

Le Collège

Ruptures d'approvisionnement en médicaments

**MIEUX
COMPRENDRE
CE PHÉNOMÈNE
ET Y FAIRE FACE**



> ÉLECTION 2012

Élection au Collège à l'automne 2012

Tous les détails
à la page 19

- > Retour sur le colloque 2012
Médecins et médias sociaux: qui parle à qui?
- > Les lauréats des Prix du Collège:
Les Drs Louise Provencher et Raynald Simard
- > L'exercice de la psychothérapie par le médecin
- > La formation médicale décentralisée au Québec
Réflexions émergeant d'expériences des campus régionaux

Pour **NOUS**, la personne la plus importante c'est :

VOUS

C'est pourquoi nous **VOUS** offrons que le meilleur!

VOTRE solution complète,

Vous trouverez chez nous un large éventail de produits et services financiers, une offre complète de planification financière incluant l'analyse pour la pratique médicale en société et même un service de gestion privée. Notre formule est des plus intéressantes.

aucuns
frais d'achat,
de vente ni
d'administration



honoraires
de gestion parmi
les plus bas
de l'industrie



rendements
nettement plus
intéressants

Investissez dès aujourd'hui dans **VOTRE** avenir.

Un simple appel à l'un de nos conseillers* vous permettra d'obtenir toutes les réponses à vos questions en vue de vous assurer une santé financière à la hauteur de vos attentes.

Montréal 514 868.2081 1 888 542.8597

Québec 418 657.5777 1 877 323.5777



facebook.com/FondsFMOQ
twitter.com/FondsFMOQ

F O N D S
FMOQ

ACTIFS EN SANTÉ

www.fondsfoq.com

*Détenant un permis de Représentant du courtier en épargne collective de l'Autorité des marchés financiers (AMF)

Pas d'âgisme au Collège

Plusieurs d'entre nous envisagent la retraite avec une certaine appréhension. Tous ont une opinion quant au meilleur moment de la prendre.

Aucun organisme, et certainement pas le Collège des médecins du Québec, ne doit dicter ce moment. Toutefois, en tant qu'ordre professionnel dont la mission première est la protection du public, le Collège doit s'assurer que tout médecin exerce une médecine de qualité.

La récente enquête de relecture de plus de 22 000 mammographies dans trois cliniques de la région de Montréal ainsi que la publication d'un article dans la revue *Anesthesiology*, intitulé « Association between anesthesiologist age and litigation¹ », soulèvent notamment la délicate question de l'âge et de l'aptitude à exercer la médecine.

Au Collège des médecins du Québec, les exigences de compétences et d'habiletés techniques sont les mêmes pour tous, et les médecins de tous âges sont donc soumis aux mêmes normes d'inspection professionnelle.

Par ailleurs, l'expérience nous a permis de développer certains indicateurs de risque qui identifient des facteurs pouvant altérer la qualité de l'exercice. Parmi ces indicateurs, on compte notamment la pratique en solo, la pratique depuis plus de 35 ans, la référence d'un syndic et la pratique de médecine de dépannage sans attache hospitalière stable.

Dans un article publié dans le numéro printemps de la revue *Le Collège*, la Direction de l'amélioration de l'exercice explique pourquoi celle-ci a élaboré un questionnaire qui s'adresse aux médecins diplômés depuis plus de 35 ans, particulièrement ceux âgés de 70 ans et plus, et toujours en pratique active. Ce questionnaire vise à offrir aux médecins l'aide nécessaire au maintien de leurs compétences et à dépister les pratiques à risque. Ainsi, le Collège peut identifier les médecins nécessitant un soutien, une mise à niveau ou, tout simplement, les inciter à amorcer une réflexion sur le choix des activités professionnelles à maintenir en fin de carrière.

Cet exercice de cohérence et de rigueur ne vise aucunement à imposer un âge pour la retraite², mais nous invite tous à réfléchir afin de prendre une décision sage et éclairée quant au moment opportun de tirer sa révérence, pour le bien des patients et notre propre bien-être.

Charles Bernard, M.D.
Président-directeur général

1. Tessler, M.J., I. Shrier et R.J. Steele. « Association between anesthesiologist age and litigation », *Anesthesiology*, vol. 166, n° 3, mars 2012, p. 574-579.
2. En collaboration avec les fédérations des médecins, le Collège a mis sur pied des ateliers pour aider les médecins à planifier leur retraite : www.cmq.org (section Membres, Ateliers).



No ageism at the Collège

Some of us contemplate retirement with a certain amount of apprehension. Everyone has an opinion as to when is the best time to retire.

No organization, and certainly not the Collège des médecins du Québec, should dictate when to retire. However, as a professional order whose primary mission is to protect the public, the Collège must ensure that every physician practices quality medicine.

The recent review of over 22 000 mammograms in three clinics in the Montreal region along with the publication of an article in the journal *Anesthesiology*, entitled "Association between anesthesiologist age and litigation"¹, raise the sensitive issue of age and aptitude to practice medicine.

At the Collège des médecins du Québec, the same competency and technical skills requirements apply to everyone, and physicians of all ages are therefore subject to the same professional inspection standards.

Furthermore, based on experience, we have developed certain risk indicators that can adversely affect the quality of practice. These include solo practice, having practiced for over 35 years, a syndic's recommendation and locum practice without stable ties to a hospital.

In an article published in the spring issue of the journal *Le Collège*, the Practice Enhancement Division explains why it developed a questionnaire for physicians who graduated more than 35 years ago, especially those aged 70 or older, and who are still in active practice. This questionnaire is intended to help physicians maintain their competencies and detect risk practices. This enables the Collège to identify physicians who require support, refresher training or, quite simply, to encourage them to start thinking about which professional activities they wish to maintain at the end of their career.

This exercise in coherence and rigour is by no means intended to impose a retirement age², but invites everyone to think it over in order to make a wise, informed decision about the opportune time to bow out, for the good of patients and our own well-being.

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

1. Tessler, M.J., I. Shrier and R.J. Steele. "Association between anesthesiologist age and litigation", *Anesthesiology*, vol. 166, no. 3, March 2012, pp. 574-579.
2. In collaboration with physicians' federations, the Collège has set up workshops to help physicians plan their retirement: www.cmq.org (Physicians, Workshops section).

COMITÉ EXÉCUTIF

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Louise Authier Médecine de famille Montréal, 2010-2014	Dr Mauril Gaudreault Médecine de famille Saguenay, Lac-St-Jean, Côte-Nord, Nord-du-Québec, 2008-2012
Dr Charles Bernard Médecine de famille Québec, 2008-2012	Dr Jean-Yves Hamel Chirurgie générale Estrie, 2008-2012
Dr Aurore Côté Pneumologie Montréal, 2010-2014	Dr Julie Lajeunesse Médecine de famille Montréal, 2010-2014
Dr Josée Courchesne Médecine de famille Montérégie, 2010-2014	Dr Julie Lalancette Médecine de famille Lanaudière, Laurentides, 2008-2012
Dr Luc Dallaire Médecine de famille Chaudière-Appalaches, 2008-2012	Dr Marie-Hélène LeBlanc Cardiologie Québec, 2008-2012
Dr Guy Dumas Médecine de famille Mauricie, Centre-du-Québec, 2008-2012	Dr Jean-Marc Lepage Médecine de famille Montérégie, 2008-2012
Dr Pierre Fiset Anesthésiologie Montréal, 2010-2014	Dr Bernard Lespérance Oncologie Montréal, 2010-2014
Dr France Laurent Forest Médecine de famille Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, 2008-2012	Dr Markus C. Martin Obstétrique-gynécologie Montréal, 2010-2014
Dr Carolyn R. Freeman Radio-oncologie Montréal, 2010-2014	Dr Marcel Reny Médecine de famille Outaouais, Abitibi- Témiscamingue, 2011-2012
Dr Michel Garner Médecine d'urgence Montréal, 2010-2014	Dr André Rioux Médecine de famille Laval, 2010-2014

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

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

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

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

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

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

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

Coordonnatrice de la revue: Francine Morin
Révision linguistique et réalisation graphique:
Le Groupe des publications d'affaires
et professionnelles Rogers
Représentation publicitaire:
Collège des médecins du Québec
Reproduction autorisée si la source est mentionnée.
Dans cette publication, le masculin est utilisé sans
préjudice et seulement pour alléger la lecture.

Dépôt légal
2^e trimestre 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel: collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 Pas d'âgisme au Collège

MISE AU POINT

5 Du bon usage des certificats de conduite professionnelle

À L'AGENDA

7 Survol de l'actualité médicale
7 Publication

À LA UNE

9 Ruptures d'approvisionnement en médicaments
Mieux comprendre ce phénomène et y faire face

LES MANCHETTES

14 Médecins et médias sociaux: qui parle à qui?
27 L'exercice de la psychothérapie par le médecin
29 La formation décentralisée au Québec.
Réflexions émergeant d'expériences des campus régionaux
31 Partenariat médecin-infirmière praticienne spécialisée (IPS) en soins
de première ligne et suivi de grossesse. Oui au médecin de famille
assurant le suivi prénatal
32 Le mot des vices-doyens aux études médicales de premier cycle.
Répondre aux besoins individuels et communautaires: le programme
des facultés de médecine du Québec pour les Premières Nations et Inuits
33 Héma-Québec, plus qu'une banque de sang

NOUVEAUTÉS SITE WEB

18 Demande de certificat de conduite professionnelle.
Un nouveau formulaire transactionnel

MÉDECINS À L'HONNEUR

23 Dr Louise Provencher, lauréate du Prix d'excellence 2012
24 Dr Raynald Simard, lauréat du Prix d'humanisme 2012
25 Dr Claude Ménard, lauréat du Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec
25 Nomination du Dr Michel Hereish

INFO JURIDIQUE

26 Que fait le Collège avec les renseignements contenus
dans les poursuites en responsabilité civile?

MÉDICAMENTS

34 Avis, mises en garde et retraits
34 Les risques associés à un traitement à long terme:
le cas du MacroBID® (nitrofurantoïne)

35 ATELIERS ET FORMATION

36 AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

36 AVIS DE RADIATION

38 AVIS DE DÉCÈS

38 NOUVEAUX MEMBRES

Du bon usage des certificats de conduite professionnelle

Les certificats de conduite professionnelle (CCP) sont des documents officiels signés par le secrétaire de l'ordre ou un secrétaire adjoint faisant état des diplômes et des certificats détenus par le membre, du statut du membre au tableau de l'ordre et des mesures disciplinaires imposées, soit par l'ordre ou les autorités d'un établissement de santé. Les CCP peuvent également fournir d'autres informations relatives aux engagements, aux limitations, à l'inspection professionnelle, aux stages de formation, aux remarques ou recommandations du syndic ainsi que tout autre renseignement colligé par l'ordre professionnel relativement à l'exercice professionnel. Ces informations ne sont divulguées qu'avec l'autorisation explicite du membre.



The proper use of certificates of professional conduct

Certificates of professional conduct (CPC) are official documents signed by the secretary of the order or an assistant secretary that provide information concerning the credentials held by the member, the member's status on the membership roll of the order and any disciplinary measures imposed, either by the order or by the authorities of a health care institution. CPCs may also provide information concerning commitments, restrictions, professional inspection, training courses, the syndic's comments or recommendations as well as any other information collated by the professional order with respect to professional practice. This information is disclosed only with the member's explicit authorization.

Le CCP d'un médecin est généralement requis par les autorités d'un collège de médecins d'une autre juridiction dans l'étude d'une demande de permis d'exercice et d'inscription au tableau de l'ordre ou par celles d'un établissement ou d'un organisme de santé dans le cadre de l'examen des titres aux fins d'octroyer des privilèges d'exercice. Le CCP vise à éclairer le décideur dans sa prise de décision, pour permettre aux autorités concernées de mettre en place, le cas échéant, les mécanismes d'encadrement permettant l'exercice du membre tout en assurant la protection du public et le fonctionnement harmonieux des équipes de soins.

Dans le contexte actuel où les gouvernements favorisent la mobilité de la main-d'œuvre, le CCP devient un instrument rapide et utile pour servir littéralement de « clé » ou de « passeport » dans le but de faciliter la délivrance de permis et l'inscription au tableau de l'ordre d'une province à l'autre pour un médecin déjà en exercice dans une juridiction. Pour faciliter son utilisation, les collèges de médecins du Canada ont fait un effort d'uniformisation de la forme et du fond des CCP, de même que des formulaires de consentement requis pour leur production et leur diffusion. Le Collège des médecins du Québec, soucieux d'efficacité, rend maintenant accessible en ligne le formulaire pour demander un CCP (<http://www.cmq.org>, section Membres, Mot-clé : certificat de conduite professionnelle). Chaque CCP produit sera envoyé à l'organisme ou à l'établissement l'ayant requis pour l'analyse d'une demande, et une copie sera transmise au médecin ayant rempli le formulaire.

Le CCP est un outil additionnel permettant à un décideur de prendre une décision libre et éclairée concernant les conditions d'embauche d'un médecin. Ce n'est pas le seul outil, et il ne saurait à lui seul justifier de ne pas délivrer de permis ou refuser l'octroi de privilèges. Comme toute information, le CCP doit être utilisé pour ce qu'il est, dans une juste perspective lors de l'évaluation globale d'une demande.

Tout instrument ne remplit pleinement sa fonction que lorsqu'on en fait bon usage.

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

A physician's CPC is usually required by the authorities of a college of physicians in another jurisdiction when reviewing an application for licensure and registration or by the authorities of a health care institution or agency when reviewing credentials for the purposes of granting practice privileges. The CPC informs the decision maker's decision, allowing the authorities in question to establish, where applicable, supervision mechanisms that enable the member to practice while at the same time ensuring the protection of the public and the smooth functioning of health care teams.

In the current climate, where governments promote labour mobility, the CPC is a rapid and useful tool that literally serves as a "key" or "passport" to facilitate the issuance of permits and registration on the roll of the order from province to province for a physician who is already practising in a jurisdiction. To make it easier to use, Canada's colleges of physicians have made an effort to standardize the form and content of CPCs, along with the consent forms required to produce and forward them to the requesting authorities. For reasons of efficiency, the form to request a CPC is now available on the Collège des médecins du Québec's Website (<http://www.cmq.org/en.aspx>, Physicians section, Keyword: Certificate of professional conduct). Every CPC produced will be sent to the agency or institution that requested it for the purposes of an application review, and a copy will be sent to the physician who completed the form.

The CPC is an additional tool that allows a decision maker to make a free and informed decision regarding a physician's terms of employment. It is not the only tool and cannot alone justify a refusal to issue a permit or grant privileges. As with any information, the CPC should be used for what it is, in the proper perspective, as part of a comprehensive assessment of an application.

An instrument can only fulfil its purpose when used properly.

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



VOS YEUX SUR LES MARCHÉS

Valeurs mobilières Desjardins (VMD)*, c'est quelque 300 conseillers en placement qui vous représentent là où se construit l'avenir.

Fiez-vous aux experts de VMD.



vmdconseil.ca

Coopérer pour créer l'avenir

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

SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

FRONT COMMUN CONTRE LES PÉNURIES DE MÉDICAMENTS

Le 16 avril dernier, l'Ordre des pharmaciens du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec ont rendu publiques les recommandations du comité sur les ruptures d'approvisionnement en médicaments.

Un dossier visant à informer les médecins sur les causes de ces ruptures et à leur permettre d'intervenir efficacement en cas de pénurie est présenté à la page 9 de ce numéro. On y retrouve également les neuf recommandations résultant de cette concertation.

RAPPORT FINAL DE L'ENQUÊTE SUR LES MAMMOGRAPHIES



Le Dr Charles Bernard et les deux médecins enquêtrices, Drs Louise Charbonneau et Huguette Bélanger.

Au cours d'une conférence de presse, le 27 mars 2012, le Collège des médecins a révélé les résultats de l'enquête commandée par son comité exécutif consistant à réviser la lecture de plus de 22 000 mammographies effectuées dans trois cliniques de Montréal et de Laval, entre 2008 et 2010. Au total, 109 cancers du sein ont été détectés et pris en charge, au fur et à mesure qu'ils étaient diagnostiqués.

Un comité de suivi pour l'application des recommandations contenues dans le rapport a été créé afin d'apporter les suivis

nécessaires à chacune des recommandations formulées par les médecins enquêteurs et d'améliorer les mécanismes d'assurance qualité dans les cliniques privées d'imagerie médicale du sein au Québec.

PUBLICATION

POSITION DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (DNSP) SUR LA FLUORATION DE L'EAU POTABLE



Le DNSP a publié récemment un document, *La fluoruration de l'eau potable: position du directeur national de santé publique*, s'adressant principalement aux professionnels de la santé. Cette publication comprend les principaux éléments d'information permettant aux professionnels de la santé de répondre aux éventuelles questions de la population relativement à la fluoruration de l'eau potable dans leur municipalité.



Le document est accessible à l'adresse suivante:
www.msss.gouv.qc.ca
 (Sujets : Santé publique, Fluoruration)



**CONSEIL
D'ADMINISTRATION**
19 octobre 2012

COMITÉ EXÉCUTIF
30 août 2012
27 septembre 2012

SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

LA COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ LIVRE UN RAPPORT QUI RÉPOND AUX BESOINS DES PATIENTS ET DES MÉDECINS

Le Collège a tenu à saluer l'excellent travail des membres de la Commission et est d'avis que les recommandations contenues dans le rapport rendu public le 22 mars dernier permettront aux personnes en fin de vie de prendre les meilleures décisions et aux médecins d'exercer dans un encadrement où les règles sont claires, si le gouvernement donne suite à la recommandation de déposer un projet de loi d'ici juin 2013.

Le Collège entend donner suite aux recommandations qui lui sont adressées, soit la publication d'un guide d'exercice sur la pharmacologie des soins en fin de vie et la révision du *Code de déontologie des médecins* afin, notamment, que les

médecins puissent dispenser une aide médicale à mourir selon les critères prévus par une éventuelle loi, tout en confirmant leur droit à l'objection de conscience et leur obligation, le cas échéant, de diriger leur patient vers un autre médecin. Enfin, le groupe de travail en éthique clinique, dont les travaux sont à l'origine du mémoire du Collège sur la question du droit de mourir dans la dignité, poursuit sa réflexion et s'est adjoint des experts pour alimenter celle-ci. Les directives anticipées contraignantes, la sédation palliative et la notion d'aide médicale à mourir sont au nombre des sujets discutés.



Un produit développé par

Logiciels

INFODATA

Logiciels

Ofys

F320?

N021?

I638?

Moi, je codifie tous les diagnostics de mes patients!

Doc Anonyme

Doc Anonyme a toutefois un secret... Il utilise Ofys! Ofys analyse la note clinique saisie et propose une liste des diagnostics à coder.

Ofys, un DMÉ vraiment exceptionnel!

I13?

1.866.831.9077 | www.ofys.net | www.infodata.ca

PAR ROGER LADOUCEUR, M.D., DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE, ET MME MARIE-CLAUDE POULIN, PHARMACIENNE

RUPTURES D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS MIEUX COMPRENDRE CE PHÉNOMÈNE ET Y FAIRE FACE

TIRÉ DES TRAVAUX DU COMITÉ MIXTE SUR LES RUPTURES D'APPROVISIONNEMENT¹

« DOCTEUR, LE MÉDICAMENT QUE VOUS AVEZ PRESCRIT N'EST PLUS DISPONIBLE. »²

« MON MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE EST EN RUPTURE DE STOCK DEPUIS DES MOIS. »³

« LES PHARMACIENS DE RETOUR À L'ÉPOQUE DES APOTHICAIRES »⁴

LES RUPTURES D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS OU LA NON-DISPONIBILITÉ DE CEUX-CI DEVIENNENT DE PLUS EN PLUS FRÉQUENTES. IL N'EST PAS RARE QU'UN MÉDECIN REÇOIVE UNE NOTE DU PHARMACIEN INDIQUANT QU'UN MÉDICAMENT PRESCRIT N'EST PAS DISPONIBLE EN RAISON D'UNE RUPTURE DANS LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT DE CELUI-CI. CET ARTICLE VISE À RENSEIGNER LES MÉDECINS SUR CE PHÉNOMÈNE ET SES CAUSES ET À LUI PERMETTRE D'INTERVENIR EFFICACEMENT EN CAS DE RUPTURE.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS EN RUPTURE?

Au Canada, trois sondages ont tenté de documenter la problématique des ruptures et d'identifier les médicaments ayant causé le plus de problèmes aux intervenants.

Association médicale canadienne⁵

Un sondage a été réalisé par cet organisme en janvier 2011 auprès de ses membres, auquel 724 médecins ont

répondu. Quarante-sept pour cent des répondants ont indiqué que les antibiotiques, dans leur version générique, sont les médicaments qui sont le plus souvent en rupture d'approvisionnement. Alors que 24 % des répondants ont indiqué que les antidépresseurs, dans leur version générique, étaient ceux qui étaient le plus souvent en rupture.

Association des pharmaciens du Canada⁶

En décembre 2010, cet organisme a publié les résultats d'un sondage mené auprès de 427 pharmaciens, dont 140 pharmaciens québécois. Parmi ceux-ci, quatre-vingt-six pour cent (86 %) exerçaient en



établissement de santé. Les pharmaciens québécois ont identifié les médicaments les plus difficiles à obtenir durant les derniers mois (voir tableau 1).

Saskatchewan College of Pharmacists⁷

En mars 2010, cet organisme a effectué un sondage auquel 159 pharmaciens de pratique privée ont répondu. On demandait aux répondants d'indiquer les trois médicaments pour lesquels les ruptures d'approvisionnement ont été les plus importantes au cours des 12 derniers mois. Ce sondage a identifié 15 médicaments à l'origine de 75 % des ruptures observées (voir tableau 2).

TABLEAU 1
MÉDICAMENTS LES PLUS DIFFICILES À OBTENIR AU COURS DES DERNIERS MOIS DE L'ANNÉE 2010, IDENTIFIÉS PAR LES RÉPONDANTS QUÉBÉCOIS

Médicaments	Nombre de réponses
Méthotriméprazine	26
Clonidine	26
Hydralazine	18
Thiopental	17
Cytarabine	17
Prednisone	15
Métoclopramide	13
Héparine	13
Céphalexine	12
Amitriptyline	12

TABLEAU 2
MÉDICAMENTS AYANT FAIT L'OBJET DES RUPTURES LES PLUS IMPORTANTES ENTRE MARS 2009 ET MARS 2010

Médicaments	% de réponses au total	Médicaments	% de réponses au total
Diltiazem	14,5	Levodopa-carbidopa	2,3
Acide folique	12,3	Twinrix (inj)	2,1
Allopurinol	11,1	Betahistine	1,7
Amoxicilline-clavulanate	9,6	Salbutamol (inh)	1,7
Clonidine	5,5	Nortriptyline	1,5
Digoxin	3,8	HCTZ	1,3
Lisinopril-HCTZ	3,8	Acide mefenamique	1,3
Phenobarbital	2,5		

MIEUX COMPRENDRE LE PHÉNOMÈNE

Fréquence des ruptures d'approvisionnement

Au Canada, il est difficile de quantifier le nombre total de ruptures et leur ampleur, car aucun organisme n'en fait le recensement. Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a constaté 56 ruptures en 2008, 80 en 2009 et 207 l'an dernier. Le même constat est fait du côté de l'agence américaine, le U.S. Food and Drug Administration (FDA), et de l'Association des pharmaciens des établissements de santé des États-Unis (ASHP). Des données québécoises issues du regroupement d'achats Sigma Santé et publiées par l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique (URPP), affiliée au CHU Ste-Justine⁸, présentent également une augmentation du nombre de ruptures et de jours-ruptures. Les données de ces organismes sont regroupées à la figure 1.

[La collaboration interprofessionnelle est la meilleure approche à court terme pour trouver des solutions rapides pour les patients.]

Durée des ruptures d'approvisionnement

La durée moyenne des ruptures selon l'URPP est de 108 jours +/- 130 jours⁹. Plusieurs ruptures sont en vigueur depuis plus d'un an. De plus, les dates prévues de retour ne sont pas forcément respectées, ce qui laisse les médecins et les pharmaciens dans l'incertitude quant au retour réel des produits.

Les causes

Les causes des ruptures d'approvisionnement sont multiples et complexes, mais certaines d'entre elles reviennent plus souvent dans la littérature. Parmi celles-ci :

- la baisse de l'offre de médicaments;
- l'augmentation de la demande ou la prévision d'une demande inférieure aux besoins réels;
- l'insuffisance de la quantité de matières premières ou les carences en termes de qualité;
- les exigences des organismes de réglementation qui alourdissent la production;
- l'absence de législation en matière de ruptures d'approvisionnement;
- les délais de réponse des organismes de réglementation.

DIAGRAMME 1 : LE PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS ET LES CAUSES DES RUPTURES

PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT

(LES CAUSES DE RUPTURES RECENSÉES DANS LA LITTÉRATURE ONT ÉTÉ ASSOCIÉES AUX INTERVENANTS DE LA CHAÎNE)

FABRICATION DES MATIÈRES PREMIÈRES

L'insuffisance de la quantité de matière première ou les carences en termes de qualité

INSPECTION DES SITES DE FABRICATION

Les arrêts de production pour non-conformité des processus de fabrication et les rappels

Le fait qu'un organisme de réglementation étranger puisse avoir un impact sur l'approvisionnement local

FABRICATION DE MÉDICAMENTS

L'augmentation de la demande et son instabilité, de même que l'instabilité de la production

Les arrêts de production pour non-conformité des processus de fabrication

Les arrêts ou les délais de production pour des raisons d'affaires ou économiques

La fusion d'entreprises (fabricants, distributeurs) qui crée de puissants oligopoles et concentre les parts de marché

La vulnérabilité des sites de production de matière première ou de médicaments aux catastrophes naturelles ou aux contextes politiques

Les pratiques visant à limiter la distribution

Les pratiques visant à restreindre les inventaires

L'absence de législations et de contraintes en matière de ruptures d'approvisionnement pour les fabricants et les distributeurs

AUTORISATION DE MISE EN MARCHÉ

Les exigences des organismes de réglementation qui alourdissent la production

Les délais dans les décisions réglementaires ou l'imprévisibilité du délai de traitement des demandes

Les arrêts ou les délais de production lors de changement de procédés de fabrication ou de transfert de production

INSCRIPTION DES MÉDICAMENTS SUR LA LISTE, ÉTABLISSEMENT DES PRIX

Les arrêts ou les délais de production pour des raisons d'affaires ou économiques

La fusion de groupes d'approvisionnement en commun, qui concentre les achats de plusieurs régions entre peu d'acheteurs

DISTRIBUTION EN GROS

Les pratiques visant à limiter la distribution

Les pratiques visant à restreindre les inventaires

Les pratiques visant à créer des réserves et l'absence de contrôle

L'absence de législations et de contraintes en matière de ruptures d'approvisionnement pour les fabricants et les distributeurs

SERVICES PHARMACEUTIQUES (PHARMACIES)

Les pratiques visant à restreindre les inventaires

Les pratiques visant à créer des réserves et l'absence de contrôle

Le diagramme 1 présente le processus d'approvisionnement en médicaments et les causes des ruptures d'approvisionnement.

QUE SE PASSE-T-IL QUAND UNE RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT SURVIENT?

Lorsqu'un médicament est en rupture, le pharmacien évalue diverses options afin de prendre la décision la plus adéquate selon le contexte clinique. Dans certains cas, lorsque les autres sources d'approvisionnement ont été épuisées, une préparation magistrale peut être réalisée si la matière première est toujours disponible. S'il est impossible d'obtenir le médicament fabriqué ou préparé, le médecin est appelé à se prononcer sur la pertinence d'avoir recours au programme d'accès spécial de Santé Canada ou encore d'opter pour un autre choix thérapeutique. C'est à ce moment que le pharmacien communique avec le médecin pour discuter de son analyse et présenter les solutions possibles. Le médecin est joint à nouveau par le pharmacien lorsque le médicament redevient disponible. Il convient alors d'évaluer un possible retour à la thérapie initiale ou de poursuivre la thérapie de remplacement (voir l'Algorithme 1).

EN TANT QUE MÉDECIN, QUE PUIS-JE FAIRE?

Les conséquences des ruptures d'approvisionnement peuvent être graves. Pour remédier aux problèmes actuels, les médecins peuvent contribuer à la solution de deux principales façons :

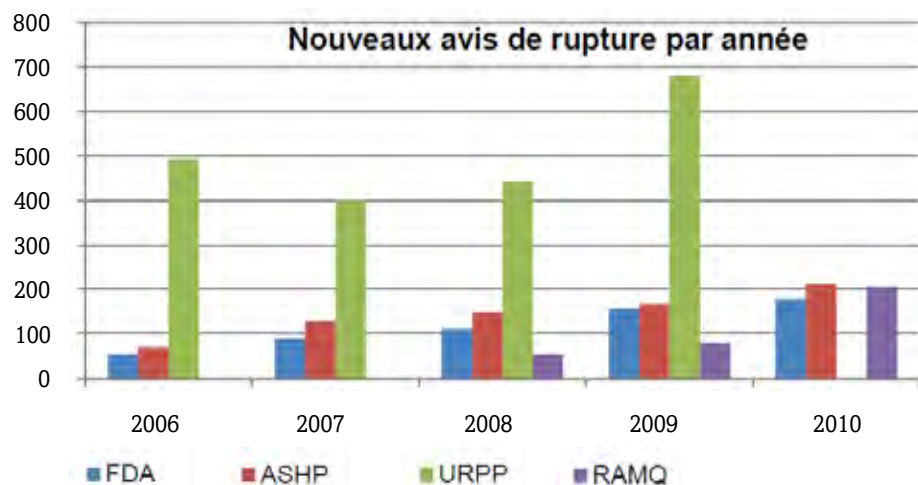
Connaître les médicaments en rupture

Pour ce faire, vous pouvez consulter deux sites Web qui sont des sources fiables d'information, soit ceux de la Régie de l'assurance maladie du Québec (www.ramq.gouv.qc.ca) et de Vendredi PM (www.vendredipm.ca/).

Établir un contact étroit avec les pharmaciens pour la recherche de solutions de rechange

Les pharmaciens doivent bien souvent gérer des situations sur lesquelles ils n'ont que peu de contrôle. Ils sont bien placés pour informer les médecins des médicaments en rupture

FIGURE 1 : NOUVEAUX AVIS DE RUPTURES PAR ANNÉE SELON LA FDA, L'ASHP, L'URPP ET LA RAMQ



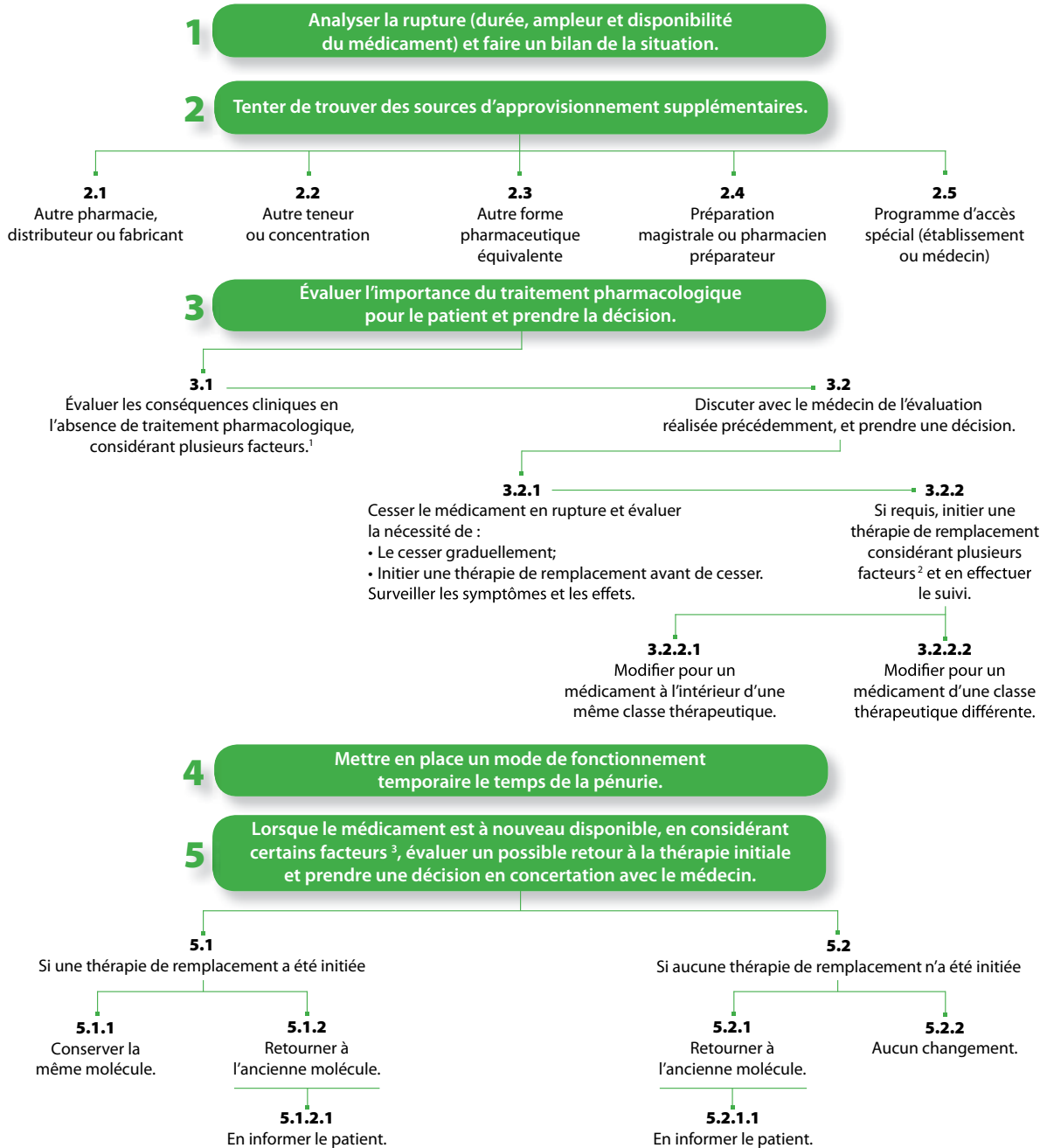
RECOMMANDATIONS DU COMITÉ SUR LES RUPTURES D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS¹

1. Qu'une vision nationale et un plan d'action en matière d'accès aux médicaments essentiels soient élaborés par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux.
2. Que Santé Canada adapte sa réglementation et ses programmes à la problématique des pénuries.
3. Que les fabricants adoptent des pratiques responsables en matière de gestion des stocks et des comportements éthiques lors de pénuries.
4. Qu'une législation exige des fabricants un préavis d'un an lorsque ceux-ci veulent mettre fin volontairement à la production d'un médicament. Le fabricant devra attendre l'accord des autorités avant de cesser la production d'un médicament essentiel ou à source unique.
5. Au niveau provincial, que le ministre de la Santé et des Services sociaux désigne une entité ayant pour mandat de coordonner la gestion des ruptures et les informations nécessaires lors de ruptures de médicaments.
6. Que les politiques gouvernementales fédérales et provinciales comportent des incitatifs à produire les médicaments en rupture ou moins rentables.
7. Que les contrats d'achats et les ententes de remboursement prévoient des incitatifs à l'approvisionnement continu et pénalisant les ruptures d'approvisionnement.
8. Que les distributeurs adoptent des pratiques de distribution et de gestion des stocks qui garantissent la sécurité de la chaîne d'approvisionnement et permettent de répondre à des besoins urgents ou prioritaires.
9. Que les pharmaciens gèrent leur approvisionnement de façon responsable et facilitent l'usage équitable des médicaments disponibles.

Ces recommandations sont extraites du document *Les ruptures d'approvisionnement en médicaments – Un enjeu de santé publique qui nécessite des actions concertées*, accessible dans le site Web des deux ordres professionnels.

ALGORITHME 1: DÉMARCHE GÉNÉRALE DE PRISE DE DÉCISION DU PHARMACIEN EN CAS DE RUPTURES

DÉMARCHE GÉNÉRALE DE PRISE DE DÉCISION DU PHARMACIEN EN CAS DE RUPTURES D'APPROVISIONNEMENT



1 Les facteurs à considérer sont notamment la durée d'arrêt de l'approvisionnement, l'importance de la pathologie, les résultats thérapeutiques obtenus, les particularités d'emploi du médicament et les facteurs liés au patient.

2 Les facteurs à considérer sont notamment l'efficacité, les contre-indications, la tolérance, les interactions, les délais d'action, les facteurs liés au patient et les coûts et conditions de paiement. Veuillez vous référer au guide sur la substitution en pharmacie de l'OPQ pour plus d'information.

3 Les facteurs à considérer sont les résultats cliniques obtenus, la tolérance au traitement et tout autre facteur lié au patient (observance, capacité de payer, etc.). Veuillez consulter le guide sur la substitution en pharmacie de l'OPQ pour plus de détails sur la substitution.

Références :

Drug Shortages – A guide for assessment and Patient Management. Canadian Pharmacists Association, Ottawa (ON) 2010.
ASHP guidelines on Managing Drug product Shortages in hospitals and Health Systems. Am J Health-Syst Pharm, 2009; 66 : 1399-1406.

d'approvisionnement et pour proposer des solutions. Dans certains cas, ils peuvent régler le problème eux-mêmes, mais lorsqu'un changement de médicament doit être fait, la collaboration interprofessionnelle est de mise. Dans certains cas particuliers, la rédaction d'ordonnances collectives peut apporter une solution partielle temporaire. En dernier recours, le programme d'accès spécial de Santé Canada peut être envisagé pour le patient, dans le cadre d'une collaboration entre les professionnels.

CONCLUSION

Le Collège des médecins du Québec, préoccupé par la situation, a participé activement à un comité mis sur pied par l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), dont le mandat était de trouver des solutions permettant de minimiser l'impact des ruptures sur les patients, d'éviter les ruptures dans le futur et d'alléger la gestion des ruptures, puisque cela vient

perturber l'offre de services à la population. Les recommandations du comité (voir encadré à la page 11) ont été présentées le 16 avril dernier, lors d'une conférence de presse conjointe avec l'OPQ, à laquelle participait également l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, ainsi que l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Les professionnels de la santé sont ainsi tous concernés par les ruptures d'approvisionnement en médicaments qui ont pris des proportions importantes. La collaboration interprofessionnelle est la meilleure approche à court terme pour trouver des solutions rapides pour les patients. À moyen terme, des solutions plus systémiques, visant notamment à réduire le nombre de ruptures, doivent être trouvées.

1. *Comité sur les ruptures d'approvisionnement en médicaments.* Les ruptures d'approvisionnement en médicaments : un enjeu de santé publique qui nécessite des actions concertées : recommandations. Adopté en mars 2012 par les conseils d'administration de l'Ordre des pharmaciens du Québec, du

Collège des médecins du Québec, de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec et de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Montréal : l'Ordre des pharmaciens du Québec, 2012, 50 p., ISBN 978-2-922438-40-6. [En ligne], www.opq.org/cms/Media/1233_38_fr-CA_Q_Rapport_ruptures_approvisionnement.pdf

2. *Ladouceur, R.* Médicament non disponible. Montréal : communication personnelle, 2011.
3. *Thibeault, J.* Des médicaments génériques sont en rupture de stock depuis des mois. Montréal : Radio-Canada, 19 juillet 2011. [En ligne], www.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2011/07/19/002-penurie-medicaments-generiques.shtml
4. *Bélanger, M.* Les pharmaciens de retour à l'époque des apothicaires. Ottawa : Le Droit, 11 mai 2010, mis à jour le 13 mai 2010. [En ligne], www.cyberpresse.ca/le-droit/actualites/actualites-nationales/201005/11/01-4279465-les-pharmaciens-de-retour-a-lepoque-des-apothicaires.php
5. *Sullivan, P.* Un sondage de l'AMC révèle que les pénuries de médicaments génériques hantent les médecins et les patients. Ottawa : Association médicale canadienne, 10 février 2011. [En ligne], www.cma.ca/penuries-de-medicaments-generiques
6. *Canadian Pharmacists Association.* Canadian drug shortages survey: final report. Ottawa: the Association, décembre 2010, 19 p. [En ligne], www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/file/cpha-on-the-issues/drugshortagesreport.pdf
7. *Saskatchewan College of Pharmacists.* Analysis of survey of community pharmacy managers on disruptive in supply and/or shortages of prescription drugs. Regina, Sask.: the College, mars 2010, 14 p. [En ligne], <http://napra.ca/Content/Files/Files/Saskatchewan/AnalysisofSurveyofCommunityPharmacyManagers.pdf>
8. *Chiveri, A, D. Lebe et J.-F. Bussières.* « Perspective des ruptures d'approvisionnement de médicaments 2004-2010 », 42^e conférence annuelle sur la pratique professionnelle de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, 29 janvier-2 février 2011, Toronto : programme final, p. 59-60. [En ligne], www.cshp.ca/dms/dmsView/1_1_8_FinalProgram.pdf

Médicaments d'exception non codifiés

DEMANDER UNE AUTORISATION :
UNE OPÉRATION **FACILE** !

Connaissez-vous les formulaires spécifiques ?

Plus de 90 médicaments ont leur propre formulaire, ce qui :

- simplifie le remplissage;
- permet d'avoir une demande complète en quelques minutes;
- fait gagner du temps au médecin, au patient et à la Régie.

**Ils sont toujours à jour
dans le site Internet.**

Vous trouverez ces formulaires à la rubrique
« **Médicaments d'exception et Patient d'exception** »
dans la section « **Professionnels** » au

www.ramq-gouv.qc.ca



Régie de
l'assurance maladie
Québec



MÉDECINS ET MÉDIAS SOCIAUX : QUI PARLE À QUI?

Pour en parler, les médecins étaient invités à participer au colloque annuel du Collège des médecins du Québec, le 11 mai dernier, à Québec. Environ 250 médecins ont pris part à cet événement dont le thème, *Les médecins et les médias sociaux*, a soulevé plusieurs questions, notamment sur le plan de la confidentialité.

LE DÉFI DES MÉDIAS SOCIAUX POUR LA PROFESSION MÉDICALE

Dans son mot de bienvenue, le Dr Charles Bernard, président-directeur général du Collège, a précisé que ce sujet avait suscité un grand intérêt de la part des médecins qui ont été nombreux à répondre à l'infolettre qui leur avait été envoyée afin de recueillir leurs expériences et leurs commentaires.



Dr Charles Bernard

Parmi les courriels reçus, plusieurs ont manifesté le refus d'être « ami » avec un patient et ressentent le besoin de protéger leur vie privée. Leur sentiment est partagé à l'égard des réseaux sociaux. On dénote une prudence, voire une méfiance à l'égard de ceux-ci, tout en observant un intérêt pour les groupes de discussion d'experts (p. ex., LinkedIn) et les développements futurs de ces outils.

LES MÉDIAS SOCIAUX - ON PARLE DE QUOI?

Selon M. Philippe Martin, expert des médias sociaux, on dénombre dans le cyberespace plus de 3 000 médias, outils et services.

Réseaux sociaux, plateformes sociales, outils sociaux et communautés de pratique ont un point en commun : ils facilitent les interactions sociales. Ces médias ne sont pas réservés aux seuls experts mais sont accessibles à tous et permettent aux individus d'influencer leur environnement.

Il y a autant de façons d'utiliser les médias sociaux que d'utilisateurs : on peut vouloir y faire de la veille, apprendre, informer ou, dans le cas des entreprises, vendre.

Par ailleurs ces médias comportent certains écueils, notamment la traçabilité numérique de tout ce qui est publié et une frontière floue entre la vie privée et la vie publique.

QUELQUES CHIFFRES

Un phénomène en progression

Un sondage réalisé en février 2012 par Price WaterhouseCoopers auprès de 1 060 adultes révèle que 66 % des répondants, comparativement à 20 % en 2011, utilisent les médias sociaux pour la recherche d'avis médicaux et que 45 % sont influencés dans leurs décisions de santé par les réseaux sociaux (p. ex., pour obtenir une deuxième opinion médicale).

Une représentation importante des 18-24 ans

Parmi les répondants âgés de 18 à 24 ans, 80 % sont susceptibles de partager des informations relatives à la santé sur Facebook (45 % pour les 45 à 64 ans) et font confiance, dans une proportion de 90 %, aux informations sur la santé diffusées dans ce réseau.

L'utilisation des médias sociaux par les médecins : une attitude de prudence

En février 2011, l'Association médicale canadienne a réalisé un sondage auprès de

628 médecins. Plus de la moitié (51 %) des médecins ont reconnu avoir un compte Facebook et le consulter au moins une fois par semaine. Presque tous les répondants ont utilisé Google pour chercher de l'information liée à leurs besoins professionnels et 43 % d'entre eux ont participé à un moment ou à un autre à un forum de discussion en ligne sur un sujet touchant la médecine ou les soins de santé. Les répondants ont reconnu jusqu'à un certain point que les médias sociaux peuvent offrir un moyen de « partager de l'information médicale et des idées entre pairs » (46 %) mais pensent aussi que cet échange en ligne a souvent « peu de valeur dans la pratique médicale de tous les jours » (44 %) et empiète sur le temps limité du médecin.

LES MÉDIAS SOCIAUX - ON S'EXPOSE À QUOI?

Les enjeux légaux et déontologiques

La communication d'expériences professionnelles sur le Web comporte certains risques, notamment celui du bris du secret professionnel. Lors de sa présentation, M^e Magali Cournoyer-Proulx a relaté l'exemple d'un médecin d'urgence américain qui, en avril 2011, a été reconnu coupable d'avoir commis un acte dérogatoire à la dignité de sa profession alors qu'il avait partagé des expériences cliniques vécues à l'urgence sur Facebook. Bien qu'il n'identifiait personne et qu'il n'avait aucunement l'intention de révéler des informations confidentielles, le patient avait été identifié par des tiers à cause de sa blessure particulière.

Les médecins doivent aussi s'assurer de préserver leur liberté professionnelle et leur indépendance. Ainsi, l'acceptation d'une demande d'amitié d'un patient sur Facebook pourrait être perçue comme une faveur et compromettre la qualité de la relation professionnelle.

Les témoignages d'appui peuvent également être source de conflit d'intérêts. Ainsi, un médecin qui s'inscrirait sur le réseau LinkedIn afin de développer sa clientèle ou qui publierait des recommandations ou témoignages d'appui sur son profil pourrait compromettre son indépendance professionnelle.

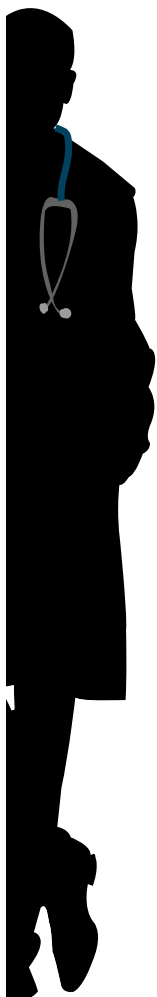
Le droit à l'image et à l'atteinte à la réputation s'applique également aux réseaux sociaux. Diffuser une photo d'un patient – même si on ne voit pas son visage – est

considéré comme une atteinte au droit à l'image du patient.

Dans son guide d'exercice sur la publicité et les déclarations publiques, publié en août 2010, le Collège des médecins écrivait que « s'il diffuse de l'information sur la santé, le médecin devrait mentionner que celle-ci est de nature générale et non en lien avec l'état de santé d'un patient en particulier, et qu'elle ne remplace pas l'évaluation nécessaire à chaque cas. » M^e Cournoyer-Proulx suggère aux médecins de mettre cette

mention sous forme d'avertissement dans leur page Web personnelle afin de s'assurer que les informations ou avis diffusés n'engendrent pas de relations thérapeutiques.

Enfin, conclut la conférencière, « le *Code de déontologie des médecins* peut régir les comportements des professionnels à l'égard des médias sociaux. Toutefois, en l'absence de règles claires, un code de conduite ou d'éthique peut grandement contribuer à réduire les comportements à risque et même illicites. »



Fonctionnalités multi-sites exceptionnelles!



Ofys est un dossier médical électronique parfaitement adapté à la pratique des médecins de famille oeuvrant dans un groupe de médecine familiale multi-sites.

1.866.831.9077 | www.ofys.net | www.infodata.ca

LES MÉDIAS SOCIAUX - ON Y FAIT QUOI?

Favoriser l'interaction avec les membres

En 2010, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) créait sa page Facebook et comptait alors 5 000 adhérents. Depuis, plus de 7 000 personnes suivent la page de l'OIIQ. En créant cet outil de communication, l'ordre avait pour but de favoriser l'interaction avec ses membres mais aussi d'établir une porte d'entrée dynamique vers ses différents services offerts.

L'OIIQ trouvait essentiel d'utiliser ce média social qui fait partie de l'univers de la future génération des infirmières. Comme le précisait Mme Gyslaine Desrosiers, présidente de l'ordre, « les jeunes veulent obtenir l'information par leurs pairs ». Elle constate que les intervenants s'autorégulent entre eux et interviennent lorsque des propos deviennent excessifs ou qu'une opinion est exagérée. Cet outil devient en quelque sorte un « laboratoire d'observation » qui permet de prendre le pouls en temps réel des intérêts et des préoccupations des membres.

Il va sans dire qu'un tel outil nécessite des ressources et du temps mais s'avère un outil important qui, utilisé de façon judicieuse, contribue à développer un sentiment d'appartenance auprès des membres.

Les wikis pour le transfert des connaissances

Le Dr Patrick Archambault a présenté les résultats préliminaires de certains projets de recherche en cours sur le rôle des wikis dans le transfert des connaissances. Précisons d'abord qu'un wiki (mot hawaïen signifiant « se dépêcher », « rapide ») est un site Web collaboratif dont le contenu peut être édité par n'importe qui ayant accès au site. Le meilleur exemple connu est celui de l'encyclopédie en ligne Wikipédia.

Le Dr Archambault est d'avis que les wikis peuvent être utilisés pour améliorer

la qualité des soins en augmentant l'utilisation des protocoles de soins pour rendre les interventions systématiques. Les avantages liés à l'utilisation des wikis sont nombreux, qu'il s'agisse de créer, de partager et de mettre à jour des protocoles de soins ou encore d'améliorer la qualité et l'usage des protocoles tout en diminuant leur coût de production. Les wikis peuvent s'avérer un outil précieux pour accroître la participation des patients et du public dans l'élaboration des protocoles.

Les médias sociaux sont en train de transformer la médecine et le Dr Archambault considère que l'étude de cette transformation est importante, et que les plateformes collaboratives comme les wikis ont un potentiel important pour l'amélioration des soins de santé.

Un enjeu important : la confidentialité

Le Dr Ruth Vander Stelt s'est intéressée aux politiques d'utilisation des médias sociaux élaborées par différentes associations médicales, tant au pays qu'à l'étranger. Elle constate que ce phénomène nouveau est généralement non adapté à la relation médecin-patient et que la confidentialité demeure un enjeu important pour tous ces organismes. Le Dr Vander Stelt partage avec les participants les résultats d'un sondage qu'elle a effectué auprès des médecins du Centre de santé et de services sociaux Pontiac quant à l'utilisation des médias sociaux. Elle note que l'encadrement que les médecins s'imposent en est un de professionnalisme et de respect de la confidentialité. Ils sont partagés quant à la nécessité d'un encadrement supplémentaire mais sont favorables à la création de lignes directrices.

Le Dr Vander Stelt est d'avis que la formation médicale des médecins les prépare

à la prudence, au jugement et au maintien du secret professionnel et que ces mêmes considérations sont à l'œuvre dans leur utilisation des médias sociaux.

LES MÉDIAS SOCIAUX ET LE COLLÈGE DES MÉDECINS

Des points de repère

Le Dr Robert a livré la réflexion du groupe de travail en éthique clinique du Collège des médecins sur ce nouveau paradigme qui redéfinit l'espace privé et l'espace public. Les médias sociaux, constate-t-il, deviennent un outil de diffusion d'informations privées dans un espace public, parfois faussement perçu comme un espace privé.



Dr Yves Robert

Les médias sociaux offrent aux médecins la possibilité d'entretenir de nouveaux rapports avec les patients mais peuvent mettre en péril la confidentialité de la relation professionnelle.

Pour guider les médecins, le groupe de travail a élaboré six points de repère :

1. Lorsqu'un médecin utilise les médias sociaux dans le cadre de sa vie privée, il fait face aux mêmes enjeux que tout autre citoyen et doit utiliser les repères généraux.

Il doit donc porter une attention particulière au choix des paramètres de sécurité, faire la distinction entre un site personnel et un site professionnel et ne jamais inscrire d'informations personnelles sur des tiers sans leur consentement.

Par ailleurs, le médecin doit préserver l'image de la profession dans ses communications privées et signaler au Collège les comportements inappropriés de ses collègues.

2. En cours de relation thérapeutique :

Le médecin doit aviser son ou ses interlocuteurs qu'un échange sur des réseaux sociaux ne signifie pas qu'une relation thérapeutique est établie et qu'un suivi est assuré. Il doit refuser d'être « ami » avec un patient et porter une attention particulière au secret professionnel dans l'échange d'informations avec des collègues.

3. En ce qui a trait aux informations publiques sur la santé (p. ex., émissions de télé et autres) :

Le médecin doit bien s'identifier – qui suis-je et à quel titre je prends la parole – et aviser ses interlocuteurs que les informations sur la santé qu'il livre sont générales et qu'il ne s'agit en aucun cas d'une consultation.

Il est important également de clarifier la conformité ou non de son opinion avec le consensus prévalant dans la communauté médicale, si son opinion personnelle diffère. Le médecin doit également porter une attention spéciale aux règles déontologiques sur la publicité.

4. Le médecin comme membre d'une organisation ou employé doit appliquer les règles de l'organisation ET ses responsabilités déontologiques.

5. Le médecin employeur doit émettre des directives pour s'assurer que ses employés et collaborateurs utilisent les médias sociaux de façon à respecter ses obligations professionnelles.

6. Le médecin enseignant ou étudiant doit observer les mêmes contraintes déontologiques.

ILS ONT PARLÉ...

Philippe Martin, mixeur de liens, blogueur et créateur de La Fabrique de blogues, a exposé aux participants les particularités de chacun de ces outils, leurs avantages, leurs inconvénients et les dangers qu'ils comportent.



Philippe Martin

M^e Magali Cournoyer-Proulx, associée chez Heenan Blaikie, a présenté les principaux enjeux légaux soulevés par l'utilisation des médias sociaux.



M^e Magali Cournoyer-Proulx

En tant qu'utilisateurs des médias sociaux, **Mme Gyslaine Desrosiers**, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, **Dr Ruth Vander Stelt**, médecin de famille, et **Dr Patrick Archambault**, spécialiste en médecine d'urgence et en médecine de soins intensifs, ont présenté leur réflexion et leurs expériences.



Mme Gyslaine Desrosiers



Dr Ruth Vander Stelt



Dr Patrick Archambault

Pour accéder aux présentations des conférenciers : www.cmq.org, section Membres, Mot-clé : nouvelles

Depuis 2011, le Collège anime une page Facebook et un compte Twitter. Il a aussi créé un blogue lui permettant d'échanger avec ses membres. Suivez-nous en ligne : <http://blog.cmq.org/>

DEMANDE DE CERTIFICAT DE CONDUITE PROFESSIONNELLE UN NOUVEAU FORMULAIRE TRANSACTIONNEL

DEPUIS LE 1^{ER} AVRIL DERNIER, DE NOUVELLES PROCÉDURES SONT EN VIGUEUR POUR LA DEMANDE ET L'ÉMISSION DE CERTIFICATS DE CONDUITE PROFESSIONNELLE OU DE CERTIFICATS D'INSCRIPTION AU REGISTRE D'IMMATRICULATION DES ÉTUDIANTS, DES RÉSIDENTS ET DES MONITEURS EN MÉDECINE.

Dorénavant, les demandes en ligne par l'intermédiaire d'une plateforme transactionnelle sécurisée seront privilégiées. Toutefois, les demandes « papier » déjà reçues ou en attente de traitement continueront d'être honorées jusqu'au 1^{er} juillet 2012. Cependant, après cette date, aucune demande papier ne sera traitée.

Ainsi, à compter du 1^{er} juillet 2012, toute demande de certificat de conduite professionnelle devra être effectuée en ligne, incluant les demandes de certificat de conduite professionnelle déposées dans le but d'obtenir des privilèges dans un établissement. De plus, les frais devront être acquittés par carte de crédit au moment de la requête.

Ce changement signifie qu'à compter du 1^{er} juillet 2012, le Collège ne donnera plus suite aux demandes faites en utilisant le formulaire AS-227. Toutes les demandes devront alors être effectuées par le biais de la plateforme transactionnelle.

Cette modification a pour effet de ne plus permettre le paiement différé des certificats demandés par un établissement. Les médecins demandant un certificat de conduite professionnelle dans le but d'obtenir des privilèges dans un établissement devront donc eux-mêmes acquitter, au moment de la demande, les frais requis pour l'émission du certificat.

Pour toute question sur ce sujet, n'hésitez pas à faire parvenir un courriel à l'adresse suivante : ccp@cmq.org.

Ce formulaire s'ajoute à la liste des formulaires en ligne accessibles dans le site sécurisé du Collège des médecins du Québec :

- Avis de cotisation
- Déclaration annuelle
- Demande de carte de stages
- Demande de certificat de conduite professionnelle
- Demande de certificat d'inscription au registre d'immatriculation ou des moniteurs
- Demande de permis
- Demande d'immatriculation
- Demande d'inscription à l'activité de formation ALDO-Québec
- Première inscription au tableau de l'ordre



RÉSERVEZ LES DATES !

Conférence internationale 2012 AMA-AMC-BMA sur la santé des médecins

De la réflexion à l'action

Du 25 au 27 octobre 2012

L'hôtel Westin Montréal
Montréal (Québec), Canada

Pour obtenir plus de renseignements,
consultez amc.ca/santedesmedecins
ou écrivez à conferencesantedesmedecins@amc.ca.

L'échéance de présentation des propositions est fixée au 7 mai 2012.



Pour toutes les transactions en ligne, une seule adresse :
www.cmq.org/fr/medecinsmembres/profil/commun/AccueilTransac.aspx



En collaboration avec





COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

AVIS D'ÉLECTION

Les membres du Collège des médecins du Québec sont priés de noter qu'il y aura, à l'automne 2012, élection des administrateurs des régions électorales suivantes:

■ Bas-Saint-Laurent et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	un administrateur
■ Chaudière-Appalaches	un administrateur
■ Estrie	un administrateur
■ Lanaudière et Laurentides	un administrateur
■ Mauricie-Centre-du-Québec	un administrateur
■ Montérégie*	un administrateur
■ Outaouais et Abitibi-Témiscamingue	un administrateur
■ Québec	deux administrateurs
■ Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord et Nord-du-Québec	un administrateur

CONDITIONS REQUISES POUR ÊTRE CANDIDAT

Tout candidat doit être membre du Collège et être inscrit au tableau de l'ordre au moins quarante-cinq (45) jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin. Nul ne peut être candidat dans une région donnée s'il n'y a pas son domicile professionnel. La date et l'heure de clôture du scrutin sont le **mercredi 3 octobre 2012 à 16 h**.

Les candidatures doivent être proposées par transmission d'un bulletin signé par le candidat et par au moins cinq (5) membres du Collège ayant leur domicile professionnel dans la région électorale dans laquelle le candidat se présente.

Les bulletins de présentation doivent être reçus par le secrétaire adjoint au plus tard le **jeudi 30 août 2012 à 16 h**.

M^e Christian Gauvin
Secrétaire adjoint
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

* Conformément au *Règlement divisant le territoire du Québec aux fins des élections au Bureau du Collège des médecins du Québec*, en vigueur depuis le 18 avril 1996, il y a eu élection d'un des deux administrateurs de la région de la Montérégie en 2010 et il y aura élection du second administrateur de cette région en 2012.

PRÉSENTATION DES MISES EN CANDIDATURE

Les membres ayant droit de vote dans une région ont tout avantage à connaître le mieux possible les candidats qui ont soumis leur candidature. Le Collège des médecins du Québec considère que les médecins votants devraient recevoir un minimum d'information quant à la formation, aux engagements professionnels passés et présents, ainsi qu'à l'expérience pertinente des candidats en lice.

Dans ce but, les candidats peuvent transmettre au secrétaire d'élection un curriculum vitae abrégé, texte de moins de 800 caractères, présenté à double interligne, police Times New Roman 12 points, et y joindre leur photographie (format électronique: .jpg ou .gif), en même temps que leur formulaire de mise en candidature. Ce court texte et cette photographie seront disponibles dans le site Web du Collège à compter de début septembre ou en communiquant avec le bureau du secrétaire d'élection pour en obtenir une copie.



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

ÉLECTION 2012

BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN ADMINISTRATEUR

RÉGION CONCERNÉE:

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom, prénom: _____

Adresse: _____

N° de permis: _____

Signature: _____

Vous devez fournir **cinq (5) signatures et adresses** de domicile professionnel de médecins de la région concernée. Faire parvenir ce formulaire, à l'attention du secrétaire d'élection, au Collège des médecins du Québec, afin qu'il soit reçu au plus tard le **30 août 2012 à 16 h**.

MÉDECINS APPUYANT LA CANDIDATURE

Nous, soussignés, membres en règle du Collège des médecins du Québec, ayant notre domicile professionnel dans la région de _____, proposons le candidat susmentionné à la prochaine élection tenue dans cette région :

Nom, prénom: _____ Nom, prénom: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

N° de permis: _____ N° de permis: _____

Signature: _____ Signature: _____

Nom, prénom: _____ Nom, prénom: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

N° de permis: _____ N° de permis: _____

Signature: _____ Signature: _____

Nom, prénom: _____

Adresse: _____

N° de permis: _____

Signature: _____

Adresse pour l'envoi du bulletin de présentation :

M^e Christian Gauvin

Secrétaire adjoint

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

NOTICE OF ELECTION

The members of the Collège des médecins du Québec are hereby informed that the election of directors for the following electoral regions shall take place in the Fall of this year.

■ Bas-Saint-Laurent and Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 director
■ Chaudière-Appalaches	1 director
■ Estrie	1 director
■ Lanaudière and Laurentides	1 director
■ Mauricie-Centre-du-Québec	1 director
■ Montérégie*	1 director
■ Outaouais and Abitibi-Témiscamingue	1 director
■ Québec	2 directors
■ Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord and Nord-du-Québec	1 director

ELIGIBILITY REQUIREMENTS FOR CANDIDACY

Only those members of the Collège who entered on the Roll forty-five (45) days or more before the date fixed for the closing of the poll may be candidates. Only those members of the Collège who have their professional domiciles in a particular region may be candidates in that region. The poll shall close at **4 p.m. on Wednesday, October 3, 2012**.

Each candidate shall be proposed by a nomination paper signed by himself or herself, and at least five (5) members of the Collège having their professional domiciles in the electoral candidate's region.

Nomination papers must reach the Assistant Secretary by **4 p.m. on Thursday, August 30, 2012**, at the latest.

M^e Christian Gauvin
Assistant Secretary
Collège des médecins du Québec
2170 René-Lévesque Blvd. West
Montréal (Québec) H3H 2T8

* In accordance with the *Regulation dividing Québec into regions for the purposes of elections to the Bureau of the Collège des médecins du Québec*, in effect since April 18, 1996, one of the two directors in the Montérégie region was elected in 2010, and the second director in the same region shall be elected in 2012.

PRESENTATION OF NOMINATIONS

It is in the best interests of members who are eligible to vote in a region to be as familiar as possible with the electoral candidates. The Collège des médecins du Québec deems that voting physicians should receive a minimum amount of information pertaining to the training, past and present professional engagements, and the pertinent experience of candidates in contention.

In that regard, candidates may submit a condensed curriculum vitae (fewer than 800 characters, double-spaced, 12-point Times New Roman font) with accompanying photo (.jpg or .gif electronic format) to the office of the Secretary of Elections along with their nomination form. This brief text and photo will be posted on the Collège's Web site as of the beginning of September. A copy may also be obtained by contacting the office of the Secretary of Elections



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

2012 ELECTION

NOMINATION FORM FOR THE ELECTION OF A DIRECTOR

REGION CONCERNED:

NOMINEE

Family, First Name: _____

Address: _____

Permit N°: _____

Signature: _____

You must furnish **five (5) signatures and professional domicile addresses** of the physicians in the region concerned. This form is to be forwarded to the Collège des médecins du Québec's Assistant Secretary of Elections and must be received by no later than **4:00 p.m. on August 30, 2012.**

PHYSICIANS SUPPORTING THE NOMINATION

We the undersigned, members in good standing of the Collège des médecins du Québec, having our professional domiciles in the region of _____, do hereby nominate the following for the next election to be held in this region:

Family, First Name: _____ Family, First Name: _____

Address: _____ Address: _____

Permit N°: _____ Permit N°: _____

Signature: _____ Signature: _____

Family, First Name: _____ Family, First Name: _____

Address: _____ Address: _____

Permit N°: _____ Permit N°: _____

Signature: _____ Signature: _____

Family, First Name: _____

Address: _____

Permit N°: _____

Signature: _____

Forward the nomination form to:

M^e Christian Gauvin
Assistant Secretary
Collège des médecins du Québec
2170 René-Lévesque Blvd. West
Montréal (Québec) H3H 2T8

PAR LESLIE LABRANCHE, SERVICE DES COMMUNICATIONS

LE 11 MAI DERNIER, À L'OCCASION DE SON COLLOQUE, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC A DÉCERNÉ SON PRIX D'EXCELLENCE 2012 AU DR LOUISE PROVENCHER, CHIRURGIENNE ONCOLOGUE, POUR SOULIGNER SON ENGAGEMENT EXCEPTIONNEL AUPRÈS DE FEMMES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN. LE COLLÈGE A ÉGALEMENT HONORÉ LE DR RAYNALD SIMARD, SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTERNE ET HÉMATO-ONCOLOGUE, EN LUI DÉCERNANT LE PRIX D'HUMANISME 2012 POUR SON ENGAGEMENT EXEMPLAIRE ENVERS LA PROFESSION MÉDICALE.

DR LOUISE PROVENCHER, LAURÉATE DU PRIX D'EXCELLENCE 2012

Diplômée de la Faculté de médecine de l'Université Laval en 1980, le Dr Louise Provencher a par la suite entrepris deux Fellowship en chirurgie oncologique et une maîtrise en pédagogie universitaire des sciences de la santé. Depuis 2003, le Dr Provencher agit à titre de directrice du Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia à Québec, où elle exerce aussi, avec rigueur et passion, son travail de praticienne auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein.

Animée par le désir de découvrir de nouvelles thérapies pour ses patientes, le Dr Provencher a investi beaucoup de son temps en recherche en siégeant à une trentaine de comités et en participant à plus d'une quinzaine d'activités de recherche. Depuis 2009, elle prend part aux activités du comité international du Board of Directors de la National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project.

La pratique du Dr Provencher a toujours été guidée par l'excellence de la qualité des soins et des services de santé offerts aux femmes atteintes d'un cancer du sein. Le Dr Provencher mène d'ailleurs plusieurs projets de front afin d'améliorer la qualité de vie de ses patientes. C'est ainsi qu'une nouvelle salle de traitement de chimiothérapie a pu voir le jour au Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia, en novembre 2011.

Au cours de sa carrière, le Dr Louise Provencher a reçu plusieurs distinctions honorifiques, dont deux conjointement avec l'équipe du Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia : le prix Mérite du Conseil québécois de lutte contre le cancer, en 2003 et en 2004. Elle a aussi reçu le prix *Femme de mérite 2006*, catégorie santé, pour la région de Québec. Ce prix vise à



À SON SUJET...

« Pour bien décrire le Dr Provencher, il est essentiel de débiter par son engagement auprès de ses patientes. Au quotidien, elle reste attentive à leurs besoins. Elle se bat avec elles pour vaincre ou contrôler le plus longtemps possible la maladie et inclut toujours le paramètre de la qualité de vie dans son évaluation. »

Dr Brigitte Poirier, chirurgienne oncologue,
Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia

faire connaître au grand public des femmes dont les réalisations contribuent à l'avancement de la société. Le Collège des médecins du Québec est fier de rendre hommage au

Dr Louise Provencher afin de souligner devant ses pairs l'excellence du travail qu'elle a accompli au cours des trente dernières années.

DR RAYNALD SIMARD, LAURÉAT DU PRIX D'HUMANISME 2012

Engagé dans son milieu et envers ses patients, le Dr Raynald Simard est un médecin inspirant et un modèle pour l'ensemble de la profession. Depuis 24 ans, il prodigue des soins et des services de santé de qualité en hémato-oncologie à la population du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il assume avec professionnalisme et humanisme une charge clinique titanesque au Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi; depuis quatre ans, il est le seul hémato-oncologue à temps complet dans cette région.

Diplômé en médecine de l'Université de Sherbrooke en 1982, le Dr Simard entretient depuis le début de sa carrière une relation thérapeutique exceptionnelle avec ses patients et les professionnels qu'il côtoie. En plus d'être un médecin clinicien et un enseignant hors pair, le Dr Simard s'est aussi investi dans la formation de la relève médicale. Depuis 2003, il participe d'ailleurs au projet de la délocalisation à Saguenay de la formation médicale assurée par la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

Souhaitant partager ses connaissances sur le cancer, le Dr Simard organise, depuis quelques années, des conférences hebdomadaires dans le cadre du Programme de formation populaire en santé. Il a lui-même agi à titre de conférencier à maintes reprises et a organisé plusieurs collectes de fonds pour divers organismes caritatifs.

Le Dr Raynald Simard s'est engagé comme gestionnaire afin d'améliorer l'efficacité du réseau de la santé de sa région. Il a assumé notamment la direction du Département de médecine spécialisée entre 1999 et 2005 et le secrétariat du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi pendant quatre ans. Le Dr Simard est également le chef du Service d'hémato-oncologie depuis 15 ans. Durant plusieurs années, le Dr Simard a siégé à plusieurs comités de bioéthique à l'échelle locale et régionale.

En lui décernant le Prix d'humanisme, le Collège des médecins souligne le talent et reconnaît l'engagement profond de ce grand médecin.



À SON SUJET...

« Comme médecin vivant depuis plusieurs années de ce noble métier, je considère le Dr Simard comme l'incarnation exemplaire de l'ensemble des compétences attendues d'un médecin : expertise, communication, collaboration, etc. Sa façon lumineuse d'habiter son métier est en soi une forme active d'enseignement. »

Dr Mauril Gaudreault, doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, région Saguenay-Lac-Saint-Jean

Le Prix d'excellence du Collège des médecins du Québec est remis annuellement à un médecin ayant à son actif des réalisations exceptionnelles qui font une différence dans la vie des patients, des professionnels de la santé ou des étudiants, et qui se démarque par son apport hors du commun à l'évolution de sa profession.

Depuis 2011, le Prix d'humanisme est remis à un médecin qui, par son engagement social, incarne les valeurs d'humanisme prônées

par le Collège et dont les actions contribuent au bien-être et à l'épanouissement de ses patients, de sa communauté ou d'organismes philanthropiques.

Une bourse de 2000 \$ accompagne ces prix que les lauréats remettent à une œuvre caritative de leur choix.

Une vidéo hommage témoignant de leur carrière exceptionnelle peut être visionnée dans le site Web du Collège.

DR CLAUDE MÉNARD, LAURÉAT DU MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC 2012

Le Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) a été remis le 11 mai dernier au Dr Claude Ménard. Rappelons que le Dr Ménard a œuvré au Collège des médecins du Québec pendant 27 années, dont les 9 dernières à titre d'adjoint à la Direction générale et au secrétaire, assumant notamment la responsabilité du dossier sur les activités partageables.

Ce prix du CIQ est décerné à un membre qui s'est distingué au service de sa profession et de son ordre professionnel.



AVIS DE NOMINATION



Le Collège des médecins du Québec est heureux d'annoncer la nomination du Dr Michel Hereish au poste de médecin inspecteur à la Direction de l'amélioration de l'exercice. Le Dr Hereish a exercé la médecine de famille pendant 19 années au Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé, en établissement, en clinique privée et en CLSC.

Chargé d'enseignement clinique à la Faculté de médecine de l'Université Laval, le Dr Hereish est également psychologue et orthopédagogue de formation. Il était aussi membre du comité de l'acte et médecin examinateur au CSSS du Rocher-Percé et est, depuis 2004, membre du conseil d'administration de cette organisation.

Nous lui souhaitons la bienvenue au Collège.

Grandir
en confiance

Créer une fiducie familiale

pour sécuriser votre avenir
et vivre pleinement le présent

Demandez notre dépliant
qui explique en 7 points la
constitution et le fonctionnement
de notre Fiducie familiale.



Financière des professionnels

www.fprofessionnels.com
 Montréal 1 888 377-7337
 Québec 1 800 720-4244
 Sherbrooke 1 866 564-0909

Actionnaire



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

et partenaires de Financière des professionnels



MÉDECINS
FRANCOPHONES
DU CANADA



Fédération des
médecins résidents
du Québec

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

QUE FAIT LE COLLÈGE AVEC LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LES POURSUITES EN RESPONSABILITÉ CIVILE ?

CETTE CHRONIQUE ABORDE DE FAÇON PONCTUELLE DES SUJETS DE NATURE JURIDIQUE QUI TOUCHENT VOTRE PRATIQUE. ELLE VISE PARTICULIÈREMENT À VOUS INFORMER DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS À RETENIR À LA SUITE DE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE NOUVEAUX RÈGLEMENTS DU COLLÈGE.

L'article 62.2 du *Code des professions* impose à un professionnel l'obligation d'informer son ordre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur relativement à sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre qu'il formule auprès de son assureur à cet égard.

Pour mettre en application cette disposition, le Conseil d'administration du Collège des médecins devait adopter les conditions et modalités selon lesquelles cette obligation d'informer allait s'exercer.

En 2009, le Conseil d'administration du Collège a résolu notamment :

- 1) *de demander aux membres de l'ordre d'aviser par écrit le secrétaire du Collège au plus tard 30 jours de la signification de tout recours en responsabilité professionnelle intenté contre eux et lui transmettre copie de la procédure;*
- 2) *d'obliger les médecins de répondre dans la déclaration annuelle accompagnant l'avis de cotisation à la question suivante : « Depuis les douze derniers mois, avez-vous fait l'objet d'un recours (poursuite) à l'égard de votre responsabilité professionnelle? »*

Ainsi, une copie de toute poursuite en lien avec la responsabilité professionnelle d'un membre, intentée après le 14 mai 2009, doit être acheminée au Collège. La Direction des services juridiques est le point de chute des réclamations professionnelles transmises au Collège. Cette dernière obtient le plumitif, c'est-à-dire l'historique de chacun des dossiers judiciaires, et achemine par la suite les déclarations à la Direction des enquêtes ainsi qu'à la Direction de l'amélioration de l'exercice aux fins d'étude.

La Direction des enquêtes procède à l'analyse des informations contenues dans la poursuite. Les éléments suivants sont notamment pris en compte :

- juridiction concernée par la poursuite;
- connaissance des faits;
- antécédents professionnels du médecin;
- apparence de manquement déontologique;
- doute sur la qualité de l'exercice professionnel.

Après étude, une décision est prise quant à la nécessité ou non de procéder à une enquête. Le médecin concerné est alors informé et une démarche pour l'obtention de documents supplémentaires est entreprise. Une rencontre avec le médecin peut être nécessaire afin

d'éclaircir les événements relatés dans la poursuite. Cette enquête vise à déterminer s'il y a eu contravention au *Code de déontologie des médecins* et à rechercher les mesures à prendre pour assurer la protection du public.

De son côté, la Direction de l'amélioration de l'exercice analyse également les informations contenues dans les réclamations professionnelles afin d'identifier les médecins qui devraient faire l'objet d'une visite d'inspection professionnelle. Voici quelques éléments pouvant mener à une telle visite :

- la qualité de l'exercice du médecin semble compromise;
- plusieurs aspects de l'exercice professionnel du médecin semblent touchés par la poursuite;
- les récidives (même type de poursuite à plus d'une reprise).

En dernière étape, la Direction des enquêtes et la Direction de l'amélioration de l'exercice se rencontrent afin de discuter des éléments d'information contenus dans les poursuites reçues. Ces échanges permettent de juger de la nécessité de procéder à une visite d'inspection professionnelle en vue d'évaluer l'ensemble de l'exercice d'un médecin et d'éviter ainsi un doublement des démarches.

AGIR DE FAÇON RESPONSABLE

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

Conseil interprofessionnel du Québec

L'EXERCICE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE PAR LE MÉDECIN

LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ÉVOLUENT, TOUT COMME LES ORGANISATIONS. LE 30 JANVIER 2003 A MARQUÉ UN VIRAGE IMPORTANT DANS LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME PROFESSIONNEL AU QUÉBEC, AVEC L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ (COMMUNÉMENT APPELÉE LE PROJET DE LOI 90). CETTE PREMIÈRE PHASE VISAIT LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PHYSIQUE QUI ONT VU LEUR CHAMP D'EXERCICE MODERNISÉ ET LES ACTES DÉLÉGUÉS ABANDONNÉS AU PROFIT DES ACTIVITÉS RÉSERVÉES.

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans les domaines de la santé mentale et des relations humaines (communément appelée le projet de loi 21) constitue la deuxième phase de la transformation du système professionnel et s'inscrit dans la suite logique du projet de loi 90. Adopté par l'Assemblée nationale en 2009, le projet de loi 21 entrera en vigueur le 21 juin 2012. Il prévoit un encadrement professionnel de la pratique de la santé mentale.

Les projets de loi 90 et 21 permettent ainsi aux professionnels de la santé physique et mentale de partager certaines activités réservées en reconnaissance de leurs compétences respectives, dans un cadre interprofessionnel évolutif. Il doit toujours y avoir corrélation entre les activités réservées, de façon exclusive ou partagée, et la description du champ d'exercice professionnel visé.

En novembre 2003, dans son émission *Enjeux*, la Société Radio-Canada mettait en lumière les risques de préjudice auxquels une partie particulièrement vulnérable de la population était exposée en raison du manque d'encadrement dans le domaine de la psychothérapie. Une journaliste jouant le rôle d'une patiente présentant des idées suicidaires, ayant consulté différents thérapeutes, s'était alors vu administrer une grande variété de « psychothérapies » de différentes qualités.

Un volet important du projet de loi 21 touche plus directement l'exercice de la psychothérapie. On y énonce qu'à l'exception du médecin et du psychologue, nul ne peut utiliser le titre de psychothérapeute, à moins de détenir un



permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec. Plus que jamais, la protection du public se trouve au centre de cette nouvelle orientation législative. Les professionnels de la santé pourront recevoir un permis de

psychothérapeute dans la mesure où leur formation initiale et continue répond aux conditions prescrites.

La définition de ce qui constitue la psychothérapie est énoncée au nouvel article 187.1 du *Code des professions*, introduit

TABLEAU 1 LA PSYCHOTHÉRAPIE DOIT :

- constituer le traitement d'un trouble mental, de perturbations comportementales ou d'un problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique;
- avoir pour but de favoriser des changements significatifs dans le fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental ou interpersonnel du client ou dans sa personnalité ou son état de santé;
- aller au-delà d'une aide pour surmonter les difficultés courantes ou d'un rapport de conseil ou de soutien;
- établir un processus interactionnel structuré;
- reposer sur une évaluation initiale rigoureuse;
- appliquer des modalités thérapeutiques fondées sur la communication;
- s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.

par le projet de loi 21. Elle se lit comme suit: « *La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.* »

Le tableau 1 précise ce que doit être une psychothérapie : un traitement reconnu qui, comme tout traitement médical, comporte des indications précises, des limites, des effets bénéfiques et des risques. Pour plus d'information au sujet des activités qui ne constituent pas

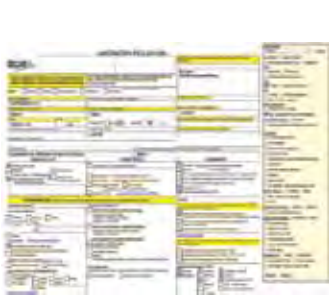
de la psychothérapie, nous invitons les médecins à consulter régulièrement le guide explicatif des modifications législatives apportées par le projet de loi 21 qui est accessible aux intervenants et aux gestionnaires du réseau de la santé dans le site de l'Office des professions (www.opq.gouv.qc.ca).

Le Règlement sur le permis de psychothérapeute a été publié à la Gazette officielle du Québec le 6 juin 2012 et entrera en vigueur le 21 juin 2012. Ce règlement vise notamment à déterminer les normes de délivrance du permis et le cadre des obligations de formation continue.

À l'instar des psychologues, les médecins pourront utiliser le titre de psychothérapeute. Ils n'auront pas à verser de cotisation supplémentaire, ni à s'inscrire à l'Ordre des psychologues du Québec.

Le règlement impose à tout psychothérapeute l'obligation de suivre une formation continue spécifique en psychothérapie de 90 heures réparties sur une période de cinq ans. Le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec (CMQ) devra adopter une résolution visant à définir les modalités qui seront applicables aux médecins. Le CMQ sera responsable du respect de ces exigences réglementaires, y compris celui du nombre d'heures de formation continue.

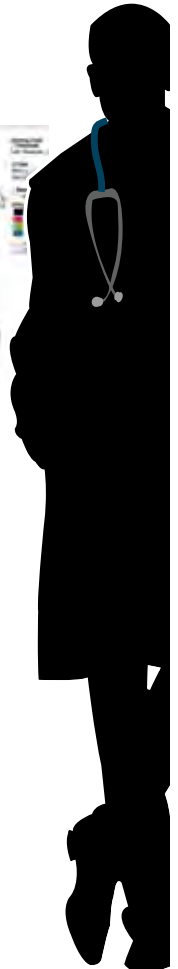
En résumé, un médecin pourra effectuer de la psychothérapie sans obligation de détenir un autre permis. Il devra par ailleurs se conformer à la réglementation applicable quant aux heures de DPC obligatoires dans le domaine de la psychothérapie.



Un produit développé par

Logiciels
INFODATA
concepts

Ofys



Des formulaires électroniques avec ça? Servez-vous!



Que ce soit l'Abcédair, le Folstein ou un prescripteur d'examens de laboratoire, Ofys les a!
Un billet médical? Pas de problème. Une lettre à une compagnie d'assurance? Vous être couvert!

PAR DR RÉJEAN DUPLAIN, PROFESSEUR ADJOINT DE CLINIQUE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, DIRECTEUR DU CAMPUS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL EN MAURICIE, DR MAURIL GAUDREAU, PROFESSEUR TITULAIRE, DOYEN ASSOCIÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, RÉGION SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN, DR PIERRE GAGNÉ, PROFESSEUR ASSOCIÉ, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, PRÉSIDENT ÉLU DU GROUP ON REGIONAL MEDICAL CAMPUS, ET M. JEAN-CLAUDE OTIS, ADJOINT AU DOYEN ASSOCIÉ, CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHICOUTIMI.

LA FORMATION MÉDICALE DÉCENTRALISÉE AU QUÉBEC RÉFLEXIONS ÉMERGEANT D'EXPÉRIENCES DES CAMPUS RÉGIONAUX

LA TENDANCE À LA DÉCENTRALISATION DE LA FORMATION MÉDICALE PRÉGRADUÉE QUE L'ON OBSERVE DEPUIS UNE VINGTAINE D'ANNÉES, ET PLUS PARTICULIÈREMENT DEPUIS LES DIX DERNIÈRES, EST UN PHÉNOMÈNE SUFFISAMMENT RÉPANDU ET ÉPROUVÉ POUR QU'ON Y VOIT AUTRE CHOSE QU'UNE SÉRIE D'EXPÉRIENCES FORTUITES OU ANECDOTIQUES. LE GROUP OF REGIONAL MEDICAL CAMPUSES DE L'AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES ESTIMAIT EN 2011 À 95 LE NOMBRE DE CAMPUS SATELLITES POUR L'ENSEMBLE DES 154 FACULTÉS DE MÉDECINE AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA. D'AUTRES INNOVATIONS VONT DANS LE MÊME SENS, TELLES QUE LES PROGRAMMES LONGITUDINAUX D'EXTERNAT OFFERTS EN RÉGION, EN AMÉRIQUE DU NORD, MAIS AUSSI EN AUSTRALIE ET EN ANGLETERRE. EN FAIT, LA DÉCENTRALISATION EST UNE ADAPTATION IMPORTANTE DE LA FORMATION MÉDICALE AUX ENJEUX DE NOTRE SOCIÉTÉ.

L'ÉVOLUTION DE LA FORMATION MÉDICALE

La formation médicale a évolué de façon parallèle dans à peu près toutes les universités nord-américaines avec des modèles relativement uniformes : une formation subdivisée en portion préclinique donnée dans le cadre universitaire, et clinique dans les grands centres hospitaliers universitaires, avec une présence marquée dans les grandes spécialités médicales et chirurgicales, ainsi qu'une emphase sur les soins avancés de troisième et quatrième ligne. Ce modèle est en changement afin de mieux répondre aux besoins de notre société, à l'augmentation des effectifs étudiants ainsi qu'aux difficultés de répartition de la main-d'œuvre médicale. Entre 1993 et 2009, le nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine au Canada est passé de 1 576 à 2 734, une croissance de 73 %. Les campus régionaux ont joué un rôle important dans cette croissance en quintuplant les effectifs étudiants, qui sont passés de 152 étudiants en 2005 à 734 en 2009. De plus, en 2009-2010, on comptait au Canada 873 milieux de formation clinique affiliés à des facultés de médecine, disséminés sur tout le territoire.

Le Québec n'est pas étranger à ce courant de transformation de la formation médicale. Au niveau prégradué, les facultés de médecine ont décentralisé des aspects de la formation, notamment au cours de la phase clinique dite de l'externat, par des mois de stage en région durant la formation. Les universités de Montréal



et de Sherbrooke sont allées plus loin en créant des campus à distance où le programme complet de formation médicale est offert. L'Université de Montréal a été la première en 2004, à inaugurer un campus en Mauricie. En 2006, l'Université de Sherbrooke ouvrait deux campus, l'un à Saguenay et l'autre dans la ville de Moncton au Nouveau-Brunswick. Dans la même période, l'Université Laval ouvrait un site d'externat longitudinal d'une année complète à Rimouski, puis à Joliette, et l'Université McGill un externat longitudinal à Gatineau.

Il faut ajouter, même si notre propos est centré sur la formation prégradué, que l'enseignement postgradué, la résidence, a également connu un phénomène de

décentralisation. Ainsi, 20 unités de formation en médecine familiale (UMF) des quatre universités québécoises, sur un total de 42 UMF, sont situées hors des grands pôles universitaires. La formation dans les spécialités dites de base comporte des stages d'un à trois mois en région, sans compter les stages à options dans la plupart des spécialités.

Des problématiques comme la pénurie de main-d'œuvre médicale, l'évolution des besoins et la difficile répartition des médecins sur le territoire sont à la base de ce virage. L'adaptation des universités, quoiqu'en partie circonstancielle, s'inscrit cependant aussi dans un processus de transformation profond qui bouleverse l'enseignement médical. En effet, plusieurs

publications majeures suscitent des remises en question des programmes offerts dans nos facultés de médecine. Mentionnons le projet prédoctoral de « l'Avenir de l'éducation médicale au Canada » de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) ou encore les travaux des « Lancet Commissions », ou du « Educating the physician for the future » de la Carnegie Foundation. Toutes les facultés de médecine du Canada, sous la pression des recommandations de l'AFMC, travaillent activement à l'ajustement de leur programme de formation; certaines ont entrepris des travaux de révision en profondeur. Une meilleure connaissance de l'expérience actuelle et de l'apport potentiel des campus et des programmes décentralisés contribuera à cette réflexion. Bien qu'il soit encore tôt pour en présenter un bilan exhaustif, plusieurs indications favorables commencent à s'accumuler sur les expériences de décentralisation.

LA VISION DES ÉTUDIANTS

La Fédération des étudiants et étudiantes en médecine du Canada a présenté en 2009 le résultat d'un sondage pancanadien sur la formation médicale décentralisée telle que vécue par les étudiants. La majorité de ceux-ci ont apprécié la formation en campus ou en programme délocalisé et referaient la même formation décentralisée s'ils en avaient le choix. Ils ont changé positivement leur perception de la médecine en région et ont apprécié apprendre dans un milieu moins saturé en étudiants et en résidents. Il ne faut cependant pas sous-estimer le défi que représente cette formation sur le plan personnel pour les étudiants, et sur le plan organisationnel pour les facultés.

DES ENSEIGNANTS ENGAGÉS

La formation médicale décentralisée demande un engagement et une détermination de la part des équipes médicales. Elle vient transformer la pratique dans des milieux souvent en difficulté de couverture de services en raison d'effectifs

insuffisants. Elle est cependant à la fois un problème et sa solution. Des études ont clairement démontré les effets positifs des campus régionaux sur le recrutement médical. La participation massive des médecins à l'enseignement contribue aussi sûrement à la qualité des pratiques et des milieux.

DE NOUVEAUX PARTENARIATS

La mise en place des campus régionaux a nécessité l'instauration de partenariats nouveaux, entre les universités de base et les universités locales (Montréal avec l'Université du Québec à Trois-Rivières et Sherbrooke avec l'Université du Québec à Chicoutimi), mais elle a aussi permis aux universités de pénétrer dans les milieux cliniques avec des bénéfices réciproques. Ces nouveaux réseautages ouvrent la porte à des opportunités, notamment en recherche.

DES PERSPECTIVES INTÉRESSANTES

Les expériences québécoises indiquent d'abord que les finissants des campus régionaux réussissent aussi bien aux examens nationaux que ceux des sites principaux. Ces résultats sont suivis depuis un certain nombre d'années et s'avèrent solides. De plus, les organismes d'agrément ont été extrêmement attentifs à la qualité et aux conditions d'enseignement.

Pour les facultés de médecine, les travaux entourant la décentralisation de leur programme de formation prédoctoral ont été très exigeants. Plusieurs aspects de la gestion et du transfert de l'enseignement ont été questionnés, des changements ont été apportés, il a fallu beaucoup de détermination. Nul doute que les facultés ont elles-mêmes gagné de tout ce cheminement.

Les choix d'orientation de carrière des étudiants y sont plus favorables à la médecine de famille que ce qui est observé dans les campus principaux. Il semble y avoir là une contribution positive à l'atteinte des objectifs nationaux, quant à la répartition entre la médecine de famille et les autres spécialités, sans aucun caractère coercitif.

Finalement, pour ce qui est de la répartition des nouveaux médecins sur le territoire québécois, même si l'expérience nous donne des indications très sérieuses qu'elle sera favorable, il est encore un peu tôt pour en juger avec des données sur une période de temps suffisante.

L'AVENIR?

Quelles suites peut-on prévoir à un développement si rapide? Avec la prévisible diminution des cohortes d'étudiants, une baisse des activités décentralisées sera-t-elle au rendez-vous? Nous sommes optimistes et croyons que cette tendance est irréversible. À la base, ces projets ont été conçus pour reproduire parfaitement les programmes en place avec le moins de variation possible. À présent, il nous faut développer la personnalité de ces milieux et maximiser leurs retombées sur l'ensemble des régions du Québec et sur la formation médicale. Il faut reconnaître l'importance de l'engagement des médecins en région et des services communautaires urbains dans la mise en place de cette transformation de l'enseignement de la médecine, en complémentarité avec les centres tertiaires et quaternaires : l'enseignement médical doit se rapprocher des soins courants à la population, tout en maintenant le développement de l'expertise médicale. Pour réussir cet équilibre, un engagement des décideurs universitaires et gouvernementaux est essentiel.

La formation médicale décentralisée en région constitue pour les médecins qui s'y engagent la meilleure assurance de léguer un héritage durable à leur clientèle et à tous les Québécois, en assurant une relève médicale bien préparée pour répondre aux besoins variés de notre société. Elle revalorise le rôle de ces médecins dans la prestation de soins, mais aussi dans la transmission du savoir, selon leur façon de pratiquer cette profession « art et science ». Cet engagement médical est au cœur du succès de ces projets et mérite d'être appuyé.

PAR DR JEAN-BERNARD TRUDEAU, DIRECTION GÉNÉRALE

PARTENARIAT MÉDECIN-INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE (IPS) EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET SUIVI DE GROSSESSE

OUI AU MÉDECIN DE FAMILLE ASSURANT LE SUIVI PRÉNATAL

L'article publié dans le numéro Hiver 2012 de la revue *Le Collège*, intitulé « Médecin-IPS en soins de première ligne et suivi de grossesse », a suscité de nombreuses réactions chez plusieurs groupes de médecins de famille de diverses régions du Québec. Cet article précisait que seul un **médecin de famille accoucheur** pouvait signer une entente avec une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPS-PL) ou une candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (CIPS-PL) dans le but d'établir un partenariat pour un suivi de grossesse jusqu'à 32 semaines.

À sa séance du 30 mars 2012, le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec (CMQ) a décidé de modifier le libellé actuel du document conjoint du CMQ et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, intitulé *L'étendue des activités médicales exercées par l'IPS-PL*, et de remplacer le médecin de famille accoucheur par le **médecin de famille assurant le suivi prénatal**.

Le nouveau paragraphe de la page 16 du document conjoint CMQ-OIIQ doit donc maintenant se lire comme suit : « Le médecin partenaire doit être un médecin de famille assurant le suivi prénatal qui accepte la prise en charge de cette clientèle suivie en alternance par lui-même et par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne selon les modalités qu'il a établies et qui sont décrites dans l'entente de partenariat. »

Le Conseil d'administration du CMQ a été convaincu par les arguments qui lui ont été soumis, notamment :

- si le médecin-partenaire doit obligatoirement être un médecin de famille accoucheur, les femmes enceintes ne pourront bénéficier pleinement de



l'augmentation de l'accessibilité aux soins visée par l'implantation du rôle des IPS;

- le libre choix de la patiente enceinte pourrait potentiellement être brimé, l'obligeant à se trouver un médecin accoucheur partenaire avec une IPS-PL au détriment de son propre médecin de famille qui assure le suivi prénatal jusqu'à 32 semaines, le cas échéant, et qui pourrait de surcroît être médecin partenaire avec une IPS-PL;
- l'organisation des soins dans plusieurs régions du Québec est tel que plusieurs médecins de famille font le suivi de grossesse jusqu'à 32 semaines avant de passer le relais à des

médecins de famille accoucheurs ou à des médecins spécialistes en obstétrique qui assureront le suivi jusqu'à l'accouchement.

Par ailleurs, les médecins sont priés de noter que le CMQ et l'OIIQ procèdent actuellement à la révision du document conjoint CMQ-OIIQ sur l'étendue des activités médicales exercées par l'IPS-PL afin d'y intégrer les récentes modifications au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, entrées en vigueur le 12 janvier 2012. Le document révisé devrait être accessible d'ici la fin de l'année dans le site Web des deux ordres.

LE MOT DES VICES-DOYENS AUX ÉTUDES MÉDICALES DE PREMIER CYCLE RÉPONDRE AUX BESOINS INDIVIDUELS ET COMMUNAUTAIRES: LE PROGRAMME DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU QUÉBEC POUR LES PREMIÈRES NATIONS ET INUITS

LORS DE LA PUBLICATION DE LA DERNIÈRE REVUE *LE COLLÈGE*, LA CONFÉRENCE DES VICE-DOYENS AUX ÉTUDES MÉDICALES DE PREMIER CYCLE DES FACULTÉS DE MÉDECINE (CVDPFCM) A ENTREPRIS, EN COLLABORATION AVEC LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, DE DONNER À L'ENSEMBLE DE LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE DES NOUVELLES CONCERNANT LES CURRICULUMS D'ÉTUDES MÉDICALES. COMME NOUS L'AVIONS ALORS MENTIONNÉ, NOS QUATRE FACULTÉS DE MÉDECINE SE SONT ENGAGÉES À DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS DE L'ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE (AFMC) SUR L'AVENIR DE L'ÉDUCATION MÉDICALE AU CANADA PUBLIÉES EN 2010. DANS LE DERNIER NUMÉRO, NOUS AVONS PASSÉ EN REVUE LES RECOMMANDATIONS II, VI ET VII. DANS LE PRÉSENT NUMÉRO, NOUS ALLONS ILLUSTRER COMMENT NOS FACULTÉS UNISSENT LEURS EFFORTS POUR LA RÉALISATION DE LA PREMIÈRE RECOMMANDATION, SOIT CELLE DE « RÉPONDRE AUX BESOINS INDIVIDUELS ET COMMUNAUTAIRES ».

Il est communément admis que les populations autochtones font partie des communautés les moins bien desservies en matière de services et de soins de santé. Trop souvent, la réalité autochtone est négligée dans la planification académique de nos curriculums. C'est la raison pour laquelle les facultés de médecine des Universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke, de concert avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), ainsi qu'avec les ministères de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), ont élaboré le Programme des facultés de médecine du Québec pour les Premières Nations et Inuits (PFMQPNI).

Il est important de rappeler que cette préoccupation à l'égard des populations autochtones était présente avant même la publication des recommandations de l'AFMC. En effet, dès 2008, les facultés de médecine se sont mobilisées pour créer un contingent provincial particulier favorisant l'admission et la diplomation d'étudiants des Premières Nations et Inuits. Ce contingent se distingue tout d'abord par un processus d'admission adapté. Depuis 2008, quatre places par année (les places non comblées une année étant transférées aux années subséquentes), non assignées à une université en particulier, ont été créées et réservées aux candidats membres des Premières Nations et Inuits. Ceux-ci, résidents du Québec, doivent non seulement avoir des résultats



scolaires supérieurs, mais aussi satisfaire à une série de critères standardisés et passer par un processus d'admission rigoureux qui comprend notamment une entrevue individuelle effectuée par un comité incluant des membres des Premières Nations.

Les objectifs de ce programme, en plus de faciliter l'admission de candidats des Premières Nations et Inuits en faculté de médecine, visent à améliorer la capacité de tous les médecins formés au Québec à offrir des soins de qualité aux patients des Premières Nations et Inuits, tout en renforçant la compréhension des différences culturelles de tous les futurs gradués. Également, de par la formation clinique donnée dans ces communautés, le programme permet de tisser des liens entre les étudiants en médecine, les communautés autochtones, les organisations des Premières Nations et

Inuits et les futurs médecins allochtones. Nous sommes convaincus que ce programme aura un effet de levier important sur la valorisation des professions de la santé auprès des jeunes des communautés des Premières Nations et Inuits.

Plus spécifiquement, le programme a déjà influencé nos curriculums par les adaptations que nous avons implantées pour nous rapprocher de la réalité des Premières Nations et Inuits. En favorisant une meilleure connaissance et une ouverture sur ces communautés, grâce à des activités pédagogiques variées, ce programme permet de dépasser le simple jugement de valeur, par une modulation de l'intervention visant à diminuer notamment les stéréotypes.

Lors de la première année de mise en œuvre de ce programme, en 2008, trois candidates des Premières Nations ont été admises dans ce contingent particulier, en plus de deux autres candidats des Premières Nations admis dans le contingent régulier. En 2009, une seule candidate a été admise au sein du programme, deux l'ont été en 2011 et six pourraient l'être en 2012 (le processus d'admission étant en cours au moment de la rédaction de ce texte). Par ailleurs, les candidats admis au sein de ce contingent ne sont pas laissés à eux-mêmes. Un mentorat leur est offert afin de favoriser leur intégration tout au long de leur programme d'études médicales.

On peut donc constater que nos quatre facultés de médecine ont à cœur de remplir leur mission sociale et désirent fortement

PAR FRANCINE MORIN, SERVICE DES COMMUNICATIONS

HÉMA-QUÉBEC PLUS QU'UNE BANQUE DE SANG

contribuer à l'amélioration des soins de santé des patients des Premières Nations et Inuits. Cette vision se concrétise par un engagement sur le terrain, dans les communautés, et par le développement de stages, tant pour les étudiants des Premières Nations et Inuits que pour tous les étudiants en médecine, ce qui favorise l'ouverture sur la diversité culturelle. En formant de futurs médecins, autochtones et allochtones, plus ouverts et plus sensibles aux diversités culturelles, nous créons une force médicale qui pourra mieux intervenir auprès de ces communautés. Les facultés de médecine, par leurs actions communes et concertées, ont la certitude de fournir une première réponse aux besoins individuels et communautaires des peuples des Premières Nations et Inuits.

Pour plus d'information sur ce programme, nous vous invitons à communiquer avec le coordonnateur du PFMQPNI des quatre facultés, monsieur Yves Sioui au 418 842-1540 ou à l'adresse yves.sioui@cssspnql.com, ou dans le site Internet: www.jedeviensmedecin.com

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

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

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

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

À L'ÉTÉ 2011, NOUS AVIONS ABORDÉ LE DON D'ORGANES SOUS L'ANGLE ÉTHIQUE DANS UN ARTICLE INTITULÉ *LE MÉDECIN, LE DON D'ORGANES ET SES ENJEUX MORAUX*, NOTAMMENT LE DON D'ORGANES APRÈS UN DÉCÈS CARDIOCIRCULATOIRE ET LE DON VIVANT. AUJOURD'HUI, ET PLUS PARTICULIÈREMENT DANS LE CONTEXTE DE LA SEMAINE NATIONALE DU DON DE SANG QUI VIENT DE SE TERMINER, NOUS SOUHAITONS VOUS FAIRE CONNAÎTRE L'ÉTENDUE DES SERVICES OFFERTS PAR HÉMA-QUÉBEC.

LES PRODUITS SANGUINS LABILES

Chaque jour, Héma-Québec doit recueillir 1000 dons de sang pour répondre aux besoins des malades. L'organisation fournit annuellement aux centres hospitaliers du Québec plus de 500 000 produits sanguins labiles, c'est-à-dire périssables.

LES PRODUITS STABLES

Héma-Québec ne fabrique pas de produits stables, mais elle agit à titre de distributeur de ces produits pour le Québec.

Ceux-ci ont une durée de vie plus longue que les produits sanguins labiles, d'où leur qualificatif. Ils sont utilisés à diverses fins thérapeutiques.

LE REGISTRE DE DONNEURS DE CELLULES SOUCHES

Héma-Québec compose et gère le Registre de donneurs de cellules souches pour le Québec. Il s'agit d'une banque informatisée contenant les noms de plus de 39 000 Québécois qui pourraient éventuellement consentir à donner de leurs cellules souches pour un malade. Ce registre est relié au Registre canadien ainsi qu'à des registres internationaux, ce qui permet la recherche d'un donneur non apparenté pour un malade, à l'échelle internationale. En contrepartie, le Registre québécois est disponible pour l'ensemble des malades en attente d'une greffe de cellules souches ailleurs au Canada et dans le monde. Le Registre canadien comprend près de 320 000 donneurs (incluant ceux du Québec), alors que l'ensemble des registres internationaux donne accès à plus de 19 millions de donneurs potentiels.

LA BANQUE PUBLIQUE DE SANG DE CORDON

Depuis 2004, Héma-Québec gère la seule Banque publique de sang de cordon au Québec. Elle prélève, traite, analyse et entrepose le sang de cordon ombilical de milliers de femmes ayant préalablement donné leur consentement. En mars 2012, la banque de sang de cordon contenait plus de 6 300 sangs de cordon prêts à être utilisés pour les patients en attente d'une greffe de cellules souches au Québec, au Canada et à l'étranger.

LES TISSUS HUMAINS

Héma-Québec agit aussi à titre de fournisseur de tissus humains destinés à la greffe et assure la gestion d'une banque de tissus humains pour le Québec. Elle prélève les tissus suivants : tissus musculosquelettiques (tendons, os morcelés, têtes fémorales), tissus cutanés, valves cardiaques et cornées (en partenariat avec la Banque d'yeux du Québec).

LE PROJET DE LA BANQUE DE LAIT MATERNEL POUR LES GRANDS PRÉMATURÉS

Héma-Québec souhaite mettre sur pied et gérer une banque publique de lait maternel destiné aux grands prématurés ne pouvant être allaités par leur mère. La littérature scientifique indique que les bénéfiques les plus importants du lait provenant d'une banque de lait maternel se situent chez les prématurés de 32 semaines et moins.

AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
ACTOS (chlorhydrate de pioglitazone)	Traitement adjuvant chez des patients atteints de diabète sucré de type 2 lorsque le régime alimentaire et l'exercice seuls ne parviennent pas à réduire la glycémie. Ce médicament est aussi indiqué en association avec une sulfonurée ou la metformine lorsqu'un régime alimentaire, l'exercice et le médicament administré seul ne donnent pas un contrôle glycémique adéquat.	Association potentielle entre ACTOS (chlorhydrate de pioglitazone) et le cancer de la vessie
BENLYSTA^{MC} (belimumab)	BENLYSTA ^{MC} est indiqué, en appoint au traitement standard, pour réduire l'activité pathologique chez les patients adultes atteints de lupus érythémateux disséminé (LED) évolutif avec expression d'autoanticorps.	Association de BENLYSTA ^{MC} (belimumab) avec des réactions d'hypersensibilité et des réactions liées à la perfusion
CIPRALEX[®] (escitalopram)	Traitement de la dépression	Nouveaux renseignements concernant le risque cardiaque lié à la dose
REVLIMID[®] (lénalidomide)	Antinéoplasique et immunomodulateur indiqué pour le traitement de patients atteints d'anémie justiciable de transfusions causée par des syndromes myélodysplasiques (SMD) de risque faible ou intermédiaire-1 associés à une anomalie cytogénétique 5q de suppression, avec ou sans autres anomalies cytogénétiques (approbation accordée sur la base d'un marqueur substitut de l'autonomie à l'égard des transfusions). REVLIMID [®] est aussi indiqué en association avec la dexaméthasone pour le traitement des patients atteints de myélome multiple (MM) qui ont déjà reçu au moins un traitement antérieur.	Association entre REVLIMID [®] (lénalidomide) et une augmentation du risque de seconds cancers primitifs



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

PAR LA DIRECTION DES ENQUÊTES

LES RISQUES ASSOCIÉS À UN TRAITEMENT À LONG TERME: LE CAS DU MACROBID[®] (NITROFURANTOÏNE)

Une enquête a eu lieu auprès d'un médecin de famille ayant prescrit pendant plus de trois ans un antibiotique, soit du MacroBID[®] (nitrofurantoïne), qu'un urologue avait initialement prescrit à sa patiente pour des infections urinaires à répétition. Elle a présenté des symptômes d'atteinte respiratoire et l'investigation a démontré une fibrose pulmonaire diffuse.

Malheureusement, l'évolution a été fulgurante et la patiente est décédée douze jours après son hospitalisation. La cause probable de la fibrose pulmonaire a été attribuée à la nitrofurantoïne que la patiente prenait quotidiennement, semble-t-il. Rappelons que dans la monographie du médicament figure une mise en garde sur des réactions pulmonaires aiguës, subaiguës

ou chroniques, dont la fibrose pulmonaire. Ces réactions se produisent rarement et en général chez des patients recevant un traitement de six mois ou plus. Le suivi étroit de la condition pulmonaire des patients même asymptomatiques s'impose. Après un traitement à long terme, il y a lieu d'évaluer les avantages du traitement par rapport aux risques éventuels.

Voici certains ateliers organisés par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici la fin septembre 2012

QUESTION D'ATTENTES, QUESTION D'ENTENTES LA RELATION DIFFICILE - UN CADRE D'INTERVENTION

Atelier visant à identifier des éléments de solution quand la relation médecin-patient est difficile.

5 septembre, à 13 h 30, Val-d'Or



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

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

13 septembre, à 10 h 30, Québec



LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT

Atelier visant à l'amélioration de la communication lors de la consultation.

5 septembre, à 15 h 15, Val-d'Or



DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE ÉVALUATION - PRISE EN CHARGE - TRAITEMENT

Atelier visant à aider les médecins à mieux prendre en charge les patients présentant des douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC).

20 septembre, à 12 h 30, Laval



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

Atelier pour aider le médecin à partager avec son patient la décision sur l'intensité des soins en fin de vie.

19 septembre, à 13 h 30, Rimouski



COMMENT DIVULGUER UN PROBLÈME DE SOINS

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

19 septembre, à 15 h 15, Rimouski



**Si vous désirez organiser une activité, veuillez adresser votre demande à Isabelle Brunet
Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec**

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

GESTION DE LA DOULEUR (ALGO-MD)

Formation en ligne développée spécifiquement pour permettre aux médecins, aux résidents et aux autres professionnels de la santé d'améliorer - concrètement et en peu de temps - leur pratique et leur intervention auprès des patients aux prises avec des problèmes de douleur chronique. Cette formation, offerte par Algo-MD, est reconnue par le Collège des médecins du Québec.

Renseignements et inscriptions : www.algo-md.com



AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

AVIS est par les présentes donné que, pour la période du 1^{er} décembre 2010 au 15 mai 2012, les médecins suivants font ou ont fait l'objet d'une limitation d'exercice, prononcée par le comité exécutif du Collège des médecins du Québec, en vertu de l'article 55 du *Code des professions*.

Nom	N° de permis	Nature de la limitation
Dr Robert Claude Miot	83522	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille ambulatoire (depuis le 6 décembre 2010)
Dr Yves Cornellier	73437	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (depuis le 16 mai 2011)
Dr Serge Couillard	78536	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (du 25 avril 2011 au 26 mai 2011)
Dr Gilles A. Laferrière	77500	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (du 20 mai 2011 au 3 août 2011)
Dr Soon Ok Kim	68332	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en rhumatologie (depuis le 30 mai 2011)
Dr Claude Pomerleau	73429	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille et à la gynécologie médicale et l'obstétrique de première ligne (depuis le 25 octobre 2011)
Dr Marc-André Ulysse	69061	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (depuis le 24 octobre 2011)
Dr Nick John Petrella	66285	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (du 6 février 2012 au 12 avril 2012)
Dr Ian C. Gorin	73409	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à la poursuite du stage de perfectionnement en médecine de famille (depuis le 7 mai 2012)

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

Montréal, le 15 mai 2012
 M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
 Secrétaire adjoint

AVIS DE RADIATION

AVIS DE RADIATION

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Rémi Corriveau** (83109), exerçant la profession de médecin au Québec, fait l'objet d'une radiation provisoire, prononcée par le comité exécutif du Collège des médecins du Québec en vertu de l'article 52.1 du *Code des professions*, jusqu'à ce que la procédure de l'examen médical prévue à l'article 48 du *Code des*

professions ait été complétée et que le comité exécutif ait pris une décision à la suite de la réception des rapports des trois médecins experts.

La décision du comité exécutif étant exécutoire dès sa signification au médecin concerné, en vertu de l'article 182.3 du *Code des professions*, le Dr Rémi Corriveau est donc radié (provisoirement) du tableau

de l'ordre depuis le 1^{er} mai 2012.

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

Montréal, le 1^{er} mai 2012
 M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
 Secrétaire adjoint

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-06-00635)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Steeve Simard** (00496), exerçant la profession de médecin à St-Eustache (Québec), a été trouvé coupable par le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir négligé de prendre les mesures qui s'imposaient suite à la première réanimation de son patient, notamment : ordonner le transfert de celui-ci dans une salle permettant d'en assurer une surveillance adéquate par un monitoring étroit, se limitant plutôt à ordonner la mise sous contention de feu Paul Buisson, vu son état d'agitation et de tremblements, le maintenant ainsi de force dans une position couchée, le mettant d'autant plus à risque d'une détérioration de sa ventilation (chef 1);

d'avoir omis, lorsque rappelé au chevet du patient vers les 7 h 30 dans la salle de l'unité du

court séjour médical, de procéder à la ventilation assistée par masque et de prescrire l'antidote des narcotiques, le Narcan, décidant plutôt intempestivement et dangereusement de procéder à une intubation de façon sous-optimale, puisqu'il n'avait pas à portée de main les ressources techniques nécessaires, notamment un capnographe ou un vérificateur de position oesophagienne (VPO) (chef 2).

Le 15 avril 2010, le conseil de discipline a imposé au Dr Steeve Simard une radiation du tableau de l'ordre pour une période de 4 mois sur les chefs 1 et 3 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurrentement.

Le 10 mai 2010, le Dr Simard en a appelé de la décision du conseil de discipline au Tribunal des professions en vertu de l'article 164 du *Code des professions*. L'appel a eu pour effet de suspendre l'exécution de la

décision rendue. Le 16 février 2012, le Tribunal des professions accueillait partiellement l'appel. Le Tribunal maintient la décision du conseil à l'effet de radier le Dr Simard pour une période de 4 mois sur les chefs 1 et 3 de la plainte. Le Dr Steeve Simard est donc radié pour une période de 4 mois, et ce, à compter du 20 février 2012.

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

Montréal, le 20 février 2012.

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

CONNEXIONS
POUR UN
IMPACT
MONDIAL



Le Québec accueille les spécialistes de la lutte contre le cancer de plus de 100 pays, qui se réuniront pour la première fois à Montréal à l'occasion du Congrès mondial contre le cancer 2012.

C'est le moment idéal pour rencontrer plus de 3 500 collègues d'ici et d'ailleurs, mobilisés dans la lutte contre le cancer et partageant un même but : réduire l'impact mondial du cancer.

Pour plus de détails et pour s'inscrire, veuillez consulter le :

www.worldcancercongress.org

Suivez-nous sur twitter: @WCC2012

ORGANISATIONS
HÔTES



Fondation
québécoise
du cancer
Du soutien au quotidien



Université
de Montréal



Du 27 au 30 août 2012
MONTRÉAL, CANADA

PÉRIODE : DU 28 FÉVRIER AU 14 MAI 2012

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

NOM, PRÉNOM	NO DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Amyot, Raymond	54001	Médecine de famille	Joliette
Bisson, François	52010	Psychiatrie	Dollard-des-Ormeaux
Blanchette, Suzanne	73287	Pédiatrie	Laval
Brassard, Yvan	37016	Radiologie diagnostique	Saint-Zotique
Brault, Normand	55019	Médecine de famille	Sherbrooke
Breault, Yves	57069	Anesthésiologie	Saint-Lambert
Brochu, Gaston G.	65193	Chirurgie orthopédique	Québec
Desrosiers, Henri	48049	Anatomo-pathologie	Joliette
Gagné, Guy	82071	Médecine de famille	Québec
Heffez, Gabriel A.	59289	Médecine de famille	Mont-Royal
Kernisant, Joseph Samuel	89091	Médecine de famille	Verdun
Leduc, Claude	53107	Anesthésiologie	Outremont
Lepage, Antoine	54125	Psychiatrie	Ottawa
Little, Alan Brian	51296	Obstétrique et gynécologie	Newark
Maranda, Jacques	66191	Médecine de famille	Rivière-du-Loup
Maynard, Bruno	83041	Médecine interne Dermatologie	Sherbrooke
Mazur, Jan	61139	Radiologie diagnostique	Laval
Munro, Darrell David	46116	Chirurgie thoracique	Sainte-Agathe-des-Monts
Nguyen, Manhluu	87626	Médecine de famille	Montréal
Phaneuf, Marcel	56112	Chirurgie générale	Pierrefonds
Richer, Claude Lise	54202	Médecine de famille	Outremont
Sachelarie, Maria Sofia	72481	Médecine de famille	Montréal
Shuster, David N.	67186	Radiologie diagnostique	Fresno

| NOUVEAUX MEMBRES

PÉRIODE : DU 28 FÉVRIER AU 14 MAI 2012

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

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

MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF			
PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE	PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE
Akil, Philippe	Le PUY (France)	Godoy Dalboni de Lima, Renato	Longueuil
Albert, Alexandra	Québec	Gruner, Carole	Montréal
Atallah, Maya	Laval	Houeto, Sohoueto Olorounto K. Etienne	Sainte-Agathe-des-Monts
Badawy, Mohamed	Lasalle	Houle, Marie-Andrée	Sherbrooke
Bergeron, Claudie	Rimouski	Joyal, Patricia	Trois-Rivières
Betala Belinga, Jean-François	Chicoutimi	Kind, Simon	Montmagny
Botros, Ussama Azmy	Sorel-Tracy	Mathieu, Henri-Pierre	Weedon
Chababi Atallah, Myrna	Sherbrooke	Michael Awad, Roula	Amos
Clavel, Mathias	Sorel-Tracy	Nourissat, Ghislain	Québec
Dayer Pastore, Fabienne Gabrielle	Saint-Eustache	Roman, Miriam	Lévis
Diallo, Soraya	Saint-Hyacinthe	Said, Carla	
Doyon, Elisabeth	Sherbrooke	Sebastiani, Giada	Montréal
Faulques, Bernard	Montréal	Tabbane, Karim	Montréal
Foley, Marie-Claude	Saint-Jean-sur-Richelieu	Van Den Eynde, Frédérique	Montréal
Ghais, Ahmad	Saint-Charles-Borromée	Wong Wong Keet, Annick	Salaberry-de-Valleyfield
Gilet, Danielle	Sorel-Tracy	Zwecker, Philip	Chisasibi

MÉDECINS SPÉCIALISTES

SPÉCIALITÉS	LIEU D'EXERCICE	SPÉCIALITÉS	LIEU D'EXERCICE
ANATOMO-PATHOLOGIE		GÉNÉTIQUE MÉDICALE	
Ellezam, Benjamin	Montréal	Al-Hertani, Walla	Montréal
Popa, Ion	Québec	Ben Amor, Ibtihel Mouna	Montréal
BIOCHIMIE MÉDICALE		Buhas, Daniela Cristina	Montréal
Chouiali, Ahlem	Etrie	HÉMATOLOGIE	
Mourabit Amari, Karim	Québec	How, Jonathan	Montréal
CHIRURGIE GÉNÉRALE		MÉDECINE INTERNE	
Al Awashez, Abdulrahim Saeed	Corner Brook	Bachand, Marie-Pier	Etrie
Ouellet, Jean-François	Québec	Blouin, Valérie	Montréal
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE		Boileau, Laurianne	Montréal
Laflamme, Mélissa	Québec	Cormier, Luc	Etrie
CHIRURGIE PLASTIQUE		Mongeau, Frédéric	Laurentides
Borsuk, Daniel Evan	Baltimore	Morissette, Nadesh	Québec
ENDOCRINOLOGIE ET MÉTABOLISME		MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET INFECTIOLOGIE	
Millette, Maude	Montréal	Grant, Jennifer Mina	Vancouver
MÉDECINE DE FAMILLE		NÉPHROLOGIE	
B-Lajoie, Marie-Renée	Montréal	Bourque, Solange	Mauricie
Bessaih, Nawal	Sorel-Tracy	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE	
Boilard-Lamontagne, Catherine	Grand-Mère	Babineau, Véronique	Mauricie
Bourassa-Fulop, Caroline	Châteauguay	Goorah, Bérénice Anita	Montréal
Cayer, Alexandra	Rouyn-Noranda	Renald, Marie-Hélène	Chaudière-Appalaches
Cernea, Carmen Daniela	Montréal	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE / CHIRURGIE CERVICO-FACIALE	
Cohen, Steven D.	Kirkland	Bissada, Éric	Montérégie
De Champlain, Marilou	Saint-Jérôme	PÉDIATRIE	
Dubé, Marie-Pier	Granby	Autmizguine, Julie	Montréal
Dupras Renaud, Stéphanie	Sherbrooke	Dallaire, Frédéric	Etrie
Fares, Oussama	Gatineau	Kleiber, Niina Maria	Montréal
Geffen, Allison S.	Ottawa	Plante, Jessica	Chaudière-Appalaches
Heredia, Maria Alejandra	Saint-Georges	Toulouse, Krystel	Etrie
Juteau, Louis-Christophe	Laval	PNEUMOLOGIE	
Khadoury, Adeline	Côte-Saint-Luc	Bédard, Marie-Ève	Québec
Labrecque, Katherine	Lac Mégantic	PSYCHIATRIE	
Landry, Simon-Pierre	Sainte-Agathe-des-Monts	Biskin, Robert Simon	Montréal
Lemieux-Potvin, Frédérique	Québec	Errunza, Jennifer	Montréal
Leroux, Claudie	Chicoutimi	Poirier, Simon	Québec
Li, Nan		Zigman, Daniel	Ottawa
Mamalingas, Zoé	Montréal	RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	
Mercier, Caroline	Montmagny	Létourneau-Guillon, Laurent	Montréal
Porchetta, Simon	Montréal	RADIO-ONCOLOGIE	
Roman, Bassem Adolphe	Calgary	Rotondo, Ronny Leone	Jacksonville
Savard, Catherine	Jonquière		
Stegen, Clément	Montréal		
Surgenor, Colum James	Hudson		
Thibault, Annie	Verdun		
Thiffault, Annie-Claude	Montmagny		
Vincent-Gaudreault, Daphné	Saint-Jérôme		

ERRATUM

Une erreur s'est glissée à la page 31 du numéro printemps 2012 de la revue *Le Collège*. Le nom du Dr Marie-Hélène Arpin aurait dû apparaître dans la liste des nouveaux membres, sous la spécialité Obstétrique et gynécologie. Toutes nos excuses.

Un produit développé par

Logiciels
INFODATA
Logiciels

Ofys

Une solution complète pour informatiser votre pratique

Et son compagnon...



Ofys

mobile

Disponible sur le App Store^{MD}

Version iPhone^{MD}

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

OFYS est un DMÉ certifié par le MSSS

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

1.866.831.9077 | www.ofys.net | www.infodata.ca