

# Le **College**

## L'INCONDUITE DE NATURE SEXUELLE

**Où en sommes-nous ?**

**Portrait de la situation**

ENVOI DE PUBLICATIONS CANADIENNES CONTRAT DE VENTE N° 40063038

➤ **Les soins de fin de vie: oser en parler**

- **Nouvelles activités réservées au pharmacien: la suite**
- **Les benzodiazépines: une utilisation qui n'est pas sans risque**
- **L'exercice illégal de la médecine: dénoncer et sévir**
- **Frais accessoires: concilier l'inconciliable!**



# ENSEMBLE VERS L'ATTEINTE DE VOS OBJECTIFS

SERVICE-CONSEIL  
PLANIFICATION FINANCIÈRE  
PLANIFICATION BUDGÉTAIRE  
INVESTISSEMENT  
INCORPORATION  
GESTION PRIVÉE

**MONTRÉAL**

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

**QUÉBEC**

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

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



## Être ou ne pas être expert ?

La médecine d'expertise est un sujet d'actualité qui soulève plusieurs questions et suscite parfois la controverse.

Outre l'intérêt grandissant des médias, le Collège des médecins note également un nombre croissant de demandes d'enquêtes liées à ce sujet au cours des derniers mois, voire des dernières années. Le plus souvent, les personnes soumises à une expertise font état de la discordance entre l'opinion émise par le médecin expert dans son rapport et celle de leur médecin traitant. Elles s'interrogent également sur la qualité objective de l'anamnèse et de l'examen physique ou mental effectués par le médecin expert.

Face à cette insatisfaction croissante et à l'augmentation significative de la demande et du nombre de médecins qui s'intéressent à l'exercice de la médecine d'expertise, le Collège des médecins juge opportun de revoir l'ensemble de ce champ d'exercice.

Plusieurs intervenants, dont le Barreau du Québec, ont réfléchi aux modèles de recours aux médecins experts devant les tribunaux. Ils en sont venus à la conclusion qu'une amélioration du modèle contradictoire actuel devait être proposée pour mieux protéger le public et mieux servir la justice.

Partageant cette préoccupation, le Collège a décidé de créer un groupe de travail afin de mettre à jour son guide d'exercice sur la médecine d'expertise publié en septembre 2006. Ce groupe de travail, auquel le Barreau du Québec est invité à participer, a surtout pour mandat de mieux définir le cadre dans lequel l'expertise doit se tenir, de proposer des critères de qualification d'un médecin expert devant les tribunaux ainsi que des exigences de maintien de ses compétences et, enfin, de proposer une méthode d'évaluation de la qualité d'une expertise ainsi que de l'exercice de la médecine d'expertise.

Les médecins pourront alors choisir en toute connaissance de cause s'ils désirent ou non devenir un expert, et ce, dans le meilleur intérêt de la justice et de la population.

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



## To be or not to be an expert?

The practice of physicians who act as medical experts is a topical issue that raises a number of questions and sometimes causes controversy.

In addition to growing media interest, the Collège des médecins has noted an increase in the number of requests for inquiries related to this subject in recent months, indeed recent years. Most of the requests submitted relate to the discrepancy observed between the opinion given by the medical expert in his/her report and that of their attending physician. Those who submit requests also question the objective quality of the history and the physical or mental examination carried out by the medical expert.

Given this growing dissatisfaction and the marked increase in demand and the number of physicians interested in acting as medical experts, the Collège des médecins considers it appropriate to review this field of practice as a whole.

A number of stakeholders, including the Barreau du Québec, have studied models for the use of medical experts in court. They concluded that improvements to the current contradictory model were necessary to better protect the public and better serve justice.

Sharing this concern, the Collège decided to set up a task force to update its practice guide for physicians who act as medical experts published in September 2006. The main mandate of this task force, which the Barreau du Québec is invited to participate in, is to better define the framework governing the practice of medical experts, to propose criteria for the qualifications of medical experts who appear in court as well as requirements in regard to the maintenance of competencies and, lastly, to propose a method for assessing the quality of reports and the practice of physicians who act as medical experts.

Physicians will then be able to make an informed decision as to whether or not they would like to become an expert, in the best interests of justice and the population.

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

## COMITÉ EXÉCUTIF

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

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

## Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

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

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

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

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

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

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

**Coordonnatrice de la revue :** Francine Morin  
**Révision linguistique et réalisation graphique :**

Le Groupe santé, Les Éditions 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

3<sup>e</sup> trimestre 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISSN 1207-3040

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

## MOT DU PRÉSIDENT

3 Être ou ne pas être expert ?

## MISE AU POINT

5 Du bon usage du logo du Collège

## À L'AGENDA

7 Survol de l'actualité médicale

8 Publications

## À LA UNE

9 L'inconduite de nature sexuelle  
Où en sommes-nous? Portrait de la situation

## LES MANCHETTES

12 Les soins de fin de vie : oser en parler

15 Nouvelles activités réservées au pharmacien : la suite

16 Les ateliers *Planifier sa carrière et sa retraite à court, moyen et long terme* : un succès indéniable!

18 Collaborer avec le syndicat pour assurer la protection du public

19 Frais accessoires : concilier l'inconciliable!

20 Les benzodiazépines : une utilisation qui n'est pas sans risque

20 Entente Québec-France : modifications du programme de soutien financier aux candidats

22 Le mot des vice-doyens aux études médicales de premier cycle  
L'approche par compétences

## INFO JURIDIQUE

14 L'exercice illégal de la médecine : dénoncer et sévir

## MÉDICAMENTS

23 Avis, mises en garde et retraits

## 24 ATELIERS ET FORMATION

25 AVIS DE RADIATION

28 AVIS DE DÉCÈS

28 NOUVEAUX MEMBRES

## Du bon usage du logo du Collège

Depuis quelques mois, nous avons observé une augmentation des demandes d'utilisation du logo du Collège des médecins du Québec. Ces demandes nous ont été faites occasionnellement à des fins de publicité (par exemple, dans le site Web d'une clinique), et on invoquait le fait qu'une clinique ou un service médical concurrent en faisait usage à des fins promotionnelles. Cette situation nous donne l'occasion de faire le point sur l'usage du logo du Collège.

C'est l'article 123 du *Code de déontologie des médecins* qui encadre l'usage du logo.

*123. Le médecin ne peut utiliser le symbole graphique du Collège dans sa publicité, à moins d'y être autorisé par le secrétaire du Collège auquel cas le médecin doit joindre à cette publicité l'avis suivant :*

*« Cette publicité n'est pas une publicité du Collège des médecins du Québec et n'engage que ses auteurs. »*

Le logo du Collège sert à officialiser les publications ou les documents adoptés par le Conseil d'administration du Collège. Un usage sans encadrement du logo pourrait amener le public à considérer que le Collège entérine ou souscrit à des services médicaux ou des cliniques qui n'ont pas nécessairement fait l'objet d'une vérification de la part du Collège.

Cet usage restreint s'inscrit dans la mission du Collège qui est de protéger le public. Tout signalement d'un usage non autorisé du logo du Collège nous amène à intervenir auprès du membre concerné pour l'inviter à se conformer à ses obligations déontologiques ou auprès de l'autorité administrative non médicale d'une organisation afin qu'elle ne fasse pas un usage inapproprié du logo du Collège et qu'elle respecte les obligations des médecins travaillant dans cette organisation.

À une époque où l'utilisation des images virtuelles est si facile, il est bon de rappeler que certaines images ont une signification particulière, notamment sur le plan légal, et que leur usage inapproprié peut avoir des conséquences.

**Yves Robert, M.D.**  
Secrétaire  
yrobort@cmq.org



## Proper use of the Collège logo

In recent months, there has been an increase in the number of requests for permission to use the Collège des médecins du Québec logo. These requests have occasionally been for advertising purposes (for example, on the Web site of a medical clinic) and it was argued that a competing medical clinic or service was using the logo for promotional purposes. Given this situation, we would like to issue a reminder about the use of the Collège logo.

Article 123 of the *Code of Ethics of Physicians* governs the use of the logo.

*123. A physician may not use the graphic symbol of the Collège in his advertising, unless he is authorized to do so by the secretary of the Collège, in which case the physician must add to such advertising the following notice:*

*"This advertisement is not an advertisement for the Collège des médecins du Québec and makes reference only to its authors."*

The Collège logo is used to make publications or documents adopted by the Collège's Board of Directors official. Unrestricted use of the logo might lead the public to believe that the Collège endorses or subscribes to medical services or clinics that have not necessarily been verified by the Collège.

This restricted use is consistent with the mission of the Collège which is to protect the public. Should we receive reports concerning the unauthorized use of the Collège logo, the member concerned will be contacted and asked to comply with his/her ethical obligations, or the non-medical administrative authority of an organization will be contacted to ensure that it is not using the Collège logo inappropriately and that it complies with the obligations of physicians working in the organization.

At a time when using virtual images is so easy, we should remember that some images have special meaning, particularly from a legal standpoint, and that their inappropriate use may have consequences.

**Yves Robert, M.D.**  
Secretary  
yrobort@cmq.org



# Desjardins



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



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



TOMI HOULE  
Conseiller en placement  
514 876-7338



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

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

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

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

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

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

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

Une équipe disponible et adaptée à votre réalité.

L'offre incontournable  
pour les médecins du Québec.



**Desjardins**  
Valeurs mobilières

Coopérer pour créer l'avenir

## SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

### MARIJUANA À DES FINS MÉDICALES LE COLLÈGE RÉAFFIRME SA POSITION

Dans son communiqué du 10 juin dernier, le Collège des médecins déplorait la réglementation annoncée par la ministre de la Santé du gouvernement du Canada, qui fait en sorte que Santé Canada se désengage du processus et qui transfère aux médecins la responsabilité de prescrire et de fournir de la marijuana à leurs patients.

Le Collège est toujours d'avis que les connaissances actuelles et les rares études sur l'utilisation de la marijuana à des fins médicales ne sont pas suffisantes pour aller de l'avant avec ce règlement.

Le règlement aura comme effet de reporter sur les collèges des médecins du

Canada la responsabilité de contrôler la pratique de leurs membres pour l'usage et la disponibilité d'un produit illégal et pour lequel aucune assurance d'une indication de dosage d'efficacité, de sécurité et de standardisation n'est disponible.

Au cours des derniers mois, le Collège des médecins a publié un éditorial dans la revue *Le Collège* et deux billets sur son blogue afin d'exprimer sa position face à cette réglementation qui prendra son plein effet en avril 2014.



Pour accéder au blogue du Collège :  
<http://blog.cmq.org/tag/marijuana/>

### 848 : LE CHIFFRE DE L'ANNÉE

Il s'agit du nombre record de permis d'exercice délivrés au cours d'une année. À titre de comparaison, le Collège avait délivré 747 permis d'exercice l'année dernière.

Au 19 juin 2013, 290 résidents en médecine avaient transmis leur demande au Collège afin d'obtenir un permis d'exercice valide à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013. Parmi ceux-ci, on dénombre 191 femmes et 99 hommes, 150 médecins de famille et 140 médecins spécialistes. Ces 290 nouveaux permis se sont ajoutés aux 558 permis délivrés depuis le 2 juillet 2012.

# Ofys

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

## Vous êtes à plusieurs places à la fois ?

Ofys est un dossier médical électronique parfaitement adapté à la pratique des médecins de famille œuvrant dans un groupe de médecine familiale multisites.

**Simplifiez-vous la tâche. Ofys, un DMÉ efficace.**

un produit développé par

Logiciels  
**INFODATA**



**Contactez-nous**

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

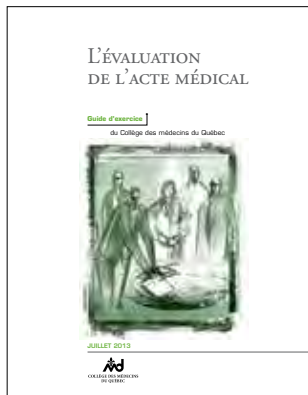
**1.866.831.9077 | [www.ofys.net](http://www.ofys.net) | [www.infodata.ca](http://www.infodata.ca)**

## PUBLICATIONS

TOUTES LES PUBLICATIONS DU COLLÈGE SONT ACCESSIBLES EN LIGNE : [WWW.CMQ.ORG](http://WWW.CMQ.ORG) (SECTION MEMBRES, PUBLICATIONS)

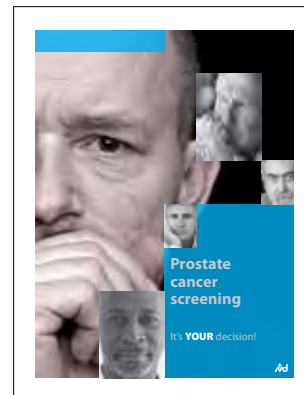
### NOUVEAU GUIDE D'EXERCICE SUR L'ÉVALUATION DE L'ACTE MÉDICAL

Ce guide présente les principes de base et les principales méthodes utilisées pour évaluer la qualité de l'acte médical, leurs forces et leurs limites. Le médecin pourra ainsi choisir et élaborer un outil approprié au sujet qu'il souhaite analyser afin d'en tirer des conclusions qui amélioreront son exercice professionnel et celui des autres.



### PROSTATE CANCER SCREENING IT'S YOUR DECISION!

La version anglaise du dépliant *Le dépistage du cancer de la prostate: une décision qui VOUS appartient!*, publié en juin dernier, est maintenant accessible dans le site Web du Collège des médecins.



### LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES AU PHARMACIEN - PROJET DE LOI 41

L'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins du Québec ont publié un guide d'exercice conjoint décrivant les principes encadrant la prestation des activités réservées au pharmacien, les activités, les conditions et les modalités ainsi que les moyens de communication pour chacune des activités.



### MÉDECINS D'EXCEPTION RECHERCHÉS

Soumettez la candidature de l'un de vos collègues au Prix d'humanisme ou au Prix d'excellence décernés par le Collège, **au plus tard le 20 novembre 2013**.  
(Tous les détails en page 27)

### PRÉCISION FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DES MÉDECINS?

Dans cet article publié dans le numéro été 2013, le titre de l'encadré de la page 19 devrait se lire comme suit : Organismes québécois membres du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins dont les activités de formation sont reconnues



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

CONSEIL  
D'ADMINISTRATION  
18 octobre 2013  
13 décembre 2013

COMITÉ EXÉCUTIF  
21 novembre 2013

## L'INCONDUITE DE NATURE SEXUELLE

### OÙ EN SOMMES-NOUS ?

#### PORTRAIT DE LA SITUATION

UN MÉDECIN A FAIT DES AVANCES SEXUELLES À UNE MÈRE (*JOURNAL DE MONTRÉAL*, 18 MAI 2013), INCONDUITE SEXUELLE : DES PSYS RADIÉS QUI ENSEIGNENT À L'UNIVERSITÉ (*LA PRESSE*, 6 MARS 2013), AGRESSION SEXUELLE : UN DENTISTE DIT AVOIR ÉTÉ PIÉGÉ (*LA PRESSE*, 11 MAI 2012).

La question de l'inconduite sexuelle fait souvent les manchettes et se retrouve fréquemment au centre des débats. Pour tracer un portrait actuel de cette problématique, le Bureau du syndic a répertorié l'ensemble des décisions disciplinaires rendues à l'endroit des professionnels de tous les ordres depuis janvier 2005. Au total, plus d'une centaine de décisions ont été analysées à la suite du dépôt de 84 plaintes. Il faut noter qu'aucune décision n'a été rendue en matière d'inconduite sexuelle par les conseils de discipline de 32 des 44 ordres professionnels au Québec.

C'est sans surprise que nous constatons, en premier lieu, que ces plaintes ont été déposées principalement contre des professionnels de la santé. Les infirmières

et infirmiers (13 plaintes), les médecins (28 plaintes), les physiothérapeutes (11 plaintes) et les psychologues (16 plaintes) sont les professionnels les plus souvent cités devant un conseil de discipline pour des infractions de nature sexuelle. Le tableau ci-dessous énumère les différentes plaintes selon les ordres professionnels et les catégories selon la nature de l'inconduite sexuelle. Seules quatre plaintes ne visaient pas un professionnel de la santé, mais des conseillers ou conseillères d'orientation (3 plaintes) et un architecte (1 plainte).

#### LA DÉFINITION

*Constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession le fait pour un professionnel, pendant la durée de la relation*

*professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel<sup>1</sup>.*

Nous retrouvons ainsi un grand spectre de comportements prohibés par le *Code des professions* et le *Code de déontologie des médecins*<sup>2</sup>, allant de propos aux relations sexuelles.

Il s'agit là, sans aucun doute, du manquement déontologique le plus grave qu'un professionnel de la santé puisse commettre. À cet égard, le Collège des médecins, comme bien des ordres professionnels, a une politique de «tolérance

**TABLEAU : PLAINTES DISCIPLINAIRES D'INCONDUITE DE NATURE SEXUELLE DEPUIS JANVIER 2005**

Ordre	Nombre	Propos	Gestes	Relation amoureuse	Intimité sexuelle
Acupuncteur	2		2		
Architecte	1	1			
Chiropraticien	2			1	1
Conseiller d'orientation	3	1	1		1
Dentiste	2		2		
Denturologiste	1		1		
Infirmière et infirmier	13		3	8	2
Inhalothérapeute	1		1		
Médecin	28	1	9	4	14
Physiothérapeute	11	1	5	1	4
Psychologue	16*		4	5*	8*
Travailleur social	4			1	3
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>20</b>	<b>33</b>

\* Une plainte avec plusieurs chefs impliquant 2 patientes où on reproche au psychologue une relation amoureuse avec une cliente et des relations sexuelles avec une autre cliente.

zéro» et s'est prononcé dans ce sens à plusieurs reprises<sup>3</sup>. Cela signifie que le Collège, et particulièrement le Bureau du syndic, intervient systématiquement pour que soit sanctionné le médecin lorsqu'une preuve suffisante démontre un comportement fautif.

### LES RAISONS DE L'INTERDIT

Les conseils de discipline ont invoqué à maintes reprises les raisons qui sous-tendent l'interdiction des relations

de professionnel. Quant à l'éventualité d'une relation intime entre un thérapeute et un(e) client(e), les experts sont d'avis qu'il ne devrait jamais en être question lorsqu'il s'agit d'une psychothérapie analytique alors que dans d'autres types de psychothérapie, un délai minimal de deux ans après la fin de la thérapie devrait être respecté.

Il faut également rappeler que la vulnérabilité des patient(e)s teinte la nature de la relation professionnelle. Dans bien des

Dans l'élaboration de cette sanction, les conseils de discipline doivent tenir compte des objectifs de la sanction disciplinaire, tel qu'établi par la Cour d'appel en 2003, soit au premier chef la **protection du public**, puis la **dissuasion du professionnel de récidiver**, l'**exemplarité à l'égard des autres membres de la profession** qui pourraient être tentés de poser des gestes semblables et enfin, le **droit par le professionnel visé d'exercer sa profession**.

### LA NATURE DES INCONDUITES

#### Propos

Quatre plaintes ont été déposées contre un professionnel pour avoir tenu des propos à caractère sexuel. Parmi celles-ci, un médecin a reconnu avoir posé des questions inappropriées sur sa vie sexuelle à une jeune patiente. Le conseil de discipline a imposé à ce médecin une période de radiation temporaire de 2 mois et une amende de 2 000 \$.

#### Gestes

Il est très difficile, voire impossible, de faire une analyse comparative des sanctions imposées aux professionnels ayant posé des gestes abusifs à caractère sexuel, étant donné la grande diversité des faits reprochés. Ces gestes vont du baiser à des attouchements inappropriés aux organes génitaux des patient(e)s, certains professionnels ayant été reconnus coupables d'une infraction criminelle pour ce dernier délit.

La période de radiation imposée aux professionnels fautifs s'échelonne entre deux semaines et la radiation permanente. Les facteurs considérés par les conseils de discipline sont notamment le type de gestes posés, le nombre de patient(e)s, les antécédents disciplinaires, les conséquences pour les victimes et le fait d'avoir abusé de personnes d'âge mineur.

#### Relation amoureuse

Vingt plaintes ont été déposées contre des professionnels qui ont développé une

## « Le Bureau du syndic, en accord avec la politique de «tolérance zéro» du Collège, porte une attention particulière à toute information ou signalement qu'il reçoit concernant un médecin. »

sexuelles entre un professionnel et un(e) client(e). Pour ne citer qu'un exemple, voici un passage d'une décision récemment rendue par le conseil de discipline de l'Ordre des psychologues du Québec :

*« (...) la première, c'est l'extrême vulnérabilité de la cliente; la deuxième raison est la responsabilité du thérapeute en ce sens que le professionnel est celui qui accepte d'avoir l'honneur et le statut d'appartenir à un groupe particulier, et qui accepte donc en contrepartie de placer les intérêts du client en premier et ainsi éviter tout conflit d'intérêts; finalement, la troisième raison, ce sont les conséquences désastreuses sur la cliente. »*

### LA DURÉE DE LA RELATION PROFESSIONNELLE

La durée de la relation professionnelle a fait l'objet de plusieurs débats tant devant les conseils de discipline que devant les tribunaux d'appel.

Selon les experts cités dans les décisions disciplinaires, on doit retenir que dans le contexte de la psychothérapie, le psychothérapeute doit tenir compte du phénomène transférentiel en psychothérapie et se doit d'en être informé à titre

cas, cette relation se continue au-delà du départ des patients de l'hôpital ou après la période de suivi externe.

Ainsi, plusieurs codes de déontologie<sup>4</sup> précisent que la durée de la relation professionnelle est déterminée en fonction notamment de la nature des problèmes de santé de la personne évaluée, de la durée des services professionnels rendus, de la vulnérabilité de la personne et de la probabilité d'avoir à rendre à nouveau des services professionnels à cette personne.

### LA CULPABILITÉ OU NON DES PROFESSIONNELS VISÉS PAR LES PLAINTES

Parmi les professionnels visés par les plaintes analysées, 97,6 % ont été déclarés coupables. De ce nombre, 82,9 % ont d'emblée plaidé coupable et 17,1 % ont été reconnus coupables par les conseils de discipline. Seulement deux professionnels ont été acquittés.

### LES DÉCISIONS SUR SANCTIONS

Le conseil de discipline doit imposer minimalement au professionnel déclaré coupable d'avoir posé un acte dérogatoire visé à l'article 59.1 du *Code des professions* une radiation temporaire et une amende.

relation amoureuse avec un(e) patient(e), soit une relation sincère et stable.

Il s'agit là de l'infraction la plus souvent reprochée aux infirmières et infirmiers. Ce manquement a fait également l'objet de plusieurs plaintes disciplinaires à l'endroit d'un ou d'une psychologue. Il importe de préciser que le code de déontologie de ces deux ordres professionnels prohibe spécifiquement ce comportement.

À moins de circonstances particulières propres au dossier, la revue de l'ensemble des décisions nous a permis de constater qu'une période de radiation temporaire de 6 à 12 mois était la sanction la plus fréquemment imposée aux infirmiers, infirmières et psychologues.

### Intimité sexuelle

On dénombre 33 plaintes disciplinaires dans cette catégorie. Les médecins sont les professionnels les plus souvent cités devant un conseil de discipline pour ce type d'infraction. Quatorze médecins ont été sanctionnés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, parmi lesquels 13 ont reconnu leur faute en plaçant coupable. Sept psychologues ont fait l'objet de ce type de plainte disciplinaire. Six ont plaidé coupable. Le psychologue n'ayant pas plaidé coupable a fait l'objet de deux plaintes disciplinaires et fut reconnu coupable dans les deux cas.

En novembre 2005, un médecin membre d'une division du conseil de discipline du Collège des médecins a fait état de sa dissidence au sujet de la sanction à être imposée à un médecin qui a reconnu avoir eu des relations sexuelles avec trois patientes. Il s'opposait à la recommandation commune des parties, soit des périodes de radiation temporaire consécutives de 2 mois, 6 semaines et 6 semaines respectivement pour les 3 chefs de la plainte, totalisant une période de radiation temporaire de 5 mois. Il s'exprimait ainsi :

*« De plus, je trouve peu sévère la durée de la suspension. Je crois qu'elle n'est pas un reflet suffisant de ce qu'est censée être la politique de "tolérance zéro" prônée par le Collège en matière d'inconduite sexuelle. »*

*« Pour ce qui concerne la jurisprudence invoquée, plutôt que d'être statique, il serait peut-être temps qu'elle évolue enfin dans une direction qui redonne confiance dans la mission du Collège de protéger le public. »*

Notre analyse permet de constater que la sanction imposée à plusieurs professionnels, notamment un conseiller d'orientation, plusieurs médecins, plusieurs physiothérapeutes, deux psychologues et un travailleur social, consistait en une période de radiation temporaire inférieure à 6 mois.

Certains facteurs aggravants ont toutefois amené les conseils à imposer une sanction plus sévère, soit une période de radiation temporaire supérieure à douze (12) mois, dans le cas notamment d'un professionnel récidiviste et d'un professionnel ayant eu ce type de comportement avec plus d'un(e) patient(e) ou dont les victimes sont d'âge mineur. La durée et la répétition des gestes sont d'autres facteurs qui sont considérés par les conseils de discipline.

### LE RISQUE DE RÉCIDIVE

Par ailleurs, le risque de récidive est un élément important que les conseils de discipline évaluent. À cet égard, certaines divisions du conseil de discipline de l'Ordre des psychologues ont souvent recommandé au conseil d'administration d'imposer une supervision à l'intimé au moment de son retour à l'exercice, après la période de radiation temporaire. L'objectif de cette supervision est notamment d'amener le professionnel à détecter

précocement les situations à risque concernant les phénomènes de transfert et de contre-transfert, à apprendre à gérer ces situations et à trouver les moyens d'établir les limites d'une bonne relation professionnelle. Nous croyons qu'une telle mesure devrait être envisagée plus fréquemment.

### LA PRÉVENTION ET L'INTERVENTION

Ce portrait nous amène à prendre conscience de l'importance de la prévention : comment éviter qu'un professionnel commette de tels gestes? Doit-on revoir la formation des étudiants et résidents en médecine afin de les sensibiliser aux signaux d'alarme à reconnaître pour éviter de transgresser les limites de la relation thérapeutique? Devons-nous élaborer des indicateurs pour déceler les clientèles cibles nous permettant d'intervenir précocement?

Le Bureau du syndic, en accord avec la politique de « tolérance zéro » du Collège, porte une attention particulière à toute information ou signalement qu'il reçoit concernant un médecin. Des enquêtes sont effectuées et, le cas échéant, des mesures sont prises auprès des médecins visés, incluant le recours au processus disciplinaire. Il y a également lieu de souligner l'importance de l'autorégulation par les pairs. Si une telle situation est portée à votre attention, nous vous incitons à demander conseil auprès d'un syndic pour guider vos interventions auprès d'une victime ou d'un médecin.



Pour en savoir plus, consultez le document intégral accessible dans le site Web du Collège : [www.cmq.org](http://www.cmq.org) (section Membres, mot-clé : Inconduite sexuelle)

1. Code des professions, art. 59.1
2. Code de déontologie des médecins, art. 22
3. Pour en savoir plus : [www.cmq.org](http://www.cmq.org) (section Membres, mot-clé : Inconduite sexuelle)
4. Code de déontologie des psychologues, art. 26; Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique, art. 39; Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 38; Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires, art. 46; Code de déontologie des membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, art. 7

## LES SOINS DE FIN DE VIE: OSER EN PARLER

À LA MI-JUIN 2013, UNE NOUVELLE ÉTAPE A ÉTÉ FRANCHIE EN CE QUI CONCERNE LES SOINS DE FIN DE VIE. AU TERME D'UNE CONSULTATION PUBLIQUE LANCÉE À LA FIN 2009 ET QUI AURA DURÉ PLUS DE DEUX ANS, LE GOUVERNEMENT A DÉPOSÉ UN PROJET DE LOI. CELUI-CI DEVRAIT PERMETTRE DE TRANCHER SUR LES SOINS AUXQUELS LA POPULATION DU QUÉBEC AURAIT DROIT EN FIN DE VIE ET SUR LES CONDITIONS EXCEPTIONNELLES POUVANT LUI DONNER ACCÈS À DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR.

Quel que soit le sort qui sera réservé au projet, il nous semble qu'on peut déjà tirer de cet exercice une conclusion encourageante. Oui, il est possible de discuter ouvertement de ce sujet sensible. C'est d'ailleurs le souhait que plusieurs ont exprimé dans les débats publics: que l'on puisse en discuter aussi bien en situation clinique.

Par contre, il ne faudrait pas minimiser l'ampleur du défi. Les soins de fin de vie soulèvent des questions difficiles tant sur le plan personnel, professionnel et clinique que sur le plan des politiques sociales, auxquelles on tente de répondre en utilisant plusieurs niveaux de discours, que ce soit le discours plutôt technique de la médecine, le discours moral ou plus spécifiquement juridique. Tous ces discours s'entrecroisent et on ne peut pas s'attendre à ce que l'un d'eux puisse clore la discussion. Tout au plus peut-on demander à chacun de préciser à quel titre il s'exprime et de rester à l'écoute des autres, de façon à minimiser les dialogues de sourds et les fausses oppositions.

Dans cet article, nous proposons de revenir sur notre propre discours, pour mieux situer les interventions que nous avons faites jusqu'ici et celles qui restent à faire.

### SE QUESTIONNER SUR L'INTENSITÉ DES SOINS EN GÉNÉRAL

Il faut bien admettre que le Collège des médecins du Québec (CMQ), même si ce n'était pas son intention, a effectivement contribué à relancer le débat en suggérant que l'aide médicale à mourir puisse, dans certaines situations très exceptionnelles où la mort est inévitable et la souffrance impossible à soulager, être



vue comme un soin approprié. Ce que les médecins avaient demandé au CMQ en 2006, c'était de les éclairer à propos de l'intensité des soins en général. La question morale n'était pas tant de savoir quoi faire quand il devient précisément question d'euthanasie, mais comment agir dans toutes ces situations où le développement technique et l'évolution des mentalités rendent la prise de décision de plus en plus difficile. Comment juger de l'intensité des soins à prodiguer à un grand prématuré ou à une personne âgée atteinte de démence? Comment assurer le soin le plus approprié à un patient rendu à une étape particulière de sa vie? Les soins palliatifs nous ont progressivement ouvert les yeux: le soin qui est approprié pour un patient ne l'est pas nécessairement pour l'autre et un soin qui est approprié à un moment donné ne l'est plus le moment d'après.

### SUGGÉRER UNE RÉPONSE: LES SOINS APPROPRIÉS ET LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

Avouons-le, la réflexion à cet égard fut longue et difficile. Mais la réponse finalement proposée, en octobre 2009, fait plutôt consensus: un soin est plus approprié quand il est le fruit d'un processus décisionnel bien mené. Dans cette perspective, on voit bien pourquoi l'euthanasie pose problème. Les interdictions et les menaces de sanctions sont loin de favoriser les discussions franches et ouvertes. Certaines études sur les soins de fin de vie vont même jusqu'à montrer que l'interdit frappant l'euthanasie embrouille tout, même ce qui concerne l'abstention ou l'arrêt de traitement, le soulagement de la douleur ou la sédation palliative. Faut-il pour autant lever cet interdit? Plusieurs ont interprété cette analyse comme une invitation à le faire.

## SE PRONONCER SUR L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS ET L'EUTHANASIE

Pourtant, l'intervention du CMQ sur l'euthanasie se limitait à peu de chose : remettre en question une affirmation faite le plus souvent péremptoirement, voulant que leur éthique professionnelle interdise aux médecins de provoquer volontairement la mort. Or, plusieurs commentateurs en sont venus à penser que la bienfaisance doit parfois primer sur le respect de la vie et qu'il importe de conserver l'esprit plutôt que la lettre du serment d'Hippocrate. D'ailleurs au Québec, le *Code de déontologie des médecins* n'interdit pas l'euthanasie. L'article 58 se lit comme suit :

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

Aussi, les instances du CMQ ont été unanimes pour affirmer publiquement, en novembre 2009, qu'à leurs yeux, il existait bel et bien des situations de fin de vie exceptionnelles où, si ce n'était de l'interdit légal, des médecins estimeraient probablement justifié de pratiquer l'euthanasie. Il faut sans doute préciser qu'il n'existe, au Québec, aucune étude pour confirmer cette impression. Il demeure qu'il s'agit d'une impression partagée par la vingtaine de médecins élus par leurs pairs pour les représenter au sein de leur ordre professionnel. Plusieurs observateurs ont d'ailleurs interprété cette intervention comme une puissante incitation à lever l'interdit.

## PARTICIPER AU DÉBAT PUBLIC SANS LE MONOPOLISER

Mais c'est négliger la complexité du débat et son extrême polarisation que de craindre autant l'influence des médecins. Les promoteurs de l'euthanasie comme ses détracteurs ont bien d'autres arguments à faire valoir. Si l'euthanasie n'est généralement pas acceptée, ce n'est pas seulement parce que cet acte serait

contraire à l'éthique médicale. C'est que pour plusieurs, l'euthanasie est toujours considérée comme un meurtre et sa libéralisation, une porte ouverte à toutes les dérives. Quant aux promoteurs, ils invoquent généralement l'autonomie des patients et non la bienfaisance des médecins pour faire valoir leur point de vue. D'ailleurs, le CMQ s'est volontairement distancié du débat à compter de 2010 parce qu'à ses yeux, il ne revient pas aux médecins comme groupe de trancher dans les débats de société, et encore moins d'imposer en clinique leur point de vue personnel, quel qu'il soit. Le débat sur l'euthanasie ne concerne pas seulement les médecins, il concerne tous les citoyens. L'éthique professionnelle des médecins n'est qu'un des aspects; débattre des dérives ou de sa légalité exige d'autres expertises.

## MIEUX ENCADRER LES PRATIQUES

Le CMQ a plutôt recentré ses efforts sur un meilleur encadrement des soins de fin de vie. Il était devenu clair qu'il fallait assurer une certaine normalisation des pratiques médicales en fin de vie sans attendre nécessairement la fin du débat. Avec l'aide de médecins œuvrant dans le domaine des soins palliatifs, le CMQ a travaillé à l'élaboration de guides d'exercice sur l'utilisation des opiacés et la sédation palliative. Des lignes directrices sur l'évaluation médicale de l'incapacité seront également publiées. Celles-ci rappelleront l'importance du processus décisionnel ainsi que des notions d'aptitude et d'incapacité, de consentement, de consentement substitué et de directives anticipées.

À la demande de la Commission sur la question de mourir dans la dignité, un groupe de travail conjoint a été créé pour étudier la possibilité pour des patients atteints de démence de faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir. Le rapport, déposé en mars 2013, recommande de ne pas prévoir de régime particulier pour les personnes atteintes de démence, mais de pousser plus loin la

réflexion sur la question, plus large, des patients inaptes.

## RÉAGIR AU PROJET DE LOI

La collaboration des médecins demeurant essentielle, quel que soit le scénario envisagé, il est clair que le CMQ se devait de réagir au projet de loi n° 52 et de le faire dans la même perspective : en respectant sa juridiction et en assumant ses responsabilités. Dans son mémoire présenté en Commission parlementaire le 17 septembre 2013, le CMQ accueille favorablement l'orientation générale qui a été prise, soit d'inscrire l'aide médicale à mourir dans un continuum de soins et d'assurer aux soins palliatifs tout le développement requis. Le Collège se montre favorable à une plus grande autonomie des patients, notamment par le biais d'une promotion active des directives anticipées, et insiste sur les moyens mis de l'avant pour préserver l'autonomie des médecins, notamment leur droit à l'objection de conscience.

Cependant, le CMQ s'interroge à savoir si la logique de soins a été suivie jusqu'au bout. Il faut en effet se demander si les conditions retenues par le législateur pour qu'une personne puisse avoir accès à de l'aide médicale à mourir correspondent effectivement aux situations cliniques exceptionnelles où l'euthanasie pourrait être considérée comme un soin approprié auquel des médecins pourraient accepter de collaborer (l'objectif étant de soulager certains symptômes réfractaires). L'une de ces conditions étant que les patients soient nécessairement majeurs et aptes à consentir, qu'advient-il des patients inaptes, eux aussi en phase terminale et extrêmement souffrants?

En somme, le travail concernant les soins de fin de vie est loin d'être terminé et le sujet demeure délicat. Oser en parler est une chose. En discuter correctement en est une autre, qu'ensemble il nous faut apprendre.

## L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE : DÉNONCER ET SÉVIR

**GUÉRISSEURS EN TOUS GENRES, « RAMANCHEURS », CHAMANS, EXPERTS EN MÉDECINE QUANTIQUE, SPÉCIALISTES EN MÉDECINE SPIRITUELLE DES PHILIPPINES, TOUS PROMETTENT UNE GUÉRISON MIRACULEUSE. UN DÉNOMINATEUR COMMUN LES UNIT : ILS NE SONT NI DÉTENTEURS D'UN DIPLÔME EN MÉDECINE NI INSCRITS AU TABLEAU DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ).**

Le CMQ reçoit chaque année une centaine de plaintes concernant l'exercice illégal de la médecine et note que ce phénomène prend de l'ampleur. La majorité des plaintes proviennent du public. L'étude de ces plaintes est confiée à un enquêteur qui fera les vérifications requises pour évaluer la situation. Le but est de valider l'information initiale afin de démontrer que le « thérapeute » pose un diagnostic ou propose un traitement. Après avoir analysé les éléments recueillis au cours de cette enquête, nous devrons déterminer s'il y a des motifs raisonnables justifiant des accusations contre ce « thérapeute » pour exercice illégal de la médecine et usurpation de titre.

Nos enquêtes et poursuites récentes nous ont démontré que ces personnes font preuve d'une imagination sans limites pour séduire leurs victimes. Ainsi, différentes technologies informatiques sont proposées pour diagnostiquer les problèmes

de santé et les corriger. L'une de ces pratiques porte le nom de médecine quantique ou *biofeedback*. Des capteurs sont fixés au patient puis reliés à un instrument qui, à son tour, est relié à un ordinateur. Les données transmises permettraient une analyse complète de l'état de santé du patient. À la suite de l'analyse, l'appareil émet des ondes au patient en vue de corriger les problèmes de santé décelés.

Une autre approche proposée est l'analyse de sang vivant. Une goutte de sang est analysée à l'aide d'un microscope relié à un ordinateur. On procède alors à une séance de visionnement au cours de laquelle le prétendu thérapeute commente la condition physique actuelle et future du client. Des diagnostics sont parfois posés. Au terme de la consultation, des produits aux effets « thérapeutiques exceptionnels » sont vendus au client.

Le fait, pour une personne qui n'est pas un médecin inscrit au tableau du CMQ, de poser un diagnostic ou de traiter un patient constitue une infraction, exception faite des personnes autorisées par une loi ou un règlement à exercer certaines activités médicales, notamment les infirmières praticiennes spécialisées ou les pharmaciens dans certaines circonstances. De plus, le fait d'utiliser un titre ou une abréviation laissant croire qu'on est médecin ou d'agir de manière à laisser croire qu'on est autorisé à exercer la médecine constitue également une infraction.

Les personnes reconnues coupables de telles infractions devant la cour s'exposent à des amendes pouvant varier de 1 500 \$ à 20 000 \$. En cas de récidive, le montant de ces amendes pourra doubler. Si la personne persiste et continue à agir de façon contraire aux lois, le CMQ pourra recourir à des mesures particulières devant les tribunaux, allant jusqu'à la possibilité d'envisager un recours pour outrage au tribunal.

Bien que le Collège des médecins poursuive certains de ces individus devant la Cour du Québec, il demeure que les amendes imposées ne sont assurément pas assez dissuasives pour empêcher ces charlatans d'exercer illégalement la médecine. C'est la raison pour laquelle le Collège a demandé au gouvernement de revoir la nature et la sévérité des sanctions prévues pour cette infraction au *Code des professions*.

Il revient à l'ordre professionnel de surveiller, d'enquêter et d'entreprendre des procédures juridiques contre ceux qui exercent la profession illégalement. Le Collège s'y emploie avec rigueur et compte bien poursuivre ses efforts pour contraindre ces charlatans de tout acabit.

Gestion privée

### Souper-conférence

16 octobre 2013 – Québec  
22 octobre 2013 – Sherbrooke  
23 octobre 2013 – Montréal

**Stratégies**  
pour les portefeuilles de  
placement de

500 000 \$  
et plus

Pour plus de renseignements,  
consultez notre site internet,  
le [www.fprofessionnels.com](http://www.fprofessionnels.com)

Montréal 1 888 377-7337  
Québec 1 800 720-4244  
Sherbrooke 1 866 564-0909



Financière des  
professionnels

Gestion privée  
Fonds d'investissement  
Planification financière

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

PAR JEAN-BERNARD TRUDEAU, M.D., DIRECTION GÉNÉRALE

## NOUVELLES ACTIVITÉS RÉSERVÉES AU PHARMACIEN : LA SUITE

LES PHARMACIENS DU QUÉBEC POURRONT EXERCER DE NOUVELLES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES À LA SUITE DE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU PROJET DE LOI N° 41 (LOI MODIFIANT LA LOI SUR LA PHARMACIE) ET DES RÈGLEMENTS PRIS EN APPLICATION DE CELLE-CI (INCLUANT LE RÈGLEMENT SUR CERTAINES ACTIVITÉS QUI PEUVENT ÊTRE EXERCÉES PAR UN PHARMACIEN, PRIS EN APPLICATION DE LA LOI MÉDICALE).

### UN GUIDE POUR ENCADRER CES NOUVELLES ACTIVITÉS

Pour orienter les pharmaciens et les médecins, un guide d'exercice conjoint a été élaboré par l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ). Ce document est accessible dans le site Web des deux ordres professionnels.

On y décrit les principes encadrant la prestation des activités réservées au pharmacien (notamment l'intérêt du patient, la continuité des soins, les pratiques collaboratives, l'échange d'informations, la responsabilité professionnelle), les activités, les conditions et les modalités ainsi que les moyens de communication pour chacune des activités.

Rappelons que les activités qui sont décrites et expliquées dans le guide d'exercice permettront au pharmacien :

- de prolonger une ordonnance d'un médecin;
- d'ajuster l'ordonnance d'un médecin en modifiant certains paramètres;
- de substituer au médicament prescrit un autre médicament de la même sous-classe thérapeutique, en cas de rupture d'approvisionnement complète au Québec;
- d'administrer un médicament par certaines voies afin d'en démontrer l'usage approprié;
- de prescrire certains médicaments lorsqu'aucun diagnostic n'est requis;
- de prescrire des analyses de laboratoire aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse;
- de prescrire un médicament pour certains problèmes de santé ayant fait l'objet d'un diagnostic médical.



### UN COMITÉ POUR LE SUIVI DE L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS

Afin de soutenir les nouvelles pratiques, de répondre aux interrogations et de favoriser la collaboration optimale du médecin, du pharmacien et des autres professionnels de la santé quant aux soins requis par les patients, un comité de vigie interordres a été mis sur pied par l'OPQ et le CMQ.

L'objectif du comité est d'intervenir directement et rapidement afin de résoudre les difficultés émergentes, de prévenir les malentendus et les erreurs d'interprétation et de soutenir une prestation de soins sécuritaires et de qualité.

Les actions du comité de vigie interordres se déclinent comme suit :

- répondre aux questions soulevées par les médecins et pharmaciens (et autres professionnels de la santé) dans le cadre de l'application des activités visées par le guide d'exercice;
- s'adjoindre, au besoin, des patients partenaires, des comités d'usagers, des pharmaciens cliniciens, des médecins de famille et des médecins spécialistes, ainsi que d'autres professionnels de la santé, pour obtenir leurs conseils sur les situations exposées au comité de vigie interordres et ainsi bien orienter les actions à poser dans une perspective de soins centrés sur le patient;

- intervenir directement, au besoin, pour recommander les actions attendues de la part des professionnels concernés;
- recevoir toute question liée à une situation qui ne trouve pas réponse dans le guide d'exercice et y répondre dans les meilleurs délais;
- évaluer l'efficacité et l'efficience des processus en place et rechercher des solutions nouvelles;
- recommander à l'exécutif de l'OPQ et du CMQ les modifications nécessaires à l'application et à la bonification du contenu du guide d'exercice sur une base dynamique et continue;
- traiter de toute autre question ou situation portée à l'attention du comité.

Le comité de vigie interordres OPQ-CMQ, composé de membres des deux ordres professionnels et de représentants de patients, sera mis en place pour une période minimale d'un an à partir de la date d'entrée en vigueur des nouvelles activités. Par la suite, les deux ordres évalueront la nécessité de poursuivre les activités du comité.



Pour en savoir plus : [www.cmq.org](http://www.cmq.org)  
(section Membres, mot-clé : Loi n° 41)

## LES ATELIERS PLANIFIER SA CARRIÈRE ET SA RETRAITE À COURT, MOYEN ET LONG TERME: UN SUCCÈS INDÉNIABLE!

LE COLLÈGE DES MÉDECINS CONSTATE QUE LES MÉDECINS SEMBLENT ÉPROUVER BEAUCOUP DE DIFFICULTÉS À PRENDRE LEUR RETRAITE. POURQUOI? RAISONS FINANCIÈRES? MANQUE DE RELÈVE? CERTES, CES RAISONS SONT IMPORTANTES, MAIS CE NE SONT PAS LES SEULES. CERTAINS, POUR QUI LA MÉDECINE EST LEUR SEUL INTÉRÊT, N'ONT PAS SU OU N'ONT PAS EU LE TEMPS DE DÉVELOPPER D'AUTRES CHAMPS D'ACTIVITÉ.

Un sondage réalisé en 2008 par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec auprès de ses membres révélait que parmi les répondants:

- 55 % envisageaient la retraite après 65 ans.
- 23 % envisageaient la retraite après 70 ans.
- 60 % indiquaient que la préparation à la retraite était incomplète ou insatisfaisante.
- 73 % mentionnaient des besoins de formation en planification financière.
- 55 % soulignaient des besoins relatifs à la fermeture d'un cabinet.
- 41 % indiquaient des besoins de formation quant à la préparation psychologique à la retraite.

Afin de répondre aux besoins de la profession médicale, le Collège des médecins du Québec (CMQ), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ont mis sur pied un programme d'ateliers sur la planification de la retraite.

En se basant sur le sondage précité, les trois organisations se sont entendues pour organiser quatre ateliers visant à répondre aux préoccupations des médecins, et ont établi les objectifs suivants:

### Atelier 1: Les aspects financiers

- Décrire les éléments importants d'une planification financière de base et les réunir en prévision d'une éventuelle rencontre avec un planificateur financier.
- Définir les principaux produits financiers d'épargne et différencier les divers véhicules de placement.
- Démystifier le phénomène de décaissement et de planification/fragmentation des revenus de retraite.

### Atelier 2: Les assurances et les aspects juridiques

- Évaluer ses besoins en assurance actuels et futurs ou trouver l'aide nécessaire en la matière.
- Décrire les objectifs visés par l'élaboration d'un testament, d'un contrat d'union de fait, d'un mandat d'incapacité et d'une procuration.
- Planifier la succession au décès, y compris le besoin d'une fiducie testamentaire, le cas échéant.
- Réaliser l'impact de son statut familial dans sa planification financière et de retraite.

### Atelier 3A: Les aspects psychosociaux

- Apprivoiser le deuil de la reconnaissance des patients après le départ à la retraite.

- Reconnaître l'impact de son départ sur le fonctionnement du service hospitalier ou de la clinique.
- Juger de l'incidence de la retraite sur la vie familiale et l'entourage.
- Surmonter sa propre insécurité financière et celle de ses proches.
- S'adapter à la réduction de la charge de travail ou à la modification du champ d'activité professionnelle.
- Utiliser les différents moyens présentés afin de maintenir un équilibre de vie.

### Atelier 3B: Les aspects déontologiques et réglementaires

- Discuter des obligations du médecin en cas de changement de statut en établissement et en cabinet.
- Envisager différentes options, telles que la modification ou la réduction des activités, pour une retraite en douceur.
- Intégrer le maintien de la compétence à tout âge.
- Appliquer les aspects réglementaires liés au statut de médecin retraité en ce qui a trait aux ordonnances et à la cession des dossiers.

En 2008, au moment de la mise sur pied du programme, on dénombrait, parmi les médecins diplômés depuis plus de 40 ans, 451 médecins de famille et 1 200 médecins d'autres spécialités alors qu'en 2013, on compte 843 médecins de famille et 1 603 médecins d'autres spécialités. La poursuite du programme d'ateliers s'avère donc toujours pertinente et justifiée.

Les ateliers 1 et 2 sont dispensés par les filiales financières de la FMSQ et de la FMOQ et les ateliers 3A-B par le CMQ.

TABLEAU: NOMBRE D'INSCRIPTIONS DEPUIS LE 2 JUIN 2010

Titre de l'atelier	Nombre d'ateliers	Nombre de participants
1- Les aspects financiers	37	790
2- Les assurances et les aspects juridiques	30	560
3A- Les aspects psychosociaux	41	728
3B- Les aspects réglementaires et déontologiques	35	698

## Des réponses à vos questions

Voici les questions les plus souvent soulevées dans le cadre des ateliers.

### LES ASPECTS PSYCHOSOCIAUX

#### À quel âge les médecins prennent-ils leur retraite?

Au Québec, en 2005, l'âge médian de la retraite pour la population québécoise était de 61,4 ans pour les hommes et de 59,7 ans pour les femmes. Les données pour 2011 indiquent que les médecins de famille prennent leur retraite en moyenne à 67 ans et les médecins d'autres spécialités à 72 ans. Cette variation s'explique par l'arrivée plus tardive des médecins sur le marché du travail, car ceux-ci débutent leur vie professionnelle à un âge plus avancé que la population générale.

Le médecin devrait prendre sa retraite lorsqu'il s'y sent prêt psychologiquement et financièrement. Il vaut mieux prévoir une période de quelques mois pour organiser son départ afin d'informer adéquatement ses collègues et sa clientèle.

#### Je ne désire pas prendre ma retraite complète immédiatement : comment puis-je réduire mon horaire de travail à 2 ou 2 jours et demi par semaine?

Il est souvent difficile de réduire uniquement sa charge horaire sans modifier le type d'exercice professionnel et la clientèle suivie. Ainsi, un médecin de famille qui réduit uniquement son nombre de jours de pratique par semaine aura de la difficulté à réduire le nombre de ses patients inscrits et donc, à alléger sa charge de travail. Il est recommandé de modifier son type d'exercice, notamment en réduisant la polyvalence ou le nombre de lieux d'exercice. À titre d'exemple, le médecin pourra cesser de pratiquer à la clinique sans rendez-vous ou concentrer son exercice dans un champ particulier, comme les soins prolongés, le locomoteur, etc.

#### Si je prends ma retraite, cela affectera mon estime de soi. Comment puis-je corriger la situation?

La plupart des médecins ont peu développé les réseaux sociaux à l'extérieur de leur vie professionnelle. Leurs collègues sont leurs amis. De plus, la gratification et la reconnaissance de leurs patients au quotidien sont très importantes.

L'estime de soi, à cette étape, se trouve davantage dans la vie personnelle que dans la vie professionnelle, en apprivoisant le deuil de la reconnaissance de ses patients.

#### Est-ce que j'aurai les ressources financières suffisantes pour bien vivre à la retraite?

Les conseillers financiers consultés indiquent que, pour la majorité des médecins, l'insécurité financière n'est pas réelle. Le décaissement est une étape psychologiquement difficile pour les médecins. Ils ont peur du manque de liquidités et ce sont souvent les héritiers légaux qui profitent de leurs gains. Alors, pourquoi ne pas en profiter de votre vivant? N'oubliez pas l'adage: «Le coffre-fort ne suit pas le corbillard»!

#### Quelles sont les exigences si je désire revenir à l'exercice?

Si vous cessez l'exercice de la médecine pour une période de 3 ans ou plus, vous êtes visé par le *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins*. Si vous souhaitez exercer à nouveau, la Direction de l'amélioration de l'exercice du CMQ pourra vous guider dans la reprise de votre pratique.

### LES ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET DÉONTOLOGIQUES

#### Quel est le délai raisonnable pour aviser les patients de notre retraite?

Un préavis de deux ou trois mois répond généralement aux exigences bien que dans certaines situations il pourra être de six mois.

Le délai varie selon le type de clientèle: plus la clientèle est «captive», plus il faudra

lui donner du temps pour se trouver un nouveau médecin.

#### Qui s'occupera de mes dossiers si je suis malade, à ma retraite ou à mon décès?

Seul un médecin peut détenir un dossier médical. À moins d'être cessionnaire de ses dossiers, le médecin doit trouver un autre médecin pour s'en occuper. Généralement, pour une pratique de groupe, la clinique médicale demeure cessionnaire des dossiers.

#### Puis-je envoyer mes dossiers au Collège?

Le Collège peut agir, en dernier recours, comme cessionnaire. Cependant, des frais de gestion importants sont à prévoir.

#### Quelle est la différence entre «membre retraité» et «démissionnaire»?

Le membre retraité est toujours inscrit au tableau de l'ordre. Il doit acquitter sa cotisation de membre retraité et fait toujours partie du Collège. Il conserve certains privilèges.

Le membre démissionnaire ne fait plus partie du Collège. Il n'a aucuns frais de cotisation et il ne peut, d'aucune façon, exercer la médecine.

#### Comme membre retraité, puis-je porter secours en cas d'urgence, en avion par exemple?

Comme tout citoyen, le médecin doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate. Le médecin retraité a des notions qui peuvent être utiles, mais doit connaître ses limites. Il doit déclarer son statut.

Pour connaître les prochaines dates des ateliers: [www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Ateliers/Retraite.aspx](http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Ateliers/Retraite.aspx)

Pour s'inscrire: [ibrunet@cmq.org](mailto:ibrunet@cmq.org), 514 933-4441, poste 5330

## COLLABORER AVEC LE SYNDIC POUR ASSURER LA PROTECTION DU PUBLIC

LA PRINCIPALE FONCTION DES ORDRES PROFESSIONNELS EST D'ASSURER LA PROTECTION DU PUBLIC<sup>1</sup>. LE SYNDIC A UN RÔLE CHARNIÈRE À JOUER À CET ÉGARD. D'AILLEURS, DANS UN JUGEMENT RENDU EN 2006, LA COUR SUPRÊME A RAPPELÉ QUE « LE RÔLE DU SYNDIC D'UN ORDRE PROFESSIONNEL CONSTITUE CLAIREMENT UN DEVOIR PUBLIC. LA MISSION PREMIÈRE DU SYNDIC EST D'ENQUÊTER SUR LA CONDUITE DES PROFESSIONNELS AFIN DE PROTÉGER LES INDIVIDUS BÉNÉFICIAIRES DE LEURS SERVICES »<sup>2</sup>.

Le syndic peut, à la suite d'une information selon laquelle un professionnel a manqué à ses obligations, faire enquête à ce sujet et exiger qu'on lui fournisse tout renseignement ou tout document relatif à cette enquête. Le médecin doit répondre par écrit dans les meilleurs délais à toute correspondance provenant d'un syndic et se rendre disponible pour toute rencontre jugée pertinente<sup>3</sup>. Cela laisse peu de place à l'interprétation.

Si le professionnel ne répond pas, le syndic ne peut remplir ses propres obligations énoncées au *Code des professions*. Une telle situation paralyse le processus et transmet au public l'impression que ni le professionnel ni le syndic ne sont en mesure de le protéger.

Toute entrave ou tentative d'entrave, tout refus de collaboration, portent atteinte à ce rôle. Refuser de collaborer avec le

syndic, même lorsqu'il exige l'accès à des documents confidentiels, constitue une faute.

Des professionnels accusés de ne pas avoir répondu au syndic dans les délais requis invoquent pour expliquer leur inaction

« Les médecins doivent considérer l'obligation de répondre aux demandes du syndic comme prioritaire, cette règle ne devant souffrir aucune exception, sauf s'il y a impossibilité absolue. »

le fait qu'ils sont débordés de travail ou diverses autres raisons. Ces explications ne sont pas recevables. Les médecins doivent considérer l'obligation de répondre aux demandes du syndic comme prioritaire, cette règle ne devant souffrir aucune exception, sauf s'il y a impossibilité absolue.

Le fait d'entraver le travail d'un syndic a fait l'objet de nombreuses décisions dans lesquelles on reconnaît que ce genre d'infraction est grave et constitue un comportement inadmissible pour un professionnel, lequel doit être sanctionné en conséquence.

Dès réception d'une demande d'un syndic (p. ex. : explications, dossier d'un patient, rencontre ou autres), vous devez y donner suite promptement. Si vous avez des questions relatives aux demandes formulées, n'hésitez pas à communiquer rapidement avec le syndic qui pourra vous guider et vous préciser l'objet de sa demande. Il pourra également convenir avec vous d'un délai qui vous permettra de consulter le dossier du patient concerné et, au besoin, de recourir à des conseils éclairés auprès de vos assureurs.

Si une plainte au motif d'entrave est déposée devant un conseil de discipline, ce conseil sanctionnera le professionnel en cause et lui imposera inévitablement de collaborer avec le syndic. Alors, pourquoi entacher son dossier professionnel au Collège plutôt que de collaborer?

**Jouez le rôle de votre vie.**

**bar à lunettes**  
Marie-Sophie Dion

Sherbrooke Montréal  
Saint-Lambert Laval  
[www.baralunettes.com](http://www.baralunettes.com)

1. *Code des professions*, art. 23

2. *Binet c. Pharmascience Inc.*, 2006 CSC 48

3. *Code des professions*, art. 122, *Code de déontologie des médecins*, art. 120

## FRAIS ACCESSOIRES: CONCILIER L'INCONCILIABLE!

**CES DERNIÈRES ANNÉES, DE PLUS EN PLUS DE PATIENTS ADRESSENT AU COLLÈGE DES DEMANDES DE CONCILIATION DU SYNDIC À LA SUITE D'UN DIFFÉREND AVEC UN MÉDECIN QUANT AU MONTANT D'UN COMPTE POUR SERVICES PROFESSIONNELS. BON NOMBRE DE CES DEMANDES CONCERNENT LES FRAIS ACCESSOIRES.**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux négocie les ententes avec les fédérations des médecins visant la facturation des actes assurés alors que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) les administre. Selon ces ententes, en cabinet privé, le médecin peut demander au patient de compenser le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés.

Lorsque la RAMQ est d'avis qu'un médecin a exigé d'une personne le paiement de services assurés, elle rembourse à la personne la somme ainsi versée et en avise par écrit le médecin. La RAMQ effectue un tel remboursement uniquement lorsque la personne lui en fait la demande écrite dans l'année suivant la date du paiement<sup>1</sup>. Cet organisme ne peut intervenir pour rétablir le quantum des honoraires pour les services non couverts ou les frais accessoires. Pour ces demandes, les patients seront avisés de s'adresser au Bureau du syndic.

Il importe de rappeler que le médecin ne doit réclamer que des honoraires qui sont justifiés par la nature et les circonstances des services professionnels rendus. Il doit également afficher à la vue du public, dans l'aire d'attente du lieu où il exerce, le prix des services, fournitures et frais accessoires et des soins médicaux qu'il facture<sup>2</sup>.

**« Il va de soi que le syndic s'assurera que les demandes de paiement d'honoraires et de frais accessoires du médecin sont justes et raisonnables. »**

Il n'appartient toutefois pas au syndic d'établir une grille tarifaire pour les services professionnels non couverts par la RAMQ et pour les frais accessoires. En vertu du *Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des médecins*, le rôle du syndic se limite à procéder à la conciliation de la façon qu'il juge la plus appropriée. En discutant avec le patient et le médecin concernés, il favorisera une entente acceptable entre les deux parties.

Il va de soi que le syndic s'assurera que les demandes de paiement d'honoraires et de frais accessoires du médecin sont justes et raisonnables.

Une des demandes de conciliation de comptes les plus fréquentes concerne les frais accessoires, notamment pour le



remboursement des médicaments et agents anesthésiques. Cela concerne particulièrement les médicaments utilisés pour les infiltrations, les procédures endoscopiques ou chirurgicales, ainsi que les gouttes ophtalmiques.

Au cours des dernières années, on a noté une explosion des frais facturés aux patients pour les médicaments et les agents anesthésiques. Bien que dans la majorité des cas, le coût réel soit inférieur à 50 \$, des médecins exigent du patient des frais allant jusqu'à 700 \$, ce qui ne peut être considéré comme étant juste et raisonnable.

Nous devons insister pour rappeler que la facturation de frais accessoires doit exclusivement permettre de compenser le coût des médicaments et des agents anesthésiques utilisés par le médecin. Elle ne doit pas servir à compenser d'autres dépenses, notamment la présence de personnel, le secrétariat, le coût des locaux ou les frais d'entreposage.

1. *Loi sur l'assurance maladie*, art. 22.01

2. *Code de déontologie des médecins*, art. 104, 105



Pour en savoir plus, consultez la page Web *Contester les honoraires d'un médecin - La démarche de conciliation et d'arbitrage à la demande d'un client qui conteste les honoraires professionnels d'un médecin*, accessible dans le site Web du Collège: [www.cmq.org](http://www.cmq.org) (section Membres, mot-clé: Enquêtes).

PAR MANON POIRIER, M.D., DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC,  
 GUYLAINE BERTRAND, PHARMACIENNE, COORDONNATRICE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE, ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

## LES BENZODIAZÉPINES : UNE UTILISATION QUI N'EST PAS SANS RISQUE

À LA SUITE DE NOMBREUSES VISITES D'INSPECTION PROFESSIONNELLE, NOUS AVONS CONSTATÉ QUE LES ORDONNANCES DE BENZODIAZÉPINES SONT EN NOMBRE CROISSANT ET NE CORRESPONDENT PAS TOUJOURS AUX INDICATIONS RECONNUES.

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec désirent rappeler aux médecins que l'utilisation de ces médicaments n'est pas sans risque. Il importe de souligner que le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possible.

Une ordonnance de benzodiazépines doit être délivrée uniquement lorsque l'état de santé le justifie et à la suite d'une investigation clinique appropriée. Lorsqu'un médecin opte pour cette avenue thérapeutique, il doit viser à prescrire la plus petite dose efficace, tenir compte de la voie d'élimination de la molécule choisie et de ses métabolites, éviter de prescrire plus d'une benzodiazépine à la fois à un patient et favoriser les médicaments qui ont une courte demi-vie.

La littérature médicale rapporte plusieurs risques liés à l'utilisation des

benzodiazépines par les patients, notamment un risque accru d'accidents de la route, de chutes, de fractures, de délirium et de diminution des fonctions cognitives, soit une atteinte possible de la mémoire, de la concentration et de l'apprentissage. Certains patients se plaignent également d'une diminution de la performance au travail, d'une somnolence diurne ou d'une sédation excessive.

Il ne faut pas sous-estimer le risque réel de dépendance à ces produits qui peut se développer aussi rapidement qu'à la suite d'une utilisation sur une période de deux semaines.

De plus, il faut être particulièrement prudent quant à l'utilisation de ces médicaments pour la clientèle gériatrique. La prévalence et la gravité des effets secondaires sont significativement plus élevées parmi cette population en raison des

modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge.

Le médecin doit tenter un sevrage pour les patients chez qui les benzodiazépines ne sont plus médicalement indiquées. Le sevrage doit se faire en respectant les règles recommandées par les experts. En privilégiant une approche globale, le médecin doit alors offrir au patient d'autres options, autant pharmacologiques que non pharmacologiques pour l'aider à résoudre ses problèmes émotionnels. Il peut être utile de demander la collaboration d'un pharmacien, d'un psychiatre ou d'un psychologue, ou encore d'un intervenant doté d'une expertise en toxicomanie, pour amorcer le sevrage des patients et modifier leur traitement.

PAR SYLVIE LEBOEUF, ANNE-MARIE MACLELLAN, M.D., ERNEST PRÉSENT, M.D., DIRECTION DES ÉTUDES MÉDICALES

## ENTENTE QUÉBEC-FRANCE : MODIFICATIONS DU PROGRAMME DE SOUTIEN FINANCIER AUX CANDIDATS

DÈS L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ARRANGEMENT DE RECONNAISSANCE MUTUELLE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES DES MÉDECINS ENTRE LE QUÉBEC ET LA FRANCE (ENTENTE QUÉBEC-FRANCE) EN NOVEMBRE 2009, LES MÉDECINS SOUHAITANT OBTENIR UN PERMIS RESTRICTIF D'EXERCICE AU QUÉBEC EN VERTU DE CETTE ENTENTE ONT PU PROFITER D'UN PROGRAMME DE SOUTIEN FINANCIER OFFERT PAR RECRUTEMENT SANTÉ QUÉBEC (RSQ), UN SERVICE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS).

En vertu de ce programme, les frais d'étude de dossier ainsi que les frais liés à l'organisation et au déroulement du stage d'adaptation ont été pris en charge par RSQ pour tous les candidats. Entre novembre 2009 et décembre 2012, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a reçu plus de 180 demandes de permis de la part de candidats, dans le cadre de l'Entente Québec-France.

Des modifications importantes au programme de soutien financier offert par RSQ ont récemment été annoncées par le MSSS. Ces modifications découlent des nouvelles orientations adoptées par le MSSS pour RSQ – volet médecins, afin de s'adapter aux besoins changeants en matière de main-d'œuvre médicale. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, RSQ réserve le financement des demandes d'admissibilité

et d'organisation de stages aux candidats susceptibles d'exercer dans les spécialités pour lesquelles le MSSS reconnaît des besoins importants. Ainsi, RSQ limite son offre de soutien financier aux médecins dont la spécialité fait partie de la liste des spécialités prioritaires, déterminée par le MSSS et la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec (*voir encadré*).

Les médecins qui souhaitent se prévaloir de ce soutien financier doivent s'adresser directement à RSQ pour connaître les critères d'obtention de ce soutien. S'ils sont admissibles à un soutien financier, ils devront en déposer la preuve écrite au CMQ. À défaut de cette preuve, les candidats devront assumer tous les frais relatifs à l'étude de leur demande, ainsi qu'à l'organisation et au déroulement de leur stage d'adaptation.

À titre indicatif, les frais en vigueur pour l'année 2012-2013 sont de 700 \$ pour l'étude de dossier, de 500 \$ pour l'organisation du stage et de 13 000 \$ pour le stage d'adaptation de 3 mois. Les frais exigés pour le stage sont intégralement versés au milieu qui reçoit le candidat.

**Liste des spécialités prioritaires déterminées par la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec, telle que publiée sur le site Web de Recrutement Santé Québec en date du 1<sup>er</sup> juillet 2013 :**

- Anatomopathologie
- Chirurgie plastique
- Dermatologie
- Gériatrie
- Hématologie
- Médecine de famille (omnipratique, médecine générale)
- Médecine interne
- Médecine physique et réadaptation
- Oncologie médicale
- Pédiatrie générale
- Psychiatrie (incluant pédopsychiatrie)
- Rhumatologie

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?Besoins-prioritaires-1>



## L'Agence MediFact facture pour VOUS

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

**Nous répondons rapidement à vos besoins**

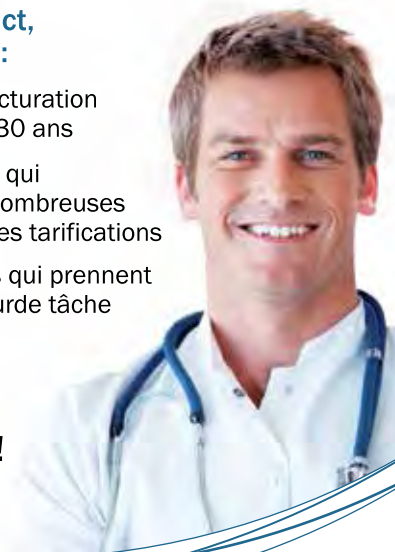
**2 MOIS GRATUITS\***  
CONTACTEZ-NOUS DÈS MAINTENANT  
ET OBTENEZ VOS 2 PREMIERS MOIS  
GRATUITS! \*

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

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

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

**On s'occupe de tout !**



**Softinfo**

Tél. : 450.466.5592 ■ 1.800.265.5592

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

## LE MOT DES VICE-DOYENS AUX ÉTUDES MÉDICALES DE PREMIER CYCLE L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES

**ADOPTER UNE APPROCHE PROGRAMME FLEXIBLE ET FONDÉE SUR L'ACQUISITION DE COMPÉTENCES EST L'UNE DES DIX RECOMMANDATIONS PROPOSÉES DANS LE DOCUMENT DE L'ASSOCIATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE DU CANADA SUR L'AVENIR DE L'ÉDUCATION MÉDICALE AU CANADA (AEMC)<sup>1</sup>.**

L'approche par compétences vise non seulement l'acquisition de connaissances (savoir), d'habiletés (savoir-faire) et d'attitudes (savoir-être), mais aussi celle d'un «savoir agir», dont le but est de permettre la mobilisation de tous ces acquis (ressources internes et externes)<sup>2</sup> pour répondre adéquatement aux situations professionnelles.

En quoi cette nouvelle orientation pédagogique constitue-t-elle un défi pour nos programmes d'études médicales prédoctorales?

Pour les étudiants et les étudiantes en médecine, cela implique des apprentissages contextualisés et la possibilité de mettre en pratique les différents acquis dans des situations les plus réelles possible.

Pour ce faire, il faut aller au-delà de l'acquisition d'un bagage de connaissances bien que celles-ci soient essentielles à la capacité d'agir avec compétence. Cette approche exige une intégration des différents savoirs et la capacité de les mobiliser en temps opportun, en particulier pour le développement de l'expertise de clinicien. Mais cela est insuffisant. Cette approche requiert le développement de compétences transversales comme la communication efficace, la collaboration intra et interprofessionnelle, le professionnalisme, un engagement envers la promotion de la santé et les attributs d'apprenant permettant d'acquérir une autonomie et un esprit critique.

Pour les programmes de formation, cette approche exige de contextualiser l'enseignement par des modalités d'apprentissage actif (par problème, par cas, par atelier, etc.) ou encore par des opportunités d'engagement dans la communauté, par une exposition clinique précoce ou par différentes activités de simulation. Cette façon de faire nécessite beaucoup plus de

ressources et d'organisation que la dispensation de cours théoriques, d'où le défi que représente la mise en œuvre de cette recommandation.

Par ailleurs, le volet de l'évaluation de la capacité d'agir avec compétence est particulièrement exigeant car il faut pouvoir apprécier l'agir professionnel dans toute sa complexité. Or, les modalités d'évaluation traditionnelles comme les examens écrits ne permettent pas de le faire, même si elles restent indiquées pour vérifier certains acquis. Comment évaluer le professionnalisme, le raisonnement clinique, l'esprit critique, le jugement, la collaboration et la communication efficace? La meilleure façon est d'observer nos étudiants et étudiantes dans des contextes les plus authentiques possible et de fournir une appréciation globale de leur performance basée sur des grilles d'observation structurées en fonction d'un référentiel de compétences détaillé.

Il faut aussi prévoir plusieurs mesures pour être capable d'apprécier la progression des étudiants et étudiantes, et mettre en place des moyens pour colliger ce type d'informations. De même, nous devons planifier des moments de rétroaction pertinente afin de leur permettre de s'ajuster et de s'améliorer. Tous ne vont pas progresser au même rythme, d'où la nécessité pour nous d'offrir des cheminements plus flexibles, prévoyant des activités complémentaires, des curriculums à durée variable ou d'autres moyens de parfaire leurs compétences. Par flexibilité, nous entendons également offrir dans le cadre du curriculum des occasions de faire des choix permettant de développer des intérêts distinctifs (santé mondiale, santé internationale, gestion, recherche, droit de

la santé, etc.). Ces profils ou champs d'intérêt particulier ont une valeur intrinsèque. De plus, ils deviennent une source de motivation et d'engagement, deux facteurs qui favorisent l'intégration des compétences.

L'approche de l'agir avec compétence est actuellement considérée comme la voie de l'avenir de la formation des futurs professionnels de la santé. Nos différents programmes ont énormément investi au cours de la dernière décennie pour mettre en place des curriculums axés sur le développement des compétences. Malgré tous les efforts consentis, la complexité de cette approche nous oblige à continuer de développer et de modifier nos programmes afin d'offrir aux médecins de demain une formation qui leur permettra de mieux répondre aux exigences de leur pratique.

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

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

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

1. [http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctor-project/pdf/vision\\_collective.pdf](http://www.afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/medical-doctor-project/pdf/vision_collective.pdf)  
2. LE BOTERF, Guy. *Développer la compétence des professionnels*, Paris, Éditions d'Organisation, 2002, 311 p.

## AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
<b>VOTRIENT®</b> (chlorhydrate de pazopanib)	Traitement des patients atteints d'un adénocarcinome rénal métastatique (à cellules claires) comme traitement général de première intention ou comme traitement général de deuxième intention après un traitement par une cytokine pour soigner une maladie métastatique.	Changement important relatif à la fréquence du dosage des marqueurs sériques d'hépatotoxicité
<b>VOLUVEN<sup>MD</sup></b> et <b>VOLULYTE<sup>MD</sup></b> (hydroxyéthylamidon [HEA])	Traitement de l'hypovolémie lorsqu'une expansion du volume plasmatique est nécessaire. Ces produits ne sont pas des substituts aux globules rouges ou aux facteurs de coagulation du plasma.	Association des solutions à base d'hydroxyéthylamidon à une mortalité accrue et à des lésions rénales graves
<b>RITUXAN®</b> (rituximab)	Traitement du lymphome non hodgkinien (LNH), de la leucémie lymphoïde chronique (LLC), de la polyarthrite rhumatoïde (PR), de la granulomatose avec polyangéite (GPA, aussi connue sous le nom de granulomatose de Wegener), et de la polyangéite microscopique (PAM).	Réactivation du virus de l'hépatite B (VHB) chez des patients traités par RITUXAN® (rituximab) : mises à jour sur le dépistage et la prise en charge

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

# Vous avez peu de temps, nous le savons.



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

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

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



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



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

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

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

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

2 décembre, à 16 h, Montréal (en anglais)



### LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Atelier de 6 heures visant à l'amélioration de la relation médecin-patient lors de la consultation.

4 octobre, à 9 h, Montréal



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

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

6 novembre, à 9 h, Montréal



### COMMENT ANNONCER UNE MAUVAISE NOUVELLE

Atelier sur l'application de trois étapes de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

18 octobre, à 9 h, Sainte-Agathe-des-Monts

1<sup>er</sup> novembre, à 13 h, Drummondville



### 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).

10 octobre, à 18 h, Baie-Saint-Paul

22 octobre, à 15 h, Montréal

12 novembre, à 12 h, Rivière-des-Prairies

5 décembre, à 8 h 30, Montréal (pour les anesthésiologistes seulement)



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

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

18 octobre, à 10 h 45, Sainte-Agathe-des-Monts



### LA RELATION DIFFICILE – UN CADRE D'INTERVENTION

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

1<sup>er</sup> novembre, à 14 h 45, Drummondville



**SI VOUS DÉSIREZ ORGANISER UNE ACTIVITÉ, VEUILLEZ ADRESSER VOTRE DEMANDE À**

**Isabelle Brunet, Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec**

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

## FORMATION EN LIGNE SUR LE SOUTIEN À LA PRISE DE DÉCISION ÉCLAIRÉE CONCERNANT LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR MAMMOGRAPHIE

Cette formation, au coût de 50 \$, s'adresse aux médecins qui souhaitent s'outiller afin d'aider les femmes ciblées par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) à prendre une décision éclairée quant à leur participation au dépistage par mammographie.

**Information :** <http://campusvirtuel.inspq.qc.ca/pages/decision-sein>

Il s'agit d'une production conjointe du Ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Institut national de santé publique du Québec et de la Chaire de recherche du Canada en implantation de la prise de décision partagée dans les soins primaires de l'Université Laval.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Collège des médecins du Québec, la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, le Collège québécois des médecins de famille et la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ont également collaboré.

### AVIS DE RADIATION (dossier : 24-11-00762)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Nelson Ubani** (72033) (chirurgie générale), exerçant la profession de médecin à Montréal (Québec), a été radié provisoirement, séance tenante, le 18 novembre 2011.

Le 13 décembre 2011, le Dr Ubani a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit :

*d'avoir, depuis le 21 juin 2011, continué à exercer la médecine à son cabinet privé du chemin de la Côte-des-Neiges, sans la présence d'un maître de stage, alors qu'il savait faire l'objet d'une limitation provisoire d'exercice imposée par le conseil de discipline, l'auto-*

*risant à poser des actes médicaux aux seules fins de l'exécution d'un stage de perfectionnement en médecine familiale (chef 1).*

Le 28 mars 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Nelson Ubani une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux ans sur l'unique chef de la plainte.

Le 24 avril 2012, le Dr Ubani 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 récent jugement du Tribunal des professions

rendu le 4 juillet 2013 et signifié au Dr Ubani le 15 juillet 2013 rejette l'appel. La décision du conseil de discipline à l'effet de radier le Dr Nelson Ubani est confirmée.

Le Dr Nelson Ubani est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux ans à compter du 15 juillet 2013. (*Période à laquelle sera soustraite la période de radiation provisoire débutée le 18 novembre 2011*)

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

Montréal, le 23 juillet 2013  
M<sup>e</sup> CHRISTIAN GAUVIN, avocat  
Secrétaire du conseil de discipline

### AVIS DE RADIATION PROVISOIRE (dossier : 24-11-00795)

Prenez avis que le 18 février 2013, le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec a prononcé séance tenante la radiation provisoire du tableau de l'ordre de **Dr Jean-Guy Daniels** (85462), exerçant la profession de médecin à Asbestos, jusqu'à décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

Dr Jean-Guy Daniels est accusé d'avoir commis des infractions à la Loi et aux Règlements du Collège tel qu'il appert de la plainte numéro 24-13-00795 déposée au Greffe de discipline en même temps que la requête en radiation provisoire.

L'acte reproché au Dr Jean-Guy Daniels a notamment trait à :

*de ne pas avoir permis au syndic adjoint de le rencontrer et de l'interroger, malgré notamment ses lettres des 29 novembre 2012 et 9 janvier 2013, négligeant ou refusant de se rendre disponible, de lui répondre, de se présenter ou de faire savoir où il peut être rejoint, entravant ainsi l'enquête à son sujet portant sur sa situation actuelle, sa santé, des allégations de consommation de substances psychotropes, dont la cocaïne, et son aptitude actuelle à exercer la médecine de façon sécuritaire (chef 1).*

Le Dr Jean-Guy Daniels a reçu signification de cette ordonnance de radiation provisoire le 18 février 2013, séance tenante, laquelle radiation est exécutoire à compter

de cette date, et ce, nonobstant appel. Une décision écrite rendue par le conseil de discipline le 12 juin 2013 confirme la radiation provisoire.

Le Dr Jean-Guy Daniels est donc radié provisoirement du tableau de l'ordre à compter de la date de signification à l'intimé, soit le 18 février 2013, et ce, jusqu'à décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

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

Montréal, le 19 juillet 2013  
M<sup>e</sup> CHRISTIAN GAUVIN, avocat  
Secrétaire du conseil de discipline

### AVIS DE RADIATION (dossier : 24-08-00691)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Claude Pomerleau** (73429), exerçant la profession de médecin (obstétrique et gynécologie) à Saint-Georges (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 prescrit ou d'avoir permis que soit administré un protocole d'utilisation d'ocytocine (Syntocinon) [...], particulièrement vers 10 h 30 le 6 février 2006, notamment en s'en remettant au personnel infirmier, sans connaître véritablement la concentration ni la dose véritablement administrée, sans s'assurer d'une surveillance appropriée du cœur fœtal, alors que la patiente était dans le bain-tourbillon et que la dose de Syntocinon était augmentée malgré l'absence de monitoring continu (chef 1b);*

*d'avoir procédé intempestivement et contrairement aux données de la science médicale lors de l'accouchement de la patiente notamment en négligeant de rappeler l'obstétricien gynécologue de garde, à la suite de sa consultation en vue de procéder à une césarienne d'urgence en raison de l'apparition de signes inquiétants de décélération du cœur fœtal, alors que la patiente, une primipare, présentait une dilation évaluée entre 8 et 9 centimètres et une station à zéro (0) procédant plutôt à l'application d'un*

*forceps au détroit moyen, sans prendre préalablement les précautions afin de s'assurer de la disponibilité d'une équipe chirurgicale en cas d'échec, se plaçant ainsi dans une situation difficile, voire d'urgence, et appliquant de plus de façon asymétrique les lames du forceps, causant ainsi un traumatisme oculaire au bébé (chef 1c);*

*d'avoir prescrit ou d'avoir permis que soit administré un protocole d'utilisation d'ocytocine (Syntocinon) [...], particulièrement vers 11 h le 26 janvier 2008, notamment en s'en remettant au personnel infirmier, sans connaître véritablement la concentration ni la dose véritablement administrée, sans s'assurer d'une surveillance appropriée du cœur fœtal, alors que la patiente était dans le bain-tourbillon et que la dose de Syntocinon était augmentée malgré l'absence de monitoring continu (chef 2b);*

*d'avoir tenté intempestivement de procéder à un accouchement par forceps, malgré que la présentation était au détroit supérieur [...], sans prendre de plus les précautions requises notamment sans s'assurer préalablement de la disponibilité d'une équipe chirurgicale en cas d'échec (chef 2c);*

*d'avoir procédé intempestivement à des manœuvres avec les forceps, à savoir en procédant successivement à trois (3) tractions modérées et, après réapplication des lames, à une (1) traction forte, un tel acharnement étant*

*contraire aux données de la science et comportant des risques importants pour la santé et la sécurité du bébé (chef 2d).*

Le 15 mars 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Claude Pomerleau une radiation du tableau de l'ordre pour une période de six (6) mois sur les chefs 1b), 1c), 1d), 2b), 2c), 2d) de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

En outre, le 16 avril 2012, le Dr Pomerleau 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 récent jugement du Tribunal des professions rendu le 16 mai 2013 et signifié au Dr Pomerleau le 21 mai 2013 accueillait en partie l'appel et confirmait les décisions sur culpabilité et sanction quant aux chefs d'infraction 1b), 1c), 2b), 2c) et 2d).

Le Dr Claude Pomerleau est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de six (6) mois à compter du 21 mai 2013.

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

Montréal, le 13 juin 2013  
M<sup>e</sup> CHRISTIAN GAUVIN, avocat  
Secrétaire du conseil de discipline

**AVIS DE RADIATION**  
(dossier : 24-08-00675)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Pierre Mailloux** (74373), exerçant la profession de médecin (psychiatrie) à Louiseville (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 commis des actes dérogatoires dans le cas des patients suivants :

*un jeune garçon de 12 ans évalué et suivi à l'Hôpital de Louiseville à partir de mars 2003 pour agressivité et trouble de comportement, chez qui des diagnostics avaient déjà été établis, notamment celui de TDAH mixte (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité), de déficience intellectuelle légère, de trouble oppositionnel et de l'attachement et de trouble anxieux, le tout dans un contexte de carence affective et de manque de compétences parentales avec suspicion d'abus physiques, diagnostiquant intempestivement un « trouble psychotique depuis l'âge de 5-6 ans (autisme ou schizo. infantile?) » alors que le dossier ne permettait pas de soutenir un tel diagnostic et, malgré l'obésité de l'enfant, combinant intempestivement deux antipsychotiques à doses massives soit Séroquel jusqu'à 1950 mg/jr et Risperdal jusqu'à 7 mg/jr, notamment sans procéder à des examens de base (tels un ECG, un profil lipidique et une glycémie) ni à un questionnaire sur les symptômes d'hyperprolactinémie, en ne révisant pas son diagnostic malgré l'absence de résultats probants et l'apparition d'effets secondaires préoccupants (telles une augmentation importante de poids et l'apparition de dystonie musculaire) et en ne considérant pas d'autres approches que pharmacologiques, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient (chef 1);*

*un enfant de 8 ans qu'il a suivi à partir de novembre 2006 à l'Hôpital de Louiseville, procédant à une évaluation déficiente sans tenir compte des évaluations antérieures et concluant intempestivement à un « trouble psychotique évoluant depuis 2 ans et croissant » alors que les évaluations et les observations antérieures orientaient toutes vers un diagnostic de TDAH, de trouble oppositionnel avec provocation, d'énurésie nocturne, de trouble à l'initiation du sommeil, de trouble d'apprentissage possible et de trouble relationnel intrafamilial en lien avec une symptomatologie anxio-dépressive, sans évaluer le potentiel d'apprentissage, et en lui prescrivant une pharmacothérapie inadaptée à sa condition, en l'occurrence du Séroquel jusqu'à 75 mg/jr, privant ainsi son patient d'un traitement plus spécifique pour ces conditions, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient (chef 3);*

*un enfant âgé de 9 ans et 11 mois, qu'il a suivi à l'Hôpital de Louiseville à partir de novembre 2002, en posant intempestivement un diagnostic de « schizophrénie infantile probable avec délire paranoïde et hallucinations visuelles et auditives de longue date et problème majeur de contact avec la réalité » alors que les informations rapportées et les évaluations antérieures soulevaient plutôt une forme de retard mental avec trouble spécifique du langage et que la panoplie de symptômes anxieux ressemblait plutôt à des peurs développementales, en interprétant faussement comme étant des hallucinations visuelles des illusions imaginées par l'enfant et en lui prescrivant intempestivement, sans bilan préalable ni évaluation neurologique une médication neuroleptique à doses élevées pour un enfant de cet âge, en l'occurrence du Séroquel à des doses de 300 à*

*600 mg par jour, autorisant même la mère à les augmenter jusqu'à 900 mg par jour, causant ainsi l'apparition d'effets secondaires graves, soit une dystonie respiratoire risquant de causer une décompensation respiratoire, compromettant ou risquant ainsi de compromettre la santé de son patient (chef 4);*

*une fillette âgée de 6 ans, qu'il a suivie à l'Hôpital de Louiseville de novembre 2006 à février 2007, rapportant notamment qu'elle avait de nombreuses peurs, qu'elle se parlait à elle-même ainsi qu'à sa poupée et faisait des bruits de bouche à l'école, concluant à « un tableau clinique compatible avec un trouble psychotique chez l'enfant » sans avoir suffisamment d'éléments pour supporter un tel diagnostic, un tel comportement pouvant être rencontré chez les enfants de cet âge vivant des situations angoissantes, alors que les observations scolaires permettaient plutôt de poser un diagnostic de TDAH mixte et de soupçonner une problématique anxieuse, et en lui prescrivant intempestivement une médication neuroleptique, en l'occurrence Séroquel qui, à des doses de 100 mg/jr, a induit de la somnolence et des troubles de coordination et exacerbé le trouble anxieux, alors qu'il y avait nécessité d'investiguer le trouble d'apprentissage en évaluant les capacités intellectuelles de l'enfant, et d'utiliser une médication plus appropriée pour le traitement du TDAH, compromettant ou risquant de compromettre la santé de sa patiente (chef 5);*

*un jeune garçon âgé de 6 ans qu'il a suivi à l'Hôpital de Louiseville à partir de janvier 2003 pour un problème d'autisme, en lui prescrivant une forte médication neuroleptique, en l'occurrence du Séroquel qu'il a augmenté rapidement entre décembre 2005 et février 2006, passant de 100 à 500 mg/jr sur une période de 1 1/2 mois, et du Risperdal jusqu'à des doses quotidiennes de 6 mg, utilisant même ces médicaments de façon concomitante pendant une certaine période, même s'ils se sont avérés inefficaces pour faire disparaître les « bizarreries » liées au syndrome de l'autisme qui d'ailleurs ne se traitent pas pharmacologiquement, induisant plutôt des symptômes (vomissements, palpitations, difficultés respiratoires, agitation) devant soulever des hypothèses diagnostiques en terme d'effets secondaires possiblement reliés à la médication (soit intoxication médicamenteuse, dystonie respiratoire, troubles du rythme cardiaque, akathisie) qui auraient justifié une baisse ou même un arrêt de la médication et une investigation immédiate, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient (chef 6);*

*en concluant en mai 2006 à un diagnostic de « psychophrénie infantile avec troubles moteurs et déficit d'attention » chez cet enfant de 11 ans 3/4, alors que les évaluations antérieures orientaient plutôt vers un diagnostic de TDAH mixte et de trouble oppositionnel avec provocation, malgré une histoire de cas ne permettant pas de soutenir la présence d'éléments psychotiques (voir ou entendre des « fantômes » à cet âge apparaît de l'ordre d'un trouble anxieux), sans procéder à une évaluation cognitive malgré les graves difficultés scolaires et, sans avoir vérifié préalablement les antécédents cardiaques personnels et familiaux de l'enfant, en lui prescrivant deux antipsychotiques atypiques soit Risperdal jusqu'à 3.5 mg/jr puis Séroquel, passant rapidement de 100 mg à 500 mg/jr sur 2 mois,*

*causant l'apparition d'effets secondaires tels de l'akathisie, des troubles moteurs et vocaux et de la dystonie sans améliorer pour autant le TDAH, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient, (chef 7);*

*une jeune fille de 11 ans qu'il a évaluée à l'Hôpital de Louiseville en octobre 2006, retenant intempestivement un diagnostic de « dysphasie secondaire à un syndrome d'Asperger » à la suite d'une évaluation sommaire, sans évoquer les diagnostics les plus plausibles, soit celui de TDAH mixte, de trouble oppositionnel avec provocation, de trouble d'apprentissage et du langage, d'intelligence frontière, lui prescrivant des doses injustifiées de neuroleptiques, soit Séroquel augmenté rapidement jusqu'à 600 mg par jour, malgré notamment un important gain de poids (plus de 20 lb en quatre mois) chez une patiente déjà obèse, sans demander préalablement un bilan sanguin et un ECG ni procéder à une évaluation neurologique, sans revoir son hypothèse diagnostique et thérapeutique devant la non (sic) réponse au traitement et sans proposer d'alternatives médicamenteuses plus spécifiques pour le traitement du TDAH ni envisager d'autres approches que pharmacologiques, compromettant ou risquant de compromettre la santé de sa patiente (chef 8);*

*un jeune garçon de 11 ans qu'il a évalué en février 2004, concluant intempestivement à un diagnostic de « psychophrénie infantile » alors que les données du dossier médical orientaient vers un TDAH mixte sévère avec trouble des conduites et fonctionnement intellectuel limite, en présence d'une dysfonction familiale avec violence, d'un manque de stimulation parentale, d'une histoire de TDAH chez un frère et de troubles des conduites chez le père, en ne cherchant pas à étayer son dossier, en ne procédant pas à la recherche d'abus sexuels suggérés par la symptomatologie ni à l'évaluation chez cet enfant d'un trouble de l'attachement, et en lui prescrivant intempestivement, sans monitoring étroit des effets secondaires, un neuroleptique à doses élevées, soit Séroquel qu'il a augmenté jusqu'à 1250 mg/jr, causant un gain de poids significatif de 36 lb en un an et des signes d'intoxication (nausées, vomissements, palpitations et étourdissements), sans envisager un changement de stratégie thérapeutique ni d'alternatives autres que pharmacologiques, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient (chef 9);*

*un jeune garçon de 7 1/2 ans qui lui était référé en septembre 2002 pour trouble de comportement à l'école avec difficultés scolaires et humeur dysphorique (pleurs, agressivité et propos suicidaires depuis plusieurs mois), concluant intempestivement à une « possibilité de schizophrénie infantile » associée à un « syndrome hyperkinétique » sur la base d'hallucinations vraisemblablement de nature anxieuse, lui prescrivant intempestivement un neuroleptique atypique, soit Séroquel qu'il a augmenté jusqu'à des doses dépassant 600 mg/jr, soumettant ainsi l'enfant à des risques associés à l'usage de hautes doses de neuroleptiques, négligeant la problématique affective et le privant du traitement approprié, compromettant ou risquant de compromettre la santé de son patient (chef 10);*

*un patient âgé de 35 ans présentant un trouble de consommation et souffrant clairement d'un trouble*

bipolaire, qu'il a suivi du mois d'août 2004 au mois de septembre 2006, concluant intempestivement à un diagnostic de schizophrénie, malgré des indices très insuffisants pour justifier un tel diagnostic et la conduite clinique qui en découle, lui prescrivant une médication neuroleptique injustifiable quant au choix et quant aux doses utilisées, notamment la quétiapine (Séroquel) jusqu'à des doses de 1500 mg/jr et du décanoate de zuclopenthixol (Clopixol) à des doses de 200 mg i.m q. 2 semaines, négligeant par surcroît le suivi des effets secondaires hypotensifs, sédatifs et métaboliques de la quétiapine, des effets extrapyramidaux (acathysie) du clopixon et les effets anticholinergiques (troubles visuels) de la procyclidine et sans s'assurer d'un examen neurologique adéquat ni obtenir de tests de laboratoire avant ou pendant l'utilisation de la médication (chef 11);

un patient de 40 ans présentant un problème d'éthylisme, de toxicomanie et des troubles caractériels avec possibilité d'éléments psychotiques légers liés à l'abus de substances ou à une schizophrène paranoïde (sic), qu'il a suivi de septembre à décembre 2005, lui administrant d'emblée des mégadoses de neuroleptiques totalement injustifiées, notamment du décanoate de clopixon à des doses de 800 mg i.m. aux deux semaines en plus de quétiapine (Séroquel) jusqu'à des doses de 1500 mg/jr, avec escalade rapide en quelques

jours de 0 à 600 mg, sans suivi métabolique ou neurologique avant ou pendant l'introduction de la pharmacothérapie, cette combinaison ayant causé au patient un trouble confusionnel aigu d'intensité grave, le tout constituant une pratique dangereuse non conforme aux données de la science médicale (chef 12);

un patient de 35 ans souffrant de schizophrénie paranoïde chronique avec délire d'influence et de persécution malgré une médication antipsychotique significative, ayant requis de nombreuses hospitalisations antérieures pour cette condition et sous ordonnance de traitement et d'hébergement depuis le 25 avril 2007, le CHUM étant désigné comme établissement exécuteur de l'ordonnance, qu'il a évalué le ou vers le 26 juillet 2007 à son cabinet de Trois-Rivières et, sans obtenir le dossier médical antérieur du patient ni communiquer avec son médecin traitant, en cessant d'emblée sa médication qu'il a remplacée par une prescription de Fluaxol 100 mg i.m. q. 1 semaine pour 3 semaines à augmenter graduellement par la suite, lui réclamant de plus des honoraires d'environ 300 \$ l'heure malgré qu'il soit inscrit comme médecin participant à la Régie d'assurance maladie du Québec et que les services dispensés au patient sont des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance maladie, faisant ainsi défaut de sauvegarder son indépendance professionnelle et d'éviter notamment de réclamer des honoraires dont le coût doit

être payé par un tiers, le tout constituant une pratique inappropriée (chef 14).

Le 3 février 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Pierre Mailloux une radiation du tableau de l'ordre pour une période d'un an sur les chefs 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 14 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

En outre, le 23 février 2012, le Dr Mailloux 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 récent jugement du Tribunal des professions rendu le 29 avril 2013 rejetait l'appel et confirmait les décisions du conseil de discipline sur culpabilité et sanction.

Le Dr Pierre Mailloux est donc radié du tableau de l'ordre pour une période d'un an à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013.

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

Montréal, le 20 juin 2013  
M<sup>e</sup> CHRISTIAN GAUVIN, avocat  
Secrétaire du conseil de discipline

# MÉDECINS D'EXCEPTION recherchés

**Vous côtoyez ou connaissez un collègue remarquable, actif professionnellement :**



Qui incarne des valeurs d'humanisme, d'engagement social et de philanthropie.

**PRIX D'HUMANISME**



Qui contribue, par son apport sur le plan scientifique ou académique, à l'évolution de la profession médicale et à l'amélioration de la qualité de l'exercice de la médecine.

**PRIX D'EXCELLENCE**

**Soumettez sa candidature à l'un des deux prix décernés par le Collège des médecins lors de son colloque annuel du 9 mai 2014 au Château Frontenac, à Québec.**

## Mise en candidature

Pour soumettre la candidature d'un médecin, vous devez faire parvenir au comité de sélection :

- une lettre de présentation dans laquelle vous indiquez le prix pour lequel vous soumettez sa candidature et décrivez comment ce médecin s'est distingué;
- des témoignages d'autres collègues et de son entourage;
- son curriculum vitae et un dossier de presse (documents optionnels).

**Faites parvenir la mise en candidature au plus tard le 20 novembre 2013 par courrier ou par courriel à :**

**PRIX D'HUMANISME ou PRIX D'EXCELLENCE (spécifiez)**

Service des communications ■ Collège des médecins du Québec  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8  
maforget@cmq.org

## PÉRIODE : DU 22 MAI AU 15 AOÛT 2013

Le Collège des médecins a été informé du décès des médecins suivants et offre ses sincères condoléances aux familles et aux proches.

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	TYPE DE PRATIQUE	LIEU D'EXERCICE
Bédard, Gilles	54011	Médecine communautaire	Montréal
Brière, Claude	63072	Anesthésiologie	Victoriaville
Chartrand, Yvon	53039	Chirurgie générale	Montréal
Drouin, Guy	62284	Urologie	Montréal
Dumas, Bruno	72103	Ophthalmologie	Rimouski
Duprat, Gérard E.	53213	Chirurgie générale	Bromont
Faucher, Raymond	63117	Urologie	Saint-Lambert
Forbes, Clarke Robert D.	74517	Anatomo-pathologie	Toronto
Grand'Maison, Yvon	67230	Médecine de famille	Laval
Gurekas, Vydas Léo	77378	Médecine de famille	Témiscaming
Hale, Burt B.	50085	Radiologie diagnostique / Radio-oncologie	Lachute
Houde, Laurent	53093	Psychiatrie	Mont-Saint-Grégoire
Laberge, Raymond	44031	Médecine de famille	Lac-Beauport
Lapierre, André*	55091	Médecine communautaire	Outremont
Laroche, Luc	59174	Médecine de famille	Ottawa
Lazar, Léon	71441	Psychiatrie	Outremont
Lehner-Netsch, Gertrude	71088	Hématologie	Québec
Lemieux, Lionel H.	47090	Neurologie	Montréal
Mathieu, Michel P.	66090	Médecine de famille	Outremont
Matteau, René	50123	Urologie	Trois-Rivières
Mc Cracken, Peter Neil	75682	Médecine interne / Gériatrie	Edmonton
Morin, André	93250	Psychiatrie	Drummondville
Noël, Louis	65240	Radiologie diagnostique	Saint-Gédéon
Piché, Johanne	85377	Psychiatrie	Shawinigan-Sud
Pomier Layrargues, Gilles	81643	Gastroentérologie	Montréal
Proulx, André	51185	Médecine interne / Cardiologie	Laval
Thibaudeau, Yvan	56192	Médecine interne / Oncologie médicale	Hampstead
Tougas, J. Roger	61224	Médecine de famille	Venise-en-Québec
Tremblay, Gérard	60238	Cardiologie / Médecine interne	Montréal

\* Le Dr André Lapierre a œuvré au Collège des médecins du Québec de 1968 à 1994, notamment à titre de secrétaire adjoint à la Direction générale. Nous tenons à souligner son apport significatif à la profession médicale, sa contribution à la modernisation du Collège et son soutien au Programme d'aide aux médecins du Québec.

## | NOUVEAUX MEMBRES

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

## PÉRIODE : DU 22 MAI AU 15 AOÛT 2013

### MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF

Ben M'Rad, Mona  
Cailhol, Agnès  
Caussade, Sébastien  
De Guerke, Lara  
Fallet-Bianco, Catherine  
Gallix, Benoît  
Guérin, Gabriel  
Hamze Sinno, Rima

Jouan, Anne-Marie  
Kadoch, Cynthia  
Kaminski, Flaminia  
L'Espérance, Marie-Claude  
Leclerc, Élisabeth  
Lehmann, Pierre  
Monceau, Élise Marie Renée  
Mondesert, Blandine Anne Pauline

Nguyen, Quang-Liem  
Noël-Lamy, Maxime  
O'Brien, Jeremy Joseph  
Pham, Magali  
Rabeantoandro, Veloharisoa Santa  
Respondek, Claude  
Riello De Moura Santos, Leticia  
Rizk, Fadi

Saliba, Chadi  
Smail, Nassima  
Thomas-Chaussé, Frédéric  
Toueg, Charles-William  
Vermette-Marcotte, Anne-Éricka

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

**PÉRIODE : DU 22 MAI AU 15 AOÛT 2013**

## MÉDECINS SPÉCIALISTES

### ANATOMO-PATHOLOGIE

Akhdar, Abbas  
 Aouachri Makhlof, Ahlem  
 Gagné, Isabelle  
 Joubert, Philippe  
 Lachapelle, Jonathan  
 Saldarriaga Jaramillo, Andres  
 Wang, Hangjun

### ANESTHÉSIOLOGIE

Barbos, Remus  
 Blackburn, Diana  
 Boucher, Valérie  
 Canuel, Jean-François  
 Cupido, Tracy  
 Desjardins, Philippe  
 Desjardins-St-Jean, Olivier  
 Dubois, David  
 Duhaime, Benoît  
 Fillion, Karine  
 Fournier, Julie  
 Gagnon, Pierre-Olivier  
 Germain, Geneviève  
 Grégoire-Bertrand, Félix  
 Halwagi, Antoine  
 Janelle, Geneviève Virginie  
 Laurence, Marie-Ève  
 Malenfant-Rancourt, Marie-Pier  
 Michaud, Martin  
 Pellerin, Marie-Pierre  
 Richer-Séguin, Émilie  
 Ryan, Gail Lynn  
 St-Pierre, Patrick

### ANESTHÉSIOLOGIE / MÉDECINE DE SOINS INTENSIFS

Alhashemi, Jamal Abdulwali

### BIOCHIMIE MÉDICALE

Boumati, Malika

### CARDIOLOGIE

McNeal-Davidson, Ariane

### CHIRURGIE CARDIAQUE

Jacques, Frédéric

### CHIRURGIE GÉNÉRALE

Bourassa, Claude  
 Gaboriault, Josée  
 Gagnon, Émilie

L.-Cayer, Isabelle  
 Lortie, Marie-Andrée  
 Mailloux, Olivier  
 Milot, Hélène  
 Nguyen, Olivier  
 Rousseau, Mathieu  
 Sirois-Giguère, Élise

### CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Awogni, David  
 Champagne, Philippe Hugo  
 Chémaly, Olivier  
 Desloges, William  
 Desy, Nicholas  
 Lavoie, Denis  
 Leblanc, Elisabeth  
 Radulescu, Mihail  
 Schlader, Eric  
 Thibaudeau, Pascale

### CHIRURGIE PLASTIQUE

Hamelin, Nicolas  
 Sinno, Hani  
 Thériault, Benoît

### DERMATOLOGIE

Brassard, Danielle  
 Gagné Henley, Angélique  
 Sowerby, Laura Marie

### GASTROENTÉROLOGIE

Moreau, Brigitte

### GÉNÉTIQUE MÉDICALE

Lefebvre, Maude

### MÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Rebbah, Karima  
 Valderrama Guevara, Alena Francisca

### MÉDECINE D'URGENCE

Beaulieu, Dominic  
 Bégin, François  
 Castonguay, Véronique  
 Ranger, Luc

### MÉDECINE DE FAMILLE

Abadir, Christopher  
 Alder-St-Germain, Tristan  
 Amireault, Philippe  
 Annabi, Kawtar

Arnone, Krystina  
 Arsenault, Nancy  
 Asbar, Yara  
 Asselin, Mélissa  
 Asselin, Renaud  
 Aubé, Mélissa S.  
 Auger-Lafond, Michaël  
 Avedian, Taniela  
 Bayette-Morin, Isabelle  
 Benelbar, Razika  
 Bigras-Dunberry, Laurence  
 Bilodeau, Pierre-Marc  
 Bilodeau, Rosalie  
 Bishop, Jonathan William  
 Blais-Laurier, Guillaume  
 Blanchet, Alexandra  
 Blanchet, Julie  
 Blanchette, Amélie  
 Boianu, Manuela  
 Bolduc, Isabelle  
 Bouchard-Trottier, Valérie  
 Boucher, Emilie  
 Bourgeois, Antoine  
 Buote, Katherine  
 C. Latrémouille, Anouck  
 Cagelais, Chantal  
 Carroll, Marie-Claire  
 Casaubon, Sarah  
 Cauchon, Daniel  
 Chabot Naud, Andréa  
 Charpentier-Côté, Catherine  
 Charron, Catherine  
 Chouinard, Samia-Maude  
 Coiteux, Simon  
 Couture, Jean-François  
 D. Richard, Isabelle  
 Daigle, Louis  
 Dallaire Pelletier, Judith  
 Denis-Kieffert, Colin  
 Déry, Marie-Hélène  
 Deschênes, Mélissa  
 Dionne, Josée-Anne  
 Doré, Claude-René  
 Dubé, Catherine  
 Dubuc Dumas, Janie  
 Dubuc Gaudreau, Philippe  
 Dubuc, Virginie  
 El Kahel, Sofia  
 Elie-Bouchard, Catherine  
 Ferreira, Carina  
 Forest, Camille B.



Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

**PÉRIODE: DU 22 MAI AU 15 AOÛT 2013**

**MÉDECINE DE FAMILLE (suite)**

Fortier, Marie-Michèle  
 Fortin, Jean-Simon  
 Fournier, Marc-Olivier  
 Fournier, Michèle  
 Francoeur, Bruno  
 Freeman-Joncas, Evelyne  
 Fuller, Colleen  
 Fyfe, Christine  
 Gagné, Judith  
 Gagné, Mirika  
 Gagné, Roxane  
 Gagnon, François  
 Gallou, Chantal  
 Gaudreault, Daisy  
 Gaumont, Geneviève  
 Gauthier, Amélie  
 Ghaderi, Bahareh  
 Guertin, Sophie  
 Hamel-Cyr, Marika  
 Hammam, Sami  
 Hautcoeur-Tedeschi, Gisèle  
 Houde, Andréanne  
 Houde, Billy  
 Houle, Marie-Andrée  
 Houssaini, Najlaa  
 Hudon, Martin  
 Johnson, Noémie Marie  
 Kanevsky, Michael  
 Karczewska, Marta  
 Khoukaz, Katia  
 Kujavsky, Andrew  
 L'Anglais, Marie Ève  
 Labbé, Pierre-François  
 Landry, François Jacques  
 Landry, Marie-Eve  
 Lapierre, Mélanie  
 Lapointe, Andréanne  
 Lapointe, Stéphanie  
 Lazure-Gilbert, Caroline  
 Leavitt, Amelia  
 LeBlanc, Anne-Marie  
 Leclerc-Gagné, Karen  
 Lefebvre, Marianne  
 Lefebvre, Tammy  
 Lefort, Andréanne  
 Lemay, François  
 Lepage-Sabourin, Isabelle  
 Leroux, Marie-Philip  
 Lessard, Marylène  
 Létourneau Laroche, Gabrielle  
 Levi, David

Lopez, Julian  
 Lord, Sébastien  
 Lupien, Jérémie  
 Lussier, Jonathan  
 Marchand, Andréanne  
 Marcotte, Nancy  
 Martel, Julie  
 Martin-Fortier, Anne-Andrée  
 Massé, Jason  
 Mawassi, Bilal  
 Mc Neill, Philippe  
 Migneault, Isis-Emmanuelle  
 Moras, Emily  
 Morneau, Claudia  
 Moulin-Langevin, Alexandra  
 Nadeau, Marie-Eve  
 Nepton-Riverin, Melissa  
 Nguyen Huy, Catherine  
 Normand-Rivest, Laurence  
 Paquette, Francis  
 Paquette, Ian  
 Patel, Reshma  
 Patry, Isabelle  
 Pélissier, Annabelle  
 Pepin, Edith  
 Perera, Hashana  
 Perry Mélançon, Audrey  
 Phay, Rithy-Philip  
 Poiré-Côté, Maude  
 Poirier, Émilie  
 Ponton, Joannie  
 Poulin, Marie-Claude  
 Quérin, Marie-Hélène  
 Quirion, Virginie  
 Reuillard-Guerrier, Alizée  
 Richer, Dominic  
 Rioux, Marie-France  
 Rivero Lopez, Luis  
 Roberge, Sophie  
 Robu Tofan, Claudia  
 Roy, Marianne-Lucie  
 Saade, Ahmad  
 Sarrapuchiello, Giulia  
 Seben, Nicole  
 Shamim, Farid  
 Silicani, Andréa  
 Simard, Alexandre  
 Simard, Jean-François  
 Simard, Patrick  
 St-Gelais, Sophie  
 St-Germain, Marianne  
 St-Jean, Ariane

St-Pierre, Annie  
 Sylvestre-Sénécal, Chloé  
 Talbot, Andrée-Anne  
 Tardif-Harvey, Myriam  
 Teodosiu, Ciprian  
 Thai, Khanh-Linh  
 Thomassin, Stefanie  
 Toubal, Milad  
 Tremblay, Claudia  
 Trépanier, Gabrielle  
 Turgeon, David  
 Turmel, Andréanne  
 V. Brizard, Marie-Pier  
 Vallée Brunet, François  
 Vallée, Marie-Michèle  
 Valois, Isabelle  
 Victor, Jeremy Daniel  
 Vo, Natalia  
 Wolff, Julie  
 Zaharia, Anne Gabrielle

**MÉDECINE DE SOINS INTENSIFS**

Hébert, Paul C.

**MÉDECINE INTERNE**

Aboulhamid, Rachid  
 Amzallag, Daniel  
 Azar, Mirna  
 Berthelot Richer, Maxime  
 Boisclair, Amélie  
 Bondaz, Louis  
 Bonneviot, Madeleine  
 Boudreault Pedneault, Jean-Samuel  
 Bourbonnais, Annie  
 Bouthillier, Isabelle  
 Bureau, Marie-Eve  
 Caron, Philippe  
 Chalifoux, Geneviève  
 Chartrand, Sandra  
 Dandavino, Alexandre-H.  
 Dekis, Alaa  
 Denicourt, Maxime  
 Dubé, Bruno-Pierre  
 Dubé, Geneviève  
 Francoeur, Charles-Langis  
 Friedlander, Richard Adam  
 Gan, Runye  
 Gaudreau, Pierre-Olivier  
 Gazi, Hashim  
 Girard-Martel, Catherine  
 Goldfarb, Michael  
 Guay, Laurence



Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

## PÉRIODE : DU 22 MAI AU 15 AOÛT 2013

### MÉDECINE INTERNE (SUITE)

Guité, Isabelle  
 Hamilou, Zineb  
 Hannouche, Mathew  
 Hatem, Raja  
 Higgins, Sarah  
 Ikić, Alena  
 Isabelle, Catherine  
 Kaddaha, Zeina  
 Kaud, Daniel Richard  
 Kennedy, Jennifer Lee  
 Kouz, Rémi  
 Lacombe Barrios, Jonathan  
 Lambert, Frédéric  
 Lefebvre, Frédéric  
 Martin, Louis-Frédéric  
 Maynard, Stéphanie  
 McDonald, Emily  
 Migner-Laurin, Gabrielle  
 Nguyen, Sébastien Ba-Thien  
 Pagé, Maude  
 Pichette, Francis  
 Rheault, Philippe  
 Robillard, Nicholas  
 Sabri, Nessrine  
 Sidani, Sacha  
 Srour, Line  
 Starnino, Tara  
 Tadros, Rafik  
 Tremblay, Jill  
 Tsoukas, George-Orestis  
 Youssef, Eiad

### MÉDECINE NUCLÉAIRE

Tran, Alphonse Anh-Phong

### MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

Dziubinska, Joanna  
 Richard-Denis, Andréane

### MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET INFECTIOLOGIE

Beaudoin, Marie-Claude  
 Blackburn, Julie  
 Langevin, Stéphanie  
 Martel-Laferrrière, Valérie  
 Trépanier, Pascale  
 Vallières, Émilie

### NEUROCHIRURGIE

Gélinas-Phaneuf, Nicholas  
 Kouznetsov, Evgueni

### NEUROLOGIE

Beaulieu-Boire, Isabelle  
 Huot, Philippe  
 Lacroix, Kevin  
 Pham, Minh Trang  
 Pim, Heather

### OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Benoît, Janie  
 Bernatchez-Laflamme, Sarah-Maude  
 Ingenito, Katia  
 Pellerin, Mariève  
 Picard, Audrey  
 Salvador, Shannon Carlene

### OPHTALMOLOGIE

Bourgault, Serge  
 Duval, Renaud  
 Hammamji, Karim  
 Huang, Xi  
 Lasnier, Olivier

### PÉDIATRIE

Alahmadi, Turki S N  
 Alix-Séguin, Laurence  
 Cossette, Anne-Marie  
 Ducharme-Crevier, Laurence  
 Korah, Nadine  
 Lafontaine, Audrey  
 Lamy, Marie-Christine  
 Laviguer, Jacinthe  
 Lizotte, Marie-Hélène  
 Ouellet, Jérôme  
 Perreault-Samson, Myriam  
 Prairie, Gabrielle  
 Roussy, Marie-Christine  
 Shalish, Wissam  
 St-Maurice, Gabrielle  
 Sternszus, Robert  
 Varshney, Terry

### PSYCHIATRIE

Benoît, Pierre-Luc  
 Bérard, Maxime  
 Boureau, Octavian  
 Chénard-Soucy, Rosemarie  
 Desfossés, Joëlle  
 Duplan, Teddy  
 Falardeau, Valérie  
 Fiset, Isabelle  
 Gagné, Lison

Gaudreau, Jean-David  
 Ioncu, Cosmin  
 Lachance, David  
 Landry, Julie  
 Larrivée, Jean-François  
 Lévesque, Isabelle  
 Nadeau-Marcotte, Frédérique  
 Pouliot, Karen-Audrey  
 Rancourt, Anne-Sophie  
 Roussel, Simon  
 Roy Desruisseaux, Jessika  
 Saher, Fouad  
 Tremblay, Emmanuel  
 Veilleux, Amélie  
 Younsi, Ouanessa

### RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Bouchard, Erik  
 Dallaire, Étienne  
 Drapeau, Isabelle  
 Jaffer, Rehana  
 Lamonde, Jean-François  
 Laplante, Carolyne  
 Muchantef, Karl  
 Ouellet, Christine  
 Poulin, Ariane  
 Rhéaume-Lanoie, Julien  
 Roy, Amélie

### RADIO-ONCOLOGIE

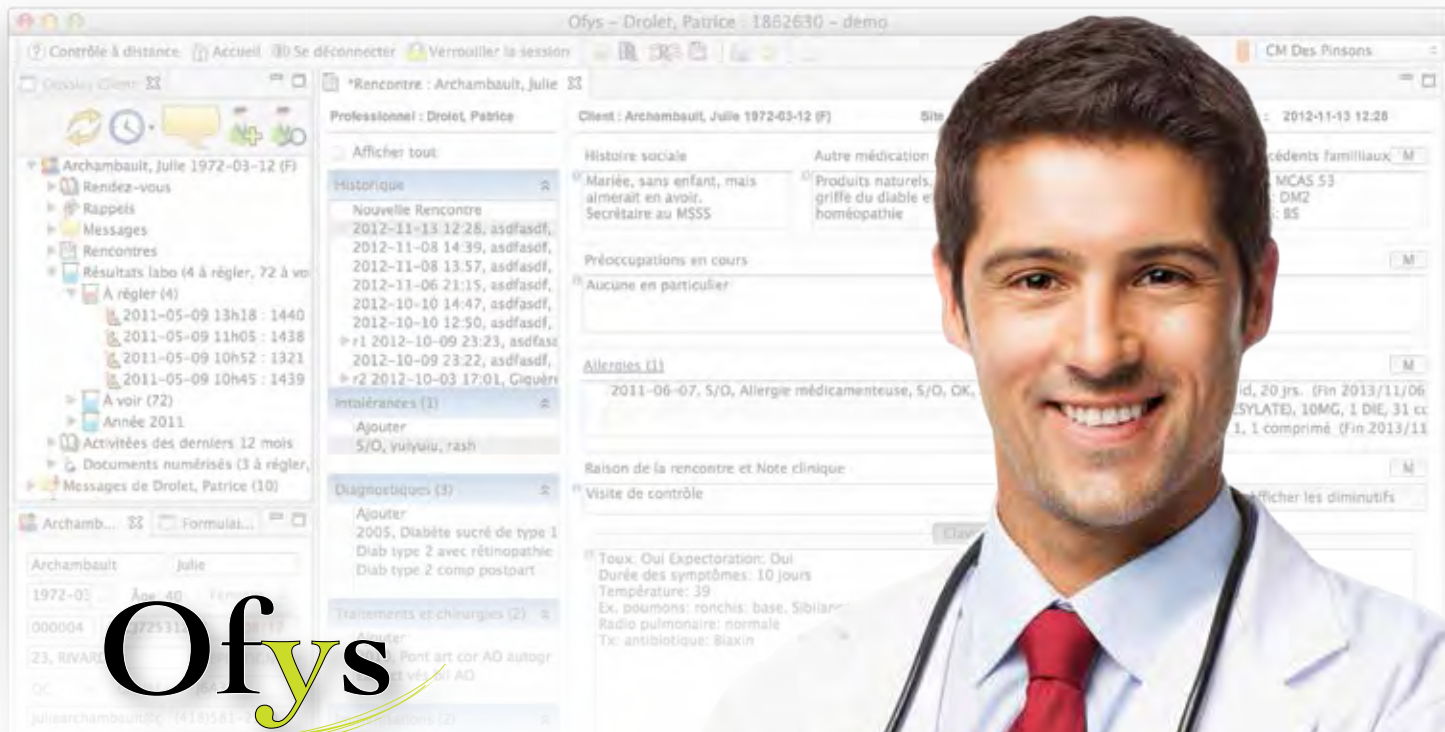
Rajakesari, Selvan  
 Vakilian, Siavosh

### UROLOGIE

Bhojani, Naeem  
 Boucher, Andréanne  
 Cloutier, Jonathan  
 Nadeau, Geneviève

# Ofys

« La SOLUTION COMPLÈTE  
pour informatiser ma pratique »»



# Ofys

*mobile*

V.2 iPhone / iPad MD  
Octobre 2013

Visitez App Store MD

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

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

un produit développé par  
Logiciels  
**INFODATA**  
médecin

Contactez-nous  
pour plus d'information sur Ofys ou  
sur notre autre produit certifié OscarQc

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