

Comité de la qualité des pratiques cliniques  
interdisciplinaires (CQPCI)

## POLITIQUE

### GESTION DES ORDONNANCES INDIVIDUELLES PRÉFORMATÉES, DES ORDONNANCES COLLECTIVES ET DES PROTOCOLES INTERDISCIPLINAIRES EN VIGUEUR AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

N° Politique : <b>POL-082</b>	Responsable d'application : Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires (CQPCI)	
N° Procédure découlant : <b>PRO-061;</b> <b>PRO-062</b>		
Approuvée par : <b>Comité de direction</b>	Date d'approbation : <b>2022-09-27</b>	Date de révision : <b>2026-09-27</b>
Destinataires : Tout employé, médecin, personne qui exerce sa profession ou une fonction dans l'Établissement		

#### 1. CONTEXTE

Depuis le 1er avril 2015, les installations du Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) de la Pointe-de-l'Île, du CSSS Lucille-Teasdale, du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de l'Hôpital Santa Cabrini, de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal et du Centre d'hébergement Polonais Marie-Curie-Sklodowska ont été regroupées en un seul Établissement, le Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL).

Le CIUSSS-EMTL doit assurer une prestation de soins et de services auprès de l'utilisateur :

- dans un esprit d'interdisciplinarité, de collaboration et de complémentarité des expertises des membres des équipes traitantes et en partenariat avec les usagers et leurs proches;
- en respectant l'encadrement législatif, normatif et professionnel en application au Québec;
- dans le but d'optimiser sa trajectoire des soins et des services et de répondre à ses besoins;
- en visant la sécurité, la qualité, l'innovation et l'excellence des soins et des services.

Considérant la réorganisation de notre réseau, il est essentiel de standardiser les outils afin d'harmoniser les pratiques cliniques et professionnelles, tout en assurant l'encadrement professionnel requis aux opérations et à la prestation des soins et des services. En conséquence, le CIUSSS-EMTL met en place la présente politique et ses procédures associées afin d'orienter et de déterminer l'utilisation appropriée desdits outils.

## 2. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse à toutes les personnes impliquées dans le processus d'élaboration, de rédaction, de présentation de consultation, d'adoption, d'application, de révision et de diffusion des ordonnances individuelles préformatées (OIP), des ordonnances collectives (OC) et de protocoles interdisciplinaires (PID).

Les OIP, les OC et les PID sont des outils cliniques qui permettent d'encadrer la pratique collaborative lorsque la prestation des soins et des services implique l'action de plusieurs professionnels régis par le Code des Professions du Québec. En conséquence, les documents qui décrivent les activités réalisées par une seule discipline professionnelle lors de la prestation d'un soin ou d'un service sont exclus de la présente politique, notamment : les règles de soins, les méthodes de soins, les modes ou les procédures opérationnels normalisés, les formulaires de consignation et de documentation au dossier qui relèvent spécifiquement de la direction de ladite discipline.

Également, une étude clinique pourrait nécessiter une OIP pour assurer les encadrements requis par la recherche.

## 3. OBJECTIFS

D'un point de vue clinique et professionnel, la présente politique vise à :

- harmoniser, normaliser et uniformiser les procédures cliniques, de manière transversale, lors de la prestation des soins et des services :
  - pour un même type de clientèle;
  - pour un même type de traitement;
- assurer une prestation de soins et de services sécuritaire, de qualité et qui s'appuient sur les meilleures pratiques cliniques;
- assurer une prestation de soins et de services efficiente et pertinente, de manière transversale;
- encadrer la pratique collaborative, lorsque la prestation des soins et des services implique l'action de plusieurs professionnels régis par le Code des Professions du Québec.

D'un point de vue clinico-administratif, la présente politique vise principalement à :

- harmoniser, normaliser et uniformiser les procédures pour l'ensemble des secteurs de soins et de services;
- harmoniser, normaliser et uniformiser les procédures lors de la mise en application d'une étude clinique qui pourrait le nécessiter;
- faciliter la circulation de l'information;
- préciser le contenu, la clarté et les règles d'adoption de ce type de documents;
- déterminer les responsabilités des personnes impliquées dans la rédaction, la présentation, l'adoption, la révision et la diffusion de documents clinico-administratifs.

## 4. DÉFINITIONS

### 4.1. Ordonnance individuelle

« Une prescription donnée par un médecin [ou un autre professionnel habilité à prescrire], à un professionnel ou à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un [usager], les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles » (Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (*Loi médicale* (chapitre M-9, a. 19, 1er al. par. d)).

### 4.2. Ordonnance individuelle préformatée (OIP)

Comme son appellation l'indique, l'ordonnance individuelle préformatée (OIP) standardise, lorsque la situation clinique le requiert ou le permet, l'ensemble des éléments prévus pour la prise en charge complète et sécuritaire d'une prestation de soins. Une OIP est un outil d'aide à la prescription. Dans cet esprit, une OIP peut également venir compléter, à des fins de standardisation, une ordonnance collective ou être intégrée à un protocole interdisciplinaire (PID) lorsque la situation s'y prête.

En fonction de cette nomenclature, certaines installations ont nommé historiquement ces documents « protocole », « protocole médical » ou encore « ordonnance médicale ».

De plus, une OIP, dûment identifiée comme une « OIP de recherche clinique », peut être utilisée pour soutenir l'application et l'opérationnalisation de l'étude clinique si requis pour standardiser ou préciser les soins et services.

Enfin, une OIP peut contenir une ordonnance d'ajustement lorsqu'elle est signée par un médecin ou infirmière praticienne spécialisée (IPS) qui a évalué l'usager. Le Collège des Médecins du Québec nomme ce type d'ordonnance : ordonnance individuelle d'ajustement (OIA). Une fois signée, elle prescrit un traitement et confie l'ajustement de ce traitement subséquent à un ou des professionnels habilités (ex : pharmacien ou infirmière).

### 4.3. Ordonnance collective (OC)

« Une prescription donnée, par un médecin ou un groupe de médecins, à un professionnel ou à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles » (Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin. *Loi médicale* (chapitre M-9, a. 19, 1er al. par. d)).

L'ordonnance collective vise un groupe d'utilisateurs pour une situation clinique donnée. Elle est rédigée d'avance par un médecin ou un groupe de médecins et peut être appliquée par un professionnel habilité à tout futur utilisateur qui se présentera avec la situation clinique décrite dans l'OC, sans qu'une évaluation préalable d'un médecin soit requise.

#### **4.4. Protocole interdisciplinaire (PID)**

Document encadrant la prestation interdisciplinaire des soins et services de santé et services sociaux à l'utilisateur. Il s'applique à une situation clinique précise dont la gestion et la prise en charge nécessitent l'action concertée de différentes disciplines professionnelles au sein de l'Établissement, appuyée par des normes reconnues. Il précise également les conditions locales d'application de l'exercice professionnel.

#### **4.5. Établissement**

L'Établissement réfère à l'ensemble des installations existantes dans le CIUSSS-EMTL.

#### **4.6. Registre central des OIP, des OC et des PID**

Constitue un recueil des OIP, des OC et des PID en vigueur au sein de l'Établissement. Il est composé d'un index électronique (Intranet – Section Ordonix) documentant les titres, le type de document, les installations visées, les professionnels visés, les secteurs d'activités visés, les dates d'entrée en vigueur et les mots clés correspondants.

La version originale et signée des documents est disponible à la Direction des services professionnels.

## **5. ÉNONCÉ**

### **5.1. Rédaction**

- La rédaction des OIP, des OC et des PID doit être effectuée conformément aux gabarits et aux règles d'écriture :
  - Aucune rubrique ne peut être retirée ou ajoutée;
  - Le contenu est rédigé dans un langage clair, accessible et de manière synthétique et concise. Il doit mettre en évidence la raison d'être du document et les actions attendues des intervenants;
  - Une OIP, une OC ou un PID ne peuvent être publiés ou utilisés avec la mention projet, document de travail ou brouillon;
  - Le contenu ne peut être imprimé qu'au recto;
  - Si le document doit être déposé au dossier de l'utilisateur, il doit respecter les règles établies au sein de l'organisation;
  - Un numéro séquentiel unique doit être attribué à tous les documents;
- Le contenu doit refléter les meilleures pratiques et la science factuelle.
- Le contenu doit respecter les lois, les règlements et les normes en vigueur.
- Seuls les OIP, les OC et les PID adoptés sont réputés valides.

## 5.2. Adoption

Les OIP, les OC et les PID sont adoptés et signés selon le tableau présenté en annexe 1. Chaque document adopté est signé de manière manuscrite ou de manière électronique (ex. : ConsiO Cloud<sup>MD</sup>). À cet égard, lorsque le document est signé de manière électronique, le support électronique utilisé doit

- répondre aux normes de confidentialité, de transmission et d'intégrité de l'information;
- assurer l'intégrité, la sécurité et la validité de la signature numérique et à cet effet, permet d'authentifier l'auteur de l'ordonnance et garantit le maintien de l'intégrité du document durant sa transmission par notamment une signature numérique (et non numérisée);
- permettre la conservation du document conformément aux normes en vigueur et aux règlements.

## 5.3. Révision

Les OIP, les OC et les PID doivent être révisés minimalement une fois tous les trois ans.

## 5.4. Diffusion

- Les documents adoptés sont déposés, en format PDF, sur l'Intranet de l'Établissement dans la rubrique spécifique à cet égard (Ordonix).
  - Un document PDF diffusé ne peut être modifié quant à son contenu autrement que pour sa complétion par le professionnel.
  - Si un document diffusé doit être modifié, le comité des ordonnances et protocoles doit alors être interpellé pour que ce document soit actualisé.
- Le comité des ordonnances et protocoles (COP) informe les Directions, au minimum 6 fois par année, de la liste des documents adoptés et retirés.

## 5.5. Classement

Une version électronique, en format PDF, sera déposée sur l'Intranet de l'Établissement et toutes les versions adoptées du document seront conservées en permanence.

# 6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

## 6.1. Comité des ordonnances et protocoles (COP)

Sous la gouverne du Comité de la qualité des pratiques interdisciplinaires (CQPCI), il est responsable de/d' :

- d'adopter les documents soumis en :
  - veillant à ce qu'ils respectent le cheminement décrit dans la procédure associée;
  - s'assurant que le contenu respecte les éléments législatifs, normatifs professionnels en vigueur;
  - s'assurant que les documents soumis respectent les gabarits exigés;

- soutenir, en conseillant les équipes lors de la rédaction, l'élaboration et l'actualisation des documents.

## **6.2. Responsable du COP**

Le COP est dirigé par un responsable désigné par le CQPCI et est appuyé par le soutien d'une agente administrative. Il s'assure de/d' :

- superviser le processus d'adoption et des signatures;
- conserver les documents signés et adoptés;
- attribuer et vérifier la codification des documents adoptés;
- diffuser l'information quant à la publication et au retrait des documents;
- tenir à jour le registre central des documents dûment classés;
- exposer au CQPCI, lorsque des litiges quant aux champs/droits d'exercices et d'utilisation des ressources doivent être solutionnés.

## **6.3. Chef de département médical, pharmaceutique ou dentaire**

En fonction du secteur d'activités, de la spécialité et de la clientèle visée, le chef de département est responsable d'approuver et de signer les documents en validant leur contenu clinique ou en s'assurant qu'un membre de son département ait validé leur contenu clinique.

Le chef de département a la responsabilité de faire respecter la présente politique et les procédures s'y rattachant par ses équipes.

## **6.4. Chef de service médical**

En fonction du secteur d'activités, de la spécialité et de la clientèle visée, le chef de services médicaux est responsable d'approuver et de signer les documents en validant leur contenu clinique ou en s'assurant qu'un membre de son service ait validé leur contenu clinique.

Le chef de service médical a la responsabilité de faire respecter la présente politique et les procédures s'y rattachant par ses équipes.

## **6.5. Directeur adjoint – volet pratiques professionnelles et excellence en soins infirmiers (Direction des soins infirmiers)**

Responsable d'approuver et de signer les documents en validant leur contenu quant aux soins et services liés à la pratique des soins infirmiers.

## **6.6. Directeur adjoint – volet pratiques professionnelles (Direction des services multidisciplinaires)**

Responsable d'approuver et de signer les documents en validant leur contenu quant aux soins et services liés à la pratique d'une profession dans sa direction.

**6.7. Officier des pratiques professionnelles d'excellence (Direction des services professionnels)**

Responsable d'approuver et de signer les documents en validant leur contenu quant aux soins et services liés à la pratique d'une profession dans sa direction.

**6.8. Toutes les directions cliniques et la Direction de la qualité, de l'évaluation de la performance et de l'éthique**

Chaque direction a la responsabilité que ses équipes respectent la présente politique et les procédures associées.

**6.9. Comité exécutif du Conseil des médecins dentistes et pharmaciens;  
Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers;  
Comité exécutif du Conseil des services multidisciplinaires**

Ils sont responsables d'approuver et de signer les documents soumis.

Ils doivent s'assurer que leurs membres respectent la présente politique et les procédures associées.

**7. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE POLITIQUE**

**7.1. Comité des ordonnances et protocoles**

Responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la politique et des procédures s'y rattachant.

**7.2. Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires**

Les Directions composant le CQPCI ainsi que les représentants médicaux et les conseils (CMDP, CII et CM) ont participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de la politique.

**7.3. Calendrier de révision de la politique**

La présente politique devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

## **8. RESPONSABLES DE LA MISE EN APPLICATION**

### **8.1. Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires (CQPCI)**

Responsable de la mise en application de la présente politique et des procédures associées.

### **8.2. Comité des ordonnances et protocoles (COP); Direction des services professionnels; Direction des soins infirmiers; Direction des services multidisciplinaires**

Participent à la mise en application de la présente politique et des procédures associées.

## **9. ENTRÉE EN VIGUEUR**

La présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute autre politique en cette matière adoptée antérieurement dans l'une ou l'autre des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.

## **10. ANNEXE**

*Annexe 1 – Signataires minimalement requis pour l'approbation d'un document*



## ANNEXE 1 – Signataires minimalement requis pour l’approbation d’un document

Type de document	Signataires requis du document à approuver
<b>OIP</b>	<p>Responsable du comité des ordonnances et des protocoles (COP);</p> <p>Selon le contexte clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef de département médical, pharmaceutique ou dentaire ou un représentant désigné formellement pour le département;</li> <li>• Chef de service médical.</li> </ul> <p>Selon le professionnel visé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeurs adjoints des pratiques professionnelles reliés à la discipline du professionnel visé au sein de la DSI et de la DSM;</li> <li>• Officier des pratiques professionnelles pour la DSP.</li> </ul>
<b>OC</b>	<p>Responsable du comité des ordonnances et des protocoles (COP);</p> <p>Selon le contexte clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef de département médical, pharmaceutique ou dentaire ou un représentant désigné formellement pour le département;</li> <li>• Chef de service médical.</li> </ul> <p>Selon le professionnel visé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeurs adjoints des pratiques professionnelles reliés à la discipline du professionnel visé au sein de la DSI et de la DSM;</li> <li>• Officier des pratiques professionnelles pour la DSP.</li> </ul> <p>Président du Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens (CMDP) ou un représentant désigné par résolution.</p> <p>Une infirmière praticienne spécialisée (IPS) peut être signataire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au même titre que les signataires ci-dessus, un responsable sera désigné selon le cas puisque cette modalité est contemporaine et nouvelle.</li> </ul>
<b>PID</b>	<p>Responsable du comité des ordonnances et des protocoles (COP);</p> <p>Selon le contexte clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef de département médical, pharmaceutique ou dentaire ou un représentant désigné formellement pour le département;</li> <li>• Chef de service médical.</li> </ul> <p>Selon le professionnel visé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeurs adjoints des pratiques professionnelles reliés à la discipline du professionnel visé au sein de la DSI et de la DSM;</li> <li>• Officier des pratiques professionnelles pour la DSP.</li> </ul> <p>Selon le professionnel visé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Président du CMDP ou un représentant désigné par résolution;</li> <li>• Président du Conseil des infirmières et infirmiers (CII);</li> <li>• Président du Conseil Multidisciplinaire (CM).</li> </ul>
<b>OIP de recherche clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable du comité des ordonnances et des protocoles (COP);</li> <li>• Investigateur principal ou chercheur responsable;</li> <li>• Pharmacien du secteur recherche.</li> </ul>