

LE COLLÈGE

VOL. XLVI, N° 1 HIVER 2006

6

LE MÉDECIN ET LES TRAITEMENTS NON RECONNUS

13

RENCONTRE

LE D^r SYLVIE DODIN

« L'engouement pour les thérapies alternatives et complémentaires devrait nous faire tous réfléchir. »

16

Départ
d'un groupe
et frais afférents
aux dossiers
**L'ENTENTE
PRÉALABLE**

18

Infirmières
praticiennes
spécialisées
et prescription
de médicaments



LE COLLÈGE

5

ÉDITORIAL

Comme Thomas, je veux des preuves.

6

LE POULS DE LA PROFESSION

LE MÉDECIN ET LES TRAITEMENTS NON RECONNUS



Traitements non reconnus
L'antinéoplaston relance le débat

9

« Requis au point de vue médical »

La condition *sine qua non* de la couverture des nouveaux traitements

11

Savez-vous si vos patients consomment des produits de santé naturels ?

12

Bien informer les patients : tout un défi !

13

RENCONTRE

Le D^r SYLVIE DODIN

« Le simple engouement pour les thérapies alternatives et complémentaires devrait suffire à faire réfléchir tous les médecins. »

En couverture

Le D^r Sylvie Dodin, titulaire de la Chaire Lucie et André Chagnon pour l'enseignement d'une approche intégrée en prévention de l'Université Laval

Photographe : Paul Labelle



16

PERSPECTIVES MÉDICALES

Départ d'un groupe et frais afférents aux dossiers

L'entente préalable : ne partez pas sans elle !

17

Durée de validité des ordonnances

19

La prescription de médicaments par les infirmières praticiennes spécialisées

20

MÉDICAMENTS SOUS SURVEILLANCE

Les antiparkinsoniens et le jeu pathologique ; les médicaments pour la dysfonction érectile et la vue ; *Elidel* et *Protopic* ; les médicaments contrefaits

23

DÉCISIONS 2005

Décisions du Bureau et du comité administratif

25

LE CARNET DU SECRÉTAIRE

Le visible et l'invisible

26

Au tableau

Médecins à l'honneur

27

Nouveaux membres et nouveaux membres certifiés

28

Avis de radiation

30

Nominations

Médecins décédés

Ensachés avec ce numéro

Le médecin et les traitements non reconnus
ÉNONCÉ DE POSITION

...

L'analgésie à l'urgence
LIGNES DIRECTRICES

31

ENGLISH VERSION

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

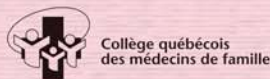
Bulletin LE COLLÈGE, vol. XLVI, n° 1, Hiver 2006 — LE COLLÈGE est publié trois fois par année par la Direction des affaires publiques et des communications du Collège des médecins du Québec, 2170, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8 **TÉLÉPHONE** 514 933-4441 ; 1 888 MÉDECIN **TÉLÉCOPIEUR** 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** 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** 22 000 exemplaires **DÉPÔT LÉGAL** 1^{er} 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.

QUESTION D'ATTENTES QUESTION D'ENTENTE

Dans la prévention des interactions médicamenteuses : quels sont les rôles et responsabilités du **médecin** et du **pharmacien** ?

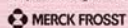
Un **médecin** peut-il demander au **pharmacien** d'assurer le suivi et l'ajustement posologique d'un patient prenant un anticoagulant ?

LA COMMUNICATION MÉDECIN- PHARMACIEN POUR LE BIEN DU PATIENT



Ordre
des pharmaciens
du Québec

Cette activité d'éducation médicale continue est présentée grâce à la collaboration de :



Si vous désirez organiser une activité, veuillez adresser votre demande à :

Nicole Farley-Hanneman

Direction de l'amélioration de l'exercice

Collège des médecins du Québec

TÉLÉPHONE

Montréal : 514 933-4441, poste 5330

Extérieur de Montréal : 1 888 633-3246, poste 5330

TÉLÉCOPIEUR

514 933-4668

COURRIEL

nhanneman@cmq.org

DÉPUIS LONGTEMPS, les Québécois sont sollicités par des intervenants qui leur offrent toutes sortes d'approches pour résoudre leurs problèmes de santé. Ils y dépensent d'ailleurs chaque année des millions de dollars, à la recherche non seulement de solutions miracles qui soigneraient leurs malaises, mais aussi d'une écoute que nos équipes médicales, sous pression et épuisées, ne leur offrent pas toujours.

On nous blâme souvent, comme médecins, d'être fermés à ces « thérapies » non reconnues. Et pourtant, la médecine moderne s'appuie sur des traitements qui, avant d'être reconnus par la communauté médicale, ont été des traitements nouveaux, peu connus, pas toujours bien compris. J'ai moi-même mené des essais cliniques portant sur l'utilisation de traitements non pharmacologiques dans le traitement de l'anxiété. Certains, telle la relaxation, se sont révélés très efficaces, alors que d'autres n'étaient pas valables. Seule la méthode scientifique m'a permis de déterminer lesquels pouvaient faire partie de mon arsenal thérapeutique et de celui de mes collègues. Ni la croyance, ni l'anecdote, si chères aux thérapeutes improvisés, ne peuvent nous servir de critères pour choisir le meilleur traitement à offrir à nos patients. Tout comme Thomas, les médecins doivent toujours « douter » devant un traitement qui n'a pas encore fait ses preuves, si prometteur soit-il.

Mais tous autant que nous sommes, patients et soignants, nous devenons des cibles de choix quand l'arsenal thérapeutique révèle ses limites. Ce constat a d'ailleurs refait surface l'an dernier quand des parents québécois ont amené leurs enfants atteints d'une maladie fatale à l'extérieur du pays pour recevoir un traitement expérimental. Ce traitement, qui se présentait comme un projet de recherche médicale, n'était pas conforme aux règles les plus élémentaires. Les médecins traitants de ces enfants s'opposaient unanimement à ce traitement, qu'ils estimaient inutile, voire dangereux, et s'interrogeaient sur l'attitude à adopter.

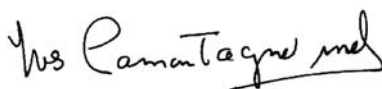
C'est dans ce contexte que le Collège des médecins du Québec publie l'énoncé de position *Le médecin et les traitements non reconnus* et un dossier sur le sujet dans ce numéro du bulletin. Cet énoncé innove par l'ouverture qu'il fait aux traitements non reconnus, mais toujours dans le contexte rigoureux de la recherche scientifique.

Comme Thomas, je veux des preuves.

Cette nouvelle vision est d'ailleurs déjà intégrée au *Code de déontologie des médecins* révisé en 2002. Dans une médecine constamment à l'affût de nouveaux traitements, le médecin a le rôle d'informer son patient des connaissances scientifiques actuelles et de lui recommander le traitement qu'il juge le plus adéquat. Il appartiendra toujours au patient, bien informé des bienfaits et des risques des traitements envisagés — reconnus ou non — de décider pour lui-même.

Si, comme Thomas, nous avons besoin de preuves sur l'efficacité et l'innocuité d'un traitement avant de l'utiliser, nous devons aussi contribuer, chacun à notre manière, à l'avancement des connaissances en participant à des projets de recherche bien conçus, conformes aux critères des comités d'éthique de la recherche et soumis à l'évaluation de nos pairs. Cette responsabilité nous incombe collectivement. Ainsi, nous contribuerons à l'amélioration de la santé des Québécois, comme le réitère la mission du Collège.

Le président,

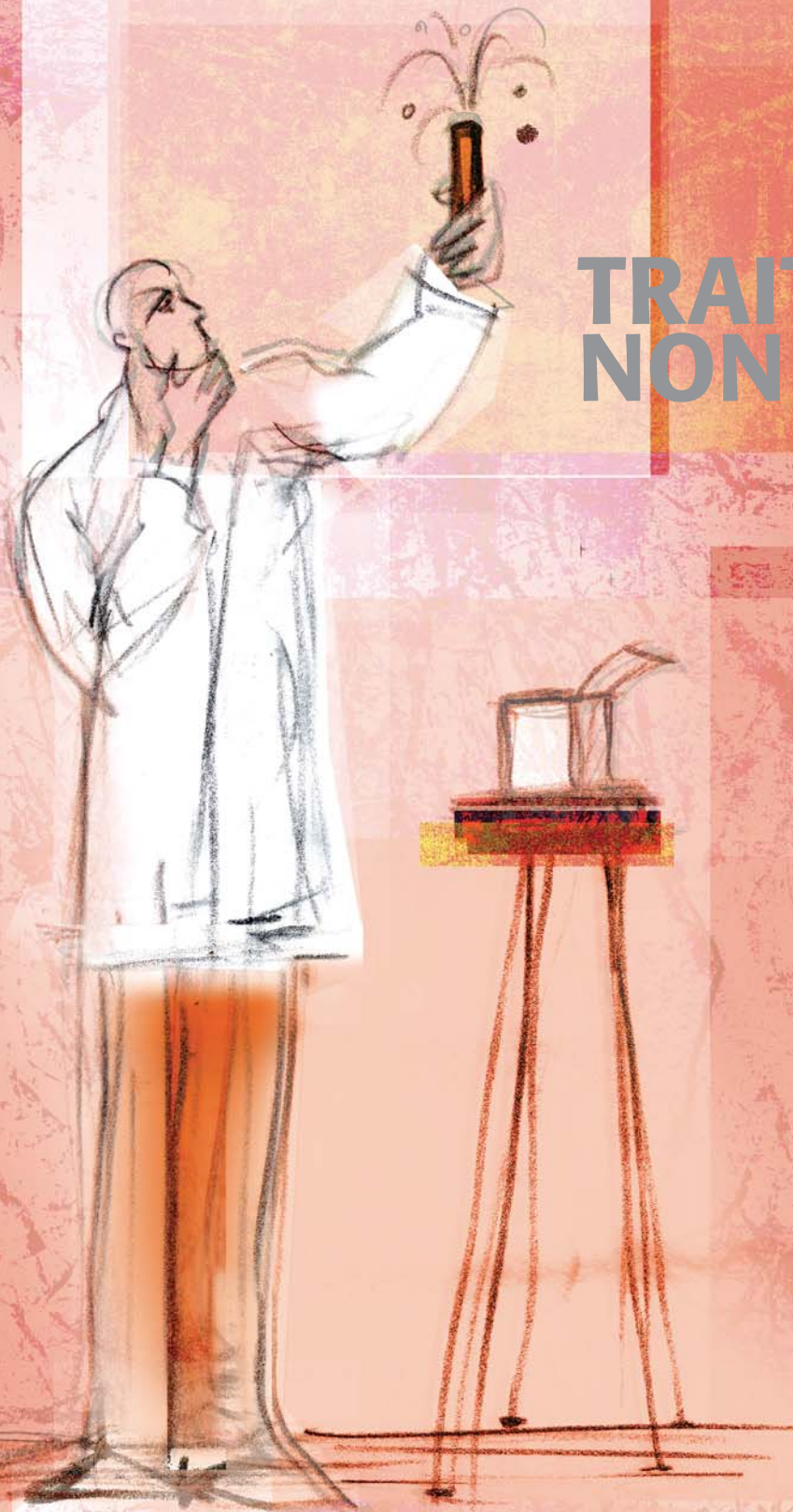


Yves Lamontagne, M.D.



© Paul Labelle Photographie

Tout comme Thomas, les médecins doivent toujours « douter » devant un traitement qui n'a pas encore fait ses preuves, si prometteur soit-il.



Alors qu'on pensait que le vieux débat au sujet des traitements non reconnus était chose du passé, l'offre croissante de nouveaux traitements expérimentaux le relance. Certaines situations tragiques, qui ont soulevé plusieurs questions, nous concernent tous, que ce soit à titre de médecins, de patients, de parents ou de citoyens.

TRAITEMENTS NON RECONNUS

L'ANTINÉOPLASTON RELANCE LE DÉBAT

*Par le Dr Michèle Marchand
Secrétaire du groupe de travail
en éthique clinique
Collège des médecins du Québec*

AU DÉBUT DE 2005, les journaux ont relaté l'histoire d'un très jeune enfant atteint d'une tumeur cérébrale considérée comme incurable. Ses parents refusaient la chimiothérapie et l'approche palliative qui leur étaient proposées au Québec. Ils demandaient plutôt l'aide de la population pour aller aux États-Unis afin que leur enfant puisse y subir un traitement expérimental, « l'antinéoplaston ». Quelques semaines plus tard, les médias rapportaient le décès de ce dernier.

Conscients que ce cas était loin d'être unique, les responsables de l'établissement où le diagnostic avait été posé et où le décès est ensuite survenu ont demandé au Collège des médecins du Québec de conseiller les médecins concernés quant à la meilleure attitude à adopter dans ce genre de situation. De fait, des médecins revoient plusieurs des enfants soumis à des traitements non reconnus au Québec qui non seulement ne les ont pas guéris, mais ont pu aggraver leur état. Ou encore des parents réclament pour leur enfant un suivi qui n'est absolument pas conforme à ce qui est considéré comme médicalement indiqué dans le contexte de soins au Québec. Que peuvent faire les médecins pour éviter des souffrances inutiles à des enfants, tout en respectant le plus possible les choix de leurs parents? Quel doit être le suivi des enfants qui reviennent au Québec pendant ou après leurs traitements?

© Olivier Lasser

Est-ce une simple question de coûts ?

Pour les parents dont les enfants sont atteints d'une affection pour laquelle les traitements reconnus sont impuissants, il est naturel de vouloir essayer un nouveau traitement, quel qu'en soit le « prix ». Et lorsque des médecins québécois s'y opposent, ces parents sont portés à penser que c'est d'abord pour des raisons économiques que le traitement n'est pas accessible étant donné qu'il n'est pas couvert par le régime public d'assurance maladie ou d'assurance médicaments, ni par les régimes privés d'assurance.

Il existe au Québec des centres spécialisés où certains traitements sont offerts gratuitement. Certains de ces centres font partie de réseaux internationaux et prennent les arrangements nécessaires pour offrir de nouveaux traitements non reconnus chez nous.

S'il ne s'agissait que d'argent, le problème serait déjà plus simple. L'histoire relatée précédemment montre clairement que le prix à payer pour de nouveaux traitements comprend aussi des souffrances.

Qu'est-ce qu'un traitement expérimental ?

Pour savoir si un nouveau traitement fonctionne vraiment, il ne suffit pas de croire en ce traitement, il faut en faire l'« expérience ». Il n'y a pas d'autres moyens. Il faut expérimenter le nouveau traitement sur un grand nombre de patients, ce qui implique des essais comparatifs avec des groupes témoins pour en mesurer les avantages et les risques. Ensuite, on compare les données obtenues avec les données sur les traitements reconnus, qui constituent les normes actuelles. Les traitements non reconnus qui semblent prometteurs doivent être soumis à l'épreuve de la recherche.

Les avantages valent-ils les risques ?

Au départ, personne ne peut affirmer que les avantages vaudront les risques : on ne le saura qu'en cours de route. Or, même si la situation de certaines personnes est désespérée, le fait que des êtres humains servent simplement de cobayes pour la recherche, comme cela s'est déjà fait, n'est plus accepté. C'est d'ailleurs pourquoi diverses mesures de contrôle ont été instaurées pour s'assurer que le traitement repose sur des hypothèses sérieuses, que des études préliminaires laissent entrevoir une certaine efficacité et que les risques anticipés sont acceptables.

Dans la majorité des pays développés, tous les projets de recherche doivent être autorisés, puis

surveillés par un comité d'éthique de la recherche (CER). Le CER doit s'assurer que les expériences ne sont pas inutiles et que les participants ont été bien informés et ont consenti librement à y participer. Le Québec et le Canada ont établi des règles très strictes pour la recherche médicale, et les protocoles de recherche étrangers doivent à tout le moins les respecter.

AVANT TOUTE RECHERCHE
SUR DES ÊTRES HUMAINS,
IL FAUT S'ASSURER QUE LE TRAITEMENT
REPOSE SUR DES HYPOTHÈSES SÉRIEUSES,
QUE DES ÉTUDES PRÉLIMINAIRES
LAISSENT ENTREVOIR UNE CERTAINE EFFICACITÉ
ET QUE LES RISQUES ANTICIPÉS
SONT ACCEPTABLES.

Le *Code de déontologie des médecins du Québec* est très clair à cet égard : les médecins ne peuvent prescrire des traitements insuffisamment éprouvés, sauf dans un milieu scientifique reconnu et dans le cadre d'un protocole de recherche approuvé par un CER, auquel les patients doivent donner leur consentement par écrit.

Le *Code civil* prévoit des règles encore plus strictes lorsque les sujets participant à une recherche sont mineurs. Un CER désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux doit s'assurer qu'aucun projet de recherche ne présente de risques sérieux. Il doit également veiller à ce que chaque projet contribue directement à la santé de l'enfant qui y participe ou à celle des enfants atteints de la même maladie, et ce, même si les parents sont prêts à y consentir.

En fait, les médecins et les patients devraient toujours s'assurer que les risques liés à des traitements n'excèdent pas les avantages escomptés. Dans le cas des traitements reconnus, cette responsabilité revient d'abord au médecin. Cependant, lorsqu'il s'agit de traitements non reconnus, la présence d'un médecin n'est pas nécessairement une garantie.

Le consentement des patients suffit-il ?

Si nos sociétés se sont donné des règles aussi strictes pour encadrer les traitements expérimentaux, c'est pour que les traitements médicaux puissent progresser sans causer de souffrances inutiles. Même si des patients étaient prêts à y consentir, on a jugé que certaines souffrances devraient être évitées.

La préoccupation de prévenir des souffrances inutiles est d'autant plus centrale que des enfants sont en cause. Nos sociétés se sont imposé le devoir

de toujours protéger les enfants parce qu'ils sont vulnérables. Diverses mesures visent à les protéger des mauvaises décisions qui pourraient être prises à leur sujet, même par leurs parents. De fait, des parents désespérés peuvent prendre des décisions allant à l'encontre du bien-être de leur enfant. Dans ces cas, il est prévu qu'un tribunal tranche quant au traitement auquel l'enfant sera soumis.

Le suivi, à quelles conditions ?

La question du suivi est encore plus épineuse que celle du consentement. Les traitements qui n'ont pas été approuvés en dehors du Québec ou du Canada n'ont pas à être poursuivis au retour du patient au pays. En revanche, que faut-il faire lorsqu'un traitement expérimental est prometteur et a été approuvé à l'étranger par des autorités compétentes ?



SOYONS CLAIRS,
IL NE S'AGIT PAS DE REFUSER
DE DONNER À UN PATIENT DES SOINS
D'URGENCE OU DES SOINS PALLIATIFS.

TOUS LES SOINS REQUIS DOIVENT ÊTRE PRODIGUÉS
ET LE SUIVI ASSURÉ, MAIS SELON L'ÉTAT DU PATIENT
ET LES NORMES DE PRATIQUE EXISTANTES
DANS LE CONTEXTE DE SOINS
AU QUÉBEC.

D'une part, pour être approuvé, un protocole de recherche doit habituellement inclure le suivi approprié. Les arrangements pris au Québec avec les centres de recherche étrangers permettent justement de poursuivre certains traitements et d'en assurer le suivi. D'autre part, avant de s'y engager, toutes les personnes concernées par un traitement expérimental devraient être informées que, à défaut de telles ententes, le protocole de recherche ne comportera pas nécessairement un suivi à leur retour. En dehors du contexte de recherche, les soins sont donnés selon les normes de pratique en vigueur au Québec.

Soyons clairs, il ne s'agit pas de refuser de donner à un patient des soins d'urgence ou des soins palliatifs. Tous les soins requis doivent être prodigués et le suivi assuré, mais selon l'état du patient et les normes de pratique existantes dans le contexte de soins au Québec.

L'antinéoplaston relance le débat

Après avoir été saisi d'une demande d'avis sur l'antinéoplaston, le Collège des médecins a mené une enquête sommaire. Son analyse lui a permis de faire certaines constatations.

■ Le promoteur du « traitement » à l'antinéoplaston, le Dr Stanislas Burzinski, a eu plusieurs démêlés avec le Texas State Board of Medical Examiners. Cette instance lui a finalement imposé une période de probation conditionnelle de 10 ans, qui a pris fin le 20 août 2004, date à laquelle il a recouvré un permis d'exercice sans condition.

■ Il y aurait eu de nombreux protocoles de recherche reliés à ce traitement. Toutefois, il est difficile de savoir s'ils ont tous été approuvés par une autorité reconnue et s'ils respectaient l'ensemble des normes généralement acceptées en recherche clinique.

■ Les documents transmis par les parents et les médecins concernés montrent que la règle imposant le consentement écrit des parents a été respectée.

À la lumière des documents et des faits examinés dans le dossier de l'antinéoplaston, le Collège a jugé qu'il y avait suffisamment d'indices pour lancer un appel à la prudence en ce qui a trait aux traitements expérimentaux.

Depuis, certains médecins québécois concernés par ce traitement ont informé le Collège qu'ils publieront sous peu un article sur son efficacité relative chez quelques patients et les effets toxiques observés. Cette publication, qui suscite déjà un grand intérêt, est attendue avec beaucoup d'impatience, d'autant plus que deux autres cas, presque identiques, ont fait récemment la manchette des journaux et l'objet d'une collecte de fonds. Le fait que les enfants soient tous décédés est loin de clore la discussion.

Alors qu'on pensait que le vieux débat au sujet des traitements non reconnus était chose du passé, l'offre croissante de nouveaux traitements expérimentaux, qui ne sont pas sans danger, le relance. On aurait tort de s'en désoler. Le questionnement que suscite l'utilisation de ces traitements peut faire évoluer la réflexion, car il met en évidence l'importance de la recherche dans l'évolution des traitements médicaux. Il permet également de mieux comprendre pourquoi la recherche médicale doit, tout comme la pratique clinique, respecter des règles très strictes.

Les traitements non reconnus ne sont pas tous dangereux, loin de là. Cependant, ceux qui le sont confirment que seules des études sérieuses permettent d'évaluer de façon réaliste les avantages et les risques des traitements médicaux. ▀

« Requis au point de vue médical »

LA CONDITION *SINE QUA NON* DE LA COUVERTURE DES NOUVEAUX TRAITEMENTS

Dans notre monde en constante évolution, de nouveaux traitements sont régulièrement développés. Seront-ils couverts par le régime d'assurance maladie du Québec ? La question se pose.

LA COUVERTURE par le régime d'assurance maladie du Québec des services diagnostiques ou thérapeutiques liés à une maladie, à des blessures ou à des traumatismes ainsi qu'aux incapacités qui en résultent est basée sur un élément fondamental : la notion de « requis au point de vue médical ».

Couverts ou non couverts ?

D'entrée de jeu, la *Loi sur l'assurance maladie* (art. 3) circonscrit la question : la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) doit assumer le coût des services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical.

Les services exclus (ceux qui ne sont pas assurés) sont précisés, quant à eux, dans le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (art. 22) ; il s'agit, notamment, des services médicaux dispensés à des fins purement esthétiques et de ceux qui ne sont pas liés à un processus de guérison ou de prévention de la maladie. Par conséquent, tout traitement qui ne figure pas à l'article 22 du règlement sera couvert, à condition qu'il soit donné par un médecin et requis au point de vue médical.

La notion de « médicalement requis » et les critères d'analyse

Pour déterminer si un service est couvert, la RAMQ se base sur quatre critères :

- le service est requis pour le maintien ou le rétablissement de la santé ;
- son efficacité thérapeutique est bien établie ;
- il est reconnu par la communauté médicale ;
- il n'est pas au stade de l'expérimentation.

Ces critères sont reconnus par le Tribunal administratif du Québec et font jurisprudence. On peut lire, notamment, dans une décision qu'il a rendue le 7 juillet 2005 : «[...] pour qu'un service soit requis au plan médical et donne ouverture à un

remboursement, tout traitement doit présenter une efficacité thérapeutique bien établie qui se confirme par une bibliographie médicale bien documentée et, surtout, être reconnu par la communauté médicale chargée de l'appliquer. »

La RAMQ ne fait pas cavalier seul dans l'analyse de la couverture des traitements. Elle peut compter sur l'expertise de groupes crédibles auprès du corps médical, tels le Collège des médecins et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

UN PATIENT DOIT TOUJOURS
OBTENIR L'AUTORISATION DE LA RAMQ
AVANT DE RECEVOIR UN TRAITEMENT MÉDICAL
À L'EXTÉRIEUR DU PAYS.

La tarification des nouveaux traitements

Un médecin qui souhaite donner un nouveau traitement peut-il être remboursé par la RAMQ ? Comment sa demande sera-t-elle évaluée ?

La RAMQ, qui sert de porte d'entrée pour toute demande de nouvelle tarification, recueille d'abord l'information essentielle à l'analyse du traitement soumis, soit :

- la description de l'acte ;
- la description de la technique ;
- la documentation existante (articles scientifiques, une revue de la littérature, une analyse d'un organisme d'évaluation des technologies en santé) ;
- le tarif demandé.

Un professionnel de la santé rattaché à la RAMQ collige ces renseignements et les transmet aux parties concernées, soit les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et ceux des fédérations des médecins. Ce sont eux qui, ultimement, décident de la tarification du traitement médical sous étude.

*Par Nathalie Pitre
Direction des communications
Régie de l'assurance maladie
du Québec*

Les traitements expérimentaux

Le régime d'assurance maladie ne couvre pas les traitements qui n'ont pas été reconnus ni par le corps médical ni par la communauté scientifique. Mais le suivi médical dont peuvent avoir besoin les patients qui reçoivent ces traitements ainsi que les services fournis par un médecin à la suite de traitements expérimentaux sont-ils couverts?

Encore une fois, la notion de « requis au point de vue médical » prime. Le médecin ne peut être rémunéré par la RAMQ pour la prestation d'un traitement expérimental. Mais si l'état de son patient requiert des services médicalement requis, ceux-ci sont couverts par le régime.

Les traitements non disponibles au Québec

La RAMQ rembourse des soins médicaux reçus à l'extérieur du Québec, voire du Canada, pour une pathologie dont le traitement n'est pas disponible au Québec. Ces services peuvent être payés conformément au *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, mais à des conditions strictes. Le cas échéant, deux spécialistes de la pathologie présente chez le patient doivent confirmer par écrit

à la RAMQ que ce traitement n'est pas disponible. N'entrent pas dans cette catégorie les soins reçus à l'extérieur du Québec au cours de vacances ou d'un voyage d'affaires.

Si le traitement en question est offert ailleurs au Canada, la RAMQ donne priorité à cette option ; s'il ne l'est pas, elle peut autoriser le patient à recevoir un traitement à l'extérieur du Canada. Il va sans dire que le traitement doit être médicalement requis, non expérimental et reconnu aussi bien par la communauté scientifique que par le corps médical.

Le patient doit toujours obtenir l'autorisation de la RAMQ avant de recevoir un traitement médical à l'extérieur du pays. Grâce à cette autorisation, il est assuré que le régime d'assurance maladie du Québec assumera la totalité des frais relatifs à son traitement.

Une condition *sine qua non*

La notion de « requis au point de vue médical » est donc la condition *sine qua non* de la couverture d'un traitement par le régime d'assurance maladie du Québec. Elle doit demeurer au centre de toute réflexion ou de toute analyse portant sur le remboursement des traitements médicaux. ▀

Savez-vous si vos patients consomment des produits de santé naturels ?

De nombreux patients recourent aux produits de santé naturels sans nécessairement le signaler à leurs médecins. Ces derniers ne doivent pas hésiter à questionner leurs patients à ce sujet et à leur présenter une information fiable.

PARTOUT, à la télévision, à la radio, dans les magazines, dans les journaux et maintenant dans le Web, les publicités vantent les bienfaits des produits de santé naturels (PSN). Ainsi, un indien d'Amérique, un naturopathe cravaté ou une personne en sarrau blanc présentent au public les PSN comme des produits efficaces dans le soulagement de symptômes ou la prévention d'infections. Au Québec, plus de la moitié de la population consomme des vitamines ou des minéraux, des produits à base de plantes ou des préparations homéopathiques.

La consommation de PSN est tellement répandue que certains patients ne jugent pas nécessaire d'en informer leur médecin ou leur pharmacien. Pour d'autres, les PSN, un peu comme les anovulants, ne constituent pas un médicament. D'autres encore hésiteront à admettre le fait qu'ils consomment ce type de produits de crainte d'être réprimandés par leur médecin.

Les médecins ne se préoccupent pas toujours de questionner précisément leurs patients sur l'utilisation des PSN, ou oublient de le faire. Pour leur part, lorsqu'ils sont questionnés, certains patients ont de la difficulté à reconnaître et à signaler les effets indésirables liés à l'utilisation de tels produits.

Il est donc de première importance que les médecins demandent à leurs patients de façon explicite s'ils consomment des PSN.

Qu'en est-il de l'efficacité et de l'innocuité ?

Les études scientifiques portant sur l'efficacité et l'innocuité des PSN sont peu nombreuses. Peu d'essais cliniques ont été menés sur des principes reconnus relativement à la recherche scientifique et aux bonnes pratiques. Jusqu'à tout récemment, la réglementation ne garantissait pas la concentration, la stabilité et l'homogénéité des PSN mis en marché. Il était donc extrêmement difficile d'effectuer des recherches scientifiques valides, fiables et crédibles.

Les fabricants de PSN ont donc beaucoup à faire afin de permettre des recherches scientifiques

fondées sur de bonnes pratiques et de présenter aux médecins et au public une information adéquate quant à l'efficacité et à l'innocuité de ces produits.

Des outils de sensibilisation

En octobre 2004, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) ont publié un dépliant dans lequel ils informent la population des interactions, potentielles ou prouvées, entre des produits de santé naturels et d'autres substances, notamment certains médicaments d'ordonnance. Simultanément, les deux ordres publiaient un document de référence pour sensibiliser leurs membres au fait que le phénomène des PSN prend de l'ampleur dans la population et pour leur fournir une information récente sur les principales interactions possibles avec les médicaments d'ordonnance.

IL EST DE PREMIÈRE IMPORTANCE QUE
LES MÉDECINS DEMANDENT À LEURS PATIENTS
DE FAÇON EXPLICITE S'ILS CONSOMMENT DES PSN.

Ces documents n'ont pour but ni de promouvoir ni de condamner l'utilisation des PSN, mais de présenter une information fiable sur le sujet. Ils permettent de mieux connaître la réglementation relative à l'encadrement de la fabrication et de la mise en marché des PSN au Canada.

D'une part, les patients doivent prendre de plus en plus de décisions concernant leur santé et le traitement de leur symptômes ou de leurs affections. D'autre part, les médecins ont la responsabilité de bien informer leurs patients, en établissant avec eux une relation de confiance et en leur fournissant des explications fondées sur un savoir scientifique reconnu.

Le Collège incite les médecins à faire preuve d'ouverture et à questionner leurs patients sur leurs habitudes de consommation pour ce type de produits. Il les invite également, dans le cadre de leurs activités de développement professionnel continu, à suivre l'évolution de la recherche scientifique sur l'efficacité et l'innocuité des PSN. ▀

*Par le Dr François Goulet
Directeur adjoint
Amélioration de l'exercice*

Bien informer les patients : tout un défi !

Alors qu'abondent les produits de santé naturels et les traitements non traditionnels, la population est constamment à la recherche d'information. Dans un tel contexte, les médecins sont une source fiable d'information et une aide précieuse pour la validation des choix de leurs patients. Mais comme la plupart des médecins ne sont pas formés à ces approches, le défi peut parfois être de taille. Certains sites Web peuvent leur être d'une grande aide.

Par *Nathalie Savoie*
Directrice des
affaires publiques et
des communications

MÊME si les documents imprimés sont une ressource informationnelle de qualité et toujours recherchée, Internet constitue dorénavant l'outil le mieux adapté à la recherche d'information. Cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de se renseigner sur de nouveaux traitements, produits ou thérapies, compte tenu du rythme auquel ces derniers voient le jour.

À l'automne 2004, le Collège des médecins du Québec publiait le document *Les produits de santé naturels : pour mieux conseiller vos patients*¹, dans lequel il propose des ouvrages de référence sur le sujet. Aujourd'hui, il propose quelques sites Web qui fournissent une source d'information crédible et permettant, aussi bien au médecin qu'à la population, de développer son sens critique vis-à-vis de ces diverses approches « à la mode ».

SITES WEB

Extenso – Centre de référence sur la nutrition humaine

extenso.org

*Les tenants des thérapies « non traditionnelles » considèrent souvent, à tort ou à raison, la nutrition, les aliments et leurs composants comme des protecteurs de la santé ou, au contraire, comme les responsables de certaines maladies chroniques. Dans le site **Extenso**, des professionnels de la nutrition de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal déjouent les mythes alimentaires et présentent des arguments scientifiques relativement à des théories nouvelles. Une section réservée donne accès à des revues de littérature exhaustives, qui traitent de sujets populaires. Le site applique une échelle de crédibilité scientifique à l'information publiée dans les médias grand public.*

Quackwatch

quackwatch.org
allerg.qc.ca/quackwatchfrancais.html (français)

*Le site **Quackwatch** vise à contrer la fraude qui a cours dans le domaine de la santé. On y passe en revue les pratiques et les traitements dont l'efficacité est douteuse ou nulle. Créé par le Dr Stephen Barret, un psychiatre américain à la retraite qui se consacre depuis plus de 30 ans à la lutte contre le charlatanisme dans les soins de santé, le site est traduit en français par le Dr John Weisnagel, un allergiste.*

National Center for Complementary and Alternative Medicine

nccam.nih.gov

Le site Web du National Center for Complementary and Alternative Medicine, l'un des 27 instituts qui composent le réseau National Institutes of Health (NIH) américain, est une source détaillée de renseignements sur les thérapies alternatives et complémentaires et les avancées de la recherche. Le NIH aborde ce type de thérapies sous un angle scientifique. Il forme, notamment, des chercheurs dans ce domaine, assure la diffusion d'information de référence sur le sujet et favorise l'intégration à la médecine des traitements qui se sont avérés efficaces.

PasseportSanté.net – La santé sans frontières

passeportsante.net

*Connu auparavant sous le nom de Réseau Proteus, le site **PasseportSanté.net** offre un répertoire exhaustif des médecines alternatives et complémentaires. Celui-ci est composé de fiches, classées en neuf catégories selon le type de données disponibles sur leur utilisation, qui sont révisées par des professionnels de la santé. Le site est entièrement financé par la Fondation Lucie et André Chagnon. ▀*

1. Le document *Les produits de santé naturels : pour mieux conseiller vos patients* est accessible dans le site Web du Collège (collegedesmedecins.qc.ca), dans la section Le Collège/Répertoire des publications/documents de référence.

LE D^r SYLVIE DODIN

« Le simple engouement pour les thérapies alternatives et complémentaires devrait suffire à faire réfléchir tous les médecins. »

Elle a craint de passer pour une « illuminée » lorsqu'elle a accepté la présidence de la Chaire Lucie et André Chagnon pour l'enseignement d'une approche intégrée en prévention. Le D^r Sylvie Dodin était pourtant toute désignée pour discuter du sérieux de l'affaire.

Par Danielle Stanton
Journaliste
indépendante

ÊTRE POUR OU CONTRE les médecines alternatives et complémentaires (MAC), là n'est pas la question, estime le D^r Sylvie Dodin. Le rôle des médecins est de répondre aux besoins des patients. Or actuellement, ces besoins changent : de plus en plus de gens se tournent vers les MAC. Cette tendance révèle une véritable remise en question de la médecine, hyperperformante certes, mais où la personne est rarement considérée dans sa globalité. Les médecins doivent prendre acte du virage. Et agir en conséquence. »

C'est exactement pour cette raison qu'il y a trois ans le D^r Dodin acceptait de devenir titulaire de la Chaire Lucie et André Chagnon pour l'enseignement d'une approche intégrée en prévention de l'Université Laval. Non sans avoir un peu hésité : « Je craignais, admet-elle, d'être prise en sandwich entre les médecins et la Faculté de médecine d'un côté, et les professionnels des MAC de l'autre. J'ai finalement fait le pari que, grâce à la crédibilité que j'avais acquise à l'Université comme chercheuse clinicienne et à mon esprit critique, j'évitais d'être considérée par mes pairs comme une "illuminée". »

Lorsqu'elle commence à s'intéresser à l'approche intégrée en santé, elle est professeure agrégée au département d'obstétrique-gynécologie de l'Université Laval et gynécologue à l'Hôpital Saint-François d'Assise du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Elle est également chercheuse principale et co-chercheuse pour de nombreuses études, dont la majorité sont liées à la santé des femmes, notamment autour de la ménopause. Elle voit des patientes entrer dans son bureau les bras chargés de produits de santé naturels, avides de savoir ce qui est efficace ou non. Et plusieurs d'entre elles ont dépensé beaucoup d'argent pour se les procurer. « Je me suis rendu compte que là encore, consciemment ou inconsciemment, l'industrie des produits de santé naturels profitait de la vulnérabilité des femmes, celles atteintes d'un cancer du sein

entre autres. Il m'a semblé urgent d'en apprendre plus sur ce secteur. »

Aujourd'hui, le D^r Sylvie Dodin cerne mieux les contours de ces thérapies et leur reconnaît une valeur indéniable dans certaines circonstances et, notamment, utilisées en complémentarité de l'approche médicale. Que des confrères médecins soient résolument contre ne l'inquiète pas. « Tant que la discussion est possible, tout va bien. L'indifférence complète à laquelle je me bute parfois m'agace nettement plus. »

© Paul Labelle Photographie



« Ces thérapies sont un plus. »

« La ligne à suivre est simple : les médecins devraient faire preuve de la même ouverture d'esprit et de la même objectivité à l'égard des MAC qu'à l'endroit de thérapeutiques habituelles, estime la titulaire de la Chaire. D'ailleurs, trop souvent ils tiennent pour acquis les médicaments reconnus. Ceux-ci ne sont pourtant pas à l'abri des critiques. Les journaux nous le rappellent régulièrement. »

Mais jusqu'où aller? À quoi se fier quand il est question de thérapies et de produits de santé naturels? La rigueur des études est quelquefois discutable, le D^r Dodin en convient. « Cela dit, depuis ces dernières années, de plus en plus d'essais cliniques aléatoires de très bonne qualité sont publiés dans des revues scientifiques sérieuses. Les médecins doivent tenir à jour leurs connaissances sur le sujet, comme ils le font pour les thérapies habituelles. La Chaire a été créée pour favoriser le développement d'une approche intégrée, certes, mais aussi fondée sur des données scientifiques probantes. Et, par conséquent, pour aider les médecins à y voir clair. On y a même inauguré un site Web à la fine pointe de l'information sur la question. »

« Les médecins devraient faire preuve de la même ouverture d'esprit et de la même objectivité à l'égard de ces thérapies qu'à l'endroit de thérapeutiques habituelles. »

Mais n'est-ce pas en demander encore plus aux médecins qui, déjà, doivent se tenir constamment au courant des avancées rapides de la médecine scientifique? « Se renseigner sur les MAC s'inscrit dans un processus de formation continue. La médecine est en perpétuelle évolution, la société aussi. Il est du devoir des médecins de suivre le courant. »

Le D^r Dodin insiste : l'intégration des thérapies complémentaires à sa pratique ne devrait jamais être perçue comme un fardeau. « Ces thérapies sont des outils qui s'ajoutent à la trousse du médecin et l'enrichissent. Si, en recourant à l'acupuncture ou à l'hypnose, on peut réduire l'utilisation de médicaments dans certains cas, n'est-ce pas souhaitable de le faire? Les MAC doivent être vues comme un plus. »

Quand les médecins doivent-ils avoir le « réflexe MAC »? Il n'existe pas de réponse simple à cette question, selon le D^r Dodin. « Une chose est certaine : le médecin devrait toujours demander à son patient s'il prend des produits de santé naturels ou s'il a recours à une approche autre que médicale. Ces thérapies sont le plus souvent utilisées pour des problèmes de santé chroniques sur lesquels l'arsenal traditionnel a peu d'effets ou ne propose pas de solution idéale, entre autres pour les douleurs chroniques, les migraines ou les symptômes de la ménopause. Des pratiques telles que l'acupuncture peuvent alors s'avérer d'un grand secours. Cependant, sur le terrain, le recours aux MAC déborde souvent ce cadre, notamment chez certains dentistes qui utilisent l'hypnose pour soulager les douleurs. »

Des praticiens demeureront résolument fermés aux thérapies non conventionnelles. D'autres, de plus en plus nombreux, manifestent le désir d'en apprendre davantage sur le sujet, observe le D^r Dodin : « Plusieurs souhaiteraient savoir en quoi consiste exactement le travail des thérapeutes, tels les ostéopathes, histoire de mieux comprendre et de mieux agir ensuite. L'idée que l'esprit puisse influencer sur le corps fait également son chemin. Aussi, plusieurs collègues sont maintenant ouverts à des pratiques telles que le yoga, l'hypnose ou la relaxation. En fait, même s'ils mettent une grande confiance dans les données scientifiques probantes, les médecins québécois sont très curieux et créatifs. Cette combinaison, que l'on ne trouve pas partout, constitue un terreau fertile pour une pratique alliant la médecine et les MAC. À condition de lever certains obstacles. »

Les difficultés à surmonter

À l'heure actuelle, mise à part pour l'acupuncture, la réglementation des thérapies parallèles reste absente. « Une situation qui n'aide sûrement pas à séparer le bon grain de l'ivraie », déplore le D^r Dodin.

La qualité réelle des produits de santé naturels et leur teneur exacte en ingrédient actif demeurent aussi un problème de taille. « En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005, la nouvelle réglementation de Santé Canada devrait pallier ce problème. Cependant, durant la période de transition de mise en place de cette réglementation, soit jusqu'en 2009, il demeure difficile pour les médecins de conseiller adéquatement leurs patients sur la qualité des produits de santé naturels. »

Outre l'efficacité du produit, il faut aussi garder en tête son innocuité. Pour la plupart des produits

de santé naturels, les interactions rapportées sont basées sur des observations qui ont été faites *in vitro* puisque la plupart des études d'efficacité sont beaucoup trop courtes pour permettre de détecter des problèmes de santé rares qui seraient associés à ces produits. Par contre, certaines observations *in vitro* n'ont jamais été confirmées ensuite chez les humains. Le sulfate de glucosamine en est un bon exemple : alors que des modifications cellulaires auraient laissé entrevoir une incidence sur la glycémie, un suivi d'une durée de quatre ans n'a jamais permis de déceler des modifications biologiques de cette nature chez les sujets ayant participé aux études cliniques.»

Jusqu'à maintenant, l'attitude du Collège des médecins à l'égard des thérapies alternatives et complémentaires invitait à une très grande prudence. « Pour le moment, la réglementation sur ces thérapies se résume à un texte de deux ou trois lignes. *Grosso modo*, on autorise le médecin à recourir à ces dernières seulement lorsque aucun autre traitement ne fonctionne. Forcément, sur le terrain, les praticiens se montrent extrêmement prudents, notamment par crainte de poursuites. Sans devenir nécessairement pro-médecines complémentaires, le Collège devrait lui aussi prendre en considération l'engouement du public et repousser un peu ses balises.»

Si la médecine scientifique entretient parfois des préjugés à l'égard des autres thérapies, l'inverse n'est-il pas vrai? « Je parlerais plutôt d'un manque de communication. Et je le déplore. Les patients consultent leur médecin d'un côté, puis un thérapeute de l'autre. L'information entre ces deux praticiens ne circule pas. L'absence de fluidité dans la communication constitue une lacune très sérieuse. Un jour ou l'autre, il faudra y remédier. Pour le bien du patient.»

Et comment se dessine l'avenir? Peut-on présumer que les jeunes médecins sont d'emblée plus ouverts aux thérapies non conventionnelles que des médecins ayant plusieurs années de pratique? Le Dr Dodin esquisse un sourire. « Oui, les jeunes médecins ont une attitude plus ouverte envers les approches non conventionnelles, comme le suggère les résultats très récents d'une étude que nous avons réalisée auprès d'un échantillon aléatoire québécois de médecins de famille, de résidents et d'externes en formation. Mais le simple engouement qui se manifeste actuellement pour les MAC devrait suffire à faire réfléchir tous les médecins. Sans exception. Ils n'ont plus le choix. »



L'analgésie à l'urgence **Lignes directrices**

Publiées en mars 2006, les lignes directrices *L'analgésie à l'urgence* fournissent un cadre de référence pour l'utilisation adéquate et sécuritaire de l'analgésie à l'urgence. Le document incite les médecins à se préoccuper davantage du soulagement de la douleur à l'urgence et à suivre les directives établies concernant le choix et l'administration sécuritaire des opioïdes ainsi que la surveillance des patients qui reçoivent ces analgésiques.

Le médecin et les traitements non reconnus

En vertu de leurs devoirs et obligations, les médecins doivent recourir, dans un contexte de soins, aux traitements dont l'efficacité a été démontrée de façon scientifique. Dans l'énoncé de position *Le médecin et les traitements non reconnus*, le Collège des médecins rappelle aux médecins cette obligation déontologique, mais stipule également l'intérêt de s'ouvrir à des traitements non reconnus, dans un contexte de recherche soigneusement balisé, afin de participer à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine médical.



La tenue des dossiers **dans les centres hospitaliers** **de soins généraux et spécialisés** **Guide d'exercice**

Le dossier médical est indissociable de l'exercice de la médecine, car il témoigne de l'état du patient, de l'évolution de la maladie et de la conduite du médecin. Le Collège accorde donc une grande importance à la tenue des dossiers.

Le guide d'exercice *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*, paru en février dernier, constitue une mise à jour du guide publié en 1996, et tient compte de l'évolution de l'exercice de la médecine, tant sur le plan scientifique que sur celui de la prestation des soins. Il mise plus particulièrement sur la feuille sommaire et comporte des sections sur la médecine de jour, la télémédecine et le dossier informatisé.

Dépliant

Le programme de suivi administratif

Le dépliant *Programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine*, paru en janvier 2006, décrit le programme mis en place pour venir en aide aux médecins aux prises avec de tels problèmes. Le programme met l'accent sur la mise à jour des compétences et les activités de perfectionnement conçues en fonction des besoins de chacun.



DÉPART D'UN GROUPE ET FRAIS AFFÉRENTS AUX DOSSIERS

L'entente préalable : ne partez pas sans elle !

Source : Direction des enquêtes

DÉPUIS L'ENTRÉE EN VIGUEUR, le 24 mars 2005, du *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets*, de nouvelles normes et règles s'appliquent à la tenue d'un cabinet et au traitement des dossiers que le médecin constitue et conserve dans le cadre de sa pratique. Ces règles ne s'appliquent toutefois pas à la pratique médicale dans un établissement du réseau de la santé.

Ce règlement entraîne de nombreuses modifications qui concernent certains aspects de la pratique de groupe en cabinet privé. C'est le cas, notamment, des frais qui peuvent être facturés, tant au patient qu'au médecin qui quitte un groupe, pour l'obtention d'une copie du dossier ou le transfert de l'original de ce dossier (voir l'encadré).

La pratique de groupe

Il est question de pratique de groupe lorsque au moins deux médecins qui exercent dans le même lieu de pratique acceptent de constituer un seul dossier patient (dossier unique) pour chaque patient vu dans ce lieu de pratique.

Le principe général

Lorsqu'un médecin quitte un groupe dans lequel il exerce, en règle générale, « *les autres médecins doivent, selon le cas, continuer d'assumer la responsabilité de la tenue, de la détention et du maintien du dossier médical* » (art. 17). Le médecin qui quitte un groupe ne se trouve toutefois pas déchargé de ses obligations concernant le suivi de ses patients.

Transfert d'un dossier (copie ou original)

Même si les médecins du groupe demeurent responsables de la détention et du maintien des dossiers des patients d'un collègue qui a quitté le groupe, l'original du dossier médical peut être transféré, à certaines conditions, au médecin qui a quitté le groupe ou à un autre médecin. Une copie du dossier peut également être donnée dans certains cas au patient ou au médecin qui a quitté

le groupe, à la demande de la personne concernée. Le dossier original ne devrait toutefois jamais être donné à un patient ; c'est plutôt le médecin ou le groupe de médecins qui en a la garde, au sens de la loi.

Frais à acquitter

La reproduction des documents versés au dossier médical n'est pas un service assuré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Selon le nouveau règlement, des frais peuvent être facturés dans plusieurs situations, notamment lorsque le dossier original ou une copie de celui-ci sont transmis à un médecin qui n'exerce pas dans le groupe.

Type de demande	Personne qui assume les frais
<i>Pendant l'année qui suit le départ d'un médecin d'un groupe, le patient demande que soit transféré à ce médecin l'original ou une copie de son dossier.</i>	<i>Le médecin qui a quitté le groupe¹.</i>
<i>Plus d'un an après le départ d'un médecin d'un groupe, le patient demande qu'une copie de son dossier médical soit envoyée à ce dernier.</i>	<i>Le patient.</i>
<i>Le patient demande que l'original de son dossier soit transféré à un autre médecin ou qu'une copie lui soit envoyée.</i>	<i>Le patient.</i>
<i>En l'absence d'une demande effectuée par le patient² à cette fin, le médecin qui a quitté le groupe demande un dossier original ou une partie pertinente du dossier.</i>	<i>Le médecin qui a quitté le groupe¹.</i>

1. À moins d'une entente préalable.
2. Lorsque les médecins du groupe reconnaissent que le médecin qui quitte est celui qui a assuré la prise en charge et le suivi du patient.

Dans tous les cas, des frais raisonnables peuvent être facturés au patient ou au médecin qui a quitté le groupe, que ce soit pour des photocopies ou pour la transmission d'un dossier.

Bien qu'il n'y ait aucune exigence réglementaire à ce sujet, il peut être pertinent que le groupe constitue une liste des noms des patients dont l'original du dossier a été transféré à l'extérieur du groupe ainsi que des médecins qui en assurent désormais la garde.

Dissolution du groupe

Et à la dissolution d'un groupe, que se passe-t-il ? Le nouveau règlement précise que, lorsqu'un groupe se dissout, « les médecins désignent, pour chacun des dossiers, à moins d'une entente préalable, le médecin qui continue d'assumer la responsabilité de sa tenue, de sa détention et de son maintien. Celui-ci doit remettre, à chacun des autres médecins qui formaient le groupe, une preuve d'obtention du dossier confié lors de la répartition ou, si plus d'un dossier est en cause, la liste des dossiers ainsi confiés [...] ». Dans la mesure où les médecins ne s'entendent pas, « le médecin ayant fait la dernière inscription ou insertion au dossier continue d'assumer la responsabilité de la tenue, de la détention et du maintien de ce dossier » (art. 18).

Pour éviter les conflits : l'entente préalable

Lorsque des médecins souhaitent exercer en groupe ou se joindre à un groupe de médecins déjà constitué, ils devraient examiner sérieusement la possibilité de conclure une entente préalable. Celle-ci peut porter, entre autres, sur les frais de copie et de transmission des dossiers et sur la répartition des dossiers à la dissolution du groupe ou lors du départ d'un médecin du groupe. Cette entente devrait être rédigée, de préférence sous forme de contrat. On peut ainsi adapter le partage des coûts à la réalité de chacun des médecins qui exercent dans un groupe.

Lorsque des médecins souhaitent exercer en groupe ou se joindre à un groupe de médecins déjà constitué, ils devraient examiner sérieusement la possibilité de conclure une entente préalable.

En l'absence d'une entente préalable, le médecin qui quitte le groupe doit assumer la plupart de ces frais, tel qu'il est prévu dans le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets*.

Toute question sur l'exercice de la médecine en groupe peut être adressée à la Direction des enquêtes du Collège, au 514 935-4151. ▀



© Olivier Lasser

RAPPEL

Durée de validité des ordonnances

DANS LE GUIDE D'EXERCICE *Les ordonnances faites par un médecin*, publié en mai 2005, le Collège des médecins du Québec rappelle à ses membres que toute ordonnance doit indiquer le nombre de renouvellements autorisés ou préciser qu'aucun renouvellement n'est autorisé.

Lorsqu'il est impossible de joindre le médecin, le pharmacien peut, pour ne pas causer de préjudice au patient, renouveler l'ordonnance pour une période maximale de 30 jours.

L'Ordre des pharmaciens du Québec recommande de ne pas exécuter ni renouveler une ordonnance plus de un an après sa date de délivrance. En effet, la condition d'un patient pouvant évoluer considérablement dans cet intervalle, la consommation du médicament pourrait devenir inutile, voire contre-indiquée.

En revanche, selon l'entente établie entre le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens il y a près de cinq ans¹, les pharmaciens peuvent renouveler, pour une période maximale de trois mois, les ordonnances des patients de médecins qui cessent d'exercer, qui quittent une région ou qui décèdent. ▀

1. Bulletin *Le Collège*, janvier 2002.

Source : Direction de l'amélioration de l'exercice

La prescription de médicaments par les infirmières praticiennes spécialisées

Malgré la publication récente de lignes directrices conjointes par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, traitant notamment de la prescription de médicaments par les infirmières praticiennes spécialisées, le Collège veut informer les médecins sur la conduite à adopter lorsqu'ils sont interpellés sur ce sujet.

Par le Dr Claude Ménard
Adjoint médical
Direction générale

DEPUIS L'ENTRÉE EN VIGUEUR, en novembre 2005, du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, une infirmière praticienne spécialisée (IPS) et une candidate IPS peuvent prescrire un médicament, à condition que celui-ci fasse l'objet d'une règle d'utilisation des médicaments. Dans le cas de médicaments visés à l'annexe II ou III du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*, l'IPS peut les prescrire en toute autonomie, sauf si le conseil d'administration de l'établissement où elle exerce a approuvé une règle spécifique d'utilisation des médicaments.

Selon le degré de confort et d'adaptation des professionnels de la santé, notamment les médecins et les pharmaciens, à cette nouvelle réalité, il est possible que l'établissement adopte de nombreuses règles d'utilisation des médicaments, qui porteront sur tous les médicaments utilisés dans cet établissement. À l'opposé, il se pourrait qu'il n'y ait qu'un très petit nombre de règles d'utilisation des médicaments, y compris des règles d'utilisation visant des médicaments inscrits aux annexes II et III du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*. En toute logique, il sera fort probablement préférable d'instaurer ces règles progressivement.

Par ailleurs, chaque milieu doit faire des choix. Comme la prescription des médicaments visés est liée à l'exercice d'une spécialité, il faut se demander sérieusement si une IPS a la compétence requise pour prescrire ou renouveler une ordonnance de médicaments autres que ceux de sa spécialité. Il faut en effet tenir compte de sa formation limitée, notamment en physiologie, en pathologie et en pharmacologie, ainsi que du fait que le médecin spécialiste fera souvent appel à un confrère d'une autre spécialité pour prescrire ou renouveler certains médicaments, tels les psychotropes ou les hormones. Il faudra donc faire preuve de prudence afin d'assurer une qualité de soins optimale.

Le milieu de pratique

La **candidate IPS** ne peut exercer des activités que dans le milieu indiqué sur la carte de stages délivrée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, et uniquement sous la supervision d'un médecin spécialiste. De plus, elle ne peut exercer ces activités que dans la mesure où cela est requis aux fins de compléter le programme de formation ou pendant la période de son admissibilité à l'examen de spécialité.

L'**IPS en néonatalogie** peut exercer les activités qui lui sont autorisées selon les règles de soins médicaux ou les règles d'utilisation des médicaments, dans un centre hospitalier où sont dispensés des soins tertiaires en néonatalogie et uniquement lorsque le nouveau-né, prématuré ou à terme, est admis aux soins intensifs ou aux soins intermédiaires néonataux. Elle ne peut prescrire en clinique externe.

L'**IPS en néphrologie** exerce dans un centre hospitalier où sont offerts des soins en dialyse, avec le concours d'un service de néphrologie. La clientèle visée comprend des patients souffrant d'insuffisance rénale et nécessitant des soins et des services en pré-dialyse, en hémodialyse, en dialyse péritonéale et en greffe rénale.

L'**IPS en cardiologie** exerce dans un centre hospitalier où sont dispensés des soins et des services de cardiologie par au moins trois cardiologues, excluant les cardiologues itinérants. Sa clientèle est constituée d'adultes hospitalisés ou ambulatoires nécessitant des soins et des services pour de l'insuffisance cardiaque, en prévention secondaire, en postchirurgie incluant la transplantation cardiaque, en clinique de cardiopathie congénitale, en hémodynamie et en électrophysiologie.

Les conditions

Une IPS pourra prescrire des médicaments seulement si une règle d'utilisation des médicaments est en vigueur dans le centre hospitalier, à moins que l'ordonnance ne concerne un médicament inscrit à l'annexe II ou III du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*. De plus, l'exercice

de cette activité doit être conforme aux dispositions du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* adopté par le Collège. S'il existe des modalités régissant la délivrance et l'exécution des ordonnances dans le centre hospitalier, elle doit également les respecter.

À noter que le processus d'élaboration et d'adoption des règles d'utilisation des médicaments est précisé dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (art. 190, al. 1 (2^o); art. 192) et dans le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (art. 77, al. 2; art. 105 (3^o, 6^o)). Le chef du département clinique concerné, le chef du département de pharmacie ainsi que le comité de pharmacologie jouent un rôle important dans l'élaboration d'une règle d'utilisation des médicaments. Le comité doit, entre autres fonctions, conseiller le chef du département de pharmacie relativement aux règles d'utilisation des médicaments dans le centre hospitalier et faire des recommandations au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Le Collège des médecins du Québec tient à rappeler aux médecins concernés par le développement de ce nouveau rôle d'infirmière dans les centres hospitaliers qu'un dossier de cette nature commande qu'on y accorde tout le temps requis pour le mener à bonne fin. Dans la mesure où tous les intervenants respectent les règles avec honnêteté, rigueur, transparence et cohérence, le Collège est convaincu que la qualité des soins à la population ne pourra qu'en être améliorée. ▀

Par Valérie Phaneuf, B. Pharm.

Révision scientifique : Fanny Arbour, B. Pharm.

Centre d'information pharmaceutique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Des antiparkinsoniens associés au jeu pathologique ?

Le comité responsable du programme australien de pharmacovigilance a reçu, au cours des deux dernières années, quatre notifications de problèmes importants de jeu pathologique se manifestant plusieurs mois après l'ajout de la cabergoline à un traitement de lévodopa entamé depuis une longue période. Trois des quatre patients concernés ont présenté également d'autres comportements obsessionnels, inappropriés et anormaux, et tous ont vu leurs compulsions disparaître à l'arrêt du traitement¹.

Au moins 28 cas similaires, liés à l'utilisation des agonistes dopaminergiques, ont été communiqués dans la documentation scientifique. Ainsi, Dodd et collaborateurs (2005) ont décrit onze cas survenus dans leur pratique, entre 2002 et 2004, qui montrent un lien entre la prise de pramipexole ou de ropinirole et un problème de jeu s'étant manifesté un à trois mois après l'augmentation de la dose et parfois jusqu'à 12 à 30 mois plus tard. Six de ces patients ont également eu des compulsions diverses : suralimentation causant un gain de poids, consommation excessive d'alcool, besoin compulsif de dépenser de l'argent et hypersexualité.

Même si le traitement concomitant à la lévodopa peut avoir contribué à l'apparition de ces manifestations (huit patients prenaient la carbidopa-lévodopa en comprimés à libération immédiate), aucun patient n'avait présenté ce problème en monothérapie et trois n'étaient pas traités à la lévodopa. Enfin, huit des onze cas ont été résolus à la diminution de la posologie ou à l'arrêt de la prise du médicament². Aucune information n'est disponible sur les trois autres cas.

Dans le cadre de leurs recherches, ces auteurs ont aussi trouvé 17 cas similaires dans la documentation scientifique. Les patients étaient sous antiparkinsoniens (bromocriptine, pramipexole, pergolide, ropinirole et cabergoline) et, à l'exception d'un seul, prenaient tous également la lévodopa. Aucun des patients ne recevait la lévodopa en monothérapie. Le pramipexole a été le plus souvent mis en cause, suivi par le pergolide et le ropinirole. Étant donné la grande affinité du pramipexole – et, dans une moindre mesure, du pergolide et du ropinirole – avec le récepteur D3, on peut se demander s'il existe un lien entre la stimulation excessive des récepteurs D3 et le jeu pathologique ou d'autres comportements compulsifs. Compte tenu des conséquences néfastes du jeu pathologique, ces cas, quoique rarement rapportés jusqu'à présent, devraient faire l'objet d'un examen approfondi.

- ADVERSE DRUG REACTIONS ADVISORY COMMITTEE, « Pathological gambling with cabergoline », *Australian Adverse Drug Reactions Bulletin*, vol. 24, n° 4, août 2005, p. 5. [En ligne], <http://www.tga.gov.au/adr/aadrb/aadr0508.htm#5> (page consultée le 12 septembre 2005).
- M.L. DODD et autres, « Pathological gambling caused by drugs used to treat Parkinson disease », *Archives of Neurology*, vol. 62, n° 9, septembre 2005, p. 1577-1581. [En ligne], <http://archneurama-assn.org/> (page consultée le 12 septembre 2005).

Les médicaments pour la dysfonction érectile peuvent-ils affecter la vue ?

Afin de rendre compte d'un petit nombre de cas de perte de vision signalés depuis la mise en marché de Cialis^{MD}, de Levitra^{MD} et de Viagra^{MD}, la U.S. Food and Drug Administration a fait mettre à jour les monographies de ces médicaments. Des 45 cas qui lui ont été signalés au 18 mai 2005, 26 faisaient état d'une perte de vision irréversible², et 25 cas auraient été associés à une neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique (NOIAN)^{1, 2, 3}, qui se manifeste par une perte soudaine et indolore de la vision dans un œil ou les deux. Dans la plupart des cas rapportés, les patients présentaient un problème anatomique ou des facteurs de risques sous-jacents, tels une maladie cardiovasculaire, le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, des maladies oculaires et l'âge (plus de 50 ans)^{2, 3}. Les personnes qui ont souffert d'une première manifestation d'une NOIAN risquent plus que d'autres de connaître une récurrence qui touche l'autre œil. La cécité peut être partielle ou complète et, dans certains cas, permanente.

À son tour, Santé Canada a publié, en juillet 2005, un avis dans lequel il recommande aux patients qui utilisent ces médicaments de consulter sans délai leur médecin s'ils présentent des troubles

oculaires³. On ne peut cependant établir un lien de causalité à ce stade-ci^{1, 2, 3} étant donné le peu de cas rapportés, le grand nombre de patients ayant consommé des inhibiteurs de la phosphodiestérase et les manifestations de ce type de problème chez des patients qui ne prennent pas de médicaments pour la dysfonction érectile.

Malgré la faible incidence de cet effet indésirable, il est essentiel de surveiller de près tout patient présentant les facteurs de risques énumérés ci-dessus, et de cesser le traitement au premier signe de problème oculaire.

1. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *FDA Statement: FDA Updates Labeling for Viagra, Cialis and Levitra for Rare Post-Marketing Reports of Eye Problems*, Rockville (Md), U.S. Food and Drug Administration, 8 juillet 2005. [En ligne], <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2005/new01201.html> (page consultée le 21 juillet 2005).
2. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTER FOR DRUG EVALUATION AND RESEARCH, *Alert for Healthcare Professionals: Sildenafil citrate (marketed as Viagra)*, Rockville (Md), U.S. Food and Drug Administration, 8 juillet 2005. [En ligne], <http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/sildenafilHCP.htm> (page consultée le 21 juillet 2005).
3. SANTÉ CANADA, *Santé Canada émet un avis au sujet de troubles oculaires qui pourraient être associés à la prise de Viagra, Cialis et Levitra*, Ottawa, Santé Canada, 26 juillet 2005. [En ligne], <http://news.gc.ca/cfmx/view/fr/index.jsp?articleid=161509> (page consultée le 7 octobre 2005).

Elidel^{MD} et Protopic^{MD} accroissent-ils le risque de cancer ?

Des études sur des animaux, des cas rencontrés chez les êtres humains et un effet immunosuppresseur bien connu ont amené la FDA à recommander, en mars 2005, d'inclure dans les monographies d'Elidel^{MD} et de Protopic^{MD} un avertissement sur les risques potentiels de cancer. En effet, depuis la commercialisation de ces médicaments, la FDA a reçu 29 rapports de cas de cancer, notamment des lymphomes et des cancers de peau, chez des enfants et des adultes.

En outre, certaines études, portant sur l'administration topique et orale de ces médicaments à des rats, à des souris et à des singes, montrent un lien proportionnel entre la dose administrée, la durée de traitement et le développement de cancers (adénome de la thyroïde et lymphome). Quoique les doses utilisées dans ces recherches étaient généralement plus élevées que celles administrées à des êtres humains, les effets indésirables de ces médicaments sont préoccupants. Aussi, pour évaluer le risque réel chez l'homme, il faudrait effectuer des études pendant au moins 10 ans.

Selon ces nouvelles données, il devient essentiel de réévaluer régulièrement les risques et les avantages de cette thérapie pour chaque patient.

Recommandations pour l'utilisation de l'Elidel^{MD} et du Protopic^{MD}

Comme l'innocuité à long terme de la crème Elidel^{MD} et de l'onguent Protopic^{MD} est inconnue chez l'homme, la U.S. Food and Drug Administration a émis des recommandations :

1. Utiliser Elidel^{MD} et Protopic^{MD} seulement comme agents de deuxième ligne dans le traitement de la dermatite atopique chez les patients intolérants ou qui n'ont pas répondu aux autres traitements.
2. Utiliser ces médicaments seulement pendant de courtes périodes et non de façon continue, car les effets à long terme sont inconnus.
3. Éviter l'usage de ces médicaments chez les enfants âgés de moins de deux ans. Les effets à long terme sur leur système immunitaire en développement sont inconnus. Dans les études, ce groupe d'âge a présenté dans le groupe Elidel^{MD} un taux d'infections respiratoires à celui du groupe placebo.
4. Éviter l'usage de ces médicaments chez les patients immunodéprimés.
5. Toujours utiliser la dose minimale efficace requise pour maîtriser les symptômes car, chez les animaux, l'augmentation du risque de cancer était liée à la dose.

1. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTER FOR DRUG EVALUATION AND RESEARCH, *FDA Public Health Advisory: Elidel (pimecrolimus) Cream and Protopic (tacrolimus) Ointment*, Rockville (Md), U.S. Food and Drug Administration, 10 mars 2005. [En ligne], http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/elidel_protopic.htm (page consultée le 15 septembre 2005).
2. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTER FOR DRUG EVALUATION AND RESEARCH, *Alert for Healthcare Professionals: Pimecrolimus (marketed as Elidel)*, Rockville (Md), U.S. Food and Drug Administration, 30 mars 2005. [En ligne], <http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/elidelHCP.htm> (page consultée le 15 septembre 2005).
3. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. CENTER FOR DRUG EVALUATION AND RESEARCH, *Alert for Healthcare Professionals: Tacrolimus (marketed as Protopic Ointment)* Information, Rockville (Md), U.S. Food and Drug Administration, 30 mars 2005. [En ligne], <http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/protopic/default.htm> (page consultée le 15 septembre 2005).

Doit-on s'inquiéter des médicaments contrefaits ?

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, environ 10 % des médicaments vendus dans le monde seraient contrefaits¹, plus particulièrement dans les pays en voie de développement, où ce taux peut parfois atteindre 25 %¹. Les médicaments les plus susceptibles d'être copiés sont généralement populaires ou coûteux. Les nombreux cas de copies qui ont été signalés partout dans le monde concernent, entre autres, des médicaments pour la dysfonction érectile, des hormones de croissance, la somatostatine, l'érythropoïétine, des antibiotiques et des antipaludéens^{2, 3, 4}. Les faux peuvent soit contenir le bon ingrédient ou un mauvais ingrédient, soit ne pas contenir de principe actif ou en contenir en quantité insuffisante, soit être vendus dans un emballage contrefait^{1, 5}.

Autrefois limités à l'Asie et à l'Afrique, ces cas sont de plus en plus fréquents aux États-Unis depuis quelques années. En effet, le nombre annuel d'enquêtes de la FDA est passé de six en 2000 à cinquante-huit en 2004², une augmentation révélatrice, même si, selon l'organisme, la population ne doit pas s'inquiéter outre mesure. En mai 2005, la FDA publiait, notamment, un avertissement concernant la vente, dans des pharmacies situées près de la frontière du Mexique, de Lipitor^{MD}, d'Evista^{MD} et de Viagra^{MD} contrefaits dont les analyses ont révélé qu'ils ne contenaient aucun principe actif⁶.

La FDA avisait par la suite la population américaine du rappel de comprimés de Lipitor^{MD} contrefaits vendus en Angleterre³, notamment par Internet. Même le numéro de lot de comprimés authentiques avait été copié⁷. Bien que ces médicaments contrefaits n'aient pas posé de risque immédiat pour les patients, leur vente soulève des inquiétudes⁷. En effet, l'introduction des copies dans les pays industrialisés serait favorisée par la prolifération des accords de libre-échange, la tendance à la déréglementation de même que l'omniprésence d'Internet⁵.

Même s'il est peu probable que des faux soient fournis aux patients nord-américains lorsqu'ils achètent des médicaments dans une pharmacie reconnue, le risque est plus grand lorsqu'ils

en achètent au cours d'un voyage ou par Internet. On devrait donc toujours s'interroger sur la provenance et la qualité du produit utilisé lorsqu'on note une absence inhabituelle d'efficacité thérapeutique. Enfin, tous les cas d'inefficacité devraient être signalés au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments, afin que Santé Canada puisse vérifier s'il s'agit d'un problème de fabrication ou de contrefaçon.

* Le produit contrefait était du Lipitor^{MD} 20 mg vendu en paquet de 28 comprimés et portant le numéro de lot 004405K1 et la date d'expiration 11/2007.

1. J. PARRY, « WHO combats counterfeit malaria drugs in Asia », *British Medical Journal*, vol. 330, n° 7499, 7 mai 2005, p. 1044. [En ligne], <http://bmj.bmjournals.com> (page consultée le 24 août 2005).
2. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Combating Counterfeit Drugs: A Report of the Food and Drug Administration Annual Update*, Rockville (Md), U.S. Food and Drug Administration, 18 mai 2005. [En ligne], <http://www.fda.gov/oc/initiatives/counterfeit/update2005.html> (page consultée le 20 septembre 2005).
3. M. TEN HAM, « Health risks of counterfeit pharmaceuticals », *Drug Safety*, vol. 26, n° 14, 2005, p. 991-997.
4. S. PINCOCK, « WHO tries to tackle problem of counterfeit medicines in Asia », *British Medical Journal*, vol. 327, n° 7424, 15 novembre 2005, p. 1126. [En ligne], <http://bmj.bmjournals.com> (page consultée le 25 août 2005).
5. A.I. WERTHEIMER, N.M. CHANEY et T. SANTELLA, « Counterfeit pharmaceuticals: current status and future projections », *Journal of the American Pharmacists Association*, vol. 45, n° 6, novembre-décembre 2005, p. 710-718.
6. U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *FDA Talk Paper: FDA Warns Consumers About Counterfeit Drugs Purchased in Mexico*, Rockville (Md), U.S. Food and Drug Administration, 10 mai 2005. [En ligne], <http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2005/ANS01537.html> (page consultée le 6 octobre 2005).

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

Centre 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

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

Le conseil d'administration a tenu deux réunions ordinaires les 14 octobre et 9 décembre 2005.

Le comité de direction a tenu deux réunions ordinaires les 28 septembre et 9 novembre 2005, et trois réunions extraordinaires les 3, 16 et 25 novembre 2005.

Relations commerciales des médecins **Révision du Code de déontologie en cours**

Le Collège révisé, à l'heure actuelle, les articles du *Code de déontologie des médecins* qui encadrent les relations commerciales des médecins. Cette démarche fait suite, notamment, à la demande du ministre responsable de l'application des lois professionnelles, Yvon Marcoux, concernant les baux les liant à des pharmaciens ou à des chaînes de pharmacies. Les médecins viennent d'ailleurs d'être consultés sur un projet de modification du *Code* à ce sujet.

Alors que le Collège n'a relevé aucun cas de perte d'indépendance professionnelle ni de prescription injustifiée, ce resserrement des règles vise à éviter l'apparence même de conflits d'intérêts pour les médecins locataires.

Pour bien comprendre la position du Collège dans ce dossier, consulter le site Web, collegedesmedecins.qc.ca/communiqués.aspx.

Les ordres professionnels bientôt soumis à l'accès à l'information

Au début de 2005, les administrateurs du Collège des médecins du Québec ont décidé de donner un caractère public aux diverses limitations de l'exercice d'un médecin. À l'automne 2005, le Collège a appuyé, en commission parlementaire, la position du Conseil interprofessionnel du Québec sur le projet de loi n° 86, qui assujettirait les ordres professionnels à la *Loi d'accès à l'information*.

Le Collège est convaincu qu'une plus grande transparence en matière d'accès à l'information permettrait à la population de constater le sérieux avec lequel les ordres jouent leur rôle de surveillance. À l'instar des autres ordres, il souhaite cependant que, avant l'adoption d'un tel projet, la protection des renseignements obtenus dans le cadre d'une enquête du syndicat soit resserrée.

Un communiqué de presse à ce sujet peut être consulté dans le site Web, collegedesmedecins.qc.ca/communiqués.aspx.

Infirmières praticiennes spécialisées **Des lignes directrices Collège-OIIQ**

Cet automne, un règlement autorisant la pratique d'infirmières praticiennes spécialisées en néonatalogie, en cardiologie et en néphrologie est entré en vigueur. Pour en faciliter l'application, le Collège et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec viennent de publier des lignes directrices conjointes sur les modalités de cette pratique.

Composé d'une pochette regroupant un document principal et un cahier distinct pour chaque spécialité, ce document circonscrit, notamment, le rôle et les responsabilités de ces nouvelles infirmières ainsi que la pratique clinique interdisciplinaire. Chacun des cahiers porte sur l'étendue des activités médicales que pourront exercer les infirmières praticiennes spécialisées en fonction des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments qui devront être approuvées par le conseil d'administration de chaque hôpital. Tous les médecins spécialistes et les résidents en pédiatrie, en cardiologie et en néphrologie recevront le document portant sur leur spécialité.

Le sous-comité de morbidité et mortalité périnatales maintenant nommé comité de périnatalité

Depuis sa création, le sous-comité de morbidité et mortalité périnatales du comité d'inspection professionnelle a pour mandat d'analyser les données relatives à tous les décès périnataux survenus en cours d'année.

Ces dernières années, plusieurs contraintes ont ralenti les travaux du comité et l'ont empêché de fournir en temps opportun un portrait fidèle de la pratique périnatale des divers milieux. En effet, outre le délai lié à la production des documents, certaines questions relatives à la qualité de l'exercice médical en périnatalité restaient sans réponse et le sous-comité aurait apprécié pouvoir les étudier plus en profondeur, entre autres la prise en charge des retards de croissance intra-utérine, le respect des niveaux de soins en périnatalité par les établissements et la qualité de la réanimation néonatale.

Toujours convaincu de la nécessité de surveiller la qualité de l'exercice médical en périnatalité, le conseil d'administration a décidé de réviser le mandat du sous-comité et, par le fait même, de le renommer comité de périnatalité. Celui-ci relèvera toujours du comité d'inspection professionnelle, auquel il fera rapport annuellement. Il sera responsable d'élaborer divers indicateurs de performance en périnatalité, qui permettront de tracer un portrait d'ensemble de la qualité de la pratique dans ce domaine au Québec. Des recommandations visant l'amélioration de l'exercice compléteront cette analyse.

Élection du comité de direction

Le 14 octobre 2005, les administrateurs ont élu les membres du comité de direction pour la prochaine année. Les D^s Charles Bernard, Jacques Boileau et Julie Lalancette ainsi que M. Louis Roy, représentant de l'Office des professions du Québec, ont été réélus à l'unanimité.

Dossier Simon Marshall : une enquête est ouverte

L'affaire Simon Marshall, du nom du jeune homme qui a été condamné injustement pour des agressions sexuelles et qui a été innocenté l'automne dernier, soulève des remous jusqu'au sein du Collège des médecins. En effet, le conseil d'administration a mandaté le D^r François Gauthier, syndic de l'ordre, afin de scruter les interventions de tous les médecins impliqués dans l'évaluation de ce jeune homme.

Au cours de son enquête, le D^r Gauthier devra s'assurer que les actes professionnels effectués par ces médecins étaient conformes à leurs devoirs et à leurs obligations déontologiques. Son rapport permettra au Bureau de prendre les décisions appropriées.

Le groupe de travail en éthique clinique se penche sur le don d'organes après un arrêt cardiocirculatoire

Vu le nombre insuffisant d'organes à transplanter et certaines pratiques ayant cours ailleurs dans le monde, un groupe de médecins engagés dans le domaine de la transplantation a sollicité l'opinion du Collège des médecins relativement au prélèvement des organes sur des patients dont le cœur a cessé ou cessera bientôt de battre, même s'ils ne sont pas en état de mort cérébrale.

C'est le groupe de travail en éthique clinique du Collège qui a étudié la question. Dans sa position présentée au conseil d'administration, le groupe de travail recommande que le Collège soutienne la mise sur pied de projets pilotes de dons d'organes après un arrêt cardiocirculatoire, mais uniquement dans les centres spécialisés en transplantation. Ainsi, la qualité de l'évaluation du pronostic et du soutien offert aux proches pourra être assurée.

En février dernier, le Collège des médecins faisait connaître cette position au Forum sur le don d'organes organisé par Québec-Transplant.

Le répertoire électronique

des membres du Collège des médecins du Québec



college
desmedecins.
qc.ca

UNE ACCESSIBILITÉ ACCRUE AUX RENSEIGNEMENTS PUBLICS RELATIFS AUX MÉDECINS QUÉBÉCOIS.

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

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

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

Le visible et l'invisible

L'

ACCÈS À L'INFORMATION est essentiel à l'exercice des droits individuels et collectifs. On utilise beaucoup le terme « transparence », devenu à la mode dans les organisations, sans nécessairement qu'il ait le même sens ou qu'il traduise la même réalité pour tous. Encore faut-il que cet accès à l'information, tant revendiqué, soit balisé de façon à maintenir l'équilibre nécessaire entre le bien public et la protection de la vie privée. C'est pourquoi le gouvernement du Québec adoptait, dans les années 1980, deux lois régissant l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels tant au secteur public qu'au secteur privé.

L'accès à l'information est un outil de protection du public. C'est sur ce plan que les ordres professionnels, dont le Collège des médecins du Québec, sont interpellés puisque telle est leur mission première. Cependant, les ordres sont régis par le *Code des professions*, et leurs activités pourraient être visées par l'une des deux lois, mais par aucune des deux de façon exclusive. Ainsi, depuis plus d'une dizaine d'années, les gouvernements du Québec qui se sont succédé ont élaboré plusieurs projets de loi en vue d'assujettir les ordres professionnels aux lois d'accès à l'information. La plus récente tentative en ce sens, le projet de loi n° 86, a été présentée à l'automne 2004.

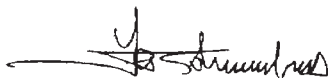
Le défi de concilier l'atteinte d'objectifs généraux d'accès à l'information et des impératifs de protection des renseignements personnels est particulièrement difficile pour les ordres professionnels. En effet, ceux-ci, pour accomplir leurs devoirs d'inspection et d'enquête, sont tenus d'exiger de leurs membres qu'ils fournissent tout renseignement requis par un de leurs officiers, sous peine de plaintes disciplinaires. Cette situation est unique dans le système juridique québécois, ce qui explique la nature « sensible » d'une grande partie de l'information détenue par les ordres et la difficulté de leur appliquer les lois d'accès à l'information actuellement en vigueur.

En dépit du débat légal que suscite l'accès à l'information détenue par les ordres, le Collège a quand même entamé depuis quelque temps une démarche d'ouverture pour rendre accessible au public de l'information relative à ses activités et à ses membres. En 2005, il en faisait d'ailleurs le sujet de son colloque. Plus récemment, il a inauguré son répertoire électronique des médecins inscrits au tableau de l'ordre et intégré à son site Web les renseignements sur ses membres qui étaient déjà accessibles au public par téléphone.

Mais une telle démarche pose de nouveaux défis. En effet, pour respecter l'esprit et la lettre de la loi, encore faut-il que l'information soit fiable, pertinente et utile... Cela implique une révision des processus internes permettant d'assurer la qualité des renseignements ainsi rendus accessibles. Une tâche complexe, minutieuse, rigoureuse mais essentielle, qui consomme temps et énergie. Une tâche peu visible, parfois ingrate, qui doit aussi viser à protéger les renseignements personnels jugés confidentiels.

Quel que soit le cadre dans lequel seront assujettis les ordres professionnels aux principes des lois d'accès à l'information, le Collège est déjà résolument engagé dans la voie d'une transparence utile, pertinente et respectueuse. Il le fait en s'assurant de la qualité de l'information rendue disponible, tout en protégeant les renseignements personnels. Dans sa mission de protection du public, le Collège cherche ainsi à préserver l'équilibre fragile entre l'information du public et la protection de la vie privée, entre la transparence à outrance et la qualité ou la pertinence de l'information. En somme, l'équilibre entre le visible et l'invisible.

Le secrétaire,



Yves Robert, M.D.





Le D^r Marcel Rhéault reçoit le Mérite du CIQ 2005

Le **D^r MARCEL RHÉAULT**, aujourd'hui à la retraite, a reçu le Mérite 2005 du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) pour son engagement et son dévouement envers sa profession et son ordre professionnel. Chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal, professeur à l'Université de Montréal et professeur invité dans plusieurs universités canadiennes et étrangères, président et membre de divers jurys au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le D^r Rhéault a également été membre du comité d'inspection professionnelle du Collège et du comité de rédaction du bulletin, en plus de s'intéresser à l'histoire de la médecine.

Le D^r Marcel Rhéault (au centre) en compagnie du D^r Yves Lamontagne, président du Collège des médecins, et d'Alain Bernier, trésorier du CIQ.

À la fin de 2005, les prix du Québec dans le domaine des sciences ont honoré la contribution particulière de deux médecins : le prix Armand-Frappier pour le développement d'établissements de recherche, l'administration ou la promotion de la recherche a été décerné au **D^r FRANCINE DÉCARY**, présidente-fondatrice de Héma-Québec ; et le prix Wilder-Penfield (sciences médicales) a été attribué au **D^r MICHEL G. BERGERON**, clinicien-chercheur et professeur titulaire de microbiologie à l'Université Laval.

Le **D^r LAURENT DESCARRIES**, professeur de pathologie, de biologie cellulaire et de physiologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, a reçu le prix Léo-Parizeau 2005 de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS), qui souligne sa contribution de longue date au domaine des sciences biologiques et des sciences de la santé.

Le **D^r JEAN-CLAUDE FOURON**, directeur de l'unité de cardiologie fœtale du CHU Saint-Justine-Le centre hospitalier universitaire mère-enfant, a reçu deux prix pour la qualité de ses travaux : le *Ian Donald Award*, de l'International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, et le *Distinguished Teacher Award*, de la Société canadienne de cardiologie.

Le **D^r SERGE QUÉRIN**, chef du Service de néphrologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et président du Comité québécois d'étude du français médical, a reçu le prix Camille-Laurin de l'Office québécois de la langue française en reconnaissance de son engagement à promouvoir le bon usage de la langue française dans le domaine médical.

Le **D^r JACQUES LE LORIER**, chercheur au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, a reçu le *Distinguished Service Award*, de l'International Society for Pharmacoepidemiology, pour son leadership, son dévouement et sa contribution à l'organisme.

Le **D^r JEAN-LUC SENÉCAL** a reçu le *Distinguished Rheumatologist Award*, de la Société canadienne de rhumatologie, en reconnaissance des travaux de recherche qu'il a menés sur le sujet et de leur rayonnement.

En juin dernier, le gouvernement du Québec a nommé trois médecins chevaliers de l'Ordre national du Québec : le **D^r GEORGE KARPATI**, professeur à la Faculté de médecine de l'Université McGill ; le **D^r EMIL SKAMENE**, directeur scientifique de l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill ; ainsi que le **D^r RÉJEAN THOMAS**, président de la Clinique médicale l'Actuel et président-fondateur de Médecins du monde Canada.

Le **D^r JACQUES MONTPLAISIR**, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le sommeil et directeur du Centre d'étude du sommeil et des rythmes biologiques, a reçu le *Distinguished Scientist Award*, de la Sleep Research Society, qui souligne ses actions dans le domaine et sa profonde connaissance du sujet.

La Société canadienne de schizophrénie a décerné son *Outstanding Achievement Award* au **D^r PIERRE LALONDE**, pour son engagement et sa contribution exceptionnelle envers cette cause, et le *Michael Smith Award* au **D^r EMMANUEL STIP**, pour le soutien que ses recherches sur le sujet et son approche clinique de la schizophrénie apportent à la connaissance et au traitement de cette maladie.

Le **D^r JACK ANTEL**, de l'Institut de neurologie de Montréal, a reçu le prix John-Dystel 2005. La National Multiple Sclerosis Society et l'American Academy of Neurology soulignent ainsi sa contribution aux soins aux personnes atteintes de la sclérose en plaques ainsi que ses travaux en neuroimmunologie.

Le **D^r ALBERT AGUAYO** a reçu la plus haute distinction de l'Association médicale canadienne, le prix F.N.G.-Starr, en reconnaissance de ses réalisations en sciences, en recherche et dans l'amélioration des services médicaux au Canada dans le secteur des neurosciences.

Nouveaux membres et nouveaux membres certifiés

La ville ou l'arrondissement indique le lieu d'exercice lorsqu'il est connu.
Période : du 17 août 2005 au 31 janvier 2006

OMNIPRATICIENS

ALLEN DEMERS, CATHERINE Fortierville
 BANNOUR, LÉILA Sorel
 BARTER LEVYA, MARIA TERESA Shawinigan-Sud
 BEARDSLEY, JENNIFER KATHRYN Windsor
 BENOIT, PHILIPPE Montréal
 BISCAY, CAROLINE Belloil
 BRUNET, NADINE Montréal
 CARREIRO, STEPHEN RICHARD Montréal
 CHEVRETTE, MARIE-CHRISTINE Québec
 CORDEAU, KARYNE Québec
 DAVIDSON, MARIE-HÉLÈNE Fortierville
 DORFMAN, JULIA Montréal
 DOUVILLE, VÉRONIQUE Sainte-Foy
 DUGUAY, GARY Salaberry-de-Valleyfield
 DUMAS PILON, MAXINE Montréal
 DUTIL, JULIE Chibougamau
 GAROUFALIS EVGENIA Montréal
 GONZALEZ LORENZO, ANABEL Lachute
 GOYER, MARIE-ÈVE Rouyn-Noranda
 GRUNAU, ESTHER SACHA Montréal
 HOUDE, STÉFANIE Rivière-du-Loup
 IBRAHIM, JULIE Montréal
 KITTY, DARLENE JANET Chisasibi
 LABERGE, CAROLINE Chicoutimi
 LAFRANCHISE, LUC Thetford Mines
 LAM, VO-HOA Cornwall (Ont.)
 LANDRY, HÉLÈNE Maria
 LATREILLE, ISABELLE Montréal
 LAUZON, JEAN-HUGUES Québec
 LE, THI XUAN MAI Montréal-Nord
 LEGAULT, PIERRE-MARC Montréal
 MACLAREN, LAURA STACEY Montréal
 MICHAUD, JULIE Mont-Joli
 PARENT, GENEVIÈVE Saint-Hubert
 PARIS, CATHERINE Sorel-Tracy
 PATZEV, EDI Maniwaki
 QUACH, HUU-NGHI Québec
 RICHARD, ÉLISE Saint-Léonard-d'Aston
 RIENDEAU, SIMON Chicoutimi
 SAIRAM, ASHWIN M. Mont-Royal
 SALMAN GODIN, ARIANE Fleurimont
 SIROIS, DANY Shawinigan-Sud
 SMAIL, KAHINA Sorel-Tracy
 SOOS KAPUSY, EVA DALMA Pierrefonds
 TANDAREANU, LUMINITA Montréal
 TOMA, NICOLA Laval
 WELTERS, TANIA LEIGH Montréal

SPÉCIALISTES

ANESTHÉSIOLOGIE
 BUU, NATALIE THUY Montréal
 CHAREST, ISABELLE Mont-Laurier
 FURUE, KOTO Montréal
 GINGRAS, FRANCE Trois-Rivières
 KOVARIK, GARRETT GEORGE Montréal
 MARTI, JULIEN Sudbury (Ont.)
 ROUSSEAU, ANNIE Sainte-Foy

CARDIOLOGIE
 ASSIMES, THEMISTOCLES Stanford (Calif.)
 BERNIER, MATHIEU Blainville
 BÉRUBÉ, SIMON Montréal
 BOTTEGA, NATALIE ANN Rochester (Minn.)
 FILLION, NANCY Québec
 HUSA, RÉGINA Pointe-Claire
 LEGAULT, SYLVIE Saint-Charles-Borromée
 MARTUCCI, GIUSEPPE Montréal
 QUAN, ERIC Greenfield Park
 ROUX, JEAN-FRANÇOIS Montréal
 SABBAGH, ROLAND Montréal
 SARRAZIN, JEAN-FRANÇOIS Québec
 SCHIFF, RENÉE Montréal
 WALKER, MATHIEU Montréal

CHIRURGIE CARDIAQUE
 COUTU, MARIANNE Sherbrooke

CHIRURGIE GÉNÉRALE
 CHAPUT, VÉRONIQUE Montréal
 SHERMAN, VADIM Cleveland (Ohio)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
 NGUYEN, HAI Longueuil
 VOLESKY, MONIKA Montréal
 WADEY, VERONICA Sunnyvale (Calif.)

CHIRURGIE PLASTIQUE
 ARMOUR, ALEXIS DEVON Rigaud

ENDOCRINOLOGIE
 BUI, HELEN Montréal
 DELORME, SOPHIE Québec
 LEBOEUF, RÉBECCA Sherbrooke
 RICHARDS, JOHN BRENT Westmount
 YARED, ZEINA Saint-Laurent

GASTROENTÉROLOGIE
 FORGET, SYLVIANE Montréal
 MORINVILLE, VÉRONIQUE Montréal
 NADEAU, ÉTIENNE Trois-Rivières
 PÂQUET, STÉPHANIE Lachenaie
 PLAMONDON, SOPHIE Sherbrooke

GÉRIATRIE
 LAVOIE, LUCIE Trois-Rivières
 LEMIRE, STÉPHANE Québec
 VU, THIEN TUONG MINH Montréal

HÉMATOLOGIE
 COURNOYER, GHISLAIN Montréal
 LAVOIE, CATHERINE Montréal
 PELLETIER, PATRICIA Montréal
 RAYMOND, NICOLAS Laval
 SEBAG, MICHAEL Montréal
 TOSIKYAN, AXEL Laval

IMMUNOLOGIE CLINIQUE ET ALLERGIE
 VERREAU, NINA Chicoutimi

MÉDECINE D'URGENCE
 DEBLOIS, JACQUES Montréal
 HAGGAR, CARINE Montréal
 KRULL, ANDREAS Montréal

MÉDECINE INTERNE
 DANSEREAU, LUC Montréal
 PERRATON-BRILLON, MÉLANIE Montréal
 RAYMOND, DANIEL Rivière-du-Loup

MICROBIOLOGIE MÉDICALE ET INFECTIOLOGIE
 TURNER, STEPHEN Montréal

NÉPHROLOGIE
 COLLETTE, SUZON Montréal
 FOSTER, BETHANY JOY Montréal
 PAULY, ROBERT PETER Montréal
 PÉPIN, MARIE-NOËLLE Montréal

NEUROLOGIE
 RUBIN, ZARYA ALEXANDRA Montréal

OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE
 CARRÉ, VALÉRIE Chicoutimi

ONCOLOGIE MÉDICALE
 ALCINDOR, JEAN JOSEPH THIERRY Montréal
 DIONNE, JEAN-LUC Lachenaie
 STURGEON, JEREMY FERDINAND GEORGE Montréal

OPHTALMOLOGIE
 JOYAL, HÉLÈNE Montréal
 MYDLARSKI, MARC BERNARD Montréal

PÉDIATRIE
 BUI, HELEN Montréal
 MORINVILLE, VÉRONIQUE Montréal

PNEUMOLOGIE
 AGULNIK, JASON SCOTT Montréal
 BOUCHARD, NICOLE Greenfield Park
 HIRSCH, ANDREW Montréal
 PÂQUET, ISABELLE Lachenaie
 PEPE, CARMELA Toronto (Ont.)

PERRATON-BRILLON, MÉLANIE Montréal
 YEE, DAPHNE Montréal

PSYCHIATRIE
 BEAUSÉJOUR, PIERRE ANDRÉ MICHEL Sherbrooke
 BRETHERS, JEAN-IANIC Victoriaville
 LAPIERRE, PATRICK Trois-Rivières

RADIO-ONCOLOGIE
 MARTENS, CHANDRA GWYN RENEE Gatineau

RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE
 GAUTHIER, STEEVE Saint-Charles-Borromée
 LÉGARÉ, LYNE Niagara Falls (Ont.)
 LINNELL, GRANT Burlington (Vt.)
 MARTIN, LUCIE CHRISTINE Ottawa (Ont.)

UROLOGIE
 BAZINET, JOCELYN Chicoutimi

PERMIS RESTRICTIFS
 ALDA, MARTIN Montréal
 BREWER, TIMOTHY FRANCIS Montréal
 BROWN, RICHARD NICHOLAS Montréal
 BRUGADA TERRADELLAS, RAMON Montréal
 DUFFY, ANNE CECILIA Westmount
 FERNANDEZ, MARTIN PABLO Montréal
 GILLAIN, THIERRY Montréal
 GOLOGAN, ADRIAN Montréal
 GOLOGAN, OLGUTA-ECATERINA Montréal
 KATTYGNARATH, TIAO VIRIRAK La Tuque
 LANFRANCHI, PAOLA ASSUNTA Montréal
 LAPEYRAQUE, ANNE-LAURE Montréal
 LOUAHLIA, SAID Montréal
 MALLET, VÉRONIQUE La Baie
 MARSAN, STÉPHANIE MARIE-ANKA Montréal
 MARTINEZ MARIN, JOSE LUIS Sherbrooke
 MONFRAIS, JEAN-LUC Sorel-Tracy
 POPA, CLARA Rouyn-Noranda
 PRISECARIU MOCANU, DANIELA Gatineau
 PROULX, NORMAND Ottawa
 SARTELET, HERVÉ Montréal
 TISCHKOWITZ, MARC DEREK KARL-EUGENE Montréal
 TOURNIGAND, CHRISTOPHE Longueuil
 VOLTZ, JEAN-MARC Shawinigan

AVIS DE RADIATION

AVIS est par les présentes donné que le comité administratif du Collège des médecins du Québec, à sa séance du **24 août 2005** a, en vertu du devoir lui étant imposé par l'article 86(1)(ii) du *Code des professions*, prononcé la radiation des membres n'ayant pas versé dans le délai fixé les cotisations dont ils sont redevables à l'ordre.

Les personnes suivantes n'ont pas régularisé leur situation avec le Collège des médecins du Québec en date des présentes :

D ^r Vincent Arlet	91008	États-Unis
D ^r Daniel Beaudry	70078	Moncton (N.-B.)
D ^r Martin Benoit	96202	États-Unis
D ^r Ché Touati Bensmaïne	04342	Sorel-Tracy
D ^r Normand Brault	55019	Sherbrooke
D ^r Michel Brulotte	82410	Saint-Jacques (N.-B.)
D ^r Fayez Chahfe	86344	États-Unis
D ^r Ishwar C. Chopra	72676	États-Unis
D ^r Serge Côté	04122	Sainte-Foy
D ^r Léona Cuttler	76565	États-Unis
D ^r Paul Doiron	95234	Moncton (N.-B.)
D ^r Ulrich Farack	74649	Allemagne
D ^r Brett Ferdinand	00403	Iroquois Falls (Ont.)
D ^r Jules Fouche	70418	Magog
D ^r Michèle Gérin-Lajoie	92185	États-Unis
D ^r Ghislaine Gilbert	49063	Montréal
D ^r Caroline Hamel	93228	États-Unis
D ^r Bernard Hazel	61107	Montréal
D ^r Ross O. Hill	49120	Westmount
D ^r Quy Ke Hoang	79506	Montréal
D ^r Mansour Jabbari	71406	Montréal
D ^r Robert Gordon Johnson	83006	États-Unis
D ^r Carolyn L. Kerrigan	78246	États-Unis
D ^r Nadine A. Kindy-Degnan	84624	États-Unis
D ^r Lanning Bernard Kline	74728	États-Unis
D ^r Joël Kravitz	98365	États-Unis
D ^r Raymond Lépine	55111	Montréal
D ^r Marie Letendre	97123	États-Unis
D ^r Timothy Farrow Manning	00016	Pointe-Claire
D ^r Milton P. Marcilio	75048	Toronto
D ^r Viviane Massaad	00246	Oshawa (Ont.)
D ^r Élizabéth Matthew	77544	États-Unis
D ^r Garry Millien	92353	États-Unis
D ^r Ferran Moreno Sala	03405	Espagne
D ^r Rose Ellen Morrell	76041	États-Unis
D ^r Margaret Netscher	71597	Iqaluit T. N.-O.
D ^r Luc Perrier	94362	États-Unis
D ^r Alexander Preker	78498	États-Unis
D ^r Bruce G. Raphaël	76113	États-Unis
D ^r Eugène Reynaud	69016	Montréal
D ^r Martin Richler	85048	États-Unis
D ^r David M. Ross	71462	États-Unis
D ^r Tomas Antonio Salerno	72190	États-Unis
D ^r Karim Serri	04267	Montréal
D ^r Samuel Shuster	37078	Westmount
D ^r Grégoire St-Louis	64172	Montréal
D ^r John David Stewart	78466	North Vancouver (C.-B.)
D ^r A. Tenenhouse	63310	Montréal
D ^r Julia K. Terzis	73714	États-Unis
D ^r Michael Toupin	01300	Moncton (N.-B.)
D ^r Carolle Vienneau	03185	Sorel-Tracy
D ^r Bradley Lorne White	83459	États-Unis
D ^r Abdallah Zaki	71477	États-Unis

Montréal, le 26 septembre 2005
M^e Christian Gauvin
Secrétaire adjoint

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-02-00552)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Antoine Hoyeck** (86062) (chirurgie générale), exerçant la profession de médecin à Gaspé (Québec), a été trouvé coupable par le comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

- d'avoir refusé en juillet 2000 de suivre un patient malgré qu'il fût de garde et qu'il fût le seul chirurgien disponible pour des motifs reliés à des problèmes relationnels avec un autre médecin ;
- d'avoir négligé en juillet 2001 de se rendre auprès d'un patient afin de lui expliquer les conséquences possibles de son choix et de s'assurer qu'il y avait refus éclairé de traitement.

Le 13 septembre 2004, le comité de discipline a imposé au D^r Antoine Hoyeck une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux mois pour le premier chef et d'un mois pour le deuxième chef de la plainte. Ces périodes de radiation doivent être purgées concurremment.

Le 15 octobre 2004, le D^r Hoyeck en a appelé de la décision du comité de discipline au Tribunal des professions en vertu de l'article 164 du *Code des professions*. L'appel a eu pour effet de suspendre l'exécution de la décision rendue. Le récent jugement du Tribunal des professions rendu le 6 septembre 2005 et signifié au D^r Hoyeck le 9 septembre 2005 rejette l'appel. La décision du comité de discipline à l'effet de radier le D^r Antoine Hoyeck est donc confirmée.

Le D^r Antoine Hoyeck est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux mois à compter du **12 septembre 2005**.

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

Montréal, le 12 septembre 2005
M^e Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION PROVISOIRE

(dossier : 24-05-00615)

Prenez avis que le 12 septembre 2005, le comité de discipline du Collège a prononcé la radiation provisoire du tableau de l'ordre de **D^r Paul-André Pelletier** (76029), exerçant la profession de médecin (rhumatologie) à Montréal (Québec), jusqu'à décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

Le D^r Paul-André Pelletier est accusé d'avoir commis des infractions à la Loi et aux règlements du Collège tel qu'il appert de la plainte numéro 24-05-00615 déposée au Greffe de discipline en même temps que la requête en radiation provisoire.

L'acte reproché au D^r Paul-André Pelletier est à l'effet suivant :

- d'avoir fait défaut de répondre ou de faire suite aux demandes du syndicat, de lui fournir les explications et de le rencontrer.

Le D^r Paul-André Pelletier a reçu signification de cette ordonnance de radiation provisoire le 22 septembre 2005, par la voie des journaux, laquelle radiation est exécutoire à compter de cette date, nonobstant appel.

Le D^r Paul-André Pelletier est donc radié provisoirement du tableau de l'ordre à compter de la date à laquelle la décision lui a été signifiée, soit le **22 septembre 2005**, et ce, jusqu'à décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre lui.

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

Montréal, le 22 septembre 2005
M^e Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION PERMANENTE

(dossier : 24-04-00587)

AVIS est par la présente donné que le **D^r Rodrigue Stébenne** (67290), exerçant la profession de médecin (psychiatrie) à Sherbrooke (Québec), a plaidé coupable devant le comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

- d'avoir adopté une attitude répréhensible envers une patiente, en abusant de la relation professionnelle pour poser chez elle, graduellement, des gestes de plus en plus déplacés et à caractère sexuel (chefs 1 et 2) ;
- d'avoir établi des relations d'intimité avec d'autres patientes, notamment pour répondre, selon lui, aux demandes ou aux approches desdites patientes, manifestant ainsi une incapacité, une pauvreté de jugement et de contrôle de lui-même (chef 3).

Le 29 septembre 2005, le comité de discipline a rendu une décision à l'effet de radier de façon permanente du tableau de l'ordre du Collège des médecins le D^r Rodrigue Stébenne.

En vertu de l'article 158 du *Code des professions*, la décision du comité à l'effet de radier de façon permanente le droit de pratique de D^r Rodrigue Stébenne est exécutoire dès sa signification à l'intimé, soit le **5 octobre 2005**.

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

Montréal, le 11 octobre 2005
M^e Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-04-00596)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Donald Delisle** (80035), exerçant la profession de médecin à Bromptonville (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 fait preuve de négligence, lors de rencontres à l'extérieur du cabinet du médecin, laissant croire à la patiente qu'elle recevait un avis médical (chef 1).

Le 7 septembre 2005, le comité de discipline a imposé au D^r Donald Delisle une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux semaines pour ce chef d'accusation.

La décision du comité étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le D^r Donald Delisle est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de deux semaines à compter du **8 octobre 2005**.

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

Montréal, le 11 octobre 2005
M^e Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-03-00575)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Linda Cloutier** (88275), exerçant la profession de médecin à Shawinigan-Sud (Québec), a été trouvée coupable par le comité de discipline du Collège des médecins du Québec de l'infraction qui lui était reprochée, soit :

- d'avoir négligé d'avoir porté secours à un patient et de lui fournir des soins, refusant que les ambulanciers le dirigent à la salle d'urgence.

Le 20 septembre 2005, le comité de discipline a imposé au D^r Linda Cloutier une radiation du tableau de l'ordre pour une période d'un mois pour l'unique chef de la plainte.

La décision du comité étant exécutoire le 31^e jour de sa communication à l'intimé, le D^r Linda Cloutier est donc radiée du tableau de l'ordre pour une période d'un mois à compter du **22 octobre 2005**.

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

Montréal, le 24 octobre 2005
M^e Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-04-00591)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Zoltan T. Ferenczi** (72418), exerçant la profession de médecin à Lennoxville (Québec), a plaidé coupable devant le comité de discipline du Collège des médecins du Québec des infractions qui lui étaient reprochées, soit :

- d'avoir fait défaut d'avoir une conduite irréprochable envers une patiente, en transgressant les limites de la relation thérapeutique en permettant que s'établisse à compter de juillet 2003 une relation d'intimité comprenant notamment des accolades, des caresses et des baisers, allant jusqu'à une relation sexuelle complète le 12 septembre 2003 (chef 1) ;
- d'avoir fait défaut d'avoir une conduite irréprochable envers deux patientes en permettant que s'établisse à la fin des années 1990 une relation d'amitié en évoluant en une relation d'intimité et allant jusqu'à une relation sexuelle complète (chefs 2 et 3).

Le 30 novembre 2005, le comité de discipline a imposé au D^r Ferenczi une radiation du tableau de l'ordre pour une période de deux mois pour le premier chef de la plainte et une radiation de six semaines pour chacun des chefs 2 et 3 de la plainte. Ces trois périodes de radiation doivent être purgées consécutivement.

La décision du comité étant exécutoire dès signification à l'intimé, le D^r Zoltan Ferenczi est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de cinq mois à compter du **2 décembre 2005**.

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

Montréal, le 2 décembre 2005
M^e Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION

(dossier : 24-98-00457)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r José-Luis Gomez** (81666), exerçant la profession de médecin à Sainte-Foy (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 omis en juin 1993 d'aviser, de procéder ou de s'assurer que l'on procède à une prise en charge et/ou un suivi approprié du patient à la suite d'une échographie trans-rectale.

Le 5 décembre 2005, le comité de discipline a imposé au D^r Gomez une radiation du tableau de l'ordre pour une période d'un mois pour le chef 1 de la plainte.

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

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

Montréal, le 9 janvier 2006
M^e Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION ET LIMITATION

(dossier : 24-04-00593)

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Pierre-Marc Roy** (74101), exerçant la profession de médecin à Montréal (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 posé, de l'automne 1995 à la fin de l'année 2002, divers gestes d'intimité allant jusqu'à s'adonner à des relations sexuelles avec une patiente.

Le 11 janvier 2006, le comité de discipline a imposé au D^r Pierre-Marc Roy une radiation du tableau de l'ordre pour une période de 4 ans pour l'unique chef de la plainte.

En outre, le comité a imposé une limitation permanente d'exercice au D^r Pierre-Marc Roy, afin de lui permettre de faire uniquement de la médecine administrative.

La décision du comité étant exécutoire dès sa communication à l'intimé, le D^r Pierre-Marc Roy est donc radié du tableau de l'ordre pour une période de 4 ans à compter du **13 janvier 2006**.

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

Montréal, le 13 janvier 2006
M^e Christian Gauvin
Secrétaire du comité de discipline

AVIS DE RADIATION

AVIS est par les présentes donné que le **D^r Yvon Scheffer** (62290), exerçant la profession de médecin au Québec, a été radié par le comité administratif du Collège des médecins du Québec.

Le D^r Yvon Scheffer avait fait l'objet d'une décision du comité administratif, le 7 juillet 2005, à l'effet de se soumettre à des examens médicaux considérant que le comité administratif avait des raisons de croire qu'il présentait un état physique ou psychique incompatible avec l'exercice de la profession médicale.

Le 25 janvier 2006, le comité administratif a imposé au D^r Yvon Scheffer une radiation du tableau de l'ordre, en vertu de l'article 51 du *Code des professions*, considérant que le D^r Scheffer a refusé ou négligé de se soumettre aux examens médicaux imposés.

La décision du comité administratif étant exécutoire le jour de sa signification au médecin concerné, en vertu de l'article 182.3 du *Code des professions*, le D^r Yvon Scheffer est donc radié du tableau de l'ordre depuis le **7 février 2006**.

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

Montréal, le 7 février 2006
M^e Christian Gauvin
Secrétaire adjoint

© Paul Labelle Photographie



D^r Anne-Marie MacLellan
Directrice des études médicales
Secrétaire adjointe

Le Collège des médecins est heureux d'annoncer la nomination du **D^r ANNE-MARIE MACLELLAN** au poste de directrice des Études médicales (DEM) et secrétaire adjointe. Avant d'occuper ces nouvelles fonctions, le D^r MacLellan était directrice adjointe de la DEM. Elle prend la relève du D^r Pierre W. Blanchard, qui a quitté le Collège récemment.

Nous souhaitons au D^r MacLellan bonne chance dans ses nouvelles fonctions. ▶

© Paul Labelle Photographie



D^r Jean-Yves Dansereau
Inspecteur-enquêteur
Direction de l'amélioration de l'exercice

Le Collège des médecins du Québec est heureux d'annoncer la nomination du **D^r JEAN-YVES DANSEREAU** au poste d'inspecteur enquêteur à la Direction de l'amélioration de l'exercice. Après des études de spécialité (médecine interne et rhumatologie) à Montréal, le D^r Dansereau a fait un *fellowship* au Johns Hopkins Hospital et œuvré comme médecin spécialiste dans divers hôpitaux d'enseignement montréalais de 1978 à 1989. Il a été par la suite médecin conseil au gouvernement jusqu'en décembre 2005.

Nous lui souhaitons la bienvenue au Collège. ▶

MÉDECINS DÉCÉDÉS

Entre le 17 août 2005 et le 19 janvier 2006, le Collège des médecins du Québec a été informé du décès des médecins suivants.

ARRONET, GEORGE H.	56145	Obstétrique-gynécologie	Montréal	LAFRANCE, ANDRÉ	65181	Dermatologie	Ottawa (Ont.)
BELLEMARE, BERTRAND	43011	Hygiène et santé publiques	Sillery	LAUZIER, LÉONARD	49091	Chirurgie générale	Québec
BENK, VÉRONIQUE	92331	Radio-oncologie	Toronto (Ont.)	LEDUC, JACQUES R.	47057		Montréal
BILINSKI, JOSEPH	68058		Montréal	LEFEBVRE, GILLES	61128	Psychiatrie	LaSalle
BOURGEOIS, JEANNE	51021	Anatomopathologie	Outremont	LEFEBVRE, MATTHIEU C.	66051	Psychiatrie	Montréal
DANAIS, SLEVIN	61062	Médecine nucléaire	Saint-Jérôme	LEGAULT, ROBERT	64141		Montréal
DANSEREAU, ALPHONSE	41014	Obstétrique	Montréal	LOU, PETER H.	56234	Chirurgie générale	Mistissini
DROUIN, GUY	32023	Cardiologie ; médecine interne	Québec	MARTIN, WILLIAM S.	52196	Médecine nucléaire	Baie-D'Urfé
DUBUC, CHARLES YVES	59008		Laval	MARTINEAU, RAYMOND	73248	Anesthésiologie	Montréal
DUPONT, CLAUDE	52041	Chirurgie générale ; chirurgie plastique	Mont-Royal	NEAGA, ARCADIE	56230	Anatomopathologie	Mont-Royal
FONTAINE, VALMORE	57110	Microbiologie médicale et infectiologie	Sherbrooke	NG CHENG HIN,			
GELFAND, MORRIE	54244	Obstétrique-gynécologie	Montréal	GEORGE DAVIES	83586		Pincourt
GODIN-ROUX, ANDRÉE	70107	Psychiatrie	Saint-Lambert	PAILLE, GUY	56105	Chirurgie générale	Drummondville
GOSSELIN, JEAN	45040	Chirurgie générale	Matane	PARENT, JEAN-MARC	47070		Terrebonne
GRONDIN, PIERRE	51081	Chirurgie générale ; chirurgie cardiovasculaire et thoracique	Bal Harbour (Fl.)	PARVIN, MOHAMAD	69008	Obstétrique-gynécologie	Dorval
GUILLEMETTE, MICHEL	71211		Repenigny	PROULX, GEORGES H.	45085		Sainte-Foy
HILL, ROSS O.	49120	Radiologie diagnostique ; radio-oncologie	Westmount	RHÉAULT, JEAN	50172	Anesthésiologie	Hampstead
JODOIN, RODERICK	49073		Saint-Jérôme	RHÉAULT, MICHEL	71600		Sillery
				ROCHETTE, GAÉTAN	81214		Saint-Augustin-de-Desmaures
				SIMARD, J.-ÉMILE	39073	Chirurgie générale	Chicoutimi
				SIMARD, MICHEL	62263	Hématologie	Montréal
				VECES, HANNA MARIE	65177	Hygiène et santé publiques	Québec

The Seen and the Unseen

ACCESS TO INFORMATION is essential to the exercise of individual and collective rights. The frequently used term “transparency” has become the vogue in organizations, without necessarily having the same meaning or implying the same reality for all. Even so, this access to information so insisted upon must be circumscribed so that the necessary balance between the public good and the protection of a person’s private life is maintained. This is why the Government of Québec, in the 1980s, passed two laws governing access to information and the protection of personal information in both the public and private sector.

© Paul Labelle Photographie



Access to information is an instrument of public protection. This is the level at which professional orders, including the Collège des médecins du Québec, are concerned, since protecting the public is their prime purpose. The orders, however, are governed by the *Professional Code*, and their activities could apply to one of the two pieces of legislation, but not to one or the other exclusively. As a result, for over a decade, one Québec government after another has put forward a number of draft bills with a view to subjecting professional orders to access to information laws. The most recent attempt of this kind, Bill 86, was tabled in the autumn of 2004.

For professional orders, reconciling access to information’s overall objectives with imperatives to protect personal information is an especially difficult challenge. Indeed, the Collège des médecins as a professional order must fulfil its obligations regarding inspection and inquiry and require its members to provide all the information needed by an officer of the Collège, failing which disciplinary measures may be applied. This situation is unique in Québec’s judicial system, pointing to the sensitive nature of much of the information held by orders and the difficulty of applying the existing

access to information legislation to these orders.

Despite the legal debate sparked over access to information held by orders, the Collège has already begun the process of opening the door to public access to information concerning its activities and its members. In fact, it was the very subject of its symposium in 2005. More recently, it introduced its electronic directory of physicians registered on the roll of the order; it also added general information on members to its website, information already accessible to the public by telephone.

But these steps pose new challenges. In order to respect the spirit and letter of the law, the information must also be reliable, relevant and useful. This means that internal processes must be reviewed to ensure the quality of the information being made available—a complex, painstaking, rigorous, albeit essential, task requiring time and energy. And while the task is not very visible and sometimes thankless, it will serve to protect personal information deemed confidential.

Whatever the framework used to subject professional orders to the principles of access to information, the Collège is already resolutely committed to a course of useful, relevant and respectful transparency, thereby ensuring the quality of the information made available, while protecting personal information. In its mission to protect the public, the Collège seeks to maintain that fragile balance between public information and the protection of a person’s private life, between unlimited transparency and the quality and relevance of the information. In short, the balance between the seen and the unseen.

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 two regular meetings, on October 14 and December 9, 2005.

The executive committee held two regular meetings, on September 28 and November 9, 2005, and three special meetings, on November 5, 16 and 25, 2005.

Commercial Relations of Physicians Revision of Code of Ethics in progress

The Collège is now revising the sections of the *Code of Ethics of Physicians* that apply to the commercial relations of physicians. This process is notably the result of a request coming from Yvon Marcoux, the Minister responsible for the application of professional laws, concerning leases linking physicians to pharmacists and pharmacy chains. Indeed, over the last month, physicians have been consulted on a plan to amend the Code in this regard.

While the Collège has not noted a single case of loss of professional independence or unjustified prescription, this tightening of the rules aims to avoid the mere appearance of conflict of interest on the part of physicians who are tenants.

To better understand the Collège's position on this issue, please consult the website collegedesmedecins.qc.ca/communiqués.aspx.

Professional orders soon subject to access to information

In 2005, the directors of the Collège des médecins du Québec decided to attribute a public quality to the various limitations of a physician's practice. At a parliamentary commission in the autumn of 2005, the Collège supported the position of the Interprofessional Council of Québec on Bill 86, which would subject professional orders to the *Access to Information Act*.

The Collège is convinced that greater transparency as regards access to information would make the public realize the seriousness with which professional orders play their role as overseer. But before such a bill is passed, the Collège, like other orders, wants a tightening of measures to protect the information obtained in the context of a syndic's inquiry.

A press release on the subject is available on the website, collegedesmedecins.qc.ca/communiqués.aspx.

Specialized Nurse Practitioners Collège-OIIQ Guidelines

Last fall, a regulation authorizing the practice of nurse practitioners specialized in neonatology, cardiology and nephrology came into force. To facilitate its application, the Collège and the Ordre des infirmières et infirmiers du Québec have recently published joint guidelines. Composed of a kit, which includes a main text and a separate supplement for each specialty, this document circumscribes, notably, the role and responsibilities of these new nurses, as well as interdisciplinary clinical practice. Each supplement focuses on the scope of medical acts that may be performed by specialized nurse practitioners, in keeping with the rules for medical care and the use of medication to be approved by the board of directors of each hospital. All medical specialists and residents in pediatrics, cardiology and nephrology will receive the document related to their specialty.

The subcommittee on perinatal morbidity and mortality now called the perinatology committee

Since it was formed, the professional inspection committee's subcommittee on perinatal morbidity and mortality has had a mandate to study the data on all perinatal deaths occurring during a given year.

In recent years, many constraints have slowed the committee's work and prevented it from providing a timely and true picture of perinatal practice in the various settings. In addition to the delay in producing documents, certain questions on the quality of medical practice in perinatology remained unanswered, and the subcommittee would have appreciated being able to study these in greater depth. Included among them are the management of dysmaturity, institutional observance of levels of care in perinatology, and the quality of neonatal resuscitation.

Ever convinced of the need to supervise the quality of medical practice in perinatology, the board of directors decided to review the subcommittee's mandate and, in so doing, renamed it the perinatology committee, which will still come under the professional inspection committee and report to it on a yearly basis. It will be responsible for developing various performance indicators in perinatology, which it can then use to produce an overall picture of the quality of practice in this field in Québec. Recommendations for practice enhancement will round out the study.

Election of Executive Committee

On October 14, 2005, the directors elected the members of the executive committee for the coming year. Drs. Charles Bernard, Jacques Boileau and Julie Lalancette, as well as Mr. Louis Roy, Office des professions representative, were unanimously re-elected.

The Simon Marshall File: An inquiry has begun

The Simon Marshall affair, the case of a young intellectually handicapped man who was unjustly convicted of sexual assault and proven innocent last fall, is causing a stir that reaches right into the Collège des médecins. In fact, the board of directors has mandated Dr. François Gauthier, syndic of the order, to examine the interventions of all physicians involved in the assessment of this young man. In his inquiry, Dr. Gauthier will have to make certain that the professional acts performed by these physicians were in keeping with their ethical duties and obligations. On the basis of his report, the Bureau will then make the appropriate decisions.

The working group on clinical ethics looks at organ donation after cardiocirculatory arrest

Given the insufficient number of organs for transplant purposes and certain practices in current use elsewhere in the world, a group of physicians working in the transplantation field solicited the opinion of the Collège with respect to removing the organs of patients whose heart has stopped beating or will soon stop beating, even if brain death has not yet occurred.

The Collège's working group on clinical ethics examined this question and, in its position presented to the board of directors, recommended that the Collège support the setting up of pilot projects on organ donation after cardiocirculatory arrest, but only in centres specialized in transplantation. This would ensure the quality of the prognostic assessment and the support given to the family.

Last February, the Collège des médecins made its position known at the Forum on Organ Donation organized by Québec-Transplant.

Like Thomas, I Want Proof

FOR A LONG TIME NOW, Quebecers have been solicited by therapists offering a broad variety of approaches to resolving health problems. In fact, our citizens spend millions every year looking for miracle solutions to their health problems—and for an attentive ear—something our pressured and exhausted medical teams do not always provide.

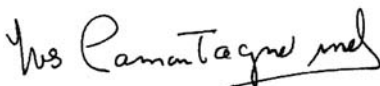
We physicians are often accused of being closed to these unrecognized “therapies”. And yet, modern medicine relies on treatments which, before being accepted by the medical community, were also new, little known and not always well understood. I, for one, have conducted clinical trials on the use of non-pharmacological therapies to treat anxiety. Some of these, such as relaxation, proved very effective, whereas others had no validity. But only the scientific method could determine which of these would become part of my therapeutic arsenal and that of my colleagues. Beliefs and anecdotes, dear as they are to improvised therapies, cannot be the criteria for choosing the best treatment for our patients. Like Thomas, physicians must always “doubt” any treatment that has not proven itself, promising as it might be.

But all of us, patients and caregivers alike, become prime targets when the therapeutic arsenal shows itself to be limited. In fact, this was made evident again last year when Québec parents took their children suffering from a fatal disease outside the country for experimental treatment. This treatment, presented as a medical research project, did not comply with the most elementary rules. The physicians attending these children were unanimously opposed to the treatment, believing it to be useless, even dangerous, and they questioned themselves on the attitude they should adopt.

This was the context in which the Collège des médecins du Québec published its position paper *Le médecin et les traitements non reconnus* and a report on the subject in this

issue of *Le Collège*. The position paper is innovative in its openness to unrecognized treatments, albeit always within the rigorous framework of scientific research. Indeed, this new vision has already been incorporated into the *Code of Ethics of Physicians* revised in 2002. As medicine is constantly on the lookout for new treatments, the physician’s role is to inform the patient of current scientific knowledge and to recommend the treatment he or she deems most appropriate. It is then up to the patient, who has been well informed of the benefits and risks of the treatments envisaged—recognized or not—to make his or her own decision.

If, like Thomas, we need proof of the effectiveness and innocuousness of a treatment before using it, we must also, each in our own way, help to advance knowledge by participating in well conceived research projects that are in compliance with the criteria of the research ethics committee and subject to the assessment of our peers. This is our collective responsibility. In so doing, we will help improve the health of Quebecers, as the mission of the Collège reiterates.



Yves Lamontagne, M.D.
President and CEO

Like Thomas, physicians must always “doubt” any treatment that has not proven itself, promising as it might be.

BUREAU (Conseil d’administration)

Président

Yves Lamontagne (Montréal)

Médecins administrateurs élus

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

Administrateurs nommés par les facultés de médecine du Québec

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

Administrateurs nommés par l’Office des professions du Québec

Gisèle Gadbois
Jacques Richard
Louis Roy
Jacqueline Visser

COMITÉ ADMINISTRATIF (Comité de direction)

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

DIRECTIONS

Direction générale

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

Direction des services juridiques

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

Direction des services administratifs

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

Direction des affaires publiques et des communications

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

Direction des enquêtes

François Gauthier, M.D., *syndic et directeur*
Jean-Claude Fortin, M.D., *syndic adjoint et directeur adjoint*

Direction des études médicales

Anne-Marie MacLellan, M.D., *directrice et secrétaire adjointe*
Directeur adjoint (poste vacant)

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*