



RÈGLES DU PERSONNEL MÉDICAL

Approuvées par le Conseil d'administration le 19 juin 2017

Tables des matières

Contenu

Introduction.....	5
1. Conflit avec les règlements administratifs	5
2. Divisibilité.....	5
3. Procédures de réunion	5
3.1 Avis de réunion régulière	5
3.2 Réunions spéciales.....	5
3.3 Ordre du jour des réunions	6
3.4 Participation à distance.....	7
3.5 Assiduité aux réunions.....	7
3.6 Quorum	7
3.7 Vote	7
3.8 Preuve de vote	8
3.9 Procès-verbaux.....	8
4. Comité médical consultatif (CMC).....	8
4.1 Composition du CMC.....	8
4.2 Processus de sélection et nomination des membres du CMC.....	9
5. Comité médical consultatif local (CMCL).....	9
5.1 Composition du CMCL.....	9
5.2 Processus de sélection des membres du CMCL	9
5.3 Fonctions du CMCL.....	10
5.4 Comités du CMCL	11
6. Médecin-chef local	11
6.1 Nomination du médecin-chef local	11
6.2 Mandat du médecin-chef local	11
6.3 Fonctions du médecin-chef local.....	11
7. Comité d'examen des titres (CET)	12
7.1 Mandat du CET	12
7.2 Composition du CET.....	12
7.3 Réunions.....	13
8. Programmes	13

9.	Départements/divisions/services et groupes cliniques	13
9.1	Processus de sélection et de nomination du chef de département.....	13
9.2	Fonctions du chef de département	13
9.3	Divisions	14
9.4	Fonctions du chef de division	14
9.5	Processus de sélection et de nomination du chef des groupes cliniques	15
9.6	Tâches administratives	16
9.7	Réunions des départements/divisions/services	16
9.8	Règles des départements/divisions/services	16
9.9	Formulaire des exigences minimales	17
9.9.1	Formation médicale continue	18
9.9.1.1	Crédits – Médecins de famille	18
9.9.1.2	Crédits – Médecins spécialistes	18
9.9.1.3	Crédits – Dentistes	18
9.9.1.4	Absence prolongée justifiée	18
10.	Catégories de personnel médical	18
10.1	Personnel médical actif et associé	18
10.2	Membres suppléants (locums)	19
10.2.1	Orientation	19
10.3	Personnel médical invité.....	19
10.4	Apprenants en médecine (étudiants, externes, résidents)	19
10.5	Patients au Programme extra-mural (PEM)	19
11.	Nomination et de renomination.....	20
11.1	Nomination et renomination d'un médecin avec charge d'enseignement.....	20
11.2	Refus, réduction ou suspension de privilèges.....	20
12.	Absence autorisée.....	21
13.	Structure de l'organisation du personnel médical (OPM)	21
14.	Organisation du personnel médical locale (OPML)	21
14.1	Composition du comité exécutif de l'OPML	21
14.2	Comité de mise en candidature	21
14.3	Autres nominations	22
14.4	Durée du mandat des membres du comité exécutif de l'OPML	22
14.5	Réunions de l'OPML	22
14.6	Autres comités de l'OPML	22

14.7	Fonctions du comité exécutif de l'OPML.....	22
14.8	Réunions du comité exécutif de l'OPML	22
14.9	Modification du statut d'une OPML	22
15.	Procédures des réunions de l'OPM et de l'OPML	23
15.1	Quorum aux réunions de l'OPM et de l'OPML	23
15.2	Adoption de résolutions à l'OPM et à l'OPML	23
16.	Fonctions des dirigeants de l'OPML.....	23
16.1	Fonctions du président de l'OPML	23
16.2	Fonctions du vice-président de l'OPML	23
16.3	Fonctions du secrétaire de l'OPML	23
16.4	Fonctions du trésorier de l'OPML.....	23
17.	Réunions de l'OPML	24
17.1	Ordre du jour des réunions de l'OPML.....	24
17.2	Assemblée générale annuelle de l'OPML	24
17.3	Ordre du jour de l'AGA de l'OPML	24
17.4	Réunions spéciales de l'OPML	24
18.	Honoraires du président de l'OPML	25
19.	Cotisation obligatoire.....	25

Introduction

Tous les termes employés dans les présentes règles ont la même signification que ceux retrouvés dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* et dans les règlements administratifs.

Dans les présentes règles, à moins que le contexte ne l'exige :

- « CET » désigne le Comité d'examen des titres
- « CHUDGLD » désigne le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
- « FMC » désigne la formation médicale continue
- « PPC » désigne le perfectionnement professionnel continu
- « M-M » désigne morbidités et mortalités
- « PEM » désigne le programme extra-mural
- « POR » désigne la pratique organisationnelle requise
- « PRSA » désigne le plan régional de santé et d'affaires
- « Université » désigne l'Université de Sherbrooke
- « Réseau » désigne le Réseau de santé Vitalité

Un exemplaire des présentes règles doit être mis à la disposition du public dans les deux langues officielles, pendant les heures normales de bureau.

1. Conflit avec les règlements administratifs

S'il devait y avoir un conflit entre les présentes règles et les règlements administratifs, les règlements administratifs doivent avoir préséance.

2. Divisibilité

Si l'une des dispositions des présentes règles devait, pour quelque raison que ce soit, être déclarée invalide, illégale ou non exécutoire par un tribunal compétent, cette invalidité, illégalité ou non-applicabilité n'aura aucune incidence sur toute autre disposition ci-contre, et les présentes règles devront être interprétées comme si une telle disposition invalide, illégale ou non-exécutoire n'avait jamais fait partie de la présente.

3. Procédures de réunion

Le présent article s'applique aux réunions du CMC, du CMCL, du CET, des groupes cliniques, des départements/divisions/services ainsi que leurs comités respectifs. Aux fins du présent article, le terme « comité » réfère à tous ces comités, sauf indications contraires.

La conduite de toute réunion doit être réglée par le président de réunion en vertu des règlements administratifs, des présentes règles ou du code Morin, Procédures des assemblées délibérantes.

3.1 Avis de réunion régulière

Le calendrier des réunions du comité doit être établi et communiqué, dans un délai raisonnable, aux membres pour une période d'un an à l'avance.

Tout avis de réunion peut être communiqué par voie électronique, ou selon les modalités que le comité peut déterminer de temps à autre.

Sujet à l'article 3.3 des présentes règles, le président du comité est responsable d'établir l'ordre du jour.

3.2 Réunions spéciales

Les réunions spéciales se tiennent au besoin, à la demande du président du comité.

3.3 Ordre du jour des réunions

- a) Ouverture ;
- b) Adoption du procès-verbal de la réunion précédente ;
- c) Affaires découlant du procès-verbal ;

d) Points permanents pour les départements :

S'il s'agit d'un département régional :

- d.1 Élaboration et suivi du plan de qualité :
 - Revues M-M
 - Audits de révision de la qualité de l'acte médical
 - Mise en œuvre des meilleures pratiques
 - Élaboration des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et le suivi de près de ces indicateurs
 - Recommandation des initiatives d'amélioration de la qualité

S'il s'agit d'un département local :

- d.1 Élaboration et suivi du plan de qualité :
 - Revues M-M
 - Audits de révision de la qualité de l'acte médical
 - Mise en œuvre des meilleures pratiques
- d.2 Tableau de bord PRSA et Qualité (objectifs cliniques) – obstacles et réussites ;
- d.3 Suivi des POR ;
- d.4 Réception des rapports du CMCL et du CMC ;
- d.5 Réception des rapports du comité provincial de médicaments et thérapeutiques
- d.6 Activités de FMC ou de PPC ;
- d.7 Annuellement, procéder à la révision des attentes relativement aux comportements des médecins tel qu'il est prévu dans le [Guide de gestion des plaintes](#) et le [Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick](#) et les différentes politiques pertinentes au milieu du travail du Réseau de santé Vitalité ([Santé et sécurité au travail](#), [Harcèlement au travail](#), [Violence en milieu de travail](#));
- d.8 Tous les deux ans, procéder à la révision de la section du formulaire des exigences minimales pertinentes au département.

d) Points permanents pour les CMCL

- d.1 Plans qualités ;
 - Révision, approbation et suivi des plans qualité par département ;
 - Tableau de bord PRSA et Qualité (objectifs cliniques) – obstacles et réussites
 - Suivi des POR
 - Réception des rapports des départements
 - Réception et suivi des recommandations des rapports de gestion des incidents des départements
- d.2 Lecture des rapports du CMC ;
- d.3 Réception des rapports de la direction médicale et du PDG ;
- d.4 Privilèges et nominations ;
 - Nouvelles demandes

- Suivi et évaluations des membres associés
- Suivi et rappels des privilèges conditionnels
- Révision et approbation des formulaires d'exigences minimales
- Demande de changement ou de renouvellement de privilèges

d) Points permanents pour les groupes cliniques

- d.1 Élaboration des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et le suivi de près de ces indicateurs.
- d.2 Mise en œuvre des meilleures pratiques
- d.3 Recommandation d'initiatives d'amélioration de la qualité

e) Pour clôturer les réunions :

- Tableau des affaires en cours ;
- Affaires nouvelles ;
- Levée de la séance et date de la prochaine réunion.

3.4 Participation à distance

Lorsque la loi l'autorise, la participation aux réunions du comité peut se faire par téléphone ou par tout autre moyen de communication. Si une personne participe à une réunion conformément aux dispositions du présent article, elle est réputée être présente à la réunion.

3.5 Assiduité aux réunions

Les médecins actifs et les médecins associés doivent assister à un minimum de 50 p. 100 des réunions de leur OPML et réunions de département, division ou service, le cas échéant, entre le 1^{er} juillet et le 30 juin de chaque année, faute de quoi, ils peuvent être assujettis à une rétrogradation de leurs privilèges avec avis au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

L'absence à une réunion ne peut être justifiée que par une maladie grave, une urgence familiale ou un relais de garde qui ne permettent aucune participation sur place ou à distance. Un médecin est dispensé de participer aux réunions en cas d'absence prolongée justifiée (p. ex, congé de maternité, année sabbatique).

Toute circonstance exceptionnelle pouvant justifier une absence peut être examinée par le président de réunion.

3.6 Quorum

La majorité des membres qui ont droit de vote lors de la réunion (50 p. 100 plus un) doivent être présents pour constituer le quorum. L'atteinte du quorum est nécessaire pour procéder au vote.

Si le quorum n'est pas atteint, le président peut, à sa discrétion, tenir une réunion d'information. Il est recommandé de dresser le procès-verbal de cette réunion d'information.

3.7 Vote

Les questions nécessitant l'approbation des membres du comité doivent être adoptées par la majorité des membres ayant droit de vote qui sont présents à la réunion (50% plus un). Les membres d'office n'ont pas droit de vote. Le président de réunion ne doit pas voter, sauf en cas d'égalité. Les membres peuvent voter par « oui » ou « non », ou à main levée. Le vote par procuration n'est pas autorisé.

3.8 Preuve de vote

Une déclaration du président d'une réunion d'un comité établissant qu'une résolution a été prise et une indication à cet effet dans le procès-verbal constituent la preuve de la résolution, sans qu'il y ait besoin de la preuve du nombre ou de la proportion de votes consignés pour ou contre une résolution. Les noms de l'auteur d'une motion et de la personne qui appuie chaque motion doivent être consignés dans les procès-verbaux.

3.9 Procès-verbaux

Les procès-verbaux originaux de toutes les réunions du CMC, des comités du CMC et des groupes cliniques doivent être conservés au siège social du Réseau, au bureau régional des services médicaux selon la *Loi hospitalière*. Une copie est distribuée à tous les membres du comité avant la réunion suivante et au médecin-chef pour la réunion suivante du CMC.

Les procès-verbaux originaux du CMCL, des départements, des divisions ou des services, et des comités du CMCL doivent être conservés au bureau des services médicaux locaux. Une copie est envoyée aux membres du comité avant la réunion suivante, et au médecin-chef local, pour la réunion suivante du CMCL, et au médecin-chef pour la prochaine réunion du CMC.

Tous les procès-verbaux sont mis à la disposition de tous les membres du personnel médical.

4. Comité médical consultatif (CMC)

4.1 Composition du CMC

Le CMC doit être composé d'un minimum de huit (8) membres et d'un maximum de quinze (15) membres ayant droit de vote, incluant le médecin-chef qui préside le CMC.

Les individus suivants sont membres du CMC :

- Médecin-chef - zone 1B
- Médecin-chef - zone 4
- Médecin-chef - zone 5
- Médecin-chef - zone 6

Le conseil nomme les autres membres du CMC en visant une représentativité équitable des quatre zones et des spécialités suivantes :

- Médecine de famille en milieu urbain
- Médecine de famille en milieu rural
- Médecine d'urgence
- Médecin interniste 1
- Médecin interniste 2
- Chirurgie 1
- Chirurgie 2
- Programme mère-enfant ou pédiatrie
- Psychiatrie
- Médecine diagnostique

En plus du président du CPC et du PDG, un représentant du Réseau qui est responsable de la qualité et un responsable de la pratique professionnelle sont nommés en tant que membre d'office, sans droit de vote.

Le CMC peut également inviter les chefs de départements régionaux, les chefs des groupes cliniques et un représentant des présidents des OPML à assister et à participer aux réunions mais ceux-ci n'ont pas droit de vote.

4.2 Processus de sélection et nomination des membres du CMC

Le CMC fait ses propositions de nomination au conseil en tenant compte des consultations effectuées dans les zones par les médecins-chefs locaux, les directeurs médicaux et auprès des membres du CMC.

5. Comité médical consultatif local (CMCL)

Le CMCL se rapporte au CMC et il appuie ce dernier à l'intérieur de sa zone.

5.1 Composition du CMCL

Chaque CMCL doit comprendre au moins huit (8) membres et au plus quinze (15) membres ayant droit de vote, incluant le médecin-chef local qui préside le CMCL.

Les sept (7) personnes suivantes sont membres du CMCL :

- Chef de la médecine générale
- Chef de la médecine interne
- Chef de la chirurgie
- Chef de l'anesthésie
- Chef de mère-enfant
- Chef de la psychiatrie
- Chef des services diagnostiques
- Président de l'OPML

Le conseil nomme les autres membres du CMCL de façon à ce que les établissements ou les services suivants soient représentés :

Pour la Zone 1B : l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent
Pour la Zone 4 : l'Hôpital général de Grand-Sault et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
Pour la Zone 5 : le Centre communautaire St-Joseph
Pour la Zone 6 : les hôpitaux de Caraquet, Tracadie et Lamèque

Un ou des représentants provenant des services communautaires suivants :

- PEM;
- Santé publique ;
- Santé mentale communautaire et Service de traitement des dépendances;
- Tout autre département existant

Un représentant de la direction médicale et le PDG, ainsi qu'un représentant des programmes cliniques sont nommés en tant que membre d'office, n'ayant pas de droit de vote. Le PDG peut assister aux réunions des CMCL des 4 zones ou nommer un délégué qui peut être un délégué régional.

5.2 Processus de sélection des membres du CMCL

Le CMC fait ses propositions de nomination au conseil en tenant compte des consultations effectuées dans les zones par les médecins-chefs locaux, les directeurs médicaux et le PDG et auprès du CMCL.

Sauf autorisation contraire explicite dans les règlements administratifs ou dans les règles ou sauf autorisation contraire du PDG un membre du CMCL n'occupera aucun autre poste majeur ou aucun poste au sein du personnel médical ou de toute autre organisation qui pourrait entrer en conflit avec ses fonctions de membre du CMCL.

L'indépendance durant chaque étape du processus d'audience en ce qui concerne des questions de discipline ou tout autre sujet est d'une importance cruciale pour maintenir :

- a) la protection de l'équité de la procédure législative dans les règlements ;
- b) la protection des membres du comité qui pourraient potentiellement être accusés de parti pris ;
- c) la protection de l'intégrité et force juridique et effet d'une décision du comité en question.

Par exemple, le membre du CMCL ne peut faire partie du CET, d'un comité d'enquête ou de tout autre comité relié à une plainte, etc.

5.3 Fonctions du CMCL

Le CMC peut déléguer au CMCL les fonctions suivantes :

- a) conseiller le CMC sur la nomination du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical;
- b) faire des recherches sur des questions exigeant de l'expertise médicale;
- c) prendre les dispositions appropriées pour la supervision de tous les départements médicaux, les services des adjoints aux médecins, les services dentaires et les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale;
- d) coordonner les activités et les politiques générales des divers départements/divisions/services;
- e) recevoir les rapports de tous les comités du personnel médical et de tous les départements et agir conformément à ces rapports;
- f) recevoir les rapports des activités de révision de la qualité de l'acte et faire le suivi des recommandations;
- g) conseiller le PDG sur les questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein de la zone et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de ses départements, en s'assurant de suivre les meilleures pratiques et les indicateurs de performance recommandés par les groupes cliniques;
- h) mettre en œuvre les politiques approuvées par le conseil en ce qui concerne l'exercice de la médecine, dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la zone;
- i) conseiller le CMC sur les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité;
- j) prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle éthique de la part de tous les membres du personnel médical de la zone;
- k) aider le PDG à respecter les normes requises par les programmes d'agrément;
- l) entendre les griefs et les différends entre les membres du personnel médical et agir en tant que médiateur entre les parties concernées, sauf dans les cas qui traitent de compétence professionnelle, mauvaise conduite, de négligence, de discipline, ou à tout autre cas prévu à l'article C.7 et dans l'alinéa B.11.3.2 m) des règlements administratifs;
- m) remplir les fonctions établies dans les règlements administratifs relativement aux programmes d'agrément;
- n) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux plaintes et à la discipline;
- o) recevoir les rapports de gestion des incidents des départements et faire le suivi des recommandations;
- p) informer régulièrement le personnel médical des activités du CMCL;
- q) si nécessaire, établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;

- r) conseiller le PDG et la direction médicale locale en ce qui a trait à la planification des ressources et de l'équipement;
- s) remplir d'autres fonctions dictées par le CMC.

5.4 Comités du CMCL

Un CMCL peut nommer, à l'occasion, les sous-comités qu'il juge appropriés. Le président, les membres, le mandat et les fonctions des comités d'un CMCL doivent être déterminés par le CMCL.

6. Médecin-chef local

6.1 Nomination du médecin-chef local

Le médecin-chef nomme le médecin-chef local en tenant compte des consultations effectuées dans la zone, incluant le PDG, un représentant médical, un ou des représentants du CMCL et un représentant de l'OPML.

6.2 Mandat du médecin chef local

Le médecin-chef local est nommé pour un mandat de cinq (5) ans et doit être admissible pour un autre mandat ne devant pas dépasser cinq (5) ans. Annuellement, la nomination du médecin-chef local est soumise à un examen et à la confirmation par le conseil.

6.3 Fonctions du médecin-chef local

Chaque médecin-chef local est responsable devant le médecin-chef de la qualité des soins prodigués par le personnel médical dans les établissements, les programmes et les services de sa zone. Le médecin-chef local appuie le médecin-chef dans ses fonctions. Notamment, il doit :

- a) présider le CMCL;
- b) dans les limites permises par les ressources du Réseau, veiller à ce que le personnel médical maintienne un niveau élevé de soins aux patients dans tous les établissements conformément aux lois et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles des départements, aux normes de délivrance des permis et d'agrément ainsi qu'aux normes des facultés de médecine affiliées;
- c) travailler par l'intermédiaire des chefs de département et en collaboration avec ces derniers, et superviser les soins dispensés par le personnel médical à tous les patients de la zone;
- d) recevoir tous les rapports du personnel médical ou de l'administration concernant des situations qui pourraient avoir un effet défavorable sur les soins aux patients dans un établissement et y réagir par l'entremise des canaux appropriés;
- e) exercer un pouvoir de supervision sur les membres du personnel médical en ce qui concerne les soins aux patients;
- f) remplir les fonctions prévues dans les règlements administratifs concernant les plaintes déposées à l'encontre des membres du personnel médical;
- g) rencontrer chaque nouveau membre du personnel médical ou faire en sorte qu'il rencontre son chef de département afin qu'il possède les connaissances nécessaires relativement aux lois et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux présentes règles et aux politiques pertinents en ce qui concerne les soins aux patients;
- h) veiller, par l'entremise des chefs de département, à ce que le personnel médical soit tenu informé des changements aux politiques, aux objectifs, aux règlements et aux règles du Réseau relatifs aux soins des patients;

- i) veiller à ce que tous les membres du personnel médical participent aux séances de formation médicale continue et de perfectionnement professionnel continu;
- j) documenter et tenter de résoudre les questions importantes concernant des membres individuels du personnel médical, en collaboration avec le directeur médical de la zone;
- k) promouvoir et maintenir une organisation clinique efficace et efficiente du personnel médical;
- l) promouvoir et maintenir une communication productive et coopérative entre le personnel médical et l'administration locale;
- m) aider l'administration locale à établir une planification à court terme et à long terme;
- n) être membre avec droit de vote de tout comité local sur les services cliniques, la qualité et l'utilisation;
- o) être membre d'office de tous les sous-comités du CMCL, établis selon la structure médicale, sauf du CET, où il peut être invité au besoin.
- p) être membre du comité des ressources médicales et aider le directeur médical à planifier et à gérer les exigences en matière de ressources médicales des divers départements;
- q) veiller, en collaboration avec le directeur médical à ce qu'un examen annuel de la performance des chefs de département soit mené et formuler des recommandations sur le renomination des chefs de département au personnel médical;
- r) assumer des fonctions et des responsabilités autres, pouvant parfois lui être attribuées par le médecin-chef régional ou étant établies dans les règles;
- s) assurer la gestion de certains groupes cliniques;
- t) rendre compte au médecin-chef au moyen d'un rapport annuel écrit.

7. Comité d'examen des titres (CET)

7.1 Mandat du CET

Relevant du CMCL, le CET examine les demandes de tous les candidats qui désirent devenir membres du personnel médical et dentaire. Il examine également toutes les demandes relatives à la modification, au renouvellement et à l'ajout de privilèges. Il formule ensuite ses recommandations à l'intention du CMCL.

Advenant le cas qu'il n'y ait pas de CMCL dans une zone donnée, le CMC a la responsabilité de former un CET qui relève du CMC.

Dans l'éventualité de la dissolution ou de l'impossibilité de nommer un CET, le médecin-chef local a la responsabilité de nommer un CET ad hoc d'urgence constitué d'au moins deux (2) membres et d'au plus quatre (4) membres.

7.2 Composition du CET

Le CET est composé d'au moins trois (3) membres votants du personnel médical/dentaire nommés par le CMCL. Les membres du CET ne peuvent faire partie d'un autre comité touchant l'organisation du personnel médical, tel que le CMCL, le CMC et le comité exécutif de l'OPM.

Le CMCL nomme l'un des membres du CET comme président pour un mandat de deux (2) ans. Le président peut être nommé pour un second mandat de deux (2) ans.

7.3 Réunions

Les réunions du CET doivent se tenir avant chaque réunion du CMCL ou du CMC afin d'assurer la bonne conduite du processus de nomination et de renomination.

8. Programmes

Le PDG peut établir des programmes selon les modalités et les paramètres qu'il juge appropriés.

9. Départements/divisions/services et groupes cliniques

Afin de réaliser ses objectifs, d'exercer ses responsabilités et d'augmenter son efficacité, le département a la flexibilité de déléguer aux divisions ou aux services les responsabilités jugées appropriées.

9.1 Processus de sélection et de nomination du chef de département

Le CMC fait ses propositions de nomination au conseil en tenant compte des consultations effectuées auprès des membres du département, de la division ou du service, du directeur médical et du CMCL.

Dans le cas des chefs de département du CHUDGLD, une consultation doit s'effectuer auprès d'un représentant de l'Université nommé par le doyen. Si un chef est déjà en fonction, cette consultation doit se dérouler au moins trois (3) mois avant la fin de son mandat.

Critère d'admissibilité pour un chef de département régional ou un chef de département du CHUDGLD :

- être obtenteur d'un permis de pratique du Collège Royal canadien ou du Collège des médecins de famille du Canada;
- être impliqué activement dans la formation ou la recherche

Le conseil nomme un chef pour chaque département pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Le chef ne peut être nommé pour plus de deux (2) mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peut par la suite être renommé après une absence de trois (3) ans.

9.2 Fonctions du chef de département

Outres les fonctions et les responsabilités énumérées à l'article C.1.7 des règlements administratifs, le chef de département doit aussi :

- a) établir la structure de fonctionnement de son département, incluant la création de divisions lorsque jugé approprié;
- b) nommer et superviser le travail de ses chefs de division et de service et leur déléguer les tâches et les responsabilités appropriées pour la bonne gestion du département;
- c) établir et réviser aux deux ans les règles de son département et les exigences minimales pour l'obtention de privilèges, en utilisant le formulaire des exigences minimales;
- d) s'assurer que les règlements, les règles du personnel médical et les règles de son département sont respectés par ses membres;
- e) mettre en œuvre toutes les politiques du CMC et du Réseau dans la mesure où elles s'appliquent au département;
- f) maintenir et promouvoir un programme de formation médicale continue pour les membres de son département;

- g) offrir une expérience d'enseignement adéquate au personnel médical, aux étudiants en médecine ainsi qu'aux autres membres du personnel de l'hôpital;
- h) partager l'information pertinente avec les membres du département pour assurer le meilleur fonctionnement possible du département;
- i) s'assurer que la liste de garde régionale est établie et distribuée s'il y a lieu;
- j) s'assurer de la bonne gestion des plaintes dans ses divisions;
- k) faire part des opinions et des préoccupations des membres du département à la direction du Réseau, aux comités appropriés et aux autres départements;
- l) tenir des réunions avec un ordre du jour conforme aux règles;
- m) examiner et surveiller les données statistiques qui sont pertinentes pour les activités du département;
- n) rendre compte au CMC des activités de qualité, de la performance et de l'évolution du plan de qualité du département;
- o) vérifier régulièrement les activités et la qualité des actes des membres du département en ce qui concerne les soins aux patients;

- p) Pour les chefs des départements locaux :
Participer activement à toutes les rencontres des groupes cliniques régionaux pertinents pour :
 - élaborer des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et suivre de près ces indicateurs;
 - mettre en oeuvre les meilleures pratiques;
 - recommander des initiatives d'amélioration de la qualité au CMC;

- Pour les chefs des départements régionaux :
 - élaborer des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et suivre de près ces indicateurs;
 - mettre en oeuvre les meilleures pratiques;
 - recommander des initiatives d'amélioration de la qualité au CMC;

- q) rallier les membres afin qu'ils contribuent au bon fonctionnement des unités de soins;
- r) s'il y a lieu, déléguer aux divisions ou aux services certaines responsabilités dans le but d'augmenter l'efficacité du département.

9.3 Divisions

Les départements peuvent être divisés en divisions locales comme décrit à l'annexe A des présentes règles (tableau de la structure administrative médicale).

9.4 Fonctions du chef de division

Suite à sa nomination par le chef de département, le chef de division doit :

- a) établir la structure de fonctionnement de sa division, incluant la création de services lorsque jugé approprié;
- b) nommer et superviser le travail de ses chefs de service et leur déléguer les tâches et les responsabilités appropriées pour la bonne gestion de la division;

- c) s'il y a lieu pour compléter les règles des départements, établir et réviser les règles de sa division aux deux ans, incluant les exigences minimales pour l'obtention de privilèges en utilisant le formulaire des exigences minimales du département;
- d) s'assurer que les règlements, les règles du personnel médical et les règles de son département sont respectés par ses membres;
- e) mettre en œuvre toutes les politiques du CMC et du Réseau dans la mesure où elles s'appliquent à la division (programme);
- f) partager l'information pertinente avec les membres de sa division pour assurer le meilleur fonctionnement possible de la division;
- g) s'assurer que les listes de garde des différents services sont établies et distribuées (selon la directive du Réseau);
- h) participer au processus de gestion des plaintes conformément aux règlements administratifs et aux politiques du Réseau;
- i) faire part des opinions et des préoccupations des membres de la division au département, aux comités appropriés et aux autres divisions;
- j) tenir des réunions avec un ordre du jour conforme aux règles;
- k) examiner et surveiller les données statistiques précises qui sont pertinentes pour les activités de la division;
- l) vérifier régulièrement les activités et la qualité des actes des membres de la division en ce qui concerne les soins aux patients;
- m) suivre de près les indicateurs de pertinence identifiés par le département;
- n) mettre en œuvre les meilleures pratiques;
- o) recommander des initiatives d'amélioration de la qualité au chef de département;
- p) rallier les membres afin qu'ils contribuent au bon fonctionnement des unités de soins;
- q) assurer l'utilisation efficiente des lits;
- r) établir clairement les objectifs et les responsabilités de chaque niveau de pratique;
- s) aux deux ans, participer à l'évaluation de chacun des membres de sa division en utilisant le formulaire des exigences minimales et soumettre ses recommandations de nomination au CET. Il évalue entre autres :
 - les actions du membre au sein des comités du conseil du Réseau, du CMCL ou du département, de la division ou du service dans lequel il détient ses privilèges;
 - la participation du membre aux comités et aux autres initiatives du Réseau;
 - la participation du membre à l'enseignement, à la recherche et aux autres efforts pédagogiques;
 - la reconnaissance des compétences professionnelles du membre de la part de ses collègues, d'autres associations cliniques et des patients et des familles;
 - toute plainte déposée qui met le membre en cause;
 - les connaissances et les aptitudes démontrées par le membre ainsi que la nature et la qualité de ses résultats cliniques et de ses habitudes d'utilisation dans les dernières années.

9.5 Processus de sélection et de nomination du chef des groupes cliniques

Le CMC fait ses nominations en tenant compte des consultations effectuées auprès des membres des départements, des divisions ou des services et du vp médical. En général, il s'agira des chefs de départements/divisions/services locaux ou leurs délégués.

Critère d'admissibilité pour un chef de groupe clinique:

- être détenteur de permis de pratique du Collège royal canadien ou du Collège des médecins de famille du Canada
- être impliqué activement dans la formation ou la recherche.

Le CMC pour chaque groupe clinique pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le CMC. Le chef ne peut être nommé pour plus de deux (2) mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peut par la suite être renommé après une absence de trois (3) ans.

9.6 Tâches administratives

Lorsqu'un médecin assume les fonctions des postes administratifs de médecin-chef, de médecin-chef local, de directeur médical, de chef de département, de division ou de service ou de directeur de programme, les heures consacrées aux tâches administratives de ces fonctions comptent comme étant des heures de service hospitalier du médecin qui incluent, mais sans s'y limiter, la garde, l'hospitalisation, les relais d'urgence et le PEM. Les heures de service hospitalier d'un médecin seront réduites proportionnellement par le nombre d'heures qu'il aura consacrées aux tâches du poste administratif. Le nombre d'heures devant être attribuées aux fonctions de chacun des postes administratifs sera déterminé avec le consentement du médecin-chef local, du directeur médical ou du chef de département, le cas échéant.

9.7 Réunions des départements/divisions/services

- 9.7.1 Lorsqu'une division est subdivisée en services, les membres des services doivent se rencontrer au sein de leur service respectif au moins quatre (4) fois par année.
- 9.7.2 Lorsqu'un département est subdivisé en divisions, mais que la division n'est pas subdivisée en services, les membres des divisions doivent se rencontrer au sein de leur division respective au moins quatre (4) fois par année.
- 9.7.3 Les membres de départements n'étant pas subdivisés en divisions doivent se rencontrer au sein de leur département au moins quatre (4) fois par année.
- 9.7.4 Les chefs de service d'une même division doivent se rencontrer avec le chef de leur division respective au moins deux (2) fois par année.
- 9.7.5 Les chefs de division d'un même département doivent se rencontrer avec le chef du département au moins deux (2) fois par année.
- 9.7.6 À tout moment, un chef de service, un chef de division ou un chef de département peut convoquer une réunion spéciale pour tous les membres de son service, de sa division ou de son département, le cas échéant.

9.8 Règles des départements/divisions/services

- 9.8.1 Les règles des départements, des divisions et des services doivent être incluses dans le formulaire d'exigences minimales.

- 9.8.2 S'il devait y avoir un conflit entre les règlements des départements, des divisions et des services et les présentes règles ou les règlements administratifs, les présentes règles et les règlements administratifs ont préséance.
- 9.8.3 À tout moment, le PDG ou le médecin-chef peut exiger d'un chef de département qu'il procède à une révision ou à une modification d'une ou des règles du département ou de ses divisions et services afin d'assurer l'organisation adéquate et le bon fonctionnement du département. Cette révision doit avoir lieu dans un délai maximal de 3 mois.
- 9.8.4 Si, suite à la demande de révision de ses règles, le département, la division ou le service visé ne propose pas de modifications appropriées, le médecin-chef régional peut charger un comité ad hoc formé de 3 médecins-chefs ou leurs délégués d'étudier la question. Ce comité ad hoc proposera au médecin-chef toute modification jugée appropriée à apporter aux règles du département, de la division ou du service. Le CMC a ensuite le pouvoir d'imposer toute modification aux règles du département, de la division ou du service visé.

9.9 Formulaire des exigences minimales

Tous les deux (2) ans, le médecin-chef local remet le formulaire des exigences minimales à ses chefs de département locaux.

Tous les deux (2) ans, le médecin-chef régional remet le formulaire des exigences minimales à ses chefs de département régionaux.

Département sans division

Le chef de département passe en revue le formulaire des exigences minimales avec ses membres. Ensemble, ils s'entendent et élaborent ou révisent les exigences minimales et les règles du département. Le chef de département soumet son formulaire à la réunion de l'automne du CMC.

Département avec division

Le chef de département passe en revue le formulaire des exigences minimales avec ses chefs de division. Ensemble, ils s'entendent et élaborent ou révisent les exigences minimales et les règles du département. Puis, le chef de chaque division révisé le formulaire des exigences minimales avec ses membres et élabore ou révisé les règles de division.

S'il y a des services sous une division, le chef de la division passe en revue le formulaire des exigences minimales avec ses chefs de service. Par la suite, le chef de chaque service révisé le formulaire des exigences minimales avec ses membres et élabore les règles de service.

Le chef de département soumet son formulaire à la réunion de l'automne du CMC.

Lorsque le CMC a approuvé le formulaire des exigences minimales propre à chaque département, le chef de département, en consultation avec le VP médical ou son délégué, évalue ses membres lors du renouvellement des privilèges à l'aide du formulaire des exigences minimales. Le processus de renomination commence à l'hiver (janvier-février) tous les deux (2) ans et se termine à la réunion annuelle du Conseil, selon l'horaire suivant :

- CET : février ou mars
- CMCL : mars ou avril
- CMC : avril ou mai

La période de temps visée par le formulaire des exigences minimales est de deux ans à partir du 1^{er} juillet.

9.9.1 Formation médicale continue

9.9.1.1 Crédits – Médecins de famille

Les médecins de famille doivent obtenir un minimum de 25 crédits de formation continue par année et un minimum de 250 crédits sur une période de cinq (5) ans.

9.9.1.2 Crédits – Médecins spécialistes

Les médecins spécialistes doivent obtenir un minimum de 40 crédits de formation continue par année et un minimum de 400 crédits sur une période de cinq (5) ans.

9.9.1.3 Crédits – Dentistes

Les dentistes doivent obtenir un minimum de 60 crédits de formation continue sur une période de trois (3) ans. Les spécialistes dentaires doivent obtenir au moins 50 % des crédits de formation continue dans leur spécialité.

9.9.1.4 Absence prolongée justifiée

Dans le cas des médecins en absence prolongée justifiée, leur obligation quant à la formation continue est régie en vertu des politiques AMD.4.40.50 et AMD.4.40.70.

10. Catégories de personnel médical

10.1 Personnel médical actif et associé

10.1.1 Les membres du personnel médical actif ou du personnel médical associé, lorsqu'ils font partie d'un département régional, obtiennent des privilèges pour tous les établissements du Réseau.

10.1.2 Les membres du personnel médical actif ou du personnel médical associé, lorsqu'ils font partie d'un département local, obtiennent des privilèges pour un ou des établissements donnés du Réseau

Les membres du personnel médical actif ou du personnel médical associé deviennent également des membres du personnel médical **conseil** et du personnel médical **suppléant** (*locum tenens*) pour tous les autres établissements de Vitalité. Lorsqu'un médecin cesse d'être membre du personnel médical actif, il cesse également d'être membre du personnel médical conseil et du personnel médical suppléant.

Un membre du personnel médical actif ou du personnel médical associé a l'obligation d'assumer les responsabilités de membre du personnel médical conseil ou du personnel médical suppléant uniquement dans les cas suivants :

- a) un département, une division ou un service d'un établissement donné a identifié le besoin des services d'un membre du personnel médical conseil ou du personnel médical suppléant; et

- b) le membre accepte d'accorder les services suite à une demande du département, de la division ou du service ayant identifié le besoin.

Les obligations et les responsabilités du membre du personnel médical actif ou du personnel médical associé d'assumer les responsabilités de personnel médical **conseil** ou de personnel médical **suppléant**, le cas échéant, cessent lorsque le membre a terminé la prestation des services demandés par le département, la division ou le service donné.

10.2 Membres suppléants (locums)

10.2.1 Orientation

Le médecin responsable du suppléant doit voir à son orientation, qui inclut :

- a) la revue du mode de fonctionnement du département;
- b) la revue du formulaire des exigences minimales;
- c) l'évaluation du membre si ce dernier exerce pendant plus de six (6) mois dans le Réseau;
- d) la visite des unités de soins concernées;
- e) la surveillance de la bonne interaction du suppléant avec l'équipe médicale et l'équipe de soins multidisciplinaires; et
- f) la revue du processus de transfert et de continuité des soins de ses patients à son départ.

10.3 Personnel médical invité

Le conseil du Réseau accorde des privilèges de personnel médical invité à tous les membres du personnel médical actif du Réseau de santé Horizon dans tous les établissements du Réseau. Lorsqu'un médecin cesse d'être membre du personnel médical actif du Réseau de santé Horizon, il cesse également de détenir des privilèges de personnel médical invité du Réseau.

10.4 Apprenants en médecine (étudiants, externes, résidents)

À sa réunion annuelle, le conseil du Réseau peut accorder des privilèges d'apprenants en médecine en approuvant la liste des diplômés et des étudiants inscrits dans un établissement hospitalier aux fins de formation à la demande d'une faculté de médecine canadienne.

La demande de tout apprenant en médecine ne provenant pas d'une faculté de médecine canadienne doit être adoptée individuellement par le conseil du Réseau.

- 10.4.1 Après consultation avec le médecin-chef ou le directeur médical concerné et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges d'apprenant en médecine pour une durée ne dépassant pas douze (12) semaines consécutives et dans un but précis à un diplômé en médecine ou un étudiant de premier cycle d'une faculté de médecine canadienne qui n'est pas encore un apprenant en médecine au sein du Réseau. Le comité exécutif du conseil peut approuver la prolongation des privilèges temporaires pour une autre période de douze (12) semaines. Le conseil doit être mis au courant de l'octroi de privilèges temporaires d'apprenants en médecine.

10.5 Patients du Programme extra-mural (PEM)

(N.B. Section à revoir si la gestion du PEM est confiée à Medavie.)

Les membres du personnel médical qui obtiennent des privilèges de membres actifs ou associés obtiennent automatiquement des privilèges d'admission de patients au PEM et ont l'obligation de satisfaire à toutes les exigences du PEM. Les médecins ayant des patients au PEM doivent :

- a) assurer un suivi adéquat de leurs patients, en effectuant des visites à domicile au besoin ou en les aiguillant adéquatement;
- b) tenir le dossier médical de chacun;
- c) préparer et signer les ordonnances nécessaires aux soins requis par les patients;
- d) demeurer disponible pour les professionnels du PEM si ces derniers ont besoin de discuter de l'état de santé des patients ou de l'évolution de leur maladie;
- e) s'assurer que leurs patients reçoivent des soins médicaux en leur absence;
- f) donner sans délai le congé médical lorsque requis;
- g) remplir et signer tous les documents requis au congé.

11. Nomination et renomination

Le chef de département, de division ou de service doit s'assurer que toute demande de nomination ou de renomination respecte les exigences minimales figurant sur le formulaire à cet effet.

Les exigences minimales pour l'obtention de privilèges de membre pour toutes les catégories de personnel sont révisées aux deux (2) ans par le département, la division ou le service concerné.

Chaque chef de département, de division ou de service doit fournir ses recommandations en ce qui concerne la nomination, la renomination avec renouvellement des privilèges actuels, changement de catégorie de personnel ou obtention de privilèges supplémentaires, ou la non-renomination de chaque candidat du département, de la division ou du service. Les formulaires de nomination et de renomination doivent être traités par le CET, le CMCL et le CMC, qui fait ses recommandations au conseil selon la procédure prévue dans les règlements administratifs.

11.1 Nomination et renomination d'un médecin avec charge d'enseignement

En vertu du contrat entre le Réseau et l'Université, la nomination et la renomination d'un médecin ayant une charge d'enseignement est soumise pour consultation au doyen adjoint ou à la doyenne adjointe de l'Université dans le cadre du processus de nomination et de renomination.

11.2 Refus, réduction ou suspension de privilèges

Si le CMCL recommande le refus partiel ou complet des privilèges demandés ou une suspension des privilèges d'un membre du personnel médical et qu'aucune demande pour une commission d'examen n'est déposée en vertu de l'article C.5.8.4 des règlements administratifs, la recommandation du CMCL est présentée au CMC.

Si le CMC recommande le refus partiel ou complet des privilèges demandés ou une suspension des privilèges d'un membre du personnel médical et qu'aucune demande pour une commission d'examen est déposée en vertu de l'article C.5.8.4 des règlements administratifs, la recommandation du CMC est présentée au conseil.

- 11.2.1 En vertu des alinéas C.5.4.3(b) iv et C. 5.6.2(b) vi des règlements administratifs, le conseil peut refuser une demande de privilèges supplémentaires ou une demande de renomination si un membre est absent pour plus de deux ans pour cause de maladie. Si un membre est absent pour plus de deux ans pour cause de maladie, le conseil peut octroyer des privilèges supplémentaires ou accepter la candidature pour une renomination si le membre en question :

- répond aux exigences minimales du département concerné;
- répond aux exigences émises suite à une consultation régionale avec les autres départements de la même spécialité;
- est soumis à une supervision étroite ;
- obtient, au besoin, une formation basée sur le nombre de mois de formation nécessaire par année d'absence (un mois pour une année), et;
- obtient un billet médical qui répond à la politique du Réseau sur les absences prolongées selon la politique AMD.4.20.15.

Le médecin-chef local s'assure que tout le processus est suivi et que toutes les conditions sont satisfaites avant de faire une recommandation au CMC.

12. Absence autorisée

Toute demande de congé en vertu de l'article C.5.10.1 des règlements administratifs doit être faite par écrit au chef de département du membre effectuant la demande conformément à la politique AMD.4.20.10. Le chef de département procède à l'évaluation de la demande de congé et transmet sa recommandation au PDG.

13. Structure de l'organisation du personnel médical (OPM)

La structure administrative de l'OPM consiste en quatre (4) organisations locales (OPML) représentant les quatre (4) zones du Réseau.

Le **conseil des présidents** de l'OPM :

- est composé des quatre (4) présidents élus de chacune des organisations locales (OPML);
- est responsable de remplir les objectifs de l'OPM tels que définis dans les règlements administratifs;
- est une tribune qui permet aux présidents des OPML de faire connaître le point de vue de leur zone respective;
- est responsable de voir à la mise sur pied des OPML;
- est apte à déléguer toute tâche et responsabilité appropriée aux OPML;
- doit élire un président parmi ses membres afin de communiquer (d'agir comme porte-parole) avec le Réseau.

14. Organisation du personnel médical locale (OPML)

14.1 Composition du comité exécutif de l'OPML

Le comité exécutif de l'OPML comprend quatre (4) membres, élus parmi les membres du personnel médical, qui occupent les postes de président, vice-président, secrétaire et trésorier.

14.2 Comité de mise en candidature

Il est souhaitable que le Comité de mise en candidature, composé d'au moins deux membres élus par l'OPML, soit formé au moins deux (2) mois avant l'assemblée générale annuelle (AGA) de l'OPML, à laquelle les élections ont lieu. À l'AGA, le comité présente une liste de candidats qualifiés.

Seuls les médecins qui sont membres du personnel médical actif peuvent être élus au titre de membres du comité exécutif de l'OPML.

14.3 Autres nominations

Tout membre du personnel médical actif désirant être candidat à un poste du comité exécutif de l'OPML doit présenter sa candidature, appuyée par écrit par au moins trois (3) membres du personnel médical actif, au comité de mise en candidature au moins sept (7) jours avant l'AGA, à laquelle les élections ont lieu ou avant toute réunion spéciale convoquée à cette fin par le président. Les candidatures doivent être affichées pour informer les membres de l'OPML.

14.4 Durée du mandat des membres du comité exécutif de l'OPML

Les membres du comité exécutif de l'OPML sont élus pour un mandat de deux (2) ans et ne peuvent être réélus pour plus de deux mandats consécutifs au même poste. Un membre peut être réélu au même poste après une absence de deux ans.

Si un membre du comité exécutif de l'OPML ne peut compléter son mandat, le comité exécutif nomme un remplaçant pour la durée du mandat en cours.

14.5 Réunions de l'OPML

L'OPML doit se réunir au moins quatre (4) fois par année.

14.6 Autres comités de l'OPML

Le comité exécutif de l'OPML peut former des sous-comités de l'OPML. Le président, les membres et le mandat de ces comités sont déterminés et fixés par le comité exécutif de l'OPML. Ces comités doivent uniquement disposer de l'autorité, des pouvoirs et des responsabilités que leur confère le comité exécutif de l'OPML pour exercer leur mandat.

14.7 Fonctions du comité exécutif de l'OPML

Outres les fonctions prévues dans les présentes règles, le comité exécutif de l'OPML doit :

- a) voir aux affaires de l'OPML qui ne peuvent raisonnablement être reportées entre les réunions de l'OPML; et
- b) faire état de toutes ses activités aux réunions de l'OPML.

14.8 Réunions du comité exécutif de l'OPML

Le comité exécutif se réunit entre les réunions régulières de l'OPML pour gérer les affaires, à une fréquence variant selon les besoins de l'OPML.

14.9 Modification du statut d'une OPML

Si à tout moment, il devient évident pour le conseil des présidents de l'OPM, qu'une OPML est :

- a) considérée comme incapable de demeurer autonome de façon efficace;
- b) incapable de trouver un président intéressé à assumer les responsabilités d'un tel poste et capable de le faire;

le conseil des présidents peut nommer un fiduciaire administratif de façon temporaire.

Le **pouvoir de tutelle du fiduciaire administratif** comprend l'ensemble des pouvoirs et des moyens de contrôle réglementaires disponibles et nécessaires afin que l'OPML respecte les règlements administratifs et les présentes règles.

15. Procédures des réunions de l'OPM et de l'OPML**15.1 Quorum aux réunions de l'OPM et de l'OPML**

Le quorum à toute réunion du comité exécutif ou des comités de l'OPM et de l'OPML est la majorité des membres ayant droit de vote, soit 50 % plus un.

Le quorum à toute réunion régulière ou spéciale et à l'AGA de l'OPML est de 15 membres.

15.2 Adoption de résolutions à l'OPM et à l'OPML

Toute résolution de l'OPM, de l'OPML et de leurs comités respectifs doit être adoptée par la majorité des membres présents à la réunion, soit 50 % plus un. Le président de l'assemblée ne vote qu'en cas d'égalité.

16. Fonctions des dirigeants de l'OPML**16.1 Fonctions du président de l'OPML**

Le président de l'OPML doit :

- a) présider les réunions de l'OPML;
- b) convoquer les réunions régulières et les réunions spéciales au besoin;
- c) présider le comité exécutif de l'OPML;
- d) assister aux réunions du CMCL comme membre votant; et
- e) être membre d'office sans droit de vote de tous les sous-comités de l'OPML.

16.2 Fonctions du vice-président de l'OPML

Le vice-président de l'OPML doit :

- a) assister et, au besoin, remplacer le président dans ses fonctions;
- b) assumer d'autres fonctions qui lui sont attribuées à l'occasion par le président.

16.3 Fonctions du secrétaire de l'OPML

Le secrétaire de l'OPML doit :

- a) préparer les procès-verbaux de toutes les réunions de l'OPML et veiller à leur communication aux membres de l'OPML;
- b) s'occuper de toute la correspondance de l'OPML;
- c) assumer d'autres fonctions normalement afférentes à ce poste ou attribuées à l'occasion par le président; et
- d) assister et, au besoin, remplacer le président et le vice-président dans leurs fonctions.

16.4 Fonctions du trésorier de l'OPML

Le trésorier de l'OPML doit :

- a) tenir à jour les livres et les rapports financiers de l'OPML;
- b) faire rapport aux membres de l'OPML de la situation financière de l'OPML à chaque réunion;
- c) fournir un rapport annuel et les états financiers aux membres de l'OPML;
- d) préparer le budget annuel;

- e) assumer d'autres fonctions normalement afférentes à ce poste ou attribuées à l'occasion par le président; et
- f) assister et, au besoin, remplacer le président, le vice-président et le secrétaire dans leurs fonctions.

17. Réunions de l'OPML

L'OPML doit tenir au moins quatre (4) réunions régulières par année.

17.1 Ordre du jour des réunions de l'OPML

L'ordre du jour des réunions de l'OPML doit inclure :

- a) l'ouverture;
- b) les présentations relatives aux soins des patients;
- c) l'approbation des procès-verbaux des réunions précédentes et des procès-verbaux des réunions spéciales qui n'ont pas été précédemment approuvés;
- d) les affaires découlant du procès-verbal;
- e) le rapport du président de l'OPML;
- f) les rapports des comités de l'OPML;
- g) le rapport du comité exécutif;
- h) les affaires nouvelles.

17.2 Assemblée générale annuelle de l'OPML

L'assemblée générale annuelle (AGA) de l'OPML doit avoir lieu avant la fin du mois de juin.

17.3 Ordre du jour de l'AGA de l'OPML

L'ordre du jour de l'AGA de l'OPML doit inclure :

- a) l'ouverture;
- b) l'approbation du procès-verbal de l'assemblée annuelle précédente;
- c) les affaires découlant du procès-verbal;
- d) la réception des rapports annuels de l'OPML et des présidents des divers comités de l'OPML;
- e) le rapport du trésorier et l'approbation des états financiers;
- f) l'approbation du budget pour l'année à venir;
- g) le rapport du comité de mise en candidature et de l'élection du comité exécutif de l'OPML;
- h) la cotisation des membres;
- i) le programme des réunions futures;
- j) les affaires nouvelles.

17.4 Réunions spéciales de l'OPML

Le président de l'OPML peut convoquer des réunions spéciales à tout moment en émettant un avis de convocation qui comporte les sujets à traiter. Les seuls sujets traités à cette réunion sont ceux mentionnés dans l'avis de convocation.

L'avis de convocation d'une réunion spéciale de l'OPML est communiqué aux membres au moins quarante-huit (48) heures avant l'heure fixée pour la réunion :

- a) par voie électronique;
- b) en l'affichant dans la salle de repos du personnel médical ou dans la salle des chirurgiens; ou

- c) en l'affichant dans tout autre endroit fréquemment utilisé par les membres du personnel médical de chaque établissement.

18. Honoraires du président de l'OPML

Le président et les membres de l'exécutif peuvent être rémunérés à la discrétion de l'OPM.

19. Cotisation obligatoire

Si un avis à cet effet a été transmis aux membres du personnel médical lors d'une AGA de l'OPML, l'OPML peut demander aux membres (à l'exception des membres honoraires et des dentistes) le paiement, ou l'augmentation, d'une cotisation annuelle pour couvrir les dépenses de l'OPML. Le vote de la majorité (50 % plus un) des membres de l'OPML présents à l'AGA est nécessaire pour l'adoption d'une telle proposition. Chaque membre de l'OPML doit alors payer la cotisation adoptée à l'AGA dans les 30 jours suivant la réception de l'avis de cotisation.