

S

Le Spécialiste

FMSQ

Volume 22, n°1 – Été 2020

COVID-19

CE QUE NOUS RÉSERVE LA 2^e VAGUE

Le point de vue de 10 médecins spécialistes



LES LEÇONS DES
GRANDES PANDÉMIES

LES PREMIERS PAS DE L'INSTITUT
DE LA PERTINENCE DES
ACTES MÉDICAUX

SPÉCIALISTES DE VOUS :
LA FMSQ FAIT PEAU NEUVE

ENCORE TROP DE FAX DANS
LE RÉSEAU DE LA SANTÉ!

ACCOMPAGNEMENT FISCAL

Prioriser les meilleures stratégies financières

*Nos experts vous offrent une approche entièrement adaptée à **votre réalité personnelle et d'affaires.***

En savoir plus

fprofessionnels.com/votre-profession/medecin



**FINANCIÈRE DES
PROFESSIONNELS**

SPÉCIAL COVID-19

4 La pandémie qui a changé nos vies

5 Des leçons à tirer des grandes pandémies de l'histoire

8 Soigner, malgré la pandémie

Mot de la présidente

10

Ce que nous réserve la 2^e vague

La parole à 10 médecins spécialistes



S

Le Spécialiste

FMSQ

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

RÉDACTION

514 350-5021

dapcdir@fmsq.org

Publicité

514 350-5274

dapcdir@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 2020

Bibliothèque nationale du Québec

ISSN 1206-2081

14

L'Institut de la pertinence des actes médicaux

La nouvelle entente de rémunération entre la FMSQ et le gouvernement prévoit la mise sur pied d'un Institut de la pertinence des actes médicaux, qui sera paritaire avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

18

La FMSQ fait peau neuve

Le chantier de la nouvelle image de marque et de la refonte du site Web touche à son dénouement.

20

Contrôlez-vous le suivi des examens de vos patients?

Un système fiable de suivi d'examens permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts aux patients.

22

Le courage d'évoluer

Au cours des derniers mois, la FMSQ a travaillé avec les présidents d'associations pour préparer le grand exercice de la modification post compte à compte.

D^{re} Diane Francœur

LA PANDÉMIE QUI A CHANGÉ NOS VIES

Assurément, la COVID-19 a changé notre existence à jamais. Déjà, sur son passage, elle a bousculé bon nombre d'activités de notre vie courante et fait des milliers de victimes au Québec.

La conscientisation sur les mesures d'hygiène est maintenant au maximum; les décès ont bouleversé l'existence de tant de familles; et les impacts économiques sont indéniables et perdureront.

Notre gouvernement a agi avec courage, appuyé par tout le monde médical québécois.

Pour les professionnels de la santé, ce sont des efforts considérables qui sont déployés depuis le début de la crise. Ce sont des risques pris chaque jour pour protéger la population québécoise et la guérir. Je remercie tous les médecins spécialistes qui ont accepté d'aller au combat. Chacun de nous contribue à sauver des vies.

Rémunération et pertinence

Avant que cette pandémie nous frappe, notre Fédération s'attelait à des dossiers complexes. Par exemple, l'entente de rémunération convenue en novembre dernier avec le gouvernement, qui nous engageait dans la démarche complexe de la Pertinence dans laquelle nous devons identifier des actes qui sont devenus au fil du temps non pertinents et qui totaliseront 240 M\$ d'économies récurrents qui, après trois années, accumuleront une somme de 1,6 milliard de dollars à réinvestir dans l'accès en médecine spécialisée.

L'entente prévoit aussi la mise sur pied de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), qui jaugera les propositions d'économies, tout en maintenant la meilleure offre de soins aux patients. Nous les remettons à l'agenda. Cet Institut a un pouvoir exécutoire. Le D^r Stéphane Patrick Ahern explique les rouages de l'institut et nous reviendrons sur la première Journée de réflexion sur la pertinence et la valeur relative des actes tenue dans nos locaux le 4 février dernier. Dans cette édition également, nous vous présentons les membres de l'IPAM désignés par la FMSQ.

Une nouvelle image de marque rassembleuse

Notre *branding* est vieillissant, pour dire le moins. Il a l'âge de notre Fédération. Il était temps de le rafraîchir. L'opération est réussie et se déploiera partout au sein de notre Fédération pendant l'été. Elle vous est présentée dans ces pages, mais déjà, à la une, on sent un vent de fraîcheur.

Un nouveau site Web pour septembre

Durant l'été, nous travaillerons sur notre nouveau site Web. À la hauteur des attentes, ce sera un outil d'échange convivial entre vous et votre Fédération.





COVID-19

DES LEÇONS À TIRER DES GRANDES PANDÉMIES DE L'HISTOIRE

Plus importante pandémie des 100 dernières années, la COVID-19 a secoué la population. L'humanité ayant affronté ce type de crise plus d'une fois, pouvons-nous encore en tirer des apprentissages ? Rencontre avec l'historien Laurent Turcot.

De quelles façons les pandémies ont-elles transformé le rôle des médecins dans l'histoire ?

Divers éléments ont contribué à l'évolution du rôle des médecins à travers le temps. À partir du XIX^e siècle, par exemple, la conscience de l'importance de l'hygiène, la connaissance médicale et la pasteurisation ont toutes été déterminantes pour la vocation. C'est au tournant du XX^e siècle que la notion de santé publique est née, au même moment où il y a eu une prise en charge de l'État. Le rôle du médecin ne se limitait plus seulement à accueillir et à traiter les patients mais aussi, graduellement, à protéger l'ensemble de la communauté. La simple fonction de guérir s'est ainsi transformée en prophylaxie, soit de prévenir et d'empêcher l'apparition de maladies.

C'est à ce moment que le médecin est devenu une forme de soldat de la santé publique, rôle qu'il joue encore aujourd'hui.

Est-ce à cette période que les médecins ont commencé à exercer une certaine influence auprès de l'État et des citoyens ?

Le corps médical a toujours eu une influence auprès de la population, mais c'est effectivement à partir du XIX^e siècle qu'il a commencé à jouer un rôle gouvernemental beaucoup plus grand.

Auparavant, il y avait eu des comités mondiaux d'organisations en santé, mais jamais de l'importance de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948.

Y a-t-il des similitudes entre la COVID-19 et les autres pandémies ?

Absolument. En étudiant deux des plus grandes pandémies de l'histoire, soit la grippe espagnole de 1918 à 1919, ainsi que la peste noire de 1347 à 1352, il est possible d'en dégager plusieurs similarités. Tout comme pour la COVID-19, ces deux épidémies mondiales ont fait des ravages dans toutes les populations.

Les similitudes avec la grippe espagnole sont d'autant plus nombreuses, puisque le contexte était très semblable à celui connu aujourd'hui. Rappelons qu'en 1918, la Première Guerre mondiale se terminait et qu'il y avait un mouvement très important de la population autour du globe. De nos jours, la population étant beaucoup plus mobile, la propagation d'un virus comme le coronavirus se fait à très grande échelle et en un temps record. Heureusement, il est désormais possible de retracer les déplacements des citoyens, donc de relier les gens affectés au patient zéro, ce qui ne pouvait être fait il y a une centaine d'années.

Parmi les grandes différences, soulignons la capacité actuelle du système de santé de faire face à une crise sanitaire de cette magnitude. À l'époque, nous étions encore loin de posséder les ressources humaines, organisationnelles et matérielles nécessaires pour affronter de pareilles circonstances. Je pense notamment à des organismes de santé publique, un réseau hospitalier fort, un nombre suffisant de médecins et une structure efficace... Tous des éléments dont la société s'est dotée après la Seconde Guerre mondiale.

Quels apprentissages de la grippe espagnole appliquons-nous dans le contexte de la COVID-19 ?

L'apprentissage le plus important fut certainement la quarantaine. Bien que celle-ci existe depuis le XIV^e siècle, ce n'est qu'à partir du XX^e siècle qu'elle a été appliquée aussi largement. Le gouvernement a rapidement pris conscience qu'il était nécessaire d'isoler les populations touchées pour limiter la propagation de la maladie, mais également de protéger la collectivité dans son entièreté. L'État a également saisi qu'il s'avérerait plus ardu de contrôler les allées et venues des populations, puisque les gens écoutaient difficilement les consignes. Par exemple, les rassemblements étaient interdits et, pourtant, des milliers de personnes de partout dans le monde se sont rencontrées lors du Congrès eucharistique de Victoriaville en septembre 1918.

Laurent Turcot est historien, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en histoire des loisirs et du divertissement. Il réalise les capsules de vulgarisation historique, en plus d'être collaborateur dans les médias.

Cet événement a mené à l'une des pires contaminations dans le secteur des Bois-Francs; certaines municipalités ont perdu jusqu'à 8 % de leur population.

Une des grandes leçons retenues de cette pandémie est donc celle d'écouter l'État et la santé publique. À l'époque, l'unique façon de contrôler la population était de l'impliquer dans la prévention en disant aux gens : « Aidez-nous à vous aider, restez à la maison. » Un message bien familier !

Est-ce que l'étude du passé peut nous permettre d'envisager l'après COVID-19 ?

La situation actuelle aura assurément des répercussions majeures dans la société et telles les précédentes pandémies, nous vivrons un avant et un après COVID-19. La grippe espagnole l'a notamment démontré d'un point de vue économique, alors qu'elle a été suivie d'une grande embellie, puis d'une désarticulation complète menant à la Crise économique de 1929. D'un point de vue épidémiologique, je laisserai les scientifiques se pencher sur la question.



JE SUIS MÉDECIN SPÉCIALISTE

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



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
(assurances auto, habitation, entreprise)

sogemec.qc.ca

1 800 361-5303
(vie, invalidité, médicaments/maladie)

Sogemec
ASSURANCES

*Une force conseil
créée par vous, pour vous*



Diane Francoeur, M.D.,
FRCSC, MHCM

Présidente de la FMSQ

SOIGNER, MALGRÉ LA PANDÉMIE

Il y a quatre mois que perdure la crise sanitaire qui a entraîné plus de 5 000 décès et occasionné le report de plus de 80 000 chirurgies ainsi que des dizaines de milliers d'examens et de rendez-vous.

Nous avons amorcé une reprise des activités dans les salles d'opération et les cabinets. Même s'il manque la moitié du personnel dans certains hôpitaux de Montréal, même si des lits d'hospitalisation sont occupés par des personnes guéries de la COVID-19 qu'on ne peut pas retourner dans leur CHSLD, nous ferons le maximum. Nous recommençons à opérer, à tester, à traiter les cas « non urgents ». Notre premier message aux Québécoises et aux Québécois est : prenez rendez-vous, nous allons vous soigner.

Le facteur humain de la crise sanitaire

En temps normal, il se fait 9 000 opérations par semaine au Québec; ce nombre a fondu de 75%. La même chose s'est produite du côté des investigations : mammographies, biopsies, endoscopies, bronchoscopies ont été reportées par milliers. Nous avons vu aussi, plusieurs fois, des patients craintifs qui ont tardé à se présenter à l'urgence ou qui ont annulé des rendez-vous, et qui ont subi des atteintes qu'on aurait pu limiter avec une intervention plus rapide. Pour ces raisons, pour ces personnes, pour prévenir ces douleurs, il faut absolument redémarrer les activités dans les hôpitaux et les cliniques. Les gens courent plus de risque en demeurant à la maison et en laissant ainsi la maladie gagner du terrain.

Souplesse, innovation, collaboration

Et nous le faisons par tous les moyens possibles. Le mot d'ordre chez les médecins spécialistes c'est souplesse, innovation, collaboration. Ce qu'on faisait avant ne compte plus; ce qui compte, c'est ce que nous pouvons faire maintenant. Si un patient ne peut pas être opéré dans l'hôpital où il est suivi, on ira peut-être ailleurs.

S'il manque une partie du personnel, nous travaillerons en équipe pour compenser. Lorsque ce sera possible, comme on l'a proposé au gouvernement, on opérera dans les cliniques privées. Elles sont plus faciles à gérer, nécessitent moins de personnel et d'équipement que les salles des hôpitaux, et moins de gens sont susceptibles de se croiser dans les corridors et les salles d'attente.

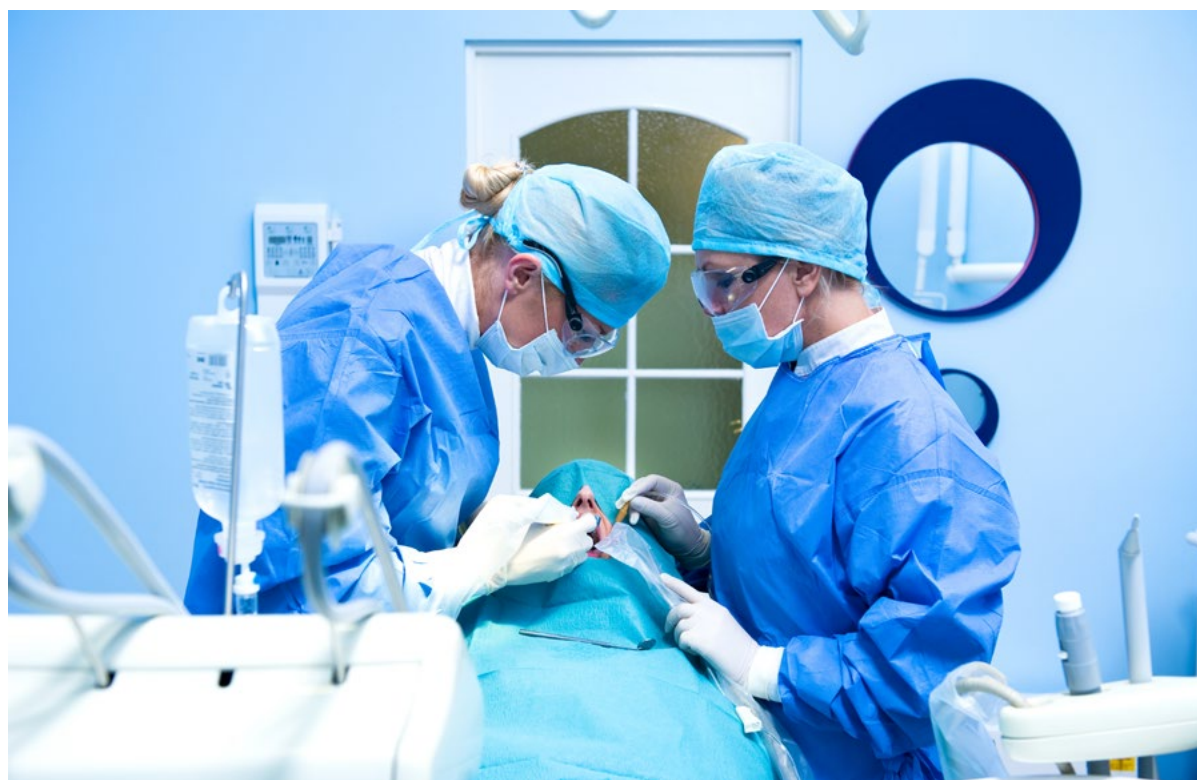
Ce sera la meilleure solution au meilleur endroit : à l'hôpital si nécessaire, en clinique si possible, à domicile si le risque est trop grand ou en ligne, par télémedecine, quand le cas le permet.

Dans ce contexte inédit, la visite de chaque patient supposera une planification minutieuse, un parcours sécurisé et l'affectation d'un personnel en forte demande. Le respect des rendez-vous et des horaires sera prioritaire. La transparence sur tout contact avec la COVID-19 sera essentielle pour la sécurité de tous. Nous nous donnons comme consigne de contacter chaque patient la veille pour confirmer sa présence et répondre à ses inquiétudes.

Opérer, tester, traiter avant une deuxième vague

Nous croyons possible d'atteindre dans les prochaines semaines un niveau d'activité élevé : nous visons 70 % dans le Grand Montréal et près de 100 % ailleurs au Québec. Nous allons opérer, investiguer, traiter le plus possible, parce que trop de gens ont trop souffert dans leur corps et dans leur être de tous ces rendez-vous reportés. Il faut le faire maintenant et durant tout l'été; il faut faire baisser cette longue liste de cas accumulés pendant qu'on le peut, parce qu'il est toujours probable qu'une deuxième vague vienne à nouveau perturber les activités. On s'y met tous ensemble, incluant les patients et leurs proches.

La pandémie n'est pas terminée, mais nous devons y faire face, pour soigner les Québécoises et les Québécois, en contrôlant les risques. Plus rien n'est comme avant, on peut faire mieux. Il faut faire vite.





COVID-19

CE QUE NOUS RÉSERVE LA 2^e VAGUE

Sous la loupe de
dix médecins
spécialistes avec
nous dans la
cellule de crise.

Ce qu'il faut retenir
et ce que nous
devons prévoir
pour faire mieux.



D^r Karl Weiss, président de l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

L'une des plus importantes leçons à tirer est la suivante : bien que la prise de décision gouvernementale doive nous guider d'un point de vue stratégique, il est capital que nos ressources, au cœur de la bataille, bénéficient d'une grande flexibilité d'un point de vue tactique. Localement, les réalités et les défis sont très différents. Il faut de la souplesse pour s'adapter sur le terrain.

L'histoire indique que d'autres vagues sont à prévoir. Et contrairement au cas spécifique de la H1N1, cette fois-ci, nous n'avons pas de médicament efficace ni de vaccin. Évidemment, nous ne pouvons pas demeurer dans un état perpétuel de confinement étant donné les problèmes majeurs engendrés sur les plans économiques et sociaux, mais nous devons nous préparer. Déjà, le Québec a un travail à faire au niveau industriel pour gagner de l'indépendance quant à la production et la distribution d'équipements médicaux. ÉPI, médicaments... Il faut pouvoir les déployer sans limites, et rapidement.



D^r Gilbert Boucher, président de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec

D'abord, il faut protéger le personnel du réseau. La pénurie d'ÉPI n'est pas viable. Ensuite, l'expérience vécue nous l'a bien démontré, le mouvement du personnel entre établissements est tout à fait à proscrire. Enfin, le Québec n'étant pas une province homogène où tout se déroule de la même façon, les professionnels de la santé doivent disposer d'un leadership local. En médecine d'urgence, nous avons été les premiers témoins de la transmission communautaire. Il a fallu près de 10 jours pour obtenir une réaction à cet enjeu. Les délais entre la transmission de l'information et la prise de décision doivent être réduits.

Quand la deuxième vague déferlera-t-elle? Est-ce que Montréal sera épargnée, étant déjà fortement exposée? Est-ce que les régions éloignées seront plus touchées? Il faut évaluer les différents scénarios et préparer des plans de contingence. Nous sommes mieux outillés qu'il y a deux mois, mais il ne faut pas baisser les bras!



D^r Huang Duong, président de l'Association des spécialistes en médecine interne du Québec

En rétrospective, la gestion de l'équipement nous a fait défaut dès le début de la pandémie. Malheureusement, certaines recommandations ont été faites par manque d'équipement, et non pas parce que les données scientifiques les justifiaient. Par ailleurs, à l'avenir, il sera essentiel d'assurer et d'augmenter notre capacité de tester. Nous le savons maintenant, les porteurs asymptomatiques contribuent à propager le virus.

Avant que le virus ne se propage au Québec, nous l'attendions dans les hôpitaux – nous étions prêts à cette éventualité. Il est plutôt arrivé par les CHSLD – nous n'y étions pas préparés. À mon avis, nous devons rester humbles et prêts à se faire déjouer une deuxième fois. Il ne fait aucun doute que le réseau a besoin de plus de gestionnaires de proximité. Ce printemps, les informations ont pris trop de temps avant de descendre jusqu'au terrain ou de remonter jusqu'à l'administration : il faut pallier ce manque rapidement.



D^r Serge Legault, président de l'Association québécoise de chirurgie

En chirurgie, nos équipes ont été dégarnies très rapidement de leurs inhalothérapeutes, leurs infirmières et leurs anesthésistes. À l'avenir, nous devons conserver les équipes intactes et respecter les spécialités de chacun. La pandémie nous a toutefois apporté un apprentissage monumental : il n'est pas normal qu'en 2020, nous n'ayons pas de système informatisé nous permettant de vérifier, en temps réel, quelles sont les ressources matérielles disponibles dans chaque établissement. Dorénavant, il sera essentiel de gérer la ressource différemment. Un système de santé dans lequel le personnel soignant n'est pas protégé serait une catastrophe innommable. En rétrospective, je crois que l'incertitude qui a accompagné les quantités limitées de stocks nous a empêchés de travailler au maximum de nos capacités.

Depuis quelques semaines, la courbe continue de descendre malgré le déconfinement. Éviterons-nous les potentiels effets secondaires du déconfinement? Ou est-ce plutôt l'activité virale qui diminue en été? Dans tous les cas, il importe de conserver les réflexes COVID-19. Cela implique que nous gardions des lits dans les hôpitaux, de même que des salles d'opération pour les patients infectés.



D^r Martin Champagne, président de l'Association des médecins hématologues et oncologues du Québec

D'abord, les équipes devraient être plus autonomes, plus compartimentées.

Ainsi, si l'une d'elles a une ressource malade, les autres peuvent poursuivre le travail sans danger. Ensuite, en séparant complètement les différentes unités et en testant fréquemment le personnel comme les patients, nous arriverons à limiter les éclosions. Enfin, il importe de soutenir les équipes sur place. Elles connaissent les problématiques, mais aussi les solutions!

Personne ne sait ce qu'une deuxième vague peut réserver, mais surtout, peu de gens sont immunisés. Nous devons donc développer une solution évolutive qui saura s'adapter aux scénarios envisageables. Chose certaine, nous devons absolument trouver un moyen de préserver l'accessibilité aux soins chirurgicaux non liés à la COVID-19.



D^r Serge Brazeau, président de l'Association des médecins gériatres du Québec

Le taux de mortalité chez les patients âgés démontre à lui seul que le virus nous a pris par surprise dans les CHLS.

Les cohortes de patients infectés au même moment et le grave manque de main-d'œuvre ont rendu la situation insoutenable. Certainement, le gouvernement aura compris l'immensité du déficit de personnel dans ces centres. En gériatrie, nous sommes inquiets que le virus ait aussi créé des victimes collatérales, non pas infectées par le virus, mais plutôt aux prises avec des problèmes de santé et refusant de se rendre à l'urgence, par peur. Un nombre alarmant de patients y sont arrivés trop tard, à la suite d'un infarctus, d'une chute ou de tout autre problème nécessitant un traitement rapide. Le résultat? Une surmortalité chez les patients non infectés par la COVID-19.

De notre côté, nous craignons surtout un éventuel reconfinement. La situation d'isolement vécue au printemps a causé chez les personnes âgées une grande perte de mobilité et d'autonomie, voire un déclin graduel des capacités mentales et des désordres psychiatriques. Si une deuxième vague devait survenir, les règles de confinement devraient être plus souples et inclure le maintien des soins à domicile comme la physiothérapie et des heures d'ouverture des centres de réadaptation.



D^r Antoine Delage, président de l'Association des pneumologues de la province de Québec

À l'avenir, il faudra certainement assurer une gestion plus efficace et sécuritaire des ressources humaines et matérielles. De façon générale, le réseau s'est très vite organisé, notamment en soulageant la pression dans les urgences et les hôpitaux. Un défi important demeure toutefois le personnel comme vecteur d'éclosion.

L'inconnu caractérise bien la période dans laquelle nous avançons actuellement. Une recrudescence du virus pourrait survenir au même moment que d'autres infections saisonnières, comme l'influenza. Le déconfinement est un exercice complexe, mais nous devons reprendre les activités et demeurer prêts à tout.



D^r Marc Lebel, président de l'Association des pédiatres du Québec

En pédiatrie, la première conclusion demeure que les enfants sont très peu infectés et très peu transmetteurs du virus. Les complications infectieuses ne sont pas fréquentes et les décès sont exceptionnels. La problématique pédiatrique est plutôt liée au confinement. Comme les enfants ont cessé de fréquenter la garderie ou l'école, les ressources professionnelles veillant à leur bon développement et leur santé ont perdu le lien avec des milliers d'entre eux. La baisse des signalements à la DPJ est inquiétante.

Même si les enfants seront peu malades, certaines éclosions pourraient survenir. Un reconfinement n'est toutefois pas envisageable. Ses effets négatifs sur le développement des enfants sont de loin supérieurs à ceux de la COVID-19. Nous craignons notamment une hausse du décrochage scolaire, de la maltraitance et des retards développementaux. En néonatalogie, nous remarquons que les bébés ont de la difficulté à sourire, étant en contact constant avec des gens masqués ou portant la visière. Comme la France et la Belgique, il est primordial d'abandonner rapidement les règles de distanciation avec les enfants de 12 ans et moins.



D^r Bryan Houde, président de l'Association des anesthésiologistes du Québec

En anesthésiologie, il est primordial de connaître l'état des stocks, notamment pour la sédation des patients aux soins intensifs. Naturellement, pouvoir compter sur la disponibilité des ressources matérielles est essentiel, mais il importe de mieux les répartir au sein du réseau. Nous avons connu une problématique due à la trop forte concentration de patients dans les grands centres, dont Montréal, contribuant à paralyser le réseau et, indirectement, restreindre l'accès aux soins chirurgicaux non liés à la COVID-19. À l'avenir, il faudra réorganiser les soins et s'assurer que tous les patients puissent être traités dans leur région ou localité.

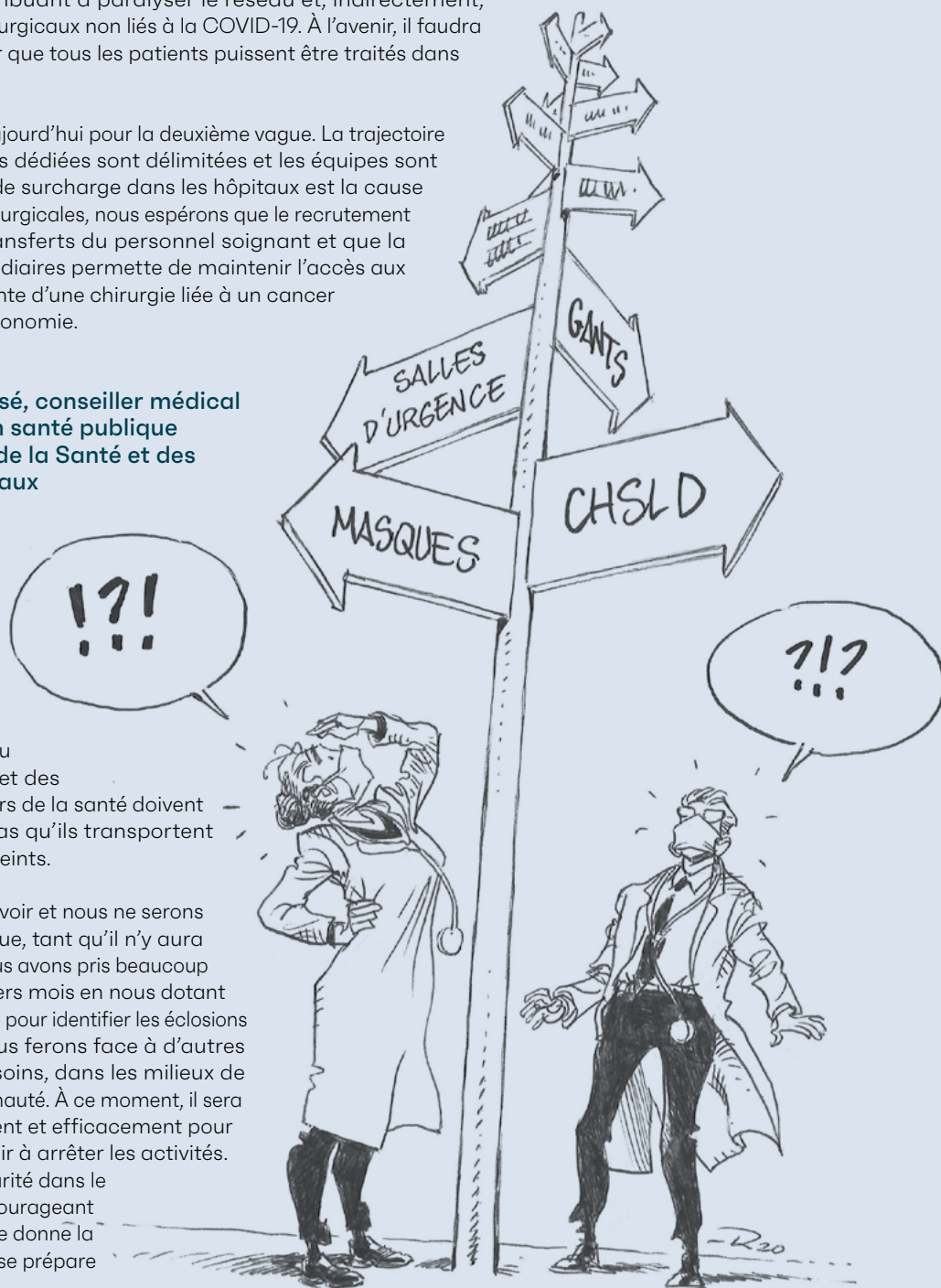
Nous sommes mieux préparés aujourd'hui pour la deuxième vague. La trajectoire des patients est claire, les zones dédiées sont délimitées et les équipes sont plus habituées. Comme l'effet de surcharge dans les hôpitaux est la cause de la diminution des activités chirurgicales, nous espérons que le recrutement massif en CHSLD limite les transferts du personnel soignant et que la présence de ressources intermédiaires permette de maintenir l'accès aux soins à tous les patients en attente d'une chirurgie liée à un cancer ou à une condition limitant l'autonomie.



D^r Richard Massé, conseiller médical stratégique en santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux

La gestion des CHSLD a été extrêmement difficile dans les derniers mois et il est primordial que le réseau soit étudié et analysé davantage afin que l'on puisse mieux le supporter à l'avenir. Compte tenu de la vulnérabilité des CHSLD et des gens qui y résident, les travailleurs de la santé doivent être mieux protégés pour ne pas qu'ils transportent l'infection ou qu'ils en soient atteints.

C'est extrêmement difficile à prévoir et nous ne serons pas à l'abri d'une deuxième vague, tant qu'il n'y aura pas de vaccin. Heureusement, nous avons pris beaucoup d'expérience au cours des derniers mois en nous dotant notamment d'outils de monitoring pour identifier les éclosions et intervenir promptement. Nous ferons face à d'autres éclosions dans des milieux de soins, dans les milieux de travail ou encore dans la communauté. À ce moment, il sera primordial d'intervenir rapidement et efficacement pour limiter la transmission, sans avoir à arrêter les activités. Nous avons vu une grande solidarité dans le réseau de la santé. C'est très encourageant de constater que tout le monde se donne la main pour travailler ensemble et se prépare déjà pour une deuxième vague.



Bon patient, bon praticien et bons soins !

L'INSTITUT DE LA PERTINENCE DES ACTES MÉDICAUX À L'ŒUVRE

La nouvelle entente de rémunération entre la FMSQ et le gouvernement prévoit la mise sur pied d'un Institut de la pertinence des actes médicaux, qui sera paritaire avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.



Le D^r Stéphane Patrick Ahern, spécialiste en médecine interne à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et professeur agrégé de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, s'est récemment joint au comité de gouvernance de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), aux côtés de quatre représentants la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Celui qui s'intéresse depuis plus de 10 ans aux modalités d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription aux régimes publics d'assurance maladie et médicaments et aux discussions éthiques sur l'accès équitable et raisonnable donne son point de vue sur cette toute nouvelle instance.

Pourquoi la pertinence ?

La pertinence englobe de nombreux aspects de la pratique; nous pouvons parler de pertinence clinique, de pertinence des soins, de pertinence du plan de traitement, de l'acte médical et même de la structure organisationnelle. Bien que définie comme un concept très large, je suis convaincu que la pertinence représente une occasion à saisir pour assurer la pérennité du réseau de santé. Pour l'IPAM, l'évaluation des actes médicaux sera la première étape de la démarche.

Où se situe le Québec par rapport à cet enjeu ?

Le Québec emboîte le pas à plusieurs pays pour se doter d'un Institut de la pertinence qui intégrera l'idée du patient partenaire. En effet, deux patients seront invités à siéger au comité de gouvernance, une caractéristique unique au Québec.

Quels sont les objectifs de la démarche ?

Il y a consensus au sein de la communauté des médecins spécialistes sur la nécessité de remettre en question certains gestes préopératoires, qui alourdissent le processus et ne contribuent pas systématiquement à soigner les patients. Offrir les bons soins, au bon patient, au bon moment, par la bonne personne.

Dans l'état actuel du système, le patient subit le stress et, dans certains cas, les impacts économiques d'une cascade de tests, sans toujours voir de gain côté santé. Ensuite, le payeur de soins, qu'il soit un assureur privé ou le gouvernement, débourse des sommes pour des examens ou actes médicaux qui ne servent pas nécessairement à améliorer la santé individuelle ou populationnelle. En évaluant la pertinence des actes médicaux et en désassurant certains d'entre eux, nous arriverons à éliminer des coûts et des pratiques superflues. Les sommes économisées, évaluées à 70 M\$ dès la première année, seront investies dans un meilleur accès à la médecine spécialisée.

Quels actes, procédures ou consultations devraient être abandonnés?

Prenons l'exemple d'un patient de 40 ans en parfaite santé qui doit subir une chirurgie mineure. A-t-il besoin d'autres documentations et expertises que le plan de son chirurgien?

Prenons à une femme de 30 ans avec un mal de dos sans antécédent ou condition particulière. A-t-on besoin de prescrire des examens en imagerie?

Selon la littérature clinique et les données probantes, la réponse est négative dans les deux cas.

Évidemment, tout n'est ni noir ni blanc, et certains actes médicaux nécessitent une réflexion plus éclairée. Dans tous les cas, il s'agit de choisir avec soin ou de limiter l'acte médical peu ou non pertinent.

Comment y arriver?

De nombreuses associations médicales à travers le monde ont développé des indicateurs, mesures et lignes directrices pour guider la pertinence clinique. La situation actuelle est la suivante : nous disposons de plus de 1 000 recommandations venant de plus de 120 associations dans le monde. Comment se tenir à jour et mettre en place une structure efficiente? De multiples logiciels et programmes d'aide à la décision clinique répertorient ces contenus. Il s'agit d'outils dont nous devrions nous doter au Québec.

Pour résumer, le travail de l'IPAM sera simple au cours de la première année; il s'agira de limiter tous les actes médicaux qui sont absolument et unanimement superflus dans chacune des spécialités. Le « vrai » travail sera ensuite de repenser la pratique, sa structure et ses outils, afin de l'optimiser, sans toutefois réduire l'accès et la qualité des soins aux patients.

Les représentants de l'Institut de la pertinence des actes médicaux



Stéphane Patrick Ahern, M.D.
Spécialiste en
médecine interne



Vincent Dumez, M. Sc.
Gestionnaire



Sophie Gosselin, M.D.
Spécialiste en
médecine d'urgence



Andrée Grignon, M.D.
Radiologiste diagnostique



Corinne Leclercq, M.D.
Obstétricienne gynécologue
Conseil d'administration, FMSQ

Découvrez leur profil



Première Journée de réflexion sur la pertinence : un défi de taille pour notre fédération !

Le 4 février dernier, les présidents des 35 associations médicales de la FMSQ étaient réunis à Montréal pour discuter des actes problématiques et des meilleures pratiques de la profession médicale, lançant ainsi le grand chantier de la pertinence, première étape d'une démarche qui s'échelonnera sur environ trois ans.

Au fil d'échanges ouverts et stimulants, un consensus s'est clairement dégagé sur la volonté d'agir rapidement afin de déterminer les données et les outils qui permettraient d'identifier des visites, procédures ou consultations qui n'ont plus leur raison d'être. Déjà, de nombreux tests faisant partie du protocole lors des examens préopératoires qui, en cas d'absence d'antécédents médicaux, ne sont pas toujours requis, ont été identifiés : radiographies, échographies, électrocardiogrammes, etc. Les primes et codes jugés caduques ou sans pertinence clinique ont aussi alimenté les discussions.



Comment sensibiliser à la pertinence les médecins de famille prescrivant des examens en première ligne, ou encore les patients, inquiets de ne pas être pris en charge ?

Tout comme la Suisse, les États-Unis et plusieurs autres pays s'étant penchés sur la question de la pertinence, il sera indispensable de faire un important travail d'éducation, de démystification et de vulgarisation scientifique. L'expérience vécue par nos collègues américains a démontré que les patients pourraient effectivement s'inquiéter de ne pas recevoir assez de soins – spécialement dans un contexte où, ayant fait leurs propres recherches sur leurs symptômes, les patients réclament toute une batterie de tests à leur médecin. Il faut comprendre que cette médecine défensive ne rend pas service, bien au contraire!

Comme médecins, nous aurons le devoir de mieux expliquer nos démarches et réflexions à nos patients, en leur garantissant accès et qualité des soins, pour rendre leur passage dans le système de santé le plus efficient possible. Nous devons surtout miser sur la qualité de nos relations avec les patients. Tout en s'appuyant constamment sur des résultats scientifiques probants. Nous avons prévu à cet effet des communications ciblées pour les patients et les médecins de famille.

Qu'est-ce qui vous a motivé à accepter de relever ce défi ?

Dans le cadre de mon mandat à la présidence du Comité scientifique de l'évaluation des médicaments aux fins d'inscription à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), je me suis beaucoup intéressé à l'évaluation de la valeur thérapeutique d'un médicament, à la justesse des coûts et à la question de l'accès équitable. L'allocation des ressources et le jugement médical sont des enjeux auxquels je suis aussi particulièrement sensible.

Lorsque la D^{re} Diane Francoeur, présidente de la FMSQ, m'a demandé de siéger au comité de gouvernance de l'Institut, c'était tout naturel pour moi d'accepter ce mandat et je l'en remercie. Il s'agit d'un défi qui va de pair avec mes préoccupations personnelles et professionnelles. Je crois beaucoup à l'engagement social des médecins animés par une vision de collaboration. Nous sommes au tournant d'une nouvelle ère au Québec et c'est l'occasion pour moi de jouer un rôle de mobilisateur ou de leader positif.





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 Jacques Tétrault

Directeur, Affaires publiques
et Communications

Spécialistes de vous

LA FMSQ FAIT PEAU NEUVE

Le chantier de la nouvelle image de marque et de la refonte du site web touche à sa fin. La FMSQ se dote en effet d'une nouvelle identité visuelle qui vient symboliser le regroupement de ses 35 associations médicales et la place centrale qu'occupent les patients au cœur de la pratique médicale.



Cette nouvelle image de marque sera portée par notre plateforme Web revue de fond en comble afin d'offrir au public et à ses membres une expérience plus riche et plus conviviale, et qui s'accompagne d'un solide positionnement rapprochant les médecins spécialistes de la population : SPÉCIALISTES DE VOUS. Rappeler dans l'espace public, la mission des médecins spécialistes auprès du patient.

NOUVEAU LOGO

Le nouveau logo, qui présente des sphères autour d'un point central, illustre la force des associations médicales qui gravitent autour de leur Fédération, en même temps qu'elles agissent comme autant de ressources au service du patient.

Ce message puissant recentre le rôle déterminant qu'exerce la FMSQ dans l'univers médical québécois.

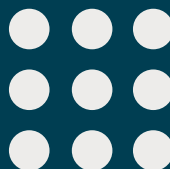
Ces sphères reprennent les cercles originaux du logo utilisé depuis un demi-siècle et évoquant les 9 associations médicales fondatrices de la Fédération.

Le nouveau logo illustre bien que le patient est au cœur du quotidien des médecins spécialistes et que c'est l'union des 35 associations médicales qui permet à la FMSQ de remplir efficacement son mandat auprès de ses membres et du grand public. L'appellation Fédération des médecins spécialistes du Québec a aussi été simplifiée dans l'acronyme FMSQ, comme c'est le cas pour d'autres organisations du monde médical.

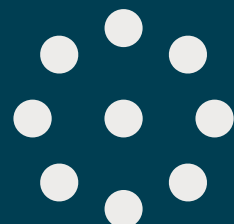
Cette nouvelle image de marque sera déployée à l'interne et dans l'espace public au cours des prochaines semaines.



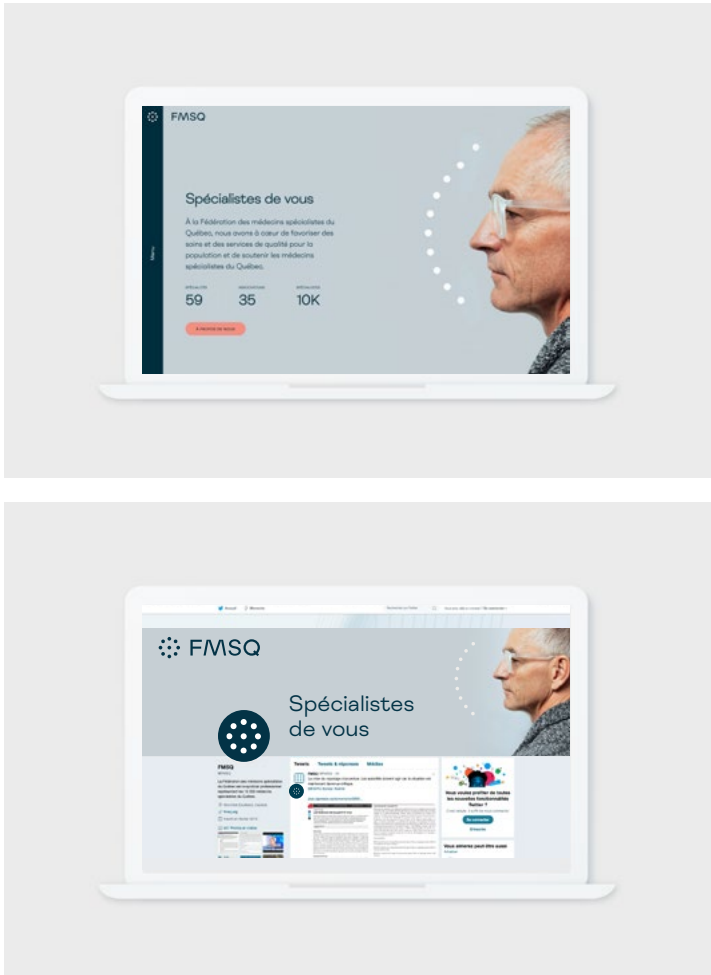
Neuf spécialités
fondatrices



Les spécialistes
autour du patient



Le spécialiste au centre
de sa Fédération



NOUVELLE PLATEFORME WEB

Le site Web de la FMSQ avait aussi besoin d'un dépoussiérage en fait de contenu, d'emballage et de fonctionnalités; ce sera aussi chose faite au cours des prochaines semaines.

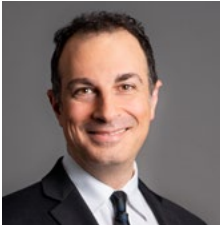
La FMSQ joue un rôle d'éclaireur en matière de santé auprès des Québécois. Nous avons pu le constater au cours de la pandémie actuelle, les médecins spécialistes éclairant chaque jour la situation d'un point de vue médical. Le site Web de la FMSQ remplira cette mission d'information en présentant des dossiers sur les grands enjeux en matière de santé et en valorisant l'apport des grandes spécialités médicales. Une telle approche viendra résolument appuyer son nouveau positionnement, SPÉCIALISTES DE VOUS.

Les membres bénéficieront pour leur part d'un portail convivial, d'un regroupement plus intuitif de l'information utile à leur pratique et d'un accès efficace aux plateformes externes MÉDUSE et PRPP.

Toute la grille graphique a aussi été revue et les images ont été actualisées pour dégager plus de chaleur humaine.

Cette nouvelle mouture du site Web permettra une communication plus efficace avec le grand public que la FMSQ veut renseigner et un contact plus étroit avec les quelque 10 000 médecins spécialistes du Québec.





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

Directeur, Développement
professionnel continu

CONTRÔLEZ-VOUS LE SUIVI DES EXAMENS DE VOS PATIENTS ?



Un système fiable de suivi d'examens permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts aux patients. De plus, le fait de disposer d'un système adéquat pour le suivi des examens que l'on demande constitue une obligation professionnelle pour les médecins.

Avec tous les défis posés par le dossier médical électronique (DME), des enjeux informatiques dans le réseau de la santé et du manque de systématisation et de normalisation, cette tâche pourrait paraître gigantesque et ardue par moments. Le système de suivi que l'on met en place n'a pas à être complexe; il doit simplement faire en sorte que les demandes et les résultats d'examens puissent être revus, et que l'on puisse y donner suite dans un délai raisonnable.

La pertinence

L'une des premières questions à se poser sur tous les tests que nous prescrivons est leur degré de pertinence. Ainsi, il faut éviter les examens inutiles ou inefficients en imagerie médicale, de même que les tests de laboratoires dont la valeur est limitée. Dans [un article récent de Joshua Zadro](#), une analyse du contenu de près de 1 300 recommandations de l'organisme Choisir avec soin a révélé que 48,3% avaient trait à des notions de tests (imagerie et tests de laboratoire).

Il serait collectivement fort utile d'inclure dans nos formations de développement professionnel un volet sur la pertinence des tests que nous prescrivons. Un exemple de test jugé inutile, basé sur les recommandations de Choisir avec soin, est la radiographie des sinus pour le diagnostic de la sinusite. Pourtant, ce test demeure présent dans plusieurs milieux de soins.

De plus, une introspection personnelle de notre pratique s'impose. Notre système met-il l'accent sur la pertinence des examens que nous prescrivons et leurs réels impacts sur la santé de nos patients? Des exemples incluent des examens visant à déterminer la présence de tumeurs (mammographie, radiographie pulmonaire, tomodensitométrie, échographie) ou de coagulopathies (hémogramme).

Que fait la FMSQ pour ses membres?

Vu l'importance et la pertinence du contrôle sur le suivi des examens auprès de nos patients, la FMSQ a mis sur pied un comité consultatif qui a épluché les pratiques sur ce sujet et émis des recommandations.

De plus, un sondage a été transmis à nos membres et il a permis de prendre le pouls sur le terrain. La prochaine étape en 2020 consiste en un projet pilote d'analyse croisée des processus de suivi d'une requête provenant de sites cliniques différents (p. ex. : urgence, cabinet privé, clinique externe, etc.) et réalisé dans plusieurs établissements, afin de valider l'efficacité des moyens utilisés actuellement et d'identifier les zones à risque communes à tous les milieux cliniques. Ce projet pilote permettrait de mieux cibler le développement de solutions concrètes applicables pour tous les médecins, indépendamment du milieu de pratique. Il sera réalisé en partenariat avec une firme d'ingénierie spécialisée en revue de processus.

Un dossier médical électronique (DME) ou un dossier clinique informatisé (DCI) performant sera la seule façon d'assurer un suivi efficace. En attendant, nous allons essayer de vous aider à trouver les outils nécessaires pour y arriver.

Pour obtenir jusqu'à six crédits de section 3 en 2020

Si l'amélioration de votre système de suivi des examens fait partie de vos priorités pour cette année, je vous suggère de répondre [au questionnaire](#) pour analyser votre pratique et obtenir une rétroaction personnalisée et élaborer un plan d'apprentissage futur.

Si vous terminez le processus, vous serez admissible à des crédits de section 3 du programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (deux heures d'activités de l'évaluation de l'exercice reconnue du Collège des médecins du Québec [CMQ]).

Ces crédits seront octroyés aux médecins spécialistes membres de la FMSQ qui compléteront l'activité avant le 15 juillet 2020.



JFI

13^e journées de formation interdisciplinaire

Se former pour mieux soigner!

INSCRIVEZ-VOUS
EN LIGNE
DÈS MAINTENANT

jfi-fmsq.org



EN LIGNE

20^{ET} 21 NOVEMBRE 2020

FMSQ

Spécialistes de vous



Par Isabelle Girard, M.D.

Directrice,
Affaires économiques


LE COURAGE D'ÉVOLUER

ANALYSE DE LA VALEUR RELATIVE DE L'ACTE

Au cours des derniers mois, la direction des Affaires économiques de la FMSQ a travaillé avec les présidents d'associations pour préparer le grand exercice de la modification post compte à compte.

Ce dossier d'envergure a mené à des conclusions entérinées par les délégués en février 2019. Le tout consiste en une redistribution d'environ 60 M\$ à l'intérieur de la masse fédérative, dans le but d'équilibrer les distributions monétaires en tenant compte de l'outil de distribution et de la parité canadienne. Elle ne touche pas aux facteurs qui ont pu créer des iniquités entre les associations, comme la lourdeur de la tâche, l'évolution de la démographie populationnelle ou médicale, la technicité, etc.

La modification post compte à compte finira par arriver à sa conclusion, et vous serez en mesure d'en voir l'application sous peu.

Étant conscients que des inégalités persistent dans la distribution de la masse monétaire, nous nous sommes engagés devant les délégués à commencer un second exercice, soit celui de la **valeur relative de l'acte** (VRA), qui analysera la facturation médicale en profondeur. En plus de simplifier et d'harmoniser la facturation médicale, cela permettra de ramener à leur juste valeur les services médicaux offerts par chaque médecin, en tenant compte des facteurs énumérés plus haut et de l'évolution de la rémunération observée dans les autres provinces.

Le contexte d'enveloppe fermée, imposé en janvier 2018, commande cette réflexion. Les associations ne peuvent plus dépasser leurs prévisions de fréquences et de tarifs, car l'impact doit être assumé par l'ensemble des associations.

La VRA permettra de corriger ce que l'outil du compte à compte ne pouvait contrôler :

- Harmoniser les libellés/règles
- Simplifier la facturation en incluant les coûts globaux
- Assurer une rémunération juste et équitable
- Réduire l'écart des revenus interassociatifs

Tout le monde s'entend pour dire que chacun a droit à une rémunération juste pour le travail effectué. Toutefois, celle-ci doit également être équitable, tant à l'intérieur d'une association qu'entre les associations; il faudra faire preuve de conciliation pour aborder ce dossier complexe. Cette démarche est nécessaire et attendue depuis longtemps. Nous parviendrons à l'atteinte de l'équité interdisciplinaire grâce à la collaboration et à une grande ouverture d'esprit.

La Fédération a à cœur de bien servir chacun d'entre vous, c'est pourquoi nous investissons, malgré la pandémie, dans ce grand projet qui nous permettra de terminer la prise en charge consciente et responsable de notre rémunération.



RETOUR SUR LE COMPTE À COMPTE

À partir d'un outil créé dans les années 2000 par un comité consultatif, la FMSQ et les associations ont travaillé pendant plus de deux ans pour évaluer l'effet des distributions monétaires sur la période 2006-2016. Ce dossier d'envergure a mené à des conclusions entérinées par vos délégués en février 2019, soit la redistribution d'environ 60 M\$ à l'intérieur de la masse fédérative.



Par Jean-Denis Roy, M.D.

Directeur,
Affaires professionnelles

avec la collaboration du
D^r Joffre Claude Allard

Service en ligne : patient et médicament d'exception

ENCORE TROP DE FAX!



Au Québec, près de 70 % des demandes d'autorisation préalables de paiement sont reçues par télécopieur. La réception d'un formulaire papier nécessite un traitement manuel du contenu de la demande. Une saisie manuelle des informations dans le système de traitement augmente le potentiel d'erreur.

De plus, il arrive fréquemment que les demandes soient incomplètes ou illisibles. Lorsque la demande est illisible, non signée ou qu'il y a une page manquante, la demande est alors « non recevable » et nécessite l'envoi d'une nouvelle demande de la part du prescripteur. Lorsque la demande est incomplète, un questionnement est fait auprès du prescripteur afin d'obtenir les données manquantes. Il y a un fort taux de non-réponses et la décision est prise en fonction des informations détenues par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) si nous n'avons pas de réponse à l'intérieur d'un délai de 30 jours (> 30 jours). Toutes ces conséquences occasionnent des délais additionnels pour la personne assurée et le prescripteur.

Optimiser ses demandes

L'utilisation de la plate-forme SEL-PME facilite la tâche administrative des prescripteurs tout en améliorant les délais de traitement. Les utilisateurs de ce service en ligne pour formuler des demandes de médicament d'exception (ME) et de patient d'exception (PE) ont pu constater que les changements sont notables. Le nouvel outil est beaucoup plus convivial. Il permet de remplir plus facilement les demandes ou d'effectuer des renouvellements.

FAX vs WEB (en 2019)

Nombre de demandes reçues
par télécopieur

205 839

Nombre de demandes reçues
par le SEL-PME

106 384

Taux d'utilisation du FAX

66%

Taux d'utilisation du SEL-PME

34%


Il permet le suivi des demandes d'autorisation à la veille de leur échéance, en plus de créer des équipes et d'ajouter ou de retirer les collaborateurs qui peuvent compléter les demandes de ME ou de PE. Les demandes devront toutefois toujours être signées par le prescripteur. Il est également beaucoup plus facile de remplir une demande ou de renouveler des autorisations. Comme utilisateur fréquent de ce système, il a grandement facilité tout le processus de mes demandes de ME ou de PE. Je vous encourage à le constater par vous-même.

ATTENTION

[Voir l'Infolettre n° 101](#)
[Fin de la prolongation](#)

Prescrire un médicament d'exception

Au Québec, certains médicaments d'exception peuvent être obtenus sans délai, lorsque le prescripteur inscrit le code correspondant à l'indication de paiement sur l'ordonnance. Le paiement sera autorisé uniquement lorsque le médicament d'exception codifié correspondra à l'état de santé du patient.

La responsabilité de l'exactitude du code et de son utilisation relève du prescripteur. La codification s'adresse uniquement aux personnes admissibles et inscrites au régime public d'assurance médicaments.

Si vous utilisez la codification pour les médicaments d'exception, vous n'avez pas à faire de demandes spécifiques ni de *demandes d'autorisation de paiement*. Vous devez faire une demande spécifique si vous désirez prescrire un médicament d'exception :

1. qui ne se trouve pas au répertoire des codes des médicaments,
2. lorsque la situation du patient ne correspond pas à une indication de paiement codifiée,
3. dont la période d'autorisation initiale est terminée (comme elle est précisée dans les explications associées au code).

Rappel – amendes

Les personnes qui transmettent des renseignements faux ou inexacts sont passibles d'amendes. La RAMQ a la capacité d'intervenir s'il y a utilisation de codes NPS ou de ME qui ne correspondent pas à la condition du patient par un professionnel.

D'autre part, si vous voulez prescrire un médicament absent de la Liste des médicaments ou encore un médicament d'exception codifié, mais pour une indication thérapeutique non reconnue pour le paiement, vous devez également faire une *demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception*.

Codification des médicaments d'exception et les vérifications de la RAMQ

Le processus de codification des médicaments d'exception a débuté en 2009. En 2018-2019, la RAMQ, en collaboration avec le ministère, a révisé le processus pour l'adapter aux nouvelles ententes d'inscription. Le constat est que de moins en moins de médicaments d'exception sont codifiés. La RAMQ fait une vigie dans l'utilisation des codes pour les ME afin de détecter des bris de tendance des courbes d'utilisation de ces codes. Rappelons que la RAMQ peut faire des inspections quant à l'utilisation des NPS (ne pas substituer) pour orienter ses enquêtes.

L'utilisation des codes pour des médicaments qui ont démontré une utilisation plus élevée que prévu selon les données historiques d'utilisation a été analysée. La Régie valide si la condition médicale du patient correspond au libellé du code en regardant, par exemple, les codes diagnostics et codes d'actes, l'utilisation antérieure de médication dans la facturation de services de pharmacie, les renseignements des demandes antérieures à la codification sur les formulaires de demande (ME ou PE) et en faisant des demandes de précision au prescripteur.

La RAMQ et l'INESSS feront des analyses plus approfondies pour l'utilisation des codes problématiques. Éventuellement, il pourrait être envisagé de retirer ces codes et de retourner aux formulaires si l'utilisation du code semble problématique pour un médicament.

La création des codes « ne pas substituer » (NPS A, NPS B, NPS C) a entraîné rapidement une diminution de l'utilisation après leur instauration. En ce qui a trait plus spécifiquement au code NPS C (la forme pharmaceutique est essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés lorsque le produit innovateur est le seul inscrit à la Liste sous cette forme), c'est celui le plus souvent utilisé lors de l'ajout de médicaments à la Liste. La Régie envisage de limiter le code NPS C à une liste précise de médicaments où l'innovateur est de forme pharmaceutique différente du générique.



Comité des partenaires sur le régime public d'assurance médicaments

Le Comité des partenaires sur le régime public d'assurance médicaments a été mis en place par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) avec l'objectif d'assurer une compréhension commune du régime public d'assurance médicaments. En particulier des mesures des médicaments d'exception et du patient d'exception ainsi que des rôles et responsabilités des administrateurs du régime que sont l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et la RAMQ. Il vise à s'enquérir des besoins et attentes des clientèles professionnelles sur les mesures d'exception afin de leur offrir un meilleur service dans le respect de leur pratique professionnelle ainsi que dans celui des lois et règlements qui régissent l'administration du régime.

Ce comité, qui regroupe des représentants de la FMSQ, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), de l'Association des pharmaciens en établissement de santé (APES), de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), de l'INESSS et de la RAMQ, s'est réuni l'automne dernier. Vous avez des commentaires pour le comité, [cliquez ici](#), nous les ferons suivre.





Par Suzanne Blanchet, réd. a.

UN VACCIN THÉRAPEUTIQUE CONTRE LE CANCER D'ICI TROIS ANS ?

Premier médecin au Québec à avoir effectué une greffe de moelle osseuse, en 1980, le D^r Claude Perreault s'apprête à remettre son chapeau de pionnier, cette fois à titre de chercheur. Il espère en effet délaissier bientôt ses souris de laboratoire pour tester sur des humains un vaccin thérapeutique contre le cancer, qui pourrait se révéler une primeur mondiale.

Un vaccin nous permettra-t-il un jour de vaincre le cancer ? Tous les espoirs sont permis, si on se fie aux travaux du D^r Claude Perreault, chercheur principal à l'Institut de recherche en immunologie et en oncologie (IRIC) et professeur de médecine à l'Université de Montréal. Il précise toutefois :

« C'est un vaccin qui s'ajoutera à l'arsenal thérapeutique, et non un vaccin préventif comme on l'entend habituellement. On parle tout de même d'un vaccin, parce qu'on injecte une substance contre laquelle on veut faire réagir le système immunitaire. »

De quelle substance s'agit-il ? Étonnamment, le D^r Perreault a trouvé réponse à ses questions dans les « poubelles » de l'ADN. Afin d'expliquer son cheminement, l'hématologue relate d'abord les découvertes les plus récentes qui ont mené à la sienne.

Jusqu'aux années 2000, seuls ceux qui faisaient de la transplantation de moelle osseuse s'intéressaient à l'immunothérapie pour le traitement du cancer ; les autres n'y voyaient pas un grand potentiel.

Au début des années 2000, le chercheur [Robert Schreiber](#) montre que des souris dont le système immunitaire avait été forcé à ne plus fonctionner développent des cancers inhabituels : sein, tube digestif, poumon...

À la même époque, le chercheur français [Jérôme Galon](#) montre pour sa part que le pronostic est meilleur chez l'humain lorsqu'un grand nombre de cellules immunitaires infiltrent une tumeur.

Enfin, en 2013, une nouvelle famille de médicaments est apparue, celle des stimulants généraux du système immunitaire, ce qui a valu un [prix Nobel](#) à ses découvreurs, James Allison et Tasuku Honjo.

Chercher à la bonne place

Comment une simple injection de ces stimulants fait-elle régresser des tumeurs résistantes à la chimiothérapie? Que reconnaissent donc les cellules immunitaires sur les cellules cancéreuses? Pourquoi ne sommes-nous pas capables de trouver ce qu'elles reconnaissent? Ces questions turlupinent le D^r Perreault et son équipe composée d'un chimiste, d'informaticiens et d'étudiants. Ils sont à la recherche de molécules nommées « antigènes cancer-spécifiques » (ACS). Ces molécules seraient d'abord reconnues par les cellules immunitaires, ou lymphocytes T, avant d'éliminer les cellules cancéreuses.

« Pendant de nombreuses années, nous n'arrivions pas à trouver, car nos prémices de base n'étaient pas bonnes, comme c'est souvent le cas lorsqu'on ne trouve pas. »

Ces prémices étaient fondées sur le fait que les molécules ACS devaient être codées par l'ADN qui fabrique les protéines bien connues du corps humain. Or, cet ADN codant ne représente que 2 % de tout l'ADN. Convaincue que les 98 % restants ne servent à rien, la communauté scientifique utilise parfois à tort les expressions « ADN poubelle » ou « *junk DNA* » pour désigner l'ADN non codant. Un jour, le D^r Perreault se demande si, contrairement à la croyance, cet ADN non codant pourrait avoir son utilité. Et si, par exemple, cette partie de l'ADN produisait des protéines, elle aussi?

« Il nous a fallu des années pour concevoir des outils qui nous ont finalement permis de découvrir les protéines fabriquées par l'ADN non codant. Des protéines différentes des autres, plus petites, mal repliées, à l'air bizarre, mais que le système immunitaire sait reconnaître comme quelque chose d'utile. »

Des antigènes dans l'ADN non codant

L'équipe du D^r Perreault constate qu'une des protéines fabriquées par l'ADN non codant est la syncytine, essentielle à la formation du placenta. Pas de placenta, pas d'êtres humains. On est donc loin des protéines inutiles! Constatant aussi que cet ADN fabrique des antigènes reconnus par le système immunitaire, les chercheurs de l'IRIC décident d'explorer cet aspect pour concevoir un vaccin thérapeutique contre le cancer.

Comme ils ne pouvaient tester d'emblée sur des êtres humains ces protéines à l'air bizarre, ils ont d'abord travaillé sur des souris ([voir « Des souris et des hommes »](#)), auxquelles ils ont injecté à la fois des cellules cancéreuses, qui auraient normalement dû les tuer en un mois, à la fois le vaccin pour les contrer.

Les nombreux chapeaux du D^r Claude Perreault

Étudiant en médecine à l'Université de Montréal au début des années 1970, Claude Perreault hésite entre la neurologie et l'hématologie. Toutefois, l'effervescence qui entoure cette dernière spécialité pèse plus lourd dans la balance. Aussitôt revenu de France après ses études postdoctorales, il devient le premier médecin à effectuer une greffe de moelle osseuse au Québec, en 1980.

Il passe toute sa carrière de clinicien à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, devenu entre-temps l'une des installations du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il y crée le laboratoire d'histocompatibilité et fonde l'unité de transplantation de moelle osseuse.

Parallèlement, il est chercheur principal à l'Institut de recherche en immunologie et oncologie depuis 2005, où il dirige le laboratoire de recherche sur l'immunobiologie. Il est également professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. En 2018, il abandonne le volet clinique malgré sa passion de soigner, afin de faire progresser plus rapidement ses recherches sur un vaccin thérapeutique contre le cancer.

Ce vaccin a guéri ou prévenu le cancer, selon les antigènes utilisés, chez 10 à 100 % des souris. La protection s'est maintenue pendant toute la vie de la souris. Afin de s'en assurer, les chercheurs avaient injecté à nouveau des cellules cancéreuses à celles ayant survécu, mais aucune n'a eu le cancer par la suite.

Dernière étape avant le vaccin

Les travaux de recherche comportent trois étapes :

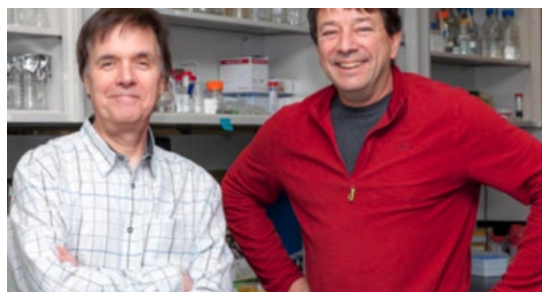
1. Trouver les antigènes.
2. Identifier les antigènes partagés par plusieurs tumeurs ou plusieurs personnes.
3. Déterminer la capacité des antigènes à stimuler le système immunitaire.

« Nous avons découvert de nombreux antigènes cancéreux. Pour ce qui est de la leucémie aiguë et du cancer de l'ovaire, nous en sommes à la troisième étape. Nous nous penchons maintenant sur le cancer du sein et celui du poumon. »

Les recherches du D^r Perreault ont d'abord porté sur la leucémie aiguë, étant donné la possibilité d'avoir accès à la [Banque de cellules leucémiques du Québec](#), et sur le cancer de l'ovaire, des collaborateurs à Toronto et en Allemagne ayant permis à l'équipe de l'IRIC d'utiliser des spécimens de haute qualité dont ils disposaient.

Une fondation pour soutenir la recherche

Survivant depuis près de 40 ans d'une leucémie myéloïde chronique grâce aux bons soins et à la détermination du D^r Claude Perreault, le D^r Robert Patenaude a récemment annoncé la création du Fonds vaccin thérapeutique contre le cancer, qui vise à appuyer l'équipe du D^r Perreault. [Lisez ici](#) le vibrant témoignage du D^r Patenaude.



Dans l'ordre habituel, les D^{rs} Perreault et Patenaude.

Lorsque les trois étapes seront franchies, son équipe pourra passer à l'étude clinique de phase 1 sur l'être humain. Probablement d'ici trois ans. Comme tout nouveau traitement, le vaccin thérapeutique sera d'abord utilisé chez des patients qui n'ont pas répondu à la chimiothérapie ni à la radiothérapie.

Plus vite il aura prouvé son efficacité, plus vite il pourra être administré à l'ensemble des patients, éventuellement en lieu et place des traitements plus envahissants et coûteux que le vaccin, et qui ne donnent pas toujours les résultats escomptés. Néanmoins, le D^r Perreault ne peut que se réjouir des plus récentes statistiques de la Société canadienne du cancer, qui montrent que le risque de décéder de la majorité des cancers a déjà considérablement diminué... bien que le vieillissement de la population fasse craindre une remontée. D'où la nécessité du vaccin thérapeutique.

Des souris et des hommes

Le froid, la faim et les chats font en sorte que l'espérance de vie d'une souris en liberté est de trois mois. Celles du laboratoire du D^r Claude Perreault peuvent vivre jusqu'à deux ans. « Je ne veux pas parler contre mes souris, que j'adore, mais c'est une espèce à part. Elles bénéficient de conditions idéales, hébergées dans une animalerie avec humidité et éclairage contrôlés, bien nourries, avec des jeux dans leur cage... »

En contrepartie, le chercheur bénéficie lui aussi de conditions idéales avec ses souris : issues de lignées pures, elles sont en quelque sorte des jumelles identiques, ayant le même bagage génétique, à l'exception des chromosomes X et Y. « Pour étudier les risques et les avantages de la transplantation de moelle osseuse, par exemple, nous pouvions faire la transplantation de 50 donneuses de la lignée A dans 50 receveuses de la lignée B, faire le contraire, faire des croisements... C'est très pratique pour apprendre les règles de base, il faut commencer là. »

La simplicité a toutefois ses limites. Ces souris jumelles peuvent devenir un inconvénient dans la mise au point d'un nouveau traitement, car chaque être humain est unique au monde. Le D^r Perreault insiste : la diversité est fascinante. De plus, comme les humains cohabitent avec une grande quantité de microbes, principalement dans le tube digestif, leur microbiome est fort différent de celui des souris de laboratoire. Vient donc un moment où, pour mesurer l'efficacité de son traitement, un chercheur doit nécessairement passer à l'étape suivante et poursuivre ses études sur des cellules et des tissus humains, puis sur les humains eux-mêmes.



Pierre Thibault, chercheur à l'IRIC et professeur titulaire de chimie à l'Université de Montréal

Bien comprendre en trois minutes





FONDATION
FMSQ

OFFRIR DU RÉPIT

Depuis 2012, la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FFMSQ) a remis plus de 6 M \$ à des organismes qui offrent du répit aux proches aidants d'une centaine d'organismes différents, répartis dans tout le Québec. Ainsi, quelque 300 projets contribuant à offrir un moment de repos aux proches aidants ont été réalisés.

Le répit

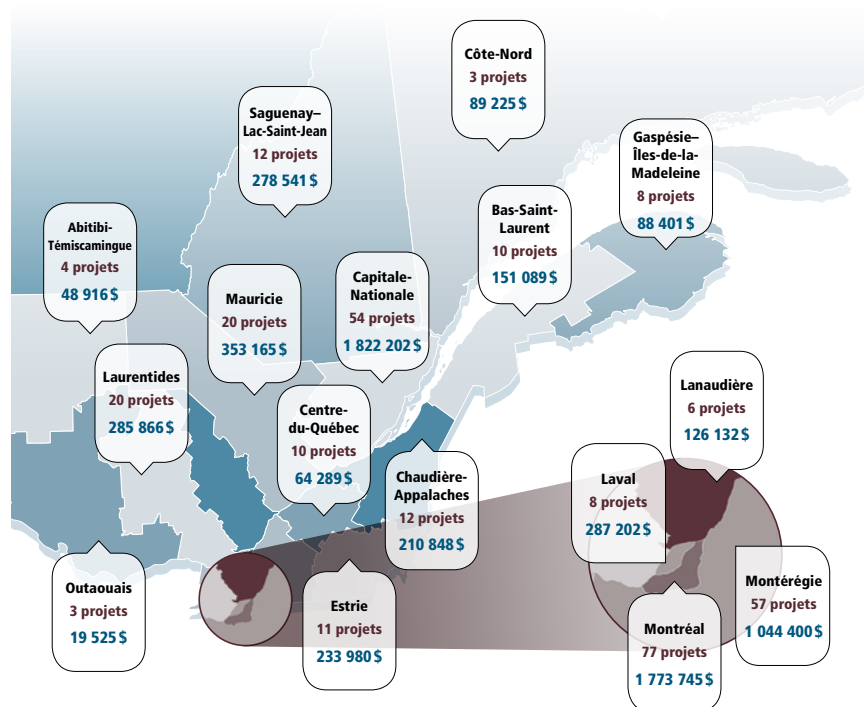
Les maladies chroniques, le vieillissement de la population, les traumatismes crâniens, la maladie d'Alzheimer, la déficience intellectuelle et la perte d'autonomie ont fait bondir le nombre d'aidants ces dernières années. Ils sont de plus en plus nombreux, confrontés à la dure réalité du statut d'aidant. Cet accompagnement n'est pas sans conséquence sur la santé mentale et physique de tous ces aidants. Le répit devient alors une bouffée d'oxygène et une mesure de soutien des plus importantes pour les proches aidants pour éviter l'épuisement.

Partenaire indispensable

Plus que jamais, la Fondation est devenue un partenaire indispensable auprès des organismes communautaires afin qu'ils puissent remplir leur mission d'offrir du répit auprès des proches aidants.

En 2019, la Fondation a soutenu une cinquantaine d'organismes pour la réalisation de leurs projets, contribuant à offrir du répit à des proches aidants dans 16 régions du Québec.

Soutien financier accordé par région de 2012 à 2019



Camps de répit spécialisés pour enfants à besoins particuliers

La Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FFMSQ) est fière de permettre l'organisation de camps estivaux destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou physique. L'aide financière couvre par exemple les frais de séjour et la rémunération des intervenants qui prendront soin des aidés pendant que leurs proches profiteront d'un moment de repos.

Un répit pour les familles et une expérience enrichissante pour les campeurs!

Un objectif

La Fondation souhaite en 2020 étendre davantage son action, partout en province, confirmant l'importance de poursuivre un profond engagement auprès des proches aidants, qui en ont bien besoin. Un répit aujourd'hui... pour la vie!





Chantal Aubin

Directrice générale
Conseillère en sécurité financière
Courtier en assurance de dommages

Assurance et copropriété

UNE LOI MODIFIE LES RÈGLES DU JEU



Si vous habitez en condo, vous savez peut-être que l'adoption du projet de loi 141 a apporté au Code civil du Québec des changements qui touchent les copropriétés, notamment en matière d'assurance. Cela a un impact tant sur l'assurance individuelle des copropriétaires que sur celle des syndicats des copropriétaires.

Les changements sont nombreux et parfois complexes, et même si certains points font toujours l'objet de discussions, l'objectif visé par tous les intervenants est le même : mieux protéger les copropriétaires et leur patrimoine. Voici un résumé qui vous aidera à y voir plus clair dans vos assurances.

Responsabilités clarifiées

La nouvelle loi clarifie les responsabilités des copropriétaires et de leur syndicat en matière d'assurance et de sinistre. En tant que copropriétaire, vous devez assurer les améliorations apportées à votre condo depuis sa construction, ainsi que vos biens personnels. Votre syndicat, quant à lui, doit assurer les parties communes et **ce qui est mentionné dans la description standard de votre unité d'origine**.

Ce dernier point est très important. En effet, lorsqu'on achète un condo qui a été construit il y a 20 ans et qui a connu plusieurs copropriétaires, comment savoir ce qui a été amélioré au fil des années?

Dans le cadre de la nouvelle loi, votre syndicat a l'obligation de fournir aux copropriétaires une description des parties privatives d'origine suffisamment détaillée pour que les améliorations apportées depuis la construction soient identifiables. C'est ce qu'on appelle une unité de référence ou unité de base. Grâce à cet outil, il sera plus facile de savoir quelle assurance couvre quoi, ce qui devrait faciliter le règlement des sinistres.

Une information importante

Si votre copropriété est établie depuis le 13 juin 2018, cette obligation est déjà en vigueur. Sinon, **votre syndicat avait jusqu'au 13 juin 2020** pour mettre à votre disposition la description détaillée de l'unité de référence.

D'autre part, en cas de sinistre, votre syndicat doit dorénavant prendre en charge toutes les réparations dans l'immeuble, ce qui inclut les parties communes et les parties privatives. Auparavant, le syndicat pouvait décider de prendre en charge certaines réparations et d'autres pas. Maintenant, les responsabilités sont mieux définies.

Fonds d'auto-assurance

En plus du fonds de prévoyance pour payer les réparations et remplacements, le syndicat doit dorénavant constituer un fonds d'auto-assurance affecté au paiement des franchises prévues par les assurances souscrites par le syndicat. (Article 1071.1 du C.c.Q.)

Les syndicats ont jusqu'à juin 2022 pour mettre en place ce fonds. Il est dans votre intérêt de vous informer du montant des franchises prévues au contrat de votre syndicat ainsi que des sommes accumulées à ce jour dans son fonds d'auto-assurance. Il ne vous sera pas possible de réclamer à votre assureur les sommes exigées par votre syndicat en paiement de la franchise.

La répartition : désormais tous solidaires

Votre syndicat est toujours responsable de l'immeuble. Advenant que votre syndicat ne soit pas protégé par les assurances adéquates pour couvrir un sinistre, il devra prendre en charge les réparations. Pour ce faire, il pourra soit :

- puiser dans son fonds d'auto-assurance;
- **répartir** le montant des dommages non couverts par son assurance entre tous les copropriétaires, **même ceux non touchés**, ce qui est une autre nouveauté de la loi.

Bien qu'en principe, l'assurance de votre syndicat devrait couvrir les réparations à votre immeuble ou les dommages causés à d'autres personnes, voici quelques exemples de situations qui pourraient entraîner une répartition des dommages entre les copropriétaires :

- **Insuffisance de couverture** : les dommages causés par un incendie s'élèvent à 750 000\$ alors que la couverture d'assurance de votre syndicat est limitée à 675 000\$.
- **Absence de couverture** : les dommages causés par un refoulement d'égout causent des dommages au bâtiment et l'assurance de votre syndicat ne couvre pas ce type de sinistre.

Protection d'assurance en cas de répartition

Depuis le 11 janvier 2020, l'assureur choisi par Sogemec et la FMSQ a modifié son contrat d'assurance copropriété en ce qui a trait à la protection en cas de répartition. Votre contrat couvre maintenant la répartition qui pourrait vous être réclamée par votre syndicat en cas d'insuffisance ou d'absence d'assurance à la suite d'un sinistre touchant non seulement les parties communes, mais aussi les parties privatives.

Il est cependant **très important de revoir votre protection** pour vous assurer que vous détenez les couvertures pour couvrir tous les risques auxquels vous pouvez maintenant être exposés. Tous les copropriétaires sont maintenant exposés à une répartition lors d'un sinistre. Autrement dit, si un refoulement d'égouts endommage les condos du rez-de-chaussée, mais que le vôtre est épargné car vous habitez au 18^e étage, **vous serez quand même tenu de déboursier un certain montant**, selon votre quote-part, pour assumer les dommages non couverts par l'assurance de votre syndicat.

Comment faire pour connaître les risques auxquels vous êtes exposé?

Vous devez obtenir de votre syndicat de copropriété une copie de la protection d'assurance détenue. Vous verrez si le syndicat détient ou non une protection pour les différents types de dégâts d'eau ou pour les inondations et ainsi mieux évaluer les protections que vous devriez détenir pour faire face à une éventuelle répartition des frais à la suite d'un sinistre.

Vous êtes tenu responsable d'un sinistre?

Vous oubliez d'éteindre une chandelle et un incendie se déclare? Votre syndicat peut vous réclamer la totalité des montants non couverts par son assurance, sans demander de répartition aux autres copropriétaires. C'est la protection en responsabilité civile de votre propre contrat d'assurance copropriété qui permettra alors d'indemniser le syndicat. Il est donc essentiel que vous souscriviez un montant d'assurance responsabilité suffisant.

Si vous habitez un immeuble de 50 unités, une protection d'un million de dollars en responsabilité civile pourrait bien être insuffisante.

Comme vous pouvez le constater, les changements législatifs apportés peuvent modifier significativement vos besoins d'assurance copropriété. Il est important d'en discuter avec notre équipe d'agents en assurance de dommages, en communiquant avec nous au 1 866 350-8282.





Catherine Cloutier,
L.L. B., D.D.N.

Notaire, Gestion
de patrimoine

BESOIN D'UN NOTAIRE EN PÉRIODE DE DÉCONFINEMENT ?

Alors que la reprise gagne du terrain et que le déconfinement nous laisse entrevoir un retour à une quasi-normalité, vos plans et projets de vie personnels et professionnels en tant que médecin refont surface et s'imposent à nouveau.

Que faire actuellement si vous aviez prévu procéder à une transaction immobilière et aller chez le notaire pour signer un acte d'hypothèque et un acte de vente ? Et pouvez-vous procéder si vous désirez revoir votre testament, votre mandat de protection, votre convention de vie commune ou tout autre acte notarié ?

Pandémie oblige

C'est vers la fin du mois de mars que les services notariaux sont apparus sur la liste des services essentiels. En effet, le 27 mars 2020, le gouvernement du Québec donnait son accord pour permettre aux notaires de recevoir des actes notariés de façon technologique¹. Depuis le début du mois d'avril, ceux-ci peuvent signer des actes notariés de façon électronique qui ont la même valeur juridique que s'ils avaient été signés en personne, devant notaire.

Soyez donc rassuré puisque l'acte clos à distance est un acte notarié en minute sur support technologique et il est **authentique**. Cela signifie qu'il fait foi devant les tribunaux de son contenu, de l'exactitude de la date et des signatures apposées sans qu'il soit nécessaire d'en faire la preuve.

Il s'agit d'une alternative sécuritaire à la rencontre physique entre notaire et clients, qui est conforme aux directives gouvernementales de distanciation sociale.

Il est important de souligner que les notaires ne sont pas obligés d'utiliser cette façon de faire : il s'agit simplement d'un moyen mis à leur disposition pour faciliter la protection juridique des citoyens en situation de besoin pendant la crise sanitaire. Comme il s'agit d'un choix discrétionnaire, nous vous conseillons fortement de vérifier auprès de votre notaire s'il offre cette alternative à sa clientèle.

¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Arrêté numéro 2020-10 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 27 mars 2020, Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2).



À SITUATION EXCEPTIONNELLE, INTELLIGENCE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE.

Adaptez votre situation fiscale et financière à la nouvelle réalité économique grâce aux stratégies de pointe de nos experts.

Parlons-nous



Des mesures temporaires

Pour celles et ceux qui se demandent si la signature d'actes notariés de façon électronique est une mesure exceptionnelle conçue pour durer, il est important de souligner qu'il s'agit d'une **alternative mise en place temporairement** afin de permettre à la population québécoise de bénéficier d'une protection même en situation de crise sanitaire, et non d'une solution permanente. Cette procédure est en vigueur pour la durée de l'état d'urgence sanitaire décrété par le gouvernement et, au moment d'écrire ces lignes, elle est renouvelée chaque semaine.

Achat et vente de propriétés

Les mesures actuelles permettent aux notaires de réaliser les dossiers urgents, comme par exemple les transactions immobilières. Acheteurs et vendeurs peuvent donc clore la transaction à la date prévue dans la promesse d'achat. En conséquence, si vous aviez planifié déménager dans votre nouvelle résidence au cours des prochaines semaines ou des prochains mois, rassurez-vous, cela est encore possible. Vous pourrez devenir propriétaire en toute quiétude.

Actes notariés reliés à votre situation personnelle

Si vous vous demandez s'il est préférable d'attendre avant de faire ou de refaire votre testament, votre mandat de protection en cas d'incapacité, votre contrat de vie commune, votre contrat de mariage ou tout autre acte notarié, nous vous invitons à communiquer avec un notaire, qui pourra vous conseiller en évaluant votre situation et vos besoins.

Il pourra aussi vous mentionner quels seront les délais pour l'exécution de votre dossier puisqu'en cette période de pandémie, il est possible que le traitement du dossier nécessite un peu plus de temps qu'à l'habitude. Rien de mieux qu'une communication pour clarifier les attentes!

Une chose est certaine; si vous êtes prêt à procéder, nul besoin d'attendre puisque des mesures alternatives et des mesures de protection en conformité avec les directives sanitaires ont été mises en place.

En mode adaptatif

Outre la possibilité de signer des actes notariés par moyen technologique, certains notaires ont usé d'imagination afin de rendre leur bureau conforme aux directives émises par le gouvernement. D'autres ont aussi adapté leur pratique notariale, notamment afin de répondre aux besoins urgents des personnes qui n'ont pas accès aux moyens technologiques, mais qui souhaitent tout de même revoir leur testament et leur mandat de protection en cas d'incapacité.

Que ce soit par :

- une série de questions adressées au client,
- l'adaptation physique de leur bureau,
- l'affichage de directives claires à l'entrée du bureau,
- l'obligation de se désinfecter les mains dès l'entrée dans le bureau,
- l'ajout de plexiglas,
- ou encore le déplacement à l'extérieur en respectant la distance requise afin de rencontrer les clients pour la signature.

Les notaires ont su innover et s'adapter pour continuer d'offrir leurs services, tout en respectant leurs obligations déontologiques, législatives et réglementaires dans le contexte de la COVID-19.

Il n'en demeure pas moins que chaque notaire peut, à sa discrétion, choisir de ne pas rencontrer de clients en personne. Dans tous les cas, il est conseillé de communiquer avec votre notaire afin de vérifier directement auprès d'elle ou de lui les moyens privilégiés pour l'exécution du dossier.

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.

Innover pour bien servir nos clients

Chez Financière des professionnels, notre équipe de notaires est toujours disponible et à l'écoute des besoins des médecins spécialistes, adaptant ses services grâce aux divers moyens technologiques, notamment par le biais de rencontres virtuelles (vidéoconférences).

Notre équipe reste toujours informée et à l'affût des changements juridiques afin de bien vous conseiller. Nous voulons que vous puissiez profiter de notre expertise, même durant cette période inhabituelle de reprise des activités. Grâce à la diversité de nos services, nous pouvons vous accompagner dans la réalisation des projets qui vous tiennent à cœur, dans votre planification successorale ou encore dans le règlement de votre succession.

Répondre à vos attentes, être présents et protéger vos intérêts est notre priorité.



MÉDECINE, FEMMES ET MÉDIAS

Pour une deuxième année, la FMSQ a tenu son événement soulignant la Journée internationale des femmes. M^e Yolande James, avocate-médiatrice, commentatrice politique et ex-ministre, a animé la conversation entre la D^{re} Diane Francœur, présidente de la FMSQ et gynécologue-obstétricienne, et la D^{re} Sophie Mottard, chirurgienne orthopédiste-oncologue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui a notamment participé à l'émission *De Garde 24/7*.

Des invités de tous les horizons professionnels ont échangé sur la thématique « Médecine, femmes et médias » : quelle est la relation entre la médecine et les médias ? La représentation des médecins dans les nombreuses émissions télévisées est-elle réaliste ? Le traitement réservé aux femmes est-il le même que celui fait aux hommes ? Quelle est la meilleure façon de médiatiser les avancées de la science ?

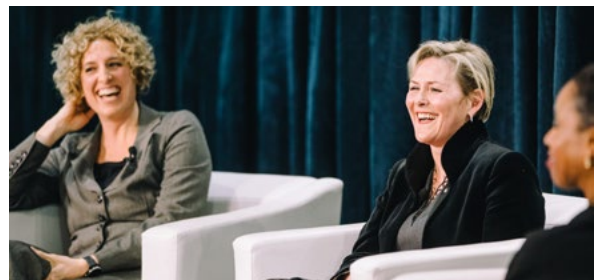
L'édition 2020 fut l'occasion de remettre les premiers prix Irma-Levasseur et Marthe-Pelland, créés l'année précédente pour souligner le leadership féminin. Avec ces deux nouveaux prix, la FMSQ concrétise sa volonté d'encourager les femmes médecins à joindre les affaires associatives et publiques, ou encore à occuper des postes de gestion dans le milieu de la santé.

« La société a beaucoup évolué du point de vue de l'égalité hommes-femmes, mais il ne fait aucun doute qu'il y a encore beaucoup de chemins à parcourir, notamment dans le monde médical.

Par ces deux prix, je veux encourager les femmes médecins à se surpasser et à soutenir notre vocation, comme l'ont fait Irma Levasseur et Marthe Pelland », a soutenu la D^{re} Francœur.

Le prix de la relève Marthe-Pelland a été remis à la D^{re} Jessica Forcillo, chirurgienne cardiovasculaire et thoracique depuis trois ans. Il reconnaît le leadership de la D^{re} Forcillo tant elle a su se démarquer par ses nombreux accomplissements professionnels. Elle représente un exemple à suivre pour toutes les femmes médecins en début de carrière. La D^{re} Forcillo remporte une bourse et deviendra membre d'une cohorte de l'Effet A.

Le prix expérience Irma-Levasseur a quant à lui été remis à la D^{re} Karine Igartua, psychiatre depuis 20 ans. La D^{re} Igartua a su se démarquer au fil de sa carrière par sa détermination, son leadership ainsi que ses capacités de gestion. Elle remporte une formation à l'Institut du leadership en gestion.





Suzanne Blanchet, réd. a.

DEUX FEMMES MÉDECINS D'EXCEPTION

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) est fière de porter au panthéon des Grands Noms de la médecine les D^{res} Karine Igartua et Jessica Forcillo. Ces deux femmes d'exception ont respectivement reçu les prix Irma-Levasseur et Marthe-Pelland en mars dernier, à l'occasion de la Journée internationale des femmes 2020.


D^{re} Karine Igartua

D^{re} Jessica Forcillo

La D^{re} Karine Igartua est une femme aussi déterminée que l'était Irma Levasseur. À la fin du XIX^e siècle, celle qui allait devenir la première femme médecin canadienne-française avait dû s'exiler aux États-Unis pour suivre sa formation. De retour au Québec en 1900, Irma Levasseur s'est battue pendant trois ans afin qu'un projet de loi lui accorde le droit d'être admise au Collège des médecins et chirurgiens du Québec. Elle s'est spécialisée en pédiatrie et a fondé l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Or, la D^{re} Igartua n'hésite pas à se définir comme une activiste. Son sens du militantisme ne s'est jamais démenti, depuis ses premiers engagements à l'école secondaire jusqu'à la fondation du Centre d'identité sexuelle de l'Université McGill (CISUM) et la création du Mouvement Alpha connectés.

En 1924, Marthe Pelland est devenue la première femme à être admise dans une faculté de médecine francophone au Québec. Elle a aussi été la première femme à recevoir une bourse du gouvernement qui lui a permis d'étudier la neurologie en Europe pendant trois ans.

Marthe Pelland serait fière du cheminement de la D^{re} Jessica Forcillo. La première lauréate de ce prix de la relève qui porte son nom ne compte que trois ans d'expérience, mais elle a déjà fait sa marque. Première chirurgienne cardiaque au Canada à avoir suivi une formation en thérapie valvulaire transcathéter, elle exerce cette surspécialité au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Elle a aussi créé dans cet établissement un centre en santé cardiovasculaire de la femme, qui devrait voir le jour en 2020.



D^{re} KARINE IGARTUA, UNE PSYCHIATRE ACTIVISTE

Cofondatrice du Centre d'identité sexuelle de l'Université McGill (CISUM), la D^{re} Karine Igartua est présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) depuis 2013. À ce titre, elle est de toutes les tribunes portant sur la santé mentale. Elle met ses talents de revendicatrice au service de la population en poursuivant un but : faire changer les mentalités.



Dès l'école secondaire, la jeune Karine Igartua est une véritable activiste ([voir « Entre chance et travail »](#)). Cette forme d'engagement lui permet d'acquérir des compétences qui lui seront utiles tout au long de sa carrière.

Comme nombre de oégépiens forts en sciences qui optent pour la médecine au début des années 1990, elle passe directement du Collège Jean-de-Brébeuf à l'Université McGill.

Rapidement, elle est captivée par les stages en psychiatrie, spécialité qui pose des défis passionnants : la réponse au traitement peut varier d'une personne à l'autre selon son histoire de vie, sa façon de réagir à la médication ou les ressources émotives ou cognitives dont elle dispose pour s'investir en thérapie. En outre, la relation de confiance est essentielle en psychiatrie.

« On aura beau avoir les meilleurs traitements du monde, si la relation de confiance patient-médecin ne s'établit pas, ça ne marchera pas. »

Elle est si passionnée par cette spécialité qu'elle intègre à sa formation six mois de stages optionnels dans diverses branches de la psychiatrie, notamment deux mois dans une clinique psychiatrique pour adolescents en Australie. La médecine d'urgence étant également dans son champ d'intérêt vu les imprévus qu'elle comporte, elle choisit de travailler en urgence psychiatrique. Elle exerce depuis 20 ans à l'Hôpital général de Montréal (HGM).

« Quand je suis témoin d'actions injustes, j'ai de la difficulté à me taire. J'ai toujours voulu améliorer les choses. Et aujourd'hui, j'ai beaucoup d'occasions de le faire! »

L'identité sexuelle, son cheval de bataille

Pendant sa résidence, la D^{re} Igartua rencontre le futur psychiatre Richard Montoro. C'est le début d'une solide amitié et d'un rêve commun, celui de créer le **CISUM**, où une minorité sexuelle ostracisée pourrait consulter un professionnel de la santé mentale en toute confiance. Le CISUM est inauguré en 1999, au moment où la D^{re} Igartua fait sa surspécialité en psychiatrie pour gais et lesbiennes... un programme qu'elle a dû créer de toutes pièces. Quand il n'y a pas de voie, elle en trace une! Sa première recherche porte sur l'impact de l'homophobie sur la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires dans cette population.

« Quand nous avons ouvert les portes, je croyais que notre centre existerait pendant une dizaine d'années et qu'on n'aurait ensuite plus besoin de nous, vu l'évolution de la société et la perception de l'homosexualité qui changeait. »

Cette prédiction était à la fois vraie et fausse. Effectivement, l'homosexualité étant mieux acceptée qu'il y a 20 ans, les personnes gais et lesbiennes se sentent généralement plus à l'aise aujourd'hui de consulter un psychiatre hors du CISUM, et la plupart des psychiatres de les traiter. Cependant, le Centre a toujours sa raison d'être, mais il répond désormais principalement aux besoins des personnes transgenres, des adultes et des jeunes qui explorent et affirment leur identité de genre, ainsi que des parents qui cherchent à accompagner leurs enfants dans leur démarche. Elle a le ferme espoir que cette clientèle n'étant un jour plus marginalisée, le CISUM ne sera plus nécessaire.

Le Mouvement Alphas connectés

À partir de 2007, la D^{re} Karine Igartua fait partie du conseil d'administration de l'AMPQ; elle en devient la présidente en 2013. Elle entreprend une vaste réforme de la gouvernance et investit en relations publiques afin de redorer l'image de l'Association.

En collaboration avec diverses organisations issues de toutes les sphères de la société qui s'intéressent à la santé mentale des jeunes, l'AMPQ lance le **Mouvement Alphas connectés** en octobre 2019.

Les enfants nés depuis 2010 appartiennent à la génération Alpha, ainsi nommée par un sociologue parce que cette année-là correspond à celle du lancement du premier iPad. Ces enfants n'ont donc jamais connu un univers sans tablette électronique, avec les conséquences que peut avoir cette technologie sur d'aussi jeunes cerveaux.



De plus en plus souvent et longtemps devant leurs écrans, les jeunes sont devenus sédentaires, ont moins de relations sociales en face à face que les générations précédentes et manquent de sommeil parce qu'ils gardent leurs appareils allumés toute la nuit. Ces trois facteurs influent négativement sur leur santé mentale.

Entre chance et travail

La D^{re} Karine Igartua dit avoir eu beaucoup de chance dans la vie. Ce mot revient souvent dans ses propos. D'abord, en ayant deux parents professeurs, pour qui cesser les études avant d'avoir un diplôme universitaire n'était pas une option. Puis, en étant admise en médecine immédiatement après le cégep grâce à sa facilité d'apprendre et à ses excellentes notes. « J'ai aussi eu la chance d'être adolescente à l'époque des mouvements contre l'armement nucléaire et pour la protection de l'environnement, ce qui m'a donné l'occasion d'apprendre très tôt le sens de l'engagement et du militantisme. Par ailleurs, comme j'ai étudié dans un cégep privilégié, qui m'a permis de faire du bénévolat auprès de prisonniers à vie, j'ai pris conscience de la détresse humaine. »

À maintes reprises, elle s'est trouvée à la bonne place au bon moment. Par exemple lorsqu'elle a rencontré Richard Montoro pendant sa résidence, ou encore lorsque le chef de l'urgence de l'HGM – à qui elle avait osé dire, alors qu'elle n'était qu'en Résidence II, qu'elle occuperait un jour son poste – a pris sa retraite à un moment opportun pour la D^{re} Igartua! Elle sera chef de l'urgence pendant 11 ans, pour ensuite conserver uniquement le volet clinique, faute de temps pour le volet administratif depuis son accession à la présidence de l'AMPQ.

Rétrospectivement, elle convient toutefois qu'il lui a fallu aussi une bonne dose de détermination et de travail.

L'IMPRESSONNANT BAGAGE DE LA D^{re} JESSICA FORCILLO



Les femmes comptent pour 7 % des médecins en chirurgie cardiaque au Canada. Encore en début de carrière, la D^{re} Jessica Forcillo est du nombre. Elle est aussi la première chirurgienne cardiaque au pays, hommes et femmes confondus, à avoir acquis une surspécialité en thérapie valvulaire transcathéter.

Chirurgienne cardiaque hybride au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), la D^{re} Jessica Forcillo consacre la moitié de son temps aux chirurgies à cœur ouvert, l'autre à la thérapie valvulaire transcathéter (voir la vidéo [*Innover pour le cœur de ses patients*](#)). Pourtant, lorsqu'elle a annoncé à ses collègues son intention de passer deux ans à l'Emory University Hospital d'Atlanta, aux États-Unis, afin d'apprendre cette surspécialité, ils avaient tenté de l'en dissuader, convaincus que cette thérapie n'avait aucun avenir.

La D^{re} Forcillo a néanmoins décidé de suivre son intuition. La suite lui a donné raison : aujourd'hui, ses compétences sont mises à contribution non seulement au CHUM, mais aussi à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM). En outre, elle donne un cours d'introduction à la thérapie valvulaire transcathéter à l'Université de Montréal afin de susciter l'intérêt des résidents en chirurgie cardiaque ; sous son influence, l'un d'eux a commencé sa formation dans cette surspécialité en France.

Garder le cap

Ses intuitions, la D^{re} Forcillo les suit depuis sa plus tendre enfance. À 12 ans, elle savait déjà qu'elle serait un jour chirurgienne cardiaque. À l'époque, elle a même écrit un « livre » sur la cardiologie. Ce livre, que sa mère conserve précieusement, la fait sourire aujourd'hui, car sa teneur n'est pas nécessairement crédible, mais il témoigne du sérieux des ambitions de la petite Jessica.

Refusée en médecine à la fin de ses études au cégep, elle aurait pu y voir un échec, mais la jeune femme en a plutôt profité pour s'inscrire au baccalauréat en physiothérapie à l'Université McGill.

« Le baccalauréat en physiothérapie m'a appris l'importance du travail en interdisciplinarité, de la bonne communication avec les membres de l'équipe médicale et de la nécessaire réadaptation après une intervention chirurgicale. Surtout, j'ai beaucoup gagné en maturité au cours de ces trois années. »

Elle a toujours gardé le cap, malgré ce baccalauréat qui aurait pu la faire dévier de son objectif. Au contraire, il lui a ouvert les portes du [programme M.D.-M. Sc.](#) de l'Université de Montréal. Ce cheminement médecine-recherche représente une occasion pour les étudiants du doctorat en médecine d'acquies une formation poussée en recherche. Pour la maîtrise, elle opte pour les sciences biomédicales. Elle fait alors de la recherche fondamentale à l'ICM dans le laboratoire du Dr Louis Perrault, effectue des opérations sur un modèle animal et participe aux journées éducatives auprès des résidents en chirurgie cardiaque.

Une femme engagée

Durant son externat, elle reçoit du directeur du programme de chirurgie cardiaque un conseil qu'elle applique : ouvrir ses horizons afin de vérifier si d'autres types de chirurgie pourraient l'intéresser. Toutefois, force est de constater que, même si elle aime la chirurgie générale, la neurochirurgie et la chirurgie plastique, c'est la chirurgie cardiaque qui demeure sa passion première.

« En chirurgie cardiaque, il n'y a jamais de routine. Je carbure à l'adrénaline. J'aime bouger, être dans l'action, dans le stress. Le bon stress! »

Après sa résidence en chirurgie cardiaque, elle poursuit des projets de recherche clinique et publie ses résultats, donne des conférences et participe à des congrès.

De retour à Montréal, après sa surspécialité en thérapie valvulaire transcathéter et une maîtrise en santé publique à la Rollins School of Public Health qu'elle a fait en même temps, elle s'inscrit au doctorat en sciences biomédicales, tout en amorçant sa carrière principalement au CHUM, où elle exerce depuis trois ans.

« On traite les femmes comme on traite les hommes, alors qu'il y a de plus en plus d'évidences dans la littérature que c'est une erreur. Les femmes meurent deux fois plus que les hommes à la suite d'un événement cardiaque. Il faut essayer de comprendre la maladie cardiaque au féminin. »

Femme engagée, la Dr^e Jessica Forcillo fait partie du conseil d'administration d'[Une voix aux maladies valvulaires](#), un organisme sans but lucratif de mobilisation ayant pour principal objectif l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie valvulaire cardiaque.

Depuis quatre ans, elle préside ce qu'elle appelle le *bootcamp* préparatoire à l'examen de spécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, organisé en partenariat avec la Société canadienne de cardiologie. Pendant 2 jours, 10 chirurgiens cardiaques bénévoles font vivre aux résidents un véritable marathon.

Chaque année, le contenu de cette formation accélérée doit être actualisé, et la Dr^e Forcillo s'est assurée d'inclure un volet sur la thérapie valvulaire transcathéter.

Avant tout, de la discipline

La Dr^e Forcillo, on le constate, déborde d'une énergie peu commune qu'elle doit canaliser. Tous les matins, elle se lève à 4 h 20 pour s'entraîner pendant une heure. Elle juge essentiel de garder la forme, la chirurgie cardiaque étant très exigeante sur le plan physique et mental. Sa discipline, elle l'a acquise au cours de ses nombreuses années de nage synchronisée. En effet, de la petite école à la fin de son baccalauréat en physiothérapie, entraînements réguliers et compétitions ont toujours été à son agenda.

Innover pour le cœur de ses patients



Un prix pour des travaux en Afrique subsaharienne

Pendant que la Dr^e Jessica Forcillo était à Atlanta pour sa surspécialité, elle a fait parallèlement une maîtrise en santé publique qui l'a amenée à effectuer un stage de six semaines en Afrique subsaharienne. « Le sud du continent compte une vingtaine de centres de chirurgie cardiaque, mais on sait peu ce qui s'y passe. Afin de répertorier les ressources humaines et matérielles disponibles, les soins offerts et les problématiques propres à ces centres, j'ai conçu un outil d'évaluation en collaboration avec une des rares femmes cardiologue en Afrique du Sud. Cet outil permettra de dresser un portrait de ces centres et de proposer ensuite des recommandations, voire des programmes de mentorat avec des centres du Canada, des États-Unis ou d'Europe. »

En février dernier, la Thoracic Surgery Foundation (TSF), branche caritative de la Society of Thoracic Surgeons, a annoncé l'octroi de bourses appuyant des programmes de recherche et d'enseignement en chirurgie cardiothoracique, dont une à la Dr^e Forcillo, afin qu'elle adapte son outil d'évaluation à l'ensemble des pays d'Afrique. Le prix TSF Every Heartbeat Matters vise à fournir un soutien aux programmes qui éduquent, dépistent ou traitent des populations mal servies, ce qui réduit le fardeau mondial des maladies valvulaires.



PRIX ET DISTINCTIONS

Doyen de la faculté de médecine de l'UdeM et leader canadien en neurologie



Luc Lausière - CHUM

Le Conseil de l'Université de Montréal a nommé le **D^r Patrick Cossette** doyen de la Faculté de médecine pour un mandat de cinq ans à compter du 1^{er} septembre 2020. Le recteur de l'UdeM, Daniel Jutra, a souligné le dynamisme du D^r Cossette, sa capacité d'écoute et sa vive intelligence. Il estime que son excellente connaissance de la faculté, sa vaste expérience et son parcours inspirant sauront contribuer à amener la faculté de médecine encore plus loin et à la situer parmi les chefs de file canadiens en santé.

En février dernier, la Société canadienne de neurologie désignait le D^r Cossette leader canadien en neurologie. Le D^r Cossette est neurologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal ainsi que professeur et directeur du Département de neurosciences de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Chercheur principal à l'axe des neurosciences du Centre de recherche du CHUM, il dirige un programme de recherche sur la génétique et les mécanismes moléculaires de l'épilepsie pharmacorésistante. Parmi ses nombreuses découvertes figure le premier gène lié à l'épilepsie myoclonique juvénile.

[Source](#)



Tournoi de golf du PAMQ : rendez-vous en 2021

La 15^e édition du Tournoi de golf du Programme d'aide aux médecins du Québec est reportée en 2021. Médecins spécialistes, omnipraticiens, résidents et étudiants en médecine, partageront donc le plaisir de se retrouver sur le terrain de golf l'année prochaine.

L'argent recueilli lors de ce tournoi est mis à profit de la Fondation du PAMQ. Avec cette pandémie, le PAMQ a plus que besoin d'aide pour réaliser sa mission de soutien auprès des médecins.

[Je soutiens le PAMQ, je fais un don.](#)

Encore des honneurs pour la D^{re} Liu

À l'occasion de la Journée internationale des femmes et des filles de science, en février dernier, le quotidien ontarien *Peterborough Examiner* a publié la liste de 10 Canadiennes qui ont apporté une contribution significative dans leurs disciplines scientifiques respectives. La **D^{re} Joanne Liu** est au nombre des femmes qui y sont à l'honneur. Professeure de clinique au Département de pédiatrie de l'Université de Montréal et pédiatre-urgentiste au CHU Sainte-Justine, elle a été présidente internationale de Médecins sans frontières de 2013 à 2019. La D^{re} Liu a reçu la prestigieuse Médaille d'honneur de l'Assemblée nationale du Québec en 2018 pour son engagement humanitaire. La même année, la Chambre de commerce et d'industrie de Québec la nommait Grande Québécoise, section santé.



[Source](#)

La République française honore un des nôtres

Le **D^r Serge Quérin** vient d'être nommé officier de l'Ordre des arts et des lettres de la République française. Cette distinction souligne sa contribution au rayonnement de la langue française en milieu médical en France et ailleurs dans le monde. Son apport le plus original à la valorisation du français est sans contredit son *Dictionnaire des difficultés du français médical*, qui en est à sa troisième édition. Il a également codirigé la rédaction du manuel *L'essentiel sur la néphrologie et l'urologie*. Le D^r Quérin est professeur au Département de médecine de l'Université de Montréal et néphrologue à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.



Médecins francophones du Canada

[Source](#)



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

Moi j'ai appelé, moi j'ai consulté

Appeler au PAMQ, un signe de faiblesse?
Au contraire! Il faut être fort pour demander de l'aide.

Des médecins le font chaque année, pour toutes sortes de raison. Car toutes les raisons sont bonnes pour parler si on en ressent le besoin. Retrouvez les témoignages de plusieurs médecins qui partagent leur expérience lorsqu'ils ont fait appel au PAMQ.

[Découvrir les témoignages](#)



Services aux membres et avantages commerciaux

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

NOS FILIALES



fprofessionnels.com
1 888 377-7337

Sogemec
ASSURANCES

sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES



dtmontreal.doubletreebyhilton.com
1 800 361-8234



hotelbirksmontreal.com
514 370-3000



germainhotels.com
514 985-6069



tremblant.ca/golf
1-866-783-5634

Pour découvrir vos avantages commerciaux



Spécialistes de vous



Spécialistes de vous