

Règlements et autres actes

Avis

Loi sur la police
(chapitre P-13.1)

École nationale de police du Québec — Régime des études — Modification

CONCERNANT le Règlement modifiant le Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec

ATTENDU QUE, en vertu du premier alinéa de l'article 16 de la Loi sur la police (chapitre P-13.1), l'École nationale de police du Québec, par règlement, établit des normes relatives à ses activités de formation professionnelle, à l'homologation de telles activités conçues à l'extérieur de ses cadres, aux conditions d'admission de ses étudiants, aux exigences pédagogiques, aux examens, aux attestations d'études et diplômes qu'elle décerne, et établit des normes d'équivalence;

ATTENDU QUE, conformément aux articles 10, 11, 12 et 13 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), le Règlement modifiant le Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec a été publié, à titre de projet, à la Partie 2 de la *Gazette officielle du Québec* du 21 juin 2017, avec avis qu'il pourrait être adopté par l'École nationale de police du Québec à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de cette publication;

ATTENDU QU'il y a lieu d'adopter ce règlement;

ATTENDU QUE le 26 janvier 2017, le conseil d'administration de l'École nationale de police du Québec a adopté le Règlement modifiant le Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec;

EN CONSÉQUENCE, il y a lieu de publier le Règlement modifiant le Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec, ci-annexé.

Nicolet, 24 juillet 2017

*Le directeur des affaires institutionnelles
et des communications,*
PIERRE ST-ANTOINE

Règlement modifiant le Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec

Loi sur la police
(chapitre P-13.1, a. 16)

1. L'article 4 du Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec (chapitre P-13.1, r. 4) est modifié :

1^o par le remplacement, au paragraphe 10^o du premier alinéa, des mots « le test d'aptitude physique » par les mots « l'épreuve standardisée d'aptitudes physiques »;

2^o par l'ajout, après le paragraphe 14^o du premier alinéa, du paragraphe suivant :

« 15^o avoir obtenu une certification en tir déterminée par l'École. »

3^o par le remplacement du troisième alinéa, par le suivant :

« Cet examen médical est effectué par un médecin désigné par l'École et exige du candidat qu'il réponde au questionnaire médical prévu à l'annexe « D ». Cet examen comprend notamment la prise des signes vitaux, un examen de la vue, un audiogramme tonal, une prise de sang mesurant la formule sanguine complète (FSC) et faisant l'évaluation du profil biochimique du candidat, une analyse d'urine ainsi qu'un examen physique complet des systèmes physiologiques et des conditions médicales, tel que décrit à l'annexe « D ». »

2. Les annexes A, B et D sont remplacées par celles jointes au présent règlement.

3. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*. Toutefois, le paragraphe 15^o du premier alinéa de l'article 4, ajouté par le paragraphe 2^o de l'article 1, ainsi que les annexes A, B et D, remplacées par l'article 2 ne s'appliquent à l'évaluation de l'admissibilité d'un candidat qu'à compter de l'année scolaire 2017-2018

ANNEXE « A »

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

Nom _____	Prénom _____
Numéro de dossier _____	
Adresse _____	
Code postal _____	Téléphone _____

Le candidat ci-dessus mentionné a subi un examen médical le ____/____/____.

- Montréal
- Québec
- Autres Spécifiez la ville : _____

Je suis d'opinion que ce candidat :

- A réussi l'examen médical prescrit au paragraphe 7^o de l'article 4 du Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec.
- N'a pas réussi l'examen médical prescrit au paragraphe 7^o de l'article 4 du Règlement sur le régime des études de l'École nationale de police du Québec en raison d'une :
- Incapacité permanente
- Incapacité temporaire

Je ne suis pas en mesure de me prononcer présentement car je suis dans l'attente :

- D'information(s) complémentaire(s)
- D'une correction à un problème médical
- D'un avis spécialisé
- D'un test médical complémentaire
- Autre (spécifiez) : _____
- _____

Commentaires additionnels :

Nom	Prénom	Numéro de permis

Signature du médecin évaluateur

Date

ANNEXE « B »

RAPPORT D'ÉVALUATION DE L'ÉPREUVE STANDARDISÉE D'APTITUDES PHYSIQUES
 (ESAP-ENPQ POLICE 2017)

« NOM »	« PRÉNOM »	
Code permanent « CODE »	Sexe « SEXE »	Date d'évaluation « DATE »
Établissement collégial « COLLÈGE »	A.E.C. <input type="checkbox"/> oui	
Adresse « RUE », « VILLE » « PROV/ETAT »		
Code postal « CODE POSTAL »	Téléphone « TÉLÉPHONE »	
Adresse courriel : « COURRIEL »		

CIRCUIT CHRONOMÉTRÉ	
Durée maximale de 322 secondes (5 min 22 sec)	
TOUR 1 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cibles lumières ▪ Saut ▪ Déplacement dans la foule ▪ Déplacements latéraux ▪ Escalier ▪ Mur grillagé ▪ Escalier ▪ Poussées ▪ Murets ▪ Test T 	<p style="text-align: center;"><i>Compilation de données à des fins statistiques</i></p> <p>CIBLES LUMIERES Nombre d'essais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> --> Nombre total 1 2 3 4 5 ou + _____</p> <p>SAUT Nombre d'essais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> --> Nombre total 1 2 3 4 5 ou + _____</p>
TOUR 2 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cibles lumières ▪ Saut ▪ Déplacement dans la foule ▪ Déplacements latéraux ▪ Escalier ▪ Mur grillagé ▪ Escalier ▪ Tractions ▪ Murets 	<p style="text-align: center;"><i>Compilation de données à des fins statistiques</i></p> <p>CIBLES LUMIERES Nombre d'essais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> --> Nombre total 1 2 3 4 5 ou + _____</p> <p>SAUT Nombre d'essais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> --> Nombre total 1 2 3 4 5 ou + _____</p>
TOUR 3 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saut ▪ Déplacement dans la foule ▪ Déplacements latéraux ▪ Escalier ▪ Mur grillagé ▪ Escalier ▪ Murets ▪ Remorquage de la victime ▪ Cibles lumières 	<p style="text-align: center;"><i>Compilation de données à des fins statistiques</i></p> <p>SAUT Nombre d'essais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> --> Nombre total 1 2 3 4 5 ou + _____</p> <p>CIBLES LUMIERES Nombre d'essais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> --> Nombre total 1 2 3 4 5 ou + _____</p>
TEMPS TOTAL DE REALISATION	_____ MIN _____ SEC <input type="checkbox"/> ABANDON (NOTER LE TEMPS)
RESULTAT FINAL	<input type="checkbox"/> SUCCES <input type="checkbox"/> ÉCHEC (DOCUMENTER L'ÉCHEC)

NOTES (ex. : raison de l'échec, condition de santé, blessure, motivation d'absence, difficulté observée dans le test)

NOM DU RESPONSABLE DE L'ÉVALUATION _____

SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉVALUATION _____

ANNEXE « D »

Questionnaire médical

Au candidat : DÉTAILLER les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
Au médecin examinateur : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

IMPORTANT - À LIRE AVANT DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE : cet examen médical a pour but de déterminer si le candidat est porteur d'une condition qui pourrait affecter sa capacité d'accomplir de façon sécuritaire et efficace les tâches du programme de formation initiale en patrouille-gendarmerie, incluant le maniement d'armes à feu.

N.B. La forme masculine utilisée dans ce questionnaire inclut le féminin.

1	Identification
----------	-----------------------

 Dossier N° :

Nom : _____

Prénom : _____

 Adresse : _____
(rue) (app.)

(ville) (province) (code postal)

 Téléphone : _____
(maison)

(travail ou cellulaire)

Courriel : _____

 Date de naissance : _____
(année) (mois) (jour)

 Âge : _____ Sexe : M F

Avez-vous déjà complété un questionnaire médical ou passé un examen médical pour l'École nationale de police du Québec?

 Oui Non

 Initiales du candidat :

Au candidat : DÉTAILLER les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
Au médecin examinateur : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

3	Revue de systèmes	Êtes-vous actuellement en traitement ou avez-vous déjà été traité pour l'une ou l'autre des maladies suivantes? Cocher la réponse et encercler la maladie, la blessure ou le symptôme et détailler.
----------	--------------------------	--

		Oui	Non	N ^o	Commentaires
6-	Troubles visuels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 -	
	a) Glaucome, cataracte, décollement de la rétine, cécité? Si oui, détailler.				
	b) Portez-vous des verres correcteurs ou des lentilles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	c) Avez-vous déjà subi une chirurgie aux yeux? Si oui, donner la date : <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px; margin-top: 5px;"> _____ / _____ / _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px; margin-top: 5px;"> année mois jour </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	d) Avez-vous de la difficulté à distinguer les couleurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7-	Troubles auditifs : ex. surdité, écoulement, bourdonnement, port d'un appareil auditif? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 -	
8-	Troubles gastro-intestinaux : ex. hépatite, hernie, colite, diarrhée chronique? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 -	
9-	Troubles cardiaques : ex. angine, infarctus, palpitations, insuffisance cardiaque, souffle au cœur? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 -	
10-	Troubles des vaisseaux sanguins : ex. varices, enflure ou froideur aux pieds ou aux mains, obstruction des artères, phlébite, embolie pulmonaire? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 -	
11-	Troubles des bronches et poumons : ex. asthme, bronchite chronique, pneumonie, sifflements, toux fréquente, essoufflement? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 -	
12-	Apnée du sommeil :			12 -	
	a) Avez-vous déjà fait l'objet d'un diagnostic d'apnée du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b) Avez-vous déjà souffert de haute pression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Initiales du candidat :

Commentaires :

Au candidat : DÉTAILLER les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
Au médecin examinateur : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

	Oui	Non	N°	Commentaires
13 - Troubles des reins ou de la vessie : ex : insuffisance rénale, sang, protéines ou sucre dans l'urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 -	
14 - Troubles du système nerveux : ex : convulsions, vertiges, épilepsie, paralysie, maux de tête importants, tremblements, perte de connaissance, commotion cérébrale, dyslexie ou autres troubles cognitifs? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 -	
15 - Troubles de santé mentale : ex : insomnie, anxiété, dépression, perte de mémoire, phobie, trouble de panique, psychose, trouble de déficit de l'attention? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 -	Mois/année : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée : Hospitalisation? Médication :
16 - Troubles musculo-squelettiques : a) douleur articulaire, arthrite, atrophie musculaire, amputation, raideur ou perte de force aux épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles, pieds? Si oui, détailler. b) Difficulté à marcher sur une surface inégale, à monter des escaliers, à se tenir sur un escalier, à s'agenouiller, à exécuter des mouvements des poignets, des bras? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16a -	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16b -	
17 - Troubles du dos et de la colonne vertébrale : ex : douleur au dos, hernie discale, difficulté à se pencher, à transporter des objets lourds, à tourner ou fléchir le cou ou à maintenir la tête dans la même position longtemps? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 -	Mois/année : Description du problème : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée : Traitement :
18 - Troubles du syst. Dermato / Immunologique : ex : psoriasis, eczéma, urticaire? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 -	Traitement : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée :
19 - Troubles du système sanguin : ex : anémie, trouble de la coagulation, leucémie, etc.? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 -	
20 - Troubles du système endocrinien : ex : trouble de la thyroïde, des surrénales? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 -	
21 - Avez-vous déjà été traité ou êtes-vous traité pour : Si oui, détailler. - Cancer? - Haute pression? - Allergies : médicaments, latex, aliments, autres? - Diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 -	
22 - Un médecin vous a-t-il déjà recommandé un traitement ou une opération quelconque que vous avez décidé de ne pas subir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 -	Mois/année : Genre de traitement ou opération :

Initiales du candidat :

Commentaires :

Au candidat : DÉTAILLER les points positifs au questionnaire.
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.
Au médecin examinateur : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.

4	Habitudes de vie	Pour toutes réponses positives, fournir les informations demandées
----------	-------------------------	---

		Oui	Non	N°	Commentaires
23 -	Faites-vous usage de substances qui pourraient altérer votre jugement, vigilance, capacité physique ou concentration au travail? (ex : alcool, drogues, médicaments, boissons énergisantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 -	
24 -	Avez-vous une limitation à travailler sur un horaire de rotation ou sur un horaire particulier? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 -	

Commentaires :

IMPORTANT : LIRE ET SIGNER

Je consens à subir un examen médical y compris les analyses de laboratoire, les radiographies et autres tests complémentaires requis. J'autorise le médecin examinateur à transmettre les conclusions pertinentes de ces examens à l'École nationale de police du Québec et j'autorise également la transmission de mon dossier complet au service de santé de l'École lorsque requis par ce dernier.

J'ai relu mes réponses à chacune des questions contenues dans le présent questionnaire et je certifie qu'elles sont, à ma connaissance, complètes et véridiques. Toute fausse déclaration de ma part concernant les renseignements fournis pourrait annuler ma demande d'admission à l'École nationale de police du Québec.

_____	_____/_____/_____ jour mois année	_____
Signature du candidat		Signature du témoin (MD/inf.)