

# Le Colloque



## COLLOQUE 2008

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

### › Questions de pratique



- › Mise au point sur le permis restrictif accordé au résident en médecine
- › Gros plan sur un comité: ce qu'il faut savoir sur le comité de discipline
- › Portrait de l'adhésion des médecins au DPC
- › Dr Pierre Saillant, lauréat du Grand Prix 2008



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité  
au service du public*

## AVIS D'ÉLECTION

Les membres du Collège des médecins du Québec sont priés de noter qu'il y aura, le **mercredi 1<sup>er</sup> octobre 2008**, élection des administrateurs des régions électorales suivantes :

- |  |                      |
|--|----------------------|
| • Bas-Saint-Laurent et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine   | un administrateur    |
| • Chaudière-Appalaches                                 | un administrateur    |
| • Estrie   | un administrateur    |
| • Lanaudière et Laurentides                            | un administrateur    |
| • Mauricie-Centre-du-Québec                            | un administrateur    |
| • Montérégie*  | un administrateur    |
| • Outaouais et Abitibi-Témiscamingue                   | un administrateur    |
| • Québec   | deux administrateurs |
| • Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord et Nord-du-Québec | un administrateur    |

Tout candidat doit être membre du Collège et être inscrit au tableau de l'ordre au moins quarante-cinq (45) jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin. Nul ne peut être candidat dans une région donnée s'il n'y a pas son domicile professionnel. La date et l'heure de clôture du scrutin sont le **mercredi 1<sup>er</sup> octobre 2008 à 16 h**.

Les candidatures doivent être proposées par transmission d'un bulletin signé par le candidat et par au moins cinq (5) membres du Collège ayant leur domicile professionnel dans la région électorale dans laquelle le candidat se présente.

Les bulletins de présentation doivent être reçus par le secrétaire adjoint au plus tard le **dimanche 31 août 2008 à 16 h**.

Pour obtenir des bulletins de présentation, vous pouvez consulter le site Web du Collège des médecins ([www.cmq.org](http://www.cmq.org)) ou vous adresser à :

**M<sup>e</sup> Christian Gauvin**  
Secrétaire adjoint  
Collège des médecins du Québec  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) H3H 2T8

\* Conformément au *Règlement divisant le territoire du Québec aux fins des élections au Bureau du Collège des médecins du Québec*, en vigueur depuis le 18 avril 1996, il y a eu élection d'un des deux administrateurs de la région de la Montérégie en 2006 et il y aura élection du second administrateur de cette région en 2008.

## NOTICE OF ELECTION

The members of the Collège des médecins du Québec are hereby informed that the election of directors for the following electoral regions shall take place on **Wednesday, October 1, 2008**.

- |   |               |
|---|---------------|
| • Bas-Saint-Laurent and Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine   | one director  |
| • Chaudière-Appalaches                                  | one director  |
| • Estrie  | one director  |
| • Lanaudière and Laurentides                            | one director  |
| • Mauricie-Centre-du-Québec                             | one director  |
| • Montérégie*   | one director  |
| • Outaouais and Abitibi-Témiscamingue                   | one director  |
| • Québec  | two directors |
| • Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord and Nord-du-Québec | one director  |

All candidates must be members of the College and must be entered on the roll no less than forty-five (45) days before the date fixed for the closing of the poll. No member may be a candidate in a region other than that of his professional domicile. The date and time fixed for the closing of the poll is **Wednesday, October 1, 2008, at 4 p.m.**

Each candidate must be proposed by means of a nomination paper signed by the candidate as well as by at least five (5) members of the Collège having their professional domicile in the region for which the candidate is being proposed.

Nomination papers must be received by the Assistant Secretary by **4 p.m. on Sunday, August 31, 2008**.

Nomination papers may be obtained on our web site at [www.cmq.org](http://www.cmq.org) or by writing to :

**M<sup>e</sup> Christian Gauvin**  
Assistant Secretary  
Collège des médecins du Québec  
2170 René-Lévesque Blvd. West  
Montréal (Québec) H3H 2T8

\* In accordance with the *Regulation dividing Québec into regions for the purpose of elections to the Bureau of the Collège des médecins du Québec*, in effect since April 18, 1996, one of the two directors in the Montérégie region was elected in 2006, and the second director in the same region shall be elected in 2008.

## Un système de santé en évolution

L'année financière qui vient de se terminer a été riche en activités de toutes sortes. Pensons, entre autres, à la loi assujettissant les ordres professionnels aux règles d'accès à l'information, au dossier de l'exercice de la profession médicale en société, sans oublier celui du développement professionnel continu. Je vous propose donc aujourd'hui un bilan de cette année.

Afin de contribuer à soulager la pénurie de médecins, le Collège a complété l'harmonisation des examens de toutes les spécialités avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et de l'examen en médecine de famille avec le Collège des médecins de famille du Canada. Nous avons autorisé la transformation des permis restrictifs en permis réguliers après cinq ans de pratique, offrant ainsi aux détenteurs de ces permis la possibilité d'exercer en cabinet privé en plus de leur travail en établissement. Enfin, après avoir collaboré à la création des titres d'infirmières spécialisées en cardiologie, en néphrologie et en néonatalogie, le Collège a participé à la définition du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne afin d'aider le médecin de famille. Notre collaboration avec les autres ordres professionnels s'est également concrétisée par l'organisation, avec le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), du deuxième Colloque des dirigeants des ordres professionnels qui fut un grand succès.

Enfin, je ne peux passer sous silence le Sommet de la santé que nous avons organisé à Montréal en novembre 2007 et qui regroupait des représentants d'associations, de syndicats, d'ordres professionnels et plusieurs autres travailleurs du domaine de la santé. Les conclusions de ce sommet ont d'ailleurs été des plus pertinentes puisqu'on a retrouvé, dans le rapport du groupe de travail Castonguay, une douzaine de recommandations qui avaient été votées majoritairement par les intervenants œuvrant dans le système de santé. Sur le plan international, nous avons resserré nos liens avec l'Ordre national des médecins de France et avons reçu une délégation de l'Ordre des médecins d'Algérie. Par ailleurs, les administrateurs et les professionnels du Collège ont participé à des décisions sur les projets de loi 12, 33, 45 et 50 et à de nombreux comités internes et externes, de même qu'à plusieurs groupes de travail.

En matière de communication, nous avons tenu 6 conférences de presse, accordé plus de 200 entrevues aux médias écrits et électroniques et émis 14 communiqués de presse. En outre, le Collège a publié de nombreux documents : un énoncé de position, 5 guides d'exercice, une ligne directrice, deux éditoriaux de même que le rapport final du Sommet de la santé. Nous entamons cette nouvelle année financière avec l'objectif de continuer à resserrer nos liens avec nos membres, vous les médecins, et à améliorer la perception du public à notre égard afin que tous comprennent notre mission : une médecine de qualité au service du public.

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



## An Evolving Health System

The fiscal year just ended was marked by activities and events of all kinds – from the introduction of legislation subjecting professional orders to access to information rules, to the file concerning the practice of the medical profession in society, to the initiative related to continuous professional development. In this issue, I would like to take the opportunity to present a brief review of some of our key involvements and accomplishments over the course of the past year.

In order to help ease the shortage of doctors, the Collège des médecins du Québec completed the harmonization of examinations for all specialties with the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, as well as the exam for family doctors with the College of Family Physicians of Canada. Furthermore, we authorized the conversion of restrictive permits into regular permits for physicians having completed five years of practice, thereby allowing holders of these permits to pursue private practice in addition to working in a health care setting. Moreover, after having collaborated in the creation of nurses practitioners specialized in cardiology, nephrology and neonatology, the Collège further participated in defining the role of nurses practitioners in primary care in support of family physicians. The past year also saw our collaboration with other professional orders concretize through the organization of the very successful 2<sup>nd</sup> Symposium for Officers of Professional Orders in cooperation with the Québec Interprofessional Council.

Finally, I must make mention of the Health Summit we organized in Montreal in November 2007 that brought together a broad mix of representatives from associations and unions, as well as major stakeholders working in the health sector. The work accomplished at this Summit proved to be highly relevant, as demonstrated by the fact that a dozen or so recommendations formulated and approved by the majority of participants figured in the subsequent report of the Castonguay working group. On the international scene, we consolidated our relations with the Ordre national des médecins de France, and we played host to a delegation from the Ordre des médecins d'Algérie. At the same time, Collège des médecins du Québec administrators and professionals were actively involved in making key decisions on draft bills 12, 33, 45 and 50, and they participated in numerous internal and external committees and task forces. From a communications standpoint, the Collège held six press conferences, granted more than 200 interviews to the print and electronic media, and issued a total of 14 press releases. The Collège also published numerous documents, including one policy statement, six practice guidelines, two editorials, and a final report on the Health Summit. Today, we are embarking upon this new fiscal year dedicated to continuing to strengthen our relations with you, our member physicians. And, of course, we are also committed to improving public perception of our order so as to ensure that everyone has a clear understanding of our primary mission – to promote the best quality medicine in order to offer the best public protection.

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

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

### 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:**

Collège des médecins du Québec

Reproduction autorisée si la source est mentionnée.

Dans cette publication, le masculin est utilisé sans  
préjudice et seulement pour alléger la lecture.

Dépot légal  
3<sup>e</sup> trimestre 2008  
Bibliothèque nationale du Québec

Courriel: [collegedesmedecins@cmq.org](mailto:collegedesmedecins@cmq.org)

## MOT DU PRÉSIDENT

3 Un système de santé en évolution

## MISE AU POINT

5 Le permis restrictif accordé au résident en médecine

## À LA UNE

6 Colloque 2008 : la profession médicale prend le relais

11 Questions de pratique

## À L'AGENDA

9 Communiqués de presse

9 Publications

10 Questions et réponses liées au partage des activités médicales

## MÉDECINS À L'HONNEUR

13 Prix de l'Ordre du mérite décerné au Dr Yves Lamontagne

13 Dr Pierre Saillant, lauréat du Grand prix 2008 du Collège

13 Prix du Conseil interprofessionnel du Québec au Dr Louise Charbonneau

## DOSSIER

14 Portrait de l'adhésion des médecins au DPC

## LES MANCHETTES

16 Gros plan sur un comité : ce qu'il faut savoir sur le comité de discipline

18 Le médecin et les urgences sanitaires : une position longuement attendue

19 Le Collège dénonce une offensive pour criminaliser l'avortement

## MÉDICAMENTS

20 Avis, mises en garde et retraits

## 21 SAVIEZ-VOUS QUE...

## 21 CARRIÈRES ET PROFESSIONS

## 21 ATELIERS ET FORMATION

## 22 COIN DES LECTEURS

## 23 AVIS DE RADIATION

## 25 NOUVEAUX MEMBRES

## 26 NOUVEAUX CERTIFICATS

## 26 AVIS DE DÉCÈS



Papier recyclé

## Le permis restrictif accordé au résident en médecine

Le 28 mars dernier, le Bureau du Collège a autorisé la délivrance de permis restrictifs à des résidents en médecine en fin de formation dans le but de contribuer à soulager la pénurie d'effectifs médicaux. Certains ont émis des réserves ou des inquiétudes quant à l'effet de cette décision sur la crédibilité des programmes de résidence et sur la protection du public. En réponse à ces préoccupations, il nous apparaît important d'apporter ces précisions :

- 1- Depuis plusieurs années, toutes les provinces canadiennes permettent l'exercice de la médecine aux résidents en fin de formation, sauf le Québec. Cela explique d'ailleurs pourquoi plusieurs de nos résidents vont offrir leurs services dans les provinces voisines.
- 2- Depuis juin dernier, les résidents en médecine interne et en pédiatrie ayant réussi l'examen de certification du Collège royal à la fin de leur quatrième année de résidence peuvent obtenir un permis restrictif. Seize résidents se sont prévalu de cette possibilité. Selon leurs commentaires, cette expérience s'est avérée très positive et leur a permis d'acquiescer de la confiance. De plus, ils ont pu mieux circonscrire leurs limites et leurs besoins en apprentissage et consulter, au besoin, leurs collègues au centre hospitalier où ils ont exercé. Cette expérience leur a donné une idée plus concrète de ce qui les attend à la fin de leur formation.
- 3- La pratique médicale en cours de résidence n'est pas nouvelle : elle prévalait jusqu'en 1988. À l'époque, un permis régulier (et non un permis restrictif) était délivré après seulement un an d'internat. Tous les médecins dont le numéro de permis d'exercice est antérieur à 1988 ont connu cette époque. Cela n'a pas eu l'effet de discréditer les programmes de formation de résidence, bien au contraire.
- 4- La formation médicale ne se termine pas à la fin de la résidence. La résidence sert principalement à acquiescer des connaissances et des habiletés dans un champ d'activité donné ainsi qu'une méthodologie permettant au médecin de maintenir ses compétences tout au long de sa pratique. C'est ce qu'on appelle aujourd'hui le développement professionnel continu. Il est souhaitable que cette réalité demeure présente à l'esprit de tout médecin en exercice, y compris le jeune médecin.

Le Bureau a donc pris une décision qui tient compte des programmes de formation, des besoins de la population et de la pénurie actuelle d'effectifs médicaux. Il applique, dans ces circonstances urgentes et de façon extrêmement prudente, une pratique qui a eu cours durant toute l'existence du Collège, sauf les 20 dernières années. Fort de l'expérience récente en médecine interne et en pédiatrie, il a décidé d'élargir cette mesure à l'ensemble des résidents finissants. Vraisemblablement, seule une minorité de résidents se prévaudra de cette possibilité, mais il s'agira, nous en sommes convaincus, d'une expérience bénéfique pour tous les acteurs concernés. Le Collège restera vigilant et suivra de près l'application de cette mesure, en assurant sa mission de protection du public. Aux grands maux, il faut parfois de grands moyens. Le Bureau du Collège a estimé qu'à ce sujet, nous étions rendus là.

Le secrétaire,  
Yves Robert, M.D.



## Restrictive Permits for Residents

This past March 28, the Collège des médecins du Québec's Board of Directors authorized the issuing of restrictive permits to residents completing their training in order to help ease the shortage of medical personnel. Subsequent to this decision, certain reservations and concerns were expressed by some about the effect the move could have on the credibility of residency programs and on public protection. In response to these concerns, it is important to point out the following:

1- For several years now, all Canadian provinces, except Quebec, have allowed residents completing their training to practice their profession. This explains why

many of our residents decide to offer their services in neighbouring provinces.

- 2- Since last June, residents in internal medicine and paediatrics who have passed their Royal College certification exam after their fourth year of residency have been eligible to obtain such a restrictive permit, with 16 residents having taken advantage of this opportunity yet. All of these individuals see this opportunity in a highly positive light, describing it as a way of boosting their confidence. Moreover, they were able to better identify their limits and further training requirements by being able to consult their colleagues as needed at the institution where they practiced. Ultimately, this experience gave them a far better idea of what to actually expect upon completion of their training.
- 3- Practicing medicine during the course of residency is nothing new. In fact, it was the prevailing formula up until 1988, when regular (not restrictive) permits were granted after only one year of internship. All physicians whose permit number predates 1988 experienced this scenario, and in no way were residency programs discredited as a result. In fact, quite the contrary is true.
- 4- Medical training does not come to an end upon completion of residency. The principal purpose of residency is to acquire knowledge and skills in a given field of practice, as well as the methodology required to allow physicians to maintain their competencies throughout their medical practice. This is what we now refer to as continuous professional development. We would hope that all practicing physicians remain cognizant of this reality, including young doctors.

The Board of Directors has, therefore, arrived at a decision that takes training programs, the needs of the public, and the existing shortage of medical personnel all into account. Within the urgent context of these circumstances, the Board is taking great care in applying a practice that has been in effect throughout the Collège's entire existence (with the exception of the past 20 years). Based on recent experience with internal medicine and paediatricians, the Board decided to extend the same opportunity to all graduating residents. In all likelihood, only a minority of residents will choose to take advantage of the opportunity, but we are convinced that it will be a beneficial scenario for all parties concerned. The Collège intends to remain vigilant and will closely monitor the application of this measure while ensuring that it fulfills its mission to protect the public. Relieving a severe ache often takes a strong prescription. The Collège's Board fully believes that its prescription is sound.

Yves Robert, M.D.  
Secretary

## COLLOQUE 2008 : LA PROFESSION MÉDICALE PREND LE RELAIS

SI, AU SOMMET DE LA SANTÉ DE L'AUTOMNE DERNIER, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC AVAIT INVITÉ DES ACTEURS DE TOUS LES HORIZONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ À VENIR PARTAGER LEURS SOLUTIONS AUX PROBLÈMES DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ, LE COLLOQUE 2008 DU COLLÈGE A LAISSÉ LA PLACE AUX MÉDECINS. IL NE S'AGISSAIT PAS DE PROMOUVOIR L'UNE OU L'AUTRE DES OPTIONS PROPOSÉES, MAIS DE PRÉSENTER DES EXEMPLES D'INNOVATION PERMETTANT DE MONTRER QU'IL EST ENCORE POSSIBLE DE TROUVER DES SOLUTIONS CONCRÈTES AUX PROBLÈMES DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET QUE LES MÉDECINS Y SONT DES ACTEURS CRÉATIFS.

### PERSPECTIVES EN MÉDECINE DE FAMILLE

#### Le modèle des cliniques-réseau

Le Dr Serge Dulude, chef du département de médecine générale de la région de Montréal, a présenté le concept des cliniques-réseau. Dans un contexte difficile où 500 000 Montréalais n'ont pas de médecin de famille, où le nombre de médecins de famille a diminué entre 1994 et 2004 dans la région de Montréal, et où ceux qui continuent à exercer vieillissent, il fallait trouver une façon rapide de renforcer la première ligne dans la métropole. Malgré les qualités certaines du modèle des groupes de médecine de famille (GMF), beaucoup d'éléments de la réalité urbaine n'étaient pas pris en compte. L'idée des cliniques-réseau est née de la nécessité d'établir des liens gagnant-gagnant entre les médecins en cabinet et les centres de santé et de services sociaux. Le médecin gagne l'accès à un plateau technique, à des corridors de services et à des infirmières de liaison. Le réseau et la population y gagnent en accessibilité aux services de

première ligne, avec des cliniques ouvertes tous les jours de l'année, 12 heures par jour en semaine, et 8 heures par jour en fin de semaine et les jours fériés. En offrant ainsi un soutien administratif, technique et professionnel, on resserre les liens entre le réseau public et les médecins de cabinet privé, on améliore la prise en charge et le suivi des patients vulnérables, y compris les patients orphelins. En somme, on crée véritablement des réseaux locaux de services. En avril 2008, 20 GMF et 24 cliniques-réseau étaient agréés et fonctionnels. On prévoit établir 48 GMF et 41 cliniques-réseau d'ici la fin de 2009 pour répondre à l'ensemble des besoins. Le succès futur de ce modèle repose sur l'engagement des médecins, la valorisation de la médecine de famille et une collaboration étroite des professionnels de la santé entre eux et avec les gestionnaires du réseau de la santé.

### LE PROJET DA VINCI

#### Les soins de première ligne de l'avenir

Le Dr Alain Turcotte, chargé de forma-

tion clinique à l'UMF-GMF de la Cité de la Santé de Laval (CSL), a présenté un modèle d'application des nouvelles technologies de l'information à l'approche clinique interdisciplinaire du suivi de première ligne des patients atteints de multimorbidités chroniques. Partant de l'observation qu'il existe présentement plus de 600 lignes directrices concernant les maladies chroniques, que près des trois quarts des patients fréquentant l'UMF-GMF CSL ont au moins deux problèmes de santé, que le travail clinique interprofessionnel doit être coordonné et qu'une équipe de première ligne doit viser à développer l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa santé, un projet (le projet Da Vinci) d'utilisation d'un outil faisant appel aux nouvelles technologies de l'information a été élaboré. Basé sur le cadre conceptuel «CIME» (Convaincre, Intensification, Maintien, Expert) pour les objectifs de santé individuels du patient, l'application informatique permet d'intégrer le suivi des patients entre tous les professionnels de l'équipe, en tenant compte des lignes directrices à jour, des résultats d'examen et de l'étape où est rendu le patient pour chacun de ses problèmes de santé. Il facilite la rétroaction auprès du médecin et du patient et permet, en outre, d'identifier des cibles de formation, tant pour le médecin que pour le patient. Il permet également d'évaluer de façon continue l'efficacité des interventions dans l'atteinte des cibles de santé. Ultiment, le patient lui-même peut avoir accès à la fois à son dossier pour faire son propre suivi et aux outils nécessaires à l'atteinte de ses cibles. L'outil informatique fait présentement l'objet d'un projet de recherche subventionné pour en évaluer le rendement.





### LE MODÈLE DE COOPÉRATIVE DE SANTÉ

M. Guy Benoît, président, et le Dr Bernard Gélinas, directeur médical de la Coopérative Santé Aylmer, sont venus présenter l'historique et le développement de leur coopérative. La pénurie de médecins et les changements profonds qui se sont produits dans le système de santé au cours des dernières années ont eu pour effet de réduire le nombre de cliniques de première ligne, partout au Québec. Devant la difficulté d'assurer ces services essentiels, un groupe de citoyens du secteur Aylmer de la ville de Gatineau, incluant des médecins et d'autres professionnels de la santé, ont donné naissance à une coopérative de soins de santé. Une coopérative est une association autonome de personnes volontairement réunies pour satisfaire des besoins économiques, sociaux et culturels communs au moyen d'une entreprise dont la propriété est collective et où le pouvoir est exercé démocra-

tiquement. Les coopératives de solidarité sont des organisations jeunes au Québec puisqu'elles ont émergé en 2004. On en dénombre actuellement 30. On y retrouve trois types de membres : les usagers, les travailleurs employés et les membres de soutien. La gouvernance est démocratique, les priorités sont dictées par les besoins locaux et les surplus budgétaires doivent être réinvestis en services aux membres. Les principes qui guident leur action sont : l'universalité, la participation active des usagers, le développement de services curatifs mais aussi préventifs et de promotion de la santé et enfin, la collaboration avec les ressources de la communauté. Le succès de la coopérative dépend d'une étroite collaboration médico-administrative. Elle offre des avantages au médecin en prenant en charge toutes les responsabilités administratives des équipements et de l'édifice en échange d'une contribution concurrentielle des

médecins aux dépenses et d'un soutien de la population. Cette formule est suffisamment souple pour accueillir différents modèles de soins (p. ex., GMF, clinique-réseau), pour permettre son intégration dans des encadrements réglementaires variés et pour agir de façon complémentaire au réseau public. Le nombre de coopératives est passé de 4 à 30 en moins de 4 ans, preuve de l'intérêt de ce modèle d'organisation.

### PERSPECTIVES EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE

#### L'application des méthodes du génie industriel au système de santé

Le Dr Louis-Marie Simard, président-directeur général par intérim de la Régie régionale de la santé Beauséjour de Moncton (Nouveau-Brunswick) et M. Christian Codère, ingénieur industriel, ont présenté l'application qu'ils ont faite du modèle Lean/6 sigma – un modèle d'amélioration

Suite à la page 8 >>

Suite de la page 7 >>

de la productivité et de la qualité utilisés dans l'industrie – au service d'oncologie de leur hôpital. Il s'agit d'éliminer des processus de soins toutes les étapes inutiles qui se traduisent, pour le patient, en temps d'attente. Après l'avoir appliqué au domaine de la radiothérapie, on est passé d'un temps d'attente de 10 jours à 2 jours (avec un potentiel de 3 heures) tout en éliminant 2 rendez-vous inutiles (donc 2 admissions) sur les 3 qui étaient jusque-là nécessaires. En chimiothérapie, le temps d'attente a été réduit de 3 h 20 à 2 heures, la productivité a été augmentée de 20 % à la pharmacie avec une réduction des heures supplémentaires. En curiethérapie, on est passé de 4 à 9 cas en 9 heures. Tous ces gains ont été obtenus sans coûts additionnels. Le même modèle est actuellement appliqué au bloc opératoire. L'évaluation est en cours, mais déjà des gains d'efficience ont été atteints. Il y a donc moyen de faire mieux avec les ressources disponibles et de faire en sorte que tous les intervenants, et surtout le patient, soient gagnants.

### L'ORGANISATION DES SOINS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Le Dr Gaétan Barrette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), a présenté les différentes

possibilités qu'il envisageait pour améliorer l'efficacité de l'organisation des soins médicaux spécialisés. À la question: «Les médecins ont-ils un rôle à jouer pour que le système de santé fonctionne mieux?», il répond oui, malgré la pénurie d'effectifs qui sévit dans tous les secteurs d'activités. Il existe maintenant des façons, notamment par le biais de la rémunération, d'augmenter la productivité du système. De nouvelles mesures ayant fait l'objet d'ententes entre le gouvernement et la FMSQ faciliteront l'accès aux médecins spécialistes et amélioreront la fluidité des liens entre la première, la deuxième et la troisième ligne. La possibilité d'avoir accès à des consultations rapides et l'utilisation entre médecins des nouvelles technologies de télémédecine en sont des exemples. Deux secteurs en particulier pourraient bénéficier d'une attention particulière: la santé mentale et les blocs opératoires. Deux leviers peuvent être identifiés: d'une part, les modalités de rémunération seront revues comme des incitatifs à la productivité et, d'autre part, les processus et l'organisation du travail seront révisés dans le but de lever les obstacles à l'efficience et à l'efficacité. À cet égard, la FMSQ effectue présentement, avec d'autres partenaires, une tournée des blocs opératoires. Une question est posée à chaque visite: «Serait-il possible

de faire une opération supplémentaire par jour dans chaque salle?» La réponse préliminaire à cette question est oui, sauf, cas d'exception, dans les salles où l'on fait des opérations de longue durée. On constate que les problèmes sont les mêmes partout et touchent la coordination des activités, l'harmonisation des pratiques, la collaboration étroite des médecins entre eux, avec les autres professionnels du bloc et avec les autorités administratives, la disponibilité en temps opportun des fournitures médicales, et la révision du cheminement du patient pour éliminer les pertes de temps. Pour régler ces problèmes, les solutions sont généralement simples. Mais on se heurte à un manque de leadership. Il est triste de constater que, dans beaucoup de milieux, on se désengage.

Cependant, conclut le Dr Barrette, ne nous faisons pas d'illusions. Même si on augmentait l'efficience et l'efficacité du système public, il restera quand même deux écueils de taille. D'abord, le manque d'installations physiques, qui devra être comblé d'une manière ou d'une autre. À cet égard, des investissements privés semblent incontournables pour offrir des plateaux techniques utilisables tant par les patients directement que par le secteur public sur la base d'ententes de services. Le deuxième écueil réside dans le financement à moyen et à long terme du système public, mis en évidence par le groupe de travail présidé par M. Claude Castonguay, et que la classe politique refuse de discuter. Même si ce mur semble s'être momentanément éloigné, il est bien en vue, devant nous.

### CONCLUSION

Les participants au colloque ont beaucoup apprécié les présentations et ils ont pu constater que les médecins sont très actifs pour trouver des solutions visant à améliorer l'accessibilité à des soins de qualité pour leurs malades. Malheureusement, toutes les réalisations qui se font au Québec n'ont pas pu être présentées. Mais quelques exemples suffisent à montrer qu'il est encore possible d'agir.



## COMMUNIQUÉS DE PRESSE

## Le Collège propose une application à « géométrie variable » pour les ordres professionnels

Le Dr Yves Lamontagne et le Dr Yves Robert ont présenté, le 7 mai dernier, un mémoire à la Commission des finances publiques. Le Collège des médecins s'est prononcé pour une application à « géométrie variable » de la *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* pour les ordres professionnels. Il s'agit d'exclure les activités visant la protection du public et de n'assujettir les ordres professionnels que pour les activités à caractère « associatif » exercées par certains ordres seulement.

Le mémoire est accessible dans le répertoire des publications, section mémoires, du site Web, à l'adresse <http://www.cmq.org/publications.aspx>.

## Des résidents en médecine pourront exercer en établissement



Le 8 avril dernier, le Collège donnait le feu vert à la contribution de certains résidents en médecine au système de santé en leur permettant d'obtenir

des permis restrictifs selon certains critères. Cette décision fait suite à l'un des engagements pris par le Collège lors du Sommet de la santé en novembre dernier.

## PUBLICATIONS

### RAPPORT ANNUEL 2007-2008



Le rapport annuel 2007-2008 du Collège est maintenant accessible pour consultation dans le site Web.

ves depuis plus de cinq ans dans le secteur de la santé physique, et que l'on procède à une réforme majeure de ce vaste domaine, notamment par un encadrement plus strict de la psychothérapie.

lées ou tout autre milieu qui auront à définir la pratique de collaboration entre ces deux catégories de professionnels de la santé.

### SANTÉ MENTALE : LE COLLÈGE RECOMMANDE L'ADOPTION DU PROJET DE LOI N° 50

Le 6 mars dernier, le Collège des médecins déposait à la Commission des institutions un mémoire relativement au projet de loi n° 50 : *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*.

Le Collège recommande l'adoption de ce projet de loi afin que l'on applique, dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, un modèle de travail interdisciplinaire qui fait ses preu-

### LIGNES DIRECTRICES SUR LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE



Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ont publié conjointement ces lignes directrices afin de soutenir dans leur travail les médecins de famille et les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. Cette publication, jointe à ce numéro, se veut également un guide pour les établissements de santé, les groupes de médecine de famille, les cliniques médicales privées et les dispensaires en régions iso-

### ÉNONCÉ DE POSITION SUR LE MÉDECIN ET LES URGENCES SANITAIRES



Cette publication est jointe au numéro Été 2008 de la revue *Le Collège* que vous avez entre les mains.

En publiant cet énoncé de position, le Collège entend contribuer aux efforts collectifs qui seront déployés pour faire face à des situations d'urgences sanitaires et qui pourraient interpeller la profession médicale.

Nous vous invitons également à lire l'article du Dr Robert à ce sujet à la page 18 de ce numéro.

Ces documents sont accessibles dans le site Web, à l'adresse <http://www.cmq.org/publications.aspx>



CA  
27 août 2008

Bureau  
17 octobre 2008

## QUESTIONS ET RÉPONSES LIÉES AU PARTAGE DES ACTIVITÉS MÉDICALES

À TITRE D'AUTORITÉ FONCTIONNELLE AU SEIN DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE, LES MÉDECINS SONT INTERPELLÉS PAR LES MILIEUX DE SOINS DANS LA RÉALISATION DU PARTAGE DES ACTIVITÉS MÉDICALES. ILS DOIVENT DONC ÊTRE BIEN INFORMÉS. AU FIL DES MOIS, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC A RÉPONDU À DE NOMBREUSES QUESTIONS À CE SUJET. CETTE SÉRIE, QUI REGROUPE PRÈS D'UNE TRENTAINE DE QUESTIONS ET RÉPONSES, TÉMOIGNE DES PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS AYANT ÉTÉ EXPRIMÉES. LES MÉDECINS PEUVENT EN PRENDRE CONNAISSANCE À L'ADRESSE [HTTP://WWW.CMQ.ORG/PARTAGEQR.ASPX](http://www.cmq.org/partageqr.aspx)

### QUELQUES EXEMPLES:

**Faut-il une ordonnance pour qu'une secrétaire de direction d'une école administre l'Épipen® conservé dans le bureau de la directrice de l'école?**

Non. Depuis l'entrée en vigueur, le 2 novembre 2006, du *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence*, en l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne ayant suivi une formation visant l'administration d'adrénaline, agréée par le directeur médical régional ou national des services préhospitaliers d'urgence, peut administrer de l'adrénaline à une personne à l'aide d'un dispositif auto-injecteur lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique.

Il est important de noter que seuls l'Épipen® et la première dose du Twinject<sup>MD</sup> peuvent être administrés, car il s'agit d'un mécanisme auto-injecteur.

**Lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique, la deuxième dose d'adrénaline peut-elle être administrée par une personne formée à l'aide de la seringue du Twinject<sup>MD</sup> prévue à cette fin?**

Non, car il ne s'agit pas d'un mécanisme auto-injecteur. La personne doit manipuler une seringue munie d'une aiguille non protégée (à découvert) avant de pousser sur le piston afin d'injecter le médicament. Ce faisant, la personne risque de se piquer et ainsi de se contaminer ou contaminer l'aiguille.

**Lorsqu'un médecin transmet par télécopieur une ordonnance médicale à un pharmacien, doit-il acheminer l'original de l'ordonnance au pharma-**

**ciens dans un délai maximal de 7 jours pour que le patient reçoive la médication prescrite ?**

Imposée par l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'obligation, pour le pharmacien, de comparer l'original avec l'ordonnance télécopiée et de prévenir, dans les sept jours suivant l'envoi de la télécopie, le médecin ou le patient s'il note une différence, a donné lieu à de nombreux conflits entre médecins et pharmaciens.

Dans un esprit de collaboration centrée sur le patient, après analyse de la situation, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont convenu qu'il n'y avait pas lieu de maintenir cette exigence. Par ailleurs, les autres règles en vigueur, énumérées à la page 15 du guide d'exercice *Les ordonnances faites par un médecin*, continuent de s'appliquer :

- a) L'ordonnance télécopiée a été signée par le prescripteur.
- b) L'ordonnance est transmise du bureau même du prescripteur ou d'un établissement de santé pour un patient de cet établissement. Il incombe au pharmacien de s'assurer de l'origine de la transmission.

- c) L'ordonnance télécopiée indique le nom du destinataire ainsi que le numéro de télécopieur du pharmacien. Le pharmacien ne doit pas exécuter une ordonnance télécopiée qui ne porte pas ces renseignements.
- e) La validité de toute ordonnance ayant pour objet une drogue contrôlée ou un stupéfiant doit être authentifiée verbalement par le pharmacien auprès du prescripteur avant d'être exécutée. S'il le juge nécessaire, le pharmacien confirme aussi verbalement auprès du prescripteur les ordonnances de médicaments susceptibles de causer des abus, telles les substances ciblées.

### Le prescripteur doit également :

- Certifier sur l'ordonnance qu'elle n'a qu'un seul destinataire et qu'elle ne sera pas réutilisée aux fins d'obtenir des médicaments.
- Verser l'ordonnance télécopiée au dossier du patient.

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont publié en mai 2007 un énoncé de position commun intitulé *La transmission des ordonnances de médicaments par télécopieur*.

## Refonte du site : des photos exclusives



Pour la prochaine version de son site Web, le Collège fait appel aux services d'un photographe professionnel - André Rider, pour l'agence ZM2 - plutôt que d'acheter des photos dans une banque d'images. En effet, il arrive régulièrement que certaines photos achetées dans ces banques soient visibles dans les sites Web de différentes associations du même milieu. Le Collège souhaitant éviter la confusion possible entre son image et celle d'autres organismes, il a choisi de miser sur des photos exclusives afin d'offrir à ses membres un site Web unique et représentatif de la profession.

## QUESTIONS DE PRATIQUE

RÉGULIÈREMENT, LE COLLÈGE EST INTERPELLÉ PAR DES MÉDECINS QUI SE QUESTIONNENT SUR LEURS OBLIGATIONS OU SUR LES RÈGLES À SUIVRE FACE À CERTAINES SITUATIONS RENCONTRÉES DANS LEUR PRATIQUE. NOUS AVONS REGROUPÉ ICI CERTAINES DE CES QUESTIONS QUI, CROYONS-NOUS, PRÉSENTENT UN INTÉRÊT POUR PLUSIEURS DE NOS MEMBRES. CELLES-CI ONT PRINCIPALEMENT TRAIT À L'ASPECT ADMINISTRATIF DE L'EXERCICE MÉDICAL.



### Quelles sont les obligations du médecin qui change de statut à la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'égard du suivi de ses patients ?

Outre les démarches administratives qu'il doit assumer au regard de la RAMQ ou de tiers payeurs pour les aviser de ce changement, cette situation ne soustrait en aucune façon le médecin aux obligations déontologiques qu'il doit respecter, notamment en ce qui concerne le suivi de ses patients, que ce changement soit temporaire ou définitif.

Cette obligation de suivi s'apprécie en fonction de l'état de chaque patient. Par ailleurs, le médecin qui change de statut a également une obligation de suivi accentuée dans le cas des patients dits « vulnérables ». Ces patients requièrent, par exemple, des relances multiples, des inter-

ventions multidisciplinaires fréquentes, la coordination avec des ressources institutionnelles, des démarches complémentaires, laboratoires, consultations, etc.

Il est clair que le médecin ne peut abandonner son patient et doit faire des efforts raisonnables pour l'aider à trouver un autre médecin. Dans l'intervalle, il est tenu d'assurer le suivi de ses patients, de même que des examens et autres consultations qu'il a lui-même demandés pour celui-ci, et ce, tant qu'il n'est pas assuré qu'un confrère ou un autre professionnel puisse le faire à sa place. En l'absence d'une telle prise en charge et dans le cadre de cette transition, il pourra même, dans certains cas, être appelé à suivre son patient gratuitement.

Le chirurgien doit également s'assurer que sa clientèle en attente d'une chirurgie ne soit pas pénalisée par son changement

de statut. Il doit prendre des mesures concrètes pour éviter un délai d'attente accru pour ces patients.

Si le médecin qui modifie son statut exerce au sein d'un groupe, il n'en découle pas, pour les membres du groupe, d'obligation de suivre les patients de leur collègue qui ne voudraient pas continuer à le consulter dans le cadre de ce nouveau statut. Les membres du groupe conservent toutefois certaines obligations liées à la tenue, à la détention, au maintien, à l'accès et à la communication des dossiers médicaux, dans la mesure où le médecin ayant modifié son statut décide de quitter le groupe. Ils doivent également respecter les dispositions du *Code de déontologie des médecins* qui régissent les relations entre confrères.

Suite à la page 12 >>

Suite de la page 11 >>

Les patients doivent également être avisés de ce changement de statut dans un délai raisonnable et par le moyen que le médecin considère comme le plus approprié. De plus, le médecin pourrait faire parvenir un avis personnalisé aux patients qu'il suit de façon régulière.

Finalement, il est à noter que le patient qui désire être suivi par un nouveau médecin participant au régime d'assurance maladie ne devrait pas avoir à défrayer les services de photocopie et de transmission de son dossier médical au médecin qui assurera désormais son suivi.

Sources: Code de déontologie des médecins, art. 32 et ss. et 110 et ss.; Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets, art. 15 et 17; Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, art. 194.

### Est-il possible pour un médecin de proposer un forfait annuel à sa clientèle ?

Le Code de déontologie ne s'oppose pas à la possibilité, pour un médecin, de facturer à son patient un forfait annuel pour des services non assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à condition que certaines précautions et règles soient respectées.

Ce forfait annuel pourrait couvrir le coût de l'ensemble des services non assurés, pour un patient ou sa famille, quel que soit le nombre des services non assurés rendus par le médecin durant l'année.

Il s'agit en fait d'un contrat écrit auquel peut souscrire le patient pour une durée déterminée (1 an), à un coût déterminé (par exemple 100 \$), et à portée déterminée (pour les services non assurés qui y seront énumérés). La politique en cette matière doit être affichée, conformément à la Loi sur l'assurance maladie.

### Les conditions de validité du forfait annuel

#### 1. Le consentement du patient

Afin de ne pas vicier l'alliance thérapeutique entre le médecin et son patient, il est recommandé au médecin de charger

un membre de son personnel de s'assurer que le patient donne son consentement libre et éclairé avant la signature du contrat. Il devra lui expliquer la nature du forfait annuel, quels services il couvre, quels services non assurés en sont exclus. Le contrat doit prévoir une clause d'annulation dont le patient peut se prévaloir en tout temps avant l'écoulement des deux tiers du temps compris dans la période déterminée, avec remboursement par le médecin d'un montant proportionnel à la période non écoulée.

#### 2. La nature des services énumérés

Aucun service assuré par la RAMQ ni aucun frais inhérent à un service assuré ne devra être visé par un tel contrat.

#### 3. La préservation du désintéressement professionnel

Ces ententes ne doivent d'aucune façon influencer l'exercice professionnel du médecin, tant au regard de la qualité des soins que de leur disponibilité.

Sources: Loi sur l'assurance maladie, art. 22.0.0.1; Le Collège, Vol. XXXIX, n° 3, Octobre 1999

### Un médecin peut-il imposer des frais pour un rendez-vous non respecté ?

Nous souhaitons apporter des balises déontologiques aux positions qui ont déjà été prises par les fédérations médicales à l'effet que le médecin exerçant en cabinet privé peut imposer de tels frais compensatoires. À cet égard, les conditions suivantes devraient notamment être respectées pour que de tels frais soient imposés :

- a) Des informations précises au sujet des frais pour les rendez-vous non respectés ont été données au patient lors de la prise de rendez-vous (art. 104 et 105, Code de déontologie des médecins);
- b) le médecin est en mesure de démontrer qu'il n'a pu occuper ce temps de rendez-vous avec d'autres activités professionnelles. *A contrario*, le médecin en retard aura beaucoup de peine à prouver qu'il subit une perte réelle, étant donné qu'il aura facilement comblé l'absence du

patient par un autre rendez-vous;

- c) les sommes réclamées sont raisonnables (art. 104 à 106, Code de déontologie des médecins);
- d) le patient n'a pas annulé son rendez-vous au plus tard le jour ouvrable précédent le jour du rendez-vous;
- e) il ne s'agit pas d'un cas fortuit ou de force majeure faisant en sorte que le patient n'a pu se présenter à son rendez-vous.

Il est vivement conseillé de consigner par écrit les informations précises qui ont été données au patient lors de la prise de rendez-vous. La politique applicable en cette matière doit être affichée, conformément à la Loi sur l'assurance maladie.

Même si toutes les règles précédentes ont été respectées, un différend relatif aux frais compensatoires facturés par le médecin pourra être soumis par le client au mécanisme de conciliation et d'arbitrage des comptes, conformément au Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins. Le seul fait que le patient n'ait pas acquitté les frais compensatoires imposés ne dispense pas en soi le médecin des obligations déontologiques qui le lient à son patient, notamment en matière de suivi.

Sources: Code de déontologie des médecins, art. 104 à 106; Loi sur l'assurance maladie, art. 22.0.0.1

Cet article présente le contexte général dans lequel les éléments de réponse fournis peuvent s'appliquer mais ne constitue pas un avis médical ou juridique. Chaque situation particulière peut présenter des aspects spécifiques pouvant influencer sur la conduite du médecin. Toute personne qui se questionne sur des sujets liés directement ou indirectement à cet article devrait communiquer avec la Direction des enquêtes (514 933-4131). Ces questions-réponses, ainsi que plusieurs autres, sont accessibles dans le site Web du Collège: [www.cmq.org](http://www.cmq.org)

## PRIX DE L'ORDRE DU MÉRITE DÉCERNÉ AU DR YVES LAMONTAGNE

À l'occasion du Gala annuel de l'Ordre du mérite de l'Association des diplômés de l'Université de Montréal, tenu le 6 mai dernier à l'Université de Montréal, le Dr Lamontagne a reçu l'Ordre du mérite pour son exceptionnelle contribution au domaine de la santé. L'Ordre du mérite, la plus haute distinction remise par l'Association, est décerné à une personne diplômée pour souligner sa remarquable car-

rière et sa contribution au développement de la collectivité et au rayonnement de l'Université de Montréal.

Le Dr Lamontagne est le troisième médecin à recevoir ce prix. Le Dr Paul David, fondateur de l'Institut de cardiologie de Montréal et le Dr Jocelyn Demers, hémato-oncologue à l'origine de l'aile Charles-Bruneau de l'hôpital Ste-Justine, l'ont reçu avant lui.



## DR PIERRE SAILLANT, LAURÉAT DU GRAND PRIX 2008 DU COLLÈGE

PAR LESLIE LABRANCHE



Le 9 mai dernier, le Collège des médecins était fier d'honorer le Dr Pierre Saillant en lui décernant son Grand Prix 2008 en reconnaissance de sa carrière exceptionnelle et de son remarquable dévouement envers la population des Îles-de-la-Madeleine. Depuis plus de 30 ans, le Dr Pierre Saillant travaille à l'amélioration et au développement des soins destinés aux Madelinots, devenant ainsi un pionnier dans l'organisation des soins de santé de cette région.

C'est lors d'une première visite exploratoire, en 1969,

que le Dr Saillant avait constaté la nécessité de développer le système de santé dans cette région. À cette époque, il n'y avait qu'un médecin-chirurgien-dentiste-pharmacien qui assurait les soins de santé aux 14 000 résidents des Îles. Le Dr Pierre Saillant y a vu là un défi qui, finalement, est devenu le défi d'une carrière entière. L'une de ses premières réalisations a été de régler le problème de recrutement des médecins de famille. Pour ce faire, il a entrepris des démarches auprès des autorités gouvernementales et les a convaincues de la nécessité

d'intégrer la médecine de famille aux services offerts dans l'établissement. Ces démarches se sont soldées par la création d'un CLSC au sein même de l'hôpital.

Toujours dans l'optique d'offrir aux Madelinots la gamme de soins de santé la plus complète qui soit, le Dr Saillant a également développé un modèle de rotation en médecine spécialisée afin qu'il y ait toujours un médecin spécialiste dans la région.

Par ailleurs, de 1977 à 2000, il a été le seul médecin à pratiquer l'anesthésiologie dans les Îles. Totalement dévoué aux

Madelinots, il a été de garde presque 365 jours par année, 24 heures sur 24, pendant plus de 20 ans.

Cet homme d'exception, pour qui le bien-être des patients a toujours primé, est un exemple pour les générations à venir. Mû par une passion sans borne et une énergie hors du commun, le Dr Pierre Saillant a été, tout au long de sa carrière, un véritable missionnaire.

En lui remettant son Grand Prix 2008, le Collège des médecins salue ainsi l'apport exceptionnel du Dr Pierre Saillant.

## PRIX DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC AU DR LOUISE CHARBONNEAU

Lors du colloque du 9 mai dernier, le Dr Louise Charbonneau, spécialiste en microbiologie médicale et infectiologie, a reçu le prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec. Le CIQ souligne ainsi l'excellence de ses réalisations et sa contribution au système professionnel.



PAR ROGER LADOUCEUR, M.D., RESPONSABLE DU PLAN D'AUTOGESTION DE DPC

## PORTRAIT DE L'ADHÉSION DES MÉDECINS AU DPC

À CHAQUE NUMÉRO, UN ARTICLE PORTANT SUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU SERA PUBLIÉ DANS CETTE SECTION. CES INFORMATIONS S'AJOUTENT AUX NOMBREUX OUTILS LIÉS À L'ÉVALUATION ET AU MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS, DÉJÀ ACCESSIBLES DANS LE SITE WEB DU COLLÈGE ([HTTP://WWW.CMQ.ORG/DPC.ASPX](http://www.cmq.org/dpc.aspx))

En janvier 2007, le Collège des médecins du Québec a résolu d'« Adopter le Plan d'autogestion de développement professionnel continu (DPC) comme outil du maintien de la compétence des médecins » et de « Rendre disponible aux médecins toute l'information pertinente à la réalisation de leur plan de DPC ».

À l'occasion du renouvellement de leur inscription au tableau, les médecins étaient invités à préciser, sur l'avis de cotisation 2007-2008, leur intention d'adhérer à l'un ou l'autre des plans de DPC suivants :

- Je participerai à un plan d'autogestion du développement professionnel continu approuvé. Je m'engage à produire sur demande tout document afférent aux activités de développement professionnel continu.
- Je participerai au Programme du maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. J'autorise le Collège des médecins du Québec à obtenir mon profil.
- Je participerai au Programme du Maintien de la compétence (Mainpro) du Collège des médecins de famille du Canada. J'autorise le Collège des médecins du Québec à obtenir mon profil.

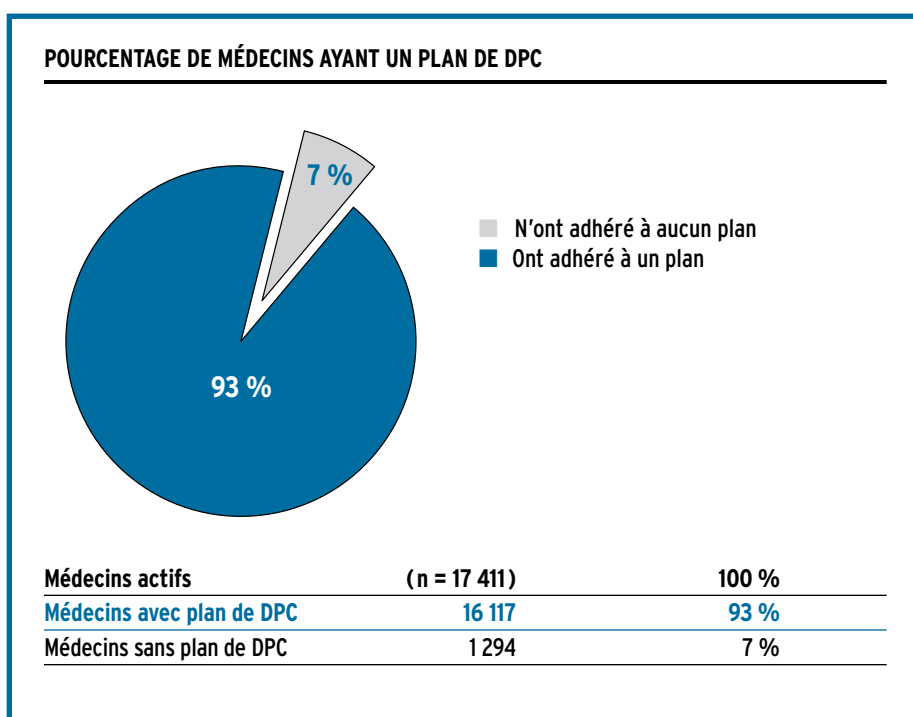
Cet article dresse un portrait de l'adhésion des médecins au DPC.

### 1<sup>er</sup> constat

#### La plupart des médecins québécois ont un plan de DPC

En effet, 84,4 % de tous les médecins québécois, soit 16 387 parmi les 19 411 membres du Collège des médecins du Québec, ont un plan de DPC.

Ce pourcentage est encore plus élevé si l'on ne tient compte que des médecins en exercice et que l'on soustrait les méde-



**NOMBRE DE MÉDECINS QUI ONT UN PLAN DE DPC**

PLAN DE DPC	NOMBRE DE MÉDECINS	POURCENTAGE
Médecins québécois	19 411	100,0
Ont un plan de DPC	16 387	84,4
N'ont pas de plan de DPC	3 024	15,6

cins retraités pour qui un tel plan n'est pas requis. Le nombre de médecins en exercice ayant un plan de DPC atteint alors 93 %.

En avril 2008, un rappel a été envoyé aux médecins n'ayant toujours pas fait de choix. Plus de 500 médecins ont répondu, de telle sorte qu'actuellement plus de 95 % des médecins québécois en exercice ont un plan de DPC.

### 2<sup>ème</sup> constat

#### Parmi les programmes existants, les plans d'autogestion du CMQ et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) sont les plus populaires

Ces plans d'autogestion de DPC ont été choisis par près de 54 % des méde-

## PROGRAMMES DE DPC

	NOMBRE DE MÉDECINS	POURCENTAGE
Médecins en exercice ayant un plan de DPC	16 117	100,0
<b>Plans d'autogestion de DPC (CMQ ou FMOQ)</b>	<b>8 617</b>	<b>53,5</b>
MDC-CRMCC	5 662	35,1
Mainpro-CMFC	1 533	9,5
Plus d'un plan de DPC	305	1,9

## NOMBRE D'HEURES CONSACRÉES AUX PROGRAMMES DE DPC

TYPE D'ACTIVITÉS DE DPC	MOYENNE ± ÉCART-TYPE (H/AN)	
Activités individuelles	Projets structurés	19 ± 91
	<b>Activités agréées ou non</b>	<b>64 ± 120</b>
Activités collectives	Activités agréées	27 ± 41
	Activités non agréées	10 ± 36
Évaluation de la pratique	5 ± 28	
Enseignement et recherche	33 ± 152	
<b>Total des activités de DPC (h/an)</b>	<b>159 ± 257</b>	

cins, alors que 35 % ont opté pour le programme du Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et que 10 % ont préféré le programme du maintien de la compétence (Mainpro) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Enfin, 2 % des médecins affirment utiliser plus d'un programme de DPC.

**3<sup>ème</sup> constat****Les médecins québécois en exercice consacrent 2 à 3 heures par semaine au DPC**

Les médecins québécois en exercice consacrent en moyenne, annuellement, près de 160 heures au DPC. Toutefois, ce chiffre traduit mal les écarts importants

observés. Ainsi, alors que 5 % d'entre eux déclarent plus de 500 heures par année, certains même plus de 2 000 heures par année, un nombre significatif n'a aucune activité de DPC. Il est troublant de noter que 16 % des médecins n'ont déclaré aucune activité de DPC. Conséquemment, il serait plus représentatif de dire que les médecins québécois consacrent en médiane 105 heures par année au DPC.

Parmi les différents types d'activités de DPC, ce sont les activités individuelles qui ont la faveur des médecins; ils consacrent en moyenne 64 heures par année aux activités individuelles agréées ou non et près de 20 heures aux projets structurés d'autoapprentissage. En contrepartie, ils ne passent qu'en moyenne 5 heures par année à l'évaluation de leur pratique.

**Discussion**

Bien que ces résultats soient intéressants, plusieurs réserves s'imposent. La première concerne la validité des données. Même si les médecins ont certifié que les renseignements qu'ils divulguaient étaient «vrais, exacts et complets» ainsi que le stipule l'avis de cotisation, il est possible que des erreurs se soient glissées. Ces renseignements reposent sur des souvenirs, source potentielle d'erreurs. Il se peut aussi que l'avis de cotisation ait créé un biais favorable à l'inscription à un programme de DPC, par simple désir de conformité et pour satisfaire aux exigences du CMQ.

Néanmoins, malgré ces réserves, le taux élevé d'adhésion aux programmes de DPC et le nombre substantiel d'heures consacrées aux diverses activités d'apprentissage témoignent certainement d'une forte volonté chez la plupart des médecins de maintenir leurs compétences professionnelles à jour.

**Suivi**

Au cours des prochains mois, un échantillon de 3 % des médecins seront appelés à envoyer leur plan au CMQ. De plus, les médecins présentant un profil déviant, soit ceux n'ayant aucune activité de DPC ni d'adhésion à un programme de DPC et ceux ayant un nombre très élevé d'activités seront invités à soumettre leur plan au CMQ.

**Nos félicitations au Dr Ladouceur qui a reçu le 4 mai dernier un certificat de mérite de l'Association canadienne pour l'éducation médicale. Ce prix a pour but de promouvoir l'éducation médicale dans les facultés de médecine du Canada et de reconnaître l'engagement des membres des facultés envers l'éducation médicale.**

## GROS PLAN SUR UN COMITÉ : CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR LE COMITÉ DE DISCIPLINE

AFIN DE MIEUX COMPRENDRE LE RÔLE ET L'IMPORTANCE DU COMITÉ DE DISCIPLINE DU COLLÈGE, NOUS AVONS INVITÉ M<sup>E</sup> CHRISTIAN GAUVIN, DIRECTEUR DES SERVICES JURIDIQUES ET SECRÉTAIRE DU COMITÉ DE DISCIPLINE, À RÉPONDRE À NOS QUESTIONS.

### M<sup>E</sup> Gauvin, quel est le rôle du comité de discipline ?

**C.G. :** Le comité de discipline, c'est avant tout un tribunal. Un tribunal qui va entendre en première instance une plainte disciplinaire concernant un professionnel qui exerçait au moment où l'infraction déontologique a été commise. Il existe 45 comités de discipline au Québec puisqu'un comité de discipline est constitué au sein de chaque ordre professionnel en vertu du *Code des professions*.

Il est important de noter qu'il s'agit d'un tribunal indépendant du Collège des médecins dans l'exécution de ses fonctions.

### Qui compose ce comité ?

**C.G. :** Le comité de discipline du Collège est composé de trois personnes : un président et deux médecins. Le président est un avocat désigné par le gouvernement. C'est un juriste qui exerce généralement en droit administratif et qui, selon la loi, compte au moins dix ans d'expérience. Celui-ci est nommé pour un mandat renouvelable de trois ans. Ce président a des présidents substituts, et ce, pour des raisons de disponibilité ou de conflits d'intérêts potentiels.

Les deux autres membres qui siègent avec le président sont obligatoirement des médecins, choisis par le secrétaire du comité à même une liste votée par le conseil d'administration du Collège. Cette liste comprend une cinquantaine de noms de membres qui ont tous en commun une réputation irréprochable. Ils sont reconnus dans la communauté médicale pour leur intégrité et la qualité de leur exercice professionnel. Le rôle du secrétaire est de faire en sorte que les membres qui siègent au sein d'une



division du comité possèdent l'expertise nécessaire pour rendre la meilleure décision possible.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le président n'a pas un vote prépondérant ou un droit de veto : les membres ont le même pouvoir que le président.

### Comment fonctionne le comité de discipline ?

**C.G. :** Avant toute chose, le secrétaire du comité s'assure que les membres du comité n'ont aucun lien d'amitié ou d'inimitié avec le médecin faisant l'objet de la plainte disciplinaire.

Les membres reçoivent copie de la plainte dans les semaines qui précèdent la première journée de l'audience disciplinaire. À la fin des audiences, le comité

de discipline se prononce sur la culpabilité du professionnel : ce médecin est-il coupable ou non de chacun des chefs d'accusation ? Une plainte peut contenir un ou plusieurs chefs d'accusation sur chacun desquels le comité devra se prononcer. Si l'intimé est trouvé coupable, le comité, dans un deuxième temps, rendra une décision sur sanction : ce comportement mérite-t-il une réprimande, une amende, une suspension, une limitation, une radiation ou encore une révocation de permis ? Et s'il s'agit d'une amende, totalisera-t-elle 1 000 \$ ou 12 500 \$ par chef d'infraction ? La sanction prendra-t-elle la forme d'une suspension ou d'une limitation, d'une radiation temporaire ou d'une radiation permanente ?

Précisons qu'il peut y avoir, parallèlement, trois procès en cours pour une même cause, soit un procès criminel, un procès civil et un procès disciplinaire. Ce sont trois systèmes indépendants, qui ont des règles de preuves et de procédures distinctes. À titre d'exemple, ce n'est pas parce que le professionnel est trouvé coupable dans un procès disciplinaire qu'il sera nécessairement trouvé coupable dans un procès civil.

### Qui peut porter plainte devant le comité de discipline ?

**C.G. :** Les plaintes proviennent d'un syndic ou d'un syndic adjoint œuvrant à la Direction des enquêtes du Collège, ou encore d'un syndic ad hoc ou d'un plaignant privé.

À l'origine, le syndic ne reçoit pas une plainte mais une demande d'enquête. Celle-ci devient une plainte au moment où elle est déposée au secrétariat du comité de discipline. Si le syndic décide de ne pas déposer de plainte, il doit en aviser la personne qui a demandé l'enquête et en expliquer la raison.

Le plaignant a toujours la possibilité de demander la révision de cette décision. Cette demande sera traitée par un comité de révision, lequel reçoit environ 200 demandes de révision par année. Ce comité est formé d'un représentant du public et de deux médecins et peut décider de déposer une plainte devant le comité de discipline. Advenant le cas, le comité administratif nommera un syndic ad hoc en la personne d'un médecin qui sera accompagné d'un avocat dans le processus disciplinaire.

Quant au plaignant privé, il s'agit du demandeur d'enquête qui a reçu la décision du syndic et du comité de révision (si toutefois il a eu recours à ce comité) de ne pas porter plainte. Les règles de preuves et de procédures sont les mêmes pour le plaignant privé qui peut décider ou non de se faire représenter par un avocat. Le seul élément qui diffère concerne les frais disciplinaires. Le législateur a décidé que ceux-ci ne pouvaient être imposés au

plaignant privé, à moins qu'il soit prouvé qu'il est de mauvaise foi ou que la plainte est frivole.

Une plainte visant un médecin indiquera la nature et les circonstances de l'infraction (temps et lieu) reprochée au médecin.

## [ Le comité de discipline, c'est avant tout un tribunal. (...) Il est important de noter qu'il s'agit d'un tribunal indépendant du Collège des médecins dans l'exécution de ses fonctions. ]

Il faut également mentionner que le Collège se distingue par la nature des plaintes déposées devant le comité de discipline. Un grand pourcentage de plaintes ont trait à la qualité des services professionnels alors que, pour certains ordres professionnels, la nature principale est l'appropriation de deniers.

### Combien de médecins comparaissent devant le comité de discipline chaque année ? Et pour quels motifs principalement ?

**C.G. :** Entre 20 et 35 médecins comparaissent chaque année devant le comité de discipline, et les audiences s'étalent en moyenne sur plus de cinq jours. Cela représente environ 90 journées d'audiences disciplinaires par année, soit une moyenne similaire aux autres ordres professionnels.

Parmi les chefs d'accusation les plus fréquents, on retrouve l'inconduite sexuelle, la négligence, la prescription intempestive, le défaut de procéder à une évaluation médicale adéquate, le défaut d'informer adéquatement un patient, le défaut d'assurer la prise en charge et le suivi adéquats et la non-conformité dans la tenue du dossier médical. Sans contre-dit, l'inconduite sexuelle est la faute professionnelle qui suscite la sanction la plus sévère et pour laquelle le Collège affiche une tolérance zéro.

### Un médecin insatisfait de la décision a-t-il des recours ?

**C.G. :** Le médecin peut en appeler de la décision du comité de discipline devant le Tribunal des professions. Il a un délai de 30 jours pour le faire. Après ce délai, la sanction devient exécutoire.

pour toutes les infractions à l'origine des décisions, à l'exception de l'inconduite sexuelle et de l'appropriation de données qui sont automatiquement exécutoires.

### Qui peut assister aux audiences disciplinaires ?

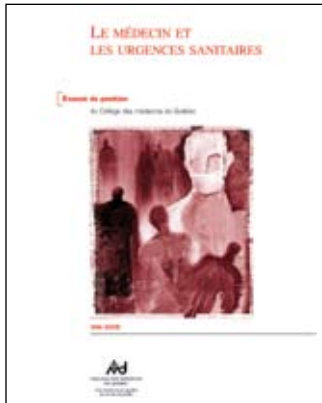
**C.G. :** Toute personne peut y assister. Les audiences disciplinaires sont publiques depuis août 1988, à moins qu'il y ait une ordonnance de huis clos, ce qui est très rare. Cela pourrait arriver dans le cas où un procès criminel se tient en parallèle et qu'on ne veuille pas que le comité ait une influence sur celui-ci.

### Les décisions disciplinaires sont-elles aussi publiques ?

**C.G. :** Elles le sont aussi. Les plaintes disciplinaires, les décisions sur culpabilité et les décisions sur sanction sont publiques. La limitation, la suspension, la radiation ou la révocation ont toujours été publiques, et ce, même avant août 1988.

En terminant, il faut souligner que la vocation de ce comité est directement liée à la mission du Collège, soit la protection du public, et qu'elle sert aussi les intérêts des membres puisqu'en sanctionnant les gestes ou les fautes répréhensibles, le comité assure le maintien de l'intégrité de la profession médicale.

## LE MÉDECIN ET LES URGENCES SANITAIRES: UNE POSITION LONGUEMENT ATTENDUE



Dans la foulée des travaux de préparation de plans de mesures d'urgence en cas de pandémie d'influenza, les ordres professionnels, dont le Collège des médecins du Québec, ont été interpellés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et le ministère de la Sécurité publique pour apporter leur contribution à cet effort national.

médecin et le cadre dans lequel elles devraient s'exercer si une urgence sanitaire survenait.

L'énoncé de position *Le médecin et les urgences sanitaires* est le fruit d'une réflexion approfondie et de consultations élargies pour bien baliser les droits et les devoirs réciproques du médecin et de l'État dans de telles situations d'exception. Le Collège espère ainsi répondre aux nombreuses interrogations qui lui ont été adressées par les médecins, le public et les autorités publiques sur cet enjeu. Comme, par définition, les impératifs d'une crise particulière sont difficiles à prévoir et que la gestion de telles crises repose, pour une grande part, sur un « pilotage à vue » à partir de certains principes génériques, le Collège a d'abord cherché à circonscrire des principes applicables, quelles que soient la crise ou l'urgence concernées.

Comme l'écrivait un grand théoricien de la gestion de crises, Patrick Lagadec, « Pour gérer une crise, il faut savoir apprendre vite. Pour apprendre vite pendant une crise, il faut avoir appris beaucoup avant la crise ». Fasse que cet énoncé de position contribue à ce que nous apprenions avant l'urgence.

### Le Collège répond de deux façons à cette interpellation :

1. En mettant à jour son plan de mesures d'urgence interne pour être en mesure de maintenir ses activités essentielles en cas d'urgence sanitaire;
2. En produisant un énoncé de position, joint à la présente édition de la revue *Le Collège*, précisant les responsabilités du

## MÉDICAMENTS D'EXCEPTION Utilisez-vous la codification ?

Depuis le 2 juin, une vingtaine de médicaments d'exception supplémentaires sont codifiés.



### La codification, c'est simple et rapide !

Grâce à elle, vous n'avez plus à remplir un formulaire de demande d'autorisation de paiement. Celui-ci est automatiquement autorisé par la Régie pour toute la durée de l'ordonnance.

- Sur votre ordonnance, vous inscrivez le nom du médicament prescrit avec le code approprié. Chaque code correspond à une indication de paiement.
- Votre patient peut donc se rendre tout de suite à la pharmacie et obtenir le médicament d'exception dont il a besoin.
- **Il est suggéré de noter le code dans le dossier clinique du patient, car vous devrez le réinscrire lorsque vous rédigez une nouvelle ordonnance.**

Sur les quelque 160 médicaments d'exception, une centaine sont maintenant codifiés. Pour savoir lesquels, rendez-vous sur

**[www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)**

et consultez le document **Codes des médicaments d'exception**. Vous pouvez aussi y télécharger la version pour les ordinateurs de poche.

La Régie a également fait parvenir par la poste une copie du document à tous les prescripteurs.

## LE COLLÈGE DÉNONCE UNE OFFENSIVE POUR CRIMINALISER L'AVORTEMENT

À SA RÉUNION ORDINAIRE DU 30 MAI DERNIER, LE BUREAU, PRÉOCCUPÉ DE L'ADOPTION DE L'UN OU L'AUTRE DES PROJETS DE LOI VISANT À CRIMINALISER L'AVORTEMENT ET DE SES EFFETS SUR LA SANTÉ DES FEMMES ET LEURS CONSÉQUENCES JURIDIQUES POUR LES MÉDECINS, A DÉCIDÉ D'ENVOYER UNE LETTRE OUVERTE AUX CHEFS DE PARTIS FÉDÉRAUX, LES ENJOIGNANT D'INVITER LES DÉPUTÉS À REJETER CES PROJETS DE LOI.

Vous trouverez ci-après un résumé de la lettre qui décrit les quatre projets de loi privés actuellement à l'étude et dont la version intégrale est accessible dans le site Web du Collège (<http://www.cmq.org/infolettre.aspx>).

Le projet de loi C-338 criminalise l'avortement après 20 semaines de gestation, sous réserve de quelques exceptions. L'avortement y est défini comme « la mort d'un enfant qui est survenue avant qu'il soit complètement sorti du sein de la mère » et donne ainsi un statut juridique au fœtus. Les seules exceptions prévues sont des conditions pathologiques physiques graves, chez la femme seulement. Il n'y a pas d'exception pour les problèmes de santé mentale de la mère ou les anomalies sévères du fœtus.

Le projet de loi C-484 érige en infraction criminelle distincte le fait de blesser, de tenter de causer ou de causer la mort d'un enfant non encore né, en perpétrant une infraction à l'égard de la mère. À l'instar du précédent, il donne un statut juridique au fœtus en précisant que « la personne qui cause directement ou indirectement la mort d'un enfant, pendant sa naissance ou à toute étape de son développement intra-utérin, en perpétrant ou en tentant de perpétrer une infraction à l'égard de la mère, qu'elle sait ou devrait savoir être enceinte, est coupable d'un acte criminel ».

Le projet de loi C-537 veut protéger le droit des professionnels de la santé et d'autres personnes de refuser, sans crainte de représailles ou d'autres mesures coercitives et discriminatoires, de participer à des actes médicaux qui sont contraires aux préceptes de leur religion ou à leur croyance au caractère inviolable de la vie humaine. Or, ce droit est déjà prévu au Canada, tant dans les codes de déontologie des professions de la santé que dans les chartes canadienne et

québécoise. De plus, il introduit explicitement une définition de la vie humaine qui « s'entend de toutes les étapes du développement de l'organisme humain depuis la fécondation ou la création ». La finalité nous semble donc la même que dans les deux projets de loi précédents : donner un statut juridique au fœtus. Le prétexte utilisé ici est le respect du droit à l'objection de conscience.

Enfin, le projet de loi C-543 vise à ce que la grossesse constitue une circonstance aggravante dans la détermination de la peine d'une infraction perpétrée par un délinquant.

Sans vouloir prêter d'intention au gouvernement, puisqu'il s'agit de projets de loi privés, il faudrait être naïf pour ne pas voir dans le dépôt successif de ces projets de loi un objectif et une stratégie. L'objectif semble être la criminalisation de l'avortement par l'octroi d'un statut juridique au fœtus. La stratégie serait double : donner ce statut juridique au fœtus dans des enrobages législatifs qui suscitent spontanément l'ad-

hésion et multiplier les projets de loi pour qu'au moins l'un d'entre eux soit adopté. La finalité ultime est de compléter l'opération sans véritable débat public.

Fidèle à sa mission de protection du public et de maintien de la qualité de la médecine au Québec, le Bureau du Collège des médecins du Québec est d'avis qu'il se devait d'inviter tous les députés de la Chambre des communes à voter contre ces projets de loi, ne serait-ce que parce qu'aucun d'eux ne semble répondre à un véritable besoin. L'adoption d'une de ces lois risquerait au contraire de mettre en péril la santé de beaucoup de femmes et la qualité de la médecine actuellement offerte, en plus d'exposer les médecins pratiquant des interruptions volontaires de grossesse à être jugés comme des criminels, ce qu'ils ne sont pas. Si la question de l'avortement doit être débattue de nouveau, il faudrait au moins que le débat soit franc et ouvert. Si tel était le cas, le Collège y participerait activement dans le cadre de sa mission.

## RAPPEL

### Le renouvellement de votre cotisation

La date limite est le 30 juin à 17 h

Si vous n'avez pas déjà renouvelé votre cotisation, il est encore temps de le faire : **le paiement de votre cotisation doit être reçu au Collège au plus tard le 30 juin à 17 h.**

#### Périodes de retard

#### Pénalité

Du 1<sup>er</sup> juillet au 31 juillet 2008 (17 h)

100 \$

Du 1<sup>er</sup> août au 26 août 2008 (17 h)

200 \$

À compter du 27 août 2008 (réunion du CA)

Radiation pour non-paiement

**Nous vous encourageons à effectuer le paiement de votre cotisation en ligne afin d'éviter tout retard relié à la poste.**

**Renseignements : 514 933-4087 (1 888 633-3246)**

## AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

POUR PLUS DE DÉTAILS, NOUS VOUS INVITONS À CONSULTER LE SITE WEB DE SANTÉ CANADA  
[WWW.HC-SC.GC.CA/DHP-MPS/MEDEFF/ADVISORIES-AVIS/PROF/2008/INDEX\\_F.HTML](http://WWW.HC-SC.GC.CA/DHP-MPS/MEDEFF/ADVISORIES-AVIS/PROF/2008/INDEX_F.HTML)

### Contaminant associé à des réactions allergiques graves aux États-Unis et retrouvé dans des produits canadiens à base d'héparine

Des essais de Santé Canada sur l'héparine ont décelé la présence d'une substance semblable au contaminant, sulfate de chondroïtine sursulfaté, détecté par la FDA dans certains lots d'héparine de B. Braun Medical Inc. Aux États-Unis, l'usage d'héparine contaminée par le sulfate de chondroïtine sursulfatée a été associé à une augmentation des rapports de réactions allergiques et anaphylactiques graves et l'absence possible d'effet. B. Braun rappelle au Canada les lots affectés d'héparine administrée par voie intraveineuse.

Santé Canada fait présentement les essais des autres produits canadiens contenant de l'héparine. Santé Canada a exigé que tous les concessionnaires et

**VOICI CE QUE SANTÉ CANADA RECOMMANDE :**

- S'assurer que les lots d'héparine non fractionnée et injectable par voie intraveineuse qu'a rappelés B. Braun Medical Inc. ne sont pas utilisés et qu'on les retourne comme le demande la lettre de rappel de cette compagnie. D'autres produits d'héparine non fractionnée et destinée à un usage intraveineux sont disponibles.
- Utiliser la dose la plus faible nécessaire à la vitesse d'infusion la plus faible possible afin de produire l'effet souhaité.
- Dans la mesure du possible, administrer les infusions sans utilisation de bolus.
- Surveiller étroitement les patients pendant et immédiatement après l'administration de l'héparine afin de détecter tout signe d'allergie ou de réaction anaphylactique.
- Surveiller les paramètres d'anticoagulation, puisque la présence possible d'un contaminant peut modifier l'efficacité du produit.
- Diffuser cette information en conséquence si vous apprenez qu'on utilise les produits ainsi rappelés ailleurs que dans les hôpitaux.

manufacturiers canadiens d'héparine fassent des essais supplémentaires sur tous les lots de produits contenant l'héparine.

En attendant les résultats, des dispositions réglementaires seront instituées selon les besoins.

## NOUVEAUX RENSEIGNEMENTS SUR L'INNOCUITÉ DE L'ANTIÉPILEPTIQUE TEGRETOL\*

À la suite de discussions avec Santé Canada, Novartis Pharma Canada inc. a diffusé de nouveaux renseignements en matière d'innocuité, intégrés à la monographie de TEGRETOL\* (carbamazépine). La monographie de TEGRETOL\* a été mise à jour; les renseignements suivants en matière d'innocuité ont été incorporés à la section MISE EN GARDE.

### MISE EN GARDE

Des réactions cutanées graves et parfois mortelles, comprenant l'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse et le syndrome de Stevens-Johnson, reliées à l'utilisation de TEGRETOL\* ont été signalées. Lorsque les signes et les symptômes suggèrent une réaction cutanée grave, tels le syndrome de

Stevens-Johnson ou l'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse, il faut interrompre immédiatement l'administration de TEGRETOL\* et envisager un autre traitement.

Le risque de développer un syndrome de Stevens-Johnson ou une érythrodermie bulleuse avec épidermolyse est présent chez tous les patients, mais ces réactions sont habituellement très rares. Toutefois, dans certains pays d'Asie, le risque serait, selon les estimations, quelque 10 fois plus élevé que dans les pays occidentaux.

Des études portant sur de faibles échantillons de patients chinois de l'ethnie Han ont mis en évidence un lien étroit entre le risque d'apparition du syndrome de Stevens-Johnson ou de l'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse et la présence

de l'allèle HLA-B\*1502, une variante héréditaire du gène HLA-B.

L'allèle HLA-B\*1502 se retrouve presque exclusivement chez les individus originaires d'Asie. Par conséquent, les médecins devraient envisager le dépistage par génotypage de l'allèle HLA-B\*1502 chez les patients génétiquement à risque. Le génotypage de l'allèle HLA-B\*1502 ne devrait jamais être considéré comme un substitut aux soins diligents et à la prise en charge adéquate du patient.

Tant et aussi longtemps qu'on ne possèdera pas plus d'information à ce sujet, l'emploi de TEGRETOL\* et d'autres antiépileptiques associés au syndrome de Stevens-Johnson ou à l'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse devrait être évité chez les patients porteurs de l'allèle HLA-B\*1502.

## VOUS AVEZ DES NOUVELLES DE VOS RÉGIONS À NOUS COMMUNIQUER ?

Écrivez-nous à [collegedesmedecins@cmq.org](mailto:collegedesmedecins@cmq.org)

### CHAUDIÈRE-APPALACHES

Un nouveau centre d'hébergement a été inauguré dans la région de Chaudière-Appalaches. Le Centre d'hébergement St-Alexandre, une installation du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de Thetford, accueille 112 personnes en perte d'autonomie, dans un environnement parfaitement adapté aux exigences modernes des soins de longue durée.

### MONTÉRÉGIE

Les travaux d'agrandissement et de réaménagement de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, évalués à 21 727 000 \$, commenceront dès cet automne et devraient se prolonger jusqu'à l'été 2010. Le budget annuel du CSSS de la Pommeraie sera également augmenté d'un demi-million de dollars. Ce nouveau budget récurrent fourni par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie tient compte

de l'augmentation du volume des naissances, qui s'établit à 40 % depuis 2003, et de la consolidation des services de traumatologie à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins pour répondre à une demande croissante de soins aux personnes victimes d'accidents de sports de glisse.

### FORMATION DE NOUVEAUX GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

#### LAURENTIDES

Avec la formation du groupe de médecine de famille (GMF) de La Lièvre, la population de la région des Laurentides bénéficiera d'un meilleur accès aux services médicaux de première ligne. Le GMF de La Lièvre devient ainsi le 12<sup>e</sup> groupe de médecine de famille de la région. L'accès aux services sera assuré sept jours par semaine par une garde médicale du GMF, avec la collaboration du service Info-Santé et du Centre de santé et de services sociaux d'Antoine-Labelle.

### MONTRÉAL

Le GMF L'Envolée regroupe 11 médecins de famille qui, en étroite collaboration avec des infirmières, offriront une gamme complète de services en médecine familiale, comprenant des services en obstétrique et en pédiatrie. Pour les suivis de grossesse, il couvrira un territoire élargi aux localités de Laval, de Saint-Eustache, de Boisbriand et de Sainte-Thérèse.

### DORVAL-LACHINE-LASALLE

Ce 18<sup>e</sup> GMF à être agréé sur l'île de Montréal regroupe 14 médecins de famille travaillant en étroite collaboration avec des infirmières, ce qui favorisera la continuité des services, notamment en matière de soins à domicile auprès des personnes en perte sévère d'autonomie et des soins de première ligne en santé mentale.

## CARRIÈRES ET PROFESSIONS |

### CETTE CHRONIQUE FAIT RELÂCHE POUR L'ÉTÉ

Toutefois, si vous souhaitez publier un appel de candidatures pour des postes de médecins dans votre établissement dans le prochain numéro d'automne, nous vous invitons à communiquer avec le Service des communications du Collège des médecins du Québec à l'adresse courriel suivante: [collegedesmedecins@cmq.org](mailto:collegedesmedecins@cmq.org)

## ATELIERS ET FORMATION |

### Atelier organisé par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici la fin septembre 2008



#### L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE

Atelier sur les pratiques cliniques préventives chez l'adulte

24 septembre 2008 à 18 h, Mont-Laurier

26 septembre 2008 à 13 h, Montréal

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

## 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

**VOUS AVEZ ÉTÉ NOMBREUX À NOUS ÉCRIRE À LA SUITE DE L'ENVOI DES DEUX DERNIÈRES INFOLETTRES DU COLLÈGE. VOICI QUELQUES RÉSUMÉS DES COMMENTAIRES REÇUS.**

### INFOLETTRE DU 7 AVRIL 2008

#### - PERMIS RESTRICTIF POUR UN RÉSIDENT EN MÉDECINE

Excellente décision d'autoriser les résidents à faire du dépannage. Les effectifs sont tellement restreints partout au Québec. **M.G.**

Bonne idée enfin. Un bon résident demeure une personne valable et son apport ne peut être qu'apprécié de tous. **G.M.**

À la suite de la lecture du dernier infolettre je me demande ce que vous entendez par demander au gouvernement de faire preuve de souplesse dans sa gestion administrative des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM et PEM). En attente de précisions. Merci de me répondre. **L.M.**

#### Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire :

Nous savons que les PREM ont eu des effets bénéfiques dans plusieurs régions éloignées. Voilà pourquoi nous avons insisté en conférence de presse sur la nécessité de conserver le principe qui sous-tend les PREM. Toutefois, la façon de les appliquer menace l'ensemble des

effectifs médicaux de toutes les régions, y compris celles qui sont éloignées.

Les régions actuellement les plus défavorisées sont les régions périphériques aux grands centres. La région des Laurentides et de Lanaudière en sont des exemples.

Nous sommes au fait qu'il n'y a pas si longtemps, un groupe de cinq résidents en psychiatrie étaient prêts à s'établir en Gaspésie pour répondre aux besoins de la population pour les 20 prochaines années. Il y avait 3 PREM autorisés. Le ministère a imposé ses trois PREM ou préférerait n'avoir aucun de ces futurs médecins. Quand on parle de rigidité dans l'application des PREM, elle commence à devenir néfaste autant en médecine spécialisée qu'en médecine de famille, autant en région urbaine ou semi-urbaine qu'en région éloignée.

Nous observons cette année qu'en médecine de famille 82 places de résidence sont restées libres. Fait significatif, tous ces postes sont ceux des unités de médecine de famille situées à Montréal, Québec et Sherbrooke. La raison est simple, les résidents veulent être formés dans une région où ils ont raisonnablement une chance d'avoir un PREM. Bonne nouvelle pour les régions. Catastrophe pour la médecine de famille. Cela est aussi un effet pervers des PREM. Voilà pourquoi,

selon nous, il y a lieu de repenser le système de façon plus souple.

Soyez assurée que nous ne souhaitons pas affaiblir les régions. Nous souhaitons au contraire toutes les renforcer.

### INFOLETTRE DU 31 MARS 2008

#### - PRUDENCE FACE AUX INITIATIVES DE SERVICES MÉDICAUX PRIVÉS

Merci, Dr Lamontagne, pour cette mise en garde. Je suis moi aussi attaché à améliorer le système public et crains que les grands malades et les vieux soient laissés de côté par ce privé dont le but sera facilité et rentabilité. **J.B.**

Opinion de ma part, médecin hors-régie. Il est vrai que la prudence est de mise car le risque d'abus peut être présent... surtout dans ce qui est énoncé précédemment. Cependant, je crois qu'une souplesse est de mise à la RAMQ car il devient impératif que le changement et l'ouverture à d'autres possibilités se fasse... J'aurais donné encore du temps à la régie si j'avais pu... **L.D.**

Bravo et merci de ce mot. Notre crédibilité en tant que groupe est en jeu. Des patients, maintenant clients, déboursent de grandes sommes pour des bilans de santé plein de tests non requis. Il y a là mauvaise médecine et risque de nuire au patient... Ça me soulage que le Collège appelle à la prudence. **I.S.**

## MISES EN CANDIDATURE POUR LE GRAND PRIX 2009

### L'un de vos collègues :

... a contribué de façon remarquable à l'évolution de la profession médicale et à l'amélioration de la qualité de l'exercice de la médecine ?  
... démontre un sens profond de l'engagement auprès des patients et de la collectivité ?  
... se distingue par sa grande éthique professionnelle ?

Vous pourrez soumettre sa candidature au comité de sélection du Grand Prix du Collège des médecins au plus tard le 21 novembre 2008. Surveillez le prochain numéro de la revue afin de connaître tous les détails.

## AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-02-00565)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Gérard Monfette** (61325), ayant exercé la profession de médecin à Saint-Jérôme (Québec), a plaidé coupable devant le comité de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée soit :

*d'avoir procédé intempestivement et contrairement aux données de la science médicale, entre le 21 mai et le 28 août 1996, à un traitement antiandrogénique LHRH et à une prostatectomie radicale avec lymphadénectomie à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, alors que*

*ce patient ne présentait aucune évidence anatomo-pathologique de cancer localisé ou métastatique de la prostate (chef 1);*

Le 19 juin 2006, le comité de discipline a imposé au Dr Gérard Monfette une radiation du tableau de l'ordre pour une période de quatre (4) mois.

Le 14 juillet 2006, le Dr Monfette en a appelé de la décision du comité de discipline au Tribunal des professions. L'appel a eu pour effet de suspendre l'exécution de la décision rendue. Le récent jugement du Tribunal des professions rendu le 25 mars 2008 et signifié au Dr Monfette le 23 avril 2008 rejette l'appel

du Dr Monfette. La décision du comité de discipline à l'effet de radier temporairement le Dr Gérard Monfette est donc confirmée.

Le Dr Gérard Monfette est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de quatre (4) mois à compter du 23 avril 2008.

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

Montréal, le 23 avril 2008  
M<sup>e</sup> Christian Gauvin, avocat  
Secrétaire du comité de discipline

## AVIS DE LIMITATION PROVISOIRE

(dossier : 24-08-00675)

Prenez avis que le 17 avril 2008, le comité de discipline du Collège a prononcé la limitation provisoire du **Dr Pierre Mailloux** (74373), exerçant la profession de médecin (psychiatrie), à Louiseville, jusqu'à la décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui. Le comité a accepté l'entente intervenue entre les parties à l'effet que l'intimé acceptait la limitation de sa pratique quant aux adultes et contestait tous les chefs de la plainte et la requête en limitation provisoire relativement aux enfants. Les actes reprochés au Dr Pierre Mailloux et pour lesquels le comité de discipline s'est penché dans le cadre de la requête en limitation provisoire sont à l'effet suivant :

*... un jeune garçon de 12 ans évalué et suivi à l'Hôpital de Louiseville à partir de mars 2003 pour agressivité et trouble de comportement, chez qui des diagnostics avaient déjà été établis, notamment celui de TDAH mixte (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité), de déficience intellectuelle légère, de trouble oppositionnel et de l'attachement et de trouble anxieux, le tout dans un contexte de carence affective et de manque de compétences parentales avec suspicion d'abus physiques, diagnostiquant intempestivement un «trouble psychotique depuis l'âge de 5-6 ans (autisme ou schizo. infantile?)» alors que le dossier ne permettait pas de soutenir un tel diagnostic et, malgré l'obésité de l'enfant, combinant intempestivement deux antipsychotiques à doses massives soit Séroquel jusqu'à 1950 mg/jr et Risperdal jusqu'à 7 mg/jr, notamment sans procéder à des examens de base (tels un ECG, un profil lipidique et une glycémie) ni à un questionnaire sur les symptômes d'hyperprolactinémie, en ne révisant pas son diagnostic malgré l'absence de résultats probants et l'apparition d'effets secondaires préoccupants*

*(tels une augmentation importante de poids et l'apparition de dystonie musculaire) et en ne considérant pas d'autres approches que pharmacologiques, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient, contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 1);*

*... un enfant de 9 ans, présentant des difficultés scolaires, des problèmes d'inattention et de manque de concentration et un comportement agressif, qu'il a évalué le 23 janvier 2007 à l'Hôpital de Louiseville, concluant intempestivement à un «début de trouble psychotique» chez cet enfant sur la base qu'il avait des peurs, entendait des bruits le soir et présentait un affect plat, sans fournir dans son dossier d'exemple clinique lui permettant de soutenir ces affirmations et malgré qu'il avait en main l'information longitudinale scolaire et les bilans psychologiques qui soutenaient plutôt un diagnostic de TDAH, contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 2);*

*... un enfant de 8 ans qu'il a suivi à partir de novembre 2006 à l'Hôpital de Louiseville, procédant à une évaluation déficiente sans tenir compte des évaluations antérieures et concluant intempestivement à un «trouble psychotique évoluant depuis 2 ans et croissant» alors que les évaluations et les observations antérieures orientaient toutes vers un diagnostic de TDAH, de trouble oppositionnel avec provocation, d'énurésie nocturne, de trouble à l'initiation du sommeil, de trouble d'apprentissage possible et de trouble relationnel intrafamilial en lien avec une symptomatologie anxio-dépressive, sans éva-*

*luer le potentiel d'apprentissage, sans procéder à une investigation neurologique malgré les symptômes décrits (strabisme de novo) et en lui prescrivant une pharmacothérapie inadaptée à sa condition, en l'occurrence du Séroquel jusqu'à 75 mg/jr, privant ainsi son patient d'un traitement plus spécifique pour ces conditions, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 3);*

*... un enfant âgé de 9 ans et 11 mois, qu'il a suivi à l'Hôpital de Louiseville à partir de novembre 2002, en posant intempestivement un diagnostic de «schizophrénie infantile probable avec délire paranoïde et hallucinations visuelles et auditives de longue date et problème majeur de contact avec la réalité» alors que les informations rapportées et les évaluations antérieures soulevaient plutôt une forme de retard mental avec trouble spécifique du langage et que la panoplie de symptômes anxieux ressemblait plutôt à des peurs développementales, en interprétant faussement comme étant des hallucinations visuelles des illusions imaginées par l'enfant et en lui prescrivant intempestivement, sans bilan préalable ni évaluation neurologique une médication neuroleptique à doses élevées pour un enfant de cet âge, en l'occurrence du Séroquel à des doses de 300 à 600 mg par jour, autorisant même la mère à les augmenter jusqu'à 900 mg par jour, causant ainsi l'apparition d'effets secondaires graves, soit une dystonie respiratoire risquant de causer une décompensation respiratoire, compromettant ou risquant ainsi de compromettre la santé de son patient,*

Suite à la page 24 >>

AVIS DE LIMITATION PROVISOIRE

(dossier : 24-08-00675) suite

Suite de la page 23 >>

contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 4);

... une fillette âgée de 6 ans, qu'il a suivie à l'Hôpital de Louiseville de novembre 2006 à février 2007, rapportant notamment qu'elle avait de nombreuses peurs, qu'elle se parlait à elle-même ainsi qu'à sa poupée et faisait des bruits de bouche à l'école, concluant à « un tableau clinique compatible avec un trouble psychotique chez l'enfant » sans avoir suffisamment d'éléments pour supporter un tel diagnostic, un tel comportement pouvant être rencontré chez les enfants de cet âge vivant des situations angoissantes, alors que les observations scolaires permettaient plutôt de poser un diagnostic de TDAH mixte et de soupçonner une problématique anxieuse, et en lui prescrivant intempestivement une médication neuroleptique, en l'occurrence Séroquel qui, à des doses de 100 mg/jr, a induit de la somnolence et des troubles de coordination et exacerbé le trouble anxieux, alors qu'il y avait nécessité d'investiguer le trouble d'apprentissage en évaluant les capacités intellectuelles de l'enfant, et d'utiliser une médication plus appropriée pour le traitement du TDAH, compromettant ou risquant de compromettre la santé de sa patiente, contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 5);

... un jeune garçon âgé de 6 ans qu'il a suivi à l'Hôpital de Louiseville à partir de janvier 2003 pour un problème d'autisme, en lui prescrivant une forte médication neuroleptique, en l'occurrence du Séroquel qu'il a augmenté rapidement entre décembre 2005 et février 2006, passant de 100 à 500 mg/jr sur une période de 1 ½ mois, et du Risperdal jusqu'à des doses quotidiennes de 6 mg, utilisant même ces médicaments de façon concomitante pendant une certaine période, même s'ils se sont avérés inefficaces pour faire disparaître les « bizarreries » reliées au syndrome de l'autisme qui d'ailleurs ne se traitent pas pharmacologiquement, induisant plutôt des symptômes (vomissements, palpitations, difficultés respiratoires, agitation) devant soulever des hypothèses diagnostiques en terme d'effets secondaires possiblement reliés à la médication (soit intoxication médicamenteuse, dystonie respiratoire, troubles du rythme cardiaque, akathysie) qui auraient justifié une baisse ou même un arrêt de la médication et une investigation immédiate, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient, contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 6);

... en concluant en mai 2006 à un diagnostic de « psychose infantile avec troubles moteurs et déficit d'attention » chez cet enfant de 11 ans ¾, alors que les évaluations antérieures orientaient plutôt vers un diagnostic de TDAH mixte et de trouble oppositionnel avec provocation, malgré une histoire de cas ne permettant pas de soutenir la présence d'éléments psychotiques (voir ou entendre des « fantômes » à cet âge apparaît de l'ordre d'un trouble anxieux), sans procéder à une évaluation cognitive malgré les graves difficultés scolaires et, sans avoir vérifié préalablement les antécédents cardiaques personnels et familiaux de l'enfant, en lui prescrivant deux anti-psychotiques atypiques soit Risperdal jusqu'à 3.5 mg/jr puis Séroquel, passant rapidement de 100 mg à 500 mg/jr sur 2 mois, causant l'apparition d'effets secondaires tels de l'akathysie, des troubles moteurs et vocaux et de la dystonie sans améliorer pour autant le TDAH, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient, contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 7);

... une jeune fille de 11 ans qu'il a évaluée à l'Hôpital de Louiseville en octobre 2006, retenant intempestivement un diagnostic de « dysphasie secondaire à un syndrome d'Asperger » à la suite d'une évaluation sommaire, sans évoquer les diagnostics les plus plausibles, soit celui de TDAH mixte, de trouble oppositionnel avec provocation, de trouble d'apprentissage et du langage, d'intelligence frontière, lui prescrivant des doses injustifiées de neuroleptiques, soit Séroquel augmenté rapidement jusqu'à 600 mg par jour, malgré notamment un important gain de poids (plus de 20 lbs en quatre mois) chez une patiente déjà obèse, sans demander préalablement un bilan sanguin et un ECG ni procéder à une évaluation neurologique, sans revoir son hypothèse diagnostique et thérapeutique devant la non (sic) réponse au traitement et sans proposer d'alternatives médicamenteuses plus spécifiques pour le traitement du TDAH ni envisager d'autres approches que pharmacologiques, compromettant ou risquant de compromettre la santé de sa patiente, contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 8);

... un jeune garçon de 11 ans qu'il a évalué en février 2004, concluant intempestivement à un diagnostic de « psychose infantile » alors que les données du dossier médical orientaient vers un TDAH mixte sévère avec trouble des conduites et fonctionnement intellectuel limite, en présence d'une dysfonction familiale avec violence, d'un manque de stimulation paren-

tale, d'une histoire de TDAH chez un frère et de troubles des conduites chez le père, en ne cherchant pas à étayer son dossier, en ne procédant pas à la recherche d'abus sexuels suggérés par la symptomatologie ni à l'évaluation chez cet enfant d'un trouble de l'attachement, et en lui prescrivant intempestivement, sans monitoring étroit des effets secondaires, un neuroleptique à doses élevées, soit Séroquel qu'il a augmenté jusqu'à 1250 mg/jr, causant un gain de poids significatif de 36 lbs en un an et des signes d'intoxication (nausées, vomissements, palpitations et étourdissements), sans envisager un changement de stratégie thérapeutique ni d'alternatives autres que pharmacologiques, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient, contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 9);

... un jeune garçon de 7 ½ ans qui lui était référé en septembre 2002 pour trouble de comportement à l'école avec difficultés scolaires et humeur dysphorique (pleurs, agressivité et propos suicidaires depuis plusieurs mois), concluant intempestivement à une « possibilité de schizophrénie infantile » associée à un « syndrome hyperkinétique » sur la base d'hallucinations vraisemblablement de nature anxieuse, lui prescrivant intempestivement un neuroleptique atypique, soit Séroquel qu'il a augmenté jusqu'à des doses dépassant 600 mg/jr, soumettant ainsi l'enfant à des risques associés à l'usage de hautes doses de neuroleptiques, négligeant la problématique affective et le privant du traitement approprié, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient, contrairement aux articles 6, 46, 47 et 50 du Code de déontologie des médecins (Chef 10);

Le 17 avril 2008, le comité de discipline a imposé au Dr Pierre Mailloux, une limitation provisoire de son droit d'exercer la psychiatrie auprès des enfants et des adolescents jusqu'à la signification à ce dernier de la décision du comité rejetant la plainte ou imposant une sanction.

En outre, en vertu de l'article 158 du Code des professions, la décision du comité à l'effet de limiter provisoirement le droit de pratique de Dr Pierre Mailloux est exécutoire dès sa signification à l'intimé, soit le 18 avril 2008.

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

Montréal, le 18 avril 2008  
M<sup>e</sup> Christian Gauvin, avocat  
Secrétaire du comité de discipline

## AVIS DE RADIATION

AVIS est par les présentes donné qu'à sa séance du 23 avril 2008, le comité administratif du Collège des médecins du Québec a prononcé la radiation du **Dr Louise Rivest** (88513) du tableau de l'ordre en vertu de l'article 51 du *Code des professions*, considérant que d'après le rapport de l'examen médical ordonné en vertu de l'article 48 du *Code des professions*, le Dr Louise Rivest présente un état psychique incompatible avec l'exercice de la profession médicale.

Le Dr Louise Rivest avait fait l'objet d'une décision du comité administratif du Collège des médecins du Québec, le 29 août 2007, à l'effet de se

soumettre à un triple examen médical, en vertu de l'article 48 du *Code des professions*, dans le but de déterminer si son état de santé est compatible avec l'exercice de la profession médicale.

Le 23 janvier 2008, le comité administratif a résolu de radier le Dr Louise Rivest du tableau des membres du Collège des médecins du Québec, en vertu de l'article 52.1. du *Code des professions*, jusqu'à ce que la procédure d'examen médical prévue à l'article 48 du *Code des professions* ait été complétée et que le comité administratif ait pris une décision à la suite de la réception des rapports des trois médecins experts.

La décision du comité administratif étant exécutoire le jour de sa signification au médecin concerné, en vertu de l'article 182.3 du *Code des professions*, le Dr Louise Rivest est donc radiée du tableau de l'ordre depuis le 31 janvier 2008.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 182.9 du *Code des professions*.

Montréal, le 28 avril 2008  
M<sup>e</sup> Christian Gauvin, avocat  
Secrétaire adjoint

## NOUVEAUX MEMBRES |

## PÉRIODE : DU 15 MARS 2008 AU 12 MAI 2008

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

NOM, PRÉNOM	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Apullan, Francisco Javier	Médecin de famille	Saint-Charles-Borromée
Barrier, France	Médecin de famille	Montréal
Beauchemin, Marie-Josée	Médecin spécialiste	Québec
Blanchette, Mélanie	Médecin de famille	Amqui
Bouchard, Philippe	Médecin spécialiste	Saint-Romuald
Charbonneau, Sonia	Médecin spécialiste	Montréal
Cochrane, Isabelle	Médecin de famille	Québec
Cortes Nino, Maria Del Pilar	Médecin de famille	Montréal
Engfield, Marc	Médecin spécialiste	Gatineau
Fellus, Youcef	Médecin de famille	Wakefield
Laliberté, Marie	Médecin de famille	Québec
Manjoo, Priya	Médecin spécialiste	Montréal
Michael, Samer	Médecin de famille	Amos
Milbéo, Yann Gwenn	Médecin de famille	Greenfield Park
Miseri, Frédéric Joseph Sion	Médecin de famille	Wakefield
Patey, Natalie Gabrielle	Médecin de famille	Montréal
Perron, Yves	Médecin de famille	Sherbrooke
Peters, Lynne Susan	Médecin spécialiste	Montréal
Rousseau, Anne-Marie	Médecin spécialiste	Montréal
Roy, Michelle	Médecin de famille	Montréal
Sanchez Baracaldo, Lilia Maria	Médecin de famille	Montréal
Wajszilber, Marcelo Alejandro	Médecin de famille	Côte-Saint-Luc
Whetter, Ian Campbell	Médecin de famille	Kuujuaq

## NOUVEAUX CERTIFICATS

Période : du 15 mars 2008 au 12 mai 2008

SPÉCIALITÉ	LIEU D'EXERCICE	SPÉCIALITÉ	LIEU D'EXERCICE	SPÉCIALITÉ	LIEU D'EXERCICE
<b>ANESTHÉSIOLOGIE</b> Charbonneau, Sonia	Montréal	<b>ENDOCRINOLOGIE</b> Manjoo, Priya	Montréal	<b>PSYCHIATRIE</b> Beauchemin, Marie-Josée	Québec
<b>CHIRURGIE GÉNÉRALE</b> Bouchard, Philippe	Saint-Romuald	<b>MÉDECINE INTERNE</b> Engfield, Marc	Gatineau	Peters, Lynne Susan	Montréal
				Rousseau, Anne-Marie	Montréal

## AVIS DE DÉCÈS

### PÉRIODE : DU 15 MARS 2008 AU 12 MAI 2008

Le Collège des médecins a été informé du décès des médecins suivants.

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Bertrand, Léopold R.	41003	Médecine de famille	L'Île-Bizard
Cahn, C. H. W.	52143	Psychiatrie	Montréal
Carle, Robert	62068	Pédiatrie	Montréal
Cornea, Gavrila	89094	Médecine de famille	Montréal
Croteau, Pierre	71135	Néphrologie	Sherbrooke
Duval, Bernard	72177	Santé communautaire	Québec
Falardeau, Jean-Jacques	53066	Médecine de famille	Massueville
Flint, Clare	43144	Médecine de famille	Saint-Lambert
Gagné, Gilbert	77522	Médecine de famille	Gatineau
Gagnier, Maurice	48064	Obstétrique	Laval
Hanrahan, G. E.	55268	Psychiatrie	Rosemère
Kazdan, Norbert	70378	Médecine de famille	Montréal
Legault, Pierre	51122	Cardiologie	Saint-Lambert
Lescop, Joëlle M. J.	70128	Pédiatrie	Montréal
Raymond, Yvon	67279	Médecine de famille	Saint-Blaise-sur-Richelieu
Rishikof, Jack R.	59255	Médecine interne	Beaconsfield
Tannenbaum, Isaac	47091	Médecine de famille	Westmount
Verna, Joseph-Marie	72537	Radiologie diagnostique	Montréal

# Appel de candidatures

## Tribunal administratif du Québec

– SECTION DES AFFAIRES SOCIALES –

### ***Avis de recrutement de personnes aptes à être nommées membres « médecins »***

Ces candidatures sont recherchées en vue de combler éventuellement des emplois à temps plein pour exercer la fonction principalement à **Montréal** ou à **Québec**, selon le cas :

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif invite les personnes intéressées et possédant les qualités recherchées à soumettre leur candidature à la procédure de sélection aux fins de constituer une liste de personnes déclarées aptes à être nommées membres, conformément au *Règlement sur la procédure de recrutement et de sélection des personnes aptes à être nommées membres du Tribunal administratif du Québec et sur celle de renouvellement du mandat de ces membres* (décret numéro 317-98 du 18 mars 1998, modifié par le décret numéro 1179-2002 du 2 octobre 2002).

#### **ATTRIBUTIONS :**

Dans l'exercice de la compétence du Tribunal, la personne fait partie d'une formation multidisciplinaire de deux ou trois membres qui est appelée à décider de litiges dans diverses matières sociales ou à agir comme Commission d'examen des troubles mentaux selon le *Code criminel*. Les membres de la formation doivent tenir des audiences, délibérer en collégialité et rendre une décision écrite et motivée.

#### **CONDITIONS DE TRAVAIL :**

Les membres du Tribunal administratif du Québec sont nommés durant bonne conduite par le gouvernement. Les conditions de travail sont établies selon les règles prévues au *Règlement sur la rémunération et les autres conditions de travail des membres du Tribunal administratif du Québec* (décret numéro 318-98 du 18 mars 1998 modifié par le décret numéro 1180-2002 du 2 octobre 2002). Le maximum de l'échelle de traitement, qui est applicable, est de 120 151 \$ au 1<sup>er</sup> avril 2008. Les membres sont appelés à voyager au Québec sur une base régulière.

#### **CONDITIONS D'ADMISSION :**

Être membre du Collège des médecins et posséder dix (10) années d'expérience dans la pratique de la médecine, pertinente à l'exercice des fonctions de membre du Tribunal.

#### **CRITÈRES DE SÉLECTION :**

Le comité constitué à cet effet prendra en compte dans son évaluation des candidatures, notamment, les critères suivants : les qualités personnelles et intellectuelles du candidat; son degré de connaissance du domaine d'activités et ses habiletés à exercer des fonctions juridictionnelles; sa capacité de jugement, son ouverture d'esprit, sa perspicacité, sa pondération, son esprit de décision et la qualité de son expression.

#### **MODALITÉS D'INSCRIPTION :**

1. Fournir un curriculum vitae, une copie des documents prouvant que la personne candidate satisfait aux conditions d'admission spécifiques ainsi que les renseignements requis par le *Règlement sur la procédure de recrutement* mentionné précédemment, et préciser la localité où la personne candidate est intéressée à travailler. Un formulaire d'inscription est disponible sur le site Internet du Tribunal administratif du Québec ([www.taq.gouv.qc.ca](http://www.taq.gouv.qc.ca)). Sur ce site, vous pouvez aussi consulter le *Règlement sur la procédure de recrutement et de sélection des personnes aptes à être nommées membres du Tribunal administratif du Québec et sur celle de renouvellement du mandat de ces membres*, la *Loi sur la Justice administrative* et le *Règlement sur la rémunération et les autres conditions de travail des membres du Tribunal administratif du Québec*.

2. Accepter par écrit que des vérifications soient faites à son sujet notamment auprès d'un organisme disciplinaire ou d'un ordre professionnel dont la personne candidate est ou a été membre, de ses employeurs des dix dernières années et des autorités policières.

Faire parvenir votre candidature, avant le **21 juillet 2008 à 16 h 30**, à l'adresse ou au numéro de télécopieur suivant en indiquant le numéro de concours **médecin TAQ 2008-01**:

Secrétariat du comité de sélection (TAQ)  
Service des ressources humaines et matérielles  
575, rue Saint-Amable  
Québec (Québec) G1R 5R4  
Télécopieur : (418) 643-6989  
Pour information : (418) 643-0355 poste 3022 ou 3038

Veuillez noter que seules les candidatures reçues avant cette date seront considérées.

**Avis aux personnes candidates :** la candidature, les documents et renseignements afférents sont considérés confidentiels.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE PEUT TRANSFORMER VOTRE RÊVE EN RÉALITÉ !

Vous rêvez de vous évader?  
**Naviguez avec nous!**



**ALLEZ SUR [WWW.MDPASSPORT.COM/CONCOURS](http://WWW.MDPASSPORT.COM/CONCOURS)**

Donnez-nous votre opinion sur la présentation et le contenu du site Web de *L'actualité médicale* en répondant à un court questionnaire en ligne et **courez la chance de gagner une croisière** d'une semaine pour deux personnes dans les Îles Vierges Britanniques à bord du *Bleu Turquoise*. **Une valeur totale de 3 700 \$**

---

Ce voyage comprend le séjour pour deux personnes dans une cabine en occupation double et inclut les services du capitaine, d'une hôtesse, de même que tous les repas et consommations à l'exception de deux soupers au restaurant. Ce prix ne comprend pas les billets d'avion. Les dates de séjour disponibles sont à confirmer.

---