

Le College

SORTIR DE L'IMPASSE

LES SOINS APPROPRIÉS EN FIN DE VIE

ENVOI DE PUBLICATIONS CANADIENNES CONTRAT DE VENTE N° 40063038

**PUBLICITÉ, MARKETING
ET RESPONSABILITÉ
PROFESSIONNELLE**

- > **CAS CLINIQUE POUR VOTRE PRATIQUE**
Les convictions personnelles du médecin
- > **PRÉSENTATION D'ACTIVITÉS DE DPC**
Respect du code d'éthique
- > **QUESTION DE PRATIQUE**
La trousse médicolégale
- > **L'importance d'un dossier unique**





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.

Une dernière année productive

Certains d'entre vous savent peut-être que j'entreprends ma dernière année à la présidence du Collège. L'heure des bilans n'a pas encore sonné, mais il est temps de déterminer les dossiers prioritaires sur lesquels nous devons nous pencher. Ainsi, les directeurs et moi avons décidé de nous concentrer sur quatre grands thèmes.

1. POLITIQUE ET ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ

D'emblée, il apparaît important d'investir des efforts afin de revaloriser les compétences et le rôle des médecins de famille. Pour ce faire, le Collège souhaite notamment faire reconnaître la médecine de famille comme une spécialité à part entière.

D'autre part, les activités de l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne et les ordonnances collectives demeurent des dossiers prioritaires. Je déplore toujours que nous ne soyons pas plus avancés dans le partage des activités médicales, plus de six ans après l'adoption de la loi 90. Et croyez-moi, le Collège des médecins n'a rien à se reprocher à cet égard. Espérons qu'il sera possible de progresser au cours de la prochaine année.

Enfin, pour une plus grande efficacité sur le plan organisationnel, il faudra aussi accentuer les efforts en matière d'informatisation des cabinets et étudier le développement des coopératives-santé. Le Collège sera possiblement appelé à collaborer au développement des centres médicaux spécialisés.

2. EFFECTIFS MÉDICAUX

D'une année à l'autre, la pénurie de médecins demeure au cœur de nos préoccupations. Afin d'améliorer la situation, nous tenterons de faire évoluer les ententes de mobilité de la main-d'œuvre, l'harmonisation des spécialités avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, faisant passer de 35 à 54 le nombre de nos spécialités, et l'évaluation pancanadienne standardisée pour les médecins étrangers.

3. NORMES D'EXERCICE ET RÉGLEMENTATION

Comme ordre professionnel, le Collège doit s'assurer que ses membres adhèrent à des normes d'exercice reflétant les meilleurs standards d'exercice possibles, selon les lois et les règlements en vigueur. Ainsi, nous consacrerons nos énergies à cinq dossiers importants : l'assurance qualité en pathologie, l'encadrement de la médecine et de la chirurgie esthétiques, l'euthanasie, les règles de publicité et de marketing auxquelles les médecins doivent se conformer et, enfin, la juridiction relative aux étudiants et aux résidents en médecine et aux moniteurs cliniques.

4. GESTION INTERNE

Enfin, en plus de voir au déménagement du conseil de discipline à l'extérieur du siège social de l'ordre, en janvier prochain, nous souhaitons revoir notre organisation du travail par une mise à jour des équipements informatiques et par une étude sur la possibilité de télétravail pour certains de nos employés; finalement, nous amorcerons une réflexion sur la planification de la relève.

Voilà donc, en bref, notre menu 2010 que je résumerai par « du pain sur la planche et des embûches à traverser, mais du travail qui sera bien fait ».

Meilleurs vœux du temps des fêtes!

Yves Lamontagne, M.D.
Président-directeur général



Setting Sights on a Final Year of Productivity

As some of you may know, I am embarking upon my final year as President of the Collège. Although the time for taking stock has not quite arrived yet, it is time to determine the files that should take the highest priority during the months to come. In that regard, the Directors and I have decided to concentrate our attention on four fundamental areas.

1. HEALTHCARE POLICY AND ORGANIZATION

Firstly, it is important to invest considerable effort in reasserting the value of the family physician's skills and role. To do so, the Collège intends to promote recognition of family medicine as a full-fledged specialty.

Moreover, the activities of nurse practitioners specialized in first-line care and collective prescriptions remain areas of prime concern. I deplore the fact that we are still not any further ahead in the sharing of medical activities more than six years after the adoption of Bill 90. And believe me, the Collège des médecins has no cause for self-reproach in this respect. Let's hope that we can move forward in this area during the coming year.

Finally, in order to assure greater organizational effectiveness, we also need to accelerate efforts in the area of office automation and to explore the development of healthcare cooperatives. As well, the Collège will possibly be called upon to collaborate in the establishment of specialized medical centres.

2. MEDICAL RESOURCES

Year after year, the shortage of doctors remains at the very heart of our preoccupations. In order to improve the situation, we will work to forge labour mobility agreements, to harmonize specialties with the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (increasing from 35 to 54 specialties), and to initiate nationwide standardized evaluation for foreign-trained doctors.

3. PRACTICE STANDARDS AND REGULATION

As a professional order, the Collège must ensure that its members adhere to standards of practice that are of the highest level possible in accordance with existing laws and regulations. As such, we will be devoting considerable effort to five important dossiers – quality assurance in pathology, controls for aesthetic medicine and surgery, euthanasia, rules governing advertising and marketing that physicians must respect, and jurisdiction related to medical students and residents and to clinical fellows.

4. INTERNAL MANAGEMENT

In conclusion, aside from seeing to the relocation of the Discipline Committee outside of the Collège's head office, we intend to re-examine the way we organize our work by updating our computer equipment and by conducting a study on the possibility of telecommuting for some of our personnel. In addition, we will begin to focus our close attention on the subject of succession planning.

There, then, is a brief rundown of what's on our agenda for 2010. It is an agenda that certainly has its fair share of formidable challenges, but I am confident that our combined and concerted efforts will bear significant fruit.

My best wishes to everyone for a wonderful holiday season!

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.

Dépôt légal
4^e trimestre 2009
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel: collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 Une dernière année productive

MISE AU POINT

5 Publicité, marketing et responsabilité professionnelle

À LA UNE

6 Sortir de l'impasse: une réflexion sur les soins appropriés

À L'AGENDA

- 7 Influenza A(H1N1) et contribution des médecins retraités
- 7 Commissaire aux plaintes institué par le projet de loi n° 53
- 8 Conférence de presse
- 8 Groupe de travail sur la médecine esthétique: où en sont les travaux?
- 8 Signature de l'entente Québec-France
- 8 Déménagement du conseil de discipline
- 9 Publications

NOUVEAUTÉS SITE WEB

- 11 Influenza A(H1N1): infolettres
- 11 Clip vidéo
- 11 Campagne de communication

LES MANCHETTES

- 12 Cas clinique pour votre pratique
- 14 Question de pratique: la trousse medicolégale
- 14 Présentation d'activités de DPC: respect du code d'éthique
- 15 L'importance d'un dossier unique
- 18 Précision sur l'ordonnance médicale et l'adresse professionnelle du médecin

GROS PLAN SUR UN COMITÉ

- 16 Ce qu'il faut savoir sur le groupe de travail en éthique clinique

DOSSIER DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

- 20 Évolution de l'adhésion des médecins au plan de DPC

MÉDICAMENTS

- 21 Avis, mises en garde et retraits

22 SAVIEZ-VOUS QUE...

22 ATELIERS ET FORMATION

23 COIN DES LECTEURS

24 AVIS DE RADIATION

25 AVIS DE DÉCÈS

25 NOUVEAUX MEMBRES

27 RAYONS X

ENSACHÉS AVEC CE NUMÉRO

- *Utilisation de la sédation-analgésie* - Lignes directrices
- *Règlement modifiant le Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins* - Le Collège vous consulte
- *Règlement modifiant le Règlement sur le Comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec* - Le Collège vous consulte

Publicité, marketing et responsabilité professionnelle

Avec l'émergence de nouveaux moyens de communication comme Internet et la téléphonie sans fil, et devant l'augmentation des services médicaux privés, le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec jugeait opportun de mettre à jour ses règles relatives à la publicité et aux techniques de marketing pour les médecins. À cette fin, il a mandaté un groupe de travail pour lui faire des recommandations. Le groupe de travail a choisi d'adopter le point de vue de la protection du public, conformément à la mission du Collège, et a déposé son rapport au Conseil d'administration en mars 2009. Il recommandait essentiellement quatre modifications au *Code de déontologie des médecins* :

- Inclure une section spécifique intitulée « Publicité » où seraient regroupés tous les articles traitant de ce sujet.
- Réviser les articles 83, 86 et 88 à 93 en insistant sur la nécessité de prévenir la publicité « trompeuse » dans le but de protéger le public, et en imposant au médecin la responsabilité de pouvoir démontrer la véracité de l'information contenue dans sa publicité et sa conformité avec les données de la science médicale.
- Obliger de façon plus explicite le médecin à utiliser les termes « médecin de famille » ou « médecin spécialiste en ... » conformément aux permis d'exercice et aux certificats de spécialiste émis par le Collège des médecins du Québec.
- Obliger le médecin à ajouter dans la publicité toute information nécessaire à l'interprétation d'une offre commerciale, comme par exemple un prix avantageux pour une technique chirurgicale, pour en préciser clairement les conditions d'application.

Un projet de règlement modifiant le *Code de déontologie des médecins*, déposé au Conseil d'administration en juin, a fait l'objet d'une consultation auprès de tous les membres du Collège pendant l'été 2009 et a été adopté par le Conseil d'administration en octobre. Il est maintenant transmis à l'Office des professions du Québec et, après publication dans la *Gazette officielle*, devrait entrer en vigueur d'ici juin 2010. Pour faciliter l'application de ces nouvelles dispositions, le Collège publiera prochainement un guide à l'intention du médecin.

Le Collège est d'avis que ces modifications sont de nature à mieux protéger le public, particulièrement certaines clientèles vulnérables, et à clarifier les responsabilités professionnelles du médecin qui souhaite publiciser les services médicaux ou chirurgicaux qu'il offre.

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



Publicity, Marketing and Professional Responsibility

With the emergence of new means of communication like the Internet and wireless phones, and with the escalation of private medical services, the Collège des médecins du Québec's Board of Directors deemed it appropriate to update its rules pertaining to the use of publicity and marketing techniques by physicians. For that purpose, the Collège entrusted a working group with a mandate to formulate a series of specific recommendations.

In accordance with the mission of the Collège, the working group focused its emphasis on public protection and submitted its report to the Board in March 2009. Essentially, the group recommended the following modifications to be made to the *Code of Ethics of Physicians*:

- Include a specific section entitled *Publicity*, which would contain all the stipulations pertaining to that subject.
- Revise articles 83, 86 and 88-93 by insisting on the necessity of avoiding misleading advertising to protect the public by requiring physicians to demonstrate the truthfulness of the information contained in their ads and to validate its consistency with medical and scientific data.
- Oblige doctors more explicitly to use the terms "family doctor" or "doctor specialized in ..." in accordance with the license to practice and specialist certificates issued by the Collège des médecins du Québec.
- Ensure that advertising contains all information necessary for the interpretation of a commercial offer (i.e. an attractive price for a surgical technique), clearly specifying the conditions of application.

A draft by-law modifying the *Code of Ethics of Physicians* submitted to the Board of Directors in June was the object of consultations among Collège members during the summer of 2009 and was subsequently approved by the Board in October. It has now been transmitted to the Office des professions du Québec, and after publication in the *Gazette officielle*, the by-law should come into effect by June 2010. To facilitate the application of these new provisions, the Collège will be soon publishing a guide for physicians.

We are confident that these modifications will serve to better protect the public, particularly certain more vulnerable groups, as well as to clarify the professional responsibilities of doctors who want to publicize the medical or surgical services they offer.

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

SORTIR DE L'IMPASSE : UNE RÉFLEXION SUR LES SOINS APPROPRIÉS

EN MAI 2006, LE COLLOQUE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, QUI SE TENAIT À QUÉBEC, PORTAIT SUR LES SOINS APPROPRIÉS EN FIN DE VIE. C'ÉTAIT LE COUP D'ENVOI DE LA DÉMARCHÉ DE RÉFLEXION ET DE CONSULTATION QUE NOUS AVONS MENÉE SUR CE SUJET DÉLICAT ET COMPLEXE.

Le 3 novembre dernier, le président-directeur général et le secrétaire du Collège rendaient publics deux documents, accessibles dans le site Web du Collège, résultant de cette démarche. Le premier est le rapport du groupe de travail en éthique clinique portant sur les soins appropriés en début de vie, tout au long de la vie et en fin de vie. Le deuxième est un document de réflexion extrait du rapport et portant de façon particulière sur les soins en fin de vie.

Le Collège ne prétend pas apporter une réponse simple à ces questions complexes. Il souhaite cependant partager l'état de sa réflexion avec le public et les médecins qui l'ont fréquemment interpellé au cours des dernières années.

Le Collège est d'avis que les questions de l'intensité des soins en fin de vie et de l'euthanasie doivent être abordées sous l'angle des soins appropriés et du point de vue de la réalité du terrain, qui est celle du patient confronté à une mort imminente et inévitable et celle de son médecin traitant. L'obligation déontologique du médecin dans cette situation est décrite dans l'article 58 du *Code de déontologie des médecins*:

«Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés.»

Ce n'est donc pas sur l'obligation de maintenir à tout prix la vie que repose l'obligation déontologique du médecin, mais bien sur la nécessité d'assurer la dignité et d'offrir le soutien et le soulagement requis à cette étape de la vie, ce que nous qualifions de soins appropriés.



Le *Code criminel* actuel, qui est de juridiction fédérale, reconnaît que tout acte visant à abrégé activement la vie de quelque façon que ce soit est un acte criminel. C'est ainsi que l'euthanasie, définie comme une action visant à mettre fin à la vie à la demande et avec le consentement du patient, dans un contexte de compassion et de mort imminente et inéluctable, doit être actuellement interprétée comme un acte criminel au sens du *Code criminel*. Le Collège est d'avis qu'une telle application du *Code criminel* ne reflète pas la réalité clinique vécue par certains patients et certains médecins et que plusieurs actes cliniques actuellement accomplis, pouvant être interprétés comme des actes criminels, sont en fait des soins appropriés dans les circonstances.

En effet, il est parfois très difficile, dans un continuum de soins en fin de vie, de tracer la ligne entre ce qui apparaît le niveau d'analgesie requis pour contrôler la douleur, d'une part, et le passage à une dose qui devient létale, d'autre part. C'est le prin-

cipe du double effet. Plusieurs cliniciens refusent de reconnaître que l'administration d'une dose additionnelle d'analgesique correspond à de l'euthanasie, puisque l'intention première du médecin est de contrôler la douleur et non de provoquer, par inadvertance, le décès du patient.

Voilà pourquoi le Collège croit qu'il est opportun d'adapter le cadre légal à la réalité clinique et sociologique actuelle. L'encadrement légal souhaitable nous apparaît être celui qui fixera les règles du processus menant à une décision et non pas une liste de diagnostics ou des algorithmes. Ce processus décisionnel doit inclure l'expression de la volonté du patient ainsi que le respect de ses croyances et de ses valeurs, de même que le jugement professionnel du médecin dans le but qu'ils arrivent à une décision commune. Dans les pays ayant légiféré sur cette question, cette approche de soins ne nous semble pas avoir été considérée. C'est pourquoi elle nous apparaît une voie porteuse puisque très restreinte au domaine

des soins appropriés, prévenant ainsi les abus ou les dérives qui peuvent découler du climat actuel de clandestinité.

Le Collège s'est volontairement restreint à considérer l'euthanasie dans le seul contexte des soins appropriés au patient confronté à une mort imminente et inévitable. Il exclut de sa réflexion la cessation de traitement ou la détermination de l'intensité des traitements en fin de vie; en effet, ces deux approches, qui ne sont pas des manœuvres d'euthanasie, font l'objet d'un encadrement approprié du processus décisionnel par le *Code civil du Québec*, même pour les patients inaptes.

De même, le Collège a exclu la question du suicide assisté. Le suicide assisté correspond à la réalité d'un patient souffrant d'un état non nécessairement mor-

[Les questions de l'intensité des soins en fin de vie et de l'euthanasie doivent être abordées sous l'angle des soins appropriés et du point de vue de la réalité du terrain, qui est celle du patient confronté à une mort imminente et inévitable et celle de son médecin traitant.]

tel, qui juge que sa qualité de vie est telle qu'il souhaite avoir l'assistance d'un tiers pour mettre fin à sa vie volontairement. Le Collège est d'avis que la profession médicale ne peut juger de la qualité de vie d'une personne et que cette réalité ne relève pas du contexte des soins appropriés. Par conséquent, selon nous, cette question n'est pas du ressort de l'exercice de la médecine.

La réflexion se poursuivra en invitant d'autres partenaires à participer au débat, notamment des juristes et d'autres professionnels de la santé. Le Collège espère ainsi, par cette approche centrée sur les soins appropriés, sortir de façon sereine et réaliste de l'impasse actuelle consécutive à la polarisation stérile du débat sur cette question.

À L'AGENDA

INFLUENZA A(H1N1) ET CONTRIBUTION DES MÉDECINS RETRAITÉS

Le Collège adopte des mesures exceptionnelles

Le 18 novembre dernier, le comité exécutif du Collège des médecins du Québec a adopté une résolution pour permettre aux médecins retraités de modifier leur statut au tableau de l'ordre, sans coût additionnel, afin que ceux-ci puissent apporter leur contribution à l'effort actuel de prévention et de contrôle de l'influenza A(H1N1). À toutes fins utiles, ces médecins n'ont qu'à renouveler leur assurance-responsabilité professionnelle et à faire une demande de modification de statut auprès du Collège pour pouvoir ainsi prêter main-forte aux cliniques de grippe ou aux cliniques de vaccination.



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

COMMISSAIRE AUX PLAINTES INSTITUÉ PAR LE PROJET DE LOI N° 53

Le Collège des médecins souhaite encore plus de transparence

Le Collège a fait parvenir à la mi-novembre un mémoire sur le projet de loi n° 53, *Loi instituant le poste de Commissaire aux plaintes concernant les mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles*, à la Commission sur les institutions de l'Assemblée nationale du Québec. Le mémoire du Collège insiste sur trois points :

1. l'obligation de consulter l'ordre professionnel relatif aux processus décisionnels concernant le plaignant;
2. l'obligation pour le Commissaire, aux fins de transparence, de rendre publics ses avis, recommandations ou rapports;
3. la nécessité de permettre au Commissaire, d'interpeller non seulement le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour offrir la formation complémentaire requise par un candidat

au permis d'exercice, mais également le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Le Collège souhaite que ce projet de loi aille encore plus loin en matière de transparence des avis et des recommandations du Commissaire aux plaintes et de sa juridiction. Au cours des cinq dernières années, le Collège a adopté plusieurs mesures pour favoriser la mobilité de la main-d'œuvre et, à cet égard, figure parmi les leaders canadiens en matière d'évaluation et d'intégration des médecins formés à l'étranger. Le Collège est d'avis que la création du poste de Commissaire aux plaintes sera une occasion additionnelle d'en faire la démonstration par une instance indépendante.



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

CONFÉRENCE DE PRESSE

Soins en fin de vie et euthanasie

À L'OCCASION D'UNE CONFÉRENCE DE PRESSE TENUE LE 3 NOVEMBRE DERNIER, LE COLLÈGE A FAIT ÉTAT DE SA RÉFLEXION SUR LES SOINS EN FIN DE VIE ET L'EUTHANASIE.



Le Collège propose essentiellement de réorienter le débat sur l'euthanasie dans une autre direction, celle des soins appropriés en fin de vie. Le Collège souhaite poursuivre sa réflexion, notamment avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi qu'avec le Barreau du Québec.

Nous vous invitons à lire l'article du Dr Robert consacré à ce sujet, à la page 6.

Le document de réflexion et le rapport du groupe de travail en éthique clinique sont accessibles dans le site Web du Collège.

Déménagement du conseil de discipline

Le conseil de discipline du Collège déménagera au début de l'année 2010. Il occupera dorénavant des espaces à la Commission des lésions professionnelles située sur le boulevard René-Lévesque Ouest, à Montréal.

Le Collège est d'avis que ce déménagement favorisera une meilleure compréhension des médias et du public relativement à la séparation des pouvoirs entre le Collège et le conseil de discipline, qui est un tribunal indépendant. Sa relocalisation permettra également de libérer des espaces au siège social afin de les utiliser à d'autres fins.

Groupe de travail sur la médecine esthétique Où en sont les travaux ?

Créé en mars 2008 par le Collège des médecins, ce groupe de travail avait pour objectif principal d'étudier l'encadrement de la médecine et de la chirurgie esthétiques afin de mieux assurer la protection du public lors d'interventions effectuées dans ce domaine qui connaît présentement une forte croissance.

Au cours des derniers mois, le groupe de travail a rencontré plusieurs acteurs du réseau de la santé et d'autres intervenants concernés par la médecine esthétique afin de mieux définir, entre autres, les champs d'activités de ce domaine, d'identifier les interventions pratiquées par les médecins qui font actuellement de la médecine esthétique ou des chirurgies plastiques et de réviser la formation et les compétences requises pour pratiquer des interventions spécifiques dans ce domaine.

À la suite des séances de travail, le groupe a déposé un rapport au Conseil d'administration du Collège, le 16 octobre dernier. Ce document a par la suite fait l'objet d'une consultation restreinte auprès de partenaires du réseau de la santé. Les administrateurs du Collège se prononceront sur le rapport et ses recommandations en décembre. Le Collège des médecins devrait être en mesure de diffuser ses recommandations au début de 2010.

Signature de l'entente Québec-France

Le 27 novembre dernier, le Dr Charles Bernard, vice-président de l'ordre, signait à Paris l'arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) pour la profession médicale avec son homologue, le Dr Michel Legmann, président du Conseil national de l'ordre des médecins de France.

L'ARM s'applique exclusivement aux médecins ayant effectué leur formation pré et postdoctorale (cours de médecine et résidence) dans une faculté de médecine du Québec ou de la France. Les médecins ayant effectué leur cours de médecine ou leur programme de résidence dans une faculté de médecine hors de la France ou du Québec devront emprunter les voies d'accès régulières au permis d'exercice.

Les procédures de demande de permis d'exercice pour les médecins voulant se prévaloir de ce nouvel arrangement se retrouvent dans le site Web des deux ordres professionnels.



<http://www.cmq.org> (section Pour obtenir un permis d'exercice)

 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC	CONSEIL D'ADMINISTRATION	COMITÉ EXÉCUTIF
	26 mars 2010	27 janvier 2010 24 février 2010

PUBLICATIONS

Utilisation de la sédation-analgésie



Ces lignes directrices, jointes au numéro hiver 2010 de la revue *Le Collège* que vous avez entre les mains, décrivent l'ensemble des conditions exigées pour l'utilisation de la sédation-analgésie lorsque le médecin procède à une intervention diagnostique ou thérapeutique, pour un adulte ou un enfant.

Ces indications concernent les compétences professionnelles, les ressources matérielles, la marche à suivre, les précautions relatives au bien-être et à la sécurité du patient. Enfin, elles identifient les éléments qui doivent être inscrits au dossier.

Règlements pour consultation auprès des membres

Deux projets de règlement sont joints à la revue: le *Règlement modifiant le Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins* et le *Règlement modifiant le Règlement sur le comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec*. Les modifications proposées intègrent les récents changements apportés au Code des professions.

Ces documents seront soumis pour adoption au Conseil d'administration du Collège en mars 2010. Toute personne souhaitant formuler des commentaires sur ces règlements peut les transmettre avant le 19 février 2010 à Me Linda Bélanger, directrice adjointe à la Direction des services juridiques (tél. : 514 933-4441, poste 5362; courriel : lbelanger@cmq.org).



1 500 utilisateurs Mises à jour gratuites Disponible sur PC et MAC

Dossier Médical Informatisé

Produit québécois ! 

Pour les médecins



Prescripteur



Aviser



Note clinique

Pour les secrétaires

Index patient



Rendez-vous



Facturation



Numérisation





MED-Office

Un produit développé par Logiciels INFODATA

Contactez-nous : 1.866.831.9077 | www.medoffice.ca

COLLOQUE

COLLOQUE ANNUEL DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

14 MAI 2010

HYATT REGENCY—MONTRÉAL

Une occasion unique d'assister
à des conférences touchant
un sujet d'actualité pour la
profession médicale, d'échanger
et de rencontrer vos collègues

**Faites parvenir votre inscription
par courriel à: colloque@cmq.org**

Veuillez indiquer vos nom,
prénom, adresse et numéro
de permis d'exercice.



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

PAR CAROLINE THÉBERGE, SERVICE DES COMMUNICATIONS

**WWW.CMQ.ORG****INFLUENZA A(H1N1)
INFOLETTRES**

Dans une situation d'urgence comme la pandémie d'influenza A(H1N1), l'efficacité et la rapidité des communications sont primordiales. À l'ère de l'électronique, les autorités médicales ont su profiter des nouveaux modes de communication pour transmettre l'information aux médecins de la manière la plus directe et rapide possible, c'est-à-dire par courriel. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les fédérations de médecins, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP) et le Collège des médecins ont résolu d'unir leurs voix pour une transmission optimale de l'information. Le Collège, qui détient les adresses courriels de la plupart de ses membres (soit près de 16 000 sur 19 982), a été désigné comme canal de communication. Ainsi, le Service des communications du Collège a envoyé des infolettres régulièrement au cours de l'automne afin que chaque médecin soit informé des plus récents développements et des dernières mises à jour sur le virus, tant du point de vue organisationnel que médical.

Les infolettres envoyées proposaient des liens vers des capsules d'information préparées par les experts en santé publique et accessibles dans le site Web du MSSS. Ces capsules portaient notamment sur :

- Les vaccins, sous forme de questions-réponses;
- Les soins intensifs pendant la pandémie (le blitz des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e semaines);
- La grippe A(H1N1): d'abord en première ligne;
- La détection virale du virus de la grippe A(H1N1);
- Les critères d'utilisation des antiviraux en traitement;
- La ligne téléphonique de soutien clinique aux médecins.

Les médecins qui n'ont pas transmis leur adresse courriel au Collège peuvent le faire au 514 933-4087 ou à l'adresse tableau@cmq.org. Les infolettres envoyées sont toutes accessibles dans le site Web du Collège.



<http://www.cmq.org> (section Membres/mot-clé: Infolettre)

CLIP VIDÉO

Le Collège a ajouté dans son site Web, le 22 octobre dernier, un clip vidéo dans lequel le Dr Yves Robert, secrétaire de l'ordre, invite les médecins à se faire vacciner et à recommander la vaccination à leurs patients. Dans ce clip de 8 minutes, visionné plus de 400 000 fois au moment d'aller sous presse, le Dr Robert explique clairement les avantages de la vaccination et déboulonne certains mythes qui perdurent à ce sujet.

CAMPAGNE DE COMMUNICATION

Cet automne, le Collège des médecins du Québec a déployé pour la première fois une campagne de communication télévisuelle sous le thème *Plus près de vous* afin de mieux faire connaître sa mission de protection du public. L'annonce publicitaire, diffusée principalement sur les grands canaux d'information en octobre et en novembre, était également accessible dans *YouTube* et dans le site Web du Collège.

Parallèlement à cette campagne publicitaire, des activités de relations publiques ont été entreprises. Ainsi, le Dr Lamontagne, président-directeur général du Collège, a accordé plusieurs entrevues cet automne afin d'expliquer le rôle et les activités de l'ordre :

- *Rue frontenac.com* (Web) (mardi 22 septembre 2009 – avec Gabrielle Duchaine)
- *Isabelle le matin* (98,5 FM) (mercredi 30 septembre 2009 – avec Isabelle Maréchal)
- *La fosse aux lionnes* (SRC Télévision) (mercredi 7 octobre 2009 – avec Marie-Soleil Michon, Caroline Proulx et Suzanne Lévesque)
- *Dutrizac l'après-midi* (98,5 FM) (jeudi 14 octobre 2009 – avec Benoit Dutrizac)
- *Marketing magazine* (Web) (vendredi 16 octobre 2009 – avec Patrick Bellerose)

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 CAS CLINIQUES TIRÉS DU DOCUMENT ALDO-QUÉBEC, QUI ILLUSTRONT QUELQUES-UNES DE CES SITUATIONS DÉLICATES.



Les exemples sont fournis uniquement à titre explicatif et les analyses proposées ne devraient pas être appliquées à d'autres cas, sans que l'on prenne des précautions. Les cas particuliers requièrent toujours une réflexion personnelle approfondie. Dans certaines situations, il est même nécessaire de consulter des textes de lois, de demander un avis juridique, de requérir l'opinion du Collège des médecins ou encore de soumettre la question à un comité d'éthique, là où il en existe.

LES CONVICTIONS PERSONNELLES DU MÉDECIN

Dans notre société, le consentement et le secret professionnel font l'objet d'un large consensus, qui se traduit par des repères légaux et déontologiques assez clairs. Bien entendu, l'application de ces repères à des cas particuliers exige discernement et vigilance de la part du médecin. Par contre, les situations de fin de vie soulèvent des enjeux particulièrement difficiles puisqu'elles obligent le médecin à confronter ses convictions à celles du patient, en plus de devoir les concilier avec ses obligations professionnelles et des contraintes légales. Quant à l'objection de conscience, elle représente la

situation extrême, dans laquelle les convictions de chacun s'avèrent inconciliables. Dans ce cas, le défi moral est de trouver quand même un arrangement qui respecte toutes les parties en cause.

Bien qu'il doive respecter des contraintes légales et même s'il a des obligations professionnelles, le médecin a aussi des convictions personnelles, tout comme les patients d'ailleurs.

La discussion qui suit illustre la façon dont ces convictions personnelles peuvent entrer en conflit avec les soins à prodiguer aux patients et propose certaines balises à cet égard.

CAS CLINIQUE

Une patiente se présente à votre clinique pour de la contraception. En prenant connaissance de son dossier, vous constatez qu'elle est sidéenne.

Pouvez-vous refuser de la traiter ?

LA DISCRIMINATION

Au Québec, l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne* interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge (sauf dans la mesure prévue par la loi), la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'usage d'un moyen pour pallier ce handicap.

Pour le médecin, s'ajoute une disposition du *Code de déontologie*, à l'article 23 :

« Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature de la déficience ou de la maladie présentée par ce patient ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue; il peut cependant, s'il juge que c'est dans l'intérêt médical du patient, diriger celui-ci vers un autre médecin. »

Autrement dit, un médecin ne peut pas refuser de traiter un patient parce qu'il est infecté par le VIH.

Par ailleurs et de façon plus générale, les médecins ne sont tenus qu'à fournir les soins médicalement nécessaires, comme le précise leur *Code de déontologie*, à l'article 50 :

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

Le médecin peut refuser de prodiguer à un patient des soins médicalement requis pour les motifs suivants : manque de compétence, conflit de personnalité avec le patient, manque de collaboration de la part du patient, demande de soins téméraires ou non conformes à la science médicale.

Il a, en tout temps, un devoir d'assistance auquel il ne peut se dérober, particulièrement envers une personne en situation d'urgence ayant un besoin d'attention immédiate, quelles que soient les circonstances. Il s'agit là, en fait, d'une obligation pour tout citoyen, à plus forte raison si le citoyen est médecin.

L'OBJECTION DE CONSCIENCE

Même si le médecin doit honorer son devoir de secours et d'assistance envers tout patient qui le consulte, il n'en est pas moins lui-même un citoyen et, à ce titre, il a aussi des droits, notamment le droit à ses propres croyances. Lorsque ses convictions peuvent influencer la nature ou la qualité des soins qu'il prodigue au patient, le médecin doit veiller à respecter certains devoirs déontologiques. À cet égard, le *Code de déontologie des médecins* (article 24) est clair :

« Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de

lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels.

Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin. »

Par exemple, un médecin qui s'oppose à l'avortement ou à la contraception est libre de limiter ses interventions de manière à tenir compte de ses convictions religieuses ou morales. Il devra toutefois en informer les patientes qui viendraient le consulter pour ce type de services professionnels et leur prêter assistance dans leur recherche de tels services.

Source : ALDO-Québec, p. 152. Partie II : L'intégration en clinique des aspects légaux, déontologiques et organisationnels - Approche par thèmes



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



SEIGNEURIE
du Chêne
PROJET RÉSIDENTIEL



LAC SUR
LE PROJET

Quand la vie de quartier
prend racine dans la nature



CONDOMINIUM | QUADRUPLUX | BUNGALOW | COTTAGE | MAISON DE PRESTIGE



MAISON MODÈLE
450 474-4531
2399, rue Chenonceau
Mascouche
www.gdlinc.ca



GOYETTE
DUCHESNE
& LEMIEUX INC.

QUESTION DE PRATIQUE : LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE

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 REGROUPE ICI DES ÉLÉMENTS D'INFORMATION QUI, CROYONS-NOUS, PRÉSENTENT UN INTÉRÊT POUR PLUSIEURS DE NOS MEMBRES.

LORS D'UNE AGRESSION SEXUELLE, LE MÉDECIN EST-IL TENU D'UTILISER LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE?

Rappelons d'abord que la trousse médicolégale a été conçue pour assurer à toutes les victimes se présentant à un centre hospitalier un accueil approprié ainsi que les soins dont elles ont besoin, et également pour documenter la preuve dans le cadre de démarches médicolégales.

Le recours à la trousse médicolégale permet l'uniformisation des prélèvements et des analyses de spécimens recueillis, en favorisant une anamnèse et un examen mieux adaptés aux circonstances.

Dès qu'un médecin entreprend d'examiner un patient ou une patiente victime d'une agression sexuelle, il doit se conformer aux règles de déontologie de sa profession.

Dans le cas d'une agression sexuelle, l'intérêt de la victime dépasse la seule dispensation des soins immédiats que sa condition physique exige. Le médecin doit collaborer dans l'intérêt de la victime et faire en sorte que soient effectués les prélèvements et examens requis, prévus dans la trousse médicolégale, permettant de colliger plusieurs éléments de preuve, advenant une poursuite judiciaire.

Considérant les obligations déontologi-

ques auxquelles il est assujéti, le médecin ne pourrait d'emblée refuser d'effectuer les examens et les prélèvements prévus dans la trousse médicolégale en prétextant la liberté professionnelle, le libre choix des examens requis ou en prétendant qu'il s'agit davantage d'une procédure de nature légale plutôt que médicale.

Source :

Code de déontologie des médecins, articles 3, 59, 60, 97

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

Toute personne qui se questionne sur des sujets liés directement ou indirectement à cet article devrait communiquer avec la Direction de l'amélioration de l'exercice (514 933-4441, poste 5580).

PAR FRANÇOIS GOULET, M.D., DIRECTEUR ADJOINT, DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE

PRÉSENTATION D'ACTIVITÉS DE DPC : RESPECT DU CODE D'ÉTHIQUE

LE COMITÉ DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) EST NOTAMMENT RESPONSABLE DE LA CONFORMITÉ DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU OFFERTES AUX MÉDECINS AVEC LE *CODE D'ÉTHIQUE DES INTERVENANTS EN ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE*. À CE TITRE, IL A RÉCEMMENT ÉTÉ INTERPELLÉ POUR EXAMINER CERTAINS ASPECTS D'UNE ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE ORGANISÉE PAR UNE COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE.

La publicité de cette activité était assurée par une circulaire (feuille de format lettre) envoyée par la poste ou remise en mains propres aux médecins de famille par un représentant. Le recto de la circulaire comportait les renseignements sur la rencontre comme la date, le lieu, le nom du conférencier ainsi que les objectifs d'apprentissage tandis que le verso était à contenu entièrement promotionnel, affi-

chant le nom et l'illustration de produits vedettes de la compagnie de même que les dépositaires de ces produits.

Le présentateur, un médecin, considérait qu'il s'agissait véritablement d'une activité de développement professionnel continu. Il n'avait cependant pas eu l'occasion de prendre connaissance au préalable de cette invitation. Bien qu'il n'y ait eu aucune intervention de l'entreprise sur le contenu

de la conférence, un représentant a distribué des échantillons aux participants.

Cette façon de procéder est contraire au code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue pour les organismes médicaux et les sociétés commerciales, élaboré conjointement par le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) et les Compagnies de recher-

che pharmaceutique du Canada (Rx&D), en vigueur depuis janvier 2003.

Le comité de développement professionnel continu du CMQ désire informer les médecins invités à agir à titre de présentateurs, d'animateurs ou de conférenciers dans le cadre d'événements organisés par les compagnies pharmaceutiques qu'ils doivent s'assurer que l'activité est en conformité avec le *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*. Les principales règles à respecter sont les suivantes :

- l'invitation doit être à caractère éducatif et informatif et aucune publicité ne doit y être associée;
- la présentation doit être objective et le présentateur ne doit subir aucune pression de la part de la compagnie

pharmaceutique quant à son contenu;

- aucun échantillon ne doit être distribué aux participants, sauf si un kiosque est placé à l'extérieur de la salle de conférence.

Ainsi, en vertu du *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*:

« Les personnes-ressources doivent présenter des renseignements scientifiques équilibrés et objectifs, montrer les avantages et les inconvénients des éléments qu'elles présentent, faire état, le cas échéant, des divergences d'opinion existant au sein de la communauté scientifique, tout en évitant de promouvoir des produits ou des services particuliers.

Enfin, elles doivent s'abstenir de prendre part à des activités qui, sous des appa-

rences d'activités d'EMC, servent en réalité à promouvoir un produit ou un service. »

Le Collège des médecins du Québec désire sensibiliser ses membres à l'importance de revoir les outils servant d'invitation à des activités de formation continue où ils agiront à titre de personnes-ressources afin d'éviter que leur nom soit associé à la promotion spécifique de produits pharmaceutiques, et ce, également dans le respect du *Code de déontologie des médecins* du Québec. Ainsi, selon l'article 75 du code, le médecin ne peut permettre que son titre soit utilisé à des fins commerciales.



<http://www.cmq.org> (section Membres/ Publications/Documents de référence)

PAR MARC BILLARD, M.D., DIRECTEUR ADJOINT, DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE

L'IMPORTANCE D'UN DOSSIER UNIQUE

LE DOSSIER MÉDICAL EST PRIMORDIAL POUR ASSURER UN SUIVI DE QUALITÉ. PLUSIEURS GUIDES^{1,2} ONT ÉTÉ PUBLIÉS PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC POUR ENCADRER LES BONNES PRATIQUES À CET ÉGARD.

Le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets* décrit clairement les obligations des médecins. L'article 4 stipule que « Le médecin doit constituer, tenir, détenir et maintenir un dossier médical. ». Ceci est vrai pour toute forme de pratique : médecine avec ou sans rendez-vous, chirurgie, recherche, etc. Au-delà de cette obligation, le dossier unique est l'outil privilégié pour assurer un suivi médical sans faille.

Certains médecins croient que pour les consultations sans rendez-vous, il est inutile d'avoir en main le dossier complet du patient. Ainsi, certaines cliniques médicales « fragmentent » le dossier médical, se privant ainsi systématiquement de renseignements provenant de consultations anté-

rieures. Ils utilisent, à chaque visite, une nouvelle feuille qui est classée par journée de travail plutôt que dans le dossier de chaque patient. Cette façon de faire, pratique pour le classement rapide des notes médicales, n'est pas idéale, selon les principes qui sous-tendent les normes édictées pour la tenue des dossiers médicaux. Même pour les consultations sans rendez-vous, le dossier médical antérieur, surtout la partie récente, peut être utile, parfois essentiel, pour un suivi de qualité, *a fortiori* pour le même épisode de soins. Certains renseignements comme les notes et les résultats d'examen complémentaires à la suite de consultations récentes, ainsi que la médication à jour sont autant d'éléments que le médecin aurait avantage à connaître et à

considérer pour prendre la bonne décision devant une situation clinique.

Le dossier médical peut être épuré selon certaines règles décrites dans le guide d'exercice sur l'organisation du cabinet et la gestion des dossiers médicaux³. Les cliniques médicales doivent donc s'assurer que les médecins y exerçant ont accès à ces données au moment de la consultation et ce, quel que soit le support utilisé, informatique ou papier. Les dossiers fragmentés sont donc à éviter pour assurer un exercice de qualité. L'informatisation des dossiers devrait rendre plus facile l'accès à l'ensemble du dossier médical.

1. *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*, septembre 2006.

2. *L'organisation du cabinet et la gestion des dossiers médicaux*, mai 2007.

3. *Ibid.*

CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR LE GROUPE DE TRAVAIL EN ÉTHIQUE CLINIQUE

NOUS AVONS INVITÉ LE DR JULIE LALANCETTE, ADMINISTRATRICE DU COLLÈGE ET PRÉSIDENTE DU GROUPE DE TRAVAIL EN ÉTHIQUE CLINIQUE, À RÉPONDRE À NOS QUESTIONS.

DR LALANCETTE, QU'EST-CE QUE L'ÉTHIQUE CLINIQUE ?

J.L. : De façon succincte, c'est l'étude des problèmes moraux auxquels sont confrontés les médecins dans leur pratique clinique. Bien que certains ouvrages qui traitent d'éthique clinique distinguent les problèmes moraux des problèmes éthiques, le comité a décidé de ne pas faire de différence entre les problèmes moraux, au sens de la moralité et de la loi, et les problèmes éthiques car il est difficile pour les médecins de dresser une ligne claire entre les deux.

Lorsqu'un sujet est soumis aux membres du groupe de travail, nous tentons toujours de le considérer sous l'angle de la pratique clinique et de donner notre point de vue en tant que cliniciens.

EN QUOI CONSISTE LE RÔLE DU GROUPE DE TRAVAIL EN ÉTHIQUE CLINIQUE ?

J.L. : Le groupe de travail a pour mandat d'apporter des éléments de réponse à des situations que rencontre le médecin, ou à des questions qui se posent à lui, qui comportent des enjeux éthiques significatifs.

Lorsqu'il produit un document, le groupe de travail n'a pas la prétention d'être représentatif, ni du Conseil d'administration (CA), ni des médecins spécialistes, ni des médecins de famille, ni de la population, surtout pas de l'ensemble de la communauté médicale. C'est le fruit de la réflexion d'un groupe de personnes intéressées à faire avancer les choses. Le but n'est pas de provoquer ni de faire du bruit. Mais si nous réussissons à susciter la réflexion, c'est bien. Si nous réussissons à provoquer la discussion, c'est encore mieux. Si nous réussissons à soulever un débat, c'est extraordinaire !



COMMENT FONCTIONNE-T-IL ?

J.L. : Le groupe de travail aborde principalement des sujets de longue haleine, choisis par le CA et approuvés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) puisque celui-ci subventionne nos travaux à parts égales avec le Collège. Parallèlement à ces travaux qui peuvent s'échelonner sur deux ans, le groupe de travail est appelé à donner des avis *ad hoc* sur des sujets d'actualité ou des projets de loi qui peuvent comporter une dimension éthique. À titre d'exemple, le groupe de travail a été appelé à donner un avis sur la situation des patients qui se faisaient greffer un rein à l'étranger et qui revenaient ici pour se faire traiter à la suite de l'opération. Toutefois, certains avis qui nécessitent une intervention rapide peu-

vent être élaborés par la conseillère en éthique clinique du Collège et secrétaire du comité, le Dr Michèle Marchand, en collaboration avec la direction générale du Collège, après consultation du groupe de travail, le cas échéant.

Le groupe de travail se rencontre quatre à six fois par année. Son mode de fonctionnement est à la fois structuré – chaque réunion comporte un ordre du jour et le compte rendu de la séance précédente –, et ouvert – la discussion libre y occupe une grande place. Les discussions sont toujours appuyées par une revue exhaustive de la littérature qui nous est fournie, en grande partie, par le Dr Marchand. Des experts renommés pour leur érudition et pour leur expérience particulière sur des thèmes donnés sont également invités à ces rencontres.

C'est un travail extrêmement intéressant mais qui demande un temps d'appropriation pour un nouveau membre confronté à ce mode de fonctionnement.

Pour présider ce groupe de travail, il est important d'avoir un bon esprit de synthèse, de respecter les différences de chacun, de pouvoir décoder et reformuler les idées, et de s'assurer que, sur des sujets aussi sensibles que les soins en fin de vie, tout le monde est d'accord.

Ce n'est pas un comité où l'on peut passer au vote. C'est impossible. Il faut en arriver à établir un consensus. La réflexion se fait de façon progressive: on requestionne, on révisé l'angle d'approche du sujet, on essaie d'aller au fond des choses. Jusqu'à présent, le consensus n'a pas été difficile à atteindre parce que chaque réunion permet d'épurer un peu plus le sujet pour en arriver finalement au cœur de celui-ci.

QUI EST MEMBRE DE CE GROUPE DE TRAVAIL ?

J.L. : Le groupe de travail est composé de dix membres nommés par le CA : deux médecins élus au CA du Collège, deux représentants du public dont l'un siège au CA, deux médecins cliniciens, trois médecins à l'emploi du Collège dont la secrétaire du groupe de travail et la représentante de l'Unité de l'éthique du MSSS.

DR LALANCETTE, QUELS SONT LES POUVOIRS DU GROUPE DE TRAVAIL ?

J.L. : Nous n'avons qu'un pouvoir, celui de recommandation. Ce qui nous convient tout à fait. Une fois produit, le document ne nous appartient plus, c'est le CA qui décide des suites à y donner. Il peut faire l'objet d'une consultation, prendre par la suite la forme d'un document de réflexion ou contribuer à l'élaboration d'un énoncé de position comme ce fut le cas pour *Le médecin et les traitements non reconnus*, publié en 2006.

QUELS SONT LES SUJETS TRAITÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL EN ÉTHIQUE CLINIQUE ?

J.L. : Récemment, le groupe de travail s'est penché sur la diversité culturelle et

la pratique médicale sous deux angles: la diversité culturelle chez les patients et la diversité culturelle chez les médecins. Notre document sera soumis très bientôt au CA.

Outre les soins appropriés et l'euthanasie (2006-2008), le groupe de travail s'est penché au cours des dernières années sur le don d'organes après un arrêt cardiaque (2004-2005), la procréation assistée (2004-2005), la crise du système de soins (2003-2006) – qui semble malheureusement être un

[« Lorsqu'il produit un document, le groupe de travail n'a pas la prétention d'être représentatif, ni du CA, ni des médecins spécialistes, ni des médecins de famille, ni de la population, surtout pas de l'ensemble de la communauté médicale. C'est le fruit d'une réflexion d'un groupe de gens intéressés à faire avancer les choses. »]

sujet récurrent, la recherche clinique (2001-2003), les questions soulevées par le développement de la génétique (2001-2003) et l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêts (1999-2001).

Le groupe de travail a commencé à camper le prochain sujet sur lequel il doit se pencher: le don d'organes entre vifs. Des rencontres avec des experts sont à l'ordre du jour des prochaines rencontres.

QUELS SONT LES DÉFIS, LES ENJEUX IMPORTANTS QUI SE POSENT À LA PROFESSION MÉDICALE ?

J.L. : De façon générale, le défi est de maintenir le cap sur notre intégrité professionnelle sans égard aux influences de toutes sortes, qu'elles soient politiques, économiques, sociales ou autres, et ce, dans l'intérêt des patients.

De façon plus spécifique, il faudra s'adapter aux différentes situations qui se présenteront, à des problèmes d'actualité auxquels nous devons être en mesure

de nous adapter, de réfléchir et de répondre rapidement.

Personnellement, je pense que l'évolution de la technologie médicale fait en sorte que, malgré toute la bonne volonté des médecins et les moyens mis en œuvre, notre système de valeurs sera tellement remis en question qu'il n'y aura plus de bonnes réponses. Je pense notamment au don d'organes entre vifs. Cela va tellement loin que c'est digne du film de science-fiction le plus fou. Il deviendra difficile, d'un point de vue

moral, de répondre aux questions avec nos cadres de référence habituels.

On peut avoir l'impression comme être humain, qu'on soit médecin ou pas, et peu importe notre religion, qu'il peut y avoir quelquefois plusieurs bonnes réponses. Mais dans un contexte où les limites sont repoussées, on peut aussi avoir l'impression qu'il n'y a plus de bonne réponse.

Du point de vue de notre capacité de réflexion, nous risquons d'être dépassés. Il nous faudra donc évoluer.

LE COMITÉ A MAINTENANT DIX ANS D'EXISTENCE, AVEZ-VOUS UN SOUHAIT À FORMULER POUR LES PROCHAINES ANNÉES ?

J.L. : Ayant siégé à de nombreux comités au Collège, je considère qu'il s'agit de l'un des comités les plus importants. Même s'ils peuvent parfois être perçus comme des « pelleteurs de nuages », les membres du groupe de travail font un travail utile et je souhaiterais que celui-ci puisse rayonner à l'extérieur de l'organisation.

PRÉCISION SUR L'ORDONNANCE MÉDICALE ET L'ADRESSE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN

EN ACCORD AVEC L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TECHNOLOGISTES MÉDICAUX DU QUÉBEC (OPTMQ), LE COLLÈGE DES MÉDECINS EST D'AVIS QUE L'ADRESSE DU MÉDECIN À LAQUELLE LE RAPPORT D'ANALYSE DOIT ÊTRE ACHÉMINÉ DOIT ÊTRE INDICUÉE SUR L'ORDONNANCE MÊME SI CETTE EXIGENCE N'EST PAS PRÉVUE DANS LE *RÈGLEMENT SUR LES NORMES RELATIVES AUX ORDONNANCES FAITES PAR UN MÉDECIN*.



Cette précision sera intégrée dans la nouvelle version de la règle de pratique de l'OPTMQ, *La qualité dans les laboratoires de biologie médicale*, qui sera distribuée à la fin de 2009 à tous les technologistes médicaux ainsi qu'aux établissements de santé et d'enseignement du Québec.

Voici, à titre d'information, la section portant sur les ordonnances qui sera incluse dans cette nouvelle édition.

ORDONNANCE MÉDICALE

L'article 39.3 du *Code des professions* du Québec définit l'ordonnance comme étant : «Une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans

lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective.» Le *Code des professions* du Québec et les autres lois professionnelles précisent quels professionnels sont autorisés à prescrire des examens.

L'ordonnance médicale enclenche le début du processus préanalytique. Une ordonnance peut également être demandée après la phase préanalytique lors d'ajout d'analyses ou dans le cas d'une demande de produits sanguins pour un échantillon déjà prélevé.

L'ordonnance est nécessaire avant de procéder à tout prélèvement ou à toute analyse. Le technologiste médical doit s'assurer de bien comprendre l'ordonnance avant de procéder au prélèvement. En cas de doute, une vérification devra être effectuée auprès du prescripteur ou d'une personne autorisée.

Le Collège des médecins du Québec a publié un guide d'exercice intitulé *Les ordonnances faites par un médecin*. Ce document est accessible gratuitement dans le site Web du Collège : www.cmq.org (section Membres, Publications).

Le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* (c. M-9, r. 11.2) précise les éléments qui doivent figurer sur l'ordonnance individuelle :

- Le nom du médecin, sa signature, son numéro de téléphone et son numéro de permis d'exercice;
- Le nom et la date de naissance du patient;
- La date de rédaction de l'ordonnance;
- S'il s'agit d'un examen, sa nature ainsi que les renseignements cliniques nécessaires à sa réalisation;
- La période de validité de l'ordonnance, lorsqu'elle est justifiée par une condition du patient.

L'adresse du médecin, à laquelle le rapport d'analyse doit être envoyé, doit figurer sur l'ordonnance, bien que cela ne soit pas prévu dans le règlement du Collège des médecins du Québec.

ORDONNANCE D'ANALYSE

L'ordonnance médicale peut également être sous forme de formulaire de demande d'analyse dont le contenu est établi par le laboratoire.

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS

La banque de sang et les services transfusionnels doivent s'assurer que l'ordonnance des produits sanguins respecte la norme CAN/CSA Z902-04 (Sang et produits sanguins labiles).

ORDONNANCE VERBALE

L'ordonnance peut également être communiquée verbalement. Le laboratoire doit définir une politique et une procédure concernant les ordonnances d'analyses formulées verbalement et doit établir qui peut recevoir une ordonnance verbale et de quelle façon l'information doit être consignée au laboratoire. Le prescripteur doit fournir les mêmes éléments que dans une ordonnance écrite.

ORDONNANCE COLLECTIVE

Une ordonnance collective peut être rédigée par un ou plusieurs médecins afin de prescrire, entre autres, des examens de laboratoire. L'ordonnance collective permet à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin. Cela implique que la personne faisant l'objet de l'ordonnance n'a pas à être vue préalablement par le médecin. Ce type d'ordonnance peut être particulièrement utile dans les cas d'urgence ou pour les situations fréquentes ou de routine. Le personnel du laboratoire et du centre de prélèvement doit être informé de l'existence d'une telle ordonnance. Comme règle

générale, le résultat de l'examen devra être envoyé au médecin traitant ou au médecin identifié comme le médecin répondant, selon la procédure décrite dans l'ordonnance collective.

PÉRIODE DE VALIDITÉ

À défaut d'une politique de l'établissement, approuvée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

(CMDP), la période de validité d'une ordonnance est déterminée par le médecin. Il est donc pertinent pour le technologiste médical qui reçoit un patient avec une telle ordonnance de se questionner et de suggérer au patient de voir son médecin traitant périodiquement pour une réévaluation clinique. Il en est de même pour un examen demandé il y a plus d'un an.

5^e FORUM INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE PÉDAGOGIE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

16 AU 18 JUIN 2010
HÔTEL LOEWS LE CONCORDE
QUÉBEC (QUÉBEC) CANADA

2^e CONGRÈS INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE PÉDAGOGIE EN SCIENCES DE LA SANTÉ ET DU SPORT

**L'ENSEIGNEMENT ET L'ÉVALUATION:
AU-DELÀ DE L'EXPERTISE SPÉCIFIQUE**

FORMATION INITIALE
FORMATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET EN SPÉCIALITÉS
FORMATION CONTINUE
RECHERCHE
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS

APPEL DE COMMUNICATIONS

Date limite pour les ateliers : 1^{er} décembre 2009
Date limite pour les présentations libres et les affiches : 15 février 2010

Pour toute information :
Dr André Jacques
Tél. : (514) 933-4441, poste 5322
Fax : (514) 933-4668
fpedagog@cmq.org
www.forumpedagogie2010.ca

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC
CONSEIL QUÉBÉCOIS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS
McGill
Université de Montréal
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
UNIVERSITÉ LAVAL

PAR ROGER LADOUCEUR, M.D., M.Sc., RESPONSABLE DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
ET SANDRINE MARTINEAU, DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE

ÉVOLUTION DE L'ADHÉSION DES MÉDECINS AU PLAN DE DPC AVIS DE COTISATION 2007 À 2010

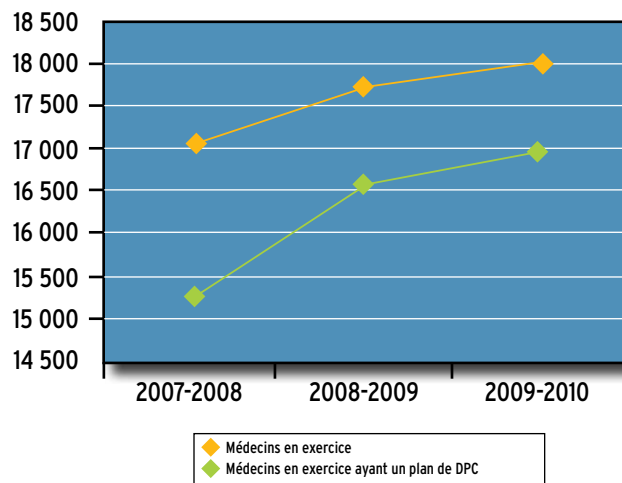
LES MÉDECINS SONT INVITÉS CHAQUE ANNÉE, LORSQU'ILS RENOUVELLENT LEUR COTISATION AUPRÈS DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ), À INDICER LE PLAN DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) AUQUEL ILS ADHÈRENT ET LE NOMBRE D'HEURES CONSACRÉES AUX DIVERSES ACTIVITÉS DE DPC. CET ARTICLE TRACE UN PORTRAIT DE L'ADHÉSION DES MEMBRES ACTIFS DU CMQ AUX DIVERS PLANS DE DPC ET COMPARE LES DONNÉES DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES.

PLAN DE DPC SELON LES AVIS DE COTISATION 2007 À 2010

En 2007-2008, parmi les 17 084 médecins inscrits au tableau de l'ordre du CMQ, 15 352 avaient un plan de DPC, soit 90 %. En 2008-2009, le nombre de médecins inscrits était de 17 758 médecins parmi lesquels 93,4 % déclaraient avoir un plan de DPC. En 2009-2010, 94,3 % des 17 992 médecins inscrits au tableau de l'ordre déclaraient avoir un plan de DPC. (Tableau 1)

TABLEAU 1

Évolution de l'adhésion au plan de DPC
selon les avis de cotisation (2007 à 2010)



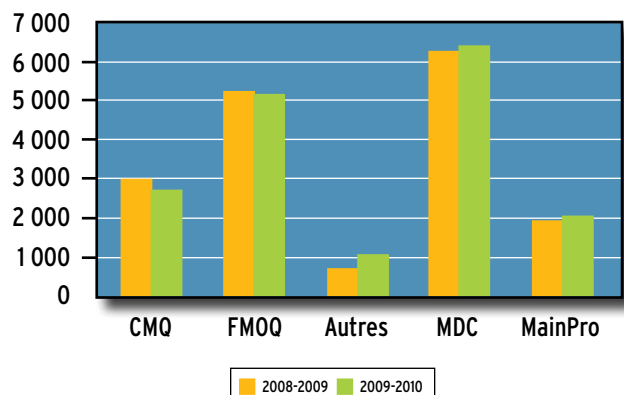
Les médecins peuvent choisir l'un ou l'autre des plans suivants : les plans d'autogestion (PAGs) proposés par le CMQ ou par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), ou le Mainpro du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Afin de déterminer les plans les plus populaires, nous avons compilé les résultats des deux dernières années (les résultats de 2007 ne précisant pas les PAGs choisis). Le Tableau 2 présente les résultats.

DISCUSSION

Ces résultats démontrent que depuis l'adoption, en 2007, du

TABLEAU 2

Popularité des différents plans de DPC choisis par les médecins



plan de DPC comme outil de maintien de la compétence professionnelle, les médecins québécois adhèrent massivement à ces programmes. Cette tendance se maintient d'année en année.

Toutefois, bien que ces résultats soient intéressants, plusieurs réserves s'imposent. La première concerne la validité des données reçues. Même si les médecins certifient que les renseignements qu'ils divulguent sont « vrais, exacts et complets », comme le stipule l'avis de cotisation, il est possible que des erreurs se soient glissées. Il se peut aussi que l'avis de cotisation crée une situation factice qui favorise artificiellement l'inscription à un programme de DPC et que, par simple désir de se conformer aux exigences du CMQ, bon nombre de médecins indiquent avoir un plan sans qu'ils l'utilisent vraiment. Le taux d'adhésion au plan de DPC pourrait donc être moins élevé que ces chiffres ne l'indiquent. En contrepartie, la vérification des plans de DPC auprès d'un échantillonnage annuel représentant 3 % des médecins en exercice, confirme que la plupart adhèrent à un programme de DPC et que les plans sont généralement conformes. En 2008-2009, le taux de conformité de plans évalués a atteint 96 %.

CONCLUSION

Tout compte fait, la résolution du Collège d'adopter le plan de DPC comme outil de maintien des compétences professionnelles semble faire presque l'unanimité auprès des médecins en exercice au Québec.

AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
Relenza® (zanamivir)	Traitement des infections aiguës non compliquées causées par les virus de l'influenza de type A et de type B chez les adultes et les enfants de 7 ans et plus qui présentent des symptômes depuis 2 jours ou moins. Également indiqué pour la prophylaxie de l'influenza chez les adultes et les enfants de 7 ans et plus.	Association de Relenza® (zanamivir) en poudre sèche pour inhalation et un décès lors de l'administration en nébulisation, un usage non approuvé.
Propofol injectable	Induction et maintien de l'anesthésie générale ou de la sédation lors d'interventions chirurgicales chez des patients hospitalisés ou non. Également indiqué comme anesthésique chez les enfants de trois ans et plus. Peut aussi être utilisé aux fins de sédation lors des interventions diagnostiques.	Retrait de deux lots de Propofol injectable : lot 79834DJ à 1 g/100 ml et lot 79883DJ à 500 mg/50 ml (DIN : 02236887; date de péremption : 2012/07/01), en raison de la présence dans les flacons de particules étrangères identifiées comme étant de l'acier inoxydable. Ces deux lots ont été distribués à partir du mois d'octobre 2009.
Apo-Lithium Carbonate SR	Traitement par le lithium des épisodes maniaques des troubles bipolaires.	Rappel de produit de type II concernant Apo-Lithium Carbonate SR en comprimés de 300 mg en raison de problèmes de stabilité qui pourraient avoir eu des répercussions sur la qualité du produit.
Cesamet® (nabilone) et Trazorel® (chlorhydrate de trazodone)	Cesamet® est un cannabinoïde synthétique aux propriétés antiémétiques. Il soulage certains patients de la nausée et du vomissement liés à la chimiothérapie anticancéreuse. Trazorel® est un composé psychoactif possédant des propriétés sédatives et antidépresseurs. Il est indiqué dans le soulagement symptomatique de la dépression.	Risque potentiel de conséquences graves pour la santé en cas d'administration involontaire de capsules de 1 mg de Cesamet® au lieu de comprimés de 50 mg de Trazorel® dû à une erreur d'étiquetage.



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>

RETRAIT DES PRODUITS PREMARIN^{MC} ET PREPLUS^{MC} DES LISTES DE MÉDICAMENTS ASSURÉS À COMPTER DU 1^{ER} FÉVRIER 2010

À la suite des demandes de hausses de prix du fabricant largement supérieures au taux maximal permis pour 2009, le Conseil du médicament a recommandé au ministre de la Santé et des Services sociaux le retrait de Premarin^{MC} (estrogènes conjugués biologiques) et de Premplus^{MC} (estrogènes conjugués biologiques/médroxyprogestérone) des listes de médicaments. Le Conseil a conclu, à la suite de la réévaluation de ces produits d'hormonothérapie, que ceux-ci ne satisfont plus à l'ensemble des critères

prévus à la Loi sur l'assurance médicaments, notamment les considérations relatives à la justesse du prix et le rapport entre le coût et l'efficacité.

Étant donné les répercussions de cette recommandation sur les médecins et les pharmaciens, ainsi que sur les femmes qui utilisent ces produits, l'entrée en vigueur du retrait de ces deux produits a été fixée au 1^{er} février 2010. Il est donc important que les médecins puissent revoir la situation des patientes utilisant ces produits.

Compte tenu du nombre élevé de femmes visées (environ 40 000) et du court délai, un modèle d'ordonnance collective sera proposé par des instances intéressées afin d'aider les professionnels et les personnes concernées. Les médecins pourront l'utiliser en faisant les ajustements nécessaires. Les informations relatives à cette ordonnance collective seront publiées dans le prochain numéro de la revue *Le Collège*, en plus d'être affichées dans le site Web du Collège dès qu'elles seront disponibles.



<http://www.cdm.gouv.qc.ca>
 (Capsules CdM)

VOUS AVEZ DES NOUVELLES DE VOS RÉGIONS À NOUS COMMUNIQUER ?

Écrivez-nous à collegedesmedecins@cmq.org

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

L'unité de médecine familiale (UMF) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vallée-de-l'Or a été inaugurée cet automne. L'implantation de cette UMF, tout en augmentant l'offre de services médicaux de première ligne, permet également d'offrir un milieu de stage polyvalent aux résidents d'un programme universitaire de médecine familiale.

CHAUDIÈRE-APPALACHES

L'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis est, avec sa vingtaine de médecins urgentologues, le principal service d'urgence de la région. Au terme de travaux qui se poursuivront jusqu'à l'automne 2011, l'urgence comptera 37 civières d'observation, en plus de quatre civières en aire de choc. Des salles ultra-modernes d'examen et d'imagerie médicale seront également aménagées.

MAURICIE

Le pavillon d'enseignement du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRT), inauguré cet automne, constitue le cœur du Campus mauricien de l'Université de Montréal, dont le Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie, l'Université de Montréal et l'Université du Québec à Trois-Rivières font aussi partie. On y retrouve les installations destinées à la formation médicale préclinique et clinique, une formation d'une durée totale de quatre ans, identique à celle offerte à Montréal.

OUTAOUAIS

Les résidents de Maniwaki et des environs qui souffrent d'insuffisance rénale grave ont maintenant accès à un service de dialyse à l'Hôpital de Maniwaki. Ce centre satellite d'hémodialyse, inauguré à la fin octobre, dispose de 9 appareils de dialyse et de 2 appareils de relèvement qui ont la capacité de prendre en charge de 18 à 36 patients.

| ATELIERS ET FORMATION

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

L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DU TROUBLE DÉFICITAIRE D'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)

20 janvier à 14 h, Napierville



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

Atelier d'une journée s'adressant aux médecins qui souhaitent améliorer la tenue de leurs dossiers médicaux
10 février, de 9 h à 16 h, Montréal



Coûts liés aux ateliers *Question d'attentes, question d'entente*

Depuis cet automne, les médecins doivent assumer les coûts d'honoraires et de déplacements de l'animateur pour les activités du programme *Question d'attentes, question d'entente* qui, auparavant, étaient offertes sans frais.

Organisés en collaboration avec le Collège québécois des médecins de famille, ces ateliers portent sur des sujets d'intérêt pour les médecins tels que la relation médecin-patient, la divulgation d'un problème de soins ou l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ils sont offerts à des groupes de 15 à 30 médecins, dans toutes les régions du Québec.

Si vous désirez organiser une activité, veuillez adresser votre demande à Nicole Farley-Hanneman

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 : nhanneman@cmq.org

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

INFLUENZA A(H1N1)

Le clip vidéo du Dr Yves Robert, en ligne depuis le 22 octobre, a suscité de nombreux commentaires. Dans son message, le Dr Robert recommande aux médecins et à leurs patients de se faire vacciner. Ce clip est toujours accessible dans le site Web du Collège.

Félicitations pour le vidéo: très clair, très convaincant, et très pertinent.

R.W.

Merci beaucoup pour le vidéo du Dr Robert à propos de l'influenza et du vaccin. J'ai passé beaucoup de temps à convaincre ou à essayer de convaincre des gens de se faire vacciner. Seulement ce soir, deux voisins m'ont téléphoné pour me demander s'ils devaient se faire vacciner! Je suis médecin, spécialisé dans un domaine assez éloigné de l'infectiologie, et malgré une recherche sur Internet, mes réponses ont été beaucoup moins précises, complètes ou exactes que celles du vidéo. Ce vidéo mérite d'être vu par la population en général, et pas seulement les médecins. Et le format vidéo plutôt qu'écrit peut sûrement motiver davantage de gens à s'informer.

E.G.

Merci Dr Robert pour votre communication sur *YouTube* qu'un ami m'a reflé. C'est clair, net et précis. Cela met fin à la polémique entretenue selon moi par un message inefficace de la santé publique jusqu'à maintenant. Par ailleurs, je me désolé qu'on ait écarté les omnipraticiens de tout le processus d'information et de vaccination de la population. J'œuvre dans une communauté semi-urbaine. J'ai une connaissance approfondie de mes patients. J'ai informatisé mes dossiers

totalemment. Les médecins de ma clinique estiment pouvoir vacciner le village au complet (7 000 personnes) en une semaine s'il le faut. Notre façon de procéder n'a rien de la lenteur observée dans les lignes d'attente actuelles. En un «clic d'informatique», nous pouvons joindre 6 000 patients vulnérables. Pourquoi diable nous a-t-on mis de côté? C'est nous qui répondons quotidiennement aux patients. C'est désolant qu'on n'utilise pas les bons «adjuvants du système de santé». En passant, moi j'aurais vacciné gratuitement si on me l'avait demandé.

C.P.

Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire

Le principal problème qui se présente actuellement c'est l'approvisionnement en vaccins. Le contrat qui liait GlaxoSmithKline et le gouvernement fédéral imposait la livraison de 12 millions de doses sur 3 mois au Canada, soit un à 2 millions de doses par semaine pendant 3 mois. C'est exactement ce qui se produit. Sauf que, à cause de cette distribution parcimonieuse, il faut prioriser certains groupes à risque sur l'ensemble du territoire et rentabiliser chaque dose en concentrant le plus possible les patients. Si, comme à chaque année, nous avons eu toutes les doses pour toute la population au point de départ, il aurait été beaucoup plus facile de faire administrer ces doses par les circuits habituels de distribution.

ÉDITORIAL DU DR YVES LAMONTAGNE SUR LA NOUVELLE COHORTE DE MÉDECINS (AUTOMNE 2009)

Au dernier paragraphe de son texte intitulé *Une belle cuvée de nouveaux médecins*, le Dr Lamontagne annonce l'arrivée dans le réseau de la santé

de 605 nouveaux médecins dont 198 finissants de nos universités du Québec et 407 médecins ayant obtenu des «permis d'exercice toutes catégories confondues» entre le 2 juillet 2008 et le 1^{er} juillet 2009. Doit-on comprendre que sur 605 nouveaux médecins, il y a 407 immigrants?

G.M.

Réponse de Mme Sylvie Leboeuf, directrice adjointe à la Direction des études médicales

Comme le mentionne le docteur Lamontagne dans son récent éditorial, 198 résidents finissants des universités du Québec ont obtenu un permis entre le 16 juin et le 1^{er} juillet 2009. Les 407 autres permis d'exercice ont été délivrés entre le 2 juillet 2008 et le 16 juin 2009. De ce nombre, près de 300 permis ont été délivrés à des médecins ayant obtenu leur diplôme de docteur en médecine dans l'une des quatre facultés du Québec. Les autres permis ont été délivrés à des médecins ayant obtenu leur diplôme de médecine dans une autre province canadienne ou à l'extérieur du Canada.

Il faut souligner que plus d'une centaine des permis délivrés en 2008-2009 sont des «permis restrictifs». Les permis restrictifs, comme vous le savez sans doute, sont des permis délivrés soit à des résidents en dernière année de formation, soit à des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis, appelés à combler des postes de médecins cliniciens en région ou des postes de médecins enseignants (recrutement universitaire).

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-08-00676)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Claude Lavallée** (94107), exerçant la profession de médecin à Saint-Eustache (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

d'avoir négligé intempestivement, le 14 mars 2007, et deux fois plutôt qu'une, de retourner au chevet de son patient, sur la base des informations précises et alarmantes que lui communiquait le personnel infirmier, notamment que l'état respiratoire du patient se détériorait alors qu'il présentait une tachypnée, une désaturation en oxygène et une tachycardie témoignant ainsi de son instabilité, négligeant de procéder rapide-

ment à une réévaluation de la condition médicale et respiratoire du patient et ainsi d'apprécier sur le plan médical l'urgence du cas (chef 1);

d'avoir fait défaut d'offrir à son patient une diligence et une disponibilité raisonnables suite à son ordonnance téléphonique du 14 mars 2007 vers 19 h 20 d'installer un « Bipap », décidant de repousser sa visite au chevet vers 21 h 30 au profit d'une tournée auprès de patients qui ne présentaient pas de condition alarmante ou aussi urgente que ce patient, faisant ici preuve d'une faiblesse de jugement au point de vue médical (chef 2).

Le 8 octobre 2009, le conseil de discipline a imposé au Dr Claude Lavallée une radiation du

tableau de l'ordre pour une période de trois (3) mois sur chacun des chefs 1 et 2 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

La décision du conseil étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le Dr Lavallée est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de trois (3) mois à compter du 10 novembre 2009.

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

Montréal, le 10 novembre 2009

M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-08-00678)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Robert Pilorgé** (72613) exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a été trouvé coupable par le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit notamment :

d'avoir tenu des propos à caractère sexuel et en posant des gestes à caractère sexuel sur sa patiente

au moment de la consultation faite à son cabinet préalablement à l'hystérectomie du 19 avril 2006 (chef 1).

Le 8 octobre 2009, le conseil de discipline a imposé au Dr Robert Pilorgé une période de radiation de quatre mois du tableau de l'ordre pour ce chef.

Le Dr Robert Pilorgé est donc radié du tableau de l'ordre du Collège des médecins

pour une période de quatre (4) mois, et ce, à compter du 20 octobre 2009.

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

Montréal, le 20 octobre 2009

M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-04-00590)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Richard F. Bergeron** (81144) exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a été trouvé coupable par le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

d'avoir fait défaut, le 12 juin 2001, d'évaluer adéquatement en pré-opératoire le potentiel d'amélioration de l'œil droit et la pertinence d'une intervention, par un questionnaire serré et par l'obtention des dossiers médicaux antérieurs du patient, ne procédant pas aux examens complémentaires requis pour préciser l'acuité visuelle potentielle, et négligeant de tenir compte des risques associés à une intervention de la cataracte qui s'avéraient plus élevés chez ce patient qu'à l'ordinaire (chef 1a);

d'avoir omis, le 25 juin 2002, de consigner au dossier et dans le protocole opératoire la présence de ces complications susceptibles d'augmenter les risques de problèmes post-opératoires secondaires, et en n'expliquant pas ou en produisant des explications contradictoires au protocole opératoire pour l'utilisation de la LIO à insertion dans le sulcus, pour la fermeture de la plaie au moyen d'une suture et quant à l'étanchéité de la plaie, risquant ainsi de nuire au suivi ultérieur du patient lors d'interventions par d'autres intervenants

et pouvant retarder la prise de décisions importantes pour sa santé (chef 2a);

d'avoir négligé d'assurer un suivi rapproché pour monitoring de la tension oculaire et contrôle de la réaction inflammatoire, de référer à un rétinologue pour une vitrectomie éventuelle et repositionnement de la LIO, revoyant le patient le lendemain de l'opération et lui donnant un autre rendez-vous une semaine plus tard, comme s'il s'était agi d'une intervention de routine (chef 2b);

de ne pas avoir mentionné, le 7 novembre 2000, dans le protocole opératoire, la rupture de la capsule postérieure et la perte de cortex et du noyau dans le vitré, des complications qui commandent un ensemble de mesures importantes, ne détectant pas l'incarcération du vitré dans la plaie, procédant à un lavage de l'hyphéma par perfusion, une mesure contre-indiquée susceptible d'aggraver l'incarcération du vitré et d'augmenter les tractions sur la rétine, négligeant de procéder plutôt à une vitrectomie antérieure au moyen d'un bruteur (chef 3b);

de ne pas avoir décelé, le lendemain de l'opération, l'incarcération du vitré et la déformation caractéristique de l'iris notées deux jours plus tard par un autre ophtalmologiste et en ne référant pas rapidement son

patient à un rétinologue bien qu'il ait constaté le 23 novembre 2000 une augmentation à 28 de la tension oculaire malgré la médication antiglaucomeuse, alors que le patient était exposé à de graves complications (chef 3d);

Le 29 janvier 2008, le conseil de discipline a imposé au Dr Richard F. Bergeron une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux mois sur les chefs 1a, 2a, 2b, 3b, 3d de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

Le 10 mars 2008, le Dr Bergeron en a appelé de la décision du conseil de discipline au Tribunal des professions. L'appel a eu pour effet de suspendre l'exécution de la décision rendue. Le récent jugement du Tribunal des professions rendu le 5 octobre 2009 maintient les périodes de radiation.

Le Dr Richard F. Bergeron est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux (2) mois à compter du 10 octobre 2009.

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

Montréal, le 10 octobre 2009

M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

PÉRIODE : DU 15 AOÛT AU 9 NOVEMBRE 2009

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

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Ambroise, Jacques A.	71005	Pédiatrie	Montréal
Antoniou, Antonios	70327	Médecine de famille	Saint-Laurent
Béliard, Hubert	70021	Médecine de famille	Laval
Caouette, Robert	42018	Médecine interne	Québec
Chen, Ho Sen	71396	Médecine de famille	Mont-Royal
Cohen, Walter	72011	Dermatologie	Etobicoke
Davis, Geoffrey Michael	87706	Pneumologie	Montréal
Doran, Patrick Mark	97003	Endocrinologie	Montréal
Geoffrion, Louise	51074	Médecine de famille	Outremont
Gilbert, Philippe	62130	Obstétrique-gynécologie	La Tuque
Haraszty, Sandor A.	68037	Médecine de famille	Pointe-Claire
Jacques, Maurice	43081	Physiatrie	Québec
Labrecque, Claude	51100	Médecine de famille	Montréal
Lacombe, Pierre	79119	Cardiologie	Montréal
Lafontaine, Raymond	54102	Neurologie	Montréal
Lal, Samarthji	70385	Psychiatrie	Montréal
Lauriault, Louise	61127	Médecine de famille	Québec
Lavoie, Jule	98334	Hématologie	Vancouver
Lefebvre, René	50108	Anatomo-pathologie	Lachine
Letarte, Paulette	62160	Psychiatrie	Paris
Lévesque, Denis	71523	Gastro-entérologie	Québec
Mann, Harry B.	47062	Médecine de famille	Côte-Saint-Luc
Martin, Jules	62163	Oto-rhino-laryngologie	Sherbrooke
Roy, Jean-Paul	51190	Obstétrique-gynécologie	Québec

NOUVEAUX MEMBRES |

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

PÉRIODE : DU 15 AOÛT AU 9 NOVEMBRE 2009

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

PERMIS RESTRICTIFS	LIEU D'EXERCICE	PERMIS RESTRICTIFS	LIEU D'EXERCICE
Arévalo Centeno, Ruben Dario	Drummondville	Marot, Jean-Paul	Lévis
Bernard, Sophie	Montréal	Mehrabian, Ali	Montréal
Castel, Hélène	Montréal	Ojanguren, Andrea Amadi	Montréal
De Angelis, Flavia	Greenfield Park	Potter, Brian James	Westmount
Eisendrath, Pierre	Montréal	Roberge, Laurence	La Tuque
Emeriaud, Guillaume	Montréal	Romanelli, Giovanni	Montréal
Froehlich, Patrick	Montréal	Sirdar, Marie-Ève	Montréal
Kawerk, Jacques	Salaberry-de-Valleyfield	Smith, Benjamin	Montréal
Kong, Wei Lin	Brossard		
Lachance, Philippe	Québec		
Mardigyan, Vartan	Montréal		

PÉRIODE : DU 15 AOÛT AU 9 NOVEMBRE 2009

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
Asselin, Fannie	Trois-Rivières	ANESTHÉSIOLOGIE		MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET INFECTIOLOGIE	
Bernier-Dutrisac, Anne-Marie	Cap-aux-Meules	Cormier, Rachel	Drummondville	Allard, Catherine	Sherbrooke
Boucher, Catherine	Charny	CARDIOLOGIE		NEUROLOGIE	
Boutet, Annie	Otterburn Park	Beaudoin, Jonathan	Québec	Botez, Stephan	Montréal
Bruneau, Geneviève	Montréal	Gilbert, Philippe	Québec	Dahan, Benjamin	Montréal
Cernovitch, Karl	Montréal-Ouest	Nault, Isabelle	Québec		
Dahan, Karen	LaSalle	Piazza, Nicolo	Rotterdam	OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE	
Daneault, Mathieu-Jacques	Québec	CHIRURGIE GÉNÉRALE		Bakare, Stephanie Omotayo	Pointe-Claire
Demers, Mireille	Montréal	Arena,		Gamache, Nathalie Danielle	Gatineau
Gagnon Trottier, Ariane	Sept-Îles	Orazio Rinaldo Goffredo	Montréal	Merovitz, Lisa Beth	Montréal
Giannelis, Taxiarchoula	Montréal	Vanounou, Tsafirir	Montréal	Reinblatt, Shauna Leigh	Montréal
Godin, Marie-Ève	Saint-André-Avellin	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE		Rousseau, Julie-Anne	Québec
Guirguis, Nancy	Gatineau	Matar, Wadih Youssef	Gatineau	PÉDIATRIE	
Houde, Marie-Christine	Saint-Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE		Dassa, Justine	Montréal
Khattabi, Mona	Montréal	Perreault, Isabelle	Montréal	Nogarede, Annick	Montréal
Labelle, Martine	Montréal	Sauvageau, Johanne	Saint-John	PSYCHIATRIE	
Labonté, Geneviève	Plessisville	DERMATOLOGIE		Bouayed, Rita	Longueuil
Lacouture Quintero,	Montréal	Dion, Pierre-Luc	Lévis	Lajoie, Geneviève Catherine	Québec
Astrid Paola		ENDOCRINOLOGIE		Saint-Aubin, Catherine	Montréal
Lalonde, Stéphanie	Saint-Laurent	Olivier, Patricia	Montréal	RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
Langevin, Julie	Courcelette	GASTRO-ENTÉROLOGIE		Chau, Luc	Québec
Laporte, Guy	Sept-Îles	Robichaud, Pascal	Lévis	Sygal, Vitaly	Montréal
Lavoie-Lévesque, Josiane	Trois-Rivières	HÉMATOLOGIE		RADIO-ONCOLOGIE	
Lobel-Buch, Mark	Hampstead	Marquis, Katherine	Rimouski	Bouchard, Myriam	Fleurimont
Martel, Rose	Gaspé	MÉDECINE INTERNE		Kopek, Neil Jeremy	Montréal
Ouellette, Chantal	Granby	Dascalu, Petronela	Pointe-Claire	UROLOGIE	
Taillefer, Simon	Saint-André-Avellin	Fréchette, Dominique	Gatineau	Riddell, Jonathan Van Buren	Belleville
Tshibumbu, Josiane Mujinga	Montréal	Leclair, Marc-André	Sherbrooke	Zorn, Kevin	Dollard-des-Ormeaux
Turcotte, Karine	Chandler	St-Georges, Catherine	Drummondville		
		Walker, Caroline	Chandler		



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

STATUT :

Marié

SUR UNE ÎLE DÉSERTÉ, VOUS APPORTEZ :

Ma famille

UN PLAT RÉCONFORTANT :

Soupe tonkinoise

UN VOYAGE INOUBLIABLE :

La Toscane

VOTRE PLUS BELLE RÉUSSITE PERSONNELLE :

Mes enfants

VOTRE PLUS BELLE RÉUSSITE PROFESSIONNELLE :

L'équipe multidisciplinaire d'ORL à Notre-Dame

UN REMÈDE QUAND TOUT SEMBLE DIFFICILE :

Écouter de la musique

UN OBJECTIF À ATTEINDRE :

La sérénité à tous les jours

UN CONSEIL À DONNER AUX JEUNES MÉDECINS :

Foncer, foncer, foncer

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

Avoir un environnement de travail à la hauteur de nos aspirations

SI VOUS N'ÉTIEZ PAS MÉDECIN, VOUS SERIEZ :

Musicien

POUR ASSURER UNE MÉDECINE DE QUALITÉ, IL FAUT :

Viser l'excellence, peu importe le prix

VOUS AIMERIEZ PASSER AUX RAYONS X VOUS AUSSI ?

Écrivez-nous à collegedesmedecins@cmq.org

NOM : Nguyen-Tan, Phuc Félix

SPÉCIALITÉ : Radio-oncologie

ÂGE : 40 ans

LIEU D'EXERCICE :

CHUM Hôpital Notre-Dame



Logiciels INFO-DATA, la référence en facturation médicale

FAITES
VOTRE
CHOIX

Quelque soit l'outil de facturation que vous désirez utiliser, sachez que Logiciels INFO-DATA offre ce service :

■ AGENCE DE FACTURATION

- ▶ service personnalisé
- ▶ facturation rapide
- ▶ pour tout type de facturation et de pratique

■ LOGICIEL DE FACTURATION

- ▶ mises à jour gratuites
- ▶ disponible sur PC et Mac
- ▶ nombreux automatismes accélérant votre saisie