

Document de support PIC-TAP 2012



Module 1 : Généralités et concepts médico-légaux

Version 1.0
Octobre 2012

Note aux lecteurs

Pour usage exclusif selon les directives de la Direction des services préhospitaliers d'urgence du Ministère de la santé et des services sociaux, de la Table des directeurs médicaux régionaux des SPU et de la Direction de la qualité des soins préhospitaliers et de l'enseignement de la Corporation d'urgences-santé.

Corporation d'urgences-santé
Agences de la Santé et des Services sociaux
Direction des services préhospitaliers, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

© 2012

Tous droits réservés

Toute reproduction, par quelque procédé que ce soit, est interdite à moins d'autorisation préalable de la Direction des services préhospitaliers d'urgence.

Première édition
Dépôt légal 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives du Canada

ISBN 978-2-550-66133-7 (imprimé)
978-2-550-66134-4 (PDF)

Note : Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	7
INTRODUCTION	9
1.0 GÉNÉRALITÉS	11
1.1 PRÉPOSÉ VS CONDUCTEUR – NOTION DE RESPONSABILITÉ.....	11
1.2 PRÉVENTION DES INFECTIONS.....	12
1.3 DÉPLACEMENT ET ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT.....	13
1.3.1 ACCOMPAGNEMENT	13
1.3.2 DÉPLACEMENT.....	13
1.3.3 TRANSPORT DU PATIENT PÉDIATRIQUE	14
1.4 COÛTS DU TRANSPORT.....	14
1.5 TRANSPORT – CONDUITE URGENTE VS NON URGENTE.....	15
1.5.1 PRIORITÉS D’AFFECTATION 0 et 1 VS 3	16
2.0 DOCUMENTATION	19
2.1 RAPPORT D’INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE (AS-803).....	19
2.2 RAPPORT COMPLÉMENTAIRE	20
2.2.1 INCIDENTS ET ACCIDENTS – DÉFINITIONS	20
2.2.2 DÉCLARATION OBLIGATOIRE	21
2.3 OBLIGATION LÉGALE DE DÉCLARATION DES ERREURS.....	22
3.0 CONSENTEMENT, APTITUDE ET REFUS	23
3.1 CONSENTEMENT-DÉFINITION	23
3.1.1 CONSENTEMENT IMPLICITE.....	23
3.1.2 CONSENTEMENT EXPLICITE	24
3.1.3 CONSENTEMENT - LIBRE	24
3.1.4 CONSENTEMENT - ÉCLAIRÉ.....	25
3.2 LE CONSENTEMENT ET LA SITUATION D’URGENCE	25
3.2.1 LES SUBSTITUTS – CODE CIVIL DU QUÉBEC.....	27
3.3 L’APTITUDE.....	27
3.3.1 ÂGE ET APTITUDE.....	28
3.3.2 APTITUDE DU MAJEUR	28
3.4 LA GESTION DES REFUS DE TRANSPORT EN PRÉHOSPITALIER	29
3.5 REFUS À RISQUE.....	31
4.0 TRANSPORT SANS CONSENTEMENT	33
4.1 TRANSPORT AVEC AUTORISATION DU TRIBUNAL.....	35
4.2 TRANSPORT SANS AUTORISATION DU TRIBUNAL.....	36
4.3 TRANSPORT DU PATIENT INAPTE	37
4.4 MODALITÉS DE TRANSPORT SANS CONSENTEMENT.....	38
4.4.1 MAÎTRISE ET CONTENTIONS.....	39
4.4.2 APPLICATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE.....	39
4.4.3 ACCOMPAGNEMENT POLICIER.....	40

5.0 CONFIDENTIALITÉ	41
5.1 LE SECRET PROFESSIONNEL.....	41
5.2 LES OBLIGATIONS DE CONFIDENTIALITÉ DU TAP	42
6.0 PROTOCOLES MÉDICO-LÉGAUX	47
6.1 MED.-LEG. 1 ENFANT MALTRAITÉ	47
6.2 MED.-LEG.5 PRÉSENCE D'UN MÉDECIN / SAGE-FEMME SUR PLACE	52
6.2.1 PRÉSENCE D'UN MÉDECIN SUR PLACE	52
6.2.2 CONSTAT DE DÉCÈS.....	52
6.2.3 PRÉSENCE D'UNE SAGE-FEMME	53
7.0 REGISTRE NATIONAL ET COMITÉ D'EXAMEN	57
7.1 LE REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN-D'OEUVRE.....	57
7.2 LE REGISTRE NATIONAL ET LE TECHNICIEN AMBULANCIER-PARAMÉDIC.....	59
7.3 LE MAINTIEN DU STATUT ET LE COMITÉ D'EXAMEN	61
7.4 LES RESPONSABILITÉS LÉGALES ET ADMINISTRATIVES DU TECHNICIEN AMBULANCIER - PARAMÉDIC EN FONCTION DE LA LSPU ET DU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN-D'OEUVRE ...	64
8.0 ÉTHIQUE ET PROFESSIONNALISME	65
8.1 ÉTHIQUE, BIOÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE	66
9.0 AUTRES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES LIÉES À LA CONFIDENTIALITÉ	75
9.1 PHOTOS ET VIDÉOS	75
9.2 POLITIQUE D'UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX	76
10.0 PROGRAMME « PROMOUVOIR L'EXCELLENCE »	79
CONCLUSION	81
ABRÉVIATIONS.....	83
RÉFÉRENCES	85
ANNEXES	87
ANNEXE A : LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (L.R.Q., CHAPITRE S-6.2)	89
ANNEXE B : RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES POUVANT ÊTRE EXERCÉES DANS LE CADRE DES SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (RRQ, CHAPITRE M-9, R 2).....	93
ANNEXE C : LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., CHAPITRE S- 4.2).....	99
ANNEXE D : CODE CIVIL DU QUÉBEC (L.Q. 1991, CHAPITRE 64).....	103
ANNEXE E : CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE (L.R.Q., CHAPITRE C-12)	111
ANNEXE F : CODE CRIMINEL (LRC 1985, CHAPITRE C-46)	113
ANNEXE G : LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI (L.R.Q., CHAPITRE P-38.001)	115
ANNEXE H : LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ (L.R.Q., CHAPITRE P-39.1)	121

ANNEXE I : LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (L.R.Q., CHAPITRE P-34.1).....	123
ANNEXE J : LOI SUR LES SAGES-FEMMES (L.R.Q., CHAPITRE S-0.1)	127
ANNEXE K : RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS D'INSCRIPTION D'UN TECHNICIEN AMBULANCIER AU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN-D'ŒUVRE (RRQ CHAPITRE S-6.2, R. 1).....	129
ANNEXE L : POLITIQUE PROVINCIALE DE SUSPENSION DE PRIVILÈGES CLINIQUES – TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS	135
ANNEXE M : RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LES LABORATOIRES MÉDICAUX, LA CONSERVATION DES ORGANES ET DES TISSUS ET LA DISPOSITION DES CADAVRES (RRQ CHAPITRE L-0.2, R. 1).....	139
ANNEXE N : POLITIQUE PROVINCIALE DE RETOUR AUX ACTIVITÉS CLINIQUES ET DE RÉINTÉGRATION POUR LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS LORS D'UNE ABSENCE DE CONTACT CLINIQUE DE PLUS DE QUATRE MOIS	141
ANNEXE O : ARTICLE 27 DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES.....	147

PRÉFACE

Dans cette nouvelle édition, autant dans leur présentation que dans leur forme, les « Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics (PIC-TAP) 2012 » semblent peu changés, autant la philosophie sous-jacente des PIC-TAP se voit grandement modifiée, et ce, depuis la version 2007.

La professionnalisation et l'élargissement des soins primaires vous demandent maintenant plus que simplement connaître et appliquer leur contenu. Pour faire un usage « intelligent » des PIC-TAP et offrir des soins de qualité, il est aussi important de connaître les diagnostics différentiels associés à une présentation clinique particulière, le pronostic de ces différentes pathologies et même souvent, connaître la suite des traitements en centre hospitalier. De cette façon, vous comprenez la raison d'être de chaque geste retenu dans les protocoles ce qui entrainera une meilleure qualité de l'intervention et ce, autant sur le plan clinique que sur le plan humain.

Pour supporter cette nouvelle philosophie et la formation elle-même, nous sommes à compléter une série de sept documents, un pour chacun des différents modules suivants :

- Module 1 : Généralités et concepts médico-légaux
- Module 2 : Appréciation de la condition clinique préhospitalière
- Module 3 : Mesures d'urgence et triage
- Module 4 : Problèmes industriels et environnementaux
- Module 5 : Problèmes médicaux et pédiatriques
- Module 6 : Obstétrique
- Module 7 : Traumatologie

Ces documents se veulent des documents de référence aux différents protocoles des PIC-TAP, une source de documentation sur les pathologies sous-jacentes et les raisons d'être des PIC-TAP.

Bonne lecture.

Colette D. Lachaine, mdcm
Directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

INTRODUCTION

Depuis les dernières années, le champ de pratique du technicien ambulancier-paramédic québécois a grandement évolué et plusieurs avancées sont encore prévues. Le programme d'élargissement des soins primaires (le traitement des convulsions continues ou répétitives et des intoxications) a déjà été accepté par le Collège des médecins du Québec, le programme de constats de décès à distance est déjà en application dans plusieurs régions et le projet-pilote de soulagement de la douleur avec des narcotiques a déjà franchi, avec succès, plusieurs étapes.

En juin 2011, le registre national a été mis en vigueur par l'adoption du *RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS D'INSCRIPTION DU TECHNICIEN AMBULANCIER AU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN D'ŒUVRE*. Les procédures de fonctionnement du Comité d'examen ont été élaborées et celui-ci a déjà siégé à plusieurs reprises. Ainsi, deux autres jalons vers la professionnalisation des techniciens ambulanciers-paramédics (TAP) québécois ont été ainsi franchis.

Avec l'évolution rapide des champs de pratique des TAP de soins primaires et des TAP de soins avancés et la venue de nouvelles dispositions réglementaires, il est encore plus important que tous les techniciens ambulanciers-paramédics québécois comprennent bien l'ensemble des responsabilités qui leur incombent.

Ce document vise à regrouper et expliquer l'ensemble de ces responsabilités qui sont écrites dans de nombreux documents ministériels, textes légaux ou réglementaires.

1.0 GÉNÉRALITÉS

La section des généralités des PICTAP 2012 énonce les principes généraux qui s'appliquent à tous les protocoles. Elle permet de clarifier certains éléments et ainsi d'alléger le texte.

1.1 PRÉPOSÉ VS CONDUCTEUR – NOTION DE RESPONSABILITÉ

« Un technicien ambulancier fournit à une personne dont l'état requiert l'intervention des services préhospitaliers d'urgence les soins nécessaires conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le ministre.

Le technicien ambulancier vérifie chez la personne concernée la présence de signes ou symptômes permettant l'application des protocoles afin de prévenir la détérioration de l'état de cette personne et, le cas échéant, la transporte avec diligence vers un centre exploité par l'établissement receveur désigné ou entre des installations maintenues par un ou des établissements ».

Suivant l'article 65 de la LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (LSPU)¹ précité, la responsabilité du technicien ambulancier-paramédic est de fournir les soins d'urgence à la personne qui en a besoin, prévenir la détérioration de son état et la transporter, s'il y a lieu, vers le lieu où elle sera prise en charge.

Or, dans les faits, pour faciliter le travail des techniciens ambulanciers-paramédics, les tâches et responsabilités de chacun ont été partagées : l'un des partenaires est attiré aux soins du patient (TAP préposé) tandis que l'autre est attiré à la conduite du véhicule (TAP conducteur).

Quel est alors le niveau de responsabilité de chacun?

Celui des deux qui est attiré aux soins au patient est ultimement responsable de l'intervention. Il doit prendre le commandement et, en cas de conflit, il doit prendre la décision finale.

Par contre, cela ne libère pas de ses responsabilités envers le patient celui qui est attiré à la conduite du véhicule, loin de là.

Le TAP conducteur qui constate que son partenaire oublie une question, une étape, un traitement ou autre, doit le souligner et intervenir au besoin pour s'assurer que le patient reçoive tous les soins qui sont requis par sa condition clinique. Il doit également intervenir lorsqu'il considère que le patient requiert une évaluation par un médecin et

¹ Loi sur les services préhospitaliers d'urgence L.R.Q., chapitre S-6.2 (Annexe A)

que, sans son intervention, le patient qui n'a pas signifié son refus sera visiblement laissé sur place par son partenaire. Il doit aussi intervenir, lorsque cela est possible, s'il n'est pas d'accord avec son partenaire sur les soins à administrer.

En cas de conflit entre les deux partenaires, le préposé doit ultimement prendre la décision finale.

Cela dit, le TAP conducteur ne peut être tenu responsable des actions de celui qui est attiré aux soins du patient quand il n'est pas présent à son chevet, comme, par exemple, lors du transport vers le centre hospitalier.

En ce qui concerne les PICTAP, seuls les protocoles techniques retiennent l'appellation TAP #1 et TAP #2, et ce, uniquement pour assurer une compréhension du texte par le lecteur.

Bref, même si pour des raisons d'efficacité, les tâches et responsabilités des TAP sont partagées, les TAP travaillent en partenariat dans un seul et même but, soit de s'assurer que le patient reçoive l'ensemble des soins nécessaires, que cela soit fait par l'un ou l'autre des coéquipiers.

Enfin, la signature des deux TAP est requise sur le rapport d'intervention préhospitalière (RIP/AS-803), sauf oubli, l'absence de signature signifiant que le non-signataire est en désaccord avec les soins administrés par son partenaire.

De plus, si la dissension entre les partenaires est assez significative pour qu'un des deux refuse de signer le AS-803, celui qui refuse de signer, doit remplir un rapport complémentaire et aviser son employeur pour lui exposer la problématique sous-jacente.

1.2 PRÉVENTION DES INFECTIONS

Les PICTAP 2012 spécifient :

« Lors de toute intervention, le technicien ambulancier-paramédic doit utiliser les précautions universelles en matière de prévention des infections. »

En juin 2008, un document très élaboré a été publié pour les services préhospitaliers d'urgence concernant la prévention des infections intitulé : *La prévention et le contrôle des risques infectieux dans les services préhospitaliers d'urgence – Guide de référence*². Ce guide spécifie les mesures à prendre dans les différentes situations pour prévenir la propagation des infections dans le milieu préhospitalier.

² Légaré S, Ross D, Beaucage G, Massicotte J, Cornelier C, Bruneau É. La prévention et le contrôle des risques infectieux dans les services préhospitaliers d'urgence - Guide de référence Services ambulanciers. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2008. 105 p

De façon générale, les éléments suivants sont à retenir :

- Le port des gants est requis lors de toutes les interventions;
- Le lavage des mains (ou l'utilisation du gel d'alcool) est requis après le retrait des gants et après toute intervention;
- Le port du masque chirurgical est standard lors d'une intubation au Combitube®;
- Le port de la lunette de protection est requis lors de tout risque d'éclaboussures.

Il est à noter que les précautions à prendre lors du transport des patients porteurs de bactéries multirésistantes comme le SARM (Staph. Aureus Résistant à la Méthicilline) ou le ERV (Entérocooccus Résistant à la Vancomycine) visent tout particulièrement à limiter leur transmission à d'autres patients vulnérables; le risque de transmission aux intervenants en bonne santé est très faible.

1.3 DÉPLACEMENT ET ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

1.3.1 ACCOMPAGNEMENT

Afin de s'acquitter de la responsabilité décrite dans les PICTAP 2012 d'exercer la surveillance clinique de la condition d'une personne, le TAP doit accompagner son patient dans la cabine de soins lors du transport, qu'il s'agisse d'un transport primaire ou interhospitalier.

Cette responsabilité est dictée au paragraphe 6 de l'article 9 du RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES POUVANT ÊTRE EXERCÉES DANS LE CADRE DES SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE³.

La seule exception à cette règle est le transport d'un patient en arrêt cardiorespiratoire où des manœuvres de réanimation ne sont pas indiquées (ex. : MED.-LEG. 2, 3, 4, RÉA. 2 ou 4).

1.3.2 DÉPLACEMENT

De façon générale, tout patient transporté vers le centre hospitalier ne doit pas marcher de l'endroit de la prise en charge vers le véhicule ambulancier. Par contre, certains patients peuvent, sans préjudice, se déplacer avec ou sans assistance sur une courte distance. Si le TAP choisit de laisser le patient se déplacer lui-même vers le véhicule ambulancier, il **doit** avoir précédemment évalué que cet effort ne peut en aucun temps porter préjudice au patient, ou que sa situation ne le met pas à risque de chuter durant ce déplacement.

³ Voir annexe B : Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence (RRQ, chapitre M-9, r 2)

Il est clair que le patient dont la plainte principale (qu'elle soit encore présente ou disparue), est une douleur thoracique, une dyspnée, une intoxication ou même une syncope, présyncope faiblesse ou étourdissement, **ne doit jamais marcher** jusqu'au véhicule, à moins qu'il refuse catégoriquement d'être transporté sur une civière/civière-chaise ou autre équipement préhospitalier approprié. Tout patient qui présente une douleur significative est aussi à risque de faire une réaction vagale, et de s'effondrer pendant le déplacement.

La personne âgée ou avec difficulté à se mobiliser est particulièrement à risque de chute et vous devez savoir qu'une personne âgée qui chute et se brise une hanche a un risque de mortalité élevée (24 %) dans un horizon d'un an^{4,5}.

Les patients présentant des problèmes psychosociaux sans intoxication et les patients ayant des blessures mineures aux membres supérieurs, sont des patients qui peuvent être considérés pour un déplacement non assisté.

1.3.3 TRANSPORT DU PATIENT PÉDIATRIQUE

Le transport du patient pédiatrique implique un certain niveau de complexité. À cet égard, le siège de l'enfant, du bébé ou du nouveau-né qui pourrait être fourni par un parent est toujours à privilégier. Bien ancré à la civière ou à un siège de la cabine de soins par exemple, il est le dispositif de transport le plus sécuritaire pour l'enfant. À défaut, lorsque le siège d'enfant n'est pas disponible, le Pedi-Mate doit être utilisé selon les recommandations du fabricant.

En dernier recours, lorsque le Pedi-Mate doit être utilisé pour une clientèle plus petite que celle qui est suggérée par le fabricant, des rouleaux trochantériens et du « coussinage » doivent être utilisés pour combler les creux et ainsi transporter plus sécuritairement l'enfant.

1.4 COÛTS DU TRANSPORT

Les PICTAP 2012 mentionnent à la section des généralités que :

« Le technicien ambulancier-paramédic ne détient pas les informations nécessaires pour informer adéquatement le patient concernant le coût final lié au transport ambulancier. »

De façon spontanée, le TAP ne doit pas tenter d'influencer la décision du patient en lui divulguant spontanément de l'information concernant le coût du transport.

⁴ Reguant F, Bosch J, Montesinos J, Arnau A, Ruiz C, Esquius P. Prognostic factors for mortality in elderly patients with hip fracture. *Revista española de anestesiología y reanimación*. 2012;59(6):289-98. Epub 2012/05/15. Factores pronostico de mortalidad en los pacientes mayores con fractura de cadera.

⁵ Valizadeh M, Mazloomzadeh S, Golmohammadi S, Larijani B. Mortality after low trauma hip fracture: a prospective cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2012;13(1):143. Epub 2012/08/14.

Par contre, suite à une demande spécifique du patient, le TAP peut l'informer des généralités concernant la facturation du service ambulancier telles que :

- Le fait que seul le transport est facturé;
- Les modalités de calcul du coût du transport et de leur disponibilité sur le site Internet du MSSS;
- Le fait qu'il existe certains programmes gouvernementaux de gratuité;
- Le fait que certaines polices d'assurance remboursent une partie du coût du transport.

Le TAP ne peut pas donner avec certitude le coût final que le patient payera, car il ne détient pas toutes les informations requises pour informer correctement le patient.

1.5 TRANSPORT – CONDUITE URGENTE VS NON URGENTE

Les PICTAP 2012 dictent, pour chaque situation clinique, le type de conduite requise pour le transport vers le centre receveur. L'édition 2007 introduisait un nouveau concept d'urgence de transport intermédiaire, le transport immédiat. Malgré que les PICTAP ne définissent que le niveau d'urgence de la conduite du transport vers le centre receveur, la discussion qui suit s'applique aussi à la conduite lors de la réponse initiale à l'appel.

L'expérience préhospitalière et celle des autres services d'urgence démontrent clairement que la conduite en urgence implique un certain niveau de risque, risques de blessures et de décès des occupants du véhicule d'urgence mais aussi des autres automobilistes ou piétons dans un certain périmètre.

Il était donc important pour les responsables cliniques et administratifs des services préhospitaliers d'urgence de se pencher sur les questions suivantes : à quel moment une conduite d'urgence (avec sirènes et feux d'urgence) est-elle requise? Quand est-ce que le risque inhérent à cette conduite est-il inférieur à celui de ne pas arriver dans les plus brefs délais? Comment évaluer le risque et le comprendre? Comment évaluer, mesurer le bénéfice de l'arrivée précoce?

Des analyses de différentiel de temps de réponse entre les appels de priorité 1 et 3 ont été faites par le MSSS, pour un grand nombre de régions du Québec. Celles-ci ont démontré que la réduction moyenne du temps de déplacement conduite urgente (10-30) vs une conduite non urgente (10-16) est d'environ de 3 minutes, 2 minutes en région urbaine et 4 minutes pour les autres régions. Les chiffres sont similaires d'une région à l'autre et d'une année à l'autre. Certaines études américaines en milieu urbain ont même déjà mesuré la différence (conduite urgente vs conduite non urgente) sur la conduite de retour vers le centre hospitalier (CH) à 45-60 secondes seulement.

L'ensemble de ces résultats a amené la réflexion sur la nécessité de la conduite urgente lors du transport vers le centre receveur. Puisque l'attente au triage est souvent de bien plus longue durée que 3 minutes et que cela est sans conséquence pour le patient, il ne semblait plus pertinent de retenir la conduite urgente dans autant de situations.

Une seule inquiétude persistait; si la conduite non urgente était retenue pour plusieurs catégories de patients, qu'arrive-t-il si l'ambulance est coincée dans un bouchon de circulation et que les délais s'allongent indûment?

La nouvelle catégorie de « TRANSPORT IMMÉDIAT » répond à cette préoccupation; dans le cas où un patient retourne vers le CH en conduite non urgente dans le contexte d'un transport immédiat et que le véhicule rencontre un bouchon de circulation qui l'empêcherait de continuer sa route de façon normale, à ce moment, **le TAP peut modifier sa conduite en mode urgent pour franchir l'obstacle**. Il ne faut pas interpréter qu'un feu rouge constitue, dans ce contexte un obstacle à franchir. **Cette directive ne doit pas être prise en considération et appliquée en région urbaine avec des sirènes et feux d'urgence qui s'allument et s'éteignent d'un feu rouge à l'autre.**

1.5.1 PRIORITÉS D'AFFECTATION 0 et 1 VS 3

Connaissant donc l'« impact chronologique » d'une conduite urgente vs non urgent, les directeurs médicaux régionaux des services préhospitaliers d'urgence (SPU) et les autres intervenants impliqués dans les prises de décision tant sur les priorités d'affectation et que sur les modes de transport de retour, doivent régulièrement se questionner à savoir dans quelle situation clinique est-ce que l'arrivée au chevet du patient au centre receveur dans un délai de +/- 3 minutes est cliniquement significatif pour le patient.

C'est de cette façon que les responsables déterminent si une priorité 0 ou 1 vs une priorité 3 sera assignée à un code de déterminant du Système Médicalisé de Prise d'Appels Urgents (SMPAU).

Si pour une pathologie X, qui est la pathologie ciblée par tel code de déterminant, un délai d'arrivée de 3 minutes est jugé cliniquement significatif, une priorité 0 ou 1 est choisie; si un délai de 3 minutes n'est pas cliniquement significatif, une priorité 3 est choisie. Cette analyse est supportée par les statistiques de cas d'arrêt cardiorespiratoire (ACR) et d'inconscience trouvées lors de l'arrivée sur place des TAP.

L'affectation des déterminants de la carte 9 est faite en priorité 0, puisque chaque minute de délai implique de 3-10 % de perte de chance de survie selon la présence de manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) en cours ou non. Le délai est donc cliniquement significatif.

Les déterminants où un anévrisme de l'aorte disséquant ou rompu est suspecté sont aussi affectés en urgence, cette fois en priorité 1. Par contre, un appel où le patient présente une difficulté respiratoire sans détresse, par exemple le 6-C-1, est affecté en priorité 3.

Il est important pour le TAP de connaître la logique décrite ci-dessus car nous observons que plusieurs intervenants croient que l'absence d'affectation en 10-30 fait de ces appels de priorité 3 des appels non urgents. Ceci n'est définitivement pas le cas; ils sont jugés urgents mais sans préjudice pour le patient si l'arrivée est retardée de plus ou moins

3 minutes. Malheureusement, si suite à cette mauvaise interprétation l'équipe tarde à se mettre en route, le délai d'arrivée non significatif de 3 minutes pourrait alors être de 5, 10 minutes ou plus, et donc devenir un délai cliniquement significatif.

Tout comme lors de la réception d'une priorité 0 ou 1, le TAP a l'obligation de se mettre immédiatement en direction de l'appel lors de la réception d'une affectation en priorité 3.

2.0 DOCUMENTATION

La documentation écrite (AS-803/RIP et rapport complémentaire) qui est produite suite à toute intervention préhospitalière a trois objectifs :

- Transmettre de l'information à l'équipe soignante qui prend en charge le patient au centre receveur;
- Documenter l'intervention dans un but médico-légal; ceci protège les patients et les intervenants;
- Permettre le suivi requis dans le cadre des activités d'amélioration de la qualité.

2.1 RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE (AS-803)

Malgré que la rédaction des formulaires cliniques soit un geste quotidien pour le TAP, et que le formulaire AS-803 ainsi que le rapport complémentaire soient bien connus, certains concepts méritent d'être révisés à ce moment.

- Un formulaire AS-803 doit être rempli pour toute intervention où il y a eu un « contact patient »; ceci inclut les situations suivantes :
 - Intervention primaire, urgente ou non urgente, avec transport; que l'affectation ait été reçue par le centre de communication santé (CCS) ou qu'il s'agisse d'un 10-08;
 - Intervention primaire, urgente ou non urgente, avec refus de transport; que l'affectation ait été reçue par le CCS ou qu'il s'agisse d'un 10-08;
 - Intervention primaire avec prise en charge par les policiers, les services de crise, ou une sage-femme;
 - Transfert interétablissements, avec ou sans escorte;
 - Retour à domicile;
 - Intervention pour « soins humanitaires ».

Un formulaire AS-803 doit aussi être rempli lors d'une intervention à multiples patients; il est nécessaire de documenter de façon globale l'intervention de triage.

- La documentation se doit de refléter de façon fidèle et exacte l'intervention auprès du patient. **Toute information consignée se doit d'être complète et véridique.**

Il est intéressant de rappeler que l'usager a un droit d'accès à son dossier médical et qu'il peut demander à le consulter. Il peut aussi demander qu'il soit amendé s'il considère que certaines informations sont inexactes.

Les dispositions légales concernant le dossier médical de l'usager et son accès se retrouvent aux articles 19 et suivants de la LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX(LSSS)⁶.

⁶ Voir annexe C : Loi sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

- Nous rappelons aussi que la règle d'or en ce qui concerne la documentation écrite dans le milieu médical est que :

CE QUI N'EST PAS ÉCRIT EST RÉPUTÉ NON FAIT.

Il est vrai que si un enregistrement vocal de l'intervention existe et que celui-ci documente que l'action non documentée au AS-803 est faite, ceci pourrait prouver que l'action non documentée a bien été faite. Par contre, ceci ne doit en aucun temps vous influencer à ne pas documenter de façon complète et véridique vos rapports, puisqu'il est toujours possible que des difficultés surviennent avec l'obtention ou le transfert de l'enregistrement.

2.2 RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Le rapport complémentaire a été développé lors de la refonte récente du AS-803/RIP. Il peut servir à plusieurs fins :

- Annexe au AS-803/RIP;
- Déclaration d'incident ou d'accident;
- Documentation de problématique administrative;
- Formulaire de déclaration d'accès forcé.

En lien avec les responsabilités légales du TAP, il nous importe de discuter à nouveau de son utilisation lors d'interventions où un incident ou un accident serait survenu et de l'obligation du TAP de déclarer ces événements.

2.2.1 INCIDENTS ET ACCIDENTS – DÉFINITIONS

LA LOI SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (LSSS) définit les termes « accident » et « incident » de la façon suivante :

ACCIDENT : « action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers. »

INCIDENT : « une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. »⁷

⁷ Voir annexe C : Loi sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

De plus, la LSSS précise le droit des patients d'être informés de leur état de santé et aussi des événements indésirables qui ont lieu durant leur séjour dans un établissement de santé :

« 8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçue et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident ».

Comme déjà noté dans le guide de rédaction du RIP, une erreur de médicament, l'omission d'un traitement, une blessure accidentelle sont des accidents au sens de la loi.

Un bris d'équipement ou d'un effet personnel du patient, ou une chute sans blessure sont des incidents au sens de la loi.

2.2.2 DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Le TAP est éthiquement dans l'obligation de déclarer tout accident ou incident qui a lieu durant une intervention car cette information, comme toute autre information en lien avec l'intervention, peut avoir un impact sur les soins à dispenser à ce patient. **La sécurité des patients doit être prioritaire sur toute autre préoccupation.**

La connaissance d'une chute récente comme celle subie lors de la descente dans un escalier, modifie significativement le diagnostic différentiel d'une douleur abdominale à l'urgence.

La connaissance de l'administration par inhalation d'un médicament tel que le glucagon au lieu du salbutamol expliquerait possiblement la non-amélioration de la dyspnée du patient et sa glycémie élevée sans qu'il soit diabétique!

Dans de tels cas, il faut donc inscrire sur le AS-803 l'événement de chute ou le médicament réellement administré et aussi il faut consigner l'accident sur un rapport complémentaire. Il est aussi important de mentionner l'accident à l'infirmière du triage, lors du rapport verbal.

Si le TAP se rend compte de son erreur après avoir quitté le centre hospitalier, il est encore tenu d'aviser le centre hospitalier receveur et de remplir un rapport complémentaire, sous la forme d'un rapport d'incident ou d'accident et de le transmettre au CH.

C'est un réflexe pour certain de vouloir minimiser ou même camoufler l'erreur commise; **mais la santé de notre patient doit être au centre de nos préoccupations.**
Souvenons-nous : LE PATIENT D'ABORD !

2.3 OBLIGATION LÉGALE DE DÉCLARATION DES ERREURS

LA LOI SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX à l'article 233.1 dicte les responsabilités des multiples intervenants face à la déclaration des incidents et accidents pour les patients sous la responsabilité d'un centre hospitalier.

« 233.1. Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de service, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'usager. »⁸

Cet article **oblige donc légalement** le TAP qui effectue un transfert interétablissements **à déclarer tout incident ou accident qui a lieu durant ce transfert.** Pour ce faire, il doit au retour, prendre contact avec la personne responsable du département où l'usager a été pris en charge pour faire cette déclaration.

⁸ Voir annexe C : Loi sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

3.0 CONSENTEMENT, APTITUDE ET REFUS

L'obligation d'obtenir du patient son consentement aux soins se trouve à l'article 11 du CODE CIVIL DU QUÉBEC.

« 11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.»⁹

Dans le milieu préhospitalier, toute l'importance de comprendre les concepts liés au consentement se vit lorsque ce consentement est absent, c'est-à-dire lorsque le patient refuse des soins ou un transport. Pour être valide, un consentement se doit d'être libre et éclairé¹⁰. Pour pouvoir donner un consentement valide, souvent implicite, quelquefois explicite, le patient se doit d'être apte. Il est important ici de réviser les concepts-clés liés au refus : le consentement, ses conditions (libre et éclairé) et l'aptitude.

3.1 CONSENTEMENT-DÉFINITION

Le consentement est *l'action de donner son accord à une action, à un projet : acquiescement, approbation, assentiment*¹¹. Dans le contexte des soins préhospitaliers, le patient consent à une appréciation médicale de sa condition, à des soins tels que l'administration de certains médicaments, et au transport.

Il faudra se souvenir que le patient peut consentir **en totalité ou partiellement aux soins** (incluant le transport) offerts et peut aussi **retirer ou donner** son consentement en tout temps.

3.1.1 CONSENTEMENT IMPLICITE

« IMPLICITE : Qui, sans être énoncé formellement, découle naturellement de quelque chose : Une condition implicite.»¹²

Dans le contexte d'urgence dans lequel les services et soins préhospitaliers sont dispensés, le consentement est généralement implicite. Le patient, un proche ou possiblement un témoin, a fait appel aux services d'urgence. À l'arrivée des intervenants,

⁹ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

¹⁰ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

¹¹ Larousse en ligne, www.larousse.fr

¹² Larousse en ligne, www.larousse.fr

l'aide est bienvenue et le patient se soumet aux questions, examens et traitements proposés sans opposition. Il accepte les services, le consentement est donc implicite; il est entendu de par son attitude qu'il acquiesce.

Il n'est pas nécessaire de le questionner de façon dirigée, on ne dira pas : Voulez-vous que l'on vous donne de l'oxygène? Désirez-vous aller au centre hospitalier?

Exemple préhospitalier de consentement implicite du patient :

« Monsieur, nous allons nous diriger à l'hôpital. Laissez-moi vous aider à vous installer sur la civière. » Le patient avec l'aide du TAP, sans éprouver aucune résistance physique ou verbale, s'allonge sur la civière.

Dans le contexte du consentement implicite en situation d'urgence, l'évaluation stricte de l'aptitude n'est nécessaire que dans la situation où le patient exprime un refus.

3.1.2 CONSENTEMENT EXPLICITE

« EXPLICITE : Qui s'exprime complètement et clairement sans laisser place à l'ambiguïté. »¹³

Généralement, lorsqu'un patient ou l'un de ses proches hésite ou exprime son refus de consentir aux soins ou au transport, une discussion s'ensuit. Un consentement explicite, et donc exprimé clairement, est alors requis.

Exemple préhospitalier de consentement explicite du patient :

« Monsieur, nous allons nous diriger à l'hôpital. Laissez-moi vous aider à vous installer sur la civière. » Le patient répond négativement : « Non. Pourquoi est-ce que dois-je aller à l'hôpital? » Après quelques explications du TAP, le patient répond : « D'accord, je comprends. J'accepte d'aller à l'hôpital. »

3.1.3 CONSENTEMENT - LIBRE

Comme énoncé précédemment le consentement, pour être valide, doit être libre, c'est-à-dire sans contrainte, sans condition, sans influence indue de la part de la personne qui tente de l'obtenir.

¹³ Larousse en ligne, www.larousse.fr

3.1.4 CONSENTEMENT - ÉCLAIRÉ

L'élément de consentement éclairé oblige le TAP à transmettre au patient, au meilleur de sa connaissance, une description détaillée des soins qu'il offre au patient, les différentes options, les bénéfices escomptés de ces soins ou les conséquences de leur omission, tout cela avec une attitude professionnelle et rassurante.

Quand le patient hésite à accepter le transport, le TAP a la même obligation d'informer le patient, au meilleur de ses connaissances, des évaluations, diagnostics et traitements possibles, leurs bénéfices et les conséquences possibles d'un refus de l'évaluation médicale en centre hospitalier.

Le TAP se voit aussi dans l'obligation d'expliquer au patient les limites de l'appréciation réalisée dans le contexte et les limites du préhospitalier.

Exemple d'explication menant à un consentement éclairé :

Le patient vient de subir un ECG et demande le résultat aux TAP.
« Monsieur, nous venons de vous faire un électrocardiogramme (ECG). Il est non spécifique. Cependant, avec vos symptômes, cela n'exclut pas la présence possible d'une crise cardiaque. Pour exclure ce problème de santé, vous devez subir plusieurs ECG sur une période de plusieurs heures, subir des prises de sang et être évalué par le médecin à l'urgence. S'il n'est pas certain, le médecin pourrait aussi consulter le cardiologue à votre sujet. Or, même si votre ECG ne semble pas anormal selon nos critères, cela ne veut pas dire que vous ne souffrez pas d'un problème de santé sérieux, cardiaque ou autre. »

3.2 LE CONSENTEMENT ET LA SITUATION D'URGENCE

Le guide à l'intention des médecins du Canada sur le consentement produit par l'Association Canadienne de Protection Médicale¹⁴ précise que :

« Il existe une exception importante à la règle générale qui veut qu'on obtienne le consentement du patient avant tout traitement. En effet, en cas d'urgence médicale, lorsque le patient (ou la personne chargée d'accorder un consentement subrogatoire) est inapte à consentir, le médecin a le devoir de faire sans consentement ce qui est immédiatement nécessaire. Pour que le médecin puisse déclarer qu'une situation donnée constituait une urgence où le consentement n'était pas nécessaire, il doit démontrer que le patient éprouvait des souffrances intenses ou qu'une

¹⁴ L'Association Canadienne de Protection Médicale, Guide à l'intention des médecins du Canada, https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/consent_guide/com_cg_beforewebegin-f.cfm

menace imminente pesait sur la vie ou la santé du patient. Le professionnel de soins de santé ne doit pas avoir agi pour sa commodité personnelle ou par préférence personnelle; la nécessité de procéder au moment où l'acte a été posé ne doit laisser aucun doute.

De plus, en situation d'urgence médicale, les traitements ne devraient comporter que ce qui est nécessaire pour prévenir des souffrances indues ou pour contrer les menaces immédiates à la vie ou à l'intégrité du patient.»

La base légale de cette interprétation se trouve à l'article 13 du CODE CIVIL DU QUÉBEC :

« 13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.»¹⁵

De plus, ce même guide note que :

« Même lorsque le patient est incapable de communiquer dans des situations d'urgence médicale, les volontés connues du patient doivent être respectées. Par conséquent, avant d'intervenir, le médecin voudra s'assurer que le patient n'a jamais laissé entendre, par voie de directive préalable ou d'une autre manière, qu'il refuse de subir le traitement envisagé.

De plus, aussitôt que le patient est capable de prendre des décisions et qu'il a retrouvé l'aptitude à consentir, il faut obtenir de lui un consentement approprié et «éclairé» pour tout traitement supplémentaire. »

Donc, le patient jugé apte en début d'intervention et qui mentionne qu'il ne désire pas être intubé doit voir son désir respecté même lorsqu'il devient inconscient et nécessite une intubation.

« Dans certaines provinces, la législation permet la désignation de substituts, qui pourront accorder ou refuser leur consentement au nom du patient inapte. Si le substitut est disponible immédiatement, le traitement d'urgence ne devrait avoir lieu qu'avec le consentement de cette personne. »¹⁶

¹⁵ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

¹⁶ L'Association Canadienne de Protection Médicale, Guide à l'intention des médecins du Canada, https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/consent_guide/com_cg_beforewebegin-f.cfm

3.2.1 LES SUBSTITUTS – CODE CIVIL DU QUÉBEC

Le CODE CIVIL DU QUÉBEC, à l'article 15, identifie clairement les personnes qui peuvent donner un consentement lorsque le majeur est inapte :

« 15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. »¹⁷

De plus, LE CODE CIVIL DU QUÉBEC spécifie que le substitut ou représentant doit, lorsqu'il prend sa décision, se baser sur ce qu'il croit que le patient aurait lui-même désiré.

« 12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. »

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère. »¹⁸

3.3 L'APTITUDE

Selon l'Énoncé de Politique des Trois Conseils (EPTC), groupe consultatif interagences en éthique de la recherche, l'aptitude peut être définie comme suit :

« L'aptitude est la capacité des sujets () à donner un consentement libre et éclairé conforme à leurs propres valeurs fondamentales. Cette notion comprend la capacité de comprendre les renseignements donnés, d'évaluer les éventuelles conséquences d'une décision et de donner un consentement libre et éclairé. »¹⁹

L'aptitude est un concept complexe à comprendre et à évaluer. On doit premièrement prendre pour acquis que le patient est apte jusqu'à preuve du contraire. Aussi un patient aux prises avec un problème de santé mentale par exemple, doit être considéré apte à consentir aux soins jusqu'à ce qu'on ait démontré son inaptitude.

¹⁷ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

¹⁸ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

¹⁹ Énoncé de Politique des Trois Conseils, Éthique de la recherche avec les êtres humains, Institut de recherche en Santé du Canada, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005, page 2,10. http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/pdf/TCPS%20octobre%202005_F.pdf

3.3.1 ÂGE ET APTITUDE

L'article 14 du CODE CIVIL DU QUÉBEC précise que le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins de santé requis par son état de santé tandis que le mineur de 13 ans et moins ne peut le faire lui-même. Au Québec, le mineur de 13 ans et moins est donc considéré « inapte ». Voici le texte de l'article 14 :

*« 14. Le consentement aux **soins requis par l'état de santé** du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.*

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.»²⁰

Comme mentionné précédemment, le mineur de 14 à 17 ans, quant à lui, peut consentir lui-même à des soins; il peut donc également refuser les soins, mais une exception existe.

L'article 16 du CODE CIVIL DU QUÉBEC dicte ceci :

« 16. Elle (l'autorisation du tribunal) est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.»²¹

Le jeune de 14 à 17 ans ne peut donc pas refuser des soins dont l'omission mettrait sa vie ou son intégrité en danger. En l'absence de l'autorité parentale, dans une telle situation d'urgence, on se réfère à l'article 13 :

« En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.»²²

3.3.2 APTITUDE DU MAJEUR

Mais qu'est donc l'aptitude? Comme mentionné précédemment, l'aptitude est la capacité pour le patient de comprendre :

1. La situation dans laquelle il se trouve;
2. Les options qui s'offrent à lui en matière de soins de santé;

²⁰ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

²¹ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

²² Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

3. Les bénéfices et conséquences d'accepter ou de refuser les soins et services offerts;
4. Et donc la capacité de prendre une décision, dans le contexte de ses valeurs.

L'erreur à éviter lors de l'évaluation de l'aptitude du patient à consentir ou à refuser est d'évaluer la conclusion à laquelle le patient arrive et non le processus par lequel il y est arrivé.

En effet, l'erreur provient du fait que l'intervenant conclut que le patient doit être inapte pour arriver à une conclusion autre que celle à laquelle il serait arrivé lui-même. Or, bien que la réponse du patient soit différente de celle que l'on aurait donnée nous-même, cela ne veut pas dire que le patient est inapte. C'est là que les valeurs du patient peuvent entrer en ligne de compte!

Il est donc important de se souvenir du fait que l'aptitude est la capacité du patient d'analyser l'information qui lui est fournie et donc de prendre une décision.

Ceci dit, il faut aussi se rappeler que l'aptitude est un concept qui peut varier dans le temps. Ainsi, le patient sévèrement intoxiqué pourrait être considéré inapte pendant quelques heures et considéré apte quelques heures plus tard.

3.4 LA GESTION DES REFUS DE TRANSPORT EN PRÉHOSPITALIER

Lorsque le patient ou un témoin mentionne la possibilité de refus ou questionne sur la pertinence du transport, le TAP a l'obligation de présenter toute information demandée de façon neutre et impartiale; les informations ou conseils transmis doivent être détachés de ce qui pourrait être l'intérêt personnel du TAP (ex. : aller prendre sa pause de dîner, fin de quart); il doit permettre au patient de prendre librement la décision qu'il juge la plus appropriée pour lui-même.

Les exemples suivants pourraient être interprétés comme étant des contraintes exercées sur une personne par un TAP pour obtenir, ou changer son consentement. Il s'agit d'exemples où un TAP tenterait de dissuader une personne de se faire transporter en ambulance en lui faisant part des inconvénients financiers et autres que cela pourrait lui causer :

- La mention spontanée du prix élevé de la facture de transport;
- La mention du long temps d'attente à l'urgence;
- L'expression de l'opinion de la non-pertinence de la demande de transport ambulancier;
- L'expression de l'opinion que la plainte du patient est exagérée.

Si un patient décédait suite à un refus où nous avons transmis ce type d'information, l'entreprise ambulancière et le TAP pourrait faire face à des poursuites.

Dans le contexte du consentement implicite en situation d'urgence, l'évaluation stricte de l'aptitude n'est nécessaire que dans la situation où le patient exprime un refus.

Un refus ne peut être considéré valide que s'il a été initié par le patient ou ses proches. En effet, si le TAP a suggéré que le transport n'était pas requis, celui-ci pourrait être jugé responsable dans le cas où la santé du patient se détériorait par la suite.

Lorsque le patient exprime une hésitation concernant les soins offerts, il faut :

1. **INFORMER LE PATIENT** : s'assurer que le patient reçoit bien toute l'information disponible sur la situation présente, les diagnostics possibles, leur gravité, leurs traitements potentiels, les bénéfices de ceux-ci et les conséquences probables de ne pas recevoir de traitement. Il faut, dans un niveau de langage adapté, informer le patient sans avoir recours à la contrainte ou à la coercition.

Lorsqu'il s'agit d'une situation qui pourrait dégénérer et, à l'exemple d'une douleur thoracique, causer le décès du patient, il faut lui mentionner, sans nécessairement être alarmiste qu'il pourrait, en dépit d'un électrocardiogramme (ECG) 12D normal, faire un infarctus qui pourrait causer une arythmie maligne; il pourrait ainsi en décéder. Il faut lui indiquer qu'il augmenterait ses chances de survie à une arythmie maligne s'il était transporté au centre hospitalier car il serait mis sous surveillance cardiaque continue.

2. **QUESTIONNER LE PATIENT** : valider son orientation, lui demander d'expliquer, dans ses mots, sa compréhension de la situation, pourquoi il refuse les soins offerts et comment il va gérer la situation s'il ne vient pas avec vous.

ATTENTION : l'orientation n'est qu'un élément d'évaluation car un patient orienté peut être inapte et un patient désorienté peut être considéré apte selon les circonstances. Par exemple, un patient âgé avec une légère atteinte cognitive pourrait ne pas être capable d'identifier correctement la date mais capable de comprendre le risque de décès.

Le patient doit pouvoir ensuite vous expliquer dans **SES** mots la situation, et non juste répéter ce que vous lui avez dit et ensuite offrir une justification cohérente de son refus.

N'oubliez pas que pour être considérée cohérente la justification n'a pas besoin de vous apparaître raisonnable ou en harmonie avec **vos** valeurs. En fait, pour être considéré apte, il suffit de constater que le **raisonnement** du patient est cohérent compte tenu des réponses qu'il vous donne.

3. **RETENTER D'OBTENIR LE CONSENTEMENT DU PATIENT.**

4. **OBTENIR UN CONSENTEMENT OU UN REFUS EXPLICITE.**

5. **DOCUMENTER LE REFUS.**

Les PICTAP 2012 demandent que toute l'intervention incluant la conversation qui concerne le refus soit enregistrée par le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) et transmise à l'agence de la santé et des services sociaux (ci-après nommée agence) selon la modalité locale prévue. Si le patient maintient son refus, le lecture du texte de

refus du AS-803 doit être faite et la signature du formulaire de refus (AS-803) est ensuite requise.

Il est important que le TAP, documente en détail sur son AS-803, la discussion qu'il a eue avec le patient ou son représentant, en inscrivant notamment les éléments suivants :

- Les diagnostics possibles;
- Les risques expliqués dont le décès, lorsque mentionné;
- La raison du refus;
- Le plan du patient.

3.5 REFUS À RISQUE

Au verso du AS-803, apparaît une liste appelée « Refus à risque». Cette liste a été développée pour les besoins de la Corporation d'urgences-santé. Cette liste inclut certaines situations où le risque clinique de non-transport a été jugé plus élevé, il faut faire bien attention de ne pas en conclure que les situations absentes de cette liste ne constituent pas un risque. Tout refus doit être traité avec la plus grande attention et diligence. Cette liste ne doit pas être utilisée dans un autre cadre que celui pour lequel elle a été développée.

4.0 TRANSPORT SANS CONSENTEMENT

L'article 1 de la CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE²³ stipule que :

« Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. »²⁴

Cependant, même lorsqu'une personne refuse d'être transportée en ambulance, l'article 24 de la Charte permet que dans certains cas la personne soit privée de sa liberté.

À cet égard, l'article 24 de la CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE s'énonce comme suit :

« Nul ne peut être privé de sa liberté ou de ses droits, sauf pour les motifs prévus par la loi et suivant la procédure prescrite. »²⁵

L'application de ces droits fondamentaux dans le domaine des services préhospitaliers d'urgence peut donner lieu à des situations délicates. Le jugement et le professionnalisme du TAP sont alors d'une importance capitale.

D'abord mentionnons que *« personne ne peut être transporté en ambulance sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise; dans certaines situations où le patient refuse de se rendre au CH receveur, la loi prévoit des exceptions pour assurer le bien-être et la sécurité du patient et de son entourage. »²⁶*

En préhospitalier, outre le tribunal, seul un agent de la paix peut priver une personne de sa liberté, et seulement dans des situations bien spécifiées à la loi. Le TAP n'est pas un agent de la paix.

L'agent de la paix est défini à l'article 2 du CODE CRIMINEL²⁷ :

«agent de la paix »

a) Tout maire, président de conseil de comté, préfet, shérif, shérif adjoint, officier du shérif et juge de paix;

b) Tout agent du Service correctionnel du Canada, désigné comme agent de la paix conformément à la partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, ainsi que tout directeur, sous-directeur, instructeur, gardien, geôlier, garde et tout autre fonctionnaire ou employé permanent d'une prison qui n'est pas un pénitencier au sens de la partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition;

²³ Voir annexe E : Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q. chapitre C-12)

²⁴ Voir annexe E : Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q. chapitre C-12)

²⁵ Voir annexe E : Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q. chapitre C-12)

²⁶ PICTAP 2012, MSSS

²⁷ Voir annexe F : Code criminel (LRC 1985, chapitre C-46)

c) Tout officier de police, agent de police, huissier ou autre personne employée à la préservation et au maintien de la paix publique ou à la signification ou à l'exécution des actes judiciaires au civil;

d) Tout fonctionnaire ou personne possédant les pouvoirs d'un agent sous le régime de la Loi sur les douanes ou d'un préposé sous le régime de la Loi sur l'accise ou de la Loi de 2001 sur l'accise lorsqu'il exerce une fonction en application d'une de ces lois;

d.1) Tout agent autorisé au titre du paragraphe 138(1) de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés;

e) Les personnes désignées à titre de gardes-pêche en vertu de la Loi sur les pêches, dans l'exercice des fonctions que leur confère cette loi, et celles qui sont désignées à titre d'agents des pêches en vertu de cette loi, dans l'exercice des fonctions que leur confère cette loi ou la Loi sur la protection des pêches côtières;

f) Le pilote commandant un aéronef :

(i) soit immatriculé au Canada en vertu des règlements d'application de la Loi sur l'aéronautique,

(ii) soit loué sans équipage et mis en service par une personne remplissant, aux termes des règlements d'application de la Loi sur l'aéronautique, les conditions d'inscription comme propriétaire d'un aéronef immatriculé au Canada en vertu de ces règlements,

pendant que l'aéronef est en vol;

g) Les officiers et militaires du rang des Forces canadiennes qui sont :

(i) soit nommés pour l'application de l'article 156 de la Loi sur la défense nationale,

(ii) soit employés à des fonctions que le gouverneur en conseil, dans des règlements pris en vertu de la Loi sur la défense nationale pour l'application du présent alinéa, a prescrites comme étant d'une telle sorte que les officiers et les militaires du rang qui les exercent doivent nécessairement avoir les pouvoirs des agents de la paix.²⁸

Aussi, en l'absence de consentement, la présence policière est requise pour effectuer le transport.

²⁸ Voir annexe F : Code criminel (LRC 1985, chapitre C-46)

4.1 TRANSPORT AVEC AUTORISATION DU TRIBUNAL

Nous reproduisons ici le texte des PICTAP 2012 qui est très explicite sur ce point.

« En présence de motifs sérieux permettant de croire qu'une personne constitue un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé (quiconque démontre de l'intérêt pour la personne concernée), ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de son consentement, amenée et gardée dans un établissement pour y subir un examen psychiatrique.

L'ordonnance émise par le tribunal en vue d'un examen psychiatrique prévoit généralement que la personne concernée par l'ordonnance sera confiée à la garde de l'établissement indiqué à l'ordonnance;

Cette ordonnance doit être exécutée par un agent de la paix et signifiée à la personne visée; celle-ci est alors considérée comme étant détenue;

Lorsque la personne visée peut se déplacer, son transport est effectué par le service de police, à l'endroit spécifié dans l'ordonnance;

*Lorsque la personne visée ne peut se déplacer ou que son état de santé requiert un transport ambulancier ou encore qu'elle refuse de coopérer et que le moyen de transport jugé approprié par le policier est un véhicule ambulancier, les policiers ont recours aux SPU pour le transport sur civière si nécessaire, ceci pour la sécurité du patient ou celle d'autrui. **Ils doivent alors obligatoirement accompagner la personne dans le véhicule ambulancier;***

Au besoin et à la demande expresse d'un policier, les techniciens ambulanciers-paramédics peuvent utiliser la technique de contentions;

le technicien ambulancier-paramédic doit s'assurer qu'il agit en conformité avec l'ordre de la Cour, s'il y a lieu; »²⁹

Si l'ordonnance de la Cour spécifie que le patient doit être transporté à un centre hospitalier autre que celui du secteur psychiatrique habituel, l'ordonnance de la Cour a préséance.

²⁹ PICTAP 2012, MSSS

4.2 TRANSPORT SANS AUTORISATION DU TRIBUNAL

LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI³⁰, comme son titre le mentionne, vise la protection d'une certaine clientèle à risque. Elle permet, dans des cas spécifiques de passer outre le refus du patient et de le transporter au CH.

Malgré que la loi ne donne aucune obligation ou même responsabilité aux TAP dans ce contexte d'intervention, deux articles de cette loi, les articles 8 et 14, doivent être connus des intervenants préhospitaliers.

L'article 8 de cette loi définit les conditions lors desquelles un policier peut amener une personne au centre hospitalier, contre son gré, et l'article 14 définit les responsabilités du policier lorsque celui-ci décide de transporter ou faire transporter une personne au centre hospitalier contre son gré. L'une de ses obligations est d'accompagner le patient jusqu'au centre hospitalier.

« 8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6:

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil du Québec, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Dans le présent article, on entend par «service d'aide en situation de crise» un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux. »³¹

³⁰ Voir annexe G : La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)

³¹ Voir annexe G : La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)

14. L'agent de la paix qui agit en vertu de l'article 8 ou la personne qui, conformément à une ordonnance du tribunal, amène une personne auprès d'un établissement pour qu'elle soit gardée afin de subir une évaluation psychiatrique doit l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

Il demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement.³²

L'esprit de la loi P-38.001³³ est de faire en sorte que la personne en situation de crise obtienne les services dont elle a besoin pour retrouver son équilibre. Les services requis sont plus souvent des services de support psychologique et des services sociaux que des services purement médicaux, seuls services disponibles en tout temps à l'urgence d'un centre hospitalier.

Or, il est important que ces patients soient rapidement mis en contact avec les services de crise qui sont les mieux placés et outillés pour les faire voir rapidement par les intervenants requis (travailleurs sociaux, psychologues ou thérapeutes). Il est donc nécessaire pour le TAP de connaître les ententes locales qui existent dans son secteur et qui touchent la disponibilité des services de crise ainsi que le rôle que l'ASSS leur a dévolu dans la gestion de la réponse urgente aux situations de crise.

De façon générale, les intervenants en situation de crise ont comme mandat l'évaluation de la dangerosité, et supportent donc les policiers dans la décision de l'application de la loi dans ce contexte. Ils peuvent décider que le patient ne requiert pas un transport au centre hospitalier et s'assurer que d'autres ressources prendront en charge le patient, de façon immédiate ou dans les jours qui suivent.

Lorsque l'entente locale prévoit que le TAP peut faire appel aux services de crise avant l'arrivée des policiers, il ne faut pas hésiter à appeler ce service.

4.3 TRANSPORT DU PATIENT INAPTE

Les PICTAP 2012 expliquent clairement les lignes directrices du traitement et transport du patient qui est jugé inapte par le technicien ambulancier-paramédic :

«Lorsqu'une personne est inapte à consentir aux soins ou à les refuser,

1. En situation urgente :

- si la vie de la personne est en danger et que le consentement aux soins ne peut être obtenu du patient ou de son*

³² Voir annexe G : La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)

³³ Voir annexe G : La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)

représentant, le consentement n'est pas nécessaire pour administrer les soins requis par la situation urgente;

- *dans une telle situation, lorsque le patient inapte exprime son refus, le technicien ambulancier-paramédic fait appel aux policiers pour la maîtrise et l'accompagnement du patient dans le transport (en attente de confirmation finale).*

2. En situation non urgente :

- *c'est en principe le tuteur, curateur ou mandataire de la personne inapte qui consent aux soins, son conjoint, un proche parent ou même une personne qui démontre un intérêt particulier pour cette personne qui peut également consentir pour elle s'il n'y a personne de désigné officiellement;*
- *en l'absence d'une telle personne, le refus de la personne doit être respecté et seul le tribunal pourra ordonner des soins ou un transport (en attente de confirmation finale);*
- *cependant, si un majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, le technicien ambulancier-paramédic peut, si la situation le requiert, faire appel aux services policiers. En effet, un agent de la paix ayant des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui est alors autorisé par la loi à amener contre son gré une personne³⁴. »*

Le technicien ambulancier-paramédic peut, et doit juger de l'aptitude du patient qui exprime un refus catégorique ou une hésitation d'accepter le transport vers le centre hospitalier; d'ailleurs, il le fait de façon automatique pour tous les patients avec qui il interagit. Il ne s'agit pas d'une évaluation équivalente à celle d'un psychiatre qui jugera à un moment de la capacité du patient à gérer ses biens, ou s'il est apte à subir un procès. L'appréciation de l'aptitude faite par le TAP se limite à l'évaluation de la capacité à consentir aux soins à un moment précis dans le but de gérer l'intervention préhospitalière.

Il faut encore une fois, se rappeler que l'aptitude est un concept qui peut varier dans le temps. Ainsi, le patient sévèrement intoxiqué pourrait être considéré inapte pendant quelques heures et considéré apte quelques heures plus tard.

4.4 MODALITÉS DE TRANSPORT SANS CONSENTEMENT

Dans le cadre du transport d'un patient sans consentement (qu'il s'agisse de l'application de la Loi P-38.001, d'un patient inapte ou d'un transport suite à l'autorisation du tribunal), le policier est responsable de l'aspect de l'intervention qui a trait à la maîtrise du patient agité et de la détention. Les TAP demeurent responsables des aspects cliniques de l'intervention.

^{34 34} Voir annexe G : La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)

4.4.1 MAÎTRISE ET CONTENTIONS

Si le patient devient agressif et que les policiers jugent qu'il doit être maîtrisé pour sa sécurité ou celle des autres, les policiers sont responsables de le maîtriser; les TAP sont responsables de la mise sous contentions.

RAPPEL : le patient ne doit jamais être menotté à la civière pour le transport, ni placé en position ventrale, celle-ci n'est jamais acceptable ! La position de décubitus ventral affecte la capacité du patient à respirer adéquatement et donc de répondre à ses besoins métaboliques accrus suite à l'altercation physique et possiblement suite à une intoxication. De nombreux patients ont subi, dans cette position, un arrêt cardiorespiratoire et n'ont pu être réanimés.

La position ventrale pour le transport est donc toujours proscrite.³⁵

4.4.2 APPLICATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

La version des PICTAP 2012 propose une nouvelle technique de contention physique. Cette dernière est tirée de la récente littérature préhospitalière et propose une technique plus sécuritaire pour le patient et pour les intervenants. Elle a entre autres, comme avantage, de permettre une meilleure prestation de soins de la part de l'intervenant.

La technique s'applique comme suit : des bandes triangulaires devraient être utilisées comme contention physique. Elles doivent être attachées au cadre de la civière de la façon suivante : une manchette au poignet gauche, attachée au niveau de la ceinture, une manchette au poignet droit, attachée au-dessus de la tête et une manchette à chaque cheville. De plus, le patient lorsque sous contentions, doit être en position dorsale. Il faut éviter de restreindre l'expansion du thorax et de gêner la respiration du patient lors de l'application des courroies de la civière.



³⁵ PICTAP 2012, Généralités et TECH. 2 – Contentions, MSSS

4.4.3 ACCOMPAGNEMENT POLICIER

Lorsque le patient est contraint par le policier à se rendre au centre hospitalier contre son gré, qu'il soit mis sous contentions ou non, le policier doit accompagner celui-ci dans le véhicule ambulancier. Lors d'une telle intervention, il est requis que le policier entre dans la cabine de soins avant le patient, qu'il s'assoit sur le banc capitaine, et qu'il n'en sorte qu'après que celui-ci soit sorti.

Il n'est plus nécessaire pour les policiers de se désarmer avant d'entrer dans le véhicule, leur arme étant maintenant sécurisée. Le TAP devra documenter l'intervention policière conjointe en notant sur le AS-803, le nom du policier, son numéro de matricule, le numéro du véhicule policier et le service auquel il appartient.

5.0 CONFIDENTIALITÉ

La confidentialité est un élément crucial à la relation de confiance qui est établie entre le patient et tout intervenant de la santé. Le TAP a une obligation de confidentialité envers les patients avec lesquels il interagit. Où commence-t-elle? Où finit-elle?

5.1 LE SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est assuré aux citoyens québécois par la CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE, à l'article 9 :

« 9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.»³⁶

Mais qui sont ces personnes tenues par la loi au secret professionnel? Selon l'article 60.4 du CODE DES PROFESSIONS³⁷, les professionnels sont tenus au secret professionnel lorsqu'ils obtiennent une information dans l'exercice de leur profession :

« 60.4. Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.»³⁸

³⁶ Voir annexe E : Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q. chapitre C-12)

³⁷ L.R.Q., chapitre C-26

³⁸ Code des professions

Or, c'est à l'article 1 du CODE DES PROFESSIONS que l'on retrouve la définition de ce qu'est un professionnel :

« 1. Dans le présent code et dans les règlements adoptés sous son autorité, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient:[...]

c) «professionnel» ou «membre d'un ordre»: toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre et qui est inscrite au tableau de ce dernier; [...] »³⁹

Présentement, puisque qu'il n'y a pas d'ordre professionnel régissant le travail des TAP et qu'il n'y a pas de Tableau de l'Ordre, les TAP ne sont pas reconnus comme des professionnels, ils ne sont pas tenus au secret professionnel au sens de la CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE.

5.2 LES OBLIGATIONS DE CONFIDENTIALITÉ DU TAP

Le technicien ambulancier-paramédic a malgré tout des obligations de confidentialité envers son patient, obligations qui s'apparentent au secret professionnel.

Le CODE CIVIL DU QUÉBEC assure aux citoyens québécois, le droit à la vie privée. La CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE qui réitère également ce droit à l'article 5.

« 5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée. »

CODE CIVIL DU QUÉBEC

« CHAPITRE TROISIÈME DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

1991, c. 64, a. 35; 2002, c. 19, a. 2.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;

³⁹ Code des professions

2° Intercepter ou utiliser volontairement une communication privée;

3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;

4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;

5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;

6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.»⁴⁰

De plus, les LOIS SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ⁴¹ (pour les TAP des entreprises privées) et SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS⁴² (pour les TAP d'Urgences-santé) établissent les règles qui doivent être respectées par les organismes publics ou les entreprises privées pour protéger les renseignements personnels obtenus et encadrent les situations de communication de l'information.

Ceci demande donc des employés, de respecter la confidentialité des renseignements et de référer à leur employeur, les personnes qui leur adressent des demandes de communication d'information.

Voici quelques extraits pertinents de ces lois :

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels⁴³

« 53. Les renseignements personnels sont confidentiels sauf dans les cas suivants:

1° la personne concernée par ces renseignements consent à leur divulgation; si cette personne est mineure, le consentement peut également être donné par le titulaire de l'autorité parentale;

2° ils portent sur un renseignement obtenu par un organisme public dans l'exercice d'une fonction juridictionnelle; ils demeurent cependant confidentiels si l'organisme les a obtenus alors qu'il siégeait à huis clos ou s'ils sont visés par une ordonnance de non-divulgation, de non-publication ou de non-diffusion.

⁴⁰ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

⁴¹ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., chapitre P-39.1)

⁴² L.R.Q., chapitre A-2.1

⁴³ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1)

54. Dans un document, sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l'identifier.»⁴⁴

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé⁴⁵

« 2. Est un renseignement personnel, tout renseignement qui concerne une personne physique et permet de l'identifier.

SECTION III

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

§ 1. — Détention, utilisation et non-communication des renseignements

10. Toute personne qui exploite une entreprise doit prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu, notamment, de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support.⁴⁶ »

Le formulaire AS-803 contient des renseignements dits personnels et doivent être remis uniquement au centre hospitalier receveur et à l'employeur par le TAP. Les bandes audio des MDSA et les cartes d'enregistrement ne doivent être remises qu'aux autorités prévues dans le respect des procédures en vigueur. Les organismes qui désirent obtenir copie de ces renseignements doivent en faire la demande en bonne et due forme aux employeurs.

De plus, le CODE CIVIL DU QUÉBEC et la CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE protègent la vie privée et dictent ceci :

« CHAPITRE TROISIÈME DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;

⁴⁴ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1)

⁴⁵ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., chapitre P-39.1)

⁴⁶ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., chapitre P-39.1)

2° Intercepter ou utiliser volontairement une communication privée;

3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;

4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;

5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;

6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.»⁴⁷

Ainsi, la règle qui en découle dicte que le TAP ne peut divulguer à qui que ce soit, les informations obtenues dans le cadre de son contact privilégié avec le patient, à moins d'obtenir le consentement du patient ou de son représentant ou d'une ordonnance du tribunal (incluant le moment où il lui sera demandé de témoigner en Cour).

De ce fait, le TAP ne peut divulguer quelque information que ce soit tels les nom, âge, circonstance de l'intervention ou condition médicale concernant le patient à qui que ce soit (policiers, témoins ou journalistes).

Si le TAP est témoin de l'accident avant de traiter les blessés, il peut partager ces informations avec les policiers.

Si le TAP est en possession des documents d'identité du patient, il peut les remettre au policier.

Si le TAP observe la scène, il n'a pas d'obligation de partager ces informations avec les policiers.

Si le patient lui fait part de ses antécédents médicaux, cette information ne peut être partagée avec les policiers sur la scène.

Si, en réponse aux questions du TAP, le patient avoue une consommation d'alcool ou de drogues, il ne peut divulguer cette information à quiconque, il en va de même lorsqu'il sent lui-même une odeur d'alcool dans l'haleine du patient.

Dans le dernier cas, si le policier demande au TAP si le patient sent l'alcool, ce dernier pourra l'inviter à constater lui-même la condition du patient.

Lorsqu'il est demandé au TAP de faire une déposition, il n'a pas l'obligation de le faire.

⁴⁷ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

Lorsque le TAP a obtenu de l'information qui lui permet de croire, que la vie, la santé ou la sécurité d'une personne est en danger, et ce, en situation d'urgence, cette information pourrait être communiquée par l'employeur aux personnes mentionnées par la Loi.⁴⁸

Lorsque le policier demande une copie du dossier ou des enregistrements du MDSA sur le champ, le TAP doit lui refuser et diriger le policier vers son employeur.

Enfin, une fois appelé à témoigner en Cour sur les événements, le TAP sera obligé de témoigner sur toutes les informations qu'il détient.

Le TAP ne peut pas garder une copie des AS-803 en sa possession, avec ou sans les informations nominatives. De plus, le TAP ne peut garder de notes personnelles avec des informations explicites ou contenant des renseignements personnels.

⁴⁸ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., chapitre P-39.1)

6.0 PROTOCOLES MÉDICO-LÉGAUX

Dans ce document, seuls les protocoles MED.-LEG. 1 et 5 seront discutés puisque les protocoles MED.-LEG. 2 à 4 traitent des situations de non-réanimation et ont été adressés récemment lors de la formation de mise à jour sur la réanimation.

6.1 MED.-LEG. 1 ENFANT MALTRAITÉ

Depuis la publication des PICTAP 2007, des modifications à la LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE⁴⁹ ont été apportées. Par contre, l'esprit de la loi et les obligations du TAP sont demeurés inchangés.

Le TAP n'étant pas un professionnel au sens de la loi, ce sont les deuxième et troisième paragraphes de l'article 39 qui définissent ses obligations, les articles 38 et 38.1 quant à eux définissent les situations lors desquelles la situation de l'enfant peut être considérée compromise.

« 39. Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Signalement obligatoire.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes d et e du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Signalement discrétionnaire.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des

⁴⁹ Voir annexe I : Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chapitre P-34.1)

paragraphe a, b, c ou f du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur⁵⁰.

Secret professionnel.

Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

38. *Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.*

On entend par:

a) abandon: lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en n'assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne;

b) négligence:

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux:

i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;

ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°;

c) mauvais traitements psychologiques: lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses

⁵⁰ Directeur de la protection de la jeunesse.

parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

d) abus sexuels:

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant court un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

e) abus physiques:

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant court un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14.

38.1. La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;

b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison;

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an. »⁵¹

Ainsi, malgré l'obligation du TAP d'assurer la confidentialité, il a l'obligation, s'il a un motif de croire qu'en raison d'un abus physique ou sexuel, la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis, de déclarer la situation.

Le TAP doit **lui-même** faire la déclaration sans délai à la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) de toute la situation. Il ne doit pas compter sur les policiers ou intervenants hospitaliers pour le faire.

Dans les autres situations décrites, le TAP peut faire cette déclaration, sans obligation légale. Il est souhaité qu'il le fasse.

Le nouveau protocole MED.-LEG. 1 vous est donc présenté à la page suivante.

⁵¹ Voir annexe I : Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chapitre P-34.1)

PROTOCOLE MED.-LEG. 1 Enfant maltraité**Critères d'inclusion : (basés sur la Loi sur la protection de la jeunesse-LPJ) :**

Présence d'un ou plusieurs des éléments suivants :

- a. Abandon;
- b. Négligence;
- c. Mauvais traitements psychologiques;
- d. Abus sexuels;
- e. Abus physiques.

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

2. Se référer au protocole approprié selon les signes et symptômes en présence.

3. Si le technicien ambulancier-paramédic a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes *d* et *e* du deuxième alinéa de l'article 38 de la LPJ, il est tenu de signaler sans délai la situation au directeur. C'est l'OBLIGATION du technicien ambulancier-paramédic de signaler tout cas répondant à ces critères, même si plusieurs intervenants sont impliqués dans le dossier (exemple : médecin, infirmières, policiers, etc.).

4. Si le technicien ambulancier-paramédic a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes *a*, *b*, *c* ou *f* du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1 de la LPJ, il peut signaler la situation au directeur.

5. Si un transport est effectué, donner le maximum d'informations à l'équipe médicale au centre désigné par le SPU (circonstances, comportement des parents ou du gardien, état du logement, etc.).

Téléphone de la DPJ de votre région

Renseignements requis :

- Circonstances.
- Comportement des parents.
- État du logement.

6.2 MED.-LEG. 5 PRÉSENCE D'UN MÉDECIN / SAGE-FEMME SUR PLACE

6.2.1 PRÉSENCE D'UN MÉDECIN SUR PLACE

En tout temps, un médecin sur place, évidemment, un médecin avec un permis de pratique valide au Québec, peut, s'il le désire, prendre en charge les soins au patient. **S'il choisit de prendre en charge le patient, ceci implique qu'il doit accompagner le patient jusqu'au centre hospitalier.** Le nom du médecin et son numéro de pratique devront être consignés au dossier. Le médecin peut faire le choix du centre hospitalier le plus approprié pour le patient.

Cependant, les TAP en connaissance du réseau et des disponibilités des spécialités dans leur région, doivent informer adéquatement le médecin, afin que, le cas échéant, il choisisse le centre hospitalier le plus approprié pour le patient.

Le médecin traitant qui fait appel aux services préhospitaliers d'urgence pour le transport de son patient vers un centre hospitalier, peut choisir d'accompagner ou non le patient durant le transport. S'il choisit de ne pas accompagner son patient, les TAP appliqueront leurs protocoles de soins durant le transport; ils ne peuvent administrer un traitement qui n'est pas prévu à leur champ de pratique même si le médecin le prescrivait. Si le médecin juge que le patient ne doit pas recevoir l'un des médicaments autorisés en préhospitalier, il devra produire une prescription écrite à cet effet.

6.2.2 CONSTAT DE DÉCÈS

Un médecin possédant un permis de pratique valide au Québec peut en tout temps déclarer un décès lorsqu'il est présent sur les lieux. Il doit alors en rédiger le constat en produisant un document écrit à cet effet.

Il n'est pas nécessaire qu'il remplisse un formulaire SP3, mais bien qu'il dresse un constat de décès; celui-ci n'a pas besoin d'être rédigé sur un formulaire spécifique. Le constat de décès doit contenir les informations suivantes :

- Nom et prénom du défunt;
- Sexe du défunt;
- Lieux du décès;
- Date et heure du décès.

À cet égard, l'article 122 du CODE CIVIL DU QUÉBEC spécifie ceci :

« 122. Le médecin qui constate un décès en dresse le constat.

Il remet un exemplaire à celui qui est tenu de déclarer le décès. Un autre exemplaire est transmis, sans délai, au directeur de l'état civil par le médecin ou par le directeur de funérailles qui prend charge du corps du

défunt, avec la déclaration de décès, à moins que celle-ci ne puisse être transmise immédiatement.»⁵²

6.2.3 PRÉSENCE D'UNE SAGE-FEMME

Les sages-femmes sont actives au Québec depuis maintenant vingt ans. Au début, en projet-pilote, maintenant en pratique autonome. Elles sont regroupées dans un ordre professionnel.

Initialement la pratique de la sage-femme n'était autorisée qu'en centre hospitalier, puis en maison des naissances alors que maintenant, elles sont aussi autorisées à pratiquer des accouchements à domicile. En raison de cette évolution, les contacts entre le préhospitalier et les sages-femmes sont devenus plus fréquents.

La pratique des sages-femmes est encadrée par la LOI SUR LES SAGES-FEMMES⁵³. Leur champ de pratique est défini comme suit :

« 6. Constitue l'exercice de la profession de sage-femme tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale. Ces soins et services professionnels consistent :

1° à surveiller et à évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant ;

2° à pratiquer l'accouchement spontané ;

3° à pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.

Constitue également l'exercice de la profession de sage-femme, en cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci, le fait d'appliquer la ventouse, de pratiquer l'accouchement en présentation du siège, de pratiquer l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle ou de procéder à la réanimation de la femme ou du nouveau-né.⁵⁴ »

⁵² Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

⁵³ Voir annexe J : Loi sur les sages-femmes (L.R.Q. Chapitre S-0.1)

⁵⁴ Voir annexe J : Loi sur les sages-femmes (L.R.Q. Chapitre S-0.1)

Il faut noter que la sage-femme est responsable de la réanimation du nouveau-né et de la mère dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. Elle a reçu la formation requise pour agir dans ces situations. Elle peut également donner des médicaments par voie intraveineuse et intuber ses patients par voie endotrachéale.

Afin d'assurer une intervention optimale auprès de la mère et de son enfant lors de situation d'urgence qui requerraient un transport ambulancier, un modèle de protocole d'intervention conjoint a été rédigé par les responsables des sages-femmes et des responsables des services préhospitaliers d'urgence. Cette entente permet également de s'assurer que chacun des partenaires comprend bien son rôle lors d'une telle intervention.

Ce protocole touche l'ensemble des éléments de l'intervention, de l'appel au centre de communication santé, au déplacement de la mère et son enfant jusqu'au partage des tâches de soins lors d'un arrêt cardiorespiratoire de la mère. Ce protocole est trop volumineux pour le présenter ici.

Le protocole MED.-LEG. 5 traite des PICTAP 2012 ainsi que du partage légal des tâches entre un médecin ou une sage-femme et un TAP est présenté à la page suivante.

MED.-LEG. 5 Présence d'un médecin / sage-femme sur place

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Prendre charge de l'usager selon les protocoles habituels. Aviser le médecin/sage-femme que les techniciens ambulanciers paramédics agissent selon des protocoles approuvés par les directions médicales nationale et régionales.
3. Si le médecin / sage-femme veut prendre en charge l'usager, noter au dossier son nom et numéro de pratique au Québec.
4. Demander l'accompagnement et le noter au dossier.
5. Toute situation problématique doit être soumise au directeur médical régional pour suivi de dossier.

Remarque : Seul, un médecin avec un permis de pratique du Québec peut rédiger un constat de décès au Québec.

Le permis de pratique d'un médecin québécois a la présentation suivante :



7.0 REGISTRE NATIONAL ET COMITÉ D'EXAMEN

La LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (LSPU) prévoit, depuis son entrée en vigueur en 2002, la mise en place du registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers et du comité d'examen. L'entrée en vigueur le 9 juin 2011 du RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS D'INSCRIPTION D'UN TECHNICIEN AMBULANCIER AU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN D'ŒUVRE⁵⁵ a donc mis en place le registre national.

7.1 LE REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Les objectifs du registre national de la main-d'œuvre

Le registre national permet d'attester de la compétence d'une personne au Québec à exercer à titre de TAP. Il permet aussi d'exercer un suivi du maintien de cette compétence (formation continue et évaluation).

Contrairement à l'ancienne politique d'émission de carte d'identification et d'attestation de conformité, le TAP, avec la venue du registre national, n'a plus besoin de détenir un emploi chez un employeur ambulancier pour détenir une carte de compétence (voir sections : carte de statut et carte d'identification).

Assises légales du registre national

L'instauration du registre national est prévue par l'article 63 de la LSPU. Pour agir comme technicien ambulancier-paramédic, une personne doit satisfaire à plusieurs conditions, notamment les suivantes :

- Avoir terminé la formation collégiale initiale reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et réussi l'examen afférent à cette formation;
- Être inscrite au registre national de la main-d'œuvre maintenu par le ministre et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier-paramédic.

Même si la profession de technicien ambulancier-paramédic n'est pas régie par un ordre professionnel reconnu par l'Office des professions du Québec, l'instauration d'un registre national constitue une étape importante vers une reconnaissance officielle de cette fonction comme profession.

Le registre national contient plusieurs renseignements qu'on retrouve habituellement lorsqu'on consulte un ordre professionnel, notamment :

- une liste des membres;
- leur statut professionnel;
- des données en rapport avec leur identité et le maintien de leur compétence.

⁵⁵ Voir annexe K : Règlement sur les conditions d'inscription d'un technicien ambulancier au registre national de la main-d'œuvre (RRQ chapitre S-6.2, r. 1)

Données contenues dans le registre national

Plusieurs types de données concernant les TAP sont colligées dans le registre national. Celles-ci sont principalement les suivantes :

- Renseignements généraux sur le technicien ambulancier-paramédic (matricule, nom, prénom, adresse, téléphone, etc.);
- Formation académique de base;
- Formations obligatoires suivies ainsi que résultats obtenus (réussite ou échec);
- Formations complémentaires : programme d'intégration clinique et formations offertes en rapport avec le retour aux activités cliniques;
- Niveau de soins (soins primaires ou avancés);
- Statut d'exercice (actif, actif avec restriction, inactif) et nature des restrictions appliquées, le cas échéant;
- Information pertinente en rapport avec la tenue d'un comité national d'examen, le cas échéant.

La LSPU dicte ceci concernant les informations détenues dans le registre national :

*« 64.1. Parmi les renseignements contenus au registre national de la main-d'oeuvre, le nom d'un technicien ambulancier, son statut d'exercice, les activités de formation continue auxquelles il a participé ainsi que la date de sa première inscription au registre et celle de toute inscription ultérieure ont un caractère public ».*⁵⁶

Accès aux données contenues dans le registre national

La gestion du registre national est la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le MSSS confie aux agences de la santé et des services sociaux et la Corporation d'urgences-santé certaines responsabilités liées à la gestion du registre. Donc seuls le MSSS, les agences et la Corporation ont accès à l'ensemble des données du registre, dans le respect toutefois des limites prévues par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Le TAP peut, en tout temps, obtenir l'information contenue au registre national de la main d'œuvre qui le concerne. Pour l'instant, il doit en faire la demande à son agence d'appartenance. Il est prévu que le TAP puisse éventuellement avoir accès directement à son dossier par Internet.

Les employeurs ambulanciers ont aussi accès aux informations contenues au registre national et qui, en vertu de la LSPU, ont un caractère public soit le nom du technicien ambulancier-paramédic, son statut, les activités de formation continue qu'il a suivies, la date de sa première inscription ainsi que celle de toute inscription ultérieure.

⁵⁶ Voir annexe A : Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., chapitre S-6.2)

7.2 LE REGISTRE NATIONAL ET LE TECHNICIEN AMBULANCIER-PARAMÉDIC

Un TAP doit être inscrit au registre national pour exercer ses fonctions.

Les TAP qui détenaient une carte d'identification et de conformité à jour, ainsi qu'un emploi dans une entreprise ambulancière du Québec le jour de l'entrée en vigueur du registre national n'avaient aucune démarche à faire pour s'y inscrire, celle-ci se faisait automatiquement.

- **La carte de compétence**

Depuis l'entrée en vigueur du registre national, l'émission de la carte de compétence se fait nationalement et non plus de façon régionale; c'est le MSSS qui émet la carte. Cette carte de compétence est dorénavant appelée « **carte de statut** ». L'émission de la carte se fera à partir de critères uniformes applicables à l'ensemble des TAP et permet maintenant à ces derniers de se faire embaucher et d'exercer leurs fonctions dans toutes les régions du Québec.

Une carte de statut actif sans restriction est attribuée à un TAP dont les privilèges de pratique ne sont restreints d'aucune façon.

Les statuts possibles liés à l'inscription au registre national sont les suivants :

- statut actif;
- statut actif avec restriction;
- statut inactif.

S'il y a restriction dans les privilèges de pratique provenant d'une décision du comité d'examen, un statut actif avec restriction est accordé.

Un TAP qui n'aura pas respecté ses conditions de maintien (formation non à jour) après quatre ans lors de sa date de reconduction deviendra inactif durant le traitement de son dossier.

Tous les TAP inscrits au registre national ont reçu, en date du 1^{er} septembre 2012, leur carte de statut.

- **La carte d'identification**

Les TAP qui sont inscrits au registre national ET qui détiennent un emploi à ce titre chez un employeur ambulancier, recevront de leur agence d'appartenance, une carte d'identification. Cette carte avec photo sera plastifiée et semblable à celle utilisée précédemment. Cette carte devra être portée lorsqu'au travail, et ce, en tout temps, pour permettre aux partenaires et appelants d'identifier le TAP. Elle sera également renouvelée tous les quatre ans lors de la reconduction de l'inscription au registre national.

- **L'agence d'appartenance**

Une agence d'appartenance constitue le guichet unique auprès duquel un TAP doit s'adresser concernant le registre national. Il pourra, par exemple :

- Obtenir un formulaire d'inscription au registre national;
- Mettre à jour son dossier de TAP;
- Consulter son dossier.

La détermination de l'agence d'appartenance s'effectue d'abord sur la base de son lieu d'emploi (actuel ou planifié). Par exemple, si un TAP travaille dans la région de Sherbrooke ou prévoit avoir un emploi dans cette région, son agence d'appartenance sera alors l'agence de l'Estrie.

Si un TAP n'a pas d'emploi dans un service ambulancier et ne prévoit pas en avoir un à court terme, ou si son emploi actuel n'est pas en rapport avec les services préhospitaliers d'urgence, son adresse de résidence sera alors utilisée pour déterminer son agence d'appartenance.

Lorsqu'un TAP change de région d'emploi, il doit faire une demande de transfert à son agence d'appartenance pour que celle-ci apporte les modifications requises à son dossier.

- **La formation continue**

Le registre national compile l'information sur la formation continue offerte aux TAP par les agences de la santé et des services sociaux (l'Agence) et la Corporation d'urgences-santé. La réussite de la formation continue est nécessaire pour maintenir l'inscription d'un TAP au registre et son statut.

Si lors de la date de reconduction, toutes les formations continues obligatoires offertes par son agence d'appartenance n'ont pas été suivies et réussies, le statut du TAP ne sera pas renouvelé et il ne pourra plus travailler.

Si un arrêt de travail n'a pas permis au TAP de suivre toutes les formations obligatoires requises, le directeur médical régional (DMR) de son agence d'appartenance prolongera sa période d'inscription initiale d'un délai équivalent à la durée de son absence. Le TAP devra fournir les pièces justifiant son absence.

De façon exceptionnelle, les formations peuvent être suivies dans une région autre que celle de l'agence d'appartenance.

Cela dit, le TAP inscrit au registre national mais qui n'a pas d'emploi dans une entreprise ambulancière québécoise doit défrayer les coûts de sa formation continue.

- **La période de reconduction (renouvellement)**

La durée d'inscription d'un TAP au registre national de la main-d'œuvre est de quatre (4) ans. Considérant que la date de reconduction sera la date de naissance du TAP, les premiers renouvellements débuteront le 10 juin 2014.

Lors de la fin de la période de renouvellement (+/- deux mois avant la date de reconduction), si le TAP est à risque de ne pas être renouvelé, il recevra une lettre l'avisant de ce fait; il aura à ce moment la responsabilité de contacter son agence d'appartenance pour régulariser sa situation.

- **Le permis de conduire de classe 4A**

Le nouveau diplômé doit détenir un permis de conduire de classe 4A ou son équivalent pour être inscrit, le permis probatoire ne respecte pas cette condition; par contre, le permis de conduire n'est pas une condition de reconduction.

7.3 LE MAINTIEN DU STATUT ET LE COMITÉ D'EXAMEN

Conditions de maintien d'une inscription au registre national

Comme mentionné précédemment, l'article 64 de la LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE prévoit que certaines conditions doivent être respectées afin qu'un TAP maintienne son inscription au registre national et conserve sa carte de statut. Le RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS D'INSCRIPTION D'UN TECHNICIEN AMBULANCIER AU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN D'OEUVRE précise ces conditions.

Ces conditions consistent à :

- réussir l'ensemble des formations continues obligatoires données par une agence de la santé et des services sociaux ou par la Corporation d'urgences-santé, et ce, dans la période d'inscription prévue de quatre ans;
- ne pas faire objet d'une radiation au moment du renouvellement.

Radiation d'une inscription au registre national

À la demande d'un directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, l'inscription d'un TAP au registre national pourra faire l'objet d'une radiation temporaire ou permanente après que son dossier ait été traité par le comité d'examen. Le comité d'examen sera saisi du dossier d'un technicien ambulancier-paramédic si ce dernier se trouve dans l'une des situations suivantes :

- Le TAP ne respecte pas les obligations de perfectionnement de ses connaissances (échecs répétés à une formation, incompétence clinique établie au moment du suivi de l'amélioration de la qualité);

- Il refuse de respecter le processus d'évaluation de ses compétences pour le maintien de son inscription;
- Il refuse de participer ou ne respecte pas, dans l'exercice de ses fonctions, l'encadrement médical lié à l'exercice des protocoles d'intervention clinique;
- Il a été déclaré coupable d'une infraction à la LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ou à un règlement édicté en vertu de celle-ci;
- Il a été déclaré coupable d'un acte criminel lié à son travail de TAP.

Si un TAP perd tous ses privilèges de pratique de façon permanente, il sera alors radié du registre national. Conséquemment, il ne sera plus inscrit au registre national, sa carte de statut lui sera retirée et il ne pourra plus travailler à ce titre au Québec.

Composition du comité national d'examen

La LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE, à l'article 70, nomme les personnes qui font partie du comité national d'examen, soit :

- *« le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence;*
- *un technicien ambulancier désigné par le syndicat des techniciens ambulanciers auquel appartient le technicien concerné ou, s'il n'est pas syndiqué, un technicien ambulancier que le technicien concerné a choisi pour le représenter;*
- *deux personnes, dont un directeur médical régional, désignées par la majorité des agences de la santé et des services sociaux autres que l'agence sur le territoire de laquelle le technicien ambulancier concerné a agi et qui ne sont pas rattachées à cette agence;*
- *une personne désignée par les exploitants de services ambulanciers qui n'ont pas de lien d'emploi avec le technicien ambulancier concerné;*
- *un technicien ambulancier formateur désigné par les collègues d'enseignement général et professionnel qui dispensent la formation de technicien ambulancier;*
- *un technicien ambulancier désigné par un ou des organismes dont l'objet principal est le développement et l'amélioration des champs de pratique des techniciens ambulanciers.»⁵⁷*

Fonctionnement du comité d'examen

Le TAP dont l'inscription fait l'objet d'une demande de radiation de l'inscription au registre national de la main d'œuvre est, lorsque la demande correspond aux conditions requises, informé de ce fait par une lettre provenant de la Direction médicale nationale. Dans cette lettre, la raison de la référence sera inscrite ainsi qu'une description des procédures à venir.

Lors de la tenue du comité, le TAP est invité à venir présenter ses observations aux membres du comité d'examen. Il se peut également que le comité demande au TAP de

⁵⁷ Voir annexe A : Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., chapitre S-6.2)

lui soumettre certains documents, avant la tenue du comité. Si le TAP ne répond pas à la demande du comité de présenter ses observations, le comité se tient par défaut.

Dans les 30 jours suivant la date de constitution du comité, le comité transmet sa décision au TAP.

Toute correspondance envoyée au TAP concernant l'étude de son dossier au comité d'examen, est envoyé par courrier recommandé, par la Direction médicale nationale, à l'adresse qui apparaît dans le registre national, d'où l'importance de s'assurer que vos coordonnées soient toujours à jour.

Le TAP peut contester la décision prise par le comité d'examen dans les 60 jours suivant la réception de la décision. La contestation doit être adressée au tribunal administratif du Québec.

Retrait de privilèges

Un retrait de privilèges n'est inscrit au registre national qu'après la décision du comité d'examen.

Tout retrait de privilèges appliqué de façon temporaire par le directeur médical régional n'apparaîtra pas au registre national. **Il est par contre, important pour le TAP de comprendre que tout retrait de privilèges fait par un directeur médical régional (DMR) est applicable dans toutes les régions où il travaille.**

Une politique provinciale sur les retraits de privilèges dirige les décisions des DMR dans le cadre des activités régulières d'amélioration de la qualité. Cette politique apparaît à l'annexe L.

Application de l'article 68 de la LSPU

Par contre, indépendamment de cette politique, un DMR peut selon l'article 68 de la LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE, retirer un TAP de ses affectations cliniques.

« 68. En cas d'urgence et pour assurer la qualité des soins dispensés, le directeur médical régional peut demander à un employeur de suspendre temporairement de façon totale ou partielle les affectations cliniques d'un technicien ambulancier sous sa responsabilité et d'exiger de ce dernier qu'il apporte les correctifs que le directeur médical régional juge nécessaires. »⁵⁸

⁵⁸ Voir annexe A : Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., chapitre S-6.2)

7.4 LES RESPONSABILITÉS LÉGALES ET ADMINISTRATIVES DU TECHNICIEN AMBULANCIER-PARAMÉDIC EN FONCTION DE LA LSPU ET DU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN-D'OEUVRE

Les responsabilités du technicien ambulancier-paramédic en lien avec le registre national de la main-d'œuvre

Le technicien ambulancier-paramédic est responsable :

- D'aviser son agence d'appartenance lors de tout changement de coordonnées;
- De faire la demande de changement d'agence d'appartenance lors d'un changement de région d'emploi principal ou de domicile;
- De faire la demande d'extension de sa période de reconduction à son DMR lorsqu'il est en arrêt de travail au moment de la reconduction, et de déposer les documents requis;
- De s'assurer qu'il suit et réussit toutes les formations obligatoires continues offertes par son agence d'appartenance.

Les responsabilités du technicien ambulancier-paramédic en lien avec la Loi sur les SPU

Le technicien ambulancier-paramédic a l'obligation légale :

- De respecter les protocoles d'intervention clinique.

Les responsabilités du technicien ambulancier-paramédic dans le cadre de ses fonctions

Le technicien ambulancier-paramédic est responsable :

- De répondre immédiatement à toute affectation clinique reçue par le centre de communication santé (CCS);
- De prendre en charge tout patient qui demande de l'aide médicale ou un conseil de santé lorsque ce problème est contemporain, même si l'appel n'a pas été reçu par le CCS, ou même si le patient n'est pas celui qui a demandé de l'aide;
- De ne pas, une fois qu'une personne a été prise en charge, mettre fin à l'intervention tant et aussi longtemps qu'elle n'a pas exprimé clairement son refus ou que le technicien ambulancier-paramédic n'a pas transféré les soins de cette personne à une autre équipe de TAP, ou à d'autres intervenants, notamment, les intervenants hospitaliers.

8.0 ÉTHIQUE ET PROFESSIONNALISME

Beaucoup a été dit et discuté sur le sujet de l'éthique et du professionnalisme dans le milieu préhospitalier québécois, mais encore beaucoup trop de situations surgissent où l'absence partielle ou complète de ces règles est observée.

Les plaintes reçues de la part des patients, de leurs proches ou de témoins comportent généralement un élément commun : une insatisfaction quant à la façon dont ils ont été traités, au volet humain et non clinique.

Le patient, les proches ou les témoins reprochent un manque :

- D'écoute;
- De politesse;
- D'attention;
- De patience;
- De respect;
- Ainsi qu'une banalisation des signes et symptômes mentionnés par les patients.

De plus, parmi les situations signalées, les patients perçoivent qu'ils n'ont pas été crus. Et parfois pour cette même raison, ils ont dû se déplacer en marchant. Dans certains cas, il a été exprimé par les intervenants que c'était pour les punir d'avoir dérangés...

Quelle mauvaise impression reste-t-il à cette clientèle vulnérable et souvent âgée, qui a demandé de l'aide dans un moment d'urgence et de détresse (soit-elle physique ou émotionnelle)?

Le patient qui fait appel au 9-1-1 pour recevoir des soins de santé a un besoin perçu; pour lui, il s'agit d'une urgence médicale, ou bien il s'agit d'une situation où suite à un problème de mobilité, il ne peut se rendre par ses propres moyens au centre hospitalier.

Ce patient, parce qu'il ne connaît pas la norme, ne peut évaluer la qualité des soins cliniques qu'il a reçus : il ne connaît pas la « bonne » dose de salbutamol, il ne connaît pas les indications de tel ou tel traitement. Ce dont il peut par contre juger c'est son état : est-il mieux ou non à l'arrivée au CH? Il demeure par contre, que la qualité de l'intervention ne peut être liée à l'efficacité du traitement. La responsabilité à ce niveau se situe dans l'administration des soins selon les règles de l'art, soit selon la norme.

Cependant, ce que le patient peut très facilement évaluer, et ce, presque en tout temps, ce sont les qualités humaines de ses soignants. Instinctivement, compétence et attention sont automatiquement associées. Tous les soignants ont ces deux responsabilités : la compétence clinique et le savoir-être.

Pour bien comprendre ces responsabilités, voici quelques concepts d'éthique et de professionnalisme :

8.1 ÉTHIQUE, BIOÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE

DÉFINITIONS

Toutes sont tirées du Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française, sauf si noté spécifiquement.

L'ÉTHIQUE

« L'éthique est une discipline de la philosophie ayant pour objet l'examen des principes moraux en regard de ce qui est jugé souhaitable et qui est à la base de la conduite d'un individu ou d'un groupe.

Lorsqu'elle est appliquée à un domaine d'activité, l'éthique est ***un processus de réflexion continu sur le sens*** et les conséquences multiples des actions.

Les termes *morale* et *éthique* sont souvent employés l'un pour l'autre, mais ils se distinguent pourtant. La morale propose ou impose une norme de conduite, tandis que **l'éthique**, qui est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de vie, **oblige à faire des choix et à savoir les expliciter.**

Il ne faut pas confondre l'éthique avec la déontologie, qui se rapporte à l'ensemble des devoirs d'un membre d'une profession libérale. »

On peut aussi dire de l'éthique qu'elle est :

« La science qui considère l'agir humain sous l'angle du bien et du mal. Elle s'intéresse aux comportements qu'il est souhaitable d'avoir dans une situation donnée. L'éthique tente donc de répondre à la question « Qu'est-ce que je dois faire? » et, normalement, c'est l'action « bonne » qui devrait être entreprise.⁵⁹ »

LA BIOÉTHIQUE

« Champ d'études et de recherches portant sur les enjeux éthiques posés par les progrès scientifiques et technologiques de la médecine et de l'ensemble des sciences de la vie. »

Simplement dit, la bioéthique est l'éthique appliquée dans le domaine des soins médicaux.

⁵⁹ Adaptation du texte : <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol6no3/ss04.htm>

L'ÉTHIQUE MÉDICALE

« Ensemble des principes qui guident le comportement des médecins, dans l'exercice quotidien de leur profession, en matière de jugement et de prise de responsabilités concernant leurs patients, leurs collègues et la société en général.

L'éthique médicale est une notion complexe, qui participe à la fois de la déontologie (ensemble des règles internes à une profession), de la morale et de la science. Ces trois aspects de l'éthique médicale sont pris en compte dans les protocoles expérimentaux modernes, ce qui garantit la liberté du malade en lui assurant le respect de ses choix par la voie du consentement libre et éclairé.

La notion d'« éthique médicale » est plus restreinte que celle de « bioéthique » qui, elle, concerne l'ensemble des domaines des sciences de la vie. »

LA DÉONTOLOGIE

« Ensemble des règles et des normes qui régissent une profession ou une fonction, la conduite de ceux qui l'exercent ainsi que les rapports entre ceux-ci et leurs clients ou le public.

Ensemble des règles régissant les devoirs et obligations des membres d'une profession, notamment envers le public, la clientèle et les autres membres de la profession. »

EN RÉSUMÉ

Tous les termes ci-dessus sont donc étroitement liés. En bref, l'éthique est l'étude de ce qui est moral, correcte ou bien dans un cadre donné.

On parle de bioéthique quand cette étude est faite dans le cadre des sciences et technologies médicales.

La déontologie est le pendant pratique de l'éthique, le code régissant la conduite dans la règle morale retenue.

VALEURS LIÉES À L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

Un certain nombre de valeurs sont étroitement liées à la morale et au bien. Lors de discussions sur l'éthique et la déontologie, il est utile de s'y référer. En voici quelques-unes et leurs définitions.

- BIENVEILLANCE :** Sentiment par lequel on veut du bien à quelqu'un.
- IMPARTIALITÉ :** État de neutralité d'une personne qui prend une décision objectivement dans le respect des règles applicables et en accordant à tous un traitement équitable.
- RESPECT :** Sentiment de considération ressenti à l'égard d'une personne en raison de sa position sociale, de son mérite ou de la valeur humaine qu'on lui reconnaît.
- DIGNITÉ :** Respect que mérite quelqu'un ou quelque chose.⁶⁰
- HONNÊTETÉ :** Qualité de la personne qui agit avec droiture et loyauté, et qui mène une existence conforme à la morale sociale.⁶¹
- INTÉGRITÉ :** Caractère d'une personne qui est honnête et impartiale, qui pratique la justice de manière rigoureuse et qui est d'une probité sans faille.
- FIABILITÉ :** Qualité d'une personne à qui on peut faire confiance.⁶²
- LOYAUTÉ :** Qualité d'une personne qui obéit aux lois de l'honneur, de la droiture.⁶³
- COMPÉTENCE :** Combinaison des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être qui s'expriment dans le cadre d'une situation de travail concrète.
- DILIGENCE :** Soin et empressement qui sont apportés à l'exécution d'une tâche.

PROFESSIONNALISME

Le « *Larousse.com* » définit le professionnalisme comme étant la qualité de quelqu'un qui exerce une activité avec une grande compétence.

⁶⁰ Larousse.com

⁶¹ Larousse.com

⁶² Adaptation de la définition du Larousse.com

⁶³ Adaptation de la définition du Larousse.com

En plus de la compétence, dans l'usage habituel, le professionnalisme implique la pratique de cette compétence dans le respect des valeurs mentionnées à la page précédente.

Lorsque le TAP valide si l'action posée est correcte, il doit se poser trois questions :

- Test d'impartialité : Serait-il prêt à prendre la place du patient?
- Test d'universalisation : Est-ce que cette conduite devrait être répétée dans toutes les circonstances similaires?
- Test de justification interpersonnelle : Est-ce que vous pourriez défendre ou justifier votre conduite face à d'autres personnes?

En résumé, il faut comprendre (ou conclure) que les besoins des patients doivent TOUJOURS être prioritaires à ceux des techniciens ambulanciers-paramédics.⁶⁴

D'autres questions peuvent être posées pour exposer la droiture et les raisons des décisions prises

- Considèreriez-vous correct qu'un de vos confrères traite/parle ainsi à une personne de votre entourage?
- Accepteriez-vous qu'un de vos confrères qui ne vous connaît pas vous traite/parle ainsi?
- Pourquoi prenez-vous cette tendance, cette décision?
- Prenez-vous cette décision pour « punir » le patient?
- Si ce n'était pas de telle ou telle caractéristique du patient, le traiteriez-vous de la même façon?
- Seriez-vous gêné si votre intervention était enregistrée/filmée et jouée aux nouvelles ce même soir?

À retenir : *Primum non nocere* (premièrement, ne pas nuire).

⁶⁴ La sécurité des intervenants demeure par contre prioritaire aux besoins cliniques du patient.

CODES DE DÉONTOLOGIE

Qu'est-ce qu'un code de déontologie?

« Texte réglementaire énonçant les règles de conduite professionnelle qui régissent l'exercice d'une profession ou d'une fonction et faisant état des devoirs, des obligations et des responsabilités auxquelles sont soumis ceux qui l'exercent. »

En anglais, le terme « code of ethics » désigne aussi bien le concept de « code d'éthique » que celui de « code de déontologie ». Toutefois, en français, le terme code d'éthique fait plutôt référence au texte qui énonce les valeurs et les principes à connotation morale ou civique auxquels adhère une organisation et qui servent de guide à un individu ou à un groupe afin de l'aider à juger de la justesse de ses comportements.

Le terme code de conduite, parfois confondu avec code de déontologie et code d'éthique, désigne particulièrement un ensemble de règles écrites qu'une entreprise ou un organisme s'engage à observer et qui régissent la conduite de son personnel et de ses dirigeants.

Un code de déontologie spécifie donc les devoirs et obligations d'un groupe face au public, à la clientèle et aux partenaires.

De façon générale, tout code de déontologie doit assurer le respect et la priorité de la personne comme valeur fondamentale.

De façon plus spécifique, le code doit assurer :

- la protection du public et de la clientèle servie, et la qualité des soins;
- la protection de la confidentialité;
- l'absence de discrimination (sur toutes les bases : sexe, race, langue, orientation sexuelle, condition sociale, religion, maladie, etc.).

Dans son application, le code de conduite qui suit se résume ainsi :

LE PATIENT D'ABORD

Les besoins des patients doivent TOUJOURS être prioritaires à ceux des TAP.⁶⁵

⁶⁵ La sécurité des intervenants demeure par contre prioritaire aux besoins cliniques du patient.

**PROJET DE CODE DE CONDUITE PROVINCIAL
DES TECHNICIENS AMBULANCIERS-PARAMÉDICS
DU QUÉBEC**

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le TAP doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation dans l'exercice de sa profession.
2. Le TAP doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne.
3. Le TAP doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté, et ce, sans jugement de valeur.
4. Le TAP doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour lui-même ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.
5. Le TAP ne peut refuser de fournir les services et soins préhospitaliers requis par sa condition à une personne en raison de la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, la religion, les convictions politiques, la langue, l'ascendance ethnique ou nationale, l'origine ou la condition sociale, de mœurs, d'un handicap dont l'obésité, d'une déficience ou d'une maladie.
6. Le TAP doit chercher à établir et maintenir une relation de confiance avec son patient. Le TAP ne doit pas abuser de cette confiance.
7. Le TAP doit tenir à jour ses compétences professionnelles afin de fournir des soins et traitements selon les normes de pratique en vigueur (PICTAP et autres protocoles applicables).
8. Le TAP doit faire preuve d'auto-critique, chercher constamment à améliorer ses attitudes ainsi que ses compétences et, au besoin, les corriger.
9. À moins d'un danger immédiat pour lui-même, le TAP doit fournir les soins et traitements à un patient, et ne peut l'abandonner.
10. Le TAP doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services, notamment s'il est sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou de toute autres substances pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou dans un état d'esprit ne lui permettant pas d'accomplir son travail avec diligence.

11. Le TAP ne peut s'approprier des médicaments ou autres substances, notamment des stupéfiants, une préparation narcotique ou anesthésique ou tout autre bien appartenant à une personne avec laquelle il est en rapport dans l'exercice de sa profession ou appartenant à tout établissement.
12. Le TAP doit, en tout temps, s'abstenir de participer à une action concertée de nature à mettre en danger la santé ou la sécurité d'une clientèle ou d'une population.
13. Le TAP qui a reçu signification d'une plainte sur sa conduite ou sa compétence professionnelle ne doit pas harceler, intimider ou menacer la personne qui a déposé la plainte, ni toute autre personne impliquée dans les événements reliés à celle-ci.
14. Le TAP doit s'abstenir de toute violence physique, verbale ou psychologique, d'harcèlement ou d'intimidation envers le patient, son entourage, le personnel soignant ou toute autre personne avec laquelle il est en contact dans l'exercice de ses fonctions.
15. Le TAP doit porter l'uniforme de façon adéquate lorsqu'au travail. Mais ne doit pas porter l'uniforme à l'extérieur de ses heures de travail ou des activités autorisées par l'employeur, notamment pour obtenir des faveurs.

CONSENTEMENT

16. Le TAP doit, sauf urgence, avant d'entreprendre son appréciation ou de débiter des soins, obtenir du patient ou de son mandataire, un consentement libre et éclairé, qu'il soit explicite ou implicite.
17. Le TAP doit s'assurer de transmettre, au meilleur de sa connaissance, et dans un langage adapté, au patient ou à son mandataire, les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles des soins proposés et du transport ou de leur absence. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

CONFIDENTIALITÉ ET DIVULGATION

18. Le TAP, aux fins de respecter ses obligations de confidentialité :
 - doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession, sauf lorsque la loi l'oblige à divulguer certaines informations;
 - doit s'abstenir de tenir ou de participer à des conversations indiscrettes au sujet d'un patient ou des services qui lui sont rendus ou de révéler qu'une personne a fait appel aux services préhospitaliers d'urgence;
 - ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un patient;
 - ne doit pas utiliser les informations obtenues dans le cadre de sa relation avec le patient à des fins personnelles.

19. Le TAP, s'il a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis suite à un abus physique ou sexuel, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur de la protection de la jeunesse.

DOCUMENTATION, INCIDENTS ET ACCIDENTS

20. Le TAP doit consigner sur le formulaire approprié, immédiatement après l'intervention, tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur l'état de santé ou l'intégrité physique de son patient, qu'il soit à l'origine du geste ou non.
21. Le TAP ne doit, en aucun temps, tenter de dissimuler un incident ou accident.
22. Lorsqu'un incident ou accident a ou peut avoir des conséquences sur la santé du patient, le TAP doit prendre sans délai les moyens nécessaires pour le corriger, l'atténuer ou pallier les conséquences de cet incident/accident et informer le personnel qui le prend en charge.
23. Le TAP ne doit pas, au regard du dossier du patient ou de tout rapport, registre, dossier de recherche ou autre document lié à la profession :
 - les falsifier, notamment en y altérant des notes déjà inscrites ou en y insérant des notes sous une fausse signature;
 - fabriquer de tels dossiers, rapports, registres ou documents;
 - y inscrire de fausses informations;
 - omettre d'y inscrire les informations nécessaires.

UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX

24. Le TAP doit, en tout temps, maintenir la confidentialité des patients qu'il a côtoyés; il ne doit, en aucun temps, entretenir une discussion ou décrire une intervention, ou une partie d'intervention sur un réseau social.
25. Le TAP doit, en tout temps, éviter de tenir des propos dérogatoires ou diffamatoires envers un patient, un témoin d'événement, un collègue, un partenaire (superviseur, employeur, ou représentant de l'employeur, policier, premier répondant, infirmière, médecin ou autre) sur un réseau social.
26. Le TAP doit, en tout temps, pour l'image de la profession, éviter de s'associer avec toute image de violence, de discrimination, d'intoxication.
27. Le TAP ne doit pas faire une demande de « devenir ami » sur Facebook avec un ou une patiente qu'il a rencontré au travail.
28. Le TAP ne doit pas accepter une demande d'un patient(e) de « devenir ami » sur Facebook.

9.0 AUTRES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES LIÉES À LA CONFIDENTIALITÉ

Avec la venue des nouvelles technologies de l'information, toutes les professions médicales font face à de nouveaux défis quant au respect de la confidentialité et de la vie privée de leurs clientèles.

Deux de ces éléments doivent être traités ici : la prise de photographies ou de vidéos sur les lieux d'intervention et l'utilisation des réseaux sociaux.

9.1 PHOTOS ET VIDÉOS

Les nouveaux téléphones cellulaires permettent presque tous la prise de photographies numériques et de courtes vidéos. Le fait que cette technologie existe ne veut pas dire qu'elle puisse être utilisée en tout temps.

Le rôle du TAP lors d'une intervention est de prendre en charge les patients et non de documenter la scène sur film. De tels gestes représentent un flagrant manque de respect envers les personnes blessées ou malades. S'imaginer à la place des patients dans de telles circonstances devraient permettre de constater à quel point cela peut être inconcevable et non souhaitable. La prémisse que la prise de photo ou de vidéo est utile aux médecins à l'urgence est malheureusement dans la grande majorité des cas, une excuse bidon pour justifier la création d'une banque de photos personnelles. La prise de photos de patients décédés est encore plus irrespectueuse et la création d'un album photos de ce type, carrément indécente.

D'ailleurs, le RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LES LABORATOIRES MÉDICAUX, LA CONSERVATION DES ORGANES ET DES TISSUS ET LA DISPOSITION DES CADAVRES⁶⁶ interdit de prendre une photographie d'un cadavre. L'article 43 se lit ainsi :

« 43. Aucune photographie d'un cadavre humain ne peut être prise, sauf sous autorité du ministère de la Justice ou avec le consentement écrit du conjoint de la personne ou de l'un de ses plus proches parents. »

⁶⁷

Si le législateur a cru bon d'interdire la prise de photographies de cadavre dans un règlement qui s'adresse aux thanatologues, la Direction médicale nationale est d'avis qu'il est clair que les TAP n'en ont pas plus le droit.

⁶⁶ Voir annexe M : RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LES LABORATOIRES MÉDICAUX, LA CONSERVATION DES ORGANES ET DES TISSUS ET LA DISPOSITION DES CADAVRES (RRQ chapitre L-0.2, r. 1)

⁶⁷ R.R.Q., 1981, c. P-35, r. 1, a. 42.

La prise de photographies ou de vidéos lors des interventions n'est pas jugée pertinente par la Table des directeurs médicaux régionaux, la Direction médicale nationale ainsi que par les représentants des associations patronales; elle n'est donc pas permise pour les intervenants des SPU.

9.2 POLITIQUE D'UTILISATION DES RÉSEAUX SOCIAUX

RÉSEAUX SOCIAUX- DÉFINITION

L'Association Médicale Canadienne (AMC) définit les réseaux sociaux de la façon suivante :

« Pour de nombreuses personnes, l'expression « médias sociaux » n'est qu'un terme servant à désigner des produits en ligne bien connus : Facebook, YouTube et Twitter. Mais au sens plus large, on peut définir les médias sociaux comme étant un ensemble de technologies mobiles et sur le web qui permettent aux gens de surveiller, créer, diffuser ou manipuler de l'information texte et audio, des photos et des vidéos, et de les partager avec d'autres. Cette information peut être partagée de façon unidirectionnelle (p. ex. : en affichant un texte sur son propre blogue) ou de façon multidirectionnelle (p. ex. : en participant à une discussion sur un forum en ligne). Les médias sociaux mettent particulièrement l'accent sur une communication interactive et adaptée à l'utilisateur. »⁶⁸

L'utilisation des réseaux sociaux peut devenir un piège pour les intervenants de la santé, tant au niveau du respect de la confidentialité, qu'au niveau des conflits d'intérêt, du désintéressement et de l'atteinte à la réputation.

RÉSEAUX SOCIAUX – À RETENIR

- *« Les sites de réseautage social ne peuvent garantir le respect de la vie privée. En théorie, il est possible d'accéder à tout ce qui s'écrit sur un site de réseautage et de le rendre public. Par exemple, la Patriot Act aux États-Unis fait en sorte que le gouvernement américain peut, sous certaines conditions, accéder à tout renseignement publié sur un site de réseautage social ou un site web hébergé par un fournisseur de services*

⁶⁸ <http://www.cma.ca/representationamc/medias-sociaux-medecins-canadiens>

américain, même si cette information se trouve dans la section « messages privés ou directs » du site.

- *Les communications électroniques ne sont pas anonymes et sont toujours emmagasinées sous une forme quelconque. Il est donc possible de retracer l'auteur d'un commentaire, même si ce dernier est publié de façon anonyme.*
- *Une fois que leur matériel est publié en ligne, les auteurs de commentaires dans les sites de médias sociaux n'ont plus aucun contrôle sur la façon dont est diffusée l'information ni sur les lieux de diffusion, et il peut parfois arriver que le contexte dans lequel ces messages ont été publiés se perde.*
- *Les messages affichés sur les sites de médias sociaux sont assujettis aux mêmes lois sur les droits d'auteur et libelle diffamatoire que les communications écrites ou verbales.»⁶⁹*

Il est donc prudent de considérer que ce qui est écrit sur un réseau social ne demeure confidentiel, indépendamment des paramètres de confidentialité choisis.

RÉSEAUX SOCIAUX ET SPU – CONFIDENTIALITÉ

Même sans la mention du nom du patient ou de l'adresse de l'intervention, la description même de cette intervention, la date et l'heure, et ce, tout particulièrement dans les régions rurales permet, quelques fois, l'identification du patient. Un détail de l'intervention peut permettre, l'identification du patient.

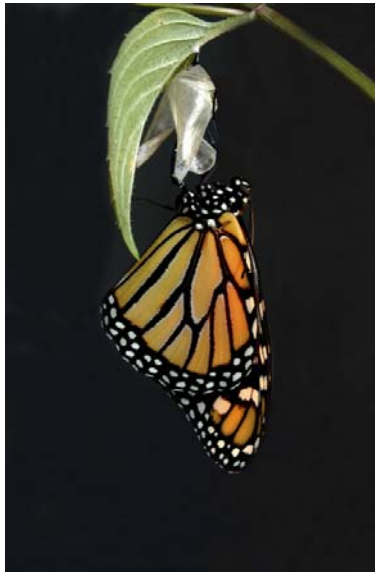
En avril 2011, la docteure Alexandra Thran, urgentologue dans l'état du Rhode Island, a été reconnue coupable d'avoir commis un acte dérogatoire à la dignité de sa profession. Elle avait, sur Internet, décrit quelques interventions faites à l'urgence, et ce, sans révéler l'identité de ses patients et sans intention de briser la confidentialité. Par contre, la particularité de la blessure d'un des patients avait permis à un des lecteurs de l'identifier.⁷⁰

⁶⁹ <http://www.cma.ca/representationamc/medias-sociaux-medecins-canadiens>

⁷⁰ <http://www.health.ri.gov/discipline/MDAAlexandraThran.pdf>

RÉSEAUX SOCIAUX ET SPU – LIGNES DIRECTRICES

- Le TAP doit, en tout temps, maintenir la confidentialité des patients qu'il a côtoyés; il ne doit, en aucun temps, entretenir une discussion ou décrire une intervention, ou une partie d'intervention sur un réseau social.
- Le TAP doit, en tout temps, éviter de tenir des propos dérogatoires ou diffamatoires envers un patient, témoin d'événement, un collègue, un partenaire (superviseur, employeur, ou représentant de l'employeur, policier, premier répondant, infirmière, médecin ou autre) sur un réseau social.
- Le TAP doit, en tout temps, pour l'image de la profession, éviter de s'associer avec toute image de violence, de discrimination, d'intoxication.
- Le TAP ne doit pas faire une demande de «devenir ami» sur Facebook avec un ou une patiente qu'il a rencontré au travail.
- Le TAP ne doit pas accepter une demande d'un patient(e) de «devenir ami» sur Facebook.

10.0 PROGRAMME « PROMOUVOIR L'EXCELLENCE »**CODE DE CONDUITE – Technicien ambulancier-paramédic****ENGAGEMENT**

Je, _____ ,

- m'engage solennellement à respecter en tout temps toutes les règles de conduite énoncées dans le projet de code de conduite des techniciens ambulanciers-paramédics (Version octobre 2012).
- m'engage à respecter en tout temps la confidentialité des patients avec lesquels j'ai été en contact dans le cadre de mes fonctions.
- m'engage à toujours traiter tous mes patients avec le plus grand respect, compétence et diligence.
- m'engage, en tout temps, à promouvoir l'excellence dans les SPU.

Signature : _____

Date : _____

CONCLUSION

Le travail du technicien ambulancier-paramédic a grandement évolué dans les dernières années, et est ainsi devenu plus stimulant et plus intéressant. La pratique du TAP est aussi de mieux en mieux connue du public, et celui-ci s'attend maintenant à beaucoup plus qu'un simple transport. Les attentes de la clientèle étant plus élevées, les plaintes sont devenues plus fréquentes.

Le technicien ambulancier-paramédic se doit donc d'être bien informé de ses responsabilités légales et éthiques, et des conséquences de leur non-respect. Le présent document visait à regrouper à un seul endroit, l'ensemble des informations requises dans le cadre de vos fonctions. Nous espérons qu'il pourra vous servir de référence pour les prochaines années à venir.

Nous sommes convaincus que vous saurez, en tout temps, vous acquitter de ces responsabilités avec toute la dignité qui s'impose.

ABRÉVIATIONS

ACR	Arrêt cardiorespiratoire
ECG	Électrocardiogramme
CH	Centre hospitalier
MDSA	Moniteur défibrillateur semi-automatique
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RIP	Rapport d'intervention préhospitalière (AS-803)
SMPAU	Système médicalisé de priorisation des appels urgents
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	Technicien ambulancier-paramédic

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES TRADITIONNELLES

Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada, 4^e édition, ACPM - Evans, KG (Gowling Lafleur Henderson, s.r.l.).

Clinics ethics, Jonsen, AR; Siegler, M; Winslade, WJ, Macmillan Publishing, 1982.

Le Collège, Vol. XLVI, No 3 automne 2006 - Le consentement aux soins.

Guide de rédaction des documents cliniques à l'intention des techniciens ambulanciers paramédics, 3^e édition, avril 2009, Corporation d'Urgences-santé.

Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics, 2012, 4^e édition, MSSS.

L'éthique et la déontologie, objets de réflexion – Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, services préhospitaliers d'urgence.

RÉFÉRENCES INTERNET

<http://www.cma.ca/representationamc/medias-sociaux-medecins-canadiens>

<https://www.cpsbc.ca/files/u6/Social-Media-and-Online-Networking-Forums.pdf>

<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/medias-sociaux-et-pratique-infirmiere>

<http://www.studentparamedic.org.au/images/pdf/rcnasocialmedia.pdf>

<http://www.health.ri.gov/discipline/MDAlexandraThran.pdf>

Médecins et médias sociaux: qui parle à qui? Point de vue d'une avocate, Me Magali Cournoyer-Proulx, associée.

ANNEXES

ANNEXE A : LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (L.R.Q., chapitre S-6.2)**Articles pertinents****Article 3**

10° il constitue et maintient à jour le registre national de la main-d'oeuvre auquel doivent s'inscrire les techniciens ambulanciers ;

14., 3^e paragraphe. Le ministre peut confier, par entente, aux agences de la santé et des services sociaux les pouvoirs de recueillir, inscrire ou mettre à jour, en son nom, les données qu'il identifie pour la constitution ou le maintien du registre visé au paragraphe 10° du deuxième alinéa.

63. Les conditions pour agir comme technicien ambulancier sont les suivantes:

1° avoir complété la formation collégiale initiale reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et réussi l'examen afférent à cette formation ou avoir complété une formation reconnue équivalente par le directeur médical national en application du paragraphe 8° du premier alinéa de l'article 6 ou être titulaire d'un certificat ou d'une autre forme de reconnaissance professionnelle officielle, délivré au Canada, attestant qu'il est qualifié et autorisé à agir comme technicien ambulancier et reconnu par le directeur médical national conformément à ce paragraphe;

2° être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre maintenu par le ministre conformément au paragraphe 10° de l'article 3 et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier.

64. Le gouvernement peut, par règlement, déterminer les conditions que doit remplir un technicien ambulancier pour être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre et obtenir une carte de statut de technicien ambulancier.

Il peut également, de la même manière, déterminer les obligations de perfectionnement de connaissances et d'évaluation des compétences auxquelles un technicien ambulancier doit se soumettre à l'intérieur d'une période de quatre ans pour maintenir son inscription au registre national.

64.1. Parmi les renseignements contenus au registre national de la main-d'oeuvre, le nom d'un technicien ambulancier, son statut d'exercice, les activités de formation continue auxquelles il a participé ainsi que la date de sa première inscription au registre et celle de toute inscription ultérieure ont un caractère public.

De plus, le gouvernement peut, par règlement, déterminer, parmi les autres renseignements contenus au registre, lesquels ont un caractère public.

67. À la demande d'un directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, l'inscription d'un technicien ambulancier au registre national de la main-d'oeuvre maintenu par le ministre conformément au paragraphe 10° de l'article 3 peut faire l'objet d'une radiation temporaire ou permanente par un comité d'examen formé en vertu de l'article 70 lorsque ce technicien :

1° ne respecte pas les obligations de perfectionnement de ses connaissances, refuse de respecter le processus d'évaluation de ses compétences visé au deuxième alinéa de l'article 64 pour le maintien de son inscription, refuse de participer à celui-ci ou ne respecte pas, dans l'exercice de ses fonctions, l'encadrement médical lié à l'exercice des protocoles visés à l'article 65 ;

2° a été déclaré coupable d'une infraction à la présente loi ou à un règlement pris en vertu de celle-ci ;

3° a été déclaré coupable d'un acte criminel relié à l'exercice des activités pour lesquelles il est inscrit au registre national de la main-d'oeuvre.

68. En cas d'urgence et pour assurer la qualité des soins dispensés, le directeur médical régional peut demander à un employeur de suspendre temporairement de façon totale ou partielle les affectations cliniques d'un technicien ambulancier sous sa responsabilité et d'exiger de ce dernier qu'il apporte les correctifs que le directeur médical régional juge nécessaires.

Le directeur médical national doit être informé de toute demande de suspension totale des affectations de même que des correctifs qui ont été exigés dans un délai de cinq jours d'une telle demande.

69. Avant de demander la radiation de l'inscription d'un technicien ambulancier du registre national de la main-d'oeuvre maintenu par le ministre, un directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence doit, dans les cas visés au paragraphe 1° de l'article 67, demander à ce technicien ambulancier d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'il fixe et en informer l'employeur du technicien.

Dans les cas visés aux paragraphes 2° et 3° de l'article 67 ou lorsque le technicien ne respecte pas dans le délai fixé une demande du directeur médical régional visée au premier alinéa ou à l'article 68, celui-ci peut demander au directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence de constituer, dans un délai de 60 jours de sa demande, un comité d'examen qui pourra confirmer l'inscription de ce technicien au registre ou radier de façon temporaire ou permanente une telle inscription.

Le directeur médical régional doit informer l'employeur du technicien des motifs de la demande adressée au directeur médical national.

70. Ce comité d'examen est composé des personnes suivantes:

- 1° le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence;
- 2° un technicien ambulancier désigné par le syndicat des techniciens ambulanciers auquel appartient le technicien concerné ou, s'il n'est pas syndiqué, un technicien ambulancier que le technicien concerné a choisi pour le représenter;
- 3° deux personnes, dont un directeur médical régional, désignées par la majorité des agences de la santé et des services sociaux autres que l'agence sur le territoire de laquelle le technicien ambulancier concerné a agi et qui ne sont pas rattachées à cette agence;
- 4° une personne désignée par les exploitants de services ambulanciers qui n'ont pas de lien d'emploi avec le technicien ambulancier concerné;
- 5° un technicien ambulancier formateur désigné par les collèges d'enseignement général et professionnel qui dispensent la formation de technicien ambulancier;
- 6° un technicien ambulancier désigné par un ou des organismes dont l'objet principal est le développement et l'amélioration des champs de pratique des techniciens ambulanciers.

À défaut par les personnes ou organismes mentionnés à chacun des paragraphes 2° à 6° de s'entendre sur la désignation de leurs représentants respectifs dans le délai prévu au deuxième alinéa de l'article 69, le ministre les désigne.

71. Le comité d'examen doit, avant de rendre sa décision, notifier par écrit au technicien ambulancier le préavis prescrit par l'article 5 de la Loi sur la justice administrative et lui accorder un délai d'au moins 10 jours pour présenter ses observations.

72. Dans un délai de 30 jours de la date de sa constitution, le comité d'examen doit notifier par écrit au technicien ambulancier dont il confirme ou radie l'inscription sa décision motivée en précisant, en cas de radiation, sur quels motifs prévus à l'article 67 elle est fondée.

Il en transmet également une copie à l'employeur du technicien.

73. Le technicien ambulancier dont l'inscription est radiée peut, dans un délai de 60 jours de la date de sa notification, contester la décision du comité d'examen devant le Tribunal administratif du Québec.

Le dépôt d'une requête pour former un recours devant le Tribunal administratif du Québec suspend l'exécution de la décision contestée. Toutefois, cette suspension n'autorise pas un technicien ambulancier à fournir des soins à une personne dont l'état requiert l'intervention des services préhospitaliers d'urgence.

74. Le comité d'examen dont la décision est contestée est assujéti aux obligations prévues au premier alinéa de l'article 114 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3), compte tenu des adaptations nécessaires.

75. La radiation de l'inscription d'un technicien ambulancier du registre national de la main-d'oeuvre entraîne le retrait de sa carte de statut de technicien ambulancier.

170. La personne qui, le 31 mai 2011, est titulaire d'une carte valide de technicien ambulancier délivrée par une agence ou par la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain et titulaire d'un emploi à ce titre auprès de cette Corporation ou d'un titulaire de permis d'exploitation de services d'ambulances est inscrite de plein droit au registre national de la main-d'oeuvre maintenu par le ministre en vertu du paragraphe 10° de l'article 3.

La Corporation d'Urgences-santé et toute agence sur le territoire de laquelle un titulaire de permis exploite un service d'ambulances doivent prendre les mesures nécessaires afin de fournir au directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence la liste de toutes les personnes visées au premier alinéa dans le mois qui suit l'entrée en vigueur du règlement sur les conditions que doit remplir un technicien ambulancier pour être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre pris par le gouvernement en vertu de l'article 64.

2002, c. 69, a. 170; 2005, c. 32, a. 308.

171. La personne qui, le 31 mai 2011, est titulaire d'une carte valide de technicien ambulancier délivrée par une agence ou la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal Métropolitain mais qui n'est pas titulaire d'un emploi à ce titre peut, dans les 24 mois de l'entrée en vigueur du règlement sur les conditions que doit remplir un technicien ambulancier pour être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre pris par le gouvernement en vertu de l'article 64, s'inscrire à un tel registre.

2002, c. 69, a. 171; 2005, c. 32, a. 308.

171.1. La personne qui le 31 mai 2011 n'est pas titulaire d'une carte valide de technicien ambulancier délivrée par une agence ou la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain mais qui a été titulaire d'une telle carte dans les trois années précédant l'entrée en vigueur du règlement sur les conditions que doit remplir un technicien ambulancier pour être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre pris par le gouvernement en vertu de l'article 64, et qui oeuvre dans le domaine de la formation des techniciens ambulanciers, de l'assurance de la qualité ou de la gestion des services préhospitaliers peut s'inscrire au registre national de la main-d'oeuvre.

ANNEXE B : RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES POUVANT ÊTRE EXERCÉES DANS LE CADRE DES SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (RRQ, CHAPITRE M-9, R 2)

Loi médicale

(L.R.Q., c. M-9, a. 3)

Code des professions

(L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. *h*)

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Le présent règlement a pour objet de déterminer parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les médecins celles qui, suivant les conditions et modalités qui y sont déterminées, peuvent l'être par un premier répondant, un technicien ambulancier, un technicien ambulancier en soins avancés et par d'autres personnes dans le cadre des services ou soins préhospitaliers d'urgence, auprès d'une personne présentant un problème de santé qui nécessite une intervention d'urgence.

D. 26-2012, a. 1.

2. En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne ayant suivi une formation en réanimation cardiorespiratoire, conforme aux normes de l'American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care ou reconnue par la Fondation des maladies du coeur du Québec et incluant l'utilisation d'un défibrillateur, peut utiliser un défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire.

D. 26-2012, a. 2.

3. En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne ayant suivi une formation sur l'administration d'adrénaline, agréée par le directeur médical régional ou national des services préhospitaliers d'urgence, peut administrer de l'adrénaline à une personne à l'aide d'un dispositif auto-injecteur, lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique.

D. 26-2012, a. 3.

4. En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne ayant suivi une formation sur l'administration de glucagon, donnée par un médecin ou une infirmière, peut administrer du glucagon à une personne en état d'hypoglycémie qui est inconsciente, en convulsion, incapable d'avaler ou confuse.

D. 26-2012, a. 4.

5. Toute personne ayant suivi une formation sur l'administration d'oxygène peut administrer cette substance à une personne en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

D. 26-2012, a. 5.

6. Les activités professionnelles déterminées par le présent règlement sont exercées conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés et approuvés, après consultation du Collège des médecins du Québec, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, conformément au troisième alinéa de l'article 3 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2).

D. 26-2012, a. 6.

SECTION II

PREMIER RÉPONDANT

7. Un premier répondant peut:

1° utiliser le défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire;

2° administrer de l'adrénaline, à l'aide d'un dispositif auto-injecteur, lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique;

3° assister la ventilation à l'aide d'un ballon-masque;

4° insérer une canule nasopharyngée;

5° administrer du glucagon lors d'une hypoglycémie sévère à une personne inconsciente, en convulsion, incapable d'avaler ou confuse.

Dans le présent règlement, «premier répondant» signifie toute personne dont le nom figure sur la liste des premiers répondants dressée par une agence visée à l'article 339 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou par la Corporation d'Urgences-santé visée à l'article 87 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)

D. 26-2012, a. 7.

SECTION III

TECHNICIEN AMBULANCIER

8. Pour exercer les activités professionnelles déterminées à l'article 9, le technicien ambulancier doit être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers constitué en vertu du paragraphe 10 du deuxième alinéa de l'article 3 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2) et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier lui permettant d'exercer ces activités.

D. 26-2012, a. 8.

9. Un technicien ambulancier peut, outre les activités visées à l'article 7:

1° apprécier la présence de signes ou de symptômes permettant l'application des protocoles visés à l'article 6;

2° insérer une canule oesophago-trachéale à double voie ou un dispositif supraglottique à une personne présentant un arrêt cardiorespiratoire ou une atteinte de l'état de conscience;

3° administrer les substances ou les médicaments requis, par voie sublinguale, orale, intranasale, sous-cutanée, intramusculaire, transdermique ou par inhalation;

4° installer un soluté sans médication par voie intraveineuse à l'aide d'un cathéter périphérique court, à la demande et en présence d'un technicien ambulancier en soins avancés;

5° utiliser le moniteur défibrillateur semi-automatique lors d'une réanimation cardiorespiratoire;

6° exercer la surveillance clinique de la condition d'une personne;

7° assister mécaniquement la ventilation, incluant par un tube endotrachéal déjà en place;

8° aspirer les sécrétions chez une personne porteuse d'une trachéotomie.

D. 26-2012, a. 9.

SECTION IV**TECHNICIEN AMBULANCIER EN SOINS AVANCÉS**

10. Pour exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13, le technicien ambulancier en soins avancés doit:

1° avoir une expérience pertinente reliée à l'exercice de ces activités totalisant 24 mois à temps plein;

2° être titulaire d'un diplôme universitaire de formation en soins préhospitaliers d'urgence avancés délivré par une université du Québec dans le cadre d'un programme d'études de 1^{er} cycle comportant un minimum de 60 crédits ou s'être vu attribuer une équivalence par le directeur médical national, en application du paragraphe 8 du premier alinéa de l'article 6 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2);

3° être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier autorisant la pratique en soins préhospitaliers avancés.

D. 26-2012, a. 10.

11. Peut également exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13, le technicien ambulancier en soins avancés qui, au 1^{er} avril 2002, a réussi la formation en soins avancés reconnue par la Corporation d'Urgences-santé et approuvée par le Collège des médecins du Québec et qui:

1° est inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers avec un statut actif autorisant la pratique en soins préhospitaliers avancés;

2° a réussi, dans le cadre d'un programme de formation en médecine préhospitalière reconnu par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, en application du paragraphe 8 du premier alinéa de l'article 6 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2), une formation complémentaire de 175 heures portant sur:

- a) la cardiologie;
- b) la neurologie;
- c) la pharmacologie;
- d) la pneumologie;
- e) la physiologie;
- f) les protocoles préhospitaliers.

D. 26-2012, a. 11.

12. Un technicien ambulancier en soins avancés peut, outre les activités déterminées aux sections II et III:

- 1° évaluer la condition d'une personne;
- 2° administrer les substances et les médicaments requis par voie intraveineuse ou endotrachéale;
- 3° procéder à une laryngoscopie directe de la personne dont les voies respiratoires sont obstruées par un corps étranger et procéder au retrait de celui-ci;
- 4° pratiquer une défibrillation manuelle.

Il peut également, dans le cadre d'un projet de recherche visant l'évaluation des soins préhospitaliers avancés, procéder à l'intubation endotrachéale de la personne adulte présentant un arrêt cardiorespiratoire ou une atteinte de l'état de conscience.

D. 26-2012, a. 12.

13. Un technicien ambulancier en soins avancés peut, outre les activités déterminées aux sections II et III, à la suite d'une ordonnance individuelle:

- 1° installer un soluté par voie intraosseuse et administrer les substances ou les médicaments requis;
- 2° utiliser les techniques effractives suivantes:
 - a) effectuer une thoracocentèse à l'aide d'une technique à l'aiguille chez le patient dans un état préterminal, sous assistance ventilatoire;
 - b) appliquer une stimulation cardiaque externe;
 - c) appliquer une cardioversion;
 - d) effectuer une cricothyroïdectomie percutanée.

En l'absence d'une ordonnance individuelle et lorsque la communication avec un médecin est impossible, un technicien ambulancier en soins avancés peut, chez le patient instable, utiliser ces techniques effractives.

D. 26-2012, a. 13.

SECTION V

ÉTUDIANT

14. Un étudiant inscrit à un programme de formation menant à un diplôme d'études collégiales en soins préhospitaliers d'urgence ou à une attestation d'études collégiales en techniques ambulancières reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier reconnu comme formateur par une institution d'études collégiales, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 7 et 9 dans la mesure où elles sont requises aux fins de compléter ce programme.

D. 26-2012, a. 14.

15. Un étudiant inscrit à un programme de formation menant à un diplôme visé au paragraphe 2 de l'article 10 peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier en soins avancés reconnu comme formateur par le programme de formation universitaire, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13 dans la mesure où elle sont requises aux fins de compléter ce programme.

D. 26-2012, a. 15.

16. Le technicien ambulancier en soins avancés visé à l'article 11 peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier en soins avancés reconnu comme formateur par le programme de formation universitaire, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13 dans la mesure où elle sont requises aux fins de compléter la formation complémentaire de 175 heures visée au paragraphe 2 de l'article 11.

D. 26-2012, a. 16.

17. Le présent règlement remplace le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence (c. M-9, r. 2).

D. 26-2012, a. 17.

À jour 1^{er} août 2012

ANNEXE C : LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., CHAPITRE S-4.2)

ARTICLES PERTINENTS

8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

«accident» : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

19. Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut toutefois être communiqué sans son consentement :

1° sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner dans l'exercice de ses fonctions;

2° à la demande du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en vertu de l'article 36, d'un médecin examinateur en vertu du troisième alinéa de l'article 47, d'un comité de révision visé à l'article 51 ou de l'un de ses membres en vertu du deuxième alinéa de l'article 55, d'un commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services en vertu de l'article 69, d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou d'un expert externe à l'établissement auquel ce conseil a recours en vertu du deuxième alinéa de l'article 214;

3° à la demande d'une personne qu'une agence désigne pour faire une inspection en vertu du deuxième alinéa de l'article 413.2 ou à la demande d'une agence ou d'une personne que celle-ci désigne pour faire une enquête en vertu du deuxième alinéa de l'article 414;

4° au ministre en vertu de l'article 433, pour l'exercice de ses fonctions prévues à l'article 431;

5° à une personne autorisée à faire une inspection en vertu du deuxième alinéa de l'article 489 ou de l'article 489.1;

6° à une personne désignée par le gouvernement en vertu du deuxième alinéa de l'article 500 et chargée d'enquêter sur une matière visée au premier alinéa de cet article;

7° dans les cas et pour les finalités prévus aux articles 19.0.1, 19.0.2, 19.0.3, 19.2 et 27.1, au deuxième alinéa de l'article 78.1, au quatrième alinéa de l'article 107.1, au cinquième alinéa de l'article 108, au deuxième alinéa de l'article 185.1, à l'article 204.1, au quatrième alinéa de l'article 349.3, aux articles 520.3.0.1 et 520.3.1 et au premier alinéa de l'article 520.3.2;

8° à la demande, en vertu de l'article 77, de tout comité de révision visé à l'article 41 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou d'une personne ou d'un comité visé à l'article 192 du Code des professions (chapitre C-26), lorsque la communication du renseignement est nécessaire pour l'accomplissement de leurs fonctions;

9° dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);

10° dans les cas et pour les finalités prévues aux articles 8 et 9 de la Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu (chapitre P-38.0001);

11° à toute personne ou tout organisme lorsque ce renseignement est détenu par un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou un centre de réadaptation et qu'il est nécessaire pour l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, c. 1), pour la réadaptation ou la réinsertion sociale de cet usager ou en vue d'assurer la protection du public;

12° dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (chapitre I-13.03).

19.0.1. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Ils ne peuvent l'être que par une personne ou une personne appartenant à une catégorie de personnes autorisée par le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, par le directeur général de l'établissement.

Les personnes ainsi autorisées ne peuvent communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Le directeur général de l'établissement doit, par directive, établir les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués. Toute personne autorisée à communiquer ces renseignements est tenue de se conformer à cette directive.

183.2. Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1° identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;

2° s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;

3° assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Pour les fins d'application du présent article et des articles 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

«incident» : une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.

233.1. Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'utilisateur.

Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte, sous forme non nominative, à l'agence, selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés.

ANNEXE D :CODE CIVIL DU QUÉBEC (L.Q. 1991, CHAPITRE 64)**ARTICLES PERTINENTS****CHAPITRE PREMIER**

DE L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE

CHAPITRE PREMIER

DE L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE

10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

1991, c. 64, a. 10.

SECTION I
DES SOINS

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

1991, c. 64, a. 11.

12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

1991, c. 64, a. 12.

13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

1991, c. 64, a. 13.

14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

1991, c. 64, a. 14.

15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

1991, c. 64, a. 15; 2002, c. 6, a. 1.

16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

1991, c. 64, a. 16.

17. Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

1991, c. 64, a. 17.

18. Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

1991, c. 64, a. 18.

26. Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

1991, c. 64, a. 26; 1997, c. 75, a. 29.

27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001).

1991, c. 64, a. 27; 1997, c. 75, a. 30.

28. Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal.

Si le médecin qui procède à l'examen conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les 96 heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les 48 heures de l'ordonnance.

Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée. Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 28; 1997, c. 75, a. 31.

29. Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour

autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

Il doit être remis au tribunal dans les sept jours de l'ordonnance. Il ne peut être divulgué, sauf aux parties, sans l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 29; 1997, c. 75, a. 32.

30. La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde.

Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.

1991, c. 64, a. 30; 1997, c. 75, a. 33; 2002, c. 19, a. 1.

30.1. Le jugement qui autorise la garde en fixe aussi la durée.

La personne sous garde doit, cependant, être libérée dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée n'est pas expirée.

Toute garde requise au-delà de la durée fixée par le jugement doit être autorisée par le tribunal, conformément aux dispositions de l'article 30.

2002, c. 19, a. 1.

31. Toute personne qui est gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux et y reçoit des soins doit être informée par l'établissement du plan de soins établi à son égard, ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie.

Si la personne est âgée de moins de 14 ans ou si elle est inapte à consentir, l'information est donnée à la personne qui peut consentir aux soins pour elle.

1991, c. 64, a. 31.

CHAPITRE TROISIÈME

DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

1991, c. 64, a. 35; 2002, c. 19, a. 2.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;

2° Intercepter ou utiliser volontairement une communication privée;

3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;

4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;

5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;

6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.

1991, c. 64, a. 36.

37. Toute personne qui constitue un dossier sur une autre personne doit avoir un intérêt sérieux et légitime à le faire. Elle ne peut recueillir que les renseignements pertinents à l'objet déclaré du dossier et elle ne peut, sans le consentement de l'intéressé ou l'autorisation de la loi, les communiquer à des tiers ou les utiliser à des fins incompatibles avec celles de sa constitution; elle ne peut non plus, dans la constitution ou l'utilisation du dossier, porter autrement atteinte à la vie privée de l'intéressé ni à sa réputation.

1991, c. 64, a. 37.

38. Sous réserve des autres dispositions de la loi, toute personne peut, gratuitement, consulter et faire rectifier un dossier qu'une autre personne détient sur elle soit pour prendre une décision à son égard, soit pour informer un tiers; elle peut aussi le faire reproduire, moyennant des frais raisonnables. Les renseignements contenus dans le dossier doivent être accessibles dans une transcription intelligible.

1991, c. 64, a. 38.

39. Celui qui détient un dossier sur une personne ne peut lui refuser l'accès aux renseignements qui y sont contenus à moins qu'il ne justifie d'un intérêt sérieux et légitime à le faire ou que ces renseignements ne soient susceptibles de nuire sérieusement à un tiers.

1991, c. 64, a. 39.

40. Toute personne peut faire corriger, dans un dossier qui la concerne, des renseignements inexacts, incomplets ou équivoques; elle peut aussi faire supprimer un renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier, ou formuler par écrit des commentaires et les verser au dossier.

La rectification est notifiée, sans délai, à toute personne qui a reçu les renseignements dans les six mois précédents et, le cas échéant, à la personne de qui elle les tient. Il en est de même de la demande de rectification, si elle est contestée.

1991, c. 64, a. 40.

41. Lorsque la loi ne prévoit pas les conditions et les modalités d'exercice du droit de consultation ou de rectification d'un dossier, le tribunal les détermine sur demande.

De même, s'il survient une difficulté dans l'exercice de ces droits, le tribunal la tranche sur demande.

1991, c. 64, a. 41.

§ 4. — *Des actes de décès*

122. Le médecin qui constate un décès en dresse le constat.

Il remet un exemplaire à celui qui est tenu de déclarer le décès. Un autre exemplaire est transmis, sans délai, au directeur de l'état civil par le médecin ou par le directeur de funérailles qui prend charge du corps du défunt, avec la déclaration de décès, à moins que celle-ci ne puisse être transmise immédiatement.

1991, c. 64, a. 122; 1999, c. 47, a. 5.

123. S'il est impossible de faire constater le décès par un médecin dans un délai raisonnable, mais que la mort est évidente, le constat de décès peut être dressé par deux agents de la paix, qui sont tenus aux mêmes obligations que le médecin.

1991, c. 64, a. 123.

124. Le constat énonce le nom et le sexe du défunt, ainsi que les lieu, date et heure du décès.

1991, c. 64, a. 124.

125. La déclaration de décès est faite, sans délai, au directeur de l'état civil, soit par le conjoint du défunt, soit par un proche parent ou un allié, soit, à défaut, par toute autre personne capable d'identifier le défunt. Dans le cas où un directeur de funérailles prend charge du corps, il déclare le moment, le lieu et le mode de disposition du corps. La déclaration est faite devant un témoin qui la signe.

1991, c. 64, a. 125; 1999, c. 47, a. 6.

126. La déclaration de décès énonce le nom et le sexe du défunt, le lieu et la date de sa naissance et, le cas échéant, de son mariage ou de son union civile, le nom du conjoint,

le nom de ses père et mère, le lieu de son dernier domicile, les lieu, date et heure du décès ainsi que le moment, le lieu et le mode de disposition du corps.

L'auteur de la déclaration joint à celle-ci un exemplaire du constat de décès.

1991, c. 64, a. 126; 2002, c. 6, a. 15.

127. Lorsqu'elles sont inconnues, le directeur de l'état civil fixe la date et l'heure du décès sur la foi du rapport d'un coroner et suivant les présomptions tirées des circonstances.

Si le lieu du décès n'est pas connu, le lieu présumé est celui où le corps a été découvert.

1991, c. 64, a. 127.

128. Si l'identité du défunt est inconnue, le constat contient son signalement et décrit les circonstances de la découverte du corps.

1991, c. 64, a. 128.

À jour le 1^{er} août 2012.

ANNEXE E : CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE (L.R.Q., CHAPITRE C-12)

CONSIDÉRANT que tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques, destinés à assurer sa protection et son épanouissement;

Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi;

Considérant que le respect de la dignité de l'être humain, l'égalité entre les femmes et les hommes et la reconnaissance des droits et libertés dont ils sont titulaires constituent le fondement de la justice, de la liberté et de la paix;

Considérant que les droits et libertés de la personne humaine sont inséparables des droits et libertés d'autrui et du bien-être général;

Considérant qu'il y a lieu d'affirmer solennellement dans une Charte les libertés et droits fondamentaux de la personne afin que ceux-ci soient garantis par la volonté collective et mieux protégés contre toute violation;

À ces causes, Sa Majesté, de l'avis et du consentement de l'Assemblée nationale du Québec, décrète ce qui suit:

PARTIE I LES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

CHAPITRE I LIBERTÉS ET DROITS FONDAMENTAUX

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Il possède également la personnalité juridique.

1975, c. 6, a. 1; 1982, c. 61, a. 1.

2. Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

1975, c. 6, a. 2.

3. Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

1975, c. 6, a. 3.

4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

1975, c. 6, a. 4.

5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée.

1975, c. 6, a. 5.

6. Toute personne a droit à la jouissance paisible et à la libre disposition de ses biens, sauf dans la mesure prévue par la loi.

1975, c. 6, a. 6.

7. La demeure est inviolable.

1975, c. 6, a. 7.

8. Nul ne peut pénétrer chez autrui ni y prendre quoi que ce soit sans son consentement exprès ou tacite.

1975, c. 6, a. 8.

9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.

1975, c. 6, a. 9.

9.1. Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.

La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice.

1982, c. 61, a. 2

À jour 1^{er} août 2012.

ANNEXE F : CODE CRIMINEL (LRC 1985, CHAPITRE C-46)**ARTICLES PERTINENTS**

Définitions

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

[...]

« agent de la paix »

a) Tout maire, président de conseil de comté, préfet, shérif, shérif adjoint, officier du shérif et juge de paix;

b) tout agent du Service correctionnel du Canada, désigné comme agent de la paix conformément à la partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, ainsi que tout directeur, sous-directeur, instructeur, gardien, geôlier, garde et tout autre fonctionnaire ou employé permanent d'une prison qui n'est pas un pénitencier au sens de la partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition;

c) tout officier de police, agent de police, huissier ou autre personne employée à la préservation et au maintien de la paix publique ou à la signification ou à l'exécution des actes judiciaires au civil;

c.1) *tout* agent désigné, au sens de l'article 2 de la [Loi sur les opérations transfrontalières intégrées de contrôle d'application de la loi](#), lorsque, selon le cas :

(i) il participe à une opération transfrontalière intégrée, au sens de l'article 2 de cette loi,

(ii) il accomplit une activité accessoire à une telle opération, notamment il se déplace en vue de participer à l'opération ou comparaît devant un tribunal en lien avec l'opération;

d) tout fonctionnaire ou personne possédant les pouvoirs d'un agent sous le régime de la Loi sur les douanes ou d'un préposé sous le régime de la Loi sur l'accise ou de la Loi de 2001 sur l'accise lorsqu'il exerce une fonction en application d'une de ces lois;

d.1) tout agent autorisé au titre du paragraphe 138(1) de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés;

e) les personnes désignées à titre de gardes-pêche en vertu de la Loi sur les pêches, dans l'exercice des fonctions que leur confère cette loi, et celles qui sont désignées à titre d'agents des pêches en vertu de cette loi, dans l'exercice des fonctions que leur confère cette loi ou la Loi sur la protection des pêches côtières;

f) le pilote commandant un aéronef :

(i) soit immatriculé au Canada en vertu des règlements d'application de la Loi sur l'aéronautique,

(ii) soit loué sans équipage et mis en service par une personne remplissant, aux termes des règlements d'application de la Loi sur l'aéronautique, les conditions d'inscription comme propriétaire d'un aéronef immatriculé au Canada en vertu de ces règlements,

pendant que l'aéronef est en vol;

g) les officiers et militaires du rang des Forces canadiennes qui sont :

(i) soit nommés pour l'application de l'article 156 de la Loi sur la défense nationale,

(ii) soit employés à des fonctions que le gouverneur en conseil, dans des règlements pris en vertu de la Loi sur la défense nationale pour l'application du présent alinéa, a prescrites comme étant d'une telle sorte que les officiers et les militaires du rang qui les exercent doivent nécessairement avoir les pouvoirs des agents de la paix.

ANNEXE G : LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI (L.R.Q., chapitre P-38.001)

DISPOSITION PRÉLIMINAIRE

1. Les dispositions de la présente loi complètent celles du Code civil portant sur la garde par un établissement de santé et de services sociaux des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde.

1997, c. 75, a. 1.

CHAPITRE I

L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE

2. Tout examen psychiatrique auquel une personne est tenue de se soumettre en vertu de la loi ou d'une décision du tribunal doit être effectué par un psychiatre. Toutefois, s'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile, l'examen peut être fait par tout autre médecin.

Celui qui fait l'examen ne peut être le conjoint, un allié, un proche parent ou le représentant de la personne qui subit l'examen ou qui en fait la demande.

1997, c. 75, a. 2; 2002, c. 6, a. 151.

3. Tout rapport d'examen psychiatrique doit être signé par le médecin qui a fait l'examen. Celui-ci doit y préciser notamment:

1° qu'il a examiné lui-même la personne;

2° la date de l'examen;

3° son diagnostic, même provisoire, sur l'état mental de la personne;

4° outre ce qui est prévu à l'article 29 du Code civil, son opinion sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables;

5° les motifs et les faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic et, parmi les faits mentionnés, ceux qu'il a lui-même observés et ceux qui lui ont été communiqués par d'autres personnes.

1997, c. 75, a. 3.

4. Lorsque l'examen psychiatrique a été requis d'un établissement, il appartient au directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, au directeur général de l'établissement, de transmettre le rapport du médecin au tribunal qui l'a imposé.

1997, c. 75, a. 4.

5. La divulgation du rapport par l'établissement se fait conformément aux dispositions relatives à l'accès au dossier de la personne, prévues par les lois sur les services de santé et les services sociaux, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'autorisation du tribunal prévue à l'article 29 du Code civil.

1997, c. 75, a. 5.

CHAPITRE II

LA GARDE

SECTION I

GARDE PRÉVENTIVE ET GARDE PROVISOIRE

6. Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique.

1997, c. 75, a. 6.

7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour non juridique, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour juridique qui suit.

1997, c. 75, a. 7.

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6 :

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Dans le présent article, on entend par «service d'aide en situation de crise» un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

1997, c. 75, a. 8.

SECTION II

GARDE AUTORISÉE PAR UN TRIBUNAL EN APPLICATION DE L'ARTICLE 30 DU CODE CIVIL

9. Seuls les établissements exploitant un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre d'accueil et disposant des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être requis de mettre une personne sous garde à la suite du jugement du tribunal rendu en application de l'article 30 du Code civil.

1997, c. 75, a. 9.

10. Lorsque le tribunal a fixé la durée d'une garde à plus de 21 jours, la personne sous garde doit être soumise à des examens périodiques, destinés à vérifier si la garde est toujours nécessaire, dont les rapports doivent être établis aux échéances suivantes:

1° 21 jours à compter de la décision prise par le tribunal en application de l'article 30 du Code civil;

2° par la suite, à tous les trois mois.

Les rapports de ces examens psychiatriques sont conservés par l'établissement au dossier de la personne.

1997, c. 75, a. 10.

11. Une personne sous garde peut, à sa demande, être transférée auprès d'un autre établissement, si l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent. Sous cette même réserve, le médecin traitant peut transférer cette personne auprès d'un autre établissement qu'il juge mieux en mesure de répondre à ses besoins. Dans ce dernier cas, le médecin doit obtenir le consentement de la personne concernée, à moins que ce transfert soit nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui. La décision du médecin à cet égard doit être motivée et inscrite au dossier de la personne.

Aucun de ces transferts ne peut avoir lieu sans que le médecin traitant atteste, par un certificat motivé, que selon lui cette mesure ne présente pas de risques sérieux et immédiats pour cette personne ou pour autrui.

Si le transfert a lieu, la garde se continue auprès du nouvel établissement, auquel est transmise une copie du dossier de la personne sous garde.

1997, c. 75, a. 11.

12. La garde prend fin sans autre formalité:

1° aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant;

2° dès l'expiration d'un délai prévu à l'article 10, si aucun rapport d'examen psychiatrique n'a alors été produit;

3° dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée;

4° par décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire.

1997, c. 75, a. 12.

13. Lorsqu'une personne cesse d'être sous garde, mais doit être détenue ou hébergée autrement que sous le régime de la présente loi, l'établissement doit prendre les moyens requis pour confier cette personne à une personne responsable du lieu de détention ou du lieu d'hébergement approprié.

1997, c. 75, a. 13.

CHAPITRE III : **DROITS ET RECOURS**

SECTION I **INFORMATION**

14. L'agent de la paix qui agit en vertu de l'article 8 ou la personne qui, conformément à une ordonnance du tribunal, amène une personne auprès d'un établissement pour qu'elle soit gardée afin de subir une évaluation psychiatrique doit l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

Il demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement.

1997, c. 75, a. 14.

15. Dès la prise en charge de la personne par l'établissement, ou dès que la personne semble être en mesure de comprendre ces renseignements, l'établissement doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de cette garde et du droit qu'elle a de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

1997, c. 75, a. 15.

16. Tout établissement qui met une personne sous garde à la suite d'un jugement visé à l'article 9 doit, lors de la mise sous garde de cette personne et après chaque rapport d'examen prévu à l'article 10, remettre à cette personne un document conforme à l'annexe.

Si la personne sous garde est incapable de comprendre les informations contenues dans ce document, l'établissement transmet copie de celui-ci à la personne habilitée à consentir à la garde. À défaut d'une telle personne, l'établissement doit faire des efforts raisonnables pour tenter de transmettre ces informations à une personne qui démontre un intérêt particulier pour la personne sous garde.

1997, c. 75, a. 16.

17. Toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes de son choix, à moins que le médecin traitant ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de restreindre certaines communications.

L'interdiction ou la restriction de communication ne peut être que temporaire. Elle doit être formulée par écrit, motivée, remise à la personne sous garde et versée à son dossier.

Aucune restriction ne peut toutefois être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.

1997, c. 75, a. 17.

18. Lorsque la garde prend fin, l'établissement doit immédiatement en informer la personne qui était gardée.

1997, c. 75, a. 18.

19. L'établissement doit aviser, s'il s'agit d'un mineur, le titulaire de l'autorité parentale ou à défaut le tuteur ou, s'il s'agit d'un majeur représenté, le mandataire, le tuteur ou le curateur:

1° de la décision d'un médecin de mettre cette personne sous garde préventive en vertu de l'article 7;

2° de la nécessité de continuer la garde, à la suite de chacun des examens prévus à l'article 10;

3° de chaque demande présentée au Tribunal administratif du Québec en vertu de l'article 21, dont il est informé;

4° de la fin de la garde.

L'avis doit être écrit, sauf celui visé au paragraphe 1°.

1997, c. 75, a. 19.

À jour 1^{er} août 2012.

ANNEXE H : LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ (L.R.Q., chapitre P-39.1)

ARTICLE PERTINENT

18. Une personne qui exploite une entreprise peut, sans le consentement de la personne concernée, communiquer un renseignement personnel contenu dans un dossier qu'elle détient sur autrui:

1° à son procureur;

2° au directeur des poursuites criminelles et pénales si le renseignement est requis aux fins d'une poursuite pour infraction à une loi applicable au Québec;

3° à un organisme chargé en vertu de la loi de prévenir, détecter ou réprimer le crime ou les infractions aux lois, qui le requiert dans l'exercice de ses fonctions, si le renseignement est nécessaire pour la poursuite d'une infraction à une loi applicable au Québec;

4° à une personne à qui il est nécessaire de communiquer le renseignement dans le cadre d'une loi applicable au Québec ou pour l'application d'une convention collective;

5° à un organisme public au sens de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1) qui, par l'entremise d'un représentant, le recueille dans l'exercice de ses attributions ou la mise en oeuvre d'un programme dont il a la gestion;

6° à une personne ou à un organisme ayant pouvoir de contraindre à leur communication et qui les requiert dans l'exercice de ses fonctions;

7° à une personne à qui cette communication doit être faite en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée;

8° à une personne qui est autorisée à utiliser ce renseignement à des fins d'étude, de recherche ou de statistique conformément à l'article 21 ou à une personne qui est autorisée conformément à l'article 21.1;

9° à une personne qui, en vertu de la loi, peut recouvrer des créances pour autrui et qui le requiert à cette fin dans l'exercice de ses fonctions;

9.1° à une personne si le renseignement est nécessaire aux fins de recouvrer une créance de l'entreprise;

10° à une personne conformément à l'article 22 s'il s'agit d'une liste nominative.

La personne qui exploite une entreprise doit inscrire toute communication faite en vertu des paragraphes 6° à 10° du premier alinéa. Cette inscription fait partie du dossier.

ANNEXE I : LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (L.R.Q., CHAPITRE P-34.1)**ARTICLES PERTINENTS****CHAPITRE IV**

INTERVENTION SOCIALE

SECTION I

SÉCURITÉ ET DÉVELOPPEMENT D'UN ENFANT

38. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

On entend par:

a) abandon: lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en n'assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne;

b) négligence:

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux:

i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;

ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement appropriés ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°;

c) mauvais traitements psychologiques: lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de

l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

d) abus sexuels:

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

e) abus physiques:

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14.

38.1. La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;

b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison;

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

1984, c. 4, a. 18; 1992, c. 21, a. 221; 1994, c. 35, a. 24.

38.2. Toute décision visant à déterminer si un signalement doit être retenu pour évaluation ou si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis doit notamment prendre en considération les facteurs suivants:

- a)* la nature, la gravité, la chronicité et la fréquence des faits signalés;
- b)* l'âge et les caractéristiques personnelles de l'enfant;
- c)* la capacité et la volonté des parents de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant;
- d)* les ressources du milieu pour venir en aide à l'enfant et à ses parents.

2006, c. 34, a. 15.

39. Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout enseignant, à toute personne oeuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes *d* et *e* du deuxième alinéa de l'article 38 est tenue de signaler sans délai la situation au directeur.

Toute personne autre qu'une personne visée au premier alinéa qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes *a*, *b*, *c* ou *f* du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, peut signaler la situation au directeur.

Les premier et deuxième alinéas s'appliquent même à ceux liés par le secret professionnel, sauf à l'avocat qui, dans l'exercice de sa profession, reçoit des informations concernant une situation visée à l'article 38 ou 38.1.

1977, c. 20, a. 39; 1981, c. 2, a. 9; 1984, c. 4, a. 19; 1994, c. 35, a. 25; 2006, c. 34, a. 16.

39.1. Toute personne qui a l'obligation de signaler une situation d'abus physiques ou d'abus sexuels en vertu de l'article 39 doit le faire sans égard aux moyens qui peuvent être pris par les parents pour mettre fin à la situation.

2006, c. 34, a. 17.

À jour 1^{er} août 2012

ANNEXE J : LOI SUR LES SAGES-FEMMES (L.R.Q., CHAPITRE S-0.1)**ARTICLES PERTINENTS****SECTION III****EXERCICE DE LA PROFESSION**

6. Constitue l'exercice de la profession de sage-femme tout acte ayant pour objet, lorsque tout se déroule normalement, de donner à une femme les soins et les services professionnels requis pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de donner à une femme et à son enfant les soins et les services professionnels requis durant les six premières semaines de la période postnatale. Ces soins et services professionnels consistent :

1° à surveiller et à évaluer la grossesse, le travail, l'accouchement et, durant les six premières semaines, la période postnatale par l'application de mesures préventives et par le dépistage de conditions anormales chez la femme ou son enfant ;

2° à pratiquer l'accouchement spontané;

3° à pratiquer une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier ou du deuxième degré du périnée.

Constitue également l'exercice de la profession de sage-femme, en cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci, le fait d'appliquer la ventouse, de pratiquer l'accouchement en présentation du siège, de pratiquer l'extraction manuelle du placenta suivie de la révision utérine manuelle ou de procéder à la réanimation de la femme ou du nouveau-né.

1999, c. 24, a. 6.

7. Agit dans l'exercice de sa profession, la sage-femme qui :

1° conseille et informe les parents sur la préparation à leur rôle, sur la planification des naissances, sur la contraception, sur la préparation à l'accouchement et à l'allaitement, sur les soins usuels à donner à l'enfant jusqu'à l'âge d'un an, notamment concernant l'alimentation, l'hygiène et la prévention des accidents, et sur les ressources offertes dans la communauté;

2° conseille et informe le public sur l'éducation sanitaire en périnatalité.

1999, c. 24, a. 7.

8. Aux fins de donner les soins et les services professionnels visés à l'article 6, une sage-femme peut prescrire ou administrer un médicament mentionné dans la liste établie par règlement en vertu du premier alinéa de l'article 9, suivant les conditions fixées, le cas échéant, dans ce règlement.

Aux mêmes fins, une sage-femme peut prescrire, effectuer ou interpréter un examen ou une analyse mentionné dans la liste établie par règlement en vertu du deuxième alinéa de l'article 9, suivant les conditions fixées, le cas échéant, dans ce règlement.

À jour 1^{er} août 2012.

**ANNEXE K : RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS D'INSCRIPTION D'UN
TECHNICIEN AMBULANCIER AU REGISTRE NATIONAL DE LA MAIN-D'ŒUVRE
(RRQ CHAPITRE S-6.2, R. 1)**

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence
(L.R.Q., c. S-6.2, a. 64)

SECTION I
CONDITIONS D'INSCRIPTION

1. Pour être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre constitué par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu du paragraphe 10 du deuxième alinéa de l'article 3 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2), un technicien ambulancier doit remplir l'une ou l'autre des conditions suivantes:

1° être titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins préhospitaliers d'urgence ou d'une attestation d'études collégiales (AEC) en techniques ambulancières reconnue par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport;

2° avoir complété une formation reconnue équivalente par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence;

3° être titulaire d'un certificat ou d'une autre forme de reconnaissance professionnelle officielle, délivré au Canada, attestant qu'il est qualifié et autorisé à agir comme technicien ambulancier et reconnu à ce titre par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence;

4° être titulaire, le 9 juin 2011, d'une carte valide de technicien ambulancier délivrée par une agence ou par la Corporation d'Urgences-santé et, être, à cette date, également titulaire d'un emploi à ce titre auprès de la Corporation d'Urgences-santé ou d'un titulaire de permis d'exploitation de services d'ambulances;

5° être titulaire, le 9 juin 2011, d'une carte valide de technicien ambulancier délivrée par une agence ou par la Corporation d'Urgences-santé et, s'il n'est pas titulaire d'un emploi à ce titre auprès de la Corporation d'urgences-santé ou d'un titulaire de permis d'exploitation de services d'ambulances, transmettre sa demande d'inscription dans les 24 mois suivant cette date;

6° avoir déjà été, dans les 3 années précédant le 9 juin 2011, titulaire d'une carte valide de technicien ambulancier délivrée par une agence ou par la Corporation d'Urgences-santé, oeuvrer, à cette date, dans le domaine de la formation des techniciens ambulanciers, de l'assurance de la qualité ou de la gestion des services préhospitaliers et transmettre sa demande d'inscription dans les 24 mois suivant cette date.

Un technicien ambulancier doit également être titulaire d'un permis de conduire valide, autre qu'un permis probatoire qui, conformément au Code de la sécurité routière (L.R.Q., c. C-24.2), l'autorise à conduire un véhicule d'urgence au Québec.

Le deuxième alinéa ne s'applique pas au technicien ambulancier qui remplit une des conditions prévues aux paragraphes 4, 5 ou 6 du premier alinéa.

D. 507-2011, a. 1.

2. De plus, un technicien ambulancier qui remplit la condition prévue aux paragraphes 1 ou 2 du premier alinéa de l'article 1 doit, dans les délais prévus à l'article 6, avoir suivi et réussi le programme national d'intégration clinique établi par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence.

D. 507-2011, a. 2.

3. Un technicien ambulancier s'inscrit au registre national de la main d'oeuvre en soumettant sa demande au ministre, au moyen du formulaire prescrit par celui-ci.

Le formulaire d'inscription doit être signé par le technicien ambulancier et transmis au ministre accompagné des documents démontrant qu'il satisfait aux conditions prévues à l'article 1 de même que d'une déclaration attestant la véracité des renseignements qu'il contient.

Le technicien ambulancier qui remplit la condition prévue au paragraphe 4 du premier alinéa de l'article 1 n'est pas soumis au présent article conformément à l'article 170 de la Loi.

D. 507-2011, a. 3.

4. La demande d'inscription au registre national de la main d'oeuvre est réputée avoir été transmise au ministre à la date de réception par lui du formulaire dûment complété et accompagné des documents exigés. Elle est alors enregistrée et analysée.

D. 507-2011, a. 4.

5. Le technicien ambulancier visé à l'article 2 qui satisfait aux exigences de l'article 3 est admis au programme national d'intégration clinique établi afin de veiller à l'application et à l'utilisation des normes prévues au paragraphe 1 du premier alinéa de l'article 6 de la Loi.

D. 507-2011, a. 5.

6. Un technicien ambulancier qui suit le programme national d'intégration clinique doit l'avoir réussi dans les délais suivants:

a) dans les 2 ans à compter de la date d'obtention du diplôme ou de l'attestation, s'il est visé par le paragraphe 1 du premier alinéa de l'article 1; ou

b) dans les 2 ans à compter de la date à laquelle le directeur médical national a reconnu comme étant équivalente sa formation, s'il est visé par le paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 1.

D. 507-2011, a. 6.

7. La demande d'inscription au registre national de la main d'oeuvre est déclarée recevable lorsqu'elle satisfait à toutes les dispositions du présent règlement.

D. 507-2011, a. 7.

8. Un technicien ambulancier dont la demande d'inscription est recevable est inscrit au registre national de la main d'oeuvre.

D. 507-2011, a. 8.

SECTION II

CARTE DE STATUT DE TECHNICIEN AMBULANCIER

9. Dès son inscription au registre national de la main d'oeuvre, un technicien ambulancier obtient une carte de statut de technicien ambulancier qui lui permet d'exercer, sous réserve de l'article 13, ses activités professionnelles sur tout le territoire québécois.

D. 507-2011, a. 9.

SECTION III

MAINTIEN DE L'INSCRIPTION

10. Pour maintenir son inscription au registre national de la main d'oeuvre, un technicien ambulancier doit, à l'intérieur d'une période de 4 ans, suivre la totalité des activités obligatoires de formation continue qui, en application du paragraphe 2 du premier alinéa de l'article 6 de la Loi, sont établies par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence et dispensées par ou sous la responsabilité de la Corporation d'urgences-santé ou d'une agence de la santé et des services sociaux du territoire où il exerce.

Il doit de plus se soumettre, lorsque requis, à l'évaluation de ses compétences, suivant le processus établi.

D. 507-2011, a. 10.

11. Les activités de formation continue permettent le maintien, la mise à jour et le rehaussement des compétences du technicien ambulancier et elles portent principalement sur les protocoles d'intervention clinique, les interventions sociosanitaires, les urgences traumatiques ainsi que sur les lois et règlements qui régissent les services préhospitaliers d'urgence.

Ces activités de formation continue se composent:

- 1° de formation pratique ou théorique;
- 2° de séminaires ou colloques scientifiques;
- 3° de stages;
- 4° de travaux de recherche.

Elles sont reconnues avoir été suivies lorsqu'un technicien ambulancier reçoit une attestation de participation ou qu'il réussit, selon les modalités prévues, soit l'évaluation pratique, soit l'examen oral ou écrit.

D. 507-2011, a. 11.

12. Un technicien ambulancier qui, en raison d'un empêchement majeur, ne peut suivre la totalité des activités obligatoires de formation continue dans le délai prévu à l'article 10 doit en aviser par écrit le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence concerné et lui fournir tout document justifiant son incapacité.

Après analyse, le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence concerné accorde, s'il y a lieu, au technicien ambulancier un délai additionnel équivalent à la durée de son absence.

D. 507-2011, a. 12.

13. L'évaluation des compétences d'un technicien ambulancier visé à l'article 10 peut être requise par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence selon les politiques établies par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, notamment dans les cas suivants:

- 1° il n'a, pour quelque motif que ce soit et pendant une période de plus de 4 mois, effectué aucune activité clinique à titre de technicien ambulancier;

2° sa compétence clinique à exercer des interventions particulières auprès d'un usager a été évaluée inférieure au niveau de compétence minimal requis en matière de qualité de soins préhospitaliers d'urgence.

D. 507-2011, a. 13.

À jour 1^{er} août 2012

ANNEXE L : POLITIQUE PROVINCIALE DE SUSPENSION DE PRIVILÈGES CLINIQUES – TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS



SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES
Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers
Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

PROCÉDURE PROVINCIALE DE SUSPENSION DE PRIVILÈGES CLINIQUES

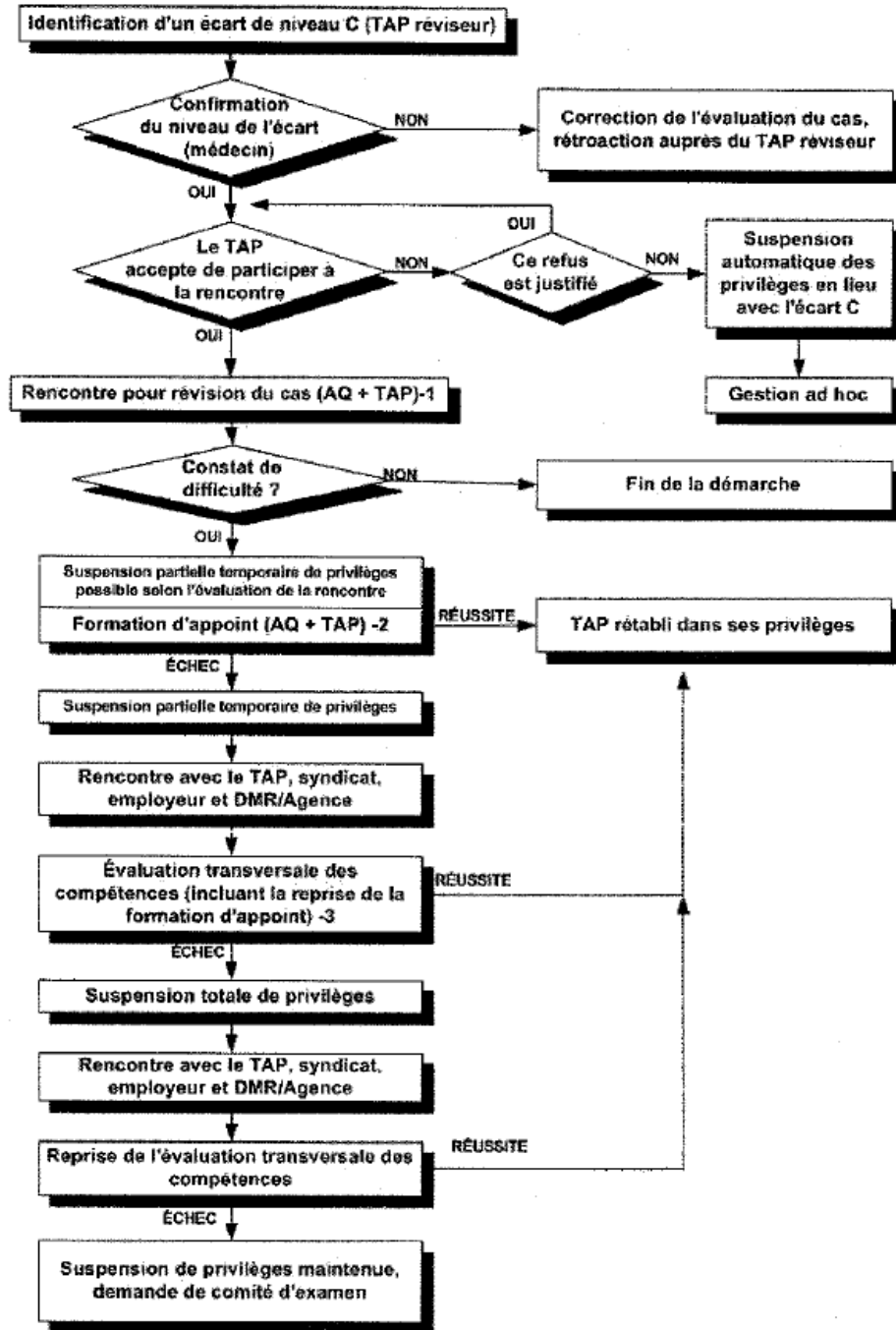
Préambule :

L'harmonisation provinciale de la formation continue des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et la mise en vigueur prochaine du Registre national de la main-d'œuvre requièrent une harmonisation des processus et procédures dans le programme national d'amélioration de la qualité. Cette harmonisation est d'autant plus nécessaire lorsqu'un directeur médical régional (DMR) suspend les privilèges cliniques d'un TAP, que ce soit de façon partielle ou complète. Il est à noter que ces situations sont plutôt exceptionnelles considérant que le taux d'écart de niveau C étant de moins de 1 % et que la plupart des TAP impliqués recouvrent leur pleine pratique après une ou deux évaluations formatives subséquentes.

La suspension de privilèges cliniques est une mesure d'exception, applicable par le DMR des services préhospitaliers d'urgence lors d'une situation particulière, lorsqu'il évalue que le TAP ne démontre pas la capacité à prodiguer des soins assurant un niveau requis de qualité. La suspension de privilèges a donc pour objectif fondamental la protection du public.

Lorsque le Registre national de la main-d'oeuvre sera en vigueur, la radiation temporaire ou permanente des TAP ne pourra être appliquée que par le directeur médical national à la suite de la décision du comité d'examen prévu à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., chapitre S-6.2).

Le diagramme suivant explique le déroulement des étapes prescrites lors de situations identifiées comme dérogations de niveau C au suivi de la qualité des interventions.





SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES

Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers

Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Notes explicatives de l'algorithme touchant la procédure de retrait de privilèges

1. La « **rencontre** » **initiale** peut avoir lieu de façon virtuelle ou sur place ; un membre de l'équipe de l'AQ peut être délégué par le DMR pour le représenter. Selon les circonstances, la « rencontre » initiale peut être jumelée à la « formation d'appoint ».

2. La **formation d'appoint** et l'**évaluation afférente ne peuvent porter que** sur le ou les éléments identifiés comme étant sous-optimaux lors de la rencontre initiale. À tout moment dans le processus, lorsque le TAP démontre avoir atteint les objectifs requis de performance clinique, ses privilèges cliniques complets lui sont restitués.

De façon très exceptionnelle, une suspension de privilèges cliniques peut être appliquée par le DMR (L.R.Q., chapitre S-6.2, articles 16 et 68) lorsqu'à la suite de la révision d'un cas, ce dernier juge que le TAP ne peut effectuer ses tâches de façon sécuritaire pour les personnes dont il a la responsabilité.

3. **Évaluation transversale**

L'évaluation « transversale » inclut une évaluation des compétences cliniques qui dépasse le cadre de la ou des dérogations initialement identifiées. Cette approche est requise lorsqu'à la lumière de l'évaluation initiale, des lacunes importantes touchant d'autres sphères de pratique sont identifiées. Le DMR alors évaluera les volets suivants :

- Application des PICTA, particulièrement de l'appréciation de l'état clinique (protocole APP) ;
- Ensemble du programme d'administration des médicaments ;
- Programme C-MDSA ;
- Traumatologie ;
- Triage.

Page 3 sur 4

Mise en vigueur : 2009-04-17



SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES
Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers
Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

L'évaluation transversale est réputée échouée si, **en plus** du volet problématique déjà évalué à la suite d'un écart C (2^e échec), la section PICTA-Appréciation de l'état clinique **ou** deux autres sections sont échouées.

Si le TAP, lors de l'évaluation transversale, n'échoue que la formation initialement échouée, il reprend ses activités en tant que TAP, mais avec une suspension partielle temporaire des privilèges reliés à cette pratique précise.

L'objectif des rencontres TAP-Syndicat-employeur et DMR/Agence est d'établir un plan de support/formation au TAP lui permettant la poursuite du processus d'évaluation de la performance après le 2^e échec. Ces rencontres permettront la définition des conditions à respecter pour la tenue de la troisième (et dernière) évaluation. Advenant un échec de cette troisième évaluation, une suspension complète des privilèges cliniques est alors faite et la situation du TAP référée à la direction médicale nationale afin que le comité d'examen national puisse être saisi du problème.

Il est à noter que la direction médicale nationale doit être avisée de tous les cas d'échec de l'évaluation transversale amenant une suspension complète de privilèges de pratique du TAP évalué.

ANNEXE M : RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LES LABORATOIRES MÉDICAUX, LA CONSERVATION DES ORGANES ET DES TISSUS ET LA DISPOSITION DES CADAVRES (RRQ CHAPITRE L-0.2, R. 1)

**Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres
(L.R.Q., c. L-0.2, a. 69)**

**Loi sur la santé publique
(L.R.Q., c. S-2.2, a. 44)**

ARTICLES PERTINENTS

CHAPITRE III

CONDITIONS DE PRÉPARATION, D'EMBAUMEMENT, DE CRÉMATION OU D'INCINÉRATION DES DÉFUNTS, LES PERSONNES POUVANT EFFECTUER CES OPÉRATIONS ET LES ENDROITS OÙ ELLES PEUVENT ÊTRE CONDUITES

Dispositions générales

42. Un directeur de funérailles ou un embaumeur qui prend possession d'un cadavre humain contenant possiblement des radio-isotopes doit prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger les membres de son personnel appelés à manipuler le cadavre et doit faire en sorte d'éliminer toute source radioactive.

Toute source scellée de radioactivité doit être retirée d'un cadavre avant son embaumement ou crémation.

R.R.Q., 1981, c. P-35, r. 1, a. 42.

43. Aucune photographie d'un cadavre humain ne peut être prise, sauf sous autorité du ministère de la Justice ou avec le consentement écrit du conjoint de la personne ou de l'un de ses plus proches parents.

ANNEXE N : POLITIQUE PROVINCIALE DE RETOUR AUX ACTIVITÉS CLINIQUES ET DE RÉINTÉGRATION POUR LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS LORS D'UNE ABSENCE DE CONTACT CLINIQUE DE PLUS DE QUATRE MOIS



SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES
 Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
 Ministère de la Santé et des Services sociaux

POLITIQUE PROVINCIALE DE RETOUR AUX ACTIVITÉS CLINIQUES ET DE RÉINTÉGRATION POUR LES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS LORS D'UNE ABSENCE DE CONTACT CLINIQUE DE PLUS DE QUATRE MOIS

1. CHAMP D'APPLICATION

Cette politique s'adresse aux agences de la santé et des services sociaux, à la Corporation d'urgences-santé et aux titulaires de permis et aux techniciens ambulanciers paramédics (TAP). Elle décrit les démarches formatives et évaluatives nécessaires à la réintégration d'un TAP à la pratique clinique lors d'une absence d'activités cliniques supérieure à quatre mois.

Elle vise les techniciens ambulanciers paramédics inscrits au Registre national. Ainsi, qu'il s'agisse d'un TAP qui désire réintégrer son milieu de travail suivant une période d'absence supérieure à quatre mois ou encore d'un TAP qui, plus de quatre mois après avoir obtenu son diplôme, désire accéder pour la première fois au marché du travail, la politique s'applique. Cette politique s'applique également aux candidats ayant reçu une reconnaissance en vertu de l'accord de la mobilité de la main-d'œuvre (ACI).

2. LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA FORMATION DE RETOUR

Aux fins de bonne compréhension, notons que :

- Le terme de référence employé pour qualifier l'ensemble des activités de formation et d'évaluation requises dans ce contexte sera celui de « Formation de retour¹ »;

¹ Pour le cadre de cette politique, le terme « Formation de retour » fait référence sans distinction aux formations de rehaussement des compétences, de maintien des compétences (formations obligatoires provinciales et régionales ainsi que formations d'appoint) et aux évaluations liées à ces formations.

SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES
Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

- L'absence d'activités cliniques inclut toute période dépassant quatre mois où un TAP n'effectue aucune tâche clinique impliquant une prise en charge d'une personne recevant des soins préhospitaliers d'urgence. Cette notion inclut l'arrêt de travail aux fins de maladie, d'accident, de grossesse, d'études, de libération ou tout autre motif (arrêt lié au transfert d'une autre province canadienne ou pays étranger) ou l'absence d'activités cliniques suite à un délai d'accès au milieu de travail (suivant l'obtention d'un diplôme) empêchant un TAP de pratiquer les fonctions cliniques qui lui sont normalement attribuées.

En vertu du *Règlement sur les conditions d'inscription d'un technicien ambulancier au Registre national de la main-d'œuvre*, un TAP doit, pour maintenir son inscription au Registre national de la main-d'œuvre, suivre la totalité des activités obligatoires de formation continue établies par le directeur médical national et dispensées par ou sous la responsabilité de la Corporation d'urgences-santé ou d'une agence de la santé et des services sociaux du territoire où il exerce. Il doit également se soumettre à l'évaluation de ses compétences lorsque cela est requis.

De ce fait, tous les TAP dont l'absence a duré plus de quatre mois devront suivre et réussir toutes les activités de formation provinciales et régionales prévues au plan triennal de formation continue du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et dispensées pendant la période d'absence par l'agence d'appartenance.

De plus, selon la durée de l'absence d'activité clinique, le TAP peut être tenu de se soumettre à l'évaluation de ses compétences en matière de réanimation et administration de médicaments, à celle concernant l'ensemble des PICTA, traumatologie et triage et, dans certains cas, effectuer un stage d'accompagnement.

Ceci dit, dans le cas du TAP qui n'a effectué aucune activité clinique depuis plus de quatre mois, mais qui, durant cette période, a maintenu une exposition clinique pertinente, la forme de l'évaluation de ses compétences peut être modulée, sur une base individuelle par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence.

SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES
Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

3. FORMATIONS ET ÉVALUATIONS REQUISES À LA SUITE D'UNE ABSENCE D'ACTIVITÉ CLINIQUE SUPÉRIEURE À QUATRE MOIS :

« FORMATION DE RETOUR » REQUISE LORS D'UN RETOUR AUX ACTIVITÉS CLINIQUES »

I. ABSENCE D'ACTIVITÉ CLINIQUE DE PLUS DE QUATRE MOIS ET JUSQU'À DOUZE MOIS (> 4 mois et < 12 mois)

- Toute formation obligatoire² dispensée pendant la période d'absence;
- Évaluation et maintien des compétences : réanimation et administration de médicaments^A.

II. ABSENCE D'ACTIVITÉ CLINIQUE DE DOUZE MOIS ET JUSQU'À VINGT-QUATRE MOIS³ (≥12 mois et <24 mois)

- Toute formation obligatoire dispensée durant la période d'absence;
- Évaluation et maintien des compétences : réanimation et administration de médicaments^A;
- Évaluation et maintien des compétences : ensemble des PICTA, traumatologie et triage^A.

III. ABSENCE D'ACTIVITÉ CLINIQUE DE VINGT-QUATRE MOIS ET JUSQU'À QUARANTE-HUIT MOIS (≥24 mois et <48 mois)

- Toute formation obligatoire dispensée durant la période d'absence;

² La formation obligatoire fait référence aux formations provinciales et régionales prévues au plan triennal de formation continue du MSSS et dispensée dans la période par l'Agence d'appartenance (32 heures/année).

³ Les absences d'exposition clinique d'un an (365 jours) doivent être traitées selon la présente section.

SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES
Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

- Évaluation et maintien des compétences : réanimation et administration de médicaments^A;
- Évaluation et maintien des compétences : ensemble des PICTA, traumatologie et triage^A;
- Stage d'accompagnement par un formateur de l'Agence/Corporation d'urgences-santé sur la route (minimum huit heures)^B.

IV. ABSENCE D'ACTIVITÉ CLINIQUE DE PLUS DE QUARANTE-HUIT MOIS

- Une formation adaptée selon les recommandations du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence (SPU) qui inclut minimalement tous les éléments notés au point III recommandations qui devront être déposées au directeur médical national des SPU.

NOTES :

- A. La durée maximale de la formation de maintien des compétences et de l'évaluation est de quatre heures. Elle peut être intégrée aux journées de formation obligatoire manquantes. L'évaluation peut mener, par contre, à une recommandation du directeur médical régional des SPU d'une formation supplémentaire de rehaussement, de maintien des compétences et d'une évaluation supplémentaire.
- B. Le nombre d'heures d'accompagnement peut être modulé à la hausse par le directeur médical régional des SPU à la suite des observations du formateur au cours du stage d'accompagnement.
- C. La « Formation de retour » est réputée être « obligatoire (non optionnelle) » en vertu de la convention collective.

RÉINTÉGRATION

Lors de toute démarche de réintégration clinique répondant à la présente politique, il est souhaitable que la « Formation de retour » soit dispensée avant le retour aux activités cliniques ou au tout début de celui-ci. Lors de situations exceptionnelles où celle-ci ne pourrait être dispensée avant le retour au travail clinique, les règles suivantes devront être appliquées après approbation du directeur médical régional :

SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES
Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

- *ABSENCE D'ACTIVITÉ CLINIQUE DE PLUS DE QUATRE MOIS ET JUSQU'À DOUZE MOIS (> 4 mois et < 12 mois)*

Lors du retour au travail après une absence d'une durée entre quatre et douze mois, le TAP peut reprendre immédiatement le travail clinique, mais doit agir comme TAP # 2 jusqu'au moment où la « Formation de retour » ait été suivie et réussie.

- *ABSENCE D'ACTIVITÉ CLINIQUE DE DOUZE MOIS OU PLUS⁴ (≥12 mois)*

Le TAP NE peut PAS reprendre le travail CLINIQUE (ne peut agir ni comme TAP #1 ni comme TAP #2),⁴ et ce, tant qu'il n'a pas suivi et réussi la « Formation de retour » et, le cas échéant, que les éventuelles dérogations cliniques en suspens lors de la période d'absence d'activités cliniques aient été traitées de façon à satisfaire les normes minimales de qualité de pratique en vigueur.

APPLICATION ADMINISTRATIVE

Lorsqu'il s'agit d'un retour au travail⁵, il est admis que de façon générale, le TAP doit être rémunéré dès la première journée d'un retour au travail, qu'il soit réintégré au travail clinique de façon immédiate ou non, l'entreprise ambulancière et l'Agence impliquées doivent collaborer étroitement afin d'assurer que la formation de retour soit disponible et dispensée le plus rapidement possible lors du retour au travail.

⁴ Les absences d'exposition clinique d'un an (365 jours) doivent être traitées selon la présente section.

⁵ Selon le statut d'emploi de la personne visée, il est possible que l'Agence n'ait pas à défrayer les coûts de salaire du TAP et les coûts de la formation pour les activités de formation de retour requises.

SERVICES AMBULANCIERS – MANUEL DES POLITIQUES ADMINISTRATIVES
Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lorsqu'il s'agit d'un retour au travail selon une date prévue à l'avance (congé sans solde, congé de maternité, etc.), l'entreprise doit aviser l'Agence du retour de la personne visée deux semaines avant la date prévue. Lorsqu'il s'agit d'un retour d'arrêt alors que la date de retour n'est pas connue à l'avance, l'entreprise doit aviser l'Agence lorsqu'un retour d'un arrêt prolongé est prévisible, même s'il n'est pas encore confirmé, et ce, pour permettre à l'Agence de planifier la formation. L'entreprise doit à nouveau aviser l'Agence dès qu'elle peut confirmer la date du retour.

Lorsque la **confirmation du retour** au travail a été transmise par l'entreprise ambulancière à l'Agence **plus de cinq jours ouvrables** avant celui-ci, et que la formation n'a pu être dispensée lors des premières journées du retour au travail, l'Agence sera responsable de rembourser l'entreprise ambulancière pour la perte de salaire réellement encourue par le TAP (rectifiables en fin de période).

Lorsque la **confirmation du retour** au travail a été transmise **moins de cinq jours ouvrables** avant le retour au travail, l'Agence tentera d'organiser les formations à partir de la première journée de la date de retour au travail, mais lorsque celle-ci est dans l'impossibilité de répondre à cette demande, la perte de salaire réellement encourue par le TAP sera défrayée par l'entreprise ambulancière jusqu'à un maximum de cinq jours.

ANNEXE O : ARTICLE 27 DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES**27.07 Procédure en cas d'échec**

a) Lors d'un refus de se présenter à une formation obligatoire, la procédure suivante s'applique :

1. Suivant la connaissance du refus du paramédic de se présenter à la formation, l'employeur, en présence de l'Agence, rencontre la personne salariée avec un représentant du syndicat afin de recueillir les motifs du refus et de s'assurer que l'absence au cours ne soit pas due à la maladie, à sa période de vacances ou au fait qu'elle ne puisse être libérée de son emploi chez un autre employeur du réseau ambulancier et de prendre les mesures pour la reprise de la formation en cause. Ce refus sera considéré comme un premier échec.

b) Lors d'un premier échec à une formation obligatoire, la procédure suivante s'applique :

1. Suivant la transmission de l'évaluation, l'employeur, en présence de l'Agence, rencontre la personne salariée afin de lui communiquer le ou les éléments échoués et pour prendre les mesures pour la reprise de la formation en cause. Il n'y a aucune mesure à l'exception de celle touchant la pratique visée, et ce, à la demande du directeur médical régional.
2. Dans un délai entendu et à l'intérieur d'une période d'un mois, à l'exception de la période estivale et des Fêtes, l'Agence fait reprendre la formation et l'examen sur le ou les éléments échoués.

c) Lors d'un deuxième échec, la procédure suivante s'applique :

1. Suivant la transmission de l'échec, l'employeur, en présence de l'Agence, rencontre la personne salariée avec un représentant du syndicat pour lui communiquer le ou les éléments échoués.
2. L'Agence élabore un plan adapté de formation portant sur le ou les éléments échoués.
3. Dans un délai entendu suivant la rencontre, l'Agence fait reprendre le ou les examens.

4. Durant cette période, le directeur médical régional pourra, selon son évaluation, retirer certains privilèges de pratique à la personne salariée.

d) Lors d'un troisième échec, la procédure suivante s'applique :

1. Suivant la transmission de l'échec, l'employeur, en présence de l'Agence, rencontre la personne salariée avec un représentant du syndicat pour lui communiquer le ou les éléments échoués.
2. À compter de la transmission de l'échec, la personne salariée est suspendue de ses fonctions sans solde.
3. Son dossier est transmis au comité d'examen national avec les recommandations de l'Agence, pour évaluation.
4. Dans l'intervalle de la mise en place du comité d'examen national sur la formation le dossier est transmis dans les quinze (15) jours suivant la transmission de l'échec au comité provincial prévu à l'annexe A qui doit rendre une décision dans les trente (30) jours suivants.

27.08 Comité d'examen national sur la formation

Un comité d'examen national sur la formation est institué et composé des personnes prévues à la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. Suite à la décision du comité, le paramédic peut se prévaloir des recours prévus à la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*.

280912