

Le Collège



Le don d'organes

> Retour sur le colloque 2011
On est 20 000, faut se parler...

- > Les lauréats des Prix du Collège :
Les Drs Pierre J. Durand et Gilles Julien
- > Le médecin qui dérange
- > La Direction des études médicales
L'accès à la profession



6 000

Nombre de participants de 1980 à 2009

5 000

4 000

3 000

2 000

1 000

LE CHOIX NATUREL DES OMNIS

**NOTRE SOCIÉTÉ A SES
RACINES CHEZ LES
MEMBRES DE LA FMOQ.
ELLE EST LE FRUIT
DE TROIS DÉCENNIES
DE DÉVELOPPEMENT
ET D'ADAPTATION
À LEURS BESOINS
ET À LEURS INTÉRÊTS.**

Un nombre imposant d'omnipraticiens et d'omnipraticiennes du Québec choisissent d'investir par l'entremise de la société *Les Fonds d'investissement FMOQ inc.* Et leur nombre va croissant. C'est une question de confiance et d'intégrité.

Au large éventail de produits financiers offert par la Société, s'ajoute un service de planification financière de haut niveau et très prisé, qui se caractérise par sa qualité et son impartialité.

Faites comme des milliers de vos collègues et profitez de l'expertise de conseillers avisés et objectifs qui ne sont pas rémunérés à commission. Ils vous feront, sans aucuns frais ni engagement, les meilleures recommandations en vue d'implanter une stratégie bien adaptée à votre situation et à l'environnement économique actuel. Renseignez-vous.



La société *Les Fonds d'investissement FMOQ inc.* est en plein virage vert.

ÉLARGISSEMENT DU CHAMP D'EXERCICE OU DES PARTS DE MARCHÉ ?

La collaboration interprofessionnelle en santé a, au cours de la dernière décennie, pris un essor considérable sous diverses formes. À la pratique médicale axée sur la collaboration se sont greffées la superposition de différentes connaissances et l'utilisation parallèle ou complémentaire de plusieurs disciplines. Cette collaboration a évolué, passant d'échanges entre professionnels de formations différentes afin d'offrir une complémentarité dans les services à des interactions entre ces différentes professions, ce qui a ainsi engendré de nouvelles disciplines.

Plusieurs professionnels de la santé souhaitant étendre leurs champs d'exercice en y ajoutant certaines activités réservées aux médecins utilisent souvent les arguments d'une meilleure accessibilité ou d'une rapidité accrue dans la prestation de services aux patients pour motiver ces demandes. Ce discours est en général bien reçu par la population ainsi que par les politiciens. Cependant, il faut se demander si l'acquisition d'une nouvelle part de marché n'est pas l'objectif réel de ces demandes.

Le Collège des médecins contribue depuis plusieurs années à la mise en place de mesures visant à favoriser un accès équitable à des soins et à des services médicaux de qualité pour la population québécoise. Il a notamment identifié les activités médicales pouvant être exercées par d'autres professionnels dans le respect du champ d'exercice de chacun. De plus, pour pallier plusieurs lacunes du système, le Collège a autorisé l'exercice de certaines activités pour d'autres travailleurs du secteur de la santé.

La question qui se pose aujourd'hui : est-il vraiment nécessaire de revoir les lois pour confier à d'autres professionnels des activités traditionnellement réservées aux médecins ?

Pourquoi ne pas plutôt investir dans une vraie collaboration avec un meilleur partage des informations, dans le respect du champ d'exercice et des compétences de chacun ? Il existe actuellement des mécanismes efficaces qui méritent d'être exploités adéquatement au préalable. Il serait sûrement plus profitable de régler nos problèmes d'intendance, dont l'assouplissement de certaines procédures administratives, et de raffiner les services offerts aux patients plutôt que de créer des affrontements qui n'apporteront rien de nouveau.

Il devient donc essentiel et impératif pour chaque professionnel de la santé de bien comprendre que l'objectif ultime est le mieux-être de nos patients et non l'élargissement des champs d'exercice... ou des parts de marché.

Charles Bernard, M.D.
Président-directeur général



EXPANDING SCOPE OF PRACTICE OR MARKET SHARE?

Over the past decade, interprofessional collaboration within the healthcare sector has developed considerably in various forms. As such, different types of knowledge and the parallel or complementary use of a number of disciplines have been superimposed onto collaborative medical practice. This collaboration has evolved from exchanges among professionals with different types of training in order to offer a complementarity in services, to interactions between these different professions, to the very point of giving rise to new disciplines.

Numerous health professionals who wish to expand the scope of their practice by taking on other activities reserved for physicians often use the arguments of improved accessibility or accelerated care and treatment of patients to explain their motivations. These arguments are generally well received by the public and politicians alike. However, one has to ask whether or not the acquisition of a new share of the market is not the real objective here.

For several years now, the Collège des médecins has contributed to the implementation of measures aimed at promoting equitable access to quality medical care and services for the Québec population. In so doing, the Collège has identified medical activities that could be carried out by other professionals with respect for the scope of practice of each party concerned. Moreover, to address numerous shortcomings of the system, the CMQ has authorized others working in the healthcare system to undertake certain functions.

The question that must be asked today is the following. Is it really necessary to revisit the legislation in order to entrust other professionals with activities traditionally reserved for physicians?

Instead, why not invest in genuine collaboration with better sharing of information and with respect for the scope of practice and competencies of the parties concerned? There are efficient mechanisms presently in place that warrant being adequately exploited first. It would certainly be more advantageous to resolve our day-to-day problems of supply – by streamlining certain administrative procedures, for example – and to improve the services being offered to patients, rather than to create confrontations that will bring nothing new to the table.

Ultimately, it is essential and imperative for each and every health professional to understand that the overriding objective is the well-being of our patients and not expanding scope of practice... or market share.

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

COMITÉ EXÉCUTIF

Dr Charles Bernard, Dr Markus C. Martin,
M. Pierre Parent, Dr André Rioux.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Louise Authier
Médecine de famille
Montréal, 2010-2014

Dr Charles Bernard
Médecine de famille
Québec, 2008-2012

Dr Aurore Côté
Pneumologie
Montréal, 2010-2014

Dr Josée Courchesne
Médecine de famille
Montréal, 2010-2014

Dr Luc Dallaire
Médecine de famille
Chaudière-Appalaches,
2008-2012

Dr Guy Dumas
Médecine de famille
Mauricie, Centre-du-Québec,
2008-2012

Dr Pierre Fiset
Anesthésiologie
Montréal, 2010-2014

Dr France Laurent Forest
Médecine de famille
Bas-Saint-Laurent, Gaspésie,
Îles-de-la-Madeleine,
2008-2012

Dr Carolyn R. Freeman
Radio-oncologie
Montréal, 2010-2014

Dr Michel Garner
Médecine d'urgence
Montréal, 2010-2014

Dr Mauril Gaudreault
Médecine de famille
Saguenay, Lac-St-Jean,
Côte-Nord, Nord-du-Québec,
2008-2012

Dr Jean-Yves Hamel
Chirurgie générale
Estrie, 2008-2012

Dr Julie Lajeunesse
Médecine de famille
Montréal, 2010-2014

Dr Julie Lalancette
Médecine de famille
Lanaudière, Laurentides,
2008-2012

Dr Marie-Hélène LeBlanc
Cardiologie
Québec, 2008-2012

Dr Jean-Marc Lepage
Médecine de famille
Montréal, 2008-2012

Dr Bernard Lespérance
Oncologie
Montréal, 2010-2014

Dr Markus C. Martin
Obstétrique-gynécologie
Montréal, 2010-2014

Dr André Rioux
Médecine de famille
Laval, 2010-2014

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

Dr Guy Lalonde
Vice-doyen 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 Ebnoether, 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
2^e trimestre 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel: collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 Élargissement du champ d'exercice ou des parts de marché?

MISE AU POINT

5 Le secret professionnel au quotidien

À LA UNE

7 Le médecin, le don d'organes et ses enjeux moraux

14 Retour sur le colloque 2011: *On est 20 000, faut se parler...*

À L'AGENDA

10 Survol de l'actualité médicale

11 Publication

NOUVEAUTÉS SITE WEB

12 Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule automobile

12 ALDO-Québec, version anglaise

12 Cotisation et nouveaux formulaires en ligne

12 Ménage dans les publications du Collège

À L'HONNEUR

13 Le Dr Jean-Bernard Trudeau nommé secrétaire adjoint du Collège des médecins du Québec

13 Lauréat du Prix du Conseil interprofessionnel du Québec 2011

13 Prix mérite du Conseil interprofessionnel du Québec 2011

18 Prix d'humanisme 2011 du Collège des médecins

19 Prix d'excellence 2011 du Collège des médecins

LES MANCHETTES

20 La Direction des études médicales (DEM) – L'accès à la profession

23 Question de pratique: outre un médecin, qui peut prescrire des radiographies?

24 Le médecin qui dérange

25 Milieux de soins sécuritaires pour nos aînés

26 Un service qui gagne à être connu

MÉDICAMENTS

25 Avis, mises en garde et retraits

25 Achat de matériel médical sur Internet, la prudence est de mise

26 ATELIERS ET FORMATIONS

27 AVIS DE RADIATION

28 AVIS DE DÉCÈS

30 NOUVEAUX MEMBRES

31 COIN DES LECTEURS

ENSACHÉ AVEC CE NUMÉRO

- *Règlement modifiant le Règlement concernant l'assurance-responsabilité professionnelle des médecins*
- *Le Collège vous consulte*

Le secret professionnel au quotidien

Lors des sessions de formation obligatoire ALDO (*Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*) que je donne depuis quatre ans à tous les candidats au permis d'exercice, quand j'aborde le sujet du secret professionnel, je soumetts les participants à un petit test. Je leur pose la question suivante: «Dans un hôpital, quels sont les endroits où vous pouvez connaître le nom, le numéro de chambre, le ou les diagnostics et les traitements des patients?»

Le but de l'exercice n'est pas d'obtenir des réponses à cette question. Nous connaissons tous ces endroits: la cafétéria, l'ascenseur, le corridor, les toilettes, etc. L'épreuve vise à mesurer le délai pour obtenir des réponses; il est toujours d'une fraction de seconde. Lorsque je le fais réaliser aux participants, ils comprennent que nous, les médecins et les résidents en formation, avons peut-être un problème à respecter nos obligations. L'autre constat auquel j'arrive: la fraction de seconde est la même pour tous les groupes. Ceci démontrerait-il que le problème est généralisé et persistant?

À l'ère des médias sociaux, les problèmes liés au respect du secret professionnel prennent des dimensions insoupçonnées. Récemment, un médecin me demandait dans un courriel s'il y avait un bris du secret professionnel lorsqu'un médecin utilisait sa page Facebook pour relater ses expériences professionnelles. Écrire sur un patient quand on travaille dans un milieu urbain anonyme est une chose, mais lorsqu'on travaille dans un petit village où tout le monde se connaît et se reconnaît, n'est-ce pas un bris du secret professionnel? Mais au fait, pourquoi écrire sur nos patients sur une page Facebook? Et si le patient concerné finissait par lire ce qu'on écrit sur lui? Contrôle-t-on vraiment l'usage de l'information que l'on rend accessible sur la place publique que sont les médias sociaux?

La prudence en matière de secret professionnel commence par une prise de conscience. L'assurance que l'information partagée restera confidentielle est à la base de la confiance du patient envers la profession médicale et le médecin consulté qui la représente. Ne pas en tenir compte, c'est risquer d'affaiblir les fondements de cette relation de confiance. À cet égard, le médecin est le professionnel de la santé qui doit donner l'exemple. Que voudrions-nous que l'on dise à notre sujet, lorsqu'à notre tour nous deviendrons des patients? Préserver le secret professionnel au quotidien commence d'abord par exercer une vigilance pour soi-même et pour ses collègues. C'est le respect de ce principe qui caractérise un professionnel.

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



The Everyday Professional Secrecy

During the mandatory ALDO (*Legal, Ethical and Organizational Aspects of Medical Practice in Québec*) training sessions that I have been conducting over the past four years for candidates seeking to embark on the practice of medicine, when I address the subject of professional secrecy, I have participants take a little test. I ask them the following question: "Where, in a hospital, can you obtain the name, room number, diagnoses and treatment information on patients?"

The purpose of the exercise is not really to get answers to this question. We all know where to go for this information – the cafeteria, the elevator, the corridor, the washrooms, and so on. The actual goal of the test is to measure the time it takes to obtain the answers – which is always a fraction of a second. When I conduct this exercise, I help the participants realize that perhaps we – physicians and residents in training – may have a problem in respecting our obligations. The other thing I have observed is that the fraction of a second applies for all groups, which leads to another question: "Is this not a demonstration of the fact that the problem is pervasive and persistent?"

In this era of social media, problems related to respecting professional secrecy have taken on unexpected proportions. Recently, a doctor e-mailed me to ask if there is a breach of professional secrecy when a physician uses his Facebook page to recount his professional experiences. Writing about a patient when we work in a large and anonymous urban environment is one thing. However, when we are located in a small town where everyone knows and recognizes one another, does the use of Facebook not constitute such a violation of secrecy? In fact, why do we need to be writing about our patients on a Facebook page? What if the patient were to somehow read that account? Do we not lose control of information that we make publicly accessible via such social media?

Prudence in the area of professional secrecy begins with awareness and recognition. The assurance that shared information will remain confidential is at the very heart of the confidence and trust a patient has in the medical profession and in the treating physician who represents the profession. By not taking that into account, we risk eroding the foundations of this relation of trust. In that regard, the physician is the health professional who must set the example. What would we want said about us when we will become the patient? Preserving everyday professional secrecy starts with being vigilant for oneself and for our colleagues. Indeed, it is the respect for this principle that characterizes a professional.

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

LA DÉMOCRATIE NE S'ACHÈTE PAS

POUR PRÉSERVER LA CONFIANCE EN NOTRE DÉMOCRATIE,
L'ASSEMBLÉE NATIONALE A ADOPTÉ DE NOUVELLES RÈGLES
DE FINANCEMENT DES PARTIS POLITIQUES

- Toute contribution de 100 \$ et plus destinée à un parti politique, à un député ou à un candidat indépendant au palier provincial devra dorénavant être versée au Directeur général des élections.
- Les électeurs doivent se limiter à un don maximal de 1000 \$ par année à chacun des partis, des députés et des candidats indépendants.
- L'électeur devra déclarer par sa signature que sa contribution est versée à même ses propres biens, volontairement, sans compensation ni contrepartie et que cette contribution ne peut faire l'objet d'un quelconque remboursement.
- Nos lois électorales prévoient dorénavant des sanctions plus sévères. Les amendes minimales imposées pour certaines infractions sont multipliées par 10 pour une personne physique et par 20 pour une personne morale. De plus, une condamnation pour certaines infractions entraîne une interdiction de conclure un contrat avec tout organisme public provincial, municipal ou scolaire pour au moins trois ans.

POUR PLUS D'INFORMATION : ELECTIONSQUEBEC.QC.CA



LE DIRECTEUR GÉNÉRAL
DES ÉLECTIONS DU QUÉBEC

Chaque fois, c'est la démocratie qui gagne



LE MÉDECIN, LE DON D'ORGANES ET SES ENJEUX MORAUX

AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE, L'INTÉRÊT DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) À L'ÉGARD DE LA MÉDECINE DE TRANSPLANTATION S'EST MANIFESTÉ DE DIFFÉRENTES FAÇONS, CORRESPONDANT ASSEZ BIEN À LA FAÇON DONT LE DON D'ORGANES A ÉVOLUÉ DANS LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE.

Le comité de transplantation du CMQ produit depuis le début des années 2000 des rapports annuels concernant les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec. Ces rapports, dont le dernier couvre l'année 2006¹, permettent de constater que le Québec est en assez bonne posture pour ce qui est des dons d'organes après un décès neurologique (DDN). Conscient des enjeux moraux, le CMQ participe également depuis plusieurs années au comité d'éthique de Québec-Transplant.

Plus récemment, l'opinion du CMQ a été sollicitée à la suite de la proposition de mettre en place au Québec un projet-pilote de don après un décès constaté selon des critères cardiocirculatoires (DDC) plutôt que neurologiques, comme c'est généralement le cas pour les dons cadavériques. En novembre 2005, le Conseil d'administration (C.A.) s'est montré favorable au projet-pilote, tout en imposant certaines contraintes et une réévaluation après une quinzaine de cas. Les résultats du projet s'avérant concluants, le Collège s'est prononcé, en juin 2010, en faveur d'un élargissement de cette pratique au Québec. Comme cet élargissement ne pourra réussir que si l'ensemble des médecins et de la population y participe, le Collège a cru bon de produire un nouveau document concernant les enjeux moraux du DDC, qui reprend essentiellement l'analyse à laquelle son groupe de travail en éthique clinique s'était livré en 2005².

Des phénomènes encore plus récents, le tourisme de transplantation et le trafic d'organes notamment, ont incité certains médecins à demander conseil sur la conduite à tenir face à des patients greffés à l'étranger. Un avis sur ce sujet précis leur a été remis en novembre 2007³, mais dans

la foulée, le C.A. a mandaté le groupe de travail en éthique clinique pour réfléchir plus largement au don vivant, puisque celui-ci soulève plusieurs questions sur le plan de l'éthique professionnelle des médecins. Bien qu'il se développe moins rapidement que le don cadavérique, ce type de don va

qui sont différentes des situations cliniques habituelles. Les médecins mesurent généralement les risques et les avantages d'une intervention pour une seule et même personne, le plus souvent malade, et ils procèdent seulement si les avantages escomptés pour ce patient l'emportent sur les risques.

[Lorsque le don d'organes progresse dans une société, tous les médecins risquent finalement d'être concernés. Aussi, le Collège estime-t-il important de participer à cette évolution et d'inciter les médecins à faire de même.]

en augmentant au Québec et il prend des formes nouvelles. Le rapport du groupe de travail, intitulé *Le médecin et le don vivant*, a été approuvé par le C.A. le 25 mars 2011. Ce document analyse et déconstruit pour mieux la réarticuler l'apparente opposition entre l'éthique médicale et le don vivant⁴.

Au Québec comme ailleurs, la médecine de greffe est une pratique en pleine croissance. Sur le plan technique, les réussites sont impressionnantes et la greffe se présente comme la dernière solution pour un nombre de plus en plus grand de malades. Dans les pays technologiquement avancés, elle se développe maintenant à un rythme que seule la pénurie d'organes semble vouloir limiter. Est-ce à dire que les médecins et la population doivent y collaborer sans autre forme d'examen?

Il est largement reconnu que le don d'organes soulève plusieurs enjeux moraux et, si l'on se fie aux diverses réflexions menées au Collège, les médecins héritent de questions particulièrement inédites et difficiles. En fait, les dons d'organes créent des situations

Mais quand il est question de greffer un organe, il s'agit d'au moins deux patients. Alors, de quoi parle-t-on au juste quand on parle des risques et des avantages : des risques pour les uns et des avantages pour les autres?

Dans nos sociétés du moins, une chose est claire sur le plan moral : il est hors de question que l'on sacrifie la santé d'une personne pour qu'une autre puisse en bénéficier. Mais comment faire, pratiquement, pour que cela n'arrive jamais ? Si l'on veut que le don d'organes demeure ce qu'il est présentement au Québec, à savoir un don de vie et une manifestation de solidarité, il faut continuer à s'imposer collectivement certaines précautions.

LE DON D'ORGANES APRÈS UN DÉCÈS NEUROLOGIQUE (DDN)

Même si la chose était loin d'être évidente avant que le concept de « mort cérébrale » ne soit reconnu dans les années 1960, le don cadavérique est maintenant considéré comme une pratique non seulement acceptable moralement, mais à encourager dans



nos sociétés. La crainte d'imposer des risques indus à une personne pour en sauver une autre existe toujours, mais, dans ces cas, elle est minimisée par l'état du donneur potentiel. Pour plusieurs, la perspective du don pourrait même redonner du sens à une situation désespérée.

Néanmoins, certaines précautions ont été jugées essentielles même pour le DDN. Elles visent à assurer à la personne mourante tous les soins requis par son état, et ce, jusqu'à la fin. Elles visent également à respecter ses volontés, de même que le deuil de ses proches. Ces préoccupations peuvent se traduire un peu différemment, mais on les retrouve dans tous les protocoles de DDN, dont ceux qui font consensus au Québec et au Canada.

- Les décisions de soins doivent être prises indépendamment du don et, si possible, antérieurement à toute discussion à cet égard.
- La mort cérébrale doit être déclarée avant tout prélèvement et elle ne peut l'être sans qu'une série de critères très stricts soient respectés, ces critères faisant l'objet de raffinements constants⁵.
- La volonté du donneur doit, dans la mesure du possible, être respectée.
- Tout doit être fait pour faciliter le deuil des proches.

Si la médecine de greffe a pu se développer au point où c'est la pénurie d'organes qui pose problème maintenant, c'est que de véritables systèmes ont été mis en place dans nos sociétés pour recueillir ces dons précieux de la façon la plus respectueuse possible et pour les utiliser de la façon la plus efficace et la plus juste possible.

LE DON D'ORGANES APRÈS UN DÉCÈS CARDIOCIRCULATOIRE (DDC)

L'idée d'accepter comme donneurs potentiels des patients qui ne sont pas en mort cérébrale, mais qui le seront inévitablement, ou plus généralement des patients dont le décès est inévitable n'est pas complètement nouvelle. Le DDC a progressé récemment parce que plusieurs y ont vu un moyen de contrer la pénurie d'organes,



Sylvain Bédard, premier Canadien greffé du cœur à atteindre le sommet du Mont-Blanc, et son fils Ulysse

[Si l'on veut que le don d'organes demeure ce qu'il est présentement au Québec, à savoir un don de vie et une manifestation de solidarité, il faut continuer à s'imposer collectivement certaines précautions.]

les décès déclarés selon des critères neurologiques ne représentant qu'une infime portion de tous les décès. Toutefois, cette perspective a ravivé la question de savoir si le fait d'être considérée comme un donneur potentiel ne pourrait pas, dans ces cas en particulier, priver une personne de toute l'attention et de tous les soins requis.

Il est vrai que le DDN représentait la situation idéale. Généralement, la circulation n'est pas compromise chez les patients en mort cérébrale et l'assistance respiratoire permet de conserver les organes en bon état jusqu'au prélèvement, si bien que toutes les démarches requises peuvent se faire en douceur. La situation est évidemment plus difficile à contrôler lorsque le décès survient à la suite d'un arrêt cardiocirculatoire. Le défi du DDC est de savoir respecter l'équilibre subtil qui

s'est mis en place autour du DDN, même si le temps presse.

Des protocoles de DDC ont été élaborés, appliqués et évalués en plusieurs endroits, dont au Canada⁶ et au Québec⁷. Il s'avère qu'en ajoutant certaines mesures aux précautions s'appliquant déjà au DDN, il est tout à fait possible de relever ce défi. Parmi ces mesures, certaines méritent d'être soulignées :

- Le problème moral ne résidant pas tant dans la déclaration du décès que dans la décision d'arrêter les traitements, celle-ci doit être prise avec la plus grande attention, notamment quant au pronostic neurologique.
- Un délai suffisant doit quand même être respecté entre l'arrêt cardiocirculatoire et le prélèvement, permettant de chasser toute fausse impression à l'effet que c'est le prélèvement et non



le retrait des traitements qui aurait causé la mort.

- Le décès étant le plus souvent constaté en salle d'opération ou dans une salle attenante, ces endroits doivent être aménagés pour pouvoir accueillir les proches.

Cette pratique étant encore relativement nouvelle, elle exige une certaine ouverture d'esprit, de la détermination et des efforts considérables de la part de tous.

LE DON VIVANT

Le don d'un organe prélevé sur un donneur vivant apparaît de plus en plus comme une autre solution à la pénurie. D'autant que le don vivant, entre personnes apparentées ou non, est souvent vu comme l'expression la plus achevée de l'altruisme. Il reste que sur le plan de l'éthique professionnelle, ce type de don soulève un problème évident pour un médecin, puisque celui-ci ne devrait jamais accepter de mettre à risque une personne bien vivante, *a fortiori* une personne saine, dans l'intérêt d'un tiers.

Aussi, la mise en équilibre des avantages et des risques peut très vite se transformer en conflits d'allégeance pour les intervenants. Pour éviter ces conflits, qu'ils considèrent comme inhérents à de telles situations, plusieurs proposent d'ailleurs de séparer les équipes de soins, une équipe étant assignée au donneur, tandis que le receveur sera pris en charge par une autre équipe, indépendante de la première. Mais ce type d'arrangement, prévu dans les recommandations canadiennes⁸, peut-il suffire ?

Une analyse plus approfondie de ces situations, du type de celles dont fait état le rapport du groupe de travail en éthique clinique, permet de penser qu'elles sont plus proches des situations cliniques usuelles qu'elles ne le semblent. Les échanges entre personnes vivantes sont certes plus complexes sur le plan psychologique. Par contre, ils sont plus directs et, contrairement aux DDC et aux DDN, tous les acteurs sont habituelle-

[Il est hors de question que l'on sacrifie la santé d'une personne pour qu'une autre puisse en bénéficier.]

ment aptes à prendre des décisions pour eux-mêmes. Si bien que les médecins et les autres intervenants sont loin d'être les seuls à devoir mettre en équilibre les avantages et les risques, et à devoir juger de ce qu'il faut faire. Comme dans bien d'autres situations cliniques délicates, le défi à relever se situe au niveau du partage des responsabilités et du pouvoir décisionnel.

Évidemment, ce type de don soulève d'autres questions plus inédites, dont celles du tourisme médical et du trafic d'organes, des questions auxquelles tous les médecins pourraient un jour être confrontés. Comme le Collège l'a rappelé, les médecins d'ici sont tenus d'assurer le suivi requis par l'état des patients greffés à l'étranger, même s'ils sont en total désaccord avec ces pratiques.

CONCLUSION

Bien entendu, ces considérations s'adressent surtout aux médecins directement concernés par le don d'organes, qui ne sont pas si nombreux. Au Québec, on compte quelques dizaines de chirurgiens transplantateurs. Par contre, le don d'organes n'existerait pas si ce n'étaient des urgentistes et des intensivistes qui, en veillant aux soins de leurs patients, ont permis à ceux qui le désiraient d'être de bons donneurs potentiels. Il n'existerait pas non plus sans tous ceux qui soignent les receveurs : des néphrologues évidemment, mais beaucoup

d'autres médecins, dont des médecins de famille. Le nombre de médecins indirectement concernés est plus grand qu'il ne semble et il va en augmentant. En fait, lorsque le don d'organes progresse dans une société, tous les médecins risquent finalement d'être concernés. Aussi, le Collège estime-t-il important de participer à cette évolution et d'inciter les médecins à faire de même.

1. CMQ, 2010, *Les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec : année 2006*.
2. CMQ, 2011, *Le médecin, le DDC et ses enjeux moraux : document de réflexion*.
3. CMQ, 2007, *La conduite des médecins face à des patients ayant subi ou devant subir une transplantation d'organe à l'étranger : avis du groupe de travail en éthique clinique*.
4. CMQ, 2011, *Le médecin et le don vivant : rapport du groupe de travail en éthique clinique*.
5. Shemie SD, Doig C, Dickens B, et al. « De l'atteinte cérébrale grave au diagnostic de décès neurologique : recommandations issues du Forum canadien », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2006, vol. 174 (6) : SFI-13.
6. Shemie Sam.D, Andrew J. Baker, Greg Knoll, William Wall, Graeme Rocker, Daniel Howes, Janet Davidson, Joe Pagliarello, Jané Chambers-Evans, Sandra Cockfield, Catherine Farrell, Walter Glannon, William Gourlay, David Grant, Stéphan Langevin, Brian Wheelock, Kimberly Young, et John Dossetor. « Recommandations nationales pour le don après un décès d'origine cardiocirculatoire au Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2006, vol. 175, n° 8 : SFI-10.
7. Québec-Transplant, 2007, *Projet-pilote de don après décès cardiocirculatoire de type contrôlé : protocole, document synthèse*; Québec-Transplant, 2011, *Protocole type destiné au don d'organes après décès cardiocirculatoire (DDC)*.
8. Conseil canadien du don et de la transplantation (CCDT) Promotion du don d'organe prélevé sur un donneur vivant. Un forum canadien, rapport et recommandations, 2006. Le document est disponible via le site de la Société canadienne du sang (www.bloodservices.ca) ou celui de l'Association médicale canadienne (www.amc.ca).

Les documents publiés par le Collège des médecins (références 1 à 4) sont accessibles dans son site Web : <http://www.cmq.org>

Vous trouverez des liens utiles et plus d'information, notamment sur les aspects techniques du DDN et du DDC, dans le site de Québec-Transplant, sous la rubrique Professionnels de la santé : <http://www.quebec-transplant.qc.ca>

SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

LE COLLÈGE FAVORABLE À L'ÉLARGISSEMENT DES RESPONSABILITÉS DU PHARMACIEN AVEC LES BALISES APPROPRIÉES ET SANS PRÉCIPITATION

Le Collège des médecins a émis un communiqué le 11 mai dernier dans lequel il déplore que l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) ait préparé un projet de loi visant l'élargissement du rôle du pharmacien, sans consulter le Collège. Le Collège des médecins appuie depuis longtemps l'adoption de dispositions législatives afin d'accéder à certaines demandes des

pharmaciens, telles l'adaptation d'une ordonnance et l'administration d'un médicament, à certaines conditions. Il considère toutefois que d'autres demandes, dont la prescription et l'interprétation des analyses de laboratoire, ainsi que la prise en charge de certaines affections mineures, requièrent des discussions additionnelles. Enfin, le Collège souhaiterait un meilleur esprit de

collaboration entre les deux ordres, comme cela s'observe entre les médecins et les pharmaciens sur le terrain. Le Collège rappelle qu'il n'y a pas d'urgence à adopter un projet de loi et que des dispositions similaires adoptées dans d'autres juridictions canadiennes n'ont pas eu les effets escomptés sur l'accessibilité aux services de première ligne.

FRAIS MÉDICAUX FACTURÉS AUX PATIENTS

LE COLLÈGE VEUT CLARIFIER LES RÈGLES

Le 15 mars dernier, à l'occasion d'une conférence de presse, le Collège prenait la parole pour demander au gouvernement du Québec de clarifier les règles quant aux services médicaux couverts par le régime public, que ce soit en établissement ou hors établissement. Depuis plusieurs mois, le Collège est interpellé au sujet des frais médicaux exigés par des médecins

exerçant hors établissement. Ceux-ci invoquent plusieurs raisons pour justifier ces frais, dont le coût d'achat et d'utilisation d'appareils et du matériel requis pour prodiguer certains soins médicaux couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Le Collège juge urgent que le gouvernement clarifie les règles quant aux services couverts par le régime public, pour

le bénéfice des patients, des médecins et du système de santé public. Le Collège a aussi mandaté son groupe de travail en éthique clinique afin qu'il réfléchisse aux obligations déontologiques des médecins, sur le plan individuel et collectif, afin de prévenir les abus possibles. Un document de travail amorçant cette réflexion est accessible dans le site Web du Collège.

CONSULTATION MÉDICALE EN LIGNE AVEC UN NOUVEAU PATIENT

UN APPEL À LA PRUDENCE

Plusieurs entrevues ont été accordées aux médias à la suite de l'annonce de l'existence d'un service de consultation médicale en ligne. Non seulement le médecin ne peut pas procéder à un examen physique, mais il est confronté à un patient dont il ne connaît ni l'affection, ni l'historique de santé. Le médecin doit également se fier à une forme d'autodiagnostic du patient.

Rappelons que ce service donne accès à un médecin qui pose par téléphone un diagnostic et prescrit des médicaments en appelant à la pharmacie du patient. Le Collège est d'avis qu'un tel service ne respecte pas

les règles de l'art. Cette situation soulève de nombreuses questions sur le plan déontologique, notamment en ce qui a trait à la conservation des dossiers médicaux.

Le Collège rappelle à ses membres que la prudence est de mise devant de telles

initiatives de services médicaux privés et les incite à prendre contact avec la Direction des enquêtes (514 933-4131) avant de s'engager dans ce type de projet afin de bien évaluer la conformité avec les obligations légales et déontologiques du médecin.



CONSEIL
D'ADMINISTRATION

14 octobre 2011

COMITÉ
EXÉCUTIF

11 août 2011

22 septembre 2011

PUBLICATION

SUIVI - SCLÉROSE EN PLAQUES ET VEINOPLASTIE À L'ÉTRANGER

Au mois d'avril dernier, les médecins ont reçu une infolettre les informant de la publication d'un document visant à faciliter la prise de décision et la prise en charge des personnes atteintes de sclérose en plaques ayant subi une veinoplastie à l'étranger. Ce document a été produit en collaboration avec l'Association des radiologistes du Québec et l'Association des neurologues du Québec.

Depuis, il a été traduit, avec l'accord du Collège, par l'organisme Instituts de recherche en santé du Canada. La version française (*La prise en charge des patients avec sclérose en plaques de retour au Québec après un traitement par veinoplastie pour l'insuffisance veineuse céphalorachidienne chronique [IVCC]*), ainsi que la version anglaise (*Management of multiple sclerosis*

patients returning to Quebec after venoplasty treatment for chronic cerebrospinal venous insufficiency [CCSVI]), sont accessibles dans le site Web du Collège.



<http://www.cmq.org>
(section Membres, Publications)

Logiciel clinique
Accessible en tous lieux!

Ofys

LOGICIEL GESTIONNAIRE

Index patient | Rendez-vous | Prescripteur | Note clinique

Résultats de laboratoire | Documents numérisés

Donnez des ailes à votre pratique!

Contactez-nous : 1.866.831.9077 | www.ofys.net | www.infodata.ca

Un produit développé par
Logiciels
INFODATA
clinique

DÉCLARATION D'INAPTITUDE À CONDUIRE UN VÉHICULE AUTOMOBILE



Le 10 février dernier, le Collège envoyait aux médecins une infolettre contenant des recommandations relativement à l'évaluation de la capacité d'un patient à conduire un véhicule automobile.

Par la suite, à la demande de certains de nos membres, des indications ainsi qu'une liste des renseignements

à fournir ont été ajoutées dans notre site Web afin d'aider les médecins qui souhaitent faire parvenir une déclaration à la Société de l'assurance automobile du Québec.

 <http://www.cmq.org>
(section Membres, Ateliers)

ALDO-QUÉBEC, VERSION ANGLAISE

Le document sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la médecine au Québec fait régulièrement l'objet d'une révision. La dernière mise à jour a été réalisée en 2010. La traduction de cette version est maintenant disponible. Le document intitulé *Legal, Organizational and Ethical Aspects of Medical Practice in Québec (ALDO-Québec)* peut être consulté en anglais dans le site Web du Collège depuis le début du mois d'avril.

COTISATION ET NOUVEAUX FORMULAIRES EN LIGNE

Depuis quelques années, le Collège des médecins a résolument adopté un virage technologique et de nombreux formulaires sont maintenant accessibles en ligne. Depuis ce printemps, les médecins qui souhaitent faire leur première inscription au tableau de l'ordre et leur demande de permis peuvent utiliser le site transactionnel.

Le renouvellement de la cotisation et tous les formulaires en ligne présentent

de nombreux avantages: rapidité, sécurité et fiabilité, économie de papier et de frais de poste.

Dès l'an prochain, le renouvellement de la cotisation 2012-2013 devra être effectué en ligne par l'ensemble des médecins, puisque cet avis ne sera plus imprimé.

Ménage dans les publications du Collège

Un grand ménage s'effectue ces jours-ci dans nos publications. Récemment, les directeurs du Collège ont été invités à valider chacun des documents produits par leur direction. Ainsi, il ressort de cet exercice que de nombreux documents ne sont plus en vigueur. Ces publications, qui vous ont été envoyées par le Collège au fil des ans, ont été retirées du site Web et de notre rayonnage. Nous vous invitons à en faire autant et à ne plus utiliser ou diffuser ces documents qui pourraient se trouver dans vos bureaux.

Voici une liste non exhaustive des publications qui ne sont plus valides depuis le 30 mars 2011 :

- *Prise en charge de l'influenza en première ligne* (2006)
- *Rapport public - Chirurgienne infectée par le VIH au CHU mère-enfant Sainte-Justine* (2004)
- *Les produits de santé naturels - Pour mieux conseiller vos patients* - publication conjointe (2004)
- *Contention chimique: quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle* (2004)
- *L'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel* (2001)
- *L'organisation des services médicaux* (2000)
- *Évaluation préopératoire* (2000)
- *La prévention et l'abandon du tabagisme* (versions française/anglaise) - publication conjointe (1999)
- *Utilisation prolongée des benzodiazépines* (1997) et *Addendum* (1998)

En tout temps, le répertoire de nos publications en vigueur est accessible dans notre site Web.

 <http://www.cmq.org>
(section Membres, Publications)

Le Dr Jean-Bernard Trudeau nommé secrétaire adjoint du Collège des médecins du Québec

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC EST HEUREUX D'ANNONCER LA NOMINATION DU DR JEAN-BERNARD TRUDEAU AU POSTE DE SECRÉTAIRE ADJOINT. IL SE JOINDRA À L'ÉQUIPE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE EN SEPTEMBRE PROCHAIN. LE DR TRUDEAU SECONDERA DANS SON MANDAT LE DR YVES ROBERT, SECRÉTAIRE DU COLLÈGE.



La grande expérience clinique et administrative du Dr Trudeau ainsi que sa connaissance approfondie des systèmes de soins de santé à travers le Canada seront des atouts précieux pour le Collège.

Depuis 2003, le Dr Trudeau était le directeur des services professionnels et hospitaliers et le codirecteur médical des activités cliniques, de transfert des connaissances et d'enseignement de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Diplômé en médecine de l'Université de Sherbrooke en 1982, le Dr Trudeau est détenteur d'un diplôme international en gestion de la

qualité dans les établissements de santé. Il est président sortant de l'Association médicale du Québec et a aussi siégé au comité exécutif de l'Association médicale canadienne. En outre, parmi les nombreux postes qu'il a occupés en administration, le Dr Jean-Bernard Trudeau a été le président de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec de 1998 à 2002 et membre du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec de 2000 à 2010.

Nous lui souhaitons tout le succès possible dans ses nouvelles fonctions.

LAURÉAT DU PRIX DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC 2011



Le Dr Yves Lamontagne, Mme Syvile Paquette, La Personnelle, assurances générales, M. Richard Gagnon, président du CIQ

Le Prix du CIQ 2011 a été remis le 13 mai dernier au Dr Yves Lamontagne. Rappelons que ce prix reconnaît la contribution remarquable d'un professionnel au développement du système professionnel.

PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC 2011



Le Dr François Croteau et le Dr Charles Bernard, président-directeur général du Collège des médecins du Québec

Lors du colloque annuel du Collège, le Dr François Croteau, médecin de famille, a reçu le prix Mérite du CIQ. Ce prix est décerné à un membre qui s'est distingué au sein de sa profession et de son ordre professionnel.

RETOUR SUR LE COLLOQUE 2011: ON EST 20 000, FAUT SE PARLER...

LE THÈME DU COLLOQUE 2011, AXÉ SUR LA COMMUNICATION ENTRE MÉDECINS, A FAIT L'OBJET D'UNE CONSULTATION AUPRÈS DES MEMBRES AU MOYEN D'UNE INFOLETTRE ENVOYÉE LE 3 FÉVRIER DERNIER. LES MÉDECINS ÉTAIENT INVITÉS À FAIRE CONNAÎTRE LEURS TÉMOIGNAGES ET LEURS RECOMMANDATIONS SUR CE SUJET AFIN D'ALIMENTER LA DISCUSSION LORS DU COLLOQUE. DE PLUS, QUATRE CONFÉRENCIERS - MÉDECINS DE FAMILLE ET AUTRES SPÉCIALISTES DE MÊME QU'UNE EXPERTE EN COMMUNICATION, ONT ÉTÉ CONVIÉS À PARTAGER LEURS EXPÉRIENCES ET LEURS OBSERVATIONS. LE COLLOQUE S'EST DÉROULÉ LE 13 MAI À L'HÔTEL SANDMAN, À LONGUEUIL.

UN THÈME RASSEMBLEUR



Le Dr Charles Bernard

Le Dr Charles Bernard, président-directeur général du Collège des médecins du Québec, a déclaré en ouverture que le choix du thème du colloque 2011 a été la première décision qu'il a prise à son arrivée au Collège. Le sujet de la communication entre médecins lui semblait prioritaire et les nombreux courriels reçus des membres ont confirmé la pertinence de ce choix.

Pour sa part, le Dr Yves Robert, secrétaire de l'ordre, a tenu à spécifier que tous les membres constituent le Collège des médecins. Il s'agit de la seule organisation à regrouper tous les médecins du Québec. À ce titre, le Collège se devait d'interpeller les médecins sur la question de la communication qui est à la base même de la collégialité de la profession.

À la suite de sa consultation, le Collège a reçu plus d'une cinquantaine de courriels de médecins dont les commentaires se regroupent autour de quelques thèmes.

MÉDECINS, VOUS AVEZ TÉMOIGNÉ...

des consultations entre collègues

Plusieurs médecins, de toutes spécialités, ont soulevé les principaux problèmes qu'ils rencontrent dans leur pratique au quotidien: absence de la raison justifiant la consultation demandée ou manque de clarté, suivi difficile pour obtenir le rapport de consultation, manque de lisibilité (un problème important pour plusieurs).

des outils de communication

Nombreux sont les médecins qui déplorent qu'il n'y ait souvent qu'une seule ligne téléphonique pour joindre le médecin, ce qui se traduit par une perte de temps et de longues attentes. Plusieurs membres souhaiteraient que le Collège conçoive un outil leur permettant de joindre un collègue au moyen du courrier électronique.



Le Dr Yves Robert

de la communication entre la première ligne et la deuxième ligne, et vice versa

Le besoin de communiquer rapidement se fait particulièrement sentir lorsque certains cas complexes exigent d'être dirigés vers des collègues spécialisés et, inversement, lorsqu'un patient quitte l'hôpital et n'a pas accès à un médecin de famille pour assurer sa prise en charge et le suivi.

des valeurs partagées

Tous les médecins se rallient autour d'une valeur commune: la qualité des soins aux patients. Tous les médecins veulent donner les meilleurs soins, les meilleurs services, et le faire de la meilleure façon possible. Tous accordent également de l'importance au respect entre collègues, à l'absence de dénigrement et à l'atteinte de relations interpersonnelles harmonieuses.

Lors de la plénière, plusieurs participants parmi les 250 médecins présents au colloque ont soulevé d'autres aspects liés à la communication. Ils ont parlé notamment:

de l'isolement professionnel

Ce phénomène touche autant le médecin qui exerce seul en cabinet que le médecin formé à l'étranger qui n'a pas établi un réseau de contacts dès sa formation.

des répercussions sur la santé des médecins

Le manque de communication a aussi des retombées sur la condition physique et mentale des médecins. D'où l'importance de développer une collégialité et de «se serrer les coudes».



Le Dr Pierre Fiset

du respect de la différence

L'acceptation que l'autre soit différent, qu'il puisse faire les choses différemment.

LES CONFÉRENCIERS ONT PARLÉ... de l'amélioration de l'efficacité du système de santé par une meilleure communication

C'est en tant que clinicien, professeur, administrateur du Collège et participant à la vie médicale que le Dr Pierre Fiset, d'abord médecin de famille avant de devenir anesthésiologiste à l'Hôpital de Montréal pour enfants, a livré ses expériences de communication et proposé des pistes de solutions.

Comment améliorer les mécanismes de communication pour accroître l'efficacité du système médical? Au Québec, constate le Dr Fiset, l'essentiel de la collaboration entre médecins repose sur les relations personnelles. Il faut systématiser la communication et créer des réseaux de prise en charge médicale structurés et organisés. La communication et le partage des tâches et des responsabilités entre médecins de différentes spécialités devraient être davantage valorisés dans la formation pré et postgra-

duée en médecine de même que dans le développement professionnel continu.

Le Dr Fiset cite en exemple son expérience de formation en Californie où, comme patient, il a constaté que l'organisation du système des soins est orientée vers la prise en charge du patient à toutes les étapes, de la consultation médicale au contrôle de la satisfaction du patient. Le Dr Fiset observe qu'au Québec, «la prise en charge demeure une prérogative qui relève plus de l'éthique personnelle que de l'imputabilité».

L'organisation administrative du système hospitalier québécois ne favorise pas la communication entre médecins. La structure administrative est construite en silo, avec comme résultat, remarque le Dr Fiset, que «les gens ne se parlent pas». Il faut revoir cette structure et assurer une meilleure coordination entre les activités, tant sur le plan de l'hospitalisation, de la chirurgie que des services diagnostiques, afin de favoriser la prise en charge et la communication pour le bénéfice du patient, conclut le Dr Fiset.

Enfin, le Dr Fiset constate qu'«il n'existe pas de lieu de réunion ou de forum où les médecins, en tant que groupe, toutes spécialités confondues, pourraient se pencher sur les problèmes de communication et discuter des solutions à apporter aux problèmes médicaux nécessitant une approche multidisciplinaire». Il souhaite que le Collège des médecins prenne l'initiative de créer ce regroupement.

de l'importance de la collaboration intraprofessionnelle

La collaboration intraprofessionnelle est au cœur des préoccupations professionnelles du Dr Louise Samson, radiologiste et professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, qui a partagé avec les participants les résultats des travaux auxquels elle a collaboré.

D'emblée, le Dr Samson confirme que les préoccupations exprimées par les médecins sont partagées par l'ensemble des médecins au Canada. Ainsi, dès 1993, le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont entrepris conjointement une étude sur les relations entre les médecins de famille et les autres spécialistes dans la prestation des soins. En 2003, les deux collèges ont décidé de réactiver la réflexion et de former un comité sur la collaboration intraprofessionnelle. Ce projet visait à améliorer les relations de travail et d'apprentissage entre les deux groupes de médecins, la qualité des soins et, ultimement, la satisfaction des patients et des médecins.



Le Dr Louise Samson

Au cours de ses recherches, le comité a constaté que plusieurs études avaient été réalisées sur le processus de consultation, avec des conclusions variables : certaines provinces ont adopté un modèle de mentorat, particulièrement dans le domaine des soins psychiatriques, certaines innovations technologiques comme la visioconférence se sont avérées utiles, surtout en rhumatologie, et, de façon générale, on

a observé un manque de formation en collaboration intraprofessionnelle.

Les résultats de l'étude des deux collèges ont notamment mis en évidence que :

- L'enseignement formel de la collaboration intraprofessionnelle est peu développé dans les programmes de médecine dans les facultés.
- La spécificité des rôles et des responsabilités de chacun des groupes de médecins est méconnue.
- Les activités communes d'apprentissage sont absentes.
- Les médecins de famille et les autres spécialistes sont éloignés, tant sur le plan physique (les médecins de famille pratiquent dans plusieurs sites alors que les médecins spécialistes valorisent la pratique hospitalière) que sur le plan de leur pratique (chacun travaille en silo).
- On assiste à une forme de dénigrement entre les groupes de médecins (ce que le Dr Samson appelle le « curriculum caché »).

Comment favoriser la collaboration intraprofessionnelle ? Pour y parvenir, les deux collèges souhaitent, sur le plan de l'éducation médicale, influencer la formation prégraduée, définir des compétences communes de collaboration et intégrer également ces compétences dans le développement professionnel continu. D'ailleurs, l'enseignement de la communication intraprofessionnelle est maintenant un critère d'agrément des programmes de formation en médecine.

En matière de pratique, deux outils ont été créés. Le premier a trait à l'intégration des compétences liées à la collaboration entre les médecins dans le Cadre de compétences CanMEDS, notamment :

- Établir et entretenir avec d'autres médecins des relations permettant la prestation de soins intraprofessionnels.
- Collaborer en tant que partenaire au processus de cheminement et de consultation.
- Assurer le partage, la coordination et la continuité des soins dispensés aux patients.

Le deuxième outil est un canevas pour les demandes et les réponses de consultation.

En terminant, le Dr Samson précise qu'il est de la responsabilité de tous (facultés, associations et autres) de s'assurer que la formation à la collaboration intraprofessionnelle soit intégrée dans les activités d'enseignement et d'évaluation. Quant au comité créé par les deux collèges, celui-ci sera élargi avec la participation de l'Association médicale canadienne qui assurera un coleadership dans l'élaboration de projets tels que : la création d'un cadre d'établissement des mécanismes ou des lignes directrices pour les références en spécialité, l'élaboration d'un répertoire des services de spécialité, l'adoption pancanadienne du guide de référence et de consultation du comité et l'analyse des technologies de l'information dans l'amélioration de l'efficacité du processus.



Le Dr Jacques Frenette

de modèles marquants et d'outils de communication performants

Médecin de famille et professeur au département de médecine familiale de la Faculté de médecine de l'Université Laval depuis 30 ans, le Dr Jacques Frenette s'intéresse particulièrement à l'enseignement de la communication entre médecins et aux moyens d'améliorer celle-ci.

D'emblée, le Dr Frenette souligne l'importance des modèles de communication et leur influence sur nos façons de communiquer. Il propose d'ailleurs aux participants de participer à un exercice où chacun doit penser à un médecin qui l'a influencé par sa façon d'être et de communiquer. Les participants sont invités par la suite à partager et à commenter leur choix avec leur voisin. Pour sa part, le Dr Frenette nous livre les qualités de « ses modèles » : un

AGIR DE FAÇON RESPONSABLE

C'est ça, être membre d'un ordre professionnel.

Conseil interprofessionnel du Québec

intérêt marqué pour le patient, le respect, la disponibilité, la capacité d'écoute et la valorisation de l'interlocuteur.

Au début de sa pratique, le Dr Frenette a participé avec ses collègues de l'Unité de médecine familiale Laval à des discussions de cas sur une période de trois ans, à raison d'une heure et demie par semaine. Ces rencontres ont façonné sa façon de voir la médecine et de la pratiquer. Elles ont « augmenté l'écoute, la complémentarité et le soutien entre nous ».

Être centré sur le patient, partager des valeurs d'accessibilité, dispenser des soins fondés sur des preuves, faire la promotion de la santé et avoir une approche d'équipe sont des éléments clés pour former une équipe unie et responsable. Pouvoir compter sur un réseau de collaborateurs (travailleur social, infirmière, psychologue, etc.) s'avère aussi primordial.

Quant aux outils de communication qui l'ont aidé à améliorer la lisibilité de ses écrits, le Dr Frenette relate son expérience de « réadaptation en écriture » avec la méthode développée par Madame Graziella Pettinati, spécialiste du geste graphique, et son recours à un service de dictée pour le sommaire de ses dossiers.

Par ailleurs, le Dr Frenette considère que les concepts élaborés dans le chapitre consacré à la communication interprofessionnelle dans le livre *La communication professionnelle en santé* (sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier) s'appliquent également aux médecins. Ainsi en est-il de la concertation, des soins aux patients vus comme une entreprise commune et de la reconnaissance de l'expertise de l'autre. Le Dr Frenette cite également le livre *Ne vous arrêtez plus au rouge*, de Liette Monat, dont le message principal se résume à : « L'expertise ne se limite pas au savoir (et au savoir-faire) ». Le Dr Frenette propose aux médecins d'intégrer dans leur pratique professionnelle les actions suivantes pour enrichir leur expertise : développer des habiletés relationnelles avec les patients, établir des relations de travail significatives avec les collaborateurs et contribuer à un milieu de travail agréable.

du point de vue des patients

Ariane Krol, éditorialiste au quotidien *La Presse*, s'intéresse particulièrement aux questions de société et de santé.

Le manque de communication et le non-respect entre médecins, note-t-elle, ont des répercussions sur les patients. Elle remarque également que « naviguer dans le système de santé pour les patients est loin d'être confortable et s'avère souvent un dédale ». Le patient ne comprend pas les délais pour obtenir une consultation avec un médecin ou un rendez-vous pour un examen dans un centre hospitalier.

Madame Krol souligne par ailleurs que les moyens et les outils de communication font cruellement défaut aux médecins, particulièrement sur le plan informatique. Elle établit un parallèle avec son

[Pour sa part, le Collège des médecins souhaite être partie prenante et favoriser le réseautage entre médecins.]

métier de journaliste où l'accès à Internet, au fil de presse et au courrier électronique est crucial pour son travail.

En tant que journaliste qui couvre le domaine de la santé, elle est consciente que les médecins ne sont pas assez nombreux et qu'ils sont débordés. « Quand on manque de temps, on va au plus pressé » constate-t-elle, et elle craint que la



Mme Ariane Krol

communication entre médecins ne soit la première menacée par ces conditions.

DE LA PAROLE À L'ACTION

Plusieurs solutions existent déjà et d'autres sont en élaboration, comme en témoignent les propos des conférenciers et des participants. Des réalisations ou des projets ont aussi été évoqués, tels que :

- La mise sur pied de modèles intégrés de prise en charge;
- La création de communautés de pratique permettant le réseautage;
- L'intensification de la formation en collaboration intraprofessionnelle;
- Le développement de forums à thèmes ou de journées de formation sur des sujets d'intérêt commun et destinés aux médecins de toutes disciplines;

- L'émergence de la notion du « patient partenaire » activement engagé dans la gestion de ses soins et l'imputabilité du médecin à son égard.

Pour sa part, le Collège des médecins souhaite être partie prenante et favoriser le réseautage entre médecins. Deux projets sont à l'étude. L'un consiste en la création d'un bottin des courriels des membres, accessible dans une section sécurisée du site Web du Collège (le médecin devra au préalable autoriser, dans son avis de cotisation, la transmission de son adresse courriel à ses collègues).

L'autre projet a trait à la création d'une section dans le site Web sur la collaboration intraprofessionnelle, permettant aux membres d'accéder aux ressources existantes en cette matière. Le développement de ces projets vous sera communiqué dans un prochain numéro de la revue *Le Collège*.

Merci à tous ceux qui ont relevé avec nous le défi de la collégialité.

PRIX D'HUMANISME* 2011 DU COLLÈGE DES MÉDECINS

Le Dr Gilles Julien, premier médecin à recevoir cet honneur

À L'OCCASION DE SON COLLOQUE ANNUEL, EN DÉCERNANT AU DR JULIEN SON NOUVEAU PRIX D'HUMANISME, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC A RECONNU LE TRAVAIL COLOSSAL ACCOMPLI PAR LE DR GILLES JULIEN AUPRÈS DES FAMILLES ET DES ENFANTS VULNÉRABLES.



Totalement dévoué aux droits des enfants et à leur santé, le Dr Julien mène depuis près de 40 ans une carrière inspirante. Son expertise en pédiatrie sociale et son profond désir d'aider les enfants à risque l'ont amené à instaurer une démarche clinique innovatrice, communautaire et préventive qui positionne l'enfant au centre de son environnement.

Diplômé en médecine de l'Université Laval en 1970, le Dr Julien a poursuivi des études en pédiatrie au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et à l'Hôpital de Montréal pour enfants avant d'obtenir, en 1974, son certificat de spécialiste en pédiatrie. En 1983, il termine des études postdoctorales en santé communautaire à l'Université Laval. En 1997, il implante dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve le centre Assistance d'enfants en difficulté et crée, quelques années plus tard, le Centre de services préventifs à l'enfance dans le secteur Côte-des-Neiges. En 2005, il met sur pied la Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale, devenue en 2009 la Fondation du Dr Julien. Depuis huit ans, le Dr Julien sollicite la générosité des Québécois lors de la guignolée qui porte son nom. En 2010, cette activité de financement a permis à la Fondation d'amasser plus de 950 000 \$.

Depuis 20 ans, le Dr Julien est professeur associé au Département de pédiatrie

et de médecine familiale de l'Université McGill; il est également responsable de l'enseignement clinique au Département de pédiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Parmi les distinctions honorifiques qui lui ont été décernées, il a reçu, en 2007, un prix remis par l'organisme Ashoka, une communauté internationale reconnaissant les meilleurs entrepreneurs sociaux au monde. En 2010, la Médaille d'or du Lieutenant-gouverneur du Québec pour mérite exceptionnel lui a été octroyée.

**Le Prix d'humanisme est remis à un médecin qui, par son engagement social, incarne les valeurs d'humanisme prônées par le Collège et dont les actions contribuent au bien-être et à l'épanouissement de ses patients, de sa communauté ou d'organismes philanthropiques.*

ILS ONT DIT...

« Quelque part à la croisée de nos vies professionnelles et de nos aspirations humanitaires se trouve notre degré d'engagement social. C'est donc dans cette ligne de pensée que je sou mets la candidature du Dr Gilles Julien au Prix d'humanisme, pour son patient travail auprès des enfants depuis près de 40 ans, pour son cheminement qui l'a amené à s'occuper des enfants de milieux à risque, dans les communautés ethniques, à Montréal, en leur faisant don de son dévouement, de sa patience, de son écoute attentive et constante, de sa compréhension, de sa compassion. »

Le Dr Micheline Thibodeau
Centre hospitalier universitaire de Montréal

« Dès nos années de résidence, j'ai eu le bonheur d'assister à des consultations menées par Gilles. Percevoir l'amour qui coule des yeux de cet homme pour l'enfant devant lui donne un sentiment de pure beauté. [...] Je crois que le mot « bonté » n'aurait pas eu le même sens pour moi si je n'avais pas connu Gilles. »

Le Dr Vania Jimenez
Présidente de La Maison Bleue

PRIX D'EXCELLENCE* 2011 DU COLLÈGE DES MÉDECINS

Le Collège rend hommage au Dr Pierre J. Durand

CETTE ANNÉE, LE COLLÈGE DES MÉDECINS A DÉCERNÉ SON PRIX D'EXCELLENCE AU DR PIERRE J. DURAND, GÉRIATRE ET DOYEN SORTANT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL, AFIN DE SOULIGNER SON EXCELLENTE CONTRIBUTION AUX SYSTÈMES DE SANTÉ ET D'ÉDUCATION QUÉBÉCOIS.



Diplômé de la Faculté de médecine de l'Université Laval en 1977, le Dr Pierre J. Durand a obtenu son certificat de spécialiste en médecine communautaire et sa certification à titre de gériatre en 1985. Il détient aussi une maîtrise en épidémiologie ainsi qu'un diplôme en gérontologie de l'Université de Grenoble.

Au cours des 25 dernières années, ses compétences diversifiées et son intérêt pour la santé des aînés ont fait

une réelle différence pour l'amélioration de leurs conditions de vie; il est maintenant un expert en gériatrie reconnu à l'échelle nationale et internationale. Outre son travail visant le déploiement des hôpitaux de jour et des unités de courte durée gériatriques réalisé au cours des années 1980, le Dr Durand s'est investi dans la création des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Il a d'ailleurs élaboré avec son équipe de recherche le premier modèle de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées et a agi comme expert-conseil durant son processus d'implantation. La recherche sur le vieillissement au Québec a progressé en grande partie grâce à ce médecin puisqu'il a fondé, en 1992, l'Unité de recherche en gériatrie à l'Université Laval et, en 2002, l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés.

De 2002 à 2010, le Dr Pierre J. Durand a été le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Au cours de ses deux mandats, la faculté a évolué tant sur le plan de l'enseignement que sur

celui de la recherche et a relevé avec brio plusieurs défis, dont l'augmentation du nombre des admissions en médecine, malgré des ressources limitées et la refonte du programme de formation. Au terme de son mandat de doyen, le Dr Durand poursuit sa carrière comme clinicien et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

**Le Prix d'excellence du Collège des médecins du Québec est remis annuellement à un médecin ayant à son actif des réalisations exceptionnelles qui font une différence dans la vie des patients, des professionnels de la santé ou des étudiants et qui se démarque par son apport hors du commun à l'évolution de sa profession.*

Une bourse de 2000 \$ accompagne ces prix que les lauréats remettent à une œuvre caritative de leur choix.

Une vidéo hommage témoignant de leur carrière exceptionnelle peut être visionnée dans le site Web du Collège.

ILS ONT DIT...

« De l'avis de tous ceux qui le côtoient, le Dr Pierre J. Durand est un travailleur acharné, entièrement dédié à l'évolution de sa profession, et un clinicien profondément engagé dans l'amélioration des conditions d'exercice de la médecine. »

Le Dr Bernard Garnier

Vice-recteur aux études et aux activités internationales de l'Université Laval

« Tout au long de son mandat, il s'est engagé à poursuivre la mission de ses prédécesseurs, celle de former les futurs médecins afin qu'ils dispensent à leurs patients les meilleurs soins possibles dans un contexte de pénurie grandissante des effectifs médicaux et de remise en question du système de santé québécois. »

Le Dr Régnald Bergeron

Doyen, Faculté de médecine de l'Université Laval

LA DIRECTION DES ÉTUDES MÉDICALES (DEM) - L'ACCÈS À LA PROFESSION

LA DIRECTION DES ÉTUDES MÉDICALES COMPORTE PLUSIEURS SECTEURS, TOUS DIFFÉRENTS MAIS RELIÉS. VOICI UN SURVOL.

SECTEUR « IMMATRICULATION, CARTES DE STAGES ET ALDO »

Tout étudiant en médecine inscrit dans une faculté de médecine du Québec ou d'ailleurs doit être titulaire d'un certificat d'immatriculation du Collège des médecins du Québec pour avoir le droit de poser, au Québec, les actes médicaux requis par sa formation. Les résidents en médecine et les moniteurs, en plus de devoir être immatriculés, doivent également détenir une carte de stages valide.

Madame Johanne Desjarlais veille au bon fonctionnement de ce secteur et assure la délivrance des certificats d'immatriculation et des cartes de stages aux étudiants et résidents de l'Université Laval et de l'Université McGill. Madame Jocelyne Papineau s'occupe des étudiants et des résidents de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke.

STATISTIQUES - 2010-2011	TOTAL
Certificats d'immatriculation (étudiants en médecine) (902 réguliers + 632 temporaires)	1 534
Cartes de stages délivrées (résidents en médecine et moniteurs)	3 728

Depuis quelques années déjà, les demandes d'immatriculation et de cartes de stages sont faites par l'intermédiaire d'un site Internet sécurisé, ce qui facilite le travail administratif des agentes et de leurs partenaires dans les facultés de médecine.

De plus, les deux agentes de cette section assurent l'organisation logistique de l'activité ALDO-Québec (*Aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*) à laquelle tous les résidents doivent participer avant la fin de leur formation. Au cours de la dernière année, il y a eu 23 séances de l'activité, auxquelles ont participé 1 154 candidats au permis d'exercice.

SECTEUR « AGRÈMENTS ET ÉQUIVALENCES »

Le CMQ est activement engagé dans les activités d'agrément de tous les paliers de formation médicale, qu'il s'agisse des études médicales (formation de 1^{er} cycle), de la formation postdoctorale ou du développement professionnel continu (DPC).

Madame Marjolaine Lamer assure la coordination de toutes ces activités d'agrément, de même que celles du comité des études médicales et de l'agrément (CÉMA) qui se réunit trois fois par année. Elle veille également au bon fonctionnement de la section « Équivalences » de ce secteur. Dans cette section, madame Christine Sénéchal s'occupe principalement des demandes de reconnaissance d'équivalence de diplôme et de formation déposées par les candidats diplômés hors du Canada et des



Le Dr Anne-Marie MacLellan, directrice des Études médicales

États-Unis (DHCEU), tandis que madame Mariane Ta reçoit les demandes des moniteurs qui désirent faire des stages de perfectionnement au Québec.

STATISTIQUES - 2010-2011	TOTAL
Demandes de reconnaissance d'équivalence du diplôme par des médecins DHCEU	116
Études de dossiers de candidats à des stages de perfectionnement (moniteurs)	159

SECTEUR « PERMIS, PERMIS RESTRICTIFS ET CERTIFICATS DE CONDUITE PROFESSIONNELLE »

Ce secteur regroupe de nombreuses activités réalisées par une équipe de plusieurs agentes. Jusqu'à tout récemment, la coordination de ce secteur était assurée par madame Micheline Desrochers qui, après 38 ans de service au CMQ, a pris une retraite bien méritée.

Section Permis et certificats de conduite professionnelle

Madame Isabelle Desrochers est l'agente responsable de la délivrance des permis et des certificats de spécialiste ainsi que des permis restrictifs pour résidents en médecine. Madame Louise-Marie Pascal, déjà responsable de la préparation des certificats de conduite professionnelle et du traitement des demandes d'autorisation spéciale, s'occupe également de la délivrance des permis et certificats

de spécialiste en médecine de famille. Avant de délivrer un permis, ces agentes s'assurent que les candidats ont achevé leur formation postdoctorale, réussi tous les examens requis et satisfait aux autres préalables. Cette équipe est complétée par madame Jacinthe Aubry, qui tient à jour les informations relatives à l'obtention d'un permis – que l'on peut trouver dans le site Web du CMQ ou dans d'autres documents produits par la DEM, tels les guides préparés à l'intention des candidats au permis restrictif, de même qu'aux maîtres de stages.

PERMIS DÉLIVRÉS DU 1 ^{ER} AVRIL 2010 AU 31 MARS 2011	TOTAL
Nouveaux permis et certificats de spécialiste en médecine de famille *	262
Nouveaux permis et certificats de spécialiste dans les autres spécialités *	268
Nouveaux permis restrictifs (toutes catégories)	138
Nouveaux permis temporaires (article 34 de la Loi médicale)	1
TOTAL	669

* Incluant permis temporaires fondés sur la Charte de la langue française

Section Permis restrictifs

L'activité de ce secteur a beaucoup évolué ces dernières années. Les demandes des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont prêts à exercer et celles des candidats qui désirent un permis selon l'Arrangement de reconnaissance mutuelle avec la France (ARM) sont traitées par ce secteur. L'ouverture des dossiers, les nombreux échanges et communications avec les candidats, les services d'immigration (du Québec et du Canada) ou l'employeur (établissement qui parraine une demande), l'organisation des stages d'évaluation ou d'adaptation ainsi que la préparation et le suivi des réunions du comité d'admission

STATISTIQUES - 2010-2011 DEMANDES DE PERMIS RESTRICTIFS (LOI MÉDICALE, A. 35):	DEMANDES REÇUES
Nouvelles demandes - professeurs sélectionnés	37
Nouvelles demandes - médecins cliniciens	48
Nouvelles demandes - ARM avec la France	51
Nouvelles demandes - résidents en médecine	67
Modification de permis	35
Renouvellement de permis restrictifs	321

à l'exercice tiennent ce secteur très occupé. Mesdames Diane Lemaire, Mireille Lemaire et Mélanie Caron travaillent en équipe, chacune, bien sûr, avec ses propres responsabilités.

ORGANISATION DES STAGES PRÉALABLES À LA DÉLIVRANCE D'UN PERMIS RESTRICTIF

	Nombre de semaines de stages	Nombre de médecins visés	Rencontres de démarrage
Stages d'évaluation pour médecin clinicien	429	33	31
Stages d'adaptation en vue d'un permis selon l'ARM	338	26	24
TOTAL	767	59	55

Nouvelles spécialités

Depuis novembre 2010, la DEM a temporairement réaménagé le travail des agentes pour traiter les demandes découlant de l'entrée en vigueur de nouveaux règlements dont un des effets est la reconnaissance de la médecine de famille comme spécialité et la reconnaissance de 18 nouvelles spécialités. Mesdames Jacinthe Aubry et Christine Sénéchal, en plus de leurs fonctions régulières, ont reçu et traité toutes les demandes de reconnaissance d'équivalence de formation dans une nouvelle spécialité.

Tout ce travail n'aurait pu être accompli sans l'aide précieuse de l'équipe de direction formée de deux directeurs adjoints, madame Sylvie Leboeuf et le Dr Ernest Prigent, qui sont eux-mêmes soutenus dans leurs fonctions par leurs adjointes administratives respectives, mesdames Caroline Brassard et Michelle Matte, alors que la directrice est secondée dans son travail par son adjointe de direction, madame Ginette Plante.

Cette belle grande équipe est appuyée dans son travail par d'autres directions du CMQ, notamment celle des services juridiques et celle des services administratifs et informatiques dont la collaboration aux différents projets de la DEM est essentielle.

Parmi les dossiers importants menés par la DEM au cours des dernières années, mentionnons :

- l'harmonisation des examens et de l'agrément des programmes de formation postdoctorale avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC);
- l'harmonisation des critères d'agrément en développement professionnel continu (DPC) avec l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC);

- l'adoption de balises pour la délivrance d'un permis restrictif aux résidents en médecine leur permettant une pratique « de transition » durant leur dernière année de résidence;
- les accords sur la mobilité de la main-d'œuvre au Canada et avec la France;
- l'adoption et l'entrée en vigueur de nouveaux règlements balisant les conditions de délivrance des permis;
- la participation à de nombreux comités québécois et pancanadiens, dont celui sur l'évaluation des DHCEU;
- le recours à un service canadien de vérification à la source des documents soumis par les candidats DHCEU (*Registre de compétences des médecins du Canada – RCMC/PCRC*);
- la participation majeure de la DEM au volet études postdoctorales du projet « *l'Avenir de l'éducation médicale au Canada* ».

À ces dossiers s'ajoutent certaines activités « régulières » de la DEM, telles :

- les sessions d'information à l'intention des candidats DHCEU;
- les échanges et communications avec nos partenaires des facultés de médecine, de différents ministères (MSSS, MICC, MRI) et de nombreux organismes canadiens (Conseil médical du Canada, Collège royal, CMFC, AFMC, Fédération des ordres des médecins du Canada, etc.);
- les activités de rayonnement qui nous permettent de présenter et expliquer nos activités à différents groupes.

Tous ces projets et activités ont pu être réalisés grâce à l'expertise et au professionnalisme de toute l'équipe de la DEM qui a su s'adapter avec enthousiasme à tous les changements survenus au cours des dernières années.

L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE DE L'ADULTE

**Quelles questions poser ?
Quels examens physiques effectuer ?
Quels tests prescrire ?
Quelles recommandations faire ?**

Atelier visant à aider le médecin à mieux intégrer des pratiques préventives à chacune des étapes de sa démarche clinique. Offert sans frais à des groupes de 15 à 30 médecins dans toutes les régions du Québec.

Renseignements et inscriptions

Chantale Lévesque

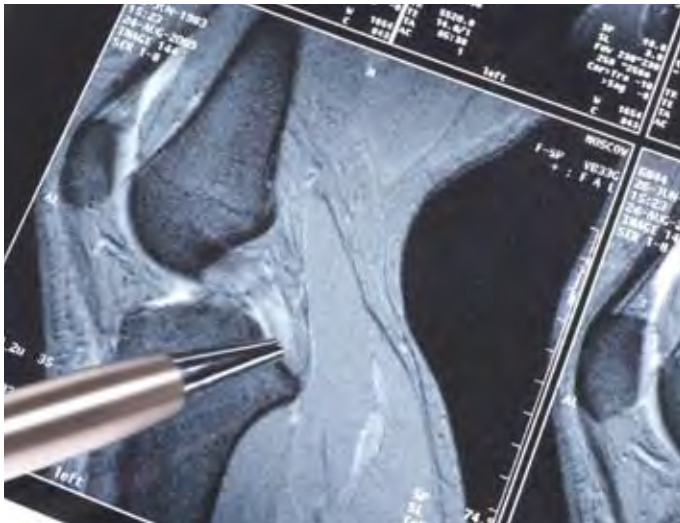
Collège des médecins du Québec

Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 633-3246, poste 5289

Courriel : clevesque@cmq.org

QUESTION DE PRATIQUE : OUTRE UN MÉDECIN, QUI PEUT PRESCRIRE DES RADIOGRAPHIES ?

RÉGULIÈREMENT, LE COLLÈGE EST INTERPELLÉ PAR DES MÉDECINS QUI S'INTERROGENT SUR LEURS OBLIGATIONS OU SUR LES RÈGLES À SUIVRE DANS CERTAINES SITUATIONS RENCONTRÉES DANS LEUR PRATIQUE. NOUS AVONS REGROUPÉ ICI DES ÉLÉMENTS D'INFORMATION QUI, CROYONS-NOUS, PRÉSENTENT UN INTÉRÊT POUR PLUSIEURS DE NOS MEMBRES.



Dans le domaine de l'imagerie médicale, il convient de faire une distinction entre l'acte de prescrire et celui de prendre une radiographie.

Sont autorisés à **prescrire** une radiographie, en fonction de leur champ d'exercice respectif :

- médecin
- médecin vétérinaire
- chiropraticien
- podiatre
- dentiste
- infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, selon la liste établie par le Collège des médecins dans le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. En néonatalogie, en néphrologie et en cardiologie, cette activité doit faire l'objet d'une règle de soins médicaux dans le centre hospitalier où exerce cette infirmière.

Cet article présente le contexte général dans lequel les éléments de réponse fournis peuvent s'appliquer mais ne constitue pas un avis médical ou juridique. Chaque situation particulière peut présenter des aspects spécifiques pouvant influencer sur la conduite du médecin.

Toute personne qui se questionne sur des sujets liés directement ou indirectement à cet article devrait communiquer avec la Direction de l'amélioration de l'exercice (514 933-5580).

Sont autorisés à **prendre** une radiographie :

- médecin*
- technologue en imagerie médicale
- médecin vétérinaire
- chiropraticien
- dentiste
- hygiéniste dentaire

* Hors établissement, il faut détenir un permis pour posséder un appareil. C'est pourquoi, généralement, seuls les médecins radiologistes réalisent cet examen, seuls ou avec un technologue en imagerie médicale.

SOURCES :

- Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 185-186)
- Règlement sur les normes de délivrance et de détention des permis de radiologie
- Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires
- Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins

ENSEMBLE,
RELEVONS LE DÉFI DE
L'EXCELLENCE !

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

Visitez notre nouveau site
Web à l'adresse suivante :
inesss.qc.ca



Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux
Québec

LE MÉDECIN QUI DÉRANGE

LE COMPORTEMENT PERTURBATEUR FAIT RÉFÉRENCE À UNE CONDUITE INADÉQUATE, EN PAROLES OU EN ACTES, QUI INTERFÈRE OU POURRAIT INTERFÉRER AVEC LA QUALITÉ DES SOINS AUX PATIENTS.



Lorsqu'on les questionne, plusieurs médecins affirment avoir été témoins, durant leur formation ou au cours de leur exercice, de comportements professionnels inacceptables. D'ailleurs, lors d'un sondage effectué auprès de 1600 médecins administrateurs de l'American College of Physicians Executives (ACPE), plus de 95 % des répondants ont rapporté avoir été régulièrement confrontés à des comportements perturbateurs ou potentiellement dangereux¹. Les comportements les plus fréquemment rapportés incluent le manque

de respect (83 %), le refus d'exécuter des tâches prévues (51 %), les cris (41 %) et les injures (37 %). Soixante-dix pour cent ont indiqué que ces comportements impliquaient presque toujours le même médecin. Le plus souvent, les événements rapportés sont survenus entre un médecin et le personnel infirmier. Bien que les données à ce sujet soient variables, on estime généralement la prévalence des médecins au comportement perturbateur à entre 3 % et 5 %².

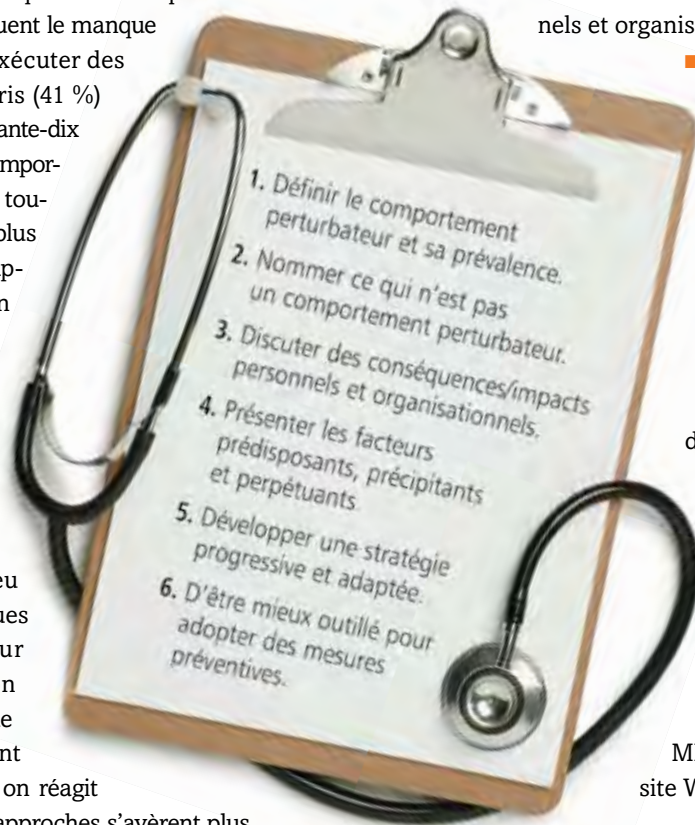
Malgré ce constat, peu d'interventions systématiques sont mises en place pour résoudre ces problèmes : on choisit d'ignorer ce manque de professionnalisme, ne sachant trop comment intervenir, ou on réagit au cas par cas. À ce jour, ces approches s'avèrent plus ou moins efficaces.

Il devient donc impératif d'opérer un changement de culture et de fournir un message clair : dorénavant, les comportements et les paroles inacceptables ne seront plus tolérés. Pour ce faire, il y a lieu d'outiller les acteurs qui ont à intervenir auprès de ces médecins au comportement perturbateur afin que les problèmes soient gérés ou traités avec constance et équité.

Dans ce contexte, le Collège des médecins du Québec (CMQ), en collaboration avec l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ), le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), a mis sur pied une activité de formation pour répondre aux préoccupations des médecins qui ont à gérer les écarts de conduite ou de paroles de leurs collègues. Il s'agit d'un atelier interactif d'une durée de 90 minutes au terme duquel le participant sera en mesure de :

- définir le comportement perturbateur et sa prévalence;
- nommer ce qui n'est pas un comportement perturbateur;
- discuter des conséquences/impacts personnels et organisationnels;
- présenter les facteurs prédisposants, les facteurs déclenchants et les circonstances qui contribuent à entretenir de tels comportements;
- concevoir une stratégie progressive et adaptée;
- décider des mesures préventives à adopter.

Cet atelier est offert à des groupes de 10 à 30 médecins dans toutes les régions du Québec, au coût de 75 \$ par participant. Si vous désirez organiser une activité ou obtenir plus d'information, vous pouvez communiquer avec la personne responsable de la coordination de cette activité au 514 933-4441 poste 5330 ou 1 888 MEDECIN poste 5330, ou consulter le site Web du CMQ.



 <http://www.cmq.org>
(section Membres, Ateliers)

1. Weber DO. « Poll results: doctors' disruptive behavior disturbs physician leaders ». *Physician Executive*. Vol. 30, n° 5 (sept.-oct. 2004), p. 6-14.
2. Williams BW, Williams MV. « The disruptive physician: a conceptual organization ». *Journal of Medical Licensure and Discipline*. Vol. 94, n° 3 (2008), p. 12-20.

AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
ANZEMET® (mésylate de dolasétron)	Prévention des nausées et des vomissements associés à la chimiothérapie	Retrait d'ANZEMET® en solution injectable par voie intraveineuse dosée à 20 mg/ml en raison du risque d'arythmie
Vivaglobin® (immunoglobuline sous-cutanée humaine)	Traitement d'un déficit immunitaire primaire (DIP) chez les patients adultes et pédiatriques	Risque d'événements thromboemboliques avec l'administration par voie sous-cutanée ou lors de l'administration inappropriée par voie intraveineuse de Vivaglobin®
Multaq® (dronédarone)	Traitement des patients qui présentent ou qui ont déjà présenté une fibrillation auriculaire, afin de réduire le risque d'hospitalisation qui y est associé	Mise à jour des renseignements sur l'innocuité de Multaq® et sur les lésions hépatocellulaires du foie



Pour plus de détails, nous vous invitons à consulter le site Web de Santé Canada
<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/index-fra.php>

ACHAT DE MATÉRIEL MÉDICAL SUR INTERNET, LA PRUDENCE EST DE MISE

Le Collège des médecins appuie les recommandations de Santé Canada émises récemment quant à l'achat de matériel médical sur Internet et suggère de faire preuve de prudence en la matière. Les Canadiens sont de plus en plus nombreux à faire l'achat de matériel médical sur Internet. Les sites Web offrant du matériel médical sont pour la plupart légitimes et offrent un

service utile. Toutefois, certaines entreprises vendent du matériel qui peut être dangereux pour la santé, certaines allant même jusqu'à prendre l'argent des clients sans rien envoyer en retour.



Pour en savoir davantage, consulter l'article rédigé par Santé Canada à ce sujet. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vs/med/med_mat-fra.php

MILIEUX DE SOINS SÉCURITAIRES POUR NOS AÎNÉS

Plusieurs avis du coroner concernent les circonstances entourant le décès de nos aînés, particulièrement dans des milieux de vie avec soins. Mais il arrive encore très souvent que des décès se produisent dans des circonstances inhabituelles et ne fassent pas l'objet de signalement au bureau du coroner.

Bien que la majorité des décès en CHSLD ou en centre d'accueil soient d'origine naturelle, il arrive que les circonstances soient obscures ou reliées à un traumatisme ou à de la négligence.

Dans ces cas ou lorsque le médecin ne peut déterminer la cause du décès, il doit aviser le Bureau du coroner, quels que soient l'âge du patient ou le lieu du décès (établissement ou

domicile). Ainsi, le coroner pourra formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès chez ces personnes particulièrement vulnérables.

L'adoption éventuelle du projet de loi n° 16 (*Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences pour personnes âgées*), déposé à l'Assemblée nationale, précisera et confirmera les obligations du médecin à cet effet.

Les médecins qui souhaitent obtenir des éléments d'information additionnels sur le constat de décès peuvent consulter le document ALDO-Québec, accessible dans le site Web du Collège.

UN SERVICE QUI GAGNE À ÊTRE CONNU

Le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH)

Le Collège rappelle à ses membres que ce programme d'évaluation, offert depuis janvier 2005, a été mis en place pour assurer, au bénéfice du soignant porteur d'une infection transmissible par le sang, l'évaluation du potentiel de transmission de l'infection à un patient recevant ses soins, ainsi que la formulation de recommandations appropriées au regard de sa pratique.

L'information sur le SERTIH est accessible à l'adresse : www.inspq.qc.ca/SERTIH. Les médecins peuvent également consulter les lignes directrices *Le médecin et les infections transmissibles par le sang* dans le site Web du Collège.



<http://www.cmq.org>
(section Membres, Publications)

ATELIERS ET FORMATION

Voici certains ateliers organisés par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici la fin de septembre 2011

ORGANISATION DE LA PRATIQUE COMMENT FAIRE MIEUX ?

Atelier 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

9 septembre, à 9 h, Mont-Joli

9 septembre, à 13 h, Mont-Joli

LA GESTION PROACTIVE DES RENDEZ-VOUS

9 septembre, à 10 h 45, Mont-Joli

9 septembre, à 14 h 45, Mont-Joli

14 septembre, à 12 h, Beloeil

15 septembre, à 18 h 30, Saint-Pascal

20 septembre, à 16 h, Sherbrooke

23 septembre, à 10 h 45, Cabano

LE MÉDECIN QUI DÉRANGE...

Atelier visant à fournir aux médecins les outils nécessaires pour gérer des écarts de comportement susceptibles d'affecter la qualité de la prestation des soins.

23 septembre, à 13 h 30, Bromont



PLANIFIER SA RETRAITE À COURT ET À MOYEN TERME

Conférences interactives sur les aspects financiers, les assurances et les aspects juridiques, les aspects psychosociaux et les aspects réglementaires et déontologiques.

22 septembre, à 15 h 30, Bromont:

Les aspects psychosociaux



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.

12 septembre, à 12 h, Verdun

19 septembre, à 17 h 30, LaSarre

20 septembre, à 15 h, Valleyfield

22 septembre, à 9 h, Chandler

22 septembre, à 13 h 30, Cowansville

28 septembre, à 12 h, Coaticook



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 : 24-10-00733)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr André-Jacques Jobin** (60371) exerçant la profession de médecin, à Brossard (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 fait défaut d'avoir une conduite irréprochable à l'endroit d'une patiente qu'il connaissait et suivait à titre de médecin de famille depuis plusieurs années, en transgressant les limites de la relation thérapeutique en permettant que s'éta-

blisse avec sa patiente une relation d'intimité allant de gestes à caractère sexuel posés en 2008 et 2009 à son domicile et au domicile de sa patiente ainsi qu'à des conversations téléphoniques érotiques au courant de l'année 2010.

Le 9 mai 2011, le conseil de discipline a imposé au Dr André-Jacques Jobin, une période de radiation de trois (3) mois sur l'unique chef de la plainte.

La décision du conseil étant exécutoire dès sa communication à l'intimé, le Dr André-Jacques Jobin

est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de trois (3) mois à compter du 11 mai 2011.

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

Montréal, le 11 mai 2011
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-07-00668)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Maurice Benjamin** (71024), exerçant la profession de médecin à St-Eustache (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée soit :

À l'endroit de madame (...), née le (...), une patiente qu'il a suivie depuis octobre 1978 jusqu'en mars 1981, à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, lors des hospitalisations et à la clinique externe, pour un trouble d'adaptation de l'adolescence, des tentatives suicidaires et des épisodes dépressifs et qu'il a continué de voir alors qu'il exerçait à Laval et à Saint-Eustache, en ayant

des relations sexuelles avec elle, à une occasion, à sa résidence [...] de Lanoraie, au cours de l'année 1984, alors qu'elle était âgée d'environ 19 ans, [...] ainsi que sur une période débutant autour de l'année 1997 et se terminant vers février 1998, malgré notamment le phénomène transférentiel important dans cette relation patiente-médecin [...].

Le 31 janvier 2011, le conseil de discipline a imposé au Dr Benjamin une radiation du tableau de l'ordre pour une période de trois mois sur l'unique chef de la plainte.

La décision du conseil étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le Dr

Maurice Benjamin est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de 3 mois à compter du 15 mars 2011.

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

Montréal, le 15 mars 2011
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION PROVISOIRE

(dossier : 24-10-00735)

Prenez avis que le 19 avril 2011, le conseil de discipline du Collège a prononcé la radiation provisoire du tableau de l'ordre de **Dr Paul-André Pelletier** (76029), exerçant la profession de médecin (rhumatologie), à Montréal, jusqu'à décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

Le Dr Pelletier est accusé d'avoir commis des infractions à la Loi et aux Règlements du Collège des médecins tel qu'il appert de la plainte amendée numéro 24-10-00735 déposée au Greffe de discipline en même temps que la requête en radiation provisoire. Les actes reprochés au Dr Pelletier sont les suivants :

En ne respectant pas ses engagements d'abandonner le champ de pratique de l'expertise médicale, ni la limitation permanente qui lui a été imposée à ce sujet par le conseil de discipline le 2 avril 2007;

En entravant un syndic adjoint, notamment en négligeant ou omettant de répondre aux demandes d'explications qui lui ont été adressées en juin et août 2010 ainsi qu'aux demandes d'obtention du dossier d'un patient et en omettant de se présenter le 9 mars 2011 au Collège des médecins du Québec avec le dossier médical concerné, malgré une convocation à cet effet;

En entravant deux membres du comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec, notamment en ne répondant pas et en ne faisant aucunement suite, depuis le début du mois de janvier 2011, aux nombreuses tentatives téléphoniques ou messages téléphoniques qui lui ont été adressés, lui demandant ses disponibilités pour une visite d'inspection professionnelle.

Le Dr Paul-André Pelletier a reçu signification de cette ordonnance de radiation provisoire le 19 avril 2011, séance tenante, laquelle radiation est exécutoire à compter de cette date, et ce, nonobstant appel.

Le Dr Paul-André Pelletier est donc radié provisoirement du tableau de l'ordre à compter du 19 avril 2011, et ce, jusqu'à décision finale devant être rendue sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

Le présent avis est donné en vertu des articles 133 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 19 avril 2011
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE SUSPENSION D'EXERCICE

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Réal Grand'Maison** (71165), exerçant la profession de médecin au Québec, fait l'objet d'une suspension du droit d'exercice, prononcée par le comité exécutif du Collège des médecins du Québec en vertu de l'article 52.1 du *Code des professions*, jusqu'à ce que la procédure de l'examen médical prévue à l'article 48 du *Code des professions* ait été complétée et que

le comité exécutif ait pris une décision à la suite de l'étude des rapports des trois médecins experts.

La décision du comité exécutif étant exécutoire le jour de sa signification au médecin concerné, en vertu de l'article 182.3 du *Code des professions*, la suspension du droit d'exercice du docteur Réal Grand'Maison est donc exécutoire depuis le 5 avril 2011.

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

Montréal, le 2 mai 2011
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire adjoint

AVIS DE DÉCÈS

PÉRIODE : DU 26 FÉVRIER AU 13 MAI 2011

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

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Barcelo, Raymond	57047	Néphrologie	Bromont
Beaudry, Claude	70077	Pédiatrie	Joliette
Desbiens, François	86257	Médecine de famille	Gallichan
Dusseault, Marilyn M.	74703	Pédiatrie	Montréal
Gibbs, Judith A.	75036	Pédiatrie	Toronto
Gold, Michael M.	44046	Médecine interne	Westmount
Guertin, Jean	52067	Médecine de famille	Granby
Jalbert, Bernard G.	69279	Cardiologie	Rimouski
Mesbahi, Hamid	75591	Médecine de famille	Montréal
Paquin, René	58203	Médecine de famille	Trois-Rivières
Tran, Quang-Kien	88629	Médecine de famille	Gatineau
Vernerey, Roger	58247	Obstétrique et gynécologie	Montréal

Le don d'organes sauve des vies.
Signez don !

signezdon.ca



QUÉBEC-TRANSPLANT

À qui téléphoner au Collège ?

En tout temps, vous trouverez une mine d'informations et un grand nombre de publications dans notre site Web, à l'adresse www.cmq.org. Toutefois, pour des questions précises, vous pouvez communiquer avec le Collège pendant les heures d'ouverture.

Renseignements les plus fréquemment demandés :

■ Amélioration de l'exercice <i>Toute question liée à l'exercice médical et aux normes de pratique en cabinet et en établissement</i>	Poste 5580
■ Accès à l'information	Poste 5253 ou 5254
■ Ateliers de formation	Poste 5330
■ Certificats de conduite professionnelle	Poste 5227
■ Changement d'adresse et commande de publications	Poste 5226
■ Cotisations	514 933-4087
■ Déontologie et enquêtes (plaintes)	514 933-4131
■ Développement professionnel continu	Poste 5296
■ Examens et reconnaissance d'équivalences	514 933-4216
■ Exercice illégal de la médecine	514 933-4588
■ Immatriculation et cartes de stages	514 933-4249
■ Incorporation (exercice en société)	Poste 5392
■ Inspection professionnelle	Poste 5580
■ Médias	514 933-4179
■ Ordonnances collectives, partage des activités médicales	Poste 5294
■ Permis de méthadone	Poste 5489
■ Permis d'exercice	514 933-4253
■ Renseignements disciplinaires	Poste 5589
■ Site Web	Poste 5228
■ Suivi administratif des médecins en difficulté	Poste 5247

Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

Du lundi au jeudi, de 8 h à 17 h
Le vendredi, de 8 h à 12 h

Téléphone : 514 933-4441
Sans frais : 1 888 MÉDECIN ou 1 888 633-3246
Télécopieur : 514 933-3112
Courriel : info@cmq.org



PÉRIODE : DU 26 FÉVRIER AU 13 MAI 2011

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

MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE	MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE	MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE
Abdulkarim, Bassam Samuel	Montréal	Khour, Hamid	Saint-Jean-sur-Richelieu	Verdejo Arancibia, Adriana Angelica	Montréal
Chapdelaine, Hugo	Montréal	Manzini, Nicolas	Trois-Pistoles	Wartelle-Bladou, Claire Fiona Sophie	Montréal
Chaufour, Cécile	Verdun	Marchand-Drolet, Vincent	Lévis		
Clavel, Sébastien	Laval	Samouëlian, Vanessa	Montréal		
Khorsi, Sonia Rezika	Saint-Charles-Borromée	Vedel, Isabelle	Montréal		

PÉRIODE : DU 26 FÉVRIER AU 13 MAI 2011

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

MÉDECINS DE FAMILLE	LIEU D'EXERCICE	AUTRES SPÉCIALISTES	LIEU D'EXERCICE	AUTRES SPÉCIALISTES	LIEU D'EXERCICE
Bergeron, Anne-Catherine	Québec	ANATOMO-PATHOLOGIE		NEUROCHIRURGIE	
Berman, Isaac	Montréal	Cesari, Matthew	Lachine	Laroche, Mathieu	Montréal
Biron, Marie-Hélène	Montréal	ANESTHÉSIOLOGIE		OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE	
Damyanova, Anastasiya Nikolaeva	Longueuil	Alsenosy, Nafa	Montréal	Woo, George Hon Kwong	Toronto
Emond, Karine	Vaudreuil	Alzarook Musbah		PSYCHIATRIE	
Fernandez-Cattellat, Patrice	Tracadie-Sheila	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE		Riopel, Marie Ève	Val-d'Or
Gasse, Tiffany Evelyn	Montréal	Glavas, Panagiotis	Montréal	RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
Gaudet, Cynthia	Sherbrooke	MÉDECINE INTERNE		Lord, Véronique	Chicoutimi
Hamel, Caroline	Sorel-Tracy	D'Egidio, Gianni	Ottawa	Pleszewski, Bartlomiej	Hudson
Herman-Lemelin, Antoine	Québec	Ross, Marie-Kristelle	Québec	RADIO-ONCOLOGIE	
Kerner, Sarah	Westmount	MÉDECINE MATERNELLE ET FŒTALE		Masson-Côté, Laurence	Toronto
Labelle, Marie-Esther	Montréal	Iglesias, Marie-Hélène	Montréal	UROLOGIE	
Latulippe, Maude	Saint-Jérôme	NÉPHROLOGIE		Hage, Béchir	Laval
MacMahon, Kristian	Pointe-Claire	De Serres, Sacha	Québec		
Marcil, Josée	Maria	Raju, Dharmapaul L.	Gatineau		
Villeneuve, Carolyne	Notre-Dame-des-Prairies				



COTISATION ANNUELLE

Important – à compter de l'an prochain*

Dans un souci d'efficacité et de respect de l'environnement, le renouvellement de la cotisation annuelle devra être complété exclusivement en ligne, et ce, dès l'an prochain.

* Des précisions vous seront communiquées ultérieurement.

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

FRAIS MÉDICAUX FACTURÉS AUX PATIENTS

Commentaires reçus à la suite de l'envoi de l'infolettre du 15 mars dernier faisant état des préoccupations du Collège quant aux frais médicaux facturés aux patients par des médecins exerçant hors établissement et du mandat accordé à son groupe de travail en éthique clinique pour entreprendre une réflexion sur les obligations déontologiques des médecins, sur le plan individuel et collectif, sur ce sujet.

Je suis médecin psychiatre et comme d'autres médecins, je dois régulièrement remplir, à la demande des patients ou de leurs parents, de longs formulaires de la Régie des rentes du Québec (allocation pour enfants handicapés) ainsi que des formulaires de Revenu Québec et de Revenu Canada pour des déductions d'impôts. Je crois que remplir de tels formulaires n'est pas un service assuré et qu'il est normal qu'un médecin soit rémunéré pour le faire. Le groupe mandaté par le Collège peut-il clarifier ce volet également? Si le groupe de travail du Collège des médecins convient qu'une rémunération est normale et qu'elle ne relève pas des services publics, peut-il convenir qu'elle doit être au prorata de la rémunération horaire du médecin?

M.P.

Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire :

A priori, il apparaît assez évident que de remplir des formulaires n'est pas une activité médicale « assurée » au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La question que vous soulevez sur ce que constituerait un niveau d'honoraires jugé « raisonnable » fait partie des discussions du groupe de travail en éthique clinique.

[...] Le groupe de travail devrait considérer les abus dans toutes les directions. En ce moment, je serais prête à parier qu'il y a beaucoup plus de services facturables, parce que non couverts, qui sont offerts sans frais, de façon gracieuse, par vos membres, comme remplir de multiples formulaires et retourner d'innombrables appels, avec de sérieuses conséquences sur la surcharge de travail et l'épuisement professionnel, que de services non facturables effectivement facturés. J'ai comptabilisé à mon horaire un nombre d'heures équivalant à UN MOIS de travail non rémunéré au cours de l'année 2010. Il serait temps que le bénévolat cesse d'être un droit acquis des patients qui ne réalisent absolument pas le coût de leurs soins de santé et présumant que notre sens de la vocation devrait être suffisant pour nous motiver à perpétuer cet état de fait.

S.F.

Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire :

La question des frais réclamés pour faire remplir des formulaires a été soulignée par d'autres de vos collègues par courriel et sera un des sujets pris en considération par le groupe de travail en éthique clinique. D'autre part, je tiens à préciser que notre conférence de presse du 15 mars ne visait pas à reprocher aux médecins de facturer des frais aux patients, mais de faire en sorte que les règles de facturation soient précisées aux patients pour qu'ils sachent pourquoi ils paient des services et que cela soit fait en toute transparence.

Réflexion sur le suivi d'examen

Le patient pour qui un médecin demande un examen est plus souvent qu'autrement inquiet et attend le résultat fébrilement. Lui imposer la règle « Pas de nouvelles = bonnes nouvelles » prolonge indûment cette inquiétude. On doit se faire un devoir d'informer rapidement le patient des résultats, qu'ils soient normaux ou non. Trop souvent, on se fait dire : « Je n'ai jamais eu de nouvelles de mon examen » ou alors « après trois mois de retard ». Une amie de ma famille a appris en août que sa mammographie de janvier montrait une tache suspecte. La lourdeur administrative n'est pas toujours la seule fautive.

M.B.

Candidats recherchés pour collaborer à la chronique **RAYONS X**

Cette chronique permet à un membre d'exprimer ses idées en quelques mots, dans un format qui se veut ludique.

Vous aimeriez passer aux rayons X ? Écrivez-nous à collegedesmedecins@cmq.org

Un produit développé par

Logiciels
INFODATA
Logiciels



Ofys

Une solution complète pour informatiser votre pratique
Aucune installation! Un seul coup de fil suffit.
Vous n'avez besoin que d'une connexion Internet.

SUPER PROMO

Comprenant:

- Ouverture du dossier
- Importation des données patients
- Interface résultats de laboratoire
- 60 minutes de formation
- 6 mois d'utilisation

Gratuit!!!

Des conditions s'appliquent. Voir notre site web.

OFYS est en processus d'homologation DMÉ avec le MSSS

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