

Déjà
20
ans

S

Le Spécialiste



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Volume 21, n° 2 – Édition estivale



La D^{re} Louise Provencher

GRANDE QUÉBÉCOISE 2019

DÉCOUVERTURE, PERTINENCE
ET AVORTEMENT

S'OUTILLER POUR AFFRONTER
LE SURMENAGE

AÎNÉS LGBT :
ADAPTER SA PRATIQUE

LE D^r MASSIMILIANO PAGANELLI,
D'UN CONTINENT À L'AUTRE



WEEK-END EXPÉRIENCE RETRAITE

2019 – 9^e édition

Vous voulez vivre une retraite qui correspond en tous points à vos envies?

Le temps d'un week-end, participez à des ateliers dynamiques et informatifs animés par nos spécialistes en **fiscalité, placements, notariat et assurances, ainsi qu'en gestion du changement.**

Des conseils d'experts pour une planification globale réussie!

Baie-Saint-Paul

Hôtel Le Germain Charlevoix
Du 20 au 22 septembre

North Hatley

Manoir Hovey
Du 27 au 29 septembre



INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT*

1 844 866-7257

fprofessionnels.com/retraite

**FINANCIÈRE DES
PROFESSIONNELS**

* Réservez avant le 15 juillet 2019 et courez la chance de **gagner un forfait hôtelier de 500\$**.
Tous les détails sur fprofessionnels.com/retraite.

En collaboration avec

Sogemec
ASSURANCES

MULTI

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement qui gère les fonds de sa gamme de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE) qui offre des services de gestion de portefeuille.

DÉCOUVERTURE, PERTINENCE ET RECHERCHE



Jacques Tétrault

Directeur, Affaires publiques et Communications

Ce deuxième numéro du *Spécialiste* numérique pourra vous accompagner une bonne partie de l'été, tant les sujets y sont nombreux et variés, et les articles fouillés. Pour nous rappeler de prendre certaines choses à la légère, nous présentons une caricature dorénavant dans chaque édition. Nous abordons, par ailleurs, dans cette édition plusieurs dossiers collés à l'actualité des dernières semaines, comme les découvertes en région, la pertinence des soins et la remise en question du droit à l'avortement.

La recherche médicale

Dans le portrait qui lui est consacré, la D^{re} Louise Provencher raconte ce qui l'a amenée à se vouer à la recherche sur les maladies du sein en plus de son travail de chirurgienne-oncologue. Dans la même foulée, nous vous rapportons certaines avancées dans la lutte contre le cancer, comme le recours aux biosimilaires et le rôle de la génétique.

Le *Spécialiste* trace aussi le portrait du D^r Massimiliano Paganelli, qui participe activement à la recherche sur les maladies hépatiques, qui touchent un Canadien sur dix. Ses travaux portent sur les solutions de rechange à la transplantation du foie.

Nouvelles réalités

La relation entre les médecins et leurs patients évolue sans cesse. À preuve : il faut tenir compte de la réalité des aînés LGBT, qui représenteraient aujourd'hui 10 % de la population. Quelle approche faut-il adopter pour éviter de perpétuer de la discrimination à leur égard ?

Autre signe que la pratique évolue : l'augmentation du nombre d'équipes de soins de proximité qui mettent sur pied des cliniques mobiles afin de se rapprocher de leur clientèle, comme les communautés autochtones ou les enfants de quartiers défavorisés.

Les risques du métier

Le surmenage et l'épuisement professionnel guettent les médecins spécialistes. Nous vous suggérons de bien vous outiller pour ne pas faire partie des statistiques. La facturation est souvent source de tracas et de stress, notamment lorsqu'on fait l'objet d'un contrôle, mais de bonnes habitudes permettent d'éviter les soucis !

Des vacances pour tous

Chaque année, la Fondation de la FMSQ remet un million de dollars en dons à des organismes qui soutiennent des proches aidants. Ces derniers ont aussi droit à un répit bien mérité pendant la période estivale. Découvrez quelques-uns des camps d'été qui prennent soin des aidés pendant que les aidants rechargent leurs batteries.

Vous aussi, profitez de l'été pour refaire le plein !

S



Le *Spécialiste* est publié par la Fédération des médecins spécialistes du Québec

LE MAGAZINE EST PRODUIT PAR LA DIRECTION DES AFFAIRES PUBLIQUES ET DES COMMUNICATIONS

Pour nous joindre

RÉDACTION

☎ 514 350-5021

✉ dapcdir@fmsq.org

Publicité

☎ 514 350-5274

✉ info@fmsq.org

Fédération des médecins spécialistes du Québec

2, Complexe Desjardins, porte 3000

C. P. 216, succ. Desjardins

Montréal (Québec) H5B 1G8

☎ 514 350-5000

DÉPÔT LÉGAL

2^e trimestre 2019

Bibliothèque nationale du Québec

ISSN 1206-2081

15

Grande Québécoise 2019

Les quelque 30 ans de carrière de la D^{re} Louise Provencher ne font qu'un avec l'évolution des soins en cancer du sein.



Credit: Gilles Fréchette

9

Découvertes

Le sujet chaud de l'été

22

Avortement

Conserver les acquis des femmes au Québec

11

Pertinence des soins

Pas que des enjeux de pratique médicale, des enjeux de gestion et de négociation !

24

Aînés LGBT

Adapter sa pratique pour éviter un retour dans le placard

JE SUIS MÉDECIN SPÉCIALISTE

et pour mon assurance entreprise,
Sogemec Assurances est
le choix qui s'impose



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

SOGEMEC et la FMSQ
ont négocié pour vous
un régime d'assurance
entreprise* qui répond
à vos besoins.

Pour vos autres besoins en assurance, découvrez la
gamme complète de protections offertes par Sogemec

- Auto
- Habitation
- Vie
- Invalidité
- Frais généraux
- Maladies graves
- Soins de longue durée
- Médicaments
- Maladie
- Dentaire



Nous sommes votre référence. Faisons connaissance.

1 866 350-8282
sogemec.qc.ca

Sogemec
ASSURANCES

*Une force conseil
créée par vous, pour vous*

* Le régime d'assurance auto, habitation et entreprise de Sogemec est souscrit par La Personnelle, assurances générales inc.

D^{re} Diane Francœur

RELEVER LE DÉFI ESTIVAL

L'été est officiellement arrivé. Pour la majorité des travailleurs, c'est l'occasion de prendre une pause annuelle; mais, en ce qui concerne les médecins spécialistes, il s'accompagne chaque année d'un énorme défi : celui de maintenir ouverts les blocs opératoires, les services de radiologie, les soins intensifs, les salles d'accouchement et, surtout, d'avoir à leurs côtés tout le personnel nécessaire pour prodiguer les soins dont la population du Québec a besoin.

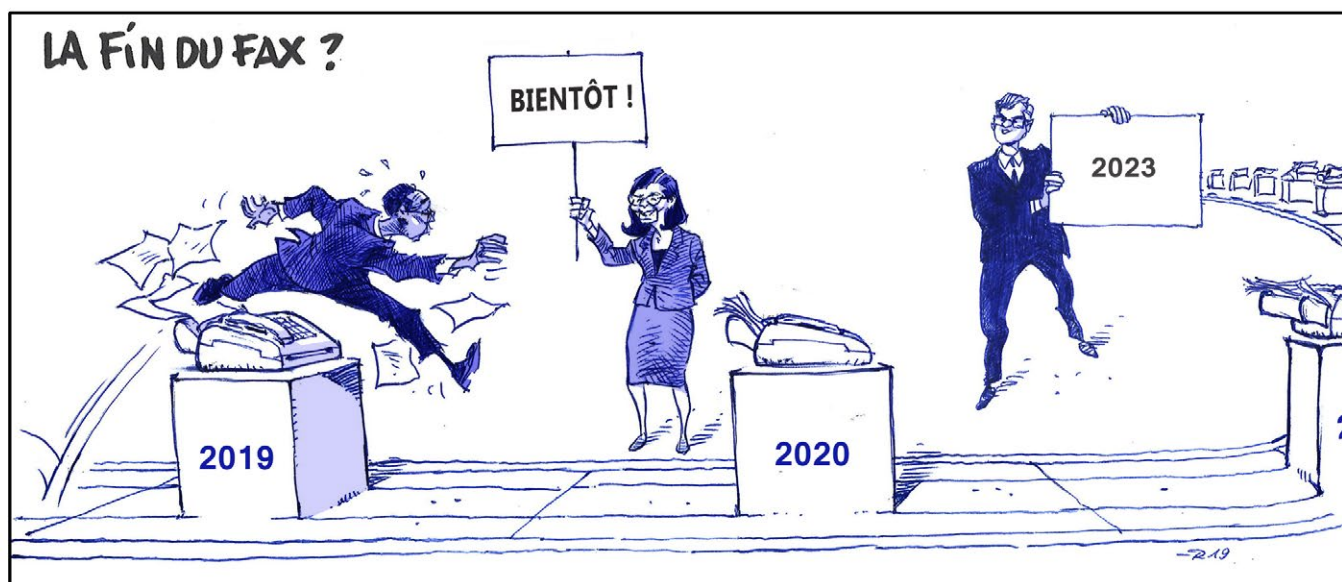
Les fermetures ponctuelles – officielles ou non – que nous avons connues au cours de la dernière année nous font entrevoir des situations difficiles. Le réseau fonctionne en vase clos, et nous ne sommes informés qu'au compte-gouttes des pénuries de personnel appréhendées. Vous savez comme moi que la réalité est toute autre et que, lorsque vous ferez vos gardes, vous subirez des pressions pour fermer vos unités ou, au contraire, pour travailler avec une équipe dégarnie dont les membres sont au bout du rouleau. Vous êtes les chefs de vos équipes et vous seul avez les compétences nécessaires pour évaluer les répercussions de telles circonstances sur la sécurité de vos patients.

C'est exactement le sujet d'une discussion que j'ai eue avec le docteur Dinesh Bhugra, président de la prestigieuse British Medical Association. J'ai profité d'un bref séjour à Londres dans le cadre du congrès annuel de ma spécialité, organisé par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, pour faire le point avec lui sur les enjeux de l'épuisement professionnel et de la fermeture de certains services au cours de la dernière année en Écosse.

[Ce psychiatre au parcours professionnel impressionnant](#) représente environ 150 000 médecins et étudiants du Royaume-Uni. Les enjeux auxquels ces derniers font face sont exactement les mêmes que les nôtres : l'épuisement professionnel des travailleurs en santé fait en sorte que le National Health Services (l'équivalent de notre MSSS) a mis de l'avant une stratégie nationale pour donner suite au triste constat du manque chronique d'au moins 10 % du personnel pour soigner adéquatement les patients. La sécurité de ces derniers doit être au cœur des décisions, et ils doivent être informés des limites et des contraintes du milieu.

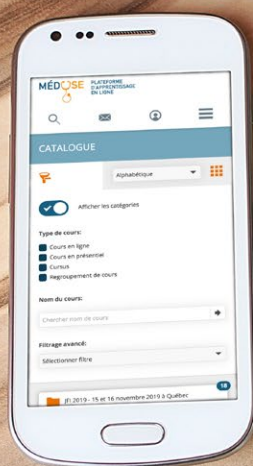
Il est paradoxal de constater que la demande pour de nouveaux services ne cesse d'augmenter aux deux extrêmes de la vie. J'ai en effet eu l'occasion d'assister à un débat sur la prématurité extrême au cours duquel les statistiques de survivants âgés entre 22 et 25 semaines ont été présentées. Il s'agit d'éventuels grands consommateurs de soins qui devront être accueillis dans nos hôpitaux, tout comme devront l'être leurs arrière-grands-parents, qui ne sont parfois que physiquement présents... là-bas, on ne discute pas d'aide médicale à mourir aussi librement qu'ici.

CLIN D'ŒIL À L'ACTUALITÉ !



MÉDUSE
PLATEFORME
D'APPRENTISSAGE
EN LIGNE

MÉDUSE évolue avec une version améliorée
des fonctionnalités pour faciliter l'intégration
du DPC à votre quotidien !



Pourquoi donc est-il si difficile pour nos politiciens de comprendre que les délais de plus en plus prolongés et de moins en moins acceptables ne sont pas dus à la paresse des médecins comme on se plaît à le dire? Comment se fait-il qu'on ne parle que des fermetures dramatiques de petits centres régionaux alors que personne ne se questionne sur le fait qu'au moins 30% des salles d'opération *high-tech* du CHUM ne servent qu'à amasser la poussière? Nos patients les plus malades ne pourront y être accueillis et opérés par nos surspécialistes? Faudra-t-il organiser des corridors de service vers Toronto pour que la population réalise que les médecins spécialistes ne peuvent plus travailler ici, faute de personnel ou de lits, et en raison de délais inacceptables qui ont une incidence bien réelle sur le pronostic de nos patients?



Il faudra faire un état de situation d'ici l'automne. De fait, mes gardes mensuelles ne m'ont pas vraiment rassurée cet hiver sur l'offre de service. Plutôt que de déclarer l'unité fermée, il nous est demandé d'évaluer les transferts au cas par cas... Vous savez comme moi ce que cela suppose : nous n'avons pas le personnel nécessaire et tentons donc de transférer ailleurs les patients qui ont tiré la courte paille. Heureusement que la collaboration et la collégialité persistent chez les médecins répondants.

Récemment, j'ai eu de solides discussions à ce sujet avec la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, dans le cadre de l'épisode de découverte d'Amqui. Je lui ai alors rappelé que la responsabilité de planifier et de gérer l'offre de soins sur le territoire revient à son ministère, tandis que celle des médecins spécialistes est de prendre soin des patients. À chacun son métier. Mes collègues de Sainte-Justine m'ont d'ailleurs proposé à la blague d'envoyer des transferts à Amqui un certain week-end où je n'avais pas eu la chance de mettre des bébés au monde et que paradoxalement, toutes les unités en obstétrique tertiaire de l'île de Montréal étaient fermées.

Il est inutile d'affecter des chirurgiens à des blocs opératoires régionaux si les infirmières ne sont pas au rendez-vous. Il est aussi ridicule de demander à des gynécologues d'annuler une semaine complète de rendez-vous et de journées de salle d'opération bien remplies pour aller remplacer dans des zones où il n'y a pas d'activité. Les patientes inquiètes qui ont pris rendez-vous avec leur médecin apprécient peu les décisions de dernière minute des politiciens.

Cette question de la découverte ne peut se régler si le gouvernement n'a pas le courage de revoir la répartition des effectifs médicaux sur le territoire et si cette répartition ne tient pas compte des vrais besoins en matière de soins de santé en gardant en perspective les véritables besoins populationnels. Quelles sont les distances minimales et l'exposition nécessaire pour justifier la présence d'équipes compétentes sur place et en tout temps? Des soins de qualité doivent être accessibles partout, ce qui veut parfois dire qu'il vaut mieux transférer les cas complexes vers un pôle régional, même si cela ne fait pas gagner de votes au député, au maire ou au préfet. Honnêtement, la population locale aimerait parfois recevoir en itinérance les services supplémentaires de plusieurs spécialités dans un contexte de desserte régionale que de transférer deux appendicites par mois. Remplir toutes les régions exige beaucoup plus de postes en résidence mais entraîne la formation de médecins qui risquent de perdre rapidement leur expertise. Réfléchissons-y bien.

Dernièrement, j'ai aussi eu de fructueux échanges avec le président du Conseil du trésor, Christian Dubé, sur la question de la pertinence des soins. En faisant des choix judicieux, le potentiel de réduction des coûts de santé pourrait être élevé. Dans ce numéro du *Spécialiste*, je vous donne [mon point de vue](#) sur les nombreux enjeux qui y sont associés. D'ailleurs, si la pertinence des soins s'invite dans nos échanges, c'est en partie parce que les travaux de l'ICIS, en ce qui concerne l'étude comparative pancanadienne sur la rémunération des médecins spécialistes, piétinent. Nous en sommes toujours à définir les paramètres assurant l'objectivité de cette étude et il y a de fortes chances pour que ses résultats ne soient publiés qu'en fin d'année plutôt qu'à l'automne, comme prévu. Notre premier ministre le sait, mais il s'entête à brandir le spectre de la réouverture de l'entente. Le groupe de travail sur la comparaison de la productivité avec les autres provinces a tenu de nombreuses réunions, et l'absence de données fiables est au cœur de nos discussions. La FMOQ discute de la comparaison de la productivité entre le Québec et l'Ontario depuis l'été dernier. Il semble que de son côté aussi, les idées préconçues de François Legault ne sont pas si faciles à défaire.

Reposez-vous et profitez bien de vos vacances. Nous n'avons pas l'intention d'ouvrir notre entente et participons de façon proactive à toutes les rencontres de travail. Avant que tout s'écroule, il serait temps de s'occuper du réseau et pas seulement dans les spécialités de base. S

S

Le Spécialiste



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

VOTRE OPINION COMPTE



Répondez au sondage avant
le 31 juillet 2019 et courez
la chance de gagner une
paire de AirPods.

Prenez quelques minutes
pour répondre à notre sondage!

Répondre au sondage



PRIORITÉS AUX DÉCOUVERTURES

En 2019, la première moitié de l'année a clairement été marquée par les épisodes de découvertures dans le réseau de la santé.

– D^{re} Diane Francœur

De l'accouchement médiatisé d'une mère en pleine nuit d'hiver et en voiture entre La Malbaie et Québec à la crise en obstétrique à Amqui à la mi-juin, les découvertures ont fait couler beaucoup d'encre et inquiètent les Québécois.

À l'Assemblée nationale, le député de Pontiac, André Fortin, s'est porté à la défense de l'ouest de la province et le député de Matane-Matapédia et chef de la deuxième opposition officielle, Pascal Bérubé, à celle de l'est du Québec. Pour sa part, la FMSQ est intervenue de façon répétitive auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux pour se porter à la défense des patients.

Une garde que j'ai effectuée à l'hôpital d'Amqui m'a incitée à envoyer une lettre ouverte aux médias dans laquelle je mets en lumière la complexité de la planification des soins médicaux en région et certaines rivalités administratives au sein du territoire en ce qui concerne la gestion des soins en obstétrique.

Par ailleurs, depuis 10 ans au Québec, on n'enseigne plus aux résidents en médecine l'art délicat de la césarienne, qui nécessite pourtant une formation spécifique de plusieurs semaines.

Un chirurgien formé dans les meilleures écoles est allé prêter main-forte en région, ce qui a donné lieu à une véritable saga parce qu'il ne pouvait pratiquer de césarienne : on a fait son procès sur la place publique. Ce n'est pas la meilleure manière d'attirer d'autres spécialistes sur place et de retenir ceux qui ont fait le choix de s'installer loin des grands centres.

De tout, partout ?

J'ai trouvé curieux d'entendre la ministre de la Santé répéter plusieurs fois que son gouvernement souhaitait offrir des soins en médecine spécialisée dans toutes les régions du Québec. La FMSQ comprend très bien l'ampleur des exigences que suppose une telle promesse. Une promesse qui se conjugue mal avec la volonté du premier ministre

de réduire le nombre de médecins spécialistes formés chaque année au profit d'un plus grand nombre de médecins omnipraticiens. La solution aux découvertures en région serait donc de former moins de médecins spécialistes ?

« On ne peut pas obliger un chirurgien à faire des césariennes. Mais, ce qu'on dit, c'est qu'on a suffisamment de chirurgiens au Québec pour couvrir les régions », explique la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann.

« Dans le passé, ça devait être 50-50, mais il y avait plus de 50 % qui choisissaient les spécialités et on donnait des passe-droits [...]. On voudrait être capables de monter au moins à 55 % pour les médecins de famille », renchérit le premier ministre François Legault.

Laissez-moi sortir ma calculatrice !

En médecine, la planification des effectifs passe d'abord par la formation universitaire. Le nombre des admissions aux programmes de résidence est établi par une table de concertation qui rassemble des représentants des universités et du gouvernement ainsi que différents intervenants du réseau de la santé. Des plans triennaux déterminent ensuite le nombre de places par spécialité. La Fédération des

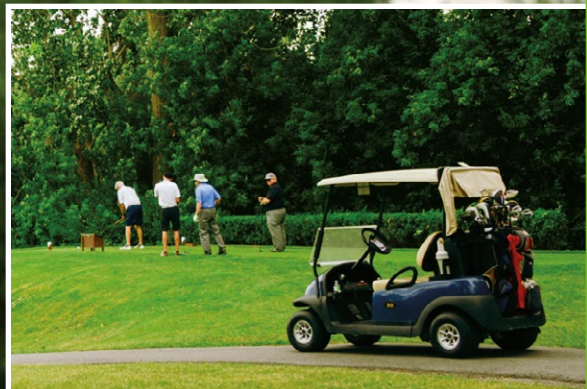
médecins résidents du Québec, quant à elle, s'oppose à toute réduction du nombre de résidents admis à l'université.

Bien évidemment, s'il y a contingentement, en plus des départs à la retraite bien mérités, le risque d'une pénurie de médecins spécialistes est inéluctable. Pourtant, même sans calculatrice, il est aisé de comprendre que les médecins spécialistes ne peuvent couvrir tous les soins spécialisés en région. L'offre de service en région doit être revue en tenant compte des besoins de la population, des professionnels disponibles, de la qualité et de la pertinence des soins, mais aussi des coûts. Pour y arriver, il faut ramener le gros bon sens à la table de discussion et en faire sortir le politique et le corporatisme. **S**

TOURNOI
GOLF
DES FÉDÉRATIONS MÉDICALES DU QUÉBEC


ORDRE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC

DES FÉDÉRATIONS MÉDICALES DU QUÉBEC



Les partenaires :



fmoq.org | fmeq.ca | fmrg.qc.ca | fmsg.org

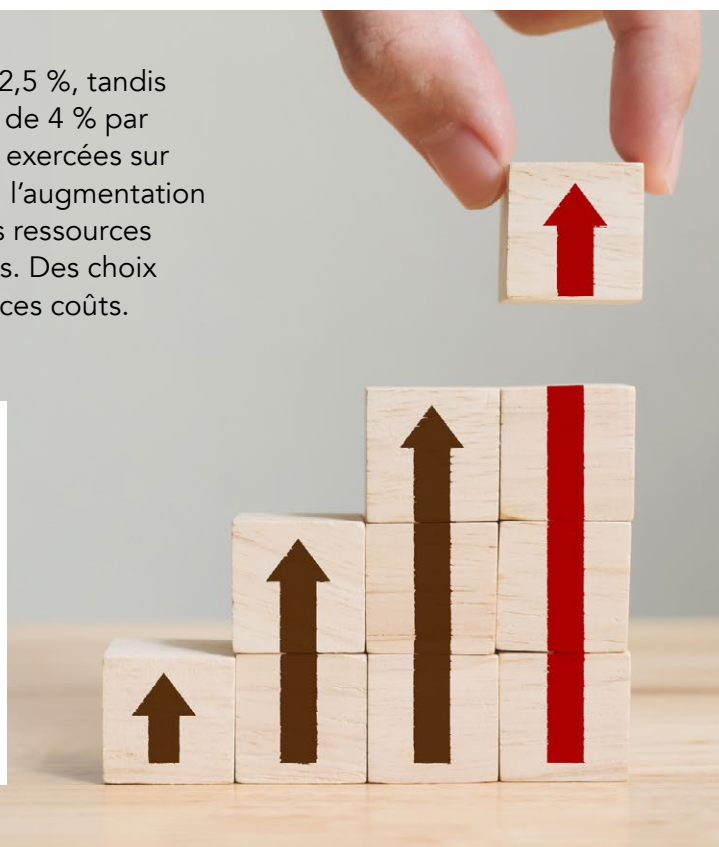
Pertinence des soins : les technologies au service de la médecine ?

FAIRE PLUS AVEC MOINS

La croissance de notre économie oscille autour de 2,5 %, tandis que les coûts reliés à la santé au Québec grimpent de 4 % par année. Plusieurs facteurs augmentent les pressions exercées sur notre réseau, tels le vieillissement de la population, l'augmentation du coût des traitements, etc. Malheureusement, les ressources ne sont pas illimitées pour faire face à tous ces défis. Des choix difficiles s'imposent pour contenir la croissance de ces coûts.

*«Au moment **de ma réélection**, j'ai ciblé la pertinence des soins comme l'une de mes priorités au cours de mon dernier mandat. Je suis convaincue que les **médecins spécialistes peuvent contribuer de façon constructive et collaborative au débat sur ce sujet et sur lequel je porte votre attention dans ce texte.**»*

– D^e Diane Francœur



Plus n'est pas toujours mieux

Nous avons la chance de bénéficier d'une couverture quasi universelle des soins de santé, ce qui nourrit parfois l'illusion que les ressources sont infinies. La facilité d'accès aux examens et aux traitements fait en sorte que ni le médecin ni le citoyen ne prennent le temps d'évaluer l'ensemble des retombées associées à une intervention ou à une investigation non pertinente. Nous avons pu le constater avec l'explosion des demandes d'échographies, dont le nombre a bondi de près de 300 % en deux ans, lorsqu'elles sont devenues gratuites. Ce qui est trop peu compris, c'est que les interventions superflues représentent une surcharge émotive chez le patient ; elles peuvent aussi mener à la recherche de pathologies non existantes. Selon un rapport du Partenariat canadien contre le cancer, une diminution de 50 % des tests inutiles nous permettrait de faire chuter le nombre de résultats faussement positif de 29 000 à 10 000, ce qui représente une diminution de 50 % des biopsies non pertinentes. [Source](#)

Quelle est la valeur ajoutée de tous ces soins et examens ?

Nous prenons de plus en plus conscience que les soins et les examens ne peuvent être dispensés de façon anodine. Les coûts pour le système et les effets secondaires pour les patients sont substantiels. Il est donc dans l'intérêt de tous d'avoir un réseau capable d'impartir les ressources et de les prioriser là où les patients reçoivent les soins, et de limiter les examens à ceux qui sont essentiels à la prise d'une décision thérapeutique dont ils ont réellement besoin.

Le surdiagnostic survient quand on diagnostique une maladie qui ne présentera jamais de symptômes ni ne causera la mort, ou quand on pose un geste qui n'apporte pas de valeur ajoutée à un traitement.

[Source](#)



Plusieurs études documentent les coûts associés au surdiagnostic. Dans son rapport de 2016, cité précédemment, le Partenariat canadien contre le cancer a publié un rapport qui concluait qu'une économie de 27 à 89 millions de dollars était possible en rationalisant les examens et les soins. Citons en exemple tous les examens de suivi (scans, échographies, prises de sang) n'ayant démontré aucune valeur ajoutée pour dépister une récurrence de maladie. Ces économies pourraient être réaffectées à d'autres services de soins de santé. Comme médecins spécialistes, nous devons continuer à promouvoir l'art de l'examen physique et à enseigner à nos étudiants à diagnostiquer une appendicite sans un scan au préalable, un souffle cardiaque sans échographie, ou à confirmer une présentation fœtale sans échographie. Chaque fois que nous sortons notre stylo pour prescrire, demandons-nous si nous ferions de même, sachant que le patient n'a pas d'assurance et qu'il devra payer de sa poche.

Depuis plus de dix ans, les discussions sur la pertinence des actes médicaux se multiplient et s'invitent sur la place publique, dans la gestion courante d'hôpitaux qui comptent des comités d'évaluation de la pertinence pilotés par les CMDP et de plus en plus maintenant dans les relations avec les gouvernements.

Le concept de valeur ajoutée, emprunté au modèle de gestion qui veut qu'une organisation ait intérêt à concentrer ses efforts et ses ressources sur les activités qui en rehaussent la valeur, et en revanche à minimiser, voire à éliminer les autres, devrait être davantage appliqué dans le réseau de santé. Le surdiagnostic, le surtraitement et la surmédicalisation ont tous des conséquences importantes sur l'organisation du travail et sur les coûts du système de santé. Nous ne pouvons prescrire des bilans annuels inutiles, faire des examens non justifiés à la demande des patients qui se sont autodiagnostiqués à l'aide de D^r Google, ou accepter des consultations par complaisance alors que les suivis préventifs devraient être effectués en première ligne. L'aspect médico-légal occupe encore beaucoup trop de place dans les lignes directrices des sociétés savantes, ce qui pousse les médecins à intervenir sans toujours s'appuyer sur des évidences scientifiques.

Le printemps dernier, nos collègues ontariens se sont engagés à récupérer une somme de 460 M\$ dans le cadre de leur nouvelle entente sur la rémunération, en limitant les examens non pertinents.

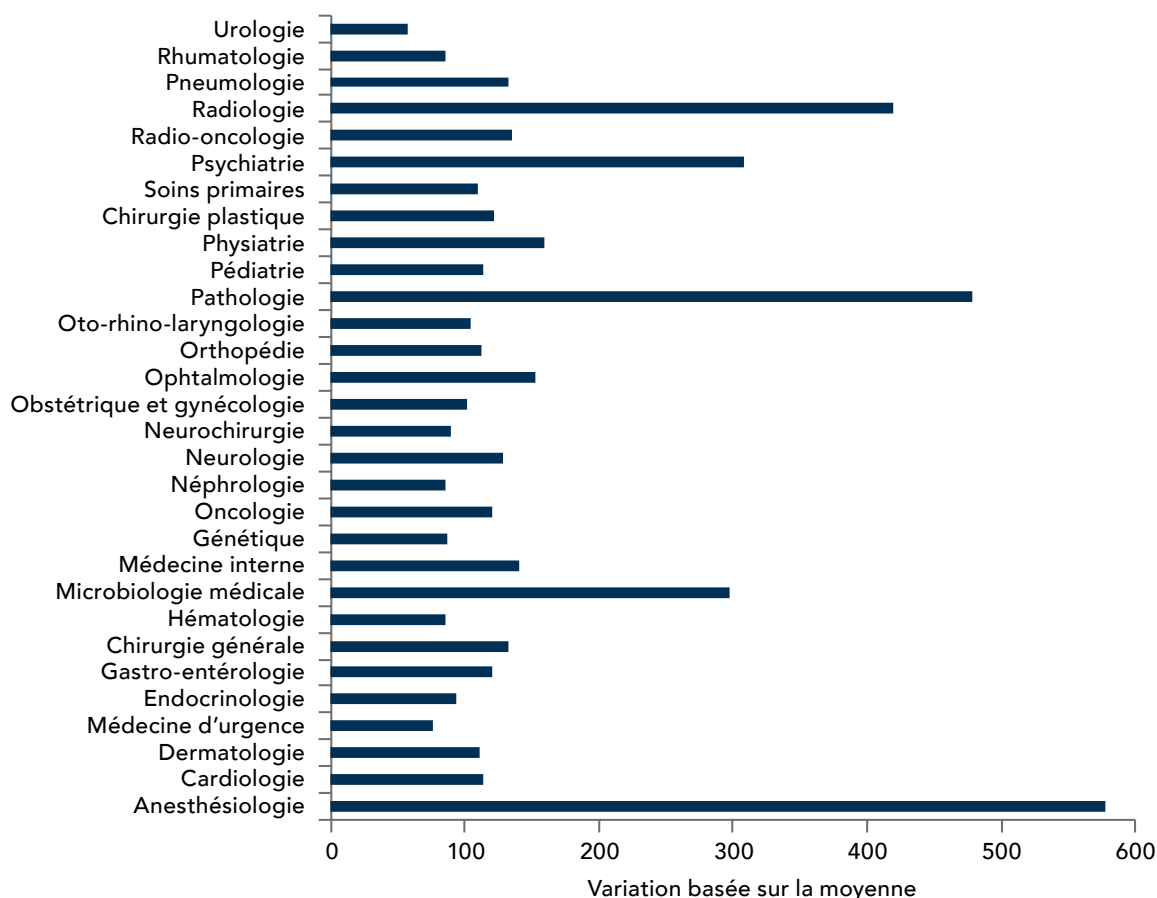
La FMSQ est d'avis qu'elle doit jouer un rôle dans l'émission de lignes directrices claires basées sur les évidences qui permettront au médecin de refuser de prescrire des examens non indiqués et compte collaborer avec l'INESSS en ce sens. Vous êtes nombreux à y participer, dans toutes les spécialités, et je vous en remercie. En ayant des orientations claires, le médecin pourra orienter sa pratique de façon rationnelle et efficace. Des marges de manœuvre seront ainsi dégagées pour soigner ceux qui en ont vraiment besoin. Ces soins doivent être liés au diagnostic et non aux craintes des patients.

La rémunération est maintenant sur la table de négociation du gouvernement québécois; les ministres Christian Dubé et Danielle McCann s’y intéressent tous deux. Nous allons discuter de la possibilité de dégager une marge de manœuvre financière ou d’atténuer la pression sur le réseau en ciblant des pratiques non pertinentes. Il faut garder en tête l’ensemble des besoins du réseau. Le vieillissement de la population amène de nouvelles pathologies, des deuxième cancers, des complications en lien avec l’obésité; or, nous n’avons ni les effectifs ni les plateaux techniques pour répondre à cette demande sans cesse grandissante.

Dans l’optique d’une collaboration avec le gouvernement pour rationaliser les coûts en santé au Québec, l’INESSS, guidée par nos experts, deviendra un leader dans la production de recommandations et la source principale d’information pour les médecins. Ce changement implique une revue scientifique constante et des recommandations simples et applicables, ainsi que le

maintien à jour de ces recommandations grâce à une vigie constante de la littérature. Le Gouvernement devra débloquer les fonds nécessaires et assurer que l’INESSS a les moyens de ses ambitions. De notre côté, nous avons déjà négocié les sommes nécessaires pour nous assurer que nos experts seront rémunérés à même nos banques d’heures, lorsqu’ils participeront à ces multiples groupes de travail. Le rôle de la FMSQ sera aussi de s’assurer que ces recommandations feront l’objet de formation de section 1, 2 ou 3 dans notre plateforme MÉDUSE, en lien avec les équipes de développement professionnel continu de vos associations respectives. Nous exigeons que cette collaboration mette également à contribution les principaux intéressés : les patients! Ils sauront trouver les bons mots pour développer ce sentiment d’appartenance garant de la pérennité de notre système public de santé.

Variation des dépenses moyennes en tests de laboratoire clinique par spécialité [\(source\)](#)



Le rôle du médecin de famille

La santé de nos patients résulte d'un travail d'équipe où les médecins de famille devront, souvent bien malgré eux, démystifier les diagnostics de D' Google. En effet, la multiplication des débats collectifs sur des solutions santé sans fondement scientifique repousse les débats de fond, le doute laissant place à l'interprétation. Il est de notre ressort à tous de développer les outils pour aider la population à faire les meilleurs choix. Par exemple, l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec a publié un document exhaustif pour répondre aux femmes alarmées par des articles sur les risques liés aux implants texturés. Elles ont eu accès à une information neutre et factuelle, évitant ainsi le retrait systématique d'implants mammaires.

Une autre piste de solution à prendre en compte pour éventuellement évaluer la pertinence des consultations sera les centres de répartition des demandes de services (CRDS), lorsque nous aurons enfin des outils de mesures par médecin, par patient, par région. L'ajout de la consultation électronique nous permettra de transférer les consultations moins urgentes en consultation électronique.

La pérennité de notre système public est entre nos mains. En tant que médecins spécialistes, nous devons, dès maintenant, tenir compte des coûts des options thérapeutiques et justifier nos investigations et nos traitements basés sur les évidences. Je vous encourage à suivre ce dossier avec intérêt.



Se moderniser

Nous ne ferons pas ce virage en nous envoyant des fax entre médecins! Il faut, se moderniser, se doter de logiciels qui nous permettront de mesurer nos activités médicales, d'être plus performants, plus pertinents! Je pense que le Québec est mûr pour une démarche provinciale dans le cadre de laquelle les discussions sur la pertinence mèneront à des modifications concrètes et à la mise en place d'outils de gestion modernes.

CRDS

Centre de répartition
des demandes de services

Les centres de répartition des demandes de services

Les CRDS sont encore en phase de déploiement, mais déjà, nous constatons leurs effets structurants sur l'organisation et la pertinence des soins rendus par les spécialités depuis la première vague d'implantation.

L'élaboration des formulaires, réalisée en comité avec des médecins de famille et des spécialistes afin de répondre aux besoins de chacun, facilite l'orientation des patients dans le réseau. L'uniformisation des demandes a d'ailleurs permis d'effectuer de nouveaux constats et de mieux évaluer les motifs des demandes. Pour les cas particuliers, le médecin répondant contribue au triage des demandes et assure ainsi au patient une intervention justifiée dans les temps requis.

Avec le déploiement récent de la troisième phase, les 26 spécialités sont maintenant intégrées aux CRDS et nous procédons à l'évaluation et à la révision des formulaires pour les neuf spécialités issues de la première vague.

Au-delà de l'amélioration des soins aux patients et de l'efficacité du réseau, les CRDS nous permettent de constituer une base de données que nous raffinons sans cesse, de sorte que nous pourrions éventuellement faire de l'évaluation.

A portrait of Dr. Louise Provencher, a woman with short, wavy brown hair, smiling. She is wearing a light pink blazer over a white top, a dark pearl necklace, and a small earring. The background is a soft-focus green.

La D^{re} Louise Provencher **GRANDE QUÉBÉCOISE 2019**

Les quelque 30 ans de carrière de la D^{re} Louise Provencher, chirurgienne-oncologue au Centre des maladies du sein du CHU de Québec – Université Laval, ne font qu’un avec l’évolution des soins en cancer du sein.

Chaque année, la Chambre de commerce et d’industrie de Québec souligne la réussite de citoyens de la capitale nationale qui se sont illustrés de façon exceptionnelle dans diverses sphères d’activités. En nommant la D^{re} Louise Provencher Grande Québécoise 2019 du secteur de la santé et en l’intronisant dans son Académie des Grands Québécois, l’organisme a souligné son impressionnant parcours et son engagement dans sa région.

Sa fougue, son leadership rassembleur, son talent pour transmettre ses connaissances aux autres professionnels de la santé, mais surtout sa carrière marquée par son humanisme exemplaire, sa grande générosité et son sens peu commun de l’engagement, ont retenu l’attention du jury. Ce dernier a souligné que la D^{re} Provencher incarne les valeurs de compétences scientifiques, d’empathie et de professionnalisme inhérentes à la profession médicale.

Première chirurgienne générale à Québec et première femme à la tête de l'un des plus grands centres suprarégionaux au Canada, elle a formé un très grand nombre d'étudiants et de résidents en médecine. Elle a aussi participé à une centaine de projets de recherche clinique, à titre de chercheuse principale ou de co-chercheuse, ainsi qu'à de nombreuses études multicentriques internationales. Malgré ses multiples obligations professionnelles, elle a trouvé le temps et l'énergie d'éduquer quatre enfants, car son rôle de mère est tout aussi précieux pour elle.

En collaboration avec *ICI Radio-Canada Québec*, la Chambre de commerce et d'industrie de Québec a produit une vidéo (cliquer ci-contre) permettant de mieux connaître la lauréate.



Deux mentors

« Quand on commence en médecine, on ne veut pas nécessairement se diriger d'emblée vers l'oncologie chirurgicale. Pour ma part, je voulais d'abord devenir médecin de famille. Puis,

je me suis découvert en cours de route un penchant pour une spécialité qui rejoignait davantage mes intérêts et ma façon d'être. Je trouvais que la chirurgie permettait un bon équilibre entre le côté intellectuel et le feu de l'action. »

D'autres facteurs peuvent aussi contribuer au choix entre la médecine générale et une spécialité. Pour la D^{re} Provencher, c'était la présence de mentors pendant ses études en médecine et en chirurgie générale à l'Université Laval et à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Deux chirurgiens, les D^{rs} Luc Deschênes et Jean Robert, ont grandement influencé Louise Provencher, au début des années 1980.

« Je trouvais que les D^{rs} Deschênes et Robert traitaient une maladie intéressante à plusieurs égards, le cancer du sein, et que leur approche l'était tout autant. Ils étaient inspirés par le [D^r Bernard Fisher](#), un chirurgien américain qui préconisait l'ajout de la chimiothérapie à la chirurgie pour augmenter les chances de guérison du cancer du sein. »

La jeune résidente en chirurgie générale était impressionnée de voir à quel point ses mentors étaient des précurseurs. Ils s'intéressaient non seulement au fait d'opérer, mais aussi aux autres aspects du cancer du sein, pour que leurs patientes puissent survivre. Ils favorisaient une prise en charge globale et prônaient le travail en équipe, à une époque où les réunions interdisciplinaires ne faisaient pas encore partie des mœurs.

J'étais galvanisée, parce que ce n'était pas un modèle centré sur le médecin lui-même, mais sur la patiente, qui était au cœur de toutes les décisions. C'est réellement venu me chercher.

À l'époque, l'oncologie chirurgicale n'était pas encore une spécialité, mais son idée était déjà faite : elle serait un jour chirurgienne spécialisée en cancer du sein. Elle est donc partie faire des études postdoctorales au Guy's Hospital, à Londres, puis au Roswell Park Memorial Institute, à Buffalo, avec l'intention de revenir travailler auprès de ses mentors.

Une spécialité qui s'impose graduellement

De retour au pays, la D^{re} Provencher tient promesse et commence à travailler au Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia, ainsi nommé en l'honneur de son premier directeur médical, le D^r Luc Deschênes, et de l'épidémiologiste Jacqueline Fabia. Cette dernière insistait pour que soient créées et mises à jour des bases de données fondées sur le diagnostic, le traitement et le devenir des patientes, afin de pouvoir comparer les résultats du centre à ceux des autres qui, de par le monde, traitaient également des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Le centre des maladies du sein a commencé à compiler des données dans les années 1965-1970, bien avant que le gouvernement du Québec ne mette sur pied son propre registre, en 2011. On y recensait évidemment moins de variables qu'aujourd'hui, car les connaissances sur la maladie ont évolué. Au fil des ans, nous y avons greffé un registre des tissus. Nos données sont encore beaucoup plus exhaustives que celles actuellement colligées par le gouvernement. Elles nous servent de base pour bien des idées de projets.



Roger Bertrand, président et cofondateur du Groupe entreprises en santé, la D^{re} Louise Provencher et la D^{re} Diane Francœur, présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

Prescrire de l'exercice physique

La recherche a prouvé que les personnes atteintes d'un cancer du sein qui font de l'activité physique – ne serait-ce que la marche rapide – font moins de récidives. Constatant que ses patientes repoussaient à l'été leurs projets d'activités physiques, la D^{re} Louise Provencher a suggéré à Ça Marche doc! de produire un répertoire des sentiers entretenus pendant la saison froide, afin d'inciter les patientes à inclure l'exercice dans leur plan de guérison. Elle s'est jointe au D^r Paul Poirier, cardiologue à l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec, et à Johanne Elsener, coordonnatrice de l'organisme, qui a produit le [Répertoire des sentiers hivernaux de Québec et Lévis](#). La population de cette région n'a donc aucune excuse pour ne pas respecter la prescription de leur médecin de faire de l'exercice!

Transmettre des connaissances et les faire avancer

La D^{re} Louise Provencher a toujours enseigné la chirurgie aux étudiants, de l'externat à la résidence, de préférence en milieu clinique, mais parfois aussi à l'université. Lors de congrès, elle transmet également ses connaissances à des chirurgiens et à des omnipraticiens. Sous sa gouverne, d'autres membres de son équipe – infirmières pivots, physiothérapeutes, pharmaciens et autres – ont commencé à donner de la formation de groupe aux patientes sur des sujets aussi pointus que la chimiothérapie, la prévention du lymphœdème ou la génétique, par exemple. Ces cours sont très appréciés des patientes.

Par ailleurs, l'équipe de la D^{re} Provencher contribue à faire avancer les connaissances. En tout temps, de 15 à 20 projets de recherche fondamentale et de recherche clinique sont en marche. Certains sont propres à l'établissement, d'autres sont menés en collaboration avec des centres d'ailleurs dans le monde. En cette ère de médecine personnalisée, la participation à des études multicentriques en cancer du sein est remplie de défis, tant pour l'équipe que pour les patientes.

« Les études ne s'adressent souvent qu'à une sous-population de patientes et impliquent parfois des marqueurs de prédiction. Comme elles sont menées sur une base internationale, l'ouverture de l'étude dans les centres se doit d'être rapide, car les périodes de randomisation sont courtes. Dans ces conditions, pourquoi s'acharner à en faire partie ? Pour connaître et assimiler plus rapidement ces nouvelles molécules ou ces nouvelles façons de traiter les patientes à un moment où les connaissances nous font "diminuer" les traitements pour certaines et augmenter l'intensité chez d'autres, bref, en ciblant mieux les différents traitements selon la patiente et la tumeur. »

La D^{re} Provencher est un des membres fondateurs du groupe McPeak-Sirois. Ce groupe veut amener la recherche clinique aux patientes du Québec tout entier et non seulement dans les grands établissements universitaires.

Le centre des maladies du sein a commencé à compiler des données dans les années 1965-1970, bien avant que le gouvernement du Québec ne mette sur pied son propre registre, en 2011. On y recensait évidemment moins de variables qu'aujourd'hui, car les connaissances sur la maladie ont évolué. Au fil des ans, nous y avons greffé un registre des tissus. Nos données sont encore beaucoup plus exhaustives que celles actuellement colligées par le gouvernement. Elles nous servent de base pour bien des idées de projets.

Les D^{rs} Luc Deschênes et Jean Robert ont été les deux premiers directeurs du centre des maladies du sein, et la D^{re} Louise Provencher la première femme à occuper ce poste. Poursuivant l'œuvre de ses mentors, elle a souvent dû se battre pour que tous les professionnels de la santé nécessaires au bien-être des patientes fassent partie de l'équipe de soins. La chirurgienne-oncologue en donne un exemple :

« Lorsque nos locaux étaient situés dans un centre également consacré à la traumatologie et à la neurologie, les physiothérapeutes n'étaient jamais disponibles pour les patientes qui présentaient un lymphœdème. Malgré des demandes répétées, il a fallu attendre plusieurs années avant qu'un poste de physiothérapeute nous soit alloué, et ce, grâce à la Fondation cancer du sein du Québec, qui l'a financé pendant trois ans, à la condition qu'il soit maintenu par la suite. Pourtant, à l'échéance prévue, j'ai dû encore faire des pressions auprès de l'hôpital pour conserver au sein de notre équipe la physiothérapeute que nous avions formée, et qui répondait à un réel besoin. »

Après 13 ans comme directrice du centre des maladies du sein, la D^{re} Provencher a choisi de céder sa place, car elle estime qu'il est important de donner à d'autres le goût de prendre la relève. Elle n'en continue pas moins à opérer ses patientes et à assurer leur suivi. Elle fait aussi de l'enseignement clinique et continue à diriger d'ambitieux projets de recherche à titre de responsable de la recherche clinique. S

LE CANCER DU SEIN À L'AUBE DE L'AN 2020

À l'occasion de la troisième édition de son forum, en mai dernier, la Fondation cancer du sein du Québec a ajouté à sa journée grand public habituelle une soirée réservée aux professionnels de la santé.



Credit : Fondation cancer du sein du Québec

Quelque 70 professionnels de la santé de tous les horizons ont eu le privilège d'assister aux conférences du D^r Sandeep Sehdev, oncologue au Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa, et de Nathalie Bolduc, directrice du programme de génétique et prévention à la Fondation cancer du sein du Québec.

Les biosimilaires en oncologie

Élaborés à partir d'organismes vivants ou de leurs cellules, de nombreux médicaments biologiques sont utilisés pour diverses maladies, dont le cancer. Depuis quelque temps, des médicaments biosimilaires ont fait leur apparition. Contrairement au médicament générique, qui est chimiquement identique au médicament d'origine, le biosimilaire est comparable, très semblable au produit de référence, mais non identique. Santé Canada en a approuvé l'usage pour traiter certaines maladies.

En ce qui a trait au cancer, les biosimilaires ne sont actuellement utilisés au Canada que pour les soins de soutien. Les choses devraient changer bientôt, car des biosimilaires ont été approuvés aux États-Unis pour deux produits thérapeutiques biologiques, dont un pour le traitement du cancer du sein. Sont-ils aussi efficaces? Quelles seraient les conséquences d'une substitution?

« La sécurité de chaque médicament biosimilaire doit être prouvée, puis rigoureusement évaluée par Santé Canada. De plus, nous connaissons très bien leur efficacité et leur sécurité, parce qu'ils sont déjà utilisés en Europe et ailleurs dans le monde. Et surtout, comme c'est le cas pour tous les médicaments oncologiques, ils font l'objet d'un suivi constant, tant de la part des cliniciens que des autorités sanitaires.

— D^r Sandeep Sehdev



Même si les biosimilaires ne sont pas identiques aux produits de référence comme le sont les médicaments chimiques génériques, tout comme ces derniers, ils ont l'avantage de coûter moins cher que les produits d'origine. Le recours aux biosimilaires permettra donc au système de santé de réaliser des économies qui permettraient de financer les coûts toujours plus élevés de la recherche sur le traitement du cancer.

De plus en plus d'informations au sujet des biosimilaires commencent à circuler sur Internet. Encore faut-il consulter des sources fiables. Le D^r Sandeep Sehdev a encouragé les participants à poser des questions à leur médecin ou à leur pharmacien. D'où l'intérêt pour eux de se renseigner avant même que ces produits n'arrivent sur le marché.

Pour en savoir davantage :

- [Les biosimilaires et le cancer du sein](#)
- [Fiche d'information](#)

Génétique et cancer du sein

Tous les humains ont les mêmes gènes. Par conséquent, il est erroné de dire que les porteurs des gènes BRCA1 et BRCA2 risquent plus que d'autres de développer un cancer du sein. C'est plutôt la présence de mutations qui empêche les BRCA et d'autres gènes de fonctionner, prédisposant alors certaines personnes au cancer du sein.

— Nathalie Bolduc



Credit: Fondation cancer du sein du Québec

Selon le gène en cause, le risque d'être atteint du cancer du sein en raison de telles mutations a été évalué entre 40 et 87 %. Les autres facteurs de risque sont le vieillissement et les mauvaises habitudes de vie, comme le manque d'exercice, la consommation d'alcool et l'obésité.

Les pères contribuent autant que les mères à transmettre les mutations. En effet, s'ils sont porteurs d'un BRCA défectueux, les risques que leurs enfants le soient aussi sont de 50 % pour chaque naissance. Plusieurs professionnels de la santé croient encore que seule la lignée maternelle est en cause et proposent un test génétique uniquement aux femmes dont la mère ou les sœurs ont eu un cancer du sein. Or, le fait que la grand-mère ou des tantes paternelles en aient été atteintes devrait les alerter tout autant. En présence d'une mutation, le risque de cancer augmente également chez les hommes, tant celui du sein que celui de la prostate.

Les gènes de prédisposition au cancer du sein peuvent aussi augmenter les risques d'autres formes de cancer, notamment celui des ovaires. La confirmation d'une mutation par un test génétique n'est pas systématiquement l'annonce d'un cancer; cependant, étant donné les risques accrus, un suivi serré est recommandé dès la mi-vingtaine. À l'heure actuelle, les [lignes directrices](#) du National Comprehensive Cancer Network constituent la référence en la matière.

Nathalie Bolduc encourage les médecins à mettre leurs patientes en garde si elles sont tentées par un test de dépistage trouvé sur Internet. Ces tests étant effectués par des laboratoires non certifiés, leurs résultats peuvent s'avérer inexacts et incomplets, ce qui peut rassurer les patientes à tort ou, au contraire, générer inutilement de l'anxiété chez elles.

Pour en savoir davantage :

- [Génétique et cancer](#)

Faits saillants de la journée grand public

Une vingtaine de conférences et ateliers étaient offerts aux 400 participants de la journée grand public du Forum sur le cancer du sein, le 11 mai dernier. Voici un résumé des conférences qui ont suscité le plus d'intérêt.

1. Démystifier le cancer du sein associé à la grossesse

[Une femme enceinte sur 3000](#) reçoit un diagnostic de cancer du sein; c'est le cancer le plus fréquemment observé dans ce groupe. Il est souvent diagnostiqué tardivement, en raison des changements naturels qui se produisent dans les tissus mammaires, d'où la nécessité d'intensifier la recherche et la sensibilisation. La femme enceinte doit donc être à l'affût des signes de cancer du sein pendant cette période et discuter avec son médecin de tout changement persistant. Les tests de dépistage sont réputés sans danger pour la mère et pour le bébé. L'examen manuel des seins, les échographies, la mammographie ou la biopsie sont sécuritaires. Malgré la grossesse, le traitement est possible, mais complexe. Plusieurs facteurs influent sur le choix du traitement, notamment le type et le stade du cancer ainsi que le trimestre de grossesse au moment du diagnostic. Dans certains cas, l'allaitement reste une option après l'accouchement. La recherche a permis de mieux comprendre l'environnement cellulaire unique dans lequel se développe ce cancer et montré que les risques de métastases au foie sont multipliés par trois lorsque le cancer du sein est diagnostiqué pendant une grossesse.

2. Espoir en cancer du sein métastatique (stade 4)

À ce jour, il n'y a aucun traitement contre le cancer du sein métastatique (CSM). Aussi appelé « stade 4 », ce cancer s'est propagé ailleurs dans l'organisme, soit dans les os, le foie, le cerveau ou les poumons. Au Canada, 30 % des personnes atteintes développeront des métastases, et 5 % des cancers du sein sont métastatiques au moment du diagnostic. De nombreuses options de traitement permettent de gérer les effets secondaires, de ralentir la progression de la maladie, d'améliorer la qualité de vie des patientes et de prolonger leur survie. L'espérance de vie médiane est de 2 ans. Cependant, grâce à la recherche clinique, l'espoir est permis. Le taux de survie des patientes s'accroît d'année en année; certaines peuvent vivre jusqu'à 15 ans après le diagnostic. De nouveaux traitements d'immunothérapie ont été approuvés afin de traiter des cancers avancés de la peau et du poumon. Ces traitements, qui font l'objet d'essais cliniques pour le traitement du CSM, laissent entrevoir des résultats prometteurs.



3. Cannabis médical : un traitement complémentaire

Plus de 300 000 personnes consomment du cannabis médical au pays, selon Santé Canada. Un pic dans les demandes d'accès au cannabis médical en 2017 de la part de patients cancéreux et des professionnels de soins de la santé a incité le D^r Antonio Vigano, du Centre universitaire de santé McGill, à diriger le premier projet pilote du genre au pays en milieu hospitalier. Son objectif était d'évaluer la faisabilité de l'offre de traitement à un plus grand nombre de patients cancéreux. Ses conclusions : le cannabis est une bonne approche complémentaire aux traitements habituels pour la gestion des effets secondaires, notamment les douleurs neuropathiques, la perte de poids grave et l'insomnie. Cependant, l'accès au cannabis médical est difficile. La recherche sur le sujet doit se poursuivre et il faudrait offrir une formation aux professionnels de la santé pour les sensibiliser à ce traitement complémentaire.

Un Québécois sur cinq est un proche aidant, soit 1,6 million de personnes. De ce nombre, le tiers vit des épisodes de détresse psychologique liés notamment à l'insécurité financière, l'anxiété, l'épuisement ou la maltraitance institutionnelle.



4. Cancer et proches aidants : quelles solutions pour soutenir ceux qui aident ?

Un Québécois sur cinq est un proche aidant, soit 1,6 million de personnes. De ce nombre, le tiers vit des épisodes de détresse psychologique liés notamment à l'insécurité financière, l'anxiété, l'épuisement ou la maltraitance institutionnelle. Quelques outils sont néanmoins à leur portée. Par exemple, les gouvernements offrent des crédits d'impôt, des prestations pour les proches aidants et des services de répit. La technologie constitue aussi une forme de soutien. Ainsi, Huddol est une [plateforme en ligne gratuite](#) qui regroupe une communauté de proches aidants qui s'entraident et partagent leurs connaissances et leurs expériences, et l'[application MedHelper](#) permet aux proches aidants d'assurer une bonne gestion de la prise de médicaments d'un malade. Enfin, la [Fondation cancer du sein du Québec](#) propose aux proches aidants un service de soutien psychologique.



Crédit : Fondation cancer du sein du Québec

5. Le soya augmente-t-il les risques de récives d'un cancer ?

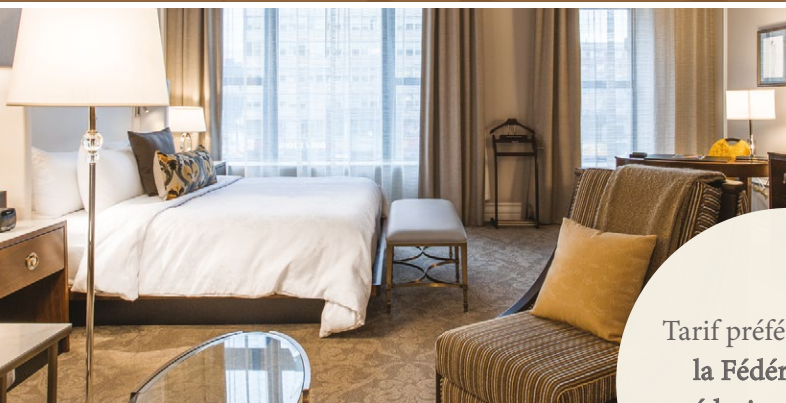
C'est tout à fait faux. La consommation régulière de soya ne présente aucun risque pour les survivantes d'un cancer du sein. Au contraire! Les aliments dérivés des fèves de soya (edamame, tofu, miso, tempeh), comme les graines de lin et le houmous, contiennent des phytoestrogènes, des molécules qui ressemblent à l'œstrogène, une hormone synthétisée par le corps humain. L'œstrogène contribuerait à la prolifération de certains types de cellules cancéreuses, tandis que les phytoestrogènes entraîneraient leur destruction. Les phytoestrogènes sous forme alimentaire peuvent être consommés de façon régulière sans augmenter le risque d'une récive de cancer. Cependant, les suppléments sont contre-indiqués en cas de diagnostic de cancer hormonodépendant.

S



EN PLEIN COEUR DU CENTRE-VILLE!

Laissez-vous séduire par le luxe moderne et l'hospitalité intemporelle de l'un des édifices historiques les plus appréciés de Montréal.



Nos spacieuses et élégantes chambres, chacune avec leur caractère particulier, vous assureront tout le confort et l'intimité dont vous rêvez.

RÉSERVEZ
DÈS MAINTENANT

1 844-LEBIRKS

Tarif préférentiel pour
la Fédération des
médecins spécialistes
du Québec.

Henri
BRASSERIE
FRANÇAISE

Adjacent à l'hôtel, vous retrouverez le chic restaurant Henri, digne des plus grandes brasseries françaises. Sa cuisine raffinée offre des plats frais et alléchants, mettant en vedette les meilleurs produits saisonniers québécois et canadiens de la mer et de la terre.



2 salles disponibles pour vos événements privés et vos réunions d'affaire.

Et pour agrémenter votre séjour, vous pourrez profiter du luxueux Spa Valmont et de son hammam pour un moment de détente ultime.

Montée du discours pro-vie en Amérique du Nord

LA FMSQ PREND PART À LA DISCUSSION

PRO-CHOIX

PRO-VIE

Pour faire entendre la voix de sa présidente, la direction des Affaires publiques et des Communications de la FMSQ a misé sur son expérience personnelle et son engagement envers la cause des femmes.

Dans une lettre récemment envoyée aux médias, la D^{re} Francœur relatait les tensions sociales qu'elle a vécues au moment des mouvements pro-vie à Louisville, au Kentucky. Elle y faisait sa surspécialité en obstétrique et gynécologie et pratiquait dans une clinique de planification des naissances œuvrant auprès de jeunes femmes. Des manifestations aux abords de la clinique visaient à intimider le personnel soignant.

L'adoption de lois sévères sur l'avortement dans certains États américains et la remise en question au Canada de ce droit acquis augmentent le risque d'un retour en arrière. Au Canada, le mouvement antiavortement s'organise pour maximiser son influence sur le scrutin fédéral 2019. C'est ce que cette lettre a mis en lumière en soulignant la nécessaire vigilance dont il faut faire preuve pour éviter ce retour en arrière, fatalement associé à un retour à la clandestinité avec les risques que cela représente pour la santé des femmes.

Le *Huffington Post* a été la première plateforme à publier la lettre; d'autres quotidiens ont ensuite pris le relais. Le partage de cette publication sur les médias sociaux a fait mousser sa diffusion. C'était parti : les médias se sont alors intéressés à ce que les médecins du Québec pensent de l'avortement. La présidente de la Fédération a ensuite accordé plusieurs entrevues dans la presse écrite, à la télévision et à la radio.

En plus de réaffirmer le maintien du droit des femmes, la FMSQ a attiré l'attention sur le sort des médecins et du personnel infirmier qui pourraient craindre des représailles. La pratique de l'avortement doit demeurer sécuritaire tant pour le personnel médical que pour les femmes.



Lettre d'opinion du 31 mai dernier

AVORTEMENT : PAS DE RETOUR EN ARRIÈRE !

Diane Francœur, M.D., FRCSC, MHCM
Présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

Il s'est dit et écrit beaucoup de choses sur le droit des femmes à un avortement libre et gratuit au cours des dernières semaines.

Des états américains nous ramènent dans un passé pas si lointain avec la position extrême du «*heartbeat bill*», soit l'interdiction d'avortement si le cœur fœtal est présent. Cette position rétrograde et populiste représente un danger réel pour les femmes victimes par exemple d'une grossesse extra-utérine qui ne pourraient être soignées en raison de la présence d'un cœur fœtal.

La dérive qu'entraînent ces lois est évidente : les médecins qui pratiquent des avortements cesseront de le faire de crainte de se retrouver en prison. Les plus téméraires continueront d'en pratiquer, sans échographie, afin de ne pas confirmer la présence de battements cardiaques.

Les faits rencontreront vite la réalité : cela se déroulera dans des endroits clandestins, des complications surgiront et l'avortement illégal –qui tue les femmes– reviendra.

Entre l'Église et les soins

J'ai fait ma surspécialisation au Kentucky, dans les années durant lesquelles Bill Clinton cherchait la voie de son premier mandat. J'ai alors participé à toutes ces discussions autour de la couverture universelle en santé, qu'ici, nous considérons comme un acquis éternel.

Je me rappelle ma stupéfaction devant ces manifestations familiales sur le boulevard Mohamed Ali, tous les samedis matin. Les participants brandissaient d'immenses affiches de photos de bébés en train de se faire démembrer.

Je me rappelle qu'on m'avait bien interdit de prononcer le mot «avortement» auprès de mes patientes adolescentes, dans ma clinique de contraception, au risque d'y perdre son financement par l'État.

Je me rappelle aussi que les infirmières m'avaient sérieusement avisée que si je continuais, il y avait aussi des risques pour ma sécurité. Cela, peu importe la nature de la grossesse, on devait tout simplement ne pas parler de ces choses-là.

Je me rappelle de voir mon nom, ainsi que celui de quelques collègues, dans le journal local du dimanche, le *Louisville Tribune*, en page centrale : Physicians pro-abortion! On m'avait alors recommandé d'aller chez mon marchand d'armes le plus proche. Et de fréquenter l'église de mon quartier...

Suite





Par Suzanne Blanchet, réd. a.

Aînés LGBT POUR ÉVITER UN RETOUR DANS LE PLACARD

En adoptant des pratiques inclusives, sans aucune forme de stigmatisation, les médecins spécialistes peuvent grandement optimiser leur réponse aux besoins des aînés LGBT.



Les personnes issues de la communauté LGBT (lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres) représentent 10% de la population. Lorsqu'elles vieillissent, ces personnes ont-elles des besoins particuliers en matière de soins de santé? Les experts s'entendent à ce sujet : elles ont surtout besoin de ne pas être jugées. Si le médecin et son personnel utilisent un vocabulaire inclusif et adoptent une attitude positive, les aînés LGBT seront rassurés et une relation de confiance pourra alors s'installer.

Deux aspects particuliers semblent toutefois se démarquer : d'une part, la discrimination dont ces aînés font l'objet a parfois des répercussions sur leur santé mentale et, d'autre part, les interventions chirurgicales et les traitements hormonaux liés à un processus d'expression de genre peuvent avoir des conséquences à long terme.

La santé mentale

La Fondation Émergence a pour mission d'éduquer, d'informer et de sensibiliser la population aux réalités des personnes LGBT. Son porte-parole, Julien Rougerie, chef du programme Pour que vieillir soit gai, estime qu'il faut être conscient des enjeux sociaux qu'ont vécus les aînés LGBT.

« Presque toute leur vie, on les a traités de pervers, taxés de commettre un péché et accusés d'acte criminel. Ils ont appris à se taire, à cacher leur identité. Même si des lois ont été votées depuis, c'est un mécanisme de défense difficile à défaire. »

— Julien Rougerie

Vivre du rejet dans sa famille, au travail et dans les endroits publics laisse forcément des séquelles, sans compter que les proches entretiennent parfois des préjugés en dépit des lois (voir l'encadré « Cinq dates déterminantes »). Si bien que les aînés LGBT subissent les conséquences de l'isolement social davantage que les autres personnes âgées, parce que cet isolement qui influe sur leur santé mentale aura, dans certains cas, duré toute leur vie.

Présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec et cofondatrice du Centre d'identité sexuelle de l'Université McGill, la D^{re} Karine J. Igartua souligne que ces aînés, témoins et victimes d'insultes homophobes, de discrimination et parfois même de violence dans leur jeune âge, ont intériorisé les attitudes méprisantes de leurs persécuteurs, ce qui peut provoquer des symptômes de dépression ou d'anxiété.

« La société a certes évolué; l'homophobie est moins acceptable, moins intense que par le passé. Cependant, lorsqu'elle est présente, elle est sournoise parce que moins visible. Même en l'absence de danger, il est difficile de faire confiance, quand on a passé tant d'années à se cacher pour se protéger. Et l'on redevient vulnérable en vieillissant, si bien qu'en entrant dans un CHSLD, certains aînés LGBT choisissent de "retourner dans le placard", par peur d'être victimes d'homophobie de la part des soignants.

— D^{re} Karine J. Igartua »

La D^{re} Igartua souligne que la situation est encore pire pour les aînés trans que pour les aînés homosexuels, car la société n'est pas aussi tolérante à leur égard. De plus, les anciens standards de soins rendaient la transition extrêmement pénible, exigeant de la personne qu'elle se travestisse pendant deux ans avant d'avoir accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux, ce qui n'est pas sans laisser des traces.

Transgenres et santé physique

Les personnes issues de la communauté LGBT ne veulent pas être définies uniquement par leur sexualité. Néanmoins, lorsqu'un homme ou une femme transgenre révèle un parcours qui a compris un traitement hormonal ou des interventions chirurgicales, les médecins, et plus particulièrement les endocrinologues, les gynécologues et les urologues, doivent être à l'écoute et au fait des enjeux sociaux et médicaux de ce type de parcours.

Line Chamberland, titulaire de la Chaire de recherche sur l'homophobie et professeure au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), souligne qu'il y a des enjeux médicaux liés aux transformations corporelles.



« Un homme peut avoir l'apparence d'une femme tout en ayant conservé sa prostate. Le médecin doit être informé de cette réalité afin de pouvoir effectuer le suivi nécessaire.

— Line Chamberland »

Cinq dates déterminantes

- 1969** | le Canada décriminalise l'homosexualité en privé, entre adultes consentants.
- 1990** | l'Organisation mondiale de la Santé retire l'homosexualité de la liste des maladies mentales.
- 1996** | la *Loi canadienne sur les droits de la personne* inscrit l'orientation sexuelle sur la liste des motifs interdits de discrimination.
- 2005** | la *Loi sur le mariage civil* fait du Canada le quatrième pays à autoriser le mariage entre personnes de même sexe.
- 2017** | la *Loi canadienne sur les droits de la personne* inscrit l'identité et l'expression de genre sur la liste des motifs de discrimination interdits.

Les traitements hormonaux induisent des changements physiques qui sont en harmonie avec l'identité de genre. L'hormonothérapie masculinisante consiste en un traitement de testostérone. Pour l'hormonothérapie féminisante, on aura recours aux anti-androgènes, à l'oestrogène ou à la progestérone; le choix du traitement se fait selon les recommandations du médecin et les préférences du patient ou de la patiente, indique le D^r Jean Palardy, président de l'Association des médecins endocrinologues du Québec.

« Les personnes transgenres qui optent pour l'hormonothérapie devront s'y soumettre à vie. Or, bien qu'elle soit utilisée chez plusieurs personnes et depuis longtemps, ses effets à long terme chez la population transgenre ne sont pas encore bien étudiés; il faut donc surveiller certains effets secondaires.

— D^r Jean Palardy »

La testostérone peut causer de l'acné, de la calvitie, un gain de poids, une augmentation du nombre des globules rouges, une augmentation du taux de cholestérol et du taux d'enzymes hépatiques. Elle peut également contribuer à l'apparition de l'hypertension, du diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires.

Les hormones féminisantes peuvent entraîner une augmentation du risque de caillots sanguins. Elles peuvent parfois entraîner une augmentation du taux d'enzymes hépatiques et contribuer à un gain de poids ou à une augmentation du taux de cholestérol, la plupart du temps du bon cholestérol. À l'heure actuelle, le risque de maladies cardiovasculaires fait l'objet de controverses.

Une question délicate à aborder

Des études montrent que les aînés LGBT consultent moins le réseau de la santé que les autres personnes âgées, parce qu'ils évitent les situations où ils auront à s'expliquer. Compte tenu de leur expérience de vie, ils sont souvent hésitants à aborder la délicate question de leur identité sexuelle.



Formation et bonnes pratiques

La Fondation Émergence multiplie les actions qui appuient son programme

[Pour que vieillir soit gai](#). Ainsi, grâce à ses démarches, le déni de l'orientation sexuelle est désormais reconnu comme une forme de maltraitance à part entière dans le [Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées](#).

De plus, la Fondation offre gratuitement des cours de formation de courte durée, en milieu de travail, afin de soutenir les professionnels de la santé qui souhaitent adopter de bonnes pratiques à l'endroit des aînés LGBT.

Enfin, son site web regorge de [documentation et d'outils de sensibilisation](#) à télécharger ou à commander sans frais, notamment son guide d'information [Assurer la bientraitance des personnes âgées lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans](#) (voir un résumé des bonnes pratiques à l'endroit des aînés LGBT, p. 19 et 20).

Comment les médecins peuvent-ils rassurer cette clientèle? Julie Beauchamp, première titulaire d'un doctorat en sexologie de l'UQAM et coordonnatrice du domaine d'expertise Vieillissements inclusifs, diversité santé et bien-être au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, suggère notamment de rendre l'environnement inclusif.

Des affiches, des dépliants et des magazines spécialisés sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, que ce soit dans la salle d'attente du médecin, à l'hôpital, en CLSC ou en CHSLD, contribuent à témoigner de l'ouverture du médecin et du personnel.

— Julie Beauchamp

Les aînés LGBT sont parfois en rupture avec leur famille d'origine. Par conséquent, les médecins auront avantage à parler simplement de proches ou de personnes significatives, au lieu de leur demander si un conjoint, une conjointe ou un membre de la famille pourra les accompagner pour leurs traitements, que ce soit par exemple en radiothérapie, en chimiothérapie ou en ophtalmologie. Ils peuvent également diriger leur clientèle vers les [ressources](#) de leur région qui offrent du soutien aux aînés LGBT.

Bibliographie

- [Aîné.e.s LGBT : favoriser le dialogue sur la préparation de leur avenir et de leur fin de vie, et la prise en charge communautaire](#)
- [Les enjeux de santé mentale chez les aînés gays et lesbiennes](#)
- [Les vieillissements sous la loupe – Entre mythes et réalités](#)
- [Mieux intervenir auprès des aîné.e.s trans](#)

Appel à tous

Vous avez vécu un cas particulier, n'hésitez pas à [communiquer avec nous!](#)

**VOTRE EXPERTISE
EST IMPORTANTE!**

**DEVENEZ
PROFESSIONNEL
DE LA SANTÉ
DÉSIGNÉ**



D^{re} Nicole Carrière
Psychiatre-conseil
514 906-3003, poste 2323
nicole.carriere@cnesst.gouv.qc.ca

D^r Maurice Loiselle
Médecin-conseil
514 906-3003, poste 2319
maurice.loiselle@cnesst.gouv.qc.ca

D^r Michel St-Pierre
Orthopédiste-conseil
418 696-5200, poste 5227
michel.st-pierre@cnesst.gouv.qc.ca

Commission des normes, de l'équité,
de la santé et de la sécurité du travail
cnesst.gouv.qc.ca/professionnels-designes

CNESST



LA SCIENCE-FICTION CÉDERA BIENTÔT LE PAS À LA RÉALITÉ

Chaque année, au Canada, quelque 5 000 personnes décèdent d'une maladie du foie tandis qu'à peine 400 personnes bénéficient d'une greffe hépatique.

C'est pourquoi le Dr Massimiliano Paganelli, clinicien-chercheur au CHU Sainte-Justine, explore de nouvelles avenues qui laissent entrevoir une lueur d'espoir non seulement pour les enfants, mais aussi pour les adultes.

Plus de trois millions de Canadiens vivent avec une maladie hépatique, soit un sur dix, et plus d'un million de personnes dans le monde décèdent d'une maladie du foie chaque année. De telles statistiques contribuent à motiver le Dr Massimiliano Paganelli, qui travaille d'arrache-pied dans son laboratoire, entouré d'une équipe tout aussi enthousiaste que lui.

La transplantation hépatique est la solution première à l'insuffisance hépatique aiguë ou chronique. Malheureusement, les dons d'organes ne répondent pas à la demande, d'où la nécessité d'accentuer la recherche sur les cellules souches. C'est ici que la science-fiction pourrait bientôt céder le pas à la réalité.

« **Ma recherche vise l'utilisation des cellules souches pour l'étude et le traitement des maladies hépatiques au moyen de la médecine régénératrice. Mon équipe et moi avons acquis une expertise particulière en génie tissulaire et en thérapie cellulaire.** »

Des influences prestigieuses

Lorsqu'il a entrepris ses études en médecine (voir l'encadré), Massimiliano Paganelli n'avait jamais envisagé de se diriger vers la recherche, jusqu'à ce qu'il fasse la connaissance de professeurs de renommée internationale, dont Salvatore Cucchiara en Italie et Étienne Sokal en Belgique. Sous leur influence, la recherche l'a tout de suite passionné.

Au moment où il fait son doctorat en hépatologie et thérapie cellulaire en Belgique, le Dr Paganelli effectue une autre rencontre déterminante avec le Dr Ugur Halac, gastro-entérologue au CHU Sainte-Justine (CHUSJ). Plus tard, au hasard d'un congrès à Boston, le Dr Halac lui présente le Dr Fernando Alvarez, alors chef du Service de gastroentérologie du CHUSJ, qui lui offre spontanément un poste à Montréal, afin qu'il fasse bénéficier le Québec de son expertise, et plus particulièrement de ses travaux de recherche.

« Le CHU Sainte-Justine m'a permis de lancer un programme de recherche très ambitieux que je n'aurais probablement pas pu faire en Europe, étant donné mon jeune âge. J'y ai aussi trouvé une équipe clinique de médecins et de professionnels incroyables avec qui c'est un plaisir de travailler. »

En quête de solutions de rechange à la transplantation

Les travaux du D^r Paganelli et de son équipe portent sur le traitement des maladies génétiques rares, ou orphelines, ainsi que de l'insuffisance hépatique aiguë et chronique.

Les maladies orphelines du foie sont caractérisées par une mutation de l'ADN qui provoque une déficience de l'organe ayant des conséquences importantes dans tout le corps, ce qui entraîne des complications graves et, souvent, la mort du jeune patient. Comme très peu de médicaments permettent de traiter ces maladies, la transplantation représente, la plupart du temps, la seule solution possible.

L'insuffisance hépatique, quant à elle, résulte généralement de l'évolution de plusieurs maladies du foie. Responsable de complications graves, comme l'encéphalopathie hépatique ou l'ascite, elle cause des milliers de décès chaque année au Canada. Dans ce cas-ci aussi, la transplantation est le traitement de choix. Cependant, les complications inhérentes à l'intervention chirurgicale, la nécessité de prendre des médicaments antirejet à vie et la carence de certains organes ont incité les chercheurs à chercher des solutions de rechange.



Les D^{rs} Massimiliano Paganelli et Claudia Raggi

Depuis Rome jusqu'au laboratoire du D^r Paganelli du CHUSJ

Né en Italie, Massimiliano Paganelli entreprend ses études de médecine et de chirurgie à l'université de Rome « La Sapienza », où il se spécialise également en pédiatrie. Après des études postdoctorales en hépatologie pédiatrique à Naples et à Bruxelles, de même qu'un doctorat en hépatologie et thérapie cellulaire également obtenu à Bruxelles, il dépose ses bagages à Montréal.

« Une seule visite a suffi à ma famille et moi pour que nous tombions amoureux du Québec ! »

Le D^r Paganelli entreprend un postdoctorat en gastroentérologie pédiatrique à l'Université de Montréal et devient clinicien-chercheur au CHU Sainte-Justine. Membre du Service de gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatrique, il s'occupe des enfants qui souffrent de maladies gastro-intestinales, mais son expertise se situe principalement en hépatologie. Lui et son collègue, le D^r Fernando Alvarez, sont d'ailleurs les seuls hépatologues pédiatres spécialisés en transplantation au Québec.

Chercheur-clinicien, il est aussi chef adjoint de l'axe Santé métabolique et cardiovasculaire au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, où est intégré son propre laboratoire d'hépatologie, thérapie cellulaire et génie cellulaire. Il l'a créé en 2015 avec sa conjointe, la D^{re} Claudia Raggi, qui a consacré sa vie à la recherche.

« Ensemble, nous avons formé une équipe de jeunes scientifiques motivés par l'amour de la science et la nécessité de trouver de nouvelles solutions thérapeutiques pour les enfants malades. »

Les D^{rs} Raggi et Paganelli ont reçu plusieurs prix pour la présentation de leurs données à des conférences nationales et internationales.

À titre de professeur adjoint de clinique au Département de pédiatrie de l'Université de Montréal, le D^r Massimiliano Paganelli forme des externes, des résidents et des moniteurs de clinique pendant ses activités cliniques. En laboratoire, il supervise des stagiaires et des étudiants à la maîtrise, au doctorat et au postdoctorat.

Deux axes de recherche

Ces constats ont mené à deux principaux axes de recherche actuellement en phase préclinique :

1. la création *in vitro* (en laboratoire) de modèles de maladies hépatiques rares, pour une meilleure compréhension de leurs mécanismes et la découverte de nouveaux traitements;
2. le traitement de l'insuffisance hépatique à l'aide de la thérapie cellulaire et de la médecine régénératrice.

« Pour la création de modèles, nous utilisons les cellules souches pluripotentes induites. Nous avons mis au point des techniques qui nous permettent d'obtenir ces cellules souches à partir de seulement 1,5 ml de sang, une quantité que nous pouvons prélever en toute sécurité même sur des prématurés. À partir de ces cellules souches, nous générons en laboratoire des hépatocytes ou cellules du foie. »

Ces hépatocytes servent à étudier des maladies génétiques rares dans le but de découvrir et de tester de nouveaux médicaments. Grâce à cette approche, l'équipe du D^r Paganelli a créé le premier modèle *in vitro* de tyrosinémie de type 1, une maladie rare, mais particulièrement courante au Québec.

« Encore plus intéressant : grâce à l'édition génomique, une technique très avancée de biologie moléculaire, nous sommes capables de corriger la mutation de l'ADN dans les cellules souches des patients et de générer des cellules du foie, désormais saines, à partir des cellules corrigées. Nous sommes aussi parmi les rares groupes au Canada à être capables de générer des foies miniatures : les organoïdes hépatiques. Chaque mini-foie ne mesure qu'une fraction de millimètre, mais il exprime toutes les fonctions d'un foie humain. »

Pour ce qui est du deuxième axe, la thérapie cellulaire et la médecine régénératrice pour le traitement de l'insuffisance hépatique aiguë, le laboratoire du D^r Paganelli a conçu une technique pionnière pour encapsuler les organoïdes hépatiques dans un biomatériau de nouvelle génération. Leur implantation permettra aux patients de bénéficier d'une intervention chirurgicale minimalement invasive plutôt que d'avoir à subir une transplantation, car les organoïdes remplaceront les fonctions du foie le temps nécessaire à l'organe pour se régénérer, sans traitement antirejet.

Les études cliniques devraient s'amorcer dans deux ans. À terme, ce traitement pourrait sauver la vie de milliers d'enfants et d'adultes dans le monde entier. Cependant, afin de ne pas donner de faux espoirs aux patients, le D^r Paganelli précise qu'il s'agit pour l'instant d'études chez les animaux. S

Des fonds pour faire avancer la recherche

Les travaux du D^r Massimiliano Paganelli sont si impressionnants qu'il a été le premier chercheur hors des États-Unis à recevoir le Gilead Science 2015 International Research Scholars Program in Liver Disease Award – The Americas. Ce prix est non seulement prestigieux et convoité, mais reconnu comme éthique. En effet, la compagnie biopharmaceutique qui le décerne ne joue aucun rôle dans la recherche, et toute utilisation de ses produits est interdite.

L'effet de levier de ce premier financement a été extraordinaire, et d'autres appuis n'ont pas tardé à suivre. Le financement le plus important pour le projet des organoïdes est venu du Réseau de cellules souches. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont ensuite emboîté le pas, d'abord en lui octroyant, en 2017, une subvention de chercheur en début de carrière en santé génésique et en santé des mères, des enfants et des adolescents, puis, plus récemment, une bourse de près d'un demi-million de dollars dans le cadre du programme de subventions Projet.

La Fondation du CHU Sainte-Justine et le Réseau de thérapie cellulaire, tissulaire et génique du Québec ont aussi soutenu ses projets, ainsi que le Fonds de recherche du Québec – Santé, qui lui a accordé une bourse de chercheur-clinicien Junior 1, reconnaissant ainsi le caractère novateur de ses travaux, qui repoussent les frontières de la science. Enfin, le ministère de l'Économie et de l'Innovation a favorisé la transition de ses découvertes vers l'industrie.

« Je tiens à remercier mes collègues gastro-entérologues du CHU Sainte-Justine, qui font en sorte que je peux consacrer une bonne partie de mon temps à la recherche. »



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

JE SUIS UN MÉDECIN SPÉCIALISTE ASSURÉ PAR SOGEMEC

Pour la santé financière
de ma famille **je fais confiance**
à Sogemec Assurances

Notre promesse de
service depuis 41 ans !

Vous offrir des produits d'assurances
de qualité qui répondent à vos
besoins et ceux de votre famille et
qui s'accompagnent de conseils
professionnels et intègres.



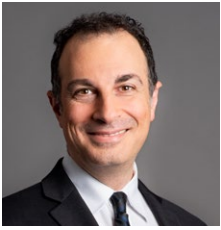
POUR TOUS VOS BESOINS D'ASSURANCES

- Vie
- Invalidité
- Frais généraux
- Maladies graves
- Soins de longue durée
- Médicaments/ass. voyage
- Maladie/ass. voyage
- Dentaire
- Entreprise
- Automobile
- Habitation

PARTOUT AU QUÉBEC : 1 800 361-5303
information@sogemec.qc.ca

Sogemec
ASSURANCES

*Une force conseil
créée par vous, pour vous*



Par Sam J. Daniel, M.D., FRSC

Directeur, Développement professionnel continu

S'OUTILLER POUR DÉTECTER ET AFFRONTER LE SURMENAGE



Le surmenage et l'épuisement professionnel chez les médecins spécialistes sont des sujets d'actualité. Ils font de plus en plus souvent les manchettes des journaux et l'objet de discussions sur les réseaux sociaux ou de présentations lors de conférences; même les publications scientifiques en font état.

C'est une bonne chose, car pendant trop longtemps le sujet est resté tabou. Pourtant un récent sondage national révèle qu'un médecin canadien sur quatre dit ressentir de l'épuisement professionnel. En 2012, une étude effectuée aux États-Unis a par ailleurs montré que plus de 50 % des médecins qui y ont participé étaient victimes du syndrome d'épuisement professionnel, un taux beaucoup plus élevé que chez la population en général (Shanafelt 2015). Les médecins en mi-carrière, les chirurgiens et les anesthésistes semblent être les plus touchés.

L'épuisement professionnel se développe de façon insidieuse et il s'agit davantage d'un spectre que d'un phénomène du tout ou rien. Parmi ses principaux symptômes, il y a de l'épuisement émotionnel (perte d'enthousiasme pour son travail, sentiment d'être dépassé par la demande), une perte du sens d'accomplissement personnel et du cynisme (irritabilité et détachement graduel).

[Selon une enquête du British Medical Association \(BMA\)](#), la majorité des médecins (80 %) étaient exposés à un risque élevé / très élevé d'épuisement professionnel avec les jeunes médecins les plus à risque. L'épuisement professionnel était principalement dû à l'épuisement plutôt qu'au désengagement de son rôle de médecin. Parmi les personnes interrogées, 27 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic de maladie mentale dans leur vie et 7 % ont déclaré avoir été diagnostiqués au cours de la dernière année.

Des répercussions sur plusieurs plans

La plupart des besoins non perçus en développement professionnel continu ne se rapportent pas à l'expertise du médecin, mais plutôt à d'autres compétences importantes, comme celle qui consiste à reconnaître le surmenage et à s'outiller pour y faire face.

Les conséquences de l'épuisement professionnel sont dévastatrices, tant pour la santé et la qualité de vie du médecin lui-même que pour la qualité et la sécurité des soins qu'il offre : risque d'erreurs, enjeux de comportement, diminution de la satisfaction de la clientèle, répercussions sur les collègues et l'équipe, prescriptions et traitements sous optimaux, baisse de productivité, problèmes d'accès pour les patients, etc.

MÉDUSE

La plateforme d'apprentissage MÉDUSE offre en ligne un vaste éventail d'outils et de cours de formation, dont plusieurs ouvrent droit à des crédits de section 3.

Nous venons de lancer une nouvelle interface dans laquelle il est plus facile de naviguer, qui offre de nouvelles fonctionnalités et un format adaptatif très convivial ainsi que la possibilité de choisir des cours ciblés pour chaque association.

Cette plateforme est gratuite pour les médecins spécialistes de la FMSQ et leur est accessible en tout temps, ainsi qu'à titre de projet pilote pour les médecins résidents en cours de spécialisation.

MÉDUSE propose deux webinaires qui traitent du surmenage professionnel : celui de la D^{re} Sandra Roman, du Programme d'aide aux médecins du Québec, intitulé *Démystifier l'épuisement professionnel : suis-je en burnout?* et celui de la D^{re} Julie Wei du Nemours Children's Hospital d'Orlando, en Floride, intitulé *From Burnout to Well-Being*. [Connectez-vous sur la plateforme](#) et trouvez ces webinaires dans la section « cours en vedette ».

Ces cours de formation décrivent les facteurs à l'origine de l'épuisement professionnel et ses manifestations chez les médecins. Ils permettent de reconnaître les raisons inhérentes au spectre de l'épuisement professionnel et les approches permettant d'en réduire le risque, en plus de proposer des stratégies favorisant le bien-être.

MÉDUSE offre également une panoplie d'autres cours, notamment sur la gestion des conflits, les habiletés de gestion d'un chef de département et sur la façon raccourcir les réunions qui s'éternisent ou de vous outiller pour améliorer votre milieu de travail.



Une échelle pour mesurer votre épuisement ?

L'un des instruments les plus utilisés est le Maslach Burnout Inventory™ – Human Services Survey (MBI-HSS).

Les échelles de cet outil mesurent l'épuisement émotionnel, le cynisme, ainsi que la perte du sentiment d'accomplissement personnel. 

Références

[État des connaissances et approches préventives. PAMQ](#)

[Rapport Annuel 2017-2018, PAMQ](#)

Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. [Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014](#). Mayo Clin Proc 2015;90(12):1600-13.

Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, et al. [Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population](#). Arch Intern Med 2012;172(18):1377-85.

JFI



12^e journée de formation interdisciplinaire

Les inscriptions à la 12^e édition de la JFI vont bon train. Elle se tiendra au Centre des congrès de Québec les 15 et 16 novembre 2019.

Il s'agit sans conteste d'une occasion privilégiée de prendre part à des cours de formation ouvrant droit à des crédits de section 1 ou 3, de participer à des simulations accréditées au Centre Apprentiss de l'Université Laval et d'entreprendre des activités de réseautage.

VOIR LE PROGRAMME DE LA 12^e JFI

Certaines des séances de formation et certains ateliers de simulation de la JFI 2019 contribueront à améliorer la culture de bien-être, l'efficacité, la sécurité de la pratique et la résilience, et à combattre le surmenage :

- La santé psychologique : les leçons de la résilience
- Un accident de soins, bien plus qu'un accident de parcours!
- Vos compétences émotionnelles : amies ou ennemies?
- Une inspection professionnelle par le CMQ, c'est quoi? Et si c'est moi... je fais quoi?
- Régulation affective, équilibre émotionnel et résilience
- La gestion des actes terroristes et des catastrophes
- Atelier de pacification de crises
- Garder la tête froide dans le feu de l'action : une introduction à la gestion de cas complexes
- Améliorer la gestion des équipes lors de situations critiques en obstétrique

Hâtez-vous de vous inscrire! Le nombre de participants aux ateliers est limité!



DR DANIEL BORSUK

Inscrivez-vous en ligne



Par Isabelle Girard, M.D.

Directrice,
Affaires économiques

OÙ ÉTIEZ-VOUS, DOCTEUR ?

Les réunions du comité conjoint FMSQ-RAMQ permettent de faire l'analyse des dossiers de facturation et de certains contrôles effectués par la RAMQ, en plus de fournir des éclaircissements sur l'application des codes de facturation. C'est l'occasion pour la FMSQ de s'assurer de la pertinence des contrôles effectués et de relever les erreurs flagrantes de facturation, ou encore, les dérogations aux règles.

Le médecin doit bien connaître les bonnes pratiques en matière de facturation des services médicaux, car il est le seul responsable des factures envoyées en son nom. Même s'il a recours à une agence de facturation, il doit s'assurer que cette dernière respecte les règles du manuel de facturation. Pour la RAMQ, en tant que mandataires, les agences sont de simples exécutantes.

Par ailleurs, à la lumière des contrôles effectués par la RAMQ, nous portons à votre attention quelques exemples des automatismes et raccourcis utilisés par des agences qui pourraient vous porter préjudice.

Professionnel référent

La RAMQ a constaté que des milliers de consultations avaient été demandées par un seul médecin généraliste aux spécialistes qu'une agence avait sous contrat, ce qui contrevient au règlement d'identification du médecin référent. La situation a été corrigée par l'agence qui a modifié l'une des fonctions de son programme, ce qui a permis d'éviter toute pénalité.

Soins d'urgence

Autre exemple : l'ajout automatique de l'élément de contexte « soins d'urgence », lorsque les soins sont prodigués en dehors des heures régulières, la fin de semaine ou les jours fériés. Cette erreur ne peut être corrigée par la suite, et la RAMQ est en droit de procéder à des récupérations auprès des médecins concernés, après vérification des services facturés.

Il est primordial de vous assurer que l'agence applique cette règle de façon appropriée. La majorité des agences sont informées de cette erreur et des correctifs ont été apportés.

L'élément de contexte « soins d'urgence » est défini et expliqué par la [règle 14 du Préambule général](#) du *Manuel des médecins spécialistes pour la rémunération à l'acte*, par l'[article 4.2 de l'annexe 38](#) de la *Brochure n° 5* pour la rémunération mixte et par la [règle 4 du Préambule général](#) du *Manuel des médecins spécialistes pour les services de laboratoire en établissement*.

Les critères énoncés doivent être respectés pour justifier une majoration de la facturation. La notion d'appel est ici importante : le médecin doit avoir vu ou revu un patient, ou posé un geste médical à la suite de la demande d'un autre médecin ou d'un membre du personnel. La notion de déplacement n'est pas obligatoire. Par exemple, si le médecin est déjà à l'hôpital, il peut être appelé en urgence, et ceci est légitime.

Dans les cas suivants, l'élément de contexte « soins d'urgence » ne peut s'appliquer :

- Médecin spécialiste qui voit des malades en tant que médecin de première ligne aux urgences d'un établissement ;
- Lors d'une visite principale ou d'une visite de contrôle, dans le cadre d'une tournée de patients, en dehors des heures régulières.

Dans tous les cas, une tenue méticuleuse de vos dossiers demeure le meilleur outil pour faire valoir vos droits en cas de différend avec la RAMQ. Afin d'éviter toute confusion, vérifiez que la notion d'appel est bien indiquée au dossier et assurez-vous d'y consigner les informations relatives au contexte d'urgence. Par exemple :

- Appel : en urgence provenant de X
- Objet : possible décompensation respiratoire

Si vous avez consacré du temps à des dossiers de patients pour évaluer les possibilités d'un plan de traitement ou avez contacté certains de ces patients, vous devez être en mesure d'en fournir la preuve.

Per diem sans acte facturé

Le *per diem* sans acte facturé est une source de confusion pour bon nombre de médecins. Lors de contrôles, la RAMQ a investigué les journées consécutives sans acte facturé et a découvert des erreurs de facturation qui pourraient avoir découlé de certains automatismes :

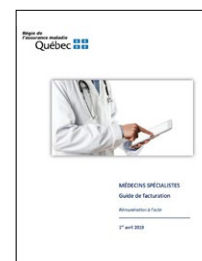
- Certains médecins ont fait signer des formulaires de journées *per diem* alors qu'ils étaient en vacances. Nous en déduisons que certaines personnes font signer à l'avance les formulaires par leur responsable ; il est important de ne pas signer les formulaires à l'avance. Ce stratagème peut entraîner ce genre de confusion. La RAMQ poursuit d'ailleurs ses interventions auprès des signataires à ce sujet.
- Des médecins ont facturé par erreur des *per diem* en établissement, alors qu'ils travaillaient dans un autre centre ou en cabinet. Il pourrait s'agir de formulaires signés à l'avance, puis oubliés, ou d'une omission dans la consignation des heures de service. Si vous travaillez dans 2 lieux différents pendant une journée, il faut indiquer l'heure de début du service ou de la plage horaire durant cette journée, peu importe le lieu où les services ont été rendus.
- À ce sujet, nous vous référons à l'[Acte-info 70](#) et à l'[Acte-info 71](#) parus en juillet 2018. Ainsi, si vous avez travaillé un *per diem* ou un demi-*per diem* et avez par la suite continué votre journée au bureau, sans inscrire l'heure des services offerts au bureau, actes effectués au bureau seront considérés comme facturés pendant la période du *per diem* et ne seront pas acceptés, puisqu'en résulte une facturation pour des services rendus à deux endroits différents pendant une même période.
- D'autres médecins utilisent un code unique en RMX pour consigner leurs activités. Encore une fois, il n'est pas adéquat d'utiliser toujours le même code. Il faut utiliser le code correspondant aux activités réellement effectuées.

- Une autre situation problématique concerne la présence d'un médecin à l'hôpital, sans qu'il facture des services médicaux. Advenant une investigation de la RAMQ, le médecin est tenu de collaborer et fournir la documentation demandée pour prouver qu'il était présent sur les lieux. La RAMQ exige en effet des pièces justificatives à ce sujet. Lors de votre présence, vous pourriez par exemple avoir effectué une assistance opératoire, une tournée de malades comportant seulement des visites de contrôle, l'analyse de dossiers ou répondu à des appels de patients lors d'une garde sans consultation.

Si vous avez consacré du temps à des dossiers de patients pour évaluer les possibilités d'un plan de traitement ou avez contacté certains de ces vos patients, vous devez être en mesure d'en fournir la preuve. Dans de tels cas, vous pourriez fournir les numéros d'assurance maladie des patients, des notes cliniques ou toute autre pièce justificative se rapportant au travail effectué, qu'il s'agisse d'une preuve de connexion au réseau informatique de l'établissement, d'un reçu de stationnement, d'une liste de garde où figure votre nom ou la confirmation par votre directeur des services professionnels que vous étiez effectivement sur place. Encore une fois, la bonne tenue de vos dossiers demeure cruciale.

En conclusion, vous êtes responsable de l'application des règles de facturation lorsque vous confiez celle-ci à un tiers. En cas de doute, plusieurs ressources sont à votre disposition : vous pouvez consulter le [Manuel et guide de facturation](#), contacter le [Centre d'information et d'assistance aux professionnels](#) de la RAMQ, votre association ou votre [Fédération](#).

Bonnes vacances à tous ceux qui pourront faire relâche durant la période estivale.



ERRATUM

Dans la chronique « Les contrôles de la RAMQ, ce qu'il faut savoir », de la dernière édition du magazine *Le Spécialiste*, il était indiqué que vous avez un délai de 180 jours pour modifier une facturation erronée sans pénalité. Cependant, le guide de facturation, [à la page 41](#), stipule qu'au besoin, la correction de la facturation doit être faite dans les 135 jours suivant la date à laquelle les services couverts ont été fournis, et ce, peu importe le statut de la facture.



Par Jean-Denis Roy, M.D.

Directeur,
Affaires professionnelles

Plan de couverture

UN ENGAGEMENT ET UNE RESPONSABILITÉ DE NOTRE FÉDÉRATION

L'une des priorités de la FMSQ est le maintien et la qualité de l'offre de service en matière de soins médicaux; nous y travaillons chaque jour en étroite collaboration avec les associations de notre Fédération.

Notre engagement envers la population et le gouvernement consiste à offrir une couverture de l'offre de services qui répond aux besoins des Québécois. Pour être en mesure de tenir cet engagement, un chantier a été ouvert il y a quelques mois et il devrait se terminer au cours de la prochaine année.

Quelle est donc cette responsabilité en matière d'offre de service? À qui s'applique-t-elle et sous quelle réserve?

Cet exercice ne vise nullement à remettre en question la dispersion territoriale du panier de services, mais plutôt à assurer la consolidation des services déjà offerts. Cette gymnastique organisationnelle et territoriale a soulevé plusieurs questions relatives à la pertinence de l'offre de service en régions éloignées et à faible taux démographique, ce qui mérite d'être analysé, dans un deuxième temps, avec le Ministère.

Dans le cadre de cet exercice, les spécialités de base ont été établies comme étant les suivantes : l'anesthésie, la chirurgie, l'obstétrique gynécologie, la médecine interne, la psychiatrie et la pédiatrie. Chacune étant distincte, une personnalisation associative a été instituée afin de faire correspondre le plus adéquatement possible les besoins de la population et la capacité de l'offre en fonction des effectifs.

La proposition retenue par l'équipe du D^r Jean-François Courval, de l'Association des anesthésiologistes du Québec, consiste à créer un modèle de pratique intégrant des plans de parrainage institutionnel favorisant des échanges d'expertise entre un centre bien nanti en effectifs et un centre en déficit de personnel, et ce, à l'intérieur de sa propre enveloppe budgétaire. L'un des buts de l'association est de prévenir l'obsolescence professionnelle accélérée par un faible nombre d'actes faisant appel à l'expertise du médecin spécialiste. En complément, la création d'une équipe « SWAT » pouvant répondre de façon ponctuelle et dans un court délai à une absence imprévue assure une diminution, voire une élimination, de la découverte en anesthésie.

L'équipe du D^r Serge Legault, de l'Association québécoise de chirurgie, travaille actuellement sur un modèle de groupe concerté dont les membres, non issus d'un même établissement, prendraient un engagement de couverture ou de parrainage d'un centre à 4 PEM ou moins qui pourrait éventuellement se trouver en découverte en raison d'un manque ou d'une absence d'effectifs quelques soient les motifs. Ce plan, déjà bien étoffé, fait actuellement l'objet de négociations avec le Ministère.

Le plan de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, le troisième dossier important de ce chantier, vise en priorité la couverture de l'offre de service en matière de césariennes urgentes et d'urgences obstétricales. Son défi particulier est de mettre en application une stratégie de couverture pour des milieux en manque d'effectifs ou tout simplement de trouver une solution de rechange en cas d'absence de PEM dans certains milieux en raison d'un faible débit obstétrical.

Auparavant, il était convenu que ce défi était relevé par les chirurgiens généraux. Encore une fois se pose dans ce cas-ci la question de la pertinence de la responsabilité d'assurer notre présence dans toute la province ou d'établir des corridors de service.

Le plan de l'Association des spécialistes en médecine interne du Québec en est à ses débuts, et nous en sommes à en définir la portée. Le modèle de groupe concerté pour une installation précise a été retenu. Tout comme dans le cas de la psychiatrie et de la pédiatrie, un profil propre à la médecine interne sera mis au point avec un plan pouvant répondre à la demande.

La télémédecine est également une avenue à explorer pour atteindre nos objectifs et respecter nos engagements, mais surtout pour nous aider à assumer notre responsabilité en matière de prestations médicales répondant aux besoins de la population. **S**

TOUT EST BIEN QUI FINIT BIEN

Une longue dispute judiciaire a pris fin tout récemment et son dénouement est, somme toute, fort positif. Les faits remontent à 2003, quand le Conseil pour la protection des malades (CPM) entame une action collective contre la FMSQ, lui reprochant d'avoir incité ses membres à participer à trois journées d'étude entre novembre 2002 et janvier 2003.

Pour prendre part à ces rassemblements visant à revendiquer de meilleures conditions de travail, les médecins désirant participer à ces journées ont dû s'absenter du travail. Ainsi, seuls les soins d'urgence ont été maintenus, et plusieurs consultations et interventions chirurgicales ont été reportées. Le CPM invoque dès lors un préjudice aux patients et la Cour supérieure autorise un recours collectif.

Après plusieurs années d'un long procès, un jugement de la Cour d'appel est rendu le 10 mars 2014 contre la FMSQ. La Cour lui ordonne de verser une indemnité aux membres inscrits au recours. Malgré tous les efforts déployés pour joindre les 3 351 membres, seuls 69 ont pu être indemnisés. Par conséquent, un montant substantiel est demeuré intouché. Selon la Loi, le Fonds d'aide aux actions collectives a droit à 90 % du montant n'ayant pas été réclamé et le 10 % qui reste doit être distribué en tenant compte de l'intérêt des membres, dans ce cas-ci, les patients.

C'est ainsi qu'en vertu d'une proposition commune, le CPM et la FMSQ ont demandé à la Cour que la somme du reliquat d'environ 97 500 \$ soit partagée en deux parts égales entre le CPM et la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (la « Fondation »).

Pour appuyer cette proposition, la FMSQ plaide que cette somme servirait à financer plusieurs organismes qui viennent en aide aux proches aidants.

En effet, la Fondation s'adresse à l'ensemble des usagers du réseau de la santé et a pour mission de soutenir concrètement plusieurs organismes soutenant eux-mêmes les proches aidants. Qui plus est, l'éventail des organismes admissibles à un soutien est vaste et couvre tout le territoire du Québec. Depuis sa création en 2012, la Fondation a soutenu quelque 125 organismes dans la réalisation de leurs projets de répit et versé des dons totalisant plus de 5 M \$.

Que ce soit la cause des enfants handicapés, celle des traumatisés crâniens ou qu'il s'agisse d'apporter de l'aide aux proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la Fondation soutient entièrement les gens qui se dédient corps et âme à un proche malade.

De son côté, le CPM a pour mission de promouvoir et de défendre les droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux afin d'augmenter leurs pouvoirs d'agir et améliorer la qualité des services qui leur sont offerts.

Convaincu que la mission des deux organismes est directement liée à l'intérêt des membres inscrits au recours collectif, la Cour supérieure a donné suite le 27 mars dernier à la recommandation des procureurs au dossier. La somme accordée permettra de venir en aide aux patients et à leurs proches aidants.

C'est ainsi que se termine une saga juridique échelonnée sur 16 ans. S

COMMENT LA SCLÉRODERMIE PEUT AFFECTER LE CORPS HUMAIN

Les symptômes de la sclérodermie varient grandement d'une personne à l'autre, si bien que les patients ne développeront pas forcément toutes les complications de la maladie.

Les manifestations de la maladie peuvent être visibles, comme c'est le cas lorsque la peau est affectée, ou les manifestations peuvent être invisibles, comme lorsque des organes internes sont touchés.

JUIN

Mois de sensibilisation à la sclérodermie

SYMPTÔMES ET MANIFESTATIONS DE LA SCLÉRODERMIE

DURCISSEMENT DE LA PEAU

Épaississement et perte d'élasticité de la peau sur différentes parties du corps. Ils donnent à la maladie son nom de «sclérodermie».

FIBROSE PULMONAIRE

Complication potentiellement grave, causant graduellement le remplacement du tissu pulmonaire par des cicatrices fibreuses, ce qui rend difficile de respirer et de fournir l'oxygène nécessaire au corps.

La fibrose pulmonaire cause de l'essoufflement à l'effort et parfois aussi une toux sèche.

CRISE RÉNALE

La crise rénale, due à l'obstruction soudaine des artérioles et capillaires des reins entraîne une élévation soudaine et marquée de la pression artérielle.

Les symptômes sont ceux d'une crise hypertensive : maux de tête nouveaux et importants, essoufflement marqué (par défaillance du cœur gauche), et même crise d'épilepsie (convulsions). C'est une complication très grave et urgente à traiter. Souvent dans la crise rénale sclérodermique, les reins cessent de fonctionner et la dialyse (filtrer le sang pour éviter l'urémie) est alors nécessaire.

VAISSEAUX SANGUINS

Le rétrécissement des artères, des petits vaisseaux sanguins et des capillaires peut entraîner plusieurs complications, dont l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), les ulcères digitaux et autres.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE PULMONAIRE (HTAP)

Augmentation de la pression artérielle dans les artères pulmonaires due au rétrécissement des petites artères dans les poumons. La circulation du sang vers les poumons est considérablement restreinte, ce qui oblige le cœur à travailler plus fort pour pomper le sang dans les poumons.

Lorsque la pression artérielle augmente dans les artères pulmonaires, les petits vaisseaux pulmonaires se bouchent lentement (en plusieurs années). Cela se fait par de la fibrose de ces petits vaisseaux, qui finissent par se thromboser, et le sang ne peut donc plus atteindre toutes les parties des poumons. Ainsi, il est plus difficile pour les poumons de fournir de l'oxygène au reste du corps.

Avoir une pression très élevée dans les artères des poumons de manière continue oblige le cœur à forcer davantage pour pouvoir faire circuler le sang à travers les poumons. À la longue, cela peut finir par causer une défaillance du cœur, particulièrement de son côté droit, ce que l'on appelle l'insuffisance cardiaque droite. L'insuffisance cardiaque droite indique la présence d'une HTAP importante et est une complication grave de la sclérodermie.

L'HTAP se traduit par un ou plusieurs des symptômes suivants :

- Essoufflement à l'effort et au repos
- Palpitations (trouble du rythme cardiaque) • Fatigue
- Douleurs dans la poitrine • Étourdissements
- Évanouissement temporaire, syncope
- Enflure des chevilles et des jambes

FACIÈS SCLÉRODERMIQUE

Yeux creux, amincissement nasal et des lèvres, diminution de l'ouverture de la bouche et plis péri-buccaux. L'amincissement des lèvres et des muscles du visage peut rendre la dentition plus proéminente.

YEUX

Sécheresse oculaire causée par la diminution de larmes.

TÉLANGIECTASIES

Petits capillaires dilatés visibles sous forme de taches rouges au visage et aux mains.

PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD

Présent chez 95 % des patients atteints de sclérodermie. Blancheur des doigts et/ou des orteils lors d'exposition au froid ou stress important. La phase de blancheur peut être suivie d'une phase bleue puis d'une phase rouge.

SCLÉRODACTYLIE

Aspect boudiné des doigts infiltrés par le collagène (fibrose). Perte fonctionnelle ou réduction de l'amplitude des mouvements possibles.

CALCINOSE

Dépôt de calcium sous la peau pouvant nécessiter des antibiotiques pour guérir les infections occasionnelles et parfois une intervention chirurgicale afin de drainer les dépôts et soulager les douleurs.

ULCÈRES DIGITAUX

Les ulcères surviennent sur le bout des doigts ou sur le dessus des doigts. Ils sont douloureux et lents à guérir. Dans les cas les plus graves, la nécrose et l'amputation peuvent survenir.

PIGMENTATION DE LA PEAU

Taches sombres ou pâles chez le tiers des malades.

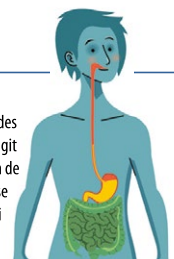
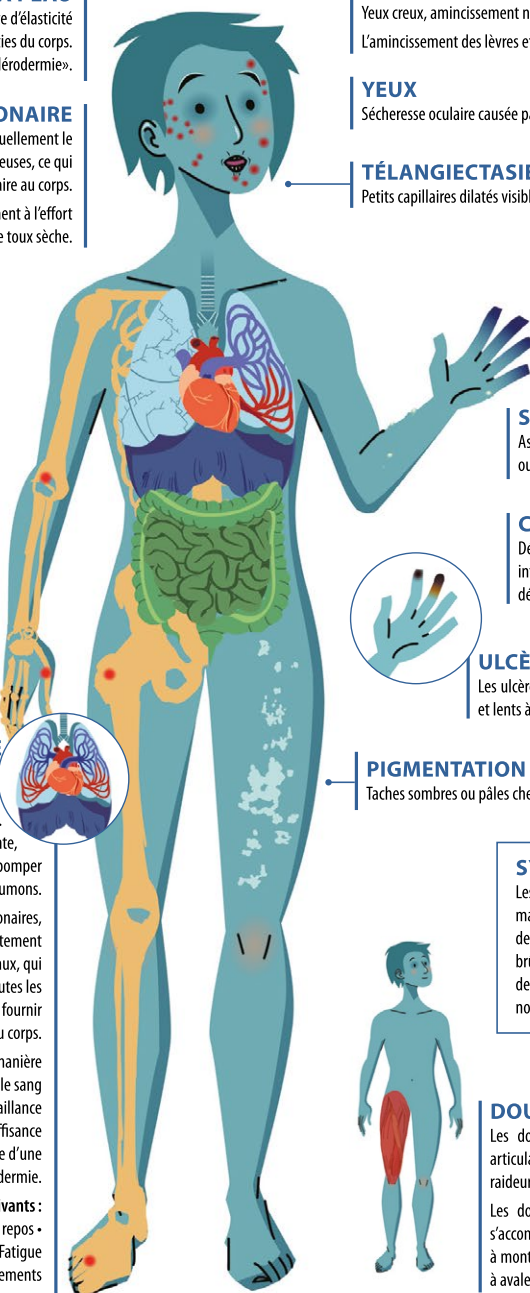
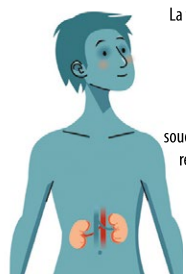
SYSTÈME DIGESTIF

Les troubles gastro-intestinaux touchent la grande majorité des malades. Le reflux gastrique est un symptôme fréquent : il s'agit de régurgitation d'acide dans l'œsophage, avec une sensation de brûlure qui remonte dans la gorge après les repas et qui cause de l'inflammation de l'œsophage (œsophagite de reflux) si non traité.

DOULEURS AUX ARTICULATIONS ET MUSCLES

Les douleurs articulaires sont fréquentes. Elles sont causées par l'inflammation des articulations et des tendons, ce qui entraîne assez souvent un gonflement ainsi qu'une raideur des articulations, qui peuvent devenir invalidantes.

Les douleurs musculaires (myalgies) sont intermittentes ou continues. Elles peuvent s'accompagner de faiblesse musculaire (myosite). Les symptômes sont alors de la difficulté à monter les marches d'escalier, à soulever des objets et à se relever, et aussi de la difficulté à avaler.



TOUT LE MONDE A BESOIN DE VACANCES !

L'arrivée de la belle saison est synonyme de vacances pour la majorité d'entre nous. Pour les proches aidants, l'idée même de quitter le foyer quelques jours est souvent une grande source de stress et de culpabilité. Heureusement, des organismes ont à cœur de leur offrir ce moment de repos dont ils ont tant besoin et organisent tout au long de l'été des camps adaptés aux besoins particuliers de leurs aidés.

Chaque année, la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec lance un appel aux demandes de financement de projets visant à offrir aux proches aidants un moment de répit en toute quiétude et, aux aidés, des moments inoubliables! «Avec une famille et des proches en santé, planifier des vacances rime avec bonheur, mais pour les proches aidants ça peut souvent devenir un casse-tête. Ça me fait chaud au cœur de voir les enfants et les adultes malades se changer les idées et leurs proches aidants avoir la chance de recharger leurs batteries», soutient la D^{re} Diane Francœur, présidente de la Fondation de la FMSQ.

Cette année ne fera pas exception puisque près de 600 aidés iront dans un camp du Québec avec le soutien financier de la Fondation de la FMSQ qui, cette année, a octroyé plus de 360 000\$ pour ce créneau particulier de ses dons. Chaque année, à partir d'un don des médecins spécialistes, la Fondation soutient des projets totalisant 1 M\$. La Fondation a vu le jour en 2012.

Québec – Camp de répit été 2018

«Merci à la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour sa grande générosité. Ce don m'a permis, en tant que parent d'enfant différent, d'avoir une belle semaine de répit au cours de laquelle j'ai pu penser un peu à moi. Parrainage civique Drummond est un endroit très précieux pour moi. L'équipe est formidable! Alors quand ma fille est là, je suis en confiance. Cet endroit permet à nos enfants de s'amuser entre amis différents, d'apprendre des choses nouvelles, et d'être acceptés et respectés tels qu'ils sont.»

Maman de Kathleen



«Ce fut vraiment une semaine de repos grâce à ces répits. Nous pouvons enfin prendre un peu de temps en tant que couple. Si Marie-Eve est encore avec nous à 32 ans, c'est grâce à ces moments de répit qui nous permettent de recharger nos batteries. Maintenant, nous avons 60 ans passés, mon mari et moi, et ces moments sont vraiment appréciés.

Un très gros merci à Parrainage civique Drummond et à la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.»

Les parents de Marie-Eve

**Camp «O» Carrefour – Capitale-Nationale
- Camp de répit pour des enfants
et adolescents ayant une déficience
intellectuelle, un trouble du spectre de
l'autisme ou un multihandicap – été 2018**

« En participant à ce répit, notre fils a pu profiter d'un milieu accueillant, dans lequel il a fait de belles activités avec des moniteurs chaleureux et dévoués auprès des enfants handicapés.

En tant que parents, nous avons profité de ce répit pour recharger nos "batteries" en sachant que notre enfant était dans un milieu dans lequel il se sent bien, stimulé et en sécurité. Un gros et sincère merci à la Fondation. »

Parents de William



**Association des handicapés adultes de la
Mauricie – Mauricie – Camp de trois jours
pour des personnes ayant un handicap
physique ou intellectuel – été 2018**

« Nous vous remercions de l'opportunité que vous nous avez donnée d'avoir un répit de quelques jours, ce fut très apprécié de notre part. Un gros bravo de mon mari et moi. Nous vous en sommes très reconnaissants. »

Maman d'une participante

« J'ai adoré mon séjour, le site était adapté pour les fauteuils roulants et cela a facilité mes déplacements. J'ai eu beaucoup de plaisir à connaître les amis. »

Ann-Sophie, participante



Créée en 2012, la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec est un organisme de bienfaisance régi par la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Elle a pour mission d'améliorer de façon très concrète la vie des proches aidants au Québec, des gens qui s'investissent entièrement pour soutenir un proche qui souffre d'une incapacité liée à une maladie permanente ou dégénérative, ou à un handicap, en soutenant financièrement divers projets de répit.

Un répit aujourd'hui... pour la vie!

S

SE DÉPLACER VERS LES PATIENTS

Il faut parfois se déplacer pour soigner les patients là où ils se trouvent. Quelques initiatives en sont la preuve, dont la clinique mobile de Médecins du Monde Canada et le projet Ma MobiClinique.

SOIGNER LES PATIENTS AUTOCHTONES ET INUITS

L'équipe de soins de proximité de la clinique mobile de Médecins du Monde Canada, qui sillonne les rues de Montréal, tente de rapprocher les services des peuples autochtones et inuits, souvent méfiants à l'endroit du réseau de la santé et des services sociaux.

En quittant leur région pour les grandes villes dans l'espoir d'améliorer leur sort, bon nombre de personnes d'origine autochtone et inuite trouvent effectivement du travail et un logement qui leur permettent de mener une vie meilleure. D'autres, malheureusement, n'ont ni emploi ni domicile fixe ; s'ils ont besoin de soins médicaux, ils évitent le plus possible les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

À Montréal, alors que ces communautés composent 1 % de la population, elles représentent près de la moitié des consultations infirmières auprès de [la clinique mobile de Médecins du Monde Canada](#) selon les plus récentes statistiques, souligne le président de l'organisme, le D^r Nicolas Bergeron, psychiatre clinicien-chercheur au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

« Médecins du Monde Canada a pour mission d'aider les populations les plus vulnérables, exclues ou marginalisées. Nous avons une approche complémentaire au réseau de la santé, dans la mesure où ceux qui viennent à la clinique mobile ne fréquentent pas les bureaux de médecins, les CLSC ou les hôpitaux. »

— Psychiatre au CHUM, le D^r Nicolas Bergeron est aussi président de Médecins du Monde Canada et membre du Bureau de la responsabilité sociale de l'Université de Montréal.

Du « 11 septembre » à Médecins du Monde Canada

Le D^r Bergeron poursuivait ses études postdoctorales à New York lorsque sont survenus les attentats du 11 septembre 2001. Après avoir donné bénévolement des soins psychiatriques aux victimes, il souhaitait partager son expérience et poursuivre son engagement à son retour à Montréal. La cause de l'accès aux soins pour les personnes vulnérables et désaffiliées comme celles issues des communautés autochtones et inuites lui est allée droit au cœur. Il a appris à mieux connaître leurs besoins et comment y répondre pendant toute la durée de sa présidence au sein de l'organisme, soit depuis 2006, et toujours de façon bénévole.

L'objectif de Médecins du Monde Canada est de soigner les patients là où ils sont, de tout mettre en œuvre pour qu'ils soient en mesure de prendre en charge leur propre santé et de les accompagner vers le système de santé s'ils le désirent, mais sans jamais l'imposer.

Des soins de première ligne

Afin de joindre le plus grand nombre possible de personnes, la clinique mobile se stationne dans un endroit différent chaque jour, du lundi au vendredi. Avec ses dix points de chute, elle retourne dans le même quartier toutes les deux semaines. La prescription infirmière et les ordonnances collectives laissent aux deux infirmières toute l'autonomie nécessaire pour donner des soins de première ligne aux personnes qui vivent dans la rue, des soins souvent liés à leur mode de vie, comme des plaies au pied ou toute autre plaie qui s'est infectée parce qu'elle a été négligée. Des médecins sont parfois à bord ; si ce n'est pas le cas, les infirmières ont accès en tout temps à un médecin bénévole de garde.

« Quand les gens voient notre logo sur le véhicule, ils savent qui nous sommes, ils savent qu'ils peuvent nous faire confiance, que nous les soignons sans les juger et que nous prenons tout le temps nécessaire pour les écouter. Par exemple, nous parlerons de prévention, mais s'ils ne veulent pas subir de tests de dépistage, nous n'en ferons pas. S'ils présentent des problèmes chroniques liés au vieillissement, comme le diabète ou de l'hypertension, nous devons les encourager à se diriger vers un établissement de santé, parce que nous ne sommes pas un système dans le système. Nous faisons aussi de l'enseignement, afin de redonner aux patients la capacité de prendre soin d'eux-mêmes. »

— Pénélope Boudreault,
infirmière et coordonnatrice clinique



Les personnes itinérantes requièrent régulièrement des soins aux pieds.

Tisser des liens

C'est alors que peuvent entrer en jeu les « navigateurs », deux personnes d'origine autochtone embauchées dans le cadre d'un projet pilote. Ces accompagnateurs peuvent, par exemple, se rendre à la pharmacie avec un patient pour l'aider à se procurer ses médicaments et s'assurer qu'il a bien compris l'ordonnance. Si l'infirmière a suggéré à un patient de se rendre à l'hôpital, l'accompagnateur peut lui expliquer le bien-fondé de la suggestion, voire y aller avec lui au besoin. Il peut aussi se promener dans les rues, sac au dos, pour trouver les personnes qui n'osent pas s'approcher de la clinique mobile et simplement parler avec elles.

« Les navigateurs sont là pour faciliter la communication et tisser des liens. Les personnes autochtones et inuites qui vivent dans la rue ont besoin d'un soutien supplémentaire parce qu'elles sont méfiantes envers le réseau de la santé, qui ne tient pas compte de leur réalité culturelle, de leurs croyances et des traumatismes intergénérationnels. »

— Jimmy Siméon, accompagnateur en santé autochtone de proximité



L'infirmière Jaëlle Rivard va au-devant de la clientèle itinérante.



« Les rapprochements avec les peuples autochtones se font dans toutes les sphères. Je suis très fière de mentorer Jessie Neaud, résidente en obstétrique gynécologique, une future leader pour la santé des femmes de ces communautés. »

— D^{re} Diane Francœur

Les principes de la sécurité culturelle

Médecins du Monde Canada travaille en étroite collaboration avec les organismes communautaires qui offrent des services à la population autochtone et inuite de Montréal. Cette collaboration, tout comme la présence des accompagnateurs, vise à respecter les principes de la « sécurité culturelle ».

Le concept de sécurité culturelle, d'abord développé en Nouvelle-Zélande en réponse aux expériences négatives vécues par les Maoris dans le système de santé, exige une communication efficace entre les professionnels et leurs patients autochtones, de même qu'une reconnaissance de leur contexte social, politique, économique, linguistique et spirituel, comme l'a expliqué l'organisme Médecins du Monde Canada dans un [témoignage](#) qu'il a déposé dans le cadre de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec.

Le D^r Nicolas Bergeron estime que même si les soignants sont accueillants, bienveillants et sensibles à la culture autochtone, il faut aller plus loin. Il souhaite que les médecins spécialistes acquièrent des compétences afin d'améliorer leur approche pour respecter la sécurité culturelle. En outre, il ose espérer que l'[Engagement conjoint à agir pour la santé des Autochtones](#), adopté par l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et publié le 23 mai dernier, contribuera à développer notre responsabilité sociale en regard des besoins en santé des Autochtones et des Inuits. L'engagement de l'AFMC comporte dix mesures axées sur l'établissement de relations significatives avec les communautés autochtones, l'augmentation du nombre de médecins autochtones, la promotion d'un meilleur milieu d'apprentissage pour les Autochtones ainsi que l'élaboration d'un programme d'études en santé autochtone. Les 17 doyens des facultés de médecine ont approuvé et accepté à l'unanimité de travailler à la mise en œuvre de cet engagement.

MA MOBICLINIQUE PÉDIATRIQUE DEVRAIT VOIR LE JOUR EN 2020

Prenant modèle sur les restaurateurs, la D^{re} Rislaine Benkelfat, pédiatre, souhaite aller à la rencontre de jeunes patients grâce à une clinique pédiatrique mobile.

Lorsqu'elle était pédiatre au CHU Sainte-Justine, et encore aujourd'hui à l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill, la D^{re} Rislaine Benkelfat observe que, pour les parents, le fait d'avoir à se rendre à l'urgence d'un hôpital pédiatrique avec leur enfant peut constituer un frein à la consultation.



D^{re} Rislaine Benkelfat et Jean-Philippe Couture

« Les parents doivent parfois perdre une journée de travail, et la distance peut être un problème, même dans une grande ville comme Montréal, certains quartiers étant mal desservis par les transports en commun. Ils n'ont pas toujours les moyens de prendre un taxi ni de manger à la cafétéria. Ce sont de gros enjeux, extrêmement coûteux pour eux. »

— D^{re} Rislaine Benkelfat, pédiatre et idéatrice de Ma MobiClinique

Rapprocher les services de la population

Pourquoi ne pas rapprocher de la population les services de première et de deuxième lignes, se demande alors la pédiatre. S'inspirant des restaurateurs qui vont à la rencontre des consommateurs là où ils sont grâce aux camions de rue, elle entreprend une recherche qui lui permet de constater qu'il y a peu de cliniques mobiles au Canada; en revanche, il y en aurait plus de 2 000 aux États-Unis.

Mettant en pratique les connaissances qu'elle avait récemment acquises au MBA, la diplômée de HEC Montréal s'adjoint trois anciens compagnons de classe et fonde Ma MobiClinique, un autobus où seront offerts des services aux familles défavorisées du quartier Sud-Ouest de Montréal. Des entrevues semi-structurées et des groupes de discussion avec quelques familles leur permettent de cerner les besoins de cette clientèle et de définir les services qui seront offerts.



La forme définitive de l'offre de service n'est pas encore arrêtée, mais on sait déjà qu'un pédiatre et une infirmière seront toujours sur place. Une aire d'accueil et quelques salles d'examen sont prévues, de même qu'une petite salle d'attente qui accommodera seulement une ou deux familles à la fois, les rendez-vous étant fixés à l'avance à l'aide d'une application mobile.

Étendre le service à d'autres arrondissements

Chaque jour, l'autobus sera garé dans un quartier différent du Sud-Ouest de Montréal. Ces endroits ont été déterminés de façon stratégique avec la collaboration du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, à proximité d'un centre communautaire où la clientèle pourra se rendre en attendant l'heure de son rendez-vous.

Entrepreneuriat social : Ma MobiClinique à l'honneur

Le concept est si audacieux que même avant son entrée en activité, prévue pour 2020, Ma MobiClinique touche les jurys et cumule déjà les honneurs.

Coup de cœur Hacking Health du [Coopérathon 2017](#)

Première place ex æquo au [Tocqueville Challenge](#)

Finaliste à la [Dobson Cup de McGill](#)

Projet sélectionné par [Je fais Mtl](#)

Lauréats régionaux de la 21^e édition du [Défi OSEntreprendre](#), catégorie «Services aux individus»

Parmi les coups de cœur du public

Ma MobiClinique figurait non seulement au nombre des lauréats régionaux du Défi OSEntreprendre, mais aussi parmi les sept finalistes du Prix du public, décerné à l'entrepreneur ou à l'équipe entrepreneuriale qui a reçu le plus grand appui du public.

Leur candidature a été sélectionnée parmi les finalistes de toutes les catégories officielles du volet Création d'entreprise à l'échelon national. Une vidéo a été produite afin d'inviter le grand public à voter pour eux entre le 30 mai et le 11 juin 2019, en vue du Gala des Grands Prix Desjardins, qui s'est tenu le 12 juin dernier.



Le projet sera rodé dans le Sud-Ouest, mais nous espérons pouvoir l'étendre éventuellement à d'autres quartiers économiquement défavorisés, tels Côte-des-Neiges, Montréal-Nord et Hochelaga-Maisonneuve.

— Jean-Philippe Couture, cofondateur et directeur financier de Ma MobiClinique

Deux des cofondateurs, la D^{re} Rislaine Benkelfat et Jean-Philippe Couture, par ailleurs chargé de projet, administration et finances, dans l'Équipe Spectra, continuent de s'investir bénévolement dans le projet de Ma MobiClinique. Anne Xuan-Lan Nguyen et David D'Arienzo, respectivement étudiante en médecine et résident en pédiatrie, font aussi partie de l'équipe. Un projet pilote devrait s'amorcer à l'automne 2019 dans une école de Verdun, avant que la clinique pédiatrique mobile puisse voir le jour en 2020.

Entretiens, l'équipe met tout en œuvre pour recueillir les fonds nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise, car il s'agit bien d'une entreprise, insiste la D^{re} Benkelfat : seuls les pédiatres seront rémunérés par la Régie d'assurance maladie du Québec. Par ailleurs, Ma MobiClinique bénéficie de l'appui moral du ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, le D^r Lionel Carmant, et de celui de la présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la D^{re} Diane Francœur.

Les médias ont accordé beaucoup de visibilité au projet, depuis [Les Éclaireurs](#), à Radio-Canada, jusqu'à [CTVNews Montreal](#), en passant par [La Presse](#), le journal [Métro](#) et la chaîne V télé. La D^{re} Rislaine Benkelfat invite ses collègues à l'encourager en cliquant « J'aime » sur la page [Facebook](#) de Ma MobiClinique. S

Laissez-nous prendre soin de vous



Notre expertise 360°

- Facturation médicale
- Comptabilité
- Impôts et fiscalité
- Planification stratégique

Montréal . Québec . Laval . Brossard

1 800 363.3068
multid.ca

MULTI@^{MD}
Solution administrative
et financière en santé

PRIX ET DISTINCTIONS

Ordre national du Québec



Credit : Mathieu Deshayes

En juin 2019, le **D^r Daniel Borsuk** a reçu le grade d'officier de l'Ordre national du Québec. Cet honneur lui revient à la suite de la greffe faciale qu'il a pratiquée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont l'an dernier, une première au Canada. Le D^r Borsuk exerce également sa profession au CHU Sainte-Justine et effectue des interventions en chirurgie esthétique en pratique privée. *Le Spécialiste* a publié [un reportage](#) sur ce chirurgien plasticien dans son numéro d'avril dernier. À noter qu'il sera conférencier à la Journée de formation interdisciplinaire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, en novembre prochain.

 [Source](#)

Commandeur de l'Ordre de Montréal

Le titre de commandeur de l'Ordre de Montréal vient d'être décerné au **D^r Jean-Claude Fourn**. Cardiologue pédiatre, pionnier de la cardiologie fœtale et professeur émérite de l'Université de Montréal, il est reconnu comme un médecin humaniste et un pédagogue de talent. On le qualifie de père professionnel de toute une génération de cardiologues pédiatriques. Ses réalisations ont eu une influence déterminante sur l'avancement de sa discipline, la réduction de la mortalité materno-infantile et l'amélioration des services échographiques spécialisés.



Credit : Ville de Montréal / Sylvain Legare

 [Source](#)



Le D^r Phil Gold a été promu grand officier de l'Ordre national du Québec en juin dernier après avoir été officier depuis 1989. Ces reconnaissances de la part de l'Assemblée nationale s'ajoutent aux nombreux honneurs qu'il a reçus au cours de sa carrière, dont l'un des prix du Québec en 2013, le Prix Wilder-Penfield, qui souligne les carrières remarquables en recherche biomédicale.

Sa passion pour la médecine et la science l'ont amené à faire de nombreuses découvertes, mais celle du marqueur tumoral de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE), avec le D^r Samuel O. Freedman en 1965, a certes révolutionné les connaissances sur le cancer et propulsé sa carrière.

 [Source](#)

Prix Yves-Morin de la Faculté de médecine de l'Université Laval

Le **D^r Steeve Provencher** (à droite sur la photo), pneumologue et chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, et son collègue Sébastien Bonnet, directeur de la Chaire de recherche du Canada en recherche translationnelle sur les maladies vasculaires pulmonaires, ont reçu le prix Yves-Morin de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Ce prix récompense des professeurs pour l'excellence de la transmission de leur passion pour la recherche et de leur encadrement des étudiants aux cycles supérieurs et des résidents.



Credit : Service audiovisuel - IUCPQ

 [Source](#)

Ordre du mérite des diplômés de l'Université de Montréal



Credit : © Lino Cipressa

Femme engagée, la **D^{re} Joanne Liu** a été pendant six ans présidente de l'organisation humanitaire Médecins Sans Frontières. Au terme de son deuxième et dernier mandat, elle revient au CHU Sainte-Justine à titre de pédiatre-urgentiste. Le 28 mai dernier, lors du Gala des diplômés et des donateurs, elle a reçu l'Ordre du mérite des diplômés de l'Université de Montréal pour sa précieuse contribution à l'avancement de la société et au rayonnement de son *alma mater*.

 [Source](#)

Conférence Dunlop-Dottridge

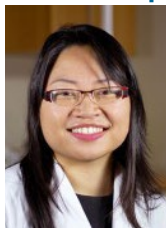
Dans le cadre de l'assemblée scientifique annuelle de la Société canadienne de rhumatologie, le **D^r Gilles Boire** a été invité à la Conférence Dunlop-Dottridge, un événement hommage qui vise à souligner des réalisations professionnelles d'exception en rhumatologie. Les travaux du D^r Boire, rhumatologue au CIUSSS de l'Estrie – CHUS Hôpital Fleurimont, et professeur au Centre de recherche du CHUS et au Département de médecine de l'Université de Sherbrooke, ont largement contribué à l'approfondissement des connaissances sur l'arthrite inflammatoire récente et la prévention secondaire des fractures de fragilité.



Credit : Société canadienne de rhumatologie

 [Source](#)

Prix spécial d'enseignement de l'année 2019



Au cours de la première Journée de la recherche du Département de médecine de l'Université de Montréal, le 15 mai dernier, la **D^{re} Bich-Han Nguyen** a reçu le Prix spécial d'enseignement de l'année 2019. Directrice du programme Médecine physique et réadaptation aux études médicales postdoctorales de l'Université de Montréal, la D^{re} Nguyen est passionnée de pédagogie médicale, surtout en ce qui a trait à la rétroaction et au coaching. Elle a fait une surspécialité en réadaptation des blessés médullaires et s'intéresse particulièrement à la sexualité et à la fertilité de cette clientèle.

 [Source](#)

Médaille de service de l'AMC

La **D^{re} Ak'ingabe Guyon** a reçu la Médaille de service 2019 de l'Association médicale canadienne (AMC) pour sa contribution exceptionnelle à l'avancement des soins de santé au Canada. La D^{re} Guyon a aussi été lauréate du Prix de la présidente des Médecins de santé publique du Canada en 2018 pour avoir dénoncé les réductions des budgets des équipes régionales de santé publique. C'est ce travail qui lui a également valu d'être honorée par l'AMC. *La Presse* a brossé d'elle un portrait élogieux en la nommant Personnalité de la semaine, en octobre dernier, à la suite de ses interventions publiques.



Credit: CMA/AMC

 [Source](#)

Prix pour l'encadrement des stagiaires en milieux professionnels



Chaque année, l'Université de Montréal remet des prix d'excellence en enseignement. Seul médecin honoré lors d'une soirée tenue le 17 mai dernier, le **D^r Johan Michaud** est l'un des lauréats d'une toute nouvelle catégorie : le Prix pour l'encadrement des stagiaires en milieux professionnels. Titulaire d'une surspécialité en échographie de l'appareil locomoteur, le D^r Michaud pratique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et à l'Institut de physiothérapie du Québec. Il s'investit également dans le conseil d'administration de l'Association des physiatres du Québec.

 [Source](#)

Prix de leadership de l'AMC pour jeunes chefs de file

Lauréat du Prix de leadership 2019 de l'Association médicale canadienne (AMC) pour jeunes chefs de file (médecins en début de carrière), le **D^r David-Martin Milot** a cofondé Jeunes médecins pour la santé publique, un groupe de jeunes médecins inquiets des conséquences qu'entraînent les réductions budgétaires dans ce domaine. Il participe activement à la clinique mobile de Médecins du Monde Canada. Son travail exceptionnel dans la lutte contre les injustices explique qu'il soit l'un des lauréats du Prix de l'AMC.



Credit: CMA/AMC

 [Source](#)

Le prix Michel-Sarrazin



Le Club de recherches cliniques du Québec a remis le prix Michel-Sarrazin 2019 au **D^r Sylvain Chemtob**, chercheur clinicien au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine et professeur titulaire aux départements de pédiatrie et d'ophtalmologie de l'Université de Montréal. Ce prix souligne la carrière scientifique et l'apport exceptionnel de chercheurs québécois chevronnés. Les travaux du D^r Chemtob ont pour objectif de comprendre les mécanismes associés à la pathogenèse des rétinopathies et des encéphalopathies ischémiques chez l'enfant et l'adulte.

 [Source](#)

Reconnaissance de la Société canadienne d'ophtalmologie

La **D^{re} Hélène Boisjoly** a reçu la distinction Reconnaissance de la Société canadienne d'ophtalmologie pour l'ensemble de sa carrière. Elle s'intéresse particulièrement à l'immunologie de la transplantation cornéenne, aux facteurs de risque liés au rejet et aux maladies virales dont l'herpès oculaire et la cicatrisation des plaies. La D^{re} Boisjoly est l'une des architectes du nouveau doctorat en sciences de la vision. Doyenne de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, elle a notamment présidé un réseau international d'universités voué à l'amélioration de la santé mondiale.



 [Source](#)

S

Appel à tous!

[Écrivez-nous](#) pour souligner les honneurs ou le travail de l'un de vos pairs.



François Landry, CFA

Premier vice-président et
chef des placements

EXERCER UNE INFLUENCE POSITIVE GRÂCE À L'INVESTISSEMENT RESPONSABLE !



Depuis une dizaine d'années, le monde du placement a été bouleversé avec l'arrivée de l'investissement responsable, une nouvelle tendance dans les marchés qui continue à prendre de l'ampleur. D'abord privilégié par les investisseurs institutionnels (caisses de retraite, banques, compagnies d'assurance, etc.), l'investissement responsable est désormais accessible à tous, dans une variété d'approches et de stratégies. En conformité avec ses valeurs d'entreprise et pour vous aider à diversifier encore plus efficacement votre portefeuille, Financière des professionnels vous présente son offre de fonds socialement responsables.

Une réponse innovante

Avec 50 % des parts de l'industrie canadienne, l'investissement responsable capte de plus en plus l'attention de celles et ceux qui sont à la recherche de solutions de rechange aux fonds de placement traditionnels ou qui veulent les inclure en complémentarité dans leur portefeuille. Exercer une influence positive en matière de protection de l'environnement, valoriser l'équité sociale et favoriser la transition énergétique et le développement durable sont des objectifs auxquels adhèrent de nombreux investisseurs, qui veulent que leurs choix de placements reflètent leurs valeurs personnelles.

FONDS ÉQUILIBRÉ
DE DURABILITÉ
MONDIALE ET D'IMPACT
MACKENZIE

Investit dans des entreprises qui déploient des efforts pour intégrer des facteurs ESG dans leurs activités afin d'aligner votre portefeuille sur vos valeurs personnelles.

FONDS MONDIAL
DE LEADERSHIP
D'IMPACT
MACKENZIE

Appuie le changement au sein de sociétés et l'avancement des femmes dans des rôles de direction.

FONDS D' ACTIONS
MONDIALES DE
L'ENVIRONNEMENT
MACKENZIE

Investit dans des titres d'énergie et de technologie propres, d'efficacité énergétique, d'agriculture durable, de transport et d'eau.

Agir en investissant

En collaboration avec Placements Mackenzie, un leader dans le domaine de l'investissement responsable, Financière des professionnels est fière d'offrir à ses clients trois fonds socialement responsables, chacun axé sur un thème particulier dont la portée peut générer de réels changements.

Qu'en est-il du rendement ?

Les fonds socialement responsables vous permettent de participer activement à la mise sur pied de solutions innovantes et viables face aux enjeux de taille auxquels nous sommes aujourd'hui confrontés, individuellement et collectivement, sans pour autant renoncer aux rendements. Au contraire, l'investissement responsable et l'intégration des facteurs ESG (Environnement – Société – Gouvernance) en placements contribuent à la croissance d'entreprises saines, dont la gouvernance répond à des critères élevés d'équité et de diversité, et dont les activités tiennent compte de leurs répercussions sur l'environnement. L'avenir de ces entreprises est plus prometteur et leurs perspectives de rendement à long terme sont plus intéressantes parce que leur gestion serrée du risque tient compte d'un nombre élargi de facteurs.

Intégration gagnante des facteurs ESG

La Financière se préoccupe d'enjeux sociaux et environnementaux depuis plusieurs années déjà et les facteurs ESG sont bien présents dans nos processus décisionnels. Que ce soit dans notre politique de vote par procuration ou notre philosophie de placements, ou encore dans notre sélection de gestionnaires externes, l'intégration des facteurs ESG intervient à chaque étape de notre démarche parce qu'elle permet de prendre de meilleures décisions en matière de placements.

Question de valeurs

S'engager dans l'investissement socialement responsable, c'est avant tout une question de valeurs, les nôtres et celles de nos clients. C'est justement pour bien cerner les intérêts et les attentes de notre clientèle en matière de placements qu'en 2018, nous avons mandaté la firme Ipsos pour effectuer une recherche sur le sujet¹, à laquelle ont participé de nombreux médecins spécialistes. Nous avons intégré ces commentaires dans notre nouvelle offre, afin que les fonds répondent à vos préoccupations éthiques et environnementales.

Dans cet esprit et toujours fidèle à nos valeurs et à celles des médecins spécialistes et de notre actionnaire, la FMSQ, la Financière a également décidé d'adopter une stratégie d'exclusion pour l'ensemble de sa gamme de fonds. Les secteurs du tabac, du cannabis et des armes à feu ont donc été éliminés de nos portefeuilles, en raison des répercussions nocives de ces produits sur la société.

Une voie d'avenir... durable

Avec une croissance de 41,6 % en deux ans et des actifs sous gestion de plus de deux mille milliards de dollars au Canada seulement², la tendance vers l'investissement responsable a le vent dans les voiles. Sachez donc que, par l'entremise de vos placements, vous pouvez désormais agir concrètement pour votre avenir et celui de vos proches, et participer à l'émergence d'une société plus équitable, tout en contribuant à la protection de notre environnement.

Pour en savoir plus, parlez à votre conseiller de la Financière.



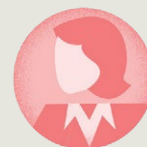
Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille.

1. Ipsos, Test de produits et approche en investissement responsable, Rapport de recherche, juin 2018.
2. Association pour l'investissement responsable, [Rapport de tendances de l'investissement responsable canadien 2018](#).

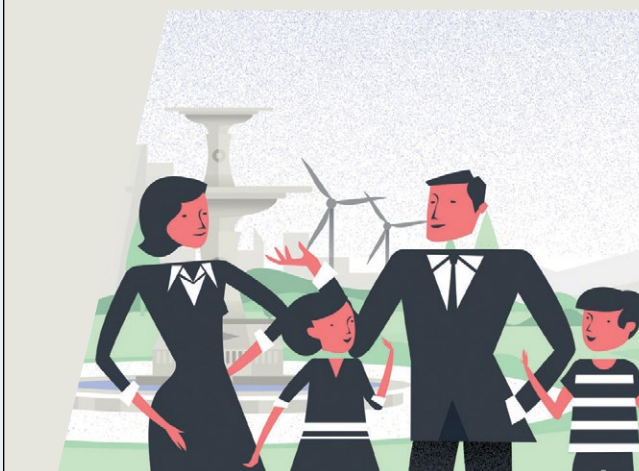
CRÉER UN RÉEL IMPACT

avec les nouveaux

Fonds socialement responsables

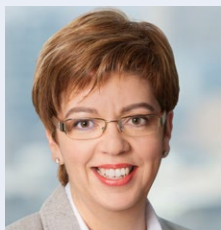


Des fonds qui reflètent non seulement nos valeurs d'entreprise, mais également les vôtres. Investir, c'est aussi agir concrètement pour la société.



reelimpact.ca

**FINANCIÈRE DES
PROFESSIONNELLS**



Par Chantal Aubin

Directrice générale
Conseillère en sécurité financière
Courtier en assurance de dommages

Distraction au volant et nouvelles technologies

DES RÉPERCUSSIONS IMPORTANTES SUR LES PRIMES DE L'ENSEMBLE DES CONDUCTEURS QUÉBÉCOIS



L'industrie de l'assurance de dommages doit relever des défis importants en raison de l'augmentation de la fréquence et de l'importance des sinistres. Cette réalité touche l'ensemble de l'industrie de l'assurance, et le régime d'assurance auto de Sogemec ne fait malheureusement pas exception.

En 2017, les assureurs de dommages du Québec ont versé 893 M\$ pour couvrir les sinistres en collision et versement (ce qui n'inclut pas les vols de voiture). Selon le Groupement des assureurs automobiles (GAA)¹, ce chiffre s'élevait à 565 M\$ en 2007.

Une deuxième donnée du GAA porte sur le nombre de sinistres couverts, qui étaient de 201 046 en 2017, mais de 154 183 en 2007. C'est donc près de 47 000 accidents de plus au Québec en 10 ans, et ce, même si de plus en plus de véhicules sont dorénavant équipés de systèmes d'aide à la conduite, comme la détection des angles morts ou la caméra de recul.

Distraction au volant

En janvier 2018, *Ici Radio-Canada*² rapportait que, sur les routes du Québec, le nombre de collisions mortelles attribuables à la distraction au volant a connu une hausse fulgurante de 41 % en 2017, au point de dépasser pour une première fois celles qui sont causées par l'alcool et les drogues. Cette tendance est non seulement préoccupante sur le plan de la sécurité routière, mais elle devient aussi un facteur déterminant dans la hausse des primes d'assurance auto. La distraction au volant augmente la fréquence et la gravité des accidents, ce qui oblige les assureurs à augmenter de façon globale les primes de leurs clients afin d'être en mesure de couvrir les dommages.

JE SUIS MÉDECIN SPÉCIALISTE

et pour mes assurances auto,
habitation et entreprise,
Sogemec Assurances est
le choix qui s'impose



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

SOGEMEC et la FMSQ
ont négocié pour vous un
régime d'assurance auto,
habitation et entreprise*.

Pour vos autres besoins en assurance, découvrez la gamme
complète de protections offertes par Sogemec

- Vie
- Invalidité
- Frais généraux
- Maladies graves
- Soins de longue durée
- Médicaments
- Maladie et soins dentaires
- Assurance voyage



Nous sommes votre référence. Faisons connaissance.

1 866 350-8282
sogemec.qc.ca

Sogemec
ASSURANCES

*Une force conseil
créée par vous, pour vous*

Les sources de distraction au volant sont multiples : manger, regarder son GPS, parler avec quelqu'un, etc. Toutefois, selon l'enquête sur la distraction au volant et le port de la ceinture de sécurité réalisée par la SAAQ³, la source la plus fréquente de distraction chez les conducteurs est le cellulaire au volant.

Un simple texto de trois lettres augmente de 23 fois les risques d'accident. En effet, l'envoi ou la réception d'un texto détourne les yeux de la route pendant au moins 5 secondes. Si le véhicule roule à 89 km/h, cela équivaut à parcourir les yeux fermés la longueur d'un terrain de football⁴.

Technologie et matériaux

L'industrie automobile déploie de grands efforts pour rendre les voitures et les routes plus sécuritaires, ce qui est très rassurant. Cependant, toutes les nouvelles technologies rendent les composantes plus coûteuses à réparer ou à remplacer, ce qui fait augmenter le coût des réclamations et, par conséquent, le montant global à prévoir pour indemniser les assurés.

Par exemple, une berline haut de gamme peut compter 9 capteurs dans son pare-chocs avant, dont 6 sont liés à l'assistance au stationnement. En tout, ces capteurs coûtent plus de 2 100 \$ à remplacer et les pare-chocs font partie des pièces les plus souvent endommagées lors d'un accident. De fait, le coût de réparation des véhicules n'a jamais été aussi élevé, toutes catégories de véhicules confondues⁵.

Si la technologie fait grimper le coût des réparations, les matériaux le font tout autant. Les aciers à haute résistance, l'aluminium, le magnésium et les fibres de carbone sont de plus en plus répandus dans toutes les catégories de véhicules.

À elles seules, les pièces en aluminium (capot, hayon, panneaux de porte, pare-chocs, etc.) coûtent en moyenne 240 \$ de plus que celles en acier (modèles 2011-2017), et la quantité d'aluminium utilisé dans la fabrication des capots a augmenté de 90 % au cours des 6 dernières années⁶.

Autres facteurs à prendre en considération

L'inflation, l'ajout d'un conducteur ou d'une protection d'assurance, et même un déménagement, sont des facteurs qui peuvent induire une prime à la hausse, tout comme faire une réclamation ou recevoir une contravention.

En résumé

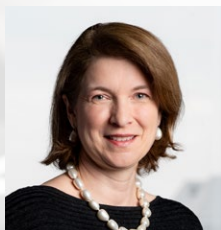
L'avènement des technologies d'aide à la conduite n'a pas entraîné, comme prévu, une baisse de la fréquence des sinistres. Ainsi, avec la hausse des coûts de réparation des véhicules, les assureurs ont plus de réclamations à payer et le coût de chaque réclamation est plus élevé : rien pour faire baisser les primes des assurés.

L'augmentation des primes peut donc toucher tous les assurés, même les conducteurs exemplaires, peu importe l'historique de leurs demandes de règlement. Souhaitons que les campagnes de sensibilisation de la SAAQ sur la distraction au volant portent leurs fruits dans un avenir rapproché !

Si vous désirez discuter de votre assurance automobile avec un membre de notre équipe, [cliquez ici](#) pour transmettre vos coordonnées et nous communiquerons avec vous sans tarder. 

Références

1. [Groupement des assureurs automobiles](#)
2. [ICI Radio-Canada](#)
3. [Société de l'assurance automobile du Québec](#)
4. Gendarmerie royale du Canada, Gazette, vol. 76, n° 2, [La distraction au volant – Les faits](#).
5. ADVANTAGE Live, webinaire de l'Institut d'assurance, 14 novembre 2017 (en anglais seulement).
6. Audatex's Insight Business Intelligence Platform.



Par Chantal Bolduc, M.D.

Trésorière
Conseil d'administration de la FMSQ

RAPPORT DE LA TRÉSORIÈRE

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a tenu son assemblée annuelle le 21 mars 2019. Lors de ce rassemblement, les délégués ont accepté les recommandations du conseil d'administration qui avaient été entérinées au préalable par les membres de la Commission des finances, soit :

- approuver les états financiers de la FMSQ au 31 décembre 2018 tels qu'audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton ;
- approuver les prévisions budgétaires pour l'année 2019 ;
- fixer la cotisation annuelle de 2019 à 1 530 \$ (une hausse de 70 \$ par rapport à la cotisation de 2018) ;
- approuver la création d'un nouveau fonds pour projets spéciaux et d'y affecter un montant équivalent à celui des dividendes reçus de notre filiale la Financière des professionnels, soit 963 018 \$.

Malgré la piètre performance des marchés qui ne nous a pas permis d'atteindre les sommes prévues au budget en ce qui concerne les revenus nets de placement, les prévisions budgétaires de l'année 2018 se sont confirmées sans trop de surprises. Pour 2019, le budget tient compte de l'application des politiques salariales et de l'indexation normale et attendue du coût des biens et services en général.

En raison de l'augmentation du revenu brut moyen des médecins, il y a majoration du jeton de présence pour les élus en 2019.

Afin d'assurer la défense des droits et des intérêts des médecins spécialistes ainsi que l'organisation efficiente des soins spécialisés à la population, je vous rappelle qu'en 2014, 2015 et 2017, il y a eu prélèvement de cotisations spéciales de 750 \$, 500 \$ et 1 000 \$, respectivement. Ces cotisations sont utilisées judicieusement et un solde est toujours disponible. Aucune nouvelle cotisation spéciale n'est prévue pour 2019.

En 2018, comme le prévoyait le budget, la FMSQ a remis à sa Fondation (FFMSQ) la somme d'un million de dollars pour soutenir et encourager les organismes offrant du répit aux familles vivant avec des personnes souffrant d'une incapacité liée à une maladie permanente ou dégénérative ou à un handicap. Plusieurs projets sont soumis chaque année à la Fondation et ses dons sont répartis dans chacune des régions du Québec.

Les états financiers audités montrent que la FMSQ est en bonne santé financière et que sa comptabilité est tenue avec rigueur et transparence.

Je tiens à remercier la directrice des Services administratifs et des Ressources humaines, madame Julie Voiselle, et son équipe pour leur excellent travail ainsi que la Commission des finances et le conseil d'administration pour leur soutien.

Pour toute question sur le budget ou les résultats financiers, je vous invite à communiquer avec moi en envoyant un [courriel](#).

S

EN RAFALE

Distinguer la démence de l'Alzheimer

Une nouvelle forme de démence ressemble à s'y méprendre à la maladie d'Alzheimer, soutient la D^{re} Julie Schneider, neuropathologiste au Rush University Medical Center de Chicago. Il est actuellement impossible de savoir combien de personnes en seraient atteintes, car seule une autopsie peut détecter la protéine qui en serait responsable. Toutefois, le D^r Peter Nelson, de l'Université du Kentucky, est convaincu que ce nombre est très élevé. Les recherches se poursuivront, car un diagnostic précis permettrait d'avoir recours à la médication la plus appropriée dans chaque cas.

 [Source](#)

Santé numérique : lignes directrices de l'OMS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en avril dernier ses recommandations sur dix manières auxquelles les pays peuvent recourir pour améliorer la santé de leur population et lui offrir les services essentiels à l'aide de la technologie numérique, que ce soit par ordinateur, tablette ou téléphone portable. La D^{re} Soumya Swaminathan, scientifique en chef à l'OMS, précise cependant que « si l'on veut intégrer durablement les technologies numériques dans les systèmes de santé, il faut pouvoir prouver que, par rapport aux moyens habituels de prestation de services de santé, elles apportent des améliorations à long terme ».

 [Source](#)

À bas les batailles au hockey !

Selon le D^r Dave Ellemberg, une fois sur trois, la commotion cérébrale n'est pas un accident, mais le fruit d'un geste comme on en voit encore trop souvent au hockey. Ce neuropsychologue et professeur titulaire au Département de kinésiologie de l'Université de Montréal est catégorique : les bagarres n'ont aucun sens et il faut les abolir pour préserver la santé et la sécurité des joueurs. Par ailleurs, inquiet du message envoyé aux jeunes lorsque des hockeyeurs professionnels se bagarrent, il souhaite que ceux qui donnent des coups sornois soient plus sévèrement punis.

 [Source](#)

La césarienne n'a rien de banal

L'accouchement par césarienne présenterait un risque plus élevé de complications graves pour la mère que l'accouchement par voie vaginale, que l'intervention chirurgicale soit pratiquée avant ou pendant le travail. C'est ce qu'affirment des chercheurs de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et de trois universités parisiennes, dont les travaux ont été publiés dans le *Canadian Medical Association Journal*. L'équipe a comparé les dossiers de 1 444 femmes ayant développé des complications graves après un accouchement – des hémorragies, le plus souvent – avec ceux de 3 464 femmes dont l'accouchement n'a pas été suivi de complications. Les résultats sont particulièrement significatifs chez les femmes âgées de 35 ans et plus.

 [Source](#)



Triage à l'urgence : nouvelles lignes directrices

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) viennent de publier la deuxième édition de leurs lignes directrices sur le triage à l'urgence, un document par ailleurs axé sur la collaboration interprofessionnelle. Bien que le triage soit sous la responsabilité de l'infirmière, il ne saurait être effectué sans la collaboration d'autres professionnels, dont les médecins. Le CMQ et l'OIIQ estiment qu'une mise à jour des lignes directrices s'imposait, compte tenu de l'évolution de la pratique dans les salles d'urgence, des connaissances en la matière et des récentes publications sur le triage.

 [Source](#)

S

Galerie Claude Lafitte

Depuis 1975



Jean-Paul Riopelle, « Original rouge » - Lithographie #13/25 - 25" x 36"

Oeuvres de grands maîtres canadiens et européens
recherchées. Haute valeur offerte.

Évaluation verbale gratuite pour les oeuvres de
**Borduas | Ferron | Fortin | Gagnon | Krieghoff | Lemieux
Letendre | McEwen | Pellan | Riopelle | Suzor-Côté
Groupe des Sept et autres**

Claude Lafitte, votre spécialiste expert-conseil

www.lafitte.com | 514 842-1270

Services aux membres

AVANTAGES COMMERCIAUX

Nos filiales et partenaires méritent votre confiance. Vous gagnez à les découvrir !

La FMSQ déploie tous les efforts nécessaires pour proposer un service à la clientèle à la hauteur des attentes de ses 10 000 membres. Il en résulte des partenariats stratégiques comme celui que nous venons de conclure avec l'hôtel Birks à Montréal.

Cet hôtel majestueux, en plein cœur du centre-ville, s'ajoute à la liste des privilèges à nos membres. Profitez dès maintenant de séjours à un tarif préférentiel.

NOS FILIALES



fprofessionnels.com
1 888 377-7337

Sogemec
ASSURANCES

sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES



multid.qc.ca
1 800 363-3068



desjardins.com/fmsq
1 800 CAISSES



rbcbanqueroyle.com/sante
1 800 807-2683



hotelquintessence.com
1 866 425-3400

NOUVEAU



hotelbirksmontreal.com
514 370-3000



dtmontreal.doubletreebyhilton.com
1 800 361-8234



CENTRE
DES CONGRÈS
DE QUÉBEC

convention.qc.ca
1 888 679-4000



fairmont.com
1 800 441-1414

Pour tout savoir sur les avantages commerciaux



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Pour plus d'information : info@fmsq.org – 514 350-5274

AMÉLIORER SA PRATIQUE

Programmes crédités s'adressant à tous les professionnels de la santé qui désirent améliorer leurs connaissances et leurs compétences.

À temps partiel et à distance



Microprogrammes de 2^e cycle offerts cet automne

- Addictologie clinique
- Compétences de base en informatique de la santé
- Évaluation et gestion de la douleur (I)
- Pratique avancée en soins de plaies
- Santé internationale
- Soins palliatifs et de fin de vie

Date limite d'admission

1^{er} août 2019

Pour nous joindre

1 888 463-1835

450 463-1835, poste 61122

cfc-formation-creditee-fmss@USherbrooke.ca

USherbrooke.ca/cfc/microprogrammes-et-dess



Faculté de médecine
et des sciences de la santé