

LE COLLÈGE

VOL. XLVI, N° 3 AUTOMNE 2006

6

LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Une question de respect
et d'humanité

12

RENCONTRE
Le D^r Frédéric-Simon Hould



LE COLLÈGE

5

ÉDITORIAL

La tenue des dossiers
« Élémentaire, mon cher Watson ! »

6

LE POULS DE LA PROFESSION

LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Consentement et maladie chronique

Des stratégies communicationnelles
permettant de tenir compte
de la complexité

8

Consentement et dépistage de masse

L'APS et le cancer de la prostate,
un exemple

10

L'expression du consentement,
au cœur de la relation médecin-patient



12

RENCONTRE

LE D^r FRÉDÉRIC-SIMON HOULD

**Le consentement éclairé : une question
de respect et d'humanité**



En couverture

Le D^r Frédéric-Simon Hould, chirurgien et membre
du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Laval
de Québec

Photographe : Paul Labelle

14

LE CARNET DU SECRÉTAIRE

« Consentir aux soins »

16

PERSPECTIVES MÉDICALES

**La création des CSSS rend-elle
obligatoire l'étude des décès en soins
de longue durée ?**

18

**Indicateurs en transplantation cardiaque
chez l'adulte**

19

DÉCISIONS 2006

Décisions du Bureau
et du comité administratif

20

MÉDICAMENTS SOUS SURVEILLANCE

Actée à grappes noires et toxicité
hépatique ; dispositif intra-utérin *Mirena* ;
Enbrel, *Humira*, *Remicade* et hépatite B ;
hémolyse intravasculaire et *WinRh₀ SDF* ;
vascularite cutanée liée à l'hydroxyuréé

22

Nominations au siège social

23

Médecins à l'honneur

25

Au tableau

Nouveaux membres
et nouveaux membres certifiés

26

Médecins décédés

27

Avis de radiation

Ensachés avec ce numéro

La médecine d'expertise
La rédaction et la tenue
des dossiers par le médecin
en cabinet et en CLSC
GUIDES D'EXERCICE

28

ENGLISH VERSION

The French section also includes articles
relevant to your practice.
We invite you to read them.

Bulletin LE COLLÈGE, vol. XLVI, n° 3, Automne 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 Iezzi **COLLABORATION** Danielle Stanton **RÉVISION LINGUISTIQUE** Sylvie Massariol, Laurette Therrien et Françoise Turcotte **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** 4^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.

La tenue des dossiers : « Élémentaire, mon cher Watson ! »

COMBIEN DE FOIS m'est-il arrivé, lorsque j'exerçais la psychiatrie, d'ouvrir un dossier incomplet ou incompréhensible ? En plus d'avoir à déchiffrer l'écriture opaque d'un collègue, je constatais trop souvent l'absence de renseignements pourtant élémentaires.

Idéalement, chaque dossier médical devrait refléter la qualité de nos interventions, permettre une meilleure prise en charge du patient et un meilleur suivi. En effet, un dossier médical bien fait devrait nous aider à ne rien omettre d'important et à éviter des erreurs regrettables, d'autant plus qu'il peut s'avérer un élément de preuve crucial dans le cas d'un litige médico-légal.

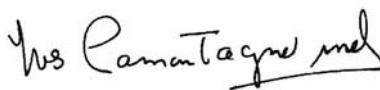
Même en admettant que la perfection n'est pas de ce monde, je trouve déplorable de constater qu'aujourd'hui encore, dans près de la moitié des inspections professionnelles réalisées par le Collège des médecins, la tenue des dossiers ne satisfait pas à de telles exigences. Il y a même des cas où le médecin n'arrive pas à relire ses propres notes.

C'est dangereux et contre-productif ! Si j'insiste sur ce point, c'est parce que le dossier médical est un outil de communication précieux, à condition qu'il soit lisible. Le contraire peut se révéler préjudiciable pour un clinicien, parfois même pour ses patients.

C'est donc pour aider ses membres dans la tenue optimale de leurs dossiers que le Collège a produit le guide d'exercice *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*, qui accompagne ce numéro du bulletin. Facile à consulter, il contient plusieurs formulaires que vous pourrez photocopier, ou télécharger du site Web du Collège¹, et intégrer à vos dossiers. Je vous encourage à l'utiliser dès maintenant et régulièrement. Gardez-le à portée de main et n'hésitez jamais à vous en inspirer pour rédiger vos notes au dossier.

Grâce à ce nouvel outil, la tenue des dossiers vous apparaîtra « élémentaire, mon cher Watson ! »

Le président-directeur général,



Yves Lamontagne, M.D.



© Paul Labelle Photographie

Le dossier médical est un outil de communication précieux, à condition qu'il soit lisible. Le contraire peut se révéler préjudiciable pour un clinicien, parfois même pour ses patients.

1. collegedesmedecins.qc.ca,
section Profil médecins membres,
Tenue des dossiers médicaux.

CONSENTEMENT ET MALADIE CHRONIQUE

Des stratégies communicationnelles permettant de tenir compte de la complexité

© Olivier Lasser

À la faveur de l'évolution de la pensée éthique, la rencontre entre patients et médecins est dorénavant jalonnée de principes et de règles devenus explicites. Certains modèles d'application semblent postuler qu'à la fois les médecins et leurs patients sont capables d'une rationalité indéfectible. Cependant, la réalité de la pratique médicale est tout autre

Par Claude Richard, Ph. D.
et le Dr Marie-Thérèse Lussier,
M. Sc.

L'ÉVOLUTION DE LA PENSÉE ÉTHIQUE a voulu éloigner les médecins d'une attitude autoritaire selon laquelle ils prenaient parfois hélas! la liberté d'intervenir sans le consentement du patient. Au nom de la règle hippocratique de la bienfaisance — « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement » —, le médecin s'est cru pendant longtemps justifié d'agir dans l'intérêt des personnes malades, un intérêt qu'il était seul à pouvoir déterminer à titre de détenteur du savoir. Cette attitude a été décriée, voire condamnée au sens propre du terme. Des poursuites judiciaires, concernant des interventions chirurgicales non autorisées par les patients ou pour lesquelles ils avaient été insuffisamment informés, ont conduit à l'élaboration de la règle du consentement éclairé.

La validité du consentement aux soins repose sur trois conditions : l'aptitude du patient à accepter ou à refuser les soins, la liberté du patient de consentir au traitement ainsi que la communication, par le médecin, de toute l'information pouvant aider le patient à prendre une décision éclairée.

Du point de vue légal et éthique, un consentement éclairé implique la divulgation de certains renseignements : le diagnostic de la maladie, la nature et le but de l'intervention proposée, les bénéfices et les risques qui y sont associés, les autres choix possibles de traitements ainsi que leurs bénéfices et leurs risques, les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention et, selon certains auteurs, « l'impact du traitement sur le mode de vie du patient, incluant les considérations économiques¹ ». Si une telle prescription peut paraître simple à première vue, son application

dans le contexte de la pratique clinique actuelle soulève plusieurs difficultés. Et comment s'applique-t-elle aux divers traitements non chirurgicaux, telle la prescription de médicaments?

Les obstacles à la communication médecin-patient

INSUFFISANCE DE L'INFORMATION SUR LES MÉDICAMENTS Une étude québécoise récente de la communication entre les médecins de première ligne et leurs patients montre que la communication d'information sur les médicaments est pauvre à bien des égards². À titre d'exemples, lors d'une nouvelle prescription, le médicament est nommé dans 55,2 % des cas, les instructions afférentes sont données dans 63,9 % des cas, et les effets secondaires abordés uniquement dans 16,5 % des cas. Ces données laissent planer un doute quant à la validité du consentement au traitement donné par les patients.

DIFFÉRENCE DES BUTS DE LA COMMUNICATION

L'insuffisance des renseignements échangés au sujet des médicaments au cours d'une consultation médicale peut s'expliquer par le fait que le médecin se concentre sur la résolution du problème présenté alors que le patient est engagé dans un « processus pragmatique » requérant davantage l'action que la discussion : il veut voir son problème résolu et s'attend à ce que le médecin qu'il consulte à titre de spécialiste dans le domaine lui propose une solution à son problème. Dans un tel contexte, le médecin vise à soutenir la prise du médicament par le patient plutôt qu'à tout tenter pour que ce dernier en ait une compréhension approfondie. L'existence d'un accord implicite entre le médecin

qui offre un type spécifique de service et le patient qui le consulte librement (plutôt qu'une autre ressource) pour ce type de service expliquerait, du moins en partie, pourquoi le médecin donne peu d'information à son patient au sujet du traitement qu'il lui propose.

DIFFICULTÉS DE COMPRÉHENSION DU PATIENT

De plus, même lorsque le médecin donne des renseignements au patient, il ne tient pas toujours compte des barrières psychologiques et des difficultés de compréhension qu'éprouve celui-ci. En effet, le patient retient souvent peu ou mal l'information qu'on lui communique, surtout en situation de stress, comme au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

NIVEAU D'ALPHABÉTISME Par ailleurs, l'analphabétisme, qui touche un million de personnes au Québec, constitue une barrière potentielle à la communication entre médecins et patients puisque ce dernier est intimement lié à la capacité d'un individu à comprendre des renseignements relatifs à la santé. Selon l'Enquête internationale sur l'analphabétisme adulte, 46 % des adultes ne comprennent pas un discours de niveau supérieur à la 6^e année du primaire, soit le niveau minimal requis pour comprendre l'information dans le domaine de la santé⁵. Du quart des personnes ayant une scolarité de niveau secondaire, près de la moitié (49 %) admettent ne pas bien comprendre les propos de leur médecin, tout comme 14 % de celles qui détiennent un diplôme du cégep. D'autres auteurs (Murray et autres, sous presse) estiment que jusqu'à 60 % de la population adulte canadienne n'atteint pas le niveau de littératie en matière de santé nécessaire pour comprendre les concepts utilisés dans ce domaine⁶. Ce phénomène est-il lié aux lacunes du médecin en matière de communication? À son utilisation, en entrevue, d'un jargon médical? À la complexité des problèmes discutés? À l'abondance de l'information à assimiler?

D'autres facteurs s'ajoutent à toutes ces contraintes.

FACTEURS INHÉRENTS À LA PRATIQUE ELLE-MÊME

D'une part, les obstacles à la communication peuvent se situer dans la pratique elle-même. En effet, le lieu de la rencontre médicale (cabinet privé, salle d'urgence, soins intensifs, soins palliatifs), le temps dont dispose le médecin, de même que l'état de santé du patient, sont autant d'éléments qui nécessitent des adaptations de la communication. L'entrevue diffère également selon que le patient est connu ou non du médecin ainsi que selon la nature du problème discuté (maladie

aiguë ou affection chronique; maladie bénigne ou maligne, voire mortelle).

DIFFICULTÉS INTRINSÈQUES AU CONSENTEMENT

D'autre part, certaines difficultés sont intrinsèques à la notion de consentement, notamment: l'incertitude liée au diagnostic et au pronostic; la profusion de renseignements à communiquer; l'absence de balises pouvant aider le médecin à choisir, dans l'ensemble des renseignements dont il dispose, ceux qui aideront son patient à comprendre la situation sans risquer de l'embrouiller; ainsi que le besoin de personnaliser l'information. Étant donné l'ensemble de ces obstacles et exigences, un sérieux doute se pose quant à l'obtention d'un consentement véritablement éclairé au moment de prescrire un médicament.

Dans la majorité des cas de maladie chronique, les conséquences négatives possibles des traitements pharmacologiques à court terme ne sont pas dramatiques, et le traitement peut être interrompu sans que cela n'entraîne des conséquences irréversibles. De plus, le médecin dispose en général du temps nécessaire pour évaluer les bénéfices du traitement, tout en recherchant un consentement éclairé de la part du patient. Le consentement éclairé repose non seulement sur la communication de l'information appropriée par le médecin, mais également et surtout sur la compréhension et la rétention de l'information par le patient en vue de trouver un terrain d'entente, une solution agréée

Le lieu de la rencontre médicale, le temps qu'on y consacre, de même que l'état de santé du patient, sont autant d'éléments qui influent sur l'efficacité de la communication.

STRATÉGIES COMMUNICATIONNELLES

COMPRÉHENSION ET RÉTENTION DE L'INFORMATION

- Évaluer les connaissances du patient sur le ou les médicaments prescrits;
- Porter attention aux indices verbaux et non verbaux indiquant une détresse émotionnelle et prendre cette détresse en considération AVANT de poursuivre;
- Relier, dans la mesure du possible, l'information fournie aux croyances du patient;
- Organiser l'information par catégories explicites en portions faciles à assimiler;
- Choisir le moment approprié pour donner l'information;
- Éviter d'utiliser un jargon médical;
- Utiliser du matériel visuel ou écrit en complément des explications verbales;
- Vérifier la compréhension du patient.

ÉTABLISSEMENT D'UN TERRAIN D'ENTENTE AVEC LE PATIENT

- Chercher à connaître, de façon explicite les questions que le patient se pose, ses appréhensions et les difficultés qu'il entrevoit par rapport au traitement proposé;
- Offrir d'autres choix au patient lorsqu'il exprime des réserves;
- S'assurer que le patient est d'accord avec le traitement proposé;
- Chercher à obtenir du patient un engagement ferme à suivre le traitement recommandé;
- Vérifier les moyens que le patient se donne pour suivre le traitement et prévoir le soutien dont il aura besoin;
- Proposer un suivi précis et parler des prochaines étapes du traitement.

par les deux interlocuteurs. C'est pourquoi il est souhaitable que le médecin utilise des stratégies communicationnelles reconnues pour atteindre ces buts (voir l'encadré « Stratégies communicationnelles »).

Il ne faut jamais perdre de vue que des situations particulières, telles l'annonce d'un nouveau diagnostic, la perte de contrôle de la maladie, l'introduction d'une nouvelle médication ou la découverte d'effets inattendus causés par certains médicaments, créent de l'inquiétude chez le patient et exigent une excellente maîtrise des habiletés de communication de la part du médecin. La sensibilité du professionnel aux réactions du patient confronté à ces situations inédites, qu'elles s'expriment sur un mode affectif ou cognitif, est capitale.

Pendant une rencontre médicale, la discussion d'un traitement oblige le médecin à prendre en compte une multitude de détails. En particulier dans le cas des maladies chroniques, les occasions de discuter du traitement sont nombreuses. Cela devrait revêtir une grande importance stratégique pour le médecin, qui peut alors tenir compte du fait que la rétention et la compréhension des renseignements donnés sont faibles à la suite d'une rencontre unique. La recherche du consentement éclairé peut alors être envisagée davantage comme un processus plutôt qu'un acte ponctuel. Le médecin doit tenter de concilier son expertise et les besoins du patient concernant des traitements en établissant un dialogue avec lui.

Au-delà du consentement, le médecin doit donc chercher à engager le patient dans un dialogue au sujet de son traitement. Il doit l'encourager à devenir un partenaire actif dans le processus d'apprentissage du traitement et d'autoprise en charge. Lorsque le patient sera devenu un partenaire actif et consentant dans la gestion de son traitement, les actes qu'il posera seront, par définition, « éclairés ». ▀

Cet article s'inspire d'un article écrit par les auteurs en collaboration avec le Dr Yvette Lajeunesse, à paraître dans la revue *Éthique publique*.

1. L.E. ROZOVSKY, *The Canadian Law of Consent to Treatment*, Toronto, Butterworths Canada, 1990.
2. C. RICHARD, Y. LAJEUNESSE et M.T. LUSSIER, « Consentement éclairé et médicaments : leurres et lueurs », *Éthique publique* (sous presse).
3. STATISTIQUE CANADA. « Rapport national », *Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes* (EIACA), Ottawa, Statistique Canada, 30 novembre 2005. [En ligne] www.statcan.ca
4. T.S. MURRAY, R. RUDD, I. KIRSCH et autres, *Health Literacy in Canada: The matter in empirical perspective*, Ottawa, Canadian Council on Learning (sous presse).

Consentement et dépistage de masse

L'APS ET LE CANCER DE LA PROSTATE, UN EXEMPLE

Un grand nombre de médecins sont concernés par le dépistage du cancer de la prostate, notamment les médecins de famille. Dans ce contexte, l'obtention d'un consentement comporte des caractéristiques inhérentes au dépistage de masse. Le test est simple, mais les conséquences d'un résultat positif importantes. Le dosage de l'antigène prostatique spécifique doit-il être effectué d'emblée? Le médecin doit-il faire passer un test à tous les hommes qui le lui demandent même s'il ne le juge pas pertinent? La démarche relative au consentement diffère-t-elle lorsque le patient est inquiet? Voici une réflexion toute personnelle sur certaines questions relatives au consentement dans le contexte du dépistage de masse.

Par le Dr Fred Saad, FRCS

Directeur,
Urologie-Oncologie
Centre hospitalier de
l'Université de Montréal
Professeur titulaire
de chirurgie
Titulaire de la Chaire
en cancer de la prostate
Université de Montréal

RARES sont les sujets en médecine qui suscitent autant d'intérêt et de controverse que celui du dépistage du cancer de la prostate. Quand j'étais résident, il y a une vingtaine d'années, le plus souvent on ne diagnostiquait le cancer de la prostate que lorsqu'il était à un stade avancé et incurable. Les symptômes étant peu spécifiques, on établissait le diagnostic à la suite d'un toucher rectal suspect qui menait à une biopsie. Vers la fin des années quatre-vingt, on a découvert que l'antigène prostatique spécifique (APS) permettait de détecter précocement les cancers. Ce test étant sensible, facile à utiliser et peu coûteux, les médecins ont eu l'espoir d'avoir en mains un outil efficace pour diminuer le taux de mortalité.

Mais tout n'était pas si simple. En effet, le cancer de la prostate survient habituellement à un âge où les risques de mourir d'autres causes que de ce cancer sont bien présents. Qui plus est, ce cancer peut évoluer relativement lentement et ne pas nuire à l'espérance de vie. Comme la preuve n'est pas encore faite que le dépistage réduit la mortalité de façon notable, deux écoles de pensée se distinguent quant à l'attitude à adopter.

Selon la première approche, en l'absence de preuve de l'utilité du dépistage, on devrait s'abstenir de l'effectuer. Selon la seconde, comme il n'y a pas de preuve que ce dépistage peut être nuisible, on

devrait faire tout ce qui est possible pour améliorer les chances de diagnostiquer ce cancer à un stade guérissable.

La plupart des guides de pratique demeurent dans une zone grise, ni clairement pour ni clairement contre ce type de dépistage ; ils recommandent plutôt d'en expliquer aux patients les avantages et les inconvénients et d'obtenir leur consentement. En médecine, la meilleure pratique se fonde sur les données scientifiques ; malheureusement, dans ce domaine, elles sont incomplètes.

En définitive, l'attitude du médecin doit, selon moi, être adaptée à la situation particulière de chaque patient.

Des exemples qui illustrent la complexité liée au dépistage

Les exemples décrits ci-dessous montrent à quel point chaque situation exige une solution adaptée à la situation de chacun.

Un patient présentant un ou des facteurs de risque demande un dépistage

Lorsqu'un patient présentant un facteur de risque demande un dépistage du cancer de la prostate, il ne faut pas, à mon avis, le dissuader de recourir au dosage de l'APS. Le médecin doit cependant informer ce patient que, même dans sa situation, la médecine n'a pas actuellement de preuve absolue que le dépistage peut réduire significativement le risque de mourir d'un cancer de la prostate.

Un patient ne présentant aucun facteur de risque demande un dépistage

Lorsqu'un patient ne présentant aucun facteur de risque demande un dépistage du cancer de la prostate, il importe, je pense, de lui donner toutes les explications nécessaires. Une fois qu'il est bien informé de la controverse qui a cours à ce propos, s'il souhaite toujours subir un dépistage, il vaut mieux respecter sa demande. Il me semble en effet imprudent de refuser un test demandé par le patient, car il n'y a pas de preuve non plus que le dépistage ne réduit pas le taux de mortalité.

Un patient présente des symptômes urinaires

Lorsqu'un patient consulte pour des symptômes urinaires et qu'un diagnostic de cancer de la prostate pourrait influencer sur la conduite médicale à tenir (par exemple s'il a une bonne espérance de vie), je recommande le dosage de l'APS. Ce patient devrait tout de même être informé que ce test est utilisé, dans son cas, dans le but d'éliminer le diagnostic de cancer pour l'établissement du plan

de traitement. Le médecin doit également l'informer que, si le dosage est anormal, il devra subir d'autres examens, soit une échographie et des biopsies.

Un patient qui se présente pour un examen médical périodique

Dans le cadre d'un examen médical périodique, la décision de faire le dépistage revient au patient, mais elle est souvent influencée par l'opinion du médecin de famille. Certains médecins remettent en question le fait même d'aborder le sujet avec le patient. Je préfère, quant à moi, lui proposer de faire une réflexion sur la question.

Divers organismes, tel le Collège des médecins¹, offrent aux hommes de l'information qui peut les aider à prendre leur décision.

Mon attitude personnelle

En tant qu'urologue spécialisé dans le cancer de la prostate et voyant régulièrement des gens en mourir, j'ai un point de vue subjectif concernant le dépistage, et cela teinte évidemment mon approche. Est-ce que je propose pour autant le dépistage à tous mes patients ? Absolument pas ! Un patient qui ne présente aucune plainte concernant son système urinaire et qui a une espérance de vie réduite, soit moins de 10 ans, n'est pas, à mon avis, un bon candidat au dépistage. En revanche, je propose généralement une évaluation du risque du cancer de la prostate à un patient qui me consulte pour des symptômes urinaires bas¹.

Est-ce que je recommande les mêmes examens pour toute élévation de l'APS ? Absolument pas ! Le bilan complémentaire d'un examen anormal dépendra de l'espérance de vie, du risque significatif de cancer selon le niveau d'APS et le degré d'inquiétude du patient. Est-ce que tous les patients qui subissent des biopsies suivront un traitement ? Non plus ! Ici encore, la décision de traiter ou non et le type de traitement choisi dépendent des caractéristiques de chaque patient.

La recherche fondamentale doit venir en aide au programme de dépistage en permettant, par exemple, d'identifier des marqueurs d'agressivité du cancer. Le problème, ce n'est pas de dépister, mais bien de savoir quels cancers doivent être traités et de quelle façon.

Comme le cancer de la prostate est un problème majeur pour ce qui est de la morbidité et de la mortalité, la solution ne consiste certes pas à éviter le sujet du dépistage. Les médecins sont plutôt appelés à tenter d'améliorer le pronostic de cette maladie dans une société où les hommes peuvent vivre de plus en plus longtemps. ▀



Le problème, ce n'est pas de dépister, mais bien de savoir quels cancers doivent être traités et de quelle façon.

1. On peut obtenir divers renseignements sur le dépistage du cancer de la prostate dans le site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca) en entrant le mot « prostate » dans le moteur de recherche accessible sur la page d'accueil.

L'expression du consentement, au cœur de la relation médecin-patient

Le médecin a un rôle de premier plan à jouer en ce qui a trait à la communication de l'information devant être fournie au patient et à l'obtention de son consentement libre et éclairé. S'il est habitué à jouer ce rôle dans la majorité des situations, où les soins sont requis par l'état de santé des patients, il devient plus délicat de le faire lorsque les soins sont non requis ou donnés en situation d'urgence.

Par la Direction
des enquêtes

Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Code civil du Québec (art. 10)¹

Dans le domaine médical, le consentement est « l'approbation par le patient des prescriptions que lui propose le médecin après que celui-ci en ait expliqué de façon simple, compréhensible et loyale les motifs, les risques éventuels et les modalités². » Ce principe a été intégré dans le *Code de déontologie des médecins* :

Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal un consentement libre et éclairé. (art. 28)

Les soins devant faire l'objet du consentement concernent tant la santé physique que la santé mentale d'une personne : il peut s'agir d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention, ou encore concerner l'hébergement dans un établissement de santé québécois.

Le consentement doit être donné par une personne apte à consentir, qui a l'âge requis pour le faire ou, à défaut, par un représentant légal qui consent à sa place³.

La responsabilité du médecin pour un consentement libre et éclairé

Le consentement doit être libre de toute contrainte. Évidemment, le médecin évitera d'exercer lui-même toute pression indue visant à influencer sur le caractère volontaire du consentement exprimé. En accordant au patient le temps dont il a besoin pour prendre une décision réfléchie, il évite d'obtenir un consentement hâtif, donné sous le coup de l'émotion.

Le *Code de déontologie des médecins* insiste sur le devoir du médecin de communiquer toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée. Plus particulièrement, le *Code* précise :

Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. (art. 29)

Le médecin doit notamment informer le patient du diagnostic, des diverses options, des modalités selon lesquelles les soins pourraient être dispensés, des avantages et des risques du traitement envisagé ainsi que des solutions de remplacement possibles. À cet égard, il a l'obligation déontologique de maintenir à jour ses connaissances :

Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales les plus élevées possibles ; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés. (art. 44)

Par ailleurs, non seulement le médecin fournira-t-il les renseignements pertinents à son patient, mais il s'assurera qu'il les comprend. En effet, la façon dont un patient assimile les renseignements qu'on lui donne ne dépend pas que de lui, mais aussi du contexte dans lequel il les reçoit. Il est donc important que le médecin adapte les renseignements qu'il communique en fonction, notamment, des caractéristiques et de l'état de la personne à qui il s'adresse.

Le défi de la relation thérapeutique consiste à trouver un juste équilibre entre ce que le médecin estime être le bien du patient conformément à l'évaluation médicale qu'il fait de sa condition et le respect de l'autonomie du patient quant aux options qui lui sont offertes. Le consentement est un processus dynamique, et il peut être révoqué verbalement en tout temps, même s'il s'agit d'un consentement écrit.

Soins requis ou non requis ?

Afin de bien saisir le type d'information à communiquer et de consentement à obtenir, il est important de faire la distinction entre les soins qui sont requis par l'état de santé et les soins qui ne le sont pas, soit ceux qui sont prodigués pour des raisons autres que médicales ou qui sont consentis dans le but d'aider la société ou un individu en particulier.

Lorsqu'il est question de soins requis par l'état de santé — soit la plupart des traitements —, le médecin doit donner toute l'information sur les avantages et les risques. Comme les avantages l'emportent souvent sur les risques, le consentement peut être verbal⁴, voire implicite. Mais qu'en est-il du consentement pour les soins d'urgence ou encore ceux qui ne sont pas requis, tels les soins à visée esthétique ou prodigués dans un cadre de recherche?

En cas d'urgence

En cas d'urgence, le consentement n'est pas requis lorsque la vie de la personne est en danger, que son intégrité est menacée ou qu'il ne peut être obtenu en temps utile. Le *Code de déontologie* est clair :

Le médecin doit porter secours et fournir les meilleurs soins possibles à un patient lorsqu'il est vraisemblable de croire que celui-ci présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate. (art. 38)

Lorsque les circonstances urgentes ne permettent pas au médecin de fournir toute l'information nécessaire, seuls les soins qui sont requis peuvent être administrés sans autre formalité.

Les soins à visée esthétique

Dans le domaine des soins à visée esthétique, l'obligation d'informer est encore plus importante que dans le cadre des soins requis par l'état de santé. Il est alors primordial que le médecin explique au patient les risques inhérents au traitement et tous ceux susceptibles de survenir, même rarement. Lorsque le médecin utilise une modalité thérapeutique existant depuis peu ou qui est novatrice, il doit aussi informer du caractère nouveau du traitement et de la possibilité que des effets indésirables ou des complications non connues surviennent éventuellement.

La recherche

Le médecin qui effectue de la recherche sur des personnes doit d'abord obtenir l'approbation de son projet par un comité d'éthique de la recherche et respecter son *Code de déontologie* (art. 30 et 31) en ce qui a trait à l'obtention du consentement des sujets de recherche.

Lorsqu'un protocole⁵ est modifié de façon significative, il faut aussi obtenir à nouveau le consentement de chaque personne participant à cette recherche. L'information à fournir au patient doit comprendre une description des avantages que comporterait la prestation des soins usuels, le cas échéant.

Comme pour tous les soins qui ne sont pas requis par l'état de santé, le médecin devra s'assurer d'avoir obtenu le consentement écrit du patient ou du représentant légal du patient inapte ou du mineur⁶.

Au-delà de la bienfaisance

Le consentement exprimé par le patient est une condition préalable au respect et à l'expression de son autonomie. Sans un apport substantiel du médecin dans la mise en œuvre de la plupart des plans de traitement destinés aux patients, cette autonomie demeurera théorique et peu opérationnelle. C'est pourquoi il est si important que le médecin non seulement respecte ses obligations déontologiques liées au consentement, mais qu'il entretienne avec son patient une relation de qualité, favorisant ainsi un véritable partage d'information. ▀

1. Certaines exceptions légales ne sont pas abordées dans cet article, notamment en ce qui concerne la garde en établissement, l'administration du test d'alcoolémie et les maladies à traitement obligatoire.
2. GARNIER DELAMARRE, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, Paris, Éditions Maloine, 2004 (définition Consentement éclairé).
3. Les articles 11 et suivants du *Code civil du Québec* précisent certaines règles relatives au consentement du mineur et du majeur inapte. Des dispositions particulières régissent également le consentement aux soins dispensés dans un établissement de santé, conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (art. 8 et suivants).
4. Dans le cas d'une anesthésie ou d'une intervention chirurgicale effectuées dans un établissement de santé, le médecin doit obtenir un consentement écrit, conformément au *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*.
5. Ce protocole doit être conforme aux exigences prévues aux articles 19 et suivants du *Code civil du Québec*.
6. C.c.Q., art. 18 et 24.

La façon dont un patient assimile les renseignements qu'on lui donne ne dépend pas que de lui, mais aussi du contexte dans lequel il les reçoit.



LE D^r FRÉDÉRIC-SIMON HOULD

Le consentement éclairé : une question de respect et d'humanité

« Si je savais qu'à cause de mon silence un patient est mort sans avoir dit au revoir à son conjoint ou à ses enfants, je ne me le pardonnerais pas. J'aurais l'impression de lui avoir volé quelque chose. » Personne n'est plus convaincu de l'importance du consentement éclairé que le D^r Frédéric-Simon Hould. À titre de membre du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Laval de Québec mais aussi, peut-être surtout, en raison de sa spécialité : la chirurgie bariatrique.

Par Danielle Stanton
Journaliste indépendante

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE vise à traiter l'obésité morbide par l'ablation d'une partie de l'estomac et la dérivation des enzymes digestives produites par le foie et le pancréas. « Une personne décide de s'y soumettre pour diminuer ses nombreux problèmes de santé et améliorer sa qualité de vie, parfois presque inexistante, explique le D^r Frédéric-Simon Hould, chirurgien à l'Hôpital Laval. Souvent, la chirurgie est son dernier espoir. » La technique chirurgicale utilisée dans cet hôpital depuis le début des années quatre-vingt-dix a la particularité de modifier la fonction normale de certains organes. Elle comporte d'immenses avantages, mais aussi des risques et des effets à long terme. Un rapport coûts-bénéfices complexe qui doit être expliqué le plus clairement possible aux patients. L'équipe de l'Hôpital Laval y parvient en s'appuyant sur son expertise en matière de consentement éclairé. Certains diront que le consentement au traitement va de soi dans le cas d'une intervention majeure telle que la chirurgie bariatrique, mais que l'enjeu est moins grave quand il s'agit de prescrire des anti-inflammatoires. « Le patient devrait toujours être mis au courant de ce qui peut l'attendre », soutient le D^r Hould. Les patients ont le droit de décider eux-mêmes, et en pleine connaissance de cause, de se soumettre ou non à un traitement médical.

En se fondant sur son expérience personnelle, il ajoute : « Un médecin ne peut jamais présumer de la décision de son patient. J'ai subi il y a quelque temps une correction de la myopie au laser. L'ophtalmologiste m'a prévenu du risque de perte de la vue et a même précisé que, si cela se produisait, mes assurances ne me rembourseraient pas parce que ce type d'opération n'est pas requis

sur le plan médical. Comme mes yeux sont essentiels à mon travail, l'intervention n'était pas "raisonnable". J'ai décidé de me faire opérer, en sachant ce qui m'attendait peut-être. Mon médecin m'avait bien informé : la décision m'appartenait. »

S'arroger le droit de décider à la place des patients est non seulement une faute professionnelle mais un comportement égoïste et non éthique. Manque de temps, difficulté à bien communiquer des notions pointues, crainte d'apeurer... selon le D^r Hould, aucune excuse n'est valable. « C'est une question de respect et d'humanité. »

« Vous, Docteur, que feriez-vous à ma place ? »

Dès l'instant où un patient entre dans le cabinet du D^r Hould ou d'un de ses collègues chirurgiens, une procédure bien rodée s'enclenche.

« Nous prenons le temps de tout expliquer, en commençant par le 1 % de risque de mortalité, dit le médecin. À la personne qui répliquerait "Bof, j'ai donc 99 % de chances de m'en sortir !", ma réponse est simple : "Si je mets 100 noms dans un chapeau, je peux très bien tirer le vôtre. Comprenez-vous mieux ce que signifie 1 % ?" »

Chaque patient quitte le cabinet avec un livret qui résume tout ce qu'il faut savoir sur la chirurgie bariatrique, schémas à l'appui. « Nous les informons aussi des avantages et des inconvénients des autres types d'interventions qui s'effectuent ailleurs, pour qu'ils puissent comparer », ajoute le chirurgien.

De plus, les membres de l'équipe — des chirurgiens, des infirmières et des nutritionnistes, entre autres — organisent régulièrement des rencontres d'information sur divers aspects de l'intervention chirurgicale, telles les étapes préopératoires, les consignes postopératoires et l'alimentation. Des personnes qui ont subi cette opération y participent pour témoigner de leur expérience. « Nous fournissons aussi les coordonnées des groupes de soutien et des forums auxquels les patients peuvent se joindre dans Internet. »

Frédéric-Simon Hould rencontre à nouveau ses patients six mois avant la date prévue de l'intervention, dont le délai moyen est de plus ou moins trois ans. « Pour vérifier s'ils ont lu le livret et bien compris la nature de l'opération, je leur demande de me l'expliquer dans leurs mots. Donner beaucoup d'information ne suffit pas. Il faut vérifier si la personne en saisit bien la portée. » À la suite de cette rencontre, une infirmière de l'équipe revoit chaque étape de l'intervention avec le patient.

Le stress ou l'inquiétude peuvent nuire à la compréhension. Sans compter qu'un mot n'a pas forcément le même sens pour tout le monde,



convient le médecin. « Vous voulez rénover votre cuisine, et un expert vous propose le style italien. Il se peut que vous refusiez d'emblée de crainte que le nouvel aménagement soit chargé et lourd, alors que le décorateur a plutôt en tête un design moderne extrêmement épuré ! Un mot, deux réalités. C'est un piège que nous devons éviter. »

Le spécialiste en est bien conscient : le consentement implique la collaboration du patient. « Certains souhaitent en savoir le moins possible, par crainte d'être effrayés. Je ne me gêne pas pour insister : "Vous avez une décision importante à prendre. Je veux que vous la preniez en connaissance de cause." D'autres posent la question classique : "Vous, Docteur, que feriez-vous à ma place ?" Je n'y suis justement pas, à leur place, et je ne connais pas leur vie. Eux seuls peuvent décider. Et nous leur laissons tout le temps nécessaire. »

Vient le moment de l'hospitalisation. Celui où le patient devra consentir par écrit à subir l'intervention. Ou non. « Le consentement habituel, de quelques lignes, est trop succinct, affirme Frédéric-Simon Hould. Le patient donne son accord, mais à quoi au juste ? Nous sommes loin du consentement éclairé. Nous avons donc conçu un formulaire détaillé qui tient en deux pages. Tout y est indiqué, y compris la mention que les coûts d'une intervention en chirurgie plastique, parfois requise après une perte de poids importante, ne sont pas toujours couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec. »

En toutes circonstances, le patient a la liberté de choix. Même la veille de l'opération, le chirurgien doit le rassurer : s'il décide de ne plus se faire opérer, personne ne l'en empêchera. Exceptionnellement, il arrive que certains changent d'idée. « L'imminence du risque provoque parfois une prise de conscience. Une réaction aussi tardive, ce n'est évidemment pas l'idéal, convient le médecin. Mais elle nous démontre clairement la pertinence de notre mode de fonctionnement. »

Les comités d'éthique de la recherche, une bonne école

Être membre du comité d'éthique de la recherche de son hôpital a contribué à aiguïser la vigilance du Dr Frédéric-Simon Hould relativement à la notion de consentement éclairé. « Quand on entre dans le territoire des protocoles de recherche, on change d'univers. Les patients acceptent de leur plein gré de se soumettre à un nouveau traitement ou de prendre un nouveau médicament, parfois uniquement pour l'avancement de la science. Il faut en tenir compte et agir de façon responsable. »

En pratique clinique, le médecin ne parle pas au patient d'un risque qui serait inférieur à 1 %.

« En recherche, c'est différent, souligne le médecin. Même si le risque est de 1 sur 1000, les patients ont le droit de savoir. Leur participation étant volontaire, ils ne doivent surtout pas courir de risques indus. Certains chercheurs nous trouvent pointilleux. Ils craignent de perdre des participants. En fait, nous avons constaté à plusieurs reprises que les médecins qui se soucient peu du consentement dans leur pratique quotidienne ne le feront pas plus en recherche. Sur le plan éthique, ce comportement est inquiétant. »

Pourtant, le soin qu'on met à informer les participants à une recherche devrait servir de modèle dans la pratique clinique, croit-il. « Non seulement sommes-nous loin de cet idéal, nous n'approchons pas de ce qui serait simplement souhaitable. »

Le Dr Frédéric-Simon Hould en est persuadé : une démarche de consentement menée avec soin est avantageuse pour tout le monde. « Des patients bien informés collaborent mieux et s'investissent davantage avant, pendant et après un traitement. Parce qu'ils en connaissent les enjeux. C'est d'autant plus vrai dans le cas d'une intervention délicate, par exemple en chirurgie bariatrique ou cardiaque.

Pendant, la motivation profonde du chirurgien, celle qui le pousse à respecter l'intelligence et la capacité de décision de la personne devant lui, il la puise ailleurs. « J'imagine mon père ou ma mère. Est-ce que je voudrais que quelqu'un fasse à leur place des choix qui les concernent ? À partir de là, je sais ce que j'ai à faire. »

« DES PATIENTS BIEN INFORMÉS COLLABORENT MIEUX ET S'INVESTISSENT AVANT, PENDANT UN TRAITEMENT. QU'ILS EN

BIEN INFORMÉS ET DAVANTAGE ET APRÈS PARCE CONNAISSENT LES ENJEUX. »

L'EXAMEN m é d i c a l PERIODIQUE de l'adulte

Atelier visant à permettre aux médecins d'intégrer à la consultation et au suivi du patient adulte des pratiques cliniques préventives fondées sur une approche raisonnée et sur des données probantes

Offert sans frais à des groupes de 15 à 30 médecins dans toutes les régions du Québec.

POUR METTRE SUR PIED UNE ACTIVITÉ,
COMMUNIQUER AVEC :

Chantale Lévesque

Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec

TÉLÉPHONE

Montréal : 514 933-4441, poste 5289

Extérieur de Montréal : 1 888 633-3246, poste 5289

TÉLÉCOPIEUR

514 933-4668

COURRIEL

clevesque@cmq.org

*Cette activité sans frais
est rendue possible
grâce à des subventions
non restrictives
à l'éducation de :*

**AstraZeneca,
Merck Frosst,
Pfizer,
sanofi aventis**

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 
Santé publique

Université 
de Montréal

Faculté de médecine
Formation professionnelle continue



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*



« Consentir aux soins »

English version page 28

© Paul Labelle Photographie



LE THÈME DE CE NUMÉRO DU BULLETIN s'inscrit au cœur même de la relation entre le médecin et le malade. Le consentement aux soins est une démarche qui permet d'établir entre les deux une entente, voire une alliance, concernant le plan de traitement. Dans un premier temps, le médecin informe le patient du résultat de son évaluation médicale, du ou des diagnostics qu'il a posés et, selon les critères médicaux les plus objectifs possibles, du plan de traitement individualisé qu'il lui propose. À l'aide de cette information et à partir de critères forcément teintés de subjectivité, le patient prend ensuite une décision quant à l'application du plan de traitement proposé, et ce, de la façon la plus libre et la plus éclairée possible. Pour parvenir à une telle entente, il est essentiel que la communication soit réciproque.

Cependant, la communication a ses limites, et plusieurs situations l'illustrent bien. Il n'est pas toujours possible et facile d'atteindre un consensus. Les chartes des droits et libertés reconnaissent au patient le droit de décider des soins pour lui-même, incluant le droit de refuser un traitement de façon libre et éclairée. Au Québec, même lorsque le patient est jugé inapte à consentir, la loi confère à son représentant légal, à ses proches ou aux tribunaux, et non aux médecins, le droit de décider dans son intérêt. Le médecin a toujours, quant à lui, le devoir déontologique d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant légal, en facilitant sa prise de décision grâce à des explications pertinentes, ainsi que de lui proposer et de lui prodiguer les soins les plus appropriés.

Que faire lorsque le patient ou — situation plus complexe encore — le représentant légal ou les proches d'un patient considéré comme inapte exigent des interventions que le médecin juge inappropriées ou préjudiciables à cette personne? Qui est habilité à décider ultimement? Ici comme ailleurs, le législateur, inspiré par la prudence, demeure muet à ce sujet. C'est alors que surgissent les demandes de traitements futiles ou d'acharnement thérapeutique; les demandes de mort assistée et d'euthanasie posent la question de façon encore plus crue. La réflexion que mène actuellement le groupe de travail en éthique clinique du Collège des médecins sur ce vide juridique devrait mener à l'éclaircissement de certains des aspects les plus délicats et sera rendue publique dans un énoncé de position qui paraîtra en 2007.

Et que faire encore lorsque l'intervention proposée par le médecin est incertaine? Dans ce cas, ce n'est pas tant la qualité de la communication entre le médecin et le patient qui est déficiente, mais les connaissances médicales. Seule la recherche peut améliorer ces connaissances. Dans des situations d'incertitude, les médecins ont-ils d'autre choix que de laisser au patient le fardeau de prendre la décision? Dans l'incertitude, la qualité de la communication entre le médecin et le patient retrouve tout son sens.

Bien informer, d'une part, et comprendre les bénéfices, les limites et les effets secondaires des interventions proposées, d'autre part, c'est là tout le défi du consentement aux soins. C'est là aussi que réside tout le mystère de la rencontre du patient et de son médecin.

Le secrétaire,

Yves Robert, M.D.

La création des CSSS rend-elle obligatoire l'étude des décès en soins de longue durée ?

Doit-on étudier tous les décès survenus dans les centres de santé et de services sociaux, plus particulièrement ceux qui regroupent un très grand nombre de lits d'hébergement ? Le Collège des médecins souhaite répondre aux nombreuses questions que soulève la nouvelle organisation des soins dans ce domaine.



Par les D^r Pierre Racette
et Marcel Provost
Direction
de l'amélioration
de l'exercice

L'ÉTÉ 2004, de nombreux établissements de santé québécois se regroupent pour former les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Sont alors réunis sous une même instance des établissements poursuivant des missions différentes :

- les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), qui offrent des services diagnostiques et des soins généraux et spécialisés ;
- les centres locaux de services communautaires (CLSC), qui fournissent en première ligne des services de santé et des services sociaux courants ;
- les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), qui offrent l'hébergement et les soins de longue durée.

Certains de ces nouveaux CSSS ne comportent toutefois aucun centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ; seuls des CLSC et des CHSLD les constituent.

Tous les médecins de chaque centre composant le CSSS sont réunis au sein d'un « nouveau » conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) mis en place pour contrôler et apprécier les actes médicaux, pharmaceutiques et dentaires effectués dans leurs établissements.

La nouvelle organisation change-t-elle les paramètres ?

En raison de cette nouvelle organisation, plusieurs CMDP se demandent s'ils ont l'obligation d'étudier tous les décès des différents centres des CSSS. La tâche est considérable, notamment pour les CSSS qui comptent plusieurs centaines de lits de soins de longue durée et peu de médecins.

Selon le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (ROAE), qui n'a pas encore été modifié de façon à tenir compte des CSSS, seul le CMDP des CHSGS a l'obligation d'étudier tous les décès (art. 105, 6^o). Le règlement ne spécifie pas le type de dossiers qui doivent être évalués dans les CHSLD et les CLSC ; il souligne simplement que le CMDP doit « voir au contrôle et à l'appréciation des actes médicaux du centre » (art. 81).

Par conséquent, tant que la réglementation portant sur l'organisation et l'administration des établissements ne sera pas modifiée, le CMDP des CSSS comprenant un CHSGS a l'obligation d'étudier tous les décès survenant dans les secteurs de soins généraux et spécialisés. En ce qui concerne les centres ayant une mission d'hébergement et ceux de soins de première ligne, le CMDP a l'obligation de mettre en place un programme de contrôle et d'appréciation des actes médicaux sans spécification précise eu égard à l'étude des décès.

Les visites d'inspection professionnelle dans certains établissements ont permis au comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec de constater que les CMDP étudient généralement tous les dossiers de décès, mais le plus souvent sans objectif précis et parfois avec un long retard. Dans la majorité des centres, les médecins se partagent les dossiers de décès et les étudient un à un, selon une approche implicite. Les résultats de l'étude effectuée se traduisent le plus souvent par une longue liste de numéros de dossiers dits « conformes », occasionnellement accompagnée d'une question ou d'un commentaire concernant un ou deux dossiers. Par rapport à l'énergie investie, les médecins tirent peu d'information et de conclusions de cet exercice essentiel, qu'ils considèrent avant tout comme une obligation réglementaire.

Évaluation des décès : un modèle suggéré en CHSLD

Même si l'étude des décès en CHSLD n'est l'objet d'aucune obligation réglementaire, le Collège accorde depuis toujours une grande importance à cette évaluation, surtout si celle-ci est effectuée à l'aide d'objectifs précis, comme il le préconise, et qu'elle permet de dégager des conclusions générales pouvant améliorer la qualité de l'exercice¹.

Le Collège préconise que soit mis en place, dans les CHSLD, un modèle d'évaluation dont l'objectif premier est l'amélioration des soins fournis aux malades et qui permet au CMDP de remplir sa fonction de surveillance de l'exercice.

Les décès non prévus ou accidentels, ou encore ceux découlant d'un événement particulier devraient être tous étudiés de façon individuelle en ce qui a trait à la qualité de l'exercice et à la tenue des dossiers.

Les autres dossiers devraient être regroupés et étudiés selon des objectifs particuliers, par exemple le traitement de la douleur, les soins en fin de

vie, la concordance entre le niveau d'intervention médicale et le niveau de soins administrés, la pertinence des transferts en soins aigus. Les décès peuvent aussi être regroupés et étudiés selon l'angle de l'investigation ou du traitement de certaines affections fréquentes, telles la pneumonie d'aspiration, les infections urinaires asymptomatiques, etc.

L'analyse des résultats et les conclusions découlant de ces études devraient mener à des mesures concrètes visant l'amélioration de la qualité de l'exercice dans l'établissement.

Enfin, il ne faut pas limiter le contrôle et l'appréciation des actes médicaux aux seuls décès. Les soins courants doivent aussi faire l'objet d'une évaluation, par exemple la polymédication, l'administration de benzodiazépines à longue action, l'utilisation des examens complémentaires. ▀

1. CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La gestion de la qualité de l'exercice professionnel en établissement*, Corporation professionnelle des médecins du Québec, Montréal, 1994, 86 p.

Indicateurs en transplantation cardiaque chez l'adulte

Par le Dr Marc Billard

Direction de l'amélioration de l'exercice

Sur une période s'étalant du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2005, le comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins, par l'entremise de son sous-comité de transplantation, a procédé à une étude par indicateurs en transplantation cardiaque chez l'adulte. Cette étude a permis de constater que la pratique dans les centres québécois est conforme aux normes internationales. De plus, les résultats ont mené les centres participants à une meilleure harmonisation de leurs pratiques.

Du début à la fin de la collecte des données, l'étude par indicateurs a pu tirer profit de l'entière collaboration des trois centres de chirurgie cardiaque adulte du Québec. Les résultats respectifs ont été comparés à la moyenne des résultats obtenus pour l'ensemble des trois centres et ils ont par la suite été transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de chaque centre.

Au total, 110 transplantations cardiaques ont été effectuées au cours de cette période de trois ans, chaque centre en ayant réalisé de 9 à 16 par année. Les donneurs étaient âgés de 37 ans en moyenne, contre 51 ans pour les receveurs. Pour ce qui est du temps d'ischémie froide lors des transplantations, il était à peu près équivalent dans les trois milieux, avec une médiane à 147 minutes. Lorsque documentée, la fraction d'éjection du ventricule gauche (un an après la greffe) variait très peu, se situant à plus ou moins 61 %.

Le taux de survie à un an des patients québécois était de 80 % pour la période étudiée. Comparativement, il était de 84 % dans tout le Canada pour les années 1991 à 2000¹, et de 85 % dans les centres participant au registre de l'International Society for Heart and Lung Transplantation pour les années 2000 à 2005.

Pour quelques-uns des indicateurs, des différences sont apparues entre les trois milieux, entre autres la classification selon l'urgence, l'utilisation du cœur mécanique avant la greffe, le taux de décès à court terme (< 30 jours) et la survie à un an.

Les résultats de l'évaluation par indicateurs doivent toutefois être interprétés avec prudence, puisque le nombre d'interventions



est restreint. Les différences observées peuvent être attribuables à plusieurs facteurs. La communication des résultats aux trois centres a suscité de nombreuses discussions et amené ces derniers à harmoniser leur pratique dans un but d'équité et d'amélioration.

Le sous-comité de transplantation est très satisfait du tableau global et du fait que ces indicateurs ont permis un tel rapprochement entre les centres participants. Il souhaite que leurs échanges se poursuivent pour le plus grand bénéfice de tous. ▀

1. Registre canadien des insuffisances et des transplantations

La transmission de l'information médicale sur les accidentés de la route perd son caractère confidentiel

En novembre 2005, l'article 83.15 de la *Loi sur l'assurance automobile* a été modifiée dans la foulée des modifications apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) en matière de transmission de l'information clinique. Ainsi, la Société de l'assurance automobile peut obtenir de tout établissement ou professionnel des rapports sur des personnes accidentées de la route sans l'autorisation de ces personnes.

De fait, l'article 19 de la LSSSS a été modifié (projet de loi n° 83) en fonction d'autoriser la communication ou l'utilisation de renseignements personnels compris dans le dossier médical, sans le consentement des personnes concernées, lorsque cela est nécessaire à l'application d'une loi, notamment. ▀

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

Le conseil d'administration a tenu une réunion ordinaire le 2 juin 2006.

Le comité de direction a tenu deux réunions ordinaires, les 21 juin et 30 août 2006, et deux réunions extraordinaires, les 2 juin et 13 juillet 2006.

À l'agenda

**LE PROCHAIN COLLOQUE
DU COLLÈGE DES MÉDECINS**
LE 11 MAI 2007, À MONTRÉAL

LA MÉDECINE VIT-ELLE UN CHOC DES GÉNÉRATIONS ?

Comme dans d'autres milieux de travail, en médecine, les différences de valeurs d'une génération à l'autre influent sur l'organisation du travail et la vie professionnelle.

Le 11 mai 2007, au Centre Mont-Royal de Montréal, le colloque du Collège des médecins sera l'occasion d'échanger sur la façon d'optimiser le potentiel des nouveaux médecins et de maintenir l'offre de services dans le respect de nouvelles valeurs.

Accès à l'information des ordres professionnels

La confidentialité des renseignements personnels est maintenue

Le gouvernement ayant adopté le projet de loi qui assujettira les ordres professionnels aux lois d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels, le Collège des médecins a déjà entrepris les procédures nécessaires pour s'y conformer.

Lorsque les dispositions concernant les ordres professionnels entreront en vigueur, en septembre 2007, les documents ayant trait à la protection du public seront accessibles sur demande, à l'exception des renseignements personnels. Les renseignements contenus au dossier professionnel continueront donc d'être confidentiels, à moins que le médecin concerné n'en autorise la divulgation, comme c'est le cas pour le certificat de conduite professionnelle. Les dossiers constitués par le syndic relativement à un médecin demeureront quant à eux confidentiels jusqu'au dépôt éventuel d'une plainte devant le comité de discipline.

Gestion des priorités en électrophysiologie

Compte tenu des avancées scientifiques en cardiologie tertiaire, plus particulièrement dans le domaine de l'électrophysiologie, et sous la recommandation du Réseau québécois de cardiologie tertiaire, le comité administratif du Collège des médecins a décidé de retirer l'énoncé de position *La gestion de l'accès aux services en cardiologie tertiaire : pour une approche intégrée*, publié en 2005. Il a également entériné la nouvelle grille de priorités proposée par l'organisme¹.

1. Les médecins concernés par ces questions sont invités à consulter la mise à jour du rapport présenté, en mai 2005, au ministère de la Santé et des Services sociaux par le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (rqct.qc.ca) : *L'électrophysiologie cardiaque – Évaluation des besoins en électrophysiologie cardiaque – Tendances et projections. Mise à jour de juin 2006.*

Pour le respect de l'orientation sexuelle des patients

La recherche ayant montré des liens entre l'orientation sexuelle et certains problèmes de santé physique ou mentale, il est devenu nécessaire d'outiller les médecins afin qu'ils puissent intervenir de façon adéquate auprès de patients d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

Le Collège des médecins s'associe à l'Institut national de santé publique du Québec et au Centre de formation professionnelle continue de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal pour mettre sur pied un atelier à l'intention de ses membres afin d'améliorer la qualité des soins médicaux offerts aux personnes homosexuelles ou bisexuelles qui craignent les réactions négatives des médecins.

Bientôt un règlement sur l'administration et la régie interne du Collège

En février 2005, les administrateurs du Collège des médecins faisaient de nombreuses recommandations en vue de modifier le modèle de gouvernance de l'organisme et, par conséquent, les règles relatives au fonctionnement du Bureau, du comité administratif et de l'assemblée générale des membres.

Afin d'actualiser ces recommandations, les administrateurs ont adopté, en juin dernier, un projet de règlement qui reconnaît, notamment, l'importance pour les membres du Bureau d'adhérer aux principes éthiques¹ adoptés par le Collège en décembre 2002 dans la foulée de l'entrée en vigueur de la refonte du *Code de déontologie*. Ce projet de règlement consacre également la décision de rendre publiques les assemblées générales, comme c'est le cas depuis 2003. Le projet de règlement devrait être bientôt publié à la *Gazette officielle du Québec* et entrer en vigueur peu après.

1. collegedesmedecins.qc.ca, section Structure administrative : *Principes éthiques des administrateurs, employés et mandataires*

Par Geneviève Létourneau, B. Pharm., pharmacienne
 Révision scientifique : Yip Lann Chau, B. Pharm. M. Sc., pharmacienne
 Centre d'information pharmaceutique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Actée à grappes noires et toxicité hépatique

L'actée à grappes noires (*black cohosh*, *Cimicifuga racemosa*) est traditionnellement utilisée pour atténuer les symptômes de la ménopause. Plusieurs cas de toxicité hépatique (au moins 49) que l'on soupçonne d'être liée à son ingestion ont été rapportés au niveau international^{1,2}. Les anomalies des tests de fonction hépatique², divers types d'hépatite^{1,2} et une insuffisance hépatique ayant entraîné une transplantation du foie¹ font partie des réactions signalées. Certaines réactions graves ont été observées moins de un mois après le début de la prise du produit.

À l'heure actuelle, le lien de causalité entre la prise d'actée à grappes noires et la toxicité hépatique ne peut être établi avec certitude en raison de l'insuffisance de données² ou de la présence de facteurs confondants¹.

Il est donc important de demander à tous les patients présentant des symptômes de dysfonction hépatique s'ils utilisent des produits de santé naturels, et notifier à Santé Canada tout cas d'hépatotoxicité que l'on soupçonne d'être liée à la prise d'actée à grappes noires.

1. ADVERSE DRUG REACTIONS ADVISORY COMMITTEE, « Hepatotoxicity with black cohosh », *Australian Adverse Drug Reactions Bulletin*, vol. 25, n° 2, avril 2006, p. 2. [En ligne], <http://www.tga.gov.au/adr/aadrb/aadr0604.pdf> (page consultée le 10 mai 2006).
2. C. SHEEHY, M. MURTY et K. PILON, « Actée à grappes noires : déclarations internationales de toxicité du foie », *Bulletin canadien des effets indésirables*, vol. 15, n° 3, juillet 2005, p. 2. [En ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/carn-bcei_v15n3_f.pdf (page consultée le 10 mai 2006).

Perforation utérine et dispositif intra-utérin libérant du lévonorgestrel

Le dispositif intra-utérin (DIU) Mirena^{MD} est constitué d'une armature de polyéthylène ayant la forme d'un T, dont la tige verticale est entourée d'un réservoir cylindrique qui libère du lévonorgestrel une fois inséré dans l'utérus¹. La monographie du Mirena¹ et le Consensus canadien sur la contraception² soulignent que le DIU libérant du lévonorgestrel doit être inséré au moins six semaines après l'accouchement.

Selon une étude prospective à long terme portant sur le Mirena, le taux de perforation utérine serait de 0,9 pour 1000 insertions³.

Santé Canada fait quant à lui mention, dans le *Bulletin canadien des effets indésirables*, de 26 déclarations de perforation de l'utérus soupçonnée d'être associée à l'utilisation de Mirena depuis sa commercialisation³. De ces 26 cas, huit sont survenus alors que le dispositif intra-utérin libérant du lévonorgestrel a été inséré entre la sixième semaine et le sixième mois post-partum³.

D'autres données indiquent que l'insertion de tout dispositif intra-utérin au cours des six premiers mois post-partum serait associée à un risque accru de perforation utérine³. La consistance ramollie de l'utérus ainsi que la variabilité sous-estimée de sa taille durant ces six mois en seraient les causes³. L'inexpérience du professionnel qui effectue l'insertion d'un DIU, de même qu'une extrême antéverson ou une extrême rétroversion de l'utérus ou encore son immobilité, constituent d'autres facteurs de risque de perforation².

1. BERLEX CANADA, *Mirena^{MD} : dispositif intra-utérin libérant jusqu'à 20 µg de lévonorgestrel par jour (52 mg au total) : progestatif*, Pointe-Claire, Berlex Canada, 22 décembre 2005, 44 p. Monographie du produit.
2. A. BLACK, D. FRANCOEUR, T. ROWE et coll., « Consensus canadien sur la contraception », *JOGC : Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, mars 2004, vol. 26, n° 3, p. 255-296. (Directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, n° 145, partie 2).
3. A. GAFFEN et G. COLEMAN, « Dispositif intra-utérin libérant du lévonorgestrel (Mirena) et perforation de l'utérus », *Bulletin canadien des effets indésirables*, vol. 16, n° 1, janvier 2006. [En ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/carn-bcei_v16n1_f.pdf.

Vascularite cutanée liée à l'hydroxyurée (Hydrea)

Des cas de toxicité liée à une vascularite cutanée, incluant des ulcérations des vaisseaux et la gangrène, ont été rapportés chez des patients souffrant de syndromes myéloprolifératifs et recevant Hydrea^{MD} (hydroxyurée). La plupart des patients atteints avaient également reçu par le passé ou recevaient encore un traitement par l'interféron¹. Compte tenu de la gravité potentielle des complications ulcéreuses de la vascularite cutanée, il est nécessaire d'interrompre le traitement par l'hydroxyurée dès l'apparition d'ulcères et d'administrer d'autres agents cytoréducteurs selon l'indication¹.

1. SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Renseignements importants en matière d'innocuité approuvés par Santé Canada concernant Hydrea^{MD} (capsules d'hydroxyurée)*, Ottawa, Santé Canada, [7 mars 2006]. Copie d'une lettre de Bristol-Myers Squibb Canada. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/hydrea_2_hpc-cps_f.pdf (page consultée le 10 mai 2006).

Enbrel, Humira, Remicade : réactivation de l'hépatite B

Enbrel^{MD} (étanercept), Humira^{MD} (adalimumab) et Remicade^{MD} (infliximab) sont trois agents anti-TNF α utilisés dans le traitement de diverses maladies inflammatoires, telle la polyarthrite rhumatoïde¹. Une analyse des rapports postcommercialisation de ces agents a permis de constater que leur administration a été liée, dans de très rares cas (moins de un pour 10 000 patients traités), à une réactivation du virus de l'hépatite B chez des patients atteints d'hépatite B chronique. Le délai d'apparition variait de trois semaines à 20 mois après le début du traitement.

L'administration d'un antiviral et/ou l'arrêt de l'anti-TNF α ont amélioré l'état des patients dans la plupart des cas où l'issue était connue ; des décès ont également été rapportés. Il a par ailleurs été difficile d'établir un lien direct de causalité entre la réactivation du virus de l'hépatite B et la prise des anti-TNF α , car la plupart des patients recevaient en concomitance un immunosuppresseur, tels le méthotrexate, l'azathioprine et les corticostéroïdes, qui ont aussi été associés à ce type de réaction.

Malgré tout, il est maintenant recommandé de faire subir, avant le début du traitement par un anti-TNF α , des épreuves de détection du virus de l'hépatite B aux patients ayant des facteurs de risque d'infection par ce virus. Il faut également surveiller les signes et les symptômes de l'infection évolutive chez les porteurs chroniques du virus de l'hépatite B (antigène de surface positif) tout au long du traitement de même que plusieurs mois après sa cessation.

1. Consulter les monographies respectives pour plus de détails.

SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Renseignements importants en matière d'innocuité approuvés par Santé Canada concernant le traitement par les anti-TNF α : Enbrel^{MD} (étanercept), Humira^{MD} (adalimumab) et Remicade^{MD} (infliximab)*, Ottawa, Santé Canada, [18 janvier 2006]. Copie d'une lettre d'Amgen Canada, Laboratoires Abbott et Schering Canada. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/anti-tnf_therap_hpc-cps_f.pdf (page consultée le 10 mai 2006).

Hémolyse intravasculaire associée à l'utilisation de WinRh₀ SDF dans le traitement du purpura thrombocytopénique

Des essais de surveillance postcommercialisation ont mis en lumière des cas rares, mais graves et parfois fatals, d'hémolyse intravasculaire liée à l'administration de l'immunoglobuline (humaine) Rh₀ (D) [WinRh₀^{MD} SDF]. La plupart des réactions ont été observées chez des patients traités pour le purpura thrombocytopénique auto-immun (PTI)^{1, 2} et sont survenues moins de quatre heures après l'administration de l'immunoglobuline². L'anémie compromettante sur le plan clinique, l'insuffisance rénale aiguë et la coagulation intravasculaire disséminée sont des complications possibles de l'hémolyse intravasculaire ; certains cas se sont révélés fatals.

Les renseignements recueillis n'ont cependant pas permis d'établir une relation entre l'apparition d'une hémolyse intravasculaire et l'âge, le sexe, la fonction rénale, l'hémoglobine, l'administration concomitante de sang ou de produits sanguins, les comorbidités, ou encore un traitement antérieur par WinRh₀ SDF.

Les patients atteints du purpura thrombocytopénique auto-immun doivent donc être informés des risques et des bienfaits du traitement par WinRh₀ SDF et être surveillés de façon accrue afin que soient décelés tout signe ou symptôme associés à l'hémolyse intravasculaire (voir le tableau). Il faut également informer ces patients qu'ils doivent signaler tout symptôme pouvant se rapporter à une hémolyse intravasculaire : faiblesse généralisée, sensation de tête légère, douleur dorsale, décoloration de l'urine, ictère, diminution de la production d'urine, gain de poids soudain, rétention d'eau et essoufflement¹.

SIGNES ET SYMPTÔME DE L'HÉMOLYSE INTRAVASCULAIRE

Symptôme

- Dyspnée

Signes

- Hémoglobinurie
- Pâleur
- Hypotension
- Tachycardie
- Oligurie ou anurie
- Œdème
- Augmentation des ecchymoses et du temps nécessaire à la coagulation
(Parfois difficile à déceler chez les patients atteints de purpura thrombocytopénique auto-immun.)

1. SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DES PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS, *Renseignements importants approuvés par Santé Canada en matière d'innocuité concernant WinRh₀^{MD} SDF [immunoglobuline (humaine) Rh₀ (D)]*, Ottawa, Santé Canada, [26 janvier 2006]. Copie d'une lettre de Cangene Corporation. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/medeff/winrho_nth-aah_f.pdf (page consultée le 10 mai 2006).
2. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. MEDWATCH SAFETY INFORMATION, *Important Drug Warning: WinRh₀[®] SDF (Rh₀ (D) Immune Globulin Intravenous [Human])*, Rockville (Md), U.S. Department of Health and Human Services, 6 janvier 2006. Copie d'une lettre de Cangene Corporation et Baxter Healthcare Corporation. [En ligne] http://www.fda.gov/medwatch/safety/2006/WinRho_deardoc_FINAL_07-Dec-2005.pdf (page consultée le 10 mai 2006).

POUR SIGNALER TOUT EFFET INDÉSIRABLE À SANTÉ CANADA, COMMUNIQUER AVEC LE :

Bureau régional des effets indésirables du Québec
1001, rue Saint-Laurent Ouest
Longueuil (Québec) J4K 1C7

TÉLÉPHONE
1 866 234-2345

TÉLÉCOPIEUR
1 866 678-6789

© Paul Labelle Photographie



D^r Louise Roy
Directrice adjointe
Direction des études médicales

Le Collège des médecins du Québec est heureux d'annoncer la nomination du D^r Louise Roy à titre de directrice adjointe de la Direction des études médicales.

Directrice adjointe de la Formation professionnelle à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de 2001 à 2006, le D^r Roy était également rédactrice de la

revue *Le Médecin du Québec*.

Professeure adjointe de clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal dans les années quatre-vingt-dix, elle a été membre du comité du programme de médecine familiale ainsi que du groupe de travail sur la révision du cursus des études médicales, aspect évaluation des apprentissages.

Diplômée en médecine générale (Montréal, 1978), elle a exercé la médecine familiale à Longueuil. Elle a ensuite travaillé auprès des personnes âgées, d'abord à l'hôpital Notre-Dame de la Merci puis à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, où elle était médecin responsable de l'unité de réadaptation gériatrique. De 1986 à 2001, elle a été responsable de tutorats et de monitorats auprès des étudiants et des résidents en médecine.

Convaincu que le D^r Roy saura mettre son dynamisme au service de la Direction des études médicales, le Collège lui souhaite la bienvenue. **►**

© Paul Labelle Photographie



D^r Jacques Deblois
Directeur adjoint
Direction des enquêtes

Le Collège des médecins du Québec est heureux d'annoncer la nomination du D^r Jacques Deblois à titre de directeur adjoint de la Direction des enquêtes.

Syndic adjoint au Collège depuis 1998, le D^r Deblois a contribué à de nombreux dossiers d'importance : projet de loi n^o 4 (qui a eu pour conséquence l'abolition de la présence

des médecins dans les tribunaux administratifs), un projet annulé à la suite, notamment, des interventions du Collège ; les maladies transmissibles par le sang ; les conflits d'intérêts et les relations commerciales dans l'exercice professionnel des médecins.

Diplômé en médecine de l'Université Laval, spécialiste en médecine d'urgence, le D^r Deblois a exercé dans diverses urgences et régions du Québec et fait de l'enseignement ainsi que de la supervision d'étudiants en médecine. Il a également occupé divers postes administratifs, notamment à la Société de l'assurance automobile du Québec et au Bureau d'évaluation médicale (ministère du Travail).

Nul doute que cette ceinture noire septième dan de karaté saura occuper ses nouvelles fonctions avec toute la force qu'on lui connaît. **►**



Le D^r François Gauthier à la présidence de la FOMC

Le D^r **FRANÇOIS GAUTHIER**, syndic et directeur des Enquêtes au Collège des médecins, a été nommé à la présidence de la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC) pour l'année 2006-2007. Pendant son mandat, le D^r Gauthier souhaite faire progresser l'engagement des membres dans la voie

de l'uniformisation des modes d'évaluation des compétences des médecins en exercice et des candidats à l'exercice. ▮

Ordre du Canada

Au cours de la dernière année, quatre médecins ont accédé à l'Ordre du Canada : le D^r **PIERRE VIENS**, président du Centre de coopération internationale en santé et développement et exerçant à la Maison Michel-Sarrazin, a été nommé officier de l'Ordre du Canada, de même que le D^r **FREDERICK ANDERMANN**, neurologue pédiatrique reconnu pour ses travaux sur l'épilepsie, professeur à l'Université McGill et deuxième vice-président de la Ligue internationale contre l'épilepsie. Pour leur part, le D^r **PIERRE M. DALOZE**, chirurgien spécialisé dans les transplantations d'organes au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et fondateur du laboratoire chirurgical expérimental de l'Hôpital Notre-Dame, ainsi que le D^r **ANN C. MACAULAY**, professeure de médecine de famille à l'Université McGill reconnue pour son travail auprès de la communauté de Kahnawake sur la prévention du diabète de type 2, ont été faits membres de l'Ordre. ▮

Ordre national du Québec

Deux médecins figurent parmi les grands officiers de l'Ordre national du Québec nommés en juin dernier. Il s'agit du D^r **JEAN DAVIGNON**, qui a créé le Groupe de recherche sur les hyperlipidémies et l'athérosclérose de l'Institut de recherches cliniques de Montréal et cofondé la Société canadienne d'athérosclérose et l'Association canadienne pour l'hypercholestérolémie familiale, et du D^r **GÉRARD DESROSIERS**, aujourd'hui à la retraite, qui a exercé comme médecin de campagne et fondé la première bibliothèque municipale en milieu rural en plus d'avoir été à l'origine du Réseau Biblio du Québec. ▮

L'AMC honore le D^r Étienne Lebel

Le D^r **ÉTIENNE LABEL** a reçu la Médaille de service 2006 de l'Association médicale canadienne en reconnaissance de ses réalisations en médecine nucléaire diagnostique et thérapeutique et de sa contribution à l'évolution de la recherche et de la science médicales au Québec. ▮

Le D^r Denis Laberge reçoit le Mérite du CIQ 2006

Inspecteur-enquêteur de la Direction de l'amélioration de l'exercice et secrétaire du comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins pendant plusieurs années, le D^r **DENIS LABERGE** a reçu le Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) pour 2006. En lui attribuant ce prix, le CIQ reconnaît la contribution du D^r Laberge à sa profession, à son ordre professionnel ainsi qu'à l'interprofessionnalisme.



Le D^r Laberge (au centre) en compagnie du D^r Yves Lamontagne, président-directeur général du Collège des médecins du Québec, et de Claude Leblond, secrétaire du CIQ. ▮

Nomination des administrateurs élus ou réélus aux divers comités et groupes de travail

À la suite de l'élection tenue dans les régions de Montréal, de Laval et de la Montérégie (un des deux postes d'administrateur), 10 administrateurs ont été élus ou réélus.

À la première réunion du nouveau Bureau (conseil d'administration) du Collège des médecins du Québec, le 13 octobre dernier, les administrateurs élus ont renouvelé leur confiance envers le D^r Yves Lamontagne et l'ont reporté, par acclamation, à la présidence de l'ordre pour un mandat de quatre ans, et un nouvel administrateur représentant le public a été nommé par l'Office des professions du Québec. Les administrateurs ont également choisi les membres du comité administratif pour 2006-2007 et renouvelé leur représentation au sein des divers comités et groupes de travail.

COMITÉ ADMINISTRATIF

D^r Yves Lamontagne, président

D^r Charles Bernard, vice-président

*D^r Jacques Boileau
D^r François Croteau
Jacques Richard*

COMITÉS PERMANENTS DU BUREAU

Comité d'admission à l'exercice

D^r Guy Dumas, président

*Un représentant des facultés de médecine désigné par et parmi les personnes nommées par chacune des quatre facultés de médecine québécoises pour siéger au Bureau
Louis Roy, représentant du public*

Comité des études médicales et des agréments

D^r Markus C. Martin, président

D^r Jean-Pierre Farmer

D^r François Lajoie

D^r Guy Lalonde

D^r Pierre LeBlanc

Louis Roy, représentant du public

Comité sur l'évolution des disciplines médicales

D^r Markus C. Martin, président

*Un représentant des facultés de médecine désigné par et parmi les personnes nommées par chacune des quatre facultés de médecine québécoises pour siéger au Bureau
Louis Roy, représentant du public*

Comité de développement professionnel continu

D^r François Croteau, président

D^r Richard Bergeron

D^r Patricia Garel

Comité des finances

D^r Charles Bernard, président

D^r France Laurent Forest

D^r Jean-Yves Hamel

COMITÉS STATUTAIRES

Comité d'inspection professionnelle

D^r Jean-Bernard Trudeau, président

Comité de révision

Médecins administrateurs

D^r Marie-Hélène Leblanc, présidente

D^r Luc Dallaire

D^r Jean-Yves Hamel

D^r Julie Lalancette

Administrateurs nommés par

L'Office des professions du Québec

Jean-François Joly

Jacqueline Vischer

AUTRES COMITÉS OU GROUPES DE TRAVAIL

Groupe de travail en éthique clinique

Médecins administrateurs

D^r Julie Lalancette, présidente

D^r Josée Courchesne

D^r Markus C. Martin

Administratrice nommée par

L'Office des professions du Québec

Gisèle Gadbois

Comité de sélection du Grand Prix du Collège

D^r Yves Lamontagne, président

D^r Luc Dallaire

D^r Jean-Yves Hamel

D^r Denis Rochette

D^r Micheline Thibodeau

Comité conjoint Collège des médecins du Québec – Ordre des pharmaciens du Québec

D^r Richard Bergeron

D^r Marcel Reny

Nouveaux membres et nouveaux membres certifiés

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

Période : du 26 avril au 15 août 2006

OMNIPRATICIENS

ABDELNOUR, MIRIAM *Montréal*
 ABIKHZER, MYRIAM *Montréal*
 AJMO, IAN *Saint-Charles-Borromée*
 AL-HOUSSAN, WALID *Kanata (Ont.)*
 ALLARD, MARC-ANDRÉ *Drummondville*
 AREL, ROXANE *Montréal*
 ARSENAULT, MARIE-CLAUDE *Chicoutimi*
 ARSENAULT, NADINE PIERRETTE *Summerside (I.-P.-É.)*
 BALASKA, YASMINA *La Sarre*
 BEAUCHAMP, MARTINE *Paspébiac*
 BEAUCHEMIN, ANNIE *Repentigny*
 BEAUDOIN, JULIE *Saint-Henri*
 BEAUDRY, VÉRONIQUE *Montréal*
 BEAULIEU, GENEVIÈVE *Sainte-Martine*
 BÉGIN, VÉRONIQUE *Cowansville*
 BELL, PATRICIA *Montréal*
 BELZILE, CATHERINE *Montréal*
 BERGERON, ANTHONY *La Sarre*
 BERNATCHEZ, ANNIE *Sept-Îles*
 BERNIER, SANDRA *Saint-Eustache*
 BESNER, CATHERINE *Gatineau*
 BOCQUIER, ARNAUD ANDRÉ FRANCIS *Gaspé*
 BOUCHARD, ISABELLE *Jonquière*
 BOUCHER, MARIE-CLAUDE *Saint-Polycarpe*
 BOURDEAU, LINE *Napierville*
 BRASSEUR, MARIE-HÉLÈNE *Gatineau*
 BROCHU, CAROLINE *Sherbrooke*
 BUDAI, BALINT LASZLO *Saint-Lambert*
 BUSSIÈRE, MARC-ALAIN *Alma*
 CARDIN-ST-ANTOINE, ANNIE *Vaudreuil-Dorion*
 CARDONA, CAROLINE ANN *Gaspé*
 CARDY, VANESSA *Chisasibi*
 CHAMPAGNE, ÉRIC *Saint-Georges*
 CHARLIERS-LAZURE, ARIANE *Salaberry-de-Valleyfield*
 CHERIF SLIMANE, SAFIA *La Sarre*
 CIMON, PHILIPPE *Gatineau*
 CORBEIL, CATHERINE *Sherbrooke*
 CÔTÉ, ANDRÉANNE *Montréal*
 CÔTÉ, MENDY *Montréal*
 COUILLARD, BERNARD J' *Courcellette*
 COUTURE, DOMINIQUE *La Sarre*
 CYR, LUC *Cap-aux-Meules*
 DAGENAIS, VALÉRIE *LaSalle*
 DARCY, ÈVE *Amos*
 DE LACHEVROTIÈRE, HUGUES *Saint-Raymond*
 DEL GRANDE, GABRIELLA *Laval*
 DES LANDES, LYSANNE *Chicoutimi*
 DIONNE, JONATHAN *Gaspé*
 DUBOIS, MARION *Jonquière*
 DUCLOS, DAVID *Gatineau*
 DUPLESSIS, VÉRONIQUE *Maniwaki*
 ELIAS LOPEZ, ESMERALDA BEATRIZ *Princeville*
 FAYZ, IBRAHIM HALIM *Westmount*
 FECTEAU, LINE *Lac-Etchemin*

FICHMAN, ANNA *LaSalle*
 FINKELBERG, SUSAN *Westmount*
 FISET, AMÉLIE *Drummondville*
 FOURESTIÉ, EMMANUELLE *Verdun*
 FRAPPIER-CHALIFOUX, HAMIE *Repentigny*
 GAGNON, JULIE *Montréal*
 GAGNON, MARIE-CLAUDE *Ottawa (Ont.)*
 GAUDRY, STÉFANE *Gaspé*
 GÉLINAS, CATHERINE *La Pocatière*
 GEOFFROY, MARIE-HÉLÈNE *Québec*
 GODIN, MARIE-ÈVE *Jonquière*
 GOSSELIN, GENEVIÈVE *Candiac*
 GRANT, MARTIN *Saint-Eustache*
 HANNA, CLAUDINE *Montréal*
 HOANG, ANTOINE *La Tuque*
 HUBERT, AMÉLIE *Cap-aux-Meules*
 HUNI, GÉRARD *Montréal*
 KAOUK, NATALI *Long Beach (Calif.)*
 KUMKA, GILLIAN *Montréal*
 LACHANCE, MARTIN *Montréal*
 LAFLAMME, NATHALIE *Lavaltrie*
 LAMONTAGNE, HUGO *Saint-Charles-Borromée*
 LANASRI, NAÏMA *Châteauguay*
 LANDRY, CAROLINE *Lac-Etchemin*
 LANGLAIS, CAROLINE *Mont-Laurier*
 LANGLOIS, GUILLAUME *Nicolet*
 LAPORTE, PIERRE *La Sarre*
 LARAMÉE, DELPHINE *Gatineau*
 LAROCQUE, ISABELLE *Sept-Îles*
 LAROCQUE, MARTIN *Saint-Jean-sur-Richelieu*
 LAVERGNE, LOUIS JUNIOR *Greenfield Park*
 LEBLANC, ISABELLE *Montréal*
 LEBLANC-DOMINGUEZ, VALÉRIE *Montréal*
 L'ÉCUYER, VINCENT *Rouyn-Noranda*
 LEHOUX, VIRGINIE *Rimouski*
 LEMIEUX, ISABELLE *Kingsey Falls*
 LEMIEUX, MARTIN *Chicoutimi*
 LESSARD, CHARLES *Dolbeau-Mistassini*
 LIM, JULIE *Montréal*
 LUCEY, MICHÈLE DIANE *Montréal*
 MACLAREN, LAURA STACEY *Kahnawake*
 MARCHAND, ISABELLE *Cap-aux-Meules*
 MARGARIT, MARIUS LIVIU *Sept-Îles*
 MARION, HÉLÈNE *Trois-Pistoles*
 MÉNARD, CHARLES *Sherbrooke*
 MERRITT, DANIEL *Montréal*
 MITRICA, MIRELA *Pointe-Claire*
 MOREAU, CAROLINE *Drummondville*
 MORIN, NADINE *Gatineau*
 MORIN, YAN *Les Escoumins*
 NGUYEN, BA-KHOI *Montréal*
 OMAR, AMER *Kahnawake*
 PADUREANU, MAGDALENA *Saint-Laurent*
 PARENT, MARIE-ÈVE *Shawinigan-Sud*
 PARNIANI, SARA *Beaconsfield*
 PASCOT, AGNÈS *Val-d'Or*

PHANEUF, VÉRONIQUE *Drummondville*
 PLAMONDON, CATHERINE *Drummondville*
 POISSON, MARCO *Victoriaville*
 POITEVIN, ANNE-MARIE *Shawinigan-Sud*
 PROTEAU, CAROLINE *Drummondville*
 PROULX, GUYLAINE *Gatineau*
 RACICOT, PAOLO *Boucherville*
 RHÉAUME, NADIA *Alma*
 RHEIN, STÉPHANE *Sainte-Catherine*
 RICARD, NADÈGE *Lachine*
 ROHÉ, PHILIPPE *Lachine*
 ROKNI, FARIN *Ormstown*
 ROUTHIER, VALÉRIE *Saint-Eustache*
 ROUX, STÉPHANE *Chicoutimi*
 ROY, MARIE-LOU *Lac-Etchemin*
 ROY, SOPHIE *Saint-Georges-de-Beauce*
 ROY, SOPHIE *Roberval*
 SAUVÉ, FRÉDÉRIC *Salaberry-de-Valleyfield*
 SAVOIE, MARIE-FRANCE *Gaspé*
 SIMONYI-POIRIER, MARIANNE *Gatineau*
 SOLOMON, LESLIE *Montréal*
 THÉRIAULT, LISE *La Pocatière*
 THERRIEN, ANNE-MARIE *Gatineau*
 TOUSSAINT, SIMON *Bécancour*
 TOYE, JULIE *Lemoyne*
 TREMBLAY-REINHARDT, NICOLAS-OLIVIER *Cap-aux-Meules*
 TRÉPANIÉ, MADELEINE *Sherbrooke*
 TROTTIER, CLOÉ *Terrebonne*
 VILADEVALL, HUGO *Montréal*
 VINCENT, MARTIN *Montréal*
 ZAVALETA JUSTINIANO, JANNET *Ville-Marie*
 ZLOTNICK, DAVID *Côte-Saint-Luc*

PROVOST, VALÉRIE *Shawinigan-Sud*
 RHEAULT, MICHEL *Québec*
 RINGUETTE, PATRICIA *Rimouski*
 ROBICHAUD, RÉMI *Granby*
 VAILLANCOURT, MARTIN *Chicoutimi*
BIOCHIMIE MÉDICALE
 CORBIN, FRANÇOIS *Sherbrooke*
CHIRURGIE CARDIAQUE
 DUMONT, ÉRIC *Québec*
 JEANMART, HUGUES *Montréal*
CHIRURGIE GÉNÉRALE
 ABRAHAM, CHERRIE ZACK *Montréal*
 ARSENAULT, JEAN-PIERRE *Rivière-du-Loup*
 CARIGNAN, SÉBASTIEN *Chicoutimi*
 CHAN, GABRIEL *Outremont*
 CYR, JONATHAN *Sherbrooke*
 DIEC, HUNG LONG *Longueuil*
 DUPRAS, GENEVIÈVE *Edmundston (N.-B.)*
 FONTAINE, JACQUES-PIERRE *Montréal*
 GAGNON, JOËL *Fleurimont*
 GAUDREAU, NICOLAS *Saint-Jérôme*
 GAUVREAU, FRÉDÉRIC *Mont-Laurier*
 LALANCETTE, MATHIEU *Drummondville*
 LEBLANC, VALÉRIE *Sherbrooke*
 MAILHOT, ROBERT J. *Trois-Rivières*
 POIRIER, ÉRIC *Montréal*
 POIRIER, MADELEINE *Montréal*
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
 ALLARD, JEAN-PASCAL *Granby*
 DAHAN, PHILIPPE *Laval*
 GARNEAU, DANIEL *Montmagny*
 LAVOIE, FRÉDÉRIC *Montréal*
 ROULEAU, DOMINIQUE *Montréal*
 TALBOT, MAXIME *Montréal*
 VÉZINA, FRANÇOIS *Sherbrooke*

SPÉCIALISTES

ANATOMOPATHOLOGIE
 BERGERON, SOPHIE *Alma*
 GUILBAULT, FRANÇOIS *Montmagny*
 LATOUR, MATHIEU *Saint-Eustache*
 NGUYEN, JIMMY MINH-HUY *Sorel-Tracy*
 RAYMOND, CATHERINE *Chicoutimi*
 TRAHAN, SYLVAIN *Québec*
ANESTHÉSIOLOGIE
 AYOUB, CHRISTIAN *Montréal*
 CARON, MARIE-JOSÉE *Saint-Jérôme*
 CARVALHO, GEORGE FILIPE *Montréal*
 CHARGHI, ROSHANAK *Montréal*
 GAGNON, CAROLINE S. *Cap-aux-Meules*
 GIRARD, MARTIN *Montréal*
 LEBON, JEAN-SÉBASTIEN *Montréal*
 LECOURS, BRIGITTE *Sherbrooke*
 MAC, THIEN BICH *Saint-Jérôme*
 MIGNEAULT, BRIGITTE *Winnipeg (Man.)*
 NICE, C. ANDREW *Saint-Jean (N.-B.)*
 OLIVIER, JEAN-FRANÇOIS *Montréal*
 OUELLET, CAROLINE *Sherbrooke*
 PELLERIN, HÉLÈNE *Québec*
 PICARD, PHILIPPE *Rimouski*

CHIRURGIE PLASTIQUE
 BERNIER, CHRISTINA *Ottawa (Ont.)*
 MCGILL, SANDRA NOELLE *Westmount*
 PARKER, WENDY LYNNE *Montréal*
 TARDIF, MICHÈLE *Montréal*
DERMATOLOGIE
 COULIBALY, ÉVA *Montréal*
 HANNA, DOMINIQUE *Sherbrooke*
 LAGACÉ, CATHERINE *Montréal*
ENDOCRINOLOGIE
 GAGNÉ, JULIE *Québec*
 HENDERSON, MÉLANIE *Saint-Laurent*
 MITCHELL, JOHN JAMES *Montréal*
 RAKEL, AGNÈS *Montréal*
GASTROENTÉROLOGIE
 WONG, PHILIP *Montréal*
GÉNÉTIQUE MÉDICALE
 MARANDA, BRUNO *Québec*
HÉMATOLOGIE
 GAGNON, GABRIELLE *Rimouski*
 GALLAGHER, GENEVIÈVE *Québec*
 LAROUCHER, VALÉRIE *Québec*
 ROBITAILLE, NANCY *Montréal*

MÉDECINE D'URGENCE

ERAMIAN, DOUGLAS *Notre-Dame-de-l'Île-Perrot*

HOHL,

CORINNE MICHÈLE *Montréal*

LEE, GARY LAM *Montréal*

MAIRE, SÉBASTIEN *Lévis*

SIGMAN, ÉRIC HENRY *Montréal*

MÉDECINE INTERNE

BELLEMARE, JEAN-FRANÇOIS *Québec*

BILLUCK, KENDALL *Pointe-Claire*

GAGNON, GABRIELLE *Rimouski*

GILBERT, ÉLISE *Salaberry-de-Valleyfield*

MCCABE, PIERRE *Châteauguay*

WONG, PHILIP *Montréal*

MÉDECINE NUCLÉAIRE

BEAUREGARD, JEAN-MATHIEU *Québec*

BOUCHARD, GUILLAUME *Montréal*

LAROCQUE,

JEAN-FRANÇOIS *Montréal*

LE TEMPLIER, GENEVIÈVE *Sherbrooke*

LEVERT, VALÉRIE *Montréal*

ROY, FÉLIX-NICOLAS *Saint-Jérôme*

MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET INFECTIOLOGIE

LAVERGNE, VALÉRY *Montréal*

OUCHTON, MATTHEW *Mont-Royal*

NÉPHROLOGIE

VALLÉE, MICHEL *Montréal*

NEUROCHIRURGIE

BLANCHARD, JOCELYN *Sherbrooke*

KLIRONOMOS,

DIONYSIOS (DENNIS) *Greenfield Park*

PAQUET, JÉRÔME *Québec*

THOMAS, TINA *Québec*

NEUROLOGIE

ARSENAULT, MARIE-ÈVE *Trois-Rivières*

CHAU, VANN *Vancouver (C.-B.)*

LEROUX, ÉLIZABETH *Rouyn-Noranda*

MAJOR, PHILIPPE *Belmont (Mass.)*

NADEAU, AMÉLIE *Montréal*

PRÉVOST, JULIE *Saint-Jérôme*

RABINOVITCH, DANIEL *Laval*

SAVARD, MARTIN *Québec*

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

ABENHAIM, HAIM ARIE *Montréal*

ALLARD, MARIE-ÈVE *Saint-Jérôme*

AUBÉ, MARIE-HÉLÈNE *Saint-Hyacinthe*

BEAUDRY, GENEVIÈVE *Lachenaie*

BERTHOLET-ANKU,

CATHERINE-LAURENCE *Sherbrooke*

BLAIN, MARIE-YANOUK *Gaspé*

BROSSEAU-ROBERGE, ANAIS *Saint-Charles-Borromée*

BUSSIÈRE, VÉRONIQUE *Trois-Rivières*

CANTIN, JÉRÔME *Shawinigan-Sud*

CARON, ÉVELYNE *Montréal*

DOSTIE, SARAH *Saint-Eustache*

GOYET, MARTINE *LaSalle*

OPHTALMOLOGIE

BÉLAIR, MARIE-LYNE *Montréal*

BOUTIN, YANNIK *Sept-Îles*

DREIGE, DANNY *Theftford Mines*

JEANSON, PIERRE JR. *Notre-Dame-des-Prairies*

LI, GISÈLE *Montréal*

MENASSA, JOHANNE *Greenfield Park*

ROULEAU, JACINTHE *Montréal*

TOURVILLE, ÉRIC *Québec*

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CARIGNAN, MARISOL *Theftford Mines*

DUPUIS, PAULE *Longueuil*

FOREST,

VÉRONIQUE-ISABELLE *Québec*

LACROIX, YOLÈNE *Québec*

NADEAU, SYLVIE *Québec*

NAGI, MOHAMED M. *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

NGUYEN, HANAM PHAN *Montréal*

ROBAILLE, NANCY *Montréal*

SANCHEZ, MARISOL *Montréal*

SANTSCHI, MIRIAM *Sherbrooke*

VO, THUY TIEN *Montréal*

PHYSIATRIE

DAHAN, VALÉRIE *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

HAZIZA, MURIEL *Montréal*

LESSARD, ANNE-MARIE *Châteauguay*

MARTIN, LUCIE CHRISTINE *Ottawa (Ont.)*

MORIN, STANISLAS *Cap-Rouge*

OUELLET, ANNIE *Rivière-du-Loup*

PISTONO, ANDRÉE-ANNE *Montréal*

REHANY, MORDECHAI *Malone (N. Y.)*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

ROBILLARD, ANTOINE *Montréal*

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-04-00585)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Gilles Leblanc** (79664), exerçant la profession de médecin à L'Ancienne-Lorette (Québec), a plaidé coupable devant le comité de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit :

- d'avoir commis un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession médicale en consommant de l'alcool en quantité suffisamment importante pour présenter un état compromettant la qualité de son exercice et la dignité de la profession, le 14 avril 2003, alors qu'il était sur les lieux de son travail.

Le 28 juin 2006, le comité de discipline a imposé au D^r Leblanc une radiation du tableau de l'ordre pour une période de quatre mois.

La décision du comité étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le D^r Gilles Leblanc est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de quatre mois à compter du **9 août 2006**.

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

Montréal, le 9 août 2006
M^e CHRISTIAN GAUVIN
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-05-00610)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Dany Genesse** (83132), exerçant la profession de médecin à Saint-Georges (Québec), a plaidé coupable devant le comité de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit :

- d'avoir commis un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession médicale en faisant défaut d'avoir une conduite irréprochable envers une patiente qu'il suivait à titre de médecin traitant, en transgressant les limites de la relation professionnelle, à partir du 7 décembre 2004.

Le 12 juin 2006, le comité de discipline a imposé au D^r Dany Genesse une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux semaines.

La décision du comité étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le D^r Dany Genesse est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux semaines à compter du **14 juillet 2006**.

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

Montréal, le 14 juillet 2006
M^e CHRISTIAN GAUVIN
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION
(dossier : 24-03-00578)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Pierre Boutet** (88620), qui exerçait la profession de médecin à Montréal (Québec), a été trouvé coupable par le comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit, notamment, d'avoir commis des actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession médicale :

- en affirmant péremptoirement et précipitamment à une patiente qu'elle risquait de paralyser si elle n'était pas opérée d'urgence, sans faire précéder ce diagnostic d'un questionnaire adéquat et d'un examen physique attentif (chef 1) ;
- en exagérant grossièrement la condition médicale d'une patiente et en lui tenant des propos alarmistes, entreprenant d'emblée des démarches de transfert à la Clinique Mayo de Rochester (É.-U.) pour une chirurgie, sans lui fournir toutes les explications pertinentes à la compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles du traitement (chef 2) ;
- en tenant à sa patiente, les 8 et 9 mai 2003, des propos faux et trompeurs lorsqu'il lui a mentionné, quant à l'efficacité de ses services, qu'il savait ce qu'il faisait, qu'il l'assurait qu'elle serait prise en charge dès son arrivée à l'aéroport de Rochester, qu'il s'occuperait de tout l'aspect médico-administratif, alors que la patiente est arrivée à Rochester sans qu'une ambulance ni personne ne l'attende, que l'assureur collectif tout comme la Régie de l'assurance maladie du Québec n'avaient pas préalablement accepté d'assumer les frais médicaux et d'hospitalisation à être encourus par la patiente (chef 4) ;
- en délivrant, entre le 8 mai et le 10 juillet 2003 inclusivement, des informations à son assureur collectif et à la Régie de l'assurance maladie du Québec, dans lesquels l'intimé inscrivait des données qu'il savait fausses, incomplètes et même erronées, dans le but semble-t-il de favoriser sa patiente (chef 6) ;
- en modifiant unilatéralement le rapport radiologique du 8 avril 2003, sans valider cette information auprès du radiologiste O'Donovan, ni chercher à obtenir son accord avant de ce faire (chef 7).

Le 25 juillet 2006, le comité de discipline a imposé au D^r Pierre Boutet une radiation du tableau de l'ordre pour une période de 18 mois pour le chef 1, de 4 mois pour le chef 2, d'une semaine pour le chef 4 et d'un mois pour les chefs 6 et 7. 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 Pierre Boutet à compléter avec succès un cours de perfectionnement ainsi qu'un stage.

La décision du comité étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le D^r Pierre Boutet est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de 18 mois à compter du **24 août 2006**.

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

Montréal, le 24 août 2006
M^e CHRISTIAN GAUVIN
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE LIMITATION D'EXERCICE

AVIS est par les présentes donné qu'à compter du 4 juillet 2006, le **D^r Cristina Nastase** (86003) fait l'objet d'une limitation d'exercice, prononcée par le Tribunal des professions (décision 500-07-000441-042) lequel maintient la décision CA-04-256 rendue par le comité administratif du Collège des médecins du Québec, à savoir : limitation permanente d'exercice à la santé mentale (évaluation des patients à l'urgence psychiatrique).

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

Montréal, le 11 juillet 2006
M^e CHRISTIAN GAUVIN
Secrétaire adjoint

“Giving Consent to Care”

THE THEME OF THIS ISSUE OF *LE COLLÈGE* goes to the very heart of the relationship between physician and patient. The consent to care is a process through which an agreement is established between the two, indeed an alliance, concerning the treatment plan. To begin with, the physician informs the patient of the results of his or her medical assessment, the diagnosis or diagnoses made and, in keeping with the most objective medical criteria possible, the proposed, individualized treatment plan. Using this information, and from criteria that are inevitably subjective, the patient then makes a decision as to the application of the proposed treatment plan, all in a manner as voluntary and informed as possible. Indeed, reciprocal communication is essential to reaching such an agreement.

© Paul Labelle Photographie



However, communication has its limits, as many situations illustrate. Reaching a consensus is not always possible or easy. The charters of rights and freedoms recognize the patient's right to decide on his or her own care, including the patient's right to refuse treatment in a voluntary and informed manner. In Québec, even when the patient is deemed incapable of giving consent, the law gives the patient's legal representative, the family or the courts—not the physician—the right to decide in the patient's interest. As for the physician, he or she always has an ethical obligation to obtain the patient's or the patient's legal representative voluntary and informed consent by helping the patient make a decision based on pertinent explanations; the physician must also propose and provide the most appropriate care.

But what does one do when the patient—or even more complex again—when the legal representative or family of a patient deemed incapable demand treatment the physician deems inappropriate or dangerous to the person? Who is competent to decide ultimately? In this case as in others, the law is governed by prudence and remains mute on the subject. At the same time, requests for futile treatments or prolonging life by technological means are on the rise, and requests for assisted death and euthanasia are presenting the question even more bluntly. Indeed, this legal void is now the subject of a reflection process being conducted by the clinical ethics working group at the Collège des médecins and should lead to a clarification of some of its most delicate aspects; its results will be made public in a position paper to be published in 2007.

And again, what does one do when the physician's proposed treatment is uncertain? In this case, it is not so much the quality of the communication between physician and patient that is lacking, but the medical knowledge. And knowledge can only be increased by research. In situations of uncertainty, do physicians have any other choice but to leave the patient with the burden of making the decision? This is when the quality of the communication between physician and patient takes on its full meaning.

To be well informed, on the one hand, and to understand the benefits, limitations and side effects of the proposed treatment, on the other, this is where the challenge lies in consent to care. This is also where all the mystery lies in the encounter between physician and patient.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Yves Robert".

Yves Robert, M.D.
Secretary

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

The board of directors held one regular meeting on June 2, 2006.
The executive committee held two regular meetings, on June 21 and August 30, 2006, and two special meetings, on June 2 and July 15, 2006.

On the agenda

**THE NEXT COLLÈGE
DES MÉDECINS SYMPOSIUM**
MAY 11, 2007, IN MONTREAL

IS MEDICINE EXPERIENCING A GENERATION GAP?

In medicine, as in other working environments, differences in values from one generation to another affect the organization of care and professional life.

The Collège des médecins symposium, slated for May 11, 2007, at the Centre Mont-Royal de Montréal, will provide an occasion for discussing ways and means to maximize the potential of new physicians in continuing to provide services to the population.

Access to information on professional orders **Personal information to remain confidential**

With the government adopting legislation subjecting professional orders to laws on access to information and the protection of personal information, the Collège des médecins has begun the necessary process for compliance with this legislation.

When the provisions concerning professional orders come into force in September 2007, the documents related to public protection will be accessible on demand, with the exception of personal information. The information contained in the professional file will therefore still remain confidential, unless the physician concerned authorizes its disclosure, as in the case of a certificate of professional conduct. Records constituted by the syndic concerning a physician will remain confidential until the possible lodging of a complaint before the committee on discipline.

Managing priorities in electrophysiology

Given the scientific advances in tertiary cardiology, especially in the field of electrophysiology, and at the recommendation of the Québec Tertiary Cardiology Network, the Administrative Committee of the Collège des médecins decided to withdraw the position paper entitled *La gestion de l'accès aux services en cardiologie tertiaire: pour une approche intégrée*, published in 2003. It also ratified the new classification grids by priorities proposed by the organization.¹

1. Physicians concerned may consult the report, *L'électrophysiologie cardiaque – Évaluation des besoins en électrophysiologie cardiaque – Tendances et projections. Mise à jour de juin 2006*, (Cardiac electrophysiology – needs assessment in cardiac electrophysiology – trends and forecasts, June 2006 update), presented to the ministère de la Santé et des Services sociaux in June 2005 by the Québec Tertiary Cardiology Network (rqct.qc.ca).

Promoting respect for the sexual orientation of patients

With research demonstrating links between sexual orientation and certain physical and mental health problems, it has become necessary to prepare physicians to intervene appropriately with patients of homosexual or bisexual orientation.

The Collège des médecins, the Institut national de santé publique du Québec and the continuing professional education centre of the Université de Montréal faculty of medicine will organize a workshop for its members with a view to improving the quality of medical care given to homosexual and bisexual patients who fear the negative reactions of physicians.

A regulation on the administration and internal governance of the Collège in the offing

In February 2005, the directors of the Collège des médecins made numerous recommendations aimed at changing the organization's governance model and, by extension, the rules related to the operation of the Bureau, the Administrative Committee and the members' general meeting.

These recommendations were updated last June when the directors adopted a draft regulation that recognizes notably the importance of members of the Bureau adhering to the ethical principles¹ adopted by the Collège in December 2002, subsequent to the coming into force of the revised Code of Ethics. This draft regulation also ratifies the decision to make general meetings public, as they have been since 2003. The draft regulation should be published shortly in the Gazette officielle du Québec and come into force soon thereafter.

1. Colledesmedecinsduquebec.qc.ca Administrative Structure section : Ethical Principles of Directors, Employees and Mandataries.

Record-keeping: “Elementary, My Dear Watson!”

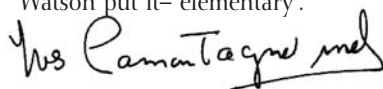
HOW MANY TIMES, when I was practising psychiatry, did I come upon an incomplete or incomprehensible medical record. Not only did I have to decipher the unclear writing, but all too frequently I noticed that certain basic details were missing.

Ideally, every medical record should reflect the quality of our acts and contribute to better patient management and follow-up. In fact, a well kept medical record should help us not neglect important elements and prevent unfortunate errors. It may also serve as crucial evidence in a medico-legal lawsuit.

While acknowledging that perfection belongs to another world, I find it deplorable to note that, even today, in close to half the professional inspection visits conducted by the Collège des médecins, the record-keeping does not meet these requirements. In some cases, the physician does not even re-read his or her own notes. This is dangerous and counterproductive! I emphasize the point because the medical record is an invaluable communication tool — on condition that it is legible. The opposite may prove to be prejudicial to the clinician and sometimes to his or her patients.

Thus, with a view to helping its members keep the best possible medical records, the Collège has produced a practice guide called *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*, which is enclosed with this issue of *Le Collège*. As well as being user-friendly, it contains several forms that you may photocopy or download from the Collège website¹ and include in your own records. I encourage you to use it now and on a regular basis. Keep it handy and don't hesitate to borrow its ideas when writing your own notes in the record.

Thanks to this new tool, record-keeping will become as Watson put it—“elementary”.



Yves Lamontagne, M.D.
President and CEO

1. collegedesmedecins.qc.ca, Profil médecins membres section, Tenue des dossiers médicaux

© Paul Labelle Photographie



The medical record is an invaluable communication tool — on condition that it is legible. The opposite may prove to be prejudicial to the clinician and sometimes to his or her patients.

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* : André Rioux • *Montréal* :

Richard Bergeron, Jacques Boileau, François Croteau,

Patricia Garel, Yves Lamontagne, Markus C. Martin,

Micheline Thibodeau, Jean-Bernard Trudeau •

Outaouais—Abitibi-Témiscamingue : Marcel

Reny • *Québec* : Charles Bernard, Marie-Hélène

Leblanc • *Montréal* : 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

Jean-François Joly

Jacques Richard

Jacqueline Vischer

COMITÉ ADMINISTRATIF

(Comité de direction)

Yves Lamontagne, M.D., *président*

Charles Bernard, M.D., *vice-président*

Jacques Boileau, M.D.

François Croteau, M.D.

Jacques Richard

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 et conseillère juridique*

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 Iezzi, *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*

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 23 novembre 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

2007



D' MIMI ISRAËL
PSYCHIATRE

2006



D' MAURIL GAUDREULT
MÉDECIN DE FAMILLE

2005



D' MARCEL GILBERT
CARDIOLOGUE

2004



D' JOCELYN DEMERS
PÉDIATRE HÉMATO-ONCOLOGUE

2003



D' ARNAUD SAMSON
MÉDECIN DE FAMILLE

2002



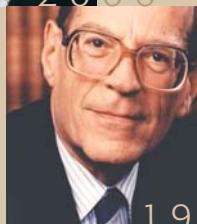
**D' DORIS ADEM
ET PIERRE BÉGIN**
MÉDECINS DE FAMILLE

2001



D' LOUIS DIONNE
CHIRURGIEN GÉNÉRAL

2000



D' PAUL P. DAVID
CARDIOLOGUE

1999