

Le Collège



Le Sommet de la santé: la suite

➤ **L'exercice en société, très populaire
auprès des médecins!**



- Résultats du sondage Léger Marketing : le Collège bien perçu des Québécois
- Rapport de la Clinique de radiologie Saint-Eustache : les conclusions
- L'utilisation de la buprénorphine : Une formation appropriée requise
- Plus de médecins accessibles grâce à de nouvelles mesures



Chers collègues,

Au cours des derniers mois, nous avons effectué un sondage afin de mesurer la notoriété, la perception, la compréhension du rôle et la mission du Collège auprès des Québécois. L'objectif était de nous auto-évaluer en tant qu'ordre professionnel.

Les résultats de cette enquête, effectuée par Léger Marketing, montrent que les efforts constants que nous déployons pour améliorer notre image auprès de la population portent fruit. Toutefois, la mission et le rôle du Collège des médecins ne semblent pas compris de tous. Au cours de la prochaine année, nous tenterons de mettre en œuvre un plan d'action afin de remédier à cette situation. Voici donc un bref résumé des résultats du sondage Omnibus effectué par Léger Marketing :

- 78 % des Québécois connaissent ou ont déjà entendu parler du Collège des médecins. Notre notoriété est moins élevée auprès des non-francophones (59 %) et des 18 à 24 ans (54 %).
- 84 % des personnes sondées affirment avoir une bonne opinion de notre ordre professionnel. Moins de 25 %, soit les hommes, les personnes de 35 à 44 ans et les universitaires, ont déclaré avoir une moins bonne opinion du Collège des médecins.
- Seulement 58 % des Québécois sont en mesure de définir correctement la mission du Collège des médecins. Plusieurs personnes sondées croient à tort que notre rôle est de défendre les médecins ou encore de négocier les conventions collectives entre le gouvernement et les médecins. Vous trouverez d'ailleurs, à la page 15, les réponses à cette question par région.

Ce sondage Omnibus nous permet de mieux nous situer face à la population et de poser des gestes concrets pour améliorer la perception de la population à l'égard des médecins.

En ce début d'année, je vous transmets mes meilleurs vœux et surtout que la santé soit au rendez-vous.

Le président-directeur général,
Yves Lamontagne, M.D.

Dear Colleagues:

Over the course of the past few months, we conducted a survey among Quebecers to determine the level of awareness, perception and understanding of the role and mission of the Collège. The primary objective of this exercise was to evaluate ourselves as a professional order.

The results of this survey carried out by Léger Marketing revealed that our ongoing efforts to improve our image among the population are bearing fruit. However, the Collège des médecins' mission and role do not seem to be well understood by everyone. Therefore, during this coming year, we will strive to implement an action plan to rectify this situation. Following is a brief summary of the results of the Omnibus survey conducted by Léger Marketing:

- 78% of Quebecers are familiar with or have heard of the Collège des médecins. The level of awareness is lower among non-francophones (59%) and among those between the ages of 18 and 24 (54%).
- 84% of people surveyed expressed a positive opinion about our professional order. Fewer than 25% (males, people between the ages of 35 and 44, academics) indicated having a less favourable view of the Collège.
- Only 58% of Quebecers are able to correctly identify the Collège des médecins' mission. Many of the respondents wrongly believe that our role is to defend physicians or to negotiate collective agreements between doctors and the Government. I refer you to page 15 for the results of the study per region.

Ultimately, this Omnibus survey will help us to better position ourselves vis-à-vis the population and to take concrete actions in order to improve public perception of physicians.

In conclusion, I would like to take this opportunity to extend my best wishes to you all for a very healthy New Year.

Yves Lamontagne, M.D.
President and Chief Executive Officer

BUREAU ET COMITÉ ADMINISTRATIF

Dr Yves Lamontagne, Dr Charles Bernard, Dr Jacques Boileau,
Dr François Croteau, M. Jacques Richard.

BUREAU

Dr Richard Bergeron,
Médecine de famille
Montréal, 2006-2010

Dr Charles Bernard,
Médecine de famille
Québec, 2004-2008

Dr Jacques Boileau,
Hématologie
Montréal, 2006-2010

Dr Josée Courchesne,
Médecine de famille
Montréal, 2006-2010

Dr François Croteau,
Médecine de famille
Montréal, 2006-2010

Dr Luc Dallaire,
Médecine de famille
Chaudière-Appalaches,
2004-2008

Dr Guy Dumas,
Médecine de famille
Mauricie, Centre-du-Québec,
2004-2008

Dr France Laurent Forest,
Médecine de famille
Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-
de-la-Madeleine, 2004-2008

Dr Patricia Garel,
Psychiatrie
Montréal, 2006-2010

Dr Jean-Yves Hamel,
Chirurgie générale
Estrie, 2004-2008

Dr Julie Lalancette,
Médecine de famille
Lanaudière, Laurentides,
2004-2008

Dr Yves Lamontagne,
Psychiatrie
Montréal, 2006-2010

Dr Marie-Hélène LeBlanc,
Cardiologie
Québec, 2004-2008

Dr Jean-Marc Lepage,
Médecine de famille
Montréal, 2004-2008

Dr Markus C. Martin,
Obstétrique-gynécologie
Montréal, 2006-2010

Dr Marcel Reny,
Médecine de famille
Outaouais,
Abitibi-Témiscamingue,
2004-2008

Dr André Rioux,
Médecine de famille
Laval, 2006-2010

Dr Denis Rochette,
Psychiatrie
Saguenay, Lac-Saint-Jean,
Côte-Nord, Nord-du-Québec,
2004-2008

Dr Micheline Thibodeau
Radiologie diagnostique
Montréal, 2006-2010

Dr Jean-Bernard Trudeau
Médecine de famille Montréal,
2006-2010

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

Dr Sarkis Hratch Meterissian,
Vice-doyen à la formation postdoctorale,
Faculté de médecine de l'Université McGill

Dr François Lajoie,
Vice-doyen aux études médicales postdoctorales,
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Pierre LeBlanc,
Vice-doyen aux affaires cliniques, Études médicales
postdoctorales, Faculté de médecine de l'Université Laval

Dr Guy Lalonde,
Vice-doyen aux études médicales postdoctorales,
Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Gisèle Gadbois, 2004-2008
Jacques Richard, 2004-2008
Jean-François Joly, 2006-2010
Pierre Parent, 2007-2010

Responsable de la revue : Anne Roy
Coordonnatrice de la revue : Francine Morin
Révision linguistique et réalisation graphique :
Le Groupe des publications d'affaires et
professionnelles Rogers
Représentation publicitaire : REP Communication
Reproduction autorisée si la source est mentionnée.
Dans cette publication, le masculin est utilisé sans
préjudice et seulement pour alléger la lecture.

Dépôt légal
Ter trimestre 2008
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel : collegedesmedecins@cmq.org

À LA UNE!

- 4 Le sommet de la santé : la suite
- 7 L'exercice en société, des plus populaires!

LES MANCHETTES

- 8 La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes
- 9 Des mesures pour améliorer l'accessibilité à des médecins
- 13 Clinique de radiologie Saint-Eustache : la qualité de la lecture des mammographies par les radiologistes est sans reproche
- 15 Résultats du sondage Léger Marketing

À L'AGENDA

- 5 Conférences de presse
- 5 Grand Prix 2008 du Collège
- 5 Une autre belle visibilité nord-américaine
- 6 Les publications
- 6 Le Sommet de la santé : la profession médicale prend le relais
- 13 Nouveautés sur le Web

MISE AU POINT

- 11 Redescendre du Sommet

DOSSIERS

- 17 L'indépendance du médecin face à des non-professionnels dans le domaine esthétique
- 20 Des tests génétiques par Internet? Non merci!
- 23 L'évaluation pré-IVG : dépistage de la gonorrhée et de l'infection à chlamydia
- 23 Importance du délai de dictée du protocole opératoire < 24 heures

MÉDICAMENTS

- 14 Avis, mises en garde et retraits
- 14 Les ordonnances de stupéfiants : une mise au point

9 MÉDECINS À L'HONNEUR**16 RÉSULTATS DU SONDAGE PARU DANS L'ÉDITION DE L'AUTOMNE 2007****21 RÉFLEXION****22 SAVIEZ-VOUS QUE...****22 COIN DES LECTEURS****24 CARRIÈRES ET PROFESSIONS****25 ATELIERS ET FORMATION****26 AVIS DE RADIATION - AVIS DE DÉCÈS****28 NOUVEAUX MEMBRES**

Papier recyclé

PAR ANNE ROY

LE SOMMET DE LA SANTÉ: LA SUITE

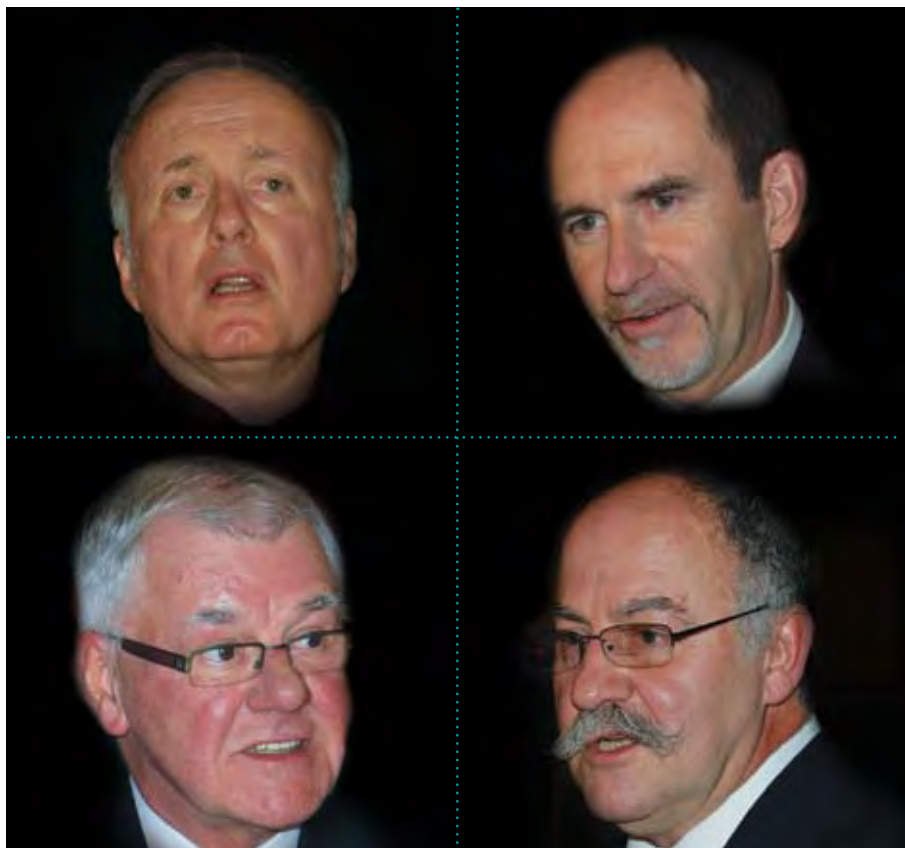
LE 20 NOVEMBRE DERNIER, LE COLLÈGE DES MÉDECINS A RENDU PUBLIC LE RAPPORT FINAL DU SOMMET. CE DOCUMENT, DISPONIBLE DANS LE SITE WEB DU COLLÈGE, FAIT ÉTAT DES TRAVAUX. LA POPULATION A MONTRÉ UN VIF INTÉRÊT POUR CE DOCUMENT: APRÈS SEULEMENT 12 HEURES, PLUS DE 1 100 PERSONNES L'AVAIENT TÉLÉCHARGÉ.

La majorité des participants se sont prononcés contre:

- le financement privé;
- le ticket modérateur;
- les hôpitaux à but lucratif;
- le paiement des frais non médicaux par les patients;
- un nouveau régime obligatoire à cotisations pour couvrir les besoins liés au vieillissement et à la perte d'autonomie.

Les principales tendances dégagées par les participants:

- Implanter, le plus rapidement possible, le dossier informatisé sur la base d'un «opting out» au lieu de «l'opting in» adopté par le gouvernement, en priorisant d'abord et avant tout les résultats cliniques utiles à la décision comme les résultats de laboratoire, d'imagerie médicale et les listes de médicaments utilisés;
- Maintenir le financement public et ouvrir prudemment l'exploration de collaboration public-privé dans la prestation de services (ex.: coopérative de santé);
- Réviser le panier de services assurés;
- Ne pas imposer de frais supplémentaires directement aux patients;
- Réviser la couverture offerte par les trois régimes actuels (assurance-maladie, assurance-hospitalisation, assurance-médicaments);



LE DR LAMONTAGNE ET LES CONFÉRENCIERS DU SOMMET DE LA SANTÉ

- Améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne et aux soins à domicile;
- Renforcer les équipes multidisciplinaires, le partage d'activités professionnelles et la stabilité de ces équipes;
- Prendre soin de la main-d'œuvre;
- Déréglementer l'encadrement de la main-d'œuvre;
- Décentraliser la décision;
- Optimiser les processus de prestation de soins et de services.

De nombreux médecins avaient fait part au Collège de leur désir d'assister en partie ou en totalité à ce Sommet, ce qui n'était malheureusement pas possible, vu le nombre restreint de participants. Le Collège tient toutefois à rappeler que le Sommet n'est pas terminé et que la suite des choses dépend aussi des médecins du Québec. Lors de son prochain colloque (en mai 2008), le Collège demandera aux participants comment ils ont l'intention de prendre le relais. Les administrateurs du Collège se sont déjà

penchés sur la question lors de leur journée de réflexion (16 novembre dernier). Ceux qui reçoivent l'infolettre ont déjà une idée des thèmes qui ont retenu l'attention des membres du Bureau. Pour les autres, nous vous invitons à lire l'encadré suivant:

Voici les priorités du Collège des médecins, à la suite du Sommet de la santé:

- Insister sur la formation et la reconnaissance des médecins de famille;
- Discuter avec le gouvernement de solutions alternatives aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et aux plans d'effectifs médicaux (PEM);
- Inviter les médecins à revoir leur offre de services (plage horaire, organisation du travail et partage des activités professionnelles);
- Explorer la possibilité d'élargir la contribution des résidents en médecine pendant leur formation («moonlighting»).

LE GRAND PRIX 2008 DU COLLÈGE

Le Collège des médecins a reçu une dizaine de candidatures pour le Grand Prix 2008. Prochainement, le comité du Grand Prix se réunira afin de sélectionner le ou les lauréats 2008. Le Grand Prix est, depuis 1997, remis annuellement à un médecin en reconnaissance de sa contribution exceptionnelle au rayonnement de la profession.

UNE AUTRE BELLE VISIBILITÉ NORD-AMÉRICAINÉ !

Les Drs François Goulet, André Jacques et Pierre Racette, de même que Robert Gagnon, du Collège des médecins du Québec, ont coécrit, en collaboration avec William Sieber de l'Université de Californie à San Diego, un article intitulé *Assessment of Family Physicians' Performance Using Patient Charts, Interrater Reliability and Concordance With Chart-Stimulated Recall Interview*, publié dans la prestigieuse revue scientifique *Evaluation & The Health Professions* (Vol. 30, N° 4, Décembre 2007, P. 376-392).

CONFÉRENCES DE PRESSE



◆ Le 20 novembre dernier, le Collège rendait public le rapport final du Sommet de la santé dont la présente édition fait état.

◆ Lors du Sommet de la santé, les 5, 6 et 7 novembre, des rencontres de presse se sont tenues quotidiennement afin de résumer les sujets de discussion et les échanges des participants. Les médias étaient également invités à rencontrer les conférenciers du Sommet.



◆ Les représentants du Collège ont annoncé le 16 octobre dernier de nouvelles mesures permettant une meilleure accessibilité aux médecins pour les Québécois. Parmi ces mesures, notons l'obtention d'un permis régulier aux médecins titulaires d'un permis restrictif après cinq renouvellements annuels consécutifs.



◆ Le 17 septembre dernier, le Collège dévoilait les résultats du rapport d'enquête sur la qualité de la lecture des mammographies à la Clinique de radiologie Saint-Eustache. Tout en annonçant des conclusions positives, le Collège a formulé des recommandations (voir l'article à la page 13).

BILAN DU PREMIER ENVOI DE L'INFOLETTRE DU COLLÈGE

À la suite de l'envoi de la première infolettre du Collège le 16 octobre dernier, plusieurs d'entre vous nous ont fait part de leur intérêt à recevoir les nouvelles importantes que le Collège souhaite transmettre en priorité à ses membres. Nous vous rappelons que si vous n'avez pas reçu l'infolettre, vous pouvez vous y abonner en tout temps, en nous faisant parvenir votre adresse de courriel à infolettre@cmq.org

Environ 9 000 membres ont reçu la première infolettre du Collège qui dévoilait les nouvelles mesures adoptées par le Collège pour offrir aux Québécois une plus grande accessibilité à des médecins.



NOTE IMPORTANTE

Veuillez noter que les bureaux du Collège des médecins seront fermés du 24 décembre au 2 janvier inclusivement.

PROCHAINES RÉUNIONS

CA
23 JANVIER 2008
5 MARS 2008
23 AVRIL 2008

BUREAU
28 MARS 2008
30 MAI 2008

LE SOMMET DE LA SANTÉ: LA PROFESSION MÉDICALE PREND LE RELAIS

Le colloque 2008, une occasion de vous exprimer et de faire avancer le débat

Lors du Sommet de la santé, les médecins constituaient 20 % des participants. Cela peut surprendre, mais c'est ce qu'avait souhaité le comité organisateur du Sommet. Ce dernier désirait éviter que les différents acteurs du réseau, invités à participer à cet événement, reprochent au Collège de favoriser les médecins et d'influencer le vote sur les différentes propositions.

Afin de prendre le pouls de la profession médicale, le colloque 2008 portera sur le Sommet de la santé. Quatre à cinq conférenciers viendront partager avec les participants leurs réalisations afin d'entamer une réflexion plus approfondie sur les actions concrètes et réalisables à court terme que pourraient entreprendre les médecins pour améliorer les soins et services aux Québécois.

Le Sommet de la santé : la profession médicale prend le relais



Des idées innovatrices qui font toute la différence...

Des idées qui viennent, entre autres, de médecins du Québec!

Le Colloque 2008,

une occasion de vous exprimer, de faire avancer le débat et de passer à l'action!

Le Sommet de la santé : c'est l'affaire de tous!

Et vous, qu'allez-vous faire ?

Le Colloque 2008 vous suggérera des idées... des idées de chez nous. Venez vous en inspirer!

Événement: Colloque du Collège des médecins 2008

Thème: Le Sommet de la santé : la profession médicale prend le relais

Lieu: Sheraton Laval, 2440 Autoroute des Laurentides, Laval

Date: 9 mai 2008

Heure: 7 h 30

Inscription: colloque@cmq.org *

* N'oubliez pas d'indiquer vos nom, prénom, adresse et numéro de permis d'exercice

PUBLICATIONS

LA REVUE... DE PLUS EN PLUS LUE !



Il est maintenant possible de télécharger le PDF complet de la revue *Le Collège*, et ce, pour l'édition de l'automne 2007 et pour les éditions subséquentes. Selon les statistiques de fréquentation de notre site Web, ce document a été l'un des plus consultés en octobre et en novembre, avec plus de 6 700 téléchargements au compteur. Cet achalandage témoigne d'un intérêt véritable pour la revue *Le Collège*, laquelle a récemment bénéficié d'une cure de rajeunissement.

LE RAPPORT FINAL DU SOMMET DE LA SANTÉ RENDU PUBLIC



Ce document a suscité un intérêt certain. Au 30 novembre, il a été téléchargé plus de 2 400 fois. Le rapport final du Sommet de la santé est disponible dans le site Web du Collège à l'adresse: www.cmq.org/publications.aspx

RETRAIT DES LIGNES DIRECTRICES SUR LA FATIGUE CHRONIQUE

Le Collège a procédé à la revue des lignes directrices sur la fatigue chronique, publiées en 1998. Comme les connaissances et la compréhension médicale sur ce sujet ont évolué depuis, le Collège a décidé de retirer de la circulation ces lignes directrices. Étant donné la quantité et la qualité des documents publiés récemment sur la fatigue chronique et le nombre élevé de sociétés savantes susceptibles de publier sur cette question, le Collège n'a pas l'intention de mettre à jour ce document.

PAR ME JULIE DE GONGRE

L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ, DES PLUS POPULAIRES!

EN DATE DU 16 NOVEMBRE 2007, LE COLLÈGE AVAIT ÉMIS 538 AUTORISATIONS (SOCIÉTÉS) POUR 571 MÉDECINS. DE CE NOMBRE, ON CONSTATE QUE 279 SONT DES MÉDECINS DE FAMILLE ET 292 DES SPÉCIALISTES. EN CE QUI A TRAIT AUX DEMANDES D'INFORMATION, LE COLLÈGE REÇOIT UNE CINQUANTAINE D'APPELS PAR JOUR À CE SUJET.

Voici les principaux renseignements concernant l'exercice en société :

Pourquoi incorporer sa pratique ?

L'exercice de la profession médicale en société ne change rien à l'exercice de la médecine et au pouvoir de contrôle et de surveillance exercé par le Collège. Les avantages liés à l'exercice en société sont essentiellement d'ordre fiscal et organisationnel.

Contrairement aux associés d'une société en nom collectif (S.E.N.C.), les médecins associés d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (S.E.N.C.R.L) ne seront pas exposés solidairement à répondre des actes professionnels de leurs associés, s'ils n'ont pas participé à ces actes.

Comment obtenir l'autorisation du Collège ?

Avant d'entreprendre le processus d'incorporation et de pouvoir bénéficier des avantages fiscaux liés à l'exercice en société, il est recommandé de consulter un professionnel, tel un juriste, afin de déterminer si l'exercice en société est approprié à sa situation. Le professionnel pourra aider le médecin à déterminer le type de société qui convient à sa pratique et pourra procéder à l'incorporation de cette société.

[Depuis le 22 mars dernier, les médecins doivent obtenir l'autorisation du Collège afin d'exercer leur profession au sein d'une S.P.A. ou d'une S.E.N.C.R.L.]

Afin d'obtenir l'autorisation du Collège d'exercer au sein de l'un des deux véhicules corporatifs prévus au règlement, soit la société par actions (S.P.A.) et la S.E.N.C.R.L., le médecin doit suivre les étapes indiquées dans le site Web du Collège et faire parvenir au Collège les documents requis dûment remplis et signés.

Par la suite, le Collège transmet au médecin ou à son représentant une confirmation écrite précisant que les médecins visés dans la demande sont autorisés à exercer leurs

activités professionnelles au sein de la société. Cette lettre est accompagnée de formulaires que le médecin doit transmettre à la RAMQ afin de compléter la démarche.

Depuis le 22 mars dernier, les médecins doivent obtenir l'autorisation du Collège pour exercer leur profession au sein d'une S.P.A. ou d'une S.E.N.C.R.L.

Renseignements dans le site Web

Dans le but de simplifier les démarches et de répondre aux nombreuses questions, la Direction des services juridiques du Collège a récemment procédé à la mise à jour de la section consacrée à l'exercice en société, à l'adresse: www.cmq.org/incorporation.aspx

On suit votre rythme

MEILLEUR RAPPORT QUALITÉ/PRIX

*Pour assurer votre voiture, vos biens ou votre vie, appelez un conseiller de l'équipe Santé de Dale-Parizeau LM au **1 877 807-3756** et profitez dès maintenant de tous les avantages du programme d'assurance de la FMOQ.*

DALE·PARIZEAU LM
Cabinet de services financiers

www.dplm.com/fmoq

RECOMMANDÉ PAR LA FMOQ
25 ANS DE PARTENARIAT

PAR MARCEL PROVOST, M.D.

LA BUPRÉNORPHINE DANS LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES



MARCEL PROVOST, M.D.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC A DÉCIDÉ DE RENDRE OBLIGATOIRE UNE FORMATION SPÉCIFIQUE SUR LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES ET SUR L'UTILISATION DE LA BUPRÉNORPHINE AVANT DE PRESCRIRE CE MÉDICAMENT.

Santé Canada a approuvé l'utilisation de la buprénorphine comme traitement de substitution dans la dépendance aux opioïdes. Commercialisé sous le nom de Suboxone™ (association de buprénorphine et naloxone) par la compagnie Schering, ce médicament a été mis en marché à la fin novembre 2007.

La buprénorphine est un médicament déjà utilisé dans de nombreux pays dont la France, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie. Originellement utilisé comme analgésique, il s'est avéré sécuritaire et utile dans le traitement de la dépendance aux opioïdes.

Après la méthadone, il constituera donc une seconde option de traitement.

Ce médicament, qui est un opioïde synthétique, est soumis aux mêmes règles de prescription que les autres opioïdes. Cependant, dans le traitement de substitution, le médecin n'aura pas à obtenir une exemption (article 56 de la Loi sur les drogues ou autres substances contrôlées) de Santé Canada pour prescrire la buprénorphine, comme pour la méthadone.

Tout médecin pourra donc la prescrire.

Santé Canada a exigé de la compagnie pharmaceutique qu'elle soutienne une formation appropriée aux professionnels de la santé concernés pour éviter certains problèmes rencontrés dans les pays qui l'utilisent déjà. Les patients nécessitant ce type de médicament constituent une clientèle particulière et présentent souvent des défis en matière de prise en charge et de

[Les patients nécessitant ce type de médicament constituent une clientèle particulière et présentent souvent des défis en matière de prise en charge et de soins de santé]

soins de santé, notamment un risque d'utilisation inappropriée ou d'abus. Le médecin doit donc être formé en conséquence. De plus, il doit connaître les propriétés pharmacologiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques particulières de la buprénorphine avant de la prescrire.

Considérant ces faits et préoccupé par la sécurité des patients, le Collège des médecins du Québec considère qu'en

vertu du *Code de déontologie*, un médecin doit avoir suivi la formation spécifique sur le traitement de la dépendance aux opioïdes et sur l'utilisation de la buprénorphine avant de prescrire ce médicament.

Une formation en ligne, agréée par le Collège des médecins de famille du Canada, est disponible depuis la fin de novembre 2007. Cette formation pourrait être suffisante pour les médecins qui sont déjà très familiers avec le traitement de substitution à la méthadone.

Par contre, pour les nouveaux prescripteurs de buprénorphine ou pour les médecins qui ne suivent que quelques

patients stables avec la méthadone, une formation plus élaborée et sur place sera nécessaire. Cette formation, en préparation par l'INSPQ et le MSSS, sera disponible dans les prochains mois. Les médecins doivent conserver leur attestation de formation.

Des lignes directrices concernant l'utilisation de ce médicament seront élaborées prochainement par le Collège.

PAR ANNE-MARIE MACLELLAN, M.D.

DES MESURES POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ À DES MÉDECINS

AU COURS DES DERNIERS MOIS, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC A ADOPTÉ DIVERSES MESURES POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ À DES SERVICES MÉDICAUX DE QUALITÉ.

1. Le processus d'harmonisation des examens préalables à la délivrance du permis d'exercice et d'une attestation en médecine de famille ou d'un certificat de spécialiste est maintenant complété.

En spécialité, les examens du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) sont maintenant utilisés pour les 35 spécialités reconnues par le CMQ.

Pour obtenir une attestation en médecine de famille, le candidat doit réussir

l'examen du Conseil médical du Canada («LMCC») et celui du Collège de médecine de famille du Canada (CMFC). Il n'y a donc plus d'examen distinct en médecine de famille pour le Québec.

2. Les résidents en médecine qui détiennent un certificat du CRMCC en médecine interne ou en pédiatrie peuvent maintenant demander un «permis restrictif pour résident» pour exercer en établissement avant l'obtention de leur permis «régulier». Le permis restrictif peut être délivré au résident même si celui-ci ne détient pas un permis d'une autre province.

3. Le CMQ a demandé une modification réglementaire pour que les médecins titulaires d'un permis restrictif puissent, après cinq renouvellements consécutifs, obtenir un permis régulier si les activités autorisées correspondent à une spécialité reconnue au Québec et si l'équivalence de leur formation est reconnue. Ces médecins pourront donc offrir éventuellement leurs services à l'extérieur de l'établissement où ils exercent.

La mise en place de ces mesures s'inscrit dans un processus de simplification et de modernisation des modalités d'admission à l'exercice.

MÉDECINS À L'HONNEUR



LE DR YVES LAMONTAGNE, LE DR MARC OUIMET ET MME LOUISE DUBUC

Le Collège des médecins du Québec s'est joint, le 8 septembre dernier, à la Société du Patrimoine SOPABIC et à la Ville de Mont-Tremblant pour honorer les médecins Marc Ouimet et Raymond Dupré, les deux fondateurs du premier hôpital Saint-Paul à Saint-Jovite en 1947. À cette occasion, le Dr Yves Lamontagne a remis une plaque à l'image des nouveaux permis du Collège à Mme Marthe Sauvé-Dupré et au Dr Marguerite Dupré, épouse et fille de feu Dr Raymond Dupré, ainsi qu'au Dr Marc Ouimet, en reconnaissance de la contribution exceptionnelle et de l'engagement communautaire de ces deux médecins.



MME MARTHE SAUVÉ-DUPRÉ ET LE DR MARGUERITE DUPRÉ

AVIS DE NOMINATION



Le Collège des médecins du Québec a le plaisir d'annoncer la nomination du Dr Roger Ladouceur au titre de médecin responsable du Plan d'autogestion de développement professionnel continu à la Direction de l'amélioration de l'exercice.

Le Dr Ladouceur a exercé la médecine générale au Centre hospitalier de Verdun, de 1978 à 2007. Il a, entre autres, œuvré au département de santé communautaire et aux soins palliatifs. Rattaché à l'Université de Montréal depuis 1978, il poursuit parallèlement une carrière universitaire, qui l'a amené à occuper les fonctions suivantes : professeur adjoint de clinique pour le département de médecine de famille, directeur adjoint du service de formation continue, directeur du programme de résidence en médecine palliative et professeur agrégé de clinique, au département de médecine de famille.

Le Sommet de la santé: la profession médicale prend le relais



Des idées innovatrices qui font toute la différence...

Des idées qui viennent, entre autres, de médecins du Québec!

Le Colloque 2008, une occasion de vous exprimer,
de faire avancer le débat et de passer à l'action!

Le Sommet de la santé: c'est l'affaire de tous!

Et vous, qu'allez-vous faire ?

Le Colloque 2008 vous suggérera des idées... des idées de chez nous.

Venez vous en inspirer!

Événement: Colloque du Collège
des médecins 2008

Thème: Le Sommet de la santé:
la profession médicale
prend le relais

Lieu: Sheraton Laval
2440 Autoroute des
Laurentides, Laval

Date: 9 mai 2008

Heure: 7 h 30

Inscription: colloque@cmq.org *

* N'oubliez pas d'indiquer vos nom, prénom,
adresse et numéro de permis d'exercice

REDESCENDRE DU SOMMET...

Le Sommet de la santé organisé par le Collège des médecins du Québec est maintenant derrière nous. Il nous laisse des idées, des surprises, des pistes à explorer et surtout un véritable défi à relever. Si, comme le mentionnait son titre, *Le système de santé: c'est l'affaire de tous*, la profession médicale est particulièrement interpellée.

Après la signature d'ententes entre les deux fédérations médicales et le gouvernement, il dépend maintenant des médecins de famille et des médecins spécialistes de contribuer à faciliter l'accès aux soins et aux services requis par la population.

Mais ce n'est pas tout. Le véritable défi est celui du changement de culture et de mentalités. Il faudra, pour les médecins, intensifier les efforts de travail en équipe et d'interdisciplinarité. Il faudra faire preuve de coopération avec les administrations d'établissements pour collaborer à l'amélioration de l'organisation du travail en ne craignant pas de réviser des habitudes considérées comme acquises. À cet égard, soulignons l'initiative d'une association de médecins spécialistes du Québec, qui a demandé au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec de créer un comité interdisciplinaire itinérant pour améliorer la gestion et l'efficacité des blocs opératoires. Il reste les services de première ligne qui requièrent toute notre attention pour offrir la prise en charge et le suivi requis par l'émergence des maladies chroniques, tant sur les plans préventif que curatif.

Le défi que nous laisse le Sommet, c'est de traduire en solutions observables sur le terrain les bonnes intentions et les idées mises de l'avant pour améliorer les soins aux patients. De telles actions existent déjà au Québec et le Collège a l'intention de mieux les faire connaître à l'occasion du colloque de l'assemblée générale annuelle qui se tiendra le 9 mai prochain. Une démarche à suivre...

Le secrétaire,

Yves Robert, M.D.



COMING DOWN FROM THE SUMMIT

With the Health Summit organized by the Collège des médecins du Québec now behind us, we are left with a number of interesting ideas and avenues to contemplate, and particularly, some formidable challenges to overcome. If, as the Summit's theme expressed, *The Health System is Everyone's Business*, the medical profession is especially concerned.

In the wake of the signing of agreements between the two medical federations and the Government, it is now up to family physicians and medical specialists to contribute to facilitating access to the care and services required by the population.

But that's not all. The real challenge lies in changing existing culture and mentalities. From the doctors' perspective, there must be an intensification of efforts to work in interdisciplinary teams. There must be greater collaboration with institutional administrations aimed at improving the organization of work without a fear of modifying acquired habits. In this regard, the initiative of one of the Quebec association of doctors in asking the provincial Ministry of Health and Social Services to form an interdisciplinary traveling committee to enhance the management and efficiency of surgical units is worthy of note. Our concerted attention must now be focused on the front line in order to effectively manage and monitor the emergence of chronic disorders on both preventive and curative levels.

In conclusion, a fundamental challenge posed to us by the Summit is to translate the good intentions and ideas brought forward for improving patient care into tangible solutions on the ground. Such actions have already been undertaken in Quebec, and the Collège intends to promote greater awareness of them during the symposium to be held at the next general assembly on May 9, 2008. Be sure to watch for more on this initiative....

Yves Robert, M.D.

Secretary



NOUS PRENONS SOIN DE VOTRE PORTEFEUILLE

PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS

SPÉCIFIQUEMENT CONÇUS POUR LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE

- Une gamme exclusive de fonds de placement : les Fonds FMOQ
- La majorité des fonds communs de placement disponibles sur le marché canadien
- Les produits financiers de Épargne Placements Québec
- Des dépôts à terme
- Un service complet de courtage en valeurs mobilières (REER autogéré, courtage à escompte ou de plein exercice)*
- Un service complet de planification financière

* grâce à des ententes de partenariat



ACTIFS EN SANTÉ

NOUVEAUTÉS SUR LE WEB

www.collegedesmedecins.qc.ca

PAR CAROLINE THÉBERGE

◆ **Projet de refonte du site**

À la suite de l'appel d'offres lancé cet automne, le Collège a reçu plusieurs soumissions intéressantes pour la refonte de son site Web. Quatre d'entre elles ont été retenues pour le sérieux de la démarche proposée ainsi que pour l'approche créative et innovatrice dont elles témoignaient. Les fournisseurs, rencontrés à la fin du mois de novembre, comptent tous de nombreuses années d'expérience. Si tout se déroule comme prévu, le contrat avec l'entreprise choisie devrait être signé d'ici la fin mars 2008.

◆ **De nouvelles fiches d'information en ligne**

- *Y a-t-il des règles relatives à la présence d'un tiers durant l'examen gynécologique?*
- *Quelles sont les règles régissant l'accès au dossier de l'enfant mineur par ses parents en cas de garde exclusive ou partagée?*
- *Un médecin peut-il prescrire des séances de massothérapie?*

Vous obtiendrez des réponses à ces questions et à une vingtaine d'autres en consultant le site Web du Collège. En effet, des fiches d'information rédigées par un comité de rédacteurs du Collège ont été ajoutées aux sections Foires aux questions (FAQ) du site afin de fournir des réponses précises aux questions les plus fréquemment posées. Ces fiches apportent un éclairage sur des questions d'ordre déontologique ou professionnel liées à la pratique des médecins. Pour en prendre connaissance : www.cmq.org - sections Foires aux questions.

◆ **Le saviez-vous?**

Le Collège compile annuellement des données statistiques au sujet de ses membres. Il est ainsi possible de suivre l'évolution de la profession médicale au Québec selon divers paramètres, qu'il s'agisse de la répartition de l'effectif selon l'âge, le sexe, le territoire, le type d'exercice, etc. Ces statistiques, qui seront mises à jour sous peu, sont disponibles dans le site Web du Collège, à l'adresse www.cmq.org/statistiques.aspx

PAR MARTINE MEILLEUR

CLINIQUE DE RADIOLOGIE SAINT-EUSTACHE : LA QUALITÉ DE LA LECTURE DES MAMMOGRAPHIES PAR LES RADIOLOGISTES EST SANS REPROCHE

À L'AUTOMNE 2006, LE COMITÉ ADMINISTRATIF DU COLLÈGE DES MÉDECINS ORDONNAIT LA TENUE D'UNE ENQUÊTE AFIN DE S'ASSURER QUE LES FEMMES AYANT SUBI DES MAMMOGRAPHIES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN À LA CLINIQUE DE RADIOLOGIE SAINT-EUSTACHE, ENTRE LE 1^{ER} JANVIER 2005 ET LE 30 JUIN 2006, AVAIENT BIEN REÇU LE SUIVI ET LES SOINS MÉDICAUX REQUIS.

L'enquête a été réalisée sous la direction du Dr Huguette Bélanger, grâce aux efforts conjugués de la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège et de la Direction de santé publique de l'Agence de santé et services sociaux des Laurentides, en collaboration avec l'Association des radiologistes du Québec.

Selon les conclusions du rapport d'enquête, aucun problème de qualité au niveau de la lecture des mammographies n'a été détecté, les taux d'orientation vers les cliniques spécialisées étant comparables et les taux de cancers détectés étant même meilleurs que ceux rapportés dans la littérature, selon les radiologistes experts consultés.

À la suite du dépôt du rapport, le Collège a formulé trois recommandations :

1. que le Collège et ses partenaires instaurent un programme de formation d'appoint pour les médecins radiologistes, les chirurgiens et les pathologistes;
2. que les responsables du programme québécois de dépistage du cancer du sein renseignent les femmes de 50 à 69 ans sur les limites de la mammographie et sur l'importance de passer un examen tous les deux ans;
3. que le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association des radiologistes du Québec améliorent l'accès aux examens complémentaires pour les femmes qui ont besoin d'un tel suivi.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS AU 17 SEPTEMBRE 2007

NOMBRE TOTAL DE MAMMOGRAPHIES DU 1^{ER} JANVIER 2005 AU 23 JUIN 2006	12 761	
NOMBRE TOTAL DE DOSSIERS RÉVISÉS	10 657*	
Nombre de dossiers pour lesquels un examen complémentaire était nécessaire	642	6 %
✓ Dossiers « Investigations terminées »	626	
✓ Dossiers en cours	10	
✓ Femmes introuvables	6	
• Nombre de cancers détectés	10	0,09 %
• Nombre de lésions bénignes détectées	4	0,03 %

* Certaines femmes ont passé plus d'une mammographie.

AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS DE SANTÉ CANADA

POUR PLUS DE DÉTAILS, NOUS VOUS INVITONS À CONSULTER LE SITE WEB DE SANTÉ CANADA
HC-SC.GC.CA/DHP-MPS/MEDEFF/ADVISORIES-AVIS/PROF/2007/INDEX_F.HTML

Nouvelles restrictions concernant l'emploi des produits contenant de la rosiglitazone en raison de préoccupations en matière d'innocuité cardiaque (AVANDIA®, AVANDAMET® et AVANDARYL^{MC})

GlaxoSmithKline Inc. (GSK) a fait parvenir à Santé Canada une communication pour prévenir les professionnels de la santé de nouvelles restrictions importantes concernant le traitement du diabète de type 2 par des produits contenant de la rosiglitazone: AVANDIA® (rosiglitazone), AVANDAMET® (rosiglitazone et metformine) et AVANDARYL^{MC} (rosiglitazone et glimépiride).

L'emploi de la rosiglitazone (AVANDIA®) n'est plus approuvé en monothérapie pour le traitement du diabète de type 2, sauf lorsque l'emploi de la metformine est contre-indiqué ou non toléré.

L'emploi de la rosiglitazone n'est plus approuvé en association avec une sulfonilurée sauf lorsque la metformine est contre-indiquée ou non tolérée. Le traitement par les produits contenant de la rosiglitazone est maintenant contre-indiqué chez les patients présentant tout stade d'insuffisance cardiaque (c.-à-d. classes I, II, III ou IV selon la NYHA).

Disponibilité du Trasylol® (aprotinine)

À la suite de consultations avec Santé Canada, avec la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, avec l'Institut fédéral allemand des médicaments et des dispositifs médicaux (BfArM) et avec d'autres autorités en matière de santé, Bayer a annoncé qu'elle a interrompu temporairement la commercialisation du Trasylol® (aprotinine).

Cette action fait suite à l'interruption récente de l'essai clinique BART après qu'une analyse provisoire des données ait démontré qu'il y avait une augmentation de la mortalité, toutes causes confondues (atteignant presque le seuil de signification statistique conventionnel pour la mortalité à 30 jours), chez les patients traités par le Trasylol® par rapport à ceux traités par les autres médicaments à l'étude.

Pendant l'interruption temporaire de la commercialisation, Bayer Inc., en collaboration avec Santé Canada, a élaboré un processus qui permet de mettre le Trasylol® à la disposition de patients à haut risque dans les cas où le praticien juge que le médicament est nécessaire, et que l'usage est conforme à son indication approuvée actuellement.

PAR SUZANNE RICHER, M.D.

LES ORDONNANCES DE STUPÉFIANTS: UNE MISE AU POINT

Le Collège des médecins du Québec a reçu plusieurs signalements de la part de pharmaciens au sujet d'ordonnances de stupéfiants qu'ils ne pouvaient pas exécuter parce que la quantité totale du médicament n'y était pas indiquée.

Des médecins joints par des pharmaciens à ce sujet avaient refusé de compléter leur ordonnance croyant qu'elle était suffisamment détaillée. À titre d'exemple, un médecin avait prescrit: Codéine sirop 15 mg q 6h prn x 5 jours. Un autre avait prescrit: Codéine Contin 50 mg 1-2 co. bid prn x 1 mois. Les médecins soutenaient que la quantité pouvait être déduite par le pharmacien vu la précision sur la durée de l'ordonnance.

Cependant, le *Règlement sur les stupéfiants* précise que l'ordonnance doit comporter une quantité déterminée du médicament. Or, la mention de prn et le choix d'utiliser 1 ou 2 comprimés ou encore 5 ou 10 mg ne permettent pas au pharmacien d'établir une quantité précise parce qu'il ne peut deviner ce que le médecin souhaitait dispenser à

son patient. Si on revient au premier exemple, la quantité minimale de sirop pourrait être inférieure à une dose par jour qui, elle, serait de 37,5 cc (pour une concentration de 10 mg par 5 cc), alors que la quantité maximale serait de 150 cc. Dans le second cas, la quantité minimale serait de 30 comprimés (1 comprimé = 50 mg) alors que la quantité maximale serait de 120 comprimés.

Notre guide d'exercice sur les ordonnances de mai 2005 ne ciblait pas cette exigence. Le Collège demande à ses membres de la respecter et de s'assurer que la quantité totale figure clairement sur l'ordonnance de stupéfiants en spécifiant: soit la durée de l'ordonnance lorsque la posologie est prédéterminée et sans équivoque (1 co. bid x 30 jours plutôt qu'un mois); soit la quantité totale à délivrer dans tous les autres cas.

RÉSULTATS DU SONDAGE LÉGER MARKETING

VOICI, TEL QUE MENTIONNÉ DANS LE *MOT DU PRÉSIDENT*, LES RÉSULTATS DU SONDAGE EFFECTUÉ AUPRÈS DE QUÉBÉCOIS RELATIVEMENT À LA COMPRÉHENSION DE LA MISSION DU COLLÈGE : PROMOUVOIR UNE MÉDECINE DE QUALITÉ POUR PROTÉGER LE PUBLIC ET CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS.

Parmi les énoncés suivants, dites-moi lequel correspond le mieux à ce que vous connaissez de la mission du Collège des médecins du Québec ?

	oui
Protéger le public contre les mauvaises pratiques dans la profession médicale	58 %
Défendre les médecins	29 %
Négocier les conventions collectives entre le gouvernement et les médecins	13 %

	Total (n=1000)	Bas-St-Laurent (n=16)*	Saguenay/Lac-St-Jean (n=35)	Québec (n=235)	Mauricie (n=20)*	Estrie (n=29)*	Montréal (n=176)	Outaouais (n=18)*	Abitibi-Témiscamingue(n=14)*
Protéger le public contre les mauvaises pratiques dans la profession médicale	58 %	50 %	57 %	61 %	64 %	51 %	53 %	55 %	43 %
Défendre les médecins	29 %	36 %	34 %	29 %	22 %	38 %	29 %	35 %	43 %
Négocier les conventions collectives entre le gouvernement et les médecins	13 %	14 %	9 %	10 %	13 %	11 %	18 %	10 %	14 %

	Total (n=1000)	Côte-Nord (n=4)*	Gaspésie (n=13)*	Chaudière-Appalaches (n=95)	Laval (n=45)	Lanaudière (n=48)	Laurentides (n=58)	Montérégie (n=166)	Centre-du-Québec (n=28)*
Protéger le public contre les mauvaises pratiques dans la profession médicale	58 %	82 %	68 %	53 %	68 %	64 %	58 %	62 %	64 %
Défendre les médecins	29 %	18 %	24 %	31 %	22 %	23 %	27 %	29 %	25 %
Négocier les conventions collectives entre le gouvernement et les médecins	13 %	0 %	7 %	16 %	11 %	14 %	15 %	9 %	10 %

RÉSULTATS DU SONDAGE PARU DANS L'ÉDITION DE L'AUTOMNE 2007

Que savez-vous au juste de votre ordre professionnel ?

Que faire pour améliorer votre perception ?

LORS DE LA DERNIÈRE ÉDITION DE LA REVUE LE COLLÈGE, NOUS VOUS AVONS DEMANDÉ VOTRE PERCEPTION DE VOTRE ORDRE PROFESSIONNEL. VOICI LES RÉSULTATS DE CE SONDAGE.*

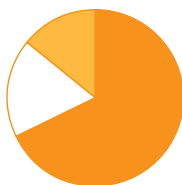
Tout d'abord, ce sondage confirme que la grande majorité des répondants (68 %) sont satisfaits de la communication entre le Collège des médecins et ses membres. Toutefois, les répondants mentionnent que certains aspects de la communication entre le Collège et ses membres sont décevants. Par exemple, 21 % de ces derniers perçoivent le Collège des médecins comme étant froid et distant lors de ses échanges avec ses membres. Le second aspect communicationnel, qui ne correspond pas aux attentes, concerne le contenu de l'information : en effet, 14 % des répondants jugent que les renseignements qui leur sont diffusés par le Collège des médecins sont peu intéressants. Pour améliorer la communication entre le Collège et ses membres, 26 % des médecins, qui nous ont fait parvenir leur questionnaire, suggèrent en priorité que le Collège augmente la fréquence des échanges avec ses membres et qu'il transmette les informations de façon plus détaillée et plus complète.

Finalement, ce sondage a permis de déterminer que la mission du Collège des médecins – protéger le public contre les mauvaises pratiques dans la profession médicale – est connue de la grande majorité des répondants (82 %), et que 66 % d'entre eux apprécient de manière générale leur ordre professionnel.

En conclusion, après l'analyse des réponses à ce questionnaire, le service des communications est maintenant mieux outillé pour parfaire ses échanges avec les membres du Collège.

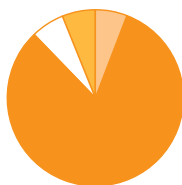
Nous vous remercions de votre collaboration.

La communication entre le Collège des médecins et ses membres est-elle satisfaisante ?



Plus que satisfaisante	68 %
Peu satisfaisante	18 %
Pas du tout satisfaisante	14 %

Quelle est, selon vous, la mission première du Collège des médecins ?



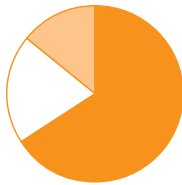
Protéger le public contre les mauvaises pratiques dans la profession médicale	82 %
Servir d'intermédiaire entre le gouvernement et les médecins	6 %
Punir les médecins qui ne respectent pas le Code de déontologie	6 %
Défendre les médecins	6 %

Selon vous, quel est l'aspect le plus décevant de la communication entre le Collège et les médecins ?



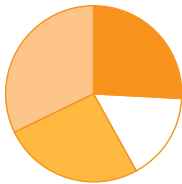
Le Collège est froid et distant dans ses communications	21 %
Le Collège ne communique pas assez avec ses membres	10 %
Les renseignements communiqués manquent de clarté	9 %
Lorsqu'il communique avec nous, le Collège donne peu de renseignements pertinents ou d'informations intéressantes	5 %
Non applicable	45 %

Quelle est votre appréciation du Collège des médecins ?



Plus que satisfaisante	66 %
Peu satisfaisante	20 %
Pas du tout satisfaisante	14 %

Si vous deviez suggérer au Collège l'amélioration d'un aspect dans ses échanges avec ses membres, quel serait-il ?



Rien à améliorer	32 %
Augmenter la fréquence des échanges avec les membres	26 %
Communiquer de façon plus concise et plus efficiente	26 %
Diminuer la fréquence des échanges avec les membres	16 %

* Ce sondage n'a pas de valeur scientifique et a été réalisé dans le but d'améliorer les échanges entre le Collège des médecins et ses membres.

PAR SUZANNE RICHER, M.D

L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN FACE À DES NON-PROFESSIONNELS DANS LE DOMAINE ESTHÉTIQUE

IL ARRIVE DE PLUS EN PLUS SOUVENT QUE LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC SOIT INFORMÉ DE SITUATIONS AYANT TRAIT AUX SOINS ESTHÉTIQUES, DANS LESQUELLES PEUT ÊTRE COMPROMISE L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DE MÉDECINS.

Il va de soi que l'exercice des médecins dans le domaine de la médecine esthétique et de la chirurgie esthétique est entièrement soumis au *Code de déontologie*.

Or, il a été porté à l'attention du Bureau du Syndic du CMQ certaines relations d'affaires entre des médecins et des non-professionnels, c'est-à-dire une personne qui n'est pas un professionnel au sens du *Code des professions* ou qui n'est pas inscrite au Tableau de son ordre professionnel, qui contreviennent à l'esprit et à la lettre du *Code de déontologie* des médecins. Des questions fréquentes à ce sujet nous sont adressées autant par des médecins que par le grand public.

TYPES DE RELATIONS D'AFFAIRES

1- Un médecin pourrait-il s'associer avec une esthéticienne ?

Le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* ne permet pas au médecin d'exercer ses activités professionnelles au sein d'une société par actions ou d'une société en nom collectif à responsabilité limitée avec des personnes autres que son conjoint, des parents ou alliés (c'est-à-dire parents par alliance) d'un médecin détenant des droits de vote. En conséquence, le médecin ne serait pas autorisé à créer une telle société avec une esthéticienne.

2- Un médecin propriétaire d'un immeuble pourrait-il louer des locaux à une esthéticienne ?

Le *Code de déontologie* ne s'oppose pas à ce que le médecin loue un local distinct de celui où lui-même exerce, à un non-professionnel, par exemple une esthéticienne, même si elle vend des produits.

Cependant, le médecin doit s'assurer de l'étanchéité des deux sphères d'activités. La sphère médicale doit assurer le respect du secret professionnel et il ne peut donc y avoir aucun partage de la ligne téléphonique, du registre des rendez-vous, ni du dossier des patients. Quant au partage de la réception et de la salle d'attente, il pourrait être acceptable si les conditions relatives au secret professionnel sont respectées.

Un document écrit, soit le bail de location, doit spécifier tous ces éléments de même qu'établir le montant du loyer convenu.

Dans ce type de relation d'affaires, le médecin doit aussi s'assurer de l'absence de présentoirs de produits ou même de matériel promotionnel en dehors du local réservé à l'esthéticienne.

3- Un médecin pourrait-il exercer dans un local habituellement réservé à des esthéticiennes ?

Le médecin peut louer un bureau voisin de plusieurs autres professionnels ou de non-professionnels.

Avant d'exercer à un nouvel endroit, le médecin doit établir quels sont ses besoins en fonction des activités médicales prévues et de ses obligations en matière non seulement de tenue du cabinet de consultation et de dossiers, mais également d'indépendance professionnelle. Le médecin doit disposer de son propre local, aménagé selon les exigences réglementaires. Il doit notamment avoir sa propre ligne téléphonique, son registre de rendez-vous, ses dossiers sous clé.

À certaines conditions permettant d'assurer le respect du secret professionnel, il pourrait partager la réception et la salle d'attente avec les autres locataires, incluant les non-professionnels. Son bail doit spécifier tous ces éléments et le coût de son loyer doit refléter son indépendance professionnelle. Il ne doit y avoir dans la salle d'attente ni présentoir de produits à vendre ni matériel promotionnel à caractère commercial. ►

[Un médecin ne peut accepter d'exercer dans un local mis à sa disposition, et ce, même s'il acquitte un loyer, à l'intérieur de locaux détenus par des non-professionnels et dont la vocation est l'esthétique non médicale.]

Par ailleurs, si le médecin recommande un produit esthétique à un patient, il doit indiquer clairement à ce dernier qu'il peut l'obtenir à l'endroit de son choix. En effet, s'abstenir de le faire ou diriger un patient à l'esthéticienne locale placerait le médecin en situation de conflit d'intérêts ou, tout au moins, d'apparence d'un tel conflit.

tion et la salle d'attente avec les autres locataires, incluant les non-professionnels. Son bail doit spécifier tous ces éléments et le coût de son loyer doit refléter son indépendance professionnelle. Il ne doit y avoir dans la salle d'attente ni présentoir de produits à vendre ni matériel promotionnel à caractère commercial. ►

LA SUITE À LA PAGE 18

Une situation inacceptable a été signalée au Collège : des propriétaires d'instituts de beauté ont proposé à des médecins un local habituellement réservé aux esthéticiennes, pour y recevoir des patients qui demandent des soins médicaux ou chirurgicaux esthétiques. Un médecin ne peut accepter d'exercer dans un local mis à sa disposition, et ce, même s'il acquitte un loyer, à l'intérieur de locaux détenus par des non-professionnels et dont la vocation est l'esthétique non médicale. Ce faisant, le médecin prêterait son titre à des activités commerciales et tromperait le public, notamment parce que ce dernier serait porté à croire que le médecin recommande ou supervise les services esthétiques, ou qu'il se porte garant de la compétence des esthéticiennes.

4- Un médecin pourrait-il prendre une esthéticienne à son emploi ?

Le médecin qui envisage prendre à son emploi une esthéticienne devrait être vigilant et il devrait s'assurer au préalable qu'elle ne vendra pas de produits ni ne posera d'actes, gestes ou interventions qui relèvent de l'exercice de la médecine.

Ainsi, le traitement de lésions cutanées, qu'elles soient pigmentaires ou vasculaires, par un appareil à laser ou par quelque autre façon, est un acte médical. Une esthéticienne offrant de tels services exercerait illégalement la médecine. Or, le médecin pour sa part ne peut employer, prendre pour associée ou collaborer avec une personne qui exerce illégalement la médecine.

Par ailleurs, s'il décidait de prendre à son emploi une esthéticienne, le médecin pourrait potentiellement voir sa responsabilité civile engagée pour tout acte fautif causant un préjudice commis par l'esthéticienne dans le cadre de ses fonctions.

Pour ce qui est de la vente de produits, rappelons en premier lieu que le médecin « doit s'abstenir de vendre des médicaments ou d'autres produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé », selon l'article 76 du *Code de déontologie*.

La catégorie « autres produits » est donc très vaste et elle inclut à notre avis les produits cosmétiques lorsqu'ils sont recommandés par un médecin. Les seuls produits pour lesquels le médecin peut demander des frais au patient sont ceux autorisés en vertu des ententes, notamment les médicaments et les agents qu'il lui administre lui-même (infiltration des tissus mous, agents anesthésiants, gouttes ophtalmiques, phénols, toxine botulinique, etc.).

[La publicité conjointe médecins-esthéticiennes est interdite.]

Il résulte de cet interdit déontologique que le médecin ne pourrait employer une esthéticienne qui vend des produits. Il y aurait là une contravention indirecte au *Code de déontologie*. Même si de tels produits ne requièrent pas une ordonnance médicale, il est fréquent que le médecin soit consulté par le patient au sujet de la meilleure crème en fonction des caractéristiques cutanées et autres (par exemple, une pathologie systémique, la prise de médicaments pouvant entraîner des répercussions sur la peau).

LA PUBLICITÉ

Les centres d'esthétique où n'exerce aucun médecin mais qui annoncent néanmoins des soins médico-esthétiques dans leur publicité sont passibles de poursuites pénales en vertu de l'interdiction, d'une part, de l'utilisation du titre de médecin et, d'autre part, de l'exercice de la médecine par des non-médecins.

Ce même genre de publicité, alors qu'un ou des médecins non identifiés exerçaient dans le centre d'esthétique, a placé ces derniers en contravention avec le *Code de déontologie* qui exige que toute publicité comporte le nom du médecin suivi de son statut de spécialiste ou de médecin de famille (omnipraticien).

Enfin, la publicité conjointe médecins-esthéticiennes est interdite. Le médecin peut annoncer ses services en respectant les diverses balises du *Code de déontologie*. Il ne doit pas associer sa propre publicité à celle d'esthéticiennes puisqu'il ne peut pas permettre que son titre de médecin soit utilisé à des fins commerciales. Or, l'activité des esthéticiennes comporte un volet commercial important. C'est uniquement lorsque l'esthéticienne à son emploi pose des actes sous réelle supervision médicale (par exemple l'épilation au laser), qu'une publicité du médecin pourrait mentionner ce service tout en précisant, d'une part, qu'il est fait par une esthéticienne et, d'autre part, le nom et le statut de médecin de famille ou de spécialiste du médecin.

Pour obtenir des informations supplémentaires sur la publicité permise aux médecins, visitez le site Web au www.cmq.org.

En somme, le médecin doit veiller à assurer dans le volet esthétique

1- de son exercice :

- son indépendance professionnelle ;
- le respect du secret professionnel ;
- la conformité de ses dossiers et de ses locaux aux exigences réglementaires

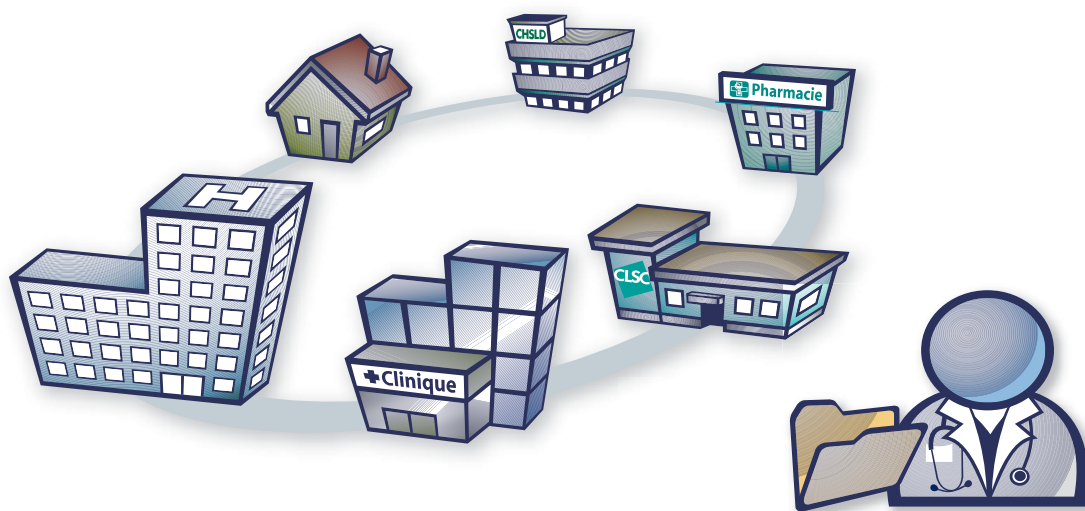
2- de sa publicité :

- que son titre de médecin n'est pas utilisé à des fins commerciales ;
- que son nom et son statut de spécialiste ou de médecin de famille sont clairement indiqués ;
- s'il mentionne les services offerts, le respect de toutes les exigences déontologiques ayant trait à la publicité du médecin.

Consultation auprès du Collège des médecins du Québec

Les médecins qui ont des doutes sur leur situation actuelle ou des questions à ce sujet sont invités à contacter la Direction des enquêtes (514 933-4131).

Le dossier santé accessible **partout**



- ▶ Le dossier santé électronique interopérable (DSEi) d'OMNIMED permet de **constituer, tenir, détenir et maintenir** un dossier médical unique pour tous vos patients, accessible à partir de tous vos lieux de pratique.

Ce dossier **régional** permet le **partage sécuritaire de l'information** entre les cliniciens autorisés et contribue ainsi à améliorer la **qualité** des soins en soutenant le **travail collaboratif** et la **coordination des suivis**.



1 . 8 0 0 . 5 6 7 . 4 8 0 8
w w w . o m n i m e d . c o m

DES TESTS GÉNÉTIQUES PAR INTERNET? NON MERCI!

DES MÉDECINS NOUS ONT INFORMÉS QUE CERTAINS DE LEURS PATIENTS LES AVAIENT CONSULTÉS APRÈS AVOIR SUBI DES TESTS GÉNÉTIQUES DISPONIBLES SUR INTERNET. LA CHOSE ÉTAIT PRÉVISIBLE. AUX ÉTATS-UNIS, DES TESTS SONT DISPONIBLES DEPUIS UN CERTAIN TEMPS. AUSSI LE COLLÈGE A-T-IL DÉJÀ PRIS POSITION À CET ÉGARD.

Le comité administratif a adopté une recommandation du groupe de travail en éthique clinique se lisant comme suit :

«[...] que le Collège adopte explicitement la position voulant que tous les tests effectués en génétique soient considérés comme partie prenante d'une démarche diagnostique, réservée aux médecins en raison de l'expertise nécessaire et du risque de préjudice.»

Il faut en effet savoir que l'information génétique est particulière par son caractère prédictif et incertain. Elle l'est également par sa dimension familiale et même sociétale. Cette information exige une intervention professionnelle parce qu'elle est impossible à interpréter sans l'expertise nécessaire et parce qu'il faut la traiter avec des précautions tout à fait particulières.

Des tests simples, mais difficiles à interpréter

À première vue, les tests génétiques paraissent d'une simplicité désarmante : il suffit de prélever une goutte de sang, un frottis buccal, un bout de cheveu. Le prélèvement est simple, mais la démarche nécessaire pour bien utiliser les tests n'est pas simple du tout.

Les porteurs d'une anomalie génétique ne seront pas tous malades. En parlant de la pénétrance d'un gène, on tente d'ailleurs d'indiquer la proportion d'individus qui le sera. La valeur prédictive du test dépend de sa validité analytique et clinique, mais aussi de la maladie, de sa rareté et de l'ampleur de la population ciblée.

Pour être valable, l'utilisation des tests génétiques doit donc s'inscrire dans une activité complexe nécessitant l'expertise

professionnelle qui permet au médecin d'établir un diagnostic.

Une information à manipuler avec précaution

Il existe d'ailleurs des standards de pratique qui font largement consensus, concernant particulièrement le conseil génétique, la confidentialité, le consentement et le suivi des patients et de leur famille.

Le conseil génétique et le consentement

On considère qu'il est absolument nécessaire d'offrir au patient un service de «conseil génétique», non seulement après, mais avant même de passer un test, pour qu'il puisse bien apprécier les limites de l'information fournie par le test et y consentir de façon éclairée.

La confidentialité

Comme d'autres membres de la famille risquent d'être touchés par l'information transmise lors des entrevues ou obtenue par les tests, la question de la confidentialité se pose un peu différemment en génétique. Il faut en discuter dès le départ.

Le suivi

Puisque les effets peuvent se manifester tardivement, la génétique pose des défis considérables en ce qui a trait au suivi. Quand peut-on arrêter le suivi d'un patient? Qui est responsable du suivi des autres membres de sa famille?

Déjà, les médecins du Québec sont tenus d'avoir rencontré leur patient avant de rédiger une ordonnance individuelle, quelle qu'en soit la nature. Cette exigence nous apparaît d'autant plus justifiée s'il s'agit de tests génétiques.

Les dangers d'un accès direct aux tests

Quels dangers y aurait-il vraiment à ce que les gens aient un accès direct aux tests génétiques? Une mauvaise interprétation de la valeur prédictive; de l'anxiété face à la maladie ou, au contraire, une fausse assurance face à la santé; des choix de vie importants sur la base d'informations incomplètes; des investigations et des traitements inutiles ou, au contraire, une absence de traitements efficaces; des préjudices au niveau de l'emploi et des assurances si ces informations sont divulguées; des répercussions imprévues sur le patient et sur les autres membres de la famille.

La mission du Collège des médecins du Québec est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois. À ce titre, nous soutenons que la possibilité que des tests génétiques soient directement accessibles aux consommateurs devrait être exclue, jusqu'à preuve du contraire.

Nous sommes conscients du fait que, dans un avenir rapproché, des tests génétiques seront probablement proposés aux Québécois par des personnes non qualifiées, ce qui pour nous constituera clairement un exercice illégal de la médecine. Cependant, nous voulons insister tout de suite sur l'aspect préventif du problème : informer les médecins et le public pour les sensibiliser à la complexité de ces tests, aux avantages et aux risques qu'ils comportent.

Le texte intégral de cet article est disponible dans le site Web du Collège, à l'adresse www.cmq.org/revue.aspx

PAR ANDRÉ ARSENAULT, M.D.

RÉFLEXION

Permettez-moi d'attirer votre attention
sur la problématique des listes d'attente
Non pas à l'urgence
Non pas en période pré-opératoire
Car tous ces patients sont devenus visibles
aux yeux du système de santé

Je pense aux patients silencieux
Ceux qui n'ont pas vraiment commencé
à être visibles
Ceux qui font partie de la masse de l'iceberg
Ceux et celles qui vont provoquer l'effet
Titanic
Quand ils arriveront en vagues rapprochées
Frappant la coque du navire amiral
Et de toutes ces petites chaloupes
hospitalières
Qui portent tant et bien que mal
Leur bordée de sujets en mal de soins

Telle cette dame de 53 ans que j'ai
récemment vue
Sorte d'euphémisme
Aperçue, aurais-je dû dire
Et qui flottait doucement sur la liste
d'attente d'une étude de perfusion
cardiaque
Le 18 février 2006 peut-on lire sur la
requête cochée urgente
Suivie, en octobre 2006, d'une seconde
requête cochée urgente
Nous sommes fin mai 2007

L'étude montre, après un effort de
seulement 65 % de la valeur-cible
Plusieurs déficits, dans plusieurs territoires
Je sens le besoin de signaler la chose
immédiatement à son médecin traitant
La maladie étant possiblement très étendue
et très sévère

La demande d'examen datant de plus
d'un an
Je me demande de quoi j'ai l'air
Peut-on qualifier le service rendu comme
un service de qualité
Dans des délais raisonnables, éthiquement
acceptables?
Ce service est rendu à quel client? Le
médecin traitant, le consultant ou l'amiral
de la flotte?
Et qu'en est-il du patient lui-même?
Le patient est-il le client, le payeur, le
bénéficiaire ou l'otage maintenu dans
l'ombre
De ce qui lui arrive
De ce qui ne lui arrive pas

Que pourrait-on dire de ces sujets non
encore vraiment patients
En attente de leur premier infarctus
De leur premier accident vasculaire cérébral
De leur insuffisance rénale...
Elles sont où, ces diverses listes
Des sujets porteurs de facteurs de risques
silencieux
Diabétiques,
Un peu rondelets
Ou carrément déjà obèses
Hypertendus
Avec des maladies des lipides
Cholestérol en tête
Sédentaires
Silencieusement porteurs de leurs risques
Parce que sédentaires
On les dits nombreux, voire épidémiques
On les qualifie prudemment de porteurs du
syndrome métabolique

Et le privé
Parle-t-on d'un système privé
Ou d'un patient privé
Ou peut-être ne peut-il pas être privé de
quoi ce soit
Puisqu'il ne se qualifie pas encore
En tant que patient au sens des listes
N'ayant pas encore eu le privilège d'un visa
d'entrée dans le système de soins
Soit parce que qu'il n'a pas encore atteint
le seuil des complications
Qui sommeillent en lui sous forme de
facteurs de risque

Ou peut-être n'a-t-il pas eu la chance de
gagner la Loto
Des sujets inscrits dans la liste des
participants
A un projet de recherche pharmaco-
économique
Où la valeur ajoutée à son existence est
considérable:
Avoir le droit à la médication gratuite
Avoir un suivi assidu et révérencieux d'une
infirmière attentionnée
Savoir que l'on s'inquiète de son devenir,
de son évolution
Savoir que l'on a besoin de savoir s'il est
encore vivant
Car la valeur ajoutée par la Loto est
considérable
Et pour le sujet
Et pour le médecin
Et pour le système de santé
Sans compter que le statut de marchandise
dans le « core business »

De l'establishment hospitalo-universitaire
Amène aussi de l'argent au meunier

La perte de ce statut à valeur ajoutée
est lourde de conséquence
Redevenir un sujet porteur, détenteur,
non-proprétaire-occupant d'une carte des
ayant-droits
Redevenir simplement patient
Inconnu, non-reconnu, méconnu
Un cas
Prenant son mal en patience
Un fragment de glace dans la masse
de l'iceberg
En attente d'un grand coup
Qui percera la coque du navire amiral
Coulant à pic avec l'amirauté ministérielle.

Monsieur le Président
Quelle est la consigne?
Sur une petite planète nous sommes à court
de réverbères
Doit-on nous regrouper en groupes de
réverbères de famille
Et si nous restons isolés parce qu'éloignés
des grands centres
Mériterons-nous la visite de l'allumeur de
réverbères
Histoire de maintenir notre compétence
Et de bien connaître les évidences
scientifiques
Qui devraient être la base de notre pratique

Pendant ce temps, l'État, en pénurie
de moyens
Nous rassure en disant que nous, docteurs
en médecine
N'avons pas comme les ingénieurs
d'obligation de résultats
Comme pour les ponts et chaussées
Mais des obligations de moyens

Cela se traduit-il, pour nous et pour
nos patients
À agir sans rien dire
Faire ce que nous pouvons avec les moyens
qui nous sont consentis
Et dormir tranquilles
D'un sommeil profond
Celui du juste qui n'entretient de rapport
Ni avec l'éthique
Ni avec la conscience
Professionnelle

VOUS AVEZ DES NOUVELLES DE VOS RÉGIONS À NOUS COMMUNIQUER?

Écrivez-nous à collegedesmedecins@cmq.org

BAS-SAINT-LAURENT

Le Centre Notre-Dame-de-Fatima de La Pocatière, dont les nouveaux locaux ont été inaugurés en octobre dernier, fera l'acquisition d'un tomodensitomètre, un appareil de radiologie assisté par ordinateur qu'on appelle aussi « scanner » ou « taco ».

CAPITALE-NATIONALE

Une quatrième clinique-réseau (la Clinique St-Vallier) et trois nouveaux groupes de médecine de famille (GMF) sont créés dans la région de la Capitale-Nationale. Ces trois nouveaux GMF portent à 17 leur nombre total dans la région et permettront notamment d'inscrire 45 000 patients.

LAURENTIDES

Un nouvel immeuble sera construit à Sainte-Adèle et accueillera le Centre de santé et de services sociaux des Pays-d'en-Haut, un centre de jour et un centre d'hébergement de 112 lits. Les travaux devraient s'étaler sur les années 2008 et 2009.

MAURICIE

Une nouvelle unité de médecine familiale a été implantée à Shawinigan. Cette réalisation est intimement liée à l'implantation, à Trois-Rivières, d'un campus satellite de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

MONTÉRÉGIE

Parmi les nouveaux projets de construction à voir le jour en Montérégie, notons la construction du nouveau CLSC de Beloeil ainsi que la création d'un nouvel immeuble qui abritera l'ensemble des services de CLSC offerts à la population de Châteauguay et des environs.

Plus de 125 millions de dollars seront investis à l'Hôpital Charles LeMoine, à la fois pour construire et équiper le Centre intégré de lutte contre le cancer et pour agrandir la salle d'urgence. Le projet de

construction du Centre intégré de lutte contre le cancer vient de franchir une étape déterminante. En effet, maintenant que toutes les autorisations nécessaires ont été accordées, les travaux pourront débuter.

MONTRÉAL

Une allocation budgétaire supplémentaire de 10 722 000 \$ a été accordée à l'Institut de cardiologie de Montréal dans le cadre du projet d'agrandissement de son bloc opératoire. Cette somme sera affectée à l'acquisition du mobilier et d'équipement médical spécialisé, portant le budget global du projet à 31 583 000 \$.

Un nouveau groupe de médecine de famille a récemment été créé. Le GMF Médimax devient le quinzième groupe de médecine de famille de la région de Montréal. Cette reconnaissance arrive près de deux ans après que la Clinique

Médimax ait adopté un fonctionnement selon le mode des cliniques-réseaux. Le GMF Médimax regroupe dix médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières. On estime à plus de 9 000 le nombre de personnes qui pourront bénéficier des avantages du GMF.

OUTAOUAIS

Une somme de 8 152 000 \$ sera investie cette année dans la région de l'Outaouais, en vue d'acquiescer une soixantaine de nouveaux appareils de haute technologie médicale par les différents établissements de santé, soit le CSSS de Gatineau, le CSSS du Pontiac, le CSSS de Papineau, le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau, le CSSS des Collines et le Centre hospitalier Pierre-Janet, établissement à vocation psychiatrique.

COIN DES LECTEURS

Cet espace vous est réservé. Il nous fera plaisir de publier vos questions et commentaires et d'y répondre. Faites-nous parvenir vos textes (maximum 15 lignes) à l'adresse suivante : collegedesmedecins@cmq.org

• Je me permets de vous proposer une refonte de la section « recherche d'un membre ». À ce sujet, je vous propose comme modèle, celle du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, à laquelle j'ai aussi à me référer souvent car je soigne régulièrement des patients en provenance de cette province, que je trouve plus complète et plus facile à utiliser. **P.G.**

• J'aimerais faire une suggestion pour le nouveau site Web, notamment de pouvoir rechercher un groupe/spécialité de médecins par région ou ville. Par exemple, si je pouvais rechercher tous les pédiatres exerçant dans la ville de Laval, je trouverais cela très utile pour moi comme médecin et j'imagine que le public aussi. **J.-P.C.**

Réponse : Le Collège a reçu de nombreux commentaires relativement au bottin des médecins disponible dans son site Web. Dans le contexte de la refonte à venir, des améliorations seront

probablement apportées afin de mieux répondre aux besoins exprimés.

• Nous aimerions obtenir de l'information sur la façon de procéder pour publier un appel de candidatures pour des postes de médecins dans la section Carrières et professions dans votre revue Le Collège. **E.G.**

Réponse : Vous pouvez communiquer directement avec le Service des communications du Collège, par courriel (collegedesmedecins@cmq.org) ou par téléphone (514 933-4441 poste 5206).

• J'aimerais recevoir l'infolettre du CMQ. Merci **P.H.**
Réponse : Il nous fait plaisir d'ajouter votre nom à la liste des membres qui reçoivent l'infolettre du Collège. Note : Si vous ne recevez pas l'infolettre et que vous désirez vous y abonner, nous vous invitons à nous faire parvenir votre adresse de courriel à infolettre@cmq.org

PAR CLAUDE MÉNARD, M.D.

L'ÉVALUATION PRÉ-IVG : DÉPISTAGE DE LA GONORRHÉE ET DE L'INFECTION À CHLAMYDIA

Étant donné le délai pour obtenir le résultat à un test de dépistage d'une infection à chlamydia et de la gonorrhée, et devant les risques de reporter une IVG pour certaines clientèles vulnérables, des modifications ont été apportées aux lignes directrices sur l'interruption volontaire de grossesse, publiées en septembre 2004, après consultation de médecins experts dans le domaine.

Les modifications apportées aux lignes directrices concernent l'évaluation pré-IVG, à la page 5 :

Le troisième paragraphe devrait se lire : « Les tests de biologie médicale doivent comprendre un test de grossesse ou

la documentation échographique d'une grossesse, la vérification du facteur Rh et du statut immunitaire pour la rubéole ainsi que le dépistage d'une infection à chlamydia et de la gonorrhée. Ces infections, particulièrement fréquentes dans le contexte d'une grossesse non désirée, sont responsables des complications infectieuses à la suite d'une IVG. Les résultats de ces tests doivent être connus avant l'IVG dans les cas où un vaccin anti-D, ou un vaccin antirubéole doivent être administrés. »

Le texte suivant doit être ajouté :

« Dans l'éventualité où, pour diverses raisons, le résultat de la recherche de chlamydia ou de la gonorrhée n'est pas dispo-

nible au moment de l'IVG, et qu'il serait préjudiciable, pour la patiente, de reporter l'interruption volontaire de grossesse, les mesures suivantes doivent être prises :

- Une entente doit être conclue avec le laboratoire afin d'obtenir avec célérité, par téléphone ou par télécopieur, le résultat d'un examen positif;
- De convenir avec la patiente d'un contact éventuel dans les jours suivants son intervention si les tests étaient positifs, afin de lui fournir le traitement efficace, pour elle et son partenaire.

Il est à noter que la prophylaxie ne suffit pas au traitement de la gonorrhée ou d'une infection à Chlamydia. »

PAR MARC BILLARD, M.D. ET SUZANNE RICHER, M.D.

IMPORTANCE DU DÉLAI DE DICTÉE DU PROTOCOLE OPÉRATOIRE < 24 HEURES

Les us et coutumes d'une bonne pratique médicale veulent que le chirurgien dicte tout de suite après l'intervention son protocole opératoire. Or, il arrive que des protocoles opératoires soient dictés tardivement, c'est-à-dire plus de 24 heures après la chirurgie. Il va de soi que plus le délai de dictée augmente, plus augmentent aussi les risques d'erreurs dans la dictée. Pour les prévenir, le Collège a cru bon rappeler la règle dans son guide sur la tenue de dossier en centre hospitalier⁽¹⁾. On y lit que tout protocole opératoire doit être rédigé ou dicté immédiatement après l'intervention ou dans les 24 heures qui suivent. La présence d'un résident ne change rien à cette obligation.

Cette règle a d'ailleurs été élevée au rang d'obligation déontologique des médecins. En effet, le comité de disci-

pline, saisi d'une plainte du syndic contre un médecin, statuait en ce sens, en réponse au médecin qui soutenait n'avoir enfreint aucune loi ni règlement puisque le délai de dictée n'était indiqué nulle part : « Aucune disposition législative ne prévoit de délai dans lequel la dictée doit être faite. Toutefois... il est reproché à l'intimé d'avoir dicté son protocole opératoire trois mois après l'intervention, ce qui constitue une infraction disciplinaire en ce que le comité y voit un écart marqué entre le comportement de l'intimé et les normes de pratique, édictées dans un document publié par le Collège des médecins, un tel document étant effectivement de nature à fonder une faute déontologique. »⁽²⁾

Il a d'ailleurs toujours été recommandé de « dicter le protocole opératoire le jour

même de la chirurgie détaillant la technique chirurgicale et les observations anatomiques. Lorsque surviennent des difficultés médico-légales, la technique chirurgicale est souvent le point de mire. »⁽³⁾

L'analyse rétrospective de la qualité de l'acte, qu'elle soit faite par un établissement, par le Collège ou par un tribunal, s'appuie souvent sur le contenu du protocole opératoire et « accorde beaucoup de crédibilité (à son) contenu dicté ... dès la chirurgie effectuée. »⁽⁴⁾

En complément à la dictée, le médecin doit inscrire au dossier une note post-opératoire qui décrit sommairement les constatations per-opératoires, l'intervention pratiquée, les incidents, les pertes sanguines, les complications opératoires, le cas échéant, ainsi que l'état du patient à la fin de l'intervention. ► LA SUITE À LA PAGE 24

SI VOUS SOUHAITEZ VOIR PUBLIER UN APPEL DE CANDIDATURES POUR DES POSTES DE MÉDECINS DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT, NOUS VOUS INVITONS À COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE DES COMMUNICATIONS DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC À L'ADRESSE COURRIEL SUIVANTE : COLLEGEDESMEDECINS@CMQ.ORG

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

La direction de santé publique des Laurentides est à la recherche de médecins OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Vous cherchez un milieu de travail stimulant dans les domaines suivants :

- **Prévention des maladies chroniques**
- **Santé mentale et prévention du suicide**
- **Santé au travail : programme « Pour une maternité sans danger »**
- **Maladies infectieuses : prévention des infections nosocomiales**

Temps plein ou partiel
Horaire flexible
Équipe multidisciplinaire dynamique

Pour information, communiquer avec :
Dr Éric Goyer, 450 432-8734
eric_goyer@ssss.gouv.qc.ca

ACTION SPORT PHYSIO

Nous sommes à la recherche d'un/une médecin généraliste avec un intérêt particulier pour les troubles musculo-squelettiques. L'équipe de notre clinique de Ville St-Laurent serait heureuse d'accueillir un nouveau membre à raison d'une demi-journée par semaine.

Pour de plus amples informations, veuillez communiquer avec :

Amélie Barreau
Directrice des ressources humaines
Action Sport Physio
Tel : 514-624-5000
Fax : 514-624-5044
abarreau@actionsportphysio.com

FONDATION MÉDICALE JEAN-PIERRE DESPINS M.D.

- **Bourse de recrutement**
- **Recherche 2 médecins**

Région Centre-du-Québec
St-Léonard d'Aston et
St-Wenceslas

Pour information :
M. René Bérubé
Fondation médicale
Jean-Pierre Despins M.D.
819 399-2701
422 rue Germain
St-Léonard d'Aston
J0C 1M0

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU ROCHER-PERCÉ

LE CSSS du Rocher-Percé est à la recherche de médecins en :

- **médecine de famille : temps plein (7) et dépannage**
- **médecine interne : temps plein (2) et dépannage**
- **pédiatrie : temps plein (1) et dépannage**
- **anesthésie : temps plein (2) et dépannage**

- **médecine nucléaire : temps plein (1)**
- **chirurgie : temps plein (1)**
- **psychiatrie : temps plein (1)**
- **radiologie : temps plein (1)**

Pour toute information ou pour planifier une visite, communiquer avec :
M. Jean St-Pierre, Adjoint à la direction des services professionnels
418 689-2261, poste 2148
jean.st-pierre.chandler@ssss.gouv.qc.ca

LA SUITE DE LA PAGE 23

Ces obligations sont impératives puisqu'un non-respect est susceptible d'entraîner la perte d'informations importantes pour le suivi du patient. Non seulement les médecins doivent-ils se responsabiliser mais les établissements doivent fournir les outils nécessaires. Quant aux conseils des médecins, dentistes et pharmaciens et aux

directeurs des services professionnels, le Collège leur demande d'exercer une vigilance soutenue à cet égard et d'appliquer des mesures dissuasives, au besoin.

1. Collège des médecins du Québec. — *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés : guide d'exercice* — Montréal : Le Collège, déc. 2005 — 37 p. — ISBN 2-920548-22-0

2. Ordre professionnel des médecins c. McLeod, C.D. Méd. Montréal, n°24-01-00531, 30 juin 2003, prés. Samson

3. Eix, A. — "Au-delà de la salle d'opération : l'importance des soins chirurgicaux complets". — Bulletin d'information. — Association canadienne de protection médicale. — Vol. 14, n° 3 Feuillet d'information (oct. 1999)

4. Perron C. Audet, C.S. Chicoutimi, n° 150-05-00020-943, 11 février 2002, J. Babin

Voici certains ateliers organisés par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici la fin mai 2008

ATELIERS SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DU TROUBLE DÉFICITAIRE D'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)

18 janvier 2008 à 13 h, Dolbeau-Mistassini
6 février 2008 à 18 h, Beauport
26 février à 14 h, Verdun



COMMENT DIVULGUER UN PROBLÈME DE SOINS

Atelier sur le quoi, quand et comment le divulguer à un patient

17 avril à 8 h 30
Montréal



L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE

Atelier sur les pratiques cliniques préventives chez l'adulte

18 janvier 2008 à 12 h, Coaticook
30 janvier 2008 à 15 h, Montréal
26 mars 2008 à 12 h, Gatineau
25 avril 2008 en après-midi, Rouyn-Noranda
(dans le cadre d'une journée de développement professionnel continu)



LA RELATION DIFFICILE

Atelier sur l'identification d'éléments de solutions quand la relation médecin-patient est difficile

17 avril 2008 à 13 h 30
Saint-Jean-Port-Joli



LA TENUE DES DOSSIERS PAR LES MÉDECINS

Atelier visant à aider les médecins à maîtriser la tenue de leurs dossiers médicaux

15 février 2008 à 9 h, Trois-Rivières
4 avril 2008 à 9 h, Québec
11 avril 2008 à 7 h 30, Montréal
25 avril 2008 à 13 h, Rouyn-Noranda
(dans le cadre d'une journée de développement professionnel continu)



LE MÉDECIN ET L'ADO QUI DÉPRIME

Atelier sur la reconnaissance de la dépression à l'adolescence

30 avril 2008 à 13 h, Gatineau

LE MÉDECIN ET L'ADO QUI DÉPRIME... LA SUITE

Atelier sur le suivi et le traitement de l'adolescent déprimé

30 avril 2008 à 15 h, Gatineau



QUAND L'ADO DÉRANGE

Atelier sur les troubles du comportement des adolescents

23 janvier 2008 à 8 h 30, St-Jean-sur-Richelieu
7 février 2008 à 13 h, Saint-Jean-Port-Joli
22 février 2008 à 8 h 30, Trois-Rivières
10 avril 2008 à 17 h, Verdun
9 mai 2008 à 9 h, Terrebonne



L'ESSENTIEL DE LA TENUE DES DOSSIERS PAR LES MÉDECINS EXERÇANT EN CABINET

Atelier d'une journée visant à aider les médecins à démontrer qu'ils offrent à leurs patients des soins de la meilleure qualité.

Coût : 400 \$

7 février 2008 de 9 h à 16 h, Collège des médecins du Québec
7 mai 2008 de 9 h à 16 h, Collège des médecins du Québec



Si vous désirez organiser une activité, veuillez adresser votre demande à : Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec
Montréal : 514 933-4441, poste 5330 Extérieur de Montréal : 1 888 633-3246, poste 5330

AVIS DE RADIATION TEMPORAIRE ET DE LIMITATION PERMANENTE

(dossier : 24-05-00603)

AVIS est par la présente donné que le **Dr Minh-Ngoc Nguyen** (81614), exerçant la profession de médecin à Montréal, a été trouvé coupable devant le Comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir posé des actes abusifs de nature sexuelle sur deux patientes, le 23 novembre 1989 et le 12 août 1999.

Le Dr Minh-Ngoc Nguyen a déjà été reconnu coupable par la Cour du Québec (affaires criminelles) le 25 janvier 2005, jugement qui a été confirmé par la Cour d'appel le 16 octobre 2007.

Le Comité de discipline a imposé au Dr Minh-Ngoc Nguyen une limitation permanente à l'effet qu'il devra s'assurer de la présence d'un(e) infirmier(e) ou d'une infirmier(e) auxiliaire lors de toute consultation ou de tout acte médical posé à l'égard d'une patiente, ainsi qu'une période de radiation temporaire de 5 ans, cette période devant se terminer le 13 novembre 2007, compte tenu de la période de radiation déjà purgée à la suite de la décision du Comité administratif du Collège.

En outre, en vertu de l'article 158 du Code des professions, la décision du Comité à l'effet de limiter de façon permanente le droit de pratique du Dr Minh-Ngoc Nguyen est exécutoire dès sa signification à l'intimé, soit le 17 octobre 2007.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 et 180 du Code des professions.

Montréal, le 17 octobre 2007
Me Christian Gauvin
Secrétaire du Comité de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-06 -00632)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Allen Payne** (84036), exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le Comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir fait défaut, le 10 décembre 2005, d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, notamment en limitant son anamnèse et son examen physique (chef 1);

d'avoir procédé, le 10 décembre 2005, de façon intempestive à un essai thérapeutique de 24 heures, qui consistait à modifier la médication habituelle de la patiente (chef 2);

d'avoir fait défaut d'obtenir, soit de sa patiente ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé quant à la suggestion de la faire hospitaliser et à l'essai thérapeutique (chef 3).

Le 17 septembre 2007, le Comité de discipline a imposé au Dr Allen Payne une radiation du Tableau de l'ordre pour une période de six semaines sur le chef 1, une période de deux mois sur le chef 2 et une période de six semaines sur le chef 3 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

Étant donné que les parties ont renoncé à leur droit d'en appeler, le Dr Allen Payne est donc radié du Tableau de l'ordre pour une période de deux mois à compter du 5 octobre 2007.

Le présent avis est donné en vertu des articles 156 et 180 du Code des professions.

Montréal, le 5 octobre 2007
Me Christian Gauvin, avocat
Secrétaire du Comité de discipline

AVIS DE DÉCÈS

ENTRE LE 1^{ER} OCTOBRE ET LE 28 NOVEMBRE 2007, LE COLLÈGE DES MÉDECINS A ÉTÉ INFORMÉ DU DÉCÈS DES MÉDECINS SUIVANTS.

Nom, prénom	N° de permis	Spécialité	Lieu d'exercice
Allaire, André	60019	Chirurgie orthopédique	Montréal
Brohovici, Ruhla	67323		Montréal
Fortin, Luc	53072	Psychiatrie	Laval
Frappier, Jean-R.	59089		Anjou
Jean-Francois, Claude	74656	Chirurgie orthopédique	Montréal
Maillé, Jean-Guy	55118	Anesthésiologie	Laval
Perreault, Luc	52117	Anesthésiologie	Repentigny
Simons, S. P.	66306	Psychiatrie	Montréal
Tétrault, Paul	41101		Montréal
Valcourt, Jean-Paul	53186	Anatomo-pathologie	Montréal-Nord

LE DPC

UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PRATICIEN APPRENANT

TRAVAIL D'ÉQUIPE
AUTOÉVALUATION
NOUVELLES TECHNOLOGIES
AUTOGESTION



CONSEIL QUÉBÉCOIS
DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU
DES MÉDECINS



Pour toute information au sujet du Colloque :
Dr André Jacques
Conseil québécois de développement
professionnel continu des médecins

Collège des médecins du Québec
2170, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal QC H3H 2T8
Tél. : (514) 933-4441, poste 5322
Fax : (514) 933-4668
www.cqdpcm.ca
Courriel : mpaquette@cmq.org

11^e COLLOQUE

CONSEIL QUÉBÉCOIS DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS

22 au 24 octobre 2008
Château Bromont, Bromont

NOUVEAUX MEMBRES

Période : du 1^{er} octobre au 28 novembre 2007.

La ville ou l'arrondissement indique le lieu d'exercice lorsqu'il est connu.

• Andrès, Cédric	Spécialiste	Montréal	• Guzzo, Angelina	Spécialiste	Toronto
• Asselah, Jamil Walid Rostem	Médecin de famille	Paris	• Hotte, Simon L.	Spécialiste	Gatineau
• Aubry, Sébastien	Médecin de famille	Sherbrooke	• Jagoe, Robert Thomas	Médecin de famille	Montréal
• Bakdounes, Khldoun	Médecin de famille	Lachine	• Julien, Natalie	Spécialiste	Ottawa
• Barrier, Alain Jean	Médecin de famille	Mont-Royal	• Krabchi, Kada	Médecin de famille	Sherbrooke
• Bartholdi, Deborah	Médecin de famille	Montréal	• Lamirande, Maxime	Médecin de famille	Trois-Rivières
• Benayoun, Serge	Spécialiste	Montréal	• Latella, Jennifer	Médecin de famille	Montréal
• Bergeron, Vivianne	Spécialiste	Sherbrooke	• Leblanc, Louiselle	Médecin de famille	Sherbrooke
• Berlim, Marcelo Turkienicz	Médecin de famille	Verdun	• Lebovich, Irith	Spécialiste	Saint-Jean-sur-Richelieu
• Bernier, Frédéric	Spécialiste	Vancouver	• Lessard, Marie-Claude	Spécialiste	Montréal
• Bilodeau, Jean-François	Spécialiste	Sherbrooke	• Mac-Way, Fabrice	Spécialiste	Montréal
• Bizgu, Victoria Semionovna	Médecin de famille	Montréal	• Mailhot, Marie-Christine	Médecin de famille	Les Escoumins
• Boulé, Marie-Eve	Spécialiste	Joliette	• Manganas, Athéna	Médecin de famille	Sherbrooke
• Bourgault, Christine	Spécialiste	Saint-Pratice-de-Beaurivage	• Matouk, Karen	Spécialiste	Montréal
• Brodeur, Guillaume	Médecin de famille	Montréal	• Morris, Sandra	Médecin de famille	Montréal
• Coelho, Ramona Lynn	Médecin de famille	Montréal	• Moschona, Penelope	Médecin de famille	Wakefield
• Comeau, Réginald	Spécialiste	Dollard-des-Ormeaux	• Nepveu, Marie-Hélène	Spécialiste	Verdun
• Danino, Michel Alain	Médecin de famille	Montréal	• Nguyen Luu, Nha Uyen	Spécialiste	Montréal
• Daskalopoulou, Styliani Stella	Médecin de famille	Montréal	• Papenburg, Jesse	Spécialiste	Montréal
• De Blois, Jonathan	Spécialiste	Québec	• Parent, Véronique	Médecin de famille	Québec
• De Bortoli, Bruno	Spécialiste	Saint-Jérôme	• Plamondon, Isabelle	Spécialiste	Québec
• Deladoey, Johnny Yvan	Médecin de famille	Montréal	• Rémillard, Marie-Anais	Spécialiste	Greenfield Park
• Drolet, Christian	Médecin de famille	Saint-Laurent	• Rioux, Jean-Philippe	Médecin de famille	Saint-Laurent
• Duarte De Almeida Brandao, Guilherme	Médecin de famille	Montréal	• Rochon, Caroline	Spécialiste	Montréal
• Farmer, Marie	Médecin de famille	Fleurimont	• Shahin, Jason	Spécialiste	Montréal
• Fortin, Marie-Pierre	Spécialiste	Rimouski	• Sim, Quan-Yong	Médecin de famille	Kapuskasing
• Gagneur, Arnaud	Médecin de famille	Sherbrooke	• Tamaz, Raja	Spécialiste	Outremont
• Galperin, Ilana	Médecin de famille	Montréal	• Tolessa, Emmanuel	Médecin de famille	Huddersfield
• Généreux, Philippe	Spécialiste	Saint-Charles-Borromée	• Trudeau, Nicolas	Médecin de famille	Montréal
• Goulet, Marie-Claude	Médecin de famille	Montréal	• Vachon, Marie-Louise Claire	Spécialiste	Québec
• Gunn, Catherine Robin	Médecin de famille	Westmount	• Walter, Jens-Erik	Spécialiste	London
			• Wilson, Thomas Richard	Médecin de famille	Montréal
			• Zamora, Jorge Enrique	Spécialiste	Kingston

NOUVEAUX CERTIFICATS

Période : du 1^{er} octobre au 28 novembre 2007

Anesthésiologie Guzzo, Angelina Toronto Zamora, Jorge Enrique Kingston	Gériatrie Fortin, Marie-Pierre Rimouski	Julien, Natalie Ottawa Lebovich, Irith Saint-Jean-Sur-Richelieu Mac-Way, Fabrice Montréal Plamondon, Isabelle Québec
Cardiologie Bourgault, Christine Saint-Pratice-de-Beaurivage De Blois, Jonathan Québec Généreux, Philippe Saint-Charles-Borromée Haghighat Talab, Gatineau Amir Tinouch	Hématologie Comeau, Réginald Dollard-des-Ormeaux Galal Mahmoud Saleh, Montréal Ahmed Mohamed	Obstétrique-gynécologie Walter, Jens-Erik London
Chirurgie générale Rochon, Caroline Montréal	Immunologie clinique et allergie Hotte, Simon L. Gatineau Nguyen Luu, Nha Uyen Montréal	Pédiatrie Papenburg, Jesse Montréal
Endocrinologie Bernier, Frédéric Vancouver Voda, Linda Montréal	Médecine d'urgence Meyers, Christine Marie Montréal	Pneumologie Deschênes, Dominique Lévis Shahin, Jason Montréal
Gastro-entérologie Bergeron, Vivianne Sherbrooke Matouk, Karen Montréal Nepveu, Marie-Hélène Verdun Tamaz, Raja Outremont	Microbiologie médicale et infectiologie Vachon, Marie-Louise Claire Québec	Psychiatrie Andrès, Cédric Montréal Semeniuk, Trent Montréal
	Néphrologie Bilodeau, Jean-François Sherbrooke Boulé, Marie-Eve Joliette De Bortoli, Bruno Saint-Jérôme	Rhumatologie Rémillard, Marie-Anais Greenfield Park
		Urologie Benayoun, Serge Montréal



SPÉCIAL COLLOQUE DE L'ACMDP 2007

LE PATIENT AVANT TOUT, COMBLER LES ÉCARTS THÉRAPEUTIQUES

Accueilli par le Dr Martin Arata, président de l'ACMDP, le ministre Philippe Couillard souligne avoir toujours été présent au colloque de l'ACMDP depuis cinq ans. Dans son allocution aux participants, il mentionne : « Le nouveau virage auquel je veux vous convier concerne les maladies chroniques où il y a des écarts thérapeutiques majeurs... » Je vous invite à participer à l'élaboration de la stratégie de prévention des maladies chroniques. » Voir texte en page 2

LE PATIENT AVANT TOUT, COMBLER LES ÉCARTS THÉRAPEUTIQUES L'APPROCHE PATIENT : DÉFINIR LES NIVEAUX DE SOINS

Par Frédérique David

Les patients ont clairement le droit de participer aux prises de décisions concernant le niveau d'intensité thérapeutique, mais leur droit dépend d'une communication efficace. « 70% des décès impliquent une décision de limiter des traitements prolongeant la vie, mentionne Sarah Shidler, professeure et chercheuse au Bureau du développement de l'éthique à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Cependant, il y a peu ou pas de discussion entre le médecin et le patient avant une crise ou une détérioration clinique. Le patient attend que le médecin lui en parle et le médecin attend que le patient lui en parle. Nous devons donc nous préparer à prendre des décisions concernant les traitements. »

Les patients ont le droit de recevoir des soins médicaux appropriés ainsi que le droit de refuser les mesures extraordinaires de maintien de la vie. Cependant, ils ont rarement l'opportunité de le faire puisque les médecins sont mal outillés pour en discuter avec eux au préalable et manquent de temps. L'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) et le Comité bioéthique du Centre de la santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda ont donc réalisé un document vidéographique destiné à la population en général, à la clientèle et aux intervenants du réseau de la santé et des services

sociaux. Une vidéo de 15 minutes dont le but est de sensibiliser les auditeurs aux avantages de réfléchir à l'avance sur le niveau de traitement souhaité en fin de vie et de favoriser l'amorce de conversations à ce sujet entre une personne malade, son porte-parole, ses proches et ses intervenants en santé.

La majorité des 250 personnes ayant visionné le documentaire de quinze minutes intitulé « Traitements prolongeant la vie : j'y pense, j'en parle », se dit plus à l'aise de parler du niveau d'intensité des soins après l'avoir vu. « Les médecins ont pris conscience de la situation, mais sont inquiets face aux questions des patients et de la gestion du temps, précise la Dre Annie Léger, DSP et membre du comité de bioéthique au CSSS de Rouyn-Noranda. Ils trouvent que c'est un outil intéressant. »

« Le concept est extraordinaire et un DVD devrait être distribué aux patients, mentionne la Dre Anne-Marie Boire-Lavigne, omnipraticienne et professeure agrégée au Bureau du développement de l'éthique de l'Université de Sherbrooke. Je vois très souvent des collègues médecins se questionner à savoir jusqu'où continuer dans l'acharnement thérapeutique. Cet outil pourrait les aider », ajoute celle qui s'intéresse depuis longtemps aux niveaux de soins.

Déterminer au préalable avec le patient les niveaux de soins qu'il souhaite recevoir nécessite l'utilisation d'une échelle de niveaux de soins. « Les assiettes d'interventions sont très médicales et les patients préfèrent généralement l'utilisation d'échelles de niveaux », constate la Dre Boire-Lavigne. Les trois niveaux de soins sont le niveau d'intervention maximale, le niveau d'intervention sélectif et le niveau d'intervention palliatif, visant à assurer le confort de l'usager. « Il est de la responsabilité du médecin d'amorcer la discussion sur ces décisions de soins, ajoute la Dre Boire-Lavigne. Si le médecin n'en parle pas, le patient n'en parlera pas. »

Au cours de la discussion, le médecin cherchera à mettre en évidence les situations cliniques et à les explorer plus précisément si l'objectif de soins n'a pas été exprimé spontanément. « Souvent, je dis à mes patients qu'il n'y a pas de vérité dans ce type de décision et que l'on réfléchit ensemble, explique la Dre Boire-Lavigne. Dépendamment de la situation clinique, les patients désirent parfois deux types de soins. C'est important de les mettre en mots. »

Une fois que le patient a exprimé ses désirs, il faut les formuler en fonction de l'échelle de niveau de soins et lui demander de valider le tout. « Il faut éviter de faire signer le formulaire par un proche qui aurait l'impression de signer l'arrêt de mort de l'être aimé. Il est également bien important de mentionner au patient qu'il peut, en tout temps, changer de décision. »

Pour la Dre Boire-Lavigne, de tels formulaires permettent de gérer les conflits qui peuvent apparaître entre les médecins et la famille du patient quand vient le temps de prendre certaines décisions.

Dr Martin Arata, lauréat, Prix des médecins de cœur et d'action de l'AMLFC

Le Dr Martin Arata, président de l'ACMDP est un des lauréats du Prix des médecins de cœur et d'action remis conjointement avec l'Actualité médicale à 10 médecins qui se sont distingués par l'excellence de leur pratique, leurs réalisations et leur engagement. Voici dans quels termes on lui a rendu hommage :

Dans tous les domaines, on retrouve des gestionnaires dans l'âme. Le directeur des services professionnels et hospitaliers du Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford Mines, le Dr Martin Arata est un de ceux-là. Dynamique, un brin idéaliste et débordant d'idées, cet omnipraticien a su se construire une crédibilité pour lui permettre d'améliorer les processus de travail pour un meilleur résultat.

Toutes nos félicitations au Dr Martin Arata ainsi qu'aux autres récipiendaires.



Madame Sarah Shidler, Dre Annie Léger et Dre Anne-Marie Boire-Lavigne



Dr Martin Arata, président de l'ACMDP accompagné du président de l'AMLFC, Dr Jean-Marie Martel



Dr Denis Burelle, président du colloque, président du CMDP, Institut de cardiologie de Montréal

« Nous avons besoin d'une stratégie de gestion de santé visant à réduire les écarts thérapeutiques », lançait en ouverture le Dr Denis Burelle, président du colloque. « Le nouveau virage auquel je veux vous convier concerne les maladies chroniques où il y a des écarts thérapeutiques majeurs, poursuivait monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services

LE PATIENT AVANT TOUT, COMBLER LES ÉCARTS THÉRAPEUTIQUES LA NÉCESSITÉ DE GÉRER LES MALADIES CHRONIQUES

Par Frédérique David

sociaux. Notre système de santé n'a pas été conçu pour des malades chroniques mais pour une population jeune. C'est pourquoi nous devons faire ces changements que nous aurions dû faire plus tôt. »

Selon le ministre Couillard, 15 % de la population québécoise souffre d'une maladie chronique. « Et ces données ne diminueront pas, ajoute-t-il. Je vous convie à participer à l'élaboration de la stratégie de prévention des maladies chroniques. » Cette stratégie que le gouvernement souhaite mettre en place s'appuiera sur six points d'intervention : la prévention; la détection précoce; l'aide aux patients et à leurs proches afin qu'ils prennent en charge leur maladie; le suivi et la prise en charge en misant sur le travail d'équipe et

l'interdisciplinarité; le soutien aux décisions cliniques par la diffusion de données probantes; le travail avec la communauté.

« Environ 50% des gens arrêtent la médication après six mois, même s'ils sont à risque élevé », explique le Dr Terrence Montague, professeur de médecine et directeur du Groupe de recherche en gestion thérapeutique à l'Université de Montréal. Et la situation risque de s'aggraver avant de s'améliorer compte tenu du vieillissement de la population. « Seulement 50% des patients souffrant de maladies cardiaques bénéficient d'un traitement efficace. Pour l'ostéoporose, seulement 25% des patients ont été diagnostiqués et traités », ajoute le Dr Montague, également auteur du livre intitulé « Le Patient avant tout;

Comblant les écarts thérapeutiques au Canada ».

Pour le Dr Montague, la gestion cohérente des coûts et de la qualité des soins exige une nouvelle stratégie qui aille au-delà du modèle de soins aigus individuels et qui tienne compte des soins efficaces aux patients plus âgés qui souffrent de problèmes de santé chroniques, souvent multiples. « La nouvelle stratégie doit inclure un partenariat de soins élargi, explique le Dr Montague. L'engagement collectif se traduit, idéalement, par un milieu où les patients et les professionnels de la santé (médecins, infirmières et pharmaciens) privilégient l'apport de chacun pour améliorer les choses. La gestion thérapeutique établit l'équilibre entre l'accès, le coût et la qualité des soins. »

LE PATIENT AVANT TOUT, COMBLER LES ÉCARTS THÉRAPEUTIQUES GESTION THÉRAPEUTIQUE ET COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

Par Frédérique David

Le Dr Terrence Montague s'intéresse depuis des années aux solutions visant à combler les écarts thérapeutiques. Professeur de médecine et directeur du Groupe de recherche en gestion thérapeutique à l'Université de Montréal, il est également l'auteur du livre intitulé « Le Patient avant tout; Comblant les écarts thérapeutiques au Canada ». Il considère que le travail en équipe sera la clé de la réduction des écarts thérapeutiques, mais insiste également sur l'importance d'évaluer le travail accompli.

Pourquoi ces écarts thérapeutiques?

Avant de trouver des solutions pour combler les écarts thérapeutiques, le Dr Montague s'est questionné sur l'origine de ces écarts entre ce que pourraient représenter les soins optimaux et les soins couramment dispensés. « Une des principales réponses réside dans la culture traditionnelle de la pratique individuelle, dit-il. Il va falloir travailler en partenariat. Les deux cultures que sont la santé individuelle et la santé publique doivent construire des ponts entre elles. »

Comme l'explique le Dr Montague, les patients d'aujourd'hui ont plus d'une maladie et la situation ne risque pas de s'améliorer avec le vieillissement de la population. « Quand je travaillais à l'hôpital, j'ai découvert qu'en créant un réseau de travail entre plusieurs équipes similaires de différents hôpitaux nous pouvions améliorer la santé de la population. J'ai réalisé que nous devions commencer à penser à plus d'une maladie à la fois. »

Le travail en équipe

Selon le Dr Montague, la recette pour combler les écarts thérapeutiques consiste à constituer des équipes et à évaluer. « Il faut bâtir des équipes pour créer cette communauté de pratique et il est très important d'évaluer le travail accompli de façon à s'assurer qu'on le fait bien. L'effort que l'on doit faire pour évaluer doit être encore plus important que celui que l'on fait pour créer l'équipe. Car le bonheur de faire partie d'une équipe risque de nous aveugler lorsque les choses vont mal. »

Créer des équipes nécessite cependant des outils. « La culture du travail d'équipe est une pensée

nouvelle, explique le Dr Montague. Nous ne sommes pas allés à l'école avec cette pensée. Nous n'avons pas d'expérience du travail d'équipe, à part à l'hôpital. Mes collègues et moi avons donc pensé à trouver des outils qui pourraient aider les gens à créer et à évaluer le travail en équipe. En regardant ce qui était disponible, nous avons réalisé qu'il n'existait pas beaucoup d'outils. »

Le Québec sur la bonne voie

Avec la création de Groupes de médecine familiale (GMF), de Cliniques-réseau (CR) et de Cliniques-réseau intégrées (CRI), le Québec semble miser depuis quelques années sur le travail en équipe. « C'est une grande opportunité de changer les structures en étant supporté par le haut, note le Dr Montague. Actuellement, je crois que l'appui vient du bas, des gens qui joignent ces équipes. Le Québec a un grand avantage sur les autres provinces du Canada qui n'ont pas ces structures. Au Québec, cette opportunité sera encore plus valable si nous mesurons les choses et si nous nous assurons que ces nouvelles structures et les nouvelles méthodes de travail



Dr Terrence Montague, professeur de médecine et directeur du Groupe de recherche en gestion thérapeutique à l'Université de Montréal

qu'elles engendreront produiront de meilleurs soins à la population. Si nous ne mesurons pas, nous ne pouvons en être certains. »

Le rôle de l'ACMDP

Changer les structures, changer les mentalités et changer les modes de pratique pour en arriver à une communauté de pratique, nécessite de nombreux échanges entre les différents acteurs du milieu de la santé. « L'ACMDP est un autre avantage qu'a le Québec, note le Dr Montague. Je ne crois pas qu'une autre province ait une telle association qui réunit les principaux cliniciens. Voilà la structure au sein de laquelle ces idées dont nous parlons peuvent être acheminées aux principaux fournisseurs de soins.

LE PATIENT AVANT TOUT, COMBLER LES ÉCARTS THÉRAPEUTIQUES DES PROGRAMMES DE GESTION THÉRAPEUTIQUE AUX RÉSULTATS PROBANTS

Par Frédérique David

La gestion des maladies chroniques permet d'éviter ou de retarder des complications coûteuses. Elle requiert un large éventail de compétences, une méthode proactive à l'égard de la prestation des soins de santé et une démarche centrée sur le patient - y compris un engagement actif du patient dans la gestion de sa santé. Le nombre grandissant de patients ayant des besoins complexes, et pour lesquels il y a pénurie de médecins de famille dans certaines régions, montre les avantages d'une méthode fondée sur le travail en équipe de divers professionnels de la santé œuvrant ensemble pour aider le patient à maintenir ou à améliorer sa santé. Au Québec, différents programmes de gestion thérapeutique se sont créés récemment et ont présenté des résultats probants.

Gestion du syndrome métabolique, gestion du diabète

Au Québec, un adulte sur quatre souffre du syndrome métabolique et le problème touche de plus en plus d'adolescents. « Le syndrome métabolique est un problème fréquent contre lequel nous n'étions pas bien outillés », explique le Dr Claude Lauzon, interniste au CSSS de la région de l'Amiante.

Le programme mis en place dans la région de l'Amiante vise une perte de poids à travers des changements d'habitudes de vie. Le médecin envoie un formulaire à l'hôpital où le patient est pris en main par un nutritionniste, une infirmière, un pharmacien et un interniste. Le programme débute par une journée complète d'évaluation et de rencontres visant à faire comprendre au patient l'importance d'une alimentation équilibrée et à fixer des objectifs. Il s'étend ensuite sur plusieurs mois au cours desquels le patient doit suivre un entraînement avec des évaluations hebdomadaires. « La durée du programme correspond au temps nécessaire pour changer les habitudes de vie du patient, explique le Dr Lauzon. C'est le patient qui décide quand il est prêt. »

Les patients payent 60 \$ pour les trois premiers mois, puis 200 \$ à 250 \$ par mois par la suite, qui leur sont remboursés s'ils atteignent leurs objectifs. « Nous espérons recevoir 50 patients la première année et nous en avons déjà reçu 39 depuis la création du programme, en février dernier », se réjouit le Dr Lauzon.

Programme RESPIRE

« Nous, les médecins, sommes les personnes les plus qualifiées pour



Dre Anique Ducharme, Dr Claude Lauzon et Dr Yves Bolduc

traiter les problèmes d'asthme, mais aussi les moins disponibles. Il faut donc changer notre façon de faire et partager certaines tâches avec d'autres intervenants », constate le Dr Yves Bolduc, DSP au CSSS de Lac-Saint-Jean Est et membre associé au GMF de la clinique médicale d'Alma.

Le programme RESPIRE développé à Alma présente une nouvelle trajectoire de soins puisque le patient asthmatique rencontre tout d'abord l'infirmière du GMF Celle-ci prend en charge l'évaluation, l'enseignement, le suivi et le renforcement.

Le programme a débuté avec la collaboration des pharmacies d'Alma qui ont référé les patients asthmatiques âgés de 12 à 45 ans. « Désormais, même les patients qui ne font pas partie du projet de recherche sont référés au programme, ajoute le Dr Bolduc.

Tous nos patients asthmatiques ont un programme d'intervention et nous souhaitons transférer ce modèle de prise en charge à d'autres pathologies. »

Réseau défaillance cardiaque

500 000 canadiens souffrent d'insuffisance cardiaque et on compte 44 000 nouveaux cas par an. Le projet de recherche mené par l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) visait à évaluer le suivi multidisciplinaire serré, géré par une infirmière, à la suite d'une décompensation aiguë. Après six mois, on notait une diminution de 41% des hospitalisations pour les patients ayant bénéficié de ce suivi, ainsi qu'une diminution de 35% des visites à l'urgence.

Par contre, l'ICM a noté qu'en interrompant le suivi, seulement 25% des patients n'ont pas eu d'événement après un an et 10% après deux ans.

LE PATIENT AVANT TOUT, COMBLER LES ÉCARTS THÉRAPEUTIQUES PARTAGER LES CONNAISSANCES

Par Frédérique David

« Dans la plupart des hôpitaux, les évaluations de comités de pharmacologie sont dans des cartables poussiéreux. C'est aberrant. Nous voulons échanger ces connaissances », lance Jean-François Bussièrès, chef du département de pharmacie et de l'unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP) au CHU Sainte-Justine. Le partage des savoirs est essentiel pour améliorer les soins aux patients et pour combler les écarts thérapeutiques, mais il nécessite l'utilisation de moyens de diffusions efficaces. Dans un monde où l'information jaillit de partout et où les moyens de diffusion se multiplient, il est parfois difficile de faire passer le message.

Le CHU Sainte-Justine fait partie, avec quatre autres centres hospitaliers

universitaires québécois (CHUM, CHUQ, CUSM, CHUS), du regroupement constitué en 2004 pour mettre sur pied le Programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM). Depuis, plusieurs projets ont été complétés et des évaluations pour favoriser une utilisation optimale du médicament ont été publiées sur le site Web du PGTM. D'autres méthodes sont utilisées pour transmettre les nouvelles informations aux médecins, pharmaciens et dentistes, notamment des envois par courriel. Au CHU Sainte-Justine, une enquête a récemment permis de constater que le courrier électronique n'est pas un outil très efficace. L'enquête a été envoyée par courrier électronique à 265 médecins, pharmaciens et dentistes du centre hospitalier. Sur les 150 ayant

consulté le courriel, 66 ont répondu aux questions. « Les gens sont inondés d'informations, explique Jean-François Bussièrès. Cela ne permet pas de conclure que les envois sur support papier sont meilleurs. Cela permet simplement de dire que l'envoi par courrier électronique ne suffit pas à transférer les connaissances pour que cela influence la pratique des gens. »

Les principales études publiées sur le transfert des connaissances révèlent que la rencontre individuelle demeure le moyen de diffusion le plus efficace. « L'être humain a encore besoin d'une autre personne en qui il croit et qui va prendre un minimum de temps pour présenter un message, mentionne Jean-François Bussièrès. Dans un département de pharmacie d'un hôpital comme le nôtre, où nous



Jean-François Bussièrès, chef du département de pharmacie et de l'unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP) au CHU Sainte-Justine

sommes trente pharmaciens, nous allons continuer de privilégier cette approche. Mais comme nous ne pouvons pas aller voir 400 médecins tous les jours, nous allons continuer de faire du message courriel. À mon avis la constance dans l'outil est garante d'un certain succès. Dans beaucoup d'organisations, les gens lancent des bulletins qui disparaissent après deux éditions. Si l'outil ne survit pas, cela enlève de la crédibilité. »

« Découvrez par vous-même la qualité de nos produits »

Présentation gratuite du logiciel sur demande

*Dr Patrice Drolet, informaticien agréé, spécialiste en médecine interne
et président de Logiciels INFO-DATA inc.*

INDEX PATIENT ● RENDEZ-VOUS ● FACTURIER ● PRESCRIPTEUR ● AVISEUR ● NOTE ● NUMÉRISUR



Le numériseur

Les produits Pratisys

Développés, créés et commercialisés par l'équipe d'experts de Logiciels INFO-DATA inc., les produits Pratisys sont à ce jour utilisés quotidiennement par plus de 1500 médecins à travers le Québec. Il s'agit d'une série de logiciels cliniques faciles d'utilisation, rapides d'exécution et parfaitement intégrés. Le produit vedette MED-Office est le résultat de dix ans de recherche, de développement et d'adaptation à l'évolution de la pratique médicale. Il est composé de sept modules dissociables les uns des autres permettant ainsi une offre personnalisée.

Archivez et consultez vos documents numérisés en quelques clics

► Le module du numériseur est parfaitement intégré à l'application MED-Office. Tout comme les cliniques médicales les plus modernes, offrez-vous des outils performants à la hauteur de vos attentes.

Avec le numériseur vous pouvez :

- Assigner les documents à un patient et à un professionnel
- Trier les numérisations selon les types de documents
- Enregistrer les documents selon les résultats des examens
- Transférer un résultat d'examen à un collègue
- Accéder directement aux documents à voir et ceux déjà vus
- Voir d'un coup d'oeil les résultats anormaux
- Éliminer la manutention des dossiers
- Économiser en frais de bureau en éliminant les espaces d'archives