

Bonanza for drug companies

Quebec's public drug plan pays for biotechnology boom

Louisa Blair

Family physicians in Quebec are finding that patient compliance with their medication orders is decreasing fast, for the simple reason that their patients can no longer afford the drugs ordered on the prescription pad.

Quebec's medication insurance plan is now just over 5 years old, and the only people who would say it has been a stunning success are the brand-name drug companies and the insurance industry.

Because medication is not covered by the Canada Health Act, provinces can choose if and how they pay for medication. Five years ago Quebec chose to go with a two-tiered, US-style system of coverage. Everyone who does not have medication insurance with their workplace qualified for the scheme.

This was a good deal for the insurance companies: the healthy working population pays their premiums, while the government looks after those most likely to make claims, such as the poor, the jobless, and the elderly, 90% of whom use the public plan.

But the cost of the program has been increasing by 18% per year and is now completely out of hand, with Quebec claiming it is running a deficit of \$170 million. Quebec now pays more for drugs than for doctors.

People unable to work, children, and students do not pay for their drugs. But the greatest consumers of drugs are the elderly, and three quarters of Quebecers older than 65 have an income of less than \$20 000. Before the new drug plan, they paid a \$2 prescription fee for their drugs. Now they make copayments of 25% of prescription costs with a deductible of \$8.99,



“Prescription drug management is too complex”: *Dr Robyn Tamblyn recommends computerization of drug prescriptions.*

.....
and pay a premium of up to \$385 yearly with their income taxes.

Reduction in essential drugs

Dr Paul Saba, who practises family medicine in Montreal, says he is seeing poor patients who have stopped taking their medications because they cannot afford them; some have been hospitalized as a consequence. “One patient is diabetic and has bad asthma. She has trouble paying for her asthma inhalers, and then gets bronchitis and pneumonia and can't pay for the antibiotics. There are signs she's not taking her diabetes medication, either, which reduces her ability to fight infections.”

Epidemiologist Dr Robyn Tamblyn knows more about Quebec's drug plan than most. She and a team of 16 other

researchers at McGill University interviewed 800 pharmacists and physicians in 1999 to evaluate the plan's effect. Many people had simply stopped taking their medications. While reductions in such drugs as tranquilizers and sleeping pills were beneficial for elderly people, reductions in essential drugs (nearly two thirds of drug consumption by the elderly is considered essential) resulted in about 16 000 extra visits to physicians and about 13 000 visits to emergency departments over a 10-month period.

User fees are always associated with a reduction in essential drugs, Dr Tamblyn says, which results in increased health care costs elsewhere in the system. “There's an unwillingness to join the dots from A to B; emergency rooms and doctors are in somebody else's portfolio.”

But there's another dotted line that is less obvious in this story. That line joins the increasing costs of Quebec's drug plan with the pharmaceutical industry.

If the drug plan has been good for the insurance industry, it has been a bonanza for brand-name drug companies. The province adds 100 drugs yearly to its formulary. But the number of drugs representing important therapeutic gain that appear on the market every year, according to Dr Norman Kalant of the Montreal-based Physicians for Social Justice, is about two. That means that approximately 98 of the annual additions to the formulary are “me-too” drugs.

Quebec has given the brand-name drug companies another unique incentive to influence the Ministry's decisions

as to what goes on the provincial formulary. Once a brand-name drug is on the list, Quebec gives it 15 years of extra competition-free time on top of the Canadian 20-year patent protection period.

Dr Tamblyn gives the example of omeprazole, a second-line drug for treatment of gastroesophageal reflux disorder, which was being used for any stomach upset. When the cost to the drug plan hit a million dollars a month for that one drug, the government removed it into the restricted formulary, so that physicians could apply for it only if other medications had not worked.

"The utilization rate fell from \$1 million to \$100 000 a month," says Dr Tamblyn, "Then the company made a case that, if the government put omeprazole back in the formulary, they would bring in a research facility and employment to the province, and would educate physicians. Six months later it was put back, and the cost rose to \$1.2 million a month."

Irresistible temptation

In December a commission to study the drug plan headed by Quebec economist Claude Montmarquette recommended axing the deductible and raising the copayment to between 35% and 40% of the cost of drugs. It also questioned Quebec's 15-year rule, which, it says, adds \$25 million yearly to the cost of the plan. It recommended substituting drugs prescribed with the cheapest generic equivalent, as in Ontario, and suggested that the government "evaluate the policy in more depth," taking into account "the social cost of dedicating public resources to the pharmaceutical industry."

But the temptation to use Quebec's entire health care system to stimulate the pharmaceutical industry seems to be irresistible. Drug companies conducting research in the province's hospitals and universities can recoup 65% of their investment in fiscal benefits, and teaching hospitals do not bill companies for laboratory use. The province has become the 10th largest biotechnology

centre in the world, and 50% of Canadian jobs in pharmaceutical research and development are in Quebec.

AstraZeneca, the company that produces omeprazole, says it invested \$36.5 million in research and development in Quebec in 2000 alone, including \$385 000 to support a centre of excellence in gastrointestinal research at the Centre Hospitalier de l'Université de Québec (CHUQ).

Rx&D, the company representing Canada's 63 brand-name drug firms, claims that in 2000 its members spent \$400 million on research and development in Quebec and that they employ more than 9000 people.

But Canada's definition of research and development, says Dr Kalant, is based on what is permitted in the income tax act, a definition so vague that it includes drug retailers and sales representatives. "My question," he says, "is how much does the government spend in support of these companies, where is the evidence that this is economically good for the province, and how much will we get back in terms of stable jobs that won't go away in 2 years if another jurisdiction offers them a better deal?"

As for Quebec's drug plan, something has to give. In March, Quebec's National Assembly will make some major changes. Health Minister Rémy Trudel has agreed to Montmarquette's suggestion to raise copayments and axe the deductible. He is unlikely to abolish the 15-year rule for brand-name drugs, though. As proof of the plan's benefits to the province's economy, he notes that the generic drug companies are all in Ontario, while brand-name companies are in Quebec. However, the Canadian Drug Manufacturers Association (CDMA), representing generic drug companies, has pointed out that Ontario's cheapest generic equivalent policy has not prevented the pharmaceutical industry from opening 39 head offices there.

Even if Trudel's trade-off were acceptable, critics say no one knows whether it is even economically worth it until the dots are joined, which has not yet been done. "We need to track the costs to the health care system of these subsidies

to pharmaceutical industries," says Dr Tamblyn. "If Peter has profited at Paul's expense, he should pay him back. But we don't look at these issues in a cross-jurisdictional way, and we are stupid. The Senate did it for the smoking issue. Now it's time to be accountable for some of the decisions in other sectors."

Deciphering drug management

In April, a McGill University team will provide 40 family doctors on the West Island of Montreal with electronic prescription pads for a year. One problem with Quebec's drug plan is that family physicians do not know how much the drugs they prescribe cost their patients, says Dr Robyn Tamblyn, McGill epidemiologist and principal investigator. "Prescription drug management is too complex," she says. "It has to be computerized."

Physicians will enter the patient's medicare number into the pad, which calls up a short-form problem list culled via embedded codes from the patient's database over the past year, as well as which drugs were prescribed by any physician, and any hospitalizations. It can measure compliance and can prescribe or represcribe drugs. It asks the reason for this choice of drug, and brings up a list of approved and unapproved indications. It reveals the cost of the drug and the total cost per month of all the drugs the patient is taking, as well as the cost patients pay.

The program suggests and checks doses, and assesses 33 000 drug interactions, looking for contraindications, drug allergies, and duplication. It will eventually be able to check laboratory results.

The prescription is sent to an electronic holding area, where the pharmacy picks it up using the prescription number. "There is no possibility of transcription errors," says Dr Tamblyn, "and it can communicate medication stops or change orders to pharmacists. They won't have to read illegible handwriting any more."

—Quebec city, Que

Ms Blair is a freelance writer based in Quebec city, Que.

“We make it look easy”

Alberta College of Family Physicians President speaks from the heart

Barbara Kermode-Scott

At the Alberta College of Family Physicians' (ACFP) Annual Scientific Assembly on March 1, 2002, College members were moved by the sincere thoughts Dr Tuhin Bakshi shared with physicians here following his installation as ACFP president.

These are the highlights of his speech:

“[W]ith a great sense of pride and responsibility I accept the position of president of the Alberta College.

“A few years ago when I joined the chapter, I wanted to do something for the profession I love and cherish so dearly. My intentions are still the same. I want to do something for my profession. For some of you, to whom I may be unfamiliar, I am a family doctor, a rural family doctor from Wetaskiwin, where I've been practising for the last 16 years. During this time, ... I'm surprised how much of a family doctor I've become. I talk like one, think like one, and behave like one.

“Over the years, as my vision for this profession has matured, so has my respect for it. I find the discipline of family medicine is unique. ... We family doctors are doing everything that we can. Family doctors all over the country are doing a variety of things in their practices. We not only provide primary care but, with some consistency, we also provide secondary care to our patients. We do all of our share of work, [receive] less than our share of credit, and make it look easy so other providers want to join us and do our job. The fact is we work hard, we provide the care, and we make it look easy.

“I believe the future is [good] for family physicians. Our patients need someone to look after them as [whole people]. They're confused and overwhelmed with the ever-growing medical technology, uncertain government policies, and

Internet-based medical information. They want someone who can explain [everything] to them, someone they know and whom they can trust. So, fellow members, I urge you to stand by your patients because they need us most.

“I know how busy you are and, needless to say, how stretched you are in your professional commitments. [Nevertheless] I also urge you to find out how organizations like our College run entirely on volunteerism. Over the years I've seen people working so hard on a voluntary basis. We want you to keep doing so. That's the strength of this organization and that's what we exist upon. We work as a team. Anything that comes out of the College has been reviewed, discussed, and analyzed by a group of people.

“I admire your courage in selecting an international medical graduate like me. I'm from an ethnic background, and my first language is not English. I hope I can live up to your expectations.

“I was a bit nervous the last few days, but when I see before me you, the membership, and our national representatives, the Executive, Board members, members of staff, my supporting colleagues from the Associate clinic, ... and my strength, my inspiration—my wife Rita—I am confident that I can do the job.

“I'll conclude with these words. More than 450 years before the birth of Christ, Confucius said: ‘What I hear I forget. What I see I remember. What I do I understand.’

“We have heard what we have to do. We have seen what we need to. Now's the time to do it together, and we can.”

—*Banff, Alta*

Ms Kermode-Scott is a freelance writer based in Calgary, Alta.

Briefing

Liver toxicity associated with kava

Health Canada is advising consumers not to use any products containing the herbal ingredient kava (also known as kava-kava and methysticum), derived from *Piper methysticum*. Recent reports of liver toxicity related to use of kava products in Europe implicate products both with and without drug identification numbers. Kava herbal and homeopathic preparations are marketed to treat anxiety, nervousness, insomnia, pain, and muscle tension. Health Canada asks consumers to contact their physicians if they have experienced adverse effects from taking kava products and asks all health care professionals to report any cases of liver toxicity in association with kava-containing products.

The Canadian Health Food Association, the body representing manufacturers, retailers, and suppliers to the health food industry, speculates that Europeans reporting liver disease might have used kava in combination with prescription drugs or used doses higher than recommended. Rather than removing kava from the marketplace entirely, naturopathic doctor Michael Murray recommends the following safety measures:

- Do not exceed recommended dosages.
- Patients who use tranquilizers or antidepressants must work with physicians to wean themselves from the drugs. Stopping treatment without medical supervision can be dangerous.
- Do not use kava if patients have Parkinson's disease.
- Do not take kava in combination with alcohol.
- Do not take kava in combination with benzodiazepines without medical supervision.
- Do not take kava for longer than 3 months without medical supervision.

Care for those who care

Senator Carstairs promotes new palliative care program

With the need to care for terminally ill patients is the need to care for the families who care for them. According to federal government goals for long-term care as expressed in a Speech from the Throne, "No Canadian should have to choose between keeping a job and providing palliative care to a child. The government is planning to take steps to enable parents to care for gravely ill children without fear of sudden income or job loss."

As Government Leader in the Senate, Senator Sharon Carstairs is a member of the federal cabinet. A year ago, she was given the additional responsibility of Minister with Special Responsibility for Palliative Care. When Senator Carstairs accepted responsibility for the palliative care assignment, she admits it brought back sorrowful memories. "My mother decided she would look after my father at home after his crippling stroke. This was a wonderful act of love that continued over 10 years, but it destroyed her own health. She died shortly after my father. This sad experience was one of the reasons I became a palliative care advocate," she said.

Senator Carstairs recently visited towns in rural Manitoba and spoke to audiences of medical workers, volunteer caregivers, and the public about the details of the new federal palliative care initiative. She views the palliative care program in Morden, Man, as a model for smaller communities. Fourteen years ago, health workers in Morden began to work on an integrated system for delivery of end-of-life services. A team of regional and local palliative care coordinators are supported by volunteers and professional staff at every level of the health field. The team provides home care support for dying patients and their families.

It is thought that the greatest need for palliative care is in rural Canada where terminally ill patients are often separated by many miles from their families at times when they need them most. About 220 000 Canadians die each year; it is estimated that only 5% to 10% receive high-quality, multidisciplinary, end-of-life care.

Much palliative care is given by dedicated and extensively trained volunteers. In Neepawa, Man, volunteers are offered an eight-session training course. Training involves comfort measures, listening and responding, and other components, including one with a spiritual base. Senator Carstairs's quest is for recruitment

and training of another 6000 volunteers in the next 5 years.

The Senator's goal is to ensure excellent end-of-life care in every province and territory. To achieve this goal, she will have to follow each step in a national strategy based on education, agreed-upon standards, and cooperation among all those involved in health care. She reported a surprising momentum in the first year of the new federal program and noted that the Canadian Palliative Care Association has also been very active in developing national standards for hospice and palliative care.

—Brandon, Man

Une véritable aubaine pour les compagnies pharmaceutiques

Le régime québécois d'assurance-médicaments défraie l'expansion de la biotechnologie

Louisa Blair

Les médecins de famille au Québec se rendent compte que les patients se conforment de moins en moins à leurs ordonnances pour la simple raison qu'ils ne peuvent plus se payer les médicaments qui leur sont prescrits.

Le régime d'assurance-médicaments du Québec a été instauré il y a un peu plus de cinq ans maintenant, et les seuls qui le qualifieraient de franc succès sont les compagnies de médicaments brevetés et l'industrie de l'assurance.

Parce que les médicaments ne sont pas assujettis à la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces peuvent choisir de payer ou non les médicaments ainsi que les modalités pour ce faire. Il y a cinq ans, le Québec optait pour un régime d'assurance à deux échelons de style américain. Toutes les personnes qui ne sont pas couvertes par une assurance-médicaments au travail sont admissibles au régime.

Ce fut une bonne affaire pour les compagnies d'assurance: les travailleurs en santé paient leurs primes, tandis que le gouvernement s'occupe de ceux qui sont plus susceptibles de présenter des réclamations, comme les pauvres, les chômeurs et les personnes âgées, dont 90% souscrivent d'ailleurs au régime public.

Par ailleurs, le coût du programme a augmenté de 18% par année. Selon Québec, il est maintenant totalement hors de contrôle et accuse un déficit de 170 millions de dollars. La province paie désormais davantage pour les médicaments que pour les médecins.

Les personnes inaptes au travail, les enfants et les étudiants ne paient pas leurs médicaments. Par contre, les



«La gestion des médicaments d'ordonnance est trop complexe.»

Dr^e Robyn Tamblyn recommande l'information des ordonnances de médicaments.

plus grands consommateurs de médicaments sont les personnes âgées et les trois quarts des Québécois de plus de 65 ans ont un revenu de moins de 20 000\$. Avant le nouveau régime d'assurance-médicaments, elles payaient des frais de 2 \$ par ordonnance pour leurs médicaments. Maintenant, elles versent une coassurance de 25% des coûts de la prescription avec une franchise de 8,99 \$ et elles déboursent jusqu'à concurrence de 385 \$ par année avec leurs impôts sur le revenu.

La réduction dans la consommation des médicaments essentiels

Dr Paul Saba, qui exerce la médecine familiale à Montréal, a affirmé avoir vu des patients défavorisés arrêter de

prendre leur médication parce qu'ils ne pouvaient plus se les payer; certains ont même dû être hospitalisés pour cette raison. «Une de mes patientes est diabétique et souffre d'asthme grave. Elle a de la difficulté à payer les inhalateurs pour l'asthme. Elle contracte alors des bronchites et des pneumonies, et elle ne peut pas défrayer les antibiotiques. Il y a des indices qui portent à croire qu'elle ne prend pas non plus ses médicaments pour le diabète, ce qui réduit sa capacité de combattre les infections.»

L'épidémiologiste, Dr^e Robin Tamblyn, en connaît plus que la plupart concernant le régime québécois d'assurance-médicaments. Avec une équipe de 16 autres chercheurs à l'Université McGill, elle a interviewé 800 pharmaciens et médecins, en 1999, pour évaluer les répercussions du régime. Plusieurs personnes ont simplement arrêté de prendre leurs médicaments. Si les réductions dans la consommation de tranquillisants et de médicaments contre l'insomnie ont été bénéfiques pour les personnes âgées, les réductions dans les médicaments essentiels (près des deux tiers des médicaments pris par les personnes âgées sont considérés essentiels) se sont traduites par environ 16 000 consultations additionnelles auprès des médecins et environ 13 000 visites aux services d'urgence durant une période de 10 mois.

Selon Dr^e Tamblyn, les frais imposés aux utilisateurs sont toujours associés à une réduction dans la consommation des médicaments essentiels, ce qui en retour aboutit à une augmentation des coûts dans d'autres secteurs du système. «Il semble qu'on ne soit pas disposé à tirer la ligne du

point A au point B; les dépenses pour les services d'urgence et les médecins sont défrayées à même un autre porte-feuille.»

Pourtant, il y a une autre ligne pointillée qui est moins évidente dans cette histoire. Cette ligne réunit les coûts grandissants de l'assurance-médicaments du Québec et l'industrie pharmaceutique.

Si l'assurance-médicaments s'est révélée une bonne affaire pour l'industrie de l'assurance, elle a été une véritable aubaine pour les compagnies de médicaments brevetés. La province ajoute 100 médicaments chaque année à son formulaire. Par ailleurs, selon D^r Norman Kalant de la Coalition des médecins pour la justice sociale, qui est basée à Montréal, le nombre de ces médicaments, qui représentent un gain thérapeutique important, se situe à environ deux. Cela signifie qu'environ 98 médicaments qui s'ajoutent annuellement au formulaire ne présentent pas d'avantages additionnels par rapport à ceux déjà inscrits.

Le Québec a donné aux compagnies de médicaments brevetés une autre incitation particulière à influencer les décisions du ministère quant aux médicaments qui s'ajoutent au formulaire provincial. Une fois qu'un médicament breveté apparaît sur la liste, le Québec accorde 15 années additionnelles de non-concurrence en plus des 20 ans de protection prévus pour les brevets selon la loi canadienne.

D^{re} Tamblyn donne l'exemple de l'oméprazole, un médicament en seconde intention pour le traitement des reflux œsophagiens qui était utilisé pour n'importe quel mot d'estomac. Lorsque le coût du médicament a grimpé à lui seul à un million de dollars par mois, le gouvernement l'a classé dans le formulaire restreint, de manière à ce que les médecins ne puissent en faire la demande que si d'autres médicaments n'ont pas fonctionné.

«Le taux d'utilisation est passé d'un million de dollars à 100 000 \$ par mois. C'est alors que la compagnie a proposé

au gouvernement de remettre l'oméprazole sur le formulaire, en échange de quoi elle établirait des installations de recherche, créerait de l'emploi dans la province et éduquerait les médecins. Six mois plus tard, le médicament était à nouveau sur le formulaire et son coût augmentait à 1,2 million de dollars par mois», a expliqué D^{re} Tamblyn.

Une irrésistible tentation

En décembre, une commission chargée d'étudier le régime d'assurance-médicaments, dirigée par l'économiste québécois, Claude Montmarquette, a recommandé l'abolition de la franchise et l'augmentation de la coassurance à une part variant de 35% à 40% du coût des médicaments. Elle a aussi remis en question la règle de 15 ans adoptée par Québec qui, selon la Commission, augmenterait le coût du régime de 25 millions de dollars par année. Elle a recommandé une politique de substitution des médicaments prescrits par des médicaments génériques équivalents ayant le prix le plus bas, comme en Ontario. Elle a également suggéré au gouvernement «d'évaluer plus à fond la politique», en tenant compte «du coût d'opportunité social des médicaments ressources publiques consacrées à l'industrie pharmaceutique».

Mais la tentation pour le Québec d'utiliser l'ensemble du système de santé pour stimuler l'industrie pharmaceutique semble irrésistible. Les compagnies de médicaments qui effectuent des recherches dans les hôpitaux et les universités de la province peuvent se voir rembourser 65% de leur investissement en avantages fiscaux. De plus, les hôpitaux d'enseignement fournissent gratuitement aux compagnies l'utilisation des laboratoires. La province est devenue le dixième centre le plus important au monde en biotechnologie et 50% des emplois canadiens en recherche et en développement pharmaceutique se trouvent au Québec.

AstraZeneca, la compagnie qui fabrique l'oméprazole, dit qu'elle a investi 36,5 millions de dollars en recherche et développement au Québec en 2000

seulement, dont notamment 385 000 \$ pour soutenir un centre d'excellence en recherche gastro-intestinale au Centre hospitalier de l'Université de Québec (CHUQ).

Rx&D, la société qui représente les 63 compagnies de médicaments de marque au Canada, affirme qu'en 2000, ses membres ont dépensé 400 millions de dollars en recherche et en développement au Québec et qu'ils emploient plus de 9 000 personnes.

Par ailleurs, selon D^r Kalant, la définition que donne le Canada de la recherche et du développement se fonde sur ce qui est permis dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*, une définition si vague qu'elle inclut les détaillants de médicaments et les représentants des ventes. «Mes questions sont les suivantes : combien le gouvernement dépense-t-il pour appuyer ces compagnies, où sont les preuves que c'est économiquement avantageux pour la province et combien recevons-nous en retour en termes d'emplois stables qui ne vont pas s'envoler quand on leur offrira une meilleure possibilité?»

En ce qui a trait au régime d'assurance-médicaments, quelque chose devra céder. En mars, l'Assemblée nationale du Québec apportera certains changements majeurs. Le ministre de la Santé, M. Rémy Trudel, a accepté la suggestion de M. Montmarquette d'augmenter la coassurance et d'éliminer la franchise. Il est peu probable, par contre, qu'il abolisse la règle des 15 ans pour les compagnies de médicaments de marque. En guise de preuve des avantages du régime pour l'économie québécoise, il fait remarquer que les compagnies de médicaments génériques sont toutes en Ontario, tandis que les compagnies de médicaments de marque sont au Québec. Par ailleurs, l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques, qui représente les compagnies de médicaments génériques, a souligné que la politique des médicaments génériques équivalents au prix le plus bas en Ontario n'a pas empêché l'établissement de 39 bureaux chefs de l'industrie pharmaceutique dans cette province.

Même si les compromis de M. Trudel étaient acceptables, les critiques maintiennent que personne ne saura si c'est économiquement avantageux à moins que les lignes ne soient reliées, ce qui n'a par contre jamais été fait. Aux dires de D^{re} Tamblyn: «Il faut faire le suivi des coûts encourus par le système de santé pour ces subventions aux industries pharmaceutiques. C'est comme creuser un trou pour en boucher un autre. Par contre, nous omettons d'examiner ces questions en comparant les diverses compétences et nous sommes stupides. Le Sénat l'a fait pour les problèmes du tabagisme. Maintenant, il est temps que nous assumions la responsabilité des décisions dans d'autres secteurs.»

Déchiffrer la gestion des médicaments

En avril, une équipe de l'Université McGill fournira à 40 médecins de famille de l'ouest de l'île de Montréal des fiches d'ordonnance électroniques pendant une période d'un an. L'un des problèmes avec l'assurance-médicaments du Québec se situe dans le fait que les médecins de famille ne savent pas combien coûtent les médicaments qu'ils prescrivent à leurs patients. C'est ce qu'a expliqué D^{re} Robyn Tamblyn, épidémiologiste de McGill et principale responsable de l'enquête. «La gestion de l'ordonnance des médicaments est trop complexe; elle doit être informatisée », a-t-elle indiqué.

Les médecins entreront le numéro d'assurance-maladie du patient dans la fiche d'ordonnance, ce qui affichera une liste abrégée des problèmes médicaux, au moyen des codes intégrés dans la base de données du patient au cours de l'année précédente. Elle fournira une liste des médicaments qui lui ont été prescrits par des médecins ainsi que de ses hospitalisations. Le programme peut mesurer la conformité et peut prescrire ou prescrire à nouveau des médicaments. Il demande la raison du choix du médicament en question et donne une liste des indications approuvées ou non approuvées. Il donne le coût du médicament et le

coût total mensuel de tous les médicaments pris par le patient ainsi que le coût assumé par le patient lui-même.

Le programme suggère et vérifie les doses, et évalue 33 000 interactions médicamenteuses, à la recherche de contre-indications, d'allergies aux médicaments et de duplications. Il sera éventuellement en mesure de vérifier les résultats de laboratoire.

La transmission électronique des demandes d'examen en imagerie médicale

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des technologues en radiologie du Québec ont formulé sept principes afin d'assurer la sécurité des données et le respect de la confidentialité des demandes électroniques d'examen. Le patient a le droit de choisir le type de support de sa demande d'examen ainsi que le lieu où il veut passer son examen.

Une demande d'examen ne peut être envoyée qu'à un seul département d'imagerie médicale et elle ne peut être transmise que si elle contient toutes les données pertinentes. Il doit y avoir un système de transmission sécurisé entre le médecin et le département d'imagerie et ce système doit exiger le code d'accès du médecin. Enfin, les demandes d'examen doivent être conservées conformément aux normes sur la tenue du dossier médical. Bien entendu, la qualité des données transmises est d'une importance primordiale, quel que soit le véhicule.

Source: Le Collège des médecins du Québec. *Bulletin officiel du Collège des médecins du Québec* 2002;41(3).

L'ordonnance est acheminée vers une aire de mémoire électronique d'où elle est retirée par le pharmacien à l'aide du numéro de l'ordonnance. «Il n'y a pas de possibilité d'erreur de transcription et l'on peut communiquer des arrêts de médication ou des changements de commandes aux pharmaciens. Ces derniers ne seront plus obligés de déchiffrer des écritures illisibles », de conclure D^{re} Tamblyn.

— Québec, Québec

M^{me} Blair est rédactrice à la pige, à Québec, au Québec.

...

Signes vitaux

suite de la page 839

de médecine de modalités pour reconnaître les personnes qui complètent de tels programmes avec succès comme étant admissibles à l'examen par la voie de la pratique.

Ces changements aux critères d'admissibilité du CMFC à l'examen de Certification en médecine familiale accroissent la flexibilité pour les résidents canadiens qui suivent une formation en pratique familiale, et amélioreront l'accès à la Certification pour les résidents qualifiés et les candidats praticiens admissibles en provenance des États-Unis et d'ailleurs.

Les médecins canadiens qui obtiennent et maintiennent la certification, que ce soit le certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (c.-à-d. les spécialistes) ou la certification du CMFC (c.-à-d. les médecins de famille), devraient être reconnus pour les compétences spéciales qu'ils ont démontrées et pour leur engagement envers l'apprentissage permanent. Notre Collège continuera d'offrir des possibilités à tous les médecins de famille au Canada pour qu'ils atteignent cette distinction spéciale. ❖