

Le College

Médecin expert: comment mieux éclairer le décideur?

ENVOI DE PUBLICATIONS CANADIENNES CONTRAT DE VENTE N° 40063038

LES SOINS DE FIN DE VIE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?



- Les perquisitions : quelles sont vos obligations ?
- Le suivi médical : la vigilance est de mise
- L'impact de l'âge sur la pratique médicale
Les stratégies pour y faire face
- L'entrevue orale structurée : ce qu'il faut savoir



ENSEMBLE VERS L'ATTEINTE DE VOS OBJECTIFS

SERVICE-CONSEIL
PLANIFICATION FINANCIÈRE
PLANIFICATION BUDGÉTAIRE
INVESTISSEMENT
INCORPORATION
GESTION PRIVÉE
SERVICE DE
FACTURATION

MONTREAL

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

QUÉBEC

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

www.fondsfmoq.com



PARTICIPEZ!

Dans ce numéro (voir à la page 12), nous vous présentons les membres élus, réélus ou nommés à titre de membres du nouveau Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec, à la suite des élections d'octobre dernier.

QUELLES SERONT LES RESPONSABILITÉS DES ADMINISTRATEURS DURANT CE MANDAT?

Je vous rappelle que notre conseil est composé de 28 membres, dont 20 membres élus, 4 membres représentant le public, nommés par l'Office des professions du Québec, et 4 vice-doyens aux affaires postdoctorales nommés par les facultés de médecine du Québec.

Les 20 médecins élus par leurs collègues des différentes régions du Québec agissent à titre d'administrateurs indépendants. Ce sont des membres reconnus par leurs pairs dans leur région pour leur engagement et leur intérêt envers la formation et la dispensation de soins médicaux de qualité.

Les représentants du public assurent au conseil une vision et une participation citoyennes aux décisions. Les vice-doyens des facultés de médecine font le pont entre la formation universitaire et l'exercice de la profession.

Ensemble, les administrateurs du conseil dictent les orientations et les politiques du Collège des médecins du Québec. Chaque administrateur, grâce à sa formation, à son expertise et à son expérience, nourrit les débats et assure une cohésion dans la gouvernance du Collège.

Cette participation essentielle de tous les acteurs garantit une profondeur et une qualité dans la réflexion et les décisions du Conseil d'administration.

À une époque où la gouvernance est déterminante et où l'on se doit d'assurer un professionnalisme irréprochable ainsi que le respect des règles d'éthique, il est impératif que cette équipe reflète les valeurs du Collège et s'investisse dans la réalisation de notre mission.

Je suis fier d'affirmer que le Collège peut compter sur un conseil fort, compétent et centré sur la protection des patients québécois.

Au cours de la récente élection, plusieurs collègues ont soumis leur candidature afin d'être élus au Conseil d'administration, et je les remercie tous pour cette manifestation de leur intérêt envers la profession médicale et leur ordre. Enfin, je félicite les membres élus, réélus ainsi que les membres nouvellement nommés.

Participez! Voilà l'action essentielle qui nous permettra de réaliser notre mandat.

CHARLES BERNARD, M.D.
Président-directeur général



PARTICIPATE!

In this issue (see page 12), we will introduce the members who were elected, re-elected or appointed members of the Collège des médecins du Québec's new Board of Directors following the elections last October.

WHAT WILL THE DIRECTORS' RESPONSIBILITIES BE DURING THIS MANDATE?

Let me remind you that our Board is made up of 28 members, including elected 20 members, 4 members representing the public, appointed by the Office des professions du Québec, and 4 associate deans of postgraduate affairs appointed by Québec's faculties of medicine.

The 20 physicians elected by their colleagues in the different regions of Québec act as independent directors. They are members who are recognized by their peers in their region for their commitment and interest in education and the provision of quality medical care.

The public's representatives ensure that citizens are able to share their vision with the Board and participate in decisions. The associate deans of the faculties of medicine serve as a bridge between university education and professional practice.

Together, the Board's directors define the orientations and policies of the Collège des médecins du Québec. By virtue of his/her training, expertise and experience, each director contributes to debates and ensures coherence in the governance of the Collège.

This vital participation on the part of all players ensures the depth and quality of the Board of Directors' deliberations and decisions.

At a time when governance is crucial and when we must display impeccable professionalism and ethical conduct, it is imperative that this team reflect the Collège's values and engage in fulfilling our mission.

I am proud to say that the Collège can rely on a strong, competent Board that is focused on protecting patients in Québec.

During the recent election, many colleagues submitted their candidacy for election to the Board of Directors and I would like to thank them all for this expression of their interest in the medical profession and their order. Lastly, I would like to congratulate those members who were elected, re-elected or newly appointed.

Participate! This is precisely what is needed if we are to fulfil our mandate.

CHARLES BERNARD, M.D.
President and Chief
Executive Officer



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

COMITÉ EXÉCUTIF

Dr Charles Bernard, Dr Julie Lajeunesse, Mme Suzanne Lalonde,
Dr Marie-Hélène LeBlanc, Dr Markus C. Martin

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Charles Bernard Médecine de famille Québec, 2012-2016	Dr Auril 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 Aurèle Côté Pneumologie Montréal, 2014-2018	Dr Anne-Marie Houle Urologie Montréal, 2014-2018
Dr Josée Courchesne Médecine de famille Montréal, 2014-2018	Dr Julie Lajeunesse Médecine de famille Montréal, 2014-2018
Dr Luc Dallaire Médecine de famille Chaudière-Appalaches, 2012-2016	Dr Martin Laliberté Médecine d'urgence Montréal, 2014-2018
Dr Guy Dumas Médecine de famille Mauricie, Centre-du- Québec, 2012-2016	Dr Yves Langlois Médecine de famille Montréal, 2012-2016
Dr Richard Essiambre Cardiologie Laval, 2014-2018	Dr Marie-Hélène LeBlanc Cardiologie Québec, 2012-2016
Dr Pierre Fiset Anesthésiologie Montréal, 2014-2018	Dr Markus C. Martin Obstétrique-gynécologie Montréal, 2014-2018
Dr France Laurent Forest Médecine de famille Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine, 2012-2016	Dr Francine Mathieu-Millaire Ophtalmologie Montréal, 2014-2018
Dr Michel Garner Médecine d'urgence Montréal, 2014-2018	Dr Marcel Reny Médecine de famille Outaouais, Abitibi- Témiscamingue, 2012-2016

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

Dr Armand Aalamian Vice-doyen de l'enseignement médical des 2e et 3e cycles et des affaires professionnelles Université McGill	Dr Mireille Grégoire Vice-doyenne aux études médicales postdoctorales Université Laval
Dr Josée Dubois Vice-doyenne aux études médicales postdoctorales Université de Montréal	Dr Serge Langevin Vice-doyen aux études médicales postdoctorales Université de Sherbrooke

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

M. Jean-Pierre Dubeau, 2014-2018	Mme Suzanne Lalonde, 2012-2016
Mme Sophie Ducharme, 2014-2018	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
1^{er} trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN 1207-3040

Courriel : collegedesmedecins@cmq.org

MOT DU PRÉSIDENT

3 Participez!

MISE AU POINT

5 Être un expert et agir en conséquence

À L'AGENDA

- 6 Cannabis à des fins médicales
Pourquoi faut-il attendre un protocole de recherche?
- 6 Nouveaux vidéos destinés au grand public
- 7 Rapport du groupe de travail sur la médecine d'expertise :
améliorer la qualité de l'expertise et mieux encadrer la pratique
- 7 Mémoire sur le projet de loi n° 10
Le Collège exprime ses inquiétudes

À LA UNE

8 Médecin expert : comment mieux éclairer le décideur?

10 AVIS DE NOMINATION

11 À L'HONNEUR

LES MANCHETTES

- 14 Les soins de fin de vie : où en sommes-nous?
- 18 L'impact de l'âge sur la pratique médicale : les stratégies pour y faire face
- 21 Nouveau programme 60 ans
- 21 Mise à jour de l'énoncé de position du Collège sur le rôle du médecin de famille
Le Collège souhaite connaître votre vision
- 22 L'entrevue orale structurée : ce qu'il faut savoir
- 24 Formation continue en psychothérapie
Les médecins exerçant la psychothérapie tardent à compiler leurs crédits
- 25 La formation postdoctorale prépare-t-elle adéquatement les résidents à la pratique?
- 26 Qui peut utiliser le titre de docteur?
- 27 L'apprentissage par le service dans la communauté

INFO JURIDIQUE

16 Les perquisitions : quelles sont vos obligations?

CHRONIQUE DISCIPLINAIRE

17 Le suivi médical : la vigilance est de mise

28 ATELIERS ET FORMATION

MÉDICAMENTS

29 Avis, mises en garde et retraits

30 AVIS DE RADIATION

33 AVIS DE DÉCÈS

34 NOUVEAUX MEMBRES

ÊTRE UN EXPERT ET AGIR EN CONSÉQUENCE

Dans le présent numéro de la revue, nous faisons état du rapport sur la médecine d'expertise du groupe de travail conjoint du Collège des médecins du Québec et du Barreau du Québec. Cette initiative trouve son origine dans l'augmentation des plaintes observées à la Direction des enquêtes du Collège au cours des cinq dernières années à l'encontre de médecins agissant en tant qu'experts, en plus de certains témoignages controversés diffusés à la faveur de procès médiatisés. Les décideurs politiques des deux ordres professionnels ne pouvaient rester sourds plus longtemps à ces critiques et se devaient de maintenir, sinon restaurer, la crédibilité des médecins experts et l'administration de la justice.

Le groupe de travail a rencontré plus d'une quarantaine de personnes ou d'organisations qui ont alimenté sa réflexion. Le groupe s'est intéressé principalement à l'expert sollicité par les tribunaux judiciaires, qu'ils soient criminels, civils ou administratifs. C'est le domaine de la psychiatrie qui est principalement sollicité par les cours criminelles et ce sont les domaines reliés aux atteintes musculo-squelettiques et de la psychiatrie qui font l'objet d'un plus grand volume de demandes dans les cours administratives, plus particulièrement en ce qui a trait aux dossiers d'indemnisation. Les représentants de la CSST, déjà rencontrés à l'occasion de la préparation du guide d'exercice sur la médecine d'expertise en 2006, avaient alors entrepris rapidement un processus d'assurance qualité des rapports d'expertise qu'ils demandaient. En utilisant le guide comme grille d'analyse, ils ont mis en place un mécanisme d'évaluation des rapports. Entre 2008 et 2013, le pourcentage de conformité aux critères exigés est passé en moyenne de 45 % à 85 % durant cette période. Comme quoi, il est possible d'améliorer la qualité en s'en donnant les moyens.

Le groupe de travail propose plusieurs outils pour améliorer la qualité des expertises médicales : déclaration de l'expert, programme d'inspection, formation de base et formation continue. Mais surtout, les deux ordres se sont entendus pour responsabiliser tous les acteurs (médecins, avocats et décideurs) vers un même but : la promotion et la préservation du rôle de l'expert comme celui qui éclaire le décideur, quel que soit le modèle dans lequel on fait appel à lui.

Une fois reconnu comme expert, encore faut-il agir en conséquence avec toute l'objectivité, le jugement, la rigueur, l'attitude et l'expérience requis. L'opinion émise par un expert doit être factuelle, objective et fondée sur les principes scientifiques généralement acceptés et les normes médicales actuelles. Ce n'est pas la première fois que la profession médicale se voit lancer un défi. Le Collège entend bien se donner les moyens de le relever, comme il l'a déjà fait dans d'autres situations.

YVES ROBERT, M.D.

Secrétaire
yrobort@cmq.org

BEING AN EXPERT AND ACTING ACCORDINGLY

In this issue of the magazine, we discuss the report produced by the joint task force of the Collège des médecins du Québec and the Barreau du Québec on the practice of physicians who act as medical experts. This initiative was undertaken in response to an increase in the number of complaints received by the Collège's Inquiries Division in the past five years concerning physicians who act as medical experts, in addition to certain controversial testimonies publicized during high-profile trials. The policymakers of both professional orders could not remain deaf to these criticisms much longer and needed to maintain, if not restore, the credibility of medical experts and the administration of justice.

The task force met with over forty people or organizations that contributed to its deliberations. It was mainly interested in experts who appear in court, whether criminal, civil or administrative. The field of psychiatry predominates in the criminal courts and the fields of musculoskeletal conditions and psychiatry are responsible for a higher volume of requests in the administrative courts, particularly with respect to claims for compensation. CSST representatives, whom the task force met with previously when developing the practice guide for physicians who act as medical experts in 2006, had, at that time, rapidly undertaken a quality assurance process for the expert reports they requested. Using the guide as an evaluation checklist, they established a report evaluation mechanism. Between 2008 and 2013, compliance with the required criteria increased from 45 to 85% on average. Which goes to show that it is possible to improve quality if we give ourselves the means to do so.

The task force proposes a number of tools to improve the quality of expert medical reports: expert declaration, inspection program, core education and continuing education. But above all, both orders agreed to make all stakeholders accountable (physicians, lawyers and decision makers) for achieving the same goal: the promotion and preservation of the expert's role as the person who informs the decision maker, irrespective of the model he/she is working in.

Once recognized as an expert, the physician must still act accordingly, with all the objectivity, judgement, rigour, attitude and experience required. An expert opinion must be factual, objective and based on generally accepted scientific principles and current medical standards. This is not the first challenge the medical profession has ever faced. The Collège firmly intends to provide itself with the means to do so, as it has done in other situations in the past.

YVES ROBERT, M.D.

Secretary
yrobort@cmq.org



SURVOL DE L'ACTUALITÉ MÉDICALE

CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

POURQUOI FAUT-IL ATTENDRE UN PROTOCOLE DE RECHERCHE ?

En novembre dernier, le Collège a été sollicité par les médias qui souhaitaient obtenir son opinion à la suite de l'ouverture d'une première clinique de cannabis médical à Montréal. Le Collège a réitéré sa position : le cannabis n'étant pas un traitement reconnu, il faut établir des balises pour sa prescription et son dosage, dans le cadre d'un projet de

recherche qui mènera à la création d'une base de données des patients qui font usage du cannabis thérapeutique.

Le protocole de recherche vise à déterminer les indications, les dosages et l'innocuité des différents produits et devrait être effectif en janvier 2015.



www.cmq.org

(section Membres, mot-clé : Cannabis)

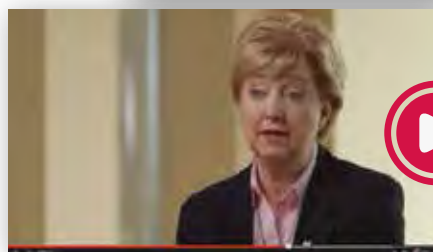
VIDÉOS

NOUVEAUX VIDÉOS DESTINÉS AU GRAND PUBLIC

Le Collège a réalisé une série de clips vidéo visant à mieux faire connaître sa mission et ses services auprès du grand public. Ces vidéos, accessibles et de facture contemporaine, sont diffusées dans le site Web du Collège.

Dans le premier clip diffusé en octobre dernier, le Dr Charles Bernard décrit la mission du Collège. Un deuxième clip a été ajouté dans la section du site Web destinée au public. Le Dr Steven Lapointe, syndic et directeur de la Direction des enquêtes, y explique le processus de demande d'enquête.

Deux autres vidéos ont été ajoutées en novembre et en décembre. Le Dr Anne-Marie MacLellan, directrice de la Direction des études médicales, explique les étapes que doit suivre un diplômé international en médecine pour exercer au Québec. Enfin, dans le dernier clip, le Dr Ernest Prigent, directeur de la Direction de l'amélioration de l'exercice, présente les outils dont dispose sa direction pour effectuer des visites d'inspection professionnelle et assurer une médecine de qualité.



DATES À RETENIR

Comité exécutif

22 janvier 2015 / 26 février 2015

Conseil d'administration

27 mars 2015

PUBLICATIONS

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA MÉDECINE D'EXPERTISE AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'EXPERTISE ET MIEUX ENCADRER LA PRATIQUE

Présenté en conférence de presse le 30 octobre dernier, le rapport, rédigé conjointement par le Collège des médecins du Québec et le Barreau du Québec, établit que l'expertise médicale au service des tribunaux administratifs, civils et criminels doit être mieux encadrée. Dans son article publié à la page 8 de ce numéro, le Dr Robert fait le bilan des recommandations formulées par le groupe de travail sur la médecine d'expertise afin d'en améliorer la qualité.

MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI N° 10 LE COLLÈGE EXPRIME SES INQUIÉTUDES

Le 20 octobre dernier, le Collège a présenté en commission parlementaire son mémoire sur le projet de loi visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Le Collège y exprime notamment ses inquiétudes quant aux conséquences de la création d'établissements de dimension régionale sur la qualité et l'accessibilité des services et quant à l'abolition des agences de la santé et des services sociaux.

Le Collège des médecins est particulièrement préoccupé du regroupement éventuel, dans un même établissement, des services médicaux allant de la première ligne jusqu'à des soins ultra-spécialisés et de pointe. Enfin, le Collège n'entrevoit aucune disposition du projet de loi visant le renforcement de la première ligne de soins, ce qui lui apparaît inquiétant.

Un DMÉ idéal, c'est ...

- Un produit efficace ✓
- Une solution infonuagique hybride ✓
- Un fournisseur honnête ✓
- Un accompagnement continu ✓

Faites le bon choix!

Ofys

DMÉ CERTIFIÉ

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

Rachel Charron-Drolet
François Coulombe-Fortier
Logiciels INFO-DATA inc.



Logiciels INFO-DATA inc. 2014

MÉDECIN EXPERT : COMMENT MIEUX ÉCLAIRER LE DÉCIDEUR ?

Tout médecin peut être sollicité pour émettre une opinion afin d'éclairer un décideur dans sa prise de décision. On observe une croissance de ces demandes d'expertise médicale qui suscitent des attentes de plus en plus élevées. Cela explique qu'elles font l'objet de nombreuses critiques et contestations. Dans ce contexte, le Collège des médecins du Québec et le Barreau du Québec se sont sentis interpellés et ont décidé d'unir leurs efforts pour contribuer à améliorer l'encadrement et la qualité des expertises médicales. Le groupe de travail conjoint ainsi formé a remis son rapport aux instances décisionnelles des deux ordres qui ont rendu publiques ses recommandations en novembre dernier.

LE RÔLE DU MÉDECIN EXPERT : ÉCLAIRER LE DÉCIDEUR

Le rapport définit d'abord le rôle du médecin expert. Quel que soit son cadre de travail, il a toujours la même mission : éclairer le décideur. Sur ce point, tant le Barreau que le Collège se donnent comme mandat de promouvoir et de respecter ce rôle. Cette responsabilité doit être partagée par les avocats demandeurs ou défendeurs, la magistrature et les médecins appelés à témoigner. Le nouveau *Code de procédure civile*, adopté par l'Assemblée nationale du Québec au printemps 2014, soutient cette approche en privilégiant le modèle de « l'expert commun » et en limitant le nombre d'experts par domaine en litige. Il entrera en vigueur en 2016.

COMMENT RECONNAÎTRE UN MÉDECIN EXPERT ?

Le médecin expert possède les connaissances et les habiletés requises dans le domaine faisant l'objet du litige. Il doit avoir développé une expérience et un jugement cliniques qui se sont maintenus et se poursuivent. De plus, son attitude envers le patient évalué favorise la collaboration requise de ce dernier pour établir des conclusions fiables.

Le rapport réaffirme le fait que l'on reconnaît l'expert davantage par l'expérience clinique du médecin que par sa connaissance du système juridique. Bien que celle-ci soit un atout qu'il faut encourager, la cour a davantage besoin d'être éclairée sur les aspects médicaux que juridiques. L'expert ne doit pas prendre fait et cause pour l'une des parties. À titre indicatif, le groupe de travail a proposé une période de cinq ans de pratique récente dans le domaine pour déterminer l'acquisition d'une expérience minimale et le maintien d'une compétence requise pour un

d'un document que devra contenir tout rapport d'expertise. Cette déclaration fera état du recensement des écrits consignés par le médecin, des thèses ayant cours sur le sujet en litige, de leur prépondérance relative, de la thèse retenue par l'expert et des raisons qui motivent cette opinion, ainsi que de la divulgation de ses intérêts. Le guide d'exercice servira de base à l'évaluation de la qualité des rapports d'expertise et tout médecin appelé à agir en tant qu'expert devra en avoir pris connaissance.

[Le guide d'exercice servira de base à l'évaluation de la qualité des rapports d'expertise et tout médecin appelé à agir en tant qu'expert devra en avoir pris connaissance.]

expert. Cette balise doit être pondérée à la lumière de la question en litige, de la nature de l'expertise et d'autres critères pertinents à la cause.

LE GUIDE D'EXERCICE SUR LA MÉDECINE D'EXPERTISE : UN OUTIL D'AIDE ET D'ÉVALUATION

Pour améliorer le contenu des rapports d'expertise, le Collège mettra à jour dans le premier semestre de l'année 2015 son guide d'exercice sur la médecine d'expertise. Rappelons que le guide publié en 2006 avait pour but de baliser le travail du médecin expert à la suite de la refonte du *Code de déontologie des médecins*, en 2002, qui a précisé les obligations déontologiques spécifiques, mais non exclusives, à ce champ d'exercice¹.

La *Déclaration de l'expert* sera ajoutée dans la nouvelle édition du guide : il s'agira

DE NOUVEAUX PROGRAMMES D'INSPECTION ET DE FORMATION

Dans son rôle d'expert, le médecin exerce une activité médicale à part entière. À ce titre, le médecin expert devrait faire l'objet d'une inspection professionnelle comme tout autre médecin. Ainsi, un nouveau programme d'inspection professionnelle sera mis en place pour s'assurer que tout médecin agissant en tant qu'expert respecte les plus hautes normes de qualité dans sa pratique.

Le rapport recommande de mettre en place des programmes de formation de base dans tous les programmes de résidence en médecine, et de formation continue pour les médecins, les avocats et la magistrature, afin de promouvoir les nouvelles dispositions du *Code de procédure civile*, mais aussi l'esprit proposé par les deux ordres pour l'utilisation

des experts médicaux dans toutes les instances judiciaires, qu'elles soient criminelles, civiles ou administratives. À cet égard, le groupe de travail ne favorise pas un modèle unique, mais recommande aux tribunaux d'utiliser l'un des trois modèles existants (débat contradictoire, expert commun et panel d'experts) selon la cause et les questions en litige, chaque modèle ayant ses avantages et ses inconvénients.

[L'expert ne doit pas prendre fait et cause pour l'une des parties.]

DES BALISES POUR UNE JUSTE RÉMUNÉRATION

Dans un souci de faciliter un accès équitable à la justice et aux experts, le groupe de travail interpelle le gouvernement et les fédérations médicales afin d'établir des balises quant à la rémunération des médecins agissant en tant qu'experts pour éviter les abus.

NON À UNE LISTE DE MÉDECINS EXPERTS

Certains intervenants ont exprimé au groupe de travail le souhait que le Collège des médecins du Québec dresse une liste des médecins experts et ont recommandé que les avocats rendent publique la liste des experts consultés dans une cause. Ni l'une ni l'autre de ces recommandations n'a été retenue. On ne peut identifier un expert que lorsque l'on connaît la question en litige à laquelle il faut répondre. Tant que cette question n'est pas connue, tout médecin est un expert potentiel. De plus, une telle liste peut signifier que seuls les médecins y figurant sont des experts à l'exclusion des autres membres de l'ordre. Enfin, on pourrait aussi laisser croire que le Collège se porte garant

de la qualité de l'exercice des membres faisant partie de cette liste et qu'il ne peut le faire pour les membres qui n'y figurent pas. Pour toutes ces raisons, le Collège n'établira pas et ne mettra pas à jour une telle liste. Quant à la divulgation des noms des médecins consultés par les avocats, une telle obligation irait à l'encontre du respect du secret professionnel prévu au *Code de déontologie des avocats*. Si l'objectif est de contrer le « magasinage » d'experts, le Collège et le Barreau sont d'avis que la promotion de l'impartialité de l'expert par tous les acteurs et les nouvelles dispositions du *Code de*

procédure civile sont de meilleurs moyens de prévention de la partialité des experts.

À la suite des recommandations du groupe de travail, le Collège des médecins du Québec et le Barreau du Québec en sont venus à la conclusion qu'un encadrement approprié de l'utilisation des experts est nécessaire. Il en va de la crédibilité de la médecine et de la justice.

Référence

¹ *Code de déontologie des médecins*, articles 65 à 69.

OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES DU MÉDECIN QUI AGIT EN TANT QU'EXPERT

Le *Code de déontologie des médecins* comporte des articles spécifiques (mais non exclusifs) se rapportant au rôle du médecin expert :

67. Le médecin, agissant pour le compte d'un patient ou d'un tiers comme expert ou évaluateur, doit :
 - 1° faire connaître avec objectivité et impartialité à la personne soumise à l'évaluation ou à l'expertise, le but de son travail, les objets de l'évaluation ou de l'expertise et les moyens qu'il compte utiliser pour la réaliser; il doit aussi l'informer du destinataire de son rapport d'évaluation ou d'expertise et de la manière d'en demander copie;
 - 2° s'abstenir d'obtenir de cette personne toute information ou de lui faire toute interprétation ou commentaire non pertinent à l'objet de l'évaluation ou de l'expertise;
 - 3° limiter la communication au tiers aux seuls informations, interprétations ou commentaires nécessaires pour répondre aux questions soulevées par l'évaluation ou l'expertise demandée;
 - 4° s'abstenir de poser un geste ou de tenir des propos susceptibles de diminuer la confiance de cette personne envers son médecin;
 - 5° communiquer avec objectivité, impartialité et diligence son rapport au tiers ou à la personne qui a demandé l'évaluation ou l'expertise.
68. Le médecin doit, en vue de juger de l'aptitude d'une personne à exécuter un travail, s'en tenir à la recherche des informations qui sont pertinentes à cette fin.
69. Le médecin agissant pour le compte d'un tiers comme expert ou évaluateur ne peut devenir médecin traitant du patient qu'à la demande ou après autorisation expresse de ce dernier, et après avoir mis fin à son mandat avec le tiers.

Au moment de mettre sous presse, la version révisée du *Code de déontologie des médecins* n'était pas encore en vigueur. Consultez le site Web du Collège pour connaître la date de son entrée en vigueur.

DR MICHEL JARRY

Le Collège des médecins du Québec est heureux d'annoncer la nomination du Dr Michel Jarry au poste de syndic adjoint à la Direction des enquêtes. Le Dr Jarry a pratiqué la cardiologie durant 30 ans, dont les 14 dernières années à l'Hôpital Pierre-Boucher. Parallèlement à sa pratique, le Dr Jarry a été président de l'Association des cardiologues, de 1999 à 2003, président du CMDP du CSSS Pierre-Boucher de 2002 à 2012, ainsi que membre du conseil de discipline du Collège de 2004 à 2014. En outre, le Dr Jarry a été professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.



DR LOUISE QUESNEL

Le Collège des médecins du Québec se réjouit de l'arrivée du Dr Louise Quesnel à titre d'inspecteur à la Direction de l'amélioration de l'exercice. Médecin de famille de formation, le Dr Quesnel a exercé pendant plus d'une trentaine d'années au Centre médical Saint-Hubert. Parallèlement à sa pratique, le docteur Quesnel a exercé la fonction de chef du Département régional de médecine générale de la Montérégie, de 2008 à 2014. Elle s'est également investie dans l'organisation des soins de santé de première ligne en participant notamment à plusieurs comités.

DR SYLVIE TREMBLAY

Le Collège des médecins du Québec a le plaisir d'annoncer la nomination du Dr Sylvie Tremblay au poste de syndic adjoint à la Direction des enquêtes. Otorhinolaryngologiste de formation, le Dr Tremblay a débuté sa pratique il y a 17 ans, au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, CSSS de l'Énergie, où elle a exercé jusqu'à tout récemment. Le Dr Tremblay a également œuvré au sein du CMDP de son institution, de 1997 jusqu'à son départ en juin 2014, notamment à titre de présidente. Parallèlement à sa pratique, le Dr Tremblay a mené une carrière académique à titre de chargée d'enseignement clinique au département de chirurgie de l'Université de Montréal.



LES LAURÉATES DU PRIX HIPPOCRATE 2014

L'INTERDISCIPLINARITÉ AU SERVICE D'UNE CLIENTÈLE VULNÉRABLE

Le Prix Hippocrate a été créé par le magazine *Le Patient* dans le but de rendre hommage à une équipe de médecins et pharmaciens qui pratiquent l'interdisciplinarité avec succès au bénéfice de leurs patients.

Le 18 septembre dernier, cet hommage a été décerné à Sylvie Vézina, médecin de famille, et Danielle Gourde, pharmacienne. Celles-ci ont mis sur pied un projet novateur permettant le suivi flexible, adapté et personnalisé de patients atteints de l'hépatite C à la Clinique l'Actuel. Leur approche assure un soutien constant aux patients grâce à la communication et à la collaboration entre les différents professionnels concernés. Toutes nos félicitations aux deux lauréates et à leurs collègues.



Dr Charles Bernard, M. Timothy Maloney (président de Novartis Canada), Mme Danielle Gourde, Dr Sylvie Vézina et M. Bertrand Bolduc (président de l'Ordre des pharmaciens du Québec)

NOUVEAU COMITÉ EXÉCUTIF

Lors de la séance du 17 octobre dernier, le Conseil d'administration a réélu le Dr Charles Bernard président-directeur général du Collège des médecins du Québec pour un second mandat de quatre ans, et le Dr Marie-Hélène LeBlanc à titre de vice-présidente de l'ordre.

Le Conseil a également élu les trois autres membres du comité exécutif du Collège des médecins. Il s'agit des Drs Julie Lajeunesse et Markus C. Martin et de Mme Suzanne Lalonde nommée par l'Office des professions du Québec.



Dr Marie-Hélène LeBlanc, Mme Suzanne Lalonde, Dr Markus C. Martin, Dr Charles Bernard, Dr Julie Lajeunesse

RÉSULTATS DES ÉLECTIONS DE L'AUTOMNE 2014

Le 2 octobre dernier, 10 administrateurs ont été élus, pour un mandat de quatre ans, dans les régions de Laval, de la Montérégie et de Montréal. Les administrateurs ont été élus par les membres du Collège des médecins dans les régions susmentionnées.

Le Collège des médecins félicite les administrateurs élus et leur souhaite beaucoup de succès dans la réalisation de leur nouveau mandat. Il remercie également tous les candidats en lice pour cette élection de leur intérêt envers les activités et la mission du Collège.



Dr Aurore Côté, Montréal



Dr Josée Courchesne, Montérégie



Dr Richard Essiambre, Laval



Dr Pierre Fiset, Montréal



Dr Michel Garner, Montréal



Dr Anne-Marie Houle, Montréal



Dr Julie Lajeunesse, Montréal



Dr Martin Laliberté, Montréal



Dr Markus C. Martin, Montréal



Dr Francine Mathieu-Millaire, Montréal

Nous soulignons également l'arrivée de trois nouveaux administrateurs, dont deux nommés par les facultés de médecine de l'Université McGill et de l'Université Laval ainsi qu'un administrateur non-médecin désigné par l'Office des professions du Québec.



Dr Armand Aalamian, vice-doyen de l'enseignement médical des 2^e et 3^e cycles et des affaires professionnelles, Université McGill



Dr Mireille Grégoire, vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, Université Laval



M. Jean-Pierre Dubeau, nommé par l'Office des professions du Québec

COLLOQUE 2015

L'ÉCRAN: INTRUS OU ALLIÉ ?

Dossiers médicaux électroniques, logiciels d'aide à la décision, Dossier Santé Québec, logiciels de gestion clinique, sites Web médicaux: les outils informatiques et les échanges électroniques sont de plus en plus nombreux et présents dans la pratique médicale.

**Comment ces outils modifient-ils
l'exercice de la médecine ?**

**Le recours à l'ordinateur durant la
consultation influence-t-il la
communication médecin-patient ?**

**Quelles informations peut-on
transmettre sur le Web ?**

**Quelles sont les « bonnes pratiques »
ou comment utiliser
judicieusement ces outils ?**

Comment faire de votre écran un allié ?

Le colloque 2015 du Collège vous offre l'occasion de réfléchir à cette question et d'obtenir des éléments de réponse.

Soyez-y aussi !

**Nous voulons
vous entendre.**

Le 8 mai 2015 au Palais des congrès de Montréal

Pour vous inscrire : colloque@cmq.org

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


COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



LES SOINS DE FIN DE VIE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Avec l'adoption de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, le 10 juin 2014, une nouvelle étape importante a été franchie concernant les soins de fin de vie. Il faut toutefois préciser que la loi n'est pas encore en vigueur. Elle devrait l'être d'ici le 10 décembre 2015. Jusqu'à nouvel ordre, ce sont les anciennes règles qui s'appliquent.

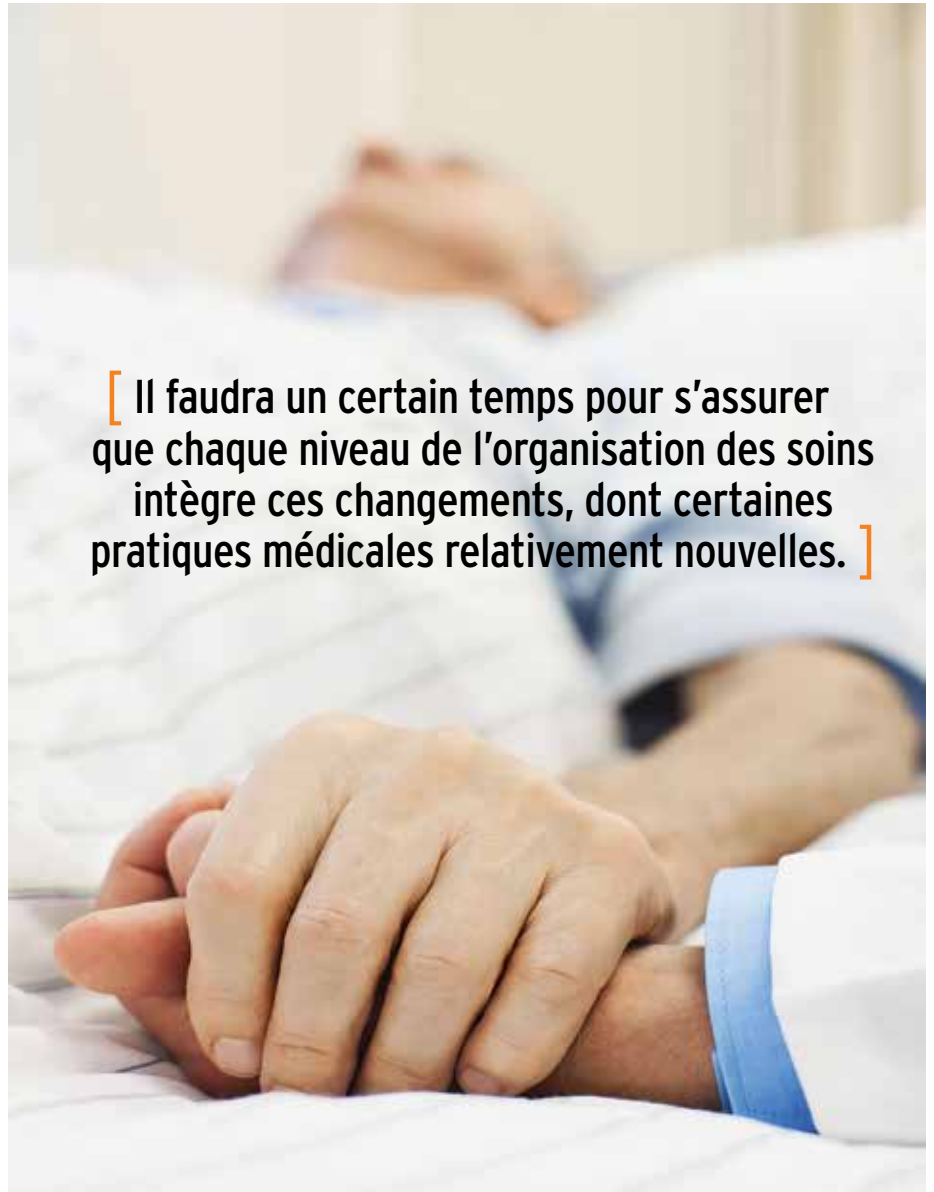
De prime abord, on pourrait déplorer ce délai, puisqu'il oblige les personnes en fin de vie à faire preuve de patience et les médecins à demeurer extrêmement prudents. Mais à bien y penser, une période de transition de 18 mois ne sera pas de trop pour bien se préparer à des changements aussi importants.

En effet, la *Loi concernant les soins de fin de vie* ne concerne pas seulement l'aide médicale à mourir, mais tous les soins auxquels les personnes en fin de vie devraient avoir droit dorénavant, que ce soit en établissement, en maison de soins palliatifs ou à domicile. À cet égard, la loi assigne des responsabilités à tous les acteurs du système de soins, notamment les médecins et le Collège des médecins du Québec (CMQ). En outre, cette loi crée, pour renforcer le pouvoir décisionnel des patients, un véritable régime de directives médicales anticipées, applicables plus largement que dans les seuls contextes où la mort est inéluctable et plus ou moins imminente.

Il s'agit là de changements majeurs qui ne s'improvisent pas. Il faudra un certain temps pour s'assurer que chaque niveau de l'organisation des soins intègre ces changements, dont certaines pratiques médicales relativement nouvelles. Une période de temps sera également nécessaire pour que les intervenants, comme les patients, s'approprient ces changements.

UN PREMIER PAS : LES GUIDES D'EXERCICE

L'un des premiers pas à accomplir à l'étape où nous en sommes consiste à s'entendre sur les meilleures pratiques de soins en fin de vie. La responsabilité de produire des guides



[Il faudra un certain temps pour s'assurer que chaque niveau de l'organisation des soins intègre ces changements, dont certaines pratiques médicales relativement nouvelles.]

sur ce sujet relève du Collège. Pour les gens œuvrant en soins palliatifs, les soins en fin de vie sont loin de constituer des pratiques nouvelles. Il reste que c'est l'ensemble des médecins qui risque maintenant d'être appelé à prodiguer ce type de soins. De plus, la sédation palliative est une pratique relativement nouvelle, dont certains aspects demeurent controversés. Et c'est sans parler de l'aide médicale à mourir.

Les guides sont un premier pas parce que, tout en tenant compte des dispositions légales, les pratiques y sont abordées d'un point de vue résolument clinique. Ils établissent les normes de pratique à partir desquelles les établissements pourront élaborer leurs protocoles, comme le prévoit la loi, et organiser leur offre de soins. Ils constituent les principaux points de référence pour les médecins qui exercent hors établissement.

LES SOINS MÉDICAUX DANS LES DERNIERS JOURS DE LA VIE

Le guide sur les soins médicaux dans les derniers jours de la vie a été rédigé en collaboration avec des médecins œuvrant en soins palliatifs. Les soins usuellement prodigués aux personnes dont la mort est imminente font l'objet d'un assez large consensus. Le guide s'adresse plutôt aux médecins qui auraient moins d'expérience à cet égard. Il s'attarde notamment sur une utilisation adéquate des opiacés pour soulager la douleur chez les personnes en phase terminale.

LA SÉDATION PALLIATIVE EN FIN DE VIE

La sédation palliative fait déjà partie de l'arsenal des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie. Ce moyen de dernier recours, réservé aux personnes souffrant de douleurs réfractaires aux traitements usuels, soulève cependant des enjeux moraux et fait l'objet de certaines controverses, surtout quand la sédation continue est envisagée précocement. Un projet de guide, élaboré en collaboration avec la Société québécoise des médecins de soins palliatifs, propose une position marquée par la prudence. Après avoir fait l'objet d'une vaste consultation, le projet a été adopté par le Conseil d'administration du Collège.

L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Le problème est un peu différent pour ce qui est de l'aide médicale à mourir. Les aspects controversés de cette pratique nouvelle ont été largement débattus et font l'objet de dispositions précises inscrites dans la loi. Il en va ainsi pour les indications, somme toute assez restrictives, de cet autre moyen de dernier recours. Ici, les aspects techniques doivent être précisés, en faisant appel notamment aux connaissances acquises dans les quelques juridictions où l'euthanasie a été libéralisée. Des moyens existent pour s'assurer que l'accompagnement ne se limite pas au

seul geste technique. Malgré tout, la fin de la vie doit demeurer une expérience intime, empreinte de gravité et de respect.

Rappelons à cet égard que, selon l'article 58 du *Code de déontologie des médecins*, le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce dernier le soutien et le soulagement appropriés.

[Les guides sont un premier pas parce que, tout en tenant compte des dispositions légales, les pratiques y sont abordées d'un point de vue résolument clinique.]

Pour pouvoir adapter cette pratique à notre contexte, une invitation sera lancée aux médecins québécois et aux autres professionnels de la santé qui seraient intéressés à participer à l'élaboration des normes de pratique.

Ces trois publications seront accessibles dans le site Web du Collège. Les médecins seront avisés du moment de leur mise en ligne.

LES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

De l'avis général, cet aspect de la *Loi concernant les soins de fin de vie* a été négligé tout au long des débats, malgré son importance. Il faut donc reprendre le temps perdu à cet égard. C'est pourquoi le Collège participe activement au comité ministériel devant produire le formulaire unique sur lequel les directives médicales anticipées devront être inscrites pour avoir une force contraignante. Tout le défi consiste à bien identifier les contextes et les traitements à propos desquels plusieurs personnes désirent fortement exprimer leurs volontés alors qu'elles sont aptes, de façon à ce que ces dernières soient respectées en cas d'incapacité.

L'assistance respiratoire constitue l'exemple classique de traitement que plusieurs personnes souhaiteraient refuser si leur vie était déjà très hypothéquée, mais il y en a d'autres.

Un guide sur l'évaluation médicale de l'incapacité est également en cours d'élaboration au Collège, en collaboration avec des médecins ayant acquis une expertise dans ce domaine. Cette évaluation est effective-

ment un préalable essentiel pour mener à bien le processus décisionnel, quel que soit le soin envisagé.

Une fois ces premiers pas accomplis, il restera bien entendu beaucoup d'autres étapes à franchir pour s'assurer que les personnes en fin de vie continueront de recevoir les meilleurs soins possibles. Le Collège continuera de participer à l'avancement des travaux et il incite les médecins à en faire autant.

GUIDES D'EXERCICE À VENIR

- Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie
- La sédation palliative en fin de vie
- L'aide médicale à mourir
- L'évaluation médicale de l'incapacité

Les médecins seront avisés lorsque ces guides seront accessibles dans le site Web du Collège.

LES PERQUISITIONS: QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS?

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

Tout récemment, vous avez lu dans un quotidien que l'un de vos patients avait été accusé d'un crime et qu'un procès allait bientôt débiter. Vous recevez alors la visite d'un policier qui vous présente un mandat de perquisition et vous demande de lui fournir, aux fins de son enquête, le dossier médical du patient qui fait l'objet du procès. Conscient que vous devez garder confidentiel ce qui est venu à votre connaissance dans le cadre de votre relation avec ce patient, vous vous questionnez sur la légalité de cette perquisition et sur vos obligations face à une telle demande venant d'un policier.

désignés, lesquels constitueront une preuve de la perpétration réelle ou projetée de l'infraction ou du crime commis par votre patient. Ainsi, un policier pourrait avoir accès au dossier clinique de votre patient, mais aussi à des prélèvements sanguins et à des résultats de laboratoire, le cas échéant.

Pour être valide, le mandat doit décrire, de façon claire, l'infraction soupçonnée et les biens ou documents visés par la perquisition, et ce, de façon à permettre au juge et à la personne visée par la perquisition de pouvoir les identifier.

Avant de remettre aux policiers les docu-



[Le mandat de perquisition est le seul moyen pour un policier d'exiger la communication de renseignements personnels ou de documents sans l'autorisation de votre patient.]

D'entrée de jeu, il est important de préciser que le secret professionnel n'est pas levé lorsqu'on vous demande votre collaboration dans le cadre d'une enquête policière. Vous ne pouvez divulguer des informations confidentielles sur votre patient sans son autorisation, même si ce dernier fait l'objet d'une enquête. Néanmoins, vous avez l'obligation de donner suite au mandat de perquisition.

Le mandat de perquisition est le seul moyen pour un policier d'exiger la communication de renseignements personnels ou de documents sans l'autorisation de votre patient. Il s'agit d'une ordonnance délivrée par un juge, en vertu de pouvoirs qui lui sont conférés par la loi, donnant droit d'entrer dans un lieu désigné pour saisir les biens

exigés qui contiennent des renseignements personnels protégés par le secret professionnel, le Collège vous recommande d'en faire une copie pour vos dossiers, de placer les documents originaux dans une enveloppe scellée pour le policier et de conserver une copie du mandat de perquisition ainsi qu'une liste des documents remis. Il est impératif de bien lire le mandat de perquisition pour bien comprendre son étendue. Vous ne devez remettre que les documents précisés dans le mandat.

Cependant, le policier doit vous expliquer que vous pouvez vous opposer à l'examen du bien ou du document perquisitionné lorsque celui-ci révèle un renseignement confidentiel protégé par le secret professionnel.

Si vous décidez de vous opposer à cette perquisition, le policier déposera alors les documents sous scellés au greffe de la Cour du Québec. Vous devrez informer le patient visé par la perquisition afin que ce dernier entreprenne les démarches requises pour s'assurer qu'un juge statuera sur la confidentialité des documents.

Lorsque la perquisition ne concerne pas des documents ou des renseignements protégés par le secret professionnel, vous devez remettre les documents visés par le mandat dans les délais prescrits. Dans tous les cas, vous devez vous assurer de ne remettre que les documents identifiés dans le mandat ou compris dans la période de temps visée par le mandat.

Par ailleurs, lorsque le policier cognera à la porte de votre cabinet, n'hésitez pas à communiquer avec le syndic de garde au Collège des médecins et avec votre assureur en responsabilité professionnelle si d'autres conseils ou informations s'avèrent nécessaires.

PAR LA DIRECTION DES ENQUÊTES

LE SUIVI MÉDICAL : LA VIGILANCE EST DE MISE

Le défaut d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient constitue l'un des motifs de demandes d'enquête parmi les plus fréquemment évoqués au Bureau du syndic par les patients, leur famille ou encore dans le cadre d'une réclamation professionnelle.

Ce sujet a également fait l'objet de plusieurs articles publiés dans la revue *Le Collège*¹, dont un éditorial du Dr Yves Robert, secrétaire de l'ordre, dans lequel celui-ci rappelait « qu'effectuer un examen, c'est bien; s'assurer du suivi, c'est mieux² ».

Récemment, plusieurs décisions disciplinaires³ ont été rendues concernant cette problématique où l'on reprochait à des médecins de ne pas avoir effectué le suivi d'un patient qui présentait une anomalie décrite à la suite d'un examen d'imagerie médicale et de ne pas l'en avoir informé. Dans d'autres cas, on reprochait aux médecins de ne pas s'être assurés d'obtenir le rapport d'anatomopathologie d'une biopsie effectuée dans le cadre d'une investigation.

Le conseil de discipline du Collège a rappelé que ces dossiers illustrent bien le danger qui guette tout médecin devant composer avec de nombreux patients et avec des résultats ou rapports de différents intervenants de plus en plus nombreux. Il est important de toujours garder à l'esprit que le nombre de patients et la lourdeur de la pratique du médecin ne peuvent jamais excuser le fait de ne pas consacrer tout le temps nécessaire à l'analyse de ses dossiers. Le médecin doit toujours se souvenir que, derrière chaque dossier, il y a un être humain qui s'en remet à lui pour l'aider et qui lui voue une confiance presque totale. Derrière chacune des infractions déontologiques de cette nature se cache très souvent un drame humain⁴.

Rappelons que tout médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état de ce dernier, à la suite de son intervention⁵.

Le médecin doit s'assurer de prendre connaissance des résultats des examens qu'il a



[Derrière chacune des infractions déontologiques de cette nature se cache très souvent un drame humain.]

prescrits dans un délai raisonnable pour éviter tout délai diagnostique indu. Il doit également en informer son patient et lui faire part de ses recommandations quant au suivi requis.

Si vous recevez un résultat anormal à un examen qui nécessite un suivi et que vous ne l'avez pas prescrit, vous devez vous assurer que le médecin qui a demandé cet examen en soit informé. Si l'on ne peut connaître son identité, vous devez en informer le laboratoire concerné et, en cas de doute, aviser le patient de la réception du rapport pour éviter tout délai quant à la prise en charge adéquate de son problème médical.

Les médecins qui effectuent des biopsies ou qui transmettent des pièces pour analyse en pathologie doivent s'assurer de recevoir les rapports d'anatomopathologie. Le conseil de discipline du Collège a d'ailleurs rappelé que cette obligation d'obtenir le rapport du pathologiste est de la responsabilité propre des médecins⁶.

On recommande donc aux médecins de tenir un registre des demandes transmises en pathologie pour en assurer un suivi adéquat en portant une attention particulière aux

situations où le médecin suspecte une lésion d'allure maligne.

Pour bien répondre à cette obligation déontologique et, surtout, pour assurer un suivi médical adéquat de l'état clinique de vos patients, vous devez être vigilant et prévoir un filet de sécurité. Nous vous invitons à relire l'article publié dans la revue *Le Collège*⁷ qui décrit les étapes pour mettre en place un filet de sécurité visant à prévenir de telles situations.

Références

¹ « Le suivi médical : il y va de la santé de vos patients », *Le Collège*, printemps 2008.

² *Le Collège*, hiver 2014.

³ Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, 16 octobre 2013, 24-12-00767 (culpabilité); Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, 22 octobre 2013, 24-12-00783; Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, 7 juillet 2014, 24-13-00806; Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, 30 juillet 2014, 24-13-00798; Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, 7 octobre 2014, 24-12-00767 (sanction).

⁴ Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, 7 juillet 2014, 24-13-00806.

⁵ *Code de déontologie des médecins*, art. 32.

⁶ Conseil de discipline du Collège des médecins du Québec, 22 octobre 2013, 24-12-00783.

⁷ *Le Collège*, automne 2004. <http://www.cmq.org/public/profil/commun/AProposOrdre/Publications/RevueLeCollege/PrevenirDelais.aspx>

L'IMPACT DE L'ÂGE SUR LA PRATIQUE MÉDICALE LES STRATÉGIES POUR Y FAIRE FACE

Le vieillissement du corps médical suit la même tendance observée dans la population générale. Les atteintes physiques et cognitives liées au vieillissement sont très variables d'un individu à l'autre. Les atteintes cognitives ne touchent pas nécessairement les mêmes fonctions, elles progressent à des vitesses différentes et ne surviennent pas toutes au même moment. Elles peuvent aussi bien survenir à 70 ans, à 90 ans ou même à 50 ans.

Afin de tenir compte des possibles impacts du vieillissement sur votre pratique médicale, nous discuterons des stratégies qui vous assureront une pratique de qualité et sécuritaire.

LES IMPACTS PHYSIQUES

Le vieillissement du **système auditif** est inévitable. Cette déficience s'installe habituellement vers la quatrième décennie de la vie. On parle d'une atteinte affectant le quotidien chez 11 % des personnes de 65 ans et plus et chez 23 % des 85 ans et plus.

Ces difficultés auditives peuvent avoir un impact significatif sur le travail clinique des médecins, mais heureusement il est souvent possible d'y remédier avec notamment des aides techniques, telles que des prothèses auditives ou des stéthoscopes adaptés.

Sur le plan **visuel**, une diminution de l'acuité, de la discrimination et de la perception des couleurs est très fréquente avec l'âge. La présence de cataracte, de glaucome et de rétinopathie diabétique est à surveiller. L'impact d'une déficience visuelle sur la pratique du médecin varie selon la spécialité exercée par ce dernier.

D'autres atteintes physiques jouent également un rôle sur la capacité du médecin âgé à exercer, notamment l'atteinte de la

dextérité manuelle, la perte de la force physique et la fatigabilité accrue.

LES IMPACTS COGNITIFS

Nous aborderons les modifications des fonctions cognitives qui surviennent dans une population âgée que l'on qualifie de « normale » et traiterons plus spécifiquement des atteintes les plus pertinentes pour les médecins. Les atteintes secondaires aux troubles cognitifs légers ou aux démences ne seront pas abordées.

Le cerveau humain perd de 10 % à 20 % de sa masse entre l'âge de 20 ans et la fin de la vie. Inévitablement, cette perte a des conséquences sur les capacités intellectuelles. Ces dernières diminuent généralement à partir de 65 ans, mais cette atteinte peut parfois débuter dans la trentaine. Les études démontrent qu'à partir de 70 ans la diminution des capacités cognitives a tendance à s'accélérer.

1. VITESSE DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION

Avec l'âge, on note une diminution de la vitesse à laquelle les opérations cognitives sont déclenchées et exécutées. Ce ralentissement touche tous les domaines de la cognition.

Il est donc important que le médecin ajuste sa pratique, par exemple en diminuant le nombre de patients vus en clinique, ce qui lui permettra de disposer de plus de temps avec chacun d'eux.

2. ATTENTION ET CONCENTRATION

Ces fonctions sont sollicitées dans toutes les tâches cognitives et dans de nombreuses activités de la vie quotidienne. Voici brièvement l'impact du vieillissement sur l'attention et la concentration :

- **Attention sélective** : avec l'âge, il est de plus en plus difficile de repérer les informations importantes et de ne pas se laisser perturber par des informations non pertinentes.
- **L'attention partagée** : avec le temps, il y a détérioration des capacités à partager l'attention entre plusieurs cibles, ce qui implique une difficulté à gérer deux tâches au même instant.
- **Flexibilité attentionnelle** : en vieillissant, il devient difficile d'alterner l'attention entre différentes sources à différents moments (p. ex., jongler avec différentes tâches).
- **Concentration** : il y a diminution de la concentration, particulièrement lorsque l'on doit soutenir son attention pendant une durée relativement longue afin de traiter en profondeur une ou plusieurs informations.

Le médecin peut s'ajuster à ces changements, notamment en choisissant un environnement de travail qui facilite l'attention et la concentration, et en évitant les doubles tâches, par exemple : rédiger une note médicale tout en discutant d'un autre cas avec une infirmière, questionner un patient tout en l'examinant, etc.

3. MÉMOIRE

On distingue plusieurs types de mémoire, notamment la mémoire de travail et la mémoire à long terme (qui comprend notamment les mémoires épisodique, sémantique et procédurale).

La **mémoire de travail** nous permet de maintenir de l'information en mémoire pour une courte période. On l'utilise pour prendre des décisions, raisonner, résoudre un problème, lors de l'utilisation du langage, etc. Lorsqu'il y a



peu d'informations en jeu, la mémoire de travail des personnes âgées équivaut généralement à la mémoire de travail des jeunes personnes. Dès que la quantité d'information à traiter augmente, la capacité mnésique des personnes âgées devient inférieure à celle des plus jeunes. Les personnes âgées ont donc plus de difficultés à se rappeler les informations contenues dans un long texte ou à résoudre des problèmes complexes.

La **mémoire sémantique** contient les connaissances générales et encyclopédiques sur le monde et sur le langage. Avec l'âge, cette mémoire se détériore moins que les autres, elle aurait même

plutôt tendance à s'enrichir. La **mémoire épisodique** touche les expériences personnelles et les événements vécus par la personne. Par exemple, un médecin expérimenté aura acquis ses connaissances sur le diabète tant lors de formations médicales qu'au fil de ses rencontres avec des patients diabétiques. Avec le temps, la mémoire épisodique devient moins fonctionnelle. Enfin, la **mémoire procédurale** contient les informations relatives à la manière d'effectuer une action, notre « savoir-faire ». Il est toujours possible pour les personnes âgées d'acquérir ce type de connaissances, mais cette acquisition sera plus lente.

Les mécanismes de la mémoire qui font souvent l'objet de discussions sont l'encodage (le stockage) et le rappel (la récupération des informations stockées).

Il est possible d'apprendre des stratégies pour améliorer ces mécanismes et mieux performer au travail et dans la vie quotidienne. L'encodage des données est amélioré lorsque celles-ci sont traitées en profondeur, en utilisant par exemple la répétition ou la production de phrases, ou en associant le contenu à mémoriser à une image mentale. Le rappel bénéficie quant à lui des indices de récupération, tels que le contexte dans lequel les informations ont été apprises. Certaines personnes utilisent d'emblée ces aides à la mémoire, pour les autres, un apprentissage est nécessaire.

4. FONCTIONS EXÉCUTIVES ET RÉOLUTION DE PROBLÈMES

L'âge influe peu sur la capacité de résoudre un problème si les composantes de ce dernier sont simples. Par contre, à mesure que le problème se complexifie, les personnes âgées sont moins performantes, car elles ont de la difficulté à choisir et à appliquer les bonnes stratégies de résolution de problèmes. De plus, tel qu'établi, elles sont plus lentes à s'exécuter.

Habituellement, avec la progression en âge, on remarque également une diminution des habiletés visuo-spatiales, un maintien du vocabulaire et une augmentation ou une stabilité de la compassion, de la résilience et de l'optimisme.

Le maintien des activités professionnelles peut-il protéger contre le déclin cognitif associé à l'âge? Les études ont démontré qu'il est

[Il est tout à fait possible pour un médecin âgé d'avoir une pratique médicale adéquate en adaptant celle-ci à ses capacités physiques et intellectuelles.]



possible que la mémoire de travail soit favorisée par le maintien d'un emploi, mais ce n'est pas le cas de la mémoire épisodique et de la vitesse de traitement de l'information.

On remarque également que plus l'expertise du professionnel est pointue, moins il y a d'impact du vieillissement cognitif sur le travail quotidien. Il peut donc être pertinent pour le professionnel qui vieillit de réduire son champ d'exercice pour maintenir son expertise.

Quelles sont les conséquences sur le terrain de toutes ces atteintes? Les études réalisées auprès des médecins âgés ont démontré

qu'ils ont tendance à utiliser davantage le *pattern recognition* et à fermer précocement leurs hypothèses diagnostiques. Les médecins âgés sont davantage interpellés par les informations obtenues en début d'anamnèse et les études ont démontré que, lors du questionnement des patients, les médecins âgés n'ont pas une compréhension complète et globale de la situation. Ce genre de comportements peut augmenter considérablement le risque d'erreur. Des études ont également révélé que les médecins âgés oublient d'inscrire des détails importants au dossier et qu'ils utilisent des données parfois moins contemporaines lorsqu'il est temps de prescrire une médication ou une investigation. Est-il possible de contrer ces effets, voire de renverser cette évolution?

RÉSERVE COGNITIVE ET CAPACITÉ D'APPRENTISSAGE : UNE PERSONNE ÂGÉE PEUT-ELLE APPRENDRE ?

Les études ont démontré qu'il existe un potentiel d'apprentissage chez les professionnels âgés. Ils peuvent apprendre de nouvelles notions, mais plus lentement, surtout s'ils sont en présence de distractions. Leur niveau d'apprentissage n'atteint jamais le niveau d'une personne plus jeune, mais des gains réels sont possibles. Il est donc possible pour un médecin âgé de réussir un stage ou un tutorat et de poursuivre sa carrière avec succès. Il faut toutefois se rappeler que la capacité d'apprentissage des personnes âgées varie selon les individus, la motivation, les connaissances de base, le type de pratique exercé ou désiré par le médecin et l'état cérébral de ce dernier. Concernant ce dernier point, les études ont établi que les médecins ont peu d'autocritique face à leurs pertes cognitives et que des tests objectifs sont souvent nécessaires pour préciser leur état cognitif.

CONCLUSION

Il est tout à fait possible pour un médecin âgé d'avoir une pratique médicale adéquate en adaptant celle-ci à ses capacités physiques et intellectuelles.

La littérature médicale suggère notamment de prendre plus de temps avec chaque patient, de diminuer son champ d'exercice, d'utiliser des aide-mémoire, de demander des conseils ou une deuxième opinion à des collègues et de travailler dans un environnement adéquat.

Les médecins devraient donc être proactifs et planifier leur carrière en tenant compte des éléments discutés dans cet article.

 Des références bibliographiques sont accessibles sur demande.

PAR LA DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE

NOUVEAU PROGRAMME 60 ANS

Le « Programme 60 ans » s'inscrit dans la lignée du « Programme Diplômés depuis plus de 35 ans (70/2) » qui vise à mieux connaître la pratique de nos membres et à les inviter à réfléchir sur leur choix de carrière à un moment précis de celle-ci.

Le « Programme 60 ans » a été approuvé par le comité d'inspection professionnelle et le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec (le Collège). Il a débuté en janvier 2015 et s'adresse à tous les médecins actifs à leur soixantième anniversaire de naissance. Tous ces médecins recevront un court questionnaire, qu'ils devront retourner au comité d'inspection professionnelle du Collège.

L'analyse de ces questionnaires sera d'abord faite par un médecin exerçant en pratique clinique, engagé par le Collège.

Une grille d'analyse a été élaborée à partir de certains facteurs de risque. Si une pratique semble plus à risque, il est possible que certains médecins soient évalués de manière plus poussée au moyen d'une visite d'inspection professionnelle ou d'une entrevue orale structurée. L'analyse des résultats sur les médecins plus âgés nous a démontré l'efficacité de ce mode de fonctionnement, tel que décrit dans le numéro de la revue *Le Collège* du printemps 2014.

Certains médecins trouveront cette méthode intrusive, mais le but recherché est avant tout d'amener le médecin à réfléchir



sur ses choix de pratique. Pour notre part, nous croyons qu'en connaissant mieux la pratique de nos membres, nous remplirons mieux notre mission : assurer une médecine de qualité au service du public.

Enfin, il faut aussi savoir que plusieurs collèges de médecins et chirurgiens, ailleurs au Canada, « interrogent » leurs membres à intervalles réguliers (tous les cinq ans). Le Collège des médecins du Québec considère l'approche actuelle moins lourde, mais tout aussi efficace.

Nous vous tiendrons informés des résultats de ce nouveau programme.

PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE

MISE À JOUR DE L'ÉNONCÉ DE POSITION DU COLLÈGE SUR LE RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE

LE COLLÈGE SOUHAITE CONNAÎTRE VOTRE VISION

Le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec, lors de sa séance du 17 octobre 2014, a résolu de procéder à la mise à jour de son énoncé de position sur le rôle du médecin de famille, qui datait de 2005. Le Dr Jean-Pierre Boucher, médecin de famille et membre du Conseil d'administration, s'est vu confier la responsabilité de présider le groupe de travail constitué à cette fin.

Cette mise à jour découle des travaux du Collège en vue de l'adoption d'un cadre d'analyse des demandes de partage d'activités médicales en provenance d'autres ordres professionnels ou de groupes non constitués en ordre professionnel.

Un des principes directeurs sous-tendant ce cadre d'analyse est que les activités demandées doivent être réalisées dans le contexte d'une pratique collaborative avec le médecin de famille. L'énoncé de position sur le rôle du médecin de famille devra donc définir et paramétrer cette pratique collaborative du médecin de famille avec les autres professionnels de la santé.

Le groupe de travail doit déposer son rapport au Conseil d'administration en juin 2015. D'ici là, il aura procédé à une recension des écrits et aura sollicité l'avis de différents organismes médicaux.

Et vous? Que vous soyez spécialiste en médecine de famille ou dans une autre

spécialité, que vous soyez étudiant ou résident en médecine, avez-vous une vision à partager sur le rôle du médecin de famille? Comment a évolué la médecine de famille dans les dix dernières années? Comment évoluera-t-elle au cours des cinq ou dix prochaines années? Avec tous les changements imminents dans l'organisation du réseau de la santé, comment le rôle du médecin de famille et ses interactions avec les autres médecins et professionnels sont-ils appelés à évoluer? **Si vous souhaitez partager votre vision avec le groupe de travail, n'hésitez pas à le faire par courriel à info@cmq.org.** Toutes les réponses seront reçues avec intérêt et traitées avec attention.



L'ENTREVUE ORALE STRUCTURÉE : CE QU'IL FAUT SAVOIR

L'entrevue orale structurée (EOS) est un outil d'évaluation mis au point en 1990 dans le but d'identifier les forces et les faiblesses de la pratique clinique d'un médecin. Elle permet de mettre en évidence les lacunes relatives au savoir, aux habiletés et au raisonnement clinique.

La Direction de l'amélioration de l'exercice (DAE) organise des EOS pour des médecins à la suite d'une décision du comité d'inspection professionnelle (CIP), du conseil de discipline ou du comité exécutif du Collège. Il peut s'agir également d'une entente entre le syndic et un médecin ou encore d'une démarche personnelle d'un médecin visé ou non par le *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins* (retour à l'exercice, modification du champ d'activité, etc.). (Voir tableau 1)

Jusqu'ici, la DAE a organisé des EOS en médecine de famille, en radiologie diagnostique, en psychiatrie, en anatomo-pathologie, en anesthésiologie, en chirurgie générale et en dermatologie. Le tableau II illustre la répartition des EOS effectuées de 2005 à 2014 selon les spécialités.

MÉTHODOLOGIE

Des groupes d'experts ont rédigé les cas cliniques d'évaluation et mis au point une table de spécifications pour leur propre discipline. Chaque cas est élaboré de façon à représenter les éléments clés de la situation clinique¹.

Pour chaque candidat, différents cas sont sélectionnés afin de représenter les situations cliniques qu'il rencontre dans son exercice, constituant ainsi un outil d'évaluation personnalisé.

Pour la médecine de famille et la psychiatrie, certaines vignettes comportent des mises en situation réalisées avec des patients simulés qui permettent d'apprécier la qualité du questionnaire, de l'examen physique et de la relation médecin-patient.

Pour la radiologie diagnostique et l'anatomo-pathologie, la conception des vignettes reflète la démarche clinique avec utilisation de l'imagerie médicale et de spécimens sur lames, selon le cas. Pour la dermatologie, les vignettes sont associées à des photographies de lésions cutanées. Pour l'anesthésiologie, un laboratoire de simulation à haute fidélité est utilisé pour certaines vignettes. Enfin, il a été décidé d'abandonner l'EOS en chirurgie générale en 2012, la validité de la procédure étant difficilement démontrable.

Le candidat est convié à une rencontre préparatoire par l'un des trois médecins responsables de l'organisation des activités pédagogiques afin qu'il se familiarise avec la procédure de l'entrevue et soit informé des étapes subséquentes. Lors de l'EOS, le candidat peut apporter tous les livres, instruments, matériel électronique, guides d'exercice et documents qu'il utilise habituellement dans sa pratique.

Deux évaluateurs effectuent l'entrevue du candidat durant une demi-journée à une journée. Ce dernier doit fournir le plus d'éléments possible de la liste des réponses prédéterminées (éléments clés). Ainsi, l'évaluation est structurée et objective.

Le candidat peut choisir de ne pas répondre à certains cas, s'il juge qu'ils ne sont pas représentatifs de son exercice. Ainsi, il n'est pas pénalisé et la vignette est retirée de l'évaluation globale. De même, il est possible pour le médecin de diriger un cas vers un autre spécialiste alors que des étapes subséquentes sont prévues.

NOTATION ET RAPPORT

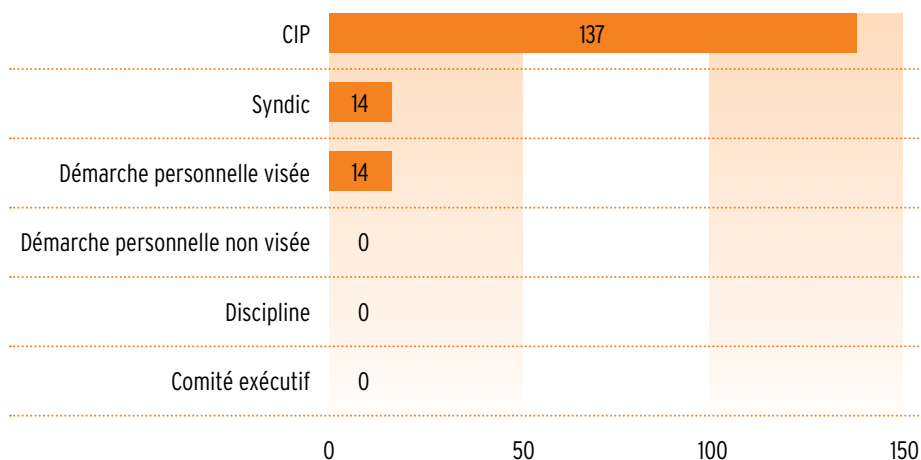
Pour chaque vignette, une grille de correction est remplie par les évaluateurs. Généralement, un point est accordé pour chaque réponse attendue mentionnée par le candidat. Les réponses peuvent parfois être pondérées. Un élément clé est réussi lorsque la majorité des réponses attendues sont mentionnées par le candidat. Les réponses attendues données par le candidat sont ensuite compilées.

Un rapport détaillé est produit par les évaluateurs. Ce rapport est constitué de deux éléments :

1. UNE ÉVALUATION QUANTITATIVE

Le premier élément consiste en un tableau synthèse de la réussite de chacun des cas pour tous les éléments clés de chacune des catégories de la pratique clinique. Cette évaluation quantitative est effectuée par le

TABEAU I
NOMBRE D'EOS SELON L'ORIGINE DE LA DÉCISION DE 2005 À 2014 [N=165]



CMQ. De plus, une note subjective est accordée par les évaluateurs selon une échelle de 1 à 10.

2. UNE ÉVALUATION QUALITATIVE

Les évaluateurs soulignent les forces, les faiblesses, le niveau de responsabilité du candidat, la connaissance de ses limites, la connaissance des conduites récentes, le raisonnement clinique, et ils dressent un sommaire.

Pour la plupart des spécialités, le rapport indique la performance obtenue dans chacune des composantes de la démarche clinique (questionnaire, examen physique, diagnostic différentiel, investigation, plan de traitement, incluant la pharmacologie et le suivi si nécessaire), ainsi que pour la relation médecin-patient, le cas échéant.

Lorsque le rapport n'est pas demandé par le CIP, une prescription pédagogique personnalisée est suggérée par les évaluateurs. Il peut s'agir de recommandations spécifiques au développement professionnel continu, d'un tutorat clinique, d'un stage à temps partiel ou à temps plein. Une limitation de l'exercice peut être recommandée si l'exercice du médecin n'est pas jugé sécuritaire.

QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES

Le processus de développement de vignettes à partir d'une table de spécifications contribue à sa validité en matière de contenu. En même temps, on s'assure ainsi de bien représenter, d'une part, tous les domaines de la spécialité concernée et, d'autre part, les éléments clés de la démarche et du raisonnement cliniques de la spécialité, ainsi que de la relation médecin-patient, le cas échéant. De

plus, les vignettes sont révisées périodiquement pour refléter les normes médicales actuelles selon les plus récentes données de la science.

Des experts externes ont revu chaque vignette et confirmé la qualité des réponses attendues. La grande majorité des candidats affirment que les cas reflètent bien leur pratique et en sont représentatifs. Il existe également une excellente concordance entre le score subjectif attribué par les évaluateurs et la réussite ou l'échec de chacun des cas.

En médecine de famille, la concordance interjuges de l'EOS a été évaluée à 91,2 %. Le coefficient alpha de Cronbach, qui mesure la cohérence interne, a été évalué à 0,93 à partir d'un échantillon de 103 candidats et de 46 vignettes. Une étude de généralisabilité de l'EOS en médecine de famille réalisée sur un échantillon de 39 candidats avec 19 vignettes a permis d'évaluer le coefficient de généralisabilité (coefficient G) à 90 % avec une marge d'erreur de 5 % pour la note globale.

De plus, en 2014, une analyse détaillée des indices de difficulté et de discrimination de chaque vignette en médecine de famille, en anesthésiologie, en psychiatrie et en dermatologie a permis de cibler celles qui devaient être révisées en priorité.

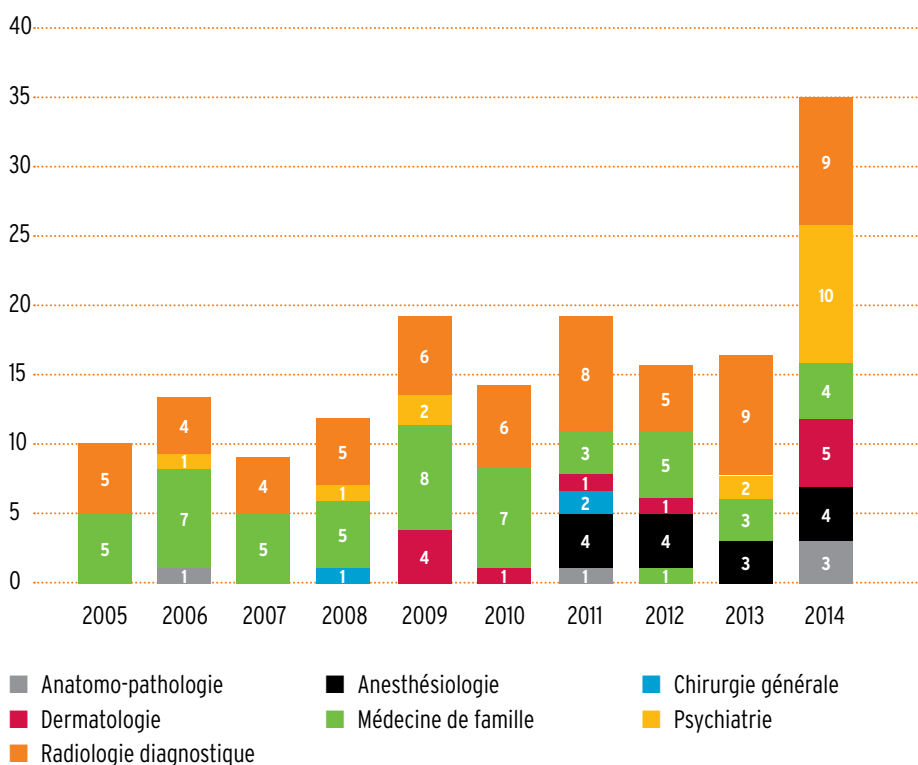
CONCLUSION

Notre expérience de plusieurs années d'utilisation et les analyses psychométriques réalisées à ce jour ont confirmé que l'EOS est un instrument valide et fiable mettant en évidence les lacunes relatives à la démarche clinique des médecins candidats. Son utilisation permet en outre de bien cibler les interventions éducatives requises pour assurer que le médecin exerce de façon sécuritaire.

Référence

¹ Page G, Bordage G, Allen T. «Developing key feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills», Acad Med 1995; 70: 194-201.

TABEAU II
NOMBRE D'EOS SELON LES SPÉCIALITÉS DE 2005 À 2014 [N=165]



FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE LES MÉDECINS EXERÇANT LA PSYCHOTHÉRAPIE TARDENT À COMPILER LEURS CRÉDITS

En vertu du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, le médecin exerçant la psychothérapie a une obligation de formation continue en psychothérapie. Le médecin doit suivre un minimum de 90 heures de formation en psychothérapie par période de référence de cinq ans. La première période de référence a débuté le 1^{er} juillet 2012.

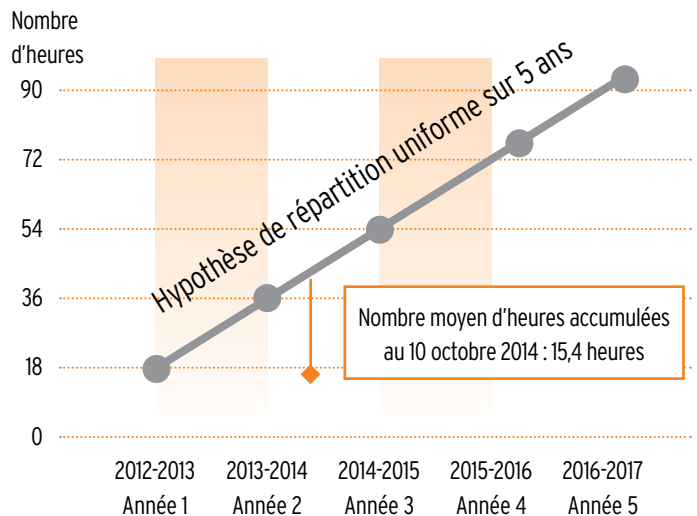
PORTRAIT DE LA SITUATION

En date du 10 octobre 2014, seuls 329 médecins parmi les 854 ayant déclaré avoir exercé la psychothérapie dans les trois dernières déclarations annuelles avaient inscrit des heures de développement professionnel continu (DPC). C'est donc dire que 525 médecins, soit 61 %, n'ont toujours pas enregistré d'heures de DPC en psychothérapie au Collège. Or, nous sommes à mi-parcours de la période 2012-2017.

Le tableau 1 compare le nombre moyen d'heures accumulées en date du 10 octobre 2014 par les médecins exerçant la psychothérapie avec le nombre hypothétique qu'ils auraient dû avoir, selon un scénario de répartition uniforme sur cinq ans.

Rappelons que le Collège a créé une application sécurisée et qu'il est relativement facile pour tout médecin d'y inscrire ses activités de DPC en psychothérapie.

TABEAU 1
RÈGLEMENT : 90 HEURES DE FORMATION PAR 5 ANS



Pour plus d'information, visitez le site Web ou communiquez avec le Collège. Un atelier interactif est aussi disponible sur demande.

Site Web : www.cmq.org (mot-clé : Psychothérapie)

Téléphone : (514) 933-4441, poste 5296

**TOURNÉE
DE CONFÉRENCES
2015**

DANS 10 VILLES DU QUÉBEC

**Perspectives,
rétrospectives
et nouveautés**

Les marchés évoluent. Nos services aussi.

Inscrivez-vous dès maintenant!
fprofessionnels.com
 Montréal 1 888 377-7337
 Québec 1 800 720-4244
 Sherbrooke 1 866 564-0909

**Financière des
professionnels**

**FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**

Actionnaire de
Financière des professionnels
depuis 1978

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 et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils 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.

**VOUS AVEZ DÉMÉNAGÉ OU AVEZ
UNE NOUVELLE ADRESSE COURRIEL ?**

N'oubliez pas de mettre
vos données à jour :
<https://www1.cmq.org>



LA FORMATION POSTDOCTORALE PRÉPARE-T-ELLE ADÉQUATEMENT LES RÉSIDENTS À LA PRATIQUE ?

Nous vous avons présenté, dans le numéro automne 2014 de la revue *Le Collège*, les perceptions et les opinions des médecins à l'égard de la formation continue. Celles-ci ont été obtenues à la suite d'un sondage réalisé par le Collège auprès de ses membres à l'hiver 2014.

Ce sondage était aussi l'occasion de connaître l'opinion des médecins sur leur formation postdoctorale, notamment leur degré de satisfaction à l'égard de celle-ci. Les résultats démontrent que, pour la majorité des répondants, leur formation postdoctorale les a bien préparés à la pratique clinique, mais ceux-ci sont beaucoup plus critiques quant à la formation relative à l'organisation de leur pratique (tableau I). D'ailleurs, 546 répondants (sur 3 760 répondants) ont émis des commentaires selon lesquels la formation postdoctorale devrait davantage aborder les notions de gestion, d'administration, d'organisation d'une pratique et de facturation (tableau II).

Ce sondage nous permet, d'une part, de cibler des messages pertinents à véhiculer auprès des responsables de programmes de formation postdoctorale et, d'autre part, de réaffirmer certaines recommandations émises par le projet sur l'Avenir de l'éducation médicale au Canada, volet postdoctoral

(projet dont le Collège est partenaire et pour lequel il est un collaborateur actif), notamment de prévoir des transitions plus harmonieuses et plus efficaces de la résidence à l'exercice clinique.

TABLEAU I

NIVEAU DE SATISFACTION GÉNÉRALE À L'ÉGARD DE LA FORMATION POSTDOCTORALE

Diriez-vous que votre formation postdoctorale vous a préparé(e) adéquatement...

Base : Tous les répondants (n = 3 760)

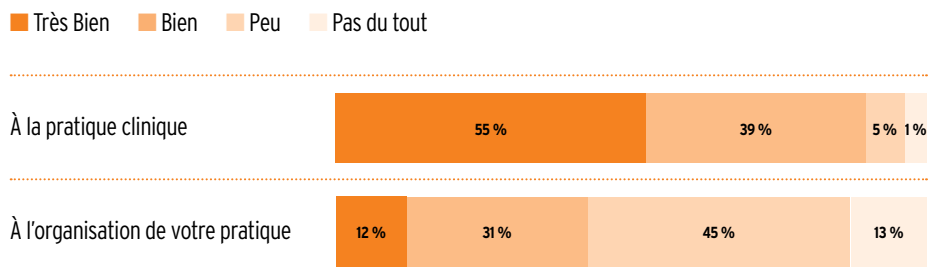
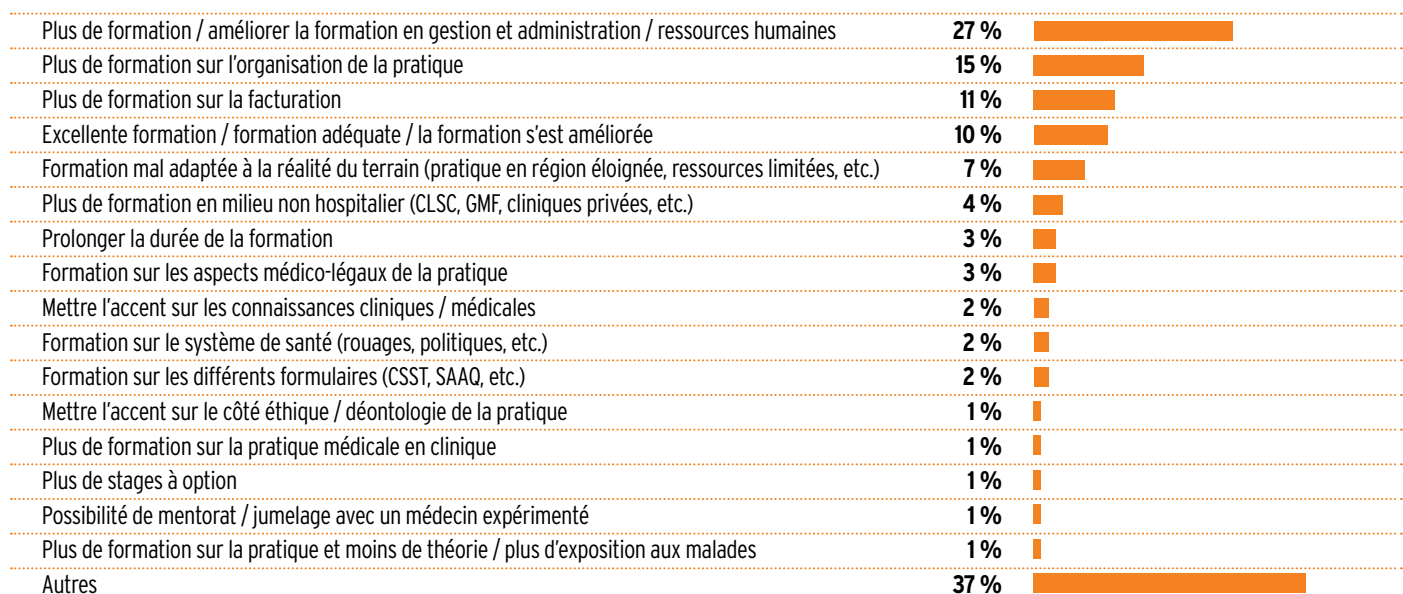


TABLEAU II

COMMENTAIRES CONCERNANT LA FORMATION POSTDOCTORALE

Avez-vous des commentaires ou suggestions quant à votre formation postdoctorale ?

Base : Répondants ayant émis des commentaires (n=546)



KUI PEUT UTILISER LE TITRE DE DOCTEUR?

Le titre de docteur ou l'abréviation *Dr* peut être utilisé dans les circonstances suivantes :

1. Sans aucune restriction par les médecins, dentistes et médecins vétérinaires membres de leur ordre professionnel au Québec.
2. Par toute personne qui a obtenu un diplôme de doctorat reconnu. Le *Code des professions*¹ vient cependant préciser les conditions d'utilisation du titre de docteur.
 - a) Avant le nom et suivi du titre réservé au membre détenant un permis de son ordre si pour devenir membre de son ordre professionnel, le professionnel doit obtenir un diplôme de doctorat d'une université reconnue.

Les professionnels suivants, autres que les médecins, dentistes et médecins vétérinaires, doivent détenir un diplôme de doctorat d'une université reconnue afin de pouvoir être membres de leur ordre professionnel : optométriste, pharmacien, podiatre, chiropraticien, psychologue.
Exemples : *Docteur Bellevue, optométriste – Dr Tremblay, chiropraticien*

- b) Après le nom pour toute personne qui détient un diplôme de doctorat en spécifiant le domaine d'obtention du diplôme.
Exemple : *Monsieur Le Chemin, docteur en philosophie*

Cette même condition s'applique lorsqu'une personne est membre d'un ordre professionnel et qu'elle a obtenu un diplôme de doctorat mais que ce diplôme ne constitue pas l'exigence de base pour être membre de son ordre. À ce moment, le titre de docteur, suivi du domaine d'obtention du diplôme, est mentionné après son titre professionnel.

Exemples : *Madame Levert, inf., docteur en biochimie – Monsieur Lebon, avocat, docteur en droit ou Me Lebon, docteur en sciences politiques*

Référence

¹ *Code des professions*, c. C-26, art. 58.1

FAITES CONFIANCE AUX PROFESSIONNELS DE L'AVIATION

FORMATION DE PILOTAGE



AIR RICHELIEU
MONTREAL FLYING CLUB / AÉROCLUB DE MONTRÉAL

**Le seul collège privé d'aviation
au Québec**



- Licences privées
- Licences professionnelles
- Flotte exclusive de 20 appareils
- Qualifications multiples
- Formation complète jusqu'à pilote de ligne
- AEC - Attestation d'études collégiales

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT

NOLISEMENT D'AVION



univair

**Compagnie de nolisement d'avion
par excellence**



- Taxi aérien
- Service V.I.P.
- Forfaits vacances avantageux
- Horaire 24/7
- Départ de St-Hubert ou Montréal
- Service traiteur
- Destinations au choix :
Canada et États-Unis

SOUMISSIONNEZ GRATUITEMENT

Situé à l'aéroport de Saint-Hubert à 20 minutes de Montréal

INFORMEZ-VOUS
450.445.4444

www.
info@

airrichelieu.com

www.
info@

univairaviation.com

PAR ÈVE-REINE GAGNÉ, M.D., GENEVIÈVE GRÉGOIRE, M.D., JEAN-FRANÇOIS MONTREUIL, M.D., ROBERT PRIMAVESI, M.D.

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

L'APPRENTISSAGE PAR LE SERVICE DANS LA COMMUNAUTÉ

Les étudiantes et les étudiants des facultés de médecine adhèrent rapidement aux valeurs d'humanisme. Dès le début de leur formation, ils s'impliquent dans la communauté en organisant des activités sur des sujets très diversifiés, souvent en lien avec l'éducation (aide aux devoirs, alphabétisation) ou les apprentissages (santé mentale, santé sexuelle, populations vulnérables, habitudes de vie, etc.). Cet engagement remarquable dans la communauté fait partie du bénévolat citoyen.

En tant qu'institutions, les facultés de médecine ont le rôle de les encourager et de les soutenir dans leurs démarches. Mais la responsabilité de nos programmes de formation est de les former adéquatement afin que, par ces expériences, ils acquièrent une conscience sociale et un sens de la responsabilité civile indispensables à leur future pratique de médecin.

Ainsi, depuis quelques années, les formations en santé publique, en prévention, en éthique, sur les déterminants de la santé, les inégalités sociales, les populations vulnérables, ainsi que sur les aspects multiculturels de la prise en charge du patient font partie intégrante des curriculums. Cette formation longitudinale vise à améliorer la compréhension des aspects sociaux et culturels de la santé, de la maladie et de l'organisation des soins. Elle permet d'approfondir le rôle et les responsabilités du médecin au regard de la santé des personnes et de la population dans le contexte plus large de la collectivité.

Mais la formation doit aller au-delà de ces apprentissages théoriques et permettre aux étudiants de faire des apprentissages expérientiels dans la communauté afin qu'ils soient mieux préparés à une pratique orientée vers les besoins de la communauté qu'ils desservent.

Cet apprentissage structuré s'articule autour de services répondant à des besoins identifiés avec des partenaires de la

communauté et pour lesquels existent des échanges ou des bénéfices de réciprocité. Les services doivent aussi être en lien avec des objectifs explicites d'apprentissage du programme de doctorat en médecine. Cet apprentissage comprend les phases de préparation, de prestation (ou d'implication) et de réflexion.

L'étudiant peut ainsi utiliser les connaissances acquises, discerner ses propres limites, comprendre les bénéfices de constituer un réseau de collaboration professionnelle avec les acteurs de la santé et des services sociaux pour une prise en charge globale du patient. Par cet apprentissage dans la communauté, parfois déstabilisant au point de vue émotif, et de la réflexion qui s'ensuit, l'étudiant s'engage dans un processus de développement personnel et professionnel continu en vue de devenir un acteur de changement dans et avec sa communauté.

Les programmes ont intégré l'acquisition de connaissances théoriques à ces apprentissages expérientiels dans leur curriculum, en plus d'accompagner et de bonifier les initiatives estudiantines. Les objectifs poursuivis sont de faciliter le contact avec les organismes communautaires ou les établissements du réseau de la santé, de valoriser la tenue de ces activités et de favoriser une réflexion.

Les communautés visées sont notamment les populations autochtones, les populations vulnérables, les nouveaux arrivants, les jeunes, et la clientèle des établissements de santé.

Les bénéfices de l'apprentissage expérientiel dans la communauté en matière de formation au niveau prédoctoral ont été détaillés dans l'article de Sarena D. Seifer¹. De plus, ces apprentissages appuyés par les facultés sont conformes à la première recommandation de l'AFMC sur l'avenir de l'éducation médicale², à savoir répondre aux besoins diversifiés des individus et des

communautés d'ici et d'ailleurs, tels que définis en santé mondiale.

Bien que la mise en place de ces activités d'apprentissage dans la communauté tôt dans les cursus exige beaucoup d'organisation et de concertation avec nos partenaires communautaires, les bénéfices pour la formation des futurs médecins nous semblent indéniables et essentiels.

ÈVE-REINE GAGNÉ, M.D.

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

GENEVIÈVE GRÉGOIRE, M.D.

Université de Montréal
genevieve.gregoire.1@umontreal.ca
514 343-6723

JEAN-FRANÇOIS MONTREUIL, M.D.

Université Laval
Jean-francois.Montreuil@fmed.ulaval.ca
418 656-2131, poste 11914

ROBERT PRIMAVESI, M.D.

Université McGill
adugme.med@mcgill.ca
514 398-3519

Références

¹ Sarena D. Seifer, M.D., «Service-Learning: Community-Campus Partnerships for Health Professions Education», *Academic medicine*, vol. 73, no 3, March 1998.

² Association des facultés de médecine du Canada. *L'avenir de l'éducation médicale au Canada: une vision collective pour les études médicales prédoctorales* (En ligne) www.afmc.ca/fmec/pdf/vision_collective.pdf

VOICI CERTAINS ATELIERS ORGANISÉS PROCHAINEMENT PAR LA DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC.

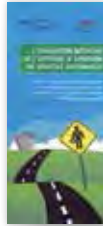
L'ÉVALUATION MÉDICALE DE L'APTITUDE À CONDUIRE UN VÉHICULE AUTOMOBILE

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

11 février, à 9 h 30, Montréal

24 avril, à 8 h 30, Montréal

1^{er} mai, heure à confirmer, Sainte-Thérèse



L'ÉVALUATION MÉDICALE PÉRIODIQUE DE L'ADULTE

Atelier visant à aider les médecins à mieux intégrer des pratiques préventives à chacune des étapes de sa démarche clinique.

26 mars, à 9 h, Québec

25 septembre, à 9 h, Montréal



UNE TENUE DE DOSSIERS EFFICACE EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER

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

Durée: deux sessions de trois heures



LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

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

24 avril, à 9 h, Montréal

12 juin, à 9 h, Montréal



2^e bloc:

18 mars 2015, à 13 h, Montréal: les aspects pratiques
(complément à l'atelier du bloc 1: les aspects théoriques
du 10 décembre 2014)

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



ibrunet@cmq.org

MODIFIEZ VOS RENSEIGNEMENTS EN LIGNE

Vous pouvez modifier vous-même, directement dans le site Web du Collège des médecins, les renseignements personnels et professionnels liés à votre dossier.

Pour effectuer un changement d'adresse de résidence ou de lieu d'exercice professionnel, pour modifier un numéro de téléphone ou encore l'adresse courriel liée à votre dossier, connectez-vous au site sécurisé à l'adresse

<https://www1.cmq.org>

Vous devez ensuite cliquer sur Mes renseignements, sous l'onglet Mon profil.
L'interface est accessible en français et en anglais pour les médecins,
les résidents et les étudiants en médecine.

Nous comptons sur votre collaboration pour maintenir votre dossier à jour en tout temps.



AVIS, MISES EN GARDE ET RETRAITS

PRODUIT	INDICATION	NOUVELLE INFORMATION
ARZERRA^{MC} (ofatumumab)	Anticorps monoclonal anti-CD20, dont l'emploi en vertu d'un avis de conformité avec conditions, a été autorisé au Canada pour le traitement de patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC) réfractaire à la fludarabine et à l'alemtuzumab.	Nouveaux renseignements importants relatifs à l'innocuité d'ARZERRA ^{MC} (ofatumumab) en raison d'un décès survenu à la suite de la perfusion de ce médicament chez un patient.
CÉFIXIME	Traitement recommandé pour les infections gonococciques.	Recommandations quant à la prise en charge des infections gonococciques pendant la pénurie de céfixime : http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2014/41601a-fra.php .
FERAHEME[®] (ferumoxylol)	Traitement de l'anémie ferriprive chez les adultes atteints d'une maladie rénale chronique.	Nouvelles modifications importantes quant à l'administration de FERAHEME [®] (ferumoxylol) et aux restrictions concernant son utilisation pour réduire davantage les risques de réactions d'hypersensibilité graves.



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

Prenez soin de votre santé financière.



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.

Entourée de mon équipe chevronnée, je peux vous aider à construire un plan financier intégré comprenant la retraite et la succession.

Pour faire le bilan de votre santé financière, communiquez avec nous dès aujourd'hui.



Raymonde Lucas, Pl. fin.
 Conseillère en gestion de patrimoine
 Tél. : 514-287-4549
raymonde.lucas@scotiacleod.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.

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-12-00789)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Stephen Daniel Harrison** (98038), exerçant la profession de médecin à Saint-Lazare (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit :

d'avoir fait défaut d'avoir eu, en date du 14 avril 2010, une conduite irréprochable envers une étudiante de première année en médecine, en lui tenant des

propos à caractère sexuel et en s'adonnant à des gestes sexuels (chef 1).

Le 10 juillet 2014, le conseil de discipline a imposé au Dr Stephen Daniel Harrison une radiation du tableau de l'ordre pour une période de 12 mois sur l'unique chef de la plainte modifiée.

Le Dr Stephen Daniel Harrison est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de douze (12) mois à

compter du 14 août 2014.

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

Montréal, le 14 août 2014

Me CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-12-00769)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Céline Boismenu** (86088), exerçant la profession de médecin à Sherbrooke (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

d'avoir négligé, entre le 12 août 2008 et jusqu'au 4 décembre suivant, de prendre les mesures requises pour favoriser l'adhésion de sa patiente à la prise de sa médication dans le traitement de son insuffisance cardiaque, à savoir le Lasix (furosémide), et, le 11 novembre 2008, en réduisant intempestivement le dosage de cette médication, de 20 mg p.o. bid à 10 mg p.o. die, notamment sans justification clinique et sans avoir obtenu un consentement éclairé (chef 4);

de s'être adonnée à une collaboration inadéquate avec une proche de sa patiente, notamment en lui communiquant des informations limitées ou erronées à

au moins deux reprises au cours des conversations téléphoniques du 19 août et du 2 décembre 2008, démontrant très peu d'écoute lors desdites conversations, adoptant une attitude peu favorable à la recherche ou à l'obtention d'un consentement substitué libre et éclairé concernant l'orientation des soins à offrir à la patiente (chef 5);

d'avoir cessé intempestivement, le ou vers le 1^{er} décembre 2008, la médication à visée thérapeutique administrée à sa patiente et en réduisant le niveau des interventions médicales à des « soins palliatifs de confort », lui prescrivant sans justification clinique de la morphine, de la scopolamine et du midazolam, le tout, sans le consentement éclairé de sa patiente ou d'un proche (consentement substitué) (chef 6).

Le 10 septembre 2014, le conseil de discipline a imposé au Dr Céline Boismenu une radiation du tableau

de l'ordre pour une période de 3 mois sur le chef quatre, une période de 2 mois sur le chef cinq et une période de 4 mois sur le chef six de la plainte amendée. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

Les parties ayant renoncé à leur droit d'en appeler de la décision du conseil de discipline, le Dr Céline Boismenu est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de quatre (4) mois à compter du 22 septembre 2014.

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

Montréal, le 22 septembre 2014

Me CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-11-00758)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Pierre Lemieux** (80447), exerçant la profession de médecin à Sainte-Marie (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 un usage immodéré de substances psychotropes, au cours du mois d'octobre 2010, tel que le démontrait notamment un dépistage qualitatif de drogues de rue effectué sur un prélèvement urinaire du 18 octobre 2010, à la demande du médecin responsable

du Programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé du Collège qui l'avait joint le jour même à son cabinet de consultation de Thetford Mines (chef 1).

Le 16 septembre 2014, le conseil de discipline a imposé au Dr Pierre Lemieux une radiation du tableau de l'ordre pour une période de 3 mois sur l'unique chef de la plainte.

Les parties ayant renoncé à leur droit d'en appeler, le Dr Pierre Lemieux est donc radié du tableau de l'ordre

pour une période totalisant trois (3) mois à compter du 22 septembre 2014.

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

Montréal, le 23 septembre 2014

Me CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-12-00783)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Jean-René Lachance** (77187), exerçant la profession de médecin (gastroentérologue) à Montréal (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit :

de ne pas s'être assuré d'obtenir et de prendre connaissance dans les meilleurs délais le rapport de pathologie effectué à la suite de l'excision d'un polype pédiculé sigmoïdien qu'il a effectué le 23 août 2004, et

compte tenu qu'il n'a reçu ni lu le rapport du pathologiste, en assumant à tort l'inexistence d'un tel rapport, ne documentant pas ce fait au dossier et ne prenant pas les dispositions requises pour assurer le suivi de son patient (chef 1).

Le 7 octobre 2014, le conseil de discipline a imposé au Dr Jean-René Lachance une radiation du tableau de l'ordre pour une période de 2 mois sur l'unique chef de la plainte.

Le Dr Jean-René Lachance est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux (2) mois à compter du 11 novembre 2014.

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

Montréal, le 11 novembre 2014

Me CHRISTIAN GAUVIN, avocat
Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Jean Labbé** (82383), dont le domicile professionnel est à Trois-Rivières, a été radié du tableau des membres du Collège des médecins du Québec en vertu de l'article 55.1 du *Code des professions*.

Le Dr Labbé a fait l'objet d'une décision du comité exécutif du Collège des médecins du Québec le 4 septembre 2014 au regard des infractions criminelles visées par les articles 733.1. (01) a), 733.1. (01) b) (omission ou refus de se conformer à l'ordonnance de probation) et

254 (05) (refus d'obtempérer à un ordre de l'agent de la paix) du *Code criminel* pour lesquelles il avait plaidé coupable.

La décision du comité exécutif étant exécutoire le jour de sa signification, le Dr Jean Labbé est donc radié du tableau de l'ordre depuis le 16 septembre 2014.

Cette radiation provisoire demeure en vigueur jusqu'à ce que la décision définitive et exécutoire du conseil de discipline du Collège des médecins du Québec ou du

Tribunal des professions soit rendue à la suite du dépôt de la plainte du syndic du Collège des médecins du Québec.

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

Montréal, le 14 octobre 2014

Me CHRISTIAN GAUVIN, avocat

Secrétaire adjoint

AVIS DE RADIATION

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Jean-François Coupal** (86579), dont le domicile professionnel est à Gatineau, a été radié du tableau des membres du Collège des médecins du Québec en vertu de l'article 55.1 du *Code des professions*.

Le docteur Coupal a fait l'objet d'une décision du comité exécutif du Collège des médecins du Québec le 24 juillet 2014 au regard de l'infraction criminelle visée par l'article 163.1 (4) (possession de la pornographie

juvénile) du *Code criminel* pour laquelle il avait plaidé coupable.

La décision du comité exécutif étant exécutoire le jour de sa signification, le Dr Jean-François Coupal est donc radié du tableau de l'ordre depuis le 4 août 2014.

Cette radiation provisoire demeure en vigueur jusqu'à ce que la décision définitive et exécutoire du conseil de discipline du Collège des médecins du Québec ou du Tribunal des professions soit rendue à la

suite du dépôt de la plainte du syndic du Collège des médecins du Québec.

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

Montréal, le 14 octobre 2014

Me CHRISTIAN GAUVIN, avocat

Secrétaire adjoint

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-12-00787)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Jean-Pierre Déry** (99234), exerçant la profession de médecin (cardiologue) à Québec (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

de ne pas avoir sauvegardé son indépendance professionnelle, au cours de la période allant de l'année 2005 à 2012, en participant personnellement et activement à la prise en charge et au traitement d'une personne proche, en lui procurant ou lui injectant du Dilaudid par voie sous-cutanée ou iv (hydromorphe) à de nombreuses reprises, ou en lui obtenant des ordonnances de Dilaudid auprès de collègues médecins (chef 1);

d'avoir prescrit, au cours de la période allant de l'année 2008 à l'année 2012, un grand nombre

d'ordonnances de Dilaudid non médicalement justifiées à des tiers trompant alors, par stratagème délibérément planifié, plusieurs pharmaciens de la région de Québec afin de camoufler le fait que les quantités de Dilaudid ainsi obtenues étaient destinées en réalité à une personne proche s'adonnant ainsi au cours de ces années à un système de fausses ordonnances (chef 2);
de ne pas avoir respecté, au cours des années 2008 à 2012, les données de la science médicale relativement à la prise en charge du problème de migraines d'une personne proche, à l'occasion des traitements qu'il lui a prodigués, notamment quant à l'indication et à la durée du traitement, compte tenu des quantités prescrites ou injectées de Dilaudid sans tenir de dossier médical, sans procéder aux consultations requises, ni référer sa patiente auprès des ressources compétentes spécialisées (chef 3).

Le 6 octobre 2014, le conseil de discipline a imposé au Dr Jean-Pierre Déry une radiation du tableau de l'ordre pour une période de six (6) mois aux 3 chefs de la plainte amendée. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

Les parties ayant renoncé d'en appeler de la décision du conseil, le Dr Jean-Pierre Déry est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de six (6) mois à compter du 15 octobre 2014.

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

Montréal, le 15 octobre 2014

Me CHRISTIAN GAUVIN, avocat

Secrétaire du conseil de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-13-00814)

AVIS est par les présentes donné que le **Dr Richard Robert Boies** (76545), exerçant la profession de médecin à Laval (Québec), a plaidé coupable devant le conseil de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit :

d'avoir fait défaut d'avoir une conduite irréprochable à l'endroit de sa patiente en lui tenant des propos inappropriés lors de son examen physique (chef 1).

Le 3 octobre 2014, le conseil de discipline a imposé au Dr Richard Robert Boies une radiation du tableau de l'ordre pour une période de trois mois sur l'unique chef de la plainte.

La décision du conseil étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le Dr Richard Robert Boies est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de trois mois à compter du 12 novembre 2014.

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

Montréal, le 12 novembre 2014

Me CHRISTIAN GAUVIN, avocat

Secrétaire du conseil de discipline

LISTE DES MÉDECINS RADIÉS POUR NON-PAIEMENT DE COTISATION

LES PERSONNES SUIVANTES N'ONT PAS RÉGULARISÉ LEUR SITUATION AVEC LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC
EN DATE DU 5 DÉCEMBRE 2014 :

NOM	PRÉNOM	N° DE PERMIS
Amin	Mohammed M.	73099
Archambault	Jacques	67195
Arendt-Racine	Éva C.	52275
Baig	Kashif	08319
Bédard	Marie-Lène	09634
Belloncik	Yvan	71589
Bergeron	Claude	56012
Bertrand	Robert G.	76093
Bilinski	Anna	67010
Blanchette	Agathe	80369
Bou Habib	Rania	02156
Catchlove	Richard	74694
Cholette	Gilles	53041
Christie	John Elliott	74325
Clément	Claude	67210
Constas-Costopoulos	Nicolas	75628
Cummings	Susan Amber	80446
Dallaire	Mario C.	68091
Daly	Donald S.	70365
Daoud	Fouad	11161
Desparmet	Joëlle	91215
Desrochers	Marcel	57094
Drouin	Jean	53062
Duckett	Guy M.	50057
Dumais	Jean	58083
Duong	Minh Hoang	78594
El-Khoury	Maroun	84583
Feindel	William H.	53212
Gauthier	Bernard	47024
Gauthier	Jacques	79357
Gravel	B. Gaston	52062
Gregoriou	Grégory	68031
Hadj Kacem	Chiraz	12700
Ikemura	Maki	97388
Issley	Steven	99105
Jasmin	Luc	82238
Jean-Louis	Madeleine	75585
Keller	Robert	69029
Kerenyi	N. A.	63010
Kusalic	Maria	70422
Laflamme	Sébastien	09036
Laperrière	Jean	58125
Lau	Andrew H. C.	94351
Laurin	Marjolaine	65134
Leduc	Charles	85123

NOM	PRÉNOM	N° DE PERMIS
Lefebvre	Pierre David	83339
Lemire	Joseph J.	57166
Lett	Georges	55113
Maisonneuve	Anne-Sophie	13059
Maltais	Roger	56092
Martinez	M. Lilia	71102
Mc Callum	James L.	44056
Mc Gillivray	David L.	79083
Mehu	Jean	79020
Mercier	Christian	85235
Mignault	Gérard	49109
Mondor	Thomas	76231
Morel	Richard Serge	70140
Moriconi	Ronaldo	73449
Morin	Noël	46088
Mucci	Istvan	10385
Munz	Michael	88383
Murphy	S. Buller	54247
Murray	James G.	52128
Nitkin	Susan B.	85483
O'Sullivan	Cathal S.	80573
Ou	Sopheap	12154
Papageorges	C.	53131
Pearson-Murphy	B. E.	61007
Penney	Don William	83557
Pham Nhut	Huong	84456
Pilote	Lomer	55182
Poitras	Benoit P.	66028
Roman	Ted N.	64303
Roy	Denis Richard	77458
Scott	William A. C.	82003
Simard	Marcel	68183
Simoneau	Roger	60232
St-Hilaire	Jacques	66275
Sullivan	Arthur	78677
Tessler	Oren	11651
Théodule	Jean-Claude	78598
Thibault	Pierre	71178
Toussi	Tahmouresse	69403
Tovah Taub	Sarah	87589
Turcot	Roger	74103
Vartanian	Astghik	88562
Vilderman-Steverman	S.	72550
Whitehead	V. Michael	61262
Yusuf	Nasim	73021

PÉRIODE : DU 9 AOÛT AU 5 DÉCEMBRE 2014

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
Arseneau, Jean-Louis	68068	Médecine de famille	Magog
Beauchemin, Marc	61034	Anesthésiologie	Lachute
Beaudet, Robert	74275	Médecine de famille	Saint-Aubert
Bellefeuille, François	66258	Ophtalmologie	Trois-Rivières
Bonin, André	62058	Anatomo-pathologie	Verdun
Cimon, Nicole	86152	Médecine de famille	Vaudreuil-Dorion
Cohen, Jack	60285	Chirurgie plastique	Montréal
Cohen, Pieter W.	72599	Médecine de famille	Eastman
Croisetière, Guy	85536	Médecine de famille	Trois-Rivières
David, Claude	55035	Chirurgie générale	Repentigny
Desjarlais, Étienne	57093	Chirurgie générale	Louiseville
Dubois, Alain	81400	Médecine de famille	Amos
Elkin, David	53065	Chirurgie plastique	Pointe-Claire
Fortier, Lise	50065	Obstétrique et gynécologie	Encino
Gagné, Jean-Guy	57115	Anesthésiologie	Victoriaville
Gaudet, Olivier	60002	Médecine de famille	Lac-Masson
Gauthier, Cajetan Jr.	68107	Obstétrique et gynécologie	Québec
Gauthier, Georges A.	52054	Médecine de famille	Montréal
Germain, Hughes	78144	Anesthésiologie	Montréal
Laframboise, George-Guy	75675	Médecine de famille	Pontiac
Lambert, David Charles	78530	Chirurgie orthopédique	Sherbrooke
Laporte, Guy	52084	Anesthésiologie	Saint-Sauveur-des-Monts
Maheux, Brigitte	73488	Médecine de famille	Montréal
Nadeau, Simon	73335	Médecine de famille	Québec
Papineau, Louis J.	52164	Chirurgie générale / Chirurgie orthopédique	Verdun
Parent, Jean-Guy	62337	Médecine de famille	Lasalle
Phaneuf, P.	52120	Chirurgie générale	Saint-Jean-sur-Richelieu
Poirier, Gilles	59247	Médecine de famille	Rochester
Rouleau, Yvan J.	50178	Médecine interne / Cardiologie	Montréal
Roy, Fernand	58222	Médecine de famille	Charlesbourg
Simard, Laval	80071	Cardiologie	Québec
Têtu, André	52161	Médecine interne / Cardiologie	Québec
Therrien, Jean-Marie	73216	Médecine de famille	Laval
Tremblay, René	54228	Médecine de famille	Jonquière

LE COLLÈGE DES MÉDECINS A ADMIS CES NOUVEAUX MEMBRES.



Les coordonnées des membres sont accessibles dans le bottin sécurisé des médecins :

<https://www1.cmq.org>

PÉRIODE : DU 9 AOÛT AU 5 DÉCEMBRE 2014

MÉDECINS DÉTENANT UN PERMIS RESTRICTIF

Bernard, Sylvain Raymond
Bernèche, Grégoire
Boret, Henry
Farzin, Houman
Furgé, Priscille

Jacquemont, Sébastien
Khalili, Ayman
Lodde, Michele
Marion, Gilles
Martins, Ruben

Mekrebi, Yasmina
Mercier, Frédéric
Mialet, Tiphaine
Renaud, Alexandre

MÉDECINS SPÉCIALISTES

ANATOMO-PATHOLOGIE

Deschênes, Isabelle
Razaghi, Farshid

ANESTHÉSIOLOGIE

Chaput-Dugas, Jean-Philippe
Chiasson, Hubert
Koeva, Vesselina
Raymond, Meggie

BIOCHIMIE MÉDICALE

Zenagui, Soumaya

CARDIOLOGIE

Henri, Christine

CHIRURGIE CARDIAQUE

Rosu, Cristian-Cosmin

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Collin, Yves
Julien, François
Labidi, Saber
Pelletier, Jean-Sébastien
Trebichavsky, Josée

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Armano, Jon
Bolduc, Marie Eve
Haydon, Christopher Michael
Hupin Debeurme, Mathilde
Leblanc, Marie-Claude

GASTROENTÉROLOGIE

Shaikh, Tahir

HÉMATOLOGIE

Demers, Sabrina
McCusker, Patricia Jane

HÉMATOLOGIE / ONCOLOGIE MÉDICALE

Ethier, Vincent

IMMUNOLOGIE CLINIQUE ET ALLERGIE

Paquet, Brenda

MÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Botuna Eleko, Eric
Dea, Catherine
Nguyen, Cat Tuong

MÉDECINE D'URGENCE

Bordeleau, Simon
Sokoloff, Catalina
St-Onge, Maude

MÉDECINE DE FAMILLE

Adjaoud, Yacine
Assayag, Jonathan
Auger-Bellavance, Marie-Pierre
Bélanger-Desjardins, Élise
Bernier-Ouellet, Anick
Boucher, Marie-Christine
Brousseau, Sylvie
Caissie, Marie-Claude
Chabot, Salomé

Cheung, Yi Ting Carol
Chicoine, Marie-Eve
Chugh, Rishi
Cormier, Catherine
Cormier, Marie-Hélène
Coutu, Myriam
Dellerba, Maria
Déziel Malouin, Marc Olivier
Dionne, Anne-Isabelle
Dionne, François
Dodier, Véronique Debbie
Dumouchel, Émilie
Filion, Marianne
Filip, Constantin
Flamand, Audrey
Fournier, Émilie
Fournier, Maryse
Gagne, Austin
Giard, Marie-Lou
Gosselin, Geneviève
Hunting, Jacob
Jamali, Redouane
Karam, Sanj James
Lamarche, Caroline
Lamarre, Kathia
Lambert-Julien, Renaud
Lamy, Claudel
Lapointe, Jennifer
Lebel, Marie-Lou
Lefebvre, Aizhen Jade
Légaré-Archambault, Emmeline
Lelièvre, Mario
Lévesque, Myriam

Luu, Stefan Hung-Son
 Ma, Vivian
 Maher-Laporte, Marjolaine
 Marche, Mélanie
 Marin, Sébastien
 McConnell-Legault, Sarah
 Menhem, Elise
 Mercier-Linteau, Catherine
 Morin-Brassard, Hugo
 Munoz Mejia, Francisco Javier
 Nadon, Gabrielle
 Nault-Cousineau, Blanche
 Neelamkavil, Marian
 Noah, Yves Stéphane
 Numainville, Sarah
 Ostiguy, Gabrielle
 Ouellet, Alexandre
 Ouellet, Myriam
 Patenaude-Blais, Renée-Anne
 Perrault-Harvey, Sophie
 Pilon, Magalie
 Pirau, Samuel
 Rizk, Aida
 Robin, Christine
 Salvail, Mia
 Samman, Michael
 Santerre, Audrey-Claude
 St-Aubin, Thomas
 Sigouin-Duquette, Alexandre
 Stevens, Liisa
 Thouin, Nicolas
 Verger Demers, Sarah
 Wong, Jenny

MÉDECINE INTERNE

Anand, Preeti
 Beaudoin, Carl-Frédéric
 Berthoumieux, Sylvie
 Cavayas, Yiorgos Alexandros
 Chen, Tian Yan
 Cheung, Michael
 Chiasson, Sylvie-Ann
 Chicoine-LeBel, Martine
 Dahine, Joseph
 Du Tremblay, Julien
 Gentile, Brenda
 Hindieh, Waseem
 Ibrahim, Sirar
 Leclerc, François
 Mandilaras, Victoria
 Manhas, Kiran

Montminy, Claudine
 Piché, Marie-Ève
 Wong, Winnie

MÉDECINE INTERNE / GÉRIATRIE

Lavigne, Anne

MÉDECINE INTERNE / NÉPHROLOGIE

Beaunoyer, Véronique

MÉDECINE INTERNE / PNEUMOLOGIE

Tagmouti, Saloua

MÉDECINE NUCLÉAIRE

Levasseur, Marc-André

NEUROCHIRURGIE

Dea, Nicolas
 Saluja, Rajee Singh
 Weil, Alexander

NEUROLOGIE

Benini, Ruba Sayed
 Bourgeois, Pascale
 Langlais, Jean-Sébastien
 Potier, Soizic
 Russell, Sarah
 Yaneva, Krasimira

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Alexander, Christine
 Bodmer-Roy, Sonja
 Bossé, Stéphanie
 Demers, Suzanne
 Girard, Pascale
 Guérin, Pascale
 Morin, Fanny

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE / CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Aron, Margaret
 Bussièrès, Marie
 Dolev, Yalon
 Duval, Melanie
 Knapik, Monika

PÉDIATRIE

Assaad, Michael-Andrew
 Caron, Joannie
 Comeau, Jeannette
 Dufresne-Denis, Catherine

Hébert, Audrey
 Livernoche, Francis
 Morin, Alyssa
 Nguyen, Kim Anh
 Nolin, Catherine
 Pruteanu Ignea, Aniela
 Roumeliotis, Nadezhda
 St-Hilaire, Marie

PÉDIATRIE / MALADIES INFECTIEUSES

Lefebvre, Marie-Astrid

PNEUMOLOGIE

Gagnon-Audet, Andrée-Anne
 Godbout, Krystelle

PSYCHIATRIE

Carrier, Félix
 Coulloudon, Laurent
 Dion, François-Xavier
 Dubreucq, Simon
 Haman-Martel, Émilie
 Lambert-Comeau, Pascal
 Lavallée, Mélanie
 Loiseau, Annie
 Pelletier-Brochu, Brigitte
 Pilon-Tremblay, Caroline

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Lacroix, Caroline
 Larochelle, Patrick
 Proulx, Francesca
 Vujanovic, Josko

RADIO-ONCOLOGIE

Al Halabi, Hani
 Goudreault, Julie

UROLOGIE

Rosenstein, Daniel Isaac



Accompagnement garanti

Vous désirez informatiser votre pratique?

Nos directeurs Rachel Charron-Drolet et François Coulombe-Fortier vous guideront du début à la fin.

Ofys

DMÉ CERTIFIÉ

rachel@infodata.ca | francois@infodata.ca | 1.866.831.9077 | www.ofys.ca