

LE COLLÈGE

VOL. XLVI, N° 2 PRINTEMPS-ÉTÉ 2006

COLLOQUE 2006

AIDER À
MOURIR

Est-ce
au médecin
de décider ?

EUTHANASIE ET
SUICIDE ASSISTÉ

7

De quoi parle-t-on
au juste ?

8

Un débat
multidimensionnel
et interdisciplinaire

11

La recherche
sur les perceptions
de la population

13

Lauréate du Grand Prix 2006
LE D^r MIMI ISRAËL
L'intelligence de la raison,
l'intelligence du cœur



LE COLLÈGE

5

ÉDITORIAL

Le médecin devrait-il aider à mourir ?

6

LE POULS DE LA PROFESSION

AIDER À MOURIR

UNE RÉFLEXION DE SOCIÉTÉ

COLLOQUE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC,
LE 12 MAI 2006, À QUÉBEC



7

DANS LES LIMITES DU JURIDIQUE

De quoi parle-t-on au juste ?

8

Un débat multidimensionnel
et interdisciplinaire

10

TABLE RONDE

Est-ce au médecin de décider ?

13

RENCONTRE

LE D^r MIMI ISRAËL,
LAURÉATE DU GRAND PRIX 2006

**L'intelligence de la raison,
l'intelligence du cœur**



En couverture

Le D^r Mimi Israël, professeure agrégée
en psychiatrie à l'Université McGill,
chef de département de psychiatrie
de l'Hôpital Douglas et présidente de
l'Association des chefs de département
de psychiatrie de Montréal

Photographe : Paul Labelle

15

PERSPECTIVES MÉDICALES

Les réserves personnelles
d'antiviraux contre l'influenza

17

Spéculum vaginal métallique
Quel niveau d'asepsie ?

Usage des renseignements
sur les médecins
fournis à la RAMQ

L'accès à la profession
De nouvelles règles s'appliquent.

18

MÉDICAMENTS SOUS SURVEILLANCE

Troubles glycémiques et gatifloxacine ;
paroxétine et grossesse ; œdème maculaire
et utilisation de la rosiglitazone ; insuffisance
hépatique grave associée à la téli-thromycine

20

DÉCISIONS 2006

Décisions du Bureau et du comité administratif

22

Avis d'élections

23

LE CARNET DU SECRÉTAIRE

**L'urgence, s'il y en a une,
c'est de se préparer à l'urgence.**

24

Au tableau

Nouveaux membres et
nouveaux membres certifiés

Médecins décédés

Avis de radiation

Ensché avec ce numéro

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou
sans hyperactivité – Traitement
pharmacologique (mise à jour)

LIGNES DIRECTRICES

26

ENGLISH VERSION

The French section also includes articles
relevant to your practice.

We invite you to read them.

Bulletin LE COLLÈGE, vol. XLVI, n° 2, Printemps-Été 2006 – LE COLLÈGE est publié trois fois par année par la Direction des affaires publiques et des communications du Collège des médecins du Québec, 2170, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8 **TÉLÉPHONE** 514 933-4441 ; 1 888 MÉDECIN **TÉLÉCOPIEUR** 514 933-3112 **COURRIEL** info@cmq.org **SITE WEB** collegedesmedecins.qc.ca **COMITÉ ÉDITORIAL** Les D^{rs} Yves Lamontagne, Julie Lalancette et Yves Robert ; Nathalie Savoie **COMITÉ DE RÉDACTION** Les D^{rs} Yves Robert, André Jacques, François Gauthier, Anne-Marie MacLellan et Gilles Otis ; Nathalie Savoie **COORDINATION** Diane lezzi **COLLABORATION** Danielle Stanton **RÉVISION LINGUISTIQUE** Françoise Turcotte et Sylvie Massariol **CORRECTION D'ÉPREUVES** Sylvie Massariol **TRADUCTION-CORRECTION** Bernadette Griffin-Donovan **SUIVI D'ÉDITION ET DE DIFFUSION** Lucie Le Blanc **RÉALISATION GRAPHIQUE** BRONX Communications **IMPRESSION** Integria **REPRÉSENTATION PUBLICITAIRE** REP Communication ; Julie Diamond 514 762-1667, poste 238 julie.diamond@repcom.ca **TIRAGE** 22 500 exemplaires **DÉPÔT LÉGAL** 2^e trimestre 2006 Bibliothèque et Archives nationales du Québec Bibliothèque nationale du Canada ISSN 1207-3040 – Reproduction autorisée si la source est mentionnée. Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la lecture.

L'un de vos collègues...

- ... démontre-t-il un sens profond de l'engagement dans l'ensemble de ses réalisations professionnelles ?
- ... fait-il preuve d'un professionnalisme exemplaire et d'une approche empreinte d'une grande humanité ?
- ... représente-t-il une source d'inspiration pour la relève ?

Soumettez sa candidature au comité de sélection du Grand Prix du Collège des médecins.

Le Collège des médecins du Québec vous invite à lui faire connaître des médecins remarquables qui seraient tout désignés pour recevoir ce prix.

GRAND PRIX 2007

DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

CRÉÉ EN 1997, LE GRAND PRIX DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC VISE À RECONNAÎTRE LA CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE D'UN MÉDECIN AU RAYONNEMENT DE LA PROFESSION, SON APPORT PARTICULIER À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL AINSI QUE SA GRANDE HUMANITÉ.

Le Grand Prix 2007 sera remis le 11 mai 2007, au cours du colloque précédant l'Assemblée générale annuelle. Une œuvre d'art sera offerte au lauréat, ainsi qu'une bourse de 2 000 \$ destinée à une association de son choix.

CRITÈRES D'ATTRIBUTION

Le comité du Grand Prix étudie chaque candidature en fonction des critères suivants :

- la contribution à l'évolution de la profession médicale et à l'amélioration de la qualité de l'exercice de la médecine ;
- un dévouement et un sens profond de l'engagement envers les patients et la collectivité ;
- l'éthique professionnelle.

Pour être admissible, le candidat doit être actif professionnellement.

MISES EN CANDIDATURE

Soumettez une candidature au comité de sélection en l'accompagnant d'une lettre de présentation dans laquelle vous décrierez comment ce médecin s'est distingué tout au long de sa carrière. Veuillez fournir tout élément pouvant faciliter l'analyse de la candidature : curriculum vitae complet et récent, dossier de presse, témoignages, etc.

Faites parvenir votre mise en candidature au plus tard le 27 octobre 2006, à l'adresse ci-contre.

Comité du Grand Prix 2007
Direction des affaires publiques
et des communications
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8



D^r MIMI ISRAËL
PSYCHIATRE



D^r MAURIL GAUDREULT
MÉDECIN DE FAMILLE



D^r MARCEL GILBERT
CARDIOLOGUE



D^r JOCELYN DEMERS
PÉDIATRE HÉMATO-ONCOLOGUE



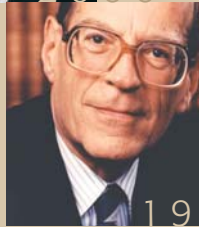
D^r ARNAUD SAMSON
MÉDECIN DE FAMILLE



**D^r DORIS ADEM
ET PIERRE BÉGIN**
MÉDECINS DE FAMILLE



D^r LOUIS DIONNE
CHIRURGIEN GÉNÉRAL



D^r PAUL P. DAVID
CARDIOLOGUE



1999

COMME PSYCHIATRE, je n'ai pas eu souvent à intervenir dans les soins de fin de vie des patients. Mais dès que le rôle du médecin en fin de vie est évoqué, je repense à une expérience que j'ai vécue durant mon internat, une expérience que j'ai d'ailleurs déjà choisie comme l'une des plus marquantes de ma carrière de clinicien¹. J'avais alors eu la difficile tâche de débrancher les appareils qui maintenaient en vie un patient en état de mort neurologique depuis trois semaines. Qu'importe si c'était la recommandation de l'équipe médicale et si la famille y avait consenti, c'est moi qui ai dû faire le geste final : je n'ai jamais eu aussi froid de ma vie. Était-ce là le rôle du médecin ?

Les années ont passé, et je constate que les actes liés aux décisions de fin de vie continuent de susciter non seulement un malaise dans la profession médicale, mais aussi de la confusion dans la population. Pourtant, notre code de déontologie est clair : « Le médecin doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés. » Mais avons-nous tous la même définition de ce que sont le soutien et le soulagement appropriés ? La notion de dignité a-t-elle le même sens pour chacun de nous ?

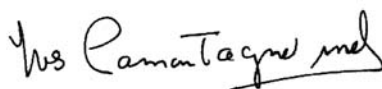
Alors que se multiplient les traitements qui prolongent la vie et ceux qui adoucissent les derniers moments des malades, les médecins soignent parfois des patients qui leur demandent plutôt de les aider à mourir. La relation de confiance entre le médecin et son patient devra-t-elle aller jusque-là ? Le médecin deviendrait-il alors celui qui symboliserait la mort plutôt que le soulagement ?

Le médecin devrait-il aider à mourir ?

Ces difficiles questions ont été posées au cours du colloque annuel du Collège des médecins, qui a eu lieu en mai dernier à Québec. Les médecins, présents en grand nombre, ont témoigné de la complexité du sujet, aux dimensions légales, médicales, sociales, éthiques, politiques et religieuses. Ce numéro du bulletin reflète l'essentiel d'échanges souvent empreints d'émotion et parfois tiraillés entre le désir profond de faire tout ce qui est possible pour soulager les plus souffrants et la crainte de tomber dans l'acharnement moral.

Loin d'avoir cependant répondu à la question qui nous est posée par ceux qui souhaiteraient décriminaliser l'aide au suicide et l'euthanasie — « Est-ce au médecin de décider ? » —, ce colloque aura été l'occasion de remettre cette réflexion au cœur de nos préoccupations. Une réflexion que poursuivra, au cours des prochains mois, notre groupe de travail en éthique clinique.

Le président-directeur général,



Yves Lamontagne, M.D.



© Paul Labelle Photographie

Les médecins soignent parfois des patients qui leur demandent de les aider à mourir. La relation de confiance entre le médecin et son patient doit-elle aller jusque-là ?

1. Y. LAMONTAGNE, « Monsieur Arthur », *Confidences d'un médecin*, Montréal, Québec Amérique, 2005, p. 58.

AIDER À MOURIR

UNE RÉFLEXION DE SOCIÉTÉ

Chacun a le droit de décider de son destin. Mais lorsque des personnes réclament l'aide de leur médecin pour mourir, ce droit à l'autodétermination se heurte à l'impossibilité de « passer à l'acte ».

L'encadrement des actes liés aux décisions de fin de vie est clair, mais il ne parvient pas à dissiper un malaise dans la profession médicale ni à éliminer la confusion, dans la population, en ce qui a trait à la compréhension de ces actes et des termes pour les désigner. Il devient donc urgent que l'on se saisisse collectivement de cette problématique et que l'on précise les enjeux que soulèvent les situations et les volontés de fin de vie.

Alors que la société semble s'ouvrir au changement, les médecins sont prêts à faire entendre leur voix.

AIDER À
MOURIR

DANS LES LIMITES DU JURIDIQUE

Dès les XVI^e et XVII^e siècles, et même avant, les questions de mourir et de mourir dignement étaient abordées dans la littérature en des termes semblables ou, à tout le moins, équivalents. Les débats actuels sur l'aide à mourir ne sont donc pas nouveaux. Aujourd'hui, on cherche à savoir quelle est la meilleure façon de traiter les questions touchant le droit de mourir dans la dignité, la cessation de traitements, l'euthanasie et l'aide à mourir ou suicide assisté. Ces questions sont différentes sous divers aspects, mais elles ont toutes en commun la mort comme résultat. Monsieur le juge Martin Hébert établit les distinctions essentielles au débat et discute des enjeux éthiques soulevés.

De quoi parle-t-on au juste ?

LE TERME « euthanasie » évoque plusieurs réalités, qui ne sont peut-être ni légalement ni moralement équivalentes. Avant d'entamer une réflexion et de mener un débat sur l'aide au suicide et l'euthanasie, il faut s'entendre sur des définitions et faire des distinctions sur le plan juridique.

Les définitions que je propose et les remarques que je fais ne doivent pas être acceptées comme la vérité, mais n'y aurait-il pas lieu de clarifier un certain nombre de choses pour, peut-être, éviter des pratiques défensives de la part du corps médical ? Je ne critique pas le corps médical parce que, lorsque les lois ne sont pas clairement formulées et que les limites ne sont pas clairement définies, il peut se produire des réactions de défense qu'on peut regretter par la suite.

L'aide au suicide, qui consiste à aider une personne à se donner volontairement la mort, est un homicide et est traité comme tel dans le *Code criminel*.

Étymologiquement, le mot euthanasie signifie mort douce, bonne mort, mort sans souffrance ; on peut la définir comme un acte pratiqué par un tiers pour délibérément provoquer la mort, par compassion ; le *Code criminel* n'aborde pas cette question.

Les qualificatifs accolés au mot euthanasie ne peuvent qu'ajouter à la confusion. Certains sont utiles, d'autres moins.

Alors que l'euthanasie *volontaire* fait référence à un acte valablement demandé par une personne qui en est apte et qui n'est pas dans une situation telle qu'un coma ou une autre atteinte neurologique grave, l'euthanasie *non volontaire* serait un acte posé envers une personne qui n'est plus en mesure de le demander ou n'est pas apte à le faire à cause de son âge ou de son état mental.

L'euthanasie *active* implique un acte par lequel on provoque la mort. L'euthanasie *passive*, c'est comme si, en ne faisant pas certains gestes, on pouvait provoquer la mort, ce qui est sans doute le cas. Mais est-ce pour autant un acte d'euthanasie ? Comme d'autres, je pense que l'euthanasie passive n'existe pas, puisque l'euthanasie implique un acte que l'on accomplit pour provoquer la mort.

La *cessation de traitement* est l'omission ou l'arrêt d'un traitement. À mon avis, ce n'est pas un acte d'euthanasie dans les cas suivants :

- lorsqu'on arrête un traitement parce qu'il est devenu inutile ou que le malade le demande ;
- lorsqu'on renonce d'emblée à entreprendre un traitement parce qu'il ne serait pas utile ;
- lorsqu'on injecte un médicament à un patient afin de soulager la douleur, tout en étant conscient que cela peut hâter la mort.

L'état du droit et ses enseignements

Ces définitions et ces distinctions étant maintenant établies, il est important d'aborder l'état du droit — les lois et certaines décisions judiciaires — concernant ces pratiques. L'examen de ce qui se fait à l'étranger permet de mettre en perspective certaines composantes ou certains enjeux de ce débat et montre qu'il est loin d'être terminé.

Du côté européen, les Pays-Bas se présentent immédiatement à l'esprit comme la référence, parce qu'on y tolère l'euthanasie depuis relativement longtemps et qu'une loi permet maintenant à un médecin d'effectuer cet acte sous certaines conditions. La situation est semblable en Belgique, où l'euthanasie peut, depuis novembre 2000, être pratiquée selon des conditions précises prévues dans la loi : diagnostic confirmé, délai, demandes répétées du patient, etc. En Suisse, on observe une

Par Martin Hébert
Juge à la Cour du Québec
Membre du Tribunal
des professions



Martin Hébert :
« AVANT
D'ENTAMER

UNE RÉFLEXION ET
DE MENER UN DÉBAT
SUR L'AIDE AU SUICIDE
ET L'EUTHANASIE,
IL FAUT S'ENTENDRE SUR
DES DÉFINITIONS ET
FAIRE DES DISTINCTIONS
SUR LE PLAN JURIDIQUE. »

tolérance à l'aide au suicide plutôt qu'une ouverture à l'euthanasie, et l'aide au suicide n'est pas un acte qui entraîne des poursuites judiciaires. Du côté des États-Unis, l'Oregon a légiféré sur le suicide assisté pour les personnes atteintes d'une maladie en phase terminale.

Et au pays ?

Au Canada, l'aide au suicide est spécifiquement incluse dans le *Code criminel* (art. 241) et constitue un crime assorti d'une peine maximale d'emprisonnement de 14 ans. On constate toutefois un certain malaise chez les juges lorsque vient le temps d'appliquer avec rigidité ces règles.

Au cours des dernières années, il a souvent été noté que l'aide au suicide est encore un acte criminalisé, alors que le suicide — qui a été inclus dans le *Code criminel* il y a quelques décennies — ne l'est plus. En effet, le suicide a été décriminalisé, mais le caractère criminel de l'aide à un acte décriminalisé a été maintenu. Pourquoi a-t-on franchi une étape, en retirant le suicide du *Code criminel*, et y a-t-on laissé l'aide au suicide ? Cette question doit être discutée dans ce débat.

Le concept d'euthanasie, sur le plan juridique, n'est pas inclus dans une loi pénale, le *Code criminel* ou ailleurs. L'euthanasie est traitée comme un homicide, au même titre qu'un meurtre commis un soir dans un stationnement.

Les tribunaux ont été appelés à discuter de cet état de fait dans plusieurs décisions connues. Pour **Robert Latimer**, qui avait provoqué la mort de sa fille parce qu'il considérait qu'elle endurait des souffrances indescriptibles, on a cru, un moment, que le *Code criminel* ne s'appliquerait pas à son

cas grâce à l'« exemption constitutionnelle ». La Cour suprême a finalement rejeté cette possibilité, et M. Latimer a effectivement été traité comme l'auteur d'un homicide. Pour **Sue Rodriguez**, qui souhaitait obtenir l'aide nécessaire à son suicide, c'est par une majorité de cinq juges contre quatre que sa requête a été déclarée non acceptable. L'aide au suicide n'a pas été reconnue comme une pratique tolérée et tolérable dans notre société, et ce, à un juge près. Contrairement à Sue Rodriguez, **Nancy B.** demandait non pas d'obtenir l'aide nécessaire pour provoquer la mort au moment voulu, mais de cesser les moyens non naturels qui la maintenaient en vie. En d'autres termes, c'était une forme de refus de traitement : elle ne voulait plus être obligatoirement branchée à un appareil qui la maintenait artificiellement en vie. Elle voulait donc laisser venir la mort, et elle a eu gain de cause.

Quelles sont les options qui s'offrent sur le plan juridique ? Le débat doit-il mener à faire un choix ? Si oui, lequel ? S'il y a un choix à faire, il faut savoir d'abord si l'on veut autoriser ces pratiques-là, et lesquelles : est-ce qu'on parle d'euthanasie ? d'aide au suicide ? des deux ? Si l'on opte pour le *statu quo*, on décide consciemment de les criminaliser et de les traiter comme des actes criminels. Sinon, la décriminalisation peut être envisagée, soit retirer ce type de pratique du *Code criminel*. Ou encore, si l'on ne veut pas autoriser l'euthanasie ni l'officialiser, mais que l'on considère qu'il doit y avoir quelque chose entre cette pratique et un homicide pur et simple, on devra créer une infraction distincte. Ce sont, *grosso modo*, les choix qui s'offrent à la société et au législateur. ▸

Un débat multidimensionnel et interdisciplinaire

LE DÉBAT sur l'euthanasie et le suicide assisté est marqué par le fait qu'il se tient dans une société éminemment pluraliste, où il n'est pas nécessairement facile d'atteindre un consensus. Comment cette société pluraliste peut-elle utiliser le droit pour résoudre des problèmes tels que l'euthanasie et l'aide au suicide — qui provoquent un choc des croyances, des convictions, des valeurs —, en sachant que le rôle du droit, en société, est d'exprimer un consensus ?

Le débat est également marqué par le fait qu'il a lieu dans une société très avancée sur le plan technologique, qui met à la disposition de la médecine

des moyens qu'on ne pouvait même pas imaginer il y a à peine quelques décennies, ce qui est souvent une source d'inquiétude pour plusieurs. En effet, on ne craint pas tant de mourir que de mal mourir, branché, intubé, et quoi encore !

On doit faire ce débat en évitant d'opposer l'euthanasie comme expression de l'autonomie de la personne — « je veux mourir ; donc, je vais mourir » — et les soins palliatifs comme expression de la solidarité et de l'entraide. Le débat est plus compliqué, en ce qu'il ne se limite pas à proposer une alternative : pratiquer l'euthanasie ou assurer les soins palliatifs.

Des balises pour la réflexion

Dans ce contexte, le débat présente deux niveaux de réflexion : individuel et collectif. Sur le plan individuel, on peut tous comprendre qu'une personne malade souhaite mettre fin à ses souffrances — peut-être pas légalement — dans des situations très particulières et singulières. Sur le plan collectif, on pense légalisation, officialisation ou tolérance de ces pratiques-là. Ainsi, quelqu'un peut légitimement imaginer, souhaiter ou faire certaines choses dans une situation donnée, mais c'est une autre affaire que de se demander si, comme société, on a intérêt à légiférer dans ce domaine.

Une loi, le droit, ce n'est souvent pas la solution miracle, car il n'est pas facile de faire consensus, encore moins sur une telle question. Et s'il devait y avoir une loi, devrait-on définir les pratiques qui seront autorisées ou tolérées, ainsi que les conditions et les critères d'application de cette loi ? Collectivement, on doit faire certaines réflexions avant de conclure trop rapidement que la réponse doit venir de la loi car, même si c'était le cas, il resterait encore d'autres problèmes à résoudre.

Faire mourir, laisser mourir et mourir dans la dignité

Pour que ce débat soit fructueux, il est important d'établir une distinction fondamentale entre « faire mourir » quelqu'un et « laisser mourir » quelqu'un. Soulager la douleur, même si cela devait hâter la mort, cesser un traitement ou ne pas l'entreprendre parce qu'il n'est plus utile ou que la personne le refuse, ce n'est pas de l'euthanasie. Ne pas combattre ce qui est devenu inutile de combattre, ce n'est pas de l'euthanasie non plus. Et cela ne devrait pas poser un problème sur le plan légal, sinon il y aurait peut-être lieu de clarifier la loi sur ces points.

Lorsqu'on parle de cesser un traitement ou de ne pas l'entreprendre, on ne veut pas dire cesser toute activité médicale, abandonner le patient. On peut décider de ne pas traiter une maladie, sans pour autant interrompre les autres soins et services nécessaires au bien-être de la personne.

Laisser mourir un malade consiste parfois à laisser faire la nature. Fondamentalement, il s'agit pour le médecin de se poser la question : « Ai-je l'obligation d'agir ou ai-je peut-être l'obligation de ne pas agir ? » Parce qu'il y a parfois obligation de ne pas agir. Dans la pratique médicale et le domaine de la santé, le traitement et l'intervention sont considérés comme la règle. C'est ainsi que les médecins ont été formés, et les patients s'attendent à cela. Mais ce n'est pas pour autant un impératif. Certains traitements sont indiqués, d'autres pas.

Parfois aussi, laisser mourir, c'est laisser venir la mort et admettre que la mort n'est pas une ennemie de la médecine. On n'est pas obligés de se battre sans condition et sans réserve contre la mort. N'est-elle pas la forme suprême de la finitude humaine ?

Vouloir mourir dans la dignité, dans la sérénité, peut sembler une vision jovialiste de la mort. Que la mort soit digne, soit ; mais ce n'est sans doute pas toujours serein, et elle n'est pas l'accomplissement total ultime de la vie. C'est un passage malheureusement obligé, souvent douloureux, souvent souffrant, souvent prématuré. Il est difficile d'en avoir une vision jovialiste. Cependant, il est difficile de croire que tout vaut mieux que la mort. De fait, on craindrait davantage de mal mourir que de mourir ! Et si tant est qu'il y a une forme de dignité, elle se manifeste certainement dans l'absence d'acharnement, dans le soulagement de la douleur et des souffrances, dans tout ce qui prévient l'abandon et vise à créer un environnement relativement sain.

Quand on veut discuter d'euthanasie, d'aide au suicide, de ce que devrait faire la médecine et de ce que devrait faire le droit, on doit prendre en considération tous ces enjeux. On ne peut pas tout simplement se demander si on est favorable aux soins palliatifs ou si on est favorable à l'euthanasie, et si on devrait légiférer en vue d'autoriser ou d'interdire cette dernière. La dimension légale, la dimension éthique, la dimension médicale ne sont que des dimensions parmi d'autres. Le débat est multidimensionnel, interdisciplinaire.

Lorsqu'il est question de vie ou de mort, on doit inévitablement parler de traitements, de leur nature, de ce qu'ils sont. On doit parler de l'obligation d'agir ou de ne pas agir, puisqu'il faut reconnaître qu'on a parfois l'obligation de ne pas agir. Il faut reconnaître aussi que ce débat ne concerne pas uniquement des spécialistes, qu'il n'est pas de nature cérébrale ou scientifique seulement, mais qu'il doit être centré bien davantage sur le malade que sur la maladie. ▀

PARFOIS AUSSI, LAISSER MOURIR, C'EST LAISSER VENIR LA MORT ET ADMETTRE QU'ELLE N'EST PAS UNE ENNEMIE DE LA MÉDECINE. ON N'EST PAS OBLIGÉS DE SE BATTRE SANS CONDITION ET SANS RÉSERVE CONTRE LA MORT.

En ces questions de vie ou de mort, d'euthanasie, vous et nous — vous soignants, nous soignés —, rappelez-vous une chose : au-delà de toutes vos connaissances, c'est que nous ne sommes jamais du même côté de la seringue.

André Comte-Sponville, philosophe français

AIDER À
MOURIR

TABLE RONDE

Est-ce au médecin de décider ?

Un patient en fin de vie demande à son médecin de l'aider à mourir ; le médecin doit-il accéder à cette demande ? Ce questionnement était au cœur de la table ronde du colloque 2006 du Collège des médecins du Québec. Il a été examiné sous quatre éclairages : la voix des patients, la réponse politique, les perceptions de la population, la réflexion médicale.

Par Danielle Stanton
Journaliste indépendante

ATTEINTE de sclérose en plaques, Manon Brunelle était résolue à en finir, envers et contre tous. « Manon avait toute sa tête, mais son corps ne suivait plus », précise le journaliste Benoît Dutrizac, qui a accompagné cette femme en Suisse où elle a mis fin à ses jours par suicide assisté. « Sa vie se réduisait à rester couchée, à fumer du "pot", à regarder la télévision et à se plaindre. Elle voulait mourir. Elle en a pris les moyens. »

Nous voulons tous mourir dans notre sommeil, en paix, après avoir fait nos adieux aux nôtres. Manon le désirait aussi, poursuit le journaliste. « Elle aurait aimé mourir dans la dignité. Mais quelle dignité y a-t-il à mourir à des milliers de kilomètres de chez soi, en buvant un cocktail devant un médecin qu'on ne connaît pas ? Pour en arriver là, il faut être désespéré. »

Washington, Californie, Hawaï « et même le Vermont, notre voisin ! », plusieurs États américains débattent actuellement de la question de l'euthanasie, rappelle Benoît Dutrizac. « Des publicités payées par des médecins qui s'y opposent ont été diffusées à la télévision. On y montrait une vieille dame, pendant qu'une voix hors-champ demandait : "Va-t-on se débarrasser de vous pour des raisons économiques ou par compassion ?" C'est pour des questions du genre qu'il est urgent que vous, médecins, fassiez connaître votre position dans ce débat. »

Fidèle à sa réputation, Benoît Dutrizac attaque : « Vous craignez de vous prononcer. Aucun d'entre vous n'ose faire un pas en avant, de peur de se compromettre. Mais si je ne me trompe, vous voulez être le pilier central du système de santé ? Alors, agissez en conséquence. Vous êtes un lobby fort. La population a besoin et a le droit de savoir à quelle enseigne vous logez sur ce sujet crucial. Si un groupe comme le vôtre ne prend pas la parole et ne participe pas au débat sur l'euthanasie et le suicide assisté, qui le fera ? »

Avec le vieillissement des *baby-boomers*, les médecins n'auront d'ailleurs plus le choix d'afficher leurs couleurs, estime le journaliste. « Toute notre vie, nous avons tenu mordicus à tout décider pour nous-mêmes. Nous sommes une génération de *control freaks*. Le moment venu, nous voudrions aussi décider quand et comment nous quitterons ce monde. »

Une nouvelle loi pour mourir dignement ?

Quand Francine Lalonde, députée du Bloc québécois, a déposé le projet de loi privé « Le droit de mourir dignement », elle pensait, elle aussi, qu'il était plus que temps de débattre ouvertement des questions de fin de vie. Son objectif : faire modifier le *Code criminel*, d'abord afin de permettre aux personnes atteintes d'une maladie en phase terminale, libres et saines d'esprit, de demander de l'aide pour mourir et ensuite pour préciser qui pourrait accéder à cette demande, notamment les médecins.

« Le conseil et l'aide au suicide sont criminalisés à l'heure actuelle. Cela empêche le vrai débat d'avoir lieu, déplore M^{me} Lalonde. Cette situation a fait de l'euthanasie un sujet tabou même dans les hôpitaux. Mon projet de loi lance un signal : puisque ces questions sont discutées à la Chambre des communes, il est permis d'en débattre partout sans être ostracisé. »

De gauche à droite : Benoît Dutrizac, Isabelle Marcoux, Francine Lalonde, le Dr Hubert Marcoux et le modérateur, Jean-François Lépine.



Benoît Dutrizac :
« SI UN GROUPE
COMME LE

VÔTRE NE PREND PAS
LA PAROLE ET NE PARTICIPE
PAS AU DÉBAT SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE
ASSISTÉ, QUI LE FERA ? »



Soins palliatifs ainsi qu'euthanasie et suicide assisté ne s'opposent pas, soutient la députée. « Bien que de nombreuses personnes aient accès à des soins palliatifs de qualité, certaines trouvent leurs souffrances insupportables. Aux Pays-Bas, où ces pratiques sont réglementées depuis 1990 et où une loi est en vigueur depuis 2001, on considère d'ailleurs que l'interruption de la vie par euthanasie peut constituer la digne conclusion de soins palliatifs de qualité. »

Reste que, même en cas de légalisation de l'euthanasie, le médecin est appelé à jouer un rôle clé, selon la députée : à lui d'évaluer si les personnes qui formulent une demande répondent ou non

aux critères d'acceptation établis. Ce diagnostic reviendrait le plus souvent au médecin de famille. « Or le Québec manque d'effectifs... »

Que deux personnes sur trois qui demandent l'euthanasie aux Pays-Bas n'aillent pas jusqu'au bout du processus milite en vue de décriminaliser cet acte, affirme M^{me} Lalonde. « Les gens ont parfois simplement besoin de savoir qu'ils auront de l'aide pour en finir le jour où la souffrance sera trop grande pour eux. C'est ce que j'appelle offrir la possibilité de mourir dignement. »

« Le médecin peut conseiller, informer et aider son patient. Mais c'est au patient, non au médecin, de prendre la décision finale. »



Francine Lalonde :
« LE MÉDECIN PEUT CONSEILLER, INFORMER ET AIDER, MAIS C'EST AU PATIENT DE PRENDRE LA DÉCISION FINALE. »

EUTHANASIE ET SUICIDE ASSISTÉ : LA RECHERCHE SUR LES PERCEPTIONS DE LA POPULATION

Quels arguments invoque-t-on habituellement pour justifier le bien-fondé de modifier les lois actuelles en vue de permettre aux malades qui le souhaitent de recevoir de l'aide pour mourir ? Et quels arguments justifient le *statu quo* ? Isabelle Marcoux est chercheuse au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie de l'Université du Québec à Montréal. Elle a consacré les dernières années à étudier les perceptions qu'a la population des pratiques de fin de vie. Les arguments qu'elle présente et commente montrent qu'en ce domaine ce n'est pas tout noir ni tout blanc.

Arguments favorables à la modification des lois

Selon le principe de l'autodétermination, chaque personne est la mieux placée pour savoir ce qui est bon pour elle. Pourtant, lorsqu'il est question d'euthanasie et de suicide assisté, la liberté de choix peut être entravée par l'ambivalence que peut susciter le désir de mort prématurée et la présence d'une autre personne.

Légaliser l'euthanasie et le suicide assisté permettrait de sortir ces pratiques de la clandestinité. Plusieurs études prouvent que ces pratiques ont cours même dans les pays où la loi les interdit, notamment le Canada. « L'euthanasie pratiquée sans que la demande vienne du patient lui-même — donc à l'encontre des critères préétablis généralement en vigueur — est plus fréquente dans les pays où cette pratique est légale, note non sans inquiétude la chercheuse. Parfois, c'est la famille qui exprime cette demande. »

La population est favorable à l'euthanasie et au suicide assisté. L'appui des Canadiens envers ces pratiques est passé de 49 % en 1986 à 79 % en 2002, selon la maison de sondage Gallup. Mais attention ! « Tous ces termes ne sont pas toujours bien compris, prévient la chercheuse. Plusieurs confondent, par exemple, arrêt ou refus de traitement avec euthanasie. Cette confusion peut influencer sur les réponses données à ce type de question. »

Enfin, l'argument suprême : chacun a le droit de mourir dans la dignité. Mais quand pouvons-nous commencer à parler de perte de dignité : quand la souffrance devient insupportable ? quand la perte d'autonomie est trop grande ? quand on se sent un fardeau pour son entourage ? « La notion est subjective et, par conséquent, très délicate à utiliser. »

Arguments favorables au statu quo

Il faut être très prudent parce qu'il y a risque de s'engager sur une pente glissante. La légalisation des pratiques de fin de vie pourrait entraîner des abus envers les personnes vulnérables. Ainsi, « les Pays-Bas en sont venus à inclure progressivement dans leur loi des balises pour tenir compte de situations qui avaient été exclues à l'origine : la souffrance morale, les mineurs (12-18 ans), les cas de maladie d'Alzheimer... »

Si l'accès à des soins palliatifs de qualité était généralisé, les demandes d'euthanasie seraient moins nombreuses. « Aucune donnée ne corrobore cet argument », indique Isabelle Marcoux.

Les raisons ou facteurs qui motivent le désir de mourir sont complexes. La douleur, l'anxiété liée à la mort, la peur de dépendre des autres font partie de ces raisons. « La dépression aussi. Nous la croyons normale, quasi automatique, chez une personne atteinte d'une maladie en phase terminale, mais certaines études montrent le contraire. Par conséquent, avant d'accéder à une demande d'euthanasie, il faut prendre le temps d'investiguer ce qu'elle cache. »

À la suite de ses recherches, Isabelle Marcoux est en mesure d'affirmer que la revendication d'un droit à mourir dans la dignité affronterait la peur de l'acharnement thérapeutique. Le débat actuel montre que notre rapport à la mort, à la maladie et à la souffrance s'est modifié. Enfin, comment obtenir un équilibre entre le bien-être individuel et le bien-être collectif ?

La situation actuelle est le symptôme d'un malaise, qui commande des actions. Les solutions restent à définir.



Isabelle Marcoux :
« LE DÉBAT ACTUEL MONTRE QUE NOTRE RAPPORT À LA MORT, À LA MALADIE ET À LA SOUFFRANCE S'EST MODIFIÉ. »

Désir de mourir ou insuffisance de soins ?

Le Dr Hubert Marcoux accompagne depuis plus de 20 ans des patients sur le point de mourir. Il a convié ses confrères et consœurs à une réflexion sociale sur l'euthanasie. « La légalisation de l'euthanasie n'est probablement plus qu'une question de temps. Sauf que nous nous y dirigeons comme des aveugles, qui ne voient pas que l'euthanasie est le produit d'une société aux valeurs très critiquables. »

Retour dans l'histoire. Depuis Descartes, la dichotomie entre le corps et l'esprit n'a fait que s'amplifier. Le corps est devenu l'esclave de l'esprit. De l'esprit médical surtout, qui en a fait un objet. Et cette dichotomie a fait naître, du coup, l'obsession de la beauté et l'illusion de la jeunesse éternelle. « La "médecine du désir" a créé la condition essentielle de l'euthanasie, affirme le Dr Marcoux. Faut-il demander l'euthanasie lorsque le corps ne peut plus répondre à ce que la société valorise ? Mais ce corps insoumis nous oblige à admettre les limites de la médecine devant notre condition humaine.

« La population se dit favorable à l'euthanasie, soit. Mais qu'y a-t-il derrière une telle opinion, s'interroge encore le médecin : un appel à l'aide ? l'expression d'une personne libre ? la résultante d'une souffrance ? ou l'anticipation d'une peur qui s'estompe lorsque la personne malade s'approche de la mort ? Il faut évaluer : le désir de mourir est parfois la conséquence d'une insuffisance de soins, ou d'un problème d'un tout autre ordre... »

Autrefois, nous avons peur de l'Enfer. Nous avons maintenant peur de l'acharnement thérapeutique, qui est qualifié d'enfer avant la mort. « Le désir d'être aidé pour mourir ne serait-il pas surtout celui de pouvoir cesser des traitements qui prolongent la vie sans en améliorer la qualité ? »

La pratique médicale est soumise à une tension, constate le Dr Marcoux. D'une part, le médecin doit respecter le droit des personnes à faire leur propre choix ; d'autre part, il doit protéger la vie. « Même dans les pays où l'euthanasie est légalisée, la protection de la vie oblige le médecin à s'assurer que la personne qui la demande ne vit pas une souffrance pouvant être atténuée par une intervention médicale ou psychosociale. » Le désir de mort n'a habituellement rien de sain sur le plan psychologique, estime le médecin. « Il relève souvent d'une souffrance existentielle qui peut être atténuée par un acte de solidarité. Et cet acte n'est pas l'euthanasie. »

Le critère d'efficacité en médecine n'est pas d'éliminer la souffrance mais de l'atténuer. « En ce sens, évitons de créer la souffrance par une médecine technoscientifique tellement déshumanisante que la mort semble souhaitable. Évitons

aussi d'abandonner le malade à son sort lorsque notre action curative a atteint ses limites ; cette personne a besoin de notre présence compatissante et de notre sollicitude. Mais pour cela, nous devons accepter de vivre avec la souffrance qui accompagne le cheminement vers la mort. »

L'euthanasie est un symptôme qui nous renvoie à un questionnement fondamental, affirme le Dr Marcoux : « Comment la médecine supporte-t-elle la souffrance humaine ? Voilà ce à quoi il faut répondre. » Ce débat sur l'euthanasie, la profession médicale ne peut s'y soustraire, convient le médecin. « Mais saurons-nous y participer, malgré les risques que comporte une remise en question profonde de notre action professionnelle au sein de la société ? Je ne sais pas. »

La question ne laisse pas indifférents les médecins

Les médecins dans la salle ont réagi de façon partagée... mais en penchant en faveur de la vie jusqu'à la fin. « Se prend-on pour Dieu ici ? », s'est indignée la première participante à prendre la parole. « Lorsque l'on prend le temps de faire baisser leur angoisse et de les rassurer, les patients ne demandent généralement pas à mourir, a renchéri une rhumatologue. La plupart des gens s'adaptent et veulent vivre jusqu'au bout. Ma pratique de coroner me permet d'attester que les familles de personnes qui s'étaient suicidées parce qu'elles se sentaient un fardeau étaient d'un tout autre avis. »

« Nous sommes pour la plupart en santé et en pleine possession de nos moyens », a dit le dernier médecin à s'exprimer sur le sujet. Au bout de 19 ans de pratique en soins palliatifs, j'ai acquis une certitude : même avec la meilleure volonté du monde, nous sommes incapables de comprendre les malades en fin de vie. Tout comme nous sommes incapables d'entendre la question "Docteur, pouvez-vous m'aider à sortir de la vie ?", parce que cela va à l'encontre de notre formation de médecin.

« Le sens de la vie ? Il faut porter des verres fumés opaques pour ne pas voir que certaines situations de vie n'ont plus de sens, a-t-il enchaîné. Nous parlons d'acharnement thérapeutique. En voulant convaincre certains patients que leur existence valait encore la peine d'être vécue, moi, j'ai parfois eu l'impression de pratiquer de l'acharnement moral. Parfois, je dis bien parfois, la vie n'est pas une valeur absolue. »

Les personnes qui souhaitent obtenir un complément d'information sont invitées à consulter le site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca), section Le Collège, Publications, Bulletin.



Dr Hubert Marcoux :
« COMMENT LA MÉDECINE SUPPORTE-T-ELLE LA SOUFFRANCE HUMAINE ? VOILÀ CE À QUOI IL FAUT RÉPONDRE. »

LE D^r MIMI ISRAËL, LAURÉATE DU GRAND PRIX 2006

L'intelligence de la raison, l'intelligence du cœur

Il y a 40 ans, Simcha et sa famille quittaient le Maroc pour venir s'établir au Canada. Nouveau pays, nouvelle vie. Ce n'était pas facile. Mais Simcha était déterminée : elle ferait son chemin. Parole tenue. La petite immigrante d'alors est aujourd'hui psychiatre de renom, connue sous son diminutif, Mimi. Mimi Israël.

« **M**A VRAIE RÉUSSITE est d'être restée motivée, engagée et passionnée malgré les obstacles et les moments de découragement », dit avec un accent chantant Mimi Israël, professeure agrégée en psychiatrie à l'Université McGill, chef de département de psychiatrie de l'Hôpital Douglas et présidente de l'Association des chefs de département de psychiatrie de Montréal. Sa grande simplicité et son rire de jeune fille cachent une intelligence redoutable : celle qui vient à la fois de la tête et du cœur. L'humanité de ce médecin impressionne autant que sa vivacité d'esprit.

Tous s'entendent, le D^r Israël est une femme exceptionnelle doublée d'un médecin exceptionnel : « Un bon médecin doit être à la fois un clinicien, un scientifique, un apprenant, un communicateur, une personne d'équipe, un bon gestionnaire, un chercheur, un enseignant et un leader dans sa communauté », résume le D^r Jean-Bernard Trudeau, directeur des services professionnels et hospitaliers à l'Hôpital Douglas. « Personne ne peut combiner toutes ces aptitudes. Personne, sauf Mimi Israël. »

On comprend pourquoi le Collège des médecins du Québec lui a décerné son Grand Prix 2006. Le D^r Mimi Israël devient ainsi la première psychiatre à recevoir cette récompense. « Au début de mes études de médecine, je n'envisageais aucunement de devenir psychiatre. Je partageais les préjugés de l'époque selon lesquels la psychiatrie est une spécialité moins "scientifique" que les autres. Disons que j'ai changé d'avis depuis ! »

Un pont entre deux mondes

Mimi Israël a su tôt qu'elle voulait devenir médecin. La jeune étudiante décide de se spécialiser en neurologie. « J'étais fascinée par le cerveau. » Mais au cours de ses stages à l'Université McGill, elle découvre la psychiatrie. « Contrairement à ce que je croyais, je n'avais pas à choisir entre une pratique fondée sur des données probantes et la psychiatrie : les deux ne faisaient qu'un. De plus, et surtout, j'étais à l'aise dans cet univers. Je pouvais

prendre le temps d'écouter attentivement chaque personne et j'avais l'impression d'aider réellement les patients. »

Nouvellement diplômée, la jeune psychiatre accepte un poste en intervention de crise à l'Institut Allan Memorial de l'Hôpital Royal Victoria. C'est le coup de foudre. « Rien n'est plus gratifiant que de donner les moyens de s'en sortir à des personnes désespérées. » La passion durera près de 15 ans, au cours desquels elle mettra sur pied un service de pointe qui contribuera à former plusieurs psychiatres à l'intervention de crise. « C'est l'une des réalisations dont je suis le plus fier. »

À bon droit. En 2001, on lui propose de devenir chef du département de psychiatrie de l'Hôpital Douglas. « J'adore la relation avec les patients. Mais à un certain stade de la vie professionnelle, les talents des médecins doivent avoir une incidence sur le plus grand nombre de personnes possible. C'est une question de conscience sociale. » Le D^r Israël accepte le poste. « J'étais bien naïve, lance-t-elle avec la franchise qui la caractérise. Je n'avais pas mesuré l'ampleur de la tâche ! » Tensions, guerres de clans... il y avait souvent de l'orage dans l'air à l'Hôpital Douglas. Le nouveau chef de département parviendra peu à peu à susciter des changements d'attitudes et à modifier des modes de pratique dans l'équipe de psychiatres.

Si l'on insiste, elle consent à élaborer sur ce qui lui a permis d'obtenir des résultats positifs à l'Hôpital Douglas. « Mon ouverture d'esprit, je pense. Pour régler une situation délicate, j'essaie de tenir compte de tous les points de vue de mon interlocuteur et je m'imagine être dans sa peau. J'appelle cela "faire du 360 degrés". Je dois cette aptitude à mon père : il m'a appris très jeune à respecter les autres et leurs différences. C'est exigeant, mais cela fait gagner bien du temps et évite des affrontements inutiles. » L'intéressée a aussi tout

Par Danielle Stanton
Journaliste indépendante

l'humour pour relever le défi. « Savez-vous ce qui m'a le plus servi jusqu'à maintenant au Douglas? Mon expérience en intervention de crise! »

La vitesse à laquelle son esprit traite l'information et la traduit ensuite en actions suscite l'admiration de plusieurs. Dont le Dr Suzanne Lamarre, du Centre hospitalier de St. Mary, qui siège avec elle à l'Association des chefs de département de psychiatrie de Montréal. « Comme présidente, Mimi apporte énormément au groupe : ses origines et son éducation la placent exactement à la jonction des cultures anglophone et francophone. Comme elle saisit parfaitement les nuances de chacune, elle propose des solutions qui font généralement le bonheur de tout le monde. »

Un engagement auprès des femmes

En raison de ce tournant dans sa carrière, le Dr Israël a dû délaissier à regret le champ de pratique très accaparant qu'est l'intervention de crise. Actuellement, elle exerce la psychiatrie dans le domaine des troubles alimentaires. « C'est un secteur méconnu et où il y a tellement à faire. Les troubles de l'alimentation engendrent des situations dramatiques qui peuvent laisser des séquelles pour la vie. Je vois beaucoup de souffrance, surtout chez des jeunes femmes, qui en sont les principales victimes. » Silence. « En médecine, comme dans bien des professions, ce qui affecte majoritairement les femmes tend à être relégué au second plan. »

On touche ici un point sensible. Quelque chose qui pourrait s'appeler du féminisme et dont Mimi Israël témoigne dans chaque aspect de son travail. « J'ai connu l'époque où le monde médical était dominé par les hommes et où l'on craignait qu'une relève féminine ne fasse régresser le statut de la profession. Si je peux servir de modèle aux futures psychiatres, tant mieux. Vous savez, les femmes n'ont ni les mêmes réactions, ni la même approche de la maladie, ni les mêmes stratégies de survie que les hommes. Et qu'elles soient médecins ou patientes, elles n'ont aucunement à sacrifier leur façon d'être intrinsèque pour se mouler sur eux. »

Des opinions. Une vision. Des buts.

Après plus de 20 ans de pratique en psychiatrie, le Dr Mimi Israël a des opinions, une vision, des buts. « Tout d'abord, je veux contribuer à faire tomber les tabous liés à la maladie mentale dans notre société. Croyez-moi, ce n'est pas rien. Je veux aussi collaborer à la mise en place d'une organisation qui améliorera l'accessibilité des services et la qualité des soins. Actuellement, l'offre est très inégale. Sans compter que la pratique dans les milieux est

mal balisée. Beaucoup l'investissent sans formation. Ces prétendus thérapeutes représentent un danger pour la population. »

Enfin, la présidente de l'Association des chefs de département de psychiatrie de Montréal aimerait clarifier le rôle du psychiatre au sein d'une équipe multidisciplinaire. « Une des qualités des psychiatres, c'est de savoir travailler en interdisciplinarité. Tous les médecins dans tous les secteurs pourraient certainement en tirer profit. Plusieurs travaillent encore trop en silo, se contentant de déléguer des tâches qu'ils jugent moins importantes ou moins valorisantes. On est loin du compte! Cette situation doit changer. »

Les psychiatres sont des « guérisseurs »

Gestionnaire, chercheuse, professeure : certains se demandent comment la psychiatre arrive à accomplir tant de choses. « Une journée à la fois, c'est ma devise. Je suis très organisée. Cela dit, je l'avoue, j'ai une fâcheuse tendance à la compulsion. Pour me calmer et me relaxer, je fais... du cardiovélo (*spinning*)! Hum, peut-être devrais-je consulter un psychiatre! »

Ses fonctions, le Dr Israël les aime toutes, pour des raisons différentes. Le travail clinique, la consultation individuelle, lui est particulièrement cher. « Le psychiatre ne doit pas se contenter de traiter la maladie : il doit accompagner le patient. La personne qui consulte souffre dans la globalité de son être. Quand le psychiatre interagit vraiment avec le patient, il a le pouvoir, le privilège de soulager cette souffrance. Les psychiatres sont plus que des médecins ; ce sont des "guérisseurs". Un trop grand nombre d'entre eux l'oublient. »

Le Dr Israël en est consciente : son histoire personnelle colore son approche de la psychiatrie. « Je comprends parfaitement ce que signifie se sentir marginalisé, incompris, étranger dans un groupe. Cette douleur, je la décèle rapidement chez une personne, parce que je l'ai vécue. Et je sais un peu quel chemin prendre pour en sortir... »

Le Dr Israël a reçu, en 1998, le Prix du psychiatre modèle de la National Alliance for the Mentally Ill. Et elle se dit comblée par les quatre prix d'enseignement des résidents de l'Université McGill. Que son travail soit reconnu cette année par le Collège des médecins, ses pairs, la ravit. Mais son trophée le plus précieux est une boîte remplie de cartes de patients qui, au fil des ans, lui ont écrit pour la remercier de leur avoir tendu la main. « C'est entre eux et moi. Mais ça n'a pas de prix. Vous savez, tout ce que je fais ne vise qu'un seul but : aider le plus de personnes possible à se porter mieux. Après tout, je suis médecin. » ▶

« JE COMPRENDS
PARFAITEMENT
CE QUE SIGNIFIE SE
SENTIR MARGINALISÉ,
INCOMPRIS, ÉTRANGER
DANS UN GROUPE.
CETTE DOULEUR,
JE LA DÉCÈLE
RAPIDEMENT CHEZ
UNE PERSONNE, PARCE
QUE JE L'AI VÉCUE. »

Les réserves personnelles d'antiviraux contre l'influenza : ni nécessaires, ni souhaitables

Comme plusieurs pays dans le monde, le Québec se prépare à une éventuelle pandémie d'influenza. La couverture médiatique dont fait l'objet l'influenza à l'heure actuelle est susceptible de susciter de l'inquiétude chez la population et d'inciter certains à vouloir faire des réserves personnelles d'antiviraux à des fins préventives ou curatives. Dans un tel contexte, le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens veulent préciser la conduite professionnelle que leurs membres doivent adopter s'ils reçoivent de telles demandes.

Par le Dr Yves Robert
Secrétaire
Collège des médecins
du Québec

et Manon Lambert
Pharmacienne
Secrétaire générale
Ordre des pharmaciens
du Québec

SELON le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec, la constitution de réserves personnelles d'antiviraux contre l'influenza, tels l'oseltamivir (Tamiflu^{MC}) ou le zanamivir (Relenza^{MC}), en cas de pandémie d'influenza n'est actuellement ni nécessaire ni souhaitable, et ce, pour diverses raisons.

En cas de pandémie d'influenza, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec établira et régira les sites d'approvisionnement et de distribution des antiviraux contre l'influenza, en fonction de priorités qui tiennent compte des réserves nationales constituées à cette fin. Les médecins et les pharmaciens auront quant à eux la responsabilité première d'informer leur clientèle de l'utilisation appropriée des antiviraux contre l'influenza et des raisons pour lesquelles il ne faut pas constituer de réserves personnelles (voir l'encadré).

Les médecins ne devraient donc pas prescrire d'antiviraux contre l'influenza aux fins de réserves personnelles en cas de pandémie ni considérer la demande d'un patient comme une justification d'ordonnance. Pour leur part, les pharmaciens ne devraient pas maintenir un inventaire plus important qu'en temps ordinaire en vue de répondre à des demandes de réserves personnelles en cas de pandémie.

Par ailleurs, même si l'immunisation annuelle contre l'influenza constitue toujours la meilleure prévention contre l'épidémie saisonnière qui sévit entre décembre et avril, il est également reconnu depuis plusieurs années que l'usage d'antiviraux en traitement pendant cette période peut contribuer à réduire considérablement la morbidité et la mortalité qui sont associées à l'influenza.

(suite à la page 16)

RAISONS POUR LESQUELLES IL N'EST PAS SOUHAITABLE DE CONSTITUER DES RÉSERVES PERSONNELLES D'ANTIVIRAUX CONTRE UNE PANDÉMIE D'INFLUENZA

- La constitution généralisée de réserves personnelles d'antiviraux contre l'influenza augmente significativement la probabilité d'un usage inapproprié. Les antiviraux agissant contre la neuraminidase du virus influenza, tels l'oseltamivir et le zanamivir, ont une action spécifique contre ce virus, mais n'en ont aucune sur les autres infections virales respiratoires. Leur utilisation n'est donc appropriée que lorsque le diagnostic est fiable.
- L'usage généralisé d'antiviraux, tout comme l'usage généralisé d'antibiotiques le ferait avec les bactéries, incite le virus à s'adapter et à développer des résistances. D'ailleurs, ces résistances ont déjà été observées dans le cas de l'influenzavirus et des antineuraminidases.
- Les antiviraux peuvent causer des effets secondaires (nausées et vomissements, bronchospasme), et les risques liés à leur utilisation prolongée sont peu connus.
- Aucun moyen ne permet à l'heure actuelle de prévoir le moment où pourrait survenir une pandémie d'influenza. Étant donné la date de péremption des antiviraux, il pourrait être requis de renouveler périodiquement une éventuelle réserve, afin de ne pas risquer d'utiliser des antiviraux inefficaces.
- La capacité de production d'antiviraux contre l'influenza étant limitée, l'utilisation de ces produits doit être fondée sur des indications cliniques reconnues et leur distribution, effectuée équitablement.

À l'automne 2006, le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens publieront un document d'information traitant des antiviraux contre l'influenza.

Afin que médecins et pharmaciens utilisent ces agents selon des normes scientifiques, les deux ordres invitent leurs membres à se référer aux organismes qui mettent à jour régulièrement de l'information à ce sujet.

OU ALLER CHERCHER L'INFORMATION ?

VACCINATION

www.msss.gouv.ca/sujets/santepub/preventioncontrole/immunisation/index.html

Le *Protocole d'immunisation du Québec* fournit les renseignements relatifs à l'immunisation contre l'influenza au Québec.

VACCINATION ET ANTIVIRAUX EN PRÉVENTION

www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index_f.html

L'Agence de santé publique du Canada présente dans son site Web les recommandations que le Comité consultatif national sur l'immunisation émet, en juillet de chaque année, relativement à l'utilisation du vaccin et à la prophylaxie antivirale contre l'influenza.

ANTIVIRAUX EN TRAITEMENT

www.cdc.gov/flu/professionals/treatment

Les *Centers for Diseases Control (CDC)* américains ont émis des lignes directrices sur un usage conforme aux normes scientifiques de ces produits pendant les épidémies saisonnières d'influenza.

SURVEILLANCE DE L'INFLUENZA

www.msss.gouv.qc.ca/influenza

Le ministère de la Santé et des Services sociaux publie chaque semaine l'indice d'activité grippale par région sociosanitaire.

POUR EN SAVOIR D'AVANTAGE

Les professionnels qui souhaitent en savoir davantage peuvent communiquer avec les personnes suivantes :

Nathalie Savoie

Directrice des Affaires publiques
et des communications
Collège des médecins du Québec
TÉLÉPHONE : 514 933-4441, poste 5278.

Josée Morin

Pharmacienne
Ordre des pharmaciens du Québec
TÉLÉPHONE : 514 284-9588. ▶

VIENT DE PARAÎTRE



Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité Traitement pharmacologique (mise à jour)

Lignes directrices

Au cours des dernières années, la mise en marché de nouveaux médicaments a élargi l'arsenal thérapeutique lié au traitement du TDAH. Elle a par conséquent généré de nombreuses publications, ce qui a enrichi les connaissances scientifiques

sur le traitement et le suivi des patients présentant un TDAH. Il était donc devenu nécessaire de mettre à jour le volet pharmacologique des lignes directrices que le Collège des médecins du Québec avait publiées en 2001, de pair avec l'Ordre des psychologues du Québec, afin de fournir un cadre de référence relatif à l'approche du TDAH chez l'enfant et l'adolescent.

À PARAÎTRE CET AUTOMNE

La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC

Guide d'exercice

Des changements majeurs apportés à certains règlements ont amené le Collège des médecins du Québec à mettre à jour le *Guide concernant la rédaction et la tenue du dossier par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC* publié en 1996. Cette nouvelle édition a pour but de faciliter la compréhension et l'application des divers règlements relatifs à la rédaction et à la tenue du dossier médical, selon différents types de consultation. Conçu pour aider le médecin à améliorer au quotidien la rédaction et la tenue de ses dossiers médicaux, le guide fournit au médecin des outils pratiques qu'il pourra utiliser au quotidien, qu'il exerce en cabinet de consultation, en entreprises ou en CLSC.

LE CENTRE DE DOCUMENTATION

Au service des membres DU COLLÈGE

- Souhaitez-vous savoir si le Collège a pris position sur un sujet qui vous concerne ?
- Cherchez-vous des lignes directrices publiées par le Collège ?
- Savez-vous que le centre de documentation tient à jour un index du bulletin *Le Collège* qui peut vous aider à retrouver un article intéressant ?

Les techniciennes en documentation du Collège des médecins du Québec sont là pour vous aider. N'hésitez pas à communiquer avec elles pour obtenir les réponses à vos questions !

TÉLÉPHONE (514) 933-4441, postes 5253 et 5254
SANS FRAIS 1 888 633-3246, postes 5253 et 5254
COURRIEL cdoc@cmq.org

RAPPEL

Spéculum vaginal
métallique

Quel niveau d'asepsie ?

Source : Direction de l'amélioration de l'exercice

UN SPÉCULUM VAGINAL MÉTALLIQUE doit-il être stérilisé après utilisation, ou une désinfection de haut niveau est-elle suffisante ? Une visite en cabinet de consultation a amené le comité d'inspection professionnelle (CIP) à réviser la documentation médicale et à consulter un médecin expert sur le sujet.

Le spéculum vaginal métallique doit être stérilisé après le nettoyage, particulièrement lorsqu'il doit être utilisé pour des examens gynécologiques avec manipulations intra-utérines. Le CIP rappelle aux médecins que, pour être efficace, toute mesure d'asepsie doit respecter les normes reconnues, telles qu'elles sont décrites dans le guide d'exercice *La chirurgie en milieu extrahospitalier*, publié par le Collège des médecins du Québec en mai 2005¹.

1. Le guide d'exercice *La chirurgie en milieu extrahospitalier* est accessible dans le site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca), dans la section Le Collège/ Répertoire des publications/guides d'exercice.

Usage des
renseignements
sur les médecins
fournis à la RAMQ

DE FAÇON RÉGULIÈRE, le Collège des médecins du Québec transmet à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) des renseignements relatifs au droit de pratique des médecins inscrits au tableau de l'ordre. Dorénavant, ces renseignements, utilisés jusqu'à maintenant par la RAMQ pour identifier et rémunérer les médecins qui fournissent des services médicaux couverts au Québec, serviront également à la vérification de l'admissibilité des médecins au régime public d'assurance médicaments.

Les membres du Collège sont priés de prendre note que les règles en vigueur concernant la protection des renseignements personnels continueront d'être appliquées. ▀

RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE

L'accès à la profession
De nouvelles règles s'appliquent.

ENTRÉ EN VIGUEUR le 25 mai 2006, le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec*¹ vise les personnes qui souhaitent obtenir un permis d'exercice de la médecine au Québec, qu'elles soient du Québec, du Canada et des États-Unis, ou de l'extérieur du Canada et des États-Unis.

- Les **étudiants et les résidents inscrits dans une Faculté de médecine québécoise** trouveront dans ce règlement toute l'information relative non seulement au contenu des programmes de formation postdoctorale en médecine de famille et à chacune des 35 spécialités reconnues au Québec, mais aussi aux règles liées aux examens préalables à l'obtention d'un permis.
- Les **médecins diplômés du reste du Canada et des États-Unis** constateront que les nouvelles règles ont été assouplies et qu'elles simplifient les étapes menant à l'obtention d'une équivalence du diplôme, de la formation postdoctorale et, pour les médecins formés au Canada, des examens.
- Les **médecins diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis** verront facilitées l'évaluation et la reconnaissance des compétences qu'ils ont acquises dans leur pays d'origine, le règlement établissant un mécanisme mieux défini de reconnaissance du diplôme en médecine et de la formation postdoctorale.

Le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec* s'inscrit dans la foulée des démarches et des mécanismes que l'ensemble des partenaires du milieu médical a mis en œuvre pour faciliter l'évaluation des compétences acquises par les diplômés de l'extérieur du Québec, tout en assurant à la population québécoise qu'elle continuera d'avoir accès à des services médicaux de qualité.

Renseignements : www.collegedesmedecins.qc.ca

1. Ce règlement remplace les règlements suivants :
- le *Règlement sur les conditions et modalités additionnelles de délivrance des permis du Collège des médecins du Québec et fixant des normes d'équivalence de certaines de ces conditions et modalités* ;
 - le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes aux fins de la délivrance d'un permis ou d'un certificat de spécialiste par le Collège des médecins du Québec* ;
 - et le *Règlement sur les spécialités au sein de la profession médicale, sur les conditions et modalités additionnelles de délivrance des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec*.

ERRATA RAPPORT DU COMITÉ DE TRANSPLANTATION — ANNÉE 2002

Le taux de consentement des familles québécoises aux dons d'organes est de 76 %, et non pas de 80 % tel qu'il est écrit dans le rapport du comité de transplantation *Les donneurs potentiels d'organes dans les hôpitaux du Québec — année 2002* (p. 2, 12, 13 et 23), publié par le Collège des médecins du Québec, en février 2006.

En outre, le nombre des donneurs potentiels se trouvant dans sept des 86 hôpitaux étudiés dans ce rapport est de 5 à 9, et non pas de 5 à 6 (graphique 6, p. 15).

Par Valérie Phaneuf, B. Pharm.

Révision scientifique : Cynthia Vachon, B. Pharm., M. Sc.

Centre d'information pharmaceutique

de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

TROUBLES GLYCÉMIQUES ET GATIFLOXACINE (TEQUIN^{MC}) Le mot de la fin

Depuis la commercialisation du Tequin^{MC} (gatifloxacine), de graves cas d'hypoglycémie et d'hyperglycémie liés à l'administration de ce médicament ont été signalés. De rares épisodes ont même mis en danger la vie des patients, entraînant le décès de quelques-uns d'entre eux. La plupart de ces patients présentaient d'autres problèmes médicaux ou prenaient d'autres médicaments qui auraient pu contribuer aux variations de la glycémie¹. À l'exception d'un très petit nombre de patients qui sont décédés, les épisodes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie ont été réversibles à la suite d'un traitement approprié, **incluant l'arrêt du Tequin^{MC}**.

Les patients diabétiques sont particulièrement susceptibles aux variations de la glycémie liées au Tequin^{MC}. Toutefois, certains cas d'hypoglycémie et particulièrement d'hyperglycémie sont survenus chez des personnes n'ayant pas d'antécédents de diabète¹. Les autres facteurs de risque d'anomalies de la glycémie sont l'âge (plus de 65 ans), l'insuffisance rénale, ou encore, la prise de médicaments pouvant affecter la glycémie².

En mai 2006, le fabricant a donc publié un avis dans lequel il informait les professionnels de la santé que le Tequin^{MC} était maintenant contre-indiqué chez les patients diabétiques².

Finalement, Bristol-Myers Squibb Canada a décidé d'abandonner la commercialisation du Tequin^{MC} à partir du 2 juin 2006³.

1. SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Association de Tequin^{MC} (gatifloxacine) à des cas d'hypoglycémie et d'hyperglycémie graves*, Ottawa, Santé Canada, 19 décembre 2005. Copie d'une lettre de Bristol-Myers Squibb Canada. [En ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/2005/tequin_hpc-cps_f.html (page consultée le 24 février 2006).
2. SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Mise à jour sur l'innocuité de Tequin* (gatifloxacine) et des cas d'hypoglycémie et d'hyperglycémie graves*, Ottawa, Santé Canada, 12 mai 2006. Copie d'une lettre de Bristol-Myers Squibb Canada. [En ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/2006/tequin_2_hpc-cps_f.html (page consultée le 26 mai 2006).
3. BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA, Information médicale. Communication écrite, Montréal, 3 mai 2006.

PAROXÉTINE PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE Risque accru de malformations cardiaques

La société GlaxoSmithKline (GSK) procède actuellement à la mise à jour de l'information sur l'utilisation de la paroxétine durant la grossesse, en se fondant sur les données regroupées de deux études épidémiologiques, menées selon des méthodologies différentes, incluant chacune plus de 5 000 patientes. Jusqu'à présent, les résultats de ces études laissent supposer que le risque individuel de

donner naissance à un enfant présentant une anomalie cardiaque après une exposition à la paroxétine pendant la grossesse est d'environ 1/50, comparativement au taux habituel de 1/100 au sein de la population en général. Toutefois, on ne peut établir avec certitude le lien de causalité entre les malformations cardiaques et l'exposition à la paroxétine pendant la grossesse.

Afin de tenir compte de ces données récentes, GSK, en consultation avec Santé Canada, a formulé de nouvelles recommandations.

1. *Les femmes qui conçoivent un enfant pendant qu'elles suivent un traitement à la paroxétine doivent être informées du risque accru actuellement estimé de malformations cardiaques que court l'enfant à naître après exposition à la paroxétine plutôt qu'aux autres antidépresseurs. D'autres options thérapeutiques doivent alors être envisagées, par exemple un antidépresseur différent ou un traitement non pharmacologique, telle la thérapie cognitivocomportementale. Le traitement à la paroxétine devrait être poursuivi seulement si les bénéfices escomptés l'emportent sur les risques potentiels.*
2. *Les patientes doivent être prévenues de ne pas cesser de prendre ce médicament sans la supervision de leur médecin, étant donné les risques de symptômes de sevrage liés à l'arrêt brusque du traitement.*
3. *En ce qui a trait aux femmes qui souhaitent concevoir un enfant ou qui en sont à leur premier trimestre de grossesse, il est préférable de réserver la paroxétine pour celles chez qui les autres options thérapeutiques n'ont pas été efficaces ou ne peuvent être envisagées.*

SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Nouveaux renseignements concernant l'innocuité de la paroxétine : une deuxième étude d'envergure révèle un risque accru de malformations cardiaques, après l'exposition à la paroxétine pendant le premier trimestre de grossesse comparativement à d'autres antidépresseurs*, Ottawa, Santé Canada, 22 décembre 2005. Copie d'une lettre de GlaxoSmithKline. [En ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/2005/paxil_4_hpc-cps_f.html (page consultée le 24 février 2006).

Œdème maculaire et utilisation d'Avandia^{MD} et d'Avandamet^{MD}

Quelques rares cas de troubles visuels, attribuables à l'apparition ou à l'exacerbation d'un œdème maculaire, ont été signalés chez des patients diabétiques traités par la rosiglitazone. La plupart d'entre eux présentaient également une rétention liquidienne, un œdème périphérique ou un gain de poids. Dans certains cas, le trouble visuel a diminué ou disparu à l'arrêt de la rosiglitazone. Les symptômes évocateurs d'un œdème maculaire comprennent une vision trouble ou déformée, une sensibilité chromatique réduite et une adaptation à l'obscurité amoindrie. De façon générale, l'œdème maculaire se manifeste en association avec une rétinopathie diabétique, mais la probabilité de son apparition augmente à mesure que la rétinopathie évolue. Les autres facteurs pouvant augmenter le risque qu'un œdème maculaire se développe sont le diabète de longue date, le mauvais contrôle glycémique et l'hypertension.

La rosiglitazone doit donc être employée avec prudence chez les patients présentant un diagnostic préexistant d'œdème maculaire ou de rétinopathie diabétique. Chez les patients déclarant une

détérioration visuelle, l'interruption du traitement par Avandia^{MD} ou Avandamet^{MD} doit être envisagée, de concert avec une consultation en ophtalmologie.

Santé Canada examinera ces nouveaux renseignements concernant la rosiglitazone de même que ceux qui ont trait aux autres agents de la même classe. Pour le moment, il importe d'informer les patients de rapporter rapidement toute détérioration visuelle, afin que le médecin puisse modifier la thérapie, au besoin.

SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Lien entre l'utilisation des médicaments [®]Avandia^{MD} et [®]Avandamet^{MD} avec l'apparition ou l'exacerbation d'un œdème maculaire*, Ottawa, Santé Canada, 19 décembre 2005. Copie d'une lettre de GlaxoSmithKline. [En ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/avandia_avandamet_hpc-cps_f.pdf (page consultée le 24 février 2006).

Insuffisance hépatique grave associée à la télithromycine (Ketek^{MD})

Commercialisée au Canada depuis mai 2003, la télithromycine est indiquée dans le traitement de la pneumonie, de l'amygdalite, de la pharyngite, de la sinusite, de l'exacerbation aiguë de la bronchite chronique ainsi que dans le traitement des infections graves ou résistantes à plusieurs antibiotiques.

Des cas d'insuffisance hépatique nécessitant une greffe ou entraînant la mort ont été signalés à l'échelle internationale chez des patients traités par ce médicament. La revue *Annals of*

Internal Medicine a notamment décrit récemment dans un article trois épisodes d'insuffisance hépatique associée à la télithromycine. L'état du premier patient s'est amélioré à l'arrêt du traitement, le deuxième a nécessité une transplantation hépatique, et le troisième est décédé². Les auteurs de cet article ont également fait remarquer que de légères élévations d'enzymes hépatiques avaient été rapportées dans d'autres études, mais aucun cas d'insuffisance hépatique aussi sévère que dans ces rapports de cas n'avait été signalé^{2,3}.

Bien que le lien de causalité ne puisse être établi avec certitude entre la prise de télithromycine et l'insuffisance hépatique, Santé Canada recommande aux professionnels de la santé de ne pas administrer ce médicament aux patients ayant des problèmes hépatiques préexistants. L'organisme conseille également d'informer les patients qu'ils doivent consulter leur médecin dès qu'ils présentent des symptômes d'ictère ou tout autre symptôme évoquant un dysfonctionnement hépatique. Santé Canada examine actuellement les cas canadiens de problèmes hépatiques moins graves et d'autres renseignements sur l'innocuité du Ketek^{MD}.

1. SANTÉ CANADA, *Mise en garde 2006-07 : Lien possible entre l'antibiotique Ketek et l'insuffisance hépatique*, Ottawa, Santé Canada, 7 février 2006. [En ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2006/2006_07_f.html (page consultée le 24 février 2006).
2. K.D. CLAY et autres, « Brief communication: severe hepatotoxicity of telithromycin: three case reports and literature review », *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, n° 6, 21 mars 2006, p. 415-420.
3. « Summaries for patients: telithromycin: a possible cause of severe liver damage? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 144, n° 6, 21 mars 2006, p. 1-42.



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

Un appui indéfectible depuis 1990

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

Renouez avec une saine harmonie

Le PAMQ a été créé par des médecins pour les médecins. Sa volonté d'aider est ancrée dans sa compréhension de la profession et de ses impératifs.

On y trouve une aide professionnelle, discrète et concrète dans la recherche de solutions lorsque l'épuisement, l'anxiété, la dépendance et la toxicomanie, le stress, la vie personnelle, financière, familiale ou professionnelle mettent à l'épreuve même les plus solides.

Le PAMQ est entièrement autonome et n'est tributaire ni du Collège des médecins du Québec, ni des Fédérations de médecins et résidents (FMOQ, FMSQ, FMRQ) ni d'aucun organisme médical ou d'aucune faculté de médecine et ce, même si son financement provient des médecins par le biais des Fédérations, du CMQ et de l'AMLFC.

Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

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

www.pamq.org

En toute confidentialité

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

Le conseil d'administration a tenu une réunion ordinaire le 31 mars 2006.
Le comité de direction a tenu trois réunions ordinaires, les 25 janvier, 22 février et 26 avril 2006.

Un bail conforme aux obligations déontologiques

Le conseil d'administration a adopté, en mars dernier, les dispositions que lui a demandé de prendre le gouvernement afin de baliser de façon rigoureuse les relations commerciales des médecins, plus particulièrement la signature de baux.

Par conséquent, les médecins devront dorénavant préciser, dans leur avis de cotisation, s'ils sont locataires ou propriétaires. Ceux qui sont locataires devront indiquer s'ils ont conclu une entente écrite les liant avec leur propriétaire, comme le préconisent les modifications qui seront bientôt apportées au *Code de déontologie*.

En outre, afin de vérifier si les médecins se placent en situation de conflit d'intérêts en louant leur cabinet, le Collège ajoute un volet à ses visites d'inspection professionnelle : à partir de septembre 2006, un médecin visité devra fournir son bail à la demande de l'inspecteur afin qu'il puisse s'assurer de sa conformité aux obligations déontologiques.

Le Collège prépare également à l'heure actuelle des lignes directrices visant à clarifier, pour les médecins, les situations potentielles de conflit d'intérêts dans leurs relations commerciales avec d'autres professionnels ou avec des entreprises qui vendent des produits de santé.

Budget 2006-2007 Pas de hausse de cotisation

Le Bureau (conseil d'administration) a adopté, le 31 mars dernier, un budget équilibré pour l'année 2006-2007, tout en maintenant la cotisation à son niveau actuel, soit l'un des plus bas au Canada.

Afin d'améliorer le service offert aux membres, le conseil d'administration a notamment prévu au budget de cette année l'intégration d'un module transactionnel au site Web du Collège, grâce auquel les médecins pourront payer en ligne leur cotisation au printemps 2007.

L'engagement des médecins envers leur développement professionnel continu

Constituant une obligation déontologique pour les médecins, le développement professionnel continu n'a jamais été jusqu'à maintenant encadré de façon officielle. En novembre dernier, les administrateurs du Collège des médecins ont mis ce sujet à l'ordre du jour de leur journée annuelle de réflexion pour évaluer la pertinence d'imposer aux médecins québécois un règlement encadrant leur développement professionnel. Après avoir pris connaissance de plusieurs modèles, les administrateurs ont finalement choisi de promouvoir l'engagement des médecins dans leur apprentissage continu et n'a pas retenu l'imposition d'un nombre minimal de crédits ou la réussite à des examens périodiques.

Les médecins qui participent déjà aux programmes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège canadien des médecins de famille verront leurs efforts reconnus par le Collège. Les médecins qui ne participent pas déjà aux programmes de ces organismes devront quant à eux se doter, à partir de juillet 2007, d'un plan d'auto-gestion de leurs apprentissages. Au cours de l'année, la Direction de l'amélioration de l'exercice diffusera plus de précisions à ce sujet. Le numéro Hiver 2006 du bulletin abordera, notamment, la question.

Des dossiers qui feront l'objet d'une publication

- *Le guide d'exercice* Le médecin en tant qu'expert, publié en 1996, sera mis à jour d'ici la fin de 2006.
- *Un guide sur l'évaluation de l'aptitude à conduire sera publié au cours des prochains mois, en collaboration avec la Société de l'assurance automobile du Québec, afin d'aider les médecins dans cette délicate tâche.*
- *Un groupe de travail a été constitué pour rédiger un guide d'exercice sur la recherche en cabinet qui tiendra compte du fait que des projets de recherche clinique sont effectués de plus en plus à l'extérieur des centres de recherche.*
- *Un groupe de travail a reçu le mandat d'étudier les obligations légales et déontologiques des médecins dans les situations d'urgence de santé publique.*

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

Au moment où les pratiques d'infirmières spécialisées sont en voie d'implantation dans des milieux de soins tertiaires (néphrologie, cardiologie et néonatalogie), le Collège et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec considèrent la pertinence de créer une nouvelle spécialité infirmière, soit la pratique spécialisée en soins de première ligne.

Un comité mixte a le mandat de déterminer non seulement les activités que pourront exercer ces infirmières, mais aussi les programmes de formation requis, les conditions de maintien des compétences et les mécanismes d'évaluation de la qualité des soins donnés aux patients.

Ce comité mixte fera ses recommandations au conseil d'administration respectif des deux ordres à l'automne 2006.

Soins préhospitaliers d'urgence

Soucieux de la qualité des soins préhospitaliers d'urgence, le conseil d'administration a adopté un projet de révision du *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence*. Une fois qu'il sera en vigueur, ce règlement permettra à tout citoyen qui a suivi une formation en réanimation cardio-respiratoire d'utiliser un défibrillateur externe automatisé (DEA). Une telle mesure permettra de réagir promptement dans des situations d'urgence où un technicien ambulancier ou un premier répondant ne sont pas présents. Également, toute personne ayant suivi une formation reconnue pourra administrer de l'adrénaline déjà préparée (par ex. : Epipen^{MD}) à une personne connue comme allergique en cas de réaction allergique grave.

Le nouveau règlement tient aussi compte des modifications apportées aux programmes de formation des techniciens ambulanciers. En effet, à partir de septembre prochain, les personnes intéressées à devenir techniciens ambulanciers pourront s'inscrire à un programme menant à un diplôme d'études collégiales en soins préhospitaliers d'urgence.

Révision des champs professionnels d'exercice en santé mentale : un exercice exhaustif

Les administrateurs du Collège des médecins ont reçu et commenté le rapport du comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, présidé par le Dr Jean-Bernard Trudeau. Le comité d'experts a su s'allier les divers groupes concernés par cette réforme en s'appuyant sur les orientations gouvernementales en matière de santé mentale et en s'inspirant du cadre législatif découlant de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et autres modalités législatives dans le domaine de la santé*, qui a mené à la révision des champs d'exercice de onze groupes de professionnels de la santé physique. Particulièrement satisfait de l'approche recommandée eu égard à la psychothérapie — soit la réserve du titre de psychothérapeute et de l'exercice de la psychothérapie aux seuls professionnels autorisés —, le Collège constate toutefois que le nombre proposé de patients nécessaires pour la formation en psychothérapie est insuffisant, et souhaite qu'il soit augmenté.



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Syndic adjoint Direction des enquêtes

Poste à temps plein
ouvert aux femmes et aux hommes

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

Fonctions

Sous la direction du syndic, le syndic adjoint :

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

Exigences

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

Conditions

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

Les candidatures, accompagnées d'un curriculum vitæ, doivent être adressées **avant le 1^{er} septembre 2006, à 12 h**, à l'attention de :

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



AVIS D'ÉLECTIONS

Le modèle de gouvernance du Collège des médecins Un rôle de premier plan pour les administrateurs

Dans certaines régions électorales, les membres du Collège des médecins du Québec seront invités, en octobre prochain, à élire les administrateurs représentant leur région au Bureau de leur ordre. Le Collège profite de cette élection bisannuelle pour diffuser auprès des médecins les principes généraux qui ont présidé à l'instauration d'un nouveau modèle de gouvernance en février 2005.

À L'INSTAR du Bureau de tous les autres ordres professionnels du Québec, le Bureau (conseil d'administration) du Collège des médecins du Québec veille à l'administration des affaires de l'ordre et à l'application des dispositions législatives, en l'occurrence celles du *Code des professions* et de la *Loi médicale*, ainsi que des règlements qui en découlent. Il exerce tous les droits, pouvoirs et prérogatives du Collège, sauf ceux qui sont du ressort des membres réunis en assemblée générale ou qu'il a délégués au comité administratif (comité de direction). Le Bureau adopte, notamment, tous les projets de règlements. Il délègue au comité administratif les décisions courantes et celles ayant des répercussions sur l'exercice d'un membre, telle l'imposition d'un stage recommandé par le comité d'inspection professionnelle.

Le Bureau est composé de 28 administrateurs : 20 sont élus par les membres, quatre sont nommés par les facultés de médecine et quatre autres le sont par l'Office des professions du Québec (OPQ).

Les membres du comité administratif sont élus chaque année au sein des administrateurs élus (trois postes) et de ceux nommés par l'OPQ (un poste).

Un nouveau partage des responsabilités

Les administrateurs élus du Bureau du Collège choisissent parmi eux le président-directeur général (p.-d.g.) de l'organisme. Ce dernier reçoit un mandat de quatre ans, à temps plein. Le p.-d.g. assume non seulement les fonctions de président de l'ordre, telles qu'elles sont définies dans le *Code des professions*, mais aussi celles normalement confiées au directeur général d'une organisation.

Dans ses fonctions de président, le p.-d.g. représente le Collège auprès des instances politiques et des divers partenaires de l'ordre. Comme directeur général, il est le premier gestionnaire de l'organisation et, par conséquent, le supérieur hiérarchique du secrétaire, des directeurs et de l'ensemble du personnel. Il s'assure de la saine gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles. De plus, il fait appliquer les décisions du Bureau et voit à ce que des politiques soient élaborées selon les orientations de ce dernier, formule les objectifs, dirige les travaux liés à la préparation des budgets, recommande les programmes devant être adoptés par le conseil d'administration, s'assure que le suivi des décisions est effectué et en rend compte au conseil d'administration.

Le secrétaire du Collège des médecins joue, quant à lui, le rôle qui lui est dévolu par le *Code des professions* et la *Loi médicale*. À titre de secrétaire du Bureau et du comité administratif, il est responsable de la rédaction des procès-verbaux des réunions de ces instances et du suivi de leurs décisions.

Un engagement envers la qualité de la médecine

Les administrateurs élus au Bureau du Collège jouent un rôle important en ce qui a trait à l'adoption de positions clés pour le développement et le maintien de la qualité de la médecine au Québec. En plus d'assumer des responsabilités légales, le Bureau adopte les orientations stratégiques et le budget annuel.

Cette année, dix des vingt postes d'administrateurs élus doivent être comblés (avis ci-contre) : ceux de la région de Montréal (huit postes), de Laval (un poste) et de la Montérégie (un des deux postes). Les médecins qui souhaitent devenir administrateurs doivent démontrer leur intérêt pour la mission et les activités de leur ordre professionnel. ▶

Les membres du Collège des médecins du Québec sont priés de noter qu'il y aura, **le mercredi 4 octobre 2006**, élections des administrateurs des régions électorales suivantes :

- MONTRÉAL 8 administrateurs
- MONTÉRÉGIE 1 des 2 administrateurs¹
- LAVAL 1 administrateur

Seuls peuvent être candidats les membres du Collège qui sont inscrits au tableau au moins quarante-cinq (45) jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin. Seuls peuvent être candidats dans une région donnée les membres du Collège qui y ont leur domicile professionnel. La date et l'heure de clôture du scrutin sont **le mercredi 4 octobre 2006, 16 h.**

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

Les bulletins de présentation doivent parvenir au secrétaire adjoint au plus tard **le mercredi 30 août à 16 h.**

Seules peuvent voter les personnes qui étaient membres du Collège quarante-cinq (45) jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin.

Pour obtenir des bulletins de présentation, consulter le site Web du Collège des médecins (collegedesmedecins.qc.ca) ou communiquer avec :

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

1. Conformément au *Règlement divisant le territoire du Québec aux fins des élections au Bureau du Collège des médecins du Québec*, en vigueur depuis le 18 avril 1996, il y a eu élection d'un des deux administrateurs de la région de la Montérégie en 2004 et il y a élection du second administrateur de cette région en 2006.

L'urgence, s'il y en a une, c'est de se préparer à l'urgence.

English version page 26

VERGLAS, méningococcies, sida, déversements toxiques, préparation à une pandémie d'influenza et appréhension d'attaques terroristes aux agents chimiques ou biologiques... Le XXI^e siècle ne s'annonce pas de tout repos, si l'on se fie aux messages publics.

Fondées ou non, ces crises appréhendées interpellent la profession médicale. Les autorités politiques, qui souhaitent pouvoir planifier l'imprévisible le plus possible, veulent mobiliser les médecins pour répondre à des besoins parfois difficilement identifiables. La population, pour qui l'accès à des soins médicaux de première ligne est déjà ardu en situation régulière, se demande ce qu'il en sera en situation d'urgence. Les médecins, quant à eux, s'enquièreent auprès du Collège des médecins de leurs obligations déontologiques en cas d'urgence sanitaire, inquiets d'être sollicités pour accomplir des activités médicales pour lesquelles ils n'auraient pas la compétence optimale.

Alors, comment donner satisfaction à ces demandes émergentes, qui deviennent de plus en plus insistantes? Peut-on obliger les médecins à se tenir prêts à participer à un plan d'urgence? Comment peut-on communiquer rapidement avec tous les médecins d'un territoire pour recueillir et fournir régulièrement de l'information? Comment peut-on mobiliser facilement et rapidement les ressources médicales d'une juridiction mais, surtout, de juridictions différentes? Le cadre de pratique qui prévaut en situation courante est-il bien différent, tant sur les plans légal et déontologique que professionnel, de celui en situation de crise ou d'urgence?

C'est pour analyser ces questions que la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC), qui regroupe tous les collèges de médecins canadiens, a abordé le thème des urgences sanitaires lors de son colloque annuel 2006. Le Collège a pour sa part créé un groupe de travail qui examinera ces questions au cours de la prochaine année. Ses membres auront pour mandat de circonscrire, à l'intention des autorités politiques, du public et des médecins en général, le cadre dans lequel exerceront les médecins en situation d'urgence sanitaire ainsi que la façon dont peut s'appliquer le *Code de déontologie des médecins* dans des circonstances autres que celles de la pratique médicale courante. Sans présumer de leurs conclusions, on peut d'ores et déjà prévoir que le principe du devoir d'intervention « du plus compétent dans les circonstances » sera au cœur du débat.

De la même façon qu'un médecin en situation d'urgence ne peut se défilier de son devoir d'assistance, le Collège ne peut esquiver les questions délicates qui lui sont adressées. Comme il l'a fait pour les préoccupations liées à l'aide à mourir qu'il a abordées lors de son dernier colloque, le Collège apportera l'éclairage qui lui est demandé par le public et ses membres sur cette question de santé publique.

**Pour gérer une crise, il faut savoir apprendre vite.
Pour apprendre vite pendant une crise,
il faut avoir appris beaucoup avant la crise.**

Patrick Lagadec, spécialiste de la gestion de crises

L'urgence, s'il y en a une, c'est de se préparer à l'urgence.

Le secrétaire,



Yves Robert, M.D.

© Paul Labelle Photographie



Nouveaux membres et nouveaux membres certifiés

La ville ou l'arrondissement indique le lieu d'exercice lorsqu'il est connu.
Période : du 1^{er} février au 25 avril 2006

OMNIPRATICIENS

BELLIDO OVIEDO, ROXANA	<i>Geraldton (Ont.)</i>
BOSKOVIC-PETROVIC, JASMINA	<i>Louiseville</i>
BRODEUR, MARIE-CLAUDE	<i>Montréal</i>
DE GRACE, MARIANNE	<i>Greenfield Park</i>
DUONG, NGHIEP GIANG	<i>La Tuque</i>
DUQUETTE, STÉPHANE	<i>Montréal</i>
GAGNÉ, ÉVELINE	<i>Saint-Eustache</i>
GAILLOUX, TOM	<i>Drummondville</i>
GAUTHIER, NADINE	<i>Saint-Charles-Borromée</i>
NIMPAGARITSE, ROSALIE	<i>Longueuil</i>
SIVUCHA, GREGORY	
ARTHUR JAMES	<i>Outremont</i>
WHITEHEAD, KATHERINE E.	<i>Montréal</i>

ENDOCRINOLOGIE

RIVERA RAMIREZ, JUAN ANDRÉS *Montréal*

GASTROENTÉROLOGIE

TRELLES, FRANCISCO *Rimouski*

MÉDECINE D'URGENCE

LEE, GARY LAM *Montréal*

NÉPHROLOGIE

LÉVESQUE ROULEAU, MAUDE *Saint-Jérôme*

LIBERGE, JOHANNE *Montréal*

PODYMOW, TIINA *Montréal*

NEUROLOGIE

JIRSCH, JEFFREY DENNIS *Montréal*

PHYSIATRIE

HARISSI DAGHER, JEHAN *Montréal*

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

ROSENBLUM, LORNE *Montréal*

TAYLOR, JANA LYN *Montréal*

SPÉCIALISTES

ANATOMOPATHOLOGIE

DUBÉ, VALÉRIE *Toronto (Ont.)*

ANESTHÉSIOLOGIE

HAMILTON, PHILIP PEARCE *Gatineau*

ROCHON, ANTOINE *Montréal*

CHIRURGIE GÉNÉRALE

LIBERMAN, ALEXANDER SENDER *Montréal*

PERMIS RESTRICTIFS

BOUCHEZ, STÉPHANE *Saint-Charles-Borromée*

GHINEA, MIRCEA DANIEL *Notre-Dame-du-Lac*

GILCA, RODICA *Québec*

NEYLON, NORAH *Montréal*

SULTAN, DARIA ADRIANA *Asbestos*

TORRES BALLENA, MYRIAM LUCIA *Rouyn-Noranda*

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-03-00579)

AVIS est par les présentes donné que le D^r Yves Morin (77507), exerçant la profession de médecin (pédiatrie) à Dollard-des-Ormeaux (Québec), a été trouvé coupable par le comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

- d'avoir prescrit, intempestivement et contrairement aux données de la science, de l'amantadine (chefs 1a, 2a, 3a, 4a, 5a, 6a, 7a, 8a, 9a, 10a, 11a, 12a, 13a, 14a, 15a, 16a, 17a, 19a, 20a, 21a, 22a, 23a, 24a, 25a, 26a, 28a, 29a, 30a, 31a, 32a, 33a, 34a, 35a, 36a, 37a, 38a, 39a, 40a, 41a, 43a, 44a, 45a, 46a, 47a) ;

Le 2 février 2006, le comité de discipline a imposé au D^r Yves Morin une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux mois, et ce, pour chacun des chefs 1 à 47 a) de la plainte, à l'exception des chefs 18a), 27a) et 42a). Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

En outre, le comité a recommandé au Bureau du Collège des médecins d'obliger le D^r Yves Morin à suivre, avec succès et à ses frais, un stage en infectiologie pédiatrique.

Le comité a ordonné que les périodes de radiation temporaire imposées soient exécutoires le 1^{er} juin 2006. Le D^r Yves Morin est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux mois à compter du 1^{er} juin 2006.

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

Montréal, le 1^{er} juin 2006
M^{re} Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

MÉDECINS DÉCÉDÉS

Entre le 20 janvier et le 27 avril 2006, le Collège des médecins du Québec a été informé du décès des médecins suivants.

NOM, PRÉNOM	N° DE PERMIS	SPÉCIALITÉ	LIEU D'EXERCICE
ASGAR, MOHAMMED ALI	72478		St. John's (I.-P.-É.)
BEAUDOIN, GÉRARD	48007	Psychiatrie	Montréal
BRUNET, GILLES	54033		Boucherville
CHAMPAGNE, JACQUES	45022	Obstétrique	Saint-Sauveur
DUBREUIL, PAUL U.	53063	Pédiatrie	Thetford Mines
DUFOUR, ANDRÉ	57103		Québec
DUMONT, FERNAND	47014	Médecine interne ; rhumatologie	Sherbrooke
FORCIER, PIERRE	62118	Neurochirurgie	Saint-Jean-Chrysostome
FORGET, GASTON	54069	Chirurgie générale	Saint-Jérôme
FORTIN, GILLES	51060		Cabano
FOUCHÉ, JULES	70418	Pédiatrie	Magog
FYLES, SHIRLEY M.	56132		Mont-Royal
GAUVREAU, ADRIEN	49061		New Richmond
JOBIN, PATRICK	01203	Neurologie	Lévis
LABRIE, ÉUDORE	48085		Cap-aux-Meules
LAGACÉ, RENÉ	50095		LaSalle
LAMQUIN, ROLAND	44037	Hygiène et santé publiques	Beloeil
LAVOIE, AURÈLE	65229		Dégelis
LESSARD, JEAN-MARIE	35036	Physiatrie	Montréal
LEVITT, MICHAEL N.	60173	Oto-rhino-laryngologie	Palm Springs (Cal.)
LONGPRÉ, BERNARD	55114	Hématologie ; médecine interne	Sherbrooke
MACMILLAN, DONALD W.	40072	Anesthésiologie	Ottawa (Ont.)
MARCOUX, ANDRÉ	62164		Richmond
MARQUIS, ANDRÉ B.	52107	Obstétrique-gynécologie	Sainte-Foy
PASCAL, ALAIN	94126		Marston
PETIT, MICHEL	88150	Physiatrie	Ottawa (Ont.)
ROUSSEAU, MARIE	45109	Pédiatrie	Berthier-sur-Mer
SAVOIE, JEAN-MARIE	65269	Dermatologie	Québec
VALIQUETTE, C. A.	52163		Saint-Jérôme

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-05-00614)

AVIS est par les présentes donné que le D^r Josée Thérberge (85180), exerçant la profession de médecin à Val-d'Or (Québec), a plaidé coupable devant le comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit notamment :

- de ne pas avoir eu, entre le 11 janvier 2000 et le 17 décembre 2002, une conduite irréprochable à l'endroit d'un patient qu'elle a suivi à sa clinique pour une psychothérapie de soutien pour un état de stress post-traumatique, en transgressant les limites de la relation thérapeutique en permettant que s'établisse (à compter de l'année 2004) avec ce patient une intimité allant jusqu'à une relation de nature sexuelle (chef 1).

Le 29 mai 2006, le comité de discipline a imposé au D^r Josée Thérberge une période de radiation de six mois du tableau de l'ordre pour ce chef.

La décision du comité étant exécutoire dès sa communication à l'intimée, le D^r Thérberge est donc radiée du tableau de l'ordre pour une période de six mois à compter du 31 mai 2006.

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

Montréal, le 30 mai 2006
M^{re} Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

Le répertoire électronique

des membres du Collège des médecins du Québec



college
desmedecins.
qc.ca

UNE ACCESSIBILITÉ ACCRUE AUX RENSEIGNEMENTS PUBLICS RELATIFS AUX MÉDECINS QUÉBÉCOIS.

- L'adresse et le numéro de téléphone du principal lieu d'exercice d'un médecin dont vous connaissez le nom
- Le type de permis
- La ou les spécialités
- Le statut (en exercice, utilise le titre, retraité)
- Les limitations d'exercice, le cas échéant.

UNE INFORMATION EXACTE, ACCESSIBLE À TOUS, EN TOUT TEMPS.

Les données comprises dans ce répertoire sont mises à jour régulièrement et correspondent à la dernière information fournie au Collège par ses membres. Ne sont pas compris : les renseignements relatifs aux médecins décédés, radiés, démissionnaires et dont le permis a été révoqué ainsi que la nature des limitations d'exercice et les renseignements disciplinaires.

Collège des médecins du Québec Governance Model A Leading Role for Directors

Next October, members of the Collège des médecins du Québec in certain electoral regions will be asked to elect the directors representing their region on the Bureau of the order. Indeed, the Collège will use the occasion of this biennial election to make known to physicians the general principles adhered to in the implementation of the new governance model in February 2005.

LIKE ITS COUNTERPART in all other professional orders in Québec, the Bureau (Board of Directors) of the Collège des médecins du Québec sees to the administration of the affairs of the order and the application of legislative provisions, namely those in the *Professional Code*, the *Medical Act*, and the regulations ensuing from these. It exercises all the rights, powers and prerogatives of the Collège, except those within the competence of members in general meeting or those which it has delegated to the Administrative Committee (Executive Committee). The Bureau adopts, in particular, all draft regulations. It delegates to the Administrative Committee the everyday decisions, including those affecting the practice of a member, such as the imposition of a recommended training period by the Professional Inspection Committee.

The Bureau is composed of 28 directors; 20 are elected by members, four are appointed by faculties of medicine and four others by the Office des professions du Québec (OPQ).

The members of the Administrative Committee are elected annually from among the elected directors (three positions) and those appointed by the OPQ (one position).

A New Sharing of Responsibilities

The elected directors of the Bureau of the Collège choose from their own ranks a president and CEO (chief executive officer) of the organization. The latter is chosen for a full-time term of four years. The president-CEO assumes the duties of president of the order, as defined in the *Professional Code*, as well as those normally entrusted to the executive director of an organization.

In his duties as president-CEO, he represents the Collège in its dealings with political authorities and various partners of the order. He is the organization's chief executive officer, therefore, senior to the secretary, the directors and all of the personnel, in hierarchical terms. He ensures that the human, financial, material and information resources are soundly managed, that decisions of the Bureau are applied, and that policies are developed in keeping with the latter's orientations. He also formulates objectives, directs the work involved in preparing budgets, recommends programs for adoption by the Board of Directors, ensures follow-up on decisions and reports on these to the Board of Directors.

As for the secretary of the Collège des médecins, he plays the role attributed to him in the *Professional Code* and *Medical Act*. As secretary of the Bureau and the Administrative Committee, he is responsible for recording the minutes of meetings of these groups and the follow-through on decisions made.

A Commitment to Quality Medicine

The elected directors of the Bureau of the Collège play an important role in terms of adopting key positions on the development and maintenance of quality medicine in Québec. In addition to assuming legal responsibilities, the Bureau adopts strategic policies as well as the annual budget.

This year, ten of the twenty elected director positions must be filled (see election notice), namely those in the Montreal region (eight positions), in Laval (one position), and in the Montérégie (one of two positions). Physicians who wish to become directors must show an interest in the mission and activities of their professional order. ▶

ELECTION NOTICE

Members of the Collège des médecins du Québec are served notice that, on **Wednesday, October 4, 2006**, elections will be held for the directors of the following electoral regions:

- MONTREAL 8 directors
- MONTÉRÉGIE 1 of 2 directors¹
- LAVAL 1 director

Only those members of the Collège who are entered on the roll at least forty-five (45) days before the date fixed for the closing of the poll may be candidates. Only those members of the Collège who have their professional domiciles in a particular region may be candidates in that region. The date and the time of closing of the poll are: **Wednesday, October 4, 2006, 4:00 p.m.**

Candidates must be proposed by way of a nomination paper signed by the candidate and at least five (5) members of the Collège who have their professional domiciles in the electoral region in which the candidate is standing for election.

The nomination papers must be delivered to the assistant-secretary no later than **Wednesday, August 30, 2006, at 4:00 p.m.**

Only those persons who were members of the Collège forty-five (45) days before the date fixed for the closing of the poll may vote.

To obtain nomination papers, please consult the website of the Collège des médecins (collegedesmedecins.qc.ca) or contact:

M^{re} Christian Gauvin
Assistant-secretary
Collège des médecins du Québec
2170 René-Lévesque Blvd. West
Montreal (Québec) H3H 2T8

1. In accordance with the Regulation dividing Québec into regions for purposes of elections to the Bureau of the Collège des médecins du Québec, in force since April 18, 1996, elections for one of the two directors in the Montérégie region were held in 2004; elections for the second director in this region will be held in 2006.

The urgency, if any, is to prepare for an emergency

ICE STORMS, meningococci, AIDS, toxic spills, preparation for an influenza pandemic, and fear of terrorist attacks using chemical or biological agents... the 21st century is not looking exactly safe and secure, if we believe the public messages coming our way.

Well founded or not, the feared crises are of concern to the medical profession. Indeed, the political authorities, in an effort to prepare for the unpredictable as best they can, want to mobilize physicians

to respond to needs that are sometimes difficult to pin down. Also, the population, for whom access to primary medical care is already hard to come by in normal circumstances, is wondering what would happen in an emergency situation. As for physicians themselves, they are asking the Collège des médecins about their ethical obligations in cases of emergency involving health, worried that they may be called upon to perform medical acts they are not fully competent to perform.

So how do we respond satisfactorily to these emerging requests, which are becoming increasingly insistent? Can we oblige physicians to remain ready to participate in an emergency plan? How can we quickly communicate with all physicians in a given territory to collect and provide information on a regular basis? How can we ensure quick and easy mobilization of the medical resources in a jurisdiction, or in different jurisdictions? Is the prevailing framework in current everyday practice that much different, in legal, ethical and professional terms, from that in crisis or emergency situations?

In fact, it was precisely to examine these questions that the Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, which includes all Canadian medical colleges, addressed the topic of emergencies involving health at its annual 2006 symposium. The Collège des médecins du Québec, for its part, has created a working group to look at these questions over the coming year. Its members will be mandated to circumscribe, for political authorities, the public and physicians in general, the framework within which physicians will operate in an emergency situation as well as how the *Code of Ethics of Physicians* will apply in circumstances other than everyday practice.

Without presuming to know their conclusions, we can already predict that the principle of the "most competent in the circumstances" being obliged to intervene will be central to the discussion.

Just as physicians in an emergency situation may not abdicate their responsibility to provide assistance, the Collège des médecins du Québec may not back away from the delicate questions being put to it. In its last symposium, it addressed the concerns related to assisting patients to die. Now, at the request of the public and its members, the Collège will shed the necessary light on this public health issue.

***"To manage a crisis, one must know how to learn quickly.
To learn quickly during a crisis,
one must have learned much before the crisis."***

Patrick Lagadec, Crisis Management Specialist

The urgency, if any, is to prepare for an emergency.



Yves Robert, M.D.
Secretary

© Paul Labelle Photographie



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

The board of directors held one regular meeting on March 31, 2006.
The executive committee held three regular meetings, on January 25, February 22 and April 26, 2006.

A Lease in Keeping with Ethical Obligations

Last March, the Board of Directors adopted provisions requested by the government that would rigorously define the commercial relations of physicians, particularly in the signing of leases. As a result, physicians in future will have to specify in their notice of assessment whether they are tenants or proprietors. Those who are tenants will have to indicate whether they have signed a written agreement linking them to their proprietor, in keeping with the amendments soon to be made to the *Code of Ethics*. Furthermore, with a view to verifying whether physicians are placing themselves in a conflict of interest in renting their office, the Collège will add another component to its professional inspection visits. As of September 2006, a physician being visited will have to furnish his or her lease at the request of the inspector, who will ensure that it conforms with the physician's ethical obligations. The Collège is also preparing guidelines that will clarify for physicians potential conflict of interest situations in their commercial relations with other professionals and companies selling health products.

The 2006-2007 Budget No Assessment Increase

Last March 31, the Bureau (Board of Directors) adopted a balanced budget for the year 2006-2007, while keeping the annual assessment at its present level, one of the lowest in Canada. To improve the service it provides to members, the Board of Directors also made plans in this year's budget to add a transaction module to the Collège website, which will allow physicians to pay their assessment on-line in the spring of 2007.

Physicians and their Commitment to Continuing Professional Development

Continuing professional development is an ethical obligation for physicians. Yet it has not been officially established as such. Thus, last November, the directors of the Collège des médecins put the subject on the agenda of its day of reflection, with a view to assessing whether a regulation respecting professional development should be imposed on physicians. After having read several other models, the directors finally elected to promote the commitment by physicians to continuing education and did not retain the option of imposing a minimum number of credits or successful completion of periodic examinations.

The Collège will recognize the efforts of physicians who already participate in programs of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and the College of Family Physicians of Canada. Physicians who do not already participate in these programs will, as of July 2007, have to establish a self-managed plan for their own continuing education. The Practice Enhancement Division will provide more specifics on this matter throughout the coming year, and the Winter 2006 edition of *Le Collège* will touch on this topic in particular.

Files Slated for Publication

- *The practice guide Le médecin en tant qu'expert (The Physician as Expert), published in 1996, will be updated before the end of 2006.*
- *A guide on the assessment of a person's fitness to drive will be published in the coming months, in collaboration with the Société de l'assurance automobile du Québec, so as to help physicians in this delicate task.*
- *A working group has been formed to write a practice guide on research in the private practice setting that will take into account the fact that clinical research projects are increasingly being conducted outside research centres.*
- *A working group has been given a mandate to study the legal and ethical obligations of physicians in public health emergency situations.*

The Nurse Practitioner Specialized in Primary Care

Now that specialized nursing practices are being implemented in tertiary care settings (nephrology, cardiology and neonatology), the Collège and the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec are considering the pertinence of creating a new nursing specialty in primary care.

A mixed committee is mandated to determine, not only the activities these nurses may engage in, but also the training programs required, the conditions for maintaining competence and the mechanisms for assessing the quality of care given to patients.

This mixed committee will make its recommendations to the Board of Directors of both orders in the autumn of 2006.

Prehospital Emergency Care

In its concern over the quality of prehospital emergency care, the Board of Directors adopted a plan to review the *Regulation respecting the professional activities that may be engaged in within the framework of prehospital emergency services*. Once in force, this regulation will allow any citizen with training in cardiopulmonary resuscitation to use an automated external defibrillator (AED). This measure will enable a prompt response to emergency situations in the absence of an ambulance technician or first responder. Also, any person with the recognized training will be permitted to administer already prepared adrenalin (e.g.: Epipen®) to a person known to have allergies in the case of severe allergic reaction.

The new regulation also takes into account the amendments made to training programs for ambulance technicians. Indeed, as of next September, those interested in becoming ambulance technicians will be allowed to register in a program leading to a DEC (diploma of college studies) in prehospital emergency care.

Reviewing the Professional Fields of Practice in Mental Health: An Exhaustive Process

The directors of the Collège des médecins have received and commented upon the report of the expert committee on the modernization of professional practice in mental health and human relations, chaired by Dr. Jean-Bernard Trudeau. The committee of experts was able to ally the various groups concerned by this reform by using government policies in matters of mental health to support its positions; it also drew upon the legislative framework ensuing from the coming into force of the *Act to amend the Professional Code and other legislative provisions as regards the health sector*, which led to a review of the fields of practice of eleven professional groups working in physical health.

The Collège was particularly pleased with the approach recommended for psychotherapy, which was to keep the reserved title of psychotherapist and restrict the practice of psychotherapy to authorized professionals.

However, it believes the proposed number of patients required for training in psychotherapy to be insufficient and wants to see it increased.

Should the physician help patients to die?

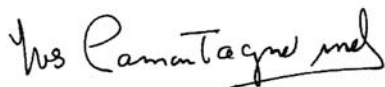
BEING A PSYCHIATRIST, I have not often had to intervene in the end-of-life care of patients. But the moment the role of the physician in end-of-life situations is raised, I think back on an experience I had during my internship, which already stands out as one of the most remarkable in my career as a clinician¹. At the time, I was given the difficult task of disconnecting the equipment keeping alive a patient who had been neurologically dead for three weeks. Despite the fact that the medical team had recommended it, that the family had consented to it, I was the one who had to perform the final act: I never felt so cold in all of my life. Was that really the role of the physician?

Years have gone by since then, yet I realize that acts having to do with end-of-life decisions still create uneasiness in the medical profession and confusion in the public mind. Yet our *Code of Ethics* is clear: "A physician must, when the death of a patient appears to him to be inevitable, act so that the death occurs with dignity. He must also ensure that the patient obtains the appropriate support and relief." But do we all define the term "appropriate support and relief" in the same way? Does the notion of dignity have the same meaning for all of us?

At a time when treatments to prolong life and to ease a patient's last moments have multiplied, physicians sometimes continue to provide care to patients who would rather have the physician help them die. Should the relationship of trust between physician and patient go that far? Would the physician then become one who symbolizes death as opposed to one who brings relief?

These difficult questions were raised at the annual symposium of the Collège des médecins last May in Québec City. The many physicians who were present bore witness to the complexity of the subject with all of its legal, medical, social, ethical, political and religious dimensions. In fact, this issue of *Le Collège* reiterates the essence of the exchanges, which were often highly charged, with feelings sometimes torn between a profound desire to do everything possible to alleviate the greatest suffering and a fear of falling into moral obstinacy and rigidity.

Those wanting to decriminalize assisted suicide and euthanasia have put the question to us: Is it up to the physician to decide? While we are still a long way from an answer, the symposium in May did serve to situate our thinking on these issues at the heart of our concerns. Our working group on clinical ethics will pursue this reflection process over the coming months.



Yves Lamontagne, M.D.
President and CEO



© Paul Labelle Photographie

Physicians sometimes provide care to patients who would rather have the physician help them die. Should the relationship of trust between physician and patient go that far?

1. Y. LAMONTAGNE, "Monsieur Arthur", *Confidences d'un médecin*, Montréal, Québec Amérique, 2005, p. 58.

BUREAU (Conseil d'administration)

Président

Yves Lamontagne (Montréal)

Médecins administrateurs élus

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

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

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

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Gisèle Gadbois
Jacques Richard
Louis Roy
Jacqueline Visser

COMITÉ ADMINISTRATIF (Comité de direction)

Yves Lamontagne, M.D., *président*
Charles Bernard, M.D., *vice-président*
Jacques Boileau, M.D.
Julie Lalancette, M.D.
Louis Roy

DIRECTIONS

Direction générale

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

Direction des services juridiques

M^{re} Christian Gauvin, *directeur et secrétaire adjoint*
M^{re} Linda Bélanger, *adjointe à la direction*

Direction des services administratifs

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

Direction des affaires publiques et des communications

Nathalie Savoie, *directrice*
Diane Izzi, *adjointe à la direction et coordonnatrice, édition-marketing*

Direction des enquêtes

François Gauthier, M.D., *syndic et directeur*
Jacques Deblois, M.D., *syndic adjoint et directeur adjoint*

Direction des études médicales

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

Direction de l'amélioration de l'exercice

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