

Le Collège

RETOUR SUR LE COLLOQUE DU 10 MAI 2013

LA MÉDECINE DU FUTUR

ENVOI DE PUBLICATIONS CANADIENNES CONTRAT DE VENTE N° 40063038



ses promesses, ses défis

➤ Formation continue en psychothérapie:
obligations des médecins



- Un médecin peut-il exiger d'être présent et entendu par le comité exécutif du Collège ?
- Nouveau règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant un stage de formation professionnelle en médecine
- La dysfonction érectile: un indice de la maladie cardiovasculaire ?
- Exposer le curriculum caché



NOUS SOMMES AU SERVICE DE VOTRE SANTÉ FINANCIÈRE

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

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

C'est gratuit et sans engagement.

Fixez un rendez-vous dès aujourd'hui.

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

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

www.fondsfmoq.com



F O N D S
FMOQ

ACTIFS EN SANTÉ

L'interdisciplinarité: plus qu'une simple liste d'épicerie

Au cours des dernières années, la question de l'interdisciplinarité a été soulevée à maintes reprises, faisant l'objet de nombreuses discussions et suscitant parfois des attentes élevées. Ce sujet d'intérêt demeure plus que jamais d'actualité.

Le Collège des médecins du Québec a toujours considéré le travail d'équipe et l'addition de forces professionnelles comme un atout favorisant une plus grande efficacité et, dans certains cas, une meilleure accessibilité des soins de santé au Québec.

D'ailleurs, plusieurs initiatives interdisciplinaires ont été réalisées dans la foulée du projet de loi n° 90 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*), du projet de loi n° 21 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*) et, plus récemment, du projet de loi n° 41 (*Loi modifiant la loi sur la pharmacie*).

Mais jusqu'où peut aller le partage des activités médicales? À la suite des efforts déployés par le Collège et du travail de collaboration réalisé avec d'autres professionnels de la santé, nous assistons, depuis quelques mois, à une multiplication de demandes de collaboration qui prennent parfois l'allure d'une « liste d'épicerie ». Ces demandes ne nous apparaissent pas toujours claires et leurs objectifs, imprécis.

Devant cette recrudescence de demandes liées au partage d'activités médicales, quelle attitude adopter? Quelle direction prendre? Quel message doit être transmis aux médecins, aux professionnels de la santé et aux patients? Convaincus des vertus de l'interprofessionnalisme, nous collaborons pleinement à l'évolution du système de soins, mais croyons qu'il est important d'avancer progressivement. Nous croyons qu'une évaluation objective s'impose afin de bien mesurer, notamment, l'impact de ces nouvelles demandes sur les services et la qualité des soins de santé.

De plus, un temps de réflexion est indispensable pour mesurer les retombées de nos récentes initiatives après que celles-ci auront été implantées. Par ailleurs, il ne faut pas oublier la capacité d'absorption de toutes ces réformes et modifications, souvent complexes, dans le système professionnel et le système de santé, et surtout les conséquences pour les patients.

Agissons de façon responsable, dans le plus grand intérêt de la protection du public.

Charles Bernard, M.D.
Président-directeur général



Interdisciplinarity: more than just a shopping list

In recent years, the issue of interdisciplinarity has been raised numerous times; it has been the subject of many discussions and has sometimes created high expectations. This topic of interest is more relevant than ever.

The Collège des médecins du Québec has always considered team work and the addition of professional strengths an asset that contributes to greater efficacy and, in some cases, improved access to health care in Québec.

Moreover, several interdisciplinary initiatives have been carried out following Bill 90 (*An Act to amend the Professional Code and other legislative provisions as regards the health sector*), Bill 21 (*An Act to amend the Professional Code and other legislative provisions in the field of mental health and human relations*) and, more recently, Bill 41 (*An Act to amend the Pharmacy Act*).

But how far can the sharing of medical activities go? Following the Collège's efforts and the collaborative work carried out with other health care professionals, we have seen requests for collaboration multiply in the past few months, sometimes resembling a "shopping list". These requests are not always clear and their objectives seem vague.

In the face of this burgeoning number of requests regarding shared medical activities, what attitude should we adopt? What direction should we take? What message should be sent to doctors, health care professionals and patients? Convinced of the virtues of interprofessionalism, we are collaborating fully in the evolution of the health care system, but believe it is important to advance gradually. We believe that an objective evaluation is required to assess, in particular, the impact of these new requests on health care services and quality.

Furthermore, some time for reflection will be essential to assess the effects of our recent initiatives once they are in place. Nor should we forget the professional system's and the health care system's capacity to absorb all these often complex reforms and modifications and, above all, the consequences for patients.

Let us act responsibly, in the best interests of the protection of the public.

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

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

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

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

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

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

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

Coordonnatrice de la revue : Francine Morin
Révision linguistique et réalisation graphique :
Le Groupe des publications d'affaires
et professionnelles Rogers

Représentation publicitaire :

Collège des médecins du Québec
Reproduction autorisée si la source est mentionnée.
Dans cette publication, le masculin est utilisé sans
préjudice et seulement pour alléger la lecture.

Dépôt légal
2^e trimestre 2013
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel : collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 L'interdisciplinarité : plus qu'une simple liste d'épicerie

MISE AU POINT

5 Le retour d'un vieil ennemi

À L'AGENDA

7 Survol de l'actualité médicale

8 Publications

À LA UNE

9 Retour sur le colloque 2013 du Collège des médecins du Québec
La médecine du futur, ses promesses, ses défis

À L'HONNEUR

14 Lauréats du Prix d'humanisme 2013

Le Dr Louise Caouette-Laberge et le Dr Jean-Martin Laberge

15 Lauréat du Prix d'excellence 2013

Le Dr François A. Auger

16 Avis de nomination

16 Lauréat du Mérite 2013 du Conseil interprofessionnel du Québec

Le Dr Jean-Marc Lepage

INFO JURIDIQUE

17 Un médecin peut-il exiger d'être présent et entendu par
le comité exécutif du Collège?

LES MANCHETTES

18 Formation continue en psychothérapie

Quelles sont les obligations des médecins?

20 Nouveau règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant
un stage de formation professionnelle en médecine

22 Le mot des vice-doyens aux études médicales de premier cycle

Exposer le curriculum caché

23 La dysfonction érectile : un indice de la maladie cardiovasculaire?

24 Le régime sans gluten : une mise en garde s'impose

25 Modifications au *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être
exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence*

MÉDICAMENTS

26 Avis, mises en garde et retraits

27 ATELIERS ET FORMATION

27 AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

28 AVIS DE RADIATION

30 AVIS DE DÉCÈS

31 NOUVEAUX MEMBRES

Le retour d'un vieil ennemi

Récemment, les autorités de santé publique nous informaient d'une recrudescence de la syphilis. Le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec est passé de 3 cas en 1998 à 671 en 2012. Dans la majorité des cas, il s'agit d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Plus spécifiquement, on note une augmentation importante du nombre de cas chez les jeunes de 15 à 24 ans de 2009 à 2012, ainsi que chez les femmes en âge de procréer.

Cette recrudescence de la syphilis comporte trois risques majeurs : 1- la survenue de cas de syphilis congénitale par l'atteinte de femmes en âge de procréer; 2- l'augmentation des complications de syphilis chez les jeunes de 15 à 24 ans par des diagnostics manqués ou tardifs; 3- l'augmentation du VIH dans le même groupe d'âge, la transmission des deux infections étant parfois simultanée, sinon synergique.

Pour contrer ces effets préoccupants, le médecin doit faire preuve de vigilance et être plus attentif aux manifestations cliniques de cette maladie. Des diagnostics tardifs chez des jeunes ayant consulté à plus d'une reprise pour un rash ou une lésion génitale illustrent que la syphilis est souvent omise dans le diagnostic différentiel de syndromes compatibles, surtout lorsqu'ils se présentent chez une clientèle relativement peu touchée par la syphilis. De tels délais dans le diagnostic peuvent augmenter la période de contagiosité et la propagation de l'infection.

Renforcer le dépistage des ITSS chez les personnes à risque et traiter adéquatement les cas sont primordiaux. La pénicilline G benzathine reste, et de loin, le premier choix de traitement. Les autres traitements ne devraient être envisagés qu'en dernier recours et exclusivement en présence de contre-indications à la pénicilline. Discuter avec le patient de l'importance que ses partenaires sexuels soient évalués et dépistés s'avère aussi essentiel.

Enfin, il faut déclarer les cas au Directeur de santé publique de votre région pour documenter l'évolution de cette maladie qui revient en force. La collaboration est de mise! L'alliance et la synergie entre les cliniciens et les professionnels de santé publique sont des atouts pour lutter efficacement contre la propagation de la syphilis. Le contrôle des maladies infectieuses ne doit jamais être considéré comme acquis. L'élément le plus important dans cette guérilla qui nous oppose aux agresseurs biologiques est la vigilance. Pensons-y!

Pour en savoir plus : www.cmq.org (section Membres, mot-clé « Infolettre »)

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



An old enemy is back

The public health authorities recently informed us that syphilis is experiencing a resurgence. The number of reported cases of infectious syphilis in Québec rose from 3 in 1998 to 671 in 2012. The incidence is highest among men who have sex with men. More specifically, there was a marked increase in the number of cases among young people aged 15 to 24 years between 2009 and 2012, as well as among women of childbearing age.

This resurgence of syphilis carries three major risks: 1- the occurrence of congenital syphilis cases owing to infection of women of childbearing age; 2- an increase in syphilis complications among young people aged 15 to 24 years owing to missed or late diagnoses; 3- an increase in HIV in the same age group, since transmission of the two infections is sometimes simultaneous, if not synergistic.

To counteract these worrisome effects, physicians must be vigilant and more attentive to the clinical manifestations of this disease. Late diagnoses among young people who have consulted more than once for a rash or genital lesion show that syphilis is often overlooked in the differential diagnosis of compatible syndromes, especially when they occur in a clientele that is relatively unaffected by syphilis. Such delays in diagnosis may increase the period of transmission and the spread of the infection.

Improved screening for sexually transmitted and blood borne infections among at-risk individuals and appropriate treatment of cases are also crucial. Benzathine penicillin G is still, and by far, the treatment of choice. Alternative treatments should be considered only as a last resort and if penicillin is contraindicated. Discussing with the patient the importance of having his/her sexual partners examined and tested is also essential.

Lastly, cases must be reported to your regional public health department to document the evolution of this disease which is coming back in force. Cooperation is important! The alliance and synergy between clinicians and public health professionals are assets for effectively combating the spread of syphilis.

The control of infectious diseases must never be taken for granted. The most important element in this guerilla war that pits us against biological aggressors is vigilance. Let's think about it!

For more information: www.cmq.org (under Physicians, keyword « Newsletter »)

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



Desjardins



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



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



TOMI HOULE
Conseiller en placement
514 876-7338



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

vmdconseil.ca

* 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

NOUVELLES ACTIVITÉS DES PHARMACIENS : OÙ EN EST-ON ?

Le déploiement des nouvelles activités des pharmaciens est prévu à l'automne 2013, avec l'entrée en vigueur, le 3 septembre prochain, des règlements prévoyant l'application des dispositions du projet de loi n° 41 (*Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*). D'ici là, un guide d'exercice conjoint sera publié afin de préciser les modalités d'application des nouveaux règlements, un comité de vigie interordres CMQ-OPQ sera mis en place afin de garantir le succès de l'opération et les pharmaciens devront avoir complété une formation de type réglementaire avant d'exercer certaines de ces nouvelles activités.



Pour obtenir des réponses à vos questions : www.cmq.org (section Membres, mot-clé « Loi n° 41 - Questions et réponses »)

L'AMYGDALECTOMIE... UNE CHIRURGIE COURANTE MAIS NON BANALE !

L'amygdalectomie figure parmi les interventions chirurgicales pédiatriques les plus communes à l'échelle internationale et au Québec. Or, l'amygdalectomie demeure une intervention à risque de complications. Le Collège souhaite rappeler aux médecins l'importance de bien déterminer les différents éléments cliniques qui sous-tendent l'indication de cette chirurgie chez l'enfant. Un article publié dans la revue *Le Collège* à l'hiver 2011 résume les éléments à considérer et présente un algorithme décisionnel.



www.cmq.org (section Membres, mot-clé « Revue Le Collège »)

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 | www.infodata.ca

PUBLICATIONS

**COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS
AUX AUTORITÉS POLICIÈRES
PUBLICATION D'UN AIDE-MÉMOIRE**

Dans un article publié dans le dernier numéro de la revue, *Quelles sont les obligations des médecins quant aux demandes des autorités policières?*, la Direction des services juridiques annonçait la diffusion prochaine d'un aide-mémoire répertoriant les situations les plus fréquentes dans lesquelles des renseignements personnels sur des patients peuvent être communiqués sans le consentement de ces derniers.

Cet aide-mémoire, maintenant accessible dans le site Web du Collège (www.cmq.org), permet aux médecins et aux policiers de retracer rapidement, parmi les différentes lois québécoises, celles qui sont applicables à la situation et de connaître les obligations réciproques qui en découlent en matière de communication de renseignements personnels et de secret professionnel.

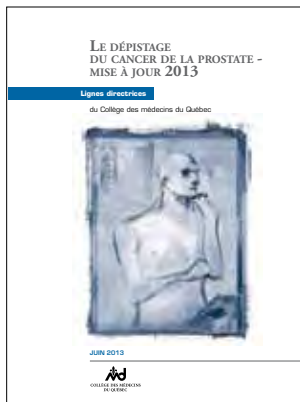
JE PROTÈGE MES PATIENTS



Le Collège a participé récemment, avec d'autres partenaires du milieu de la santé, à l'élaboration d'un dépliant publié par le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH). Ce dépliant

a pour but de sensibiliser les travailleurs du domaine de la santé et les soignants infectés par le VIH, le VHB ou le VHC aux mesures de protection et de prévention ainsi qu'aux services offerts par le SERTIH.

**NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES SUR LE DÉPISTAGE
DU CANCER DE LA PROSTATE**



Ces lignes directrices comprennent notamment un document destiné au patient, *Le dépistage du cancer de la prostate: une décision qui VOUS appartient!*, un aide-mémoire des étapes et des questions clés afin de favoriser une prise de décision partagée entre le médecin et son patient, ainsi qu'une boîte à décision pour préparer la rencontre médecin-patient.

De nouvelles données scientifiques portant sur les avantages et les inconvénients inhérents au dépistage du cancer de la prostate et l'utilisation inappropriée des tests de dépistage du cancer de la prostate ont incité le Collège à publier, en collaboration avec l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, ces nouvelles lignes directrices. Ce document est une mise à jour des lignes directrices intitulées *Dépistage du cancer de la prostate: utilisation de l'APS* et du dépliant *Réflexions avant de subir un test pour le dépistage du cancer de la prostate*, publiés en 1998.



**RECORD KEEPING
BY PHYSICIANS
IN NON-HOSPITAL
SETTINGS**

La version anglaise du guide d'exercice *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier*, publié en avril 2013, est maintenant accessible dans le site Web du Collège des médecins.



**CONSEIL
D'ADMINISTRATION**
18 octobre 2013

COMITÉ EXÉCUTIF
5 septembre 2013

PAR FRANCINE MORIN, SERVICE DES COMMUNICATIONS

RETOUR SUR LE COLLOQUE 2013 DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC LA MÉDECINE DU FUTUR, SES PROMESSES, SES DÉFIS

PLUS DE 250 MÉDECINS SE SONT RÉUNIS LE 10 MAI DERNIER, AU PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL, À L'OCCASION DU COLLOQUE ANNUEL DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC.

Ils ont discuté du futur, déjà présent. Ils ont été entretenus du parcours du patient, des avancées technologiques de la médecine de famille, de l'imagerie médicale et de l'intervention chirurgicale par technique minimalement invasive, en passant par la révolution amenée par la génomique, la thérapie génique, la médecine prédictive, la thérapie cellulaire... Autant de termes et de nouvelles réalités qui ne relèvent plus de la science-fiction, mais qui font déjà partie de notre réalité, comme l'ont démontré les conférenciers.

Ces nouveaux développements sont appelés à redéfinir la médecine sur les plans du diagnostic, de la prévention et du traitement. Cinq médecins et un journaliste scientifique ont partagé leur vision et leurs réflexions sur les promesses et les défis de la médecine du futur.

Le colloque, présidé par le Dr Charles Bernard, était animé par le Dr Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins.

LA MÉDECINE DE FAMILLE DU FUTUR : RÉVOLUTION DE PRATIQUE OU RÉVOLUTION TECHNOLOGIQUE ?



PHOTOS: MARIE-JOSÉE LEGRAULT

Dr Dominique Deschênes, médecin de famille

Quels sont les défis que devront relever les médecins de famille dans 30 ans ? Le Dr Dominique Deschênes, médecin de famille, entrevoit quatre défis majeurs :

1. l'accessibilité aux soins de première ligne;
2. la redéfinition de la mission et de l'expertise du médecin de famille et le maintien de son leadership dans les services de première ligne;
3. l'impact d'Internet et de la littératie médicale populaire, c'est-à-dire toutes les ressources informationnelles à la disposition du patient et susceptibles d'accroître son rôle de partenaire efficace dans l'élaboration de son plan de prévention et de traitement;

4. la relation intergénérationnelle ou comment arriver à travailler tous ensemble, toutes cultures générationnelles confondues.

À CES DÉFIS, LE DR DESCHÊNES PROPOSE SES PISTES DE SOLUTION

La clinique de médecine de famille du futur facilitera les rendez-vous en mettant en place l'accès adapté (*advanced access*), misera sur le travail interdisciplinaire où chaque professionnel sera imputable de ses actes et, surtout, le dossier médical électronique (DME) sera solidement implanté. Au moyen du DME, le médecin de famille pourra avoir accès au portail électronique du patient. Les patients, souligne le Dr Deschênes, « on les veut partout ». Ils auront leur plan d'autogestion et seront de véritables partenaires de leur santé.

La polyvalence et le généralisme continueront d'être les fers de lance de la médecine de famille. Sur le plan de l'enseignement, le cursus sera adapté au profil de pratique. La mise en place d'un système de mentorat permettra de coupler un mentor avec un médecin en début de pratique, contribuant du même coup à instaurer une complémentarité intergénérationnelle. Les futurs médecins seront motivés par l'efficacité, la productivité et la performance tout en maintenant une qualité de vie et cela, en harmonie avec la société.



L'IMAGERIE MÉDICALE DU FUTUR: TOUT VOIR OU PRESQUE, MAIS POUR QUOI ?

Le deuxième conférencier, le Dr Gilles Soulez, radiologiste et professeur, a abordé l'imagerie médicale qui a connu une progression fulgurante depuis l'invention de la radiologie conventionnelle en 1895. Cette course à la performance diagnostique a mené à une meilleure détection grâce à l'évolution de la technologie, tant sur le plan de la qualité de l'image, de la résolution spatiale et temporelle, des nouveaux agents de contraste et de la reconstruction tridimensionnelle auxquels s'est ajoutée l'imagerie dynamique, c'est-à-dire l'imagerie en quatre dimensions.

Après avoir fait un survol des principales évolutions (le passage du pathologique au cellulaire, de l'anatomie au fonctionnel, du qualitatif au quantitatif, des thérapies guidées par l'image), le Dr Gilles Soulez trace un portrait de ce qui est en émergence: le CT scanner, l'imagerie de l'AVC, la caractérisation mécanistique des tissus, la fusion intermodale pour le guidage interventionnel et les nano particules.

Ces progrès techniques ultrarapides vont de pair avec une explosion des coûts liés à l'imagerie. Il devient donc nécessaire, selon le Dr Soulez, de rationaliser les



Dr Gilles Soulez, radiologiste

indications basées sur de vrais indicateurs cliniques, d'améliorer la production et l'utilisation des ressources, par exemple en prolongeant les heures d'ouverture. Le contrôle de la qualité, de la formation et de la certification sera aussi impératif.

L'imagerie personnalisée du futur sera plus humaine et adaptée au contexte du patient. Elle sera métabolique et moléculaire, et permettra le suivi et le traitement grâce aux biomarqueurs. Elle sera

minimalement invasive, notamment sur le plan de la radiation. Enfin, elle sera la base de tout suivi thérapeutique.

Le rôle du radiologiste lui-même est appelé à évoluer. Compte tenu de l'augmentation du nombre d'exams d'imagerie et des possibilités d'investigation, le radiologiste pourrait agir comme un consultant auprès du médecin de famille et adapter l'examen d'imagerie en fonction des informations recherchées.

LA CHIRURGIE DU FUTUR: OPÉRER EN RÉDUISANT LES RISQUES

Cette préoccupation d'offrir des interventions minimalement invasives est aussi partagée par le Dr Richard Ratelle, chirurgien général. Déjà, des technologies moins invasives, dont la laparoscopie (implantée au Québec depuis 1990), sont devenues des standards de soins au Québec pour plusieurs pathologies.

Qu'en est-il de l'avenir? Récemment, plusieurs études ont démontré que si le

chirurgien pouvait, peu avant une opération, «s'exercer» par des activités psychomotrices et visuo-spatiales, on observerait une réduction importante du nombre d'erreurs lors de la chirurgie. Cet entraînement (*warm-up*) pourrait potentiellement faire partie de la liste de vérification opératoire, contribuant ainsi à améliorer la qualité des interventions et la sécurité des patients.

Certaines technologies sont actuellement disponibles mais peu répandues. C'est le cas de la chirurgie à trocart unique qui offre des avantages sur le plan de l'esthétique, de la diminution de la douleur et de la rapidité de la récupération. Celle-ci présente toutefois des difficultés techniques, lesquelles pourront être contournées par la fabrication d'instruments à partir de métaux à mémoire qui pourront faciliter la chirurgie.

Une autre percée majeure en chirurgie est celle de la chirurgie endoscopique transluminale par les voies naturelles, connue aussi sous l'appellation NOTES (*natural orifice transluminal endoscopic surgery*). Il s'agit d'une chirurgie sans cicatrice, passant par les orifices naturels tels que l'estomac, le vagin ou le colon. Des études sont en cours pour évaluer les avantages et la sécurité de ce procédé.

Dans les perspectives d'avenir, la «réalité augmentée» occupe une place importante. Cette technique permet de cibler l'endroit où se situe la tumeur. Le chirurgien gagne ainsi en précision et le risque d'incident est diminué. Au cours des prochaines années, plusieurs nouvelles technologies, actuellement en développement, devraient voir le jour. Il en est ainsi de la robotique chirurgicale avec la création par l'armée américaine du robot Raven et de ses deux bras chirurgicaux, du *feedback haptique* pour la chirurgie laparoscopique, de l'intégration de l'échographie comme guidance péroopératoire dans le projet Amadeus et du projet IGAR (en cours à Hamilton) qui permet d'établir un diagnostic, d'effectuer une



Dr Richard Ratelle, chirurgien général

biopsie du sein et de traiter une tumeur de façon automatisée.

La miniaturisation des équipements, l'implantation de microrobots dans l'organisme, la transformation de la salle d'opération en un système intégré robotisé, l'avènement de la chirurgie cellulaire et moléculaire figurent parmi les prochaines avancées de la science au service de la chirurgie.

La bioingénierie jouera un rôle important et il est à prévoir que le contrôle

mental du mouvement sera développé. Outre ces progrès technologiques, la chirurgie ouverte continuera d'exister et cohabitera avec d'autres types d'approches qu'il faudra adapter aux patients selon des considérations techniques, éthiques et physiologiques.

L'évolution des techniques chirurgicales faisant appel aux nouvelles technologies d'imagerie médicale illustre la convergence et la porosité des frontières actuelles des spécialités médicales.

LA GÉNOMIQUE

Le Dr Guy A. Rouleau, neurologue et généticien, a abordé la génomique d'investigation et le Dr Pavel Hamet, endocrinologue, la génomique thérapeutique.

Notre capacité d'explorer le génome augmente rapidement. Selon le Dr Rouleau, le séquençage remplacera presque toutes les technologies d'investigation. Il donne l'exemple du séquençage de l'exome, une méthode de diagnostic efficace, rapide et économique. Mais qu'en est-il sur le plan de l'éthique? Car ce diagnostic comporte aussi le risque d'une découverte fortuite, telle la découverte d'une mutation dans un gène associé à une maladie neurodégénérative ou à un risque accru de cancer. Le



Dr Guy A. Rouleau, neurologue et généticien

consentement éclairé du patient sera d'autant plus important et les médecins devront, dès le départ, expliquer aux patients ce qui sera rapporté.

En obstétrique, on assiste à une révolution avec le projet de dépistage prénatal (notamment pour la trisomie 21) à partir de l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel. Ce projet est en développement pour une future implantation clinique.

Le Dr Rouleau prédit que, dans le futur, les tests génétiques de séquençage seront routiniers pour les maladies mendéliennes, dans un premier temps, et, éventuellement, pour toutes les maladies. Le défi sera l'interprétation de l'effet des variations génétiques «de novo» qui se comptent par millions.

«Une partie des médicaments que nous prescrivons, en fait la moitié, est inutile», affirme le Dr Pavel Hamet. Non parce que le diagnostic ou les médicaments sont mauvais, précise-t-il, mais les tests cliniques utilisés réfèrent à une moyenne, considérant les patients comme un tout homogène. En ce sens, la génomique pourra aider les médecins à faire le bon choix de médicaments et à réduire ainsi les coûts du système de santé, parce qu'elle pourra permettre éventuellement de cibler les patients chez qui le médicament est inefficace ou nuisible.



Dr Pavel Hamet, endocrinologue

Au sujet de cette médecine personnalisée, le Dr Hamet nous suggère la définition qu'en donne le gouvernement australien, soit «la capacité de prédire le développement de la maladie et d'influencer les choix de style de vie ou d'ajuster la pratique médicale à un individu». Cette définition intègre deux facteurs indissociables: la génétique et l'environnement. Le Dr Hamet croit que les médecins devront développer leur capacité d'analyser nos gènes et notre environnement.

La génomique comporte aussi d'importants défis éthiques: comment faire en sorte que les tests génétiques (p. ex., le dépistage prénatal, le diagnostic moléculaire des mutations récessives) ne soient pas utilisés à des fins discriminatoires ou pour favoriser une forme d'eugénisme? Le sénat canadien s'est penché sur la question et a déposé, le 17 avril dernier, un projet de loi visant à interdire et à prévenir la discrimination génétique. Les problèmes éthiques sont loin d'être résolus mais le débat est amorcé.

LA SOCIÉTÉ EST-ELLE PRÊTE POUR LA MÉDECINE DU FUTUR?

Oui, mais...

Selon Yanick Villedieu, journaliste scientifique, la société est réceptive mais plusieurs doutent, voire se méfient, de cette médecine *high tech* coûteuse, donc réservée à une élite.

La médecine du futur suscite beaucoup d'espoir. Il s'agit d'un concept vendeur, largement repris par les médias. L'aspect quasi miraculeux ou magique de la médecine du futur séduit et fascine. D'ailleurs, les mots ou les expressions

utilisés pour la décrire ont une forte charge symbolique et émotive (médecine régénératrice, thérapie cellulaire, médecine prédictive, etc.).

LA MÉDECINE DU FUTUR, PORTEUSE D'ESPOIR

Dans un essai publié en 2011, un chirurgien et urologue de formation, le Dr Laurent Alexandre, annonce même *La mort de la mort* et analyse les bouleversements que va connaître l'humanité parallèlement aux

progrès de la science en biotechnologie. Dans son édition du 2 mai 2013, le magazine *Nature* traite d'une étude génétique ultrafine du cancer de l'endomètre qui pourrait modifier en profondeur son diagnostic et son traitement. Le vaccin anti-alzheimer, le traitement du cancer par des antiviraux, le vaccin pour empêcher les artères de se boucher: telles sont les grandes innovations médicales attendues d'ici 2035 et décrites dans le livre *Médecine: Objectif 2035*, publié par

l'auteur et ancien médecin Paul Kenkimoun.

Autre phénomène témoignant de l'engouement pour cette médecine: l'annonce en avril 2013 d'investissements majeurs (150 millions) de Génome Canada, de Génome Québec et d'autres partenaires pour la médecine personnalisée. Il s'agit de projets à «capacité d'application clinique d'ici 4 à 5 ans» dont huit projets, portant sur l'épilepsie, le cancer, les maladies intestinales inflammatoires et les maladies cardiovasculaires, seront réalisés au Québec.

UNE MÉDECINE FORCÉMENT CÔUTEUSE ?

Les nouveaux médicaments, les nouvelles procédures et les nouvelles thérapies coûtent cher, et même de plus en plus cher, renchérit Yanick Villedieu. À titre d'exemple, il cite le cas d'un nouveau médicament utilisé pour le cancer colorectal avancé dont le coût mensuel est de 11 000 \$, comparativement à 5 000 \$ pour le médicament habituel. Dans un article publié en octobre 2012 dans le *New York Times*, des médecins exerçant dans un des plus grands centres en oncologie, le Memorial Sloan-Kettering Cancer Center à New York, expliquent qu'ils n'offriront pas ce médicament dans leur centre, son coût étant trop élevé et ses effets non supérieurs au médicament habituel.

Quel sera le coût d'une thérapie régénératrice à base de cellules prélevées chez le patient lui-même? Qu'en est-il du coût d'un traitement personnalisé dont pourraient avoir besoin des milliers ou des dizaines de milliers de patients? Pourra-t-on se payer ces technologies?

La médecine du futur suscite beaucoup de questions mais également une certaine crainte: celle de la mainmise du privé sur les nouvelles technologies, de la création de systèmes centralisés, «insensibles» au respect des données personnelles.

MÉDECINE DU FUTUR ET MALADIES DU FUTUR

Quels seront les grands problèmes de santé en 2013, en 2033 et en 2038? Selon



Yanick Villedieu, journaliste scientifique

Yanick Villedieu, si la tendance se maintient, on assistera notamment à une augmentation de l'obésité, du diabète et d'autres maladies métaboliques, des troubles de santé mentale, d'incapacités dues au vieillissement. Est-ce qu'une approche surtout technologique de ces problèmes de santé est la meilleure solution? se questionne monsieur Villedieu. Risque-t-on, en misant sur les tests et les médicaments, de négliger la prévention?

LES ENJEUX ÉTHIQUES ET LE DEVOIR DE RÉSERVE

Outre les questions liées aux coûts engendrés par ces nouvelles technologies, la médecine du futur soulève de nombreux enjeux éthiques. Un document

de consultation de la Commission de l'éthique en science et en technologie, publié en mai 2012, aborde la complexité et la confidentialité de l'information génétique, les compétences requises pour interpréter les tests et les risques possibles d'exclusion et de discrimination (p. ex., assurances, emploi, origine géographique). À cela, s'ajoute la notion de consentement éclairé qui devient aussi plus complexe, de par les informations plus «sophistiquées».

En terminant, Yanick Villedieu incite les chercheurs, les médecins ainsi que les médias à garder un devoir de réserve pour ne pas susciter de faux espoirs parmi la population.

LA MÉDECINE DU FUTUR: TECHNOLOGISTE ET HUMANISTE ?

Comme on l'a vu, de nombreux défis devront être relevés, qu'il s'agisse des considérations financières, des intérêts commerciaux en jeu, de l'assurance qualité des tests et de l'accessibilité à ces nouveaux outils.

Ce sujet d'actualité demeure à la fois fascinant et préoccupant. Rendez-vous dans 20 ans?



Pour visionner les conférences, rendez-vous à l'adresse www.cmq.org (section Membres, mot-clé «Nouvelles»).

LAURÉATS DU PRIX D'HUMANISME 2013

LE DR LOUISE CAOUCETTE-LABERGE ET LE DR JEAN-MARTIN LABERGE

LE COLLÈGE DES MÉDECINS REND HOMMAGE AUX DOCTEURS LOUISE CAOUCETTE-LABERGE ET JEAN-MARTIN LABERGE, SOULIGNANT LEUR TRAVAIL HUMANITAIRE AUPRÈS DES ENFANTS AFRICAINS DANS LE CADRE DE MISSION SOURIRES D'AFRIQUE.

Dès le début de ses études en médecine, le Dr Louise Caouette-Laberge aspirait à exercer la médecine dans les pays en voie de développement. Son conjoint, le Dr Jean-Martin Laberge, partageait le même rêve. En 2006, ils ont fondé Mission Sourires d'Afrique (MSA) grâce à l'appui du CHU Sainte-Justine et de sa fondation. Cet organisme vient en aide aux enfants africains en ayant recours à la reconstruction faciale, en plus de transmettre à l'équipe médicale locale des connaissances de pointe et une expertise afin qu'elle puisse poursuivre le travail. Passionnés par leur projet, c'est avec succès qu'ils ont formé une équipe d'une quarantaine de bénévoles pour les accompagner au Burkina Faso, au Mali et au Cameroun. À ce jour, ils ont effectué plusieurs missions bénévoles au cours desquelles ils ont réalisé plus d'une centaine d'interventions.

En plus de diriger les activités de Mission Sourires d'Afrique, le Dr Louise Caouette-Laberge, chirurgienne plasticienne, s'implique activement dans son milieu professionnel. Elle est chef du service de chirurgie plastique au CHU Sainte-Justine et, depuis plus de 30 ans, professeure titulaire de chirurgie plastique pédiatrique. Au cours de sa carrière, elle a reçu plusieurs distinctions honorifiques dont, en 2006, le prix May-Cohen, remis par l'Association médicale canadienne à une femme médecin pour son rôle exceptionnel de mentor.

En plus de participer à chaque mission de Sourires d'Afrique, le Dr Jean-Martin Laberge, chirurgien général pédiatrique à l'Hôpital de Montréal pour enfants, s'est joint aussi à plusieurs autres équipes humanitaires pour aller opérer et enseigner en Chine, au Mexique, en Équateur, au Ghana, au Kenya et au Rwanda. Passionné par l'enseignement, il est professeur titulaire à l'Université McGill. Le Dr Laberge jouit



d'une réputation internationale dans son domaine et est aussi l'ex-président de l'Association canadienne de chirurgie pédiatrique.

Pour le Collège des médecins, nul doute que les docteurs Louise Caouette-Laberge et Jean-Martin Laberge sont des médecins exemplaires. Ils représentent un modèle inspirant pour ceux et celles qui, tout comme eux, sont animés par le désir d'aider en mettant leur expertise au profit de leurs semblables. En leur décernant le Prix d'humanisme 2013, le Collège salue leur implication outre-mer et leur dévouement social au cœur de la profession médicale.

Le Prix d'humanisme est remis à un médecin qui, par son engagement social, incarne les valeurs d'humanisme prônées par le Collège et dont les actions contribuent au bien-être et à l'épanouissement de ses patients, de sa communauté ou d'organismes philanthropiques.

À LEUR SUJET...

« Louise est une force de la nature et une femme extraordinaire. Elle a une énergie qui dépasse la moyenne et qui est contagieuse. »

Le Dr Patricia Bortoluzzi
Hôpital Sainte-Justine

« Jean-Martin a été mon mentor et il est la raison pour laquelle je suis revenu exercer la médecine au Québec. J'ai beaucoup de respect pour lui. »

Le Dr Sherif Galal Shoukry Emil
Hôpital de Montréal pour enfants

« Ce qui les rend heureux, c'est de rendre les gens heureux, c'est cela qu'on voit toujours en mission. Je suis en admiration devant eux, car ce sont des personnes de conviction. Je ne peux que leur dire bravo! »

Mme Suzanne Ouimet,
inhalothérapeute
Hôpital Sainte-Justine

LAURÉAT DU PRIX D'EXCELLENCE 2013 LE DR FRANÇOIS A. AUGER

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DÉCERNE SON PRIX D'EXCELLENCE AU DR FRANÇOIS A. AUGER, SPÉCIALISTE EN MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET INFECTIOLOGUE, POUR SES TRAVAUX EXCEPTIONNELS EN GÉNIE CELLULAIRE, MENÉS AU LABORATOIRE D'ORGANOGENÈSE EXPÉRIMENTALE EN GÉNIE CELLULAIRE (LOEX).

Le Dr François A. Auger est reconnu mondialement pour son expertise en génie tissulaire et en médecine régénératrice. Passionné de recherche, il a fondé en 1985 le Laboratoire d'organogenèse expérimentale en génie cellulaire (LOEX), à Québec. Ses travaux portent principalement sur la peau, les vaisseaux sanguins et l'œil. Actuellement, le LOEX étudie plus d'une dizaine de sujets différents et compte plus d'une centaine d'employés. Depuis plusieurs années, le Dr Auger travaille intensivement afin que le Québec devienne le lieu de référence au Canada dans le domaine de la médecine régénératrice. Son rêve est de participer avec son équipe aux solutions mondiales qui transformeront radicalement la médecine du 21^e siècle.

En plus de diriger le LOEX, le Dr Auger est également le directeur scientifique du centre de recherche des Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ). Tout au long de sa carrière, il s'est investi dans la communication de ses connaissances et a occupé divers postes en enseignement. Depuis 2001, il est professeur titulaire au Département de chirurgie de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

L'excellence du travail du Dr Auger a été reconnue maintes fois au cours des dernières années. Il a été notamment lauréat de la Médaille Gloire de l'Escolle, Prix Grands Diplômés de l'Université Laval, en 2010, et il a été reçu Chevalier de l'Ordre national du Québec en 2003. C'est avec admiration que le Collège des médecins honore, à son tour, la carrière scientifique du Dr François A. Auger.



À SON SUJET...

« Le Dr Auger figure parmi les plus grands scientifiques de la recherche médicale, avec une expertise en génie tissulaire et médecine régénératrice. Son apport à la reconstruction cutanée ainsi qu'à la culture de nombreux tissus humains lui vaut une reconnaissance internationale. »

Le Dr Marie-Hélène LeBlanc

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

« C'est un développeur, un créateur, un entrepreneur avec une capacité de vision. C'est un initiateur important qui a réussi à monter un laboratoire reconnu internationalement. »

Le Dr Régnald Bergeron

Doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval

« Le Dr Auger est un grand humaniste. C'est une personne qui peut parler de n'importe quel sujet tout en considérant les aspects sociaux et psychologiques liés aux travaux. »

Monsieur Jean Ruel, Ph. D.

Directeur du Département de génie mécanique de l'Université Laval

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

Une bourse de 2 000 \$ accompagne ces prix que les lauréats remettent à une œuvre caritative de leur choix. Une vidéo hommage témoignant de leur carrière exceptionnelle peut être visionnée dans le site Web du Collège (www.cmq.org).

AVIS DE NOMINATION

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC EST HEUREUX D'ANNONCER LA NOMINATION DU DR SUZIE DANEAU À TITRE DE SYNDIC ADJOINT À LA DIRECTION DES ENQUÊTES ET DU DR PIERRE CHAMPAGNE, INSPECTEUR À LA DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE. NOUS LEUR SOUHAITONS LA BIENVENUE AU COLLÈGE.

Anesthésiologiste de formation, le docteur Suzie Daneau a été membre, pendant près de 25 ans, de l'association du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, parallèlement à sa pratique. Elle possède aussi une vaste expérience en tant que médecin examinateur, travail qu'elle a accompli à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval, au Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes ainsi qu'à l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal.



Dr Suzie Daneau

Outre la médecine de famille, principalement en santé de la femme au cours des dernières années, le docteur Pierre Champagne a pratiqué la médecine d'urgence pendant près de 10 ans au Québec et aux États-Unis. Il a été coordonnateur médical de l'organisation des soins préhospitaliers d'urgence à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, et a agi en tant que membre du comité d'experts en traumatologie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il a été impliqué à différents niveaux sur le plan de l'enseignement auprès des externes, résidents, infirmières et techniciens ambulanciers.



Dr Pierre Champagne

LAURÉAT DU MÉRITE 2013 DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC LE DR JEAN-MARC LEPAGE

Le 10 mai dernier, le Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) a été décerné au Dr Jean-Marc Lepage, médecin de famille.

Soulignons que le Dr Lepage a été membre du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec de 1996 à 2012 et vice-président de 1998 à 2004. Il a également présidé de nombreux groupes de travail du Collège.

Les Mérites du CIQ sont décernés sur recommandation des ordres professionnels et remis à l'un de leurs membres qui s'est distingué au service de sa profession et de son ordre professionnel.



De gauche à droite: le Dr Charles Bernard, président-directeur général du Collège, le Dr Jean-Marc Lepage, lauréat du Mérite 2013, et M. François Renauld, président du Conseil interprofessionnel du Québec.

PAR LA DIRECTION DES SERVICES JURIDIQUES

UN MÉDECIN PEUT-IL EXIGER D'ÊTRE PRÉSENT ET ENTENDU PAR LE COMITÉ EXÉCUTIF DU COLLÈGE ?

Les tribunaux ont, à maintes reprises, reconnu qu'un organisme administratif exerçant des fonctions quasi judiciaires, tel le comité exécutif du Collège des médecins du Québec, est assujéti aux règles de justice naturelle qui prévoient :

- que le décideur doit agir équitablement et de manière impartiale;
- que la personne visée par la procédure doit avoir l'occasion de faire valoir ses représentations (*audi alteram partem*).



Dans une procédure administrative, la règle *audi alteram partem* comprend deux volets : tout d'abord, la personne en cause doit être informée des faits et des facteurs qui peuvent lui être préjudiciables, ensuite, elle doit avoir une occasion réelle de présenter son point de vue. Ainsi, chaque fois que le Collège s'apprête à imposer une mesure administrative ou à prendre une décision à l'égard d'un de ses membres, il se doit de transmettre au médecin un exemplaire des documents qui seront étudiés par les décideurs et d'offrir au médecin la possibilité de faire valoir ses représentations. Il est à noter que cette règle n'implique pas nécessairement qu'une audition soit accordée. Les représentations du médecin peuvent être faites par écrit.

En effet, suivant les décisions de la Cour suprême, qui s'est penchée sur le sujet à plusieurs occasions, le droit d'être entendu est une obligation dont la nature et l'étendue sont assez variables et dont le contenu est tributaire du contexte particulier propre à chaque cas. Plus l'impact de la décision comportera un caractère grave ou permanent, plus le décideur aura intérêt à favoriser les représentations verbales.

À cet égard, le *Code des professions* et les règlements du Collège parlent de l'obligation de « donner l'occasion de présenter ses observations », sans toutefois qualifier la nature de ces observations.

Ainsi, le comité exécutif s'acquittera de son obligation en invitant le médecin à transmettre ses observations minimalement par écrit.

Le non-respect des règles de justice naturelle pourra invalider la décision administrative sans égard au résultat qu'aurait vraisemblablement le respect de la règle et sans nécessité de prouver un préjudice réel.

Le comité exécutif du Collège permet au candidat à l'exercice de la médecine, à l'ex-membre qui désire être réinscrit ou au médecin de faire valoir ses observations, qu'elles soient écrites ou verbales, avant de rendre une décision. À moins que la loi ne prévoie expressément que les représentations soient écrites, le Collège permettra à la personne concernée de présenter ses observations verbalement lorsqu'elle le requerra.

Grandir
en confiance

35
ans

d'histoire
et
d'évolution

Créée par la FMSQ, la Financière des professionnels est
au service des médecins depuis 1978.

Nos regroupements professionnels actionnaires nous ont donné un mandat précis : prioriser les intérêts de leurs membres et de nos clients. Pour le réaliser, notre équipe multidisciplinaire s'engage à développer, avec vous et à chaque étape de votre vie, des solutions ciblées pour optimiser la gestion de votre patrimoine.

Consultez un conseiller dès aujourd'hui !

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.

FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DES MÉDECINS ?

DANS LE CADRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE LOI N° 21 (LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES RELATIONS HUMAINES), UN RÈGLEMENT SUR LE PERMIS DE PSYCHOTHÉRAPEUTE¹ A ÉTÉ APPROUVÉ PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC LE 23 MAI 2012 ET IL EST EN VIGUEUR DEPUIS LE 21 JUIN 2012. CE RÈGLEMENT VIENT DÉTERMINER LES NORMES DE DÉLIVRANCE DU PERMIS DE PSYCHOTHÉRAPEUTE ET LE CADRE DES OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE FORMATION CONTINUE. CET ARTICLE VISE PLUS PARTICULIÈREMENT À INFORMER LES MEMBRES EXERÇANT LA PSYCHOTHÉRAPIE DE LEURS OBLIGATIONS².

Rappelons que la loi limite l'utilisation du titre de psychothérapeute aux médecins et aux psychologues, ainsi qu'aux détenteurs d'un permis de psychothérapeute émis par l'Ordre des psychologues du Québec.

« La première période de référence de 5 ans pour acquérir les 90 heures de formation a débuté le 1^{er} juillet 2012 et se terminera le 30 juin 2017. »

DÉFINITION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Au Québec, la loi définit ainsi ce qu'est la psychothérapie :

Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. (art. 187.1 du Code des professions)

Le Règlement sur le permis de psychothérapeute comporte une obligation d'effectuer 90 heures de formation continue spécifique en psychothérapie et réparties sur une période de cinq ans. Pour être reconnu, le contenu d'une activité de

formation doit être fondé sur l'un des quatre modèles théoriques suivants :

1. Modèle psychodynamique
2. Modèle cognitivo-comportemental
3. Modèle systémique et théorie de la communication
4. Modèle humaniste

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a la responsabilité de s'assurer du respect des exigences réglementaires applicables aux médecins exerçant la psychothérapie. Le Conseil d'administration a adopté en mars 2013 une résolution définissant les modalités particulières à ces médecins. Cette résolution détermine également quelles organisations seront agréées pour offrir des activités de développement professionnel continu (DPC) reconnues en psychothérapie, ainsi que le processus de gestion du respect du nombre d'heures de formation continue.

Faits saillants concernant les modalités relatives à la formation continue en psychothérapie³

- La première période de référence de 5 ans pour acquérir les 90 heures de formation a débuté le 1^{er} juillet 2012 et se terminera le 30 juin 2017.

- Les activités fondées sur l'un des quatre modèles théoriques d'intervention offerts par une organisation membre du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) (voir la liste des organismes membres du CQDPCM à la page suivante) et celles adoptées par l'Ordre des psychologues du Québec constituent des activités approuvées par le CMQ.

- Les activités de formation relatives à la psychothérapie de la catégorie Mainpro-M1 ou Mainpro-C du Plan de développement professionnel

Un médecin qui exerce la psychothérapie doit l'indiquer sur son formulaire de déclaration annuelle. Il sera alors visé par la réglementation applicable quant aux heures de DPC obligatoires dans le domaine de la psychothérapie et devra déclarer, à l'aide du site Web transactionnel conçu à cette fin, et qui sera accessible à l'automne 2013, les heures de formation continue qu'il aura suivies au cours de la période de référence qui se terminera le 30 juin 2017.

continu du Collège des médecins de famille du Canada et les activités de la section 1 du Cadre des activités de développement professionnel continu du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada constituent des activités approuvées par le CMQ.

■ Les activités de supervision de l'exercice de la psychothérapie, uniquement pour le médecin supervisé, jusqu'à un maximum de 45 heures de formation par période de référence, constituent aussi des activités approuvées par le CMQ. Le superviseur et le supervisé doivent signer un contrat de supervision.

■ Les demandes de reconnaissance pour toute autre activité de DPC en psychothérapie sont aussi possibles. Les critères pour l'agrément de ces activités par le comité de développement professionnel

continu du CMQ sont définis dans les modalités.

■ Les activités de lecture ne sont pas reconnues par le CMQ.

■ Dispense de formation :
Le médecin qui est dans l'impossibilité de suivre une formation en raison de maladie, accident, grossesse, circonstance exceptionnelle ou force majeure doit transmettre sa demande par écrit au comité de DPC du CMQ. Le comité de DPC qui accorde la dispense en fixe aussi la durée et les conditions.

1. Le Règlement sur le permis de psychothérapeute est accessible dans le site Web du Collège : www.cmq.org (section Membres, mot-clé « Règlements »).
2. Voir aussi l'article « L'exercice de la psychothérapie par le médecin », publié à l'été 2012 dans la revue Le Collège, volume 52, numéro 3, p. 27.
3. Pour consulter les Modalités relatives à la formation continue en psychothérapie : www.cmq.org (section Membres, mot-clé « Règlements »).

ORGANISMES MEMBRES DU CONSEIL QUÉBÉCOIS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU DES MÉDECINS

- Médecins francophones du Canada
- Collège québécois des médecins de famille
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses associations régionales affiliées
- Fédération des médecins spécialistes du Québec et ses associations affiliées
- Université McGill
- Université de Montréal
- Université Laval
- Université de Sherbrooke

Vous avez peu de temps, nous le savons.



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

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

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



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



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

NOUVEAU RÈGLEMENT SUR LES MODALITÉS DE CONTRÔLE DES PERSONNES EFFECTUANT UN STAGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE EN MÉDECINE

SAVIEZ-VOUS QUE CHAQUE ÉTUDIANT EN MÉDECINE DU QUÉBEC, CHAQUE ÉTUDIANT EN MÉDECINE DE L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC QUI VIENT FAIRE UN STAGE AU QUÉBEC, CHAQUE RÉSIDENT ET CHAQUE MONITEUR (FELLOW) DOIT ÊTRE « IMMATRICULÉ » PAR LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ)?



Le certificat d'immatriculation est l'habilitation qui permet à tous ces candidats d'exercer des activités professionnelles sous supervision.

En respect du *Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que les médecins* :

- *L'étudiant en médecine est autorisé à exercer, parmi les activités professionnelles qui sont réservées aux médecins, celles qui sont requises aux fins de compléter le programme d'études conduisant à l'obtention d'un diplôme de médecine, s'il les exerce dans un milieu de formation reconnu par la faculté de médecine, sous la supervision des personnes compétentes et dans le respect des règles applicables aux*

médecins, notamment celles concernant la déontologie et la tenue des dossiers, des cabinets ou des bureaux de médecins. (art. 3)

- *Le résident est autorisé à exercer, parmi les activités professionnelles qui sont réservées aux médecins, celles qui correspondent à son niveau de formation et qui sont requises aux fins de compléter sa formation postdoctorale, s'il les exerce dans les milieux de formation requis pour l'atteinte des objectifs de ses stages, conformément à ce qui est mentionné sur sa carte de stages et sous la supervision des personnes compétentes, et dans le respect des règles applicables aux médecins, notamment celles concernant la déontologie, la*

délivrance d'une ordonnance et la tenue des dossiers, des cabinets ou des bureaux de médecins. (art. 10)

- *Le moniteur est autorisé à exercer, parmi les activités professionnelles qui sont réservées aux médecins, celles qui sont requises aux fins de compléter des stages de perfectionnement, s'il les exerce sous l'autorité des personnes compétentes et dans le respect des règles applicables aux médecins, notamment celles concernant la déontologie, la délivrance d'une ordonnance et la tenue des dossiers, des cabinets ou des bureaux de médecins. (art. 4)*

Ces «règles applicables aux médecins» sont celles prévues notamment aux règle-

ments suivants : le *Code de déontologie des médecins*, le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin*, et le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*.

Toutefois, bien que les compétences CanMEDS (dont le professionnalisme) soient enseignées et évaluées durant la formation, et que tous les résidents doivent participer à une activité sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique au Québec (ALDO-Québec), le CMQ reçoit chaque année des signalements au sujet de certains de nos stagiaires concernant le non-respect des différentes obligations déontologiques et réglementaires. Ces signalements proviennent d'un milieu de formation, de l'université, d'un patient ou de toute autre personne.

De 2006 à 2012, le CMQ a reçu 34 plaintes qui ont été regroupées en 4 catégories :

■ Prescriptions et substances contrôlées

- Consommation de stupéfiants
- Ordonnances à des proches ou à des amis
- Auto-prescription
- Modification des prescriptions du médecin traitant

■ Utilisation des médias sociaux

- Facebook, blogues, courriels irrespectueux envers les professeurs et les patients, etc.

■ Relations avec les patients

- Conduites ou attitudes inappropriées envers les patients
- Manquement au suivi des patients
- Non-réponse aux appels de garde

■ Autres

- Falsification d'une évaluation de stage
- Manquement aux règles d'hygiène
- Menaces
- Usurpation du titre de médecin

Jusqu'à tout récemment, le CMQ ne disposait pas d'outil réglementaire d'enquête et de sanction relativement à des manquements aux normes professionnelles par des étudiants en médecine, résidents et moniteurs.

Le 23 mai 2013, le nouveau *Règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant un stage de formation professionnelle en médecine* est entré en vigueur. Voici un bref aperçu de certaines des dispositions de ce règlement.

■ Une demande d'enquête ou un signalement portant sur un manquement à une norme réglementaire peut être formulé par toute personne.

■ Le secrétaire du Collège reçoit la demande d'enquête ou le signalement et procède à son analyse.

■ Dans le cadre de cette analyse, le secrétaire peut recueillir des renseignements auprès de la personne effectuant un stage de formation professionnelle, de l'université ou du milieu où elle effectue ce stage.

■ Au terme de son analyse, si le secrétaire estime qu'aucune mesure n'est nécessaire ou s'il est satisfait des mesures prises par l'université ou le milieu de stage pour assurer la protection du public, il ferme le dossier et informe la personne visée par le signalement, la personne qui a demandé une enquête ou qui a fait un signalement et l'université des conclusions de son analyse.

■ Lorsqu'il est d'avis que les mesures prises à l'égard de la personne par l'université ou le milieu de stage ne sont pas suffisantes pour assurer la protection du public, il en informe le syndic du Collège.

Le syndic fait enquête selon les dispositions du *Code des professions* et peut :

■ Conclure qu'il n'y a pas lieu d'imposer une sanction à la personne;

■ Recommander au comité exécutif d'imposer une ou plusieurs des sanctions prévues au règlement :

1. une réprimande;
2. une limitation ou une suspension du droit d'exercer des activités professionnelles en application du *Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des médecins*, y compris l'obligation d'exercer certaines de ces activités professionnelles en présence d'une autre personne;
3. une limitation ou une suspension du droit d'exercer des activités professionnelles jusqu'à ce que la personne présente un rapport médical établissant un état physique ou psychique compatible avec l'exercice de la profession, suivant la procédure prévue à l'article 49 du *Code des professions*;
4. l'obligation de participer au programme de suivi administratif;
5. l'obligation de se soumettre à un plan d'encadrement professionnel identifiant un répondant pour chaque milieu de formation où la personne effectue un stage de formation professionnelle;
6. la suspension ou le retrait de la carte de stages délivrée en application du *Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des médecins*.

En plus de ce règlement qui vise la protection du public, la Direction des études médicales du CMQ reconnaît l'importance de la prévention et de l'enseignement des normes professionnelles. Dans cette perspective, elle demeure disponible pour aider nos futurs médecins à mieux comprendre et à appliquer en tout temps le *Code de déontologie des médecins* et les autres règlements qui les concernent.



Pour nous joindre : info@cmq.org

LE MOT DES VICE-DOYENS AUX ÉTUDES MÉDICALES DE PREMIER CYCLE EXPOSER LE CURRICULUM CACHÉ

**« TU ES BIEN TROP BONNE POUR ALLER EN MÉDECINE FAMILIALE ! », DIT UN PATRON À UNE EXTERNE.
« TU VEUX ÊTRE PSYCHIATRE ? TU VEUX CESSER DE FAIRE DE LA MÉDECINE ? », LANCE UN COLLÈGE DE CLASSE À UN FUTUR PSYCHIATRE.
« LA CHIRURGIE, C'EST TROP DUR POUR UNE FEMME », LAISSE TOMBER UN COLLÈGE À UN AUTRE, À LA CAFÉTÉRIA DEVANT DES ÉTUDIANTS...
ET DES ÉTUDIANTES.**

Ce type de propos vous est-il familier? Ce sont des exemples un peu grossiers d'un phénomène malheureusement présent dans nos facultés et dans nos établissements. Et c'est la raison d'être de la cinquième recommandation du document de l'Association des facultés de médecine sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada (AÉMC): *Exposer le curriculum caché*.

Mais qu'est que le curriculum caché? La définition proposée par l'AÉMC est la suivante : le curriculum caché est un « ensemble d'influences qui se manifeste dans la structure et dans la culture organisationnelle » et qui a des incidences sur la nature de l'apprentissage, les interactions professionnelles et la pratique clinique. Par conséquent, les facultés de médecine doivent « veiller à ce que ce curriculum caché soit régulièrement décelé et que les étudiants, les enseignants et les professeurs s'en préoccupent à toutes les étapes de l'apprentissage. » (AÉMC, page 6)

En d'autres termes, le curriculum caché correspond à des messages, des attitudes ou des comportements porteurs d'information cognitive et affective transmise aux collègues, aux étudiants, aux externes et aux résidents hors du cadre et en parallèle du curriculum formel. Cet « enseignement » se fait parallèlement et peut avoir un impact très important étant donné son caractère insidieux.

En effet, de façon sournoise, le curriculum caché favorise trop souvent la hiérarchisation des disciplines, souvent au détriment des disciplines généralistes et au profit des disciplines plus techniques. Il avantage certains groupes d'enseignants, des regroupements disciplinaires ou d'étudiants. Il renforce en écho des éléments de

disparité, notamment en ce qui a trait à la rémunération et à la reconnaissance.

Par ailleurs, le curriculum caché peut même influencer l'importance accordée à certains types de clientèle. Il peut favoriser des attitudes négatives envers certaines clientèles, ce qui expliquerait en partie la perte d'empathie de nos futurs médecins, que l'on a observée dans le cadre des études médicales.

Quels sont les moyens pour contrer le curriculum caché? Tout d'abord, il doit être démasqué et dénoncé. Le curriculum caché devenu explicite perd de son pouvoir insidieux. On peut alors discuter de ses effets néfastes et remettre en question ses fondements. On peut aussi favoriser le mentorat continu qui permet la supervision des étudiant(e)s dans une approche réflexive afin d'explicitier le curriculum caché. L'organisation de forums où étudiants, enseignants et professeurs peuvent en discuter est un autre moyen pour contrer le curriculum caché. Les facultés de médecine ont la responsabilité d'avoir une attitude proactive en valorisant les comportements exempts de messages cachés et en offrant un environnement le plus sain possible. Elles doivent aussi s'assurer de rendre explicites les critères d'admission en médecine, en résidence et aux programmes de fellow. De plus, les facultés peuvent agir en faisant preuve de transparence et en étant critiques envers ce qui est *glamour* et ce qui l'est moins, tout en étant essentiel au quotidien, comme le suivi clinique.

Cette recommandation de l'AÉMC reste l'une des plus difficiles à aborder pour tous. Car révéler le curriculum caché, c'est accepter de vouloir changer les choses.

Nous sommes résolument décidés à prendre les mesures nécessaires, au sein de nos différents programmes d'études médicales de premier cycle, pour détecter le curriculum caché et ainsi respecter la teneur de cette recommandation.

Encore une fois, la collaboration de tous les acteurs concernés par la formation des futurs médecins sera nécessaire. Pour contrer ce curriculum parallèle, il faudra que les messages et les comportements sur le terrain changent réellement. Nous misons aussi sur d'autres aspects informels favorables dans le curriculum, c'est-à-dire les modèles de rôles positifs auxquels nos étudiants sont exposés et qui « enseignent », au-delà du curriculum formel, des attitudes et des comportements souhaitables pour une bonne pratique professionnelle.

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

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

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

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

LA DYSFONCTION ÉRECTILE : UN INDICE DE LA MALADIE CARDIOVASCULAIRE?

LE COLLÈGE DES MÉDECINS TIENT À SENSIBILISER LES CLINIENS SUR LE LIEN DE PLUS EN PLUS DÉMONTRÉ ENTRE LA DYSFONCTION ÉRECTILE ET LA MALADIE CARDIOVASCULAIRE. LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE SOUTIENNENT QUE LA DYSFONCTION ÉRECTILE, PARTICULIÈREMENT SI ELLE SURVIENT AVANT L'ÂGE DE 40 ANS, TEND À PRÉCÉDER DE DEUX À CINQ ANS LES ÉVÉNEMENTS CARDIOVASCULAIRES, JUSQU'ALORS INSOUÇONNÉS.

Un rapport d'investigation du coroner rapportait d'ailleurs le décès subit d'un jeune homme dans la trentaine traité pour une dysfonction érectile, asymptomatique par ailleurs sur le plan cardiovasculaire mais dont les observations anatomopathologiques avaient révélé une maladie coronarienne extensive sévère. À cet effet, après consultation par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) auprès du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT), il ressort, selon l'ensemble de la littérature médicale révisée, que la dysfonction érectile constitue un marqueur de risque significatif et indépendant de l'existence de maladie cardiovasculaire. Qui plus est, des études de cohorte tendent à démontrer que les hommes de moins de 40 ans atteints de dysfonction érectile ont un risque d'événements cardiovasculaires sept fois plus élevé que celui de la population témoin.

Ainsi, en présence d'une dysfonction érectile, particulièrement si le patient est jeune et sans antécédents sur le plan cardiovasculaire, le médecin doit redoubler de vigilance et éviter de lui offrir d'emblée une médication pour ce trouble, sans procéder au préalable à une évaluation approfondie du risque cardiovasculaire. Selon le RQCT, cette évaluation devrait comprendre la recherche de facteurs de risque, tels que l'histoire familiale, le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'intolérance au glucose, la dyslipidémie et l'apnée du sommeil. L'examen physique devrait inclure notamment la prise de la tension artérielle, l'appréciation des pouls périphériques, incluant les pouls fémoraux, l'auscultation carotidienne, la vérification du fond d'œil ainsi que la mesure du tour de taille et de l'indice de masse corporelle. En complément, un électrocardiogramme au repos,



« En présence d'une dysfonction érectile, particulièrement si le patient est jeune et sans antécédents sur le plan cardiovasculaire, le médecin doit redoubler de vigilance et éviter de lui offrir d'emblée une médication pour ce trouble, sans procéder au préalable à une évaluation approfondie du risque cardiovasculaire. »

une glycémie, un bilan lipidique et une mesure de la fonction rénale constituent les examens paracliniques de base recommandés. À la lumière de cette évaluation et de l'importance des facteurs de risque identifiés, il appartiendra au médecin de procéder à d'autres examens complémentaires appropriés et de diriger le patient, le cas échéant, vers les ressources compétentes. Toutefois, toujours selon le RQCT, il est fortement suggéré de soumettre le patient à

une épreuve à l'effort si sa dysfonction érectile survient précocement, soit avant l'âge de 40 ans, ou si elle accompagne un diabète.

Il est rappelé au clinicien l'importance de prendre aussi en considération l'ensemble des autres étiologies, psychogéniques ou organiques, à l'origine d'une dysfonction érectile, indépendamment de l'âge du patient, et ce, avant toute forme d'intervention, médicamenteuse ou non.

LE RÉGIME SANS GLUTEN : UNE MISE EN GARDE S'IMPOSE

LES RÉGIMES SANS GLUTEN SONT À LA MODE ET SUSCITENT BEAUCOUP D'ATTENTION MÉDIATIQUE. RAPPELONS QUE LE RÉGIME SANS GLUTEN CONSISTE À ÉLIMINER DE L'ALIMENTATION TOUTES LES CÉRÉALES CONTENANT DU GLUTEN, LES SOUS-PRODUITS DE CES CÉRÉALES ET LES PRODUITS FABRIQUÉS À PARTIR DE CES SOUS-PRODUITS.

Étant donné que de plus en plus de Québécois suivent un régime sans gluten et compte tenu des nombreuses informations qui circulent à propos de ce type de régime, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre professionnel des diététistes du Québec tiennent à faire le point sur la question.

LE RÉGIME SANS GLUTEN : JAMAIS SANS UNE ÉVALUATION MÉDICALE

Le régime sans gluten ne doit pas être entrepris sans évaluation préalable par un médecin visant à diagnostiquer les personnes atteintes de la maladie cœliaque. L'application d'un régime sans gluten à l'aveugle sans diagnostic établi de maladie cœliaque comporte des risques graves pour la santé d'un individu. La maladie cœliaque peut être présente et en activité, mais sans symptômes.



LES PRINCIPAUX RISQUES

1. Impossibilité d'établir le diagnostic d'une maladie cœliaque (la consommation de gluten est indispensable pour établir un diagnostic fiable).
2. Risque d'une maladie cœliaque sub-clinique, mais qui demeurera active avec des conséquences nutritionnelles

et métaboliques potentiellement graves (malabsorption, perte de poids involontaire, dénutrition, anémie, ostéoporose, problèmes de fertilité). En effet, en l'absence d'un enseignement complet et d'un suivi strict, le patient suivra un régime mitigé, qui pourra masquer les symptômes de la maladie. Cette

TABLEAU : TYPES D'INTOLÉRANCE AU GLUTEN (MALADIE CŒLIAQUE VS HYPERSENSIBILITÉ AU GLUTEN)

	Maladie cœliaque	Hypersensibilité au gluten
Brève définition	Maladie auto-immune chronique S'attaque à la membrane du petit intestin	Pas de consensus Nouvelle entité présentement à l'étude Commence à être rapportée chez des patients et dans des études animales
Diagnostic	Tests simples, fiables et accessibles Sérologies (dosage IgA, anticorps anti-transglutaminase, anticorps endomysium) Tests histologiques (biopsie intestinale) Prédispositions génétiques (gènes HLA-DQ2/DQ8)	Aucun critère établi à ce jour Absence de maladie cœliaque
Traitement	Suivi médical et nutritionnel Régime sans gluten	Suivi médical et nutritionnel À l'étude à ce jour: retrait du gluten suite à l'investigation médicale complète
Prévalence	1 % de la population	Inconnue / Non déterminée

situation est aussi associée à une augmentation du risque de maladie auto-immune, de maladie réfractaire au traitement ou de cancer. Les médecins et les diététistes-nutritionnistes sont les professionnels habilités à déterminer le traitement nutritionnel de la maladie cœliaque et à en effectuer la surveillance. Ils sont donc à privilégier pour informer le patient.

- Risque de choc à la gliadine à la reprise volontaire ou involontaire du gluten (maladie grave avec potentielle acidose métabolique rapportée chez l'enfant).
- De plus, le régime sans gluten, suivi de façon stricte à l'aveugle, peut induire une brève rémission de la maladie (6 à 24 mois) et ainsi retarder le diagnostic définitif, essentiel à son traitement.

LORSQU'IL N'Y A PAS D'INTOLÉRANCE AU GLUTEN

Le régime sans gluten est restrictif, complexe et, par conséquent, déconseillé sans indication médicale. Il comporte des risques

de monotonie alimentaire et de carences nutritionnelles (fibres, vitamines et minéraux) ainsi que des risques de surconsommation alimentaire par compensation (sucre, gras, sel). Il n'est pas plus sain que l'alimentation basée sur les recommandations nutritionnelles de Santé Canada et il ne permet pas de prévenir l'apparition de maladies liées au gluten.

POUR CONCLURE

Tout type de régime ou de mode d'alimentation présenté comme une panacée, n'étant pas soutenu par des données probantes de la science et ne faisant pas consensus dans la communauté scientifique risque d'induire le public en erreur quant à son efficacité. Toute nouvelle tendance alimentaire proposant un régime unique à appliquer également à tout le monde doit être abordée avec réserve et susciter un questionnement de la part des professionnels de la santé. Un traitement nutritionnel doit toujours être personnalisé afin d'être sécuritaire et adéquat, surtout chez les clientèles vulnérables (enfants,

adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, immunosupprimées ou présentant des risques de carence nutritionnelle, etc.).

RÉFÉRENCES ET LECTURES SUGGÉRÉES : (LISTE NON EXHAUSTIVE)

- Husby, S. et coll. « European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease », *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 54, n° 1, janvier 2012, p. 136-160.
- Sapone, A. et coll. « Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification », *BMC Medicine*, vol. 10, 2012, p. 13.
- El-Chammas, K. et E. Danner. « Gluten-free diet in nonceliac disease », *Nutrition in Clinical Practice*, vol. 26, n° 3, juin 2011, p. 294-299.
- Extenso : le Centre de référence sur la nutrition de l'Université de Montréal. « La maladie cœliaque, l'intolérance au gluten et de la sensibilité au gluten : confusion à propos du gluten », Montréal : s.n., 4 mai 2012. [En ligne], <http://www.extenso.org/zone-professionnels-de-la-sante/l-etat-de-la-question/>
- Verdu, E.F., D. Armstrong et J.A. Murray. « Between celiac disease and irritable bowel syndrome: the "no man's land" of gluten sensitivity », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 104, n° 6, juin 2009, p. 1587-1594.
- Biesiekierski, J.R. et coll. « Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: a double-blind randomized placebo-controlled trial », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 106, n° 3, mars 2011, p. 508-515.
- Hall, N.J., G. Rubin et A. Charnock. « Systematic review: adherence to a gluten-free diet in adult patients with coeliac disease », *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, vol. 30, n° 4, 15 août 2009, p. 315-330.

MODIFICATIONS AU RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES POUVANT ÊTRE EXERCÉES DANS LE CADRE DES SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

DEUX MODIFICATIONS ONT ÉTÉ APPORTÉES AU RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES POUVANT ÊTRE EXERCÉES DANS LE CADRE DES SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE. CES MODIFICATIONS SONT EN VIGUEUR DEPUIS LE 4 AVRIL 2013¹.

UTILISATION D'UN DÉFIBRILLATEUR EXTERNE AUTOMATISÉ LORS D'UNE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut utiliser un défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire. (art. 2)

Le règlement antérieur posait comme condition préalable d'avoir suivi une formation en réanimation cardiorespiratoire qui incluait l'utilisation du défibrillateur, ce qui n'est plus le cas avec le nouveau règlement.

ADMINISTRATION D'ADRÉNALINE LORS D'UNE RÉACTION ALLERGIQUE SÉVÈRE

Le nouveau règlement prévoit aussi :

Qu'en l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut administrer de l'adrénaline lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique à l'aide d'un dispositif auto-injecteur. (art. 3)

Il ne sera plus nécessaire d'avoir suivi préalablement une formation visant l'administration d'adrénaline.

Le Collège est d'avis que ces changements contribueront à ce que les personnes dont la condition de santé nécessite une intervention immédiate puissent recevoir plus rapidement les soins d'urgence nécessaires. Cependant, le Collège reconnaît aussi l'importance que le plus grand nombre possible de personnes soient formées pour intervenir rapidement en présence de situations d'urgence.

¹ Le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence est accessible dans le site Web du Collège : www.cmq.org (section Membres, mot-clé « Règlements »).

AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
ZITHROMAX^{MD}/ZMAX SR^{MD} (azithromycine)	Traitement des infections d'intensité légère à modérée, notamment l'otite moyenne aiguë, la pharyngite, l'amygdalite et les pneumonies.	Risque d'arythmie cardiaque potentiellement mortelle
THALOMID[®] (capsules de thalidomide)	Traitement des patients de 65 ans ou plus atteints de myélome multiple n'ayant jamais été traités.	Augmentation du risque de seconds cancers primaires (Avis du 22 mai) Événements thromboemboliques artériels (Avis du 1 ^{er} mai)
AVASTIN[®] (bevacizumab)	Traitement du cancer colorectal métastatique et traitement des formes localement avancées, métastatiques ou récidivantes du cancer du poumon non squameux et non à petites cellules (CPNPC).	Cas de fasciite nécrosante rapportés
TASIGNA[*] (nilotinib)	Traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique nouvellement diagnostiquée chez les patients adultes porteurs du chromosome Philadelphie (Ph+).	Mise à jour des informations concernant le risque possible de développer des maladies liées à l'athérosclérose avec l'utilisation de TASIGNA [*] (nilotinib)



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

Le bottin sécurisé des médecins

<https://www1.cmq.org/>



- réservé à l'usage exclusif des médecins
- accessible par code d'utilisateur et mot de passe
- mis à jour quotidiennement
- affiche des listes de médecins par région et par spécialité
- affiche les résultats de la recherche sur une carte géographique
- offre la possibilité aux médecins d'envoyer un courriel à d'autres membres

Voici certains ateliers organisés par la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec d'ici le 6 octobre 2013

ORGANISATION DE LA PRATIQUE COMMENT FAIRE MIEUX?

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

Atelier 2 - La gestion proactive des rendez-vous
13 septembre, à 8 h 30, Gatineau



PLANIFIER SA CARRIÈRE ET SA RETRAITE À COURT, MOYEN ET LONG TERME

Les aspects financiers
26 septembre, à 9 h, Montréal

Les assurances et les aspects juridiques
26 septembre, à 13 h, Montréal

Les aspects réglementaires et déontologiques
27 septembre, à 9 h, Montréal

Les aspects psychologiques

27 septembre, à 10 h 45, Montréal

Pour les médecins spécialistes (autres que médecins de famille) :

28 septembre, à 8 h 30, La Malbaie

5 octobre, à 8 h 30, Mont-Tremblant



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.

19 septembre, à 12 h, Granby



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

AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE |

AVIS est par les présentes donné que, pour la période du 22 mai 2012 au 1^{er} mai 2013, les médecins suivants font ou ont fait l'objet d'une limitation d'exercice, prononcée par le comité exécutif du Collège des médecins du Québec, en vertu de l'article 55 du *Code des professions*.

NOM	N° DE PERMIS	NATURE DE LA LIMITATION
Dr René Morel	86200	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille et dans le domaine musculosquelettique (du 22 mai 2012 au 18 juillet 2012)
Dr Raymond Rezaie	06472	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (du 5 novembre au 18 décembre 2012)
Dr Mesfin Lisanu	87601	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (du 15 janvier au 28 mars 2013)
Dr André Arcelin	72429	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille ambulatoire (depuis le 11 mars 2013)
Dr Henri Lecoq	59140	Limitation de l'exercice aux seuls actes nécessaires à l'accomplissement du stage de perfectionnement en médecine de famille (depuis le 8 avril 2013)

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

Montréal, le 30 avril 2013
CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire adjoint

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-11-00764)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Gilles Roger Tremblay** (72168), exerçant la profession de médecin (chirurgie orthopédique) à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir fait preuve de négligence, le 16 septembre 2008, à l'occasion de son expertise en affirmant que le patient ne faisait pas l'utilisation d'aucune drogue, ni n'avait eu de problème d'alcoolisme, alors que ce dernier présentait un problème connu d'alcoolisme et de toxicomanie, tel que noté dans les dossiers médicaux

antérieures qui lui avaient été préalablement soumis aux fins de son expertise (chef 1);

d'avoir agi, au cours des années 2003 à 2008, en tant que médecin traitant et comme médecin expert auprès de ce patient contrairement à ses devoirs d'indépendance ainsi qu'à son engagement auprès du bureau du syndic, en 1994 (chef 2).

Le 5 avril 2013, le conseil de discipline a imposé au Dr Gilles Roger Tremblay une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux (2) mois sur le chef 1 de la plainte et d'une période d'un (1) mois sur le chef

2 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

La décision du conseil étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le docteur Gilles Roger Tremblay est donc radié pour une période de deux (2) mois à compter du 10 mai 2013.

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

Montréal, le 10 mai 2013
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-09-00702)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr José-Ramon Herrera-Correa** (76612), exerçant la profession de médecin (endocrinologie et métabolisme) à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées soit :

d'avoir permis que s'établisse avec la patiente une relation extra-professionnelle à partir de mars 2001 en prenant des marches avec elle et, en avril 2001, en l'invitant chez lui, puis en ayant des relations sexuelles à partir de juin 2001, abusant ainsi de la relation professionnelle (chef 1);

d'avoir continué d'assumer le suivi médical requis par l'état de santé de la patiente en août 2001 jusqu'au 26 mars 2008, lui permettant d'obtenir de la médication jusqu'en février 2009, négligeant de la diriger à un autre endocrinologue pour le transfert des soins requis par son état de santé (chef 2).

Le 16 avril 2013, le conseil de discipline a imposé au Dr José-Ramon Herrera-Correa une radiation du tableau de l'ordre pour une période d'un (1) mois sur le chef 1 de la plainte et d'une période de deux (2) semaines sur le chef 2 de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

La décision du conseil étant exécutoire dès sa communication à l'intimé, le docteur José-Ramon Herrera-Correa est donc radié pour une période d'un (1) mois à compter du 24 avril 2013.

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

Montréal, le 24 avril 2013
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION PROVISOIRE
(dossier : 24-13-00799)

Prenez avis que le 12 avril 2013, le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec a prononcé la radiation provisoire du tableau de l'ordre de **Dr Michel Carrier** (77282), exerçant la profession de médecin à Saint-Jérôme, jusqu'à décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

Dr Michel Carrier est accusé d'avoir commis des infractions à la Loi et aux Règlements du Collège tel qu'il appert de la plainte numéro 24-13-00799 déposée au Greffe de discipline en même temps que la requête en radiation provisoire.

Les actes reprochés au Dr Michel Carrier ont notamment trait à :

D'avoir fait défaut d'avoir une conduite irréprochable chez une dame qu'il connaissait depuis environ quatre ans et qui le consultait à titre de médecin de famille en février 2012 pour plusieurs problèmes de santé, notamment une toxicomanie au crack et à la cocaïne et une hépatite C, en transgressant les limites de la relation thérapeutique en permettant que s'établisse avec sa patiente une relation intime avec relations sexuelles complètes (chef 1);

D'avoir prescrit le 20 février 2012 à sa patiente, du Dexamphétamine® (dexamphétamine) 15 mg 6 cap DIE AM, 60

comprimés, renouvelable 5 fois, pour notamment en tirer un avantage personnel en obtenant de sa patiente lesdits comprimés pour son usage personnel (chef 2);

D'avoir continué à exercer la médecine le 20 mai 2012, notamment en prescrivant à sa patiente, du Supeudol® 20 mg 1 comprimé aux 4 à 6 heures PRN, 60 comprimés, malgré l'engagement volontaire signé le 12 mars 2012 en présence des syndicats adjoints, par lequel il cessait immédiatement mais temporairement l'exercice de la médecine jusqu'à nouvel avis du syndic, autorisation qui lui fut d'ailleurs donnée le 4 juin 2012 (chef 3);

D'avoir maintenu, après le 7 juillet 2012, un lien thérapeutique avec la patiente en la traitant pour des problèmes non urgents mais non bénins tels une cellulite, de la constipation, une vaginite, un traumatisme à cheval, une entorse dorsale et pour le renouvellement de sa médication (chef 4);

D'avoir prescrit à une dame le 19 juillet 2012, de l'Epival® 1250 mg HS X 1 an, de l'Imodium® 2 mg qid X 1 an, du Rivotril® 2 mg HS X 1 an, du Diamcron® MR 60 1 à 2 co die X 1 an et du Nexium® 40 mg die X 1 an, alors que cette ordonnance visait le renouvellement de sa médication personnelle et ne servait qu'à son usage personnel (chef 5);

D'avoir prescrit à une dame le 18 novembre 2012 du Supeudol® 10 mg 1 à 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures si besoin, 60 comprimés, tout en sachant pertinemment que cette ordonnance était destinée à une autre personne (chef 6);

D'avoir maintenu, après le mois de novembre 2012, un lien thérapeutique avec une dame, qui à cette époque avait emménagé au domicile de sa sœur et du docteur Carrier, la traitant pour des problèmes de santé non urgents mais non bénins tels état dépressif, stress post-traumatique, insomnie chronique, fatigue, épuisement général, constipation et lombo sciatalgie (chef 7).

Le Dr Michel Carrier a reçu signification de cette ordonnance de radiation provisoire le 12 avril 2013, séance tenante, laquelle radiation est exécutoire à compter de cette date, et ce, notwithstanding appel.

Le Dr Michel Carrier est donc radié provisoirement du tableau de l'ordre à compter de la date de signification à l'intimé, soit le 12 avril 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 17 avril 2013
M^e Christian Gauvin, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-09-00699)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Carlo Vernaccchia** (75431), exerçant la profession de médecin à Montréal (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 posé, le ou vers le 17 avril 2008, chez une patiente, un diagnostic de toxicomanie alcoolique sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 1);

d'avoir émis, les 17 avril et 9 juillet 2008, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale des certificats médicaux, attestant de la toxicomanie d'une patiente et de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis, sans s'être assuré de son diagnostic, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 2);

d'avoir posé, le ou vers le 5 septembre 2007, chez un patient, un diagnostic de toxicomanie alcoolique et de prise de cocaïne, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 3);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale des certificats médicaux d'invalidité pour une période de trois mois les 5 septembre 2007, 7 février et 25 août 2008, attestant de la toxicomanie d'un patient et de la pertinence ou de l'indication d'un traitement au Centre Alliance Cap Espoir, sans s'être assuré de son diagnostic, notamment auprès du médecin traitant, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis, et sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel et les services qui y sont offerts (chef 5);

d'avoir posé, les 12 décembre 2007 et 10 mars 2008, chez une patiente, un diagnostic de toxicomanie alcoolique, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 6);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale des certificats médicaux d'invalidité pour une période de trois mois les 12 décembre 2007 et 10 mars 2008, attestant de la toxicomanie d'une patiente et de la pertinence ou de l'indication d'un traitement au Centre Alliance Cap Espoir, sans s'être assuré de son diagnostic, notamment auprès du médecin traitant, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis et sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel et les services qui y sont offerts (chef 7);

d'avoir posé, le ou vers le 8 février 2008, chez une patiente, un diagnostic de toxicomanie alcoolique, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 8);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale des certificats médicaux d'invalidité le ou vers le 8 février 2008, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux

évaluations requis, sans s'être assuré de son diagnostic d'une patiente, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 9)

d'avoir posé, le ou vers le 18 août 2007, chez une patiente, un diagnostic de toxicomanie due à la cocaïne, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 10);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale des certificats médicaux d'invalidité les ou vers les 8 août et 13 novembre 2007, 25 janvier, 29 février et 7 mai 2008, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis d'une patiente, sans s'être assuré de son diagnostic, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 12);

d'avoir posé, le ou vers le 16 avril 2007, chez une patiente, un diagnostic de toxicomanie alcoolique, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 13);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale un certificat médical d'invalidité le 16 avril 2007 cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis, sans s'être assuré de son diagnostic chez une patiente, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 14);

d'avoir posé, le ou vers le 19 décembre 2007, chez une patiente, un diagnostic de toxicomanie alcoolique, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 15);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale un certificat médical d'invalidité le 10 mars 2008, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis, sans s'être assuré de son diagnostic chez une patiente, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 16);

d'avoir posé, le ou vers le 3 juillet 2007, chez un patient, un diagnostic de toxicomanie due à la cocaïne, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 17);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale un certificat médical d'invalidité le 3 juillet 2007, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis, sans

s'être assuré de son diagnostic chez un patient, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 18);

d'avoir posé, le ou vers le 14 décembre 2007, chez un patient, un diagnostic de toxicomanie due à la cocaïne, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 19);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale un certificat médical d'invalidité le 24 janvier 2008, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis chez un patient, sans s'être assuré de son diagnostic chez un patient, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 20);

d'avoir posé, le ou vers le 17 avril 2008, chez un patient, un diagnostic de toxicomanie alcoolique chronique, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 21);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale un certificat médical d'invalidité le 17 avril 2008, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis, sans s'être assuré de son diagnostic chez un patient, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 22);

d'avoir posé, le ou vers le 16 août 2007, chez un patient, un diagnostic de toxicomanie due à la cocaïne, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 23);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale un certificat médical d'invalidité le 16 août 2007, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis, sans s'être assuré de son diagnostic chez un patient, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 24);

d'avoir posé, le ou vers le 14 décembre 2007, chez une patiente, un diagnostic de toxicomanie alcoolique, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 25);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale un certificat médical d'invalidité le 14 décembre 2007, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations requis, sans s'être assuré de son diagnostic chez une

patiente, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 26);

d'avoir posé, le ou vers le 5 mars 2008, chez une patiente, un diagnostic de toxicomanie due à la cocaïne, sans procéder à une anamnèse complète et aux examens et évaluations appropriés (chef 27);

d'avoir émis, auprès du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale un certificat médical d'invalidité le 5 mars 2008, cautionnant son diagnostic de toxicomanie et attestant de la pertinence ou de l'indication de traitements au Centre Alliance Cap Espoir, sans avoir procédé aux examens et aux évaluations

requis, sans s'être assuré de son diagnostic chez une patiente, notamment auprès du médecin traitant, sans connaître ledit Centre Alliance Cap Espoir, son personnel ainsi que la nature et la qualité des services qui y sont offerts (chef 28).

Le 15 mars 2012, le conseil de discipline a imposé au Dr Carlo Vernacchia une radiation du tableau de l'ordre pour une période de huit (8) mois sur les chefs 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 et 28. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

Le 16 avril 2012, le Dr Vernacchia 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 9 mai 2013 et signifié au Dr Vernacchia le 17 mai 2013 accueille en partie l'appel.

Le Dr Carlo Vernacchia est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de huit (8) mois à compter du 17 mai 2013.

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

Montréal, le 30 mai 2013
M^e CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE DÉCÈS

PÉRIODE : DU 23 MARS AU 21 MAI 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
Abramovitch, Henry	57007	Médecine interne / Microbiologie médicale et infectiologie	Montréal
Brodeur, Michael Toner Hope	57299	Médecine de famille	
Caouette, Maurice	46015	Obstétrique et gynécologie	Québec
Delva, Pierre-L.	70017	Médecine communautaire	Saint-Andrews
Dorval, Jean-François	79045	Médecine de famille	Bas-Saint-Laurent
Dumouchel, Jean-Paul	49056	Radiologie diagnostique / Radio-oncologie	Montréal
Gagnon, Serge Richard	73119	Obstétrique et gynécologie	Chaudière-Appalaches
Gareau, Paul-Émile	50073	Pneumologie / Cardiologie	Québec
Landry, Réal	64227	Psychiatrie	Québec
Langevin-Lavoie, Suzanne	59124	Médecine de famille	Montréal
Leduc, Jean	57327	Médecine de famille	
Legault, Christian	04210	Médecine interne / Cardiologie	Longueuil
Léger, Yvan	52098	Psychiatrie	Montréal
Leroux, Raymond-Pierre	74454	Gastroentérologie	Montréal
Loiselle, Guy	56088	Cardiologie / Médecine interne	Mauricie
Mayrand, Martin	53122	Médecine de famille	Lanaudière
Ménard, Marcel	50124	Médecine de famille	Outaouais
Moralejo, Richard V.	56147	Chirurgie générale	Montréal
Pagé, P. Renauld	64162	Psychiatrie	Montréal
Patry, Raymond	59162	Anesthésiologie	Montréal
Poisson, Roger C.	62308	Chirurgie générale	Montréal
Pridham, Guy	59205	Médecine de famille	Montréal
Reid, Charles D.	60218	Médecine de famille	Laurentides
Reilly, Douglass H.	49173	Médecine interne	Montréal
Shanks, John Arthur	57253	Médecine interne / Cardiologie	Montréal

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

PÉRIODE : DU 23 MARS AU 21 MAI 2013

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

MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF

PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE	PERMIS RESTRICTIF	LIEU D'EXERCICE
Abou Khalil, Charles	Val-d'Or	Kolozsvari, Oana-Nicoleta	Verdun
Breitner, John Carl Summer	Montréal	Marandí, Nima	Bedford
Crawford, Anne Aileen Margaret	Montréal	Paniagua Medina, Mario Enrique	Sorel-Tracy
Ferrario, Cristiano	Montréal	Richard-Devantoy, Stéphane	Saint-Jérôme

Le Collège des médecins a admis ces nouveaux membres.

PÉRIODE : DU 23 MARS AU 21 MAI 2013

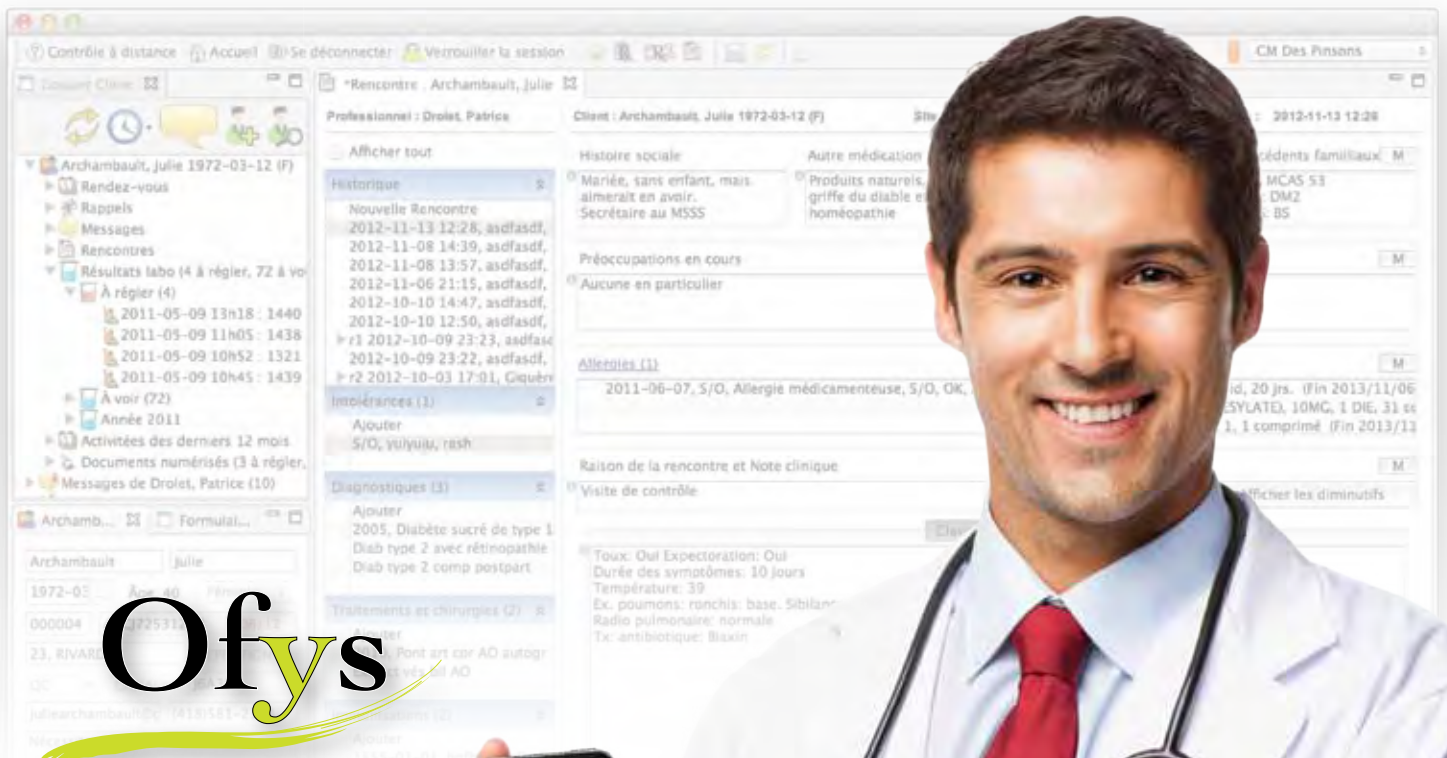
La ville ou l'arrondissement indique le lieu d'exercice lorsqu'il est connu.

MÉDECINS SPÉCIALISTES

SPÉCIALITÉS	LIEU D'EXERCICE	SPÉCIALITÉS	LIEU D'EXERCICE
ANESTHÉSIOLOGIE		MÉDECINE INTERNE	
Ross-Huot, Marie Christine	Montréal	Gingras, Isabelle	Montréal
CHIRURGIE GÉNÉRALE		Goupil, Rémi	Montréal
Mueller, Carmen	Montréal	Tissier, Yann	Saint-Hyacinthe
MÉDECINE COMMUNAUTAIRE		Veilleux, Claudia	Saint-Charles-Borromée
Pinard, Brigitte	Gatineau	NEUROCHIRURGIE	
MÉDECINE D'URGENCE		Al-Atassi, Borhan	Greenfield Park
Azzam, Mohamed Hatem A.	Montréal	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE	
MÉDECINE DE FAMILLE		Tremblay, Catherine	Montréal
Alder-St-Germain, Yoan	Trois-Rivières	ONCOLOGIE MÉDICALE	
Bernard, Annie	Les Escoumins	Di Valentin, Tanya	Gatineau
Comtois, Amélie	Joliette	PATHOLOGIE JUDICIAIRE / ANATOMO-PATHOLOGIE	
Doyon, Julie	Gatineau	Boucher, Liza	Montréal
Lavoie, Elaine	Trois-Pistoles	PÉDIATRIE	
Naud, Claudine	Drummondville	Cyr, Christine	María
O'Reilly-Fromentin, Marie-Ève	Lapocatière	PSYCHIATRIE	
Sirois-Leclerc, Julie	Paspébiac	Stikarovska, Irena	Montréal
Teetaert, Matthew Adam	Hawkesbury		
Tremblay, Annie	Ville-Marie		
Yin, Hai Bin	Montréal		

Ofys

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



Ofys

mobile

Version iPhone MD
également disponible

Visitez App Store MD

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

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

un produit développé par
Logiciels
INFO DATA

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 | www.infodata.ca