

Le Colledge




COLLOQUE 2011

**On est 20 000,
faut se parler...**

➤ **L'exercice hors établissement
et ses nouveaux défis**

- La prescription d'un examen et les responsabilités du médecin
- Nouveaux règlements relatifs à l'accès à la profession
- La Direction de l'amélioration de l'exercice : « On est là pour vous aider »





LE CHOIX NATUREL DES OMNIS

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

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

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

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



La société *Les Fonds d'investissement FMOQ inc.* est en plein virage vert. Parce que nous croyons qu'un monde plus vert sera un monde plus riche.

Un plan stratégique pour le Collège

L'arrivée de nouveaux administrateurs et d'un nouveau président-directeur général est un moment propice pour réévaluer la mission, les objectifs et les actions d'une organisation et définir ainsi une direction claire et réaliste pour les prochaines années.

Dans ce contexte et forts de cette nouvelle énergie, les membres du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec ont entrepris, avec le soutien du personnel et de consultants de la firme Deloitte, une planification stratégique afin de réfléchir aux orientations et aux valeurs de l'ordre.

Au cours des dernières années, le Collège a grandi et progressé à titre d'ordre professionnel. L'environnement évolue aussi rapidement et comporte des défis que doit considérer le Collège, tels que l'accès à un médecin pour la population, certaines difficultés liées à l'organisation des soins et la nécessité d'emprunter le virage technologique. Et c'est sans tenir compte des contraintes économiques, politiques, réglementaires et organisationnelles qui complexifient la relation entre le médecin et ses patients.

Il devient donc impératif de se projeter dans l'avenir afin de choisir les meilleures actions pour modifier la perception du public à l'égard de la profession médicale et assurer une médecine de qualité aux Québécoises et aux Québécois, notamment par l'amélioration de l'accessibilité aux soins.

Le Collège veut baliser son travail dans le respect de sa mission et des ressources disponibles tout en innovant et en proposant de nouvelles avenues. À l'issue de cet exercice de planification stratégique, les médecins auront une vision claire des valeurs que le Collège désire véhiculer, des collaborations qu'il entend favoriser avec ses partenaires du milieu de la santé et des chantiers qu'il veut entreprendre. Le Conseil d'administration finalisera et approuvera ce plan stratégique à sa séance de mars 2011. Tous les efforts nécessaires seront alors déployés pour le mettre en œuvre et concrétiser notre vision. Vous serez d'ailleurs informés des développements dans les prochains numéros de la revue *Le Collège*.

Par ailleurs, je vous invite à participer en grand nombre, et particulièrement les jeunes médecins, à notre colloque annuel qui se tiendra le 13 mai prochain, à Longueuil. Nous aurons besoin de votre contribution, par votre participation et vos témoignages, afin de relever le défi d'une plus grande collégialité au sein de la profession.

Charles Bernard, M.D.
Président-directeur général



A Strategic Plan for the Collège

The arrival of new Directors and a new President and CEO serves as a perfect time to re-evaluate the mission, objectives and actions of an organization and, thus, to define a clear and realistic direction for the coming years.

Within this context, and fuelled by this new energy, the members of the Collège des médecins du Québec's Board of Directors, with the support of personnel and a team of consultants from the firm of Deloitte, have embarked upon an important strategic planning process to reflect on the directions and values of our order.

Over the years, the Collège has grown and advanced as a professional order. The environment is evolving just as rapidly and is posing new challenges that our order must consider, such as the public's access to physicians, difficulties related to the organization of care, and the need to keep pace with technological advancements. At the same time, we must take other factors into account like the economic, political, regulatory and organizational constraints that are making the doctor-patient relationship more complex.

Consequently, it is imperative for us to set our sights firmly on the future in order to take the right actions to modify public perception of the medical profession and assure Québécois of quality medicine, particularly by improving accessibility to care.

The Collège wants to chart its course with respect for its mission and available resources, while demonstrating innovation and proposing new avenues. Upon completion of this strategic planning exercise, physicians will possess a clear vision of the values the order is committed to promoting, the collaborative relations it intends to pursue with its partners in the health care milieu, and the specific initiatives it wishes to undertake. The Board of Directors will finalize and approve this strategic plan at its meeting in March 2011. All necessary efforts will then be made to implement and bring our vision to fruition. You will be kept apprised of developments in this regard in coming issues of *Le Collège*.

On another front, I encourage you all, particularly younger physicians, to attend our annual symposium to be held this coming May 13 in Longueuil. We are certainly counting on your contribution through your participation and experience in order to meet the challenge of creating a greater spirit of cooperation within our profession.

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Louise Authier
Médecine de famille
Montréal, 2010-2014

Dr Charles Bernard
Médecine de famille
Québec, 2008-2012

Dr Aurore Côté
Pneumologie
Montréal, 2010-2014

Dr Josée Courchesne
Médecine de famille
Montréal, 2010-2014

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

Dr François Desbiens
Médecine de famille
Outaouais, Abitibi-
Témiscamingue, 2008-2012

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

Dr Pierre Fiset
Anesthésiologie
Montréal, 2010-2014

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

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

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

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

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

Dr Julie Lajeunesse
Médecine de famille
Montréal, 2010-2014

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

Dr Marie-Hélène LeBlanc
Cardiologie
Québec, 2008-2012

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

Dr Bernard Lespérance
Oncologie
Montréal, 2010-2014

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

Dr André Rioux
Médecine de famille
Laval, 2010-2014

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

Dr Guy Lalonde
Vice-doyen aux études médicales postdoctorales
Université de Montréal

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

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

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

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

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

Coordonnatrice de la revue: Francine Morin
Révision linguistique et réalisation graphique:
Le Groupe des publications d'affaires et
professionnelles Rogers

Représentation publicitaire:
Collège des médecins du Québec

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

Dépôt légal
1^{er} trimestre 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel: collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 Un plan stratégique pour le Collège

MISE AU POINT

5 Le prix de l'assurance qualité

À LA UNE

7 On est 20 000, faut se parler...

10 L'exercice hors établissement et ses nouveaux défis

À L'AGENDA

8 Survol de l'actualité médicale

9 Décès du Dr François Desbiens, vice-président du Collège des médecins du Québec

LES MANCHETTES

12 La prescription d'un examen et les responsabilités du médecin

14 Nouveaux règlements relatifs à l'accès à la profession

15 Mise au point sur les modalités de l'utilisation de la voie intra-osseuse

16 La Direction de l'amélioration de l'exercice: «On est là pour vous aider»

18 Question de pratique: subpœna et demande d'accès faite par un policier

19 Antipsychotiques atypiques et syndrome métabolique

MÉDICAMENTS

20 Traitement des allergies par immunothérapie sous-cutanée: consensus québécois

21 COIN DES LECTEURS

22 ATELIERS ET FORMATION

23 AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

24 AVIS DE RADIATION

25 AVIS DE DÉCÈS

25 NOUVEAUX MEMBRES

27 RAYONS X

Le prix de l'assurance qualité

À l'automne 2010, le comité exécutif du Collège des médecins du Québec a pris la décision de procéder à la relecture de plus de 18 000 mammographies. En 2007, un exercice similaire avait été effectué et environ 12 000 mammographies avaient été révisées. En 2009, c'était près de 200 coloscopies qui devaient être vérifiées.

Ces récentes décisions signifient-elles que certains examens sont de moindre qualité ou qu'il y a une détérioration de la qualité des examens ?

Il ne faudrait surtout pas tirer de telles conclusions. En effet, lorsqu'un programme d'assurance qualité est mis en place, l'objectif visé est de pouvoir détecter les anomalies. L'inspection professionnelle des médecins, les demandes d'enquêtes concernant les médecins, le signalement des poursuites civiles en matière d'assurance responsabilité professionnelle sont autant d'indicateurs mis à la disposition du Collège des médecins pour révéler des faiblesses à corriger ou à vérifier afin d'assurer la qualité de l'exercice de la médecine. Ce n'est donc pas anormal que des opérations de rappel ou de vérification aient lieu. Paradoxalement, ce qui serait anormal, c'est qu'il n'y en ait jamais. Devant une telle éventualité, nous serions obligés de nous questionner sur la fiabilité des indicateurs à détecter les anomalies.

Si certains s'inquiètent de la survenue apparemment plus fréquente de telles opérations de vérification, elles peuvent être vues au contraire comme le reflet d'une plus grande vigilance, du bon fonctionnement des mécanismes de surveillance et d'une plus grande transparence dans les interventions de vérification et de remédiation. Bien sûr, de telles opérations sont anxiogènes pour les patients concernés parce qu'elles génèrent de l'incertitude et sont susceptibles d'éroder la confiance du public à l'égard du système de santé en général et de la compétence des médecins en particulier. Voilà pourquoi de telles décisions ne doivent pas être prises à la légère et que le comité exécutif du Collège les prend avec circonspection et prudence.

Il est temps de comprendre que les outils que nous développons pour surveiller la qualité de l'exercice ne peuvent mener qu'à une augmentation des interventions de vérification. Celles-ci ne devraient pas être perçues comme inquiétantes si elles augmentent, mais paradoxalement comme rassurantes puisque cela signifie que nous voyons maintenant mieux les failles qui n'étaient pas perçues auparavant. C'est le prix à payer pour assurer la qualité de l'exercice de la médecine.

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



The Price of Quality Assurance

In the fall of 2010, the Collège des médecins du Québec's executive committee decided to proceed with a review of more than 18,000 mammographies. A similar exercise was carried out in 2007 involving some 12,000 mammographies, and in 2009, close to 200 coloscopies were verified.

Do these decisions signify that some exams are of lesser quality or that the quality of exams has somehow deteriorated?

Such conclusions must certainly not be drawn. In fact, when a quality assurance program is implemented, the prime objective is to detect anomalies. Professional inspection of physicians, calls for investigations concerning doctors, and reports of civil proceedings with respect to professional liability insurance are all indicators instituted by the Collège des médecins to diagnose deficiencies that require correction or verification to assure the quality of medical practice. Thus, there is nothing abnormal about review or auditing operations. What would be abnormal is to never undertake such initiatives, which would raise questions about the reliability of indicators in detecting anomalies.

Those who are concerned about the apparently growing frequency of such operations should rather perceive such validation exercises as a reflection of greater vigilance, the effective operation of surveillance mechanisms, and a sign of greater transparency when it comes to verification and remediation interventions. Of course, such operations can provoke anxiety among patients concerned because they generate uncertainty and can erode public confidence in the health care system in general and the competence of physicians in particular. That is precisely why such decisions must not be made lightly and why the Collège's executive committee exercises considerable caution and prudence in their regard.

It is time to understand that the tools we are developing to scrutinize the quality of medical practice can only lead to an increasing number of verification interventions. However, these interventions should not be perceived as disconcerting if they do occur more frequently. Instead, they should be seen as reassuring because they signify that we are now better able to identify shortcomings that previously went undetected. They are the price to pay to assure the quality of medical practice.

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

OFFRE EXCLUSIVE AUX MÉDECINS

ASSUR-DETTE MD

la santé s'envole, les emprunts restent



www.assur-dette.com

LA SURVIVANCE
compagnie mutuelle d'assurance vie

COLLOQUE 13 MAI 2011

ON EST 20 000, FAUT SE PARLER...

AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE, INCLUANT LE COLLÈGE, S'EST PENCHÉE ABONDAMMENT SUR LA RELATION MÉDECIN-PATIENT. PLUSIEURS ARTICLES, COURS ET ATELIERS ONT TRAITÉ DE CETTE DIMENSION : COMMENT TISSER UNE RELATION HARMONIEUSE AVEC LE PATIENT, COMMENT EXERCER LA MÉDECINE AVEC EMPATHIE, COMMENT MAINTENIR LE LIEN DE CONFIANCE. MAIS QU'EN EST-IL DE LA RELATION MÉDECIN-MÉDECIN ?



Quels que soient la spécialité, l'âge, le sexe ou la région, la question demeure la même : est-ce que nos moyens et nos stratégies de communication, entre collègues, nous permettent de mieux répondre aux besoins de la population ?

Afin de mieux cerner ce sujet, nous avons communiqué avec vous, au moyen d'une infolettre envoyée le 3 février dernier, pour obtenir vos témoignages, connaître vos expériences et entendre parler de votre réalité de tous les jours.

Nous vous remercions de votre participation qui témoigne de l'importance que vous accordez à la communication avec vos collègues, dans une optique d'amélioration des soins à la population. Vos réflexions et vos solutions seront abordées lors du colloque et serviront à alimenter la discussion. Également, des médecins seront présents lors de l'événement pour présenter leur réalité, leur questionnement et leur vision.

De quoi parlerons-nous plus précisément le 13 mai prochain ? Voici quelques-unes des pistes qui seront explorées.

■ **Notre façon de communiquer et les moyens pour favoriser cette communication**

Selon l'article 41 du *Code de déontologie des médecins*, «le médecin doit collaborer avec ses confrères au maintien et à l'amélioration de la dis-

ponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès».

Est-ce que nos façons de communiquer nous permettent de remplir cette obligation ? Quels moyens utilisons-nous pour favoriser les échanges avec nos collègues médecins ?

■ **Nos valeurs communes et nos responsabilités envers nos patients**

Quelles valeurs souhaitons-nous partager avec nos pairs, au regard de nos responsabilités envers nos patients ?

■ **Nos stratégies concertées afin d'améliorer l'efficacité des soins aux patients**

Quelles stratégies de communication employons-nous pour améliorer l'efficacité des soins ?

■ **Nos défis en tant que collectivité médicale**

Quels sont les défis de communication que nous entrevoyons pour la collectivité médicale, afin de mieux répondre aux besoins de la population ?

Relevez avec nous le défi de la «collégialité» de notre profession.

QUAND : le vendredi 13 mai 2011

OÙ : à l'Hôtel Sandman
999, rue de Sérigny, Longueuil

(Situé en bordure de l'autoroute 132, tout près du pont Jacques-Cartier et à deux pas de la station de métro Longueuil.)

POUR S'INSCRIRE : colloque@cmq.org (la date limite est le 6 mai)

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

POUR PLUS DE DÉTAILS SUR LE DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE : www.cmq.org

SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

AMIANTE

LE COLLÈGE RÉFÈRE SES MEMBRES ET LE PUBLIC AUX CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES ET MÉDICALES ACTUELLES

En début d'année, des médecins ont demandé au Collège de prendre position dans le dossier de l'amiante. À titre d'ordre professionnel dont la juridiction concerne l'exercice de la médecine par ses membres, le Collège a rappelé qu'il n'est pas un arbitre et qu'il n'a pas l'intention d'agir comme tel à propos de questions politiques, sociales ou économiques, ou comme un organisme de lobbying auprès de décideurs. Le Collège a recommandé à ses membres de se référer aux informations sur l'amiante fournies par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour leurs décisions cliniques et leurs communications publiques ainsi qu'auprès de leurs patients.

L'INSPQ, qui regroupe les compétences médicales dans le domaine de la santé publique et qui a le mandat légal de mener les études et de publier des avis nécessaires aux prises de décision dans le domaine de la santé publique, rend accessible dans son site Web l'état des connaissances actuelles sur les effets de l'amiante sur la santé des humains, incluant des données sur l'exposition de personnes et les conséquences de cette exposition à l'amiante au Québec.



<http://www.inspq.qc.ca/dossiers/amiante/infos.asp>

INSUFFISANCE VEINEUSE CÉPHALORACHIDIENNE CHRONIQUE (IVCC) ET SCLÉROSE EN PLAQUES CLARIFICATIONS QUANT AU SUIVI D'ANGIOPLASTIES VEINEUSES

Le Collège a réitéré, tant auprès des journalistes qu'auprès des patients, que l'insuffisance veineuse céphalorachidienne chronique (IVCC) et son lien de causalité ou de facteur d'aggravation avec la sclérose en plaques reste une hypothèse qui est actuellement à l'étude et dont tous les éléments cliniques de diagnostic, d'investigation et de suivi ne font pas l'objet de normes reconnues internationalement.

Le Collège a précisé que, dans ce contexte, les neurologues et les radiologistes du Québec et du Canada ont convenu d'assurer un suivi clinique des symptômes des patients ainsi que de la sclérose en plaques. L'usage des techniques d'imagerie médicale ne sera réservé qu'à l'investigation des symptômes associés à la veinoplastie chez les patients. Le seul fait d'avoir eu une angioplastie veineuse n'est pas en soi une indication de suivi radiologique puisque, comme les radiologistes nous le confirment, il n'y a pas de critères d'interprétation et encore moins de seuil d'intervention identifié justifiant une nouvelle angioplastie ou une autre intervention vasculaire. Par conséquent, le suivi médical est assuré mais, pour le moment, il ne nécessite d'investigation par imagerie médicale qu'en présence d'une symptomatologie clinique. Cette orientation fait maintenant consensus entre les radiologistes au Canada et est appuyée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

COTISATION ANNUELLE 2011-2012

**Simplifiez-vous la vie :
Renouvelez votre cotisation en ligne**

Le Collège procédera à l'envoi des documents de cotisation au cours de la semaine du 16 mai 2011. Les membres qui souhaitent renouveler leur cotisation en ligne pour la première fois retrouveront sur cet avis un mot de passe leur permettant d'effectuer leur paiement en ligne et d'éviter ainsi tout retard lié à la poste. Ceux et celles qui ont effectué leur renouvellement en ligne en 2010 pourront à nouveau le faire en utilisant leur mot de passe.

**30 juin, 17 h
Date limite à retenir**

Votre inscription et le paiement de votre cotisation doivent être reçus au Collège des médecins au plus tard le 30 juin, à 17 h. Une pénalité de 250 \$ sera exigée pour tout défaut de paiement de votre cotisation dans les délais.



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

CONSEIL
D'ADMINISTRATION

17 juin 2011

COMITÉ
EXÉCUTIF

21 avril 2011

26 mai 2011

DÉCÈS DU DR FRANÇOIS DESBIENS, VICE-PRÉSIDENT DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC



Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec tristesse le décès accidentel du Dr François Desbiens.

Le Dr Desbiens, membre du Conseil d'administration du Collège depuis octobre 2008, avait été élu vice-président du Collège des médecins en octobre dernier. Médecin de famille dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, le Dr Desbiens assumait également plusieurs responsabilités administratives d'importance, dont récemment celle de directeur régional des

affaires médicales et universitaires à l'Agence de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Le Dr Desbiens était reconnu pour ses qualités de gestionnaire d'expérience, son leadership mobilisateur, sa rigueur et sa vision constructive.

Les administrateurs et le personnel du Collège des médecins offrent leurs sincères condoléances à la famille et aux proches du Dr Desbiens.

Nouveau logiciel clinique
Accessible de PARTOUT!

Ofys

LOGICIEL GESTIONNAIRE

Index patient | Rendez-vous | Prescripteur | Note clinique

Donnez des ailes à votre pratique!

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

Un produit développé par
Logiciels
INFODATA
clinique

L'EXERCICE HORS ÉTABLISSEMENT ET SES NOUVEAUX DÉFIS

JUSQU'À MAINTENANT LE COLLÈGE A PRÉSENTÉ, DANS LA CHRONIQUE *CAS CLINIQUE POUR VOTRE PRATIQUE*, DES EXTRAITS DE LA DEUXIÈME PARTIE DU DOCUMENT ALDO-QUÉBEC. TOUTEFOIS, LES SITUATIONS DÉLICATES AUXQUELLES SONT CONFRONTÉS LES MÉDECINS NE SONT PAS TOUTES ASSOCIÉES À DES CAS CLINIQUES. PARFOIS, ELLES SONT DIRECTEMENT LIÉES À CERTAINS CHANGEMENTS SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL, DÉONTOLOGIQUE OU LÉGAL. LES QUESTIONS SOULEVÉES PAR L'ÉVOLUTION RAPIDE DE L'EXERCICE EN CABINET EN SONT UN EXEMPLE FRAPPANT.

Récemment, la section du document ALDO consacrée à l'exercice en cabinet a été complètement révisée. Elle s'intitule maintenant *L'exercice hors établissement*, ce qui permet de discuter des nouveaux modèles organisationnels, tels les centres médicaux spécialisés ou les coopératives de santé, qui ne cessent d'émerger et de soulever des questions déontologiques et légales que les cabinets de médecins ne posaient pas nécessairement.

Cette chronique est composée d'extraits de cette section, la version intégrale étant facilement accessible dans le site Web du Collège.



L'EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT ET L'EXERCICE EN CABINET: UNE FRONTIÈRE DE PLUS EN PLUS PERMÉABLE

Classiquement, on distingue au Québec deux modes d'exercice de la médecine: la pratique en établissement et la pratique en cabinet. Toutefois, la frontière entre les cabinets et les établissements est devenue de plus en plus perméable. D'une part, les médecins de famille ne travaillent pas seulement dans leur cabinet: ils sont de plus en plus sollicités pour contribuer à la prestation de divers soins et services dans les établissements. D'autre part, des soins de plus en plus spécialisés migrent en dehors des établissements, vers des lieux de prestation qui ne sont plus de simples cabinets de médecins. Les nouveaux modèles organisationnels se multiplient depuis quelques années, se situant quelque part entre l'établissement et le cabinet, leur seul point commun étant que la prestation des soins se fait en dehors des établissements.

On oppose souvent l'exercice en établissement et l'exercice hors établissement, comme si ces deux types d'exer-

cice de la médecine étaient complètement différents. En effet, selon les termes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les cabinets privés de médecins ne sont pas des établissements (LSSSS, art. 95). Les soins qui y sont offerts constituent néanmoins une partie essentielle du système de santé. La plupart des services médicaux offerts hors établissement sont en fait des soins couverts par le régime d'assurance maladie parce qu'ils sont médicalement requis. Souvent, ils sont requis préalablement ou à la suite de soins prodigués dans les établissements du réseau public, ce qui fait des cabinets, et plus largement des ressources autres que les établissements publics, des partenaires incontournables du système de soins au Québec. De plus en plus, ces ressources sont perçues comme des partenaires avec lesquels les établissements du réseau devraient conclure des ententes pour mieux répondre aux besoins croissants de la population.

Pour la plupart des actes qu'ils posent, la très grande majorité des médecins sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il est toujours possible pour les médecins qui exercent hors établissement de ne pas participer au régime d'assurance maladie ou de se désengager. Mais ceux qui le font au Québec sont relativement peu nombreux. Il est donc difficile de comprendre la situation actuelle et ses enjeux, sans avoir en tête les grandes lignes du régime d'assurance maladie québécois, tel qu'il fonctionne présentement. La plupart du temps, les médecins participant au régime offrent des services couverts à des personnes assurées. Mais un médecin participant peut également offrir des services non couverts. Ou encore, il peut offrir des services couverts, mais à des personnes non assurées. Une personne assurée peut également décider de consulter un médecin non participant pour recevoir des services qui seraient assurés si le médecin était participant. Et ainsi de suite.

DIFFÉRENTS MODÈLES ORGANISATIONNELS

Une fois l'exercice médical hors établissement mieux situé, par rapport au régime d'assurance maladie d'une part et par rapport au système de soins d'autre part, il devient plus facile de comprendre que cet exercice se soit greffé à divers modèles organisationnels. D'ailleurs, le type de système de soins qui prévaut au Canada et au Québec est souvent décrit comme un «système mixte», le financement du régime et la gestion du système étant essentiellement publics alors que la prestation des soins, elle, est loin de se limiter à des établissements publics. Depuis le début, il a été établi que tous les établissements de santé devaient être gérés et financés publiquement au Canada et au Québec. Par contre, les modes de financement et de gestion ont toujours pu varier pour ce qui est des autres organisations assurant la prestation des soins.

Que ce soit pour développer les services médicaux offerts en dehors des établissements par des médecins exerçant seuls ou en groupe, ou pour favoriser leur intégration au réseau public, plusieurs formules ont été appliquées. Les tentatives les plus récentes sont sans doute les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques réseau, les centres médicaux spécialisés (CMS), les cliniques médicales associées (CMA) et les coopératives de santé. L'encadrement de l'exercice médical ayant été conçu pour l'exercice en établissement d'une part et l'exercice en cabinet d'autre part, qu'advient-il de toutes ces situations où les médecins exercent leur profession dans des lieux qui ne sont ni des établissements ni des cabinets au sens classique du terme? La question se pose et il n'est pas nécessairement facile d'y répondre.

DES ENJEUX COMMUNS SUR LE PLAN PROFESSIONNEL

Malgré cette diversité, les grands enjeux demeurent essentiellement les mêmes

sur le plan de l'éthique professionnelle des médecins. Plusieurs commentateurs jugent que les plus grands défis se situent actuellement sur le plan de l'indépendance professionnelle des médecins, les aspects commerciaux et administratifs créant nécessairement des situations de conflits d'intérêts potentiels.

Heureusement, certains repères demeurent constants. En quelque lieu qu'il exerce et quel que soit son type de pratique, le médecin demeure, en toutes circonstances, un professionnel autonome responsable de ses actes. L'exercice de sa profession, en établissement, en cabinet ou ailleurs, est régi au Québec par le *Code des professions*, la *Loi médicale*, les

faire exécuter toute ordonnance là où il veut. Les dispositions pouvant s'appliquer à la location des locaux ont été précisées elles aussi. Les règles sur la pratique en société ont été mises à jour et elles sont beaucoup plus explicites quant aux pratiques acceptables pour les médecins. Les règles entourant la publicité faite par les médecins ont également été précisées. Il existe par ailleurs certains repères pour la facturation des actes médicaux. Cette dernière est soumise aux ententes conclues entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ou la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), selon le cas. Les diverses associations médicales publient

[L'encadrement de l'exercice médical ayant été conçu pour l'exercice en établissement d'une part et l'exercice en cabinet d'autre part, qu'advient-il de toutes ces situations où les médecins exercent leur profession dans des lieux qui ne sont ni des établissements ni des cabinets au sens classique du terme? La question se pose et il n'est pas nécessairement facile d'y répondre.]

règlements qui en découlent et le *Code de déontologie des médecins*. Le médecin a toujours les mêmes obligations déontologiques, que ce soit en matière de compétence, d'obligation de porter secours, de suivi, de respect du secret professionnel ou de son indépendance professionnelle. Certaines dispositions du code ont d'ailleurs été précisées pour mieux guider les médecins face à certaines situations plus préoccupantes. Il a notamment été précisé que le médecin ne peut faire preuve de «dirigisme», c'est-à-dire qu'il doit respecter le libre choix du patient de

également, à titre indicatif, des échelles tarifaires pour les frais facturés aux patients. Le MSSS exerce aussi un certain contrôle par le biais de l'émission d'un permis, obligatoire pour les nouveaux modèles organisationnels. Bref, l'encadrement formel est en train de s'ajuster à cette évolution de l'exercice médical. D'ici à ce qu'il soit complété toutefois, les médecins doivent demeurer vigilants puisque cette évolution soulève quotidiennement de nombreux défis.

Source: Aldo, partie I, chapitre 1, section 3.2, p. 43-63

LA PRESCRIPTION D'UN EXAMEN ET LES RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN

PRESCRIRE UN EXAMEN D'INVESTIGATION EST UN GESTE QUOTIDIEN POUR LE MÉDECIN ET COMPORTE DES RESPONSABILITÉS. RÉGULIÈREMENT, NOS MEMBRES NOUS POSENT DES QUESTIONS SUR L'ÉTENDUE DE CES RESPONSABILITÉS.

Voici donc, à titre d'aide-mémoire, un bref rappel des grands principes et des obligations qui encadrent la prescription d'un examen.

QUELQUES PRINCIPES À CONSIDÉRER

Prescrire un examen n'est pas un acte réflexe mais un acte réfléchi.

La prescription d'un examen s'inscrit toujours dans une démarche diagnostique ou dans le cadre d'un programme préventif visant des objectifs précis. La réflexion clinique doit précéder la prescription de l'examen et non l'inverse. Des questions devraient déjà être présentes dans l'esprit du prescripteur avant de remplir l'ordonnance ou le formulaire de demande d'examen :

- Pourquoi est-ce que je prescris cet examen ?
- Qu'est-ce que je conclurai si le résultat est normal ou anormal ?
- Quel suivi devrai-je faire ?

Si on ne sait pas ce qu'on fera avec le résultat positif ou négatif d'un test avant de le prescrire, il vaut mieux ne pas le faire.

Tous les résultats d'examen n'ont pas les mêmes conséquences pour les patients. Le patient a-t-il été informé des conséquences de l'examen ? A-t-on obtenu, le cas échéant, son consentement libre et éclairé ?

La pratique de la médecine ne consiste pas à appliquer des recettes ou à suivre des algorithmes, mais à juger s'ils s'appliquent au patient qui est devant vous.

Dans l'ère de normalisation où nous vivons, il est facile de considérer l'investigation d'une condition clinique comme une suite d'arbres décisionnels et autres recettes.



Il faut exercer une certaine réserve devant toute procédure automatique. Cela ne veut pas dire que chaque clinicien ne doit pas suivre les normes en vigueur. Cela veut dire qu'il doit en tenir compte, faire preuve de jugement dans leur application et, s'il décide d'y déroger, en informer le patient et motiver sa décision en l'indiquant dans le dossier.

Le plus important, dans un examen, est l'interprétation du résultat et le suivi qui sera effectué.

Tous les examens disponibles doivent être soumis aux mécanismes d'assurance qualité appropriés.

Aucun examen n'est sûr à 100 %. Les notions épidémiologiques que sont la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative sont applicables à tout examen, de la prise de la tension artérielle jusqu'à l'artériographie.

Les examens effectués au bureau doivent être conformes aux directives du fabricant et faire l'objet des calibrages appropriés. Un examen fait incorrectement ne peut mener qu'à des interprétations et surtout des décisions incorrectes.

Le premier responsable du suivi d'un examen est le médecin qui le prescrit.

Même dans des situations de dépannage ou de cliniques sans rendez-vous, le premier responsable de l'interprétation et du suivi des résultats d'un examen est le médecin qui l'a prescrit. Pour éviter qu'un résultat n'ait pas le suivi approprié, il est fortement recommandé, dans les situations de dépannage, de prévoir à l'avance, avec les autorités médicales de l'établissement de santé, qui assurera le suivi des examens prescrits par le médecin dépanneur et comment ce suivi sera effectué. C'est au médecin dépanneur (prescripteur) de s'en assurer au premier chef.

On n'est jamais trop responsable. Rien n'empêche un médecin traitant de vérifier auprès d'un médecin prescripteur que le suivi d'un examen a été fait.

La prescription de l'examen suit l'anamnèse, l'examen physique et le diagnostic différentiel. Il ne les précède pas.

Dans le cadre d'une relation thérapeutique, la prescription d'examens complémentaires découle des conclusions mises en évidence par l'anamnèse et l'examen physique. Trop souvent, la prescription de l'examen tient davantage du réflexe que de la logique clinique. Parfois on justifie la prescription d'examens en invoquant le « bilan de santé ». L'examen médical périodique, dont il s'inspire parfois, suit une toute autre logique, celle d'un programme de dépistage assujéti à des règles de santé publique. Ce qui nous amène à énoncer le principe suivant.

L'examen de dépistage s'inscrit dans un programme de dépistage ou suit des principes épidémiologiques ou de santé publique. Le suivi doit être assuré.

L'examen de dépistage doit s'inscrire, sinon dans un programme de santé publique, du moins dans une logique de santé publique. Il faut que l'examen en question soit à même d'identifier le problème recherché avec une certaine fiabilité et il doit amener le médecin à être en mesure d'assurer le suivi si l'anomalie recherchée est identifiée. On voit dans les exercices de « bilan de santé » l'identification de problèmes pour lesquels le patient est laissé à lui-même. D'autre part, on laisse croire à tort au public qu'être en santé est le résultat d'une accumulation de résultats d'examens normaux, ce qui n'est pas nécessairement le cas.

QUELQUES OBLIGATIONS À CONNAÎTRE

Pour mieux être en mesure d'appliquer ces principes, des articles du Code de

déontologie des médecins décrivent, de façon explicite, les obligations du médecin à cet égard :

- « 6. Le médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques. »
- « 12. Le médecin doit utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé. »
- « 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. »

[La prescription d'un examen s'inscrit toujours dans une démarche diagnostique ou dans le cadre d'un programme préventif visant des objectifs précis. La réflexion clinique doit précéder la prescription de l'examen et non l'inverse.]

- « 48. Le médecin doit s'abstenir d'avoir recours à des examens, investigations ou traitements insuffisamment éprouvés, sauf dans le cadre d'un projet de recherche et dans un milieu scientifique reconnu. »

QUELQUES CONSEILS À RETENIR

Pour tirer le maximum des examens demandés, nous proposons trois actions simples :

- Toujours noter au dossier les examens prescrits.
- Convenir avec le patient, dès le moment de la prescription des examens, des modalités pour être informé des résultats et du suivi éventuel.
- S'assurer du fonctionnement des canaux de communication avec les laboratoires concernés pour obtenir les résultats.

QUELQUES DÉFIS À RELEVER, MAINTENANT ET TOUJOURS

L'action de prescrire un examen comporte aussi un certain nombre de questions liées à l'environnement économique.

Les examens d'investigation représentent également une occasion d'affaires. Le véritable défi, comme médecin, est d'assurer au patient l'investigation dont il a réellement besoin en se tenant à l'abri des conflits d'intérêts. À l'ère d'Internet et de l'explosion des technologies, et au moment où beaucoup de promoteurs cherchent à exploiter commercialement

les faiblesses du système public de santé, particulièrement les difficultés d'accès, il n'est pas toujours facile pour le patient de discerner les enjeux commerciaux de ses véritables besoins.

En cette matière, le médecin doit être vigilant et contribuer à défendre les intérêts du patient.

En conclusion, s'il n'y avait que trois idées à retenir :

- La santé n'est pas une série d'examens demandés.
- La médecine n'est pas la prescription d'un grand nombre d'examens.
- Le médecin est responsable du suivi de ce qu'il prescrit.

NOUVEAUX RÈGLEMENTS RELATIFS À L'ACCÈS À LA PROFESSION

DEPUIS LE 25 NOVEMBRE 2010, À LA SUITE DE LEUR PUBLICATION DANS LA GAZETTE OFFICIELLE DU QUÉBEC, CINQ NOUVEAUX RÈGLEMENTS ENCADRANT LES CONDITIONS ET MODALITÉS D'ACCÈS À LA PROFESSION SONT EN VIGUEUR. VOICI, BRIÈVEMENT, LES BUTS ET LES EFFETS DE CES NOUVELLES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES.

LE RÈGLEMENT SUR LES SPÉCIALITÉS MÉDICALES

- Reconnaissance de la médecine de famille comme une spécialité;
- Reconnaissance de 18 autres spécialités, dans un contexte d'harmonisation avec les spécialités reconnues par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada:
 - Chirurgie colorectale
 - Chirurgie générale oncologique
 - Chirurgie générale pédiatrique
 - Chirurgie thoracique
 - Chirurgie vasculaire
 - Hématologie/oncologie pédiatrique
 - Maladies infectieuses
 - Médecine d'urgence pédiatrique
 - Médecine de l'adolescence
 - Médecine de soins intensifs
 - Médecine du travail
 - Médecine maternelle et fœtale
 - Médecine néonatale et périnatale
 - Neuropathologie
 - Oncologie gynécologique
 - Pathologie générale
 - Pathologie hématologique
 - Pathologie judiciaire
- Harmonisation du nom des spécialités du Collège des médecins du Québec (CMQ) avec ceux utilisés par le Collège royal.

LE RÈGLEMENT SUR LES CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DU PERMIS D'EXERCICE ET DES CERTIFICATS DE SPÉCIALISTES

- Harmonisation des conditions de délivrance du permis d'exercice avec les normes canadiennes;
- Définition des conditions requises pour obtenir un permis d'exercice (études, formation postdoctorale et examens);
- Définition des normes d'équivalence pour les candidats diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis;
- Définition des procédures pour le traitement des demandes d'équivalence de formation des médecins qui souhaitent obtenir un certificat dans une nouvelle spécialité.

Comment obtenir un certificat de spécialiste du CMQ dans une des 18 nouvelles spécialités?

- Un certificat de spécialiste sera délivré aux médecins qui en feront la demande et qui:

- ont réussi l'examen du Collège royal dans la spécialité visée par la demande; ou
- ont complété, dans un programme de formation agréé par le Collège royal, une formation sans certification (*Accreditation without certification – AWC*) avant la création par le Collège royal d'un examen pour cette spécialité.

Les médecins qui ne répondent pas à ces critères, et qui souhaitent être reconnus comme des spécialistes dans l'une des 18 nouvelles spécialités, doivent déposer une demande d'**équivalence de formation en vue de la délivrance d'un certificat de spécialiste** dans une nouvelle spécialité, en utilisant le formulaire prévu à cet effet, disponible dans le site Web du CMQ.

Attention: Toute demande de certification et toute demande de reconnaissance d'équivalence de formation dans une nouvelle spécialité devra être transmise au CMQ avant le 1^{er} juin 2011. Le CMQ est tenu de répondre à toute demande dans les 90 jours de sa réception.

À la suite de l'étude d'une demande, le CMQ peut:

- accepter la demande d'équivalence de formation et délivrer, sans autre condition, un certificat de spécialiste dans la nouvelle spécialité visée; ou
- accepter la demande d'équivalence de formation et délivrer un certificat de spécialiste à la suite de la réussite de l'examen final dans la nouvelle spécialité visée; ou
- rejeter la demande d'équivalence de formation.

LE RÈGLEMENT SUR LES AUTORISATIONS LÉGALES D'EXERCER LA PROFESSION DE MÉDECIN HORS DU QUÉBEC QUI DONNENT OUVERTURE AU PERMIS ET AU CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

- Règlement d'application de l'Accord sur le commerce intérieur (ACI) (mobilité de la main-d'œuvre au Canada).

Qui sont les médecins visés par ce règlement?

- Tout médecin qui a un permis «régulier» (sans limitation ni restriction) ailleurs au Canada et un certificat du Collège royal ou du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) peut obtenir un permis régulier au Québec;
- Les médecins ayant obtenu un permis d'exercer la médecine de famille ailleurs au Canada avant 1994 peuvent obtenir un permis sans avoir la certification du CMFC.

LE RÈGLEMENT SUR LA DÉLIVRANCE D'UN PERMIS ET D'UN CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC POUR DONNER EFFET À L'ARRANGEMENT CONCLU PAR L'ORDRE EN VERTU DE L'ENTENTE ENTRE LE QUÉBEC ET LA FRANCE EN MATIÈRE DE RECONNAISSANCE MUTUELLE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

- Définition des conditions de délivrance du permis «régulier» pour les médecins ayant obtenu un permis restrictif conformément à l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) avec la France.

LE RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES QUI PEUVENT ÊTRE EXERCÉES PAR DES PERSONNES AUTRES QUE DES MÉDECINS

- Ajout, dans un règlement déjà existant, des activités professionnelles que les résidents en médecine sont autorisés à exercer;
- Précision à l'effet que les stages de formation postdoctorale doivent être effectués dans des milieux de formation agréés par le CMQ.

Pour toute information au sujet de ces nouvelles dispositions, n'hésitez pas à contacter la Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec à l'adresse courriel suivante: info@cmq.org.

PAR MARGUERITE DUPRÉ, M.D., DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE

MISE AU POINT SUR LES MODALITÉS DE L'UTILISATION DE LA VOIE INTRA-OSSEUSE RAPPEL AUX MÉDECINS D'URGENCE

Les intervenants des salles d'urgence sont régulièrement confrontés à la difficulté de trouver un accès vasculaire permettant de contribuer à la survie d'un patient. Ce problème est d'autant plus important chez les patients en état de choc. Dans ces situations, la nécessité de pouvoir contrôler la volémie est une question de survie.

De nos jours, l'accès intra-osseux est préconisé autant chez l'adulte que chez l'enfant. Les solutés et médicaments administrés par voie intra-osseuse atteignent la circulation centrale dans la seconde, comme dans le cas d'une veine.

Le coroner a mené une enquête concernant une patiente de 56 ans décédée à la suite d'un choc hypovolémique secondaire à une hémorragie massive d'une plaie du cuir chevelu. À son arrivée à l'urgence, la patiente était en activité électrique sans pouls. Incapable d'installer un accès veineux périphérique ou fémoral, le médecin a décidé judicieusement de mettre en place un accès intra-osseux de type EZ-10. Malgré l'installation adéquate de l'accès intra-osseux, il s'est avéré impossible de perfuser la patiente. L'enquête a mis en évidence le manque de connaissance du personnel de l'urgence dans l'utilisation d'un dispositif permettant de perfuser à pressions élevées les fluides administrés par voie intra-osseuse. À la suite de la recommandation du coroner de bien connaître la procédure d'installation et d'utilisation des accès intra-osseux, le

Collège des médecins du Québec croit nécessaire de rappeler à ses membres quelques règles à respecter lors de l'utilisation de la voie intra-osseuse.

La mise en place d'un dispositif intra-osseux nécessite une asepsie rigoureuse. Il est recommandé, si le patient est conscient, de pratiquer une anesthésie locale au site de placement de l'aiguille, de même qu'il est préférable d'injecter un peu d'anesthésique local dans l'espace de dilatation osseuse, juste avant de commencer la perfusion.

Si l'aiguille intra-osseuse est correctement installée mais qu'elle ne perfuse pas, il faut s'assurer qu'un bolus de 10 cc de normal salin soit injecté à l'aide d'une seringue et que le sac de soluté soit placé dans un dispositif qui permet de perfuser à des pressions élevées. Il importe également de s'assurer que la pression exercée est suffisante pour obtenir un débit satisfaisant. Si le débit demeure insuffisant, il peut être nécessaire de répéter le bolus de 10 cc à l'aide d'une seringue.

Des situations telles que celle décrite par le coroner pourraient être évitées par l'injection d'un bolus de salin et l'utilisation d'un dispositif à pressions élevées.

LA DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE: « ON EST LÀ POUR VOUS AIDER »

LE MANDAT DE LA DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE (DAE) EST D'EFFECTUER LA SURVEILLANCE DE L'EXERCICE DES MÉDECINS ET DE VOIR AU MAINTIEN DE LEUR COMPÉTENCE EN VUE D'ASSURER LA PROTECTION DU PUBLIC ET DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS.

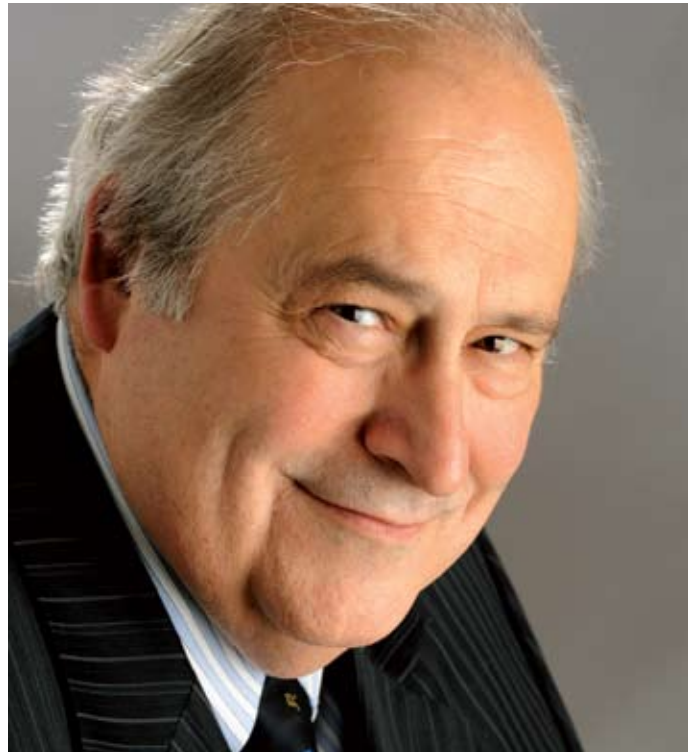
La DAE a plusieurs volets pour vous aider. Son but premier est le maintien des compétences de tous les médecins du Québec.

Les principaux secteurs d'activités de la DAE sont: la surveillance de l'exercice professionnel des médecins, principalement au moyen d'indicateurs de qualité et de visites d'inspection professionnelle; son amélioration, par la publication de guides d'exercice et de lignes directrices, et par l'organisation d'activités de formation et de développement professionnel continu; et le monitoring dans le programme de suivi administratif des médecins en difficulté.

Vingt-quatre personnes composent l'équipe de la DAE, dont onze médecins cadres.

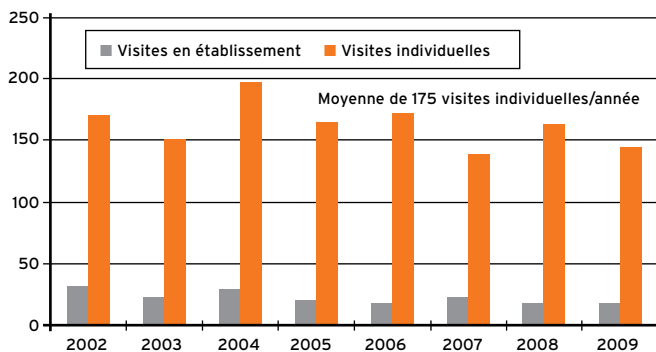
QU'EST-CE QU'UNE VISITE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE ?

Une visite d'inspection professionnelle est une évaluation de la qualité de l'exercice par des pairs. Elle vise à s'assurer que l'exercice est conforme aux normes établies. C'est un exercice qui prône des actions préventives et éducatives dont le premier objectif est d'aider les médecins dans l'amélioration de leur exercice professionnel. L'inspection professionnelle est une obligation imposée par le *Code des professions*, la loi qui régit les 46 ordres professionnels du Québec



Dr André Jacques

Nombre de visites annuelles 2002-2009



QU'EST-CE QU'UNE INTERVENTION PÉDAGOGIQUE ?

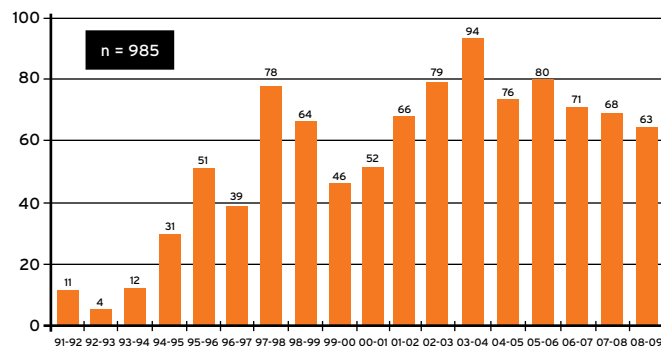
On organise depuis plusieurs années des interventions individualisées d'évaluation et de perfectionnement auprès des médecins ayant un permis d'exercice au Québec.

[Le système mis en place par la DAE vise l'amélioration des pratiques plutôt que la seule surveillance de la qualité de l'exercice des médecins. [...] Cette approche positive est une occasion d'apprentissage.]

Des recommandations peuvent être faites au médecin pour lui permettre d'améliorer sa pratique. On peut aussi lui suggérer, au besoin, des activités de développement professionnel continu (ateliers, lectures, formations, etc.).

Parfois le médecin est orienté vers un programme personnalisé d'activités de perfectionnement, notamment des lectures dirigées, un tutorat de perfectionnement, un stage de perfectionnement volontaire ou imposé avec ou sans limitation d'exercice.

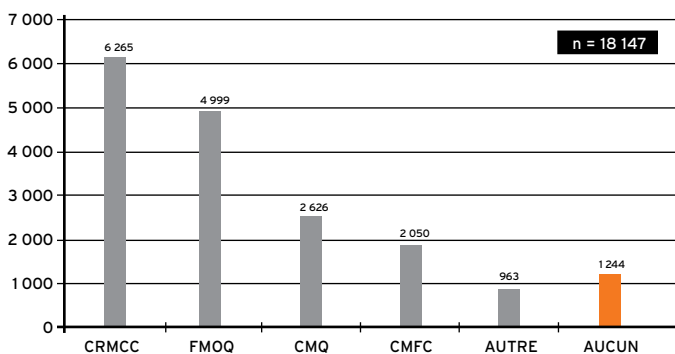
Activités personnalisées de perfectionnement 1991-2009



LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES: UNE OBLIGATION PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE

Depuis juillet 2007, les médecins québécois peuvent opter pour l'un des programmes de développement professionnel continu (DPC) approuvés. Par exemple, le Collège des médecins du Québec (CMQ) propose à ses membres le plan d'autogestion lequel, avec son approche simple et conviviale, permet aux médecins de prendre en main leur plan de DPC pour combler leurs besoins éducatifs. Le CMQ est convaincu qu'adhérer à un programme de DPC peut rendre compte du maintien de leur compétence et de leur capacité à donner de meilleurs services en matière de santé. Il demande annuellement à 3 % des médecins de lui fournir les preuves d'adhésion à un programme de DPC.

Plan de DPC des médecins inscrits actifs selon l'avis de cotisation 2009



DES ATELIERS RÉPONDANT AUX BESOINS

Le CMQ a développé, en collaboration avec des organismes agréés en DPC, de nombreux ateliers de formation, dont les principaux sont :

- L'essentiel de la tenue des dossiers par les médecins exerçant en cabinet;
- L'examen médical périodique de l'adulte;
- L'évaluation médicale de l'aptitude à conduire un véhicule automobile;
- Le programme *Question d'attentes, question d'ententes* sur la relation médecin-patient;
- Planifier sa retraite à court et à moyen terme;
- Le programme d'ateliers *Organisation de la pratique — Comment faire mieux?*

LE SUIVI ADMINISTRATIF DES MÉDECINS EN DIFFICULTÉ

Les médecins ne sont pas à l'abri des divers problèmes de santé pouvant affecter la qualité de leur exercice. Selon son mandat de protection du public, le CMQ se doit de prendre les mesures nécessaires lorsqu'il est informé de situations risquant de compromettre la qualité d'exercice de ses membres.

Le programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine a été créé en 1999 par le CMQ.

Le CMQ souhaite aussi transmettre un message positif aux médecins en difficulté. Ce programme, sous la responsabilité de la DAE depuis 2001, met l'accent sur la mise à jour des compétences et offre des activités de perfectionnement conçues en fonction des besoins particuliers de chacun, des activités souvent essentielles dans le processus de réadaptation professionnelle des médecins.

CONCLUSION

Le système mis en place par la DAE vise l'amélioration des pratiques plutôt que la seule surveillance de la qualité de l'exercice des médecins. Ce système permet d'adapter ces outils de surveillance et d'amélioration de la qualité aux différentes clientèles concernées et en fonction des difficultés identifiées.

Cette approche positive est une occasion d'apprentissage. On est là pour vous aider!

QUESTION DE PRATIQUE : SUBPŒNA ET DEMANDE D'ACCÈS FAITE PAR UN POLICIER

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.



Un subpœna, ou citation à comparaître, est un ordre adressé à une personne pour qu'elle compare devant un tribunal à une date et à une heure indiquées dans le document. On peut aussi y intimer l'ordre d'apporter un document détenu, notamment le dossier médical.

Le subpœna peut être transmis à la demande du procureur d'une des parties au litige qui souhaite le témoignage du médecin ou la production du dossier médical. Pour être valide, il doit être signifié par huissier et un délai minimal (en général cinq jours) doit être respecté entre sa signification et la date à laquelle le témoin doit se présenter devant le tribunal.

Le subpœna ne constitue donc pas une autorisation de communiquer des documents à l'avocat qui assigne le médecin devant le tribunal. Seul le tribunal peut ordonner que des documents confidentiels soient divulgués sans l'autorisation du patient.

D'un point de vue pratique, le médecin qui reçoit un subpœna devrait éviter de transmettre une information protégée par le secret professionnel, à moins d'avoir l'autorisation du patient en cause, et ne transmettre que les renseignements pertinents au litige.

DEMANDE D'ACCÈS FAITE PAR UN POLICIER

Le médecin n'est pas relevé de son secret professionnel lorsqu'on lui demande de collaborer à une enquête policière. Il ne peut divulguer les informations confidentielles sur son patient sans son autorisation, même si ce dernier est sous enquête, en raison de son obligation d'assurer le respect du secret professionnel.

Le seul moyen par lequel le policier peut obtenir un document sans l'autorisation du patient, c'est le mandat de perquisition. Le médecin ne peut remettre aucun document au policier si ce dernier n'a pas de mandat de perquisition. Le mandat de perquisition est une ordonnance délivrée par un juge de paix, en vertu de pouvoirs légaux, à entrer dans un lieu désigné pour saisir les biens désignés qui constitueront une preuve de la perpétration réelle ou projetée d'une infraction ou d'un crime. Le médecin doit se limiter à remettre les documents spécifiés dans le mandat. Il faut donc vérifier adéquatement la portée du mandat. Nous recommandons, avant de remettre aux policiers les documents requis, de mettre sous scellé les documents originaux, d'en garder une copie et de garder une copie du mandat de perquisition ainsi qu'une liste des documents remis.

À moins que la divulgation d'un renseignement confidentiel au sujet d'un patient ne soit nécessaire afin de prévenir un danger ou un acte de violence, il existe très peu de situations où un policier peut recevoir communication d'informations sans l'autorisation du patient. Une de ces exceptions est l'avis qu'un médecin doit donner immédiatement à un coroner ou à un agent de la paix lorsqu'il constate un décès dont il ne peut établir les causes probables ou qui lui semble être survenu dans des circonstances obscures ou violentes.

Sources :

L'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier médical constitué par le médecin exerçant en cabinet, guide d'exercice, Collège des médecins du Québec, mai 2007
Le subpœna, Le Collège, Vol. XXXIX, n° 4, janvier 2000
Code de déontologie des médecins, art. 20

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).

ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES ET SYNDROME MÉTABOLIQUE

UN RÉCENT RAPPORT¹ DU CORONER PIERRE GUILMETTE ATTIRAIT L'ATTENTION DU COLLÈGE DES MÉDECINS SUR LES RISQUES LIÉS À L'USAGE DES ANTIPSYCHOTIQUES. LE CORONER ÉMETTAIT LA RECOMMANDATION SUIVANTE : « [...] QUE LE COLLÈGE DES MÉDECINS SENSIBILISE D'AVANTAGE SES MEMBRES, OMNIPRATICIENS AU PREMIER CHEF, À LA PRUDENCE LORS D'UTILISATION D'ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES, SURTOUT EN COMBINAISON, A *FORTIORI* EN PRÉSENCE D'UN SYNDROME MÉTABOLIQUE ».



Selon l'Association canadienne du diabète, le syndrome métabolique est défini par la présence d'au moins trois des conditions suivantes :

- glycémie à jeun $\geq 5,6$ mmol/l ou diabète de type 2 connu;
- tension artérielle $\geq 130/85$ ou déjà traité pour hypertension;
- triglycérides $\geq 1,7$ mmol/l ou déjà traité pour hypertriglycéridémie;
- cholestérol HDL $< 1,0$ mmol/l chez l'homme ou $< 1,3$ mmol/l chez la femme ou déjà traité pour hypercholestérolémie;
- tour de taille > 102 cm chez l'homme ou 88 cm chez la femme.

Le Collège souhaite rappeler à ses membres que les risques liés à l'utilisation des antipsychotiques atypiques sont fréquents et bien documentés. Ils peuvent engendrer un gain de poids et certains sont associés à des sensations de faim incontrôlables. Ces médicaments augmentent le risque de développer un diabète ou une dyslipidémie et, par le fait même, accroissent le risque d'accident cardiovasculaire.

Il est généralement reconnu que la stratégie de surveillance dépend des facteurs de risque, des signes cliniques et du médicament antipsychotique prescrit. L'*American Diabetes Association* recommande un suivi plus serré des patients ayant commencé un traitement avec les nouvelles générations d'antipsychotiques :

- anamnèse personnelle et familiale avant le début du traitement et, par la suite, tous les ans;
- poids et IMC : au début du traitement, à 4, 8 et 12 semaines, puis tous les 3 mois;
- tour de taille : au début du traitement et, par la suite, tous les ans;
- glycémie à jeun : au début du traitement, à 3 mois et, par la suite, tous les ans;
- bilan lipidique : au début du traitement, à 3 mois et, par la suite, tous les 5 ans;
- tension artérielle : au début du traitement, à 3 mois et, par la suite, tous les ans.

On admet qu'une prise de poids supérieure ou égale à 5 % du poids initial doit amener à envisager une modification de traitement et donc changer de classe d'antipsychotique. Soulignons que dans ces recommandations, le suivi à long terme suppose que les résultats demeurent satisfaisants; dans le cas contraire, nous rappelons aux médecins les recommandations habituelles.

Comme dans le cadre du plan d'action en santé mentale, les psychiatres sont appelés à transférer des patients psychotiques stabilisés à des collègues omnipraticiens de première ligne, il convient de rappeler l'importance pour les psychiatres de bien préciser, dans la note de transfert au médecin de famille, les recommandations concernant le suivi métabolique des patients prenant des antipsychotiques atypiques.


1. Guilmette, P., Rapport d'investigation du coroner, in *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès*.

Explorons, innovons et partageons !

**Prix de la recherche,
Prix de l'innovation pédagogique
et
Bourses de recherche
en développement professionnel continu 2011**

Pour participer, consultez notre site au
www.cqdpccm.ca

Date limite : le 1^{er} mai 2011



TRAITEMENT DES ALLERGIES PAR IMMUNOTHÉRAPIE SOUS-CUTANÉE: CONSENSUS QUÉBÉCOIS

Le comité exécutif du Collège des médecins du Québec a approuvé au mois de janvier dernier un guide produit par l'Association des allergologues et immunologues du Québec (AAIQ) sur le traitement des allergies par immunothérapie sous-cutanée. Il s'agit d'un guide standardisé qui facilitera le suivi des patients recevant leurs injections dans les bureaux de médecins.

Ce document est accessible dans le site Web de l'AAIQ:



<http://www.allerg.qc.ca/Professionels/Professionels.html>



RAPPEL

LE RENOUELEMENT DE VOTRE COTISATION

Votre inscription et le paiement de votre cotisation doivent être reçus au Collège des médecins au plus tard le 30 juin 2011, à 17 h.

L'inscription en ligne: sécuritaire, rapide et facile
Effectuez votre renouvellement en ligne et évitez ainsi tout retard: www.cmq.org

Plus de
4000 omni-praticiens
font confiance à
l'assurance groupe FMOQ
depuis plus de 25 ans.

Dale
Parizeau
Morris
Mackenzie

CABINET DE SERVICES FINANCIERS

Renseignez-vous :

dpmm.ca/fmoq
1 877 807-3756

PROGRAMME D'ASSURANCE GROUPE DE LA FMOQ

DES CONSEILS PRODIGUÉS AVEC SOIN, SELON VOS BESOINS

- Solutions personnalisées d'assurance
- Traitement rapide des demandes
- Accès privilégié aux meilleures protections, négociées au meilleur prix

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

**COLLOQUE 2011 DU COLLÈGE
DES MÉDECINS DU QUÉBEC
ON EST 20 000, FAUT SE PARLER...**

À la suite de l'infolettre envoyée le 3 février, vous avez été nombreux à nous faire parvenir vos témoignages et vos expériences sur le thème de la communication entre médecins et surtout vos recommandations pour bonifier la communication entre collègues et ainsi améliorer les soins aux patients.

Nous publions ici quelques-uns des commentaires qui nous sont parvenus. Plusieurs autres témoignages reçus seront abordés dans le cadre du colloque, le 13 mai prochain.

Quelle bonne idée de soulever les problèmes de communication dans notre milieu, merci!

Déjà, si les médecins écrivaient de façon lisible dans les dossiers, on aurait immensément progressé, et on gagnerait plusieurs minutes-médecin; trop souvent, je prends 5 à 10 minutes pour tenter de comprendre, sans réussir, le gribouillis qui s'y trouve. Je consulte des infirmières, d'autres médecins, et on arrive parfois à presque tout comprendre! [...] Parlant de joindre un médecin, il faudrait rendre obligatoire, dans les cliniques, une option sur leur répondeur «Si vous êtes un professionnel de la santé, faites le # 9» comme les pharmacies le font, car c'est extraordinaire

le temps que je peux perdre à attendre qu'une ligne se libère.

M.G.

Avant de bien se parler, il faudrait peut-être aussi bien s'écrire; un rapport de consultation lisible ou dactylographié est plus efficace qu'une copie des notes évolutives avec une écriture (ou des abréviations inconnues du référant) illisible!

Un autre irritant consiste en un doute quant à la conduite adoptée par le médecin consulté; p. ex., «J'ai suggéré (ou recommandé) au patient une échographie abdominale». Qu'est-ce qu'une suggestion? Le médecin a-t-il remis une requête en bonne et due forme au patient ou est-ce à moi de donner suite à ses recommandations et de demander lesdits examens à mon patient? Utilisons plutôt le terme «j'ai demandé» une échographie, etc.

Avant de renvoyer les patients hospitalisés aux «bons soins» de leur médecin de famille, il faudrait que les *hospitalistes* (omnis et spécialistes) aient la décence de faire parvenir rapidement (et non pas un mois plus tard, alors que le patient s'est fait dire de nous voir deux semaines après sa sortie et qu'on l'ait accommodé malgré un délai habituellement plus long) une feuille sommaire lisible et complète ainsi que les résultats d'examen pertinents nécessaires au suivi.

Lorsque le médecin consultant demande des examens, il pourrait aussi inscrire sur la requête «copie à Dr

(médecin de famille)»; cela nous éviterait de courir après les résultats d'examen et de se faire dire par les secrétaires et archivistes qu'elles ne peuvent nous donner le rapport parce que ce n'est pas nous qui avons demandé l'examen. Elles exigent alors un consentement écrit de la part du patient; il me semble pourtant que le patient qui s'inscrit (inscription de la clientèle à la RAMQ) auprès d'un médecin de famille s'attend à ce que celui-ci reçoive une copie de tous les examens qui le concernent.

J.-M. N.

Assurément, l'ère de l'Internet et des communications sans fil fait changer les choses. Dans mon milieu, nous utilisons beaucoup la communication via SMS (téléphone cellulaire) pour la gestion au quotidien. D'autres options sont disponibles, avec des applications cellulaires ou d'ordinateurs. Je crois que l'efficacité peut être ainsi améliorée.

Autre possibilité, le bottin du Collège en ligne. Pourriez-vous permettre d'envoyer un message e-mail à un médecin inscrit au bottin (sans que nous ayons l'adresse directement)? Le Collège agirait comme relayeur de message. Si je vois un patient à Montréal qui m'a été transféré d'Amos, il pourrait s'avérer beaucoup plus efficace pour moi de communiquer avec le médecin référant par courriel si j'ai des questions supplémentaires.

F.B.

VENDREDI 13 MAI 2011

On est 20 000, faut se parler...

Inscrivez-vous d'ici le 6 mai: colloque@cmq.org



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

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

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

- 11 avril, à 17 h, Kahnawake
- 13 avril, à 12 h, Verdun
- 20 avril, à 12 h, Saint-Charles-Borromée
- 20 avril, à 17 h 30, Saint-Jean-sur-Richelieu
- 26 avril, à 12 h, Sainte-Adèle
- 27 avril, à 7 h 15, Montréal
- 27 avril, à 9 h, Richelieu
- 3 mai, à 11 h 30, Laval
- 4 mai, à 14 h 30, Trois-Rivières
- 5 mai, à 12 h 30, Montréal
- 5 mai, à 13 h 30, Sainte-Adèle
- 11 mai, à 12 h, Mascouche
- 12 mai, à 13 h 30, Cowansville
- 17 mai, à 12 h, Saint-Jean-Richelieu
- 20 mai, à 11 h, Québec
- 24 mai, à 12 h 30, Saint-Polycarpe
- 31 mai, à 18 h 30, Montréal
- 1^{er} juin, à 18 h 30, La Malbaie
- 3 juin, à 13 h 30, Gatineau
- 7 juin, à 12 h, Montréal
- 8 juin, à 18 h, Mont-Laurier
- 14 juin, à 7 h, Laval
- 14 juin, à 13 h, Châteauguay
- 15 juin, à 11 h 30, Montréal
- 28 juin, à 12 h, Montréal



ORGANISATION DE LA PRATIQUE COMMENT FAIRE MIEUX ?

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

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE POUR LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

- 14 avril, à 17 h 30, Laval
- 29 avril, à 13 h 30, Montmagny



LA GESTION PROACTIVE DES RENDEZ-VOUS

- 21 avril, à 17 h 30, Laval
- 18 mai, à 17 h, Montréal

LA TENUE DES DOSSIERS PAR LES MÉDECINS ATELIER À LA CARTE - VOLET PSYCHIATRIE

Atelier traitant du patient présentant des problèmes de santé mentale.

- 4 juin, à 10 h, Mont-Tremblant



PLANIFIER SA RETRAITE À COURT ET À MOYEN TERME

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

- 13 avril, à 9 h, Québec: Les aspects financiers
- 13 avril, à 13 h, Québec: Les assurances et les aspects juridiques
- 14 avril, à 9 h, Québec: Les aspects psychosociaux
- 14 avril, à 10 h 45, Québec: Les aspects réglementaires et déontologiques
- 5 mai, à 18 h, Chicoutimi: Les aspects psychosociaux
- 5 mai, à 19 h 30, Chicoutimi: Les aspects réglementaires et déontologiques
- 6 mai, à 9 h, Chicoutimi: Les aspects psychosociaux
- 6 mai, à 10 h 45, Chicoutimi: Les aspects réglementaires et déontologiques
- 17 mai, à 9 h, Montréal (au CMQ): Les aspects psychosociaux
- 17 mai, à 10 h 45, Montréal (au CMQ): Les aspects réglementaires et déontologiques
- 17 mai, à 13 h, Montréal (au CMQ): Les aspects financiers
- 18 mai, à 9 h, Montréal (au CMQ): Les assurances et les aspects juridiques



LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Cet atelier, d'une durée de 6 heures, vise l'amélioration de la relation médecin-patient lors de la consultation.

- 27 mai, à 9 h 30, Montréal (au CMQ)



Si vous désirez organiser une activité, veuillez adresser votre demande à Isabelle Brunet

Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec

Montréal: 514 933-4441, poste 5330 • Extérieur de Montréal: 1 888 633-3246, poste 5330 • Courriel: ibrunet@cmq.org

AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

AVIS est par les présentes donné que, pour la période du 2 février 2010 au 15 février 2011, les médecins suivants font ou ont fait l'objet d'une limitation d'exercice, prononcée par le comité exécutif du Collège des médecins du Québec, en vertu de l'article 55 du *Code des professions*.

NOM	N° DE PERMIS	NATURE DE LA LIMITATION
Dr André G. Trahan	66268	Limitation de l'exercice à la médecine générale en cabinet, à domicile, à l'hospitalisation de courte durée, en soins de longue durée et à ses fonctions de coroner ainsi qu'aux actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement (du 5 avril 2010 au 29 juillet 2010)
Dr André Clouâtre	64102	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à la poursuite du stage de perfectionnement en radiologie diagnostique (du 16 août 2010 au 11 septembre 2010)
Dr Danielle Serra	75281	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (depuis le 6 décembre 2010)
Dr Kim Tinh Nguyen	78013	Limitation de l'exercice à la chirurgie ambulatoire et aux actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille ambulatoire (depuis le 2 février 2011)
Dr Marie-Andrée Pigeon	82397	Limitation de l'exercice à la médecine esthétique et aux actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (depuis le 7 février 2011)
Dr Pierre J. Saint-Georges	92359	Limitation de l'exercice en douleur chronique et locomoteur aux seuls actes nécessaires à la poursuite du stage de perfectionnement en douleur chronique et locomoteur (du 1 ^{er} décembre 2010 au 15 décembre 2010) Limitation de l'exercice en médecine d'urgence aux seuls actes nécessaires à la poursuite du stage de perfectionnement en médecine d'urgence (du 1 ^{er} janvier 2011 au 14 février 2011)

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

Montréal, le 15 février 2011
M^e Christian Gauvin, avocat
Secrétaire adjoint



AGIR
DE FAÇON
RESPONSABLE

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

Conseil
interprofessionnel
du Québec

AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Jean-Sébastien Gendron** (98069), dont le domicile professionnel est à Sherbrooke, fait l'objet d'une limitation provisoire de son exercice à l'exercice de la médecine d'urgence à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke; le docteur Gendron ne devra jamais être de garde en solo, et ce, jusqu'à ce que la décision du conseil de discipline du Collège des médecins du Québec soit rendue.

Le docteur Gendron a fait l'objet d'une décision du comité exécutif du Collège des médecins du Québec le 17 novembre 2010 au regard de son plaidoyer de culpabilité à des accusations criminelles.

La décision du comité exécutif étant exécutoire le jour de sa signification, la limitation de l'exercice du docteur Jean-Sébastien Gendron est donc effective depuis le 3 décembre 2010.

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

Montréal, le 6 décembre 2010
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire adjoint

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-10-00729)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Serge Lalonde** (78368), exerçant la profession de médecin à Sherbrooke a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec aux infractions qui lui étaient reprochées, soit :

d'avoir développé, entre juin 2007 et décembre 2008, une intimité affective, physique et sexuelle avec sa patiente pendant qu'il assurait le suivi médical de celle-ci (chef 1);

d'avoir prescrit, de façon répétitive, à partir du 22 octobre 2007 jusqu'au 15 février 2010 à sa patiente, des benzodiazépines (le Lectopam (bromazépam))

pour satisfaire les demandes de la patiente, malgré notamment qu'il ne prescrive pas cette catégorie de médicament lorsqu'il évalue et qu'il suit des patients pour cette pathologie (chef 2).

Le 20 décembre 2010, le conseil de discipline a imposé au Dr Serge Lalonde une période de radiation de 2 mois en ce qui a trait au premier chef et une période d'un mois pour le deuxième chef de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

En vertu de l'article 158 du *Code des professions*, le conseil de discipline a ordonné que la

radiation temporaire prononcée soit exécutoire dès le 20 décembre 2010.

En conséquence, le Dr Serge Lalonde est donc radié temporairement depuis le 20 décembre 2010 et ce, pour une période de 2 mois.

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

Montréal, le 10 janvier 2011
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-09-00707)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Barry Rabinovitch** (79497) exerçant la profession de médecin (pneumologie), à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

d'avoir filmé, le 29 mai 2009, le déroulement d'une seconde consultation, à des fins de gratification personnelle voire sexuelle et aucunement médicales, notamment l'examen cardio-pulmonaire, vu la possibilité d'une sarcoïdose, auquel il procédait alors que la patiente était partiellement dévêtue, patiente qui lui était dirigée à la clinique externe de pneumologie du Centre Hospitalier Thoracique de Montréal, (chef 1);

d'avoir filmé, le 29 mai 2009, le déroulement de la consultation, à des fins de gratification personnelle voire sexuelle et aucunement médicales, notamment

l'examen physique, envers une autre patiente dont il se dit incapable de préciser le nom, qui lui était dirigée à la clinique externe de pneumologie du Centre Hospitalier Thoracique de Montréal pour une tuberculose pulmonaire, (chef 2);

d'avoir filmé, entre janvier et mai 2009, le déroulement des consultations, à des fins de gratification personnelle voire sexuelle et aucunement médicales, notamment les examens physiques auxquels il procédait, à l'insu des patientes, dont il évalue le nombre entre 10 et 15, et dont il se dit incapable de préciser les noms, qui le consultaient à la clinique externe de pneumologie du Centre Hospitalier Thoracique de Montréal et/ou au Complexe de santé Queen Elizabeth (chef 3).

Le 8 février 2011, le conseil de discipline a imposé au Dr Barry Rabinovitch, une période de radiation de

quatre (4) mois sur chacun des chefs de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

La décision du conseil étant exécutoire dès sa communication à l'intimé, le Dr Barry Rabinovitch est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de quatre (4) mois à compter du 14 février 2011.

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

Montréal, le 14 février 2011
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

PÉRIODE : DU 20 NOVEMBRE 2010 AU 25 FÉVRIER 2011

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

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Beaulieu, Elphège	62048	Radiologie diagnostique	Saint-Denis-de-Brompton
Bélanger, Paul M.	49007	Urologie	Percé
Binette, Claude	51012	Médecine de famille	Deux-Montagnes
Boily, Marcel	55015	Médecine physique et réadaptation	Trois-Rivières
Brennan, Mary Jane	73624	Médecine de famille	Gatineau
Chevalier, Louise	58167	Pédiatrie	Kirkland
Cirkovic, Miodrag	61003	Anesthésiologie	Lasalle
Dansereau, Jacques G.	58070	Chirurgie plastique	Sainte-Adèle
Donato, George	62100	Médecine de famille	Mont-Royal
Feher, Peter John	62201	Dermatologie	Peterborough
Fleury, Benoit	53068	Médecine de famille	Québec
Gold, Simon	41044	Obstétrique et gynécologie	Montréal
Hawkins, David G.	68361	Immunologie clinique et allergie	St. John's
Houle, Germain L.	65331	Anesthésiologie	Montréal
Joyal, André C.	58115	Anesthésiologie	Stratford
Ladouceur, Yolande	60138	Médecine de famille	Montréal
Lagarde, Robert	78086	Médecine de famille	Repentigny
Laroche, Gaston	59127	Médecine de famille	Pointe-aux-Trembles
Lauzon, Maurice	51115	Médecine de famille	Saint-Bruno
Lussier, Gisèle	56090	Radiologie diagnostique	Montréal
Macklem, Peter T.	59004	Médecine interne	Lansdowne
Manseau, Philippe	47061	Pneumologie	Montréal
Ricard, Raymond	54201	Chirurgie plastique	Charlemagne
Rochon, Micheline	75587	Médecine de famille	Lac-Mégantic
Rona, Steven	62333	Médecine de famille	Montréal
Sefler, Léon	78518	Médecine de famille	Côte Saint-Luc
Taillon, Claude	58231	Anesthésiologie	Montréal
Thibert, D'Arcy	60335	Pneumologie	Saint-Lambert

NOUVEAUX MEMBRES |**PÉRIODE : DU 20 NOVEMBRE 2010 AU 25 FÉVRIER 2011**

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

MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE	MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE	MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE
Abadie, Pascale	Montréal	Dropinski, Jean-Pierre	Lévis	Roy, Amélie	Saint-Marc-des-Carrières
Abi Raad, Camille	Trois-Rivières	Fadois, Emerson	La Tuque	Saikali, Émilie	Québec
Baldini, Gabriele	Montréal	Hareth, Rezkallah	Thetford Mines	Soroko, Oleg	Sorel-Tracy
Benoit, Simon	Saint-Charles-Borromée	Jantchou Mbakop, Prévost	Montréal	Tardif, Caroline	Montréal
Birckel, Pierre	Montréal	Nguyen, Michel Cao Kha	Saint-Laurent	Vanhuysse, Marie	Montréal
Bladou, Franck	Montréal	Noorolahi, Babak	Trois-Rivières	Verdonck, Olivier	Montréal
Castro Contreras, Nestor Epifanio	Sorel-Tracy	Osili, Maed	Paris	Voyer, Patrick	Québec
Chayestemehr, Sacha	Montréal	Pastore, Yves Dominique	Montréal	Zalai, Christian Victor	Outremont
Coeugniet, Edouard Robert	Montréal	Pilarski, Robert	Montréal		
		Rosa Neto, Pedro	Montréal		
		Roshdy, Osama	Montréal		

PÉRIODE : DU 20 NOVEMBRE 2010 AU 25 FÉVRIER 2011

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

MÉDECINS DE FAMILLE	LIEU D'EXERCICE	AUTRES SPÉCIALISTES	LIEU D'EXERCICE	AUTRES SPÉCIALISTES	LIEU D'EXERCICE
Aouadi, Adila	La Prairie	BIOCHIMIE MÉDICALE		MÉDECINE NUCLÉAIRE	
Arvais, Nadine	Gatineau	Parente, Fabienne	Montréal	Djeredjian, Sarkis	Chandler
Barcelo Rodriguez, Enrique	Lavaltrie				
Beauchamp, Chantal	Lévis	CARDIOLOGIE		NEUROLOGIE	
Belefqih, Mounia	La Prairie	Liszkowski, Mark	Montréal	Bouchard, Manon	Lévis
Ben Salem, Bader	Saint-Laurent			Skinner, Christopher Robin	Ottawa
Benslimane, Benaoumeur	Montréal	CHIRURGIE GÉNÉRALE			
Boyer, Sandra	Saint-Eustache	Hardy, Mark Edwin Ronald	Montréal	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE	
Brind'Amour, Thomas	Montréal	Moustarah, Fady	Québec	Rizos, Nick	Westmount
Chebil, Samir	Chandler				
Cherigui, Saïda	Montréal	CHIRURGIE PLASTIQUE		OPHTALMOLOGIE	
Clément, Marie-Hélène	Longueuil	Dumas, Amélie	Québec	Javidi, Robert	Bathurst
Darveau, Stéphane	Tracadie-Sheila			Marquis, Catherine	Lévis
Deneault-Lombart, Emmanuelle	Laval	ENDOCRINOLOGIE ET MÉTABOLISME		PÉDIATRIE	
Di Lenardo, David	Saint-Eustache	Dupuis, Philippe	Sainte-Foy	Binet, Marie-Ève	Saint-Hyacinthe
Dion, Karine	Chibougamau	Nakhla, Meranda	Montréal	Bretholz, Adam	Montréal
Duguay, Annie	Bonaventure			Dandavino, Mylène	Montréal
Duré, Marjorie	Thurso	GASTROENTÉROLOGIE		Lessard, Sophie	Drummondville
Fauteux, Jasmin	Québec	Doumit, Maya	Gatineau	Martens, David	Montréal
Fiset, Caroline	Québec			Racette, Julie-Maude	Sherbrooke
Francoeur, Caroline	Montréal	GÉRIATRIE		Rouillard Lafond, Joëlle	Alma
Germain, Marie-Hélène	Québec	Brousseau-Tremblay, Isabelle	Gatineau	Scholten, Vicki	LaSalle
Gilbert, Marie-Ève	Thetford Mines			St-Pierre, Julie	Chicoutimi
Lafleur, Marie-Eve	Saint-Eustache	HÉMATOLOGIE			
Lapierre, Luc	Saint-Jérôme	Lemieux-Blanchard, Émilie	Montréal	PSYCHIATRIE	
Lapointe, Elise Sandra	Montréal			Noël, François	Montréal
Léger, Caroline	Montréal	HÉMATOLOGIE/ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE		Turcotte, Claudine	Lévis
Lemelin, Tania Suzanne	Wakefield	Vézina, Catherine	Montréal		
Lessard, Marie-Ève	Cookshire-Eaton	Vincent, Anne-Marie	Montréal	RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
Lizotte, Jessica	Thetford Mines			Gagné, Marie	Alma
Major, Nathalie	Montréal	IMMUNOLOGIE CLINIQUE ET ALLERGIE			
Marceau-Gauvin, Nathalie	Lévis	Boursiquot, Jean-Nicolas	Sainte-Foy	RHUMATOLOGIE	
Mehareb Redjah, Nadia	Montréal			Bourré-Tessier, Josiane	Montréal
Miron Pichet, Roseline	St-Charles-Borromée	MÉDECINE DE SOINS INTENSIFS		Ciolofan, Oana Claudia	Laval
		Dubé, Jean-Nicolas	Trois-Rivières		
Néron, Anne-Catherine	Delson			UROLOGIE	
Ochoa Pinzon, Juan Carlos	Saint-Eustache	MÉDECINE INTERNE		Libman, Jamie	Montréal
Ouellette, Audrey	Kingsey Falls	Boulangier-Dorval, Jean-Philippe	Rimouski		
Patterson, David W.	Montréal	Comanita, Petru-Lucian	Montréal		
Rotari, Nadejda	Baie Comeau	Couture, Marie Nicole	Gaspé		
Rustom, Nour	Montréal	Caroline			
Savard-Woods, Catherine	Gatineau	Ethier, Jean-François	Montréal		
Sitaru, Doïna	Saint-Laurent	Labbé, Patrick	Chicoutimi		
Valois, Marie-Michelle	Nicolet	Sharestan, Jean	Montréal		
Yahia Cherif, Dallel	Montréal	St-Arnaud, Charles	Montréal		



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

STATUT :

Mariée et mère de trois enfants

SUR UNE ÎLE DÉSERTE, VOUS APPORTEZ :

Un bon livre

UN PLAT RÉCONFORTANT :

Saumon sauce aux agrumes

UN VOYAGE INOUBLIABLE :

La Provence

VOTRE PLUS BELLE RÉUSSITE PERSONNELLE :

Conjuguer profession et famille avec passion.

VOTRE PLUS BELLE RÉUSSITE PROFESSIONNELLE :

D'avoir concilié qualité professionnelle, scientifique et humanisme.

UN REMÈDE QUAND TOUT SEMBLE DIFFICILE :

Une source de créativité (joaillerie, peinture, cuisine, décoration).

UN OBJECTIF À ATTEINDRE :

Laisser un héritage professionnel et personnel de valeur.

UN CONSEIL À DONNER AUX JEUNES MÉDECINS :

Savoir aimer les gens et les accompagner médicalement dans tous les événements de leur vie.

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

Une meilleure intégration, entraide et respect entre tous les travailleurs de la santé pour le bien du patient.

SI VOUS N'ÉTIEZ PAS MÉDECIN, VOUS SERIEZ :

Architecte

POUR ASSURER UNE MÉDECINE DE QUALITÉ, IL FAUT :

Moins de bureaucratie et plus de soutien à la pratique du médecin.

VOUS AIMERIEZ PASSER AUX RAYONS X VOUS AUSSI ?

Écrivez-nous à collegedesmedecins@cmq.org

NOM : Joanne Proulx

SPÉCIALITÉ : Médecin de famille

ÂGE : 55 ans

LIEU D'EXERCICE :

Clinique médicale Saint-Lambert

Un produit développé par

Logiciels
INFODATA
Logiciels



Éliminer vos dossiers papiers et branchez vous sur le DSQ!

Nouveau : interface améliorée de saisie de la note clinique.

Vous recherchez un dossier informatisé accessible de partout?

Optez pour notre nouveau produit :

Ofys

Visitez notre site web pour tous les détails

1.866.831.9077 | www.medoffice.ca | www.infodata.ca