

Le College

Frais facturés aux patients

**COMMENT
Y VOIR CLAIR?**



➤ Découvrez bientôt le nouveau
bottin des médecins sécurisé

<https://www1.cmq.org/connexion>

Tous les détails
à la page 9



Annuaire médical

- À qui appartient le dossier médical?
- Ordonnances collectives : le médecin n'est pas responsable de tout!
- Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin : les principales modifications
- Valoriser le généralisme



REEE

REER

FERR

REEI

CELI

VOUS**êtes important****pour****NOUS****Nous nous déplaçons pour VOUS**

Nos conseillers se déplacent pour **VOUS** rencontrer à l'endroit de votre choix et répondre à **toutes vos questions** en vue de vous assurer **une santé financière** à la hauteur de vos attentes.

C'est gratuit et sans engagement.

Fixez un rendez-vous dès aujourd'hui.

Montréal **514 868-2081** ou, sans frais, **1 888 542-8597**

Québec **418 657-5777** ou, sans frais, **1 877 323-5777**

Service-conseil

Incorporation

Planification financière

Gestion privée

www.fondsfmoq.com



F O N D S
FMOQ

ACTIFS EN SANTÉ

Médecine et qualité : indissociables

Après bientôt deux ans à la direction du Collège des médecins du Québec, je constate que ma décision de briguer la présidence de l'ordre a été la bonne. Je demeure heureux de ce choix et fier de représenter la plus belle profession du monde. Plus que jamais, mon mandat m'apparaît motivant.

Premièrement, pour l'équipe que je côtoie quotidiennement et qui m'accorde un soutien indéfectible.

Deuxièmement, pour l'ensemble des médecins du Québec qui assurent des services compétents, empathiques et qui travaillent sans relâche pour les patients.

Troisièmement et surtout, pour les patients qui, je crois, saisissent la vision et la mission du Collège des médecins du Québec, qui est de s'assurer de la qualité des services offerts par nos membres. Les patients sont au cœur de nos préoccupations, et chaque action posée a pour objectif d'améliorer leur satisfaction à l'égard des médecins du Québec.

Malgré des dossiers difficiles et délicats, cet objectif m'apparaît plus que jamais nécessaire et essentiel. Il est évident que tous les problèmes ne sont pas résolus, ni aplanis, mais le chemin parcouru me rassure et m'incite à poursuivre.

Nous avons traversé quelques tempêtes sans perdre le cap. Souvenons-nous de l'enquête de relecture des mammographies, de l'enquête conjointe de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins du Québec concernant le département de psychiatrie du CSSS de Saint-Jérôme, des recommandations du comité sur les ruptures d'approvisionnement en médicaments, du projet de loi n° 41 (*Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*), et de bien d'autres dossiers qui nous ont permis d'apprendre et d'avancer.

Pour réaliser pleinement la deuxième moitié de ce mandat, il nous faut regarder vers l'avant et conserver notre optimisme.

La profession médicale demeure et demeurera respectée du public tant que nous l'exercerons avec un professionnalisme affirmé et rigoureux. Il est de notre intérêt, mais surtout de celui des patients, d'être compétents, à l'écoute, bienveillants, généreux et ouverts. Les mots médecine et qualité seront toujours ainsi indissociables.

Charles Bernard, M.D.
Président-directeur général



Medicine and quality: inseparable

After nearly two years as President and Chief Executive Officer of the Collège des médecins du Québec, I find that my decision to seek the presidency of the order was the right one. I am still delighted with this decision and proud to represent the finest profession in the world. I believe my mandate is more rewarding than ever.

Firstly, because of the team that I see daily and that gives me unfailing support.

Secondly, because of all the physicians in Québec who provide competent, empathetic services and who work tirelessly for patients.

Thirdly and above all, because of the patients who, I believe, understand the vision and mission of the Collège des médecins du Québec, namely, to ensure the quality of the services provided by our members. Patients are the focus of our concerns, and every action taken is intended to improve their satisfaction with Québec's physicians.

Despite difficult and sensitive issues, I believe this goal is more necessary and vital than ever. Clearly all the problems have not been resolved or smoothed out, but the progress made is reassuring and encourages me to continue my efforts.

We have weathered a number of storms without losing our bearings. Let us remember the investigation and review of mammograms, the joint investigation of the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec and the Collège des médecins du Québec into the CSSS de Saint-Jérôme's psychiatry department, the committee's recommendations on drug shortages, Bill 41 (*Act to amend the Pharmacy Act*) and many other issues that allowed us to learn and move forward.

To fully achieve the second half of this mandate, we must look ahead and remain optimistic.

The medical profession is and will be respected by the public as long as we practice with exemplary, disciplined professionalism. It is in our interest, but especially in that of our patients, to be competent, attentive, caring, generous and open. The words medicine and quality will always be inseparable.

Charles Bernard, M.D.
President and Chief Executive Officer

COMITÉ EXÉCUTIF

Dr Charles Bernard, Dr Marie-Hélène LeBlanc, Dr Markus C. Martin,
M. Pierre Parent, Dr André Rioux.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Louise Authier Médecine de famille Montréal, 2010-2014	Dr Mauril Gaudreault Médecine de famille Saguenay, Lac-St-Jean, Côte-Nord, Nord-du-Québec, 2008-2012
Dr Charles Bernard Médecine de famille Québec, 2008-2012	Dr Jean-Yves Hamel Chirurgie générale Estrie, 2008-2012
Dr Aurore Côté Pneumologie Montréal, 2010-2014	Dr Julie Lajeunesse Médecine de famille Montréal, 2010-2014
Dr Josée Courchesne Médecine de famille Montréal, 2010-2014	Dr Julie Lalancette Médecine de famille Lanaudière, Laurentides, 2008-2012
Dr Luc Dallaire Médecine de famille Chaudière-Appalaches, 2008-2012	Dr Marie-Hélène LeBlanc Cardiologie Québec, 2008-2012
Dr Guy Dumas Médecine de famille Mauricie, Centre-du-Québec, 2008-2012	Dr Jean-Marc Lepage Médecine de famille Montréal, 2008-2012
Dr Pierre Fiset Anesthésiologie Montréal, 2010-2014	Dr Bernard Lepage Oncologie Montréal, 2010-2014
Dr France Laurent Forest Médecine de famille Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, 2008-2012	Dr Markus C. Martin Obstétrique-gynécologie Montréal, 2010-2014
Dr Carolyn R. Freeman Radio-oncologie Montréal, 2010-2014	Dr Marcel Reny Médecine de famille Outaouais, Abitibi- Témiscamingue, 2011-2012
Dr Michel Garner Médecine d'urgence Montréal, 2010-2014	Dr André Rioux Médecine de famille Laval, 2010-2014

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

Dr Josée Dubois
Vice-doyenne aux études médicales postdoctorales
Université de Montréal

Dr Serge Langevin
Vice-doyen aux études médicales postdoctorales
Université de Sherbrooke

Dr Sarkis Hratch Meterissian
Vice-doyen à la formation postdoctorale
Université McGill

Dr Julien Poitras
Vice-doyen aux études médicales postdoctorales
Université Laval

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Mme Sophie Ducharme, 2010-2014
Mme Nathalie Eboether, 2008-2012
Mme Marjolaine Lafortune, 2008-2012
M. Pierre Parent, 2010-2014

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.

Dépôt légal
3^e trimestre 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel : collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 Médecine et qualité : indissociables

MISE AU POINT

5 Cession de dossiers : y avez-vous pensé ?

À L'AGENDA

7 Survol de l'actualité médicale

7 Publication

NOUVEAUTÉ SITE WEB

9 Découvrez le nouveau bottin des médecins sécurisé

À LA UNE

10 Frais facturés aux patients : comment y voir clair ?

LES MANCHETTES

13 À qui appartient le dossier médical ?

14 Ordonnances collectives. Le médecin n'est pas responsable de tout !

18 Obligations de suivi des patients lorsque le médecin
change de lieu d'exercice ou de statut

19 Nouveau Règlement sur les stages et les cours
de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins

20 Rappel concernant la décision d'utiliser des mesures
de contention ou d'isolement en établissement

21 Projet de loi n° 59 : *Loi concernant le partage de certains
renseignements de santé*. Recommandations du Collège

23 Bilan de l'Entente Québec-France (ARM) et précisions pertinentes

23 Dossier électronique et publicité

24 Le mot des vice-doyens aux études médicales de premier cycle
Valoriser le généralisme

INFO JURIDIQUE

16 Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation
d'exercice d'un médecin : les principales modifications

MÉDICAMENTS

25 Avis, mises en garde et retraits

25 Des combinaisons dangereuses

26 COIN DES LECTEURS

27 ATELIERS ET FORMATION

28 AVIS DE RADIATION

29 AVIS DE DÉCÈS

29 NOUVEAUX MEMBRES

Cession de dossiers: y avez-vous pensé ?

Vous prévoyez cesser l'exercice de la médecine parce que vous changez de région, vous êtes en congé de maladie prolongé ou vous prenez votre retraite ? Avez-vous pensé à trouver une personne qui prendra la charge de vos dossiers pour que vos patients puissent avoir accès aux informations qui y sont contenues? Le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* (Section III) prévoit que vous êtes le premier responsable d'assurer la gestion de vos dossiers pour la période de conservation prévue au règlement. Mais si vous êtes incapable d'assumer cette responsabilité, il faut alors nommer un cessionnaire ou un gardien provisoire de dossiers. Celui-ci doit obligatoirement être un médecin, apte non seulement à donner accès au dossier du patient, mais éventuellement, à fournir des informations ou des explications au patient sur son contenu.

Le Collège des médecins du Québec peut soutenir le médecin en lui fournissant une liste de médecins exerçant dans sa région ou en lui permettant, sous certaines conditions, de nommer un gardien provisoire, notamment en identifiant une personne qui n'est pas médecin et qui peut assister un médecin nommé gardien provisoire et responsable de la gestion de dossiers médicaux d'un collègue.

Exceptionnellement, le Collège peut agir comme gardien provisoire dans certains cas précis liés au décès, à la radiation, à la limitation ou à la démission d'un médecin, lorsqu'il n'y a pas de solution de rechange envisageable, l'objectif ultime étant toujours la protection du public. Cependant, des frais sont exigibles auprès de la succession du médecin lorsque le Collège devient gardien provisoire. Sur ce dernier point, la conjointe ou le conjoint du médecin décédé, tout comme son ex-secrétaire, ne peut agir comme gardien provisoire. Il en va de même pour tout professionnel de la santé non médecin qui aurait exercé avec le médecin décédé.

Si un médecin peut avoir un contrat d'entreposage avec une entreprise d'archivage, il ne peut céder sa responsabilité de gardien provisoire ou de cessionnaire à cette dernière, compte tenu des responsabilités professionnelles qui incombent à ce gardien provisoire ou cessionnaire. Toute demande d'accès au dossier médical doit être adressée au gardien provisoire ou au cessionnaire, lequel détermine les modalités d'accès au dossier, notamment en se faisant assister par la compagnie d'archivage où sont déposés les dossiers.

Avec l'augmentation anticipée du nombre de médecins arrivant à l'âge de la retraite, il est judicieux de penser dès maintenant à la cession de vos dossiers médicaux. La tâche de votre succession en sera d'autant allégée.

Pour en savoir plus : www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/DossierMembreFormulaires/CessionDossiers.aspx

Pour toutes questions : info@cmq.org

Yves Robert, M.D.
Secrétaire
yrobert@cmq.org



Transfer of records: have you given it some thought?

Are you planning to stop practicing medicine because you are moving to another region, are you on extended sick leave or are you retiring? Have you thought about finding someone you can entrust your records to so that your patients will have access to the information they contain? The *Regulation respecting records, places of practice and the cessation of practice by a physician* (Division III) stipulates that you bear the primary responsibility for ensuring the management of your records for the period of preservation prescribed in the Regulation. If you are unable to assume this responsibility, a transferee or provisional custodian of your records must be appointed. The latter must be a physician, capable not only of providing

access to the patient's record, but also information or explanations to the patient about its content if necessary.

The Collège des médecins du Québec can support the physician by providing a list of physicians practicing in his region or by allowing him, under certain conditions, to appoint a provisional custodian, namely, by identifying someone who is not a physician and who can assist a physician appointed provisional custodian and responsible for managing a colleague's medical records.

As an exception, the Collège may act as provisional custodian in some specific cases, such as the death, striking off the roll, restriction or resignation of a physician, when there is no viable alternative, with the ultimate objective always being the protection of the public. However, the physician's successors must reimburse the expenses assumed by the Collège when it acts as provisional custodian. Neither the deceased physician's spouse or ex-secretary may act as provisional custodian, nor may any non-physician health professional who practiced with the deceased physician.

If a physician has a storage contract with an archiving company, he may not transfer his responsibility of provisional custodian or transferee to the latter, given the provisional custodian or transferee's professional responsibilities. Any request for access to the medical record must be addressed to the provisional custodian or the transferee, who determines the terms and conditions of access to the record, namely, by obtaining assistance from the archiving company where the records are kept.

With the anticipated increase in the number of physicians reaching retirement age, it makes sense to start thinking about the transfer of your medical records now. Your succession will only go more smoothly.

To find out more: www.cmq.org/en/MedecinsMembres/DossierMembreFormulaires/CessionDossiers.aspx

If you have any questions: info@cmq.org

Yves Robert, M.D.
Secretary
yrobert@cmq.org



Desjardins



L'EXPERTISE DES FIRMES SPÉCIALISÉES,
LA PUISSANCE D'UNE GRANDE INSTITUTION.



MICHEL RUBINO, Pl. Fin.,
GPC, FCSI
Conseiller en placement
514 876-1204



TOMI HOULE
Conseiller en placement
514 876-7338



PASCAL LAVIGUEUR, Pl. Fin.
Conseiller en placement
514 876-7826

NOTRE OFFRE INCLUT LES SERVICES SPÉCIALISÉS* SUIVANTS :

- Planification financière
- Analyse d'incorporation
- Déclaration de revenu personnelle
- Révision testamentaire aux cinq ans

L'ÉQUIPE POUR LES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ DE VMD

Une équipe disponible et adaptée à votre réalité.

Une des offres les plus complètes
pour les médecins du Québec.

vmdconseil.ca

* Ces services sont offerts par l'entremise de nos partenaires externes qui ne sont pas des filiales de Valeurs mobilières Desjardins inc ou du Mouvement des caisses Desjardins. Leurs conseils ou leurs recommandations ne doivent en aucun cas être interprétés comme des conseils ou des recommandations de la part de Valeurs mobilières Desjardins inc ou de la part du Mouvement des caisses Desjardins. Certaines conditions s'appliquent.

Valeurs mobilières Desjardins est membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et membre du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE).



Desjardins
Valeurs mobilières

Coopérer pour créer l'avenir

SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

747 : NOMBRE RECORD DE PERMIS D'EXERCICE DÉLIVRÉS EN 2012

Au total, 747 permis d'exercice auront été délivrés par le Collège au 1^{er} juillet 2012. Au cours du mois de juin dernier, 227 finissants ont transmis leur demande de permis d'exercice au Collège. Parmi ceux-ci, on comptait 163 femmes et 64 hommes, 121 médecins de famille et 106 médecins spécialistes. Ces 227 nouveaux permis se

sont ajoutés aux 520 permis délivrés, toutes catégories confondues, depuis le 2 juillet 2011. Il s'agit d'un nombre record de permis d'exercice délivrés au cours d'une année. À titre de comparaison, le Collège des médecins avait délivré 674 permis d'exercice l'année dernière.

LE MÉDECIN ET LES MÉDIAS SOCIAUX : LA SUITE

Le 11 mai dernier, lors du colloque annuel du Collège des médecins intitulé *Médecins et médias sociaux : qui parle à qui?*, le Dr Yves Robert a livré une partie de la réflexion du groupe de travail en éthique clinique mandaté pour réfléchir aux questions auxquelles les médecins font face, étant donné l'utilisation croissante des médias sociaux. Dans le rapport final qui vient d'être publié dans le site Web du Collège, le groupe de travail propose un cadre général de réflexion et émet une série de constats et de recommandations à l'intention des médecins.

Ces recommandations ont trait, entre autres, à l'utilisation des médias sociaux dans le cadre de la vie privée du médecin ou dans sa vie professionnelle. Ainsi, le Collège recommande notamment au médecin d'aviser l'internaute qu'un échange sur les réseaux sociaux ne signifie aucunement qu'une relation thérapeutique est installée et le suivi assuré. Le médecin devrait refuser, avec tact, toute invitation à devenir « ami » avec un patient. Enfin, il doit bien



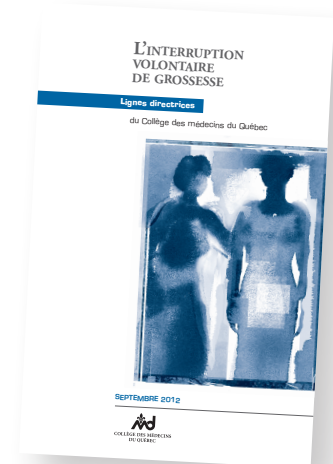
s'identifier et redoubler d'attention quant à la confidentialité lorsqu'il partage de l'information avec des confrères, notamment des histoires de cas.

Des recommandations sont également formulées pour le médecin membre d'une organisation ou employé d'une entreprise, ou lorsque celui-ci est en position d'employeur ou de dirigeant dans une équipe, ainsi que pour le médecin enseignant ou étudiant.

Pour mener sa réflexion, le groupe de travail s'est notamment inspiré des directives déjà produites par certains organismes médicaux; des experts non médecins ont également été invités à prendre part à cette démarche.

PUBLICATION

NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE



Ces lignes directrices remplacent celles de 2004. Elles tiennent compte des développements ayant eu cours ainsi que du guide d'exercice intitulé *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier* publié en 2011. Un nombre grandissant d'interventions diagnostiques et thérapeutiques étant effectuées hors établissement, les règles ont été revues pour l'ensemble des interventions.

S'adressant particulièrement aux médecins de famille et aux obstétriciens-gynécologues qui pratiquent des IVG, ces lignes directrices présentent les diverses interventions cliniques possibles en cas d'interruption de grossesse, de même que les dimensions psychosociales devant être considérées lorsque des femmes entreprennent des démarches pour ce type d'intervention.

Avec ces nouvelles lignes directrices, le Collège propose à tous les médecins appelés à intervenir dans les cas de grossesses non désirées des éléments pouvant guider le choix de leurs interventions et leur permettant d'assurer des soins d'une qualité optimale et sécuritaire.

SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

LES MÉDECINS ET LES FRAIS FACTURÉS AUX PATIENTS

Préoccupé par la multiplication des frais médicaux facturés aux patients, le Collège des médecins invitait en mars 2011 les principaux acteurs du réseau de la santé à clarifier les règles quant aux services médicaux couverts par le régime public. De son côté, le Collège entreprenait une réflexion sur les obligations déontologiques des médecins afin de prévenir les abus possibles.

De cette démarche est issu un document de réflexion, accessible en ligne, qui

propose aux médecins et aux patients une série de questions à se poser dans une situation où des frais donnent accès à un soin. Le Collège s'engage également à faire tout ce qui est en son pouvoir pour que la logique professionnelle et les obligations déontologiques des médecins concernant les honoraires et les conflits d'intérêts soient respectées.

L'article du Dr Yves Robert, secrétaire de l'ordre, en page 10, est consacré à ce sujet et résume les grandes lignes du

document préparé par le groupe de travail en éthique clinique. Les médecins sont également invités à transmettre leurs commentaires sur ce sujet par l'entremise du blogue du Collège des médecins (blog.cmq.org).



www.cmq.org

(section Membres, Publications)

PUBLICATION CONJOINTE D'UN GUIDE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE

Le Collège des médecins du Québec et Éduc'alcool ont convenu de publier un guide sur les niveaux de consommation d'alcool à faible risque spécialement destiné aux médecins et aux professionnels de la santé. Cette coédition verra le jour en décembre 2012 et sera expédiée à tous les médecins en janvier prochain.

Le guide, qui ira bien plus loin que la publication d'Éduc'alcool accessible au

grand public, fait état des recherches scientifiques les plus récentes sur lesquelles sont fondées les directives élaborées par un groupe d'experts indépendants provenant de nombreux organismes de recherche en toxicomanie, dont la chercheuse principale d'Éduc'alcool. Ce document vise à aider les médecins à promouvoir la modération dans la consommation d'alcool chez leurs patients qui choisissent de boire, de même

qu'à réduire les méfaits de l'alcool grâce au dépistage, à l'intervention brève et à l'aiguillage vers des services spécialisés pour ceux qui en auraient besoin. Il leur permettra aussi d'aborder avec les patients concernés le risque de plusieurs maladies associées à divers niveaux de consommation d'alcool.

Le blogue du Collège des médecins du Québec Un lieu d'échange avec vous

Quelques sujets récents :

- « Discipliner les conseils de discipline »
- Dossier santé Québec : un partage d'information essentiel
- « Seul, un vendredi soir à la pharmacie »

Pour lire la suite des billets, rendez-vous à l'adresse blog.cmq.org

www.cmq.org suivez-nous aussi sur



PAR CAROLINE THÉBERGE, SERVICE DES COMMUNICATIONS

DÉCOUVREZ BIENTÔT LE NOUVEAU BOTTIN DES MÉDECINS SÉCURISÉ

[HTTPS://WWW1.CMQ.ORG/CONNEXION](https://www1.cmq.org/connexion)

ACCÉDEZ AUX COORDONNÉES DES MÉDECINS, PAR RÉGION ET PAR SPÉCIALITÉ

D'ici quelques semaines, le nouveau bottin des médecins sécurisé sera lancé dans le site Web du Collège. Semblable au bottin actuel, ce nouveau répertoire vous offre toutefois des fonctions de recherche avancées et des renseignements détaillés. Accessible au moyen d'un code d'accès, il vous permet notamment d'effectuer une requête par région et par spécialité et d'obtenir ainsi des listes de médecins ciblés.

L'automne dernier, nous vous informions que l'annuaire médical ne serait plus imprimé. En

effet, nous privilégions désormais ce bottin sécurisé qui vous fournit une information complète, à jour et en tout temps¹. Un souci d'efficacité et des considérations environnementales nous incitent également à favoriser la voie électronique, comme la majorité des ordres professionnels.

ENVOYEZ UN COURRIEL À UN MÉDECIN

Le bottin vous offre également la possibilité d'envoyer un courriel à un médecin. À l'ère des échanges virtuels, des appareils mobiles et des médias sociaux, le Collège est conscient de la nécessité pour les médecins de pouvoir

communiquer entre eux rapidement. Le nouveau bottin facilite désormais l'envoi d'un courriel à un collègue, à un camarade d'université ou encore à un spécialiste d'une région éloignée. Les conditions d'utilisation du service ainsi que ses restrictions sont détaillées en ligne.

Soyez les premiers à l'utiliser ! Le bottin des médecins sécurisé, accessible prochainement dans l'espace réservé aux membres : <https://www1.cmq.org/connexion>

1. Bien entendu, vous pouvez aussi téléphoner au Collège durant les heures d'ouverture pour obtenir les coordonnées d'un médecin.



Fonctionnalités multi-sites exceptionnelles!



Ofys est un dossier médical électronique parfaitement adapté à la pratique des médecins de famille oeuvrant dans un groupe de médecine familiale multi-sites.

1.866.831.9077 | www.ofys.net | www.infodata.ca

FRAIS FACTURÉS AUX PATIENTS : COMMENT Y VOIR CLAIR ?

EN MARS 2011, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) DÉNONÇAIT LE FLOU ENTOURANT LES FRAIS DE PLUS EN PLUS NOMBREUX EXIGÉS AUX PATIENTS POUR AVOIR ACCÈS À DES SERVICES MÉDICAUX, ET APPELAIT TOUS LES ACTEURS CONCERNÉS À CLARIFIER LES RÈGLES DU JEU.

Depuis, le CMQ a non seulement donné suite aux signalements liés de près ou de loin à ces frais, mais il a mandaté son groupe de travail en éthique clinique pour qu'il tente de mieux circonscrire le problème et les solutions envisageables, sur le plan de la déontologie médicale en particulier.

L'analyse du groupe de travail faisant l'objet d'un assez large consensus, il a été convenu de partager, avec les membres d'abord, l'essentiel de cette réflexion.

LA SITUATION

Au moment de la mise en place du régime de l'assurance maladie, au début des années 1970, tous les services médicalement requis devaient être accessibles sans frais pour les usagers. Quarante ans plus tard, la situation s'est considérablement modifiée. Les traitements ont évolué et leurs coûts ont augmenté. Plusieurs services dispensés en établissement peuvent maintenant l'être dans les cabinets. Les ententes entre les médecins et l'État se sont complexifiées. Le temps d'attente s'allongeant pour obtenir certains soins, il s'est créé un espace propice à de nouvelles offres de services en cabinet et l'on a vu émerger de plus en plus de situations où des frais sont exigés aux patients pour avoir accès à des services médicaux.

Comme les raisons invoquées varient, il devient difficile de s'y retrouver. Des frais sont exigés parce que :

- la personne n'est pas couverte par le régime, comme c'est le cas par exemple pour la majorité des nouveaux arrivants;
- le médecin est « non participant » au régime;
- le service, jugé non médicalement requis, n'a jamais été couvert par le

régime, le meilleur exemple étant ici les soins esthétiques;

- le service est considéré médicalement requis mais sa couverture est variable selon le lieu où il est dispensé. C'est ainsi que certains services d'imagerie médicale, comme l'échographie, demeurent couverts lorsqu'ils sont dispensés en établissement, mais ne le sont pas lorsqu'ils sont dispensés en cabinet;

- à cela s'ajoutent toutes sortes de frais facturés par des tiers et donnant accès à des soins médicaux, comme les frais d'adhésion aux coopératives, ou les forfaits de toute nature maintenant offerts par certains promoteurs.

Toutes ces situations sont évidemment différentes les unes des autres mais elles aboutissent à un même résultat : les patients doivent déboursier des frais pour

« Dans cette perspective, les frais exigés aux patients ne devraient pas donner un accès prioritaire aux services d'un médecin. Les seuls critères valides pour qu'un médecin donne priorité à un patient devraient être de nature médicale. »

- en sus des honoraires du médecin, couverts par le régime, le service médicalement requis implique des frais afférents qui eux ne sont pas couverts. Pour le moment, les seuls « frais accessoires » pouvant être exigés sont ceux prévus dans les ententes entre les fédérations médicales et le gouvernement, soit le remplissage de formulaires et le coût des médicaments utilisés par le médecin. Rien n'a été prévu pour des frais reliés par exemple à l'achat et à l'amortissement des appareils nécessaires pour pouvoir dispenser certains services en cabinet;
- le service est médicalement requis mais la situation n'est pas encore claire quant à sa couverture par le régime public, ce qui est souvent le cas pour les nouveaux traitements;

obtenir certains services médicaux, et ce, indépendamment du fait qu'ils soient médicalement requis ou non. La logique du besoin sur laquelle reposait le système de soins tient de moins en moins.

LE PROBLÈME

Au Canada et au Québec, nous avons mis la barre très haut en voulant que tous les services médicalement requis soient assurés et que la moindre contribution des usagers soit exclue. Les capacités du système étant nécessairement limitées, un certain rationnement s'est quand même installé mais de façon tacite : des listes d'attente ne cessent de s'allonger. Pour nous comme pour plusieurs commentateurs, la multiplication des frais exigés aux patients est un symptôme, trahissant des difficultés d'accès bien réelles.



Il faut bien admettre que pour un patient et son médecin, la présence de certains frais peut représenter un moindre mal comparé à la possibilité d'être privé d'un soin jugé nécessaire. Le problème, c'est que les cas se multiplient au point où, plus globalement, il faut craindre un retour aux situations que l'on voulait précisément éviter en se dotant d'un régime universel d'assurance maladie : que des patients qui n'en ont pas les moyens doivent payer pour avoir accès à des services médicaux dont ils ont absolument besoin.

LES SOLUTIONS

À notre avis, il faut réagir. Mais plutôt que de vouloir interdire tous ces frais ou presque, il vaudrait mieux reconnaître qu'il y a des problèmes d'accessibilité et travailler en amont. Il faudrait avoir le courage de se poser collectivement la question : jusqu'où sommes-nous prêts à aller pour que tous aient accès aux soins requis par leur état et qui sont reconnus comme essentiels?

Certains services médicalement requis doivent demeurer facilement accessibles. Toutefois, cela implique de faire des choix, de mettre des priorités et de statuer clairement sur les services qui, financés adéquatement par le régime public, ne devraient faire l'objet d'aucun autre frais pour les usagers.

Une fois ces règles clarifiées, il devient plus évident qu'il faut également se préoccuper du reste : des services non couverts ou partiellement couverts et des médecins non participants, de plus en plus nombreux, ainsi que des rares patients non couverts. Pour nous, il vaudrait mieux reconnaître l'existence d'une telle offre de services pour pouvoir lui imposer

un encadrement qui prévienne les dérives et à cet égard, nous sommes convaincus que la déontologie médicale peut être d'un grand secours.

LES OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES DES MÉDECINS

Avant même que des systèmes publics de soins n'existent, les médecins avaient une logique et des balises déontologiques à respecter. Or, ces balises valent toujours, quels que soient les choix politiques et sociaux concernant les systèmes de soins. Les médecins sont d'abord et avant tout des professionnels, ce qui a certaines conséquences sur le plan de la rémunération. Ils ne sont ni des commerçants qui vendent leurs services au plus offrant, ni des fonctionnaires entièrement soumis à leur employeur.

Rien dans le *Code de déontologie des médecins* n'interdit aux médecins exerçant au Québec d'exiger certains frais à leurs patients. Toutefois, les articles 104 et 105 sont extrêmement clairs quant aux honoraires. Ces règles s'appliquent à tout médecin, qu'il soit participant ou non au régime public d'assurance maladie, et à tous les services professionnels qu'il rend :

104. *Le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus. Si le coût prévu des services doit être modifié, le médecin doit en informer sans délai le patient.*

105. *Le médecin désengagé ou non participant au régime d'assurance maladie du Québec ou qui réclame des honoraires pour des services non couverts par ce régime doit préalablement donner au patient des informations suffisantes sur la nature et l'étendue des services inclus dans le prix réclamé et préciser la période de validité du prix, le cas échéant. Le médecin doit donner toutes les explications nécessaires à la compréhension de son compte d'honoraires et des modalités de paiement. Il doit afficher à la vue du public, dans l'aire d'attente du lieu où il exerce, le prix des services, fournitures et frais accessoires, et des soins médicaux qu'il facture.*

En clair, cela signifie que tous les médecins doivent respecter certaines limites quant aux frais exigés à titre d'honoraires, et qu'ils doivent constamment être en mesure de les justifier. La grille tarifaire doit être accessible au public, tant pour les services non assurés que pour les services assurés fournis hors régime.

En outre, le médecin doit éviter les situations à risque de conflits d'intérêts et

préserver en tout temps son indépendance professionnelle. Le *Code de déontologie des médecins* compte toute une section consacrée à ce sujet. Dans cette perspective, les frais exigés aux patients ne devraient pas donner un accès prioritaire aux services d'un médecin. Les seuls critères valides pour qu'un médecin donne priorité à un patient devraient être de nature médicale.

Rappelons finalement l'article 41 du Code portant sur les responsabilités collectives des médecins et précisant que tous les médecins doivent collaborer pour assurer à la population les services médicaux requis.

LE RÔLE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Soyons clairs. Le Collège n'a aucune juridiction pour déterminer la nature des services devant être couverts ou non par le régime public d'assurance maladie et pour intervenir dans les ententes établies entre le gouvernement et les fédérations médicales. Il ne peut qu'interpeller les autorités concernées lorsque des problèmes d'accessibilité aux soins médicalement requis risquent de compromettre la santé et la sécurité des patients.

Le CMQ a cependant toute la

juridiction nécessaire pour s'assurer que ses membres exercent une médecine de qualité et respectent leurs obligations déontologiques, notamment quant à leurs honoraires, aux frais exigés aux patients pour avoir accès à leurs services et à leur collaboration afin que les services requis soient effectivement accessibles. Sur ces points, le Collège est de plus en plus appelé à intervenir et il entend assumer pleinement ses responsabilités.

41. Le médecin doit collaborer avec ses confrères au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès.

Quels sont vos commentaires ?

Nous demeurons parfaitement conscients de la complexité du problème et de la nécessité de poursuivre la réflexion. C'est pourquoi nous vous invitons à nous transmettre vos commentaires sur ce sujet par l'entremise du blogue du Collège, à l'adresse blog.cmq.org

Médicaments d'exception non codifiés

DEMANDER UNE AUTORISATION : UNE OPÉRATION **FACILE** !

Connaissez-vous les formulaires spécifiques ?

Plus de 90 médicaments ont leur propre formulaire, ce qui :

- simplifie le remplissage;
- permet d'avoir une demande complète en quelques minutes;
- fait gagner du temps au médecin, au patient et à la Régie.

AUTRES AVANTAGES

- ▶ Ils se remplissent à l'écran.
- ▶ Ils sont toujours à jour dans le site Internet.

Vous trouverez ces formulaires à la rubrique
« **Médicaments d'exception et Patient d'exception** »
dans la section « **Professionnels** » au

www.ramq.gouv.qc.ca



Régie de
l'assurance maladie
Québec

À QUI APPARTIENT LE DOSSIER MÉDICAL ?

CETTE QUESTION EST RÉGULIÈREMENT ADRESSÉE AU COLLÈGE DES MÉDECINS TANT PAR SES MEMBRES QUE PAR LE PUBLIC.

Quand on se penche sur la raison d'être du dossier médical, on identifie plusieurs attributs. C'est d'abord un complément indissociable de l'acte médical en ce qu'il contient tous les éléments factuels propres à celui-ci. C'est aussi le témoin de la démarche intellectuelle du médecin par l'inscription des indices tant négatifs que positifs qui le guident vers l'élaboration du diagnostic différentiel et vers le choix de l'investigation ou du traitement proposé. Dans le cas d'une prise en charge et d'un suivi, il s'agit du reflet fidèle de l'évolution de l'état de santé du patient et des interventions médicales et autres initiées par le médecin. En outre, on y conserve tous les formulaires et les documents médico-administratifs pertinents.

POINT DE VUE DU PATIENT

Un patient peut croire légitimement, quoique erronément, que son dossier médical lui appartient puisque c'est de sa personne et de sa santé dont il est question dans celui-ci.

POINT DE VUE DU MÉDECIN

Pour le médecin, il est clair en général que les dossiers médicaux lui appartiennent puisqu'ils représentent le fruit de sa démarche clinique, qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique.

QUE DIT LA LOI?

Au Canada, même si les lois provinciales n'établissent pas toujours expressément à qui appartient le dossier médical, la Cour suprême a statué en 1992¹ dans une décision portant principalement sur le droit d'accès du patient, que les dossiers médicaux physiques sont la propriété des médecins et des établissements de santé qui les ont constitués.

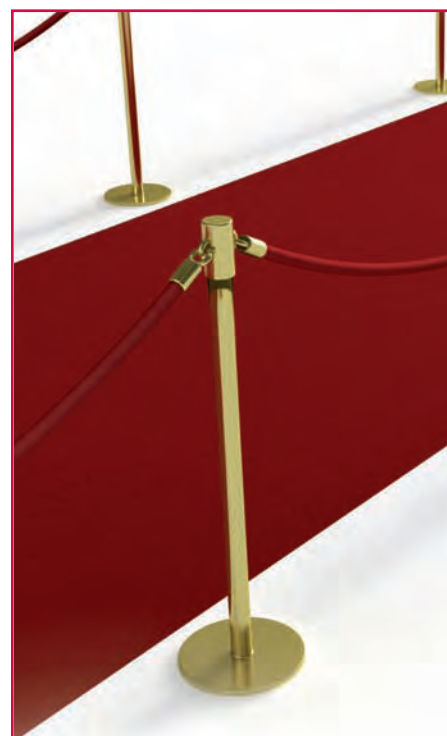
Ici, notre *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* précise les obligations du médecin en matière de constitution des dossiers médicaux, de leur conservation dans le respect du secret professionnel et de leur cession en cas de cessation d'exercice ou de décès². Se dégagent de ce règlement les principes suivants :

- le dossier médical doit toujours se trouver sous la responsabilité du médecin ou du groupe de médecins, le cas échéant;
- le dossier médical original ne peut être remis au patient sans contrevenir au règlement;
- seul un autre médecin peut recevoir le dossier médical original dans des circonstances précises prévues au règlement.

Évidemment, le droit d'accès par le patient à son dossier médical est reconnu notamment par notre *Code de déontologie*. Sauf rares exceptions, le médecin doit permettre à son patient, au plus tard dans les 30 jours de la réception d'une demande qu'il lui aura faite, de prendre connaissance ou d'obtenir copie de documents qui le concernent dans son dossier.

En somme, pour répondre de façon satisfaisante au patient qui lui adresse la question, le médecin pourrait lui expliquer qu'ils sont tous deux copropriétaires du contenu de son dossier. Toutefois, le médecin doit en assurer la garde physique en tout temps à moins qu'un autre médecin accepte de l'assumer.

1. *McInerney c. MacDonald*, [1992] 2 R.C.S. 138
2. www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/DossierMembreFormulaires/CessionDossiers.aspx



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

**PRIX
DU COLLÈGE
2013**

21 novembre 2012
Date limite pour soumettre la
candidature de votre collègue

Tous les détails en page 22

ORDONNANCES COLLECTIVES LE MÉDECIN N'EST PAS RESPONSABLE DE TOUT !

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS, DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU PATIENT

L'entrée en vigueur en 2003 de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (communément appelée le projet de loi 90) a amené une transformation majeure du système professionnel au Québec au chapitre de la prestation des soins en santé physique. Le projet de loi 90 vise à ce que les médecins et autres professionnels de la santé déploient pleinement leurs compétences de soins, en toute responsabilité, dans un cadre interdisciplinaire évolutif. La responsabilité individuelle de chaque professionnel de la santé d'être bien formé et compétent (incluant le maintien des compétences au fil des nouvelles connaissances) pour exercer les activités de soins de sa profession est plus que jamais reconnue. La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (communément appelée le projet de loi 21), entrée en vigueur cette année, repose sur les mêmes prémisses.

LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES : UNE RESPONSABILITÉ ACCRUE POUR CHACQUE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Préalablement au projet de loi 90, les actes délégués par les médecins étaient définis dans la loi en termes précis et restrictifs. Cette notion d'actes délégués a maintenant été abandonnée au profit des activités réservées. Ces dernières font référence à un ensemble d'interventions libellées, en termes généraux, de façon à permettre l'évolution des pratiques au sein des différentes professions visées par les deux lois. L'exercice des activités réservées est assujéti à l'obligation, pour le professionnel, d'être membre de son ordre professionnel,

confirmant ainsi le préjudice potentiel si la compétence n'est pas au rendez-vous. D'autres personnes, qui ne font pas partie d'un ordre professionnel, font l'objet d'une autorisation d'activités par le Collège des médecins du Québec, lorsque jugé nécessaire, afin de garantir la protection du public. Toutes ces personnes engagent pleinement leur responsabilité dans l'exercice de leurs activités réservées ou autorisées.

Toutes les activités réservées sont exercées de façon autonome par les professionnels de la santé. Toutefois, l'exercice de plusieurs activités nécessite la rédaction d'une ordonnance, individuelle ou collective, par un médecin. Par la voie de l'ordonnance collective, le projet de loi 90 reconnaît aux médecins un rôle important

optimale des différents professionnels qui les entourent. L'utilisation des ordonnances collectives permet aussi de prévenir les nombreuses conséquences négatives de la perte de temps pour le médecin qui n'optimise pas pleinement sa prestation de soins; la frustration des différents autres professionnels dans le déploiement efficace de leurs compétences; une attente induite et un préjudice possible pour le patient qui n'a pas accès à toute l'expertise disponible en temps opportun et une confusion des niveaux de responsabilités de chacun.

L'ORDONNANCE COLLECTIVE ET LES NIVEAUX DE RESPONSABILITÉS

Tout médecin, quel que soit son lieu d'exercice, peut rédiger des ordonnances

« Il faut le réaffirmer, les divers professionnels qui ont à exécuter des activités réservées, dans le cadre ou non d'une ordonnance individuelle ou collective, sont les seuls responsables des actes qu'ils posent. »

dans l'utilisation autonome des compétences des différents professionnels de la santé, tout en lui permettant de mieux déployer toute sa science et son art.

Force est de constater que la méconnaissance de plusieurs médecins concernant les ordonnances collectives ne leur permet pas, à ce jour, de profiter pleinement des avantages à leur portée pour une utilisation efficace de leur temps et de leurs compétences. Une meilleure compréhension et une mise en application des modifications législatives permettent aux médecins de réaliser des gains de temps substantiels dans les différents processus de soins, grâce à une collaboration

collectives. Trop de médecins croient à tort qu'ils demeurent responsables des activités exercées par d'autres professionnels de la santé à la suite de leur ordonnance. Cette fausse croyance ne favorise pas l'optimisation des soins. La responsabilité du médecin consiste à rédiger une ordonnance qui respecte les exigences du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* et dont le contenu correspond aux normes courantes d'exercice de la médecine, qu'il s'agisse de la prescription d'examens complémentaires ou de la prescription de médicaments. Pour être complète, l'ordonnance collective doit

préciser la situation clinique servant de facteur déclenchant, les contre-indications possibles ainsi que le ou les professionnels visés. Selon les circonstances, le médecin devra également s'assurer du suivi médical requis par l'état du patient, notamment après la réception de résultats d'examen anormaux, en prévoyant un mécanisme ou un protocole pour que soit avisé le patient concerné.

Pour des raisons d'efficience, les professionnels visés (p. ex. : infirmières, pharmaciens, inhalothérapeutes) peuvent préparer un projet d'ordonnance collective qui devra être soumis au médecin signataire afin que ce dernier évalue la conformité de l'ordonnance quant à sa forme et à son contenu. Ainsi, le professionnel qui exécute une ordonnance collective est imputable de la décision de l'utiliser et responsable de l'exécution de l'acte ou du geste dans le cadre de l'exercice des activités qui lui sont réservées. Le tout a pour effet de reconnaître une plus grande autonomie aux différents professionnels de la santé avec la responsabilité qui s'y rattache.

Le cadre interdisciplinaire dans lequel toutes ces nouvelles responsabilités se déploient doit être privilégié pour améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en partageant les risques. Les ordonnances collectives favorisent ce déploiement interdisciplinaire et permettent de mettre en place des équipes de soins, tant en centre hospitalier, en groupe de médecine de famille qu'en cabinet privé, par exemple.

Avec la modernisation des champs d'exercice et l'arrivée des activités réservées aux divers professionnels, le projet de loi 90 a éliminé la notion de surveillance. Un professionnel peut donc exercer une activité qui lui est réservée, quel que soit le lieu d'exercice, sans qu'un médecin soit à proximité, d'où le grand



intérêt suscité par l'utilisation des ordonnances collectives.

LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ : L'IMPORTANCE DES ÉCRITS

Il faut le réaffirmer, les divers professionnels qui ont à exécuter des activités réservées, dans le cadre ou non d'une ordonnance individuelle ou collective, sont les seuls responsables des actes qu'ils posent. Ils sont soumis à un code de déontologie et à des règles quant à la tenue de leurs dossiers, lesquelles règles sont du ressort de leur ordre professionnel respectif et non du Collège des médecins du Québec. Il est bon de rappeler que la jurisprudence a reconnu la force probante des notes consignées au dossier des patients par le personnel hospitalier et les médecins. Ces dernières contribuent à diminuer les conséquences d'une faute professionnelle et donc la possibilité d'une poursuite en responsabilité civile.

LA RESPONSABILITÉ PARTAGÉE AVEC LE PATIENT

La toute première obligation du patient est de collaborer avec son médecin et les

professionnels de la santé. Il est essentiel, en effet, qu'il se comporte de façon à permettre à ces derniers de remplir l'obligation de bien le soigner. L'obligation du patient est de transmettre l'ensemble des informations qui sont nécessaires à l'évaluation de la gravité de sa condition. Pour ce faire, le médecin et les professionnels de la santé doivent aussi contribuer à établir un climat de confiance propice à la collaboration du patient. Ainsi, le patient doit faire preuve de franchise et de loyauté à l'égard des professionnels de la santé en donnant toutes les informations relatives à son état de santé et en répondant de son mieux aux questions posées. L'omission volontaire d'informations importantes de la part du patient pourrait l'amener à assumer une part de responsabilité.

Pour connaître les activités réservées des différents professionnels visés par le projet de loi 90 et mieux mesurer tous les gains d'efficience possibles au moyen des ordonnances collectives, nous vous invitons à consulter le site du Collège des médecins, sous la rubrique *Ordonnances collectives*.

RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN : LES PRINCIPALES MODIFICATIONS

CETTE CHRONIQUE ABORDE DE FAÇON PONCTUELLE DES SUJETS DE NATURE JURIDIQUE QUI TOUCHENT VOTRE PRATIQUE. ELLE VISE PARTICULIÈREMENT À VOUS INFORMER DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS À RETENIR À LA SUITE DE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE NOUVEAUX RÈGLEMENTS DU COLLÈGE.

Le 31 mai 2012, une nouvelle version du *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* est entrée en vigueur. Cette version fait suite à la consultation adressée à tous les médecins en décembre 2011. Contrairement à la proposition d'origine, la durée de conservation des dossiers a été maintenue à 5 ans. Cette version ne constitue donc pas une révolution, mais elle comporte plusieurs modifications qui nécessiteront des ajustements dans la tenue des dossiers médicaux. Cet article présente un survol des principales modifications.

PORTÉE DU RÈGLEMENT

D'entrée de jeu, il convient de souligner que la portée du règlement a été précisée. Ainsi, dès le premier article, on mentionne maintenant que le médecin doit, dans tout lieu où il exerce la médecine, s'assurer du respect des normes déterminées dans le règlement. Le règlement s'applique donc autant pour le médecin qui exerce en cabinet privé que pour celui qui exerce en CLSC, en entreprise ou en établissement. L'application de certaines normes est toutefois modulée en fonction du lieu d'exercice. À titre d'exemple, pour le médecin exerçant en établissement, les normes de constitution, d'épuration et de destruction du dossier médical sont celles déterminées en application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Cependant, le médecin doit respecter les exigences du règlement quant aux renseignements qui doivent être inscrits dans le dossier médical.

« La durée de conservation des dossiers demeure de 5 ans. Les règles d'épuration et de destruction ont toutefois été simplifiées. »

CONTENU DU DOSSIER MÉDICAL

Le règlement précise maintenant que le médecin doit constituer un seul dossier médical par lieu d'exercice. Cette précision vise à rassembler tous les renseignements concernant un patient dans un seul dossier en évitant le morcellement de l'information, ce qui permet au médecin d'avoir une vision globale pour assurer un suivi de qualité, que ce soit dans un contexte de consultation en urgence ou sur rendez-vous.



Le contenu du dossier médical a été modifié. Il faut dorénavant verser au dossier les renseignements suivants : le numéro d'assurance maladie, l'heure de la consultation ou de l'inscription dans le cas d'une situation d'urgence ou critique, les diagnostics différentiels lorsque la condition clinique du patient est imprécise, la liste des médicaments pris par le patient, le résumé ou le compte rendu de toute communication avec le patient ou un tiers.

Le règlement exige également que le compte rendu opératoire de toute intervention chirurgicale soit rédigé ou dicté dans les 24 heures suivant cette intervention, comme le stipulait déjà notre guide sur la tenue des dossiers en établissement.

Lorsqu'une inscription est rectifiée *a posteriori*, le médecin doit inscrire la date à laquelle il procède à cette modification.

Pour ce qui est du dossier constitué dans le cadre d'un projet de recherche, le médecin doit également y inscrire les renseignements qu'il a transmis au patient lorsque le projet prend fin.

Enfin, le règlement précise que tous les documents versés ou les inscriptions faites au dossier doivent être en français ou en anglais.

DÉLAI DE CONSERVATION

Comme mentionné précédemment, la durée de conservation des dossiers demeure de 5 ans. Les règles d'épuration et de destruction ont toutefois été simplifiées. Ainsi, un médecin doit conserver un dossier médical pendant une période minimale d'au moins 5 ans suivant, selon le cas, la date de la dernière inscription ou insertion au dossier ou, s'il s'agit d'un projet de recherche, la date

de la fin de ce projet. Après cette période, le dossier est considéré comme inactif et peut être entièrement détruit.

Dans le cas d'un dossier actif, tout document datant de moins de 5 ans doit être conservé, cependant la partie datant de plus de 5 ans depuis la dernière inscription ou insertion peut être détruite, à l'exception des rapports d'anatomopathologie, des rapports d'endoscopie ainsi que des comptes rendus opératoires et d'anesthésie de chirurgies majeures.

Soulignons enfin que lorsqu'un médecin quitte un groupe, le groupe doit dorénavant conserver pendant 5 ans la liste des dossiers remis au médecin qui quitte ou la liste des parties de dossiers remises.

REGISTRES

Des précisions sont apportées relativement au registre des consultations. Ce dernier doit inclure les personnes évaluées à domicile ou au sans rendez-vous. De plus, le médecin doit y inscrire la procédure chirurgicale ou l'intervention effractive pratiquée lors de cette consultation ainsi que le type d'anesthésie administrée. Les injections et les infiltrations de médicaments ne sont toutefois pas visées par cette nouvelle obligation. Lorsque ces renseignements sont contenus dans le cahier de rendez-vous ou au registre de facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec, ces derniers peuvent tenir lieu de ce registre.

Le médecin doit également tenir un registre dans lequel sont identifiées toutes les personnes soumises à une procédure chirurgicale ou à une intervention effractive pour lesquelles il y a eu envoi d'un prélèvement d'une partie du corps humain, par exemple de tissus, de liquide sanguin ou autres, ainsi que d'un objet, par exemple un corps étranger. Le registre de facturation à la Régie de l'assurance maladie du Québec ne peut remplacer ce registre puisqu'il ne permet pas d'assurer le suivi des prélèvements.

Un nouveau registre doit être constitué. À l'instar de ce qui se fait en établissement, le médecin en cabinet doit tenir un registre dans lequel sont identifiés les incidents et accidents survenus lors ou en lien avec une intervention médicale effractive requérant une anesthésie, une sédation ou analgésie ainsi que les mesures prises pour les prévenir.

Dorénavant, le règlement précise que le médecin doit détenir les appareils, le matériel, les instruments et les médicaments appropriés à son exercice professionnel et lui permettant de répondre aux situations urgentes propres au contexte de son

exercice professionnel. Il doit également aménager son cabinet de consultation ou son bureau de telle sorte que l'évacuation en cas d'urgence soit facilitée.

Le texte mis à jour est accessible sur le site Web du Collège : www.cmq.org (section Membres, Mot-clé : Règlements). Une mise à jour du guide *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC* est en cours. Vous pourrez obtenir l'information sur la disponibilité de cette mise à jour en consultant le site Web. À noter que les règles d'accès au dossier n'ont pas été modifiées par ce nouveau règlement. Ces règles sont énoncées dans le *Code de déontologie des médecins*.

Notre service d'assistance dans la liquidation d'une succession

Grandir
en confiance

Votre temps est précieux.

Fiez-vous à nos experts. Ils vous aideront à remplir votre rôle de liquidateur de succession efficacement. Avec toute la vigilance nécessaire. Et sans perte de temps.

Le liquidateur...

doit exécuter un ensemble de tâches complexes, allant de la recherche testamentaire aux communications avec les institutions bancaires et les réclamations d'assurance vie, en passant par l'inventaire des biens et le règlement des créances.

Vous pouvez aussi inclure notre service d'assistance dans votre propre succession. Renseignez-vous !

Actionnaire depuis 1978



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Financière des
professionnels

www.fprofessionnels.com

Montréal 1 888 377-7337

Québec 1 800 720-4244

Sherbrooke 1 866 564-0909

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille ainsi qu'un courtier en épargne collective inscrits auprès de l'Autorité des marchés financiers (AMF) qui gère et distribue les fonds de sa famille de fonds, et qui offre des services-conseils en fonds d'investissement et en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE) qui offre des services de gestion de portefeuille. Des services de planification financière sont offerts par l'intermédiaire de Financière des professionnels inc.

OBLIGATIONS DE SUIVI DES PATIENTS LORSQUE LE MÉDECIN CHANGE DE LIEU D'EXERCICE OU DE STATUT¹

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC EST SOUVENT INTERPELLÉ PAR DES MÉDECINS EXERÇANT EN CABINET QUI PROJettent DE CHANGER DE LIEU D'EXERCICE OU ENCORE DE CESSER D'EXERCER EN RAISON D'UNE RÉORIENTATION DE CARRIÈRE OU D'UN DÉPART À LA RETRAITE.

Ces changements sont source d'anxiété pour les patients qui s'inquiètent des conséquences pour eux. Comment le médecin peut-il concilier ses obligations déontologiques envers ses patients avec ces changements?

Le changement de lieu d'exercice a peu de conséquences lorsque le nouveau lieu est à proximité de l'ancien et que le suivi des patients peut être assuré par le médecin dans ce nouveau lieu. Il suffira pour le médecin de communiquer aux patients, par le moyen qu'il considère le plus approprié, l'adresse de son nouveau lieu d'exercice et, le cas échéant, son nouveau numéro de téléphone. La responsabilité de déterminer le moyen de communication le plus approprié revient au médecin qui change de lieu d'exercice.

Dans ce cas, le médecin devra aussi s'assurer que les communications reçues par la poste, par télécopie ou par voie électronique lui soient acheminées à son

réorientation de carrière ou qui change de lieu d'exercice et qui, par exemple, en raison de la distance, ne pourra plus assurer le suivi de ses patients.

Le médecin qui devient non participant au programme de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'est aucunement soustrait à ses obligations. 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 des autres consultations qu'il a lui-même demandés pour ses patients, 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 gratuitement². Le chirurgien doit également s'assurer que sa clientèle en attente d'une chirurgie ne

dans cette planification, inclure dans ses priorités la prise en charge de sa clientèle et, en particulier, de sa clientèle dite vulnérable, le médecin se devant d'aider ses patients à trouver un autre médecin. À cet effet, le médecin de famille qui a des patients inscrits à son nom auprès de la RAMQ devrait informer cet organisme de son incapacité, pour l'une ou l'autre des raisons précitées, à assurer le suivi de sa clientèle en tout ou en partie afin que cette clientèle soit désinscrite à la date prévue, en plus de faire lui-même des efforts raisonnables pour aider ses patients à trouver un autre médecin.

Lorsque la référence à un collègue ne peut s'effectuer immédiatement au départ du médecin, on attend de ce dernier qu'il prenne des mesures de « gestion de la transition » afin de minimiser les inconvénients pour le patient et d'assurer une continuité de soins adéquate. Parmi ces mesures dites raisonnables, citons, outre la désinscription à la RAMQ, le renouvellement des ordonnances pour une période suffisamment longue³, l'information donnée au patient quant à l'accès à des cliniques sans rendez-vous locales ou régionales, au besoin, la référence au guichet d'accès pour les clientèles orphelines (GACO) du centre de santé et de services sociaux (CSSS) local, en particulier pour la clientèle vulnérable, avec les informations pertinentes à la prise en charge.

« Lorsque la référence à un collègue ne peut s'effectuer immédiatement au départ du médecin, on attend de ce dernier qu'il prenne des mesures de « gestion de la transition » afin de minimiser les inconvénients pour le patient et d'assurer une continuité de soins adéquate. »

nouveau lieu d'exercice, afin d'éviter tout délai dans le suivi que nécessitera le contenu de ces communications, notamment les résultats d'analyse.

À moins de s'être assuré qu'un collègue puisse le faire à sa place, cette même mesure doit être instaurée par le médecin qui cesse la pratique en raison d'une

soit pas pénalisée par son changement de statut. Il doit prendre des mesures concrètes pour éviter un délai d'attente accru pour ces patients.

Ces changements en cours de carrière, tout comme la décision de prendre sa retraite, font le plus souvent l'objet d'une planification et le médecin doit,

1. « Départ d'un médecin d'une clinique », Le Collège, Printemps-Été 2002.

2. Quelles sont les obligations du médecin qui change de statut à la RAMQ à l'égard du suivi de ses patients ? (www.cmq.org/~media/Files/BInfo/Binfo77.ashx).

3. Un médecin peut-il rédiger une ordonnance dont la durée de validité serait supérieure à 12 mois ? (www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/FAQ/Ordonnances/Question24.aspx?p=1).

NOUVEAU RÈGLEMENT SUR LES STAGES ET LES COURS DE PERFECTIONNEMENT POUVANT ÊTRE IMPOSÉS AUX MÉDECINS

UNE NOUVELLE VERSION DU RÈGLEMENT SUR LES STAGES ET LES COURS DE PERFECTIONNEMENT POUVANT ÊTRE IMPOSÉS AUX MÉDECINS EST EN VIGUEUR DEPUIS LE 3 SEPTEMBRE 2012. CETTE VERSION FAIT SUITE À LA CONSULTATION ADRESSÉE À TOUS LES MÉDECINS EN DÉCEMBRE 2011 ET REMPLACE ENTIÈREMENT LA VERSION PRÉCÉDENTE.

Ce règlement vise à déterminer les situations qui sont susceptibles d'entraîner l'imposition d'un stage ou d'un cours de perfectionnement. Ainsi, le comité exécutif du Collège peut imposer un stage ou un cours de perfectionnement à un médecin dès que ce dernier se trouve dans l'une des situations suivantes prévues au règlement :

- il s'inscrit au tableau 3 ans ou plus après avoir obtenu un permis ou après la date à laquelle il avait droit à la délivrance d'un tel permis;
- il se réinscrit au tableau 3 ans ou plus après avoir fait défaut de s'y inscrire;
- il se réinscrit au tableau 2 ans ou plus après qu'il en a été radié;
- il reprend son droit d'exercer des activités professionnelles 2 ans ou plus après que ce droit a été suspendu ou limité;
- il a cessé l'exercice de la médecine auprès de patients pendant une période de 3 ans ou plus, à moins d'avoir exercé la médecine pendant une période équivalant à plus de 12 mois au cours des 5 dernières années;
- il a commencé à exercer la médecine dans un domaine où il n'a jamais exercé ou après avoir exercé dans un autre domaine pendant 3 ans ou plus;
- il a exercé la médecine pendant une période équivalant à moins de 12 mois au cours des 5 dernières années;
- il a échoué un stage volontaire supervisé par un médecin et visant à perfectionner son exercice professionnel ou à mettre à jour ses compétences.

Afin de respecter les obligations du règlement, le médecin doit informer le Collège lorsqu'il commence à exercer

dans un nouveau domaine où il n'a jamais exercé ou lorsqu'il change de domaine après avoir exercé dans un même domaine pendant trois ans ou plus.

Le Collège considère comme un changement de domaine d'activités médicales : un médecin qui commence à œuvrer dans une autre spécialité (un chirurgien général qui exerce la médecine de famille, un spécialiste en santé communautaire qui exerce la médecine de famille, un médecin

peuvent être déterminés à partir d'une entrevue orale structurée (EOS), d'une séance de simulation, d'un questionnaire sur les connaissances ou d'un stage d'évaluation. Le comité exécutif fixe les outils, les modalités, les objectifs et la durée de ces interventions éducatives. Les principales activités éducatives sont les activités de simulation, le tutorat clinique, le stage clinique à temps partiel et le stage clinique à temps complet.

« Afin de respecter les obligations du règlement, le médecin doit informer le Collège lorsqu'il commence à exercer dans un nouveau domaine où il n'a jamais exercé ou lorsqu'il change de domaine après avoir exercé dans un même domaine pendant trois ans ou plus. »

de famille qui exerce la médecine esthétique ou la phlébologie) ou un médecin qui modifie son domaine d'activités. Par exemple, un médecin de famille œuvrant en cabinet qui revient à l'exercice des soins d'urgence ou auprès de malades admis en établissement de soins aigus ou, à l'inverse, un médecin de famille œuvrant depuis plus de 3 ans exclusivement en soins d'urgence et qui désire revenir à l'exercice de la médecine de famille auprès de patients présentant des maladies chroniques nécessitant un suivi.

La Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE) recommande et organise des activités de perfectionnement individualisées pour les médecins se trouvant dans l'une des situations prévues au règlement. Les besoins éducatifs

La décision du comité exécutif d'imposer un stage ou un cours de perfectionnement peut comporter une suspension de l'exercice ou une limitation aux seules activités requises à la poursuite du stage.

Une fois l'activité terminée et les objectifs éducatifs atteints, la DAE soumet le rapport de stage ou de tutorat au comité exécutif du Collège qui autorise le médecin à reprendre son exercice ou à exercer dans le nouveau domaine d'activités. Lorsque les objectifs n'ont pas été atteints, le comité exécutif peut imposer une nouvelle activité éducative.

Le texte du nouveau *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins* est accessible sur le site Web du Collège à l'adresse suivante : www.cmq.org (section Membres, Mot-clé : Règlements).

RAPPEL CONCERNANT LA DÉCISION D'UTILISER DES MESURES DE CONTENTION OU D'ISOLEMENT EN ÉTABLISSEMENT

L'utilisation de mesures de contrôle par les professionnels d'un établissement doit demeurer minimale et exceptionnelle et s'inscrire dans le cadre d'une intervention thérapeutique planifiée. Elle doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Des rapports récents d'investigation du coroner ont mis en évidence certaines situations où l'application des mesures de contrôle fut déficiente. Le Collège des médecins du Québec (CMQ) souhaite faire un rappel des principes généraux et surtout souligner l'importance, pour chaque établissement, de mettre à jour régulièrement la politique d'utilisation des mesures de contrôle, tout en assurant une diffusion efficace de cette politique.

Le Collège préconise une philosophie et des principes généraux qui concordent avec les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) émises en 2002.

Soulignons les principes directeurs :

- La mesure de contrôle sera utilisée après que des mesures alternatives auront été envisagées et lorsque tous les autres moyens ou autres solutions seront jugés inefficaces;
- La mesure de contrôle est une intervention de dernier recours et temporaire nécessitant un encadrement professionnel strict;
- La mesure de contrôle n'est en aucun temps utilisée dans un but punitif ou pour des raisons administratives;
- L'application de la mesure doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité afin d'assurer le confort de la personne;
- Elle doit faire l'objet d'une surveillance attentive.

La procédure détaillée de la politique d'établissement doit se conformer aux principes généraux. Elle doit également

spécifier le mode d'évaluation préalable de l'usager, le type de mesure, les indications de son utilisation, de son arrêt ou de sa reprise, la durée maximale d'utilisation, la durée de la validité de l'ordonnance ou de la décision d'un professionnel habilité et le type de surveillance requise.

Il est également utile de rappeler que l'application de toute mesure de contrôle se fait à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'une décision d'un professionnel autorisé en vertu des activités qui leur sont réservées (voir tableau 1).

Enfin, on devra préciser les règles de consentement. Dans un contexte non planifié d'intervention, le consentement n'est pas requis avant l'application de la mesure de contrôle mais une réévaluation doit être effectuée. Si la mesure doit

être maintenue, le consentement de l'usager ou de son représentant légal doit être obtenu. Dans un contexte d'intervention planifiée, le consentement de l'usager ou de son représentant légal doit être obtenu préalablement.

L'utilisation de médicaments psychoactifs comme mesure de contrôle devrait faire l'objet de protocoles approuvés par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement, avec une vérification périodique par le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique ou le comité de pharmacologie.

Lorsque la mesure de contrôle est utilisée pour prévenir des chutes, la fugue, l'errance ou pour effectuer un soin ou un traitement ponctuel, une surveillance de

**TABLEAU 1 :
UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE PAR LES PROFESSIONNELS HABILITÉS**

Décision d'utiliser des mesures de contention

Activité autorisée en tous lieux :

- Ergothérapeute
- Infirmière
- Médecin
- Physiothérapeute

Activité autorisée seulement en établissement :

- Psychoéducateur
- Psychologue
- Travailleur social

Décision d'utiliser des mesures d'isolement

Activité autorisée seulement en établissement :

- Ergothérapeute
- Infirmière
- Médecin
- Psychoéducateur
- Psychologue
- Travailleur social

PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE

PROJET DE LOI N° 59 : LOI CONCERNANT LE PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ RECOMMANDATIONS DU COLLÈGE

DANS SON MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MAI DERNIER, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC RÉAFFIRME SON APPUI AU DOSSIER SANTÉ QUÉBEC (DSQ) ET À L'IMPLANTATION DE DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES.

Pour que l'utilisation des renseignements contenus dans le DSQ puisse vraiment améliorer la prestation de services aux patients par les équipes dans un cadre interdisciplinaire, tant en établissement qu'en cabinet, le Collège formule six recommandations :

1. Prévoir explicitement, pour les ordres professionnels de la santé, des possibilités d'accès aux informations contenues dans le DSQ leur permettant de remplir leur mandat de protection du public par le contrôle de l'exercice professionnel.
2. Ajouter à la liste des intervenants désignés tous les professionnels de la santé dont l'exercice, encadré par un ordre professionnel, pourrait nécessiter d'avoir accès à des informations contenues au DSQ.
3. Prévoir pour les domaines du médicament, des laboratoires et de l'imagerie, des dispositions qui prennent en compte l'ordonnance collective et l'ordonnance d'ajustement du médicament.
4. Clarifier l'obligation du médecin de communiquer certaines informations au DSQ, en s'assurant à l'avance que les modalités pour ce faire seront faciles d'application, disponibles et fonctionnelles.
5. Rendre les dispositions du projet de loi relatives à la protection des renseignements personnels conciliables avec les obligations déontologiques et réglementaires existant déjà pour les médecins.
6. Assouplir les règles de transfert d'information du DSQ vers le dossier local pour favoriser une prise en charge adéquate du patient non seulement ponctuellement, mais à long terme.

l'usager doit être faite en tenant compte de l'évaluation de l'état physique et mental, minimalement à toutes les heures ou selon l'ordonnance médicale. Lorsque la mesure est utilisée pour le contrôle de l'agressivité, une évaluation de l'état physique et mental doit être faite minimalement aux 15 minutes.

Lorsqu'une mesure est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Compte tenu du risque important de préjudice lié à l'utilisation des mesures de contrôle, notamment une atteinte à l'intégrité physique et psychologique ainsi que la possibilité d'un état de détresse, il est important de valoriser le travail d'équipe et interdisciplinaire afin d'identifier toutes les mesures alternatives possibles avec le souci de préserver en tout temps l'intégrité et la dignité de la personne. Les notes doivent faire foi de la qualité des soins reçus lors de l'utilisation de la mesure. Si le médecin n'inscrit pas lui-même le diagnostic et l'indication sur un formulaire de l'établissement, il devra faire mention de ces éléments dans une note d'évolution figurant au dossier.

Une attention particulière devra aussi être apportée au soutien physique et psychologique du patient à la suite de l'utilisation d'une mesure de contrôle afin de prévenir les risques éventuels de préjudice associés à l'utilisation des mesures de contrôle. Encore là, les notes au dossier doivent être le reflet des interventions professionnelles effectuées et des stratégies envisagées pour prévenir l'utilisation future de mesures de contrôle chez un même patient.



Pour accéder au mémoire :
www.cmq.org
(section Membres,
Publications)

QUI DE VOS COLLÈGUES SERA HONORÉ LE 10 MAI 2013?

**Vous côtoyez ou connaissez un collègue remarquable, actif
professionnellement, dont les actions ou les réalisations font une différence
dans la vie de ses patients, de son groupe ou de sa communauté?**

Soumettez sa candidature à l'un des deux prix décernés annuellement par le Collège des médecins :

PRIX D'HUMANISME

Votre collègue incarne les valeurs
d'humanisme, d'engagement social et de
philanthropie prônées par le Collège.

PRIX D'EXCELLENCE

Votre collègue contribue, par son apport sur le
plan scientifique ou académique, à l'évolution
de la profession médicale et à l'amélioration
de la qualité de l'exercice de la médecine.

Mise en candidature

Pour soumettre la candidature d'un médecin, vous devez faire parvenir au comité de sélection :

- une lettre de présentation dans laquelle vous indiquez le prix pour lequel vous soumettez sa candidature et décrivez comment ce médecin s'est distingué;
- des témoignages d'autres collègues et de son entourage;
- son curriculum vitae et un dossier de presse (documents optionnels).

Le Prix d'humanisme et le Prix d'excellence seront remis aux lauréats lors du colloque annuel du Collège qui se déroulera le 10 mai 2013 au Palais des congrès de Montréal.

À l'occasion de cet hommage, une bourse destinée à l'association de leur choix leur sera offerte.

Faites parvenir la mise en candidature au plus tard le **21 novembre 2012** par courrier ou par courriel à :

PRIX D'HUMANISME ou PRIX D'EXCELLENCE (spécifiez)

Service des communications ■ Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8
maforget@cmq.org

BILAN DE L'ENTENTE QUÉBEC-FRANCE (ARM) ET PRÉCISIONS PERTINENTES

CE QU'EST L'ARRANGEMENT DE RECONNAISSANCE MUTUELLE (ARM)

L'entente Québec-France, signée en octobre 2008 par le premier ministre du Québec et le président de la République française, vise à faciliter et à accélérer l'acquisition d'un permis pour l'exercice d'un métier ou d'une profession réglementé au Québec ou en France, par l'adoption d'une procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles.

La reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins a été signée en novembre 2009. Les conditions prévues pour la délivrance d'un permis d'exercice au Québec sont décrites sur le site Web du Collège des médecins du Québec (CMQ), dans la section *Pour obtenir un permis d'exercice*. Rappelons-nous que le processus inclut l'obligation de réussir un stage d'adaptation à caractère évaluatif de 13 semaines dans la discipline visée par le permis (1 semaine d'observation suivie de 12 semaines d'évaluation), stage se déroulant dans un milieu agréé par le CMQ. Le permis restrictif visé par l'Entente implique une pratique en

établissement, tel que défini par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, pour les cinq premières années de pratique.

BILAN DES DEMANDES REÇUES ET DES PERMIS DÉLIVRÉS

Pour la période du 27 novembre 2009 au 3 juillet 2012, le CMQ a reçu 145 demandes. De ce nombre, 15 candidats se sont désistés et, au moment de la compilation des données, environ le même nombre avait déposé un dossier incomplet.

Il y a eu délivrance de 46 permis restrictifs selon l'Entente, dont 30 en médecine de famille et 16 dans les autres spécialités. Vingt-huit candidats sont actuellement en stage ou ont un stage confirmé dans les prochaines semaines ou les prochains mois.

Nous avons observé 7 échecs chez les candidats en médecine de famille et 1 dans les autres spécialités. Les principales difficultés rencontrées se situent dans les sphères de la pharmacologie et de la tenue des dossiers.

Il est important de préciser que lorsque le candidat obtient un permis restrictif selon l'Entente ARM, ce dernier doit obtenir un poste déterminé selon le Plan régional d'effectifs médicaux du ministère de la Santé et des Services sociaux, comme tout médecin qui exerce au Québec.

Le CMQ est toujours à la recherche de milieux et de maîtres de stage pouvant recevoir ces candidats en stage d'adaptation à caractère évaluatif. Les milieux agréés doivent faire face à la croissance de nos cohortes au Québec, mais plusieurs milieux ayant identifié des périodes de disponibilité pour ces stages ont souligné que l'expérience était positive pour les évaluateurs et les candidats. Les étudiants et résidents qui côtoient ces candidats dans ces milieux ont apprécié que les critères d'évaluation (habiletés et attitudes) soient identiques à ceux que leur appliquent les milieux d'enseignement (critères de compétence CanMEDS).

DOSSIER ÉLECTRONIQUE ET PUBLICITÉ

Les médecins sont maintenant nombreux à utiliser un support informatique pour la tenue de leurs dossiers. Ces logiciels élaborés par des compagnies privées permettent également la production de feuillets d'ordonnances et de demandes d'examen d'imagerie ou de laboratoire à remettre aux patients. Cette information

est sauvegardée à la note médicale correspondante, ce qui constitue un avantage certain pour le médecin.

Le médecin doit expressément s'assurer que son titre ne soit pas utilisé à des fins commerciales. Ainsi, les feuillets d'ordonnances émis ne doivent pas notamment contenir d'information provenant d'une

compagnie pharmaceutique ou autre ni encourager l'utilisation ou faire la promotion de leurs produits.

De plus, le médecin doit respecter le droit du patient de faire exécuter l'ordonnance à l'endroit et auprès de la personne de son choix, quel que soit le support matériel utilisé pour l'émettre.

LE MOT DES VICE-DOYENS AUX ÉTUDES MÉDICALES DE PREMIER CYCLE VALORISER LE GÉNÉRALISME

La conférence des vice-doyens aux études médicales de premier cycle des facultés de médecine a entrepris, en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, de donner à l'ensemble de la communauté médicale des nouvelles concernant les curriculums d'études médicales. Dans nos deux articles précédents, nous vous avons entretenus des mesures mises en place pour répondre aux recommandations¹ de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). Jusqu'à présent, nous avons abordé la recommandation 1 : *Répondre aux besoins individuels et communautaires*; la recommandation 2 : *Améliorer les processus d'admission* et la recommandation 6 : *Diversifier les contextes d'apprentissage*. Cette fois-ci, nous avons choisi de vous entretenir de la recommandation 7 : *Valoriser le généralisme*. Cette orientation a également été retenue dans le livre blanc² du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada.

Bien que le terme généralisme puise ses racines dans ce qui était communément appelé « le médecin généraliste », il ne faut pas s'arrêter à cette simple définition. Il s'agit maintenant d'envisager une approche globale de l'ensemble des soins et de la santé qui concerne le patient, sa famille et ses proches, et ce, peu importe le niveau de spécialisation.

Nous vous proposons ici une définition plus étayée de l'approche généraliste.

Il s'agit avant tout d'une philosophie de soins qui reconnaît l'importance de considérer la personne dans une perspective globale. Elle tient compte de tous les aspects du patient et de son contexte, dans le cadre des soins qui lui sont prodigués. Sur le plan de l'organisation de la santé, une approche généraliste va reconnaître la première ligne comme porte d'entrée du système de santé et favorisera

la prévention et la promotion de la santé dans la population.

Sur le plan de la pratique, une approche généraliste se traduit, entre autres, par une acquisition de larges connaissances, une préoccupation pour la santé globale du patient et un souci d'offrir une continuité de soins, notamment au moyen de la collaboration interprofessionnelle. Sur le plan curriculaire, une approche généraliste implique des choix pédagogiques qui favorisent le développement de compétences utiles pour tout médecin, quelle que soit la spécialité qu'il choisira. Elle s'appuie sur des activités d'apprentissage intégrées et longitudinales dans un contexte le plus authentique possible. Dans cette perspective, les professeurs agissent au sein du programme comme modèles de rôle porteurs de la philosophie du généralisme.

C'est tout un défi pour un programme de formation prédoctorale que de mettre en place les modalités et les choix pédagogiques qui permettront de favoriser le développement de cette approche.

Nos facultés ont mis en place les mesures suivantes pour répondre à cette exigence :

- le déploiement du réseau d'enseignement vers des milieux de stages communautaires;
- l'augmentation et la valorisation de l'approche interprofessionnelle par différentes activités prévues dans les curriculums;
- la mise en place d'externats intégrés longitudinaux dans plusieurs milieux de formation;
- la valorisation de la première ligne, en particulier de la médecine de famille, mais également des autres spécialités plus générales telles que la médecine interne, la psychiatrie générale, la pédiatrie générale et la chirurgie générale.

Cette dernière mesure vise la complémentarité de nos milieux spécialisés et surspécialisés pour offrir la gamme de soins et de services à laquelle la population québécoise est en droit de s'attendre.

La collaboration de l'ensemble des médecins de la communauté québécoise sera mise à contribution si on souhaite valoriser et mettre en place tous les éléments nécessaires pour favoriser cette approche dans la culture et dans la formation des futurs médecins.

Ève-Reine Gagné, M.D.
Université de Sherbrooke
Eve-Reine.Gagne@usherbrooke.ca
819 821-8000, poste 75203

Christian Bourdy, M.D.
Université de Montréal
christian.bourdy@umontreal.ca
514 343-6723

Jean-François Montreuil, M.D.
Université Laval
jean-francois.montreuil@fmed.ulaval.ca
418 656-2131, poste 11914

Robert Primavesi, M.D.
Université McGill
adugme.med@mcgill.ca
514 398-3519

1. Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. [En ligne] www.afmc.ca/fmec/pdf/vision_collective.pdf

2. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Livres blancs*. [En ligne] www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/educational_initiatives/generalism.pdf

AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
GILENYA® (fingolimod)	Traitement des patients atteints de la forme rémittente de la sclérose en plaques	Recommandations plus fermes concernant la surveillance cardiovasculaire suivant la première dose et l'emploi chez les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire préexistante
VOLIBRIS® (ambrisentan)	Traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique (« primitive ») et de l'hypertension artérielle pulmonaire associée à une collagénose chez des patients manifestant des symptômes de classe fonctionnelle II ou III selon l'OMS qui n'ont pas répondu au traitement classique	Contre-indication relative à l'utilisation de VOLIBRIS® (ambrisentan) chez les patients atteints de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI)
XGEVA^{MD} (denosumab)	Indiqué chez les patients atteints de métastases osseuses découlant du cancer du sein, du cancer de la prostate, du cancer du poumon non à petites cellules et d'autres tumeurs solides pour réduire le risque de développer des complications osseuses	Risque d'hypocalcémie symptomatique sévère pouvant être fatale



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/index-fra.php

PAR YVES GERVAIS, M.D., DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE, EN COLLABORATION AVEC MAXIME THIBAUT, B. PHARM., M. SC., CNSC ET JEAN-FRANÇOIS BUSSIÈRES, B. PHARM., M. SC., MBA, FC SHP

DES COMBINAISONS DANGEREUSES

Le Collège des médecins du Québec tient à sensibiliser ses membres aux dangers de prescrire ou de recommander des produits contenant de la dextrométorphan (DM) aux patients qui prennent notamment de la fluoxétine (Prozac®) et *a fortiori* si on ajoute à leur traitement de la clarithromycine (Biaxin®).

Lors d'une investigation récente du coroner, on a conclu que ces associations auraient été à l'origine du décès d'un patient, à la suite d'une intoxication au DM et/ou d'un syndrome sérotoninergique.

Le médecin doit exercer un esprit critique sur l'indication de recourir au DM ou à tout sirop antitussif.

L'utilisation d'un sirop contre la toux est déconseillée dans plusieurs conditions cliniques, notamment l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique et la pneumonie. De plus, certains individus, comme les personnes âgées, les jeunes enfants et les personnes ayant une lourde médication sont plus vulnérables aux interactions médicamenteuses et aux dosages élevés. Depuis 2008, l'utilisation d'un sirop contre la toux n'est plus recommandée par Santé Canada chez les enfants de moins de 6 ans, en raison de la faible efficacité prouvée du DM pour ce groupe d'âge et des risques de surdosage. Il est également reconnu que les doses de sirop prises sont

souvent mesurées de manière approximative par les patients, ce qui augmente les effets des interactions médicamenteuses et les risques de toxicité.

Le DM est fortement métabolisé par l'isoenzyme CYP 2D6 du cytochrome P450 et de façon moindre par l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450. Le Prozac® est un inhibiteur du CYP 2D6 et le Biaxin®, un inhibiteur du CYP 3A4. L'administration concomitante de ces trois molécules conduit donc à l'inhibition du métabolisme du DM avec une accumulation du médicament dans l'organisme, jusqu'à atteindre un seuil toxique et potentiellement létal.

DES COMBINAISONS DANGEREUSES

SUITE DE LA PAGE 25

Puisque le CYP 2D6 représente la voie métabolique majeure du DM, la combinaison Prozac® et DM favorise non seulement l'accumulation du DM mais aussi de la sérotonine, augmentant ainsi le risque de syndrome sérotoninergique. Le même

type d'interaction est prévisible avec la paroxétine (Paxil®), qui présente une pharmacocinétique et un effet pharmacologique similaires.

Ces situations rappellent au médecin de redoubler de vigilance devant les risques

que présentent certaines associations médicamenteuses et par la consommation libérale de produits en vente libre, dont le DM contenu dans plusieurs sirops contre la toux sèche, mais retrouvé également dans d'autres produits.

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

COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE

Commentaires reçus à la suite du blogue *Seul, un vendredi soir à la pharmacie*, du Dr Jean-Bernard Trudeau, secrétaire adjoint, publié le 14 juin. Dans son billet, le Dr Trudeau pose une série de questions ayant trait à la collaboration et à la communication entre professionnels, notamment entre médecins et pharmaciens.

Je travaille en milieu hospitalier et je prodigue de l'enseignement aux externes I & II. Le mercredi, nous faisons une tournée avec le pharmacien et souvent un résident en pharmacie. La revue Rx est un enrichissement pour tous les participants et nous apprend à éviter la polypharmacie chez les personnes âgées et surtout les interactions médicamenteuses qui mènent à des effets iatrogéniques souvent malheureux. Je suis bien d'accord que l'interdisciplinarité est enrichissante. Il en va de même lorsque j'expose les externes aux réunions multidisciplinaires. Je crois sincèrement que la profession médicale s'enrichit avec l'interdisciplinarité et il en va de même pour les autres intervenants paramédicaux.

P.G., médecin

Le travail en interdisciplinarité n'est pas requis pour tous les patients, mais certainement pour tous les patients chroniques complexes, le défi et la priorité de l'heure. Vingt-cinq pour cent de la population répondent aux critères de malade chronique complexe.

L'offre de services telle qu'elle existe actuellement est morcelée, par « organe » ou par type de maladie de telle sorte que les patients se retrouvent souvent avec de l'information contradictoire pour une même situation et des recommandations parfois opposées à d'autres émises auparavant. Plusieurs études tendent à démontrer que cette approche morcelée est trop souvent plus nuisible que le cumul des maladies chroniques chez ce même type de patient.

Le travail en interdisciplinarité est exigeant mais ô combien gratifiant. La formation pour ce type de collaboration et un accompagnement intense sont nécessaires pour que des professionnels de la santé se sentent en sécurité de s'occuper de maladies diverses chez un même patient.

A.L., médecin

Ce blogue suscite la discussion, merci Dr Trudeau! [...] Qui est le meilleur professionnel pour prendre en charge nos patients? Nos compétences se complètent et doivent s'harmoniser au profit de ceux-ci, c'est clair. Sous quel angle poser la question? C'est à la place du patient qu'il faut se mettre pour comprendre comment chacun peut mieux l'aider. Où se trouve-t-il, ce patient, avec quel professionnel, à quel moment, pour quel besoin? Comment orchestrer le tout?

Ce patient, face à moi comme professionnel, m'accorde sa confiance : comment puis-je intervenir au meilleur de moi-même, de mes connaissances et de mes compétences? Pourrais-je faire plus, pourrais-je faire mieux? Beaucoup de questions se posent autour de l'accès, de la communication, des règlements notamment. Examinons ces questions mais ne nous y arrêtons pas : trouvons ensemble des solutions, plutôt.

G.E.B., pharmacien

Voici certains ateliers organisés par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici la fin décembre 2012

DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE ÉVALUATION - PRISE EN CHARGE - TRAITEMENT

Atelier visant à aider les médecins à mieux prendre en charge les patients présentant des douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC).

1^{er} octobre, à 12 h 30, Montréal
9 octobre, à 12 h 30, Saint-Lambert
11 octobre, à 10 h 30, Québec
17 octobre (2^e partie), à 12 h, Hôpital Pierre-Le Gardeur
30 novembre, heure à confirmer, Saint-Eustache
3 décembre (1^{re} partie), à 12 h Verdun
10 décembre (2^e partie), à 12 h, Verdun



PLANIFIER SA CARRIÈRE ET SA RETRAITE À COURT ET À MOYEN TERME

Programme complet

(4 ateliers : les aspects réglementaires et déontologiques, les aspects psychosociaux, les aspects financiers, les assurances et les aspects juridiques)

21 novembre, de 9 h à 16 h, Montréal
22 novembre, de 8 h 30 à 11 h 45, Montréal

Atelier sur les aspects psychosociaux

26 octobre, à 8 h 30, Gatineau

Atelier sur les aspects psychosociaux et déontologiques

26 novembre, à 14 h 30, Montréal (présentation en anglais)



ORGANISATION DE LA PRATIQUE COMMENT FAIRE MIEUX?

Ateliers visant à aider les professionnels de la santé à mieux gérer les aspects organisationnels et cliniques des patients atteints de maladies chroniques.



La collaboration interprofessionnelle pour la gestion des maladies chroniques

19 octobre, à 8 h 30, Rouyn-Noranda

La gestion proactive des rendez-vous

4 octobre, à 18 h, Sorel-Tracy

10 octobre, à 9 h, Québec

19 octobre, à 10 h 15, Rouyn-Noranda

26 octobre, heure à confirmer, Mont-Joli

8 novembre, à 13 h, Laval



QUAND L'ADO DÉRANGE !

Atelier sur les troubles du comportement des adolescents.

10 octobre, à 12 h 30, Val-d'Or

L'ÉVALUATION MÉDICALE DE L'APTITUDE À CONDUIRE UN VÉHICULE AUTOMOBILE

Atelier visant à fournir aux médecins les outils nécessaires pour évaluer l'aptitude de leurs patients à conduire un véhicule automobile.

11 octobre, à 11 h 30, Granby

25 octobre, 13 h 45, Montréal

8 novembre, à 12 h, Montréal

26 novembre, 16 h, Montréal (présentation en anglais)



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

Atelier de 6 heures visant à aider les médecins à améliorer la tenue de leurs dossiers médicaux.

14 novembre, à 9 h, Montréal



LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Atelier de 6 heures visant à l'amélioration de la relation médecin-patient lors de la consultation.

2 novembre, à 9 h, Montréal



Si vous désirez organiser une activité, veuillez adresser votre demande à Isabelle Brunet
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 • Courriel : ibrunet@cmq.org

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-08-00692)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Clifford Albert** (98396), exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée soit :

d'avoir, le 27 novembre 2007, négligé intempestivement, entre 23 h 05 et minuit, à un patient admis à l'urgence à 23 h 05, transféré en salle de choc à 23 h 40, placé sous moniteur cardiaque avec un tracé indiquant une fréquence cardiaque à 218 battements/minute, de lui porter secours et de lui fournir

des soins, alors même qu'il était avisé de la présence de ce patient et qu'il était vraisemblable de croire qu'il présentait une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate (chef 1).

Le 31 juillet 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Clifford Albert une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux semaines sur l'unique chef de la plainte.

Les parties ayant renoncé au droit d'en appeler de la décision du conseil, le Dr Clifford Albert est donc radié du

tableau de l'ordre pour une période de deux semaines à compter du 6 août 2012.

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

Montréal, le 6 août 2012
M^{re} CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-11-00748)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Joseph Bitchoka** (84511), exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec) a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée soit :

d'avoir commis, au cours de la période allant de novembre 2010 à décembre 2010, des actes dérogatoires envers une patiente qui le consultait à son bureau le 26 novembre 2010, notamment en lui faisant connaître ses numéros de télé-

phone personnels, la rencontrant au restaurant à trois reprises, la recevant chez lui à quelques occasions, lui dévoilant plusieurs éléments de sa vie personnelle et laissant s'établir une intimité psychologique et physique dont ont résulté des propos et des gestes sexuels (chef 1).

Le 5 juin 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Joseph Bitchoka une période de radiation de 2 mois du tableau de l'ordre pour ce chef.

Le Dr Joseph Bitchoka est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux mois à compter du 10 juillet 2012.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 23 juillet 2012
M^{re} CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-11-00742)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Nicolas Duval** (85209), exerçant la profession de médecin (chirurgie orthopédique) à Laval (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir, le 3 décembre 2007, négligé d'entrer en contact avec le radiologiste afin de discuter avec lui des trouvailles rapportées au rapport de résonnance, négligeant également, entre le 4 décembre 2007 et le 14 mai 2008, d'investiguer ou de référer le patient dans les meilleurs délais pour investigation, malgré la réception dudit rapport qui décrivait une atteinte diffuse au tibia, à l'extrémité proximale du péroné et presque entièrement à l'extrémité distale du fémur, et qui évoquait la possi-

bilité d'un lymphome, et malgré le questionnement d'un confrère à ce sujet le 14 décembre 2007 (chef a);

d'avoir négligé, entre le 4 décembre 2007 et le 14 mai 2008, d'informer dans les meilleurs délais le patient, des anomalies décrites à la résonnance magnétique du 3 décembre 2007, du diagnostic possible de lymphome au niveau des structures osseuses du fémur, du tibia et du péroné du membre inférieur droit, ou du questionnement du radiologiste à ce sujet malgré, entre autres, la persistance puis l'augmentation de la douleur dont lui a fait part le patient (chef b).

Le 7 juin 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Nicolas Duval une radiation du tableau de l'ordre pour une

période d'un mois sur les chefs a et b de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

La décision du conseil étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le Dr Nicolas Duval est donc radié du tableau de l'ordre pour une période d'un mois à compter du 17 juillet 2012.

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

Montréal, le 17 juillet 2012
M^{re} CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-09-00708)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Gilles Mercier** (67305), exerçant la profession de médecin (obstétrique et gynécologie) à Pointe-Claire (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir négligé de rédiger ou de dicter son protocole opératoire dans un délai raisonnable, malgré des avis ou des rappels à cet effet depuis 1998, allant à l'encontre des normes et des standards de pratique en matière de dictée de protocole opératoire; d'avoir dérogé à ses obligations dans un cas du CSSS de l'Ouest-de-l'Île, pour une patiente opérée le 1^{er} mai 2009 pour une salpingo-

ovariectomie, appendicectomie dont le protocole opératoire n'était pas encore rédigé ou dicté le 16 juin 2009 (chef 1a).

Le 4 mars 2011, le conseil de discipline a imposé au Dr Gilles Mercier une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux (2) mois sur le chef 1a de la plainte amendée.

Le 1^{er} avril 2011, le Dr Mercier en a appelé de la décision du conseil de discipline au Tribunal des professions en vertu de l'article 164 du *Code 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 28 juin 2012 et

signifié au Dr Mercier le 10 juillet 2012 accueille partiellement l'appel. La décision du conseil de discipline à l'effet de radier le Dr Gilles Mercier sur le chef 1a est confirmée.

Le Dr Gilles Mercier est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux (2) mois à compter du 11 juillet 2012.

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

Montréal, le 17 juillet 2012
M^{re} CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

PÉRIODE : DU 15 MAI AU 15 AOÛT 2012

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

NOM, PRÉNOM	NO DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Baxter, Donald W.	63044	Neurologie / Électroencéphalographie	Montréal
Boucher, Jacques	71133	Neurochirurgie	Sherbrooke
Carignan, Pierre	59058	Médecine de famille	Verdun
Carsley, Holly	95071	Médecine de famille	Tatamagouche
Couture, Jean-Paul	48037	Médecine interne / Médecine communautaire	Verdun
Daigle, G. A.	50047	Chirurgie orthopédique	Lévis
Danjou, Charles	81333		Montréal
Dunn, David	77335	Médecine de famille	Verdun
Dupuis, André	62116	Psychiatrie	New York
Grondin, Claude	56056	Anatomo-pathologie	Drummondville
Khy, Visithan	95255	Médecine interne / Rhumatologie	Amos
Langlois, Jean-Louis	48092	Psychiatrie	Outremont
Lemire, Marc-André	72078	Médecine de famille	Montréal
Mupenda, Albert	78514	Médecine de famille	Mont-Saint-Hilaire
Paquette, Jacques-Yves	76162	Médecine de famille	L'Île-Perrot
Perras, Maurice B.	74057	Radiologie diagnostique	Sherbrooke
Shane, Rita	43187	Pédiatrie	Saint-Laurent
Simard, Paul	57244	Radio-oncologie	Mont-Royal
Solymoss, Bela Charles	73625	Anatomo-pathologie / Biochimie médicale	Montréal
Tremblay, Pierre C.	58284	Obstétrique et gynécologie	Ottawa
Trudeau, Vincent	80246	Médecine de famille / Médecine du travail	Montréal
Vaillancourt, Pierre	47084	Chirurgie plastique	Laval
Williamson, Robert James	78619	Médecine de famille	Vanier

NOUVEAUX MEMBRES

PÉRIODE : DU 15 MAI AU 15 AOÛT 2012

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF

Barthélémy, Bernard Francis	Dion-Cloutier, Philippe	Lemaître, Jean-Luc	Samson, Karine
Bélanger, Chantale	El Fishawy, Rami	Létourneau, Justin	Sauriol-Lapalme, Ève-Magali
Ben Jmaa, Wissal	Gagné, Marie-Michèle	Madani, Daniel Luc	Schwenter, Frank
Bienvenue, Véronique	Giard, Marie-Claude	Martineau Corbeil, Élise	Tourian, Leon
Bollée, Guillaume	Girard-Desbiens, Catherine	Marzouki, Monia Samia	Tremblay, Emilie
Carbery, Michael	Glorion, Antoine	Michaud, Guillaume	Tremblay, François
Chami, Rose	Godoy Pimenta, Newton Jose	Mongeon, Mikaël	Vanderschuren, Abel
Chaput, Geneviève	Granger, Perrine	Nakhost, Arash	Vaucher, Michel Pierre
Ciarallo, Anthony	Hardy, Guillaume	Nwilati, Hanad	
Cohen Bacry, Jean-Philippe	Jao, Kevin	Ou, Sopheap	
Coll, Xavier Philippe Louis	Kurzencwyg, David	Ouellet-Pelletier, Julie	
Cyr, Marc François	Lampron-Goulet, Eric	Palumbo, Andrea	
Désilets, Étienne	Landry, David	Patocka, Catherine	

MÉDECINS SPÉCIALISTES

ANATOMO-PATHOLOGIE

Lussier, Catherine
Roussel-Jobin, Aude

ANESTHÉSIOLOGIE

Bégin-Larouche, Julie
Cyr, Jason Denis
Gaudreau, Annie
Gaulin, François
Guay-Langevin, Vincent
Hakim, David
Kumar, Pavan
Lachance, Monia
Laprise-Demers, Audrey
Laraya, José Ferdows G.
Lavallée, Catherine
Lecours, Mylène
Malenfant, Paul-André
Masse, Michèle Elaine
Nadeau, Caroline
Zaphiratos, Vasiliki Valérie

BIOCHIMIE MÉDICALE

Kanj, Nada

CARDIOLOGIE

Nosib, Shravankumar Satyadev

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Bilodeau, Josée
Bourbonnais, David
Camiré, Jean-Sébastien
Deslauriers, Nancy
Doyon, Caroline
Hassan, Saima
Hétu, Jessika
Lafortune-Payette, Annie
Noël, Guylaine
Touré, Lössany El-Hamine
Wackett, Charles Jeffrey Lawton

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Arteau, Annie
Bélanger, Jean-Philippe
Gélinas-Chaîné, Karine
Grenier, Stéfanie
Leclerc, Etienne
Rodrigue, Jean-Philippe
Weber, Michael H.

CHIRURGIE PLASTIQUE

Arsenault, Frédéric
Badran, Haitham
Cardin Langlois, Étienne
Tremblay, Dominique

DERMATOLOGIE

Bertrand, Janie
Caron, Marilyn
Jean, Sara-Elizabeth
Thériault, Mimi

ENDOCRINOLOGIE

ET MÉTABOLISME
Duranceau, Caroline

MÉDECINE DE FAMILLE

Adam, Fhameeda
Allard, Myriam
Anctil, Audrey
Asnong, Véronique
Audet, Alexandra
Auger, Julien
Barbarese, Gabrielle
Bédard, Caroline
Bélanger Ducharme, Frédérique
Benny, Frédéric
Bernard, Diane
Bernatchez, Marilou
Bertrand-Bovet, Audrey
Borten, Odelia
Bouchard, Jasmin
Bouchard-Rochette, Marie-Eve
Boucher, Andrée-Anne
Boucher-Bélanger, Catherine
Boudreau, Julie
Bourassa, François
Breault, Marie Dominic
Bureau-Morin, Marie-Andrée
Caron, Patricia
Carrière, Isabelle Denise
Caya, Valérie
Chiry, Samah
Claracq, Marine
Coderre, Amélie
Copley, James
Cournoyer-Roy, Audrey
Coutu, Elizabeth
Dang, Marilyne
de Varennes, Maryline
Decoeur, Isabelle
DeGuire, Richard
Deraspe, Mylène
Dermarkar, Julie Emmanuelle
Deschamps, Julie
Desgagné, Catherine
Desmarais, Marc
Dicaire, Stéphanie
Dion, Andréanne
Doucet, Anne-Marie
Doyon Olivier, Joëlle
Drouin, Simon
Dubois, Marie-Ève

Duguay, Annick
Eugene, Alain
Fairbairn, James
Fortin, Maude
Gagnon, Josiane
Gagnon, Marie-Eve
Gardie Suarez, Juan Ernesto
Garneau, Jessica
Garneau, Sara
Gauthier, Jean
Gauthier, Raphaëlle Marianne
Gauthier-Bizier, Sabrina
Genot, Roxane
Gilbert, Vanessa
Goldsmith, Lindsay
Gotlieb, Stéphanie
Goyette, Raphaël
Greenberg, Michael
Grégoire-Champagne, Samuel
Guay, Joanie
Guérin, Caroline
Guilbault, Mathieu
Guizani, Sinda
H. Ouimet, Myriam
Hallage, Marie Gabrielle
Hamel, Alexandra
Han, Lily Yanliang
Hebert, Benedict
Jalbert, Marc
Jbala, Moulay Abdelaali
Kramer, John
Kuganathan, Girudiha
L'Écuyer, Geneviève
Labuda, Zuzanna
Lachance, Marie-Josée
Lafontaine-Godbout, Matthieu
Lagodich, Marina
Lajeunesse-Viens, Guylaine
Landry, Cynthia
Laplante Paquin, Tristan
Lapointe, Annie-Pier
Larkin, Émilie
Lavoie, Joël
Leblanc, Émilie
Leblanc, Valérie
Lebrun, Philippe
Lemaire, Frédéric B.
Lemay-Roy, Claudia
Lemieux, Marie-Pier
Lemyre, Karine
Lesage, Marie-Ève
Levasseur, Louis-Bernard
Lévesque, Marise
Lieke, Anau Mangondo
Lopez Osorio, Isabel
Mailhot, Annie-Claude
Mailly, Christian

Maranda, Sophie
Marquicio de Tomas, Maria Yanela
Massicotte, Caroline
Maurice, Sophie
McNicoll, Annie
Mercier, Nicolas
Millette, Rébecca
Moisan, Andrée-Anne
Morin, Dominique
Mulaja Wa Mulaja, Aubin
Negrete, Sebastian
Noël, Audrey
Noël, Caroline
Orr, Alexandra Renée
Ouedraogo, Eva Yolande Jocelyne
Padan, Callie
Papillon, Elise
Parissier, Adrien
Patry, Rose-Marie
Payeur, Jean-Martin
Penes, Mihai-Catalin
Perez, Barbara
Perreault, Julie
Perron, Mylène
Picard-Turcot, Anaë
Pinard, Josianne
Plante, Jean-Luc
Podaru, Elena-Ioana
Popencu, Madalina
Potvin, Sandra
Poulin-Trépanier, Evelyne
Prévost, Guillaume
Proulx, Nicolas
Provencher, Jean-François
Quesnel, Vanessa
Ranev, Dimitre
Rhéaume-Lanoie, Myriam
Richard, Karine
Richard-Chapleau, Félix
Rizzuto, Anthony
Rondeau, Frédérique
Roy Talbot, Vincent
Roy, Danny
Royer-Lavallée, Joanie
Rusu, Gabriela Raluca
Samson, Isabelle
Sanfaçon, Lorraine
Schirmer, Nicholas
Sergerie, Keven
Sexton, Émilie
Shaw, Julia
Sidani, Karine
Smith, Genevieve A.
Soulard, Caroline
St-Amant, Lincey
St-Sauveur, David
Sun, Siwen

MÉDECINS SPÉCIALISTES

Talbot, Marie-Pier
 Tannenbaum, Joanne Alyssa
 Tassé, Eliane
 Thai, Dine Chung Karina
 Thai, Minh-Thu
 Thanh, Christine
 Theodorescu, Paul
 Tremblay, Emilie
 Tremblay-Pouliot, Joanie
 Trinh Tan, Frédérick
 Trudel, Claudine
 Tsoulos, Panagiotis
 Turcotte, Anna-Marie
 Turmel, Linda
 Ubeda, Ivan
 Vallières-Pilon, Julia
 Vignola, Élise
 Villemure, Marie-Pier
 Voyer, Isabelle

MÉDECINE D'URGENCE

Blanchet, Mathieu
 Dumas, Catherine
 Fortin, Jérôme
 Lamarre, Marie-Lise

MÉDECINE INTERNE

Bégin, Philippe
 Bernard, Maude
 Bessissow, Amal
 Bissonnette, Julien
 Bonenfant, Francis
 Bouchard, Simon
 Bourget, Philippe
 Champagne, Patrick
 Cloutier, Jonathan
 Fabi Dussault, Charles
 Grbic, Dusanka
 Grenier, Louis-Pierre
 Grondin Beaudoin, Brian
 Hayami, Douglas
 Jones, Janelle
 Kermack, Andrea
 Lafleur, Alexandre
 Mardini, Louay
 Niyazova, Munira
 Palumbo, Michel
 Pépin-Dubois, Yanek
 Perpignan, Frantz
 Petrucci, Martin
 Picard, Matthieu
 Rasti, Mandana
 Reid, Geneviève
 Riahi, Mounir
 Roberge, Guillaume
 Tsoukas, Alexander
 Tsoukas, Michael
 Zarruk, Alexandro Ricardo Lavallée

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Poisson, Frédéric

MÉDECINE PHYSIQUE ET
RÉADAPTATION

Luong, Dien Hung

MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET
INFECTIOLOGIE

Bestman-Smith, Julie
 Carrier, Marc
 Gervais, Philippe
 Lapointe, Véronique
 Lauzon Laurin, Anaïs
 Tremblay, Julie

NÉPHROLOGIE

Weber, Catherine L.

NEUROCHIRURGIE

Côté, Martin
 Khuong, Hélène Thida

NEUROLOGIE

Camden, Marie-Christine
 Côté-Mantha, Evelyne
 Gupta, Meera
 Keezer, Mark Robert
 Lareau-Trudel, Emilie
 Mc Guire, Claudie
 Thibeault-Eybalin, Marie-Pierre

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Arbour-Levert, Mélanie
 Beauregard, Mélanie
 Bédard, Natacha
 Bérubé, Laurie
 Brassard, Liliane
 Caron, Michelle
 Gagnon-Gervais, Karine
 Laporte, Nathalie
 Michaluk, Audrey
 Simard-Émond, Laurence

OPHTALMOLOGIE

Achim, Catherine
 Beaulieu, Sophie
 Chmielewska, Karolina
 Couture, Simon
 Daniel, Shannon
 Desgroseilliers, Anik
 Ghali, Zineb
 Laroche, Maxime
 Lor, Huy Sroy
 Toren, Andrew

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE /
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Abboud, Olivier
 Hilaréguy, Natacha
 Lachance, Sophie
 Marin, Patrick

PÉDIATRIE

Charest, Véronie
 Chevalier, Claudia
 Di Genova, Tanya
 Donlan, Matthew Arthur Joseph
 Fortin-Pellerin, Etienne
 Fréchette-Pelletier, Émilie
 Gafoor, Tamara Angela
 Goyette, Anne-Marie Eloïse
 Hassaine, Assia
 Janssen, Lyne
 Marcotte, Marie-Eve
 Morantz-Ornstein, Gillian
 Roy, Ann-Véronique
 St-Laurent Lemerle, Catherine

PSYCHIATRIE

Bastien-Chrétien, Christine
 Bélair, Patricia
 Ben Cheikh, Imen
 Brunelle, Sarah
 Bunea, Mioara
 Chénard, Marise
 Chiasson, Éric
 Durand, Myriam
 Fortin, Marie-Ève
 Huppé, René
 Lebel, Catherine
 Lessard, Stéphanie
 Michaud, Isabelle
 Morin, Audrey
 Ouellet-Plamondon, Clairéline
 Paillé, Catherine
 Panneton, Isabelle
 Prévost, Alexandra
 Proulx, Alexandre
 Radermaker, Steve
 Rivest, Jean-François
 Roberge, Anne-Marie
 Robitaille, Erik
 Swenor, Rachel

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Bernard, Annie
 Blouin, Valérie
 Couture, Sophie
 Houle, Virginie
 Jocov, Drago Dragoljub
 Morissette, Sébastien
 Nolet-Lévesque, Philippe
 Robichaud, Simon
 Tarakdjian, Noushig
 Tehranipour, Neda

RADIO-ONCOLOGIE

Froment, Marie-Anne
 Jean-Mary, Evelyne
 Mhiri, Salma Nadia
 Villeneuve, Hugo

UROLOGIE

Baillargeon-Gagné, Sara
 Bettez, Mathieu
 Gagnon, Louis-Olivier
 Imbeault, Annie
 Letendre, Julien
 Trinh, Quoc-Dien

Un produit développé par

Logiciels

INFODATA

Logiciels

Ofys

Une solution complète pour informatiser votre pratique

Et son compagnon...



Ofys

mobile

Disponible sur le App Store^{MD}

Version iPhone^{MD}

App Store et iPhone sont des Marques de commerce de Apple inc.

OFYS est un DMÉ certifié par le MSSS

Contactez-nous pour plus d'informations sur Ofys ou
sur nos autres produits certifiés MED-Office et OscarQc

1.866.831.9077 | www.ofys.net | www.infodata.ca