

Le Collège

Réinventer l'exercice de la profession




ENVOI DE PUBLICATIONS CANADIENNES CONTRAT DE VENTE N° 40063038

> La médecine de famille: une spécialité?



- > COLLOQUE 2009
Comblen les besoins de main-d'œuvre médicale
- > CAS CLINIQUES POUR VOTRE PRATIQUE
La cessation de traitement
- > DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ
Quelles sont les règles?
- > PLAN DE DPC DU COLLÈGE
Réponses aux questions les plus fréquentes



LE CHOIX NATUREL DES OMNIS

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

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

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

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



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

Vous n'êtes jamais seul...

De récents événements rapportés dans les médias ont fait état de la détresse psychologique que peuvent vivre certaines personnes, au point où des gestes irréparables sont parfois posés. En raison de ses lourdes responsabilités, le médecin est, lui aussi, vulnérable. Confronté à toutes sortes de situations parfois difficiles à gérer au plan professionnel, vivant un stress souvent intense, il peut se sentir particulièrement démuni, d'autant plus s'il éprouve des problèmes personnels importants.

Face à cette situation, le médecin peut se tourner vers des personnes phares dans sa vie ou recourir à certains organismes offrant une aide ponctuelle. Je pense entre autres au directeur des services professionnels, au chef du département, au maître de stage pour le résident en médecine, au Programme d'aide aux médecins du Québec et j'en passe. Il existe plusieurs ressources précieuses.

Pour ma part, comme psychiatre, j'ai souvent dû faire face à la réalité douloureuse de mes patients. Mon expérience professionnelle et mon propre vécu m'ont poussé à rechercher des avenues nouvelles pour m'appuyer et me fournir certains outils afin de me permettre de continuer d'avancer.

Je voudrais partager avec vous certaines idées qui m'ont aidé et m'aident encore aujourd'hui. J'ai établi ce que j'appelle mon conseil d'administration personnel. Celui-ci est composé de gens de tous les domaines qui peuvent m'aider sur différents plans. Nous mettons en commun nos connaissances et nos expériences diversifiées au service des uns et des autres.

J'ai eu également la chance d'avoir des mentors qui m'ont conseillé dans mon cheminement de carrière et dans ma vie personnelle. Pour moi, le mentor est à la fois un modèle, un professeur et un ami. En médecine, la relation entre le résident en médecine et le patron est un bon exemple de mentorat. Quand le « mentoré » prend conseil auprès de son mentor, ce dernier a l'impression de participer à la réalisation d'un monde meilleur. L'échange va donc dans les deux sens et rapporte à tout le monde.

Bien entouré, il devient sans aucun doute plus facile de faire face aux difficultés qui surgissent inévitablement sur notre parcours.

Rappelez-vous que vous n'êtes jamais seul.

Je vous souhaite de rechercher et d'obtenir tout l'appui dont vous avez besoin dans des moments difficiles et, en cette période estivale propice au ressourcement, je vous souhaite du repos et du plaisir avec les vôtres.

**Le président-directeur général,
Yves Lamontagne, M.D.**



You are never alone...

Recent media reports have drawn attention to the psychological distress experienced by certain people, to the point that some actually commit what turn out to be irreparable actions. Due to the heavy responsibilities they bear, doctors can also be vulnerable to such distress. Confronted with all kinds of professional pressures that may be very difficult to deal with, and frequently living under intense stress, they can come to feel extremely overwhelmed, particularly when significant personal problems are added to their burden.

In such situations, physicians may turn to people who are especially important to them or to certain organizations that offer the help required. These could include the director of professional services, the head of their department, the supervising professor in the case of medical residents, or the Quebec Physicians' Health Program. There are indeed several valuable resources available.

ment, the supervising professor in the case of medical residents, or the Quebec Physicians' Health Program. There are indeed several valuable resources available.

For my part, as a psychiatrist, I was often confronted with the painful realities of my patients. My professional and personal experiences have impelled me to seek out new avenues of support and to equip myself with various tools that could allow me to move forward. I would like to take this opportunity to share certain insights with you that have helped and continue to help me today. I have established what I call my personal board of directors, which is composed of people with a varied range of backgrounds who can assist me in different ways. Together, we pool our knowledge and diverse experience in order to be able to help one another.

I have also had the chance to benefit from mentors who have advised me throughout the course of my career and in my personal life. For me, a mentor is a model, a professor, and a friend all rolled into one. In our field, the relationship between the medical resident and his physician teacher is a good example of mentorship. When the «mentoree» takes guidance from his/her mentor, the latter has the impression of participating in the building of a better world. As such, the exchange works both ways and in favour of each party.

With a solid support network, there is no question that it is easier to overcome the difficulties that we must all inevitably deal with in our day-to-day practice and lives. Remember that you are never alone...

I encourage you to be sure to seek out the support you need to overcome the tough hurdles. And as the summer season approaches, I hope you will take advantage of the opportunity to recharge your batteries and enjoy some relaxing and gratifying time with your loved ones.

**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
2^e trimestre 2009
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel: collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 Vous n'êtes jamais seul...

MISE AU POINT

5 La médecine de famille: une spécialité?

À LA UNE

6 Colloque 2009: combler les besoins de main-d'œuvre médicale

À L'AGENDA

10 Conférences de presse

11 Publications

11 Participation du Collège à la Table de concertation sur l'accès aux médecins
de famille et aux services de première ligne

À L'HONNEUR

12 Grand prix 2009 du Collège des médecins

12 Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec

NOUVEAUTÉS SITE WEB

13 www.cmq.org

LES MANCHETTES

14 Cas clinique pour votre pratique

15 La transmission des ordonnances par télécopieur

15 Antiviraux contre l'influenza

17 Questions de pratique

20 Questions et réponses liées au partage des activités médicales

27 Avez-vous rempli le sondage *Que pensez-vous de votre revue?*

GROS PLAN SUR UN COMITÉ

18 Ce qu'il faut savoir sur le comité des études médicales et de l'agrément

DOSSIER DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

21 Réponses aux questions soulevées par le plan de DPC du Collège des médecins

MÉDICAMENTS

23 Avis, mise en garde et retraits

23 La surveillance de l'analgésie à l'urgence: encore trop souvent inappropriée

24 SAVIEZ-VOUS QUE...

25 COIN DES LECTEURS

27 ATELIERS ET FORMATION

28 AVIS DE RADIATION

29 AVIS DE DÉCÈS

30 NOUVEAUX MEMBRES

ENSACHÉS AVEC CE NUMÉRO

■ *Douleur chronique et opioïdes: l'essentiel* - Lignes directrices

■ *Règlement modifiant le Code de déontologie des médecins* - Le Collège vous consulte



La médecine de famille : une spécialité?

C'est en 2007, après sept ans de travaux assidus, que le Collège des médecins du Québec (CMQ) complétait l'harmonisation des examens de fin de formation postdoctorale avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Dès lors, les résidents en médecine du Québec et du reste du Canada n'avaient plus à passer deux examens pour avoir le droit d'exercer au Québec et au Canada, mais un seul.

À l'ère des échanges transfrontaliers nationaux et internationaux, le mouvement de normalisation des formations et des exigences aux fins de délivrance d'un permis d'exercice de la médecine est lancé et irréversible. Les orientations politiques récentes sur la mobilité de la main-d'œuvre professionnelle ne font qu'accélérer un processus déjà bien amorcé.

Pour faciliter la reconnaissance des équivalences de formation et de compétence entre les juridictions au Canada, la suite logique à l'harmonisation des examens est l'harmonisation des spécialités elles-mêmes. À ce jour, le CMQ reconnaît 35 spécialités et la médecine de famille, alors que le CRMCC en reconnaît 62 avec examens et que le CMFC reconnaît la médecine de famille comme une spécialité à part entière. Le Collège a décidé de saisir l'occasion offerte par les accords sur la mobilité de la main-d'œuvre pour harmoniser l'ensemble des spécialités entre le Québec et le reste du Canada. C'est ainsi que, depuis bientôt un an, un groupe de travail du CMQ révisé le Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste qui devrait être adopté par le Conseil d'administration en octobre prochain. À l'issue de cet exercice, le Collège devrait reconnaître la médecine de famille comme une spécialité à part entière. Ceci permettrait la délivrance d'un certificat de spécialiste en médecine de famille, en lieu et place de l'attestation de formation délivrée depuis 2006, et confirmerait l'importance de cette discipline médicale reconnue par tous comme indispensable.

Dans le contexte de la reconnaissance des nouvelles spécialités, il est prévu de mettre en place des mécanismes de reconnaissance des médecins déjà en exercice dans ces spécialités par ce que l'on appelle des clauses de droits acquis. De tels mécanismes sont prévus pour toutes les spécialités, incluant la médecine de famille. Dans ce dernier cas, la reconnaissance de la spécialité devrait être automatique et rétroactive à la date où l'examen de médecine de famille a commencé à être requis (1990). Par ailleurs, ces changements fonctionnels ne modifieront en rien la mission ou la représentativité des fédérations médicales. Pour suivre le dossier, vous êtes invités à consulter régulièrement notre site Web (www.cmq.org).

Le secrétaire,
Yves Robert, M.D.
yrobert@cmq.org



Family Medicine: A Specialty?

In 2007, after seven years of diligent effort, the Collège des médecins du Québec (CMQ) completed the harmonization of final postdoctoral exams with the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPS) and the College of Family Physicians of Canada (CFPC). From that point on, medical residents in Quebec and the rest of Canada are no longer required to pass two exams to be eligible to practice in Quebec, but only one.

In this era of worldwide exchange, the movement to standardize training and requirements for the issuance of permits to practice medicine is forging ahead full steam and is irreversible. Moreover, recent political orientations concerning the mobility of professional work-

force have served to further accelerate this process.

In order to facilitate the recognition of training and competency equivalences between Canadian jurisdictions, the logical next step to the harmonization of exams is the harmonization of specialties themselves. To date, the CMQ recognizes 35 specialties and family medicine, while the RCPS recognizes 62 with exams, and the CFPC recognizes family medicine as a full-fledged specialty. The Collège has decided to take advantage of the opportunity offered by the agreements on the labour mobility to harmonize all specialties between Quebec and the rest of Canada. In so doing, for close to a year now, a CMQ workgroup has been focused on revising the Regulation respecting the terms and conditions for the issuance of the permit and specialist's certificate, which should be adopted by the Board of Directors next October. Upon completion of this exercise, the Collège should recognize family medicine as a full-fledged specialty as well. This would allow for the issuance of family medicine specialist certificates instead of the training certificates issued since 2006. It will also serve to confirm the importance of this medical discipline, which is widely acknowledged as being indispensable.

Within the context of the new specialties being recognized, it is anticipated that mechanisms will be implemented for the recognition of doctors already practicing in these specialties under the so-called "grandfather clause". Such mechanisms are envisaged for all specialties, including family medicine. In the case of that particular specialty, recognition should be automatic and retroactive to the date on which the family doctor's exam became obligatory (1990). It should be noted that these functional changes will in no way modify the mission or representativeness of medical federations. For the latest developments on this front, I invite you to consult our website (www.cmq.org) regularly.

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

COLLOQUE 2009 : COMBLER LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE

COMBLER LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE EXIGE AUSSI DE REPENSER L'EXERCICE DE LA PROFESSION. TEL ÉTAIT LE DÉFI LANCÉ PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS À L'OCCASION DE SON COLLOQUE ANNUEL LE 15 MAI DERNIER, AU CHÂTEAU FRONTENAC, À QUÉBEC.

Six conférenciers ont répondu à cette invitation et ont présenté leurs visions et leurs solutions. Trois thèmes ont été abordés: la contribution des facultés de médecine, la mobilité de la main-d'œuvre médicale et les approches interprofessionnelles.

En conférence d'ouverture, le docteur Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux, s'est adressé aux quelque 260 participants. À cette occasion, il a tracé un portrait de la situation et des moyens entrepris pour y faire face, notamment la promotion du travail en interdisciplinarité et la création de groupes de travail, issus de la table de concertation sur la médecine de famille, qui se pencheront sur la valorisation de la médecine de famille, l'amélioration de l'organisation et de la prestation des soins. Un comité a également été formé sous la



Dr Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux

présidence du Dr Vincent Échavé pour élaborer des recommandations pour un meilleur encadrement ou accompagne-

ment des candidats en médecine formés à l'étranger. Ce comité doit déposer son rapport prochainement.

LA CONTRIBUTION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Le premier thème abordé était celui de la contribution des facultés de médecine. Ses représentants ont expliqué comment les facultés de médecine ont réussi à relever le défi de former un nombre croissant de médecins en créant de nouveaux pôles de formation tels que le campus en Mauricie et le campus de Saguenay. Ils ont présenté les moyens utilisés pour développer ces nouveaux pôles de formation, les conditions requises pour réussir un projet semblable ainsi que les résultats obtenus jusqu'à présent.

UN CONCEPT INNOVATEUR: LA DÉLOCALISATION DE LA FORMATION

Le Dr Raymond Lalande, vice-recteur aux

études de l'Université de Montréal, a fait état de la progression fulgurante des inscriptions en médecine à l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke depuis 2000 par comparaison à d'autres universités nord-américaines. La délocalisation de la formation a permis de répondre à cette augmentation de la clientèle étudiante et de former des médecins pour œuvrer en régions éloignées. Cette solution s'est avérée plus simple, plus rapide et plus économique que d'implanter une nouvelle faculté de médecine. La création de nouveaux pôles de formation a toutefois représenté un défi complexe, nécessitant plusieurs interventions et faisant appel à de nombreux acteurs de la société.

Le Dr Lalande a souligné que le concept «une université, plusieurs campus» est soumis à un partage de caractéristiques similaires: mêmes contenus, même approche pédagogique, même encadrement étudiant, mêmes critères d'agrément nord-américains et, enfin, même diplôme, mêmes compétences.

Pour orienter l'avenir, une évaluation sera faite pour comparer l'enseignement et les résultats des étudiants en cours et en fin de formation, pour mesurer l'influence des caractéristiques des programmes et des étudiants sur le développement de la main-d'œuvre et, enfin, analyser les impacts régionaux.

COMMENT TRANSFORMER UNE RÉGION EN PÉNURIE D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN UNE RÉGION UNIVERSITAIRE (MÉDICALE) EN 6 ANS

Le campus Mauricie / Université de Montréal

Le Dr Pierre Gagné, vice-doyen à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal Campus Mauricie, a rappelé d'entrée de jeu la situation qui prévalait en Mauricie jusqu'à tout récemment: une pénurie chronique de médecins, un sentiment d'abandon (beaucoup de promesses, peu de réalisations), un drame personnel et social ressenti par la population lors de la fermeture de l'urgence du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie (CSSS de l'Énergie).

La création du campus Mauricie, dont la formation de la première cohorte de 29 étudiants sera complétée en juin 2009, est un projet commun de l'Université de Montréal et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, en partenariat avec l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et le CSSS de l'Énergie (Shawinigan).

Pour mettre en œuvre ce projet, il a fallu tenir compte notamment de la spécificité des milieux, des besoins de la communauté, du recrutement et de la formation des professeurs, du maintien

d'une formation et d'un encadrement de qualité, et procurer à l'étudiant un cadre de vie qui l'incite à faire de la Mauricie son *alma mater*.

Plusieurs facteurs ont permis la réussite de ce projet: la mobilisation des médecins envers l'éducation médicale et l'amélioration de l'accès aux soins de santé en misant sur la rétention des médecins formés sur place. Aussi, le fait d'avoir un petit nombre d'étudiants et la présence d'une université locale (UQTR) déjà impliquée tant en santé, en interdisciplinarité, en recherche que dans la communauté étaient des atouts.

Sur le plan de l'effectif médical, les données préliminaires laissent présager un bilan positif: le Dr Gagné note une augmentation du nombre de médecins dans la région et une diminution de la moyenne d'âge, malgré une diminution du nombre de finissants au Québec.

FORMER DES MÉDECINS EN RÉGION: EXIGEANT MAIS POSSIBLE

Le campus Saguenay / Université de Sherbrooke

Le Dr Mauril Gaudreault, doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke, a présenté les conditions favora-

bles à une délocalisation de la formation médicale à Saguenay ainsi que les principales caractéristiques du programme de formation.

Ce programme a pu voir le jour grâce à deux grands partenaires: l'Université du Québec à Chicoutimi et l'Hôpital de Chicoutimi. La mobilisation du milieu, la présence d'un hôpital régional désigné affilié universitaire qui possédait déjà une tradition d'enseignement et un leadership régional, et l'accès à une université régionale ont contribué à la réussite du projet.

Celui-ci a été initié en 2004 et, en 2006, 24 étudiants étaient admis en première année. En juin 2010, les premiers étudiants obtiendront leur diplôme. Ceux-ci auront reçu une formation médicale en tout point identique à celle offerte à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, par une équipe professorale composée essentiellement de médecins de la région et formés par l'Université de Sherbrooke.

Tout en formant des docteurs en médecine avec des compétences comparables à celles de ceux formés à Sherbrooke ou ailleurs, le programme de formation à Saguenay se distingue par certaines caractéristiques: une orientation vers les communautés, une pratique en milieux éloignés des grands centres, un travail interdisciplinaire et l'utilisation de nouvelles technologies.

Bien que ce projet soit exigeant en termes de ressources médicales et que, considérant son caractère novateur, des ajustements constants soient nécessaires, il s'avère un succès. Il est mobilisateur pour les équipes médicales (78 professeurs indéfectibles) et le modèle sur deux sites (université-hôpital) se révèle extrêmement positif pour les étudiants et le projet lui-même.

«Ces 20 années de travail à développer l'enseignement médical en région nous apportent la conviction qu'une région et ses institutions contribuent avantageusement à la formation médicale et à la qualité de celle-ci», de conclure le Dr Gaudreault.



De gauche à droite, Dr Mauril Gaudreault, Dr Raymond Lalande et Dr Pierre Gagné

LA MOBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE

Le deuxième sous-thème abordé était celui de la mobilité de la main-d'œuvre médicale. Le docteur Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins du Québec (CMQ), a présenté l'origine et le contexte de ces démarches qui visent à faciliter la mobilité des médecins entre les provinces et territoires canadiens et entre le Québec et la France. Chacun des accords et leurs conditions d'application ont été détaillés.

UNE IDÉE, UNE VOLONTÉ POLITIQUE ET DES OUTILS

En février 2008, le premier ministre du Québec, M. Jean Charest, accompagné de six de ses 18 ministres, est venu rencontrer le Conseil interprofessionnel du Québec regroupant les 45 ordres professionnels du Québec. Il a alors fait part de la volonté du gouvernement de développer un nouvel espace économique pour le Québec. La première étape de ce processus passe par la levée des barrières à la reconnaissance des compétences et à la délivrance de permis d'exercice pour tous les métiers et toutes les professions réglementés sur simple détention d'un tel permis dans une des juridictions canadiennes ou entre la France et le Québec. À l'occasion de cette rencontre, il invitait les ordres professionnels à collaborer à son initiative soutenue par une volonté politique clairement exprimée.

La motivation première, de nature économique, était de faciliter les échanges de biens, de services et de compétences entre les juridictions concernées par la signature des accords sur la mobilité de la main-d'œuvre. La profession médicale n'était concernée que parce qu'il s'agissait d'une profession. L'objectif de ces accords n'était pas de trouver une solution à la pénurie de main-d'œuvre médicale, qui reste un problème entier pour toutes les juridictions concernées.

UN REGARD VERS L'EST : LA FRANCE

Dans la perspective de développement de l'espace économique du Québec, le gouvernement tourne ses yeux vers l'Union



Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins du Québec

Européenne. Dans ce contexte, la signature d'un accord sur la mobilité de la main-d'œuvre à l'occasion des fêtes du 400^e anniversaire de la ville de Québec et du Sommet de la Francophonie le 17 octobre 2008 avait valeur de symbole. À cette occasion, le CMQ et le Conseil national de l'Ordre des médecins de France (CNOMF) signaient une lettre d'intention à l'effet de conclure un arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) avant la fin 2009. L'ARM prévoit les éléments suivants :

- conformément à l'accord-cadre, il est limité aux seuls médecins diplômés dans une faculté de médecine du Québec ou de la France;
- il est établi sur une base de réciprocité;
- il ne concerne que la délivrance des permis d'exercice, à l'exclusion de l'accès à un poste ou l'application de mesures gouvernementales visant la répartition géographique de la main-d'œuvre médicale (ex. : PREM, PEM, AMP).

Pour le médecin français désirant obtenir un permis d'exercice au Québec, la voie du permis restrictif ouvrant vers

le permis régulier après cinq ans est celle qui sera prévue à l'entente selon les mêmes modalités qui prévalent présentement, à l'exception de l'examen de français et de l'examen de sciences cliniques, desquels les médecins français sont exemptés.

Pour le médecin québécois désirant obtenir un permis d'exercice en France, une modification législative, en cours d'adoption, était nécessaire pour tenir compte des accords européens engageant la France. Cette nouvelle loi permettra au ministre de la Santé de la France de délivrer un permis d'exercice à un médecin québécois, en vertu de l'entente France-Québec, sur recommandation du CNOMF qui reconnaît actuellement les certificats de spécialiste délivrés par le CMQ, incluant la médecine de famille. Les pourparlers en cours devraient permettre de finaliser l'ARM d'ici la fin 2009. Toutefois, pour sa mise en œuvre, des lois et règlements devront être adoptés de part et d'autre, ce qui devrait permettre une pleine application au cours de l'année 2010.

**UN REGARD VERS L'OUEST:
DE L'ONTARIO AU RESTE DU CANADA**

Adopté au milieu des années 1990, l'Accord de commerce intérieur (ACI) canadien visant à lever les barrières au commerce intérieur n'a jamais véritablement été mis en application de façon ferme à travers le Canada. En juillet 2008, alors que M. Jean Charest présidait le Conseil de la fédération réunissant tous les premiers ministres des provinces et des territoires, la décision a été prise d'amender le chapitre 7 de l'ACI traitant de la mobilité de la main-d'œuvre pour accélérer l'adoption de mesures imposant le principe de la délivrance de «permis sur permis» à l'ensemble des métiers et professions réglementés au Canada. C'est ainsi que tous les ministres de l'emploi ont signé en décembre 2008, et les premiers ministres en janvier 2009, le nouveau chapitre 7 dont l'application était officiellement fixée au 1^{er} avril 2009.

Tout au long de ce processus, les collèges de médecins du Canada n'ont pas été consultés. La situation de la profession médicale au Canada est singulière dans la

mesure où: 1) toutes les juridictions souffrent d'une pénurie, 2) la répartition de la main-d'œuvre est inégale d'une province à l'autre et à l'intérieur de chaque province et 3) les critères de délivrance de permis varient d'une juridiction à l'autre.

DEUX PRÉOCCUPATIONS ÉMERGENT:

- le maintien des normes de qualité de la médecine à travers le pays par l'établissement de normes nationales;
- le maintien d'une offre de services médicaux dans toutes les régions du pays.

C'est dans ce contexte que le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO) et le CMQ ont signé une entente le 2 avril 2009 pour reconnaître réciproquement le processus administratif menant à la délivrance d'un permis d'exercice pour les médecins en détenant un, sans restriction ou limitation. Chaque Collège est prêt à délivrer un permis d'exercice à un médecin de l'autre province sur simple réception d'un certificat de conduite professionnelle conforme. Ce type d'entente pourra rapidement être appliqué à l'en-

semble des collèges de médecins canadiens. Des clauses de droits acquis sont prévues pour les médecins détenteurs d'un permis d'exercice avant 1994. Une nouvelle norme nationale est ainsi instaurée par les deux collèges comptant le plus grand nombre de membres au Canada.

Du côté de la Fédération des ordres de médecins du Canada et des gouvernements, des actions visant à établir un échéancier respectueux des enjeux de protection du public et des ajustements réglementaires des collèges sont en cours.

DES ENJEUX QUI ÉVOLUENT...

Incontestablement, les accords sur la mobilité de la main-d'œuvre médicale répondent aux exigences d'un nouvel environnement sociologique et politique. Loin d'être négatifs, ils offrent une occasion pour cheminer vers l'établissement de normes de qualité d'exercice et de formation, nationales et internationales. La profession médicale est en mutation et ne pourra qu'accepter l'invitation à s'adapter que lui offre la globalisation des rapports humains.

LES APPROCHES INTERPROFESSIONNELLES

L'APPORT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS SPÉCIALISÉS (IPS)

Qui sont ces IPS? Quelle est leur formation? Quel est leur rôle? Quelle est leur contribution dans un contexte de pénurie de ressources et d'accessibilité réduite aux services médicaux?

En troisième partie du colloque, les réponses à ces questions ont été fournies par Madame Diane Morin, doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, et Madame Louise Hagan, directrice des programmes de 2^e cycle en sciences infirmières de l'Université Laval.

QUI SONT-ELLES?

Une IPS «dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et des soins médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spé-

cialité, tenant compte de leur expérience en matière de santé. Pour ce faire, les IPS doivent posséder l'expertise liée à un domaine clinique spécialisé. Cette expertise repose sur une solide expérience dans le domaine et sur une formation de 2^e cycle en sciences infirmières et en sciences médicales». Les IPS peuvent prescrire des examens diagnostiques, des techniques diagnostiques effractives, des médicaments et autres substances, des traitements médicaux, et effectuer des techniques et des traitements effractifs.

QUELLE EST LEUR FORMATION?

Il s'agit d'un programme de formation de deux ans (6 sessions à temps complet) qui mène à l'obtention d'une maîtrise en sciences infirmières (M. Sc.) et à un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS). Quatre certifications sont offertes:



De gauche à droite, Mme Diane Morin et Mme Louise Hagan

en cardiologie, en néphrologie, en néonatalogie et en soins de première ligne.

QUEL EST LEUR RÔLE?

Parmi les activités médicales que le

Suite à la page 10 >>

Suite de la page 9 >>

médecin peut partager avec l'IPS, on retrouve: l'évaluation de l'état de santé et les tests diagnostiques et de dépistage pour un problème de santé courant ou un suivi de maladie chronique stable, le traitement et la gestion des problèmes de santé courants, la promotion et l'éducation à la santé et le suivi de grossesse (< 32 semaines).

QUEL EST LEUR APPORT?

La collaboration médecin-IPS contribue à l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des soins de même qu'à la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. L'IPS est un partenaire qui a un rôle complémentaire à celui du médecin. Ce partenariat permet aussi de réduire la charge de travail du médecin par une réorganisation des services et d'allouer les bonnes ressources aux besoins spécifiques des clientèles, en utilisant de façon optimale le potentiel et les compétences de chacun.

Enfin, Madame Morin soulève certaines préoccupations qui subsistent: malgré l'intérêt des milieux, on note très peu d'inscriptions en néphrologie et en cardiologie. Aussi, bien qu'il y ait une forte demande en soins de première ligne, le déploiement des stages est difficile, faute de ressources médicales et de financement. Elle mentionne aussi que la rémunération des médecins enseignants n'est pas reconnue dans le financement des facultés de sciences infirmières.

En terminant, comme le souligne Madame Morin, une «mobilisation conjointe médecin-IPS est nécessaire pour faire de cette innovation une réalité effective, efficace et efficiente», de telle sorte que les services pouvant être offerts par des IPS puissent prendre l'essor nécessaire pour faire une réelle différence.

Merci aux conférenciers et conférencières qui ont généreusement partagé leurs expériences et alimenté notre réflexion.



<http://www.cmq.org>

(section Membres, Toutes les nouvelles)

CONFÉRENCES DE PRESSE

La pathologie médicale au Québec

À LA SUITE DE LA DEMANDE REÇUE LE 28 MAI DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC A FAIT LE POINT SUR LA SITUATION DE LA PATHOLOGIE MÉDICALE AU QUÉBEC AU COURS D'UNE CONFÉRENCE DE PRESSE TENUE LE 1^{ER} JUIN. IL A RECOMMANDÉ AU MINISTRE DE METTRE EN PLACE UN PROGRAMME D'ASSURANCE-QUALITÉ EXTERNE SYSTÉMATIQUE ET OBLIGATOIRE POUR RÉDUIRE LES DISPARITÉS QUI PEUVENT EXISTER D'UN LABORATOIRE À L'AUTRE.



Dans un souci d'assurer les meilleurs soins possibles aux patients du Québec, le comité exécutif du Collège a nommé un enquêteur en vertu de l'article 16 de la Loi médicale. Il s'agit du Dr Louis A. Gaboury,

pathologiste, qui est aussi à l'origine de l'étude rendue publique le 27 mai. De plus, le comité exécutif a recommandé au ministre de mettre en place un comité d'experts pour présenter, dans les meilleurs délais, un plan d'action pour prendre en charge et assurer le suivi approprié des patients ou patientes qui auraient pu faire l'objet de tests erronés.

Le Collège entend recommander au ministre de prendre toutes les mesures nécessaires dans le domaine de la pathologie médicale pour permettre aux médecins d'assurer à leurs patients les meilleurs soins possibles et informera la population du suivi de ses recommandations.

Accord historique sur la mobilité de la main-d'œuvre

Le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario ont signé, le 2 avril dernier, un accord qui favorise la mobilité de la main-d'œuvre entre les deux provinces. Cette entente donne la possibilité à un médecin titulaire d'un permis sans limitation et sans restriction au Québec d'obtenir automatiquement un permis d'exercice pour pratiquer la médecine en Ontario et à un médecin titulaire d'un permis sans limitation et sans restriction en Ontario d'avoir un permis d'exercice pour travailler en sol québécois.



Les docteurs Yves Lamontagne et Rayudu Koka, présidents des deux ordres professionnels

En prévision de cette entente, le Collège a adopté en décembre dernier un projet de réglementation présentement à l'étude à l'Office des professions du Québec.

Pour connaître les réactions de vos collègues à ce sujet, nous vous invitons à lire leurs commentaires en page 25.

PUBLICATIONS

Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel



Cette publication est jointe au numéro été 2009 de la revue *Le Collège* que vous avez entre les mains.

Avec ces lignes directrices, le Collège des médecins propose un cadre de référence pour les médecins qui administrent des opioïdes à des patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse (DCNC), notamment les douleurs ne répondant pas aux traitements usuels.

L'examen périodique de l'adulte



Ce document de référence a été réalisé conjointement par la Direction de santé publique, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Collège des médecins du Québec. Il se veut un aide-mémoire utile pour faciliter la prévention dans le cadre de l'examen médical périodique. Il est accompagné d'une grille sommaire à personnaliser pour chaque patient et à employer lors des visites périodiques ou de façon opportune comme outil facilitant la médecine préventive. Il est accessible dans les sites Web du Collège et de la Direction de santé publique.

CAMPAGNE DE PUB TÉLÉ À L'AUTOMNE

À LA SUITE D'UN PROCESSUS DE SÉLECTION D'AGENCE, LE COLLÈGE A CHOISI LA FIRME DÉFI COMMUNICATION MARKETING POUR LA PLANIFICATION ET LA RÉALISATION D'UNE CAMPAGNE DE COMMUNICATION QUI SERA DÉPLOYÉE À L'AUTOMNE PROCHAIN.

Le rôle du Collège et sa mission de protection du public sont méconnus. La campagne de sensibilisation aura donc comme principal objectif de communiquer la mission du Collège auprès de la population: promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.

L'utilisation du média télévisuel, média de masse par

excellence, permettra de rejoindre un grand nombre de personnes et d'avoir un impact instantané. Le message TV sera également accessible dans le site Web du Collège. Des actions de relations publiques, complémentaires à la publicité, seront aussi mises en œuvre.

Les détails de cette campagne de sensibilisation vous seront communiqués dans le prochain numéro de la revue *Le Collège*.

PARTICIPATION DU COLLÈGE À LA TABLE DE CONCERTATION SUR L'ACCÈS AUX MÉDECINS DE FAMILLE ET AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Le 17 avril dernier avait lieu la première réunion de la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne convoquée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc. Des représentants du Collège ont pris part à cette rencontre en compagnie des principaux acteurs du réseau de la santé. Tous reconnaissent l'urgence d'agir et conviennent qu'il faut trouver des solutions concrètes pour améliorer l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne.

Trois groupes de travail seront créés et auront pour mandat de se pencher sur la valorisation de la médecine de famille, l'organisation des soins et des ressources ainsi que les pratiques cliniques et la prestation de services. Le Collège compte demeurer actif dans ce dossier et fera état de l'avancée des travaux dans un prochain numéro.

GRAND PRIX 2009 DU COLLÈGE DES MÉDECINS

Dr Jean-Claude Fournon, cardiologue, Hôpital Sainte-Justine Un clinicien, un formateur et un mentor d'exception

LE 15 MAI DERNIER, LORS DE SON COLLOQUE ANNUEL, LE COLLÈGE DES MÉDECINS A DÉCERNÉ SON GRAND PRIX 2009 À UN CARDIOLOGUE EXCEPTIONNEL, LE DR JEAN-CLAUDE FOURNON. CET HONNEUR LUI A ÉTÉ REMIS EN RECONNAISSANCE DE SA CONTRIBUTION MAJEURE À L'ÉVOLUTION DE LA PROFESSION MÉDICALE ET POUR SOULIGNER SON SENS PROFOND DE L'ENGAGEMENT AUPRÈS DE SES PATIENTS, DE SES ÉTUDIANTS ET DE LA COLLECTIVITÉ.



Le Dr Jean-Claude Fournon, entouré de ses petits-enfants

D'origine haïtienne, le docteur Fournon a suivi sa formation médicale à Port-au-Prince et à Montréal et exerce la médecine depuis plus de 40 ans. De 1965 à 1967, il a fait un fellowship sous la supervision du professeur Abraham Rudolph, une sommité en physiologie cardiovasculaire. Il s'est ensuite perfectionné en cardiologie fœtale, spécialité dans laquelle il est devenu à son tour une sommité mondiale et qu'il a grandement contribué à développer.

Le Dr Fournon est professeur titulaire au sein du département de pédiatrie de l'Université de Montréal depuis 1981. Il a été directeur du programme de cardiologie pédiatrique de l'Université de Montréal de 1987 à 1999. Il est aussi le fondateur, et le directeur depuis 1989, de l'Unité de

cardiologie fœtale de l'Hôpital Sainte-Justine, dont il a par ailleurs été le chef du Service de cardiologie de 1987 à 1996.

Par le biais de ses nombreuses recherches et grâce à son intérêt considérable pour la science, le Dr Fournon a grandement contribué à l'évolution de sa profession. Il a reçu plus de 70 subventions importantes pour des projets et des travaux de recherche.

Le projet qui lui tient à cœur présentement est de développer les soins de santé primaires à Haïti pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Son but est de trouver les ressources nécessaires pour former des médecins aptes à répondre aux besoins de cette clientèle en matière de santé.

Tout au long de sa carrière, de nombreux prix et distinctions ont été décernés au Dr Jean-Claude Fournon pour souligner son dévouement et ses réalisations. C'était donc au tour du Collège des médecins du Québec de saluer l'ensemble de son œuvre au sein de la communauté médicale.

PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC



Le Dr Jean-Paul Perreault, urologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

À l'occasion du colloque annuel du Collège des médecins du Québec, le 15 mai dernier, le Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec a été décerné au Dr Jean-Paul Perreault, urologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Cette distinction honorifique lui a été remise devant ses pairs en guise de reconnaissance pour son parcours professionnel impressionnant et pour son engagement dans le réseau de la santé.

PAR CAROLINE THÉBERGE, SERVICE DES COMMUNICATIONS

**WWW.CMQ.ORG**

VIDÉOS

Puisqu'une image vaut mille mots, de courtes séquences vidéos sont parfois diffusées dans le site Web lorsque l'occasion s'y prête, lors de conférences de presse ou pour entendre le Dr Yves Lamontagne, président-directeur général du Collège, sur des sujets variés. Récemment, la vidéo hommage au Dr Jean-Claude Fournon, lauréat du Grand Prix 2009 du Collège, a été ajoutée au site Web.

FRÉQUENTATION DU SITE : DES CHIFFRES ENCOURAGEANTS

Chaque mois, le site Web du Collège reçoit près de 80 000 visites. Chaque visiteur consulte environ 7 pages, pour un total de plus d'un demi-million de pages vues¹. Et comme la tendance semble indiquer une légère hausse, il y a tout lieu de croire que ces chiffres continueront d'augmenter. Plus que jamais, les médecins semblent privilégier l'Internet pour s'informer, ce qui est une excellente nouvelle : en effet, le site Web du Collège donne accès à une foule de renseignements à jour et à de nombreux documents utiles pour l'exercice de la profession médicale.

1. Chiffres tirés de Google Analytics, période du 7 janvier au 7 avril 2009.

NOUVELLE SECTION

En matière d'intimité sexuelle entre un médecin et une patiente ou un patient, le Collège affiche « tolérance zéro ».

Afin de rappeler aux médecins sa politique en la matière, le Collège a réuni à la même adresse l'information publiée à ce sujet au fil des ans.



<http://www.cmq.org>

(Section Membres, Mot-clé: Inconduite sexuelle)

SONDAGES

Avec son site Web, le Collège souhaite se rapprocher de ses interlocuteurs, qu'ils soient médecins, résidents en médecine, étudiants en médecine, personnes du public, journalistes ou autres.

Aussi a-t-il mis en place de nouveaux

modules dynamiques lui permettant de sonder les visiteurs du site sur des questions d'actualité.

Lorsque des sondages sont disponibles, faites-nous part de votre opinion, et obtenez instantanément les résultats d'ensemble aux questions posées.

3^E COLLOQUE DES DIRIGEANTS DES ORDRES PROFESSIONNELS

9 au 11 septembre 2009
Manoir Saint-Sauveur
Saint-Sauveur

POUR INFORMATION
Conseil interprofessionnel du Québec
550, rue Sherbrooke Ouest, tour Ouest,
bureau 890, Montréal (Québec) H3A 1B9

Tél.: 514-288-3574
Téléc.: 514-288-3580
Courriel: courrier@professions-quebec.org
Site Web: www.professions-quebec.org

MIEUX DÉCIDER POUR MIEUX PROTÉGER LE PUBLIC

ACTIVITÉ ORGANISÉE par le Conseil interprofessionnel du Québec
SOUS LES AUSPICES DU

3^E COLLOQUE DES DIRIGEANTS DES ORDRES PROFESSIONNELS - 9 AU 11 SEPTEMBRE 2009, MANOIR SAINT-SAUVEUR, SAINT-SAUVEUR

CAS CLINIQUES 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 ILLUSTRENT 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.

LA CESSATION DE TRAITEMENT

CAS CLINIQUE

Nancy B. est âgée de 23 ans lorsqu'elle est admise à l'hôpital. Deux ans plus tard, elle demeure totalement dépendante du respirateur en raison du syndrome de Guillain-Barré dont elle souffre. Elle demande qu'on débranche le respirateur.

Que faites-vous ?

L'exemple de Nancy B. est un cas réel soumis aux tribunaux, à Québec, en 1992. Le recours à la justice a été provoqué par l'ambiguïté vécue sur le plan clinique. En effet, le Code criminel, de juridiction fédérale, véhicule encore de nos jours des imprécisions quant aux implications légales de la cessation d'un traitement. Ce recours aux tribunaux a permis de confirmer le fait qu'un médecin qui débranche un respirateur en réponse à la requête libre et éclairée d'un patient ne commet ni un acte déraisonnable ni une négligence criminelle. Ce geste ne peut donc être considéré comme un homicide. À la lecture du jugement, il est clair qu'il s'agit d'un cas de refus de traitement et que le respect

de l'autonomie et du consentement libre et éclairé du patient prévalent dans ces cas. En fait, l'interruption de traitement pose un problème lorsque la personne ne peut cesser elle-même son traitement et que cette interruption nécessite la participation d'un tiers. En l'occurrence, le médecin devait accepter de mettre fin au traitement à la demande de Nancy B. La situation est différente lorsqu'un patient autonome refuse de poursuivre son traitement; dans ce cas, il s'agit tout simplement, pour ce patient, de cesser de se présenter pour le traitement, d'arrêter de prendre ses médicaments ou de signer un refus de traitement.

Habituellement, la question de la cessation du traitement est soulevée lorsque l'autonomie physique d'un patient est compromise. Cette question en soulève une autre, qui porte cette fois sur le traitement proportionné par opposition au traitement disproportionné.

Ces notions nous aident à mieux évaluer les choix qui sont raisonnables compte tenu du diagnostic, d'une part, et de l'intensité thérapeutique recherchée, d'autre part.

Les soins seront considérés comme proportionnés ou disproportionnés selon que l'objectif poursuivi est la guérison, le

maintien ou le soulagement du patient. Si la guérison ou même la rémission ne sont pas possibles, les soins de maintien ou de soutien peuvent être les seuls pertinents et souhaités.

Il importe que les soins de maintien ou de soutien n'entrent pas en conflit avec le devoir de soulagement auquel nul médecin ne peut se soustraire. À ce propos, le Code de déontologie des médecins précise, à l'article 58 :

«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.» L'analgésie de confort est, par exemple, une approche largement appliquée en soins palliatifs.

L'histoire de Nancy B. a mis en évidence le conflit qui, pour plusieurs, peut encore exister entre le principe du respect de l'autonomie du patient et celui du caractère sacré de la vie.

Source : ALDO-Québec, p. 146. 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)

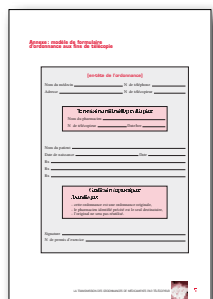
Les situations de fin de vie posent des enjeux particulièrement difficiles puisqu'elles obligent souvent le médecin à confronter ses convictions à celles du patient, en plus de devoir les concilier avec ses obligations professionnelles et des contraintes légales.

Conscient de ces difficultés, le Collège a mandaté son groupe de travail en éthique clinique pour réfléchir à la question des soins appropriés et du débat sur l'euthanasie. Le rapport du groupe de travail a été déposé au Conseil d'administration qui devrait se prononcer, en octobre 2009, sur la position officielle du Collège.

LA TRANSMISSION DES ORDONNANCES PAR TÉLÉCOPIEUR RAPPEL DES PRINCIPES À RESPECTER

DEPUIS 2007, LA TRANSMISSION D'ORDONNANCES DE MÉDICAMENTS PAR TÉLÉCOPIEUR N'EXIGE PLUS DU MÉDECIN QU'IL FASSE ENSUITE PARVENIR AU PHARMACIEN, DANS UN DÉLAI DE SEPT JOURS, L'ORDONNANCE ORIGINALE PAR LA POSTE. CEPENDANT, POUR QUE SOIENT ASSURÉS L'INTÉGRITÉ DE L'ORDONNANCE ET LE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ, LES RÈGLES DE TRANSMISSION ADOPTÉES CONJOINTEMENT PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC DOIVENT ÊTRE SUIVIES. OR, PLUSIEURS PHARMACIENS SE SONT ADRESSÉS AU COLLÈGE POUR LUI DEMANDER D'INTERVENIR AUPRÈS DES MÉDECINS QUI SEMBLENT IGNORER CES RÈGLES. LE COLLÈGE SOUHAITE DONC RAPPELER À SES MEMBRES LEURS RESPONSABILITÉS.

RESPONSABILITÉS DU MÉDECIN :



1. Signer de sa main l'ordonnance à télécopier après y avoir inscrit de façon lisible, s'ils ne s'y trouvent pas, son nom, son numéro de permis et son numéro de téléphone. Comme toute autre ordonnance, celle-ci doit respecter notamment les dispositions stipulées à l'article 3 du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin.
2. De son bureau ou de son cabinet, ou encore de l'établissement où il exerce,

télécopier ou faire télécopier l'ordonnance au pharmacien choisi par le patient. Le nom de ce pharmacien, le numéro de télécopieur, de même que la date et l'heure de la transmission, doivent figurer clairement sur l'ordonnance.

3. Certifier sur l'ordonnance qu'elle n'a qu'un seul destinataire, à savoir le pharmacien mentionné au point 2, et qu'elle ne sera pas réutilisée aux fins d'obtenir des médicaments. Cela peut être fait de façon manuscrite ou par le biais d'un formulaire pré-imprimé, ou à l'aide d'un tampon.
4. Répondre personnellement à toute demande d'authentification en provenance d'un pharmacien.
5. Verser ou faire verser l'ordonnance ainsi télécopiée au dossier du patient.

Pour assurer une communication efficace, les médecins sont invités à utiliser le modèle d'ordonnance proposé en annexe de l'énoncé de position *La transmission des ordonnances de médicaments par télécopieur*, publié en mai 2007.

Si les médecins utilisent un autre formulaire que celui proposé, celui-ci doit comporter une mention indiquant que le prescripteur certifie que :

- L'ordonnance est une ordonnance originale;
- Le pharmacien identifié précité est le seul destinataire;
- L'original ne sera pas réutilisé.



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

ANTIVIRAUX CONTRE L'INFLUENZA LE COLLÈGE INVITE SES MEMBRES À FAIRE PREUVE DE RETENUE



À l'occasion de l'alerte mondiale autour de la nouvelle souche d'influenza A(H1N1), le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec

réitérent l'avis qu'ils émettaient en 2006 et invitent leurs membres à faire preuve d'une conduite professionnelle respectant l'usage approprié des antiviraux.

Dans tout contexte de pandémie d'influenza appréhendée, ce sont les autorités de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux qui sont appelées, avec le conseil des experts dans le domaine, à définir l'usage thérapeutique ou prophylactique à faire de ces médicaments.

Ainsi, la prescription d'antiviraux sur la seule base de la demande d'un patient ne saurait constituer une justification d'ordonnance.

Les deux ordres professionnels recommandent de suivre les recommandations du directeur national de santé publique du Québec quant à l'usage des antiviraux dans le contexte d'appréhension actuelle de pandémie d'influenza A(H1N1), qui s'adapteront à la situation épidémiologique et aux recommandations des experts dans le domaine.

Pour en savoir davantage, consultez régulièrement le portail Pandémie Québec, section professionnels de la santé.



<http://www.msss.gouv.qc.ca/extranet/pandemie/index.php?accueil>



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**

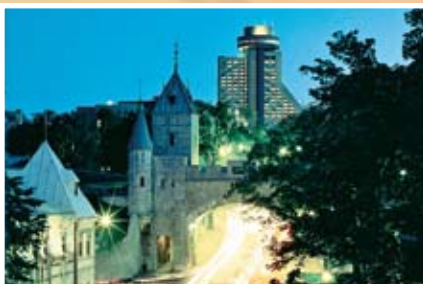
**L'ENSEIGNEMENT
ET L'ÉVALUATION:
AU-DELÀ DE L'EXPERTISE SPÉCIFIQUE**

**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



QUESTIONS DE PRATIQUE

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 CERTAINES DE CES QUESTIONS QUI, CROYONS-NOUS, PRÉSENTENT UN INTÉRÊT POUR PLUSIEURS DE NOS MEMBRES.

QUELLES SONT LES RÈGLES QUE LE MÉDECIN DOIT SUIVRE LORSQU'IL OPTÉ POUR UN DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ ?

Quel que soit le support utilisé, le médecin doit s'assurer que le dossier est complet et qu'il est notamment facile de se référer à l'observation médicale qui appuie le diagnostic.

Le médecin qui utilise un support informatique pour la constitution, la tenue, la détention et le maintien, en tout ou en partie, d'un dossier médical ou d'un dossier de recherche, doit :

1. utiliser une signature électronique;
2. utiliser, pour ses dossiers, un répertoire distinct de tout autre;
3. protéger l'accès aux données, notamment par l'utilisation d'une clef de sécurité et l'authentification des utilisateurs;
4. utiliser un logiciel de gestion de documents conçu de façon à ce que les données déjà inscrites ne puissent être ni effacées ni remplacées;
5. utiliser un logiciel permettant l'impression des données pour pouvoir, entre autres, transmettre, sur demande du patient, une copie du dossier;
6. sauvegarder, dans un autre lieu, une copie des données ainsi recueillies.

Le médecin doit employer un système permettant un classement ordonné et



l'indexation des dossiers médicaux ou des dossiers de recherche.

Le médecin doit assurer la confidentialité des dossiers médicaux et des dossiers de recherche et en restreindre l'accès aux seules personnes autorisées.

S'il y a transmission de renseignements contenus dans des dossiers médicaux et des dossiers de recherche, notamment de façon électronique, le médecin doit utiliser des méthodes et des appareils garantissant la confidentialité de ces renseignements.

Le médecin qui tient un dossier médical informatisé est tenu de respecter les autres règles sur la tenue du dossier, la détention et le maintien des effets. Il doit aussi respecter les règles d'épuration.

*Sources : Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets, 2005
La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC, guide d'exercice, Collège des médecins du Québec, 2006
L'organisation du cabinet et la gestion des dossiers médicaux, guide d'exercice, Collège des médecins du Québec, 2007*

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). Cette question-réponse, ainsi que plusieurs autres, sont accessibles dans le site Web du Collège : www.cmq.org

PAR FRANCINE MORIN, SERVICE DES COMMUNICATIONS

CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR LE COMITÉ DES ÉTUDES MÉDICALES ET DE L'AGRÈMENT

NOUS AVONS INVITÉ LE DR MARKUS MARTIN, ADMINISTRATEUR DU COLLÈGE ET PRÉSIDENT DU COMITÉ DES ÉTUDES MÉDICALES ET DE L'AGRÈMENT À RÉPONDRE À NOS QUESTIONS.

DR MARTIN, QUEL EST LE RÔLE DU COMITÉ DES ÉTUDES MÉDICALES ET DE L'AGRÈMENT (CÉMA)?

L'objectif du CÉMA est de s'assurer que la population québécoise a accès à une médecine de qualité. Si les étudiants et les résidents en médecine reçoivent une formation basée sur la qualité et l'excellence, c'est toute la population qui en bénéficie. Et je dois dire que, dans l'ensemble, le niveau de formation au Québec est élevé.

Avant que ce comité soit créé en 2006, l'agrément et les études médicales étaient sous la responsabilité du comité d'admission à l'exercice (CAE). Devant l'ampleur de la tâche, il a été décidé de scinder le CAE en trois comités distincts. Le mandat du CAE a été recentré autour de l'évaluation des titres des candidats à l'exercice de la profession médicale. Le comité sur l'évolution des disciplines médicales (CEDiM) s'est vu confier la responsabilité des demandes de reconnaissance de nouvelles spécialités et le CÉMA celle des études médicales (pré et postdoctorales) et de l'agrément des programmes, des milieux de formation et des unités de développement professionnel continu. J'ai la chance de siéger à ces deux comités et au Conseil d'administration du Collège.

En plus de s'assurer que la formation prédoctorale et postdoctorale prépare adéquatement les étudiants et les résidents à l'exercice de la médecine, le CÉMA collabore à l'élaboration des critères d'agrément du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ainsi qu'à l'agrément des programmes de formation postdocto-



rale. Cette façon de faire est particulière au Québec. À Terre-Neuve par exemple, c'est le CRMCC qui décide des agréments à accorder alors qu'ici, le Collège participe étroitement à l'agrément en collaboration avec le CRMCC et le CMFC.

Le comité établit aussi les critères d'agrément des milieux de formation postdoctorale. Outre les critères fondés sur la qualité de l'enseignement et de la formation, le comité accorde aussi de l'importance aux critères humains. Par exemple, l'accès à une chambre de repos pour un résident en médecine pourra être recommandé, le cas échéant, dans le rapport transmis à l'établissement concerné.

En matière de formation, il est évident qu'on ne peut pas tout faire sur le campus de l'université ou dans les hôpitaux affiliés aux universités. L'augmentation du nombre d'étudiants et de résidents dans

les facultés de médecine s'est traduite par une augmentation des demandes d'agrément de nouveaux milieux de formation. Il est donc important que toutes les ressources soient utilisées afin que chaque étudiant et chaque résident reçoive une formation adéquate et soit en contact avec la réalité du terrain.

Les critères d'agrément des unités non universitaires de développement professionnel continu (DPC) sont également définis par le comité. Ceci concerne un grand nombre d'associations qui offrent à leurs membres des activités de développement professionnel tels que des cours, des ateliers, des congrès et d'autres activités. Le comité doit statuer sur le type d'agrément à leur accorder, leur faire les recommandations appropriées à la suite de la visite de ses représentants et, enfin, s'assurer que celles-ci soient appliquées.

Finalement, le comité a aussi pour mandat de reconnaître tous les milieux de formation conformément aux dispositions comprises à l'article 2 du Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec.

QUI SONT LES MEMBRES DU CÉMA ?

Le comité est constitué d'un administrateur du Conseil d'administration (CA) du Collège qui agit à titre de président, de quatre vice-doyens aux affaires postdoctorales représentant chacune des facultés de médecine, d'un vice-doyen aux études prédoctorales désigné par et parmi les vice-doyens aux études prédoctorales des quatre facultés de médecine québécoises, d'un médecin spécialiste, d'un médecin de famille et d'un représentant du public qui n'est pas administrateur au CA.

La directrice des Études médicales agit en tant que secrétaire et peut être remplacée au besoin par deux secrétaires substitués nommés au sein de sa direction.

Cinq observateurs ayant droit de parole, mais sans droit de vote, participent aux travaux du comité. Deux observateurs représentent respectivement le Collège québécois des médecins de famille (pour le Collège des médecins de famille du Canada) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Les trois autres observateurs sont un résident en médecine de famille et un résident en spécialité désignés par la Fédération des médecins résidents du Québec et un étudiant en médecine nommé par la Fédération médicale étudiante du Québec. La présence de ces observateurs est importante, car elle nous permet d'obtenir la participation de tous les acteurs concernés.

DR MARTIN, COMMENT FONCTIONNE LE COMITÉ ? QUELS SONT SES PRINCIPAUX DOSSIERS ?

Le comité se réunit un minimum de trois fois par année. Au préalable, les membres auront pris connaissance des dossiers qui

feront l'objet d'une discussion au cours de la réunion. Grâce à l'initiative de la Direction des études médicales, la consultation des documents pendant la réunion se fait de façon électronique, en réseau, nous permettant d'être plus efficaces.

[« L'objectif du CÉMA est de s'assurer que la population québécoise a accès à une médecine de qualité. Si les étudiants et les résidents en médecine reçoivent une formation basée sur la qualité et l'excellence, c'est toute la population qui en bénéficie. Et je dois dire que, dans l'ensemble, le niveau de formation au Québec est élevé. »]

Les principaux dossiers incluent l'agrément des programmes de formation postdoctorale, l'agrément des unités de développement continu des facultés de médecine du Québec et des quatre autres unités de développement professionnel continu reconnues par le CMQ (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Fédération des médecins spécialistes du Québec, Association des médecins de langue française du Canada et Collège québécois des médecins de famille). Il y a également des échanges et discussions sur certains enjeux liés à la formation médicale, notamment la formation prédoctorale décentralisée, l'harmonisation des spécialités avec celles du CRMCC, l'agrément des milieux de formation ainsi que les accords canadiens ou internationaux sur la mobilité de la main-d'œuvre.

QUELS SONT LES DÉFIS, LES ENJEUX IMPORTANTS AUXQUELS FAIT FACE LE COMITÉ ?

Nous vivons une période de changements importants dans tout le Canada et en Amérique du Nord. J'ai le privilège de siéger au Conseil du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et à celui du Conseil médical du Canada. Cela me permet d'avoir une vue d'ensemble de ce qui se passe dans le domaine éducatif au Canada.

La formation médicale a connu une évolution considérable. Ainsi, par exem-

ple, les étudiants et les résidents en médecine ne sont plus regroupés dans un même lieu géographique, et on retrouve maintenant des campus et des satellites de formation à l'extérieur des établissements, dans d'autres régions.

Les sujets de réflexion sont nombreux : doit-on continuer à avoir une période de formation de quatre ans pour les étudiants en médecine, alors qu'à Calgary, elle dure trois ans ? Doit-on changer le système ici, au Québec ? Le résident en médecine devrait-il progresser selon un modèle d'acquisition de compétences cliniques plutôt que par des années de formation ? Comment doit-on définir les stages ? Tous les résidents 1 sont-ils de même niveau ? Si un résident 1 est de niveau résident 2, doit-on accélérer le programme ?

Il y a donc beaucoup de questions qui interpellent le comité.

Y A-T-IL UNE RÉALISATION DU COMITÉ DONT VOUS ÊTES PARTICULIÈREMENT FIER ?

L'année dernière, le comité s'est penché sur l'orientation à donner aux études médicales : doit-on continuer de se concentrer sur les résidents en médecine seulement ou doit-on également inclure les étudiants en médecine ? Le comité a opté pour une définition plus large des études médicales, englobant tant les étudiants que les résidents en médecine.

L'ouverture du comité pour y inclure des observateurs contribue aussi à ce que, comme groupe, nous ne travaillions pas isolés, mais dans un esprit de partage et d'écoute.

QUESTIONS ET RÉPONSES LIÉES AU PARTAGE DES ACTIVITÉS MÉDICALES

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

UN MÉDECIN PEUT-IL RÉDIGER UNE ORDONNANCE COLLECTIVE AFIN DE PERMETTRE AUX INFIRMIÈRES D'ADMINISTRER DU BOTOX COSMÉTIQUE® ?

Il faut d'abord mentionner qu'une infirmière peut administrer un médicament ou une substance, quelle que soit la voie d'administration, à condition d'avoir une ordonnance à cette fin. Elle doit évidemment avoir la formation requise.

L'ordonnance peut être individuelle ou collective. Il faut rappeler que, par définition, un professionnel exécute une ordonnance collective après évaluation de la situation d'une personne, sans qu'un médecin n'ait établi au préalable un diagnostic (c'est-à-dire qu'il ait vu le patient, procédé à l'évaluation et déterminé le plan de traitement médical). L'infirmière exerce son jugement quant à l'indication d'utiliser l'ordonnance collective et elle en est imputable. Le médecin, pour sa part, est imputable de rédiger une ordonnance dont la forme respecte le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin et cette ordonnance doit correspondre aux données actuelles de la science médicale dans le domaine.

Comme, dans ce cas-ci, il s'agit de soins non requis par l'état de santé, c'est-à-dire des soins à des fins purement esthétiques, à la demande d'une personne, l'infirmière répond à cette demande sauf si, selon son jugement, il y a une ou plusieurs contre-indications énumérées à l'ordonnance. En conséquence, si, de l'avis de la personne qui se présente à l'infirmière, il y a des plis cutanés exagérés, l'infirmière administre le Botox Cosmétique®.

L'ordonnance collective doit être explicite, c'est-à-dire bien détaillée, notamment



quant aux contre-indications, aux doses à administrer, aux sites d'injection, à l'intervalle entre les traitements.

LORSQU'UNE INFIRMIÈRE ADMINISTRE DU BOTOX COSMÉTIQUE® À LA SUITE D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE, UN MÉDECIN DOIT-IL ÊTRE PRÉSENT DANS LES LOCAUX OÙ CELLE-CI EXERCE SON ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?

Non. Les conditions de surveillance (immédiates, sur place ou à distance) pour l'exercice d'activités autorisées à la suite d'une ordonnance n'existent plus. L'infirmière est imputable de sa décision d'exécuter ou non l'ordonnance.

Si l'infirmière ne se considère pas compétente, elle doit diriger la personne vers une autre infirmière en mesure d'effectuer l'intervention, de poser le geste ou de faire l'acte.

QUI PEUT ADMINISTRER DU BOTOX COSMÉTIQUE® ?

Seul un professionnel autorisé à administrer des médicaments par le Code des professions ou par une loi particulière peut

injecter du Botox Cosmétique®, dans les limites de son champ d'exercice.

Dans les faits, seule l'infirmière peut exécuter une ordonnance individuelle ou collective d'injecter du Botox Cosmétique®.

Une infirmière auxiliaire, à la suite d'une ordonnance individuelle, c'est-à-dire à la suite de l'évaluation par un médecin qui établit un diagnostic et élabore un plan de traitement, pourrait injecter du Botox Cosmétique®.

Même si l'inhalothérapeute, selon le paragraphe 7° de l'article 37.1 du Code des professions, a l'activité réservée suivante, « e) administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance », ce geste à visée purement esthétique n'a aucun lien avec l'exercice de l'inhalothérapie. Il en est de même pour le technologiste médical et le technologue en radiologie.



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

PAR ROGER LADOUCEUR, M.D., M.SC.
RESPONSABLE DU PLAN DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU, DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE

RÉPONSES AUX QUESTIONS SOULEVÉES PAR LE PLAN DE DPC DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

MÊME SI LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) A ADOPTÉ LE PLAN D'AUTOGESTION DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC), IL Y A PLUS DE DEUX ANS MAINTENANT, ET QUE LA TRÈS GRANDE MAJORITÉ DES MÉDECINS QUÉBÉCOIS ONT UN PLAN DE DPC ET L'UTILISENT, PLUSIEURS INTERROGATIONS PERSISTENT ENCORE. LE BUT DE CET ARTICLE EST DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT POSÉES.

LE PLAN EST-IL OBLIGATOIRE ?

(PUIS-JE PERDRE MON DROIT D'EXERCICE SI JE N'AI PAS DE PLAN DE DPC?)

Non, le plan n'est pas obligatoire.

Le fait pour un médecin de ne pas se conformer au plan d'autogestion de DPC du CMQ ne peut entraîner en soi de conséquences sur son droit d'exercice ou servir de fondement à l'imposition d'une sanction en tant que tel. En contrepartie, cela n'enlève pas sa valeur au plan, puisqu'il demeure un outil pertinent susceptible d'aider un médecin à gérer sa formation continue. L'omission d'y donner suite ou d'y adhérer pourrait servir d'indice ou devenir révélateur de problèmes plus graves dans la pratique du médecin. Ainsi, le refus ou l'omission d'un médecin de participer à quelque forme d'activité de formation continue pourraient être utilisés comme élément de preuve parmi d'autres sur le plan disciplinaire, lors d'une inspection professionnelle, ou même au regard de sa responsabilité professionnelle. Le CMQ considère que l'absence de plan de DPC, associée à d'autres indicateurs, peut induire une visite d'inspection professionnelle.

LE PLAN DU CMQ EST-IL LE SEUL RECONNU ?

Non, puisque le CMQ reconnaît 3 programmes de DPC.

Le médecin choisit celui qu'il préfère :

- un plan d'autogestion comme celui du CMQ, le plan d'autogestion de développement professionnel continu (PADPC) de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), ou tout autre programme semblable approuvé;
- le programme du maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC);
- le programme du maintien de la compétence (Mainpro) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS DANS LE PLAN PEUVENT-ILS ÊTRE PRÉJUDICIALES ET UTILISÉS CONTRE MOI EN CAS D'INSPECTION, D'ENQUÊTE OU DE POURSUITE ?

Non

Cependant, s'il est vrai qu'en cas de plainte, d'inspection professionnelle ou même de poursuite, le médecin pourrait être tenu de produire son plan d'autogestion de DPC, il en va de même pour son plan de DPC du CMFC, celui du CRMCC, ainsi que toute autre pièce justificative visant à prouver qu'il a fait des efforts pour maintenir à jour ses connaissances. Le CMQ considère que l'absence

totale de toute forme de plan ne pourrait que desservir le médecin. En contrepartie, il recommande aux médecins d'être prudents dans la rédaction de leur plan, notamment lors de la dissertation de l'étape 2 du plan d'autogestion. L'objectif n'est pas d'élaborer des propos dévalorisants mais plutôt de noter des observations constructives pour élaborer des moyens d'atteindre l'amélioration des compétences souhaitées, en fonction des intérêts et domaines de pratique du médecin.

SUIS-JE OBLIGÉ D'AVOIR UN PLAN DE DPC SI JE SUIS RETRAITÉ, MALADE OU N'UTILISE MON TITRE DE M.D. QU'À L'OCCASION ?

Non, si vous êtes retraité.

Par contre, tous les médecins inscrits comme membres actifs, à temps plein ou à temps partiel, peu importe leur secteur d'activités ou le domaine choisi, sont invités à avoir un plan de DPC.

COMBIEN DE CRÉDITS LE CMQ EXIGE-T-IL ?

Le programme du CMQ et celui de la FMOQ sont basés essentiellement sur une démarche réflexive structurée en fonction de vos besoins de DPC, alors que ceux du CMFC et du CRMCC ont en plus des exigences quant au nombre et au type de crédits minimaux. Ainsi, le CMFC exige que les certifiés cumulent 250 crédits par période de 5 ans, dont un maximum de 125 crédits M-2. Au CRMCC, les associés sont tenus d'obtenir au moins 40 unités de formation de développement professionnel continu chaque année, et au moins 400 unités par cycle de 5 ans dont un maximum consacré aux activités individuelles non accréditées.

CONCLUSION

Rappelons que le but ultime du plan de DPC est de contribuer au maintien de la compétence professionnelle, tel que stipulé dans le Code de déontologie des médecins :

« Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés. »

Code de déontologie des médecins, (2002) 134 G.O. II, 7354; art. 44

Le CMQ est convaincu que le plan de DPC favorise l'atteinte de cet objectif.

Pour en savoir plus : Atelier « Le plan du Collège... facile »

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

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

Offert sans frais à des groupes
de 15 à 30 médecins dans toutes
les régions du Québec.

Renseignements :

Mme Isabelle Brunet

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

Téléphone : 514 933-4441, poste 5247

1 888 633-3246, poste 5247

Télécopieur : 514 933-4668

Courriel : ibrunet@cmq.org



LE PLAN DU COLLÈGE... FACILE

UN ATELIER À VOTRE PORTÉE

CONTEXTE

En 2007, le Collège des médecins du Québec a adopté le plan de développement professionnel continu (DPC) comme outil de maintien de la compétence. Depuis, le Collège a diffusé beaucoup d'information sur le DPC et sur les différents programmes existants.

Au 1^{er} août 2008, 95 % des membres du Collège avaient adhéré à un plan de DPC, ce qui est un excellent résultat. Grâce à la vigilance de chacun, la profession médicale poursuit son objectif commun de qualité de l'exercice.

OBJECTIF

La priorité du Collège des médecins du Québec est que chaque médecin adhère à l'un ou l'autre des plans de DPC existants afin de maintenir ses compétences professionnelles.

ATELIER

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



CONÇU PAR VOS PAIRS

Dr Richard Bergeron
Dr Francine Borduas
Dr François Croteau
Dr Patricia Garel
Dr François Goulet
Dr André Jacques
Dr Roger Ladouceur

RENSEIGNEMENTS :

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

AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
TARCEVA® (erlotinib)	Traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dont l'expression de l'EGFR est positive ou inconnue et suivant l'échec d'au moins une chimiothérapie antérieure	Association entre TARCEVA® (erlotinib) et des cas de perforation gastro-intestinale, de syndrome de Stevens-Johnson et de perforation de la cornée
HERCEPTIN® (trastuzumab)	Traitement du cancer du sein au stade précoce, en présence d'une surexpression de HER2, après une chirurgie ou une chimiothérapie; traitement du cancer du sein métastatique, en présence d'un degré élevé de surexpression de HER2.	Association entre HERCEPTIN® (trastuzumab) et des cas d'oligohydramnios
ENBREL® (étanercept)	Traitement de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrite psoriasique, de l'arthrite juvénile idiopathique, de la spondylarthrite ankylosante et du psoriasis en plaques	Risque d'histoplasmose et d'autres infections fongiques envahissantes associées à ENBREL® (étanercept)
Phosphocol® P32 (suspension de phosphate chromique P32)	Traitement par instillation intracavitaire des épanchements péritonéaux ou pleuraux causés par une maladie métastatique	Association de Phosphocol P32 (phosphate chromique P32) à la leucémie lymphocytaire aiguë (LLA)
Système contraceptif transdermique EVRA^{MC}	Contraception	Nouveaux renseignements concernant les taux moyens de libération quotidienne des hormones contraceptives du système contraceptif transdermique EVRA
Anesthésiques topiques (p. ex. EMLA®, gel AMETOP^{MC} et produits mélangés localement)	Habituellement indiqués pour l'analgésie cutanée avant des interventions comme les vaccinations et les interventions chirurgicales cutanées mineures. Les anesthésiques topiques sont aussi utilisés fréquemment pour l'analgésie dermique avant une épilation au laser.	Association entre les anesthésiques topiques et des manifestations indésirables graves



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>

LA SURVEILLANCE DE L'ANALGÉSIE À L'URGENCE : ENCORE TROP SOUVENT INAPPROPRIÉE

La surveillance représente le principal problème rencontré dans la majorité des cas de décès par dépression respiratoire liés à l'utilisation d'opiacés en établissement de santé. Une meilleure connaissance des équivalences entre les opiacés, des facteurs de conversion selon les voies d'accès, des facteurs de risque pour la dépression respiratoire et des effets potentialisateurs de la coanalgesie, associée à une surveillance appropriée, auraient possiblement permis d'éviter un certain nombre de décès.

Le Collège tient à rappeler aux médecins l'importance de surveiller adéquatement les patients lorsque des analgésiques opioïdes sont administrés par voie intraveineuse. L'analgésie insuffisante d'un patient attribuable à un manque d'évaluation rigoureuse est inacceptable, au même titre que l'incapacité d'assurer une surveillance adéquate est incompatible avec

l'utilisation d'opioïdes intraveineux (hydromorphone ou autres opiacés).

La mesure de certains paramètres telles la tension artérielle et la saturation en oxygène demeurent des outils utiles, mais ne saurait remplacer l'évaluation systématique du niveau d'analgésie et surtout du niveau de sédation des patients ayant reçu des opioïdes, particulièrement la nuit.

Le Collège incite les médecins à consulter *L'analgésie à l'urgence*, publié en mars 2006 par le Collège des médecins du Québec, qui fournit un cadre de référence pour l'utilisation adéquate et sécuritaire de l'analgésie à l'urgence.



<http://www.cmq.org/fr/medecinsmembres/profil/commun/aproposordre/publications.aspx>

VOUS AVEZ DES NOUVELLES DE VOS RÉGIONS À NOUS COMMUNIQUER ?

Écrivez-nous à collegedesmedecins@cmq.org

CAPITALE-NATIONALE

Dix médecins de famille pratiquant à la Clinique médicale Val-Bélair, à la Clinique médicale de Valcartier et à la Clinique médicale Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier se sont regroupés pour former le groupe de médecine de famille (GMF) Val Bélair – Val Cartier. Ce nouveau GMF collaborera également avec le GMF Loretteville et le GMF Neufchâtel pour le partage de certains services.

CHAUDIÈRE-APPALACHES

L'Unité de médecine familiale (UMF) du Grand Littoral a été inaugurée le 19 mai dernier à Saint-Romuald. Ce projet a été implanté au Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral, avec la collaboration de la Faculté de médecine de l'Université Laval. L'UMF du Grand Littoral sera parmi les premières à être dotée d'un dossier patient informatisé.

ESTRIE

La région de l'Estrie compte un nouveau groupe de médecine de famille (GMF): le GMF Saint-Vincent. Celui-ci regroupe 15 médecins qui exercent dans 3 points de service dans la ville de Sherbrooke: la clinique familiale Saint-Vincent, la clinique médicale de Fleurimont et la Clinique médicale de l'Est.

MONTÉRÉGIE

Plusieurs groupes de médecine de famille ont été formés au cours des derniers mois, notamment le GMF La Cigogne à Longueuil, formé de 7 médecins de famille, et le GMF Marguerite d'Youville à Boucherville composé de 21 médecins de famille, qui accueille également des patients à son point de service de Sainte-Julie, la Clinique familiale des Hauts-Bois.

**Faites confiance
à nos experts en facturation**

Voyez encore plus

GROS!

Un produit développé par
Logiciels
INFODATA
softwares



Contactez-nous : 1.866.831.9077 | www.actomed.ca | www.infodata.ca

Acto
agence de facturation

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

ACCORD HISTORIQUE SUR LA MOBILITÉ DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario s'entendent pour faciliter la mobilité de la main-d'œuvre

Voici un résumé des commentaires reçus à la suite de l'envoi de l'info-lettre du 2 avril 2009.

Je tiens à féliciter les deux organismes d'être arrivés à cette entente que personnellement j'approuve. Elle permettra une mobilité qui sera bénéfique pour les populations et les médecins des deux provinces. Ce sera une excellente occasion d'élargir nos horizons tant médicales que sociales et culturelles. Bravo!
L.G.

Cette entente entre nos deux provinces reflète un accord humanitaire et plein de promesses. Comment sera traduite en Ontario la situation d'un médecin reconnu comme spécialiste au Québec (CSPQ) mais sans le Fellow du Collège Royal? Sera-t-il considéré comme spécialiste aux fins d'honoraires ou de son appellation? Je suis certain que cette situation existe pour plusieurs médecins. Je vous remercie pour votre information.
R.B.

Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire :

L'accord entre le CPSO et le CMQ prévoit une clause de droits acquis pour tous les médecins ayant suivi les règles qui prévalaient avant 1994, et cette clause garantit la reconnaissance d'équivalence entre les certificats de spécialiste du CMQ et du CRMCC. Pour pouvoir être appliqué, l'accord nécessitera l'adoption d'une réglementation. Le processus est

en cours au Québec et il devrait l'être en Ontario. L'accord devrait être en vigueur d'ici la fin de l'année 2009.

L'entente Québec-Ontario spécifie quelles sont les spécialités reconnues par le CMQ et par le CPSO: cela signifie-t-il que le CPSO n'admet pas les permis d'exercice spécialisés décernés par le Québec? Par exemple, la «santé communautaire» est le programme québécois, alors que l'équivalent du Collège royal est la «médecine communautaire». S'il n'y a pas d'équivalence entre les spécialités, quand pourrait-il y avoir entente à ce sujet? De plus, comment peut-on parler de permis sans restriction s'il n'y a pas d'équivalence entre les spécialités? **F.L.**

Réponse du Dr Yves Robert, secrétaire :

L'entente entre le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario vise à faciliter la délivrance d'un permis d'exercice à un membre déjà inscrit dans un des deux collèges par l'autre collège. Cet accord va évoluer au cours des prochaines années au fur et à mesure de l'évolution des réglementations réciproques et des accords gouvernementaux. Il s'inscrit notamment dans les objectifs poursuivis par l'Accord de commerce intérieur signé le 5 décembre dernier par les ministres de l'emploi des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Le Collège des médecins du Québec a complété en 2007 son exercice d'harmonisation de tous les examens de fin de formation postdoctorale (spécialités et médecine de famille) avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de

famille du Canada. Ainsi, tous les résidents en médecine du Québec doivent réussir ces examens nationaux pour obtenir de la part du CMQ un permis d'exercice et un certificat de spécialiste. La suite logique de cette harmonisation des examens finaux est l'harmonisation des spécialités reconnues avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Actuellement, le CMQ reconnaît 35 spécialités, alors que le CRMCC en reconnaît 62 (je parle ici des spécialités avec examens finaux). Cet exercice d'harmonisation des spécialités reconnues au Québec est en cours présentement et la réglementation révisée devrait être adoptée en octobre prochain pour une entrée en vigueur au début de 2010. À ce moment-là, toutes les spécialités équivalentes seront reconnues à travers le Canada via la réussite à l'examen final du CRMCC ou du CMFC. Au Québec, la santé communautaire sera équivalente à la médecine communautaire du Collège royal, ce qui est déjà le cas depuis plusieurs années maintenant, puisque l'agrément des programmes universitaires postdoctoraux sont les mêmes qu'au Canada ainsi que les examens finaux.

Enfin, lorsque nous faisons allusion à un «permis régulier sans restriction et sans limitation», ceci ne fait pas référence à la pratique d'une spécialité médicale mais bien à une restriction additionnelle liée au contrôle, soit du lieu d'exercice au Québec, soit du domaine d'exercice parce que les activités cliniques du médecin sont plus limitées que celles d'une spécialité reconnue. De plus, l'exercice peut être restreint par une limitation volontaire ou imposée en raison d'inaptitude ou de compétences limitées.

**NOUVEL
ATELIER OFFERT
AUX MÉDECINS**

QUAND LA FAMILLE S'EN MÊLE !



LE MÉDECIN ET LES PROCHES

ATELIER PROPOSANT DES SOLUTIONS QUAND LA FAMILLE INTERFÈRE DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Un fils résidant aux États-Unis communique avec vous : « Docteur, je veux le maximum de soins pour ma mère », alors que son frère demeurant avec sa mère souhaite tout le contraire.

Avez-vous déjà été « coincé » entre un père et une mère qui divergent d'opinion sur la vaccination de leur enfant ?

L'épouse de l'un de vos patients vous informe que son conjoint oublie de prendre sa médication en raison d'une atteinte cognitive. Ses glycémies et sa tension artérielle sont très perturbées. Elle souhaite que cette information demeure confidentielle puisqu'il devient agressif lorsqu'elle « se mêle de ses affaires ».



Atelier offert, sans frais, 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 :
Mme 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
📠 Télécopieur : (514) 933-4668
✉ Courriel : nhanneman@cmq.org

Voici certains ateliers organisés par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici la fin septembre 2009

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

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

2 septembre à 18 h, Mont-Laurier

24 septembre à 12 h, Granby

24 septembre à 12 h 30, Laval



QUAND LA FAMILLE S'EN MÊLE

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

11 septembre à 8 h 30, Roberval

17 septembre à 13 h 30, Cowansville

18 septembre à 10 h 45, Trois-Rivières

30 septembre à 18 h, Mont-Laurier



LA RELATION DIFFICILE - UN CADRE D'INTERVENTION

L'identification d'éléments de solutions quand la relation médecin-patient est difficile.

17 septembre à 15 h 15, Cowansville



L'INTENSITÉ DES SOINS EN FIN DE VIE : UNE DÉCISION PARTAGÉE

L'utilisation d'une démarche permettant le partage de la responsabilité lors de la prise de décision sur l'intensité des soins en fin de vie.

11 septembre à 10 h 30, Roberval



COMMENT DIVULGUER UN PROBLÈME DE SOINS

Pour mieux définir le quoi, le quand et le comment de la divulgation d'un problème de soins à un patient.

18 septembre à 9 h, Trois-Rivières



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

Avez-vous rempli le sondage *Que pensez-vous de votre revue ?*



Merci à ceux et celles qui nous ont fait parvenir leurs opinions. Si vous ne l'avez pas fait, il est encore temps de nous les transmettre et de nous aider ainsi à améliorer votre revue. Vous avez jusqu'au 1^{er} août pour le faire.

Deux moyens s'offrent à vous : vous pouvez remplir le sondage en ligne, à l'adresse <http://www.cmq.org> (Section Membres, Mot-clé : Revue Le Collège) ou remplir la version imprimée, que vous trouverez à la page 13 du numéro printemps 2009 de la revue *Le Collège* (également accessible dans le site Web).

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-07-00654)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Gilles Bourdon** (83198), exerçant la profession de médecin à Pointe-Claire (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir négligé de dicter immédiatement ou dans les 24 heures suivant l'intervention ses protocoles opératoires en lien avec ses interventions du 2 novembre 2003 (laparotomie exploratrice), du 20 novembre 2003 (drainage de collections) et du 24 décembre 2003 (laparotomie), ne les dictant que près de cinq (5) mois plus tard, soit le 30 avril 2004 (chef 3);

d'avoir fait défaut le ou vers le 20 mai 2004 devant l'état clinique de la patiente qui se détériorait et à la revue des bilans biochimiques effectués en cours d'hospitalisation d'assurer le suivi médical requis par l'état de celle-ci, omettant de demander des examens complémentaires afin de préciser la nature et la cause du biliome qu'il suspectait (chef 4).

Le 18 mars 2009, le conseil de discipline a imposé au Dr Bourdon une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux (2) mois sur le chef 3 et une radiation de deux (2) mois sur le chef 4 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

Le Dr Bourdon ayant renoncé à son droit d'appeler de la décision du conseil de discipline, le Dr Gilles Bourdon est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de (2) deux mois à compter du 17 avril 2009.

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

Montréal, le 17 avril 2009
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-05-00613)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Eugène Aubé** (74141), exerçant la profession de médecin à Québec (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir prescrit, au cours de la période allant du mois de décembre 2002 au mois de janvier 2005, à une étudiante au niveau secondaire, une médication psychotrope, sans justification suffisante (chef 1b);

d'avoir posé ou d'avoir soulevé des diagnostics intempestifs au dossier de sa patiente, susceptibles de lui être préjudiciables, tels ceux de « costochondrite », de « lombalgie chronique » et de « fibromyalgie » (chef 1c);

d'avoir affirmé à une patiente, au cours du mois de mars 2004, qu'elle avait un relâchement des muscles vaginaux et du plancher pelvien, ce qui expliquait, selon lui, ses vaginites répétées, et en affirmant qu'une bascule de l'utérus expliquait sa constipation (chef 3a);

d'avoir posé, au cours du mois de mars à mai 2004, un diagnostic « d'insuffisance musculaire généralisé », un diagnostic intempestif, basé sur aucune donnée objective et potentiellement préjudiciable chez une jeune femme sportive en bonne santé apparente (chef 3b).

Le 23 février 2009, le conseil de discipline a imposé au Dr Aubé une radiation du tableau de l'ordre pour une période de trois (3) mois sur le chef 1b, une radiation de trois (3) mois sur le chef

1c, une radiation de trois (3) mois sur le chef 3a et une radiation de trois (3) mois sur le chef 3b 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 Eugène Aubé est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de trois (3) mois à compter du 24 mars 2009.

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

Montréal, le 24 mars 2009
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-07-00650)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Gilles Vincent** (73093), exerçant la profession de médecin à Saint-Hyacinthe a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir omis d'assurer, le 13 décembre 2000, le suivi clinique requis par l'état de sa patiente à la suite de la réception du rapport de la cytologie gynécologique (« Pap test ») prélevée à son cabinet de consultation, démontrant une lésion intra-épithéliale pavimenteuse de haut grade et la même suggestion de relance par un examen coloscopique (chef 1);

d'avoir retardé indûment de référer sa patiente en spécialité, à la suite d'une visite le 21 janvier

2003, attendant la confirmation d'un troisième rapport de dépistage anormal et contribuant à allonger un délai pré-diagnostique et pré-thérapeutique chez sa patiente (chef 2);

d'avoir fait défaut, lors des visites des 21 janvier et 25 mars 2003, d'informer le plus tôt possible sa patiente du fait qu'elle était porteuse d'une lésion potentiellement néoplasique du col de l'utérus, malgré notamment le fait qu'à l'occasion de cette dernière visite la patiente lui demandait des explications compte tenu qu'elle venait d'apprendre de la secrétaire d'un autre médecin que son dernier « Pap test » était anormal et d'autre part, de lui faire connaître sa propre omission de l'en avoir avertie dès le retour du premier test anormal suite au prélèvement effectué le 13 décembre 2000 (chef 3).

Le 23 janvier 2009, le conseil de discipline a imposé au Dr Gilles Vincent une radiation du tableau de l'ordre pour une période de 2 mois sur chacun des chefs 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 Gilles Vincent est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de 2 mois à compter du 24 février 2009.

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

Montréal, le 24 février 2009
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Jirayr Arabyan** (74504), exerçant la profession de médecin au Québec, a été radié du tableau des membres du Collège des médecins du Québec.

Le 4 mars 2009, le comité exécutif du Collège des médecins du Québec a résolu de radier le docteur Jirayr Arabyan du tableau du Collège des médecins du Québec, en vertu de l'article 52.1 du Code des professions, jusqu'à ce que la procédure d'examen médical prévue à l'article 48 du Code des professions ait été complétée et que le comité

exécutif ait pris une décision à la suite de la réception des rapports des trois médecins experts.

Le comité exécutif a suspendu l'application de la procédure prévue à l'article 48 du Code des professions en attendant l'issue des procédures relatives au régime de protection du Curateur public concernant ce médecin.

La décision du comité exécutif étant exécutoire dès sa signification au médecin concerné, le docteur Jirayr Arabyan est donc radié du tableau de l'ordre depuis le 9 mars 2009.

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

Montréal, le 18 mars 2009
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire adjoint

AVIS DE DÉCÈS |

PÉRIODE : DU 21 FÉVRIER AU 15 MAI 2009

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

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Allan, Charles M.	53133	Chirurgie générale	New Castle
Bérard, Michel J.	53014	Obstétrique-gynécologie	Magog
Carignan, Raymond	61052	Santé communautaire	Verdun
Chebeir, Samir	70063	Obstétrique-gynécologie	Outremont
Cholette, Claude	48025	Chirurgie générale	Saint-Hippolyte
Corbeil, Jacques	54047	Obstétrique-gynécologie	Sherbrooke
Couture, Jean-Paul	57088	Anesthésiologie	Lévis
Dallaire, Michel	65201	Médecine de famille	Québec
Gascon, René	63131	Médecine de famille	Pierrefonds
Gélineau, Pierre Gaëtan	73101	Médecine de famille	Saint-Jérôme
Grégoire, Fernand	43072	Médecine interne	Outremont
Halperin, David	39028	Oto-rhino-laryngologie	Westmount
Joubert, Jacques	52074	Chirurgie générale	Outremont
Laurin, Jean-Guy	50104	Hématologie	Outremont
Légaré, André	57164	Radiologie diagnostique	Laval
Lloyd-Smith, Walter C.	44049	Chirurgie générale	Westmount
Martin, Gérard	59151	Médecine de famille	Québec
Morin, Luc	72016	Psychiatrie	Montréal
Nadeau, Daniel	78581	Santé communautaire	Longueuil
Raynauld, Pierre	59209	Obstétrique	Candiac
Senécal, Pierre M.	44099	Pédiatrie	Outremont
Tremblay, Lauréat	54227	Urologie	Vanier
Vachon, Rosaire	54231	Médecine de famille	Québec
Williams, Robert Lewis	73003	Radiologie diagnostique	Montréal

PÉRIODE : DU 21 FÉVRIER 2009 AU 15 MAI 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
Atyabi, Haleh	Pointe-Claire	ANESTHÉSIOLOGIE		MÉDECINE INTERNE	
Ben Smaine, Nacéra Kheïra	Montréal	Camiré, Éric	Québec	Bilodeau, Jean-Sébastien	Chicoutimi
Charbonneau, Anne-Marie	Montréal	Waters, Philip Douglas	Montréal	NEUROLOGIE	
Charland, Vanessa	Saint-Eustache	CARDIOLOGIE		Bernard, Geneviève	Montréal
Garcia del Sol, Idania Teresa	Laval	Asgar, Anita W.	Montréal	PÉDIATRIE	
Goudreau, Véronique	Fleurimont	Jolicœur, Marc	Montréal	Hussain, Samiruddin Syed	Montréal
Hamel, Émilie	Québec	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE		Pettersen, Géraldine	Vancouver
Lacoursière, Josiane	Québec	Lebreton, Michel-Alexandre	Montréal	PSYCHIATRIE	
Murphy-Laverdière, Valérie	Gatineau	Raynor, Christopher F.	Ottawa	Prayal-Pratte, Marie-Ève	Saint-Hyacinthe
Pierrat, Audrey	Saint-Hubert	GASTRO-ENTÉROLOGIE		Tittley, Matthieu	Sherbrooke
Popescu-Crainic, Sanda-Elena	Montréal	Gougeon, Alexandre	Québec		
Reid, Andrew Gregory	Montréal				
Ruffet-Bourdon, Sophie	Terrebonne				
Skinner, Natalie	Montréal				
Szczygielski, Blazej	Montréal				
William, Hany	Cornwall				

PÉRIODE : DU 21 FÉVRIER 2009 AU 15 MAI 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
Abrous, Fariza	Chandler	Kolan, Christophe Christian Patrick	Montréal
Afilalo, Jonathan	Montréal	Krief, Olivier	Laval
Ayoub, Paul	Gatineau	Lefebvre, Sébastien Antoine	Saint-Georges
Bibi, Diaa Eldin	Salabery-de-Valleyfield	Loubani, Tarek	Montréal
Cassis, Chantal	Montréal	Nowakowska, Dominika	Greenfield Park
Deris, Bahador	Notre-Dame-du-Lac	Rottembourg, Diane	Sherbrooke
Elshobary, Hanan Morsi	Lachine	Roustaian, Kaveh	Shawville
Fosso Siewe, Jean Diamant	La Sarre	Salman, Raed	Rivière-du-Loup
Goh, Chor Chiat	Montréal	Stock, Nathalie	Montréal
Jean-François, Hervé Gabriel	Gatineau	Turcotte, Simon	Montréal
Keith, Julia	Montréal		

COLLOQUE 2010 DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC
RENDEZ-VOUS VENDREDI 14 MAI 2010, À MONTRÉAL

Une date à inscrire dès maintenant à votre agenda.

Le thème du colloque vous sera communiqué dans le numéro automne 2009 de la revue *Le Collège*.

À qui téléphoner au Collège ?

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

Renseignements les plus fréquemment demandés :

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

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

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

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



Un produit développé par

Logiciels
INFO-DATA
Logiciels



Produit québécois !

MED-Office

Logiciel pour cliniques médicales

Modules administratifs :

Index Patient

Rendez-vous

Facturier

Numériseur

Modules cliniques :

Note clinique

Prescripteur de médicaments

Prescripteur d'examens

Aviseur

Contactez-nous :

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