

LE COLLÈGE

VOL. XLVII, N° 1 HIVER 2007

14

RENCONTRE
Le D^r Caroline
Noory

6

LE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL
CONTINU

Une responsabilité,
une exigence et des outils



LE COLLÈGE

5

ÉDITORIAL

Le développement professionnel continu

Une question personnelle
et une question d'entraide

6

LE POULS DE LA PROFESSION

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le maintien des compétences

Un plan d'action pancanadien

8

Pourquoi un plan d'autogestion du développement professionnel continu des médecins ?

10

L'autogestion du développement professionnel continu :

Un consensus québécois

11

FACILE, le plan d'autogestion du développement professionnel continu



14

RENCONTRE

LE D^r CAROLINE NOORY

Voir à son développement continu :
une question d'intégrité envers soi
et envers ses patients



En couverture

Le D^r Caroline Noory, médecin de famille,
Centre hospitalier de Verdun
et clinique privée de Rigaud
Photographe : Paul Labelle

16

PERSPECTIVES MÉDICALES

À quoi servent les comités d'évaluation
médicale, dentaire et pharmaceutique ?

18

Évaluez votre condition personnelle

QUESTIONNAIRE
D'AUTOÉVALUATION

20

MÉDICAMENTS SOUS SURVEILLANCE

Ketek ; Lamictal et fissure labiopalatine
non syndromique ; combinaison ISRS et
triptans ; Arava et neuropathie périphérique

22

DÉCISIONS 2007

Décisions du Bureau et du comité administratif

25

LE CARNET DU SECRÉTAIRE

Dépister

26

Au tableau

Nouveaux membres et
nouveaux membres certifiés

27

Nominations et départ

28

Avis de radiation

30

Médecins décédés

Ensaché avec ce numéro

L'évaluation médicale de l'aptitude
à conduire un véhicule automobile

GUIDE D'EXERCICE

32

ENGLISH VERSION

The French section also includes articles
relevant to your practice.

We invite you to read them.

Bulletin LE COLLÈGE, vol. XLVII, n° 1, Hiver 2007 — LE COLLÈGE est publié trois fois par année par le Service des communications du Collège des médecins du Québec, 2170, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8 **TÉLÉPHONE** 514 933-4441 ; 1 888 MÉDECIN **TÉLÉCOPIEUR** 514 933-3112 **COURRIEL** info@cmq.org **SITE WEB** collegedesmedecins.qc.ca **COMITÉ ÉDITORIAL** Les D^{rs} Yves Lamontagne, Yves Robert et Jean-Bernard Trudeau ; Nathalie Savoie **COMITÉ DE RÉDACTION** Les D^{rs} Yves Robert, André Jacques, François Gauthier, Anne-Marie MacLellan et Gilles Otis ; Nathalie Savoie **COORDINATION** Diane Iezzi **COLLABORATION** Danielle Stanton **RÉVISION LINGUISTIQUE** Sylvie Massariol, Laurette Therrien et Françoise Turcotte **CORRECTION D'ÉPREUVES** Sylvie Massariol **TRADUCTION-CORRECTION** Bernadette Griffin-Donovan **SUIVI D'ÉDITION ET DE DIFFUSION** Lucie Le Blanc et Francine Morin **RÉALISATION GRAPHIQUE** BRONX Communications **IMPRESSION** Integria **REPRÉSENTATION PUBLICITAIRE** REP Communication ; Julie Diamond 514 762-1667, poste 238 julie.diamond@repcom.ca **TIRAGE** 22 500 exemplaires **DÉPÔT LÉGAL** 1^{er} trimestre 2007 Bibliothèque et Archives nationales du Québec Bibliothèque nationale du Canada ISSN 1207-3040 — Reproduction autorisée si la source est mentionnée. Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la lecture.

QUAND L'ADO DÉRANGE!

« Docteur, mon ado m'inquiète :
pouvez-vous m'aider? »

Comment investiguer
l'ado agressif?

L'ado hostile dans votre
bureau : conflit ou défi?
Savez-vous vous en sortir?

Atelier sur les

TROUBLES DU COMPORTEMENT des adolescents

**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 :*

M^{me} Nicole Farley-Hanneman

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

TÉLÉPHONE : (514) 933-4441, poste 5330

1-800-633-3246, poste 5330

TÉLÉCOPIEUR : (514) 933-3312

COURRIEL : nhanneman@cmq.org



Santé
et Services sociaux
Québec

JANSSEN-ORTHO



Le développement professionnel continu

Une question personnelle et une question d'entraide

AVEC L'ÉVOLUTION rapide de la technologie et de la pharmacologie, la croissance du phénomène des médecines alternatives et complémentaires et des produits de santé naturels et avec l'abondance également de l'information accessible dans Internet, bien malin serait le médecin qui oserait prétendre que ses connaissances sont à jour s'il ne participe à aucune activité de développement professionnel continu (DPC).

Le plan d'autogestion du DPC que le Collège des médecins s'appête à proposer aborde une formation continue taillée sur mesure en fonction des besoins identifiés par chacun. Afin d'en savoir davantage, les médecins pourront se référer au site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca, section Amélioration de l'exercice), où ils trouveront de nombreux outils qui les guideront dans leur cheminement.

Le plan d'autogestion de DPC sera tout particulièrement utile aux spécialistes qui ne participent pas au programme du maintien du certificat offert par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et aux médecins de famille qui ne sont pas inscrits à celui du Collège des médecins de famille du Canada. Rien n'empêche toutefois un médecin inscrit à l'un de ces programmes d'augmenter le nombre de ses crédits en participant également au plan d'autogestion du DPC préparé par le Collège.

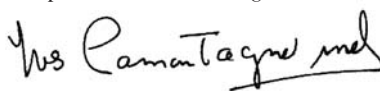
Le Collège a élaboré ce plan de façon qu'il soit le plus polyvalent possible tout en étant conforme au *Code de déontologie des médecins*. Au-delà de la réflexion que doit faire chaque médecin quant à sa propre pratique, les médecins doivent collectivement se soutenir mutuellement dans cette

démarche. En effet, si un médecin reconnaît qu'il doit corriger certaines lacunes de sa pratique, il doit pouvoir compter sur l'aide des collègues pour le faire, que ce soit de façon formelle ou informelle.

À cet égard, le *Code* précise que « le médecin doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce » (art. 14). Mais aussi qu'il « [...] doit, dans la mesure de ses possibilités, aider au développement de la profession par le partage de ses connaissances et de son expérience, notamment avec ses confrères, les résidents et les étudiants en médecine, ainsi que par sa participation aux activités, cours et stages de formation continue et d'évaluation » (art. 15).

Tous les médecins sont appelés à considérer ces aspects comme primordiaux et à en faire non seulement une question personnelle, mais aussi une question d'entraide. De fait, ces articles montrent clairement l'obligation, personnelle et collective, qu'ont les médecins envers le développement professionnel continu. La médecine ne s'en portera que mieux.

Le président-directeur général,



Yves Lamontagne, M.D.



© Paul Labelle Photographie

« Le médecin doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce. »

Le développement professionnel continu

UNE OBLIGATION

Au milieu des années soixante-dix, le *Code des professions* donnait à tous les ordres professionnels québécois le mandat d'évaluer la compétence de leurs membres et de veiller à son maintien grâce à la formation continue. Depuis 2000, les ordres ont été autorisés à rendre obligatoire la formation continue. Le Collège des médecins du Québec encourage ses membres à choisir le modèle qui leur convient le mieux et leur propose un outil polyvalent, qui rendra cette démarche facile et efficace.

LE MAINTIEN DES

Par le Dr André Jacques
Directeur de l'amélioration de l'exercice

Le public s'attend, et c'est son droit le plus strict, à ce que les ordres professionnels, qui régissent la pratique médicale, s'assurent que tous les médecins sont et demeurent compétents, c'est-à-dire qu'ils se tiennent constamment au fait de l'évolution de la médecine. En ce sens, l'autorégulation vise à faire la preuve que le médecin, à l'instar d'autres professionnels, met ses compétences à jour en participant à des activités de développement professionnel continu, et ce, durant toute sa carrière.

RECONNAISSANT le besoin de formation comme une composante essentielle du maintien de la certification, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) met de l'avant, en 1995, un programme d'éducation médicale continue (EMC), nommé MAINPRO®. En 2000, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) emboîte le pas avec son programme de maintien de la certification, en exigeant de tous ses membres qu'ils y participent et qu'ils documentent leurs activités d'EMC. Ces deux programmes fournissent ainsi un encadrement des normes canadiennes en cette matière.

En 2004, l'Association médicale canadienne (AMC) publie le *Code de déontologie de l'AMC*, dans lequel elle établit la responsabilité fondamentale, pour tous les médecins, de s'engager dans un processus continu de maintien et d'amélioration de leurs connaissances, de leurs habiletés et de leurs attitudes.

Le plan d'action de la Fédération des ordres des médecins du Canada

La Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC), une organisation nationale qui agit comme porte-parole des ordres des médecins

COMPÉTENCES

UN PLAN D'ACTION PANCANADIEN

canadiens aux niveaux national et international, a quant à elle pour mission d'offrir aux ordres provinciaux et territoriaux une structure commune permettant des consensus et des échanges sur des sujets d'intérêt.

Afin de développer, à l'intention de l'ensemble de la profession médicale, un processus national de maintien des compétences qui soit à la fois adapté à la réalité actuelle et aux besoins des médecins, la FOMC crée, en 2004, un groupe de travail (le Working Group on Revalidation) ayant pour mandat de lui faire des recommandations en cette matière.

À l'origine, ce groupe de travail est composé de représentants du Collège des médecins du Québec ainsi que du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario et de ceux de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. Par la suite, s'y joignent des représentants du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada, du Conseil médical du Canada, de l'Association des facultés de médecine du Canada et de l'Association médicale canadienne.

Le groupe de travail compte créer un programme traitant de tous les aspects de la profession qui suscitent l'autoréflexion, stimulent le développement personnel et facilitent l'intégration de nouveaux apprentissages dans la pratique quotidienne. En effet, bien que la participation à un programme de développement professionnel continu (DPC) soit essentielle, il est primordial pour le médecin de faire le lien entre le DPC et ses activités cliniques afin de maintenir la qualité de la pratique.

Six principes

Tous les médecins canadiens sont désormais tenus de s'engager dans l'un des programmes reconnus de maintien des compétences, soit un programme qui respecte six principes définis et adoptés par le groupe de travail de la FOMC relativement au processus de « revalidation ».

1. L'UNIVERSALITÉ

Le processus de revalidation s'adresse à tous les médecins et relève de l'autorité qui les régleme ;

2. L'ÉQUITÉ

Ce processus est transparent et fait appel à des outils équitables, fiables, objectifs et normalisés ;

3. LA PERTINENCE

Ce processus est conçu pour améliorer la pratique des médecins et veiller à ce que l'exercice de la profession soit conforme aux normes en vigueur ;

4. L'IMPUTABILITÉ

Ce processus est lié à l'attribution du permis d'exercice de la médecine ;

5. LA TRANSFÉRABILITÉ

Ce processus est transférable d'une juridiction canadienne à une autre ;

6. LA VALEUR FORMATIVE

Ce processus est constructif et éducatif.

La FOMC propose un cycle de validation des compétences d'une durée de cinq à sept ans qui comporte cinq étapes distinctes :

1. L'identification et l'engagement du médecin ;
2. La rétroaction et l'analyse des données ;
3. La création d'un plan de développement professionnel continu (DPC) ;
4. La participation à des activités éducatives ;
5. La réflexion et l'utilisation des nouvelles connaissances dans la pratique.

Le programme de maintien des compétences des médecins canadiens réaffirme la responsabilité personnelle et professionnelle de chaque médecin en ce qui a trait à la mise à jour de ses compétences et à l'application, dans sa pratique, de normes de qualité des plus élevées. Il donne ainsi l'assurance que tous les membres de la profession satisferont aux exigences d'une pratique médicale en constante évolution, puisqu'il en va du maintien de leur permis d'exercice. ▀

POURQUOI UN PLAN D'AUTOGESTION DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS ?

Par le Dr François Goulet
Directeur adjoint de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec

« Pourquoi les médecins ne sont-ils pas tenus, comme les pilotes de ligne, de se présenter périodiquement à un examen de recertification pour maintenir leur permis ? Leur profession ne met-elle pas entre leurs mains la vie des gens autant que le métier des pilotes de ligne ? » Voilà des questions que l'on peut souvent entendre. À partir du 1^{er} juillet 2007, cela ne sera plus le cas : les médecins québécois devront opter pour l'un des programmes de développement professionnel continu, tel le plan d'auto-gestion proposé par le Collège des médecins.

AU MILIEU des années soixante-dix, le *Code des professions* donnait à tous les ordres professionnels québécois le mandat d'évaluer la compétence de leurs membres et de veiller à son maintien grâce à la formation continue. Ce n'est que depuis 2000 que la réforme du *Code* a autorisé les ordres à rendre la formation continue obligatoire pour tous leurs membres¹.

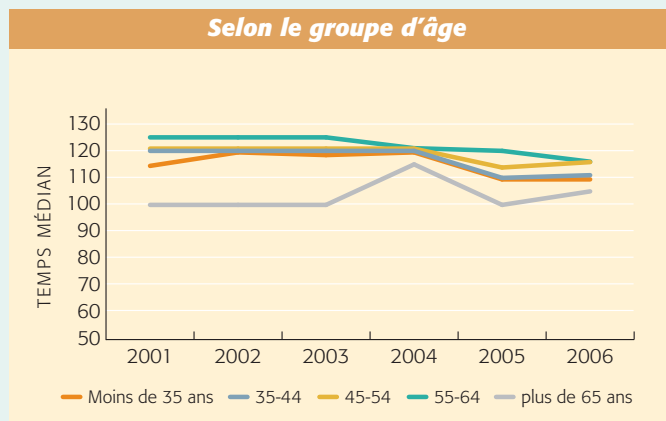
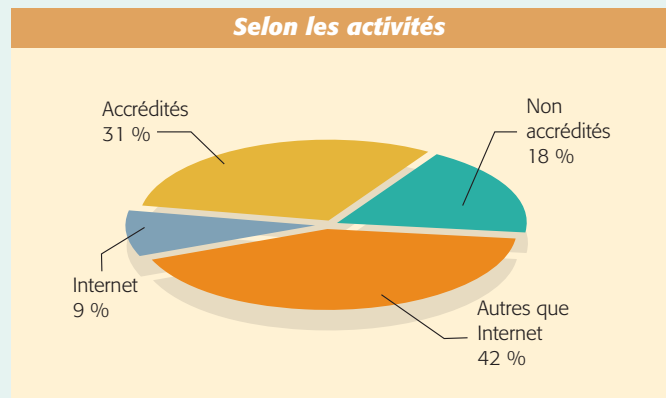
Si certains ordres ont vite adopté des règlements imposant à leurs membres un nombre d'heures ou un programme spécifique de formation continue, le Collège des médecins a, quant à lui,

LES ACTIVITÉS DE DPC DÉCLARÉES PAR LES MÉDECINS QUÉBÉCOIS (2001-2006)

Dans une étude menée récemment par le Collège des médecins, près de 80 % des médecins ont répondu avoir participé à des activités de développement professionnel continu (DPC) avec une médiane à près de 120 heures par année. Ces heures se répartissent de façon assez équilibrée entre les activités formelles de groupe, qu'elles soient accréditées ou non (colloques, congrès, ateliers, réunions scientifiques hospitalières, départementales ou de service, etc.), et les activités individuelles, majoritairement non accréditées (lectures, discussions avec des collègues, recherches dans le Web, etc.).

L'analyse des données recueillies montre également que, peu importe l'âge des médecins (exception faite de ceux ayant dépassé 70 ans), le nombre d'heures consacrées aux activités de DPC demeure stable. Fait intéressant, plus le nombre d'heures de pratique hebdomadaire est élevé, plus les médecins consacrent de temps à leurs activités de DPC. Les activités de DPC réalisées dans le Web constituent, quant à elles, près de 9 % du total des heures de formation, soit 20 heures par année en moyenne.

Pourcentage du temps consacré au DPC (2001-2006)



longuement réfléchi avant d'imposer un processus de maintien des compétences^{2,3,4}. Mais à compter du 1^{er} juillet 2007, tous ses membres devront obligatoirement adopter un programme de développement professionnel continu (DPC). Chaque médecin devra démontrer son intérêt, sa motivation et son engagement à maintenir à jour sa compétence en gérant son propre plan de DPC. Ainsi, tout en privilégiant une approche autorégulatrice qui respecte l'objectif initial du législateur, le Collège souhaite répondre aux inquiétudes du public en ce qui a trait à la compétence de ses membres.

La formation médicale continue, une habitude bien ancrée

Les médecins québécois ont une longue habitude de la formation continue, comme le montre une étude réalisée récemment par le Collège des médecins (encadré)⁵.

En demandant aux médecins de prendre en main leur plan de DPC de façon à répondre adéquatement à leurs besoins éducatifs, le Collège souhaite encourager cette culture de la formation continue et préconiser l'autogestion des apprentissages. Il n'a pas l'intention d'imposer un certain nombre d'heures de crédit ou un type particulier d'activité de DPC.

Le choix des apprentissages

En fournissant aux médecins les outils et l'encadrement dont ils ont besoin pour mener à bien cette démarche, le Collège privilégie une approche conforme à la documentation médicale moderne. Ainsi, cette approche permet non seulement de tenir compte des styles différents d'apprentissage et des besoins individuels de chaque médecin mais elle suscite une réflexion sur la pratique, qui constitue la toute première étape d'un stimulus déclenchant le cycle des apprentissages^{6,7,8}. Le Collège encourage d'ailleurs fortement ses membres à réfléchir sur leur pratique lorsqu'ils rempliront annuellement les cinq étapes de leur plan d'autogestion du DPC (voir *Facile, le plan d'autogestion du DPC*, à la p. 11).

Les médecins québécois pourront opter pour l'un des programmes offerts :

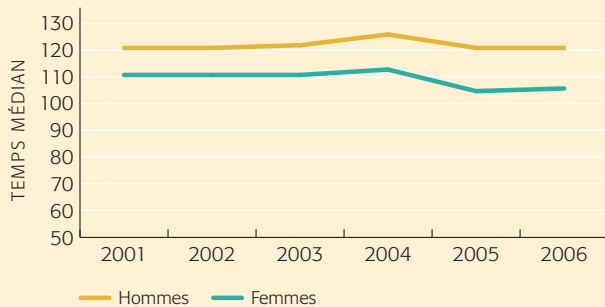
- Le programme de formation médicale continue, proposé par le Collège des médecins de famille du Canada ;
- Le programme de maintien du certificat, proposé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ;
- Le plan d'autogestion du DPC, proposé par le Collège des médecins du Québec.

Une fois l'an, le Collège demandera à environ 5 % de ses membres de lui fournir des preuves d'adhésion à un programme de DPC. Si un médecin ne peut fournir ces pièces ou que celles-ci ne sont pas satisfaisantes, le Collège proposera à ce dernier un mentorat auprès d'un collègue qui pourra l'aider à élaborer son plan de DPC.

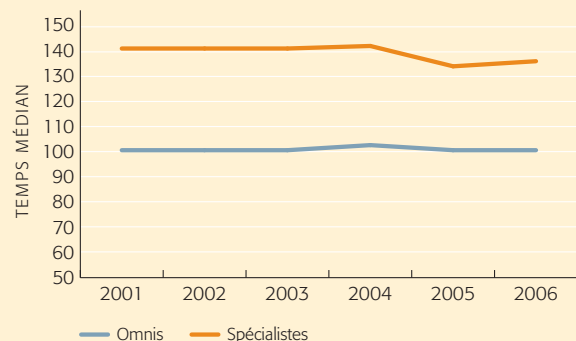
En proposant un outil pratique, le Collège adopte une position simple et conviviale. Il est convaincu que le plan d'autogestion du développement professionnel continu permettra aux médecins de rendre compte, à la population et à leur ordre professionnel, du maintien de leur compétence et de leur capacité à donner les meilleurs services qui soient en matière de santé.

Pourcentage du temps consacré au DPC (2001-2006)

Selon le sexe



Omnipraticiens et spécialistes



RÉFÉRENCES

1. *Code des professions*, LRQ, c. C-26, art. 94 (o).
2. *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, (2004) 136 G.O. II, 1364.
3. *Règlement sur la formation continue obligatoire des membres de l'Ordre des optométristes du Québec*, (2006) 138 G.O. II, 788.
4. *Règlement sur la formation continue obligatoire des comptables généraux licenciés*, (2004) 136 G.O. II, 2161.
5. F. GOULET, « Les activités de DPC déclarées par les médecins du Québec : état de la situation entre 2001 et 2006 ». À paraître.
6. J.D. WAKEFIELD, « Commitment to change: exploring its role in changing physician behavior through continuing education », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 24, n° 4, automne 2004, p. 197-204.
7. R.D. FOX ET C. MINER, « Motivation and the facilitation of change learning, and participation in educational programs for health professionals ». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 19, n° 3, été 1999 ; p. 132-141.
8. D. DAVIS et autres, « Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? », *JAMA = The Journal of the American Medical Association*, vol. 282, n° 9, 1^{er} septembre 1999, p. 867-874.

L'AUTOGESTION DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU UN CONSENSUS QUÉBÉCOIS

Par le Dr Pierre Raïche

Président du Conseil québécois du développement professionnel continu des médecins (CQDPCM)

Au Québec, en matière de développement professionnel continu, le modèle CanMEDS 2005, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, fait consensus. Ce modèle offre une vision élargie, qui reflète bien l'évolution des mentalités et les objectifs de maintien et d'accroissement de la compétence, en conformité avec le Code de déontologie des médecins.

DURANT LES DÉCENNIES soixante et soixante-dix, la formation médicale continue relevait essentiellement d'une direction universitaire et de la bonne volonté de certains départements hospitaliers spécialisés, voire de certains médecins spécialistes. Petit à petit, les omnipraticiens et les médecins de diverses spécialités se sont résolument investis dans les activités visant le maintien et l'amélioration de leurs compétences propres. Cette transition, d'une responsabilité confiée à des milieux traditionnels d'enseignement vers une responsabilité assumée par un regroupement de personnes désireuses de diriger elles-mêmes leur destinée professionnelle, s'est opérée en grande partie au sein des associations ou des fédérations des médecins engagés dans cette voie.

Parallèlement à cette transition, l'idéologie sous-jacente à la formation continue a évolué vers le développement professionnel continu (DPC). Désormais, le diplômé qui obtient son permis d'exercice est considéré comme un apprenant permanent (*life long learner*). Il s'engage dans un processus continu de maintien de sa compétence, qui dépasse largement le champ strict

de la compétence ou de l'expertise médicale et scientifique, lesquelles ont longtemps été les seuls moteurs et objets de la formation continue.

Le CQDPCM, un mandat de concertation

Existant depuis 1975, le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CEMCQ) est un organisme de concertation ayant pour mission de promouvoir et de favoriser le DPC et qui regroupe les organismes agréés en formation continue du Québec, tels :

- le Collège des médecins du Québec (CMQ)
- la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

- les services de formation professionnelle des universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke
- le Collège québécois des médecins de famille (CQMF)
- le Collège des médecins de famille du Canada (section provinciale)
- le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)
- l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC)
- le Regroupement des compagnies pharmaceutiques de recherche et de développement (R&D) (bien que non agréé en formation continue par le Collège des médecins du Québec, R&D s'intéresse à la formation continue des médecins et adhère au *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue*).

À peine son *Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue* était-il en vigueur que l'organisme changeait de nom, en 2004, pour celui de Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM). Cette modification n'était pas qu'un simple exercice de sémantique, mais s'inscrivait dans un processus d'évolution de l'approche en formation continue et traduisait le caractère progressiste du regroupement, tout comme sa nouvelle définition du développement professionnel continu :

Le développement professionnel continu consiste en toute démarche d'un médecin dans le but d'acquérir, de maintenir ou de parfaire ses connaissances, habiletés ou attitudes. Le développement professionnel continu consiste en une action individuelle ou collective, basée sur un besoin ou un intérêt, qui s'inscrit dans le cycle des apprentissages et qui vise à améliorer la qualité des soins offerts à la population. »

CQDPCM, novembre 2005

Ayant pour mandat de dégager un consensus chez ses membres, le CQDPCM a étudié la perception de la formation continue de chacun des organismes qui le constituent. À ce jour, c'est le modèle proposé par le CRMCC qui semble le plus apte à favoriser ce consensus. Dans le modèle CanMEDS 2005, le CRMCC considère que le médecin doit chercher à maintenir et à améliorer toutes ses compétences, en sus de son expertise médicale. Il ne s'agit donc plus uniquement d'acquérir des connaissances scientifiques, mais aussi d'aller chercher des compétences transversales, tels la communication, la collaboration, la promotion de la santé, le professionnalisme, la gestion et l'érudition.

Devant une approche aussi globale, le confinement à la seule formation médicale continue prend un caractère restrictif, incompatible avec le souci d'amélioration progressive et globale de la pratique du médecin.

Tous les membres du CQDPCM adhèrent à cette vision élargie, qui reflète bien l'évolution des mentalités et les objectifs de maintien et d'accroissement de la compétence des médecins, en conformité avec leur *Code de déontologie*. Les médecins qui n'ont pas encore entrepris une démarche de DPC sont invités à entrer dans l'univers du DPC, fondé sur la capacité de chacun à gérer de façon autonome un développement professionnel personnalisé. ■



« Je suis reconnaissante envers le CMQ de nous accorder le choix. »

Par le D^r Louise Samson



En pratique radiologique depuis 23 ans, le D^r Louise Samson est Associée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et, depuis 2006, présidente de l'organisme. Elle relate l'évolution de son développement professionnel.

COMME PLUSIEURS de mes collègues médecins et autres professionnels de la santé, mon développement professionnel continu (DPC) a souvent été basé sur des lectures d'articles scientifiques et la présence à des congrès, à des réunions scientifiques ou à des clubs de lecture. Jusqu'en 2000, mon DPC était peu planifié et sans structure. Il s'adaptait ou bien aux situations cliniques complexes ou inhabituelles qui requéraient une solution rapide, ou aux programmes préétablis des congrès et des réunions, lesquels n'avaient parfois pas de grandes répercussions sur ma pratique et favorisaient peu l'interaction avec les pairs. Grâce au programme Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (CRMCC), j'ai ajouté un volet « planification » à mon DPC.

Le programme MDC m'a permis de définir les buts de mon apprentissage, de choisir des activités adaptées à mes besoins et, surtout, de bâtir des projets de formation personnels (PFP). Le programme m'a aussi amenée à structurer davantage l'évaluation de ma pratique. Cet outil est très polyvalent et s'adapte à tous les styles d'apprentissage. J'ai converti presque toutes mes activités de DPC en PFP et en évaluation de ma pratique.

En outre, je ne rapporte pas toutes mes activités d'apprentissage, mais seulement celles qui contribuent à l'amélioration de ma pratique ; ce n'est pas le nombre de crédits accumulés qui compte, mais ceux qui sont pertinents. Je suis bien consciente que ce programme a contribué à rehausser la qualité des congrès et des réunions scientifiques, grâce aux critères d'accréditation, et sa renommée partout au Canada et dans le monde.

À partir du 1^{er} juillet 2007, nous devons tous adopter un plan de développement professionnel continu. Je suis heureuse que le Collège des médecins du Québec ait reconnu le MDC du CRMCC, et reconnaissante qu'il nous ait accordé le choix.

FACILE, LE PLAN D'AUTOGESTION DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le plan d'autogestion du développement professionnel continu, qui sera préconisé par le Collège des médecins du Québec à compter de juillet 2007, vise à faciliter le choix des activités de formation, leur adaptation aux divers aspects de la pratique et leur suivi.

Par le
D^r François Croteau
Président du comité
de développement
professionnel
continu
Collège des médecins
du Québec

DÉBORDÉS, les médecins manquent chroniquement de temps. Pourtant, selon des données recueillies par le Collège des médecins du Québec, il est très important pour eux de maintenir à jour leurs connaissances et ils apprécient de disposer d'outils qui leur permettent d'atteindre cet objectif.

Les membres du comité de développement professionnel continu (CDPC) du Collège ont considéré ces données au moment d'élaborer le plan d'autogestion du développement professionnel continu (DPC). Pour s'assurer de la faisabilité du projet, ils ont également eu de nombreux échanges avec les organismes québécois engagés dans ce domaine, notamment en ce qui a trait à la préparation d'outils et d'activités de DPC. Ces organismes sont regroupés au sein du Conseil québécois du développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) et ont reçu l'agrément en formation continue du Collège.

« Facile » est le mot clé pour définir l'outil d'autogestion du développement professionnel continu que le Collège des médecins soumettra à ses membres.

FACILE

Inutile de chercher des formules complexes qui consomment temps et énergie ;

ADAPTÉ

Chaque plan d'autogestion est personnel, c'est-à-dire adapté aux différents champs de pratique du médecin ;

COMPILÉ

L'outil aidera le médecin à compiler les documents nécessaires à son plan de DPC ;

INNOVATEUR

Il importe de réfléchir, d'innover et de renouveler sa pratique ;

LUDIQUE

On persiste plus longtemps dans des activités où l'on retire plaisir et satisfaction ;

ÉVOLUTIF

Un plan de DPC est essentiel au cours de toute la vie professionnelle du médecin. C'est la seule façon efficace de suivre les progrès de la médecine et d'assurer les meilleurs soins possibles à la population.

Le processus sous-tendant cet outil est l'équivalent de celui de la formation continue et se répète annuellement.

- ④ Le médecin qui s'adonne à la formation médicale continue (FMC) depuis le début de ses études sait qu'il devra en faire tant et aussi longtemps qu'il exercera la profession.
- ④ Il choisit les sujets et les thèmes de ses apprentissages en fonction de ses besoins, en lien avec son exercice.
- ④ Il souhaite mettre à jour ses compétences en fonction des dernières découvertes médicales, que ce soit pour le diagnostic ou pour le traitement.
- ④ Il choisit des outils de DPC selon son style d'apprentissage : il utilise Internet pour son côté pratique, et y fait des lectures au moment et dans le lieu de son choix ; il participe à des colloques et à des congrès pour confirmer sa compétence ainsi que pour rencontrer des collègues et échanger des idées ; il s'inscrit à des ateliers qui lui permettent d'être actif durant les apprentissages et de mieux intégrer les nouvelles notions.
- ④ Il conserve toutes les pièces justificatives des heures consacrées à la formation.

Ce qui est nouveau dans ce déroulement, c'est que l'on demande au médecin de réfléchir sur son exercice, de noter ses réflexions et de consigner les activités qu'il a entreprises pour compléter son plan de DPC.

Des outils dans le site Web du Collège

PLAN D'AUTOGESTION DU DPC Une version détaillée du plan d'autogestion sera accessible dans le site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca, section Amélioration de l'exercice).

LA BOÎTE À OUTILS La boîte à outils fournit des explications sur le projet d'auto-apprentissage ainsi que sur le plan de DPC qui pourront aider le médecin à établir et à documenter son plan d'autogestion du DPC.

LA FOIRE AUX QUESTIONS Ce document présentant une liste de questions-réponses pourra servir à clarifier certaines situations. Tout médecin peut formuler d'autres questions susceptibles d'alimenter la discussion et de susciter la réflexion.

Une démarche personnelle facile

Le plan d'autogestion du DPC est propre à chaque médecin ; il lui sert en quelque sorte de feuille de route qui le guide dans la réalisation de ses objectifs en matière d'apprentissage. Tous les médecins en ont un. Il suffit maintenant d'y consigner les activités accomplies et de quantifier les crédits obtenus, tout en gardant à l'esprit que cela est... FACILE !

La proposition du Collège :

Étape n° 1 **MON EXERCICE PROFESSIONNEL ACTUEL**

Quels sont mes principaux champs de pratique professionnelle ?

À cette étape, répertoriez les divers champs de votre exercice professionnel, en traçant un portrait qui reflète votre pratique quotidienne et votre environnement. Votre objectif est d'amorcer les améliorations potentielles.

- Observez vos lieux de pratique (cabinet privé, CLSC, milieu hospitalier de courte durée ou de longue durée, centre d'hébergement pour personnes âgées, médecine du travail, médecine d'urgence, etc.).
- Regardez votre horaire de travail d'un mois typique : il vous donnera un aperçu précis de vos divers champs d'activité professionnelle.
- Examinez votre profil de pratique (archives, cahier de rendez-vous, dossiers informatisés, Régie de l'assurance maladie du Québec) afin d'identifier les diagnostics que vous avez posés le plus fréquemment ou les actes que vous avez facturés le plus souvent.
- Si vous y avez accès, révisez votre profil de prescription et votre profil d'examens d'investigation.
- Dressez une liste des problèmes cliniques ou autres que vous rencontrez au cours de votre pratique.
- Indiquez votre niveau de maîtrise et votre degré d'intérêt pour chaque champ d'exercice ainsi que votre priorité pour chacun.

Étape n° 2 **MES OBJECTIFS**

Comment puis-je établir mes objectifs à partir de mes principaux champs d'activité professionnelles ?

Cette étape, qui en est une d'analyse de vos besoins de formation, permet de déterminer vos objectifs d'apprentissage et vos échéanciers. Après avoir répondu aux questions « Où en suis-je ? », « Quels sont mes besoins de formation ? » et « Quels doivent

UN PLAN D'AUTOGESTION DU DPC EN 5 ÉTAPES

être mes objectifs d'apprentissage au cours de l'année?», inscrivez vos commentaires dans votre plan et faites une brève analyse des réponses obtenues.

Où en suis-je ?

Il est utile de faire une analyse de vos forces et de vos faiblesses dans chacun de vos champs d'activité.

Utilisez la formule : Je me sens apte à..., moins apte à..., et inapte à...

Quels sont mes besoins de formation ?

À cette étape, consolidez vos forces et corrigez vos faiblesses de façon à améliorer votre performance et vos résultats.

Si le rhumatologue est peu accessible, par exemple, améliorez vos compétences liées au diagnostic et au traitement de ces conditions.

Quelles doivent être mes activités d'apprentissage au cours de la prochaine année ?

C'est le moment d'établir un plan qui comprend les étapes à suivre pour atteindre les objectifs fixés et d'y énumérer les moyens à votre disposition pour y parvenir.

Demandez-vous quel est le moyen ou l'outil éducatif que vous préférez : les colloques ou les congrès, les projets d'auto-apprentissage, les présentations magistrales, les ateliers pratiques en petit groupe, les discussions avec des spécialistes, les stages de formation, la lecture de guides de pratique ou d'articles scientifiques, la recherche dans le Web ?

Étape n° 3 MON ÉVALUATION

Quelles activités de DPC ai-je réalisées, et quel a été leur effet sur ma pratique ?

Analysez maintenant la formation que vous avez acquise au cours des diverses activités, et commentez sa qualité ainsi que le degré d'atteinte

des objectifs que vous aviez fixés avant votre participation. Notez également les raisons pour lesquelles cette formation a été un succès ou un échec de manière à éviter de refaire les mêmes erreurs dans le choix des prochaines activités de DPC.

- Demandez-vous si cette activité a modifié ou modifiera votre pratique, et de quelle façon.
- Évaluez toujours la qualité de la formation et l'effet sur votre pratique des compétences acquises au cours de cette activité de DPC.
- Indiquez les actions que vous avez entreprises dans votre pratique à la suite de l'activité de DPC. Soyez précis, réaliste et objectif par rapport à ces actions.

Étape n° 4 MA RÉFLEXION ET MON RÉAJUSTEMENT

Pour maintenir votre compétence et votre intérêt, il est essentiel de faire « tourner cette roue » sans cesse ; sinon, vous vous sentirez vite dépassé, et la qualité de votre exercice professionnel se détériorera.

Demandez-vous quelles sont les actions que vous devez encore faire pour atteindre vos objectifs.

Étape n° 5 MA SYNTHÈSE ANNUELLE DES ACTIVITÉS DE DPC

Toutes les activités éducatives de DPC effectuées en cours d'année visent non seulement le maintien, mais également l'amélioration de vos compétences, ce qui vous permettra de rendre des services de meilleure qualité. Vous devrez donc les consigner dans le plan d'autogestion du DPC. Vous pouvez les regrouper selon les catégories suivantes :

- Projets de formation structurée individualisée ;
- Évaluation de la pratique ;
- Activités individuelles agréées ou non agréées ;
- Enseignement et recherche ;
- Activités collectives agréées ;
- Activités collectives non agréées. ▶

D^r CAROLINE NOORY

Voir à son développement continu Une question d'intégrité envers soi et envers ses patients

Par Danielle Stanton, journaliste indépendante

Aucun médecin n'est à l'abri du piège : croire que ses connaissances sont à jour une fois pour toutes et pour de bon.

LA VIGILANCE S'IMPOSE, prévient le D^r Caroline Noory. « Avec le temps, on prend des habitudes, on se conforte dans de fausses certitudes, estime le médecin de famille rattaché au Centre hospitalier de Verdun et à une clinique privée de Rigaud. Il est tellement simple de penser que nous avons réglé le problème d'un patient parce que nous ne l'avons pas revu après lui avoir prescrit un médicament ou un traitement. Ce peut être une illusion... J'en suis convaincue : nous avons le devoir de vérifier régulièrement si nos compétences sont encore à jour. »

Parler de développement personnel continu (DPC) à Caroline Noory, c'est prêcher à une convertie. « Durant mes études, j'ai compris à quel point la médecine était en évolution constante. Dès lors, j'ai su que, si je voulais bien servir la population, je devrais être en apprentissage ma vie durant. Et demeurer très critique envers ma pratique. »

Chez elle, le souci de maintenir à niveau son bagage médical est quasi inné. « Je ressens le besoin viscéral – voire obsessionnel – de savoir que l'information que je donne à un patient est la plus exacte et la plus complète possible. C'est une simple question d'intégrité. Je suis loin d'être la seule qui pense ainsi, plusieurs de mes collègues ont la même préoccupation. »

Le D^r Noory part toutefois avec une carte gagnante dans son jeu. « Comme généraliste, je dois me tenir informée sur plusieurs sujets. Mais j'ai de la chance : en médecine, tout m'intéresse ! Cela dit, je suis comme les autres, mon grand ennemi n'est pas la bonne volonté mais le manque de temps. Au fil des années, j'ai néanmoins réussi à mettre au point une "stratégie DPC" personnelle qui me convient. »

« Organiser son travail autour de la formation »

La stratégie DPC adoptée par le D^r Noory tourne depuis trois ans autour d'un noyau central : le programme Parcours du médecin de famille, offert par l'université de Montréal. « Nous y faisons une mise à niveau complète de nos connaissances en ce qui concerne divers problèmes de santé fréquents : hypertension, migraines, saignements intermenstruels, etc. C'est une excellente façon de rafraîchir nos savoirs. »

Chaque année, le D^r Noory inscrit à son agenda les sept journées de formation offertes dans le cadre de ce programme. Et elles sont sacrées. C'est un des trucs gagnants que le médecin applique en DPC : planifier le plus longtemps d'avance possible tout ce qui touche à sa formation continue. « L'idée est simple : organiser mon travail en fonction de ma formation, non l'inverse. Si on attend à la dernière minute en se disant "je verrai si j'ai le temps", c'est fatal : ce temps, on ne le trouvera pas. »

De fait, le D^r Noory ne se laisse pas le choix... « Dès que j'entends parler d'une activité qui m'intéresse, je m'inscris et j'en règle aussitôt les frais, même si cet événement a lieu plusieurs mois plus tard. C'est réglé, noté dans mon agenda, je ne le remets pas en question. Pour moi, cette méthode fonctionne bien. »

Mais au-delà de la discipline personnelle, comment choisir-elle parmi la myriade de rencontres, de colloques et de conférences qui ont lieu chaque année ? « Mon premier choix se porte vers ce qui s'apparente à des minicours de perfectionnement. J'en suis venue à privilégier les formules fondées sur des activités qui couvrent à fond un ou deux thèmes et qui se déroulent en petits groupes. J'aime faire le tour complet d'un sujet. Et j'aime pouvoir discuter avec des collègues qui ont rencontré des cas différents des miens, ou qui ont abordé différemment des cas similaires. Ces échanges sont extrêmement précieux. De telles activités me déçoivent rarement. »

Les colloques qui réunissent 300 personnes, et qui sont constitués de présentations très diversifiées qui se succèdent en rafale aux vingt minutes lui sourient moins. « Je demeure sur ma faim. J'aime plutôt pouvoir poser des questions sur des aspects qui me préoccupent, moi. En grands groupes et avec peu de temps à sa disposition, c'est impossible. »

Elle évite systématiquement les rencontres orchestrées par l'industrie pharmaceutique. « Je préfère mettre l'accent sur celles où l'on me présente les deux côtés de la médaille d'un traitement ou d'un médicament : les bons aspects, et les moins bons aussi. C'est plus utile. »

Lorsqu'elle choisit ses activités de DPC, le D^r Noory résiste à la tentation de choisir systématiquement des formations portant sur ses thèmes préférés. « Plutôt, j'essaie de pallier mes manques. De m'améliorer en ce qui a trait à des pathologies pour lesquelles je suis moins sûre de moi. Cela demande un peu d'effort mais, en bout de ligne, c'est plus productif. »

Pour rentabiliser encore plus ses formations, Caroline Noory conserve la documentation qu'elle en a rapportée. Souvent, elle enrichit cette documentation de ses propres notes. « Bien sûr, je ne les consulte pas tous les jours, mais je retourne assez

régulièrement à mes notes de colloque pour y trouver une information. Au bout d'un certain temps, je jette. La documentation n'est plus à jour. Il faut toujours être à l'affût de l'évolution des connaissances.»

Bien sûr, on ne réinvente pas la roue à chaque rencontre de formation, indique-t-elle. «Mais si je retire deux ou trois connaissances nouvelles, je n'ai pas perdu mon temps.»

Retourner aux sources

Depuis quelque temps, Caroline Noory exerce un tutorat auprès de jeunes résidents. Cela aussi fait partie de sa stratégie DPC. «Je tenais d'abord à rester en contact avec des étudiants, notamment pour m'obliger à garder à jour mes connaissances. Cela s'est avéré : mes résidents me posent beaucoup de questions, et de très bonnes. Notamment sur certains thèmes que je pensais posséder à fond. J'ai eu la surprise de constater que je devais parfois retourner à la source !»

Internet lui est alors fort utile, notamment le site www.uptodate.com. «Mais il suffit de commencer à naviguer dans le Web pour constater à quel point les sites médicaux sont nombreux ; avec un peu de patience, je trouve généralement exactement ce que je cherche.» Elle consulte aussi régulièrement les sites consacrés aux voyages, pour être en mesure de répondre aux questions de sa clientèle à ce sujet. «Par exemple, les lignes directrices relatives à la malaria évoluent continuellement. J'aime avoir l'information de première main.»

La lecture est évidemment une autre source de perfectionnement.

À condition de ne pas se laisser décourager par la somme d'ouvrages à consulter, observe Caroline Noory. «Les médecins reçoivent une abondante documentation de toutes natures. Trop même. Je parcours rapidement tout ce que je reçois, et je trie sur le champ. Je prends connaissance de ce qui m'intéresse de prime abord mais aussi des articles portant sur des secteurs que je connais moins ou qui demandent une mise à niveau. Je découpe ces papiers, et je les apporte chez moi. Ils se retrouveront sur ma table de chevet, et je les lirai au moment qui me conviendra.»

Aux articles très pointus Caroline Noory préfère les revues de la documentation scientifique qui font le point sur un sujet donné. «Cela prend une certaine expérience pour interpréter correctement les résultats divulgués dans des articles très spécialisés et en faire une lecture critique valable. Je préfère qu'on me donne l'état global de la question dans son ensemble, avec le pour et le contre. Ainsi, je perds moins de temps, et cela m'aide à prendre au quotidien de meilleures décisions.»

Décider et agir

À quel moment se sent-elle satisfaite de la mise à jour de ses connaissances ? «Jamais. On ne peut jamais dire : je me forme sur telle chose et je prends ensuite une pause de deux ans. Le DPC est un processus évolutif. Il est de la responsabilité de chacun de se maintenir à jour. La majorité des médecins agissent en

« ON ATTEND D'UN PROFESSIONNEL QU'IL SOIT À LA FINE POINTE ET LES MÉDECINS NE FONT PAS EXCEPTION. NOUS PRÉTENDONS ÊTRE DÉTENTEURS D'UN HAUT SAVOIR ? ALORS, SOYONS À LA HAUTEUR. »

conséquence mais, puisque le Collège a choisi de donner un caractère obligatoire à la DPC, c'est probablement parce qu'il y a quelques exceptions. C'est dommage !»

«Nous, les médecins, sommes des professionnels. On attend d'un professionnel qu'il soit à la fine pointe dans son domaine, et les médecins ne font pas exception. Nous avons une responsabilité morale importante envers la société. Nous prétendons être détenteurs d'un haut savoir ? Alors, soyons à la hauteur.»

Penser tout connaître est un leurre. C'est ici que la DPC entre en jeu. Aux yeux de Caroline Noory, le *plan d'autogestion du développement professionnel continu* instauré par le Collège ne devrait pas «être vu comme une contrainte mais comme un incitatif et une motivation à faire mieux.»

Si elle devait choisir un mot pour définir le DPC, Caroline Noory opterait pour «proactif». «Une fois qu'on a décidé d'investir dans son perfectionnement, il faut agir. Cela ne se fait pas tout seul, personne ne va inscrire à votre place des plages de formation à votre agenda. Une prise de conscience, tout commence par là. Autrement, rien n'est possible.»

À quoi servent les comités d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ?

Dans chaque établissement de santé, un comité évalue la qualité de l'acte. Une formation sur le rôle et les fonctions de ce comité est offerte aux membres des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens afin de leur permettre d'utiliser à bon escient cette ressource.

Association des CMDP
du Québec

Collège des médecins
du Québec

DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, le Collège des médecins du Québec et l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ) offrent conjointement aux membres des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) une formation sur le comité d'évaluation de l'acte dans les établissements de santé. De ce partenariat a émergé une vision commune du rôle de ce comité. On confond parfois évaluation de l'acte et processus disciplinaire, bien que ces deux démarches soient complètement différentes. Quels sont donc les fonctions et les pouvoirs du comité d'évaluation de l'acte médical ?

Les fonctions

Les fonctions du comité d'évaluation de l'acte en établissement de santé sont clairement définies dans le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (art. 105) :

Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique doit assumer les fonctions suivantes :

- 1° veiller à ce que le contenu médical, dentaire et pharmaceutique des dossiers des bénéficiaires soit conforme aux dispositions du présent règlement et de ceux adoptés par le centre hospitalier ;
- 2° juger de la qualité et de la pertinence des soins médicaux et dentaires, ainsi que des services pharmaceutiques, donnés aux bénéficiaires ;
- 3° étudier les diagnostics préopératoires, postopératoires et anatomo-pathologiques ;
- 4° examiner les dossiers des bénéficiaires ayant présenté des complications ;
- 5° étudier les cas d'interventions chirurgicales où il n'y a pas eu d'exérèse ;
- 6° étudier les cas de décès survenus dans le centre hospitalier ;
- 7° réviser périodiquement le traitement prescrit pour les infections nosocomiales et pour les affections les plus fréquentes dans le centre hospitalier ;
- 8° faire des recommandations au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Selon le Collège, les fonctions du comité d'évaluation devraient toujours être remplies dans l'objectif d'améliorer les soins médicaux et d'optimiser l'utilisation des ressources. Aussi, le Collège favorise-t-il une approche « dénominalisée » par regroupements, dont la modalité la plus répandue est l'évaluation par critères explicites.

Les pouvoirs

Le comité d'évaluation de l'acte a le devoir d'évaluer tout acte jugé problématique, ce qui l'autorise à examiner en profondeur la pratique d'un professionnel en particulier. Pour s'acquitter de ses fonctions, le comité est investi des pouvoirs d'enquête requis. Ainsi, afin d'obtenir l'information qui lui permettra de juger de la qualité d'un acte, il est habilité à rencontrer le médecin visé — qui doit collaborer avec le comité —, le chef de département ou un autre professionnel réputé compétent. Cependant, le comité n'a pas accès au dossier professionnel du médecin concerné, et les procès verbaux qu'il établit sont confidentiels. Il ne faut jamais perdre de vue qu'une évaluation individuelle doit se faire dans le but d'améliorer la qualité de l'acte.

Les limites

Le comité d'évaluation de l'acte doit à tout prix éviter de transformer l'exercice de ses pouvoirs en une démarche disciplinaire. Il ne doit jamais non plus procéder à l'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien qui a eu une conduite faisant l'objet d'une plainte dont a été saisi le médecin examinateur ou le CMDP à des fins disciplinaires.

Certaines évaluations peuvent toutefois révéler une pratique professionnelle qui impose la formulation d'une plainte, par exemple pour cause de négligence professionnelle. Une plainte contre un membre du CMDP doit être déposée par une personne, ce qui exclut le comité d'évaluation. De fait, seuls le chef de département concerné, le directeur des services professionnels ou un autre professionnel peuvent déposer une telle plainte après avoir été mis au courant de la situation par le comité exécutif dont relève directement le comité d'évaluation de l'acte. À noter que, dans un tel cas, le comité d'évaluation n'a qu'un pouvoir de recommandation. ▀

Évaluez votre condition personnelle

1 • QUESTIONNAIRE D'AUTOÉVALUATION (PRENEZ 10 À 15 MINUTES DE VOTRE TEMPS)

Près de la moitié (45,7 %) des médecins âgés entre 35 et 44 ans, ayant répondu à un sondage diffusé en 1998 dans le journal de l'Association médicale canadienne, ont déclaré souffrir de fatigue ou d'épuisement professionnel. Devant ces statistiques inquiétantes, le Collège des médecins du Québec invite ses membres à remplir individuellement le questionnaire ci-dessous qui permet à chacun de faire le bilan de sa condition personnelle.

Pour chaque item, lisez attentivement l'énoncé et attribuez un score selon la fréquence à laquelle surviennent l'émotion ou l'attitude décrite. Si l'énoncé ne s'applique pas à votre situation personnelle, veuillez indiquer « 0 »

	JAMAIS	OCCASIONNELLEMENT	1 FOIS PAR MOIS	2-3 FOIS PAR MOIS	1 FOIS PAR SEMAINE	2-6 FOIS PAR SEMAINE	1 FOIS PAR JOUR
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens déjà fatigué au lever quand j'ai à affronter une autre journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que ma clientèle* ressent.	0	1	2	3	4	5	6
5. J'ai négligé mes obligations, ma famille ou mon travail plus de 2 jours de suite en raison de ma consommation d'alcool ou autres substances.	0	1	2	3	4	5	6
6. Je sens que je m'occupe de ma clientèle* de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	0	1	2	3	4	5	6
7. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts.	0	1	2	3	4	5	6
8. Je m'occupe très efficacement des problèmes de ma clientèle*.	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai tendance à m'isoler de mes amis et mes collègues, à abandonner mes activités communautaires et sociales, mes loisirs ou mes passe-temps.	0	1	2	3	4	5	6
10. Je sens que je craque à cause de mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
11. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.	0	1	2	3	4	5	6
12. J'accepte parfois un travail qui ne correspond pas à mes aptitudes et à mes qualifications personnelles.	0	1	2	3	4	5	6
13. Je suis devenu plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	0	1	2	3	4	5	6
14. Je crains que ce travail m'endurcisse émotionnellement.	0	1	2	3	4	5	6
15. Je me sens plein d'énergie.	0	1	2	3	4	5	6
16. Il m'arrive de penser que je consomme de l'alcool en quantité supérieure à la normale.	0	1	2	3	4	5	6
17. Je me sens frustré par mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
18. Je sens que je travaille «trop dur» dans ma vie professionnelle.	0	1	2	3	4	5	6
19. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à une certaine partie de ma clientèle*.	0	1	2	3	4	5	6
20. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	0	1	2	3	4	5	6
21. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec ma clientèle*.	0	1	2	3	4	5	6
22. Mes proches font des commentaires au sujet de ma consommation d'alcool ou autres substances.	0	1	2	3	4	5	6
23. Je me sens bien lorsque dans mon travail j'ai été proche de ma clientèle*.	0	1	2	3	4	5	6
24. Je pense demander de l'aide ou des conseils au sujet de ma consommation d'alcool ou autres substances.	0	1	2	3	4	5	6
25. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	0	1	2	3	4	5	6
26. Je me sens au bout du rouleau.	0	1	2	3	4	5	6
27. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	0	1	2	3	4	5	6
28. Je fais l'objet de remarques de mes collègues et du personnel concernant ma disponibilité, ma fiabilité et l'inconstance de mon humeur.	0	1	2	3	4	5	6
29. J'ai l'impression que ma clientèle* me rend responsable de certains de ses problèmes.	0	1	2	3	4	5	6
30. J'ai des accidents à répétition (automobile, travail, loisirs).	0	1	2	3	4	5	6

* Clientèle : doit être interprété comme une relation professionnelle au sens large (patients, collègues, autres personnes)

RAPPEL

Infections transmissibles par le sang et évaluation de la pratique

Un médecin atteint d'une infection transmissible par le sang qui pose des actes médicaux propices à la transmission¹ a la responsabilité de gérer les risques liés à sa situation. Il doit avant tout vérifier son état de santé en ce qui a trait aux infections transmissibles par le sang. S'il est infecté, il doit faire évaluer sa pratique professionnelle par un comité d'experts, en s'adressant au Service d'évaluation des risques de transmissions d'infections hématogènes (SERTIH) : 1 888 680-1856.

En avril 2004, le Collège des médecins du Québec publiait un énoncé de position dans lequel il précisait les règles qui s'appliquent dans ces situations¹. ▀

1. L'énoncé de position *Le médecin et les infections transmissibles par le sang*, publié en avril 2004, peut être consulté dans le site Web du Collège des médecins du Québec : collegesdesmedecins.qc.ca, section Le Collège, Répertoire des publications.

L'insuline d'origine animale : encore disponible

Certains professionnels ne savent peut-être pas que les patients canadiens peuvent encore se procurer de l'insuline d'origine animale, notamment les insulines de porc Hypurin Regular et Hypurin NPH, dont Santé Canada vient d'autoriser la fabrication.

Les progrès relatifs à la production d'insulines humaines recombinées ou biosynthétiques ont entraîné la diminution de la demande d'insulines animales. La disponibilité de ce type d'insulines demeure toutefois une cause de préoccupation croissante pour un petit nombre de personnes atteintes du diabète qui ne parviennent pas à traiter leur maladie avec les insulines humaines biosynthétiques. ▀

Renseignements : site Web de Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/activ/fs-fi/ga_gr_insulin_02_2006_f.html

Source : Santé Canada, Direction générale des produits de santé et des aliments

Lignes directrices

Anticoagulothérapie en milieu ambulatoire

De nouvelles données enrichissent la documentation scientifique

En février 2005, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont publié conjointement les lignes directrices intitulées *L'anticoagulothérapie en milieu ambulatoire*, qui abordent notamment l'anticoagulothérapie orale. Ces lignes directrices sont fondées sur le consensus publié en 2001 par l'American College of Chest Physicians, sur la documentation complémentaire pertinente et sur l'expérience clinique.

Il est précisé, dans la section « Protocole – cadre de fonctionnement » de ce document (p. 8), qu'« il est de la responsabilité des professionnels qui utiliseront ces lignes directrices de s'assurer que leur conduite clinique évoluera en accord avec les recommandations qui paraîtront dans la documentation scientifique ». Or, depuis cette parution, la documentation scientifique a beaucoup évolué. Tous les professionnels concernés sont donc invités à adapter leur pratique en conséquence, même si les nouvelles données ne remettent pas en cause la valeur du protocole présenté dans ce document. ▀



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Syndic adjoint Direction des enquêtes

Poste à temps plein
ouvert aux femmes et aux hommes

Le Collège des médecins du Québec est à la recherche d'un syndic adjoint pour compléter son équipe à la Direction des enquêtes.

Fonctions

- Sous la direction du syndic, le syndic adjoint :
- mène enquête lorsque le Collège reçoit une information selon laquelle un médecin membre du Collège aurait commis une infraction au *Code des professions*, à la *Loi médicale*, au *Code de déontologie* ou aux autres règlements adoptés en vertu de ces lois ;
 - agit, au besoin, comme plaignant ès qualités devant le comité de discipline à l'endroit d'un médecin ayant présumément commis une infraction au *Code des professions*, à la *Loi médicale*, au *Code de déontologie* ou aux règlements adoptés en vertu de ces deux lois ;
 - participe aux autres activités inhérentes au fonctionnement de la Direction ;
 - participe aux activités du Collège.

Exigences

- Être membre du Collège des médecins du Québec ;
- Exercer la profession depuis dix ans, dont au moins trois dans un poste administratif d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (toute autre expérience pertinente sera considérée) ;
- Connaître les lois relatives au domaine de la santé ;
- Avoir l'habitude de travailler en équipe ;
- Être bilingue ;
- Pouvoir se déplacer partout au Québec.

Conditions

- Rémunération selon les normes en vigueur pour les médecins cadres du Collège des médecins du Québec ;
- Avantages sociaux intéressants.

Les candidatures, accompagnées d'un curriculum vitae, doivent être adressées **avant le 13 avril 2007, à 12 h**, à l'attention de :

Docteur Yves Lamontagne
Président-directeur général
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

Par Geneviève Létourneau, B. Pharm., pharmacienne
 Révision scientifique : Valérie Phaneuf, B. Pharm., pharmacienne
 Centre d'information pharmaceutique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Ketek : troubles hépatiques, exacerbation de la myasthénie grave et syncope

Dans son numéro Printemps-été 2006, le bulletin *Le Collège* faisait état d'une association possible entre l'utilisation du Ketek^{MD} et des cas d'insuffisance hépatique grave. Étant donné que de nouvelles précisions sont disponibles à ce sujet, le fabricant, Sanofi-aventis, a diffusé, conjointement avec Santé Canada, un complément d'information dans un avis émis en septembre 2006¹.

Troubles hépatiques

Certains cas d'insuffisance hépatique aiguë, notamment l'hépatite fulminante et la nécrose hépatique nécessitant une greffe du foie ou entraînant la mort, ont été observés pendant un traitement par Ketek^{MD}, ou immédiatement après. Par conséquent, la monographie du produit a été modifiée et présente désormais les recommandations suivantes :

- L'utilisation du Ketek est contre-indiquée chez des patients qui ont des antécédents d'hépatite, des antécédents d'ictère ou les deux à la suite de l'utilisation du Ketek, ainsi que chez ceux qui présentent une hypersensibilité à la téliothromycine ou à un macrolide.
- Un suivi des symptômes d'hépatite doit être effectué.
- Les patients doivent être informés de cesser le Ketek et de consulter immédiatement un médecin lorsqu'ils présentent des symptômes d'hépatite.

Myasthénie grave

L'exacerbation de la myasthénie grave ayant entraîné la mort ou la manifestation soudaine d'une insuffisance respiratoire aiguë menaçant le pronostic vital ont été observées chez des patients qui ont pris du Ketek. L'utilisation du Ketek n'est donc pas recommandée chez les patients atteints de cette maladie, **sauf s'il n'existe aucune autre option thérapeutique**. Si cela est le cas, il est nécessaire d'effectuer un suivi rigoureux de ces patients, et de les informer qu'ils doivent cesser le Ketek et consulter immédiatement un médecin s'il y a exacerbation de leurs symptômes.

Syncope

Comme certains cas de syncopes généralement associées à un syndrome vagal ont été liés à la prise de Ketek, il faut informer les patients de cette possibilité et de l'effet qu'une telle réaction pourrait avoir sur leur capacité à effectuer certaines activités (p. ex. conduire un véhicule automobile, faire fonctionner de la machinerie ou effectuer toute activité potentiellement dangereuse).

1. SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Renseignements importants en matière d'innocuité approuvés par Santé Canada concernant Ketek (téliothromycine)*, Ottawa, Santé Canada, [5 octobre 2006]. Copie d'une lettre de Sanofi-aventis Canada. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/ketek_hpc-cps_f.pdf (page consultée le 10 octobre 2006).

Lamictal et fissure labiopalatine non syndromique

Selon des données préliminaires tirées du North American Antiepileptic Drug (NAAED) Pregnancy Registry, des cas de fissures palatines et de fissures labiales ne faisant pas partie d'un syndrome incluant d'autres malformations ont été observés à la suite de l'utilisation du Lamictal^{MD} (lamotrigine) en monothérapie au cours du premier trimestre de la grossesse¹.

L'incidence de fissures labiopalatines non syndromiques était de 8,9 pour 1000 dans le groupe exposé au Lamictal, comparativement à 0,37 pour 1000 dans la population de référence utilisée dans ce registre ; le taux généralement rapporté dans la documentation varie entre 0,50 et 2,16 pour 1000¹. Les données du NAAED ne montrent toutefois pas qu'il y ait accroissement du risque global de malformations congénitales importantes associées au Lamictal¹.

On analyse, à l'heure actuelle, les données consignées dans d'autres registres de grossesses. Cependant, avant de pouvoir prendre position, on doit considérer certains éléments. Tout d'abord, l'épilepsie qui n'est pas maîtrisée chez une femme enceinte peut lui être préjudiciable, ou l'être à l'enfant qu'elle porte^{1, 2}. Ensuite, grâce au registre NAAED, il a été possible

d'établir des liens entre l'utilisation d'autres antiépileptiques, tels l'acide valproïque et les barbituriques, et des malformations majeures². Enfin, l'utilisation du Lamictal durant la grossesse doit être réservée aux cas où les avantages potentiels l'emportent sur les risques pour le fœtus¹.

GlaxoSmithKline gère actuellement le *Registre des grossesses chez les femmes recevant de la lamotrigine*. Les médecins peuvent inscrire à ce registre, avant que soient connus les résultats de l'échographie, de l'amniocentèse, d'autres tests ou avant la naissance, les femmes pour lesquelles ils effectuent le suivi de grossesse :
1 800 336-2176.

1. SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Renseignements importants approuvés par Santé Canada concernant l'innocuité des comprimés Lamictal (lamotrigine)*, Ottawa, Santé Canada, [8 août 2006]. Copie d'une lettre de GlaxoSmithKline. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/lamictal_2_hpc-cps_f.pdf (page consultée le 10 octobre 2006).
2. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. CENTER FOR DRUG EVALUATION AND RESEARCH, *Information for Healthcare Professionals: Lamotrigine (marketed as Lamictal)*, Rockville (Md), U.S. Department of Health and Human Services, septembre 2006. [En ligne] <http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/lamotrigineHCP.htm> (page consultée le 10 octobre 2006).

RAPPEL

Combinaison ISRS et triptans : risque de syndrome sérotoninergique

La U.S. Food and Drug Administration (FDA) a émis un avis dans lequel elle rappelle aux médecins et à la population qu'un syndrome sérotoninergique (SS) peut survenir à la suite de l'utilisation combinée de triptans (antimigraineux agonistes des récepteurs 5-HT₁) et d'antidépresseurs¹, tels les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN).

TRIPTANS	ISRS	ISRN
Amerge^{MD} (naratriptan)	Celexa^{MD} (citalopram)	Effexor^{MD} (venlafaxine)
Axert^{MD} (almotriptan)	Ciprallex^{MD} (escitalopram)	
Imitrex^{MD} (sumatriptan)	Prozac^{MD} (fluoxétine)	
Maxalt^{MD} (rizatriptan)	Luvox^{MD} (fluvoxamine)	
Relpax^{MD} (élétriptan)	Paxil^{MD} (paroxétine)	
Zomig^{MD} (zolmitriptan)	Zoloft^{MD} (sertraline)	

Ce syndrome est causé par une activité sérotoninergique excessive, qui se produit généralement lorsque sont combinés deux agents ou plus qui favorisent ce type d'activité ; ce syndrome a également été signalé après la prise d'un seul agent². Les symptômes du SS comprennent des changements cognitifs (confusion, agitation, léthargie, coma), l'instabilité du système nerveux autonome (hyperthermie, tachycardie, diaphorèse,

vomissements, diarrhée, pupilles dilatées) et des changements neuromusculaires (myoclonies, hyperréflexie, tremblements). Leur gravité peut varier, et parfois mettre en danger la vie des patients³. Dans le cas des triptans et des ISRS/ISRN, la survenue de ce syndrome est généralement liée à l'ajout d'une de ces molécules ou à un changement de dose¹.

La FDA a émis des recommandations à appliquer dans les cas où l'on considère que l'ajout d'un triptan à la médication d'un patient recevant un ISRS ou un ISRN comporte des avantages supérieurs aux risques de développer un SS¹ :

- Ne pas perdre de vue que les médicaments antidépresseurs et les antimigraineux peuvent être prescrits par des médecins différents.
- Informer les patients du risque de développer un SS en leur expliquant les symptômes devant être surveillés et les avertir qu'ils doivent consulter leur médecin le plus rapidement possible lorsque ces symptômes surviennent.
- Effectuer un suivi rigoureux auprès de ces patients, tout particulièrement au moment d'amorcer le traitement, d'en augmenter la dose ou d'ajouter un nouveau médicament agissant sur la sérotonine.

1. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. CENTER FOR DRUG EVALUATION AND RESEARCH, *FDA public Health Advisory: Combined Use of 5-Hydroxytryptamine Receptor Agonists (Triptans), Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) or Selective Serotonin/Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) May Result in Life-threatening Serotonin Syndrome*, Rockville (Md), U.S. Department of Health and Human Services, 19 juillet 2006. [En ligne] http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/SSRI_SS200607.htm (page consultée le 10 octobre 2006).
2. P. SPRINGUEL ET M. MCMORRAN, « Syndrome sérotoninergique » *Bulletin canadien des effets indésirables*, vol. 15, n° 5, juillet 2005, p. 3-4.

Arava et neuropathie périphérique

Selon la monographie de l'Arava^{MD} (léflunomide), un produit indiqué dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde évolutive, l'incidence de la neuropathie périphérique a été observée dans moins de 0,01 %¹ des cas. Toutefois, la publication d'articles portant sur ce sujet et des rapports de cas montrent que ce chiffre peut être remis en question.

Bonnel et ses collaborateurs ont notamment fait l'analyse de 80 cas de neuropathie périphérique ayant été soumis à la U.S. Food and Drug Administration (FDA)². Ils ont constaté que les symptômes se sont manifestés après six mois de traitement en moyenne (la période variait de trois jours à trois ans). Leur analyse a aussi permis d'observer que les patients qui avaient cessé le léflunomide dans les 30 jours suivant la manifestation des symptômes avaient plus de chances de voir leurs symptômes s'améliorer ou disparaître que ceux chez qui le traitement était poursuivi.

Martin et ses collaborateurs ont quant à eux tenté de déterminer les facteurs prédisposant au développement de cette réaction à partir de 10 cas survenus à la suite de l'administration de léflunomide à 113 patients³. Les auteurs ont observé que les patients présentant une neuropathie périphérique étaient plus souvent âgés, diabétiques ou traités avec des médicaments potentiellement neurotoxiques que les patients n'ayant pas développé ce type de réaction. Ils suggèrent donc de porter une attention particulière à ces types de patients³.

1. ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA, e-CPS, Ottawa, Association des pharmaciens du Canada, [s.d.] (consulté le 10 octobre 2006).
2. R.A. BONNEL ET D.J. GRAHAM, « Peripheral neuropathy in patients treated with leflunomide », *Clinical Pharmacology Therapeutics*, vol. 75, n° 6, juin 2004, p. 580-585.
3. K. MARTIN, F. BENTABERRY, C. DUMOULIN ET coll., « Peripheral neuropathy associated with leflunomide: is there a risk patient profile? » *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2006, DOI: 10.1002/pds.1282.

Décisions du Bureau (conseil d'administration) et du comité administratif (comité de direction)

Le conseil d'administration a tenu une réunion ordinaire le 15 décembre 2006.
Le comité de direction a tenu une réunion ordinaire le 24 janvier 2007.

ALDO Des séances de formation remplacent l'examen obligatoire

L'obligation de réussir à l'examen portant sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique (ALDO) est depuis longtemps une condition préalable à la délivrance d'un permis d'exercice de la médecine au Québec.

Le 15 décembre 2006, le Bureau a remplacé cette obligation par celle d'assister à une séance de formation couvrant ces mêmes sujets. Le Bureau est convaincu que de telles séances constituent, pour les futurs médecins, une meilleure préparation aux conditions d'exercice de la médecine au Québec, tout en étant plus conviviale. Qui plus est, elles constitueront aussi une vitrine personnalisée des activités du Collège des médecins auprès des nouveaux membres.

Au cours des prochains mois, cette formation sera accessible à partir du site Web du Collège, ce qui permettra aux médecins en exercice de maintenir leurs compétences dans ce domaine évolutif et touchant étroitement à la pratique médicale.

Interdisciplinarité

Conscient de l'importance de favoriser l'interdisciplinarité, le Bureau a adopté, au cours des derniers mois, un projet de règlement encadrant l'exercice d'activités médicales par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Il a également approuvé la publication et la diffusion d'un guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale, en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Institut national de santé publique du Québec.

L'harmonisation des examens est presque complète

L'exercice d'harmonisation des examens de fin de formation post-graduée s'est poursuivi par l'inclusion de l'hématologie avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et de la médecine de famille avec le Collège des médecins de famille du Canada. Les examens en microbiologie médicale et infectiologie et en médecine interne sont les deux dernières spécialités qui doivent encore être harmonisées.

Un plan de mesures d'urgence pour le Collège

Comme dans de nombreuses autres organisations, le Bureau du Collège a jugé nécessaire de se doter d'un plan de mesures d'urgence. Un groupe de travail a donc reçu le mandat d'informer, d'une part, les médecins de leurs obligations si une urgence sanitaire survenait au Québec et d'élaborer, d'autre part, des moyens et des procédures internes appropriés qui permettront au Collège de poursuivre ses activités s'il avait à faire face à une urgence ou à une catastrophe.

Le règlement sur l'exercice de la profession médicale en société bientôt en vigueur

Le gouvernement a finalement adopté, après quelques modifications, le règlement sur l'exercice de la profession médicale en société que le Bureau avait adopté en 2005. Celui-ci entrera en vigueur le 22 mars 2007.

Renseignements : collegedesmedecins.qc.ca/reglementation.aspx



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

Un programme d'aide aux médecins du Québec depuis 1990.

Médecins - Résidents(es) - Étudiants(es) - Famille immédiate

« L'entraide entre médecins! »

Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Tél. : (514) 397-0888 • 1 800 387-4166

Courriel : info@pamq.org

www.pamq.org

En toute confidentialité



Évaluez votre condition personnelle (suite)

2 • REPORTEZ VOS RÉSULTATS

Pour chacun des items, inscrivez dans la case correspondante le nombre (0-6) que vous avez indiqué comme réponse.

	EP	DE	SP	DT
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
TOTAL :				
	EP	DE	SP	DT

Pour obtenir votre résultat, indiquez le score de votre réponse (0-6) pour chacun des items, puis additionnez les nombres dans chaque colonne.

3 • ANALYSEZ VOS RÉSULTATS

(EP) ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

L'épuisement professionnel est une expérience psychologique interne négative associée au milieu de travail et à l'accumulation de stress au travail. Outre la fatigue ressentie à l'idée même du travail, l'épuisement professionnel comporte le développement de comportements et de sentiments négatifs envers autrui et envers soi-même.

Un score de ≥ 27 est indicatif d'épuisement professionnel.

(DE) DÉSINVESTISSEMENT ÉMOTIF

Le désinvestissement émotif se manifeste par des sentiments négatifs et cyniques et des réponses impersonnelles à la clientèle. La notion de détachement est excessive et peut conduire à l'évitement des contacts sociaux et au repli sur soi-même. Le médecin bloque l'empathie qu'il peut montrer à l'égard de sa clientèle ou de ses collègues.

Un score de ≥ 10 est préoccupant.

(SP) SATISFACTION PERSONNELLE

L'accomplissement personnelle se reflète par des sentiments de compétence professionnelle et de réalisation de soi. Il ne faut pas hésiter à mettre en œuvre des stratégies pour préserver et consolider ce sentiment de bien-être : investir du temps pour sa famille et ses amis, établir ses priorités, rechercher des activités stimulantes, prendre régulièrement des vacances, instaurer des habitudes de partage des tâches avec ses collègues, etc.

Un score de ≤ 33 indique un taux de satisfaction personnelle relativement faible.

(DT) DÉPENDANCE/TOXICOMANIE

Si le score est ≥ 3 , une alcoolodépendance ou une toxicomanie est possible.

VOTRE SCORE

UN SCORE ÉLEVÉ À EP ET DE ET UN SCORE FAIBLE À SP :
il est possible que vous souffriez d'épuisement professionnel ;

UN SCORE ≥ 3 POUR DT :
une dépendance est probable.

N'hésitez pas à vous adresser au **Programme d'aide aux médecins du Québec** pour obtenir le soutien nécessaire et une aide discrète, compréhensive et confidentielle.

514 397-0888
1 800 387-4166

UN SCORE FAIBLE À EP ET À DE ET UN SCORE ÉLEVÉ À SP :

continuez à protéger ce que vous avez et à prendre soin de vous.

RÉFÉRENCES

Short Mast. « Post-graduate Medicine », Échelle d'évaluation de l'alcoolisme (vol. 68, n° 6, décembre 1980).

MASLACH, C., JACKSON S.E., et M.P. LEITER. *The Maslach Burnout Inventory* (5^e éd.), Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Californie, (1996).

L'EXAMEN m é d i c a l P E R I O D I Q U E de l'adulte

Atelier visant à permettre aux
médecins d'intégrer à la consultation
et au suivi du patient adulte des
pratiques cliniques préventives
fondées sur une approche raisonnée
et sur des données probantes

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

POUR METTRE SUR PIED
UNE ACTIVITÉ,
COMMUNIQUER AVEC :

Chantale Lévesque

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

TÉLÉPHONE

Montréal : 514 933-4441, poste 5289
Extérieur de Montréal : 1 888 633-3246,
poste 5289

TÉLÉCOPIEUR

514 933-4668

COURRIEL

clevesque@cmq.org



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec 
Santé publique

Université 
de Montréal
Faculté de médecine
Formation professionnelle continue


COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC
*Une médecine de qualité
au service du public*

*Cette activité
sans frais est
rendue possible
grâce à
des subventions
non restrictives
à l'éducation de :*
**AstraZeneca,
Merck Frosst,
Pfizer,
sanofi aventis**

Dépister

English version page 32

« **M**IEUX VAUT PRÉVENIR QUE GUÉRIR. » Souvent et de diverses façons entend-on ce proverbe, parfois même pour justifier des interventions dites « préventives » qui ne sont pas dépourvues d'intérêts commerciaux. En effet, on observe depuis quelque temps que des promoteurs d'activités de dépistage offertes à la clientèle de chaînes de pharmacies sollicitent la participation de pharmaciens et de médecins. Des tests sanguins (glycémie, bilan lipidique, sérologies virales, etc.), des électrocardiogrammes au repos, des mesures de densité osseuse en sont des exemples. Les médecins et les pharmaciens doivent-ils accepter ce type d'invitation ?

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec sont préoccupés par ces initiatives, que l'on cherche à associer à la crédibilité des pharmaciens et des médecins afin de les cautionner. En acceptant l'invitation, ces derniers ne sont pas toujours conscients qu'ils engagent leur responsabilité professionnelle. Si le dépistage en soi n'est pas toujours indiqué, il y a également lieu de s'interroger sur la qualité de la prise en charge et du suivi des patients chez qui est observée une anomalie à la suite de ces tests d'autant que, la plupart du temps, ils n'ont pas de lien avec un programme de santé publique où ces aspects seraient pris en considération. Et ne parlons pas de l'assurance qualité des tests effectués...

Dans ce contexte, il est nécessaire de rappeler que la médecine préventive est soumise à des règles d'application rigoureuses, tout comme celles qui prévalent en médecine curative. Il est notamment important de démontrer, à l'aide de preuves épidémiologiques, l'efficacité et l'efficience d'une mesure préventive.

En général, trois niveaux d'intervention préventive sont reconnus :

- La prévention primaire vise à agir avant l'action de l'agresseur ou du facteur de morbidité. Les bonnes habitudes alimentaires, l'immunisation, l'activité physique s'inscrivent dans ce type d'activités préventives.
- La prévention secondaire vise à agir après l'action de l'agresseur ou du facteur de morbidité, mais avant que ceux-ci ne se manifestent cliniquement. La notion de dépistage se situe à ce niveau.
- La prévention tertiaire vise à prévenir les complications d'une condition morbide cliniquement présente. Elle se résumerait par le terme « réhabilitation ».

Un programme de dépistage n'est envisageable qu'à trois conditions :

- 1 Le test** – Il doit exister un test suffisamment sensible et spécifique (précis), adapté à la condition recherchée et effectué dans des conditions contrôlées qui permettent d'assurer la qualité requise.
- 2 L'intervention efficace** – Une intervention doit permettre d'éviter la survenue de la morbidité que l'on cherche à prévenir, qu'elle soit médicamenteuse ou comportementale. Il n'est donc pas utile de dépister une condition pour laquelle on ne peut agir de façon spécifique autrement que par des interventions de prévention primaire.
- 3 La prise en charge et le suivi** – Il faut s'assurer qu'une intervention efficace est effectuée auprès de la personne chez qui a été décelée une anomalie. Autrement dit, on ne dépiste une anomalie que si la personne qui effectue le dépistage peut prendre en charge la personne dépistée, le cas échéant.

La prescription d'un test n'est pas un acte réflexe mais un acte réfléchi. Un dépistage de masse n'est utile que s'il respecte les règles de l'épidémiologie et les objectifs de santé publique appropriés. Avant de s'engager dans un projet de dépistage, le médecin doit faire preuve de discernement et distinguer l'intérêt public de l'intérêt commercial. Il ne fait pas de doute que, pour le médecin, l'intérêt public et celui de son patient doit prévaloir.

Le secrétaire,



Yves Robert, M.D.

© Paul Labelle Photographie



Nouveaux membres et nouveaux membres certifiés

La ville ou l'arrondissement indique le lieu d'exercice lorsqu'il est connu.
Période : du 15 août au 4 décembre 2006

OMNIPRATICIENS

BEDKOWSKA, ANNA	Verdun
BLAIS-BOILARD, STÉPHANIE	Sherbrooke
BONIN, CATHERINE	Saint-Eustache
CHARBONNEAU, GUILLAUME	Maniwaki
DESROCHES, OLIVIER	Québec
DUPONT, ANIK	Puvimituq
FORTIER, KARINE	Victoriaville
FRADET, AMÉLIE	Rivière-du-Loup
IANCU, ANDREEA PAULA	Dollard-des-Ormeaux
KETTOUCHE, LOUIZA	Saint-Charles-Borromée
KITTY, DARLENE JANET	Chisasibi
LANGLOIS, ALEXIS ÉLIE	Catineau
LAPOINTE, CAROLINE	Notre-Dame-du-Lac
MACLAREN, LAURA STACEY	Kahnawake
MELNYK, LYDIA CATHERINE	Lachine
NOLIN, KARINE	La Baie
PRATT, JOHN GRAHAM	
LE MAISTRE	Montréal
ROKNI, FARIN	Ormstown
SABELLA, OLIVIER	Montréal

SPÉCIALISTES

ANESTHÉSIOLOGIE	
BRETON, ESTHER	Québec
CHÉNIER, FRANCE	Montréal
DINGEMANS, EMMANUEL	Saint-Jérôme
FORTIN, MARILYN	Lévis
GREEN, ANDREW	
FREDERICK DONALD	Montréal
PHILIPPE, PASCAL	Sherbrooke
CARDIOLOGIE	
BOUCHARD, MARIE-JOSÉE	Saint-Jérôme
DESCARRIES, LAURENCE	Montréal
FARAND, PAUL	Sherbrooke
GHAVAMI, ALI	Catineau
MANSOUR, FADI	Ouaremont
MASSON, JEAN-BERNARD	Montréal
POTVIN, JEAN-MICHEL	Québec
PRABHAKAR, MANU	Montréal
CHIRURGIE GÉNÉRALE	
KOCH, PATRICIA	Joliette
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	
LEMOINE, JOSEPH	Cornwall (Ont.)
WADEY, VERONICA	
MARIE RITA	Québec

CHIRURGIE PLASTIQUE

PARKER, WENDY LYNNE Montréal

ENDOCRINOLOGIE

CORBELL, MARIE-ANDRÉE Saint-Jean-sur-Richelieu
 FILLION, MARC Sherbrooke
 GAGNON, CLAUDIA Québec
 LEVAC, MARIE-FRANCE Saint-Régis
 MITCHELL, JOHN JAMES Montréal

GASTROENTÉROLOGIE

BEAULIEU, CÉLINA Saint-Charles-Borromée
 HACHÉ, CHANTAL Lévis
 LAROCQUE, MARTIN Saint-Jean-sur-Richelieu
 MÉNARD, CHARLES Sherbrooke
 SAHEB, NATHALIE Greenfield Park

HÉMATOLOGIE

DEVAUX, CÉLINE Greenfield Park
 FONTAINE, AMÉLIE Greenfield Park
 GALLAGHER, GENEVIÈVE Québec

LAROCQUE,

JEAN-FRANÇOIS Québec
 LÉVESQUE, ÉRIC Québec
 SEBAG, MICHAEL Montréal
 TREMBLAY, ANOUK Trois-Rivières

MÉDECINE D'URGENCE

LOCKMAN, DENIS Ottawa (Ont.)

MÉDECINE INTERNE

CAMPBELL, BRUCE ANDREW Montréal
 LE TEMPLIER, GENEVIÈVE Sherbrooke
 SIDDIQUI, ANITA KARIM Pointe-Claire
 TREMBLAY, ANOUK Trois-Rivières

MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET INFECTIOLOGIE

BERGERON, CYBÈLE Montréal

NÉPHROLOGIE

BÉLISLE, DAMIEN Chicoutimi
 BOUCHARD, JOSÉE Montréal
 BRETON-THIBODEAU, MARIANNE Chicoutimi
 HAMEL, MÉLANIE Laval
 LAFRANCE, JEAN-PHILIPPE Montréal
 PHILIBERT, DAVID Québec
 TOUSIGNANT, KARINE Trois-Rivières

NEUROCHIRURGIE

CREVIER, LOUIS Montréal
 PAQUET, JÉRÔME Québec

NEUROLOGIE

GIACOMINI, PAUL STEVEN Montréal
 MOORE, ALISON J. Montréal

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

LINCOURT, ISABELLE Drummondville

MAHUTTE, NEAL GREGORY Montréal

MARESCAL, VÉRONIQUE Chicoutimi

ONCOLOGIE MÉDICALE

COHEN, VICTOR Montréal
 LAROCHE, JEAN-FRANÇOIS Québec
 LAVOIE, CATHERINE Laval
 RAYMOND, NICOLAS Laval
 TREMBLAY, ANOUK Trois-Rivières

OPHTHALMOLOGIE

LALIBERTÉ, ISABELLE Québec
 MAAMAR SAMET, MAAMAR Trois-Rivières

PÉDIATRIE

BERGERON, CYBÈLE Montréal
 BHATT, MAALA Montréal
 JOYAL, JEAN-SÉBASTIEN Montréal
 MITCHELL, JOHN JAMES Montréal
 PESANT, CAROLINE Sherbrooke
 STEWART, JESSICA Montréal

PHYSIATRIE

KORKMAZ, PAUL Saint-Eustache

PNEUMOLOGIE

ANSELMO, MARK ANTHONY Montréal
 BEAUCAGE, FRANÇOIS Montréal
 BOUTET, KIM Montréal
 DELAGE, ANTOINE Montréal
 FORGET, ERIC Montréal
 GERMAIN, DAVID Longueuil
 GONZALEZ, ANNE VALÉRIE Montréal
 MANGANAS, HÉLÈNE Montréal

PSYCHIATRIE

ANCTIL, MYLÈNE Longueuil
 CLOUTIER, ANNIE Rimouski
 GINGRAS, ISABELLE Sept-Îles
 MIRESCO, MARC JULIAN Montréal

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

BELLEVILLE, FRANCINE Nouvelle-Orléans (Louisiane)
 MARTIN, LUCIE CHRISTINE Ottawa (Ont.)
 MORIN, STANISLAS Cap-Rouge

RADIO-ONCOLOGIE

BEAUCHEMIN, MARIE-CLAUDE Montréal
 MENKARIOS, CATHY Montréal

RHUMATOLOGIE

VILLENEUVE, ÉDITH Montréal

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

LOSLIER, JULIE Saint-Lambert

UROLOGIE

FRADET, VINCENT Montréal

PERMIS RESTRICTIFS

ALDA, MARTIN	Montréal
ALVAREZ BERNAL, CÉSAR ERNESTO	Longueuil
AMIN HASHEM, MOHAMED	Québec
AMRE, RAMILA	Montréal
ARTHIO, GIOVANNI	Montréal
ASSALI DALENS, HÉLÈNE	Sainte-Foy
ATAMNA, CHAHINEZ	Loretteville
AUDIBERT, FRANÇOIS MAURICE	Montréal
AVOLI, MASSIMO	Montréal
AYLLON UGARTE, JOSÉ OCTAVO	Greenfield Park
BABAKISSA, CORENTIN	Sherbrooke
BAIRAM, AIDA	Sainte-Foy
BAIRATI, ISABELLE	Québec
BARAMA, AZEMI ALLALEH	Montréal
BARRINGTON, KEITH JAMES	Montréal
BEAULIEU, PIERRE	Montréal
BECK, ÉDUARD JAN	Montréal
BEGO, ANNE	Lachute
BELKADI, AHMED ZAKARIA	Drummondville
BELKHEIR, KAMEL	Sorel-Tracy
BENKELFAT, CHAWKI	Montréal
BETTAHAR, REDOUANE	Rimouski
BIERTHO, LAURENT	Québec
BITZAN, MARTIN	Montréal
BODOR, CRISTINA	Pointe-Claire
BOUIN, MICKAEL	Montréal
BOUNATIRO, IBRAHIM	Pointe-Claire
BOURON DAL SOGLIO, DOROTHÉE	Montréal
BRAILOVSKY, CARLOS ALBERTO	Québec
BROUILLETTE, ROBERT TATE	Montréal
BRUGADA TERRADELLAS, RAMON	Montréal
BUCKERIDGE, DAVID LLEWELLYN	Montréal
BURNIER, MIGUEL NOËL	Montréal
CARLI, FRANCESCO	Montréal
CASSAN, PHILIPPE	Saint-Charles-Borromée
CHAPUIS, FRÉDÉRIC	Trois-Rivières
CHASEN, MARTIN ROBERT	Montréal
CHÉDEVILLE, GAËLLE	
ROSELINÉ SOPHIE	Montréal
CHELFI, MUSTAPHA	Catineau
CIEUTA-WALTI, CÉCILE	Sherbrooke
CORBIN, JEAN-FRANÇOIS	Sherbrooke
DAHDOUH, ÉLIAS	Salaberry-de-Valleyfield
DAL POZZO NIZARD, SONIA	Montréal
DELIGNE, BENOÏT	Montréal

DENIS, FRANÇOIS	Gaspé	LECOEUR, DANIEL	Trois-Rivières
DJAHANBAKHSH ASLI, KHASHAYAR	Sherbrooke	LEMERCIER, EMMANUELLE	Montréal
DUJARDIN, THIERRY	Québec	LOONTJENS, BERNADETTE	Saint-Charles-Borromée
DUQUE NARANJO, GUSTAVO ADOLFO	Montréal	MALLA, ASHOK KUMAR	Verdun
DUVAL, MICHEL	Montréal	MANSOUR, SAMER	Montréal
EL-SHERBINY, MOHAMED TAWFIK MOHAMED	Montréal	MARSAN, STÉPHANIE MARIE-ANKA	Montréal
ELYSEE, JACQUES STANLEY	Québec	MARTINEZ MARIN, JOSE LUIS	Sherbrooke
EUGÈNE, DARDYE	Sainte-Foy	MASETTO, ARIEL RODOLFO	Sherbrooke
FABBRO, FRANCK	L'Annonciation	MATOUK, ZEHRA	Saint-Jean-sur-Richelieu
FARAH, MAJDELINÉ	Rouyn-Noranda	MAZUR-GEKAS, SÉVERINE	Québec
FARAH ANDRAWES, WAFIK	La Sarre	MEROUANI, AÏCHA	Montréal
FERNANDEZ, MARTIN PABLO	Montréal	MESUROLLE, BENOÎT	Montréal
FOMBONNE, ÉRIC	Westmount	MILLET, RICHARD FRANÇOIS	Saint-Georges
FORSON, THOMAS EUGENE	Cornwall (Ont.)	MONFRAIS, JEAN-LUC	Sorel-Tracy
FOURNET, JEAN-CHRISTOPHE	Montréal	MOSIMANN, FRANÇOIS	Sherbrooke
GALBAUD DU FORT, GUILLAUME	Montréal	MOUKHEIBER, ALAIN	Rouyn-Noranda
GAMBACORTI-PASSERINI, CARLO BRUNO ANTONIO	Montréal	MOURAD, MUSTAPHA	Gatineau
GEKAS, JEAN	Québec	NIZARD, JACQUES HENRI VICTOR	Sherbrooke
GILLAIN, THIERRY	Montréal	OVETCHKINE, PHILIPPE	Montréal
GISBERT, RAMON ALEJANDRO	Trois-Rivières	PELET, STÉPHANE	Québec
GLEIZE-EMPHOUX, SANDRINE	Saint-Hyacinthe	PERRY, JOHN CHRISTOPHER	Montréal
GLIKSTEIN, RAFAËL SIMON	Montréal	PLUYE, PIERRE	Montréal
GLOGAN, ADRIAN	Montréal	PROULX, NORMAND	Gatineau
GOSSELIN, LISE	Sherbrooke	RENOULT, ÉDITH ANNE	Montréal
GRANT, ANDREW MCGREGOR	Sherbrooke	RUIZ NETO, PEDRO POSO	Montréal
GRIGNON, SYLVAIN	Sherbrooke	RUSSELL, LAURA JANE	Montréal
GUIOT, MARIE-CHRISTINE	Montréal	SAINT-MARTIN, CHRISTINE	Montréal
HADJERES, RACHID	Montréal	SALAMÉ, CHARBEL	Val-d'Or
HASSOUN, JOËLLE	Sherbrooke	SALIBA, ISSAM	Montréal
HEMMERLING, THOMAS MAXIMILIAN	Montréal	SARTELET, HERVÉ	Montréal
HERNANDEZ-SANCHEZ, OLIVIA	Rouyn-Noranda	SAWAN, BASSEM	Sherbrooke
HERZOG, DENISE	Montréal	SCAVARDA, DIDIER	Montréal
HILZENRAT, NIR	Montréal	SCAZZUSO, FERNANDO ADRIAN	Sherbrooke
HOLZER, GIDEON		SEMAAN, WILLIAM	Sherbrooke
ELIAHU HANANEL	Montréal	SEMENIUK, TRENT	Montréal
JAFARIAN, FATEMEH	La Sarre	SHIR, YORAM	Montréal
JAQUIER, CATHERINE	Shawville	SZABO, GABRIEL	Salaberry-de-Valleyfield
JEICAN, BRĂNDUSA RODICA	Châteauguay	TAMPIERI, DONATELLA	Montréal
KAVAN, PETR	Montréal	TAUSSKY, DANIEL MICHAEL	Montréal
KHETANI, KARIM	Montréal	TERRET, CATHERINE	Greenfield Park
KISS, THOMAS LASZLO	Montréal	TISCHKOWITZ, MARC	
KLUBIEN, KRISTINE ÉLIZABETH	Montréal	DEREK KARL-EUGEN	Montréal
KRISHNAMURTHY, SRINIVASAN	Montréal	TORRES-PARDO, CARLOS IGNACIO	Montréal
LAÏB-BARAMA, DALILA	Pointe-Claire	TOURNIGAND, CHRISTOPHE	Longueuil
LAPEYRAQUE, ANNE-LAURE	Montréal	TOUYZ, RHIAN MERRY	Montréal
LAPORTE, JEAN-LUC BERNARD	Montréal	TURECKI, GUSTAVO XAVIER	Verdun
LASKINE, MIKHAEL	Montréal	VALLETTE KASIC, SOPHIE	Montréal
LATTERMANN, RALPH BERND	Montréal	VIGANO, ANTONIO	
LE MINH, THUC	La Sarre	ANGELO LUCIANO	Montréal
LECLERC, MARC-YVES	Chicoutimi	VOLTZ, JEAN-MARC	Shawinigan
		WALT, HERVÉ	Sherbrooke
		WANG, CHANG SHU	Québec
		WARE, MARK ADRIAN	Montréal
		YAMMINE, FADY GEORGES	Gaspé
		ZUKOWSKA, KRYSZYNA	Terrebonne
		ZWIEBEL, PIERRE	Roberval

© Paul Labelle Photographie



Dr Danielle Bourret

Inspecteur-enquêteur Direction de l'amélioration de l'exercice

Le Collège des médecins du Québec est heureux d'annoncer la nomination du Dr Danielle Bourret à titre d'inspecteur-enquêteur à la Direction de l'amélioration de l'exercice.

Le Dr Bourret a œuvré plus de vingt ans dans plusieurs domaines de la médecine de famille, que ce soit en bureau privé ou en centre hospitalier. Au cours des trois dernières années, elle a été chef du département de médecine de famille du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Saint-Jérôme et responsable du service d'hospitalisation générale en médecine de famille. Elle a également été membre du comité central de l'évaluation de l'acte médical du CSSS de Saint-Jérôme.

Nous lui souhaitons la bienvenue au Collège. ▀

© Paul Labelle Photographie



Dr Jean-Marie Paquin

Syndic adjoint Direction des enquêtes

Le Collège des médecins du Québec est heureux de souligner la nomination du Dr Jean-Marie Paquin à titre de syndic adjoint à la Direction des enquêtes.

Urologue, le Dr Paquin a été directeur du programme d'urologie de l'Université de Montréal durant sept ans. Il a fait partie du comité exécutif de l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), dont deux ans à titre de président. Au cours des cinq dernières années, il a été chef du département de chirurgie du CHUM. Jusqu'à tout récemment, il était professeur titulaire de chirurgie à l'Université de Montréal. Il a également participé à de nombreux projets de recherche.

Nous lui souhaitons la bienvenue au Collège. ▀

DÉPART

Nathalie Savoie

M^{me} Nathalie Savoie, qui était directrice des Affaires publiques et des communications depuis novembre 2001, a quitté le Collège des médecins du Québec le 22 décembre dernier. Nous lui souhaitons du succès dans ses nouvelles fonctions. ▀

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-05-00618)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Jean Pelletier** (98379), exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit, notamment, d'avoir commis des actes dérogatoires :

- en négligeant d'élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, le 24 juillet 2004, auprès d'une patiente qui consultait à la salle d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Roberval, pour un problème de pertes vaginales nauséabondes, omettant notamment de procéder à un examen gynécologique, ce qui entraîna comme conséquence de ne pas identifier la présence d'un corps étranger et de mettre cette patiente à risque de développer un syndrome de choc toxique (chef 1) ;
- en négligeant de s'acquitter de ses engagements et devoirs vis-à-vis le Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Roberval, ses collègues ainsi que la population de Roberval le 9 septembre 2004, alors qu'il était dans cette municipalité et que ses services avaient été retenus pour effectuer de la garde audit Centre hospitalier, sans préavis, omettant d'aviser ou de faire aviser les autorités hospitalières et plus particulièrement le médecin œuvrant à la salle d'urgence dudit Centre, le tout constituant une attitude intempestive et irresponsable (chef 2).

Le 12 septembre 2006, le comité de discipline a imposé au D^r Jean Pelletier une radiation du tableau de l'ordre pour une période d'un mois pour le chef 1 de la plainte et pour une période de six semaines pour le chef 2 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

La décision du comité étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le D^r Jean Pelletier est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de six semaines à compter du 16 octobre 2006.

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

Montréal, le 16 octobre 2006
Christian Gauvin, avocat
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-04-00598)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Pierre Benjamin** (71079), exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit d'avoir commis des actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession, en participant aux activités de la compagnie Lepharmacy.com, une compagnie de distribution et de vente de médicaments par Internet, s'adressant notamment au public des États-Unis :

- en exerçant sa profession dans des circonstances susceptibles de compromettre la qualité de ses services ou la dignité de la profession, émettant intempestivement, du mois d'avril 2002 au mois d'octobre 2002 inclusivement, environ 1240 ordonnances médicales couvrant plusieurs classes de médicaments, sans s'assurer que ces ordonnances étaient médicalement requises et nécessaires, notamment par un questionnaire médical adéquat, un examen physique approprié du patient (chef 1) ;
- en négligeant de sauvegarder son indépendance professionnelle, entre le mois d'avril 2002 au mois d'octobre 2002, négligeant de plus d'éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts relativement à l'exécution de ses devoirs professionnels, notamment en acceptant de tenir compte des interventions de ladite compagnie et en remettant ses ordonnances à ladite compagnie en contrepartie d'un montant (chef 2).

Le 18 septembre 2006, le comité de discipline a notamment imposé au D^r Pierre Benjamin une radiation du tableau de l'ordre pour une période de 6 mois pour chacun des chefs 1 et 2 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

La décision du comité étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le D^r Pierre Benjamin est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de 6 mois à compter du 20 octobre 2006.

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

Montréal, le 20 octobre 2006
Christian Gauvin, avocat
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION TEMPORAIRE

(dossier : 24-04-00583)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Réjean Vanier** (79668) exerçant la profession de médecin à Laval (Québec), a été trouvé coupable par le comité de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit d'avoir commis des actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession médicale :

- en faisant défaut d'avoir une conduite irréprochable à l'endroit d'une patiente connue pour son état dépressif et qu'il a accepté de suivre entre le 22 novembre 2001 et le 5 décembre 2002 à la Polyclinique médicale Concorde, située à Pont-Viau, Laval, pour des services de psychothérapie, en transgressant les limites de la relation thérapeutique, en permettant que s'établisse avec sa patiente une relation intime comprenant des relations sexuelles (chef 1).

Le 24 novembre 2006, le comité de discipline a imposé au D^r Réjean Vanier notamment une période de radiation de trois ans du tableau de l'ordre pour ce chef.

La décision du comité étant exécutoire dès sa communication à l'intimé, le D^r Vanier est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de trois ans à compter du 5 décembre 2006.

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

Montréal, le 4 décembre 2006
Christian Gauvin, avocat
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION POUR NON-PAIEMENT DE COTISATION

AVIS est par les présentes donné que le comité administratif du Collège des médecins du Québec, à sa séance du 30 août 2006 a, en vertu du devoir lui étant imposé par l'article 86 (1) (ii) du *Code des professions*, prononcé la radiation des membres n'ayant pas versé dans le délai fixé les cotisations dont ils sont redevables à l'ordre.

Les personnes suivantes n'ont pas régularisé leur situation avec le Collège des médecins du Québec en date des présentes :

D ^r Shaheeda Moshfeqa Ahmed	02061	Dollard-des-Ormeaux
D ^r Mohammed Amin Alchaar	05015	Val-d'Or
D ^r Marie-Christine Aubry	98182	Rochester (Minn.)
D ^r René Gilles Bernier	64273	Laval
D ^r Douglas H. Betts	63297	Burlington (Vt)
D ^r Denis Blouin	71524	Québec
D ^r Carmen R. Bozic	87317	Newton (Mass.)
D ^r Tracey Chessser	99387	Mann's Mountain (N.-B.)
D ^r Ishwar C. Chopra	72676	Manchester (N. H.)
D ^r Louis L. Colliou	67030	Saint-Lazare
D ^r Caroline Ruth Covert	86022	Montréal
D ^r Oge Daniel	69341	Montréal
D ^r Gary Duguay	05411	Moncton (N.-B.)
D ^r Harold Frank	57114	Hampstead
D ^r Jean B. Gagnon	49235	Saint-Jean-Chrysostome
D ^r Antoine Genot	69431	Bromont
D ^r Paul Geoffrion	05239	Ottawa (Ont.)
D ^r Murray Grossman	86637	Philadelphia (Penn.)
D ^r Brigitte Ingrid Jager	03346	Montréal
D ^r Lela C. Korenberg	68303	Toronto (Ont.)
D ^r Stéphanie Létourneau	03161	Washington (D. C.)
D ^r Fritz Maingrette	75527	Saint-Léonard
D ^r Kate Marshall	98223	Toronto (Ont.)
D ^r Antoine Mauriello	51315	Laval
D ^r Dao Minh Nguyen	87345	Bethesda (Md)
D ^r Hortense Prud'homme	55188	Montréal
D ^r Mitchell Robert Rubinovich	79550	Malone (N. Y.)
D ^r Jan M. Salat	76552	Ottawa (Ont.)
D ^r Sarkis Semmikian	70058	Montréal
D ^r Janet Anne Star	85494	Toronto (Ont.)
D ^r Michel Tatartcheff	74572	Saint-Lambert
D ^r Ping Kiun Tchou	70028	Québec
D ^r J.-d'Arc Thibeault	60236	Repentigny
D ^r William Colin Vezina	74508	London (Ont.)
D ^r Robert Young	68042	Saint-Laurent

Montréal, le 20 février 2007
Christian Gauvin, avocat
Secrétaire adjoint

AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

AVIS est par les présentes donné que, pour la période du 1^{er} janvier 2006 au 15 novembre 2006, les médecins suivants ont fait l'objet d'une limitation d'exercice prononcée par le Bureau (comité administratif) du Collège des médecins du Québec.

NOM	N° DE PERMIS	NATURE DE LA LIMITATION	DURÉE DE LA LIMITATION
Dr Frédéric Turgeon	81626	Limitation de l'exercice de la profession à la médecine administrative	Limitation permanente selon l'article 55 du <i>Code des professions</i>
Dr Nurul I. Choudhury	72502	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à la poursuite du stage	Stage en gynécologie médicale de trois mois à temps plein ou jusqu'à l'atteinte des objectifs du stage (6 novembre au 20 décembre 2006)
Dr Daniela Prisceariu Mocanu	05458	Limitation de l'exercice aux seules activités clinique de l'hôpital de jour et aux actes nécessaires à la poursuite du stage	Stage en psychiatrie générale à temps plein d'une durée de 24 jours ou jusqu'à l'atteinte des objectifs fixés. (15 janvier 2007 -16 février 2007)

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

Montréal, le 2 février 2007
CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire adjoint

AVIS DE RADIATION PROVISOIRE

(dossier : 24-06-00640)

PRENEZ AVIS que le 23 janvier 2007, le comité de discipline du Collège a prononcé la radiation provisoire du tableau de l'ordre du **D^r Pierre Mailloux** (74373), exerçant la profession de médecin (psychiatrie), à Louiseville (Québec), jusqu'à la décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

Les actes reprochés au D^r Pierre Mailloux sont à l'effet suivant :

- En émettant intempestivement, à l'endroit d'un(e) patient(e) qui le consultait à l'hôpital Comtois de Louiseville :
 - Depuis le ou vers le 23 octobre 1997, des ordonnances de Fluaxol, un antipsychotique, à des doses excessives allant jusqu'à 250 mg aux 2 semaines et ajoutant depuis le ou vers le 16 mai 2002 des ordonnances de Seroquel, un antipsychotique, à des doses excessives allant jusqu'à 1200 mg par jour alors que la dose maximale recommandée est de 800 mg par jour, ordonnances médicales qu'il continue d'émettre jusqu'à ce jour à des doses excessives, sans aucune justification médicale et contrairement aux données de la science médicale actuelle, malgré le fait que la patiente présentait de nombreux effets secondaires de cette médication, compromettant ainsi l'état de santé de sa patiente (chef 1) ;
 - Entre le 2 mars 2006 et le ou vers le 29 mai 2006, des ordonnances de Trilafon, un antipsychotique, à des doses excessives allant jusqu'à lui prescrire des doses six fois supérieures aux doses maximales recommandées, malgré le fait que ce patient était connu polytoxicomane, alcoolique, manipulateur et qu'il avait déjà présenté par le passé une crise convulsive et qu'il présentait des symptômes évidents de surdosage, sans aucune justification médicale et contrairement aux données de la science médicale actuelle, compromettant ainsi l'état de santé de son patient et diminuant sérieusement la qualité de vie du patient (chef 2) ;
 - En mai 2006, alors que le patient était connu polytoxicomane, alcoolique, manipulateur qui manifestait des symptômes évidents d'une détérioration de sa condition psychiatrique, en faisant défaut d'élaborer ou de voir à ce que soit élaboré un diagnostic avec la plus grande attention, notamment en négligeant de faire hospitaliser son patient ou de veiller à ce qu'il soit pris en charge adéquatement afin de s'assurer d'une surveillance étroite de sa condition clinique et de sa dangerosité dans un milieu sécuritaire protégé et omettant intempestivement et contrairement aux règles de l'art de réviser le traitement prescrit et ainsi considérer les alternatives thérapeutiques se limitant plutôt à renouveler la même médication, soit Trilafon 96 mg QID, à une dose excessive soit six fois supérieure aux doses maximales recommandées et malgré le fait que le patient présentait des effets secondaires de ladite médication (chef 3) ;
 - Entre le 6 septembre 2005 et le 6 juin 2006, la prise concomitante de trois antipsychotiques, à savoir Risperdal, Seroquel et Modecate, dont certains à des doses excessives et malgré le fait que cette association de trois antipsychotiques n'a aucune justification médicale et est contraire aux données de la science médicale actuelle, risquant ainsi de compromettre l'état de santé de son patient et diminuant sérieusement la qualité de vie du patient, alors qu'il reconnaissait lors d'une rencontre du 11 octobre 2006 avec le syndicat qu'il n'existe pas de littérature médicale reconnue supportant cette pratique (chef 5) ;
- Le ou vers le 12 septembre 2003, alors qu'il était informé par téléphone qu'un patient qui résidait dans un foyer d'accueil de Louiseville, connu comme porteur d'un diagnostic de schizophrénie paranoïde résiduelle et qui présentait des idées suicidaires importantes, en négligeant intempestivement et contrairement aux règles de l'art notamment d'évaluer adéquatement le risque suicidaire qu'il présentait et de recommander que celui-ci soit amené à son cabinet ou référé à une salle d'urgence pour qu'on puisse procéder à une évaluation adéquate de sa condition psychiatrique, alors qu'il savait que ce patient avait fait une tentative suicidaire sérieuse au mois de juin 2003 qui avait nécessité une intervention neurochirurgicale, se limitant plutôt à recommander que soit donnée au patient une augmentation de la dose de Seroquel, un antipsychotique, sans voir ledit patient (chef 4) ;
- Lors de l'émission radiophonique « Doc Mailloux » diffusée sur les ondes de CKAC 730 :
 - Le 2 octobre 2006, en agissant de manière intempestive et contraire aux données de la science médicale actuelle, en négligeant d'élaborer ses commentaires diagnostics avec la plus grande attention, omettant de recueillir tous les renseignements pertinents, émettant des interprétations psychodynamiques sans nuance, gratuites, exposant le public et principalement une interlocutrice à des opinions médicales sans fondement, potentiellement préjudiciables à sa santé et à son bien-être, et allant jusqu'à lui recommander de se méfier de ses parents (chef 6) ;
 - En émettant publiquement des propos indignes d'un médecin, le 2 octobre 2006, adoptant à l'égard d'une interlocutrice, du public et de sa profession, une attitude répréhensible et inacceptable, et négligeant de conserver une conduite irréprochable, allant jusqu'à évoquer le recours à la violence (chef 7) ;
 - Le 8 juin 2006, en agissant de manière intempestive et contraire aux données de la science médicale actuelle, en négligeant d'élaborer ses commentaires diagnostics avec la plus grande attention, omettant de recueillir tous les renseignements pertinents, émettant des interprétations psychodynamiques sans nuance, gratuites, exposant le public et principalement une interlocutrice à des opinions médicales sans fondement, potentiellement préjudiciables à sa santé et à son bien-être, et allant jusqu'à lui recommander de se méfier « de ce cœur vide et froid qu'est votre mère », alors que son interlocutrice n'avait pas exprimé de problème relationnel avec sa mère (chef 8) ;
 - En émettant publiquement des propos indignes d'un médecin, utilisant des termes respectueux et abusifs, le 8 juin 2006, adoptant une attitude répréhensible et inacceptable à l'égard d'une interlocutrice, du public et de sa profession, négligeant de conserver une conduite irréprochable (chef 9) ;
- En faisant défaut de constituer, tenir, détenir et maintenir un dossier médical pour une personne qui l'a consulté à son cabinet de Trois-Rivières, négligeant notamment de conserver la liste de documents ainsi que les documents ou copies des documents pertinents ayant permis la rédaction de(s) rapport(s) d'expertise concernant ce patient, allant jusqu'à maintenir un tel défaut durant l'enquête du syndicat concernant ce patient, malgré les demandes de corriger la situation et les demandes répétées d'accès au dossier, et ce depuis le 9 mai 2006, commettant en outre une entrave à l'enquête du syndicat (chef 10) ;
- En véhiculant, le ou vers le 11 mai 2006, sur les ondes des stations CHLT-AM et CHLN-AM, le message que les jeunes femmes atteintes de mongolisme n'ont pas la même valeur qu'une belle jeune femme universitaire et qu'il y a un problème à valoriser les personnes atteintes de mongolisme en faisant croire qu'elles auraient la même valeur, allant jusqu'à préciser qu'il en aurait « de ça » dans son bureau, à propos de certains de ses patients, le tout portant atteinte collectivement à la dignité des personnes atteintes de trisomie 21 (chef 11) ;
- En dénigrant, les ou vers les 1^{er} et 2 mai 2006, sur les ondes de la station CHLT-AM, tant sur le plan personnel que professionnel, un membre d'un autre ordre professionnel, à savoir une psychologue agissant comme témoin expert dans une instance familiale dans laquelle il agissait lui-même à ce titre pour la partie opposée, tenant des propos méprisants tant envers cette professionnelle qu'envers sa profession (chef 12).

Le D^r Pierre Mailloux est accusé d'avoir commis des infractions à la Loi et aux Règlements du Collège tel qu'il appert de la plainte numéro 24-06-00640 déposée au greffe de discipline en même temps que la requête en radiation provisoire.

Le D^r Pierre Mailloux a reçu signification de cette ordonnance de radiation provisoire le 5 janvier 2007, laquelle est exécutoire à compter de cette date, nonobstant appel.

Le D^r Pierre Mailloux est donc radié provisoirement du tableau de l'ordre à compter de la date de signification à l'intimé, soit le 25 janvier 2007, et ce, jusqu'à décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

Le présent avis est donné en vertu des articles 133 et 180 du *Code des professions*.

Montréal, le 25 janvier 2007
CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du comité de discipline

MÉDECINS DÉCÉDÉS

Entre le 12 août et le 4 décembre 2006, le Collège des médecins du Québec a été informé du décès des médecins suivants.

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	SPÉCIALITÉ	LIEU D'EXERCICE	NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	SPÉCIALITÉ	LIEU D'EXERCICE
ARCHAMBAULT, LAMBERT	51002		Laval	GUIMONT, FRANÇOIS	29020		Sillery
AUDET, WILFRID	30002		Alma	HÉBERT, J. A.	30028	Urologie	Montréal
AUGER, D. L.	35004	Hygiène et santé publiques	Acton Vale	HOLLAND, GÉO A.	35074	Chirurgie générale	Dorval
BACON, ANDRÉ	90026		Saint-Gabriel-de-Brandon	JEAN, ANDRÉ	39030	Anatomo-pathologie	Laval
BARON, HENRY A.	33082	Obstétrique-gynécologie	Montréal	JONCAS, GÉRARD	38039	Pédiatrie	Saint-Bruno
BATES, DONALD GEORGE	69038		Westmount	KATO, LASZLO	65011		Montréal
BEAUDET, J. P.	36003	Immunologie clinique et allergie ; pédiatrie	Trois-Rivières	KIRSCH, ARCHIE	41111		Côte Saint-Luc
BEAUDRY, JACQUES	36004	Anesthésiologie	Montréal-Nord	KIRSCHBERG, L. S.	39033	Ophthalmologie	Montréal
BEAUDRY, RAPHAËL	34005	Chirurgie générale	Magog	KLINCK, W. JOHN	39042	Chirurgie générale	Lennoxville
BÉDARD, YVAN	65186	Anatomo-pathologie	Toronto (Ont.)	KULCSAR, DESIDER	41047	Obstétrique-gynécologie	Hampstead
BELLEMARE, MAURICE	36010	Ophthalmologie ; oto-rhino-laryngologie	Trois-Rivières	KUNKEL, RUDOLPH	47130		Hanover (Ont.)
BERCOVICI, JEAN T.	55153	Oto-rhino-laryngologie	Willowdale (Ont.)	LACHANCE, ROGER	41059	Pneumologie	Saint-Hyacinthe
BERLINGUET, LORNE F.	37008		Trois-Rivières	LACOURSIÈRE, ARAM	40058		Hull
BIGUÉ, PAUL	38008	Ophthalmologie ; oto-rhino-laryngologie	Champlain	LAFOND, JEAN	38042		Saint-Hyacinthe
BLOOMBERG, MAX LOUIS	57027	Chirurgie générale	Anjou	LAINE, CHARLES-ANTOINE	32037		Lévis
BOILEAU, WILFRID	33013	Pathologie clinique	Outremont	LAPOINTE, ANTOINE	31029	Pédiatrie	Jonquière
BOLDUC, L. G.	33014		Senneterre	LAPOINTE, R. F.	34055	Ophthalmologie ; oto-rhino-laryngologie	Montréal
BOYD-SCRIVER, JESSIE M.	22004	Pédiatrie	Westmount	LAVALLÉE, JEAN	49092	Psychiatrie	Saint-Laurent
BROCHU, JEAN	49019	Chirurgie générale	Sillery	LAVERGNE, PAUL-H.	42052	Pneumologie	Outremont
BROSSEAU, VICTOR	40012	Pneumologie	Saint-Isidore	LECLAIR, GÉRALD	37052		Montréal
BRUNET, MAURICE	32016		Laval	LEGAULT, LÉONARD	35034	Anesthésiologie	Saint-Lambert
BURUANA, ALEXANDRU	75480		Montréal	LEGAULT, RUTH	43096	Pédiatrie	Montréal
CANTIN, MARCEL	50021	Hygiène et santé publiques	Laval	LEMELIN, FERNAND	42060	Psychiatrie	Sainte-Foy
CARON, JOSEPH A.	43018		Saint-Joseph-de-Sorel	LEWIS, GÉO A.	42062	Anesthésiologie	Mont-Saint-Hilaire
CARTIER, JACQUES	34016		L'Annonciation	LIN, DAVID T. W.	49176	Chirurgie générale	Montréal
CHAGNON, JEAN	54038	Pédiatrie	Montréal	MAILLE, RENÉ	41077	Hygiène et santé publiques	Laval
CHOQUETTE, RICHARD	74473	Anesthésiologie	Montréal	MANKIEWICZ, ÉDITH	59191	Microbiologie médicale et infectiologie	Outremont
COHEN, SEYMOUR	56022	Pédiatrie	Boynton Beach (Fl.)	MATTON, JEAN	30039		Saint-Sauveur-des-Monts
CÔTÉ, ÉDOUARD	35011	Chirurgie générale	Québec	MESSIER, CHAS-A.	44070		Montréal
CÔTÉ, LÉO	40020	Chirurgie générale	Sainte-Foy	MICALI, RADUTU	92352		Fort-Coulonge
CRÉVIER, PAUL-HENRI	47013	Neurochirurgie	Mont-Royal	MICHAUD, JEAN-THOMAS	72066	Gastro-entérologie	Sainte-Foy
DAGENAIS, GUY	62088	Anesthésiologie	Lachine	MIHALY, MAURICE	74498		Saint-Léonard
DALLAIRE, HENRI	48040		Québec	MILOT, LÉONARD	37090	Hygiène et santé publiques	Brossard
DANAIS, RÉMI	54052	Anatomo-pathologie	Québec	MOAMAL, NASROLLAH	71382	Psychiatrie	Westmount
D'ARGENCOURT, GUY	30015	Chirurgie générale	Outremont	MORIN, PHILIPPE A.	42093	Anatomo-pathologie	Laval
DARIS, J. A.	31017	Gynécologie	Rivière-du-Loup	MOROS, GEORGES P.	60288		Athènes (Grèce)
DARVEAU, JEAN C.	32021		Sainte-Foy	MUNGALL, ANDREW N.	47092	Anesthésiologie	Montréal
DEBONNEL, GUY	81535	Psychiatrie	Montréal	NADEAU, ANDRÉ	64244	Médecine interne ; endocrinologie	Sainte-Foy
DELORME, ALEXANDRE	34026		Montréal	NOËL, GÉRARD	38089		Lac-Mégantic
DEMERS, PAUL-ALFRED	39075		Westmount	PAGER, ROBERT	47068	Ophthalmologie	Outremont
DENONCOURT, J. AVILA	28007	Chirurgie générale	Trois-Rivières	PAQUIN, FRANÇOIS	39050		Montréal
DEROME, ALBERT	35015		Granby	PAQUIN, J. JACQUES	37061	Chirurgie générale	Trois-Rivières
DESROCHERS, LOUIS-PH.	38023		Montréal	PARROT, CLÉMENT	46128		Nordmétal
DESTROISMAISONS, R.	38024	Ophthalmologie ; oto-rhino-laryngologie	Saint-Laurent	PATON, GORDON OLIVER	55262	Psychiatrie	Baie-D'Urfé
DOMINGUE, ALBERT C.	28081	Ophthalmologie ; oto-rhino-laryngologie	Montréal	PAVLANIS, V.	59187	Microbiologie médicale et infectiologie	Westmount
DOUVILLE, JOSEPH	42028		Saint-Stanislas	PELLETIER, ÉMILE	34070	Ophthalmologie ; oto-rhino-laryngologie	Sainte-Foy
DUCHARME, JACQUES R.	54062	Pédiatrie ; endocrinologie	Montréal	PETTIGREW, ANTOINE	33079	Chirurgie générale	Saint-Lambert-de-Lauzon
DUMAS, PAUL	34033	Endocrinologie	Montréal	POLLAK, BERNARD	54256	Pneumologie	Westmount
EIDINGER, SAMUEL L.	35018	Immunologie clinique et allergie	Westmount	POMERLEAU, C.	33064	Hygiène et santé publiques	Québec
ELDER, JOHN M.	52044	Pédiatrie	Westmount	RABINOVITCH, B.	28037		Outremont
ÉMOND, GEORGES V.	39017		Verdun	RASMUSSEN, T. B.	74401	Neurochirurgie	Calgary (Alb.)
FABIA, JACQUELINE	80476		Québec	RECESTER-RENNERT, TAMARA	57268		Côte Saint-Luc
FAUTEUX, HENRI	36029		Shawinigan-Sud	RENNERT, CHARLES	53217		Montréal
FILIATRAULT, JEAN-M.	38026	Pneumologie	Montréal	RICARD, JEAN	35057	Obstétrique	Montréal
FRENETTE, LOUIS	40031		Montréal	RIPELLE, PHILIPPE	43156		Longueuil
GAGNON, GÉRARD	39022	Chirurgie générale ; chirurgie thoracique ; gynécologie	Ottawa (Ont.)	ROUSSEL, J. M.	31052		Montréal
GARNEAU, GEORGES	34037	Cardiologie ; médecine interne	Montréal	ROY, GÉO-ÉDOUARD	27060		Victoriaville
GARON, NANTEL	39024	Obstétrique	Lachine	ROY, PAUL MAURICE	40085		Rivière-Brochu
GAUTHIER, LOUIS J.	42035	Pédiatrie	Saint-Bruno	SCARLAT, ALEX J.	56233		Westmount
GIROUX, JOHANNE	87119	Pédiatrie	Saint-Jean-sur-Richelieu	SCHOPFLOCHER, PAULA	64350	Dermatologie	Westmount
GOYER, PAUL MARCEL	36037	Anesthésiologie	Drummondville	SPITZER, WALTER OSWALD	75671	Santé communautaire	Bath (Ont.)
GRENIER, MONTCALM	55070	Ophthalmologie	Montréal	ST-AMAND, MAURICE	57267		Terrebonne
GRONDIN, LÉON	43075		Sorel-Tracy	TARDIF, J. A.	25044	Ophthalmologie ; oto-rhino-laryngologie	Québec
GROULX, GEORGES	49066	Anatomo-pathologie	Trois-Rivières	THIBAUT, MAURICE	37081		Sherbrooke
GUBBAY, E. R.	56157	Cardiologie	Montréal	THIVIERGE, MARCEL	41102		Chicoutimi
GUIMOND, VINCENT	42122	Obstétrique-gynécologie	Chicoutimi	TREMPE, LORRAINE	51215		Westmount
				TURCOTTE, HECTOR	35066	Anatomo-pathologie ; microbiologie médicale et infectiologie	Sillery
				VANASSE, EDGAR	30062	Obstétrique-gynécologie	Daveluyville
				YAZDI, ROCHAN	72625	Médecine nucléaire	Sherbrooke

BIENTÔT SUR VOS ÉCRANS

RENOUVELLEMENT EN LIGNE

- > Cartes de stage
- > Avis de cotisation



Le Collège vous fera
parvenir l'information
lorsque ces applications
seront accessibles.

college
des
medecins.
qc.ca

www.collegedesmedecins.qc.ca

Screening

“PREVENTION IS BETTER THAN CURE.” Various forms of this proverb are often cited, at times even to justify so-called “preventive” interventions that are not devoid of commercial interest. In fact, we’ve observed lately that promoters of screening activities offered to customers of pharmacy chains are soliciting the participation of pharmacists and physicians. Blood tests (blood sugar, lipid profile, viral serology, etc.), resting electrocardiograms, and bone density measurements, are examples of this. Should pharmacists and physicians be accepting invitations of this kind?

The Collège des médecins du Québec and the Ordre des pharmaciens du Québec are concerned by these initiatives that seek approval by latching on to the credibility of pharmacists and physicians. In accepting the invitation, the latter are not always aware that their professional responsibility comes into play. If the screening per se is not always indicated, one also has reason to wonder about the quality of the management and follow-up of patients in whom an anomaly is observed as a result of these tests, especially since, most of the time, they are not part of a public health program where these aspects would be taken into consideration. And need we mention the quality assurance of the tests conducted...

In these circumstances, one must keep in mind that preventive medicine is subject to all of the same rigorous rules applicable to curative medicine. It is particularly important that epidemiological evidence be used to demonstrate the effectiveness and efficiency of the preventive measure.

In general, three levels of preventive intervention are recognized:

- Primary prevention, whose purpose is to act before the aggressor or morbidity factor has acted. Good dietary habits, immunizations, physical exercise, are preventive activities at this level.
- Secondary prevention, whose purpose is to act after the aggressor or morbidity factor has acted, but before the onset of its clinical manifestations. The notion of *screening* comes into play at this level.
- Tertiary prevention, whose purpose is to prevent complications of a clinically present morbid condition. It could be summarized as “rehabilitation”.

A screening program may be envisaged only on three conditions:

- 1 The test** – The test must be sufficiently sensitive and specific (precise), appropriate to the condition being investigated, and conducted under controlled conditions that ensure the required quality.
- 2 Effective intervention** – The intervention, be it medicinal or behavioral, must make it possible to avoid the onset of the morbidity one is trying to prevent. Therefore, it is not useful to screen for a condition for which there is no specific action other than primary prevention interventions.
- 3 Medical management and follow-up** – One must ensure that effective action is taken with respect to the person in whom an anomaly is detected through screening. In other words, one can screen for anomalies only if the person doing the screening can take the person being screened under his or her care.

Prescribing a test is not a reflex action but a considered act. Mass screening is only useful if it respects epidemiological rules and the appropriate public health objectives. Before becoming involved in a screening project, physicians must be discerning and distinguish the public interest from commercial interests. For them, there is no question, the public interest and the interests of their patients must prevail.



Yves Robert, M.D.
Secretary

© Paul Labelle Photographie



Decisions of the Bureau (Board of Directors) and the Administrative Committee (Executive Committee)

The board of directors held one regular meeting on December 15, 2006.
The executive committee held one regular meeting on January 24, 2007.

ALDO Information sessions to replace the mandatory examination

The obligation to successfully pass the examination on the legal, ethical and organizational aspects of medical practice in Québec (ALDO) has long been a prerequisite for the issuance of a permit to practise medicine in Québec. On December 15, 2006, however, the Bureau replaced this obligation with one to attend an information session covering the same topics. The Bureau is convinced that sessions of this kind, as well as being more convivial, will better prepare future physicians for the conditions of medical practice in Québec. They will also serve to showcase, in a personalized way for new members, the activities of the Collège des médecins. In the coming months, this training format will be made available on the website of the Collège, so that practising physicians can maintain their competence in an evolving field that touches closely on medical practice.

Interdisciplinarity

Aware of the importance of promoting interdisciplinarity, the Bureau, in recent months, adopted a draft regulation authorizing a specialized nurse practitioner in primary care to perform certain medical activities. A guide on the redaction of a collective prescription for hormonal contraception was also published, in concert with the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, the Ordre des pharmaciens du Québec, and the Institut national de la santé publique du Québec.

Harmonization of examinations is close to complete

The process of harmonizing the examinations at the end of post-graduate training has continued; hematology is now harmonized with the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, and family medicine with the College of Family Physicians of Canada. The specialty examinations in medical microbiology and infectiology and in internal medicine are the two yet to be harmonized.

An Emergency Measures Plan for the Collège

The Bureau of the Collège, like many other organizations, has decided that it needs an emergency measures plan. As a result, a working group has been given a mandate to, on the one hand, inform physicians of their obligations in the event of a medical emergency in Québec, and on the other, to spell out appropriate, internal means and procedures that would allow the Collège to pursue its activities in the event of an emergency or catastrophe.

The Regulation respecting the practice of the medical profession within a partnership or a company soon to come into force

The government has finally adopted, with some amendments, the regulation respecting the practice of the medical profession within a partnership or a company, adopted by the Bureau in 2005. It will come into force on March 22, 2007.

Information: collegedesmedecins.qc.ca/reglementation.aspx



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

Quebec Physicians Health Program since 1990

Physicians - Residents - Students - Immediate Family

“Our ability to help others depends on our own well-being”

Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Tel. : (514) 397-0888 • 1 800 387-4166

E-mail : info@pamq.org

www.pamq.org

Confidentiality assured

Continuing Professional Development An Issue of Personal Concern and Mutual Assistance

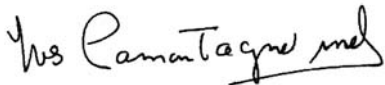
GIVEN the developments in technology and pharmacology, the growing phenomenon of alternative and complementary medicine and natural health products, not to mention the wealth of information available on the Internet, is there a physician who would dare claim that his or her knowledge is up to date when he or she does not participate in any professional development activities (CPD)?

The self-managed CPD blueprint soon to be implemented by the Collège des médecins is a continuing education format tailored to the needs identified by each member. Physicians can therefore refer to the Collège's website (collegedesmedecins.qc.ca), Professional Practice Enhancement section, where many tools will be found to guide them along the way.

Indeed, the self-managed CPD plan will be particularly useful to specialists who are not participating in the maintenance of certification program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, and to family physicians not registered in the College of Family Physicians of Canada program. On the other hand, nothing prevents physicians registered in one of these programs to add to their credits by also taking part in the self-managed CPD program developed by the Collège.

The Collège has fashioned its self-managed CPD plan to make it as versatile and multi-faceted as possible, while abiding by the *Code of Ethics of Physicians*. In addition to reflecting upon their own personal practice, physicians must collectively support one another in this process. Thus, physicians who acknowledge shortcomings to be corrected in their own personal practice must be able to count on colleagues to help them do so, either formally or informally. In this regard, the *Code* stipulates that "the physician must promote measures of education and information in the field in which he practises" (section 14). But he must also, "... as far as he is able, contribute to the development of the profession by sharing his knowledge and experience, notably with his colleagues, with residents and medical students, and by his participation in activities, courses, and periods of continuing training and evaluation" (section 15).

All physicians are required to consider these aspects as essential, and to make them not only a personal issue, but an issue of mutual assistance. Indeed, these sections of the *Code* clearly demonstrate the physician's personal and collective obligation concerning continuing professional development. Medicine can only be the better for it.



Yves Lamontagne, M.D.
Chief Executive Officer

BUREAU (Conseil d'administration)

Président

Yves Lamontagne (Montréal)

Médecins administrateurs élus

Bas-Saint-Laurent—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine : France Laurent Forest • *Chaudière-Appalaches* : Luc Dallaire • *Etrie* : Jean-Yves Hamel • *Lanaudière—Laurentides* : Julie Lalancette • *Laval* : André Rioux • *Montréal* : Richard Bergeron, Jacques Boileau, François Croteau, Patricia Garel, Yves Lamontagne, Markus C. Martin, Micheline Thibodeau, Jean-Bernard Trudeau • *Outaouais—Abitibi-Témiscamingue* : Marcel Reny • *Québec* : Charles Bernard, Marie-Hélène Leblanc • *Montérégie* : Josée Courchesne, Jean-Marc Lepage • *Saguenay-Lac-Saint-Jean* • *Côte-Nord—Nord-du-Québec* : Denis Rochette • *Mauricie—Centre-du-Québec* : Guy Dumas

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

Université de Montréal : Guy Lalonde, M.D.
Université de Sherbrooke : François Lajoie, M.D.
Université Laval : Pierre LeBlanc, M.D.
Université McGill : Jean-Pierre Farmer, M.D.

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Gisèle Gadbois
Jean-François Joly
Jacques Richard
Jacqueline Vischer

COMITÉ ADMINISTRATIF (Comité de direction)

Yves Lamontagne, M.D., *président*
Charles Bernard, M.D., *vice-président*
Jacques Boileau, M.D.
François Croteau, M.D.
Jacques Richard

DIRECTIONS

Direction générale

Yves Lamontagne, M.D., *président-directeur général*
Yves Robert, M.D., *secrétaire*

Direction des services juridiques

M^e Christian Gauvin, *directeur et secrétaire adjoint*
M^e Linda Bélanger, *adjointe à la direction et conseillère juridique*

Direction des services administratifs

Serge Joly, *directeur*
Hélène d'Amours, *adjointe à la direction et chef comptable*

Direction des enquêtes

François Gauthier, M.D., *syndic et directeur*

Direction des études médicales

Anne-Marie MacLellan, M.D., *directrice et secrétaire adjointe*
Louise Roy, M.D., *directrice adjointe*

Direction de l'amélioration de l'exercice

André Jacques, M.D., *directeur*
François Goulet, M.D., *directeur adjoint*
Pierre Racette, M.D., *directeur adjoint par intérim*



Mes
valeurs

NOTRE PROFESSION

DES SOLUTIONS
POUR L'AVENIR

LE VENDREDI 11 MAI 2007 CENTRE MONT-ROYAL À MONTRÉAL

Le colloque est suivi de l'Assemblée générale annuelle 2007 des membres du Collège des médecins du Québec.

LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE ÉVOLUE.
LES VALEURS VÉHICULÉES
PAR SES REPRÉSENTANTS AUSSI.

QUELLES SONT LES TROIS VALEURS

personnelles et professionnelles que vous privilégiez ?

QUELLES SONT LES TROIS VALEURS

véhiculées par vos pairs ou vos patients qui vous heurtent ?

QUELLES SERAIENT TROIS

SOLUTIONS qui vous permettraient de concilier vos valeurs avec l'offre de services médicaux ?

LA PROFESSION A BESOIN DE VOUS
POUR ENRICHIR CETTE DISCUSSION.

SOYEZ-Y !

RENSEIGNEMENTS

TÉLÉPHONE

514 933-4441

1 888 MÉDECIN, poste 5206

FAX

514 933-9112

COURRIEL

aga@cmq.org

collegedesmedecins.qc.ca

CRÉDITS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Les médecins de famille et les médecins spécialistes qui participent à ce colloque ont droit à des crédits de l'Université de Montréal, qui donnent également accès aux médecins de famille au remboursement de ressourcement (FMOQ).