

Le Collège

**MÉDECINE ET
CHIRURGIE
ESTHÉTIQUES**


**Comment
mieux
protéger
le public?**

ENVOI DE PUBLICATIONS CANADIENNES CONTRAT DE VENTE N° 40063038

➤ Colloque 2010: conciliation des besoins
médecin-patient - Le débat continue

- Qui est le médecin traitant ?
- Prix d'excellence 2010 du Collège: Dr Paul Grand'Maison
- CAS CLINIQUE POUR VOTRE PRATIQUE
Le consentement aux soins
- Le statut de médecin retraité





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'omnibraticiens et d'omnibraticiennes 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.
Parce que nous croyons qu'un monde plus vert sera un monde plus riche.

Un colloque très apprécié

Notre récent colloque s'est tenu en mai dernier à guichets fermés, ce qui démontre la pertinence du thème retenu *Les choix des médecins répondent-ils aux besoins des patients?* Nos conférenciers invités ont touché à toutes les combinaisons possibles de modes de pratique, du privé à temps plein au public exclusivement. La pratique médicale en France et la conciliation des besoins ont également été abordées. Nos jeunes collègues résidents en médecine ont également pu s'exprimer: selon certains, le médecin devrait avoir la possibilité d'exercer la médecine à la fois dans les réseaux privé et public à condition que cette pratique soit faite en alternance et non de manière simultanée. Des médecins ont indiqué que le moment est propice à l'implantation de projets pilotes public-privé afin de déterminer si le choix de la complémentarité peut répondre aux besoins des patients, quitte à restreindre cette possibilité à certaines activités médicales s'y prêtant mieux. De plus, selon eux, certaines cliniques privées pourraient offrir au système de santé l'option de sous-contracter les services d'une clinique ultraspécialisée. Bref, les options sont nombreuses et les modèles tendent à se diversifier.

Que conclure de tout cela? Il semble qu'il y ait une certaine ouverture à une exploration de modèles de pratique mixte. Quant à moi, j'espère que ce genre de pratique évoluera avec les années de façon contrôlée et structurée, tout en évitant le piège de tomber dans une médecine à deux vitesses. Je souhaite que les politiciens actuels et futurs veillent à encadrer ce genre de pratique afin de maintenir l'accessibilité aux soins. Ce qui me semble clair, c'est que les médecins proposent certaines solutions pour réduire les délais d'attente et améliorer l'efficacité et l'efficience du système.

Quand verrons-nous apparaître dans l'esprit des gestionnaires du système de santé la perception du patient non plus comme une dépense mais plutôt comme un revenu? Après tout, une dépense de santé n'est-elle pas un investissement dans le mieux-être? Enfin, je crois personnellement qu'il est grand temps que les gouvernements apprennent à gérer le système public aussi bien que le font des gestionnaires privés, orientés vers la rentabilité et l'efficience. Le développement à court terme des centres médicaux spécialisés va sans aucun doute dans ce sens.

Pour donner suite au colloque, le groupe de travail en éthique clinique du Collège réfléchira, en 2010-2011, sur la pratique médicale mixte, les frais accessoires et les conséquences des choix professionnels, personnels et collectifs des médecins afin de mieux répondre aux besoins grandissants des patients. Le débat est loin d'être terminé.

Yves Lamontagne, M.D.
Président-directeur général



A Highly Appreciated Symposium

There was a full house at our recent symposium this past May, testifying to the pertinence of its theme, *Are doctors' choices meeting patients' needs?* During the course of the conference, our guest speakers touched upon all the possible practice combinations – from full-time private, to exclusively public. Medical practice in France and the conciliation of needs were addressed as well. Moreover, our young medical resident colleagues had an opportunity to express themselves, and according to some, physicians should be able to practice in both the private and public networks as long as they do so on an alternate and not simultaneous basis. Doctors indicated that the time is right for the implementation of public-private pilot projects to determine if the choice of complementarity can meet the needs of patients, even if it means restricting this option

to certain medical activities that best lend themselves to it. Furthermore, according to these doctors, some private clinics could offer the health system the possibility of subcontracting the services of an ultra-specialized centre. In sum, there are numerous options and the models are diversifying.

What can we conclude from all this? For one thing, there appears to be a certain openness to exploring mixed-practice models. For my part, I am hoping that this type of practice will evolve in the coming years in a controlled and structured manner, while avoiding falling into the trap of two-tier medicine. I hope that current and future politicians will see to controlling this type of practice in order to maintaining accessibility to care. What is clear to me is that doctors are proposing certain solutions to reduce wait times and improve the effectiveness and efficiency of the system.

When will we see health system administrators no longer perceiving the patient as an expense, but rather, as a benefit? After all, isn't a health expense actually an investment in well-being? I personally believe it is high time that governments learn to manage the public system as well as private managers do, with a focus on profitability and efficiency. The short-term development of specialized medical centres, for example, is clearly aligned with this line of thinking.

In the wake of the symposium, the Collège's task force on clinical ethics will be reflecting on joint public-private medical practice during 2010-2011, as well as on ancillary costs and the consequences of physicians' professional, personal and collective choices so as to meet the growing needs of patients. The debate is far from over.

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

COMITÉ EXÉCUTIF

Dr Yves Lamontagne, Dr Charles Bernard, Dr Jacques Boileau,
Dr François Croteau, M. Jean-François Joly.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Richard Bergeron Médecine de famille Montréal, 2006-2010	Dr Mauril Gaudreault Médecine de famille Saguenay, Lac-Saint-Jean, Côte-Nord, Nord-du-Québec 2008-2012
Dr Charles Bernard Médecine de famille Québec, 2008-2012	Dr Jean-Yves Hamel Chirurgie générale Estrie, 2008-2012
Dr Jacques Boileau Hématologie Montréal, 2006-2010	Dr Julie Lalancette Médecine de famille Lanaudière, Laurentides 2008-2012
Dr Josée Courchesne Médecine de famille Montréal, 2006-2010	Dr Yves Lamontagne Psychiatrie Montréal, 2006-2010
Dr François Croteau Médecine de famille Montréal, 2006-2010	Dr Marie-Hélène LeBlanc Cardiologie Québec, 2008-2012
Dr Luc Dallaire Médecine de famille Chaudière-Appalaches 2008-2012	Dr Jean-Marc Lepage Médecine de famille Montréal, 2008-2012
Dr François Desbiens Médecine de famille Outaouais, Abitibi- Témiscamingue, 2008-2012	Dr Markus C. Martin Obstétrique-gynécologie Montréal, 2006-2010
Dr Guy Dumas Médecine de famille Mauricie, Centre-du-Québec 2008-2012	Dr André Rioux Médecine de famille Laval, 2006-2010
Dr France Laurent Forest Médecine de famille Bas-Saint-Laurent, Gaspésie- Îles-de-la-Madeleine, 2008-2012	Dr Micheline Thibodeau Radiologie diagnostique Montréal, 2006-2010
Dr Patricia Garel Psychiatrie Montréal, 2006-2010	Dr Jean-Bernard Trudeau Médecine de famille Montréal, 2006-2010

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

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

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

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

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

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Nathalie Ebnother, 2008-2012
Jean-François Joly, 2006-2010
Marjolaine Lafortune, 2008-2012
Pierre Parent, 2007-2010

Coordonnatrice de la revue: Francine Morin
Révision linguistique et réalisation graphique:
Le Groupe des publications d'affaires et
professionnelles Rogers
Représentation publicitaire:
Collège des médecins du Québec

Reproduction autorisée si la source est mentionnée.
Dans cette publication, le masculin est utilisé sans
préjudice et seulement pour alléger la lecture.

Dépot légal
2^e trimestre 2010
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel: collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 Un colloque très apprécié

MISE AU POINT

5 « Qui est le médecin traitant ? »

À LA UNE

- 6 Médecine et chirurgie esthétiques : mieux protéger le public par un encadrement approprié
- 8 Colloque 2010 – Les choix des médecins répondent-ils aux besoins des patients ?

À L'AGENDA

- 12 Communiqués
- 12 À l'honneur: le Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec
- 12 Élections cet automne
- 13 Débrancher ou non ?

À L'HONNEUR

14 Prix d'excellence 2010 du Collège des médecins: Dr Paul Grand'Maison

LES MANCHETTES

- 19 Cas clinique pour votre pratique: le consentement aux soins
- 22 Le statut de médecin retraité
- 22 Enquête nationale sur la gestion de la douleur chronique non cancéreuse
- 23 Question de pratique: la destruction des dossiers (version papier) après leur numérisation
- 24 Questions et réponses liées au partage des activités médicales
- 24 Un rapport du coroner qui invite à la prudence

MÉDICAMENTS

25 Avis, mises en garde et retraits

26 COIN DES LECTEURS

27 **SAVIEZ-VOUS QUE...**

28 **ATELIERS ET FORMATION**

29 **AVIS DE RADIATION**

29 **AVIS DE DÉCÈS**

30 **NOUVEAUX MEMBRES**

31 **RAYONS X**

DANS CE NUMÉRO

■ *Élection 2010 - Bulletin de présentation pour l'élection d'un administrateur (page 16)*

« Qui est le médecin traitant ? »

Au cours de la dernière année, cinq rapports de coroners ont porté sur des décès de patients dans des services d'urgence en établissement. Tous ces rapports contenaient des observations où l'identification du médecin traitant restait floue, le plus souvent en raison de déficiences en matière de communication entre médecins ou d'absence de clarification du moment et des circonstances de transfert de patient entre un médecin et un autre.

Dans ce contexte, il apparaît opportun de rappeler les articles 32 à 34 du *Code de déontologie des médecins* précisant les responsabilités du médecin en matière de prise en charge et de transfert d'un patient auprès d'un de ses collègues :

32. Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un confrère ou un autre professionnel puisse le faire à sa place.

33. Le médecin désirant diriger un patient vers un autre médecin doit assumer la responsabilité de ce patient aussi longtemps que le nouveau médecin n'a pas pris celui-ci en charge.

34. Le médecin qui traite un patient nécessitant des soins d'urgence doit en assurer la prise en charge requise par son état jusqu'à l'acceptation du transfert par un autre médecin.

Il est évident que dans des situations de salles d'urgence bondées, les conditions sont plus propices aux oublis, aux communications incomplètes et à l'ambiguïté dans la clarification des rôles du médecin traitant, du médecin à l'urgence et des autres médecins. La nécessité d'une hospitalisation ne se traduit pas toujours rapidement par un transfert sur les étages, et les séjours à l'urgence ou dans des zones intermédiaires entre l'urgence et l'étage sont parfois prolongés. Plus généralement, ce qu'on observe à la salle d'urgence s'observe également de façon plus ou moins importante dans d'autres contextes cliniques.

Même si, à la base du système professionnel en place au Québec, les intervenants auprès d'un patient sont responsables et, par conséquent, imputables de leurs actions, le médecin doit, à titre de leader, être conscient de ses propres responsabilités et les assumer. Historiquement, la profession médicale a exercé son leadership et doit poursuivre dans cette voie. Avec les autres professionnels impliqués, les médecins doivent définir clairement les rôles de chacun auprès des patients, afin d'éliminer ou, à tout le moins, réduire au minimum les facteurs ayant une influence ou un rôle possible dans le décès d'une personne. Parmi ceux-ci, le manque de communication doit retenir l'attention.

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



“Who is the attending physician?”

Over the course of the past year, five coroner's reports focused on the death of patients in hospital emergency wards. All of these reports observed that the identity of attending physicians was unclear, most often because of inadequate communications between doctors or a lack of clarification regarding the time and circumstances behind the patient's transfer from one physician to another.

Given such a context, it would seem fitting to call to mind Sections 32 to 34 of the *Code of Ethics of Physicians*, which stipulate doctors' responsibilities with respect to the medical management and transfer of patients to colleagues.

32. A physician who has undertaken an examination, investigation or treatment of a patient must provide the medical follow-up required by the patient's condition following his intervention, unless he has ensured that a colleague or other competent professional can do so in his place.

33. A physician who wishes to refer a patient to another physician must assume responsibility for that patient until the new physician takes responsibility for the latter.

34. A physician who treats a patient requiring emergency care must ensure the medical management required by the patient's condition until the transfer is accepted by another physician.

Of course, in situations where emergency rooms are jam-packed, the occurrence of oversights is more likely, as is incomplete communication and insufficient clarification of the roles of the attending, emergency and other physicians. Furthermore, the need for hospitalization does not always readily translate into a prompt transfer onto the floors, and stays in the emergency ward or some intermediary zone can sometimes be quite extended. At the same time, what we observe in the emergency room is also evident to some degree in other clinical contexts.

Basically, those within Québec's professional system who act on behalf of patients are responsible, and thus, accountable for their actions. Nevertheless, in their role as leaders, physicians must be aware of and must assume their individual responsibilities. Historically, the medical profession has exercised its leadership, and it must continue to move in that direction. In collaboration with the other professionals involved, doctors must clearly define the roles of each so as to eliminate or, at least, to minimize the factors that could influence or play a possible role in the death of an individual. A lack of communication is certainly key among these factors.

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

MÉDECINE ET CHIRURGIE ESTHÉTIQUES: MIEUX PROTÉGER LE PUBLIC PAR UN ENCADREMENT APPROPRIÉ

C'EST À L'AUTOMNE 2008 QUE COMMENÇAIENT LES TRAVAUX DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUES, MANDATÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU COLLÈGE POUR FAIRE ÉTAT DE LA SITUATION ET RECOMMANDER DES MESURES POUVANT MIEUX PROTÉGER LE PUBLIC REQUÉRANT CES SERVICES MÉDICAUX. APRÈS DE NOMBREUSES CONSULTATIONS, LE GROUPE DE TRAVAIL A DÉPOSÉ SON RAPPORT QUI A ÉTÉ ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION À SA RÉUNION DU 21 MAI 2010.

LE RAPPORT FORMULE UN CERTAIN NOMBRE DE CONSTATS:

- Depuis quelques années, il y a une augmentation du nombre de techniques médicales offertes, du nombre de médecins intéressés à offrir des services médicaux esthétiques, et du même coup, du nombre de recours légaux à la suite de ces interventions;
- Il y a peu de données fiables sur le nombre de médecins offrant des services médicaux esthétiques, sur le nombre d'actes médicaux effectués et sur les complications qui en découlent;
- La formation offerte aux médecins est généralement donnée par les fabricants de produits ou d'appareils plutôt que par les pairs, le plus souvent à cause d'une concurrence commerciale entre les médecins exerçant ces activités. Les facultés de médecine, débordées par les besoins de formation dans les champs d'activités jugés plus essentiels, n'ont ni les ressources ni l'intérêt pour développer des programmes de formation dans le domaine esthétique;
- Le public doit avoir accès à de l'information sur les indications, les contre-indications et les complications liées aux techniques ou aux produits offerts. Cette information doit favoriser une approche critique et un consentement libre et éclairé, en plus de faire connaître les recours disponibles en cas de complications;
- En matière d'information, le public devrait pouvoir interpréter correctement la publicité faite par les médecins,



notamment quant à leurs compétences et à leur formation.

Depuis octobre 2008, trois mesures législatives ont apporté un début d'encadrement sur les services médicaux esthétiques, bien qu'elles ne visaient pas ces activités à priori. Il s'agit de:

- L'entrée en vigueur, le 1^{er} avril 2010, des projets de loi n^{os} 33 et 34 et de leurs règlements d'application créant les centres médicaux spécialisés (CMS) et encadrant les structures offrant des interventions chirurgicales à risque de préjudice, notamment les chirurgies esthétiques prévues aux règlements. Ce cadre législatif impose aux CMS la nécessité d'obtenir un permis d'opération délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux du

Québec, d'être agréé par un organisme d'agrément des services de santé, et d'identifier un directeur médical personnellement responsable de la qualité des services médicaux dans son CMS;

- L'entrée en vigueur en octobre 2008, de l'article 62.2 du *Code des professions*, qui oblige tout professionnel à « informer l'ordre dont il est membre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre qu'il formule auprès de son assureur à cet égard ». Ceci permettra au Collège d'avoir accès à une source d'information additionnelle pour intervenir auprès des membres offrant des services médicaux esthétiques

faisant l'objet de poursuites, s'il le juge opportun;

- L'ajout d'une nouvelle section sur la publicité dans le *Code de déontologie des médecins*, qui devrait entrer en vigueur d'ici la fin de 2010, permettra de connaître le type de certificat de spécialiste, incluant la spécialité en médecine de famille, détenu par le médecin offrant des services médicaux esthétiques.

En lien avec ces nouvelles mesures structurantes, le groupe de travail propose six actions concrètes qui seront déployées au cours des prochains mois :

- Créer un répertoire des activités médicales esthétiques, le maintenir à jour et le rendre accessible au public dans le site Web du Collège;
- Élaborer des actions de communication auprès du public afin de faire connaître le répertoire des activités médicales esthétiques, les bénéfices et les risques associés à ces activités ainsi que les recours possibles pour les patients en cas de complications;
- Ajouter au *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux de médecins ainsi que des autres effets* l'obligation pour le médecin de tenir un registre local de ses interventions en médecine et en chirurgie esthétiques accessible aux officiers du Collège;
- Répertorier, au moyen du formulaire de déclaration accompagnant l'avis de cotisation annuelle, les médecins effectuant des activités médicales esthétiques ainsi que la nature de ces activités;
- Publier un guide d'exercice à l'intention des médecins précisant :
 - les règles générales à appliquer dans le domaine esthétique;
 - les indications, les contre-indications et les effets secondaires à surveiller

pour chacune des techniques contenues au répertoire;

- les normes de formation requise pour effectuer les techniques décrites dans le répertoire;
 - la procédure à suivre afin d'obtenir un consentement libre et éclairé des patients qui est particulièrement indiquée dans ce domaine.
- Rappeler à tous les médecins désirant offrir des services médicaux dans le domaine de la médecine ou de la chirurgie esthétiques qu'ils doivent, conformément à leurs obligations déontologiques,

exercer selon les principes scientifiques et rechercher des données probantes dans ce domaine particulièrement propice à la promotion commerciale de nouveaux produits ou de nouvelles techniques.

Le Collège, dont la mission est de protéger le public en assurant la qualité de l'exercice de la médecine, est d'avis que ces mesures contribueront à assurer la qualité et la sécurité des soins et services dans le domaine esthétique auxquelles les personnes qui souhaitent en bénéficier sont en droit de s'attendre.

Utilisation des lasers de classe 3b et 4 et de la lumière intense pulsée (LIP) par des non-médecins

À l'automne 2008, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) publiait un rapport intitulé *Utilisation des lasers de classe 3b et 4 et de la lumière intense pulsée (LIP) à des fins esthétiques dans un contexte non médical* dans lequel il invitait le Collège à définir les activités d'utilisation des lasers qui relevaient directement ou indirectement de la *Loi médicale*. Pour donner suite à cette interpellation, le Conseil d'administration du Collège recommandera :

à l'Office des professions du Québec

- que les opérateurs non-médecins de lasers 3b, 4 et de lumière intense pulsée (LIP) limitent leurs activités autonomes uniquement à des fins d'épilation, et que l'usage de ces appareils pour les lésions cutanées se fasse sous supervision médicale;
- que les opérateurs non-médecins de lasers 3b, 4 et de lumière intense pulsée (LIP) soient rattachés à un ordre professionnel, souscrivent à une assurance-responsabilité professionnelle et se conforment à un code de déontologie.

au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale, au ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi qu'au Comité sectoriel de la main-d'œuvre des services de soins personnels (CSMSSP)

- d'établir des programmes de formation et de qualification professionnelles obligatoires pour toute personne du secteur des services de soins personnels qui utiliserait un laser de classe 3b ou 4, la LIP ou toute autre source d'énergie de forte puissance à des fins esthétiques et non médicales, conformément à la recommandation de l'AETMIS.

COLLOQUE 2010 - LES CHOIX DES MÉDECINS RÉPONDENT-ILS AUX BESOINS DES PATIENTS ?

LE COLLÈGE A CHOISI CETTE ANNÉE, POUR THÈME DE SON COLLOQUE, LA QUESTION : *LES CHOIX DES MÉDECINS RÉPONDENT-ILS AUX BESOINS DES PATIENTS ?* SEPT CONFÉRENCIERS SONT VENUS EXPOSER LES MOTIFS DE LEURS CHOIX PROFESSIONNELS ET LEUR VISION DU SYSTÈME DE SANTÉ. LE COLLOQUE S'EST DÉROULÉ LE 14 MAI, À L'HÔTEL OMNI MONT-ROYAL DE MONTRÉAL.

UNE QUESTION D'ACTUALITÉ

La conciliation des besoins des médecins et des patients est plus que jamais une question d'actualité. Au moment de présenter le thème du colloque, le Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins, a cité des articles et dossiers de presse qui ont fait état récemment des choix professionnels des médecins et des raisons qui ont motivé ceux-ci.

Au cours des dernières années, de nombreux médecins ont modifié leurs choix professionnels, certains ont opté pour une offre de services privés ou ont priorisé des services médicaux non assurés alors que d'autres ont développé une pratique mixte. C'est de cette nouvelle réalité dont il a été question lors du colloque.

LES DÉFIS DE LA PRATIQUE MÉDICALE EN FRANCE OU L'HERBE N'EST PAS NÉCESSAIREMENT PLUS VERTE CHEZ LE VOISIN

Le Dr Jackie Ahr, médecin de famille et secrétaire général adjoint du Conseil national de l'ordre des médecins de France, a exposé le contexte de la pratique médicale en France, son évolution, ses forces et ses faiblesses. Les participants ont pu constater qu'il y avait plus de similitudes que de divergences entre divers types de pratique médicale au Québec et en France.

Deux choix s'offrent aux médecins français : la médecine dite libérale et la médecine hospitalière. Traditionnellement, la liberté de prescription, la liberté d'installation et le paiement à l'acte étaient associés à la pratique de la médecine libérale. Toutefois, selon le Dr Ahr, cela est de moins en moins



De nombreux médecins étaient au rendez-vous le 14 mai dernier.

vrai, particulièrement dans le cas de la liberté de prescription. En ce qui a trait à la liberté d'installation, celle-ci subit les contrecoups du marché de l'offre et de la demande. Ainsi, si la ville de Paris compte environ 10 000 médecins de famille, seulement 5 000 d'entre eux se consacrent à la médecine de famille, les autres optant pour des médecines parallèles qui semblent gagner en popularité.

Le Dr Ahr constate que la nouvelle génération de médecins français choisit en grand nombre la voie de la médecine hospitalière, où le médecin est salarié mais peut avoir également une pratique privée. Ces médecins sont rebutés par la gestion d'un cabinet privé et l'investissement requis pour son fonctionnement. Ils veulent pouvoir changer de type d'exercice et de lieu de travail. Le Dr Ahr parle

même d'une «réelle désaffection pour les soins».

Une nouvelle tendance semble se dessiner : celle des remplaçants. Il s'agit de médecins de famille ou de spécialistes qui optent pour le remplacement à plein temps. Ils sont ainsi 12 000 remplaçants sur près de 220 000 médecins. Une autre tendance observée est celle de l'hyperspécialisation, qui n'est pas sans danger, précise le Dr Ahr, rappelant l'importance de considérer le patient comme un tout et non «en pièces détachées».

Si le système de santé de la «vieille province» a des lacunes, il possède aussi des qualités indéniables. Le Dr Ahr souligne que, dans l'ensemble, le patient demeure au cœur du système médical, que l'offre de services est bien répartie avec un grand nombre de cliniques et

d'hôpitaux et que le choix entre le public et le privé semble être un avantage certain pour les Français qui, dit-il, « aiment avoir le choix ».

RENFORCER LA GOUVERNE MÉDICALE

Le Dr Michel Bureau, directeur des services de santé et de médecine universitaire au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, s'est penché sur les besoins des patients, sur ceux des médecins et sur les pistes de solutions pour concilier ces besoins.

Que veulent les patients? Pour le Dr Bureau, il ne fait pas de doute que les patients souhaitent avoir accès à des médecins de famille, à des soins de qualité gratuits et à des soins de proximité. Quant aux médecins, le Dr Bureau constate que ceux-ci veulent choisir leur domaine de pratique, conserver leur autonomie et maintenir une pratique de qualité en ayant accès notamment aux plateaux techniques. Il note que si le médecin est responsable envers son patient et ne ménage pas

ses efforts, la notion de responsabilité collective semble peu développée. Il souligne aussi l'importance accordée par un nombre grandissant de médecins à la qualité de vie personnelle, ce dont devra tenir compte le ministère.

Que veut le système de santé pour la population? Le ministère veut des services de qualité et accessibles, répond le Dr Bureau. Pour ce qui est des pistes de solutions, celui-ci relate les exemples de la gestion réussie des listes d'attente en chirurgie en collaboration avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la création d'un guichet d'accès pour les patients orphelins et les ententes conclues avec les cabinets privés de radiologie. Il souhaite par ailleurs une meilleure optimisation des services. Enfin, le Dr Bureau préconise un retour à la gouverne médicale qui exige une mobilisation de tous les acteurs, fédérations, universités et le Collège. À cet égard, il cite le cas de la pandémie d'influenza où la cogestion s'est avérée un succès.

ÉTHIQUE ET CHOIX DE CLIENTÈLE

Le Dr Alain Vadeboncoeur, chef du service d'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal et vice-président de Médecins québécois pour le régime public (MQRP), a soulevé la question éthique dans le choix de la clientèle: doit-on avoir un système imparfait mais juste ou un système basé sur la capacité de payer du patient? Chiffres à l'appui, le Dr Vadeboncoeur a fait certaines mises en garde quant aux comparaisons avec d'autres pays dont les systèmes sont fondamentalement différents du nôtre. La pénurie de médecins au Québec est un facteur important dont il faut tenir compte, précise-t-il. À cet égard, il cite le cas de la France qui compte 3,4 médecins par 1 000 habitants alors qu'au Québec on en dénombre 2,2 par 1 000 habitants. La mixité des soins dans le contexte québécois n'aurait pas le même impact. Il souligne également la portion plus élevée de frais que les Canadiens assument déjà en matière de copaiement de financement des soins de santé, soit 15 %, alors que le citoyen français en défraie 6,8 %. Un système mixte engendrerait inévitablement un accroissement du copaiement.

Le Dr Vadeboncoeur craint également une augmentation de l'offre de soins rentables pour le médecin mais moins utiles pour la population et que cette offre se fasse au détriment de cas plus lourds tels les patients atteints de maladies chroniques. La pratique médicale mixte comporte également un risque potentiel de conflits d'intérêts. Il cite l'exemple d'un examen comme la résonance magnétique pour laquelle l'attente peut être de six mois à l'hôpital, mais qui peut être obtenu rapidement dans une clinique privée, avec le même radiologiste.

Pour le Dr Vadeboncoeur, il ne fait pas de doute que le système public est imparfait et peut être amélioré. À cet égard, il cite quelques exemples d'approches constructives, comme l'augmentation de 16 % de la

Suite à la page 10 »



Le Dr Yves Lamontagne, président-directeur du Collège et le Dr Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui a prononcé l'allocution d'introduction.

Suite de la page 9 »

productivité dans les blocs opératoires et la diminution des listes d'attente en chirurgie cardiaque. La mixité n'est pas une solution mais un problème, conclut-il.

LA PRATIQUE MÉDICALE MIXTE: LE CAS D'OPMEDIC

Le Dr Josée Provencher, directrice médicale d'Opmedic, a expliqué les raisons qui l'ont amenée à offrir des services médicaux dans le cadre d'une clinique médicale privée. Les délais d'attente prolongés et les annulations à répétition pour certains soins chirurgicaux (p. ex., hernie linguale, pathologies ano-rectales, chirurgie de la main) ont été des facteurs importants dans sa décision. De plus, le retour à une approche plus centrée sur le patient et la possibilité de travailler avec une équipe de taille plus humaine et plus stable ont aussi été des facteurs déterminants.

Le Dr Provencher précise que les médecins qui exercent dans sa clinique, en moyenne 1 à 2 journées par semaine, sont des spécialistes participants à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Quant aux frais accessoires couvrant les agents anesthésiants ou la médication nécessaire au traitement ou à l'examen, ceux-ci sont assumés par les patients. Le Dr Provencher cite les nombreux avantages pour les patients qui ont recours à Opmedic. Parmi ceux-ci figurent le choix du moment de l'intervention, la possibilité de planifier sa vie professionnelle et personnelle autour de l'examen ou du traitement, un risque moindre d'infections nosocomiales et, s'il y a urgence ou suspicion de cancer, le contact avec le médecin spécialiste permettra au patient d'être admis en priorité dans le réseau public selon la gravité de son état.

Le Dr Provencher conclut en précisant que l'exercice de la médecine chez Opmedic constitue une pratique complémentaire et synergique qui, pour la grande majorité des spécialistes, ne peut pas se substituer à une pratique dans le système public, plus complexe.

LA CLINIQUE ORTHOPÉDIQUE DUVAL: UNE CLINIQUE EXCLUSIVEMENT PRIVÉE

Le Dr Nicolas Duval, chirurgien orthopédiste, est le fondateur de la Clinique orthopédique Duval, un centre ultraspécialisé dans les soins médicaux et chirurgicaux électifs du genou et de la hanche. C'est pour répondre à la demande grandissante des soins en chirurgie orthopédique et offrir au système public l'option de sous-contracter les services d'une clinique spécialisée que le Dr Duval a mis sur pied cette clinique. Plus de 3 500 patients y ont été opérés depuis 2002.

Le Dr Duval souligne les avantages pour un patient de recourir à ses services : des délais raisonnables, une qualité de soins peut-être supérieure à celle du réseau public en raison de la répétition des mêmes gestes, exécutés de la même façon, du moins pour certains types d'opération, et des complications postopératoires moindres. Toutefois, il déplore que certains patients ne puissent être opérés en privé en raison des coûts associés à une telle pratique. Il évoque également un sentiment de frustration élevé face aux attentes parfois démesurées des patients opérés qui n'obtiennent pas toujours les résultats escomptés ou peuvent avoir certaines complications.

En conclusion, le Dr Duval ne se dit pas favorable à la pratique mixte : « on ne peut pas être en même temps l'avocat du privé et du public ». Le Dr Duval croit que la clinique médicale exclusivement privée peut être indépendante ou complémentaire au système de santé public québécois et que le moment est propice à l'implantation de projets pilotes public-privé pour déterminer si le choix de la complémentarité peut vraiment mieux répondre aux besoins des patients.

L'EXPÉRIENCE DES PLASTICIENS

Le Dr Gilles Beauregard, président de l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec, a parlé de l'expérience des plasticiens sur le plan de la pratique mixte, de la pratique extra-hospitalière et des services médicaux non assurés.

Bien que la pratique mixte soit considérée comme un sujet tabou, constate le Dr Beauregard, celle-ci existe depuis les débuts de la chirurgie plastique et s'est développée harmonieusement. Moins de 10 % des chirurgiens plasticiens sont désengagés et les nouveaux plasticiens désirent avoir des privilèges hospitaliers, constate-t-il.

En ce qui a trait à la pratique extra-hospitalière, celle-ci s'est développée en



Les conférenciers invités (de gauche à droite) : Dr Yann Dazé, Dr Alain Vadeboncoeur, Dr Jackie Ahr, Dr Nicolas Duval, Dr Josée Provencher, Dr Michel Bureau et Dr Gilles Beauregard.

raison de la diminution d'accès aux plateaux techniques dans les hôpitaux pour ce type de chirurgies et grâce à l'amélioration des techniques liées à l'analgésie et à l'anesthésie. Pour un chirurgien plasticien dont 95 % des activités médicales sont consacrées au temps opératoire, la recherche de nouveaux moyens de traiter les patients devenait donc impérative.

Pour ce qui est des soins dits «non médicalement requis», le Dr Beaugard est d'avis qu'il s'agit d'une terminologie inexacte et qu'on devrait plutôt parler de services non assurés. Les chirurgies esthétiques, ajoute-t-il, sont des services médicalement requis mais certains ne sont pas assurés par la RAMQ. En conclusion, le Dr Beaugard souhaite qu'une nouvelle terminologie soit adoptée pour désigner les services non assurés et les services assurés et qu'une révision soit faite des services assurés qui seraient répertoriés en deux catégories: les services essentiels et les services non essentiels. Enfin, il formule le souhait que le médecin soit intégré à tous les échelons décisionnels.

LE POINT DE VUE DES JEUNES MÉDECINS

Le Dr Yann Dazé, président de la Fédération des médecins résidents du Québec, a d'emblée déclaré qu'il était difficile de répondre aux besoins des patients dans le contexte actuel de pénurie des ressources, tant humaines que techniques, et où la circulation de l'information sur le patient est déficiente, citant à ce sujet l'exemple du dossier santé.

À la question relative au choix de la médecine spécialisée plutôt que la médecine de famille, le Dr Dazé précise que la raison première qui dicte le choix du médecin est son intérêt et sa motivation pour une discipline donnée. Le fait de pouvoir exercer dans un créneau particulier peut être également rassurant, explique le Dr Dazé. Les médecins ne peuvent plus tout maîtriser et le savoir augmente sans cesse, d'où un certain sentiment de sécurité associé à la médecine spécialisée.

Malheureusement, la perception à l'effet que le médecin de famille ne fait que «référer» est encore trop véhiculée, note le Dr Dazé. Il cite aussi le manque d'exposition à la médecine de famille pendant la formation médicale, le dénigrement toujours présent de celle-ci dans les milieux de formation, la disparité au plan de la rémunération et les mesures qui peuvent

public, le Dr Dazé répond que certaines conditions doivent s'appliquer pour garantir une participation au régime public. Le médecin doit notamment pouvoir y maintenir ses compétences à jour et avoir l'indépendance professionnelle souhaitée.

Le Dr Dazé est convaincu que les jeunes médecins veulent travailler au

[Au cours des dernières années, de nombreux médecins ont modifié leurs choix professionnels, certains ont opté pour une offre de services privés ou ont priorisé des services médicaux non assurés alors que d'autres ont développé une pratique mixte.]

sembler plus contraignantes comme causes possibles du désintérêt pour cette discipline.

Quant aux règles d'encadrement du gouvernement (AMP, PEM, PREM), le Dr Dazé indique que celles-ci ne sont pas des préoccupations prépondérantes pour les étudiants. Toutefois, cela peut avoir un impact négatif dans le choix de la discipline médicale. La médecine familiale est la grande perdante en raison du mode de répartition des médecins, constate le Dr Dazé.

En ce qui a trait à la possibilité d'une pratique mixte, le Dr Dazé est d'avis que si l'on exige du médecin de fournir une prestation déterminée dans le public pour exercer dans le privé, on doit mettre en place les outils et l'accès aux plateaux techniques qui lui permettront de faire son travail dans le réseau public. Le Dr Dazé évoque également la «souffrance éthique» que vivent les jeunes médecins qui veulent donner les soins les plus complets possibles. Malheureusement, note le Dr Dazé «on leur permet mal de le faire». Le patient, ajoute le Dr Dazé, est aux confins du système de santé, il doit revenir au cœur du système.

À la question relative aux conditions qui feraient qu'un résident en médecine choisirait d'être participant ou non au régime

Québec. Toutefois, le temps de la coercition est révolu, précise-t-il, il faut préconiser maintenant des approches incitatives. En conclusion, le Dr Dazé signale que les aspirations des jeunes médecins seront comblées si ceux-ci peuvent exercer la médecine en toute autonomie en ayant le sentiment du devoir accompli auprès des patients. Le système de santé doit également être en santé et stabilisé. Pour ce faire, le Dr Dazé croit qu'il est important de le dépolitiser.

EN CONCLUSION

LE PATIENT AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ

À la question *Les choix des médecins répondent-ils aux besoins des patients?*, les participants ont pu constater que les réponses étaient nombreuses et diversifiées. Plusieurs options ont été soulevées, qu'il s'agisse de la pratique médicale exclusivement publique ou privée, de la pratique médicale mixte ou de l'ouverture à d'autres formes de pratique médicale. Cependant, un constat important ressort de toutes les interventions: le souhait unanime, exprimé par tous les médecins, de remettre le patient au cœur du système de santé au Québec.

COMMUNIQUÉS



Départ du Dr Yves Lamontagne

Le 14 mai dernier, à l'occasion du point de presse qui suivait le colloque annuel du Collège des médecins, le Dr Yves Lamontagne a fait état des principaux points de vue et prises de position formulés par les conférenciers invités et les participants au colloque (*voir le compte rendu à la page 8*).

Lors de cette rencontre, le Dr Lamontagne a annoncé qu'il quittera son poste de président-directeur général du Collège des médecins du Québec en octobre prochain: «Après douze années à la présidence du Collège des médecins, j'estime

qu'il est temps que je devienne un joueur autonome et que je passe la rondelle à quelqu'un d'autre. Je quitterai le Collège en disant mission accomplie grâce à mon équipe de directeurs, au secrétaire général, aux membres du Conseil d'administration et à tout le personnel du siège social. Les résultats dont je suis le plus fier sont notamment l'harmonisation des examens pour les résidents en médecine dans tout le Canada, la conversion facilitée des permis restrictifs en permis réguliers pour les médecins diplômés à l'étranger et les diverses ententes sur la mobilité de la main-d'œuvre médicale avec le Canada et la France».

À L'HONNEUR



À l'occasion du colloque annuel du Collège des médecins du Québec, le 14 mai dernier, le Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec a été décerné à un médecin animé par une passion et un engagement hors du commun, le Dr Anne Magnan, directrice générale du Programme d'aide aux médecins du Québec. Cette distinction honorifique lui a été remise devant ses pairs en guise de reconnaissance pour sa contribution au développement et au rayonnement de la profession médicale.

ÉLECTIONS CET AUTOMNE



Vous trouverez dans les pages centrales de ce numéro (pages 15 à 18) les informations relatives à l'élection de 10 administrateurs au Collège des médecins du Québec ainsi que le bulletin de présentation pour les mises en candidature.

Pour mieux connaître les candidats qui auront postulé, vous pourrez accéder, à compter du début septembre, aux renseignements qu'ils auront fournis sur leur formation, leurs engagements et leur expérience, en consultant le site Web du Collège.

L'automne sera également marqué par le changement à la présidence du Collège des médecins. Ainsi, les administrateurs élus (20) seront appelés à élire un nouveau président lors de la séance du Conseil d'administration du 22 octobre prochain. Le changement à la présidence ne s'est produit que trois fois au cours des cinquante dernières années de l'histoire du Collège.



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



CONSEIL
D'ADMINISTRATION

22 octobre 2010

COMITÉ
EXÉCUTIF

25 août 2010

22 septembre 2010

COMMUNIQUÉS

DÉBRANCHER OU NON ?

DANS UNE LETTRE OUVERTE PUBLIÉE LE 30 AVRIL 2010 DANS LE JOURNAL *LA PRESSE*, LES DRS YVES LAMONTAGNE ET MICHÈLE MARCHAND, PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET CONSEILLÈRE EN ÉTHIQUE CLINIQUE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, RÉAGISSENT À UN REPORTAGE PUBLIÉ DANS LE QUOTIDIEN LE 26 AVRIL AU SUJET DE L'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE. VOICI LE TEXTE INTÉGRAL DE CETTE LETTRE.

À lire votre reportage du 26 avril, on a l'impression d'être sans repère au Québec face à cette question. Nous aimerions revenir sur la réflexion menée au Collège des médecins du Québec, à laquelle vous faites allusion et qui permet un peu plus d'optimisme.

Un médecin peut-il imposer à un patient de demeurer sous respirateur? À moins d'exception, la réponse est non. Au Québec comme ailleurs, les repères sont maintenant très clairs à l'égard de l'acharnement thérapeutique. Le refus de traitement est un droit reconnu, aussi bien dans le *Code de déontologie des médecins* que dans le *Code civil*. Selon que les soins sont urgents, médicalement requis ou non et selon que le patient est majeur et apte à prendre des décisions ou non, les modalités peuvent varier, mais les médecins doivent obtenir le consentement des patients pour toute intervention et respecter leur décision en cas de refus. Quand il s'agit d'un refus de traitement, le médecin ne peut être accusé d'euthanasie parce qu'il arrête le respirateur.

Qu'en est-il si c'est le patient ou ses proches qui «s'acharnent» à poursuivre les traitements alors que le médecin les juge «futiles»? Les repères sont moins clairs. À notre connaissance, il n'existe aucune juridiction où le droit est reconnu pour les patients d'exiger des traitements. Au plan de l'éthique professionnelle, il existe par ailleurs un consensus pour dire que les médecins ne sont pas tenus de prodiguer des soins qu'ils jugent inappropriés d'un point de vue médical. Ce qui laisse une large place à l'interprétation.

Est-ce à dire que les médecins pourraient ultimement décider, sans l'accord du patient ou de ses proches, de cesser des soins essentiels à la vie comme un respirateur? Certains le pensent et de plus en plus d'organismes médicaux proposent des grilles décisionnelles encourageant les décisions consensuelles mais permettant aux médecins de procéder en cas de désaccords persistants. Ce n'est pas l'interprétation que nous avons privilégiée au terme de notre réflexion. Le processus décisionnel opérant en situation clinique nous est apparu beaucoup trop complexe et dynamique pour être interrompu de cette façon.

En situation clinique, le médecin offre les soins qu'il juge le plus objectivement possible appropriés d'un point de vue

médical. Le patient reste évidemment celui qui décide. Pour des raisons subjectives aussi bien qu'objectives, il accepte, refuse ou demande autre chose que les soins proposés. Face à cette réaction, le médecin demeure toutefois responsable des actes qu'il posera. Il accepte de donner suite à la demande, refuse ou propose autre chose, auquel cas la dynamique reprend.

[Un médecin peut-il imposer à un patient de demeurer sous respirateur? À moins d'exception, la réponse est non. Au Québec comme ailleurs, les repères sont maintenant très clairs à l'égard de l'acharnement thérapeutique.]

En fait, les prises de décisions sont multiples. On les souhaite les plus consensuelles possibles, mais elles ne le sont pas toujours. Chacun y participe à sa façon, en assumant ses responsabilités propres. L'idée ici n'est pas de poursuivre des discussions sans fin et sans égard aux coûts. Il s'agit plutôt d'entreprendre les discussions le plus tôt possible.

En cas de désaccords persistants, il nous semble préférable d'exclure toute prise de décision unilatérale de la part des médecins quant aux soins qui seront effectivement prodigués. Par contre, on devrait leur reconnaître le droit, sous conditions, notamment celle d'assurer le suivi, de refuser de participer personnellement à des soins qu'ils jugent médicalement inappropriés ou auxquels ils s'objectent pour des raisons morales. Voilà de nouveaux repères, dont il faudrait discuter publiquement.

Avec les développements de la médecine, de plus en plus de décès découlent d'une prise de décision. Mais au Québec, nous avons déjà fait beaucoup de chemin concernant le processus décisionnel dans le domaine des soins. Nous avons certains repères. D'autres restent à trouver.

PRIX D'EXCELLENCE 2010 DU COLLÈGE DES MÉDECINS

Dr Paul Grand'Maison, vice-doyen aux études médicales prédoctorales à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke



Le Dr Paul Grand'Maison, lauréat du Prix d'excellence 2010 du Collège des médecins du Québec

INNOVATEUR, LEADER ET FORMATEUR

À l'occasion de son colloque annuel, le Collège des médecins du Québec a décerné son Prix d'excellence 2010 au Dr Paul Grand'Maison, vice-doyen aux études médicales prédoctorales à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Le Dr Grand'Maison a un parcours professionnel inspirant et exceptionnel, reconnu à l'échelle provinciale, nationale et internationale. Il a participé activement à l'évolution de la profession médicale, notamment par sa contribution significative à la formation de la relève.

Diplômé de l'Université de Sherbrooke en 1969, le Dr Grand'Maison s'est investi dès le début de sa carrière dans l'enseignement, et a collaboré à partir de 1975 à la mise sur pied de la première unité de médecine de famille de l'Uni-

versité de Montréal. De 1977 à 1979, il a occupé le poste de directeur du programme de médecine de famille et a amorcé une réforme du programme de résidence. En 1979, le Dr Grand'Maison a entrepris une maîtrise en éducation médicale à l'Université Western Ontario pour développer une expertise sur les styles d'apprentissage des étudiants, les différentes méthodes d'enseignement, l'évaluation des étudiants et la formation pédagogique des professeurs. Au fil des ans, il est devenu un chef de file dans le domaine de l'éducation médicale et dans la promotion d'une formation médicale optimale.

Dans les années 1980, le Dr Grand'Maison a travaillé à la création du programme obligatoire de résidence de deux ans en médecine de famille, qui est devenu, depuis 1988, une étape obligatoire pour l'obtention du permis d'exercice. Soucieux de la qualité de l'exercice, il a aussi soutenu en 1990 la mise en place de l'examen clinique objectif et structuré (ECOS) pour les médecins de famille. Cet examen final est devenu un modèle national et international d'évaluation de la compétence des futurs médecins de famille.

Depuis 1996, le Dr Grand'Maison siège à des postes stratégiques de gestion pour la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et occupe, depuis 2002, le poste de vice-doyen aux études médicales prédoctorales. Il est aussi reconnu, depuis 2005, comme un leader au Canada pour l'implantation de sites de formation

délocalisée, comme ceux de Moncton et du Saguenay.

En 2008, il a reçu le Prix Ian Hart de l'Association canadienne pour l'éducation médicale qui reconnaît une contribution exceptionnelle dans le milieu pédagogique. En lui décernant son Prix d'excellence, le Collège des médecins du Québec rend à son tour hommage à l'œuvre du Dr Paul Grand'Maison.

ILS ONT DIT...

« À notre époque où la valorisation de la médecine de famille est à la mode, il faut reconnaître que le professeur Grand'Maison poursuit cette mission depuis des décennies, bien avant nos préoccupations actuelles. Nous devons au Dr Grand'Maison une partie de l'expertise que le Québec a développée dans la formation de ses médecins ».

Dr Réjean Hébert, doyen
Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke

« Au cours des dernières années, le Dr Grand'Maison a toujours fait preuve d'un grand professionnalisme, d'une compréhension hors du commun et d'une ouverture d'esprit sans borne face aux projets, revendications et préoccupations étudiantes. C'est un coéquipier hors pair sur qui nous pouvons toujours compter ».

Marie-Pier Grondin, présidente
Association générale des étudiantes et étudiants en
médecine de l'Université de Sherbrooke



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

AVIS D'ÉLECTION

Les membres du Collège des médecins du Québec sont priés de noter qu'il y aura, à l'automne 2010, élection des administrateurs des régions électorales suivantes:

- MONTRÉAL – huit administrateurs
- MONTÉRÉGIE* – un administrateur
- LAVAL – un administrateur

CONDITIONS REQUISES POUR ÊTRE CANDIDAT

Tout candidat doit être membre du Collège et être inscrit au tableau de l'ordre au moins quarante-cinq (45) jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin. Nul ne peut être candidat dans une région donnée s'il n'y a pas son domicile professionnel. La date et l'heure de clôture du scrutin sont le **mercredi 6 octobre 2010 à 16 h.**

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

Les bulletins de présentation doivent être reçus par le secrétaire adjoint au plus tard le **jeudi 2 septembre 2010 à 16 h.**

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

* Conformément au *Règlement divisant le territoire du Québec aux fins des élections au Bureau du Collège des médecins du Québec*, en vigueur depuis le 18 avril 1996, il y a eu élection d'un des deux administrateurs de la région de la Montérégie en 2008 et il y aura élection du second administrateur de cette région en 2010.

PRÉSENTATION DES MISES EN CANDIDATURE

Les membres ayant droit de vote dans une région ont tout avantage à connaître le mieux possible les candidats qui ont soumis leur candidature. Le Collège des médecins du Québec considère que les médecins votants devraient recevoir un minimum d'information quant à la formation, aux engagements professionnels passés et présents, ainsi qu'à l'expérience pertinente des candidats en lice.

Dans ce but, les candidats peuvent transmettre au secrétaire d'élection un curriculum vitae abrégé, texte de moins de 800 caractères, présenté à double interligne, police Times New Roman 12 points, et y joindre leur photographie (format électronique : .jpg ou .gif), en même temps que leur formulaire de mise en candidature. Ce court texte et cette photographie seront disponibles dans le site Web du Collège à compter du début septembre ou en communiquant avec le bureau du secrétaire d'élection pour en obtenir une copie.



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ÉLECTION 2010

BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN ADMINISTRATEUR

RÉGION CONCERNÉE

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom, prénom: _____

Adresse: _____

N° de permis: _____

Signature: _____

Vous devez fournir **cinq (5) signatures et adresses** de domicile professionnel de médecins de la région concernée. Faire parvenir ce formulaire, à l'attention du secrétaire d'élection, au Collège des médecins du Québec, afin qu'il soit reçu **au plus tard le 2 septembre 2010 à 16 h.**

MÉDECINS APPUYANT LA CANDIDATURE

Nous, soussignés, membres en règle du Collège des médecins du Québec, ayant notre domicile professionnel dans la région de _____, proposons le candidat susmentionné à la prochaine élection tenue dans cette région :

Nom, prénom: _____ Nom, prénom: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

N° de permis: _____ N° de permis: _____

Signature: _____ Signature: _____

Nom, prénom: _____ Nom, prénom: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

N° de permis: _____ N° de permis: _____

Signature: _____ Signature: _____

Nom, prénom: _____ **Adresse pour l'envoi du bulletin de présentation**

Adresse: _____ M^e Christian Gauvin

_____ Secrétaire adjoint

N° de permis: _____ Collège des médecins du Québec

Signature: _____ 2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

NOTICE OF ELECTION

The members of the Collège des médecins du Québec are hereby informed that the election of directors for the following electoral regions shall take place in the Fall of this year.

- MONTRÉAL – 8 directors
- MONTÉRÉGIE* – 1 director
- LAVAL – 1 director

ELIGIBILITY REQUIREMENTS FOR CANDIDACY

Only those members of the Collège who entered on the Roll forty-five (45) days or more before the date fixed for the closing of the poll may be candidates. Only those members of the Collège who have their professional domiciles in a particular region may be candidates in that region. The poll shall close at **4 p.m. on Wednesday, October 6, 2010.**

Each candidate shall be proposed by a nomination paper signed by himself or herself, and at least five (5) members of the Collège having their professional domiciles in the electoral candidate's region.

Nomination papers must reach the Assistant Secretary by **4 p.m. on Thursday, September 2nd, 2010,** at the latest.

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

* In accordance with the *Regulation dividing Québec into regions for the purposes of elections to the Bureau of the Collège des médecins du Québec*, in effect since April 18, 1996, one of the two directors in the Montérégie region was elected in 2008, and the second director in the same region shall be elected in 2010.

PRESENTATION OF NOMINATIONS

It is in the best interests of members who are eligible to vote in a region to be as familiar as possible with the electoral candidates. The Collège des médecins du Québec deems that voting physicians should receive a minimum amount of information pertaining to the training, past and present professional engagements, and the pertinent experience of candidates in contention.

In that regard, candidates may submit a condensed curriculum vitae (fewer than 800 characters, double-spaced, 12-point Times New Roman font) with accompanying photo (.jpg or .gif electronic format) to the office of the Secretary of Elections along with their nomination form. This brief text and photo will be posted on the Collège's Web site as of the beginning of September. A copy may also be obtained by contacting the office of the Secretary of Elections.



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

2010 ELECTION

NOMINATION FORM FOR THE ELECTION OF A DIRECTOR

REGION CONCERNED

NOMINEE

Family, First Name: _____

Address: _____

Permit N°: _____

Signature: _____

You must furnish **five (5) signatures and professional domicile addresses** of the physicians in the region concerned. This form is to be forwarded to the Collège des médecins du Québec's Assistant Secretary of Elections and must be received **by no later than 4:00 p.m. on September 2, 2010.**

PHYSICIANS SUPPORTING THE NOMINATION

We the undersigned, members in good standing of the Collège des médecins du Québec, having our professional domiciles in the region of _____, do hereby nominate the above-mentioned nominee for the next election to be held in this region:

Family, First Name: _____ Family, First Name: _____

Address: _____ Address: _____

Permit N°: _____ Permit N°: _____

Signature: _____ Signature: _____

Family, First Name: _____ Family, First Name: _____

Address: _____ Address: _____

Permit N°: _____ Permit N°: _____

Signature: _____ Signature: _____

Family, First Name: _____

Address: _____

Permit N°: _____

Signature: _____

Forward the nomination form to:

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

CAS CLINIQUE POUR VOTRE PRATIQUE

RÉGULIÈREMENT DANS LEUR PRATIQUE, LES MÉDECINS SONT CONFRONTÉS À DES SITUATIONS QUI SOULÈVENT DES QUESTIONS LÉGALES, DÉONTOLOGIQUES ET ÉTHIQUES AUXQUELLES IL N'Y A PAS DE RÉPONSE TOUTE FAITE. DANS CETTE CHRONIQUE, LE COLLÈGE PRÉSENTE DES EXTRAITS DU DOCUMENT ALDO-QUÉBEC, QUI ILLUSTRENT QUELQUES-UNES DE CES SITUATIONS DÉLICATES.



LE CONSENTEMENT AUX SOINS

L'information requise

Pour obtenir le consentement libre et éclairé du patient, le médecin doit lui fournir, notamment, les renseignements suivants :

- le diagnostic;
- la nature du traitement;
- les interventions à effectuer;
- les bénéfices et les risques associés aux interventions;
- les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention;
- les autres possibilités de traitement.

Même si ce sont d'abord les bénéfices qui sont recherchés par le patient et le médecin et que ces bénéfices sont largement détaillés en vue de l'obtention du consentement, ils ne peuvent à eux seuls constituer toute l'information requise.

En effet, l'exposition des risques est aussi nécessaire et doit tenir compte de la situation particulière du patient. Les risques graves et peu fréquents (p. ex., paralysie) doivent être dévoilés, dans des termes liés au contexte précis du patient. Les risques fréquents doivent être mentionnés également, même ceux qui

sont apparemment mineurs, dans la mesure où ils peuvent avoir des conséquences particulières pour le patient. Par exemple, une chirurgie à un doigt n'aura pas la même portée pour un pianiste professionnel que pour un gardien de sécurité. Cette exposition des bénéfices et des risques de l'intervention doit permettre au patient de juger de la situation, à partir de la perception la plus juste possible de la réalité, et de prendre la meilleure décision pour lui-même dans les circonstances.

Les autres possibilités de traitement font également partie de l'information à transmettre. Le médecin doit donc présenter toutes les options au patient, y compris ce qui pourrait arriver si celui-ci refusait l'investigation ou le traitement.

Mais il ne suffit pas d'expliquer tous les bénéfices et les risques possibles; il faut s'assurer que la personne les a compris et qu'elle a saisi leurs éventuelles répercussions sur sa vie. Voilà pourquoi le médecin

Suite à la page 20 »

On associe souvent les questions morales à des situations cliniques particulièrement dramatiques comme les situations de fin de vie. Mais toutes les situations cliniques soulèvent leur lot de questions, quel que soit le domaine d'activités. La médecine et la chirurgie esthétiques ne font pas exception.

Comme il s'agit souvent de soins qui ne sont pas médicalement requis, la question du consentement revêt une grande importance. Même si elle est rarement abordée, la question de la futilité des traitements peut également se poser.

CAS CLINIQUE POUR VOTRE PRATIQUE (SUITE)

Suite de la page 19 »

doit présenter l'information dans un langage simple et compréhensible pour le patient. Ce dernier doit également avoir la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses qu'il juge satisfaisantes avant de donner son consentement.

l'obtention du consentement écrit pour les soins non médicalement requis, l'expérimentation et le don d'organes (art. 24).

Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (ROAE) prévoit, quant à lui, un consentement écrit pour l'anesthésie et la

la décision d'accepter ou de refuser les soins proposés incombe au patient. Par ailleurs, le médecin doit pouvoir démontrer que le patient a été adéquatement informé; pour ce faire, il doit consigner une note appropriée à son dossier. Cette note doit refléter la nature exacte des renseignements fournis, les questions posées par le patient et la discussion portant sur les autres possibilités de traitement. En cas de litige, un dossier médical bien tenu est le meilleur outil pour clarifier les faits.

Le consentement substitué

Si une personne majeure est inapte à consentir, même temporairement, il faut avoir recours à une tierce personne qui consentira à sa place. C'est ce qu'on appelle le consentement substitué. Dans le cadre législatif québécois, les règles varient selon que les soins sont requis ou non par l'état de santé de la personne inapte. Si les soins ne sont pas requis, le consentement ne peut être donné que par un représentant légal: le tuteur ou le curateur d'une personne reconnue inapte ou un mandataire, dûment identifié, à qui le patient, avant de devenir inapte à consentir, a confié le soin de prendre les décisions à sa place le moment venu. Si les soins sont requis, le consentement peut être donné par les proches à défaut de représentant légal.

Pour les personnes mineures, le *Code civil* prévoit des règles particulières, qui varient selon qu'elles ont moins de 14 ans ou 14 ans plus et que les soins sont urgents, requis ou non requis.

LA FUTILITÉ DES TRAITEMENTS

Un traitement est généralement considéré comme « médicalement futile » ou non bénéfique s'il n'offre au patient aucun espoir raisonnable de guérison, d'amélioration ni aucun avantage quelconque.

[Les soins non médicalement requis comprennent, entre autres, les traitements de la médecine et de la chirurgie esthétiques. Il est primordial, en ce domaine, que le médecin expose au patient non seulement les risques probables du traitement, mais aussi tous les risques possibles, même s'ils sont rares.]

L'obligation qu'a le médecin de renseigner le patient n'est donc pas uniforme; elle varie selon les circonstances. Sa portée se trouve notamment modulée en fonction des trois grandes catégories de soins: les soins urgents, les soins médicalement requis et les soins non médicalement requis. Lorsque la vie d'un patient est menacée s'il ne reçoit pas un traitement immédiatement et qu'un consentement ne peut être obtenu en temps utile, le médecin est relevé de cette obligation. Pour ce qui est des soins médicalement requis, la portée de l'obligation augmente en fonction de la prévalence et de la gravité des complications, alors que les soins non médicalement requis comportent des exigences beaucoup plus élevées (*Code civil*, art. 13 à 25).

Les soins non médicalement requis comprennent, entre autres, les traitements de la médecine et de la chirurgie esthétiques. Il est primordial, en ce domaine, que le médecin expose au patient non seulement les risques probables du traitement, mais aussi tous les risques possibles, même s'ils sont rares¹.

Le consentement écrit

Le *Code civil du Québec* exige d'ailleurs

chirurgie (ROAE, art. 52.1). Il prévoit également que figure au dossier de l'usager un document attestant l'obtention du consentement aux soins et services dispensés ainsi qu'à la prise de photos, films ou documents, le cas échéant (art. 53 à 57). Généralement, un consentement écrit est considéré nécessaire pour les procédures suivantes:

- l'anesthésie;
- l'intervention chirurgicale;
- les soins prodigués dans un établissement;
- la prise de photos, la confection de films ou de documents vidéo;
- l'aliénation entre vifs (don d'organes);
- l'expérimentation;
- les soins non thérapeutiques.

Mais soyons clairs: le consentement libre et éclairé est bien plus que la simple signature d'un formulaire d'autorisation. Car bien qu'il soit souvent exigé, le formulaire signé n'implique pas nécessairement que ce consentement ait été donné librement et à la lumière de toute l'information pertinente.

En pratique, le consentement peut être implicite ou explicite. Dans les deux cas,

Trois questions permettent d'évaluer la futilité d'un traitement :

- L'intervention proposée répond-elle aux attentes du patient ?
- L'intervention proposée entraîne-t-elle des effets nuisibles supérieurs aux bénéfices escomptés ?
- L'intervention proposée offre-t-elle globalement un bénéfice au patient ?

On ne peut évaluer le caractère acharné ou futile d'un traitement médical sans tenir compte du point de vue du patient lui-même et de ses proches. Cependant, le médecin doit s'efforcer de poser un jugement objectif conformément à ses obligations déontologiques. À cet égard, le *Code*

de déontologie des médecins mentionne, à l'article 50 :

Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires.

Même s'il n'existe nulle part de dispositions législatives le précisant explicitement, on s'entend généralement pour dire que le médecin n'est pas tenu d'offrir des soins non requis par l'état de santé du patient. Il doit refuser de se faire imposer par le patient ou sa famille des interventions farfelues.

Le *Code de déontologie des médecins* du Québec spécifie (art. 60) que le médecin doit refuser sa collaboration à des actes médicaux pouvant nuire à la santé de son patient :

Le médecin doit refuser sa collaboration ou sa participation à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient, eu égard à sa santé.


À l'instar de la recherche du consentement libre et éclairé, la détermination des traitements repose donc sur l'information, l'écoute et le dialogue.

Référence :

'COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « L'information médicale avant la prise de décision », Le Collège, Vol. XL, n° 1, mai-juin 2000.

Source :

ALDO-Québec. Partie II: L'intégration en clinique des aspects légaux, déontologiques et organisationnels - Approche par thèmes, p. 118 à 124, 148.

 <http://www.cmq.org> (section Membres, Accès rapide : ALDO-Québec)

1 500 utilisateurs

Mises à jour gratuites

Disponible sur PC et MAC



Dossier Médical Informatisé

Produit québécois !



Pour les
médecins

Pour les
secrétaires



Prescripteur

Index patient



Aviseur

Rendez-vous



Note clinique

Facturation



Numérisation



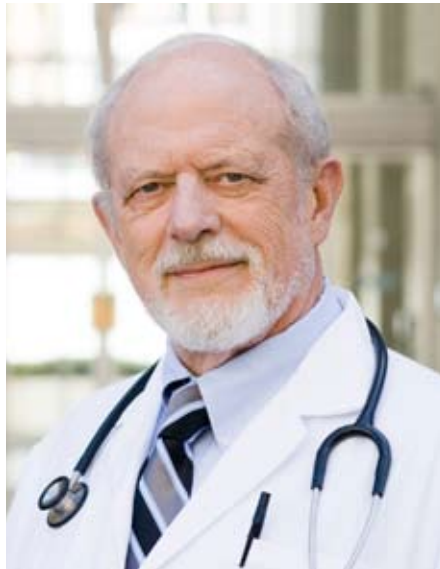
Contactez-nous : 1.866.831.9077 | www.medoffice.ca

LE STATUT DE MÉDECIN RETRAITÉ

AU 31 DÉCEMBRE 2009, DES 20 034 MÉDECINS INSCRITS AU TABLEAU DE L'ORDRE, 1 882 (9,4 %) AVAIENT LE STATUT DE MÉDECIN RETRAITÉ. QUE LEUR CONFÈRE CE STATUT ?

Le médecin retraité est soumis, tout comme le médecin actif, au *Code de déontologie des médecins*. Il est, entre autres, tenu de respecter l'article 70 de ce *Code* et il doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui il a une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants. En conséquence, le statut de médecin retraité ne devrait pas être utilisé pour assurer le suivi de ses proches et, qui plus est, de ses propres problèmes médicaux.

Le statut de retraité au tableau du Collège permet au médecin d'utiliser son titre de docteur, de même que de poser des actes médicaux de façon occasionnelle, comme un renouvellement d'ordonnance ou un examen servant à orienter un patient vers un ou une collègue. Plusieurs médecins retraités se sentent interpellés par la pénurie de médecins et souhaitent



dépanner leurs anciens patients ou leurs proches pour le renouvellement de médicaments nécessitant un suivi médical. Le médecin retraité doit refuser ces demandes et encourager ces personnes à consulter un médecin en exercice actif.

Durant sa pratique active, le médecin doit être couvert par un contrat d'assurance-responsabilité professionnelle que la plupart des médecins abandonnent au moment de leur retraite. Or le médecin retraité, lorsqu'il pose un acte médical, demeure imputable de ses actes et doit être conscient qu'il s'expose alors à des conséquences malheureuses s'il n'est pas couvert par ce genre d'assurance. Le médecin retraité doit aussi maintenir sa compétence pour poser de tels gestes.

Par ailleurs, le médecin retraité ne peut recevoir aucune rémunération à titre de médecin, et ce, tant de la Régie de l'assurance maladie du Québec que du secteur privé ou d'organismes publics ou parapublics. Il peut cependant, s'il a conservé la garde de ses dossiers, facturer aux patients des frais raisonnables de transcription, de reproduction et de transmission de renseignements contenus dans le dossier médical.

Le médecin retraité qui transgresse ces balises est susceptible d'être interpellé par le Collège.

ENQUÊTE NATIONALE SUR LA GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE

Les autorités des collèges de médecins provinciaux, via le groupe national de travail sur l'utilisation des opioïdes, le National Opioid Use Guideline Group (NOUGG), s'associent au Dr Michael Allen, médecin de famille à l'Université Dalhousie CME, pour déterminer les habitudes de prescription des médecins de famille dans la gestion de la douleur chronique non cancéreuse. Ce travail de recherche fait partie de la thèse de maîtrise ès sciences du Dr Allen.

Tout médecin de famille traitant les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse est invité à participer à cette enquête. À cette fin, un sondage en ligne a été élaboré qui, selon les réponses des participants, prend de 5 à 15 minutes à compléter.

Cette étude a reçu l'approbation du Conseil d'éthique de la recherche de l'Université de Dalhousie. Les parties concernées assurent que les réponses seront traitées de façon confidentielle et qu'aucune entreprise pharmaceutique ne

participe à cette étude. Vous pouvez accéder au sondage, ainsi qu'aux instructions et au formulaire de consentement en vous rendant à l'adresse ci-après.

- Version française: <https://surveys.dal.ca/opinio/s?s=CNCPSurveyFR>
- Version anglaise: <https://surveys.dal.ca/opinio/s?s=CNCPSurveyEn>

Pour toute information supplémentaire, veuillez communiquer avec le Dr Michael Allen, au 902-494-2173 ou à michael.allen@dal.ca

QUESTION DE PRATIQUE : LA DESTRUCTION DES DOSSIERS (VERSION PAPIER) APRÈS LEUR NUMÉRISATION

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

EN CABINET, LE MÉDECIN PEUT-IL DÉTRUIRE LA VERSION PAPIER DE SES DOSSIERS APRÈS EN AVOIR FAIT LA NUMÉRISATION ?

Oui. La *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information* prévoit qu'un document numérisé a la même valeur que son original papier dans la mesure où l'intégrité du document est assurée. En pratique, pour garantir cette intégrité, le médecin doit s'assurer, lors du processus de numérisation, que :

- l'information est intégrale et n'a pas été altérée, bref que le nouveau document contient la même information;
- le support d'information choisi ainsi que le matériel ou l'outil nécessaires à la conservation du dossier numérisé garantissent sa stabilité et sa pérennité, pour toute la période de conservation prévue au *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets*.

Le médecin doit également documenter le processus de numérisation et il doit conserver cette documentation aussi longtemps que les documents numérisés. Les éléments suivants doivent s'y retrouver :

- le format du document original (p. ex., papier, film, etc.);
- le procédé de transfert utilisé (p. ex.,



description du processus de numérisation, de l'équipement et du type de fichier utilisés, etc.);

- les méthodes de contrôle utilisées pour valider la qualité de la reproduction.

Une version papier doit pouvoir être imprimée à partir du dossier numérisé à la demande de tout intervenant, qui, conformément à la loi, a le droit d'avoir accès ou d'obtenir une copie du dossier. Une copie électronique de sauvegarde devrait également être conservée dans un lieu distinct du cabinet. Le médecin doit s'assurer que le contrat de service et l'entente garantissent la confidentialité des données.

La protection des renseignements personnels doit être assurée en tout temps,

tant pendant le processus de numérisation que lors de la destruction du papier. De plus, le médecin doit voir à sécuriser l'accès aux dossiers numérisés.

Enfin, avant de procéder à la destruction de la version papier du dossier de ses patients, il peut être avisé pour le médecin de consulter son assureur afin d'avoir la certitude que cette destruction n'aura pas d'impact sur sa couverture d'assurance.

Pour toutes les autres exigences liées à la tenue du dossier, nous vous invitons à consulter le guide d'exercice publié par le Collège, intitulé *L'organisation du cabinet et la gestion des dossiers médicaux et autres obligations connexes prévues par le Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets*.

Sources :

Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information, L.R.Q., c. C-1.1;
Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets;
Medical Records, Policy Statement n° 5-05, College of Physicians and Surgeons of Ontario, mars/avril 2006;
La numérisation des documents administratifs - méthodes et recommandations, septembre 2009, Bibliothèque et Archives nationales, Gouvernement du Québec.

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

Toute personne qui se questionne sur des sujets liés directement ou indirectement à cet article devrait communiquer avec la Direction des enquêtes (514 933-4131).

QUESTIONS ET RÉPONSES LIÉES AU PARTAGE DES ACTIVITÉS MÉDICALES

À TITRE D'AUTORITÉ FONCTIONNELLE AU SEIN DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE, LES MÉDECINS SONT INTERPELLÉS PAR LES MILIEUX DE SOINS DANS LA RÉALISATION DU PARTAGE DES ACTIVITÉS MÉDICALES. ILS DOIVENT DONC ÊTRE BIEN INFORMÉS. AU FIL DES MOIS, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC A RÉPONDU À DE NOMBREUSES QUESTIONS À CE SUJET. CETTE SÉRIE, QUI REGROUPE PRÈS D'UNE TRENTAINE DE QUESTIONS ET RÉPONSES, TÉMOIGNE DES PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS EXPRIMÉES.

SUPERVISION DES CANDIDATES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Dans le cadre des travaux réalisés conjointement par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la question de la supervision des étudiantes IPS et des diplômées en attente de passer l'examen de la spécialité est soulevée très fréquemment. En vue d'éviter la confusion, l'OIIQ et le CMQ ont convenu d'informer leurs membres respectifs au sujet de l'exercice de cette responsabilité.

Conformément à l'article 9 du *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*, la candidate infirmière praticienne spécialisée (CIPS) en soins de première ligne exerce les activités médicales sous la supervision d'un médecin de famille, avec la collaboration d'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ou, à défaut de celle-ci, d'une infirmière possédant une expérience clinique pertinente d'au moins 3 ans.

Dans ce contexte, la supervision assumée par le médecin de famille implique-t-elle que le médecin doive assurer une présence sur place?

Oui. La supervision médicale visée à l'article 9 du règlement implique une obligation, pour le médecin, d'être présent sur place afin d'être en mesure d'intervenir auprès de la CIPS au besoin. Cette exigence s'avère importante, notamment lorsque la CIPS exerce les activités médicales dans le cadre de son programme d'études spécialisées.

tion de son diplôme de spécialité. Dans ce contexte, le médecin qui assume la supervision de la CIPS pourra s'absenter occasionnellement du lieu d'exercice, à condition toutefois qu'une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne y soit présente, quel que soit le lieu où s'exercent les activités médicales.

Il faut néanmoins souligner que dans tous les cas, le médecin demeure pleinement responsable de la supervision

[Le médecin demeure pleinement responsable de la supervision des activités médicales exercées par la CIPS.]

Par ailleurs, la CIPS qui est diplômée ou s'est vu reconnaître une équivalence peut exercer les activités médicales pendant la période où elle est en attente de passer l'examen de spécialité. La CIPS a donc réussi son programme d'études spécialisées et démontré les compétences requises pour l'obten-

des activités médicales exercées par la CIPS et de la coordination de cette supervision jusqu'à ce que la CIPS réussisse son examen de spécialité.



<http://www.cmq.org> (section Membres, Foire aux questions, Prescription et ordonnances)

UN RAPPORT DU CORONER QUI INVITE À LA PRUDENCE

Récemment, un rapport du coroner faisait état d'un jeune patient retrouvé sans vie à son domicile, intoxiqué par les médicaments qu'il avait en sa possession. Il s'agissait vraisemblablement d'un suicide. À peine quelques semaines auparavant, il recevait son congé d'une unité de soins psychiatriques. Le traitement pharmacologique, le suivi durant l'hospitalisation et

les relances téléphoniques après le congé de l'hôpital ne l'ont pas empêché de passer à l'acte. Le coroner est d'avis cependant que la possession de grandes quantités de médicaments, à potentiel toxique, a contribué à son décès.

Le Collège souhaite rappeler à ses membres de faire preuve de prudence en ce qui a trait à la quantité de médicaments prescrits à

un patient souffrant, notamment, de troubles mentaux. Il va de soi que le Collège ne peut statuer sur le nombre exact de comprimés à prescrire. Cette décision doit reposer sur le bon jugement du médecin et sur une analyse rigoureuse qui tient compte, entre autres, du type de patient, de la nature de son problème, du traitement utilisé et du contexte de suivi.

AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
Vaccins antirotavirus RotaTeq[®] et Rotarix^{MC}	Utilisés pour prévenir la gastroentérite à rotavirus, une forme de diarrhée très infectieuse observée chez les nourrissons et les jeunes enfants	Examen de nouvelles informations au sujet de la présence d'ADN de circovirus porcins (PCV-1 et PCV-2) dans des vaccins rotavirus
Timbres transdermiques EXELON^{MD} PATCH	Traitement symptomatique des patients atteints de démence de type Alzheimer d'intensité légère à modérée	Effets indésirables graves associés aux erreurs médicamenteuses ou au mésusage d'EXELON ^{MD} PATCH (timbre transdermique de rivastigmine)
Prométhazine sous forme injectable	Antihistaminique qui, en plus d'être utilisé comme sédatif, sert à traiter un grand nombre d'affections, notamment certains types de réactions allergiques, le mal des transports, la nausée et les vomissements	Mise à jour de l'information concernant l'innocuité du chlorhydrate de prométhazine en solution injectable
Vaccin H1N1 avec adjuvant (Arepanrix)	Indiqué pour l'immunisation active contre la souche de la grippe H1N1 2009 pandémique	Nouvelle date de péremption du vaccin H1N1 avec adjuvant (Arepanrix)
Systèmes transdermiques de fentanyl	Traitement des douleurs chroniques persistantes, d'intensité modérée à sévère, qui ne sont pas maîtrisées par d'autres moyens (comme les médicaments combinés avec opioïdes ou les opioïdes à action brève)	Nouvelles modifications aux guides de conversion posologique pour les systèmes transdermiques de fentanyl



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>

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

signezdon.ca



QUÉBEC-TRANSPLANT

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

LOTO-DOCTEUR

Commentaire reçu à la suite d'un reportage télévisé, le 23 avril dernier, sur le « tirage » de quatre médecins de famille pour financer la construction d'une maison de soins palliatifs.

J'ai pris connaissance dans un reportage à TVA de la loterie qui sera organisée pour recueillir des fonds afin de construire une maison de soins palliatifs. On y fera « tirer » quatre médecins de famille. La fin est louable, mais les moyens douteux. J'ai également vu le commentaire émis par le Dr Lamontagne qui, à ma grande déception, ne semblait pas s'opposer à cette organisation qui monnaie d'une certaine façon l'accès à un médecin de famille.

En tant que jeune médecin de famille, j'ai dû dire il y a 2 jours à une dame de 90 ans dont le médecin a pris sa retraite que je ne pouvais pas la prendre comme patiente car ma charge de patients est saturée. Permettez-moi donc d'émettre certains doutes sur la justesse éthique et même déontologique de cette loterie. Si j'avais su, j'aurais dit à cette charmante dame d'aller acheter un billet... [...] L'accès à un médecin de famille est quelque chose de très important aux yeux des Québécois et il serait à mon avis inapproprié d'en faire un jeu de hasard. Les médecins ne sont pas des poules aux œufs d'or.

M.A.

Réponse du Dr Yves Lamontagne président-directeur général :

Bien que cette initiative n'aille pas à l'encontre du *Code de déontologie des médecins*, celle-ci soulève tout de même des questions éthiques. J'ai d'ailleurs parlé à un responsable de

la fondation ainsi qu'à l'un des médecins prenant part au concours pour leur demander de retirer cette loterie. Soyez assuré que le Collège n'encourage aucunement ses membres à participer à ce genre de concours car un médecin ne devrait pas privilégier un patient au détriment d'un autre, surtout par cette méthode.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR SUR LES ORDONNANCES

Commentaires reçus à la suite de l'envoi de l'infolettre du 5 mars dernier qui rappelait aux médecins les éléments importants à retenir lors de la rédaction de leurs ordonnances, notamment l'identification du médecin prescripteur.

La même problématique d'identification du médecin prescripteur existe lors de la prescription et des demandes de consultations. De sorte que l'on reçoit des résultats et rapports de consultation pour des patients qui ne sont pas les nôtres. Cela exige de renvoyer ces documents aux laboratoires et archives concernés car sur les documents reçus nous n'avons pas suffisamment de données pour retracer ni le patient, ni le médecin prescripteur.

Votre mise en garde devrait donc être élargie à toutes les prescriptions et demandes faites par les médecins. Et un rappel devrait également être fait aux laboratoires, secrétariats médicaux et archives médicales de porter une attention particulière à l'identification du médecin prescripteur. Par exemple, lorsque des erreurs sont récurrentes pour le même patient et que le médecin a avisé les archives à plusieurs reprises et que les erreurs se poursuivent, cette situation est inacceptable.

Merci de l'attention que vous porterez à mes commentaires.

C.L.

Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire :

Vous avez tout à fait raison et je vous remercie de votre suggestion. Nous pourrions lui donner suite dans une future publication.

.....
Ouf ! ... date de naissance du patient ?

Je ne crois pas avoir écrit ça sur une seule ordonnance en 39 ans de pratique ! À quoi bon ? J'ai vérifié, et sur les ordonnances produites par notre logiciel « Oscar », le numéro d'assurance maladie (NAM) du patient paraît. Est-ce que ça suffit ?

S.M.

Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire :

Le NAM contient en effet la date de naissance du patient. En ce sens, l'obligation réglementaire est indirectement respectée. Parfois l'identificateur du patient contient également la date de naissance. D'autre part, le plus souvent, pour le patient qui voit déjà régulièrement un pharmacien, celui-ci possède vraisemblablement déjà cette information.

.....
Y a-t-il une durée maximale légale pour la prescription de médicaments ? Par exemple, peut-on prescrire des contraceptifs oraux pour 2 ans ?

M.M.

Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire :

Notre règlement ne prévoit pas de durée maximale pour la validité d'une ordonnance. Il faut faire preuve de jugement. Pour des patients fidèles au traitement, dont l'état de santé nécessitant le médicament est stable,

il serait, selon nous, très acceptable de la prescrire jusqu'à 18 et même 24 mois. L'objection soulevée par les pharmaciens et quelques médecins est la nécessité de faire le point sur l'état du patient et de la médication annuellement. La périodicité d'une réévaluation d'un patient en particulier, pour un problème de santé spécifique, doit être individualisée. Toutefois, pour la contraception, par exemple, il n'y aurait probablement pas de problème chez une jeune femme, fidèle au traitement, sans facteur de risque ou problème médical nécessitant une évaluation dans un intervalle plus court. Au-delà de 24 mois, il serait imprudent de ne pas effectuer de vérification ou de faire le point sur l'effet de la médication.

SITE WEB RATEMDS.COM

Je prends le temps pour vous manifester ma profonde inquiétude face au site RateMDs.com que vous connaissez probablement. Ce site internet invite tout le monde à donner une cote à leur médecin, qu'elle soit bonne ou mauvaise. Le fondateur du site affirme ouvertement aimer susciter la controverse. Il dit se fier de ternir des réputations professionnelles ou s'il publie des propos diffamatoires dans son site car il n'en est pas l'auteur. [...]

J'attends avec impatience le communiqué et les actions concrètes du Collège qui prendra une position ferme pour faire fermer de tels sites sur la base qu'il a la juridiction sur la qualité de l'acte médical au Québec.

Anonyme

Réponse du Collège :

À la suite de la création de ce site en 2004, en Californie, le Collège a reçu de nombreux appels de médecins outrés de ce qu'ils y lisaient et souhaitant sa fermeture. Toutefois, bien que le Collège doute fortement de la pertinence d'un tel outil où les commentaires sont faits sous le couvert de l'anonymat, le Collège ne peut pas intervenir dans ce dossier, n'ayant juridiction que sur les médecins inscrits au tableau ou à l'encontre des personnes exerçant des activités médicales sans y être autorisées.

SAVIEZ-VOUS QUE...

VOUS AVEZ DES NOUVELLES DE VOS RÉGIONS À NOUS COMMUNIQUER ?

Écrivez-nous à collegedesmedecins@cmq.org

LA RÉGION DE CHAUDIÈRE-APPALACHES ACCUEILLE UN NOUVEAU GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

Un neuvième groupe de médecine de famille a vu le jour sur le territoire du CSSS du Grand Littoral. Il s'agit du groupe de médecine de famille Polyclinique des Ponts situé à Saint-Romuald. Dix médecins sont membres de ce nouveau GMF.

DEUX NOUVEAUX GMF POUR LA MAURICIE

De 4 GMF en 2003, la région de la Mauricie en compte maintenant 21 avec l'ajout de deux nouveaux groupes de médecine de famille. Les 9 médecins du nouveau GMF Clinique médicale familiale des Récollets accueilleront les patients dans deux sites : à la Clinique de médecine familiale des Récollets à Trois-Rivières et à la Clinique médicale de Maskinongé. Quant au GMF Clinique médicale Sainte-Madeleine, ses 11 médecins seront répartis sur quatre sites du secteur Cap-de-La-Madeleine à Trois-Rivières : à la Clinique médicale Sainte-Madeleine, au Centre médical Fusey, à la Polyclinique du Cap et à la Polyclinique des Prairies.

ACCREDITATION DE DEUX GMF ET D'UNE CLINIQUE-RÉSEAU DANS LA RÉGION DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Le nouveau GMF Cyriac compte 12 médecins qui accueilleront les patients à la Clinique médicale Mellon, à la Clinique médicale du Dr Donald Boulianne, à la Clinique médicale du CLSC, à la Clinique médicale du Dre Andrée Barrette ainsi qu'à la Clinique médicale des Drs Roger Gagnon et Gérald Fortier, toutes situées à Jonquière. En ce qui a trait au groupe de médecine de famille Saguenay, situé sur un seul site, six médecins seront regroupés pour desservir le secteur Chicoutimi.

La population du territoire du Lac-Saint-Jean-Est aura dorénavant accès à la Clinique-réseau d'Alma qui offre des services 76 heures par semaine ainsi que des consultations avec ou sans rendez-vous.

Voici certains ateliers organisés par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici la fin septembre 2010

LA TENUE DES DOSSIERS PAR LES MÉDECINS

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

17 septembre à 13 h, Mont-Joli



QUAND LA FAMILLE S'EN MÊLE

Atelier proposant des solutions quand la famille interfère dans la relation médecin-patient.

23 septembre à 13 h, Verdum



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.

7 septembre à 12 h, Saint-Augustin-de-Desmaures

26 septembre à 9 h, Saint-Alexis-des-Monts

28 septembre à 11 h 45, Rimouski



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

LE PLAN DU COLLÈGE... FACILE

UN ATELIER À VOTRE PORTÉE

INSCRIVEZ-VOUS!

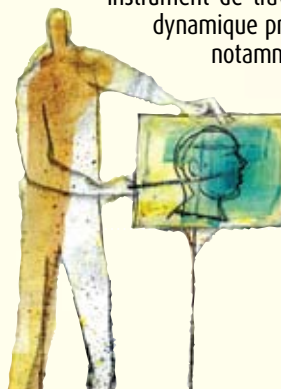
Que ce soit pour vous aider à choisir le plan qui vous convient ou pour adhérer au Plan du Collège, saisissez une occasion qui facilitera votre démarche et, à défaut de ne pouvoir former un groupe de participants tout près de chez vous, inscrivez-vous à notre prochain atelier qui se tiendra au Collège des médecins, à l'automne 2010.

CONTEXTE

En 2007, le Collège des médecins du Québec a adopté le plan de développement professionnel continu (DPC) comme outil de maintien de la compétence. Depuis, le Collège a diffusé beaucoup d'information sur le DPC et sur les différents programmes existants. Au 1^{er} août 2008, 95 % des membres du Collège avaient adhéré à un plan de DPC, ce qui est un excellent résultat. Grâce à la vigilance de chacun, la profession médicale poursuit son objectif commun de qualité de l'exercice.

ATELIER

L'atelier *Le plan du Collège... facile* est offert gratuitement dans toutes les régions du Québec. Les organisateurs invitent les médecins à ce rendez-vous important afin de bâtir un instrument de travail efficace. Cet atelier convivial et dynamique présente les plans approuvés et traite, notamment, des objectifs de conformité.



RENSEIGNEMENTS :

Élaine Daveluy
 514 933-4441, poste 5296
edaveluy@cmq.org

AVIS DE RADIATION PERMANENTE

(dossier : 24-05-00604)

AVIS est par les présentes donné que **Dr Marc Bissonnette** (80432), ayant exercé la profession de médecin à Montréal (chirurgie plastique), a été trouvé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

de s'être adonné, en décembre 2002 et avril 2003, à des attouchements de nature sexuelle sur deux patientes (chefs 1 et 2);

d'avoir exercé en décembre 2002 la chirurgie à sa clinique médicale auprès d'une patiente malgré la limitation qui lui était imposée l'obligeant à effectuer la pratique à la chirurgie en milieu hospitalier seulement, lorsqu'un(e) patient(e) devait être sous sédation.

Le 22 février 2010, le conseil de discipline a imposé au Dr Bissonnette, une radiation permanente du tableau de l'ordre. En outre, en vertu de l'article 158 du Code des professions, cette décision du conseil à l'effet de radier

de façon permanente le Dr Bissonnette est exécutoire dès sa signification à l'intimé, soit le 23 février 2010.

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

Montréal, le 23 février 2010
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE DÉCÈS

PÉRIODE : DU 11 MARS 2010 AU 21 MAI 2010

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

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Beaudin, Claude	66160	Médecine de famille	Montréal
Campeau, Lucien	57309	Cardiologie	Sainte-Adèle
Demierre, Marie-France	95226	Dermatologie	Montréal
Farmer, Raymond	58085	Anatomo-pathologie	Montréal
Gingras, Luc	80411	Psychiatrie	Rouyn-Noranda
Girardin, Guy	49065	Pédiatrie	Saint-Marc-sur-Richelieu
Grenier, Jean-Paul	64217	Radiologie diagnostique	Québec
Laperrière, Vincent	43087	Chirurgie orthopédique	Mont-Royal
Larochelle, Jean-Y.	63173	Médecine de famille	Québec
Légaré, Marguerite	49094	Médecine de famille	Pointe-aux-Trembles
Mailhot, Robert J.	6330	Chirurgie générale	Trois-Rivières
Manasc, Bianca	67394	Hématologie	Westmount
Nguyen, The-Minh	81612	Médecine de famille	Montréal
Petrov, Elefter	79545	Médecine de famille	Saint-Hubert
Remillard, Benoit	51187	Médecine de famille	Montréal
Vigneau, Jean	42089	Anesthésiologie	Saint-Lambert

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

PÉRIODE : DU 11 MARS AU 21 MAI 2010

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

PERMIS RESTRICTIFS	LIEU D'EXERCICE	PERMIS RESTRICTIFS	LIEU D'EXERCICE
Albert, François	La Tuque	Dufays, Delphine	Saint-Georges-de-Beauce
Amahzoune, Mohamed	Maniwaki	Lavoie, Danielle	Sept-Îles
An, Tian You	Outremont	Lavoie-Saint-Gelais, Geneviève	Châteauguay
Brunet, Fabrice	Montréal	Madrid-Franco, José Ramiro	Baie-Comeau
Capusan, Gheorghe Virgil	La Tuque	Mal-Lawane	Salaberry-de-Valleyfield
Carreras, Francisco Javier	Rivière-du-Loup	Mercky, Nicolas	Saint-Jean-sur-Richelieu
Conti, Massimo	Québec	Nakhle, Elias	Sorel-Tracy
Costa, Jean-Pascal	Montréal	Nguyen, Mélanie	Greenfield Park
Counil, François-Pierre Jean	Sherbrooke	Souissi, Kamel	Val d'Or
Crchova, Mélissa	Québec	Wintermark, Pia	Boston

PÉRIODE : DU 11 MARS AU 21 MAI 2010

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

MÉDECINS DE FAMILLE	LIEU D'EXERCICE	SPÉCIALISTES	LIEU D'EXERCICE	SPÉCIALISTES	LIEU D'EXERCICE
Bédard, Nadia	Montréal	CHIRURGIE PLASTIQUE		PSYCHIATRIE	
Deckelbaum, Dan Leon Elazar	Montréal	Dolmajian, Jennifer	Laval	Ouellet, Robin	Montréal
Demers, Annie Laurence	Saint-Romuald	GÉRIATRIE		RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
Emery, Marie-Lou	Gaspé	Mondou, Mélanie	Montréal	Discepola, Federico	Montréal
Hamel, Lysianne	Trois-Rivières	HÉMATOLOGIE		Djrbib, Kenza	Saint-Jean-sur-Richelieu
Lambert-Perrault, Anne-Marie	Lévis	Abou-Nassar, Karim	Gatineau	Vezina, Claude Theodore	Timmins
Moreau, Daphné	Mont-Joli	NEUROLOGIE		RHUMATOLOGIE	
Paquet, Benoît	Montréal	Nadeau, Yannick	Rouyn-Noranda	Fallavollita, Sabrina Anne	Montréal
Smith, Phillip James	Arichat	PÉDIATRIE			
		Audet, Catherine	Saint-Jérôme		



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

STATUT :

Marié, père et papi.

SUR UNE ÎLE DÉSERTE, VOUS APPORTEZ :

Ma canne à pêche et un bon livre.

UN PLAT RÉCONFORTANT :

Soupe à l'oignon gratinée en bonne compagnie.

UN VOYAGE INOUBLIABLE :

Voyage à l'intérieur de soi.

VOTRE PLUS BELLE RÉUSSITE PERSONNELLE :

Ma famille.

VOTRE PLUS BELLE RÉUSSITE PROFESSIONNELLE :

Savoir écouter, reconforter, soigner et parfois guérir.

UN REMÈDE QUAND TOUT SEMBLE DIFFICILE :

Garder nos adorables petites filles.

UN OBJECTIF À ATTEINDRE :

Me consacrer davantage à mon cheminement spirituel.

UN CONSEIL À DONNER AUX JEUNES MÉDECINS :

Ne jamais perdre de vue que l'on traite une « personne » et non un cas.

UN VŒU POUR L'AVENIR DE LA PROFESSION AU QUÉBEC :

Savoir déléguer et travailler en concertation avec les autres professionnels de la santé.

SI VOUS N'ÉTIEZ PAS MÉDECIN, VOUS SERIEZ :

Egyptologue ou astronome.

POUR ASSURER UNE MÉDECINE DE QUALITÉ, IL FAUT :

Un judicieux mélange de science et d'empathie.

VOUS AIMERIEZ PASSER AUX RAYONS X VOUS AUSSI ?

Écrivez-nous à collegedesmedecins@cmq.org

NOM : René Pouliot

SPÉCIALITÉ : Néphrologue

ÂGE : 63 ans

LIEU D'EXERCICE :

Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec

Dossier Médical Informatisé



INDEX PATIENT / RENDEZ-VOUS / FACTURIER / NUMÉRISEUR / NOTE
PRESCRIPTEUR / AVISEUR / PRESCRIPTEUR DE LABO

Ces utilisateurs font confiance à MED-Office, réalisant chaque mois :

10 millions \$
facturés à
la RAMQ

30 000
ordonnances

75 000
rendez-vous

Nouveautés version 3 : Résultats de laboratoire et autres
Visitez notre site web pour tous les détails

Contactez-nous : 1.866.831.9077 | www.medoffice.ca

Un produit développé par
Logiciels
INFODATA
Informatique