dossier d'un projet de recherche ou d'une intervention en santé publique, la période de conservation de 10 ans débute respectivement à la date de la fin de ce projet ou de la fin de cette intervention.

Dans le cas du dossier d'un mandat d'évaluation médicale indépendante et d'un mandat d'expertise, la période de conservation de 10 ans débute à la date de la fin du mandat.

Malgré le troisième alinéa, le médecin doit conserver le dossier d'un mandat d'évaluation médicale indépendante ou d'un mandat d'expertise jusqu'à ce qu'une procédure judiciaire en lien avec un tel mandat fasse l'objet d'un jugement passé en force de chose jugée.

31. Après l'écoulement des périodes de conservation prévues à l'article 30, le dossier clinique est considéré comme inactif et peut être détruit.

32. Le médecin doit conserver une redondance encryptée de ses dossiers cliniques. Le cas échéant, les serveurs soutenant cette redondance doivent être situés au Canada, dans un lieu situé à au moins 10 km du lieu d'exercice du médecin.

33. Dans le cas d'un dossier clinique actif, tout renseignement ou document doit être conservé au dossier pendant au moins 10 ans suivant la date de son versement au dossier. Après l'écoulement de cette période, un renseignement ou un document peut être détruit.

Malgré le premier alinéa, le médecin ne peut procéder à la destruction des renseignements génétiques contenus au dossier avant d'en avoir informé le patient et lui avoir donné la possibilité d'en obtenir une copie.

34. Le médecin doit s'assurer que les mesures de sécurité visant à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un patient sont respectées lors de la destruction d'un dossier clinique.

35. Le médecin doit tenir à jour une liste de ses dossiers cliniques actifs et une liste de ceux détruits. La liste des dossiers détruits doit contenir la date de la destruction du dossier et peut être détruite 5 ans après la dernière inscription.

SECTION III

NORMES RELATIVES AUX REGISTRES, MÉDICAMENTS, SUBSTANCES, APPAREILS ET ÉQUIPEMENTS

§ 1. — *Registres*

36. Le médecin doit, pour tout lieu où il exerce, constituer et tenir les registres suivants :

- 1° un registre des patients inscrits à son nom ou des patients qu'il suit;
- 2° un registre des personnes qui l'ont consulté, dont celles qu'il a évaluées à domicile ou au sans rendez-vous;
- 3° un registre des chirurgies mineures ou interventions effractives pratiquées lors de consultations, en excluant les injections et les infiltrations de médicaments, ainsi que le type d'anesthésie administrée;
- 4° un registre des personnes soumises à une procédure chirurgicale ou à une intervention effractive pour lesquelles il y a eu transmission d'un prélèvement d'une partie d'un corps humain ou d'un objet au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse, la date d'envoi du spécimen et la date de réception du rapport d'anatomopathologie;
- 5° un registre des accidents survenus lors d'une intervention médicale effractive requérant une anesthésie, une sédation ou une analgésie, et les accidents survenus en lien avec une telle intervention, ainsi que les mesures prises pour prévenir ces accidents;
- 6° un registre des personnes évaluées dans le cadre d'une évaluation médicale indépendante;
- 7° un registre des dossiers pour lesquels il agit à titre de médecin expert pour une tierce partie;
- 8° un registre des sujets qu'il évalue, qu'il traite ou dont il supervise le traitement dans le cadre d'un projet de recherche;
- 9° un registre des benzodiazépines au sens de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, c. 19);
- 10° un registre des drogues contrôlées et des stupéfiants, au sens de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, lorsque les quantités fournies ou vendues sont 3 fois supérieures à la dose maximale recommandée ou la dose thérapeutique quotidienne maximale généralement admise.
- 11° un registre des ordonnances collectives dont il est signataire dans lequel sont consignées les versions originales signées des ordonnances collectives et dans lequel sont indiqués le nom de l'ordonnance et son objet, le nom du protocole externe auquel elle réfère le cas échéant, sa date d'entrée en vigueur, la date de fin de sa période de validité, la date de sa dernière révision ainsi que le nom des médecins signataires;

12° un registre des sommes facturées aux patients dans lequel sont identifiés le numéro de dossier, le nom du patient et le prix des services, des fournitures, des frais accessoires et des soins médicaux;

13° un registre des profils d'accès dans lequel sont identifiées les autorisations d'accès et de gestion du dossier clinique.

37. Lorsque le médecin exerce sa profession dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), les registres de cet établissement tiennent lieu de registres visés à l'article 36.

38. Les registres doivent être maintenus pour une période de 10 ans. Les ordonnances collectives contenues au registre visé au paragraphe 11° de l'article 36 sont conservées pour une période de 10 ans à compter de la fin de leur période de validité.

Le médecin doit s'assurer que les mesures de sécurité propres à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un patient sont respectées lors de la destruction d'un registre.

§ 2. — *Médicaments, substances, appareils et équipements*

39. Tout médecin, sauf le médecin qui exerce dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), doit détenir les appareils, le matériel, les instruments et les médicaments appropriés et actuels à son exercice professionnel et qui lui permettent de répondre aux situations urgentes propres au contexte de son exercice professionnel. Il doit disposer de ceux-ci de façon sécuritaire.

40. Le médecin doit s'assurer du respect des normes reconnues visant la conservation et l'élimination sécuritaire des médicaments, des vaccins, des produits et des tissus biologiques, des produits et des substances inflammables, toxiques ou volatiles ainsi que du matériel diagnostique de laboratoire qu'il détient. Il doit notamment procéder à des vérifications périodiques de ceux-ci.

Il doit maintenir sous clef les médicaments qui sont des drogues ou d'autres substances au sens de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, c. 19).

41. Tout médecin, sauf le médecin qui exerce dans un établissement, doit veiller à ce que les appareils qu'il détient fassent l'objet des entretiens et des ajustements conformes aux normes qui leur sont applicables, afin d'assurer leur fonctionnement normal, sécuritaire et de qualité. Il doit conserver les documents faisant état des mesures d'entretien et d'ajustement effectuées ainsi que des dates auxquelles ces mesures ont été appliquées.

Le médecin doit également s'assurer que les méthodes de désinfection et de stérilisation des appareils et des instruments respectent les normes reconnues.

Une vérification périodique de l'équipement doit être effectuée.

SECTION IV

NORMES RELATIVES AU CHANGEMENT DE LIEU ET À LA CESSATION D'EXERCICE

§ 1. — *Changement de lieu d'exercice*

42. Le médecin qui change de lieu d'exercice avise les patients auprès desquels il assure un suivi clinique et le Collège de ses nouvelles coordonnées et de la date à laquelle ce changement sera effectif, au plus tard 60 jours avant ce changement.

43. Lorsque le médecin qui change de lieu d'exercice quitte un groupe de médecins, ce groupe demeure responsable de la détention, de la tenue et du maintien du dossier clinique des patients du médecin qui quitte le groupe.

Malgré le premier alinéa, si le patient souhaite que le médecin qui quitte le groupe continue de le suivre, le groupe doit transférer le dossier clinique de ce patient au médecin qui quitte le groupe. Ce médecin assume les frais de transfert des dossiers de ses patients vers son nouveau lieu d'exercice.

Le groupe doit remettre au médecin qui le quitte une liste des dossiers complets ou des extraits de dossiers transférés et conserver une copie de cette liste pendant 5 ans.

44. Lorsque le patient désigne un nouveau médecin pour assurer son suivi clinique, le médecin qui quitte un groupe de médecins doit transférer à ses frais les données du patient au médecin désigné, sauf lorsque le médecin ainsi désigné fait partie du groupe que le médecin quitte. Le médecin désigné devient responsable du dossier clinique du patient lorsque le transfert est complété.

45. En l'absence d'une désignation d'un nouveau médecin par le patient, lorsque les médecins du groupe reconnaissent que celui qui quitte est le médecin qui a assuré le suivi clinique d'un patient, le groupe doit permettre à ce médecin un accès au dossier clinique ou aux extraits pertinents du dossier. Le groupe doit également lui remettre une liste des dossiers transférés.

À moins d'une entente préalable, la totalité des frais de transfert est à la charge du médecin qui quitte ce groupe.

46. Lors de la dissolution d'un groupe de médecins, celui-ci doit dresser et remettre à chacun des médecins l'ayant formé la liste des dossiers cliniques de ses patients. Les médecins du groupe transfèrent les dossiers cliniques de leurs patients respectifs vers leur nouveau lieu d'exercice.

Une personne est considérée comme le patient du médecin si elle se trouve dans l'une des situations suivantes :

- 1° elle a clairement manifesté sa volonté d'être suivie par ce médecin;
- 2° elle est inscrite auprès de celui-ci;
- 3° elle est habituellement suivie par ce médecin;

4° ce médecin a fait la dernière inscription ou insertion à son dossier.

§ 2. — Cessation temporaire d'exercice

47. Le médecin dont le droit d'exercer des activités professionnelles est limité conserve, gère et administre les effets qu'il tenait, détenait et maintenait dans l'exercice de ses activités. Il peut les utiliser dans la mesure permise par sa limitation, le cas échéant

48. Le médecin radié temporairement du tableau du Collège ou dont le droit d'exercice est suspendu doit confier la garde provisoire de ses dossiers cliniques et de ses registres à un médecin en exercice, dès la prise d'effet de sa radiation ou de la suspension de son droit d'exercice. Il doit transmettre le nom du cessionnaire au secrétaire du Collège, au plus tard dans les 5 jours suivant cette prise d'effet.

Il doit dresser et maintenir une liste des dossiers confiés en précisant le nom du médecin à qui ils ont été confiés provisoirement.

Il doit disposer de façon sécuritaire des médicaments, des vaccins, ainsi que des produits et des substances inflammables, toxiques ou volatiles qu'il détenait dans l'exercice de sa profession au plus tard 30 jours suivant sa radiation ou la suspension de son droit d'exercice.

49. Le cessionnaire des dossiers cliniques doit, pendant la période que dure la garde provisoire :

1° prendre les mesures conservatoires nécessaires afin de sauvegarder les intérêts des patients et s'assurer de communiquer à ces derniers les renseignements relatifs à leur état de santé;

2° répondre aux demandes des patients et des tiers de prendre connaissance ou d'obtenir copie des dossiers dans les délais prévus par règlement;

3° conserver et maintenir une liste des dossiers qui lui ont été confiés et remettre au médecin une copie à jour de cette liste lorsque les dossiers lui sont retournés à la fin de la période de garde provisoire.

§ 3. — Cessation définitive d'exercice

50. Le médecin qui cesse d'exercer sa profession conserve la garde de ses dossiers cliniques et de ses registres, à moins d'identifier un cessionnaire qui assumera la garde et la responsabilité permanente de ceux-ci. Toutefois lorsque le médecin cesse d'être inscrit au tableau du Collège, il ne peut conserver la garde de ses dossiers cliniques et de ses registres.

Le cessionnaire ou le médecin qui conserve la garde de ses dossiers cliniques et de ses registres doit alors :

1° prendre les mesures conservatoires nécessaires afin de sauvegarder les intérêts des patients et, s'il y a lieu, s'assurer qu'un autre médecin ou groupe de médecins communique à ces derniers les renseignements relatifs au suivi de leur état de santé;

2° répondre aux demandes des patients et des tiers de prendre connaissance ou d'obtenir copie des dossiers cliniques dans les délais prévus par règlement;

3° prendre les mesures nécessaires pour que les dossiers et les registres soient conservés et détruits conformément aux dispositions des sections II et III;

4° au plus tard 30 jours suivant la cessation d'exercice, disposer de façon sécuritaire des médicaments, des vaccins, des produits et des substances inflammables, toxiques ou volatiles détenus dans l'exercice de la profession.

Le cessionnaire doit de plus conserver la liste des dossiers et des registres qui lui ont été cédés pendant les 5 années suivant celle de la destruction de ces dossiers et registres.

51. Le médecin doit aviser ses patients et le Collège des médecins au moins 60 jours avant la prise d'effet de sa cessation définitive d'exercice ou, le cas échéant, dans les plus brefs délais.

Cet avis contient la date à laquelle le médecin cessera son exercice, les coordonnées auxquelles les demandes d'accès ou de copies des dossiers cliniques peuvent être transmises, l'adresse du lieu où sont conservés les dossiers et, le cas échéant, le nom du cessionnaire des dossiers.

52. Lorsque le médecin identifie un cessionnaire, il doit conclure une convention de cession avec celui-ci.

La convention doit indiquer le motif donnant lieu à la cession, la date de sa prise d'effet, le nom du cessionnaire, ses coordonnées, l'adresse du lieu d'exercice où seront conservés les dossiers cliniques et, le cas échéant, le nom du fournisseur de l'outil technologique utilisé pour la tenue et le maintien des dossiers. Elle doit également contenir la liste des dossiers et des registres cédés.

Une copie de la convention, à l'exception de la liste des dossiers et des registres cédés, est transmise au secrétaire du Collège dès sa signature.

53. Le médecin qui fait l'objet d'une radiation permanente du tableau ou d'une révocation de son permis doit identifier un cessionnaire et informer les patients de la cession de ses dossiers cliniques par la publication de l'avis visé au deuxième alinéa de l'article 50.

Il doit transmettre le nom du cessionnaire au secrétaire du Collège, au plus tard 5 jours suivant de la prise d'effet de sa radiation ou de la révocation de son permis.

§ 4. — *Pouvoirs du Collège*

54. Le secrétaire du Collège devient cessionnaire des dossiers cliniques et des registres d'un médecin dans les cas suivants :

1° lorsque, de l'avis du secrétaire, une garde provisoire ou une cession ne peut être exécutée de manière à assurer la protection du public;

- 2° lorsqu'une cession était convenue et qu'elle ne peut être exécutée;
- 3° lorsqu'un médecin n'a pas identifié de cessionnaire;
- 4° lorsque le médecin qui cesse d'exercer est dans l'impossibilité d'assumer la conservation de ses dossiers et n'a pas trouvé de cessionnaire;
- 5° lorsque la personne qui fait l'objet d'une radiation permanente du tableau ou d'une révocation de son permis n'a pas identifié de cessionnaire;
- 6° lorsque les ayants cause d'un médecin décédé ne sont pas en mesure d'identifier un cessionnaire au plus tard 60 jours suivant le décès du médecin et qu'il n'existe aucune convention de cession signée.

Le secrétaire doit alors respecter les obligations prévues à l'article 49.

55. Le médecin ou les ayants cause du médecin décédé doivent rembourser les honoraires et les frais assumés par le Collège lorsque le secrétaire agit comme cessionnaire.

Ces sommes sont établies par une résolution générale du Conseil d'administration en application du quatrième alinéa de l'article 91 du Code des professions (chapitre C-26). Elles comprennent les honoraires versés au cessionnaire ainsi que les frais de conservation, de gestion, d'administration, de cession, de garde provisoire, de destruction et d'avis relatifs aux dossiers cliniques et registres.

SECTION V

TENUE DES CABINETS OU BUREAUX DES MÉDECINS

56. Le cabinet de consultation ou le bureau d'un médecin est aménagé de manière à assurer la protection du secret professionnel et l'intimité de la personne qui le consulte.

57. Une salle d'attente faisant partie du cabinet de consultation ou du bureau et destinée à recevoir les patients est aménagée.

58. Le cabinet de consultation ou le bureau est aménagé de façon à assurer, en tout temps, la salubrité, l'hygiène et la sécurité appropriées l'exercice professionnel du médecin. Le cabinet de consultation ou le bureau est notamment conforme aux exigences suivantes :

- 1° les lieux sont suffisamment aérés, chauffés et éclairés;

[Tapez ici]

- 2° un lavabo est installé dans le cabinet de consultation;
- 3° le cabinet de toilette est accessible à la clientèle;
- 4° les méthodes de désinfection et de stérilisation des instruments, des appareils ou du matériel respectent les normes reconnues;
- 5° les règles de prévention des infections sont observées;
- 6° les locaux, l'appareillage et le matériel permettent que les procédures chirurgicales ou les interventions effractives soient effectuées de façon sécuritaire;
- 7° les lieux sont soumis à un entretien régulier;
- 8° aucun animal n'a accès au lieu de consultation, à l'exception des animaux d'assistance.
- 9° les lieux de rangement des appareils et des produits nécessaires en situation d'urgence soient indiqués de manière à les rendre visibles et accessibles.

59. Le cabinet de consultation ou le bureau doit comprendre l'ameublement approprié à l'exercice professionnel du médecin.

60. Le cabinet de consultation ou le bureau est aménagé de telle sorte :

- 1° qu'il n'y ait pas d'encombrement;
- 2° que l'appareillage et le matériel puissent être utilisés de manière appropriée et sécuritaire;
- 3° que l'espace dédié à la vente de produits et appareils soit séparé de l'espace de consultation et de soins;
- 4° que le centre serveur hébergeant les dossiers cliniques soit situé dans un lieu sécuritaire et bien ventilé;
- 5° que ne soit pas compromis le respect des normes prévues aux sections II et III;
- 6° que l'évacuation en cas d'urgence soit facilitée;
- 7° qu'il soit accessible aux personnes handicapées ou à mobilité réduite;
- 8° qu'il soit libre de tout signe religieux.

61. Le médecin qui s'absente du cabinet de consultation ou du bureau pour plus de 5 jours ouvrables consécutifs doit prendre les mesures nécessaires pour informer les personnes qui tentent de le joindre de la durée de son absence et de la procédure à suivre en cas d'urgence.

Le médecin qui s'absente du cabinet de consultation et qui ne peut assurer le suivi de ses dossiers à distance pour une période de plus de 5 jours ouvrables consécutifs doit convenir d'une entente avec un autre médecin à cet effet.

62. Le médecin doit prendre les mesures nécessaires afin que les personnes qui tentent de le joindre puissent avoir accès par téléphone ou par un autre moyen technologique au personnel du cabinet de consultation ou du bureau durant ses heures d'affaires.

La mise en place de mécanismes de messagerie ou de prise de rendez-vous par Internet ou par système automatisé ne relève pas le médecin de son obligation de demeurer accessible par téléphone ou par un autre moyen technologique.

63. En tout lieu où il exerce sa profession, le médecin doit fournir, sur demande, une preuve qu'il est membre du Collège.

SECTION VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

64. Le médecin en exercice le (*insérer la date de l'entrée en vigueur du règlement*) ou qui se joint à un groupe de médecins en exercice après le (*insérer date d'entrée en vigueur du règlement*) peut continuer de constituer et de maintenir ses dossiers cliniques sur support papier jusqu'au (*insérer la date suivant de 2 ans la date de l'entrée en vigueur du règlement*). Les sections I et II du règlement s'appliquent à ce médecin avec les adaptations nécessaires.

À compter du (*insérer la date suivant de 2 ans la date de l'entrée en vigueur du règlement*), tout nouveau dossier clinique doit être constitué et maintenu conformément à la section II. Le médecin peut conserver sur support papier la partie du dossier constituée avant le (*insérer la date suivant de 2 ans la date de l'entrée en vigueur du règlement*).

65. Si un groupe de médecins procède au transfert des dossiers cliniques sur support virtuel avant le (*insérer la date suivant de 2 ans la date de l'entrée en vigueur du règlement*), tous les médecins du groupe doivent procéder à un tel transfert.

66. Le médecin qui constitue et maintient ses dossiers médicaux sur support virtuel le (*insérer la date de l'entrée en vigueur du règlement*) doit se conformer à l'article 9 au plus tard le (*insérer la date suivant de 4 ans la date de l'entrée en vigueur du règlement*).

67. Les paragraphes 6° et 7° du premier alinéa de l'article 59 ne s'applique pas aux cabinets de consultation aménagés avant le (*insérer la date d'entrée en vigueur du règlement*), sauf si ce cabinet subit des transformations importantes.

68. Le délai de conservation prévu à l'article 30 est de 5 ans pour la partie du dossier conservée sur support papier. Dans le cas d'un dossier actif, tout document datant de moins de 5 ans doit être conservé. Tout document et toute inscription datant de plus de 5 ans peuvent être détruits à l'exception des documents suivants, qui doivent être conservés 5 années de plus sur support papier ou virtuel :

- 1° les rapports d'anatomopathologie;

[Tapez ici]

- 2° les rapports d'endoscopie;
- 3° les comptes rendus opératoires et d'anesthésie de chirurgies majeures;
- 4° les renseignements génétiques.

Le médecin ne peut procéder à la destruction des renseignements mentionnés au paragraphe 4° du premier alinéa avant d'en avoir informé le patient et de lui avoir donné la possibilité d'en obtenir une copie.

69. Le délai de conservation prévu à l'article 38 est de 5 ans pour les registres conservés sur support papier. Il est d'un an pour le registre visé au paragraphe 2° de l'article 36 qui est conservé sur support papier.

70. À compter du (*insérer la date suivant de 2 ans la date de l'entrée en vigueur du règlement*), toute entente visée par l'article 15 en vigueur le (*insérer date d'entrée en vigueur du règlement*) doit être conforme aux exigences prévues à cet article.

71. Le présent règlement remplace le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin (chapitre M-9, r. 20.3).

72. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

SA5 ASSISTANCE VENTILATOIRE – ANNEXE A

Utilisation de la lunette nasale d'oxygène humidifié à haut débit (LNOHHD)

Note

La LNOHHD est un appareil de ventilation à pression positive non invasive (VPPNI). Elle peut être utilisée lors d'une prise en charge secondaire lors d'un transfert interétablissement.

Dans le contexte d'une prise en charge lors d'un transfert interétablissement, le TPSA doit suivre la prescription du médecin référent à l'égard :

- Du débit (flot).
- De la FiO₂ à administrer.
- De la cible de saturométrie à atteindre ou à maintenir.
- De la température du système à haute humidité.
- De la position du patient sur la civière lors de son transport.
- De la conduite à tenir à l'égard de l'ajustement des paramètres de la VPPNI, et ce, en fonction de l'évolution clinique de l'état du patient durant son transfert.

Indications (toutes doivent être présentes)

- Âge ≥ 18 ans
- Sur l'ordonnance du médecin référent lors d'une prise en charge secondaire pour un transfert interétablissement.

Contre-indicationsⁱ

- Récente chirurgie faciale ou nasale qui empêche l'application adéquate des embouts nasaux de la lunette nasale à l'intérieur des narines.
- Chirurgie récente des voies respiratoires supérieure.
- Trachéotomie incompatible avec l'interface de la VPPNI.

1. Maintenir la surveillance clinique.
2. Assembler l'équipement requis pour l'application de la LNOHHD ou de l'interface de trachéotomie.
3. À défaut d'avoir une prescription précise à l'égard des paramètres de base pour LNOHHD, ajuster initialement le débit (flot) à 20 L/min ainsi que la FiO₂ à 0,6.
4. Conséquemment à l'évolution de l'état clinique du patient :
 - a. Augmenter le débit (flot) de 5 à 10 L/min, et ce, jusqu'à un maximum de 60 L/min, en fonction des paramètres suivants :
 - i. La fréquence respiratoire ne s'améliore pas.
 - ii. Le travail respiratoire reste laborieux.
5. Titrer la FiO₂ à la hausse ou à la baisse en fonction de la cible de saturation visée. Utiliser la plus petite FiO₂ pour atteindre la cible de saturation désirée.
6. Poursuivre l'application SA5 Assistance ventilatoire et de tout autre protocole approprié.

Remarques :

- Le médecin qui accompagne le patient lors d'un transfert interétablissement est implicitement réputé prendre en charge les interventions lors du transport, tel que spécifié par le médecin référent.
- Les modalités prévues aux points 3 et 4 du protocole SA3A Présence d'un médecin sur place n'ont pas à être appliquées. Conséquemment, aucun appel au Support médical à distance n'est requis pour transférer le leadership de l'intervention au médecin qui accompagne. Le point 6 du protocole SA3A Présence d'un médecin sur place s'applique. Dans le cas où un autre médecin devrait être consulté à titre de Support médical à distance, le TAPSA fait appel dans l'ordre au :

ⁱ À moins d'avis contraire du médecin référent.

- Médecin référent.
- Au médecin régulier du Support médical à distance.
- Le TAPSA doit être sous supervision directe d'un médecin lors du transfert. Ce dernier doit avoir l'expertise, l'équipement et la médication nécessaires pour effectuer une intubation endotrachéale, si l'état clinique du patient se détériore.
- En présence d'une trachéotomie :
 - Ne pas utiliser l'accessoire « lunette nasale » et brancher plutôt le circuit à l'interface appropriée.
 - S'assurer de la perméabilité de la trachéotomie en tout temps et porter une attention particulière au débit (flot) afin d'éviter les barotraumatismes. Le cas échéant, réduire le débit (flot).
- La LNOHHD doit être branchée à un système à haute humidité dès que possible et la température doit être ajustée à 37 °C ou à défaut, selon le confort du patient, à 34 °C.
- Surveiller en continu la SPO₂ et l'état clinique du patient.
- Approximativement 5 à 10 minutes après l'ajustement des paramètres, si l'état clinique ne s'améliore pas ou se détériore, appliquer une assistance ventilatoire tel que spécifié dans le protocole SA5 Assistance ventilatoire et, au besoin, appliquer le SA4 Intubation avec un dispositif avancé de protection des voies respiratoires.
- Complications possibles reliées à la LNOHHD :
 - Distension gastrique.
 - Aspiration.
 - Barotraumatisme (rare).
 - Assèchement sévère des voies respiratoires (nécrose et destruction des mécanismes de protection des tissus), si la LNOHHD n'est pas branchée à un système à haute humidité.
- Avant le départ, le TAPSA doit s'assurer que la réserve en oxygène du véhicule est suffisante pour permettre l'utilisation de la LNOHHD, selon les paramètres du patient ; suffisante pour une période correspondant au double du temps prévu pour effectuer le transfert.

Références :

Bastoni D, Poggiali E, Vercelli A, Demichele E, Tinelli V, Iannicelli T, et al. Prone positioning in patients treated with non-invasive ventilation for COVID-19 pneumonia in an Italian emergency department. *Emergency medicine journal* : EMJ. 2020;37(9):565-6.

Berger-Pelletier É., Correspondance au Dr Barriault sur la lunette nasale à haut débit, 28 janvier 2021

Corley A, Edwards M, Spooner AJ, Dunster KR, Anstey C, Fraser JF. High-flow oxygen via tracheostomy improves oxygenation in patients weaning from mechanical ventilation: a randomised crossover study. *Intensive care medicine*. 2017;43(3):465-7.

Ferreiro BL, Angriman F, Munshi L, Del Sorbo L, Ferguson ND, Rochweg B, et al. Association of Noninvasive Oxygenation Strategies With All-Cause Mortality in Adults With Acute Hypoxemic Respiratory Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2020.

Frat JP, Thille AW, Mercat A, Girault C, Ragot S, Perbet S, et al. High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure. *The New England journal of medicine*. 2015;372(23):2185-96.

Grieco DL, Menga LS, Raggi V, Bongiovanni F, Anzellotti GM, Tanzarella ES, et al. Physiological Comparison of High-Flow Nasal Cannula and Helmet Noninvasive Ventilation in Acute Hypoxemic Respiratory Failure. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2020;201(3):303-12.

Heated and humidified high-flow nasal oxygen in adults: Practical considerations and potential applications https://www.uptodate.com/contents/heated-and-humidified-high-flow-nasal-oxygen-in-adults-practical-considerations-and-potential-applications?search=Nasal%20High%20flow&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Ischaki E, Pantazopoulos I, Zakynthinos S. Nasal high flow therapy: a novel treatment rather than a more expensive oxygen device. *European respiratory review* : an official journal of the European Respiratory Society. 2017;26(145).

Jones PG, Kamona S, Doran O, Sawtell F, Wilsher M. Randomized Controlled Trial of Humidified High-Flow Nasal Oxygen for Acute Respiratory Distress in the Emergency Department: The HOT-ER Study. *Respiratory care*. 2016;61(3):291-9.

Légaré S, Robin, Nathalie, Hôpital du Sacré-Cœur (Montréal Québec). Département de médecine préhospitalière, Urgences-santé, Québec (Province). Services préhospitaliers d'urgence. Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics en soins avancés. 1, 2013 ed2018 (juin) - 2.0c. 77 feuillets (foliotation multiple) p.

Langlet H, Sztrymf B, Leroy C, Brun P, Dreyfuss D, Ricard JD. Humidified high flow nasal oxygen during respiratory failure in the emergency department: feasibility and efficacy. *Respiratory care*. 2012;57(11):1873-8.

Maslans JR, Perez-Teran P, Roca O. The role of high flow oxygen therapy in acute respiratory failure. *Medicina intensiva / Sociedad Espanola de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*. 2015;39(8):505-15.

Mauri T, Alban L, Turrini C, Cambiaghi B, Carlesso E, Taccone P, et al. Optimum support by high-flow nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure: effects of increasing flow rates. *Intensive care medicine*. 2017;43(10):1453-63.

SA5 ASSISTANCE VENTILATOIRE – ANNEXE A
Utilisation de la lunette nasale d'oxygène humidifiée à haut débit (LNOHHD)

Mauri T, Turrini C, Eronia N, Grasselli G, Volta CA, Bellani G, et al. Physiologic Effects of High-Flow Nasal Cannula in Acute Hypoxemic Respiratory Failure. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2017;195(9):1207-15.

Messika J, Ben Ahmed K, Gaudry S, Miguel-Montanes R, Rafat C, Sztrymf B, et al. Use of High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy in Subjects With ARDS: A 1-Year Observational Study. *Respiratory care*. 2015;60(2):162-9.

Monro-Somerville T, Sim M, Ruddy J, Vilas M, Gillies MA. The Effect of High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy on Mortality and Intubation Rate in Acute Respiratory Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical care medicine*. 2017;45(4):e449-e56.

Nishimura M. High-Flow Nasal Cannula Oxygen Therapy in Adults: Physiological Benefits, Indication, Clinical Benefits, and Adverse Effects. *Respiratory care*. 2016;61(4):529-41.

Ou X, Hua Y, Liu J, Gong C, Zhao W. Effect of high-flow nasal cannula oxygen therapy in adults with acute hypoxemic respiratory failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2017;189(7):E260-E7.

Parhar KKS, Zuege DJ, Shariff K, Knight G, Bagshaw SM. Prone positioning for ARDS patients-tips for preparation and use during the COVID-19 pandemic. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*. 2020.

Parke RL, Eccleston ML, McGuinness SP. The effects of flow on airway pressure during nasal high-flow oxygen therapy. *Respiratory care*. 2011;56(8):1151-5.

Rello J, Perez M, Roca O, Poulakou G, Souto J, Laborda C, et al. High-flow nasal therapy in adults with severe acute respiratory infection: a cohort study in patients with 2009 influenza A/H1N1v. *Journal of critical care*. 2012;27(5):434-9.

Ritchie JE, Williams AB, Gerard C, Hockey H. Evaluation of a humidified nasal high-flow oxygen system, using oxygraphy, capnography and measurement of upper airway pressures. *Anaesthesia and intensive care*. 2011;39(6):1103-10.

Rittayamai N, Tscheikuna J, Rujjwit P. High-flow nasal cannula versus conventional oxygen therapy after endotracheal extubation: a randomized crossover physiologic study. *Respiratory care*. 2014;59(4):485-90.

Roca O, Riera J, Torres F, Masclans JR. High-flow oxygen therapy in acute respiratory failure. *Respiratory care*. 2010;55(4):408-13.

Rochweg B, Einav S, Chaudhuri D, Mancebo J, Mauri T, Helviz Y, et al. The role for high flow nasal cannula as a respiratory support strategy in adults: a clinical practice guideline. *Intensive care medicine*. 2020;46(12):2226-37.

Rochweg B, Granton D, Wang DX, Helviz Y, Einav S, Frat JP, et al. High flow nasal cannula compared with conventional oxygen therapy for acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*. 2019;45(5):563-72.

Sztrymf B, Messika J, Mayot T, Lenglet H, Dreyfuss D, Ricard JD. Impact of high-flow nasal cannula oxygen therapy on intensive care unit patients with acute respiratory failure: a prospective observational study. *Journal of critical care*. 2012;27(3):324 e9-13.

Thompson AE, Ranard BL, Wei Y, Jelic S. Prone Positioning in Awake, Nonintubated Patients With COVID-19 Hypoxemic Respiratory Failure. *JAMA internal medicine*. 2020.

Tiruvoipati R, Lewis D, Haji K, Botha J. High-flow nasal oxygen vs high-flow face mask: a randomized crossover trial in extubated patients. *Journal of critical care*. 2010;25(3):463-8.

Vianello A, Arcaro G, Molena B, Turato C, Sukthi A, Guarnieri G, et al. High-flow nasal cannula oxygen therapy to treat patients with hypoxemic acute respiratory failure consequent to SARS-CoV-2 infection. *Thorax*. 2020.

Williams R, Rankin N, Smith T, Galler D, Seakins P. Relationship between the humidity and temperature of inspired gas and the function of the airway mucosa. *Critical care medicine*. 1996;24(11):1920-9.

Tableau des durées du cylindre d'oxygène de type M

PSI	Débit	Durée	Réserve minimale de sécurité	Durée prévue pour l'embarquement	Durée prévue pour le débarquement	Durée pour le transport	Durée pour le transport, si doit respecter le double du temps prévu
2200	20 L/min	≈156 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈136 min	≈68 min
	30 L/min	≈104 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈84 min	≈42 min
	40 L/min	≈78 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈58 min	≈29 min
	50 L/min	≈62 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈42 min	≈21 min
	60 L/min	≈52 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈32 min	≈16 min
2100	20 L/min	≈148 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈128 min	≈64 min
	30 L/min	≈98 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈78 min	≈39 min
	40 L/min	≈74 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈54 min	≈27 min
	50 L/min	≈59 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈39 min	≈19 min
	60 L/min	≈49 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈29 min	≈14 min
2000	20 L/min	≈140 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈120 min	≈60 min
	30 L/min	≈93 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈73 min	≈36 min
	40 L/min	≈70 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈50 min	≈25 min
	50 L/min	≈56 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈36 min	≈18 min
	60 L/min	≈46 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈26 min	≈13 min
1900	20 L/min	≈132 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈112 min	≈56 min
	30 L/min	≈88 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈66 min	≈33 min
	40 L/min	≈66 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈46 min	≈23 min
	50 L/min	≈53 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈33 min	≈16 min
	60 L/min	≈44 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈24 min	≈12 min
1800	20 L/min	≈124 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈104 min	≈52 min
	30 L/min	≈83 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈63 min	≈31 min
	40 L/min	≈62 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈42 min	≈21 min
	50 L/min	≈49 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈29 min	≈14 min
	60 L/min	≈41 min	200 psi	≈10 min	≈10 min	≈21 min	≈10 min

MED. 13 Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger *(Mise-à-jour Février 2021)*

Le présent protocole s'applique pour la clientèle adulte et pédiatrique et remplace les versions 2017 des protocoles Med.13 et Ped.4.

Critères d'inclusion

Patient avec ou sans pouls, présentant l'une des situations cliniques suivantes :

- Histoire ou présence d'obstruction des voies respiratoires (OVR) générant une respiration inefficace ou absente OU
- Incapacité à effectuer des ventilations efficaces

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

2. Effectuer des manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) en considérant les particularités suivantes:

A. Chez le patient conscient à l'arrivée :

- a. Effectuer des manœuvres de DVR jusqu'à désobstruction ou jusqu'à ce que le patient devienne inconscient.

B. Chez le patient inconscient à l'arrivée ou qui devient inconscient

- a. Effectuer une prise de pouls :

Avec pouls	Sans pouls
	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer qu'une première analyse soit effectuée et passer à l'étape suivante sans délai.
<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à des cycles de DVR en 30 :2 (sans laryngoscopie) ; • Préparer le matériel de laryngoscopie ; (se référer à TECH.16 Laryngoscopie) • Dès que le matériel est prêt, procéder aux cycles de DVR avec laryngoscopie jusqu'à désobstruction ou pour un maximum de 3 cycles ; • Poursuivre les cycles DVR en 30 :2 sans laryngoscopie et sans prise de pouls (pour le reste de l'intervention). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Initier l'évacuation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une analyse ; • Initier l'évacuation ; • Effectuer une seule analyse avant le départ ; • Poursuivre selon le protocole de réanimation approprié.
<ul style="list-style-type: none"> • Transport urgent au centre désigné par le SPU. 	

3. S'il y a désobstruction, effectuer une prise de pouls (CAB):

- **Si absence de pouls**
 - Débuter (re-débuter si déjà initié) le protocole de réanimation approprié.
- **Si présence de pouls :**
 - Surveillance constante de la respiration, assister la ventilation au besoin;
 - Intubation au Combitube® selon RÉA. 7 si critères d'inclusion présents;
 - Administrer oxygène selon TECH. 10;
 - Monitoring cardiaque par MDSA;
 - Transport URGENT au centre désigné par le SPU si critères d'instabilité.

Remarques

Manoeuvres de DVR :

Se référer aux normes de la Fondation des maladies du coeur et de l'AVC.

Cycle de DVR avec laryngoscopie :

Se référer à *TECH. 16 Désobstruction des voies respiratoires par laryngoscopie directe*. Un cycle de DVR avec laryngoscopie correspond à 30 compressions thoraciques, suivi d'une tentative de désobstruction par laryngoscopie (voir Annexe A) et finalement par 2 tentatives de ventilations.

Tentatives de désobstruction par laryngoscopie :

Une tentative ne devrait pas excéder 30 secondes. Un maximum de trois (3) tentatives doivent être effectuées. Si trois tentatives sont effectuées, au minimum une tentative devra être effectuée par chacun des TAP.

Arrêt des manœuvres :

Si absence de pouls initialement et en situation d'OVRs persistante (non-résolue), considérer l'arrêt des manœuvres après 30 minutes suivant la dernière analyse effectuée au chevet du patient. Se référer au protocole ADM approprié selon la situation clinique.

Gestion des voies respiratoires :

Ne pas insérer de canule nasopharyngée, oropharyngée ou de dispositif supraglottique tant que l'OVR n'est pas levée (ventilation efficace).

Trachéostomie :

Si obstruction partielle ou complète des voies respiratoires chez un patient porteur d'une trachéostomie, considérer d'abord l'application de *TECH. 14* Technique trachéostomie.

Anaphylaxie :

Considérer la possibilité d'une réaction anaphylactique, et se référer au protocole « Anaphylaxie ». Dans le doute, effectuer la DVR sans retarder l'administration de l'épinéphrine.

Particularités des manœuvres de DVR en présence d'un DAVG

Chez le patient porteur d'un DAVG (avec ou sans grondement de la pompe), les procédures présentes dans ce protocole doivent être appliquées sauf pour les particularités suivantes :

Manœuvres de DVR chez le patient conscient :

- Procéder aux manœuvres de DVR en effectuant seulement la méthode des tapes entre les omoplates.

Manœuvres de DVR chez le patient qui devient inconscient ou qui est trouvé inconscient :

- Confirmer l'OVR avec des ventilations sans compressions thoraciques ;
- Les cycles de DVR avec laryngoscopie (max 3 tentatives) s'effectuent sans compressions thoraciques ;
- Si échec à la désobstruction, poursuivre le protocole en incluant les compressions thoraciques.

Critère d'inclusion

Patient porteur d'une trachéostomie

A) Si insuffisance respiratoire (P-U) :

- a. Se référer à la section « **Assistance ventilatoire** »;
- b. Si présence de signes d'obstruction de la trachéostomie et ventilation inefficace, passer au point B;
- c. Procéder l'intubation (lorsqu'indiqué) selon TECH.6 uniquement dans l'une des situations suivantes (Se référer à la section « Intubation au COMBITUBE »);
 - i. Trachéostomie ouverte ET
 - Absence de canule OU
 - Assistance ventilatoire inefficace persistante par la canule (voir B)

B) Si présence de signes d'obstruction de la trachéostomie avec difficulté respiratoire (A-V-P-U) OU assistance ventilatoire inefficace (P-U) :

- a. **Patient sans canule :**
 - i. Effectuer la succion de la trachéostomie. Se référer à la section « **Succion** »
- b. **Patient avec canule(s) :**
 - i. **Retirer la canule interne si présente. Se référer à la section « Canule interne ».**
 1. Si résolution, réinsérer une canule interne (neuve ou nettoyée)
 2. Si persistance, poursuivre à l'étape suivante
 - ii. **Effectuer la succion de la canule externe. Se référer à la section « Succion »**
 1. Si résolution (et applicable), réinsérer une canule interne (neuve ou nettoyée).
 2. Si persistance, poursuivre à l'étape suivante
 - iii. **Dégonfler le ballonnet de la canule externe (si présent);**
 1. Patient à A-V :
 - a. Si résolution, statut quo.
 - b. Si persistance, passer à l'étape suivante
 2. Patient à P-U : Tenter une assistance ventilatoire par la bouche et le nez en bouchant la canule.
 - a. Si ventilation efficace (trachéostomie ouverte), considérer l'intubation. Si intubation indiquée, retirer la canule externe et procéder à l'intubation. Se référer à la section « **Intubation au Combitube** ».

- b. Si ventilation inefficace (trachéostomie ouverte) ou impossible (trachéostomie fermée) passer à l'étape suivante.
- iv. **Retirer et réinsérer une canule externe (neuve ou nettoyée).** Se référer à la section « **Canule externe** »;
 1. Si résolution, statut quo.
 2. Si persistance, optimiser la ventilation par la canule. Considérer l'intubation en dernier recours. Si intubation indiquée, retirer la canule externe et procéder à l'intubation. Se référer à la section « **Intubation au Combitube** »

Remarque : Lors de la préparation et entre les manipulations de la trachéostomie, il est important d'administrer l'oxygène à haute concentration et d'effectuer de l'assistance ventilatoire si nécessaire

Assistance ventilatoire

1. Valider si le patient a une canule de trachéostomie (Privilégier cette voie en tout temps)
 - a. Si présence de canule :
 - i. Attacher le ballon-masque à la canule avec une tubulure crénelée* et ventiler normalement.
 - ii. Valider la présence ou l'absence du passage d'air vers les voies respiratoires supérieures. Fermer la bouche et le nez en présence de fuites d'air.
 - b. Si absence de canule de trachéostomie :
 - i. Basculer la tête pour exposer la stomie et ventiler avec un masque à membrane souple directement sur la stomie.
 - ii. Valider la présence ou l'absence du passage d'air vers les voies respiratoires supérieures. Fermer la bouche et le nez en présence de fuites d'air.
2. Si ventilation inefficace et trachéostomie ouverte, tenter de ventiler la bouche et le nez en fermant la stomie.

** 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.*

Succion

1. Obtenir des proches les informations pertinentes :
 - a. Outils disponibles, grandeurs de la canule et du cathéter à succion, profondeur de la succion, etc.
2. Préparer l'équipement nécessaire :
 - a. Succion, solution saline et cathéter à succion souple.
3. Mettre en marche l'appareil à succion et brancher le cathéter. Régler le contrôle de pression comme suit :
 - a. 80 - 100 mm Hg pour les bébés et enfants;
 - b. 100 - 120 mm Hg pour les adultes.
4. Lubrifier le cathéter en aspirant un peu de solution saline.
5. Instiller quelques gouttes d'eau saline stérile au besoin.

6. Insérer le cathéter sans appliquer de succion en respectant la profondeur spécifique au patient si elle est connue. Dans le cas contraire, insérer le cathéter jusqu'à ce qu'une résistance soit ressentie ou que le patient tousse. Retirer le cathéter d'environ 1 cm.
7. Appliquer la succion tout en retirant le cathéter et en faisant des mouvements circulaires.
8. Rincer le cathéter en appliquant une succion avec une solution saline s'il contient des sécrétions.
9. Répéter la succion au besoin, en donnant un temps de repos de 30 à 60 secondes au patient.

Remarques :

- Appliquer les procédures d'asepsie et éviter de contaminer le cathéter à succion.
- La succion peut s'effectuer directement dans la trachéostomie, avec ou sans canule.
- Le diamètre du cathéter à succion ne doit pas être supérieur à 50 % de celui de la canule ou de la stomie.
- La technique ne doit pas durer plus de 10 secondes (ou 5 secondes en pédiatrie) chez le patient A-V. Si les voies respiratoires sont compromises chez un patient à P-U, la technique peut durer jusqu'à 30-60 secondes si nécessaire.

Canule interne

A) Retrait de la canule interne

- 1) Tenir la canule externe d'une seule main et dégager la canule interne*;
- 2) Tirer la canule interne en suivant la courbe vers le bas jusqu'à sa sortie;

B) Insertion de la canule interne

- 1) Tenir la canule externe d'une seule main;
- 2) Insérer la canule interne en suivant la courbure vers le bas;
- 3) Engager la canule interne dans la canule externe en tenant bien cette dernière.

Remarques

- Certaines canules internes nécessitent une rotation pour être retirées :
 - o Sens antihoraire pour le retrait et sens horaire pour l'insertion.
- S'assurer d'insérer une canule interne de diamètre approprié.
- Si la situation le permet et que le matériel est disponible, effectuer le nettoyage de la canule interne réutilisable. Dans le cas contraire (et si disponible) insérer une canule neuve.

Canule externe

A) Retrait de la canule externe

- 1) S'assurer d'avoir retiré la canule interne (si applicable);
- 2) Détacher le dispositif de fixation de la canule (Cordon, velcro);
- 3) Vérifier si la canule externe à un ballonnet. Le dégonfler le cas échéant;
- 4) Tirer la canule externe en suivant la courbe vers le bas jusqu'à sa sortie;

B) Insertion de la canule externe

- 1) Préparer le matériel nécessaire
- 2) Insérer l'obturateur dans la nouvelle canule;
- 3) Vérifier l'intégrité des ballonnets;
- 4) Lubrifier l'embout distal;
- 5) Positionner le patient :

- a. Adulte : Couché ou semi-couché selon la situation et basculer la tête du patient légèrement vers l'arrière.
 - b. Pédiatrie : Neutre avec épaules surélevées.
- 6) Succionner la trachée au besoin;
 - 7) Insérer la nouvelle canule pendant l'expiration du patient (si applicable);
 - 8) Retirer l'obturateur;
 - 9) Si canule avec ballonnet, gonflez celui-ci.
 - 10) Confirmer la position de la canule (ventiler au besoin) et sécuriser la collerette.
 - 11) Si tentative d'insertion infructueuse, considérer l'insertion d'une canule d'un diamètre inférieur (1 grandeur en dessous).

Intubation au COMBITUBE®

1. Confirmer qu'il s'agit d'une trachéostomie ouverte ;
2. Si indiqué, intuber selon TECH. 6 ;
3. Gestion de la stomie
 - a. Retirer la canule externe si présente
 - b. Appliquer une membrane étanche à la stomie.
4. Évaluer la qualité de la ventilation pour effectuer le choix du tube de ventilation

Remarques

Trachéostomie ouverte et oxygénation : L'oxygène doit être administré par la trachéostomie et par la bouche/nez.

Retirer la valve de phonation en situation d'urgence

En tout temps, porter les équipements de protection individuels de gouttelettes-contact lors de manipulation d'une trachéostomie. Il s'agit d'une technique propre.

Définitions

Trachéostomie ouverte : trachéostomie (ouverture entre la trachée et la peau (du cou)) avec une persistance d'une perméabilité complète ou partielle des voies respiratoires supérieures (bouche-nez) et inférieures du patient.

Trachéostomie fermée : trachéostomie avec absence de continuité entre les voies respiratoires inférieures et supérieures du patient, le plus souvent par exérèse du larynx. **Un patient avec une trachéostomie fermée ne peut être ventilé par la bouche ni être intubé.**

Canule externe : Tube inséré dans la trachée pour maintenir l'ouverture. Les canules externes peuvent être de type ballonnet (étanche) ou fenestré (passage d'air au pourtour servant à la phonation).

Canule interne : Elle s'emboîte dans la canule externe. Une fois fixée, elle reste bien en place. Elle peut être enlevée puis nettoyée pour retirer le mucus accumulé par le patient ou par son soignant.

Obturateur (guide) : Accessoire utilisé pour insérer la canule externe. Il doit être retiré après l'insertion.

Collerette, ou l'ailette : Prolongement de part et d'autre de la canule externe et qui possède des trous et servant à fixer la canule.

(Réf. Règlement des SPU 8° aspirer les sécrétions chez une personne porteuse d'une trachéotomie et 13° retirer ou réinstaller une canule de trachéotomie;

DOCUMENT DE TRAVAIL

TECH. 16 Désobstruction des voies respiratoires par laryngoscopie directe *(Mise-à-jour Février 2021)*

Critères d'inclusion

Se référer au protocole MED.13 Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger.

1) **Optimiser l'environnement :**

- a) Éclairage adéquat ;
- b) Matériel à proximité.

2) **Préparer le matériel suivant :**

- a) Lame de laryngoscope MAC de taille appropriée pour l'âge ;
- b) Monter la lame sur le laryngoscope ;
- c) Pinces Magill ;
- d) Succion en marche + cathéters appropriés (souple et rigide) ;
- e) Matériel de ventilation.

3) **Préparer le patient**

- a) Positionnement du patient en décubitus dorsal ;
- b) Lorsque possible, soulever la tête (et les épaules en pédiatrie) avec couverture, oreiller, etc. ;
- c) Positionner la tête en position "sniffing". Garder la tête en position neutre si possibilité traumatisme à la colonne cervicale ;
- d) Retirer prothèse dentaire amovible ou tout corps étranger visible, s'il y a lieu.

4) **Effectuer la laryngoscopie :**

- a) Ouvrir la bouche et insérer le laryngoscope du côté droit de la bouche en déplaçant la langue vers la gauche ;
- b) Suivre la courbure de la langue et arrêter à la vallécule (antérieur à l'épiglotte) ;
- c) Soulever la mandibule vers l'avant et vers le haut ;
- d) Tenter le retrait du CE avec la pince appropriée (ou la succion) uniquement si ce dernier est visible (pas de tentative à l'aveugle) ;

Remarques

- Une tentative ne devrait pas excéder 30 secondes
- Un maximum de trois (3) tentatives doivent être effectuées
- Si trois tentatives sont effectuées, au minimum une tentative devra être effectuée par chacun des TAP.

Lame de laryngoscope suggérée en fonction de l'âge

Age	Lame MAC (courbe)
0-1	MAC 1
1-2	MAC 1-2
2-8	MAC 2
9-12	MAC 2-3
13 et +	MAC 3-4

TECH.17 Cathéter intraveineux *(Mise-à-jour Février 2021)*

Critère d'inclusion

- Patient avec une perfusion intraveineuse* sans médicament et prescrite par un médecin.

Critères d'exclusions

- Cathéter de type Picc-line, de dialyse ou de voie centrale
- Administration intraveineuse d'un médicament ou de produits sanguins
- Administration d'une perfusion avec pompe volumétrique

A. Effectuer la surveillance du cathéter intraveineux

- Maintenir le débit du soluté prescrit :
 - **Se référer à la section « Débit de la perfusion »**
- Maintenir la perméabilité du soluté. En présence de signes d'obstruction du cathéter, considérer les éléments suivants :
 - S'assurer de l'absence d'infiltration.
 - En présence d'infiltration, retirer le cathéter. **Se référer à la section « Retrait du cathéter ».**
 - Vérifier la hauteur du soluté, l'intégrité de la tubulure et la position du membre.
 - Si persistance, augmenter le débit.
 - Si persistance retirer le cathéter. **Se référer à la section « Retrait du cathéter ».**
- En présence de bulles dans la tubulure,
 - **Se référer à la section « Retrait de bulles ».**

B. Retirer le cathéter à la suite d'une ordonnance individuelle.

- **Se référer à la section « Retrait du cathéter ».**

Débit de perfusion intraveineuse

1. Valider la prescription médicale et faire la conversion en gouttes/minute
2. S'assurer d'avoir la quantité suffisante de soluté pour la durée du transport
3. Faire le calcul du débit avec la technique du « goutte-à-goutte »

Retirer un cathéter intraveineux périphérique

1. Décoller le matériel de fixation
2. Retirer le cathéter et valider son intégrité
3. Faire une compression avec une gaze propre en continu

Retrait de bulle

1. Faire remonter les bulles le long de la tubulure vers la chambre de perfusion
2. Si présence significative d'air dans la tubulure, cesser la perfusion et retirer le cathéter

Remarque

- Porter des gants et s'assurer de l'asepsie pour toute manipulation de cathéter intraveineux.
- S'assurer qu'il est fixé adéquatement et prendre des précautions pour ne pas le déloger lors du déplacement du patient.
- S'assurer que la perfusion est fonctionnelle avant le départ du CH.
- Prévoir le matériel nécessaire (solutés) en cas de transport prolongé.
- Aviser le personnel du CH si arrêt de perfusion et/ou retrait du cathéter.
- Effectuer la surveillance clinique du patient en portant attention aux signes de surcharge liquidienne (dyspnée d'origine cardiaque probable). Cesser la perfusion et se référer à MED.8-A au besoin.

* Note : La surveillance est uniquement autorisée pour les solutés suivants :

- Normal Salin (NaCl 0.9%)
- Lactate Ringer (LR)
- Dextrose mixte (D5W+NaCl 0,9% ou D5W+NaCl 0,45)

(Réf. Règlement des SPU : 9° irriguer et maintenir le débit prescrit d'une perfusion intraveineuse sans médication ou l'arrêter; 10° ajuster le débit d'une perfusion intraveineuse sans médication, à la suite d'une ordonnance individuelle; 11° retirer un cathéter intraveineux périphérique)

DOCUMENT DE TRAVAIL

TECH.18 Sonde urinaire *(Mise-à-jour Février 2021)*

Critère d'inclusion

- Patient porteur d'une sonde urinaire via le méat urinaire ou par cathéter sus-pubien

Critères d'exclusions

- Patient porteur d'une urostomie (vessie iléale)
- Patient porteur d'une néphrostomie (cathéter percutané au niveau rénal)

1. Effectuer la surveillance de la sonde urinaire.

- a. **Si le sac collecteur est rempli de plus de la moitié, vidanger le sac collecteur.**
 - i. Se référer à la section « **Vidange du sac collecteur** ».
- b. **Si présence de signes d'obstruction de la sonde :**
 - i. Douleur sus-pubienne et/ou masse sus-pubienne (globé vésical) ET/OU écoulement autour de la sonde au niveau du méat urinaire ET
 - ii. Absence d'écoulement de la sonde dans le sac collecteur.
- o **Considérer d'abord les éléments suivants :**
 - i. S'assurer que le sac collecteur est placé plus bas que la vessie;
 - ii. S'assurer que le diachylon qui sert à fixer le cathéter n'empêche pas l'écoulement de l'urine dans le tube;
 - iii. S'assurer que la tubulure du sac collecteur ou que la sonde n'est pas coincée ou pliée.
- o **Si l'obstruction persiste, irriguer la sonde.**
 - o Se référer à la technique « **Irrigation de la sonde urinaire** ».
- o **Si l'obstruction persiste ET échec à l'irrigation de la sonde, retirer la sonde.**
 - o Se référer à la technique « **Retrait de la sonde urinaire** ».
- c. **Si déplacement (arrachement partiel) de la sonde ET absence d'écoulement**
 - i. Ne pas tenter de remettre la sonde en place et effectuer le retrait de celle-ci.
 - o Se référer à la section « **Retrait de la sonde urinaire** ».

Vidange du sac collecteur

1. Placer un contenant sous le sac collecteur;
 - a. Sac à demeure :
 - i. Sortir le tube de vidange de la gaine de plastique, ouvrir le fermoir (pince métallique sur le côté) et vider l'urine dans le contenant prévu.
 - ii. Repousser le fermoir (fermer la pince métallique) essuyer l'extrémité à l'aide d'une gaze propre et replacer le tube dans la gaine.
 - b. Sac à cuisse :
 - i. Détacher les sangles au besoin, ouvrir le fermoir (bouchon qui se dévisse) situé au-bas du sac collecteur et laisser vider dans le contenant prévu.
 - ii. Refermer le fermoir et essuyer l'extrémité à l'aide d'une gaze propre.

Irrigation de la sonde urinaire

1. Remplir une seringue d'irrigation de 60mL d'eau saline à température pièce en évitant toute contamination;
2. Placer un piqué sous la jonction de la sonde urinaire et du tube de raccordement;
3. Désinfecter la jonction de la sonde avec un tampon d'alcool;
4. Couder (ou clamper) la partie distale de la sonde;
5. Débrancher la sonde du tube de raccordement et déposer ce dernier sur un piqué;
6. Nettoyer le bout de la sonde avec un autre tampon d'alcool;
7. Insérer la seringue dans le bout distal de la sonde et relâcher (déclamper) la sonde
8. Injecter doucement le contenu de la seringue puis tirer doucement sur le piston pour aspirer la solution injectée jusqu'à ce qu'il y ait une résistance;
9. Couder (ou clamper) la sonde et disposer du contenu souillé de la seringue;
10. Au besoin, répéter l'irrigation;
11. Désinfecter à l'aide d'un tampon d'alcool le bout de la sonde avant de le raccorder au tube de raccordement ;
12. Relâcher (déclamper) la sonde pour permettre le drainage.

Retrait de la sonde urinaire

1. Valider avec le patient ou le personnel la présence d'une contre-indication au retrait de sonde;
 - a. Exemple : Insertion difficile d'une sonde par un urologue, chirurgie récente, etc.
2. Vider le sac collecteur;
3. Insérer la seringue (vide) dans la valve (du ballonnet) de la sonde et y laisser sortir le liquide de remplissage du ballonnet;
4. Lorsque le liquide ne s'écoule plus, une légère aspiration avec le piston de la seringue doit être effectuée afin de vérifier que le ballonnet est complètement vide;
5. Demander au patient de faire comme s'il désirait uriner. Au même moment, le TAP doit tirer délicatement sur la sonde urinaire afin qu'elle soit complètement sortie;
6. S'il y a une résistance :
 - a. Cesser le retrait et vérifier s'il reste du liquide avec la seringue;
 - b. Effectuer une seconde tentative de retrait;
 - c. S'il y a encore de la résistance, le retrait devra se faire en centre hospitalier.
7. Effectuer l'hygiène des organes génitaux avec des gazes humidifiées.

Remarques

- Revêtir des gants pour la manipulation de la sonde
- S'assurer que la tubulure du sac collecteur soit bien fixée à la cuisse avec du diachylon.
- Prévoir le matériel nécessaire avant le départ (domicile du patient ou au CH).
- Aviser l'infirmière au triage de toute problématique en lien avec sonde, du volume d'urine vidangé ou de l'apparence anormale des urines.
- Il n'est pas autorisé de retirer un cathéter (sonde) sus-pubien

(Réf. Règlement des SPU 14.: Effectuer l'irrigation, la vidange ou le retrait d'un cathéter vésical en drainage libre)

DOCUMENT DE TRAVAIL

TECH.19 Tube naso-gastrique (TNG) *(Mise-à-jour Février 2021)*

Critère d'inclusion

- Patient porteur d'un tube naso-gastrique (TNG) en drainage libre

Critère d'exclusion

- Patient porteur d'un tube de gavage, d'un tube oro-gastrique ou d'un TNG sous succion

1. Effectuer la surveillance du TNG pendant le transport :

- a. Si le sac collecteur ou le récipient est plein, se référer à la section « **Vidange du sac collecteur ou du récipient** »;
- b. Si présence de signes d'obstruction du TNG:
 - i. *Distension abdominale et/ou nausées et vomissements ET*
 - ii. *Absence d'écoulement dans le système collecteur.*
 - Irriguer le TNG.
 1. Se référer d'abord à la section « **Irrigation du TNG** »;
 - Si échec à l'irrigation du TNG, retirer le TNG
 1. Se référer à la section « **Retrait du TNG** »;
- c. Si déplacement significatif du tube (selon la zone de marquage établie) ET absence d'écoulement dans le système collecteur
 - i. Ne pas tenter d'irriguer le TNG et retirer le TNG.
 1. Se référer à la section « **Retrait du TNG** ».

Vidange du sac collecteur ou du récipient

- 1) Couder (ou clamber) la partie distale du tube de raccordement;
- 2) Débrancher le tube de raccordement du sac collecteur ou du récipient;
- 3) Vider ou changer le sac collecteur ou le récipient, selon la situation. Si pas de sac de rechange, brancher sur un récipient en drainage libre (sans succion);
- 4) Rebrancher le tube de raccordement et relâcher (déclamber) le tube de raccordement.

Irrigation du TNG

1. Positionner le patient en position assise, la tête appuyée et le dossier à 30 degrés;
2. Déposer un piqué sur le thorax du patient;
3. Prélever une quantité d'eau saline (NaCl 0.9%) à température pièce avec une seringue d'irrigation;
 - a. <30 ml (adulte) ou < 20ml (pédiatrie)
4. Couder (ou clamber) la partie distale du TNG;
5. Déconnecter le TNG du tube de raccordement et le déposer sur un piqué;
6. Insérer la seringue d'irrigation dans le TNG puis relâcher (déclamber) le TNG;
7. Irriguer lentement le TNG en orientant la seringue vers le bas;
8. S'il y a de la résistance lors de l'irrigation :
 - a. Tenter une irrigation de "va-et-vient" avec le piston de la seringue ;

- b. Faire tourner le patient sur son côté gauche et bouger délicatement le tube avec de petits mouvements de va-et-vient;
 - c. Repositionner le patient dans la position initiale et retenter une irrigation;
 - d. Si la résistance persiste, cesser l'irrigation.
- a. Une fois l'irrigation terminée, couder (ou clamper) la partie distale du TNG et retirer la seringue;
 - b. Raccorder le TNG au tube de raccordement et relâcher (déclamper) le TNG
 - c. Répéter l'irrigation au besoin;

Retrait du TNG

- 1) Positionner le patient en position assise, la tête appuyée et le dossier à 30 degrés;
- 2) Déposer un piqué sur la poitrine du patient et mettre une gaze propre (ou serviette) sous le nez du patient;
- 3) Décoller les attaches du TNG (aile du nez, joue et cou);
- 4) Déconnecter le TNG du tube de raccordement;
- 5) Retirer le TNG d'un mouvement rapide et fluide;
- 6) Nettoyer les narines et la bouche.

Remarques

- Mettre le sac collecteur ou le récipient plus bas que le patient.
- Revêtir des gants pour toute manipulation du TNG.
- Prévoir le matériel nécessaire avant le départ (domicile du patient ou au CH).
- Aviser l'infirmière au triage de toute problématique du TNG ou une apparence anormale du contenu gastrique.
- Ne jamais pousser ou réinsérer un TNG déjà en place qui s'est déplacé.
- Ne jamais irriguer ou clamper le canal secondaire (présent sur certains modèles de TNG)
- S'il le patient développe des symptômes respiratoires **suivant l'installation récente** d'un TNG (toux, dyspnée, désaturation) il se peut que ce dernier soit positionné dans les voies respiratoires. En cas de doute, retirer le TNG.

(Réf. Règlement des SPU 14.: Effectuer l'irrigation, la vidange ou le retrait d'un tube nasogastrique en drainage libre)

TECH.20 Stomie intestinale *(Mise-à-jour Février 2021)*

Critère d'inclusion

- Patient porteur d'une stomie intestinale (iléostomie ou colostomie).

Critère d'exclusion

- Patient porteur d'une gastrostomie, jéjunostomie.

1. Effectuer la surveillance de la stomie:

- a. Vidanger le sac collecteur s'il est rempli entre le tiers ou la moitié ou plus (incluant gaz)
 - i. Se référer à la section « **Vidange du sac collecteur** ».
- b. S'assurer de l'étanchéité du champ protecteur (anneau collé à la peau).
 - i. Se référer à la section « **Étanchéité du champ protecteur** » dans les situations suivantes
 1. Le sac collecteur n'est pas bien fixé au champ protecteur.
 2. Le champ protecteur n'est pas bien fixé à la peau (arrachement partiel ou complet).

Vidange du sac collecteur

1. Préparer la matériel nécessaire (piqué, gauzes humidifiées, sac pour vidange);
2. Positionner le patient en décubitus dorsal et installer un piqué;
3. Ouvrir avec précaution l'extrémité du sac collecteur selon le modèle en tenant l'extrémité de celui-ci vers le haut;
4. Rabaisser l'extrémité du sac collecteur afin de faire sortir le contenu du sac collecteur. La vidange peut se faire dans un récipient ou un sac (sac de poubelle, sac à vomissement, etc.)
5. Au besoin, presser le sac collecteur afin d'aider à la vidange de ce dernier. Le sac doit être complètement vidé;
6. Essuyer l'ouverture du sac à l'aide d'une gaze humidifiée;
7. Refermer le sac collecteur.

Étanchéité du champ protecteur

1. Si le sac collecteur est déconnecté du champ protecteur :
 - a. Tenter de reconnecter le sac;
 - b. Si échec, déposer un piqué près de la stomie afin de recueillir les affluents le cas échéant.
2. Si le champ protecteur est partiellement ou complètement décollée de la peau
 - a. Déposer un pansement abdominal, imbibé d'eau stérile, sur la stomie et autour;
 - b. Déposer un piqué (ou sac) près de la stomie afin de recueillir les affluents le cas échéant.

Remarques

- Revêtir des gants pour la manipulation de la stomie.
- Lorsque possible, le TAP peut se faire assister par le patient ou un proche.
- Prévoir le matériel nécessaire avant le départ (domicile du patient ou au CH).
- Aviser l'infirmière au triage de toute problématique en lien avec l'appareillage de la stomie ou une apparence anormale des selles.
- Prendre les précautions pour maintenir l'intégrité du champ protecteur.
- Ne pas déconnecter le sac collecteur du champ protecteur.
- Aucun changement d'appareillage n'est autorisé

(Réf. Règlement des SPU 14.: Effectuer la vidange d'une stomie intestinale.

DOCUMENT DE TRAVAIL