

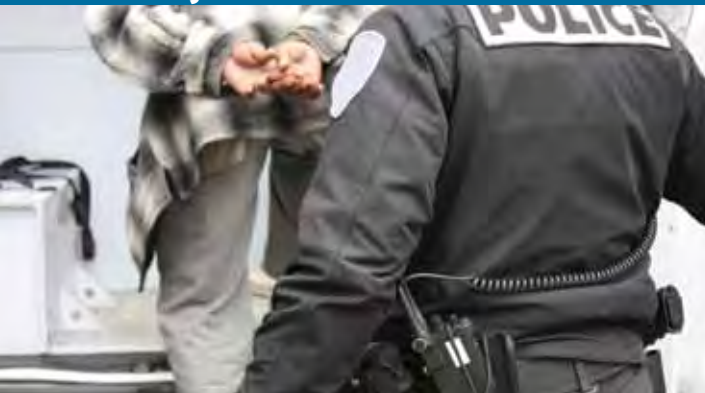
# Le Colledge

## En santé, aucun compromis possible



ENVOI DE PUBLICATIONS CANADIENNES CONTRAT DE VENTE N° 40063038

### > Demandes des autorités policières : obligations des médecins



- > La prise en charge médicale d'un patient en soins préhospitaliers
- > L'inspection professionnelle des centres médicaux spécialisés  
Bilan des visites
- > Tirage d'un médecin de famille... Et le gagnant est ?
- > Favoriser le leadership médical



# NOUS SOMMES AU SERVICE DE VOTRE SANTÉ FINANCIÈRE

SERVICE-CONSEIL  
PLANIFICATION BUDGÉTAIRE  
PLANIFICATION FINANCIÈRE  
ANALYSE POUR LA PRATIQUE MÉDICALE EN SOCIÉTÉ  
GESTION PRIVÉE

Nos conseillers se déplacent pour VOUS rencontrer à l'endroit de votre choix et répondre à toutes vos questions en vue de vous assurer une santé financière à la hauteur de vos attentes.

**C'est gratuit et sans engagement.**

Fixez un rendez-vous dès aujourd'hui.

Montréal **514 868-2081** ou, sans frais, **1 888 542-8597**

Québec **418 657-5777** ou, sans frais, **1 877 323-5777**

[www.fondsfmoq.com](http://www.fondsfmoq.com)



F O N D S  
**FMOQ**

ACTIFS EN SANTÉ

## Médecin et « pusher »?

Le 15 décembre 2012, le gouvernement fédéral a publié dans la *Gazette du Canada* un nouveau projet de règlement encadrant l'accès à la marijuana à des fins médicales.

Dans ce projet de règlement, le gouvernement fédéral autorise certains professionnels de la santé à acheter de la marijuana auprès de fournisseurs détenant un permis, puis d'en prescrire et d'en vendre aux patients à des fins médicales. Le gouvernement conserve son autorité pour l'octroi d'un permis pour la culture de la marijuana.

La mise en œuvre de cette réglementation nécessite la collaboration des professionnels de la santé, particulièrement celle des médecins.

Dans ce contexte, le médecin devient l'arbitre et le joueur essentiel dans la dispensation de la marijuana. Or, banaliser un produit qui comporte un potentiel d'abus et de dépendance demeure questionnable.

L'état des connaissances actuelles ainsi que les rares études et données probantes sur le sujet rendent les médecins perplexes et mal à l'aise face au rôle que leur attribue ce projet de règlement. Les médecins se questionnent sur le sérieux, la sécurité et l'objectif de ce règlement.

Les médecins ainsi que les autres professionnels de la santé ne sont pas prêts à adhérer à ce projet de règlement sans en avoir mesuré toutes les conséquences.

Le Collège des médecins du Québec et la Fédération des ordres des médecins du Canada ont manifesté leur position l'an dernier face à cette réglementation et la maintiennent, soit de choisir entre l'une des trois options suivantes :

- rendre l'usage de la marijuana légal au Canada;
- traiter la marijuana comme n'importe quel autre médicament sans prescription, c'est-à-dire standardiser le produit, reconnaître les producteurs, obtenir et critiquer les études d'efficacité et d'innocuité, préciser les indications et l'usage avec les dosages requis;
- maintenir le *statu quo* qui résulte d'un compromis, à savoir limiter le rôle du médecin à celui de confirmer le diagnostic d'un problème de santé donnant la possibilité à un patient d'utiliser la marijuana.

Si l'utilisation de la marijuana à des fins médicales est souhaitée, qu'elle soit traitée comme toute autre médication et qu'on la soumette aux études d'approbation. Ainsi, les patients seront protégés.

**Charles Bernard, M.D.**  
Président-directeur général



## Physician and « pusher »?

On December 15, 2012, the federal government published the proposed new regulations on marijuana access for medical purposes in the *Canada Gazette*.

In the proposed regulations, the federal government authorizes certain health care professionals to purchase marijuana from licensed suppliers in order to prescribe and sell it to patients for medical purposes. The government retains its authority to issue licences for marijuana production.

The implementation of these regulations requires the collaboration of health care professionals, especially physicians.

In this context, the physician becomes the referee and key player in marijuana distribution. Yet, trivializing a product that has a potential for abuse and dependence is questionable.

The current state of knowledge as well as the rare studies and evidence on the subject leave physicians perplexed and ill-at-ease regarding the role assigned to them under the proposed regulations. Physicians question the seriousness, safety and objective of these regulations.

Physicians and other health professionals are not willing to support the proposed regulations without first assessing all the consequences.

The Collège des médecins du Québec and the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada made their position on these regulations clear last year and maintain it, namely to choose one of these three options:

- make marijuana legal in Canada;
- treat marijuana like any other non-prescription medication, i.e., standardize the product, recognize producers, obtain and critically review safety and efficacy studies, specify indications and usage with the required dosages;
- maintain the *statu quo* which is the outcome of a compromise, namely, limit the physician's role to confirming the diagnosis of a health problem that allows a patient to use marijuana.

If the use of marijuana for medical purposes is desirable, then it should be treated like any other medication and undergo clinical trials to obtain approval. This would ensure patients are protected.

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

## COMITÉ EXÉCUTIF

Dr Charles Bernard, Dr Marie-Hélène LeBlanc, Dr Markus C. Martin,  
M. Pierre Parent, Dr André Rioux.

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Louise Authier Médecine de famille Montréal, 2010-2014	Dr Michel Garner Médecine d'urgence Montréal, 2010-2014
Dr Charles Bernard Médecine de famille Québec, 2012-2016	Dr Mauril Gaudreault Médecine de famille Saguenay, Lac-St-Jean, Côte-Nord, Nord-du-Québec, 2012-2016
Dr Jean-Pierre Boucher Médecine de famille Lanaudière, Laurentides, 2012-2016	Dr Jean-Yves Hamel Chirurgie générale Estrie, 2012-2016
Dr Aurore Côté Pneumologie Montréal, 2010-2014	Dr Julie Lajeunesse Médecine de famille Montréal, 2010-2014
Dr Josée Courchesne Médecine de famille Montérégie, 2010-2014	Dr Yves Langlois Médecine de famille Montérégie, 2012-2016
Dr Luc Dallaire Médecine de famille Chaudière-Appalaches, 2012-2016	Dr Marie-Hélène LeBlanc Cardiologie Québec, 2012-2016
Dr Guy Dumas Médecine de famille Mauricie, Centre-du-Québec, 2012-2016	Dr Bernard Lespérance Oncologie Montréal, 2010-2014
Dr Pierre Fiset Anesthésiologie Montréal, 2010-2014	Dr Markus C. Martin Obstétrique-gynécologie Montréal, 2010-2014
Dr France Laurent Forest Médecine de famille Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, 2012-2016	Dr Marcel Reny Médecine de famille Outaouais, Abitibi- Témiscamingue, 2012-2016
Dr Carolyn R. Freeman Radio-oncologie Montréal, 2010-2014	Dr André Rioux Médecine de famille Laval, 2010-2014

## Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

Dr Josée Dubois  
Vice-doyenne aux études médicales postdoctorales  
Université de Montréal

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

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

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

## Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Mme Sophie Ducharme, 2010-2014  
Mme Suzanne Lalonde, 2012-2016  
M. Pierre Parent, 2010-2014  
Mme Nicole Vallières, 2012-2016

**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<sup>e</sup> trimestre 2013  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISSN 1207-3040

Courriel: [collegedesmedecins@cmq.org](mailto:collegedesmedecins@cmq.org)

## MOT DU PRÉSIDENT

**3** Médecin et « pusher » ?

## MISE AU POINT

**5** Le débat permanent

## À LA UNE

**7** En santé, aucun compromis possible. Une campagne de communication pour le Collège des médecins

## À L'AGENDA

**8** Survol de l'actualité médicale

**10** Publications

## INFO JURIDIQUE

**13** Quelles sont les obligations des médecins quant aux demandes des autorités policières ?

## LES MANCHETTES

**14** La prise en charge médicale d'un patient en soins préhospitaliers

**16** L'inspection professionnelle des centres médicaux spécialisés : bilan des visites

**17** Les limites du stage d'observation – Rappel

**17** L'autopsie à la demande d'une famille

**18** Tirage d'un médecin de famille... Et le gagnant est ?

**19** Avis sur la non-diffusion du numéro de facturation émis par la RAMQ

**20** Le mot des vice-doyens aux études médicales de premier cycle. Favoriser le leadership médical

**21** Remboursement des médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

## MÉDICAMENTS

**22** Avis, mises en garde et retraits

## ATELIERS ET FORMATION

**23** AVIS DE RADIATION

**24** AVIS DE DÉCÈS

**25** NOUVEAUX MEMBRES

## ENSACHÉS AVEC CE NUMÉRO

■ *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*  
*Guide d'exercice*

■ *L'organisation des lieux et la gestion des dossiers médicaux en milieu extrahospitalier*  
*Guide d'exercice*

## Le débat permanent

Le gouvernement du Québec se prépare à déposer un projet de loi concernant les soins de fin de vie et « l'aide médicale à mourir ». Il s'agit dans l'esprit du législateur de définir un cadre précis où, à la demande d'un patient, selon des indications précises et exceptionnelles et avec l'accord de deux médecins, une aide médicale à mourir puisse être offerte. Cette orientation gouvernementale est l'aboutissement d'un long processus de consultation non partisan qui a commencé en décembre 2009.

La question des soins de fin de vie est complexe et sensible. En effet, comment tenir compte à la fois des droits des patients à décider des soins pour eux-mêmes, de la liberté de conscience du médecin, de la protection des plus vulnérables et des limites de la pharmacologie qui ne pourra jamais résoudre tous les cas de souffrance en fin de vie.

Que l'on soit clair : l'intention du gouvernement n'est ni la légalisation, ni la décriminalisation de l'euthanasie. Il voudrait le faire qu'il ne le pourrait pas, puisque le *Code criminel* relève de la Chambre des communes à Ottawa, et il n'est pas, et n'a jamais été dans l'intention du gouvernement du Québec d'aller dans cette direction. Il ne s'agit pas non plus d'établir un régime de « service d'euthanasie sur demande ». Il n'y aura pas non plus d'obligation pour le médecin de poser des actes contraires à ses convictions, l'objection de conscience étant reconnue et respectée.

Comme médecins, il ne faut pas rester sourds aux demandes des patients qui ont leur mot à dire sur la nature des soins qui les concernent, conformément aux dispositions prévues au *Code civil*, ni aveugles quant à la possible existence de pratiques clandestines. On peut craindre les dérives au point de vouloir que rien ne bouge. Mais qui peut affirmer qu'il n'y a pas de dérives actuellement ?

Entre la sédation terminale, palliative ou continue et l'aide médicale à mourir, entre abrégé une agonie qui perdure ou une vie qui ressemble à une mort, la ligne de démarcation sera ténue et le débat persistera. Et il est sain qu'il en soit ainsi, car l'absence d'unanimité est le gage de la vigilance requise.

La mort et la souffrance ont de multiples visages et la médecine, malgré les progrès indéniables qu'elle a faits dans le domaine des soins de fin de vie, reste parfois impuissante. Dans cette ultime étape de la vie, ne doit-on pas écouter le message de certains patients et laisser ouvertes le plus d'options possibles ? Avec ou sans loi, le débat restera ouvert. Laissons-le suivre son cours...

Un clip vidéo à ce sujet est accessible dans notre site Web : [www.cmq.org](http://www.cmq.org)

**Yves Robert, M.D.**  
Secrétaire  
[yrobert@cmq.org](mailto:yrobert@cmq.org)



## The ongoing debate

The Government of Québec is preparing to table a bill on end-of-life care and "medical assistance to die". In the mind of the legislator, the bill is intended to define a clear framework whereby medical assistance to die may be provided at a patient's request in accordance with specific and exceptional indications and with the approval of two physicians. This government direction is the culmination of a long, non-partisan consultation process that started in December 2009.

The issue of end-of-life care is complex and sensitive. Indeed, how can we, at once, address patients' rights to decide about their own care, the physician's freedom of conscience, protection

of the most vulnerable people and the limits of pharmacology which will never be able to resolve every case of end-of-life suffering.

Let it be clear: the government's intention is neither to legalize nor to decriminalize euthanasia. Even if it wanted to do so, it couldn't, since the *Criminal Code* is under the jurisdiction of the House of Commons in Ottawa, and it is not, and has never been, the Government of Québec's intention to move in this direction. Nor is it a matter of establishing a "euthanasia on demand" regime. Nor will the physician be obliged to perform acts contrary to his convictions, since conscientious objection is recognized and respected.

As physicians, we must not remain deaf to the requests of patients who have a say in the type of care they receive, in accordance with the provisions set out in the *Civil Code*, nor blind to the possible existence of clandestine practices. We may fear abuse to the point where we don't want anything to change. But who can say that there isn't any abuse now?

Between terminal, palliative or continuous sedation and medical assistance to die, between ending persistent suffering or a life that looks more like death, the dividing line will remain and the debate will continue. And this is healthy, for the lack of unanimity is a measure of the vigilance required.

Death and suffering have many faces and medicine, despite undeniable progress in end-of-life care, sometimes remains powerless. In this final stage of life, should we not listen to what some patients are saying and keep as many options as possible open? With or without legislation, the debate will remain open. Let's allow it to run its course...

A video clip on this topic is accessible on our Web site: [www.cmq.org](http://www.cmq.org)

**Yves Robert, M.D.**  
Secretary  
[yrobert@cmq.org](mailto:yrobert@cmq.org)



# Desjardins



## L'EXPERTISE DES FIRMES SPÉCIALISÉES, LA PUISSANCE D'UNE GRANDE INSTITUTION.



MICHEL RUBINO, Pl. Fin.,  
GPC, FCSI  
Conseiller en placement  
514 876-1204



TOMI HOULE  
Conseiller en placement  
514 876-7338



PASCAL LAVIGUEUR, Pl. Fin.  
Conseiller en placement  
514 876-7826

[vmdconseil.ca](http://vmdconseil.ca)

\* Ces services sont offerts par l'entremise de nos partenaires externes qui ne sont pas des filiales de Valeurs mobilières Desjardins inc ou du Mouvement des caisses Desjardins. Leurs conseils ou leurs recommandations ne doivent en aucun cas être interprétés comme des conseils ou des recommandations de la part de Valeurs mobilières Desjardins inc ou de la part du Mouvement des caisses Desjardins. Certaines conditions s'appliquent.

Valeurs mobilières Desjardins est membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et membre du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE).

### PROFITEZ SANS FRAIS DES SERVICES SPÉCIALISÉS\* SUIVANTS :

- Planification financière
- Analyse et maximisation de votre incorporation
- Déclaration personnelle de revenus
- Révision testamentaire à tous les cinq ans

### L'ÉQUIPE DE VMD POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Une équipe disponible et adaptée à votre réalité.

L'offre incontournable  
pour les médecins du Québec.



**Desjardins**  
Valeurs mobilières

Coopérer pour créer l'avenir

## EN SANTÉ, AUCUN COMPROMIS POSSIBLE

### UNE CAMPAGNE DE COMMUNICATION POUR LE COLLÈGE DES MÉDECINS

AU COURS DES DERNIÈRES SEMAINES, LE COLLÈGE A RESENTI LE BESOIN DE CORRIGER CERTAINES PERCEPTIONS VÉHICULÉES DANS LA POPULATION. BIEN QUE LES ENTREVUES ET LES ARTICLES DE PRESSE MENTIONNANT LE COLLÈGE SOIENT GÉNÉRALEMENT NEUTRES OU POSITIFS, IL FAUT ADMETTRE QUE CERTAINS PRÉJUGÉS PERSISTENT QUANT À LA MISSION DU COLLÈGE OU À SES ACTIVITÉS.

Au moyen de diverses activités de communication, le Collège a voulu rétablir les faits et déboulonner certains mythes qui perdurent encore à l'égard du mandat du Collège. Ainsi, les moyens de communication décrits ci-dessous ont été mis en œuvre pour réaffirmer sa mission de protection du public.

#### UN CLIP VIDÉO

Nous avons mandaté l'agence Défi marketing pour produire un clip vidéo qui illustre les principales activités du Collège. L'objectif était de produire un clip vidéo de facture publicitaire, informative, dynamique et contemporaine. Au final, le message se veut rassurant tout en rappelant les rôles de l'ordre : vérification des aptitudes des futurs médecins et du maintien des compétences des membres en exercice, traitement des plaintes du public, participation aux grands débats de société en matière de santé.

Afin de mieux faire connaître le Dr Charles Bernard, président-directeur général du Collège, l'agence Défi lui a confié la narration du clip, contribuant du même coup à «personnifier» l'organisation.

Le clip vidéo a été diffusé dans le site Web, sur les médias sociaux et par l'intermédiaire des outils de communication du Collège. Il sera également annoncé à quelques reprises dans le site Web de *La Presse*.

Pour le visionner, rendez-vous à l'adresse [www.cmq.org](http://www.cmq.org)

#### DES RELATIONS PUBLIQUES

Au moyen de diverses interventions de relations publiques, nous avons voulu rappeler les accomplissements du Collège, mais aussi parler des perspectives d'avenir.

En février, le Collège a publié un communiqué sur les effectifs médicaux au Québec

Pour visionner le clip vidéo : [www.cmq.org](http://www.cmq.org)



et sur les récentes statistiques tirées du tableau de l'ordre, de même qu'un communiqué sur le projet de loi n° 17 visant à mieux encadrer le processus disciplinaire. De plus, une lettre ouverte a été envoyée aux médias afin de faire le point sur les mythes et réalités quant au rôle du Collège. Par la suite, de nombreuses entrevues avec le président-directeur général ont été accordées à la radio et à la télévision et plusieurs articles de journaux ont abordé ces questions ainsi que des enjeux connexes, dont la féminisation de la profession, les futurs défis en santé et la modernisation du système disciplinaire.

#### UN SONDAGE

Nous avons cru bon de sonder la population afin de mieux mesurer les perceptions vis-à-vis du Collège.

À la lecture des résultats obtenus par la firme de sondage Léger Marketing, nous constatons, de façon générale, que la notoriété du Collège des médecins est élevée (plus de 80 % des répondants connaissent ou ont entendu parler du Collège). Les répondants ont majoritairement une bonne opinion du Collège. La moitié des Québécois sont d'accord pour dire que le Collège est ouvert à travailler avec les autres professionnels de la santé.

#### CONCLUSION

Par ces actions, nous croyons avoir contribué à mieux faire connaître la mission du Collège et à améliorer la perception des Québécois à l'égard de notre ordre. Cette campagne se poursuivra au cours des prochaines semaines et des prochains mois, car un tel travail doit s'échelonner dans le temps, pour un effet durable et mesurable.



CONSEIL  
D'ADMINISTRATION  
14 juin 2013

COMITÉ EXÉCUTIF  
23 mai 2013

## SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

### MYTHES ET RÉALITÉS SUR LE RÔLE DU COLLÈGE DES MÉDECINS

**LE 15 FÉVRIER DERNIER, LE JOURNAL LE QUOTIDIEN DE CHICOUTIMI PUBLIAIT UNE LETTRE OUVERTE QUE LE DR CHARLES BERNARD, PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU COLLÈGE, AVAIT FAIT PARVENIR AUX MÉDIAS. VOICI LA VERSION INTÉGRALE DE CETTE LETTRE.**

Un récent sondage effectué auprès des Québécois révèle que ceux-ci méconnaissent la mission du Collège des médecins. On invoque parfois la mission de protection du public du Collège pour lui prêter des devoirs et des pouvoirs qu'il n'a pas, alors que sa juridiction se limite à l'évaluation de la qualité de l'exercice de ses membres en cabinet et en établissement de santé, au traitement des plaintes, à l'agrément des programmes de formation des médecins, à l'immatriculation des étudiants et des résidents en médecine et à l'émission des permis et des certificats de spécialistes.

Le Collège des médecins est aussi parfois perçu comme étant à la source du problème d'accessibilité aux soins de santé alors que l'organisation des soins relève du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs personnes pensent à tort que c'est le Collège des médecins qui, dans ses discussions avec le gouvernement il y a quelques années, a encouragé un faible taux d'inscription d'étudiants dans les facultés de médecine. Or, c'est tout le contraire!

Il faut savoir que c'est le gouvernement, et non le Collège des médecins, qui détermine le nombre de postes autorisés et financés par le ministère de l'Enseignement supérieur. Au début des années 1990, le Collège des médecins a été l'unique organisation à dénoncer la diminution du nombre d'inscriptions en médecine, car nous craignons que cette coupure n'engendre une pénurie de main-d'œuvre médicale. Je souligne que, du même coup, le gouvernement avait mis sur pied un programme de mises à la retraite massives afin de réduire les dépenses. De l'avis du Collège, ces deux actions ont certainement accentué la difficulté d'avoir accès à un médecin de famille.

Par ailleurs, en dépit de certaines croyances, le Collège est ouvert à travailler avec les autres professionnels de la santé. C'est même à l'initiative du Collège qu'a été créé en 1994 le comité Bernier sur l'ouverture à l'interdisciplinarité dans le domaine de la santé. Cela s'est traduit par l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), dont les IPS en soins de première ligne qui exercent notamment des activités

liées à la prévention de la maladie et au traitement des patients présentant un problème de santé courant. Le Collège s'apprête aussi à créer un programme pour former des IPS en oncologie. De plus, nous avons récemment collaboré à accroître les activités exercées par les pharmaciens dans le cadre de leur champ d'exercice. Ceux-ci pourront sous peu exercer ces nouvelles activités.

Cela étant dit, nous demeurons très préoccupés par le problème d'accessibilité et nous continuerons de déployer des efforts, à notre mesure, pour que la situation s'améliore. Toutefois, le Collège n'a pas le pouvoir d'intervenir sur tous les enjeux liés à la santé et il ne faut pas nous prêter plus de pouvoir que nous n'en avons en réalité. Nos actions se concentrent principalement sur la qualité des soins et l'exercice professionnel des médecins. Soyez assurés que nous y veillons quotidiennement, pour le bien-être des patients.

**Charles Bernard, M.D.**

Président-directeur général  
Collège des médecins du Québec



### Le blogue du Collège, un lieu d'échange avec vous

Les Drs Charles Bernard, Yves Robert et Jean-Bernard Trudeau y expriment leurs points de vue sur divers sujets d'actualité liés à l'exercice professionnel. Vous êtes invités à commenter les billets: faites-nous connaître votre opinion et participez aux débats, nous souhaitons vous lire.

Pour recevoir automatiquement les billets de blogue par courriel et les commenter, vous pouvez vous abonner à l'adresse <http://blog.cmq.org/>, dans la case «S'abonner par courriel».



## MODERNISATION DU SYSTÈME DISCIPLINAIRE UNE MISE À JOUR DE LA LOI S'IMPOSE !

Dans un communiqué émis le 13 février dernier, le Collège se réjouissait du dépôt du projet de loi n° 17 visant à mieux encadrer le système disciplinaire des ordres professionnels du Québec. Dans le passé, le Collège avait fait des représentations auprès du ministre de la Justice sur le manque d'encadrement du processus disciplinaire et sur les délais de délibération des conseils de discipline qui sont actuellement inacceptables.

Un billet publié le 6 février dans le blogue du Collège par le Dr Charles Bernard,

président-directeur général du Collège, faisait également état de cette préoccupation. Dans son billet, le Dr Bernard jugeait impératif de modifier et de moderniser le système disciplinaire afin que celui-ci soit juste, crédible et conforme aux valeurs de la société.

Le Dr Bernard y réaffirmait également la volonté du Collège de voir les délais réduits et les sanctions proportionnelles à la gravité des fautes reconnues.

## LES EFFECTIFS MÉDICAUX AU QUÉBEC : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

### 542 MÉDECINS DE PLUS

En date du 31 décembre 2012, le Collège des médecins a atteint un record avec 21 511 médecins inscrits à son tableau. Plus précisément, en 2012, 830 médecins ont été ajoutés au tableau et 288 ont été retirés pour cause de décès, de démission, d'expiration de permis ou de radiation. Ainsi, au Québec, on compte 542 médecins de plus qu'au 31 décembre 2011.

### UN GAIN SIGNIFICATIF EN MÉDECINE DE FAMILLE

Des 21 511 médecins inscrits au tableau du Collège des médecins, 19 400 (90,2 %) sont actifs professionnellement et 2111 (9,8 %) sont retraités. Parmi ces 21 511 médecins, 10 005 (46,5 %) sont des médecins de famille alors que 11 087 (51,6 %) détiennent un permis dans l'une des 53 autres spécialités reconnues au Québec. Enfin, 419 médecins (1,9 %) ont un permis à usage défini, c'est-à-dire qu'ils sont venus au Québec pour un fellowship ou dans le contexte de l'entente Québec-France.

En un an, le Québec a eu un ajout de 228 médecins de famille et de 280 autres spécialistes.

### LE PORTRAIT DE LA RELÈVE

Pendant ce temps, la relève se prépare. Actuellement, les quatre facultés de médecine regroupent 3689 étudiants et 3636 résidents. Par ailleurs, la profession médicale sera de plus en plus féminine puisque l'on compte parmi les étudiants 2299 femmes (62,3 %) et 1390 hommes (37,7 %). À titre de comparaison, la proportion femmes/hommes chez les médecins inscrits au tableau est de 8921 (41,5 %) et de 12 590 (58,5 %). Notons également que l'on compte 452 femmes et 90 hommes parmi l'ajout net des 542 médecins cette année. Quant à l'âge moyen des médecins, il se situe à 52,8 ans.



Des statistiques supplémentaires sont accessibles sur le site Web du Collège à l'adresse suivante : [www.cmq.org](http://www.cmq.org), mot-clé « Statistiques ».

## DÉPLOIEMENT DE QUATRE NOUVELLES ORDONNANCES COLLECTIVES

Depuis le 15 avril 2013, trois nouvelles ordonnances collectives sont accessibles sur le site Web de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour les conditions suivantes : l'anticoagulothérapie, le diabète et l'hypertension artérielle. Une quatrième ordonnance collective suivra au cours des prochaines semaines pour la dyslipidémie.



Cette annonce a été faite le 25 mars dernier par le docteur Réjean Hébert, ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés, au cours d'une conférence de presse à laquelle participaient le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'INESSS.

Le déploiement de ces nouvelles ordonnances collectives nationales s'appuie sur la valorisation des pratiques collaboratives.

Le Collège encourage ses membres à utiliser ces nouvelles ordonnances collectives, puisqu'elles permettent d'améliorer l'efficacité des soins en première ligne tout en s'assurant que la qualité est maintenue.



[www.inesss.qc.ca](http://www.inesss.qc.ca)

## PUBLICATIONS

DES CHANGEMENTS MAJEURS APPORTÉS À CERTAINS RÈGLEMENTS, NOTAMMENT LE RÈGLEMENT SUR LES DOSSIERS, LES LIEUX D'EXERCICE ET LA CESSATION D'EXERCICE D'UN MÉDECIN, EN VIGUEUR DEPUIS LE 31 MAI 2012, ONT AMENÉ LE COLLÈGE DES MÉDECINS À METTRE À JOUR DEUX GUIDES D'EXERCICE : LA RÉDACTION ET LA TENUE DES DOSSIERS PAR LE MÉDECIN EN CABINET DE CONSULTATION ET EN CLSC, PUBLIÉ EN 2006, ET L'ORGANISATION DU CABINET ET LA GESTION DES DOSSIERS MÉDICAUX ET AUTRES OBLIGATIONS CONNEXES PRÉVUES PAR LE RÈGLEMENT SUR LA TENUE DES DOSSIERS, DES CABINETS OU BUREAUX DES MÉDECINS AINSI QUE DES AUTRES EFFETS, PUBLIÉ EN 2007.

LES DEUX NOUVEAUX GUIDES D'EXERCICE SONT JOINTS À CE NUMÉRO.

### LA RÉDACTION ET LA TENUE DES DOSSIERS PAR LE MÉDECIN EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER



Ce guide s'applique à tous les types d'activités d'un médecin dans tous les lieux d'exercice en milieu extrahospitalier et, à certains égards, à la pratique ambulatoire en établissement. Il vise donc autant l'activité professionnelle du médecin qui exerce la médecine en cabinet ou dans un centre médical spécialisé que celle du médecin agissant à titre d'expert ou de conseiller au

sein d'une entreprise ou d'un organisme public ou parapublic.

Il propose au médecin de revoir les avantages que lui-même et son patient peuvent tirer d'une rédaction du dossier plus rigoureuse. Ce guide lui offre l'occasion de porter un regard critique sur sa façon de tenir les dossiers et de prendre connaissance de certains outils pouvant lui être utiles.

Ce guide comporte en annexe plusieurs formulaires pouvant être photocopiés et insérés dans le dossier du patient, notamment le « Sommaire du dossier », la « Liste des médicaments » et l'« Évaluation médicale périodique de l'adulte ». Ces documents peuvent également être téléchargés du site Web du Collège : [www.cmq.org](http://www.cmq.org), section Médecins membres, mot-clé « Tenue des dossiers ».

Une version anglaise du guide sera accessible prochainement dans le site Web du Collège.

### L'ORGANISATION DES LIEUX ET LA GESTION DES DOSSIERS MÉDICAUX EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER

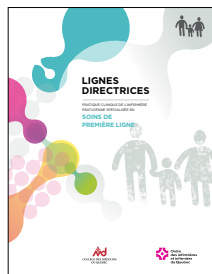


Cette publication se veut un outil pratique, complémentaire au Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin. En voici les éléments les plus significatifs :

- Le médecin inscrit au dossier le diagnostic et les diagnostics différentiels lorsque la condition clinique du patient est imprécise.
- Le médecin verse au dossier un résumé ou un compte rendu de toute communication avec le patient ou un tiers.
- Le médecin doit s'assurer que toute inscription versée au dossier médical, par lui-même ou par un de ses employés dûment autorisé, soit lisible.
- Le médecin doit maintenir un dossier médical pendant une période d'au moins 5 ans. [...] Après cette période, le dossier est considéré comme inactif et peut être détruit.
- Dans le cas d'un dossier actif, tout document datant de moins de 5 ans doit être conservé, la partie datant de plus de 5 ans depuis la dernière inscription ou insertion peut être détruite à l'exception des rapports d'anatomopathologie et d'endoscopie, et des comptes rendus opératoires et d'anesthésie de chirurgies majeures.

Le guide aborde d'autres sujets, notamment le dossier informatisé, les communications électroniques et les registres.

## NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES - IPS EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE



Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec publient la 2<sup>e</sup> édition des lignes directrices sur la pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Ce document, qui remplace la version de 2008, traite de divers aspects de ses fonctions, notamment ses rôles et ses responsabilités, l'étendue de ses activités médicales, la clientèle visée, la pratique de collaboration, les aspects légaux et l'encadrement, ainsi que les modalités de pratique en région isolée.



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

## DERNIÈRES PUBLICATIONS IMPRIMÉES

Dorénavant, les publications du Collège (guides d'exercice, lignes directrices et autres documents de référence) seront accessibles en version électronique seulement\*. La revue *Le Collège* continuera d'être publiée en version imprimée.

Plusieurs considérations nous dictent ce choix :

- Plus de la moitié des membres ont déjà choisi la voie électronique : le Collège les informe des nouvelles publications par courriel, ce qui leur permet d'accéder directement aux documents en ligne.
- L'évolution constante des pratiques médicales et les changements rapides

que l'on observe dans le domaine de la santé font en sorte que les publications ont une durée de vie limitée. Le format électronique facilitera leur mise à jour et limitera la circulation de versions imprimées périmées.

- D'un point de vue écologique, nous contribuons à la préservation de nos ressources naturelles.

Dorénavant, vous serez avisés des nouvelles parutions au moyen d'une infolettre qui vous parviendra dès que la publication sera accessible dans le site Web du Collège.

Par conséquent, il est important que le Collège ait une adresse courriel valide pour vous joindre. Vous changez de courriel? Effectuez votre changement en ligne, à l'adresse [www1.cmq.org](http://www1.cmq.org)

Nous vous rappelons qu'il est important que vous preniez connaissance des publications du Collège afin de vous tenir informés des décisions du Conseil d'administration ainsi que des normes de pratique les plus récentes.

*\* Des exemplaires (en quantité limitée) seront disponibles pour les médecins qui n'ont pas accès à un ordinateur. Ceux-ci pourront nous téléphoner pour recevoir une copie de la publication souhaitée.*

# Ofys

« La **SOLUTION COMPLÈTE**  
pour informatiser ma pratique »

## Des formulaires électroniques ?

Abcdaire | Folstein | Prescripteur  
Billets | Lettres aux assurances et plus.

Laissez-nous vous en faire la démonstration.

un produit développé par  
Logiciels  
**INFODATA**



**Contactez-nous**

pour plus d'information sur Ofys ou  
sur nos autres produits certifiés MED-Office et OscarQc

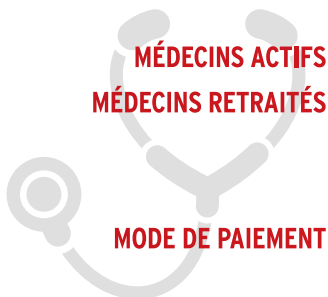
**1.866.831.9077 | [www.ofys.net](http://www.ofys.net) | [www.infodata.ca](http://www.infodata.ca)**



## LE RENOUVELLEMENT DE MA COTISATION

**Je m'inscris en ligne dès le 16 mai 2013**

Les informations nécessaires au renouvellement de votre cotisation 2013-2014 vous seront envoyées dans la semaine du 13 mai.



**MÉDECINS ACTIFS**  
**MÉDECINS RETRAITÉS**

Vous devez renouveler votre cotisation en ligne.

Deux choix s'offrent à vous. Vous pouvez renouveler votre cotisation en ligne ou au moyen du formulaire papier prévu à cette fin.

**MODE DE PAIEMENT**

Vous avez le choix de deux modes de paiement, soit par carte de crédit ou par chèque.

Quel que soit votre mode de paiement, les mêmes règles s'appliquent : votre chèque, accompagné du formulaire approprié, ou votre paiement par carte de crédit doivent être reçus au Collège **AU PLUS TARD LE 30 JUIN, À 17 H.**

**Une pénalité de 250 \$ sera exigée pour tout défaut de paiement de votre cotisation dans les délais.**

Vous avez peu de temps,  
nous le savons.



Forte de trente années d'expérience dans le secteur financier, notamment dans les services de placement offerts aux professionnels de la santé, vous pouvez compter sur mon engagement à bâtir une relation durable.

Avec mon équipe chevronnée, je peux vous aider à construire un plan financier intégré incluant la retraite et la succession.

Communiquez avec nous dès aujourd'hui pour obtenir, sans obligation de votre part, un réexamen de votre portefeuille et de votre stratégie de gestion de patrimoine.



**Raymonde Lucas, Pl. fin.**  
Conseillère en gestion de patrimoine  
Tél. : 514-287-4549  
raymonde.lucas@scotiamcleod.com  
1002, rue Sherbrooke Ouest, Tour Scotia  
Bureau 700, Montréal (Québec)



MD Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée par ScotiaMcLeod. ScotiaMcLeod est une division de Scotia Capitaux Inc. (« SCI »). SCI est membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières et du Fonds canadien de protection des épargnants.

## QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DES MÉDECINS QUANT AUX DEMANDES DES AUTORITÉS POLICIÈRES?

**CETTE QUESTION EST D'ACTUALITÉ. IL ARRIVE RÉGULIÈREMENT QUE LE COLLÈGE REÇOIVE L'APPEL D'UN MÉDECIN QUI S'INTERROGE SUR SON OBLIGATION À COMMUNIQUER OU NON AUX AUTORITÉS POLICIÈRES DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONCERNANT L'UN DE SES PATIENTS.**

Rappelons que l'article 20 du *Code de déontologie des médecins* prévoit que le médecin doit garder confidentiel ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession et qu'il ne peut divulguer ces renseignements qu'avec l'autorisation du patient, lorsque la loi le permet ou lorsqu'il y a une raison impérative et juste, ayant trait à la santé ou à la sécurité du patient ou de son entourage.

En avril 2012, le Collège des médecins a mis sur pied un groupe de travail sur le secret professionnel et les relations entre les médecins et les policiers. Ce groupe avait pour mandat, conjointement avec les autorités policières, d'analyser le cadre légal auquel les médecins et les autorités policières sont assujettis en matière de secret professionnel. Le groupe de travail finalisera bientôt un aide-mémoire sous forme de tableau répertoriant les situations les plus fréquentes dans lesquelles des renseignements personnels sur des patients peuvent être communiqués sans le consentement de ces derniers.

Précisons d'emblée que le seul fait d'être policier n'autorise pas ce dernier à avoir accès aux renseignements personnels d'un patient. Un mandat de perquisition est le seul moyen pour un policier d'exiger la communication de renseignements personnels ou de documents sans l'autorisation du patient.

Toutefois, dans certaines circonstances, la loi<sup>1</sup> oblige le médecin à communiquer certains renseignements, par exemple quand un médecin a des motifs raisonnables de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant sont ou peuvent être compromis. Il est alors tenu de signaler sans délai la situation au directeur de la protection de la jeunesse.

Dans d'autres situations, la loi<sup>2</sup> autorise le médecin à communiquer certains renseignements, sans en faire une obligation. À titre d'exemple, dans un établissement de santé, un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable. Cette communication doit être transmise selon les conditions et modalités établies par le directeur général de l'établissement. Cette règle s'applique également aux médecins exerçant en cabinet qui peuvent eux-mêmes, selon le cas, informer la ou les personnes exposées au danger ou les personnes susceptibles de leur porter secours<sup>3</sup>.

**L'aide-mémoire élaboré à la suite des travaux du groupe de travail permettra aux médecins et aux policiers de retracer rapidement, parmi les différentes lois québécoises, celles qui sont applicables à la situation et de connaître les obligations réciproques qui en découlent en matière de communication de renseignements personnels et de secret professionnel.**

**Cet aide-mémoire sera accessible prochainement dans notre site Web : [www.cmq.org](http://www.cmq.org)**

1. *Code de déontologie des médecins*, art. 39, *Loi sur la protection de la jeunesse*, art. 39
2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 19.0.1
3. *Code de déontologie des médecins*, art. 21

## Réviser votre incorporation pour sécuriser votre avenir et vivre pleinement le présent

- Optimisation du report d'impôt
- Choix de rémunération
- Revue des aspects légaux et successoraux
- Révision des placements

**En tant que médecin, vous pouvez incorporer votre pratique depuis mars 2007. Plusieurs aspects de cette structure ont évolué depuis.**

**La Financière des professionnels, votre partenaire dans la constitution de votre société par actions, peut vous aider à la réviser et à l'optimiser.**

[www.fprofessionnels.com](http://www.fprofessionnels.com)  
Montréal 1 888 377-7337  
Québec 1 800 720-4244  
Sherbrooke 1 866 564-0909

**Financière des professionnels**  
Gestion privée  
Fonds d'investissement  
Planification financière

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille ainsi qu'un courtier en épargne collective inscrits auprès de l'Autorité des marchés financiers (AMF) qui gère et distribue les fonds de sa famille de fonds, et qui offre des services-conseils en fonds d'investissement et en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE) qui offre des services de gestion de portefeuille. Des services de planification financière sont offerts par l'intermédiaire de Financière des professionnels inc.

## LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE D'UN PATIENT EN SOINS PRÉHOSPITALIERS

**COMME TOUT CITOYEN, LE MÉDECIN DOIT PORTER SECOURS À CELUI DONT LA VIE EST EN PÉRIL, PERSONNELLEMENT OU EN OBTENANT DU SECOURS, EN LUI APPORTANT L'AIDE PHYSIQUE NÉCESSAIRE ET IMMÉDIATE, À MOINS D'UN RISQUE POUR LUI OU POUR DES TIERS, OU POUR TOUT AUTRE MOTIF RAISONNABLE<sup>1</sup>. EN OUTRE, PORTER SECOURS FAIT PARTIE DES DEVOIRS DÉONTOLOGIQUES DU MÉDECIN<sup>2</sup>.**

Au cours des derniers mois, le Collège des médecins a été interpellé pour se prononcer sur les niveaux d'intervention des médecins de différentes spécialités lorsqu'ils interviennent auprès d'un patient lorsqu'il est vraisemblable de croire que celui-ci présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate, dans un contexte de soins préhospitaliers.

Le médecin qui assiste et donne des soins d'urgence à une personne victime d'un accident ou à une personne malade, dans un contexte de soins préhospitaliers, doit le faire dans les limites de ses compétences.

Les médecins doivent également collaborer avec les techniciens ambulanciers appelés sur les lieux. Ils doivent exercer leur jugement clinique en tenant compte des protocoles auxquels sont assujettis les techniciens ambulanciers. Dans le cadre de cette collaboration, selon la condition clinique du patient et selon que le technicien ambulancier applique ou non un protocole établi, le médecin devra décider s'il poursuit son intervention jusqu'au transfert et la prise en charge du patient par un autre médecin.

Cet article vise à permettre aux médecins de prendre une décision adéquate quant au besoin de prise en charge médicale d'un patient lors d'une intervention préhospitalière.

À titre d'information, nous illustrons des situations problématiques vécues par les techniciens ambulanciers :

- Un appel au 911 de la part d'un médecin qui vit une urgence familiale chez lui. Les techniciens ambulanciers interviennent rapidement sur les lieux et constatent qu'un transfert vers un centre hospitalier est nécessaire. Le



médecin décide de contribuer aux soins en donnant des directives aux techniciens ambulanciers. Les ambulanciers refusent sous prétexte que ces directives ne respectent pas leurs protocoles pour ce genre de situation d'urgence.

- Un médecin décide de s'arrêter sur la scène d'un accident de la route alors que les techniciens ambulanciers donnent déjà les premiers soins. Il se présente comme médecin et donne des directives de soins aux techniciens ambulanciers. Ces directives ne respectent pas les protocoles de soins prévus pour ce genre d'urgence. Au départ des techniciens ambulanciers vers un centre hospitalier, le médecin donne ses directives finales sans

accompagner les techniciens ambulanciers dans l'ambulance.

Selon le type de situation, l'état clinique du patient, les compétences particulières du médecin et sa capacité à travailler dans un milieu extrahospitalier ou clinique, le partage des responsabilités entre le médecin et l'équipe préhospitalière devra être adapté.

Les compétences cliniques des techniciens ambulanciers québécois ont beaucoup évolué au cours des dix dernières années. Le technicien ambulancier de soins primaires doit maintenant suivre une formation collégiale de trois ans (DEC) et réussir un examen d'accès à la pratique pour pouvoir exercer les activités professionnelles permises.

Les techniciens ambulanciers de soins primaires peuvent effectuer les actes médicaux suivants :

- intubation par Combitube;
- défibrillation semi-automatique;
- assistance ventilatoire avec un appareil à pression positive;
- administration de certains médicaments dont :
  - Salbutamol en cas de dyspnée;
  - Nitro et AAS en cas de douleur thoracique d'origine cardiaque probable et d'IAMEST;
  - Glucagon en cas d'hypoglycémie symptomatique;
  - Épinéphrine IM en cas de réaction allergique grave;
  - Fentanyl SC pour l'analgésie (projet pilote, sous la direction du Collège, dans la région de Chaudière-Appalaches);
  - Nitro en cas de dyspnée d'origine cardiaque probable (implantation prévue en 2013);
  - Versed en cas de convulsions persistantes ou répétitives (implantation prévue d'ici 2015);
  - Naloxone en cas d'intoxication (implantation prévue d'ici 2015).
- électrocardiogramme 12 dérivations, pour l'identification précoce des IAMEST (avec ou sans télémétrie) et la réduction des délais à la thérapie de reperfusion.

Les techniciens ambulanciers sont aussi habilités à prendre en charge les victimes d'accidents graves, à les extraire de la position où elles se trouvent, à en faire l'appréciation clinique, à leur offrir les soins préhospitaliers requis et à les transporter rapidement vers le centre hospitalier de traumatologie approprié.

Quelques techniciens ambulanciers de soins avancés exercent dans la région métropolitaine. Ceux-ci peuvent, en plus des actes mentionnés ci-dessus, installer une voie veineuse et traiter les arythmies

malignes et d'autres situations urgentes avec de la médication intraveineuse.

Tous les actes mentionnés précédemment sont encadrés par des protocoles cliniques émis par la direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence (SPU) du ministère de la Santé et des Services sociaux et suivis par chacun des 16 directeurs médicaux régionaux des SPU.

Lors d'une intervention conjointe, pour le bien-être du patient, le médecin et les techniciens ambulanciers doivent former une équipe soignante. Le médecin doit

d'actes médicaux non permis par la réglementation, même si le médecin le prescrit);

- il devra effectuer le transfert de responsabilité médicale au centre hospitalier et devra laisser un rapport écrit à ce même centre.

Si le médecin choisit de ne pas accompagner le patient, les techniciens ambulanciers devront traiter le patient en fonction des protocoles établis et applica-

## « Selon le type de situation, l'état clinique du patient, les compétences particulières du médecin et sa capacité à travailler dans un milieu extrahospitalier ou clinique, le partage des responsabilités entre le médecin et l'équipe préhospitalière devra être adapté. »

décider s'il prend en charge le patient en fonction de ses compétences, des besoins du patient et des compétences des techniciens ambulanciers.

Si le médecin choisit de prendre en charge le patient, il est souhaitable que celui-ci respecte les lignes directrices suivantes :

- il doit se présenter comme médecin aux techniciens ambulanciers et leur transmettre son numéro de permis d'exercice;
- il doit accompagner le patient dans le véhicule ambulancier jusqu'au centre hospitalier receveur;
- les techniciens ambulanciers assisteront le médecin pour donner les soins tout en respectant les limites de leurs compétences (ils ne peuvent pas poser

bles et non selon les directives du médecin.

Dans le domaine de l'intervention préhospitalière, il peut être difficile de fournir les soins traditionnels et il faut parfois modifier les priorités. Rappelez-vous que les techniciens ambulanciers évoluent quotidiennement dans ce contexte et qu'ils peuvent vous appuyer en vous informant de leurs pratiques et de leurs protocoles. Ainsi, ensemble vous saurez apporter les soins optimaux au bénéfice des patients nécessitant des soins d'urgence.

1. *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 2  
2. *Code de déontologie des médecins*, art. 38

## L'INSPECTION PROFESSIONNELLE DES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS: BILAN DES VISITES

**AU QUÉBEC, LA MAJORITÉ DES INTERVENTIONS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU SÉDATION-ANALGÉSIE PROFONDE, EN MILIEU EXTRA-HOSPITALIER, SONT MAINTENANT RÉALISÉES DANS DES CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS (CMS). À CE JOUR, ENVIRON UNE CINQUANTAINES DE CENTRES ONT OBTENU UN PERMIS ET QUELQUES-UNS ONT DÉJÀ FERMÉ LEURS PORTES. POUR CONSERVER LEUR PERMIS, LES CENTRES DEVRONT TOUS OBTENIR UN AGRÉMENT DU CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT OU D'AGRÉMENT CANADA.**

Le Collège des médecins du Québec a publié en août 2011 un guide intitulé *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier*. Au cours de l'année 2011, plusieurs visites d'inspection professionnelle individuelles ont été effectuées dans les CMS. Depuis juin 2012, le comité d'inspection professionnelle a mis sur pied un

d'évaluation de la qualité de l'acte et de prévention des incidents et accidents n'est pas implantée uniformément dans tous les milieux. Certains ont peu de ressources et cela rend leur tâche très lourde, sans parler des obligations financières qui reposent sur très peu de médecins. Les milieux collaborent assez bien, après quelques mises

départ, ou presque. Nous révisons quelques dossiers, nous discutons avec le directeur médical et nous nous assurons qu'il comprend bien son rôle et que les médecins du centre respectent les normes de pratique en milieu extrahospitalier, tant pour la tenue des dossiers que pour les équipements et l'environnement. Le guide *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier* et le document Web ALDO-Québec nous sont très utiles à cet égard.

Les rapports de ces visites sont présentés au comité d'inspection professionnelle qui décide des suites à y donner. La majorité des CMS reçoivent des recommandations pour améliorer certains aspects de leur pratique. Quelques cliniques feront l'objet d'une deuxième visite pour vérifier la mise en place des recommandations les plus importantes.

Lorsque nous aurons effectué toutes les visites, nous évaluerons la pertinence de maintenir une certaine forme de surveillance qui pourrait s'apparenter à celle exercée sur les centres hospitaliers, soit des visites plus espacées avec des experts dans un champ d'activités bien précis.



programme de visites systématiques dans l'ensemble des centres médicaux spécialisés.

Un chirurgien et une anesthésiologiste mandatés par le Collège effectuent des visites dans les CMS, avec comme objectif de tous les inspecter en deux ans. Jusqu'à présent, plusieurs visites ont été menées dans le cadre de ce programme, les autres seront faites au cours des quinze prochains mois. Quelques CMS en soins ophtalmologiques restent à être évalués, mais les visites dans les autres centres du même type n'ont pas suscité beaucoup d'inquiétude.

Jusqu'à présent, les visites nous ont permis de constater que la culture

au point sur la différence des objectifs des visites d'agrément et des visites des ordres professionnels.

Lors de nos visites, nous suivons un patient depuis son arrivée jusqu'à son

### BILAN DES VISITES D'INSPECTION PROFESSIONNELLE DES CMS AU 15 FÉVRIER 2013

CMS	Plastie/chirurgie/orthopédie	Ophtalmologie
Visites individuelles	5	4
Programme CMS	10	-
Visites à venir	22	6
Fermeture	3	2

## LES LIMITES DU STAGE D'OBSERVATION - RAPPEL

LA DIRECTION DES ÉTUDES MÉDICALES DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ) REÇOIT DE NOMBREUSES DEMANDES D'INFORMATION PROVENANT DE MÉDECINS OU DE DIRECTIONS D'ÉTABLISSEMENTS AU SUJET DES STAGES D'OBSERVATION. DANS LA GRANDE MAJORITÉ DES CAS, CES STAGES SONT DEMANDÉS PAR DES MÉDECINS DIPLÔMÉS HORS DU CANADA ET DES ÉTATS-UNIS (DHCEU) QUI SOUHAITENT SE FAMILIARISER AVEC LA PRATIQUE MÉDICALE AU QUÉBEC. LE CMQ N'INTERVIENT PAS DANS L'ORGANISATION DE CES STAGES, MAIS TIENT À EN PRÉCISER LES LIMITES AFIN DE PROTÉGER LE PUBLIC AINSI QUE LE STAGIAIRE ET LE MÉDECIN QUI LE REÇOIT.



### ACTIVITÉS AUTORISÉES

Les personnes qui effectuent un stage d'observation dans le cabinet d'un médecin, dans une clinique, dans un établissement ou en quelque autre lieu ne peuvent poser aucun acte médical, qu'il s'agisse du questionnaire ou de l'examen physique d'un patient, d'un geste technique diagnostique ou thérapeutique ou de toute autre activité médicale. Ces stagiaires peuvent accompagner un médecin dans ses activités cliniques à titre d'observateurs sans aucune intervention directe ou indirecte auprès des patients.

Le médecin qui veut recevoir un stagiaire en stage d'observation dans un centre hospitalier doit s'adresser à la Direction des services professionnels de son établissement pour connaître la marche à suivre et pour s'informer des

aspects médico-légaux de sa participation à un tel stage.

Durant tout stage d'observation, les candidats sont tenus de respecter l'ensemble des règles s'appliquant aux médecins, incluant celles relatives au secret professionnel. Ils se doivent donc de respecter la confidentialité des renseignements échangés entre le patient et son médecin.

Les seuls stagiaires autorisés à poser des actes médicaux au Québec sont :

- les étudiants en médecine inscrits dans une des quatre facultés du Québec et ceux inscrits dans une faculté située à l'extérieur du Québec qui viennent effectuer des stages au Québec dans le contexte d'un échange entre universités. Tous ces étudiants doivent être titulaires d'un certificat d'immatriculation délivré par le CMQ;
- les résidents en médecine et les moniteurs en formation postdoctorale au Québec. Tous ces stagiaires doivent aussi être titulaires d'un certificat d'immatriculation délivré par le CMQ et d'une carte de stages valide.

### LIMITES DU STAGE D'OBSERVATION

Le stage d'observation n'est ni un stage d'évaluation ni un stage de formation et il ne peut servir à évaluer les compétences d'un candidat. Une formation prédoctorale ou postdoctorale incomplète ne peut être compensée par un stage d'observation.

Nous souhaitons que ces clarifications permettent de mieux préciser les limites d'un tel stage au bénéfice du stagiaire, du médecin et de la population.

## L'AUTOPSIE À LA DEMANDE D'UNE FAMILLE

À LA SUITE D'UNE ENQUÊTE DU SYNDIC, IL A ÉTÉ JUGÉ OPPORTUN D'INFORMER LES MEMBRES DES RÉPONSES QU'ILS PEUVENT FOURNIR À LA FAMILLE D'UN PATIENT DÉCÉDÉ QUI SOUHAITERAIT UNE AUTOPSIE.

La Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès et le Code civil du Québec prévoient que l'autopsie peut être demandée par :

- le médecin qui constate le décès;
- le médecin traitant;
- ou le directeur des services professionnels (DSP) de l'hôpital où est constaté le décès.

Ces médecins peuvent, d'autre part, aviser le coroner du décès en vue d'en faire établir les causes probables.

Dans le cas où le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès refuse, en l'absence de raison médicale, la demande d'une famille pour que soit faite une autopsie, cette dernière pourrait faire une demande au DSP de l'hôpital où le décès est survenu ou a été constaté.



Si le DSP décidait de ne pas demander l'autopsie, la famille pourrait s'adresser au coroner puis, au besoin, au tribunal, soit la Cour supérieure, pour demander que soit ordonnée l'autopsie. La loi prévoit que le tribunal peut alors restreindre partiellement la divulgation du rapport d'autopsie.

## TIRAGE D'UN MÉDECIN DE FAMILLE... ET LE GAGNANT EST ?

IL Y A QUELQUES ANNÉES, L'IDÉE EST APPARUE D'ORGANISER CERTAINS CONCOURS DONT LE PRIX À GAGNER SERAIT L'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE. BIEN QUE CETTE PRATIQUE NE SOIT PAS ENCOURAGÉE PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ELLE N'AVAIT PAS FAIT L'OBJET D'UNE RÉFLEXION PLUS POUSSÉE PUISQU'IL S'AGISSAIT D'UNE FAÇON DE FAIRE PEU RÉPANDUE ET QUI EST RAREMENT L'INITIATIVE DES MÉDECINS EUX-MÊMES.

Force est de constater que ce concept s'est récemment découvert des adeptes. Oubliez le voyage de rêve en Polynésie française, le grand prix consiste désormais en un « tout inclus » médical offert par l'entremise de certains médias et cliniques médicales.

L'observateur cynique du réseau de la santé dira qu'il n'est pas étonnant qu'on en soit arrivé là. Cependant, chaque nouveau concours suscite moult réactions, tant au sein du public que parmi les médecins. Dans ce contexte, le Collège ne peut observer passivement cette pratique sans intervenir.

Le *Code de déontologie des médecins* comporte en général les obligations « positives » des médecins. Néanmoins, il n'aborde pas toutes les situations particulières telles que le tirage d'un médecin de famille, le tirage de consultations médicales ou toute autre loterie du même acabit.

Il apparaît d'emblée au Bureau du Syndic du Collège des médecins que de tels tirages sont contraires au professionnalisme, à l'intégrité, au respect et à la loyauté : ces valeurs sont toujours le fondement de la profession.

Il faut aussi rappeler que les actes d'un médecin ne doivent pas déroger à l'honneur et à la dignité de la profession<sup>1</sup>.

Ainsi, quelles que soient les circonstances de ces tirages, les médecins qui y participent dérogent aux valeurs et à l'essence même de la profession.

Plus spécifiquement, l'attribution d'un médecin ou de soins par un tirage dénature la base de la relation médecin-patient, fondée sur le lien de confiance, pour lui substituer un aspect impersonnel et mercantile.



« Les seuls critères valides pour qu'un médecin donne priorité à un patient devraient être de nature médicale. »

Ces tirages peuvent interférer avec une pratique médicale de qualité qui exige notamment que le médecin ne fournisse que des soins médicalement nécessaires par l'état du patient. Ils peuvent également mettre à rude épreuve l'obligation de suivi qui résulte de toute intervention, tout examen ou tout traitement<sup>2</sup>.

Par ailleurs, le médecin s'expose à une atteinte à son indépendance professionnelle en raison de l'intervention d'un tiers dont la motivation pourrait être monétaire, économique ou promotionnelle plutôt qu'humanitaire<sup>3</sup>. De plus, les annonces publicitaires qui font la promotion de ces tirages soulèvent également un questionnement, car elles ont souvent un aspect plus commercial qu'informatif<sup>4</sup>.

Dans un contexte plus large d'accessibilité aux soins, le Collège des médecins a maintes fois affirmé que les seuls critères valides pour qu'un médecin donne priorité à un patient devraient être de nature médicale.

Par conséquent, aussi attirantes qu'elles puissent être, ces approches sont contraires à l'esprit du *Code de déontologie des médecins*. Elles seront surveillées de près par le Bureau du Syndic qui ne pourra les tolérer.

Bref, il n'y a pas de gagnant.

1. *Code des professions*, art. 59.2, *Code de déontologie des médecins*, art. 43

2. *Code de déontologie des médecins*, art. 50 et 32

3. *Id.*, art. 63

4. *Id.*, art. 75

## AVIS SUR LA NON-DIFFUSION DU NUMÉRO DE FACTURATION ÉMIS PAR LA RAMQ

RÉCEMMENT, LE COLLÈGE A REÇU DES COMMENTAIRES DE MEMBRES S'INTERROGEANT SUR LA DIFFUSION, DANS LE RÉPERTOIRE DES MÉDECINS ACCESSIBLE AU PUBLIC DANS SON SITE WEB, DU NUMÉRO DE FACTURATION À 7 CHIFFRES ÉMIS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) AUX FINS DE FACTURATION, EN PLUS DU NUMÉRO DE MEMBRE À 5 CHIFFRES ÉMIS PAR LE COLLÈGE.

Ce numéro de facturation est composé à partir du numéro de membre à cinq chiffres, auquel est ajouté un chiffre initial correspondant au type de professionnel (en l'occurrence, pour les médecins, le chiffre 1) et un chiffre terminal dit « valideur » de 0 à 9 attribué aléatoirement au professionnel par la RAMQ. Ce numéro de facturation est un « renseignement personnel » au sens de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* à laquelle sont assujettis les ordres professionnels, dont le Collège des médecins du Québec. En vertu de cette loi et du *Règlement sur le tableau des ordres professionnels* de l'Office des professions, un ordre professionnel doit rendre public le numéro de permis émis pour chacun de ses membres et il peut le faire sans demander l'autorisation préalable de ses membres. Ceci n'est pas le cas pour toute autre information, notamment un numéro émis par une tierce partie comme la RAMQ.

Pour cette raison, le Collège a pris la décision de ne plus rendre accessible le numéro de facturation de ses membres émis par la RAMQ. Plusieurs médecins ont réagi en disant qu'ils avaient besoin du numéro de facturation de la RAMQ à sept chiffres d'un médecin référent pour pouvoir être rémunérés pour une consultation. Après vérification auprès de la RAMQ, tel n'est pas le cas. En effet, conformément aux manuels de facturation des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes, le médecin qui facture la RAMQ pour des actes médicaux à la suite d'une référence par un collègue doit, bien sûr, indiquer son numéro personnel de facturation à 7 chiffres, mais n'a besoin que des 6 premiers chiffres du numéro de facturation de son collègue référent, soit le 1 indiquant qu'il s'agit d'un médecin, suivi du numéro de permis émis par le Collège des médecins du Québec. Contrairement à ce que plusieurs croient, il n'y a pas nécessité d'indiquer le septième chiffre de validation.

Le présent avis confirme donc qu'il n'est pas nécessaire de diffuser publiquement les numéros de facturation des médecins émis par la RAMQ qui demeurent des renseignements personnels confidentiels.



## L'Agence MediFact facture pour VOUS

Une adjointe prend sa retraite, vous déménagez ou avez-vous tout simplement envie de profiter de cette merveilleuse journée pour jouer au golf ?

Nous répondons rapidement à vos besoins

**2 MOIS GRATUITS\***  
CONTACTEZ-NOUS DÈS MAINTENANT  
ET OBTENEZ VOS 2 PREMIERS MOIS  
GRATUITS! \*

\*À la signature d'un contrat d'un an.

### L'Agence MediFact, c'est une équipe :

- ✓ d'experts de la facturation médicale depuis 30 ans
- ✓ de collaborateurs qui connaissent les nombreuses modifications et les tarifications
- ✓ de professionnels qui prennent en charge une lourde tâche administrative

**On s'occupe de tout !**



 **Softinfo**

Tél. : 450.466.5592 ■ 1.800.265.5592

[www.softinfo.ca](http://www.softinfo.ca)

## LE MOT DES VICE-DOYENS AUX ÉTUDES MÉDICALES DE PREMIER CYCLE FAVORISER LE LEADERSHIP MÉDICAL

**LE MONDE MÉDICAL A BEAUCOUP CHANGÉ AU COURS DES DERNIÈRES DÉCENNIES. LES CURRICULUMS D'ÉTUDES MÉDICALES DE PREMIER CYCLE DE NOS FACULTÉS SONT EN PLEINE TRANSFORMATION AFIN DE S'ADAPTER AUX NOUVELLES RÉALITÉS CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES.**

Le rôle traditionnel du médecin, souvent qualifié de «paternaliste», n'a plus sa raison d'être. Les compétences et les expertises des professionnels de la santé sont de mieux en mieux définies et leurs rôles respectifs, mieux enchâssés sur le plan législatif. Le nombre de patients aux prises avec des pathologies complexes exigeant un partenariat entre les différents professionnels de la santé est grandissant. Autre changement dans la pratique des soins : les patients eux-mêmes qui veulent de plus en plus être partie prenante des décisions de l'équipe de soins. Dans ce nouveau référentiel professionnel de soins, un leadership médical transformé a vu le jour. Ce leadership doit continuer d'évoluer afin que les médecins assurent une pratique médicale moderne et dispensent ainsi des soins plus efficaces à la population de concert avec les autres professionnels de la santé. Désormais, le médecin n'est plus le seul à définir le tableau clinique complet ni à élaborer les plans de soins.

Nous sommes conscients que nous devons former nos futurs collègues à exercer un nouveau style de leadership. Le médecin doit être visionnaire en collaborant de façon active avec les équipes de professionnels, en incluant le patient et ses proches. Au sein de nos quatre curriculums, nous introduisons progressivement des activités d'apprentissage à la collaboration interprofessionnelle. Les étudiants apprennent aussi à définir leur nouveau rôle en côtoyant d'autres types de professionnels, tant dans les activités sur les campus que dans les centres de simulation ou lors d'activités cliniques.

Nous exposons aussi les étudiants aux diverses problématiques sociales afin de les préparer à jouer leur rôle de guide et de porte-parole des patients. Plusieurs occasions de réflexion leur sont offertes pour en



discuter tout au long de nos différents cursus. Nous abordons des enjeux sociaux comme les populations vulnérables, les soins de fin de vie et l'influence de la pauvreté ou autres déterminants sur la santé. Les étudiants réfléchissent alors sur leur futur rôle au sein de la société en lien avec ces thèmes.

Le futur médecin exercera un leadership de type collaboratif, tout en sachant prendre position tant dans ses rencontres cliniques avec ses patients qu'avec les autres professionnels de la santé avec lesquels il travaillera. Il saura utiliser son expertise et son engagement afin d'influencer positivement la participation de ses collègues. Il s'imposera non pas comme un chef d'équipe, mais comme un véritable leader des soins aux patients. Ses talents de communicateur et de collaborateur seront au service de ce nouveau leadership. Il saura provoquer les changements nécessaires lorsque la situation l'exigera, tant pour son patient que dans des situations de santé publique.

Ainsi, nous sommes convaincus que nous parviendrons à améliorer les soins et la santé publique en potentialisant les compétences de tous les futurs professionnels du réseau.

Christian Bourdy, M.D.  
Université de Montréal  
christian.bourdy@umontreal.ca  
514 343-6723

Ève-Reine Gagné, M.D.  
Université de Sherbrooke  
Eve-Reine.Gagne@usherbrooke.ca  
819 821-8000, poste 75203

Jean-François Montreuil, M.D.  
Université Laval  
jean-francois.montreuil@fmed.ulaval.ca  
418 656-2131, poste 11914

Robert Primavesi, M.D.  
Université McGill  
adugme.med@mcgill.ca  
514 398-3519

## REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS DE LA CLASSE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

LE 15 MARS 2013, LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX A RENDU PUBLIQUES LES RÈGLES QUI S'APPLIQUERONT L'AUTOMNE PROCHAIN AU REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS DE LA CLASSE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP).

Ainsi, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2013, le remboursement des médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sera plafonné à 0,55 \$ par comprimé dans le cadre du Régime public d'assurance médicaments (RPAM).

Les répercussions de ces nouvelles règles de remboursement seront surtout liées au montant additionnel à payer par les personnes assurées par le RPAM, correspondant à la différence entre le prix du médicament prescrit et le prix maximum payable de 0,55 \$ par comprimé. Si les personnes souhaitent éviter cet excédent, elles devront obtenir une nouvelle ordonnance pour changer de dénomination commune ou recevoir une version générique. Soulignons

que pour la majorité des personnes assurées, il n'y aura pas d'excédent à payer.

Le pharmacien pourra sensibiliser la personne touchée par les nouvelles règles de remboursement à en discuter avec son médecin si elle a un rendez-vous au cours des 6 prochains mois. Le médecin pourra alors lui prescrire un IPP n'impliquant pas d'excédent à payer.

Cette mesure découle de recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour un usage plus efficient des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), une des classes de médicaments les plus utilisées. L'INESSS a conclu de ses recherches qu'il n'y a pas de différence cliniquement

importante entre les IPP à dose habituelle pour le traitement de plusieurs affections, et qu'un changement d'IPP ne devrait donc pas avoir de conséquence sur la santé des personnes. L'INESSS reconnaît cependant que des variations dans la réponse au traitement peuvent survenir, c'est pourquoi la nouvelle mesure proposée permet de rembourser plusieurs IPP.



Des outils de communication destinés à soutenir les professionnels de la santé dans la démarche de transition sont accessibles dans les sites Web de l'INESSS ([www.inesss.qc.ca](http://www.inesss.qc.ca)) et de la RAMQ ([www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)).

Colloque 2013

# LA MÉDECINE DU FUTUR

## ses promesses, ses défis

Le 10 mai  
2013

Palais des congrès de  
Montréal

Pour s'inscrire:  
[colloque@cmq.org](mailto:colloque@cmq.org)

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

## AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
<b>SAMSCA<sup>MC</sup></b> (tolvaptan)	Traitement de l'hyponatrémie non hypovolémique cliniquement importante, soit un taux de sodium sérique < 130 mEq/L, ou de l'hyponatrémie symptomatique.	Nouvelle mise en garde concernant le risque de lésions hépatiques
<b>CATENA<sup>®</sup></b> (idebenone)	Traitement de l'ataxie de Friedreich.	Retrait du marché canadien
<b>INCIVEK<sup>MC</sup></b> (télaprévir)	En association avec l'interféron alfa pégyulé et la ribavirine, est indiqué dans le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez des adultes qui présentent une hépatopathie compensée.	Réactions cutanées graves rapportées chez des patients recevant un traitement d'association à base d'INCIVEK <sup>MC</sup> (télaprévir)
<b>RITUXAN<sup>®</sup></b> (rituximab)	Traitement du lymphome non hodgkinien (LNH), de la leucémie lymphoïde chronique (LLC), de la polyarthrite rhumatoïde (PR), de la granulomatose avec polyangéite (GPA, connue également sous le nom de granulomatose de Wegener), et de la polyangéite microscopique (PAM).	Association de RITUXAN <sup>®</sup> (rituximab) à la nécrolyse épidermique toxique (NET) et au syndrome de Stevens-Johnson (SSJ)



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



### Message de remerciement du directeur national de santé publique

LA  
**SANTÉ**  
POUR TOUS

## SEMAINE MONDIALE DE LA VACCINATION

Chers collègues,

Au Québec et ailleurs dans le monde, la vaccination sauve des millions de vies. Elle améliore notre qualité de vie collective, soit en nous aidant à éviter certaines maladies infectieuses ou, sinon, en réduisant les complications et le nombre d'hospitalisations attribuables à ces maladies.

Depuis des décennies, cette importante mesure de santé publique récolte des succès, parfois spectaculaires. Pensons à la variole, qui a causé quelque 300 millions de décès au siècle dernier et qui a pu être éradiquée définitivement, en 1980, grâce à la vaccination. Il en est de même pour la poliomyélite, qui est éliminée des Amériques depuis 1994.

Cependant, aujourd'hui, il reste encore du chemin à parcourir pour atteindre les couvertures vaccinales optimales qui permettraient de protéger efficacement la population contre les maladies évitables par la vaccination. Ainsi, des éclosoins comme celle de la rougeole survenue au Québec, en 2011, nous rappellent qu'il faut continuer à promouvoir la vaccination.

J'en profite, à l'occasion de la Semaine mondiale de la vaccination qui s'étend du 20 au 27 avril, pour rendre hommage à tous ceux qui, comme vous, recommandent la vaccination et l'adoptent dans le cadre de leur travail ainsi que dans leur vie personnelle.

Parce que vous avez la confiance de vos patients, lorsque vous leur recommandez la vaccination, vous êtes bien placés pour faire avancer les choses. Au nom de toute la population et du réseau de la santé publique, je vous remercie de contribuer ainsi à l'amélioration de la santé des Québécoises et des Québécois.

Horacio Arruda  
Directeur national de santé publique  
[www.msss.gouv.qc.ca/vaccination](http://www.msss.gouv.qc.ca/vaccination)

Santé  
et Services sociaux  
**Québec**

## Voici certains ateliers organisés par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici la fin juin 2013

### 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.

3 mai, à 12 h, Sherbrooke  
24 mai, à 14 h, Verdun  
7 juin, à 13 h 30, Mont-Joli



### ORGANISATION DE LA PRATIQUE COMMENT FAIRE MIEUX ?

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

#### Atelier 1 - La collaboration interprofessionnelle pour la gestion des maladies chroniques

1<sup>er</sup> mai, à 16 h, Rivière-du-Loup  
3 mai, à 8 h 30, Shawinigan

#### Atelier 2 - La gestion proactive des rendez-vous

1<sup>er</sup> mai, à 18 h 45, Rivière-du-Loup  
3 mai, à 10 h 15, Shawinigan



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

Atelier de 6 heures visant à aider les médecins à améliorer la tenue de leurs dossiers médicaux.

15 mai, de 9 h à 16 h, Montréal



**SI VOUS DÉSIREZ ORGANISER UNE ACTIVITÉ, VEUILLEZ ADRESSER VOTRE DEMANDE À**  
**Isabelle Brunet, Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec**  
Montréal : 514 933-4441, poste 5330 • Extérieur de Montréal : 1 888 633-3246, poste 5330 • Courriel : [ibrunet@cmq.org](mailto:ibrunet@cmq.org)

## AVIS DE RADIATION

### AVIS DE RADIATION

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Ian C. Gorin** (73409), exerçant la profession de médecin au Québec, a été radié par le comité exécutif du Collège des médecins du Québec, en vertu de l'article 55 du *Code des professions du Québec* (échecs répétés à des stages de perfectionnement assortis d'une limitation d'exercice).

La décision du comité exécutif devenant exécutoire le jour de sa signification au médecin concerné, en vertu de l'article 182.3 du *Code des professions*, le Dr Ian C. Gorin est donc radié du tableau de l'ordre depuis le 18 mars 2013.

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

Montréal, le 19 mars 2013  
M<sup>e</sup> CHRISTIAN GAUVIN, avocat  
Secrétaire adjoint

### AVIS DE RADIATION (dossier : 24-09-00698)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Norman Hoffman** (80535), exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée soit :

*d'avoir fait défaut, du 5 avril 2001 au 20 octobre 2005, d'avoir une conduite irréprochable envers une patiente qu'il savait extrêmement vulnérable et qu'il a suivie en psychothérapie au Service de santé mentale pour les étudiants à l'Université McGill, en brisant à répétition et de façon importante le cadre de la relation thérapeutique en permettant une proximité physique*

*inappropriée, des activités récréatives et intimes hors du cabinet de consultation, et en s'adonnant à une correspondance électronique assidue avec sa patiente où il a laissé porter et même encouragé le discours explicitement amoureux de sa patiente, juxtaposant ainsi à la relation professionnelle, une relation oscillant entre la relation père-fille ou une relation intime et non sexualisée (chef 1).*

Le 17 décembre 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Norman Hoffman une radiation du tableau de l'ordre pour une période de quatre (4) mois sur l'unique chef de la plainte.

La décision du conseil étant exécutoire le 31<sup>e</sup> jour de sa communication à l'intimé, le docteur Norman Hoffman est donc radié pour une période de quatre (4) mois à compter du 18 janvier 2013.

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

Montréal, le 18 janvier 2013  
M<sup>e</sup> CHRISTIAN GAUVIN, avocat  
Secrétaire du conseil de discipline

**AVIS DE RADIATION**

(dossier : 24-08-00686)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Léonidas N. Dragatakis** (77042), exerçant la profession de médecin (cardiologie) à Montréal (Québec), a été trouvé coupable par le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée soit :

*de ne pas avoir procédé, en 2004 et 2005, aux examens requis d'un patient, malgré l'apparition en 2002, d'un diabète susceptible de causer de l'ischémie silencieuse, de la progression des symptômes présentés par le patient, notamment la fatigue pouvant laisser suspecter une détérioration de la fonction ventriculaire gauche, de la présence de signes de surcharge ventri-*

*culaire gauche à l'ECG à partir de novembre 2004, en ne procédant pas aux examens requis, à savoir notamment une échocardiographie ou une scintigraphie myocardique au Persantin pour confirmer la dysfonction ventriculaire gauche et, dépendamment des résultats, à une coronarographie d'évaluation permettant l'instauration d'un traitement mieux adapté à la condition du patient (chef 2).*

Le 23 novembre 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Léonidas N. Dragatakis une radiation du tableau de l'ordre pour une période de trois (3) semaines sur le chef 2 de la plainte.

La décision du conseil étant exécutoire le 31<sup>e</sup> jour de sa communication à l'intimé, le Dr Léonidas N. Dragatakis est radié du tableau de l'ordre pour une période de (3) trois semaines à compter du 4 janvier 2013.

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

Montréal, le 4 janvier 2013  
M<sup>e</sup> CHRISTIAN GAUVIN, avocat  
Secrétaire du conseil de discipline

**AVIS DE RADIATION**

(dossier : 24-11-00745)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Luc Belleau** (91026), exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

*d'avoir tenu, le 27 février 2008, des propos déplacés auprès d'une patiente, à son cabinet de consultation, à l'occasion de son examen médical, notamment en lui faisant des avances et en lui remettant son numéro de téléphone dans ce contexte, convenant avec celle-ci dès les jours suivants de la rencontrer à l'Hôtel Chablis, à Montréal, y ayant avec elle des rapports sexuels, en deux occasions, d'abord au cours des jours subséquents, alors que la patiente à cet endroit se confiait également à lui, en pleurant relativement au décès de sa mère, et ensuite le 17 avril 2008 (chef 1);*

*d'avoir prescrit, le 6 avril 2008, trente (30) comprimés de 7,5 mg du médicament Imovane (zopiclone) à prendre à raison d'un comprimé au coucher, et en autorisant cinq (5) renouvellements de cette ordonnance,*

*telle prescription ayant été effectuée à la demande de la patiente, sans qu'il n'ait eu en sa possession tous les renseignements nécessaires pour la justifier, notamment sans avoir établi préalablement un diagnostic ni s'être assuré qu'un traitement avec cette substance psychotrope était indiqué, allant jusqu'à téléphoner au pharmacien à la demande de la patiente pour faire hâter le renouvellement de cette médication le 18 avril 2008, tel geste ayant été posé en raison de sa crainte que la patiente porte plainte contre lui au Collège des médecins du Québec (chef 2);*

*d'avoir convenu, le ou vers le 27 août 2008, d'une entente avec cette patiente engageant notamment celle-ci, en contrepartie d'une somme qu'il lui a remise et sous peine de sanctions, à ne rien révéler des faits découlant de son examen médical du 27 février 2008, et à garder confidentiel et ne rien révéler des rencontres ou des communications subséquentes qu'il a eues avec elle, particulièrement afin d'éviter d'être l'objet de procédures judiciaires, alors qu'il craignait entre autres,*

*à cette époque, que le Collège des médecins du Québec ait connaissance des actes qu'il avait posés auprès de cette patiente (chef 3).*

Le 23 novembre 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Luc Belleau une radiation du tableau de l'ordre pour une période de trois (3) mois sur les chefs 1 et 2 et de quatre (4) mois sur le chef 3 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

Les parties ayant renoncé à leur droit d'appeler de la décision du conseil, le Dr Luc Belleau est radié du tableau de l'ordre pour une période de quatre (4) mois à compter du 30 novembre 2012.

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

Montréal, le 5 décembre 2012  
M<sup>e</sup> CHRISTIAN GAUVIN, avocat  
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE DÉCÈS

**PÉRIODE : DU 28 NOVEMBRE 2012 AU 22 MARS 2013**

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

NOM, PRÉNOM	NO DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Allard, Raymond	55001	Anesthésiologie	Québec
Bassiri, Parviz	81505	Chirurgie orthopédique	Verdun
Blanchard, Bernard	56014	Chirurgie orthopédique	Montréal
Bourque, André	73509	Médecine de famille	Montréal
Chevrefils, Paul E.	47009	Médecine de famille	Montréal
Eidinger, Stanley L.	53146	Médecine interne / Pneumologie	Toronto
Gadbois, Jacques	53196	Médecine de famille	Boucherville
Garand, Albert	60106	Anesthésiologie	Saint-Léonard

Suite à la page 25

NOM, PRÉNOM	NO DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Gervais, Claude	85464	Pédiatrie	Amos
Herscovitch, Oscar	46057	Médecine de famille	Montréal
Julien, Pierre-Paul	48082	Médecine interne	Montréal
Khadilkar, Madhusudan C.	76022	Médecine de famille	Montréal
L'Abbé, Robert	51096	Radiologie diagnostique / Radio-oncologie	Montréal
Labbé, Pierre	53097	Psychiatrie	Saint-Placide
Labrosse, Jean F.	77148	Médecine de famille	Brownsburg-Chatham
Lafleur, Lucette	60139	Microbiologie médicale et infectiologie	Verdun
Lakoff, Robert S.	69101	Psychiatrie	Ottawa
Mauriello, Vincent	55138	Psychiatrie	Montréal
McMillan, R. M. W.	57698	Oto-rhino-laryngologie / Chirurgie cervico-faciale	Mont-Royal
Noiseux, Pierre	81009	Médecine de famille	Saint-Hyacinthe
Païement, Lucien	58200	Médecine de famille	Laval
Papillon, Jacques	61184	Chirurgie plastique	Saint-Lambert
Paré, J. A. Peter	50218	Médecine interne / Pneumologie	Montréal
Rajakumar, Chellappa	72584	Médecine de famille	Lachine
Renald, Pierre	73254	Endocrinologie et métabolisme	Lévis
Ross, David M.	71462	Médecine de famille	Fort Knox
St-Pierre, Lise	74471	Ophtalmologie	Saint-Joseph-de-Beauce
Vallières, Camil	79369	Médecine de famille	Québec
Yurtcu, Aydin	71077	Psychiatrie	Côte-Saint-Luc

## NOUVEAUX MEMBRES |

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

## PÉRIODE : DU 28 NOVEMBRE 2012 AU 22 MARS 2013

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

## MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF

PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE	PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE
Andriamampionona, Francis Aimé	Montréal	Ingelmo, Pablo Mauricio	Montréal
Bensaada, Farida	Gatineau	Jagodzinski, Daniel	Montréal
Bensoussan, Michaël	Greenfield Park	Karam, Youssef	Gatineau
Bertolizio, Gianluca	Montréal	Kaufmann, Daniel	Montréal
Bouyer-Richard, Anne-Isabelle	Saint-Jérôme	Kiss, Marc-Olivier	Saint-Eustache
Braham, Amel	Témiscouata-sur-le-Lac	Lemaire, Clément	Sainte-Agathe-des-Monts
Cailhol, Lionel	Saint-Jérôme	Maisonnette, Anne-Sophie	Cap-aux-Meules
Cohen, Julien	Saint-Jérôme	Moreira Bacha, Omar	Greenfield Park
Collins, Melissa	Saint-Jérôme	Neiryck, Cyril	Sorel-Tracy
Diez Martinez, Patricia	Sherbrooke	Noletto Negry Santos, Leonardo	Gaspé
Giovanoli, Olivier Fabrice	Sherbrooke	Nourissat, Alice	Québec
Guillemain, Camille Françoise	Sorel-Tracy	Paolini, Jean-Baptiste Michel	Montréal
Hamel, Carine	Salaberry-de-Valleyfield	Pinel-Giroux, Fanny Maud	Saint-Charles-Borromée
Hébert-Davies, Jonah	Montréal	Roucaut, François-Xavier	Trois-Rivières
Hertling, Robert Paul	Saint-Donat	Viau, Alexandre	Rouyn-Noranda
Herzog, Gertraud	Saint-Jean-sur-Richelieu	Wang, Jing	Sherbrooke

Suite à la page 26

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

**PÉRIODE : DU 28 NOVEMBRE 2012 AU 22 MARS 2013**

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

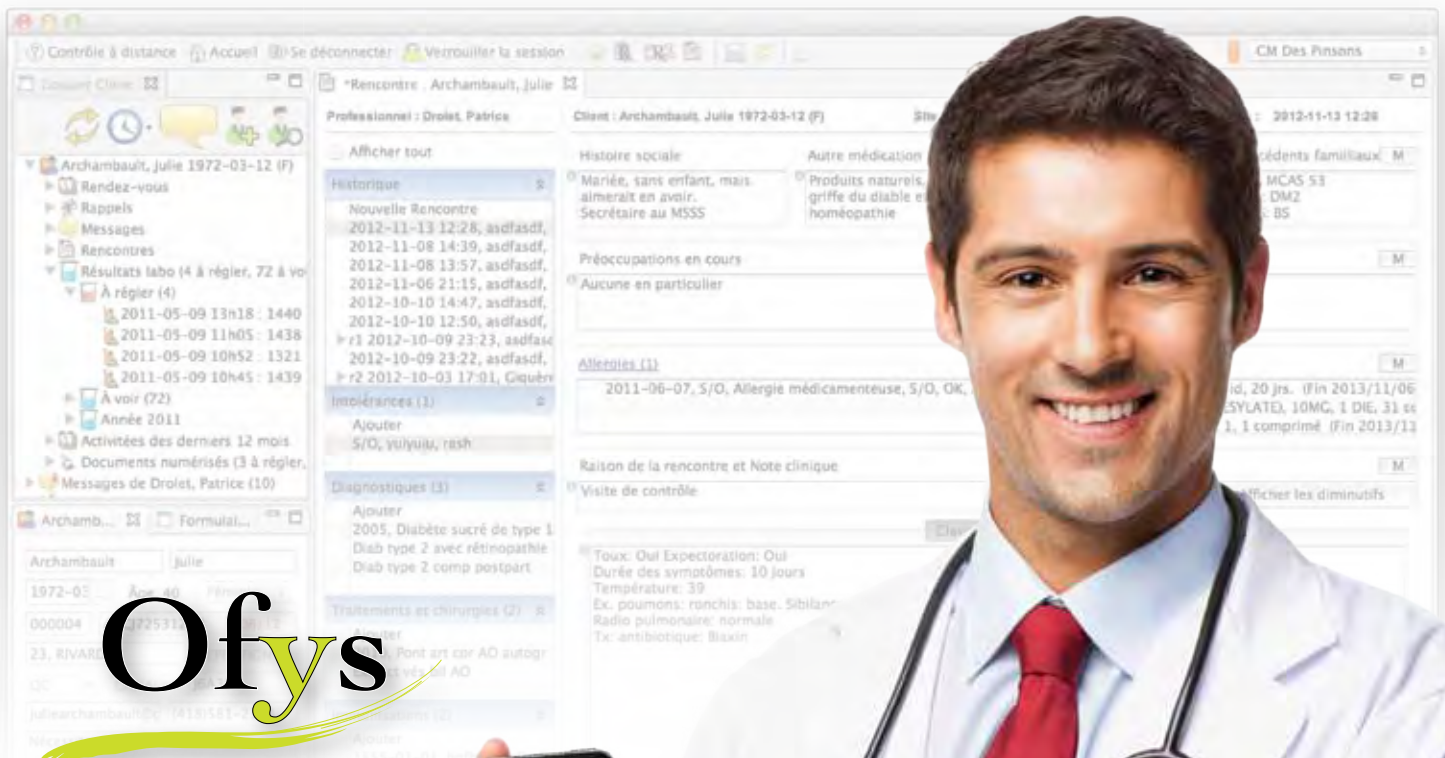
MÉDECINS SPÉCIALISTES			
SPÉCIALITÉS	LIEU D'EXERCICE	SPÉCIALITÉS	LIEU D'EXERCICE
<b>ANATOMO-PATHOLOGIE</b>		<b>MÉDECINE DE FAMILLE</b>	
Hadj Kacem, Chiraz	Montréal	Arllet, Ophélie	Ormstown
<b>ANESTHÉSIOLOGIE</b>		Aubert, Jonathan	Les Escoumins
Miron, Cristiana-Octavia	London	Bisaillon, Lise-Anne	Gatineau
Plante, Jennifer	Québec	Boumekla, Chabha	Laval
Predescu, Oana	Toronto	Carbonneau, Rachel	Saint-Jean-sur-Richelieu
<b>BIOCHIMIE MÉDICALE</b>		Chahine, Joanie	Montréal
Gangloff, Anne	Québec	Cloutier-Nguyen, Véronique	Montréal
<b>CARDIOLOGIE</b>		Cohen, Lynn	Montréal
Belley-Côté, Emilie Prudence	Hamilton	D'Amours, Marie-Hélène	Québec
Nguyen Thanh, Hien Kiem	Montréal	Dahoumane, Hassina	Terrebonne
Pelletier, Marie-Josée	Québec	Dolan, Andrea Yaremko	Montréal
<b>CHIRURGIE GÉNÉRALE</b>		Douville, Simon-Pierre	Matane
Vidovic, Marija	Salaberry-de-Valleyfield	Dumouchel, Mariane	Saint-Jean-sur-Richelieu
<b>CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE</b>		Emamian, Kamelia	Pointe-Claire
Forsythe, Caroline Michelle	Québec	Florea, Adrian	Montréal
Gauvreau, Virginie	London	Forster, Mathieu	Val-d'Or
Goulding, Krista A.	Birmingham	Fraser, Amy	Terrebonne
Lesieur, Martin	Québec	Fraser, Andréane	Saint-Eustache
<b>DERMATOLOGIE</b>		Frenette, Luc	Saint-Jacques
Saber, Mélissa	Montréal	Gaudet, Mathieu	Saint-Charles-Borromée
<b>GASTROENTÉROLOGIE</b>		Gervais, Gabriel	Rivière- Rouge
Auclair, Madeleine	Lévis	Ghannoum, Katya	Montréal
Comeau, Eve-Lyne	Québec	Giroux, Charles	Montréal
Dubeau, Marie-France	Québec	Hébert, Marie	Saint-Étienne-des-Grès
Ferland, Stéphanie	Québec	Houle, Anne-Sophie	Saint-Étienne-de-Lauzon
Plouffe, Elyse	Terrebonne	Lacroix, Marie-Christine	Jonquière
<b>GÉNÉTIQUE MÉDICALE</b>		Landry Désy, Jérôme	Laval
Campeau, Philippe	Houston	Lapierre-Gauthier, Claudie	Saint-Charles-Borromée
<b>HÉMATOLOGIE</b>		Larocque, Isabel	Napierville
Jacques, Cindi	Gatineau	Lauriault, Sébastien	Delson
<b>HÉMATOLOGIE / ONCOLOGIE MÉDICALE</b>		Lemire, Christine	Sorel-Tracy
Faucher, Geneviève	Saint-Jérôme	Mikhail, Geneviève	Montréal
		Munteanu, Florin	Montréal
		Neamatalla, Sameh Nabil Shafik	L'Île-Bizard
		Okhowat, Ali	Montréal
		Partlova, Hana	Pincourt
		Pouliot, Caroline	Cookshire-Eaton
		Quenneville, Amélie	Rivière-Rouge
		Rancourt, Claudine	La Pocatière
		Rivard, Mathieu	Mont-Joli
		Roy, Stéphane	Courcelette

## MÉDECINS SPÉCIALISTES

SPÉCIALITÉS	LIEU D'EXERCICE	SPÉCIALITÉS	LIEU D'EXERCICE
T. Blais, Claudia	Sainte-Anne-des-Monts	ONCOLOGIE MÉDICALE / HÉMATOLOGIE	
Théroux, Jean-François	Châteauguay	Jamali, Hossein	Terrebonne
Therrien, Mylène	Gaspé	OPHTALMOLOGIE	
Thomassin, Noreen Marie Claire	Montréal	Gupta, Rudra Rishi	Gatineau
Tong, Ka-Ho	Châteauguay	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE / CHIRURGIE CERVICO-FACIALE	
Turcotte, Pierre-Christophe	Val-d'Or	Côté, Valérie	Montréal
MÉDECINE INTERNE		Tremblay, Valérie	North Bay
Antar, Ramy	Ottawa	PATHOLOGIE HÉMATOLOGIQUE	
Barile, Donato	Laval	Dmitrienko, Svetlana	Montréal
Beauséjour, Yannick	Saint-Jérôme	PÉDIATRIE	
Bernard, Pierre	Saint-Jérôme	Beaulieu, Mélanie	Baie-Comeau
Eid, Marie Diba	Montréal	Bergeron, Jessy	Montréal
El-Barnachawy, Shérine	Gaspé	Issa-El-Khoury, Karine	Montréal
Fulop, Tamas Zoltan	Sherbrooke	Paquin, Raphaël	Montréal
Gal Portnoy, Shoshana	Montréal	Turcotte, Jean-François	Québec
Khan, Rajal	Montréal	PNEUMOLOGIE	
Levinoff, Elise	Montréal	Carrier, Jean Sébastien	Saint-Jérôme
Masse, Vincent	Sherbrooke	PNEUMOLOGIE / PÉDIATRIE	
Plourde, Benoit	Gaspé	Tse, Sze Man	Brossard
Pun, Shawn	Montréal	PSYCHIATRIE	
Richard, Isabelle	Rouyn-Noranda	Côté, Marie-Pierre	Québec
Spaziano, Marco	Montréal	Gignac, Andréanne	Québec
Tremblay-Laroche, Dave	Québec	Iordache, Ioana	Châteauguay
Yale, Philippe	Saint-Jean-sur-Richelieu	Laverdière, Marianne	Shawinigan
Zhou, Wenwan	Montréal	Morin, Nive	Saint-Charles-Borromée
MÉDECINE INTERNE / MALADIES INFECTIEUSES		Roberge-Tremblay, Antoine	Chicoutimi
Okapuu, Julie Marlene	Longueuil	RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
MÉDECINE NÉONATALE ET PÉRINATALE		Lemonde, Sylvie	Gatineau
Du Pont-Thibodeau, Amélie	Montréal	Lepage-Saucier, Marianne	Montréal
MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION		RADIO-ONCOLOGIE	
Rajotte Martel, Ariane	Québec	Charpentier, Anne-Marie	Montréal
MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET INFECTIOLOGIE		Leclerc, Mathieu	Québec
Roussy, Jean-François	Québec	Wong, Philip	Montréal
NÉPHROLOGIE		RHUMATOLOGIE	
Godin, Mélanie	Sherbrooke	Mahjoub, Zeineb	Lévis
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE		UROLOGIE	
Bérubé, Andrée-Anne	Saint-Georges	Bella, Anthony J.	Ottawa
Jacob, Claude-Émilie	Mont-Royal	Quirouet, Adrienne	Gatineau
Roumain, Chloé Marie Hélène	Gatineau		

# Ofys

« La **SOLUTION COMPLÈTE**  
pour informatiser ma pratique » »



## Ofys

*mobile*

Version iPhone MD  
également disponible

Visitez App Store MD

App Store et iPhone sont  
des Marques de commerce de Apple inc.

Compatible Mac et Windows  
OFYS est un DMÉ certifié  
par le MSSS

un produit développé par  
Logiciels  
**INFODATA**

**Contactez-nous**

pour plus d'information sur Ofys ou  
sur nos autres produits certifiés MED-Office et OscarQc

1.866.831.9077 | [www.ofys.net](http://www.ofys.net) | [www.infodata.ca](http://www.infodata.ca)