

Comité de la qualité des pratiques cliniques  
interdisciplinaires (CQPCI)

## PROCÉDURE

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

N° Procédure : <b>PRO-062</b>	Responsable de l'application : Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires (CQPCI)	
N° Politique/Règlement associé : <b>POL-082</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. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1. Se référer à la POL-082 – *Gestion des ordonnances individuelles préformatées, des ordonnances collectives et des protocoles interdisciplinaires en vigueur au sein de l'établissement*;
- 1.2. Consulter les étapes spécifiques d'élaboration d'une ordonnance individuelle préformatée (OIP), d'une ordonnance collective (OC) ou d'un protocole interdisciplinaire (PID) décrites dans la présente procédure;
- 1.3. Tenir compte du processus illustré (Annexe 1);
  - Pour une OIP liée à une étude clinique, tenir compte de la procédure décrite dans la PRO-061 – *Gestion des ordonnances individuelles préformatées de recherche clinique en vigueur au sein de l'établissement*;
- 1.4. Élaborer le document en respectant les gabarits proposés selon le type de document et les règles d'écriture<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Les gabarits ainsi que les règles d'écriture sont accessibles sur l'intranet dans la section « Ordonix ». Hyperlien : <http://intranet.cemtl.rtss.qc.ca/index.php?id=2898> .

## **2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - ÉQUIPE CLINIQUE**

### **2.1. Désignation d'un porteur**

Le porteur est généralement un conseiller-cadre clinique.

- Si le porteur n'est pas un conseiller-cadre, s'assurer de faire le lien avec lui;
- En parallèle, identifier les collaborateurs qui épauleront le porteur.

### **2.2. Évaluation de la problématique clinique**

- 2.1.1 Définir les objectifs recherchés par la création de l'outil;
- 2.1.2 Identifier les champs d'exercice qui balisent la situation ou l'activité clinique;
- 2.1.3 Identifier la portée potentielle de l'activité en termes d'installation, de transversalité, de situation clinique visée, de clientèle et de secteurs d'activités;
- 2.1.4 Recenser les documents en vigueur au sein du CIUSSS-EMTL en lien avec la problématique et sa solution potentielle;
- 2.1.5 Déterminer si l'objet du processus sera:
  - la rédaction d'un nouveau document;
  - la révision d'un document selon l'évolution de la littérature et des bonnes pratiques cliniques;
  - la rédaction d'un document qui harmonisera plusieurs documents existants avant la création du CIUSSS-EMTL traitant la même problématique et qui viendra abolir ces derniers;
  - la rédaction d'un document qui harmonisera de manière transversale plusieurs pratiques cliniques existantes avant la création du CIUSSS-EMTL.
- 2.1.6 Déterminer le type de document à élaborer selon la problématique et la solution explorée :
  - OIP, OC ou PID selon notamment les critères du Collège des Médecins du Québec;
    - En précision, un PID permet d'encadrer un processus clinique plus complexe qui requiert la contribution de plusieurs professionnels;
  - Établir le besoin des consultations à prévoir et identifier également les parties prenantes à consulter;
  - Établir les signataires du document.

### **3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - PORTEUR ET COLLABORATEURS**

#### **3.1. Consultation des parties prenantes pour valider la pertinence de l'outil à élaborer notamment avec les:**

- Collaborateurs identifiés lors de l'évaluation;
- Chefs d'unité, des services et des secteurs en fonction des installations;
- Chefs de département selon la spécialité ou son représentant;
- Chefs de services médicaux selon la spécialité ou leurs représentants;
- Services partenaires.

### **4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - PORTEUR CONJOINTEMENT AVEC LE RESPONSABLE DU COMITÉ DES ORDONNANCES ET PROTOCOLES (COP)**

#### **4.1. Validation**

- de l'orientation envisagée pour encadrer la situation clinique;
- de la portée du document;
- des enjeux liés à l'harmonisation ou la révision du ou des documents;
- des consultations à effectuer.

Cette étape est facultative en fonction du contexte.

### **5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - PORTEUR ET COLLABORATEURS**

#### **5.1. Rédaction**

La rédaction du document doit respecter:

- le gabarit<sup>2</sup>;
- les règles d'écriture établies<sup>2</sup>;
- la littérature scientifique factuelle;
- les éléments campés dans la politique.

### **6. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - PORTEUR ET COLLABORATEURS**

#### **6.1. Identification et évaluation du besoin de formation et d'un plan de communication**

Nonobstant qu'elle ne fasse pas partie de la présente procédure et qu'elle relève des directions concernées pour l'implantation d'une OIP, d'une OC ou d'un PID, les éléments en lien avec l'implantation de l'outil doivent être réalisés en parallèle

---

<sup>2</sup> Les gabarits ainsi que les règles d'écriture sont accessibles sur l'intranet dans la section « Ordonix ». Hyperlien : <http://intranet.cemtl.rts.qc.ca/index.php?id=2898> .

de la présente procédure et de concert avec les équipes opérationnelles en fonction de l'évaluation du porteur et de ses collaborateurs :

- Identification du besoin de formation;
- Évaluation du besoin de formation;
- Identification du besoin d'actualisation ou de création d'outils spécifiques ou document de soutien (ex. : méthode de soins, formulaires, etc.);
- Planification de la formation;
- Élaboration de la formation.

#### **6.2. Consultation des parties prenantes pour validation finale du contenu du document notamment avec les:**

- Collaborateur(s) identifié(s) lors de l'évaluation;
- Chefs d'unité, de services et de secteur en fonction des installations;
- Le personnel clinique;
- Chefs de département selon la spécialité ou son représentant;
- Chefs de services médicaux selon la spécialité ou leurs représentants;
- Services partenaires.

### **7. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - RESPONSABLE DU COP**

#### **7.1. Soumission au COP pour obtenir son adoption en fonction du calendrier annuel**

#### **7.2. Évaluation et adoption du COP**

Le COP évalue et adopte le document soumis en veillant à ce que ce dernier respecte :

- le cheminement décrit dans la présente procédure ;
- les lois, règlements et normes en vigueur;
- les gabarits exigés et les règles d'écriture<sup>3</sup>.

#### **7.3. Réponse du COP**

La réponse du COP peut-être :

- positive sans demande de modification;
- positive avec demande de modification(s) ou de précision(s);
- négative.

---

<sup>3</sup> Les gabarits ainsi que les règles d'écriture sont accessibles sur l'intranet dans la section « Ordonix ». Hyperlien : <http://intranet.cemtl.rtss.qc.ca/index.php?id=2898> .

La réponse du COP, incluant les motivations le cas échéant, est transmise au porteur qui assurera le suivi correspondant si requis.

#### **7.4. Soumission au(x) comité(s) exécutif(s) des conseils (CMDP, CII et CM)**

Pour une ordonnance collective (OC), le responsable du COP soumet le document au comité exécutif du CMDP pour approbation.

Pour un protocole interdisciplinaire (PID) le responsable du COP soumet le document au Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires (CQPCI) sur lequel siège un représentant de chaque conseil.

### **8. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - COMITÉ(S) EXÉCUTIF(S) DES CONSEILS (CMDP, CII ET CM)**

Les comités exécutifs des conseils répondent par la :

- positive sans demande de modification;
- positive avec demande de modification(s) ou de précision(s);
- négative.

Dans tous les cas, cette réponse, incluant les motivations le cas échéant, est transmise au responsable du COP qui, lui, assurera le suivi auprès du porteur qui effectuera les actions requises.

### **9. ÉTAPES SPÉCIFIQUES - AGENTE ADMINISTRATIVE DÉDIÉE AU COP**

#### **9.1. Processus de signatures**

Sous la supervision du responsable du COP, l'agente administrative dédiée au COP assure le suivi quant aux signatures à obtenir.

#### **9.2. Finalisation du document**

Sous la supervision du responsable du COP, l'agente administrative dédiée au COP finalise le document et le prépare pour sa publication électronique. À cette étape, la codification électronique et les mots-clés rattachés à chaque document sont déterminés.

#### **9.3. Tenue du registre central des OIP, OC et PID**

Sous la supervision du responsable du COP, l'agente administrative dédiée au COP assure la tenue du registre central (Intranet – Ordonix).

À cette étape, l'agente administrative assure :

- la diffusion sur l'intranet du document (format PDF);
- le retrait des documents, le cas échéant;
- la codification finale dans l'intranet;

- la conservation et le classement du document électronique original (format Word);
- la conservation et le classement du document original signé;
- la vigie sur la révision prévue des documents.

#### **9.4. Diffusion**

Sous la supervision du responsable du COP, l'agente administrative dédiée au COP assure la diffusion de l'information relative à la publication de l'OIP, l'OC ou le PID.

À cette étape, l'agente administrative :

- assure la communication par courriel au porteur et aux collaborateurs;
- prépare et complète le communiqué « Ordonnances et protocoles » qui est publié aux 6 à 8 semaines;
  - Ce communiqué est acheminé à l'ensemble des directeurs adjoints assurant une supervision des opérations.

### **10. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – DIRECTEURS ADJOINTS**

Ils partagent le communiqué « Ordonnances et protocoles » avec l'ensemble de leurs équipes.

### **11. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE PROCÉDURE**

#### **11.1. Comité des ordonnances et protocoles (COP)**

Le COP est responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la présente procédure.

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

Les Directions composant le Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires (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.

#### **11.3. Calendrier de révision de la politique**

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

### **12. ENTRÉE EN VIGUEUR**

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

## **13. ANNEXE**

*Annexe 1 : Processus - comité des ordonnances et protocoles (COP)*

*Cheminement pour l'approbation d'une ordonnance collective (OC),  
ordonnance individuelle préformatée (OIP) et d'un protocole  
interdisciplinaire (PID)*

Annexe 1 :

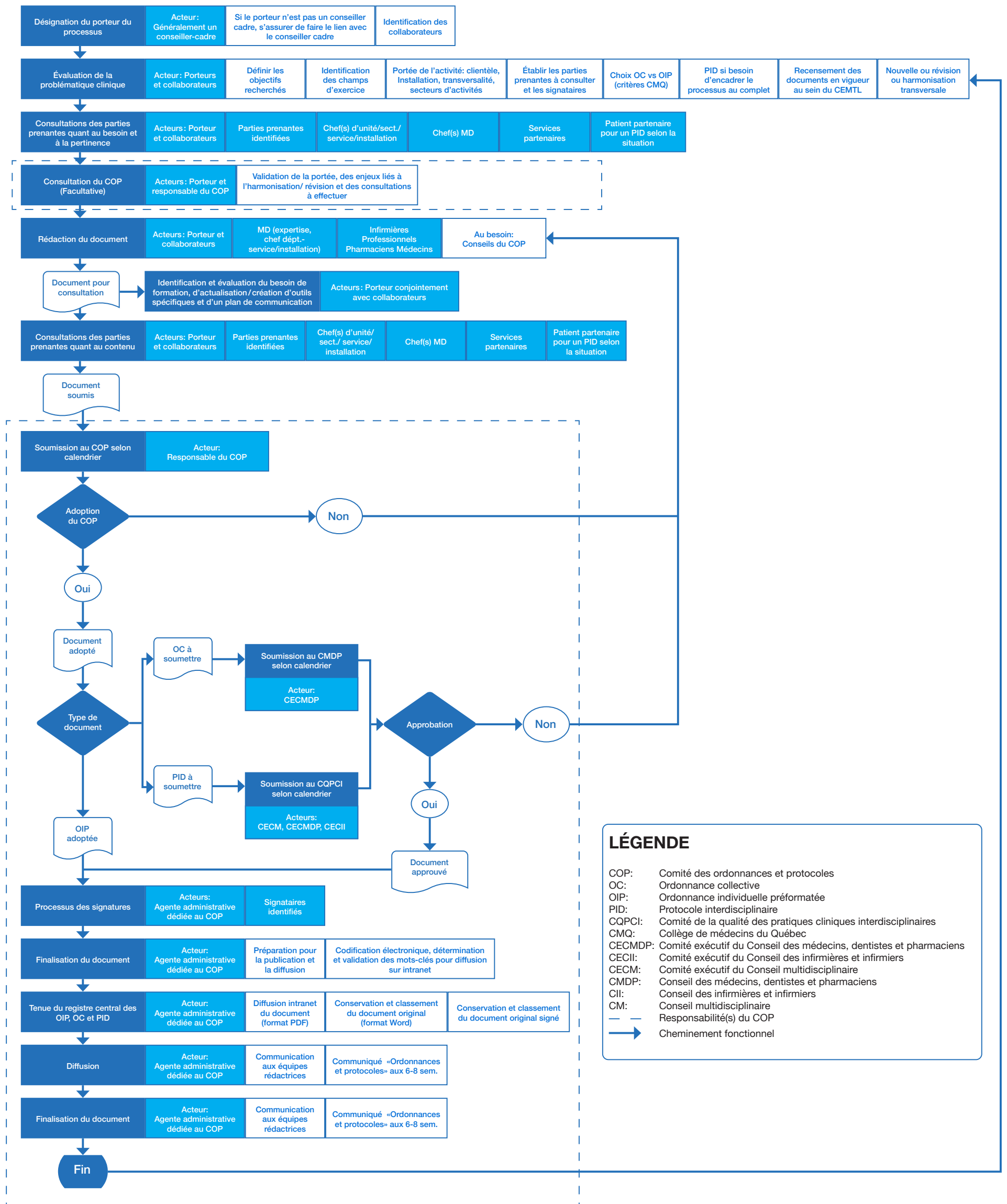
*PROCESSUS - COMITÉ DES ORDONNANCES ET PROTOCOLES (COP)  
CHEMINEMENT POUR L'APPROBATION D'UNE ORDONNANCE  
COLLECTIVE (OC), ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉFORMATÉE  
(OIP) ET D'UN PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE (PID)*

*(Les deux algorithmes représentent le même contenu laissant le format à la  
guise du lecteur.)*



# PROCESSUS - COMITÉ DES ORDONNANCES ET PROTOCOLES (COP)

Cheminement pour l'approbation d'une ordonnance collective (OC), ordonnance individuelle préformatée (OIP) et d'un protocole interdisciplinaire (PID)

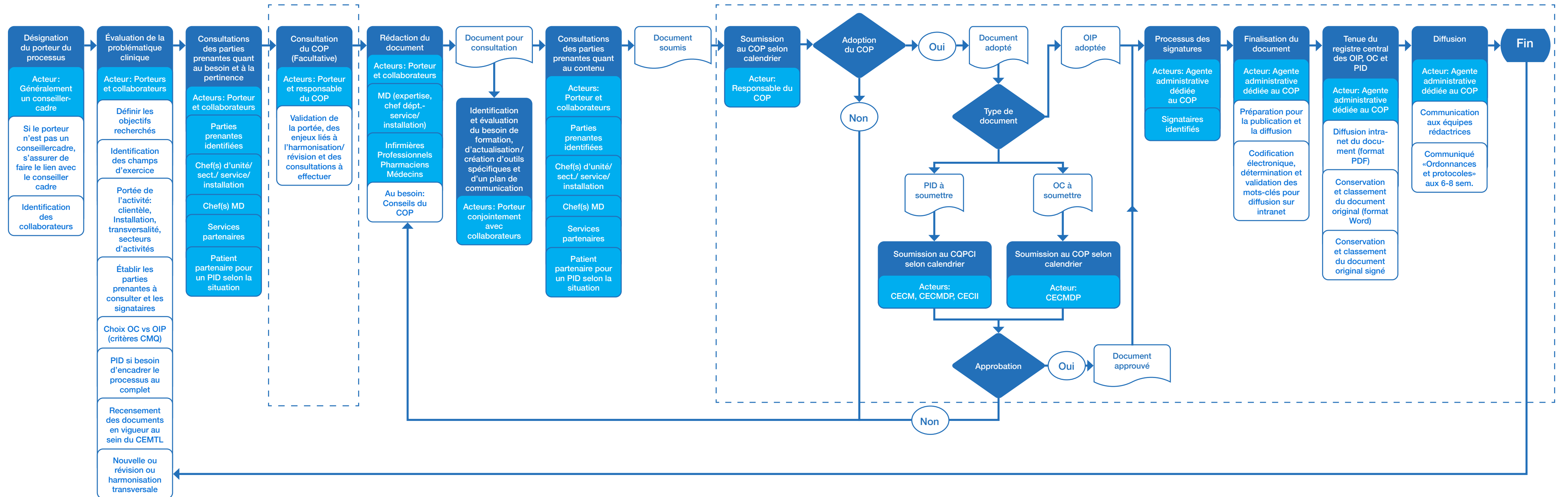


**LÉGENDE**

- COP: Comité des ordonnances et protocoles
- OC: Ordonnance collective
- OIP: Ordonnance individuelle préformatée
- PID: Protocole interdisciplinaire
- CQPCI: Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires
- CMQ: Collège de médecins du Québec
- CECMDP: Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- CECII: Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
- CECM: Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire
- CM: Conseil multidisciplinaire
- CMDP: Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- CII: Conseil des infirmières et infirmiers
- Responsabilité(s) du COP: —
- Cheminement fonctionnel: —>

# PROCESSUS - COMITÉ DES ORDONNANCES ET PROTOCOLES (COP)

Cheminement pour l'approbation d'une ordonnance collective (OC), ordonnance individuelle préformatée (OIP) et d'un protocole interdisciplinaire (PID)



## LÉGENDE

COP: Comité des ordonnances et protocoles  
 OC: Ordonnance collective  
 OIP: Ordonnance individuelle préformatée  
 PID: Protocole interdisciplinaire  
 CQPCI: Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires  
 CMQ: Collège de médecins du Québec  
 CECMDP: Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CECII: Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers  
 CECM: Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire  
 CMDP: Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens  
 CII: Conseil des infirmières et infirmiers  
 CM: Conseil multidisciplinaire  
 --- Responsabilité(s) du COP  
 → Cheminement fonctionnel