

S

Le Spécialiste

FMSQ

Volume 22, n° 2 – Décembre 2020

JFI 2020 100 % VIRTUELLES UN SUCCÈS

DANS CETTE ÉDITION



LA GÉRIATRIE EN VEDETTE



LE CHANTIER DE LA PERTINENCE



SITE WEB



COMMENCER SA PRATIQUE
EN TEMPS DE PANDÉMIE

Mettez de l'intelligence dans vos finances.

Nos experts-conseils offrent le plus haut niveau d'accompagnement en gestion financière appliquée à la réalité des médecins.





DANS CETTE ÉDITION :

- 7 Élections à la FMSQ : sur la ligne départ
- 9 Les conditions de pratique
- 11 Les pouvoirs du syndic sous enquête
- 15 Contrôles de la RAMQ

23

Évelyne Rey, pionnière de la
médecine interne obstétricale

Grand nom de la médecine



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

4^e trimestre 2020

Bibliothèque nationale du Québec

ISSN 1206-2081

20

Organisation des soins aux aînés

Alors que le Québec accusait déjà un retard important dans l'organisation des soins aux aînés, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a exacerbé les grandes failles du système de santé, particulièrement en CHSLD.

27

Le D^r Sébastien Jacquemont
traque l'autisme

Chercheur et médecin spécialiste en génétique au CHU Sainte-Justine, le D^r Sébastien Jacquemont a conçu un outil bio-informatique de prédiction de l'autisme.

30

Médecins et proches aidants,
des alliés de longue date

Le projet de loi n° 56, *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives*, a été adopté le 28 octobre dernier.

41

Commencer à exercer
en pleine pandémie

Tout au long de leurs études, les futurs médecins spécialistes essaient d'imaginer ce que sera leur vie professionnelle lorsqu'ils auront reçu leur diplôme.



D^{re} Diane Francœur

L'ESPOIR ET LA SCIENCE

Le numéro de décembre 2020 est enfin prêt et nous rappelle que l'année s'achève. Quelle année ! Je n'aurais jamais imaginé que les derniers mois de mon mandat seraient si mouvementés. Alors que le réseau est dans un état critique et qu'on déleste des activités, les vaccins donnent une lueur d'espoir dans la grisaille. C'est à ça qu'il faut s'accrocher, l'espoir que la science nous apporte encore une fois. Mais aussi, l'espoir que la science, la vraie, cessera d'être manipulée par les complotistes en mal de pouvoir.

Dans cette édition, nous revenons sur les 13^e Journées de formation interdisciplinaire tenues les 20 et 21 novembre dernier, où la COVID-19 a évidemment pris énormément de place. Le panel d'experts internationaux a particulièrement suscité l'intérêt des médecins québécois. Nos inquiétudes, nos constats, nos problèmes sont planétaires. Se comparer en temps réel nous rend solidaires face à l'absence d'une solution magique, personne ne souhaite être le dernier de la classe.

La COVID-19 aura tristement exposé les Québécois au sort qu'ils réservent aux aînés. Le président de l'association des gériatres, le D^r Serge Brazeau, et la présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec, Catherine Lajoie, font la lumière sur les réalités du réseau et nous donnent franchement envie de prendre davantage soins de nos aînés. Une belle conversation qui partage la vision de la fraîcheur de la jeunesse et la fatalité de l'expérience.

Je vous invite à découvrir des médecins extraordinaires qui représentent ce que la médecine a de mieux à offrir : des avancées scientifiques rendues possibles grâce à des passions pour l'excellence et une empathie pour l'humain. Ainsi, ma collègue la D^{re} Évelyne Rey, fondatrice de la médecine interne obstétricale au Québec, explique notamment que, malgré un âge maternel avancé et des comorbidités importantes, les contre-indications à la grossesse sont presque disparues.

Une campagne électorale se déroulera en début d'année pour élire un président ou une présidente, à qui j'aurai l'honneur de remettre les clés de la FMSQ en mars prochain. Je souhaite une bonne course aux candidats et aux candidates. J'espère que vous serez nombreux à vous présenter aux postes d'administrateurs vacants. « Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles », disait le philosophe Sénèque.

Bonne continuité à toute l'équipe de la FMSQ et un grand merci à l'équipe de rédaction de ce magazine pour toutes ces années. Sa conversion au format électronique me ravit, les contenus percutants attirent sans contredit votre attention. Nous avons besoin de relève, n'hésitez pas à vous manifester si vous avez du temps pour nous aider à élaborer des contenus.

En terminant, je vous souhaite mes meilleurs vœux pour cette période des fêtes atypique. Retrouvons la simplicité dans notre bulle familiale, voire la complicité de notre ordinateur, s'il s'agit d'une bulle à une place... Pour ma part après mes nuits à l'hôpital les 23 et 24 décembre, je planifie dormir jusqu'à l'an prochain, en alternance avec quelques escapades en plein air.



Mon mandat se termine en mars 2021. Vous lisez dans ce numéro mon dernier mot à titre de présidente de la FMSQ.

Dans mon premier éditorial, je commençais en disant : « Du moment où j'ai commencé ma pratique, j'ai pris conscience que, pour améliorer la médecine, il fallait non seulement faire avancer la recherche, mais aussi s'intéresser à la façon dont sont dispensés les soins. C'est pourquoi je me suis aussi impliquée dans l'amélioration de nos conditions de pratique. Force m'est de constater combien il y a à faire pour la médecine spécialisée. » C'est donc avec une grande joie que je vous invite à lire le texte de notre collègue et directeur des affaires professionnelles, le D^r Jean-Denis Roy, à propos de l'entente adoptée le 10 décembre 2020 sur les conditions de pratique en médecine spécialisée.

Une grande source de fierté en cette fin de mandat, un moment historique pour la fédération.



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 42 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*

Élections à la FMSQ

SUR LA LIGNE DÉPART

2021 sera une année bien particulière pour la FMSQ, car il s'agit d'une année d'élections. Des élections d'autant plus spéciales que la présidence et la vice-présidence seront à pourvoir.

En effet, la D^{re} Diane Francoeur et le D^r Raynald Ferland, respectivement présidente et vice-président, sont arrivés au terme de leur mandat. Derrière ces élections se cache un processus rigoureux et complexe, réglé au quart de tour. Vous lancerez-vous dans la course ?



Les postes en élection

- Présidence
- Vice-présidence
- Conseillers (5 postes)
- Conseiller régions intermédiaires
- Conseiller régions éloignées

Des fonctions accessibles à tous les médecins spécialistes

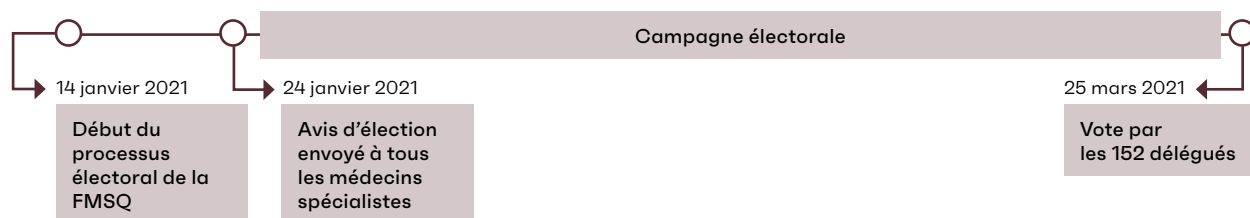
Tout médecin spécialiste cotisant à la FMSQ et membre en règle d'une de ses 35 associations affiliées peut poser sa candidature à un poste au conseil d'administration de la FMSQ. En ce qui concerne les régions intermédiaires et éloignées, seuls les médecins y ayant leur pratique principale sont éligibles pour les représenter. Selon le règlement intérieur de la FMSQ, un conseiller a une « pratique principale » dans une région donnée s'il consacre plus de 50 % de son temps attribué à ses activités professionnelles dans cette région.

Il n'y a pas d'autre prérequis pour devenir candidat. Il n'est pas nécessaire d'avoir préalablement exercé des fonctions au sein d'autres instances, comme l'Assemblée des délégués ou son association médicale, bien que cela puisse constituer un atout. Vous devrez néanmoins obtenir l'appui de trois délégués pour poser votre candidature.

Postes en élection : tout est possible !

Techniquement, tous les postes sont ouverts et peuvent faire l'objet d'une élection. Par conséquent, si plus d'une candidature est reçue pour un poste, ce dernier sera soumis au vote. Par ailleurs, il y aura automatiquement élection si la personne qui occupe un poste a décidé de ne pas se représenter ou encore si elle a atteint le nombre maximal de mandats qu'il lui est possible de faire, comme ce sera le cas en 2021 pour la présidente et le vice-président sortants.

La limite a été fixée à trois mandats de 2 ans, soit 6 ans, pour l'ensemble des membres du CA, à l'exception du président et du vice-président, dont le nombre de mandats peut s'élever à quatre consécutifs, soit un maximum de 8 années. Les termes antérieurs du président et du vice-président comme membres du conseil d'administration ne sont pas comptabilisés. Toutefois, un membre ne peut cumuler plus de six mandats consécutifs (ou 12 années).



Quelques règles à connaître avant de se lancer

Vous songez à poser votre candidature à un poste au sein du conseil d'administration de la FMSQ? Il importe de bien connaître les règles et de vous préparer avant de vous lancer.

Le processus électoral de la FMSQ entre officiellement en vigueur 70 jours avant la date de l'élection. Un comité de nomination indépendant est alors formé, suivant l'article 8.1 du Règlement intérieur. Composé de trois délégués, ce comité a pour mandat d'orchestrer l'ensemble du processus électoral en fonction des règles établies.

Au moins 60 jours avant l'Assemblée des délégués au cours de laquelle aura lieu le vote, le comité envoie un avis d'élection à tous les médecins spécialistes membres de la FMSQ. Ils peuvent alors remplir un bulletin de mise en candidature pour chacun des postes d'officier ou de représentant régional du conseil d'administration, y compris à la présidence de la Fédération. Une fois rempli, ce bulletin devra porter la signature de trois délégués qui appuient le candidat.

Trois semaines avant l'élection, le processus de mises en candidature arrive à terme; le comité de nomination prend connaissance des candidatures reçues et s'assure de leur conformité. En prévision du vote à venir, la liste de tous les candidats est envoyée aux délégués au moins 15 jours avant la date prévue de leur assemblée.



Le jour J : le 25 mars 2021

L'Assemblée des délégués est l'instance décisionnelle de la FMSQ. Elle tiendra son vote le 25 mars 2021. Les 152 délégués exerceront leur droit de vote au nom des quelque 10 000 médecins spécialistes du Québec.

Selon la procédure électorale, l'Assemblée des délégués élit un président d'élection, qui sera le chef d'orchestre de la procédure électorale le jour du vote. Il aura la

responsabilité de recevoir la liste des candidats du comité de nomination, de la soumettre à l'Assemblée et de fixer la procédure électorale.

Par la suite, chaque candidat fera une brève présentation devant les électeurs.

Enfin, le vote pourra avoir lieu. L'Assemblée des délégués devra élire un administrateur pour chacun des postes à pourvoir. Le président d'élection déclarera élus les candidats qui auront reçu le plus de votes.

Le défi vous intéresse? Restez à l'affût des communications à venir du comité de nomination.

Pour en savoir plus sur la gouvernance et les instances de la FMSQ, visitez la [page sécurisée sur le site web de la FMSQ](#).

Être administrateur : de grandes responsabilités

Assumer les fonctions d'administrateur au sein du conseil d'administration de la FMSQ et représenter les 10 000 médecins qui la constituent viennent évidemment avec de grandes responsabilités. Dans le cadre de leur mandat, les administrateurs auront des devoirs à remplir et des obligations à respecter. Ils seront notamment appelés à établir des orientations en matière de gestion, à approuver les contrats et documents engageant la responsabilité de la FMSQ et à créer les comités qu'ils jugeront appropriés.

D'un point de vue individuel, les administrateurs doivent, en tout temps, œuvrer dans l'intérêt de la personne morale qu'est la FMSQ de façon informée et indépendante. Leurs gestes doivent être justes et équitables pour l'ensemble des parties prenantes, selon les circonstances.





Par Jean-Denis Roy, M.D.

Directeur,
affaires professionnelles

Conditions de pratique UN GAIN HISTORIQUE!

Les médecins spécialistes ont concrétisé un des plus grands gains de l'histoire de leur fédération : le droit de négocier leurs conditions de pratique en établissement.

En effet, ce droit avait été reconnu à la signature de l'entente de 2018 et, après deux ans de négociations, les modalités ont enfin été adoptées par la FMSQ et le gouvernement.

Tout au long des négociations, la FMSQ recherchait l'équilibre entre l'engagement des médecins au cœur du système public de santé et leur droit de négocier leurs conditions de pratique. Ces dernières étaient compromises par le projet de loi n° 130, qui avait pour but de modifier les dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux.

Mission accomplie, car le cadre de référence convenu balise plusieurs éléments de la pratique médicale, depuis la gestion des fins de carrière jusqu'à l'invalidité, en passant par la définition de statuts de médecin et de leurs privilèges en établissement.

L'entente couvre tous les aspects de la carrière médicale, de la résidence à la retraite. Elle encadre les contrats de transition ou de pratique marginale en fin de carrière. L'entente vient aussi simplifier la gestion et favoriser la rétention des médecins qui souhaitent poursuivre leur contribution au réseau.

Comme travailleurs autonomes, les médecins s'exposent à des conséquences importantes sur leur carrière en cas d'invalidité; les différents scénarios (totale ou partielle, temporaire ou permanente) sont maintenant balisés.

Ce ne sont là que quelques exemples du nouvel encadrement de la pratique de la médecine spécialisée au Québec.

Pour la FMSQ, et plus particulièrement la Direction des affaires professionnelles, c'est la fin d'un long processus d'échanges qui a suscité plus de 20 rencontres du comité FMSQ-MSSS-SCT.



Historique de l'entente sur les conditions de pratique



9 décembre 2016

Le gouvernement du Québec dépose à l'Assemblée nationale du Québec le projet de loi n° 130, *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*.

Le même jour, la Fédération annonce sa position dans les médias : le ministre Gaétan Barrette va trop loin.

13 mai 2017

Plus de 3000 médecins spécialistes se rassemblent au Stade olympique à Montréal pour demander le retrait du projet de loi n° 130.

15 mai 2017

La Fédération met en demeure le gouvernement du Québec de surseoir à l'application des nouvelles règles et procédures de gestion des PEM.

25 octobre 2017

L'Assemblée nationale du Québec adopte le projet de loi n° 130 et le sanctionne le lendemain.

10 novembre 2017

La nouvelle loi entre en vigueur.



20 décembre 2017

La Fédération menace le gouvernement d'une demande de contrôle judiciaire en Cour supérieure; le gouvernement écarte alors le ministre Barrette des négociations.

9 février 2018

Le gouvernement conclut une entente de principe avec la FMSQ dans le cadre des conditions de pratique.

16 février 2018

Le gouvernement annonce une entente intérimaire qui prévoit un délai jusqu'à mars 2020 pour définir les conditions de travail des médecins spécialistes.

Mars 2020

Un délai est mis en place jusqu'au 31 décembre 2020 pour parvenir à une entente sur les conditions de pratique, en raison de la pandémie mondiale de la COVID-19.



20 novembre 2020

La FMSQ et le gouvernement conviennent d'une entente de principe concernant les conditions de pratique.

10 décembre 2020

L'entente est officiellement adoptée.



LES POUVOIRS DU SYNDIC SOUS ENQUÊTE

Le 2 novembre 2018 avait lieu l'Assemblée annuelle du Collège des médecins du Québec (CMQ) alors que, depuis plusieurs semaines déjà, il était venu à l'attention de la FMSQ que certains de ses membres se sentaient bousculés pendant les enquêtes disciplinaires du bureau du syndic du CMQ. Pire encore, ils ne sentaient pas que le processus était juste ou même respectueux.



La FMSQ a fait son travail et investi temps et ressources afin de donner une voix crédible et impartiale aux médecins qui, avec raison, se sentaient lésés.

Compte tenu de ces allégations, il était évident que la Fédération devait agir. C'est pourquoi nous avons vivement dénoncé ces comportements devant l'Assemblée et demandé que lumière soit faite sur cette situation qui touchait directement un principe sacré pour les médecins dans l'octroi de leur permis de pratique : l'équité procédurale des enquêtes et les principes de justice élémentaires.

Bien que cette intervention ait été ovationnée par les médecins présents dans la salle, le syndic et directeur des enquêtes au CMQ y est allé – étonnamment – d'une réponse agressive, voire surprenante, niant absolument tout.

Le prélude et l'enquête de la FMSQ

Étant donné la situation, la FMSQ a décidé d'aller au fond des choses et de pousser beaucoup plus loin son investigation afin d'effectuer des représentations justes.

Quelques semaines plus tard, lors d'une Commission des présidents, l'instance consultative de la Fédération, plusieurs présidents des associations médicales affiliées ont témoigné d'histoires d'horreur, d'humiliations et même, dans certains cas malheureux, de détresse psychologique et de suicides chez des médecins spécialistes, réclamant du même coup une action de la Fédération.

C'est ainsi qu'en mars 2019, lors de la réunion de son conseil d'administration, la FMSQ a mandaté une firme spécialisée en droit du travail, qui connaissait bien le droit disciplinaire au Québec. Voulant dissiper tout doute sur la démarche, la Fédération s'est assurée auprès d'avocats de respecter l'ensemble des encadrements en la matière, ce qui a donné lieu au mandat suivant : faire enquête sur des signalements d'inconduite soulevés par plusieurs médecins spécialistes, des comportements considérés abusifs et intimidants de la part de certains membres du bureau du syndic du Collège des médecins dans l'exercice de leurs fonctions.

Ce mandat excluait *de facto* de juger de la nature des enquêtes du CMQ ou des sanctions imposées, l'enquête de la FMSQ n'ayant pas pour but d'évaluer la fonction même des syndic et syndic adjoints.

La FMSQ a alors fait appel à l'ensemble des médecins spécialistes qui s'étaient sentis lésés dans le cadre du processus disciplinaire du bureau du syndic. Son enquêteur a rencontré les participants qui désiraient se prêter à l'exercice, tout en leur assurant la plus entière confidentialité, évitant ainsi toute forme de stigmatisation ou de représailles liées à leur participation. L'enquête consistait à recueillir des témoignages, effectuer des comptes rendus et les confirmer individuellement avec les participants, puis à informer la FMSQ et ses instances de possibles comportements abusifs de la part de certains membres du bureau du syndic.

De larges pouvoirs au syndic

Au Québec, c'est le *Code des professions* qui encadre et balise la pratique des syndic et des syndic adjoints. Ils ont de larges pouvoirs d'enquête dont on trouve peu d'équivalents dans le corpus légal du Québec.

Qui plus est, le *Code de déontologie des médecins* prévoit qu'il n'est pas possible, sous aucune manière, « d'entraver » une enquête. Un concept qui peut porter à interprétation, comme nous le verrons dans les lignes qui suivent.

Avec ces lourdes responsabilités viennent cependant des obligations qui sont tout aussi importantes : agir avec discrétion, indépendance, sans influence extérieure, de manière impartiale, etc. Comme le veut l'adage : avec de lourdes tâches viennent de lourdes responsabilités.

Cour suprême du Canada

Pharmascience c. Binet

Le rôle du syndic d'un ordre professionnel constitue clairement un devoir public. La mission première du syndic est d'enquêter sur la conduite des professionnels afin de protéger les individus bénéficiant de leurs services. La portée du *Code des professions* et le langage qui y est utilisé traduisent cet objectif qu'illustre le libellé de l'art. 23. Comme nous l'avons vu, des considérations de politique judiciaire militent également en faveur de la reconnaissance du droit du syndic d'obtenir tous les renseignements nécessaires à la poursuite efficace de son enquête et à sa décision finale de porter ou non des plaintes disciplinaires.

Constats de l'enquête et recommandations

Constats

En septembre 2019, soit six mois après avoir mandaté l'enquêteur, la Fédération et son conseil d'administration ont reçu le rapport d'enquête. La conclusion était sans équivoque : oui, il y avait bel et bien un problème dans la conduite des enquêtes du bureau du syndic du Collège.

Le premier constat fait état de conduites vexatoires de la part de certains membres du bureau du syndic : ton brusque, manque de respect, langage intimidant, revendicateur ou mesquin, attitude accusatrice, menace de plainte pour entrave, utilisation abusive d'huissiers sur le lieu de travail du participant dans le but de le déstabiliser, etc.

Ce faisant, l'enquête a aussi permis de constater que ces conduites vexatoires minaient la perception des participants quant au fait que le syndic était à la recherche de la vérité; il semblait plutôt chercher un plaidoyer de culpabilité.

Par conséquent, les participants jugeaient qu'il n'était pas possible de participer de façon pleine et entière à l'enquête des syndic, dont le comportement de certains les amenait à douter même du processus dans lequel ils étaient engagés malgré eux.

Enfin, un constat pour lequel la Fédération a souhaité réagir très rapidement est celui de la détresse que certains médecins éprouvaient à la suite d'une enquête : impuissance, isolement, etc. Les enquêtes du syndic du CMQ laissaient donc des traces indélébiles chez des participants qui estimaient manquer de soutien au terme des enquêtes disciplinaires.

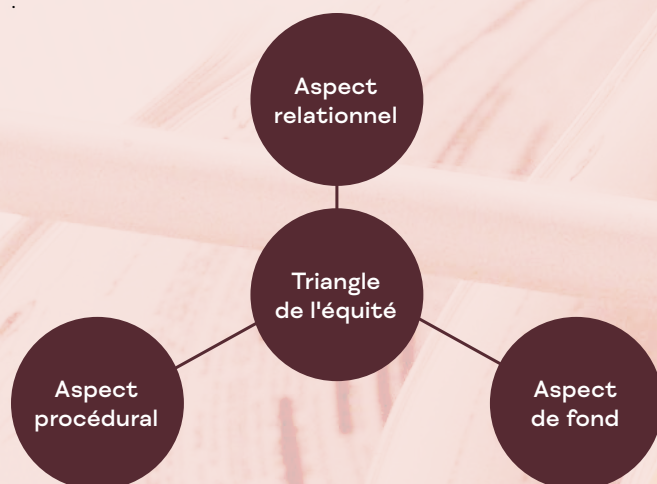
L'enquête réalisée pour le compte de la FMSQ aura tout de même permis de relever un point positif : les plaintes et les reproches des participants ne visaient qu'un nombre limité d'individus au bureau du syndic.

Le triangle de l'équité procédurale

De l'avis de la FMSQ, toute personne ayant affaire avec le syndicat se doit d'être traitée de façon juste et respectueuse, en fonction des principes d'équité et de justice naturelle. Or, c'est l'ensemble des participants à notre enquête qui considèrent ne pas avoir été traités avec équité par les membres du bureau du syndicat au terme du processus disciplinaire, et ce, indépendamment de la décision rendue par le Conseil de discipline.

Les trois dimensions de l'équité dans un tel contexte peuvent être représentées par un triangle qu'on identifie comme étant le « triangle de l'équité ». Chaque côté en illustre une composante fondamentale. Si une de ces composantes est défaillante, le triangle est incomplet et il en découlera une perception d'injustice. Ces composantes sont :

- l'aspect procédural, qui fait référence au processus entourant la prise de décision et sa communication;
- l'aspect relationnel, qui fait référence à l'aspect humain et s'apprécie dans la manière dont les membres du bureau du syndicat traitent les médecins visés par une enquête disciplinaire et dans la perception de ces derniers d'avoir été écoutés;
- l'aspect de fond, qui concerne la légalité et le caractère raisonnable du contenu de la décision.



Dans le cas qui nous occupe, c'est l'aspect relationnel qui est apparu comme ayant été déficient dans le cadre du processus disciplinaire mené par le syndicat du CMQ. Ainsi, on s'attend à ce qu'un représentant de l'autorité démontre du respect à l'égard de l'autre partie et respecte ses engagements, qu'il n'agisse pas comme si la personne était déjà coupable et qu'il n'ait pas un comportement méprisant ou dénigrant à l'égard des personnes.

Recommandations

C'est donc notamment sur cet aspect que sont basées les recommandations que la FMSQ a déposées au Collège :

- 1 mettre en place un ombudsman relevant du Collège des médecins afin de faire une veille active de l'utilisation du pouvoir du syndicat, et qui fera rapport au public de ses activités;
- 2 informer adéquatement le médecin de la nature de la plainte qui le touche, et ce, avant l'audience avec le syndicat, afin que le médecin puisse se préparer comme il se doit;
- 3 permettre des procédures telles que le médecin puisse être accompagné de toute personne qu'il juge appropriée lors des entretiens avec les syndicats (personne-ressource, avocat, proche, etc.);
- 4 actualiser le code d'éthique du bureau du syndicat afin de baliser l'aspect relationnel et de mettre en place une culture basée sur le respect des personnes;
- 5 entreprendre un questionnaire sur les « peines exemplaires » imposées par le syndicat, leur utilité pratique et leur impact sur le continuum de soins;
- 6 adopter une approche constructive face aux fautes médicales plutôt que d'avoir une approche punitive.

Une prise de conscience politique et professionnelle

De façon concomitante à l'enquête de la Fédération, la ministre de la Justice de l'époque, M^e Sonia LeBel, était, elle aussi, saisie d'un problème qui ne semblait pas toucher uniquement le syndic du Collège, mais bien plusieurs syndics parmi les 52 professions soumises à un code professionnel.

En effet, la ministre écrivait alors au Conseil interprofessionnel du Québec (l'organisme chapeautant les ordres professionnels au Québec) pour «[P]roduire un état de situation sur les processus d'enquête des bureaux des syndics des ordres professionnels. [L]ui proposer des modifications afin de répondre aux enjeux actuels liés au rôle et aux responsabilités des syndics [et] faire une analyse des bonnes pratiques auprès d'entités exerçant des fonctions et rôles similaires, soient à la fois d'enquêteur et de poursuivant.»

Cette lettre-mandat a donné lieu à la création du Comité spécial sur les pouvoirs des syndics et leurs mécanismes d'évaluation portant sur l'encadrement légal et administratif de la fonction de syndic au sein d'un ordre professionnel.

À la suite de son rapport d'enquête, la FMSQ a eu l'occasion de témoigner devant ce comité le 1^{er} novembre 2019 afin de faire état des mêmes recommandations qu'elle avait soumises au Collège.

Plusieurs des recommandations et des enseignements issus du rapport de la FMSQ ont été retenus dans le [rapport final](#) du comité spécial, notamment en ce qui concerne la mise en place de balises aux enquêtes d'un syndic, de l'actualisation et de la mise en place d'un code de conduite ainsi que d'une révision du processus disciplinaire.

Il faut maintenant passer à l'action!

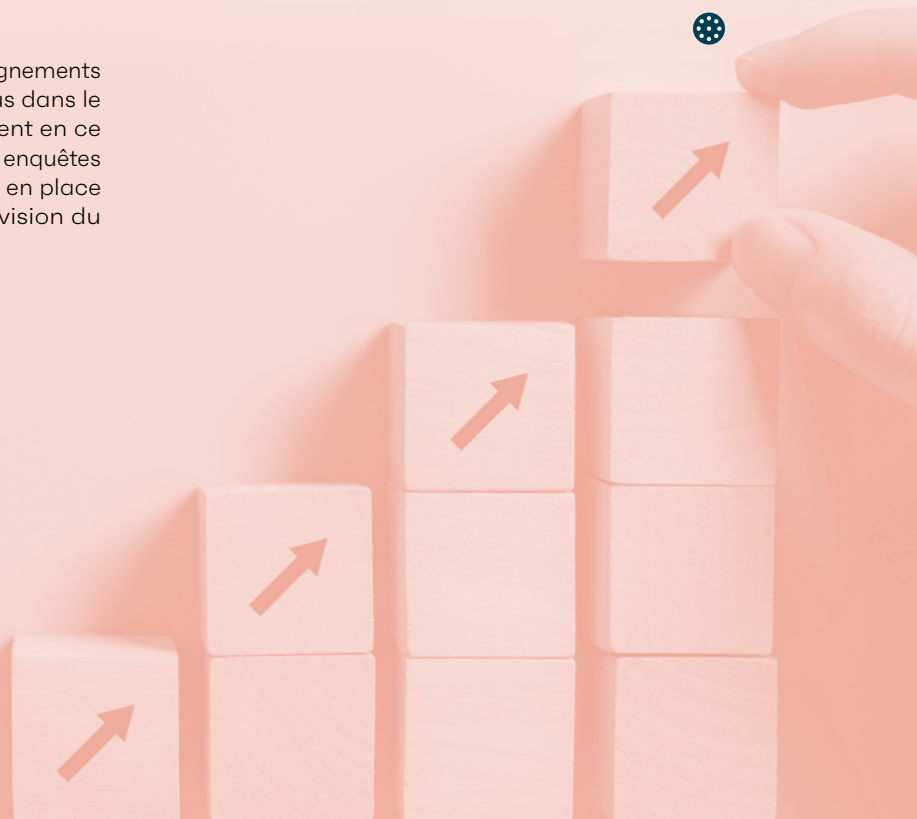
À la lumière des constats et des recommandations du Conseil interprofessionnel du Québec, il est évident que les médecins n'étaient pas les seuls visés par un processus d'enquête disciplinaire qui n'était tout simplement pas équitable.

Nous sommes heureux de constater que plusieurs ont revendiqué d'être entendus pour que la situation change et évolue pour le bien de tous : professionnels, patients et ordres professionnels.

La Fédération a fait son travail et investi temps et ressources afin de pouvoir donner une voix crédible et impartiale aux médecins qui, avec raison, se sentaient lésés.

Depuis, les joueurs ont changé et la ministre de l'époque s'est vu confier un autre portefeuille ministériel; le rapport, bien qu'essentiel, n'a donc pas encore été mis en œuvre et demeure un énoncé de principe à ce stade-ci.

C'est pourquoi la Fédération, de concert avec d'autres syndicats professionnels, militera afin que soient mises en œuvre les recommandations qu'elle a véhiculées auprès des autorités de façon à assurer une meilleure protection de ses membres et une plus grande confiance de l'ensemble des acteurs dans les enquêtes disciplinaires.





Par Isabelle Girard, M.D.

Directrice,
affaires économiquesPar M^{re} Marie-Josée CrêteDirectrice,
affaires juridiques et de
la négociation

CONTRÔLES DE LA RAMQ

En cette période
fébrile que nous
vivons actuellement,
nos vies personnelles
et professionnelles
sont chamboulées.
Au printemps, nous avons
dû réorganiser notre
pratique, tout en
préservant au meilleur de
nos capacités la santé
de nos patients, parfois
au détriment de la nôtre.
Rien n'était plus pareil.



Durant plusieurs mois, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a suspendu certaines activités de contrôle de la facturation en raison de la pandémie. Depuis la reprise de ces activités, nous constatons que la cadence s'est accélérée, et force est d'admettre que, malgré l'arrivée d'une deuxième vague, la RAMQ n'entend pas la réduire.

Nous sommes témoins de nombreuses demandes adressées aux médecins spécialistes dont l'ampleur des ressources et du temps requis pour y répondre paraît déraisonnable. Quoique nous reconnaissons à la RAMQ le droit de veiller à la conformité des paiements qu'elle effectue, nous sommes d'avis que celui-ci doit être exercé de façon raisonnable et de manière équitable envers les médecins spécialistes. Or, malheureusement, la tendance actuelle semble montrer une nette disproportion entre la fin recherchée et les moyens utilisés. Les conséquences de telles demandes et les objectifs visés font l'objet de diverses représentations au sein des différents forums auxquels participe la FMSQ.

Dans ces circonstances, nous tenons à vous rappeler qu'il est de votre devoir de vous renseigner pour bien connaître les bonnes pratiques de facturation.

Afin de s'assurer que vos demandes de paiements sont conformes à l'Entente, la RAMQ s'est dotée de la plateforme de facturation SYRA (système de rémunération à l'acte), implantée le 1^{er} janvier 2017. Bien que la résultante de cette transition ait permis une mise à niveau de la facturation, elle a aussi engendré une application stricte et littérale des codes de facturation.

Ainsi, une facturation conforme découle d'une bonne connaissance des manuels de facturation, supportée par une tenue de dossiers irréprochable. Ces formalités administratives peuvent sembler lourdes et prenantes, mais elles n'en seront pas moins salvatrices s'il y a vérification ou enquête de la RAMQ. Dans ces circonstances, les médecins doivent fournir les informations demandées. Les notes au dossier doivent notamment comprendre, lorsqu'applicable, l'heure de l'intervention, la notion d'appel et les constatations subjectives et objectives. Par exemple, si vous êtes appelé pour voir un patient la fin de semaine, une référence doit être

faite dans le dossier du patient, par vous ou par le professionnel ayant demandé une évaluation de la condition du patient. Nous vous recommandons de conserver vos documents de facturation en archives ou d'au moins prévoir un moyen de pouvoir vous référer à vos activités, advenant une demande de vérification par la RAMQ.

L'élément de contexte *Soins d'urgence selon la règle 14 du Préambule général* (PG) doit par ailleurs être utilisé avec diligence, puisque la RAMQ scrute ce genre d'activités, et ce, malgré le fait que les parties se sont engagées à revoir cette règle. Cette notion sera ultérieurement définie et précisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, dans le cadre des travaux de négociation. Pour éviter tout malentendu, le travail de fin de semaine ne devrait pas être majoré systématiquement à la règle 14 du PG. Une tournée de fin de semaine, une clinique ou une salle d'opération qui sont planifiées constituent des activités régulières non majorables.

Certains contrôles sont appliqués automatiquement, par exemple avec l'entrée des heures de début et de fin ainsi que les exclusions rattachées à certains codes. D'autres contrôles sont déclenchés, notamment par des profils de facturation hors norme. Une fréquence élevée de majoration d'urgence ou un nombre important de visites de contrôle après les heures de rémunération mixte par rapport à la norme d'une spécialité en sont de bons exemples.

Au risque de vous surprendre, sachez que ce n'est pas parce qu'une façon de facturer a toujours été acceptée qu'elle est nécessairement conforme. Les libellés des codes d'actes et les règles qui en découlent sont appliqués tels quels par la RAMQ.

Cette dernière étant un agent payeur, vos demandes de rémunération seront honorées à priori même si vous faites une erreur de code; à la suite de contrôles, une coupure pourrait être appliquée à postériori.

Lorsque vous dispensez un service qui ne semble pas prévu au manuel, vous ne pouvez choisir un code dans le but de le substituer à un code inexistant. Vous devez plutôt vous adresser à la RAMQ afin de demander une considération spéciale, ou [une demande d'acte non tarifé](#). La RAMQ a produit [un guide de facturation](#) que nous vous invitons à consulter.

Vous êtes légalement responsable de votre facturation même si vous déléguez cette tâche à une agence de facturation. Vous devez faire preuve de diligence en surveillant le travail de votre agence et en vérifiant régulièrement vos états de compte pour éviter des surprises.

Afin d'améliorer la communication avec nos membres, nous devons collaborer avec la RAMQ et vous tenons informés des modifications ayant un impact sur votre facturation.

La RAMQ diffuse régulièrement des infolettres, et vous trouverez une multitude d'informations sur [son site web](#).

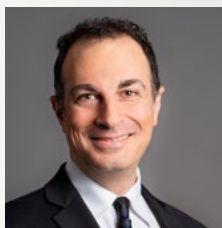
Pour plus d'informations, nous vous invitons également à consulter notre site web (section sécurisée, sous Ressources/Rémunération et facturation) ainsi que nos capsules facturation, publiées régulièrement dans l'infolettre *Le Spécialiste HEBDO*.

Précisons enfin que la FMSQ n'est pas systématiquement avisée lorsque des demandes de récupération sont envoyées aux médecins. Si vous êtes visé par une telle demande et que vous avez besoin d'assistance, veuillez communiquer avec votre association, qui devrait être en mesure de vous prêter assistance. Cette dernière fera appel à nous en cas de besoin.

Au risque de vous surprendre, sachez que ce n'est pas parce qu'une façon de facturer a toujours été acceptée qu'elle est nécessairement conforme.

Les libellés des codes d'actes et les règles qui en découlent sont appliqués tels quels par la RAMQ.





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

Directeur, développement
professionnel continu

LA TRANSFORMATION DU DPC EN VIRTUEL ET L'ÉCLOSION DES WEBINAIRES

Du jour au lendemain, les médecins du monde entier ont fait face aux restrictions liées à la pandémie de la COVID-19. Ces restrictions ont eu des conséquences directes sur la tenue de congrès, de cours ainsi que d'activités de développement professionnel et d'enseignement en présentiel. Simultanément, la pandémie a engendré des besoins criants et en constante évolution sur le terrain.

Les médecins devaient, d'une part, se tenir à jour pour respecter les recommandations ministérielles et, d'autre part, s'outiller pour ajuster leur pratique et respecter leurs engagements personnels et professionnels. De plus, les chefs de département et de services ont fait face à des défis de taille dans leurs milieux de pratique.

Couvrir tous vos besoins

Dans ce contexte difficile, la FMSQ a été très agile et s'est démarquée en mettant en place une structure de webinaires dont les thématiques visaient à répondre aux besoins des membres exprimés lors de nos sondages, évaluations, comités pédagogiques et correspondance. (Figure n° 1). De plus, sous le leadership de la présidente de la FMSQ, la D^{re} Diane Francoeur, une cellule de crise cernait des besoins non perçus, sociétaux et normatifs pour lesquels des experts amenaient ensuite des solutions pour aider nos membres. Le comité d'accréditation se rencontrait les dimanches soir afin de s'assurer que les webinaires répondaient aux normes d'accréditation, compte tenu qu'il s'agissait à la fois d'activités de formation collective agréées (section 1) au sens que leur donne le programme de Maintien du certificat (MDC) et des activités de développement professionnel reconnues par le Collège des médecins du Québec.

RAPPEL IMPORTANT

Le Collège des médecins du Québec maintient le respect de nos obligations de cumuler, en 2020, un minimum de 25 heures d'activités de développement professionnel ou d'évaluation de l'exercice reconnues. Deux mois supplémentaires ont été accordés pour cumuler les 25 heures requises en 2020, soit jusqu'au 28 février 2021. La date limite pour déclarer ces activités reste celle prévue au règlement, soit le 31 mars 2021.

Si les 25 heures requises au 31 décembre 2020 ont été cumulées, les heures de janvier et février 2021 seront appliquées à l'année 2021.

Visitez régulièrement notre plateforme d'apprentissage en ligne sur MÉDUSE : plus de 500 cours n'attendent que vous!

Formations virtuelles en éclosion

Au total, 26 webinaires ont été organisés de mars à juin 2020, dont 13 pour les chefs de département.

Quelque **8 500 médecins spécialistes** membres des 35 associations médicales affiliées ont participé à au **moins 1 webinaire** de la FMSQ, le printemps dernier. Au total, plus de **35 000 participations**, du jamais vu! Fait intéressant, la courbe de participation aux webinaires suivait celles des hospitalisations et de la mortalité liées à la COVID-19 (Figure n° 2).

L'apprentissage asynchrone a également monté en popularité; nous avons en effet enregistré 11 680 inscriptions aux webinaires en différé sur notre plateforme en ligne MÉDUSE (Figure n° 3). Si vous ne l'avez pas encore visitée, je vous invite à vous y rendre pour découvrir dès maintenant de nombreuses nouveautés, incluant des outils d'évaluation de la pratique qui vous permettront d'obtenir des crédits de section 3 et des heures d'évaluation de l'exercice reconnue.

Figure n° 1

UNE RÉPONSE RAPIDE AUX BESOINS DES MEMBRES

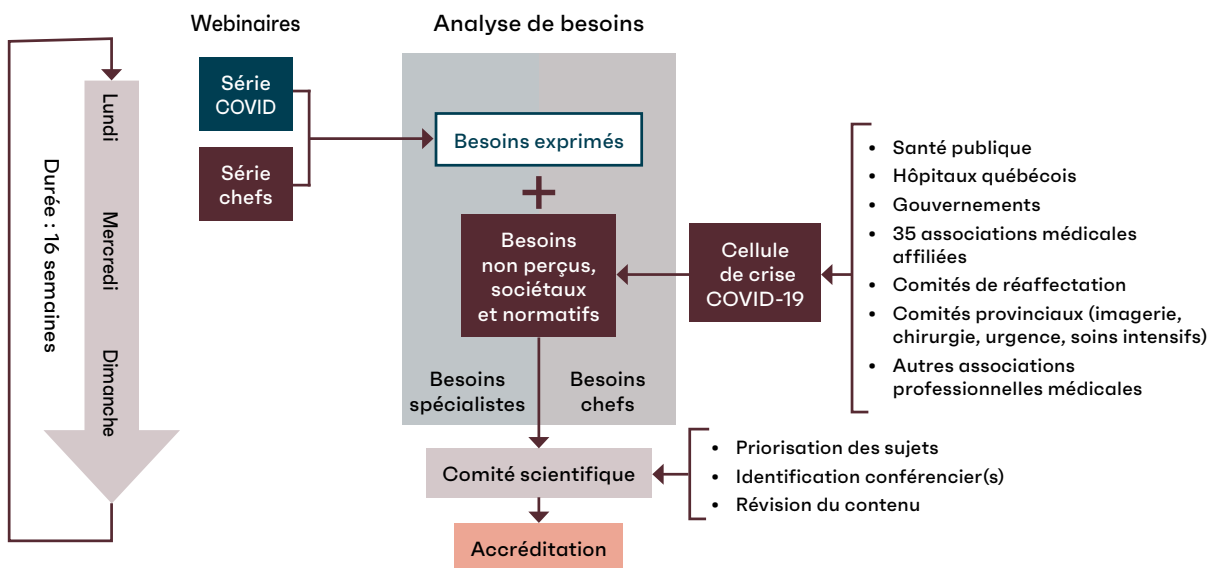
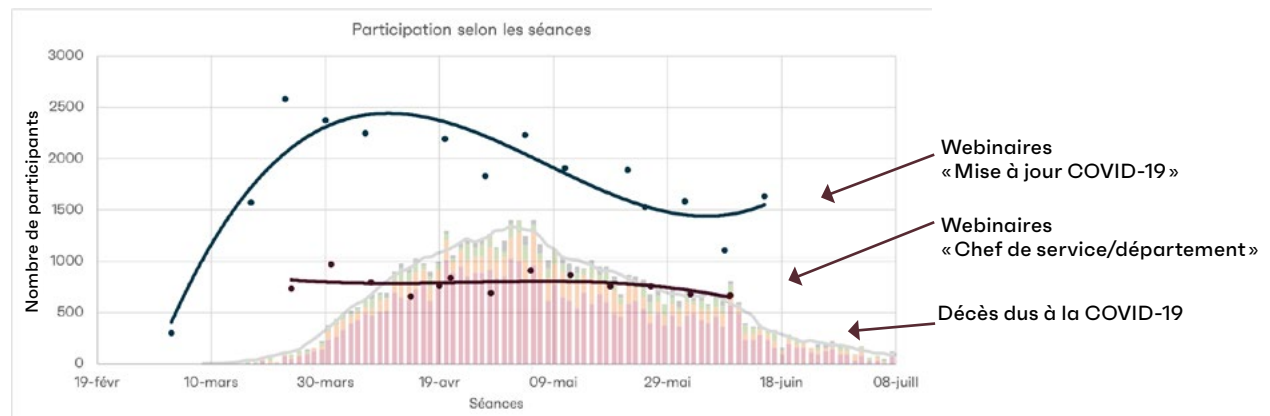


Figure n° 2

ÉVOLUTION DES WEBINAIRES PAR RAPPORT AUX DÉCÈS



Collaboration interprofessionnelle nécessaire

Depuis que cette période de crise est commencée, les équipes sur le terrain travaillent en étroite collaboration afin de fournir les meilleurs services possible à la population. C'est pourquoi la FMSQ a décidé d'offrir également ses webinaires aux membres de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et aux autres professionnels de la santé (Figure n° 4).

La transformation numérique du développement professionnel continu (DPC) nous a permis de tenir nos membres informés et de les soutenir au cours d'une période difficile de leur vie professionnelle, qui restera à jamais gravée dans nos mémoires. Les bienfaits de cette transformation – y compris la possibilité de joindre facilement nos membres des diverses régions – sont indéniables. Nous sommes là pour vous, n'hésitez surtout pas à nous contacter afin de nous signifier vos besoins en DPC.



Figure n° 3

PARTICIPATION AUX WEBINAIRES EN DIFFÉRÉ DANS MÉDUSE

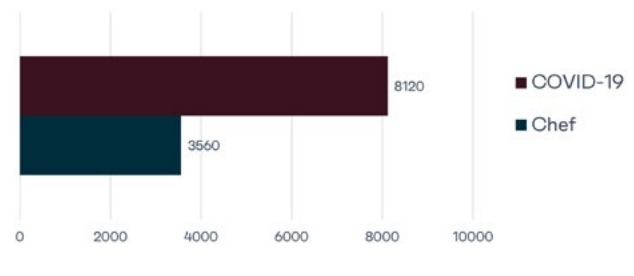
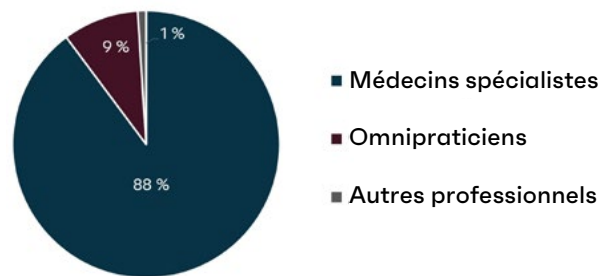


Figure n° 4

RÉPARTITION



VOTRE EXPERTISE EST IMPORTANTE! DEVENEZ MÉDECIN DÉSIGNÉ.

En devenant médecin désigné à la CNESST, vous :

- bénéficiez d'une formation offerte par la CNESST et reconnue par le Collège des médecins du Québec
- pouvez réaliser les expertises à vos bureaux pour lesquelles vous recevrez une rémunération supplémentaire
- gérez votre horaire
- obtenez bien d'autres avantages!

www.cnesst.gouv.qc.ca/professionnels-designes
1 866 520-1503

DC1300-7048 (2020-07)



CNESST

SOINS AUX ÂÎNÉS

DES BESOINS CRIANTS, DES RESSOURCES CARRÉMENT INSUFFISANTES

Le D^r Serge Brazeau, président de l'Association des médecins gériatres du Québec, et Catherine Lajoie, présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec, ont discuté de l'organisation des soins aux aînés et de la profession de gériatre dans le cadre des Journées de formation interdisciplinaire, en novembre dernier. Aperçu d'une rencontre entre la sagesse et la jeunesse dans un contexte de vieillissement démographique.

Alors que le Québec accusait déjà un retard important dans l'organisation des soins aux aînés, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a exacerbé les grandes failles du système de santé, particulièrement en CHSLD. La pandémie a également accentué d'autres problématiques, connues depuis bien longtemps dans l'organisation des soins aux aînés, notamment en ce qui concerne le soutien à domicile et les résidences pour personnes âgées.



« Nous affirmons nous préoccuper de nos aînés, mais nous ne le faisons pas. C'est comme ça depuis toujours, mais c'est particulièrement criant dans le contexte démographique actuel. »

– D^r Serge Brazeau

Selon le D^r Serge Brazeau, le manque de ressources explique principalement cette désorganisation. Malgré les annonces récentes, les budgets demeurent insuffisants d'année en année, compte tenu des besoins qui ne cessent de croître. « Nous affirmons nous préoccuper de nos aînés, mais nous ne le faisons pas. C'est comme ça depuis toujours, mais c'est particulièrement criant dans le contexte démographique actuel », souligne-t-il.

Dans le cadre de sa pratique, le D^r Brazeau observe également un gouffre entre le niveau de soins offerts à l'unité de gériatrie et celui en soutien à domicile. Il est d'avis qu'une réorganisation complète des soins entre l'hôpital et la maison doit être orchestrée : « Il faut cesser d'être inquiet au moment où nous donnons congé à nos patients. Il nous faut regagner confiance en notre réseau. »

Le gériatre propose d'investir davantage en prévention, de réorganiser les hôpitaux pour mieux servir les personnes âgées et de bonifier le soutien à domicile afin d'assurer une meilleure continuité dans les soins aux aînés.

Des équipes à bout de souffle

Véritable fléau du réseau de la santé, le manque de personnel entraîne des conséquences dévastatrices auprès des professionnels de la santé et, forcément, chez les patients. « Il y a un manque important d'équipes interdisciplinaires, tout le monde en souffre », témoigne Catherine Lajoie.



« Il y a un manque important d'équipes interdisciplinaires, tout le monde en souffre. »

– Catherine Lajoie

Que ce soit en clinique externe ou à l'hôpital, les patients sont constamment confrontés à des listes d'attente lorsque des services sont requis. En gériatrie, ces délais allongent inutilement la durée du séjour, en plus d'entraîner des pertes d'autonomie importantes chez les personnes âgées vulnérables. Chaque jour d'attente supplémentaire risque de générer des pertes irréversibles chez les patients déjà affaiblis.

Inquiet de l'avenir, le président de l'Association des médecins gériatres du Québec déplore que le manque de ressources alourdisse grandement les conditions de travail déjà difficiles, en plus de fragiliser les équipes de gériatrie : « Généralement, lorsque les équipes sont instables ou incomplètes, tout l'hôpital en souffre, puisque cette situation augmente la perte d'autonomie des patients et requiert davantage de soins alternatifs. Les répercussions se font sentir jusqu'à l'urgence, où les patients attendent un lit. De plus, quelques gériatres ont malheureusement cessé de travailler en milieu hospitalier au cours des dernières années en raison du faible nombre de professionnels en gériatrie et de la pénurie de main-d'œuvre. »

Afin de bien satisfaire les besoins populationnels, le réseau de la santé doit compter sur un gériatre pour 4 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Pour répondre aux prévisions, le nombre de spécialistes en gériatrie devrait donc grimper à 234 d'ici 2025, soit 2,5 fois plus que le nombre actuel. Or, une douzaine de candidats seulement s'inscrivent actuellement à la résidence en gériatrie chaque année; par conséquent, le système de santé québécois est loin d'être en bonne position pour atteindre cet objectif.

Revaloriser la profession

Pour séduire les étudiants et les encourager à choisir cette spécialité, le D^r Brazeau estime qu'un important travail de promotion et de revalorisation de la gériatrie doit être réalisé auprès des établissements universitaires et des futurs médecins. Bien comprendre et examiner l'évolution d'une personne âgée dans toute sa complexité prend un certain temps. Pour réellement apprendre les rudiments des soins aux aînés, un externe doit s'y plonger complètement et travailler avec des gériatres qui évoluent dans une équipe interdisciplinaire et pratiquent à l'hôpital avec plaisir.

Pourtant, bien que l'on connaisse les enjeux du vieillissement de la population, l'externat en gériatrie n'est toujours pas obligatoire.

« Les universités forment présentement des médecins qui verront essentiellement des personnes âgées, mais qui n'auront jamais eu de stage en gériatrie », déplore le D^r Brazeau. « Et pourtant le stage de pédiatrie est obligatoire, alors que la majorité d'entre nous soignera davantage d'aînés au cours de notre carrière », renchérit Catherine Lajoie.

Optimiste face à la situation, la présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec estime que plusieurs de ses pairs auront été sensibilisés aux conditions de vie de nos aînés grâce à l'appel du gouvernement, qui a invité les étudiants à prêter main-forte en CHSLD pendant la crise sanitaire.

Les deux intervenants sont d'avis que d'autres solutions existent et doivent être mises en œuvre rapidement afin de renverser la vapeur. Le *statu quo* n'est plus possible, il faut agir. Attendre davantage serait courir à la catastrophe.





Envie d'en découvrir davantage sur la réalité des gériatres ?

Visionner l'intégral de la rencontre.

Médecine et exploration spatiale

DEUX UNIVERS PAS SI LOINTAINS

Rencontre avec l'astronaute David Saint-Jacques, de passage aux récentes Journées de formation interdisciplinaire

Après une formation hors du commun et l'obtention de son diplôme en médecine, David Saint-Jacques s'est spécialisé dans la pratique de la médecine de première ligne en région éloignée. Il a eu le privilège de travailler comme médecin au Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituq, une collectivité inuite sur les rives de la baie d'Hudson, avant de se joindre au Programme spatial canadien en 2009.

Si partir à la conquête de l'Univers et soigner des patients peuvent sembler des activités à des années-lumière l'une de l'autre, David Saint-Jacques a rapidement constaté que ces deux mondes sont non seulement complémentaires, mais qu'ils s'apportent mutuellement de multiples bénéfices.

De la Terre à l'espace

La médecine représente un volet crucial de chaque voyage spatial. Bien que les astronautes soient en parfaite santé, ils doivent composer avec des conditions environnementales extrêmes (micropesanteur, radiation élevée, etc.). L'équipage devient ainsi responsable du monitoring de l'état de santé de chacun de ses membres et doit être en mesure de traiter les pathologies les plus probables, malgré l'accès à un nombre limité de ressources.

« Cela ressemble beaucoup à la pratique de la médecine en région éloignée, mentionne l'astronaute. Que ce soit pour les diagnostics ou les traitements, nous pouvons heureusement compter sur la télémédecine et la mobilisation de personnel à distance. Nous devons aussi faire notre possible avec l'équipement limité dont nous disposons à bord. »

De l'espace à la Terre

Au fil des ans, les conditions rigoureuses de l'espace ont permis de développer une panoplie d'innovations en médecine. David Saint-Jacques donne pour exemple la sonde d'échographie, aujourd'hui utilisée pour détecter les pneumothorax, une idée née des explorations spatiales : « Quand les astronautes vivent des changements de pression rapides, ils sont exposés à des traumatismes thoraciques. Puisqu'il est impossible d'apporter le matériel nécessaire pour des radiographies dans l'espace, nos experts ont trouvé une solution : la sonde. »

Selon David Saint-Jacques, la médecine continuera certainement de progresser grâce aux explorations spatiales. Le Canada se positionne d'ailleurs comme un joueur mondial avec ses expertises en médecine, en pharmaceutique, en intelligence artificielle et en aérospatiale.



Pour vous impliquer

L'Agence spatiale canadienne cherche des experts pour la soutenir dans ses opérations. Or, les médecins spécialistes seront toujours essentiels pour lui permettre de repousser les frontières scientifiques et cosmiques. [En savoir plus.](#)



Par Suzanne Blanchet, réd. a.

ÉVELYNE REY, PIONNIÈRE DE LA MÉDECINE INTERNE OBSTÉTRICALE

La D^{re} Évelyne Rey a opté pour la médecine interne obstétricale alors que le domaine était encore à défricher. Elle consacre 80 % de sa pratique à la clinique et à l'enseignement au CHU Sainte-Justine. Souhaitant trouver des réponses aux questions que soulèvent les besoins de ses patientes, elle dédie le reste de son temps à la recherche.

Tous les jours, la D^{re} Évelyne Rey enseigne à des résidents la médecine interne obstétricale. Son parcours justifie amplement qu'on la dise pionnière dans ce domaine, bien qu'il ne soit pas reconnu encore comme une spécialité à part entière.



Il faut comprendre que notre clientèle n'est pas la même que celle des hôpitaux généraux, qui reçoivent des femmes jeunes et en santé.



Pendant un stage à l'Hôpital Sainte-Justine dans les années 1980, Évelyne Rey « tombe en amour » avec la médecine interne auprès des femmes enceintes. À la recherche de connaissances plus approfondies que celles acquises pendant ce stage, elle se rend à Toronto, où elle apprend quelques notions sur les problèmes de glande thyroïde et où elle est la première à faire des consultations à la clinique de médecine obstétrique du Toronto General Hospital. Elle va ensuite à Oxford, en Angleterre, où son mentor s'intéresse principalement à la prééclampsie, qui deviendra aussi un de ses principaux champs d'intérêt. Dans un cas comme dans l'autre, la D^{re} Rey aura ajouté quelques armes dans ses bagages, mais tout restait à défricher !

« Heureusement que j'avais acquis une solide formation en médecine interne à l'Université de Montréal, principalement à l'Hôtel-Dieu. En matière de médecine interne obstétricale, tout était à faire, à adapter. C'était fantastique, vraiment stimulant ! »

Le service de MIGO

En 1992, la D^{re} Rey devient cheffe du service de médecine interne gynécologie-obstétrique (MIGO) du CHU Sainte-Justine (CHUSJ). Ce service, qu'elle dirige toujours, ne comptait à l'origine que deux spécialistes en médecine interne pour adultes. Aujourd'hui, l'équipe est composée de quatre médecins internistes et de deux infirmières cliniciennes.

« Les gens pensent spontanément au volet pédiatrique du CHU Sainte-Justine, mais c'est aussi un centre tertiaire mère-enfant. Nous accueillons une bonne proportion de femmes qui présentent des grossesses à risque. Beaucoup de complications fœtales, mais également des complications maternelles. »

Obstétriciens, spécialistes en médecine fœto-maternelle, personnel infirmier, travailleurs sociaux, nutritionnistes, physiothérapeutes, pharmaciens, infectiologues, hématologues : tous travaillent ensemble avec le service de MIGO pour la santé des femmes. Ce sont néanmoins les médecins internistes, les seuls spécialistes pour adultes au CHUSJ, qui traitent l'hypertension et le diabète, les maladies inflammatoires du tube digestif, les thromboses et tout autre problème qui peut survenir chez une bonne partie de la clientèle, souvent fragile. On y reçoit environ 4 600 visites par année en consultation externe, en plus des femmes hospitalisées.

La grossesse n'est pas une maladie, mais...

En accord avec les personnes qui soutiennent que la grossesse n'est pas une maladie, la D^{re} Rey constate toutefois une recrudescence de cas de diabète et d'hypertension chez les femmes enceintes. Pourquoi ? Notamment parce que la prévalence du diabète augmente dans la population en général, tout comme l'âge auquel les femmes commencent leur grossesse. En outre, elles sont parfois obèses et font peu d'exercice. En ce qui a trait à l'hypertension, elle se manifeste souvent sous forme de prééclampsie pendant la deuxième moitié de la grossesse. Même si certains facteurs de risque sont connus – hypertension chronique, grossesse gémellaire, diabète, maladie rénale, surplus de poids, 40 ans et plus, origine autre que caucasienne, mauvaise implantation du placenta –, on ignore toujours les véritables causes de la prééclampsie et la façon de la prévenir. Il faut comprendre que la clientèle du CHU Sainte-Justine n'est pas la même que celle des hôpitaux généraux, qui reçoivent des femmes jeunes et en santé.

Grossesse dépannage

Faute d'avoir les ressources financières suffisantes ou de posséder une carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec, des femmes enceintes sont incapables de se procurer les médicaments qu'on leur a prescrits, ce qui constitue un obstacle à l'observance de leurs traitements et à la réussite de leur grossesse ou à l'espoir d'avoir un bébé en santé. D'autres, qui demeurent loin de Montréal, doivent prendre leur voiture, parfois plusieurs jours par semaine, pour se rendre à leurs rendez-vous au CHU Sainte-Justine, mais elles n'ont pas toujours les moyens de payer le stationnement, ou encore, un taxi si leur condition l'exige.

Consciente de cet état de fait, la D^{re} Évelyne Rey a créé la fondation Grossesse Dépannage il y a cinq ans, en collaboration avec la D^{re} Sandrine Wavrant, obstétricienne, et Dominique Vincent, infirmière. Elles comptent non seulement sur la générosité de leurs collègues, mais aussi sur celle d'autres personnes qui font des dons à la fondation ou posent des gestes concrets, par exemple en participant à la course Scotia. Grossesse dépannage prend en charge le coût des médicaments, du stationnement, du taxi, du transport en commun et même des repas à l'hôpital ; à Noël, la fondation donne des cartes-cadeaux de supermarchés aux femmes dont la situation est précaire. Dans un esprit d'entraide, les infirmières ont commencé à recueillir des objets, tels des poussettes et des vêtements, à offrir aux plus démunies. « C'est une autre façon de faire de la médecine personnalisée », soutient la D^{re} Rey.

Selon une étude menée récemment au CHUSJ, seulement 20 % des femmes qui y accouchent ne présentent aucun diagnostic autre que celui de la grossesse. Elles ont surtout des problèmes digestifs ou d'anémie, qui sont pris en charge par les obstétriciens dans leur bureau, et ne se rendent à l'hôpital que pour l'accouchement. En outre, quelque 30 % présentent une grossesse à risque, un pourcentage que la D^{re} Rey estime élevé.

Le partage des connaissances

Le service de MIGO offre des stages aux étudiants de divers niveaux de résidence, ce qui convient parfaitement à la clinicienne enseignante qu'est la D^{re} Évelyne Rey. Les R1 en obstétrique gynécologique et les R4 en médecine interne générale de l'Université de Montréal doivent obligatoirement suivre un stage dans ce service. D'autres résidents, par exemple en anesthésie ou en médecine familiale et parfois même des R1 du tronc commun de médecine, choisissent ce stage en option, alors que certains R5 en médecine interne y reviennent pour se préparer à leur future pratique.

Ses compétences ont récemment valu à la D^{re} Rey un Prix Profession Santé. Les prix de la catégorie « Partage des connaissances » visent à faire rayonner les valeurs du travail d'équipe et de communication incarnées par des professionnels de la santé, alors même que de récentes législations favorisent de plus en plus l'élargissement des pratiques.

Toujours dans une perspective de partage des connaissances, la D^{re} Évelyne Rey a cofondé le Groupe d'étude en médecine obstétricale du Québec, il y a dix ans (voir « Qu'est-ce que le GEMOQ? », p. 26).

« L'enseignement fait
partie de mon quotidien.

Je donne aussi des
cours aux étudiants
de deuxième année en
nutrition et des cours
ciblés dans le programme
de résidence en médecine
interne à l'Université
de Montréal. »

– D^{re} Évelyne Rey



Contribuer à l'avancement des connaissances

Compte tenu des problèmes que la D^{re} Rey observe en clinique, elle estime avoir une très bonne connaissance des besoins et, par conséquent, des questions qu'ils soulèvent. Elle consacre environ 20% de son temps à la recherche, d'abord parce qu'elle est curieuse, mais aussi parce que cette activité la libère de la charge affective liée à la clinique, une charge qui l'a d'ailleurs poussée à mettre sur pied une fondation (voir « Grossesse Dépannage », p. 24). Ses champs de prédilection sont le diabète et les anomalies thrombotiques, mais plus encore la prévention de la prééclampsie ainsi que les pathologies hypertensives et leur impact tant sur le bébé que sur la femme.

Toujours dans le but de contribuer à l'avancement des connaissances, la D^{re} Rey donne parfois des conférences et publie quelques articles scientifiques. Elle a participé à la rédaction de *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique*. Cet ouvrage unique à l'intention de tous les intervenants auprès des femmes enceintes ou qui allaitent a été publié sous la direction d'Ema Ferreira, Brigitte Martin et Caroline Morin, trois pharmaciennes du CHUSJ. Les quatre collègues ont reçu pour ce manuel le prix Hippocrate 2013, institué par le magazine *Le Patient* dans le but de rendre hommage à une équipe de médecins et de pharmaciens qui pratique une interdisciplinarité exemplaire pour le plus grand bien de leurs patients.



Ses champs de prédilection sont le diabète et les anomalies thrombotiques, mais plus encore la prévention de la prééclampsie ainsi que les pathologies hypertensives et leur impact tant sur le bébé que sur la femme.



Qu'est-ce que le GEMOQ?

En mars 2010, la D^{re} Évelyn Rey a cofondé le Groupe d'étude en médecine obstétricale du Québec (GEMOQ), qui bénéficie du soutien de l'Association des spécialistes en médecine interne du Québec. Il s'agit d'un regroupement multidisciplinaire de professionnels spécialisés dans les soins aux femmes éprouvant des problèmes médicaux avant ou pendant la grossesse. Un comité de formation continue organise des webinaires et un congrès annuel qui favorisent le transfert des connaissances.

Le site web du [GEMOQ](#) regorge de précieux renseignements. Les membres ont notamment accès à des directives cliniques, aux protocoles cliniques du CHU Sainte-Justine et du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, à des résumés de clubs de lecture et à des conférences d'experts, ainsi qu'à un registre des plus confidentiels où sont colligés des cas rares en médecine obstétricale.

LE D^r SÉBASTIEN JACQUEMONT TRAQUE L'AUTISME

Chercheur et médecin spécialiste en génétique au CHU Sainte-Justine, le D^r Sébastien Jacquemont a conçu un outil bio-informatique de prédiction de l'autisme. Accessible en ligne, cet outil a fait l'objet d'une communication dans *l'American Journal of Psychiatry* en septembre dernier.

Le D^r Jacquemont entame maintenant des travaux de recherche auprès de 1000 familles québécoises dont au moins un des membres est autiste.

« Pour traiter une maladie, il faut d'abord poser un diagnostic. Si nous avons des antibiotiques aujourd'hui, c'est que des chercheurs ont tenté en premier lieu de découvrir les causes des infections. Il en est de même pour l'autisme : tant qu'on n'en connaîtra pas les causes et les mécanismes, il sera difficile d'identifier des cibles thérapeutiques. Nous essayons donc de comprendre l'effet des mutations sur le fonctionnement cérébral et le risque pour les maladies psychiatriques. »

Dès sa résidence, le D^r Sébastien Jacquemont s'intéresse aux neurosciences, à la génétique et à l'autisme. Français d'origine, il fait un détour par les États-Unis et la Suisse avant de s'installer au Québec à l'âge de 42 ans (voir « Emprunter de nouveaux sentiers », p. 28). Aujourd'hui, le D^r Jacquemont entame sa septième année à titre de chercheur et généticien clinicien au CHU Sainte-Justine et de professeur agrégé au Département de pédiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (UdeM). Il est également titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la génomique des troubles neurodéveloppementaux, qui a récemment été reconduite.

En septembre dernier, l'UdeM annonçait que le D^r Jacquemont et son équipe venaient de publier dans l'*American Journal of Psychiatry* les résultats de recherches où la bio-informatique avait été utilisée dans la mise au point d'un modèle statistique permettant d'évaluer l'effet de gain ou de perte de matériel génétique sur le risque d'autisme et de trouble cognitifs. *Le Spécialiste* a voulu savoir quel message d'espoir portait cette communication pour les familles dont un des membres est atteint d'un trouble du spectre de l'autisme.

Tout professionnel de la santé – principalement les généticiens et les pédiatres – qui tente d'interpréter les résultats d'un test génétique peut utiliser l'outil de prédiction « Mesurer l'impact sur le neurodéveloppement des CNV (MIND CNV) », [accessible en ligne](#). Le clinicien entre les coordonnées de la mutation (*copy number variation*, ou CNV), et le modèle statistique livre sa prédiction en établissant un lien entre certains types de mutations et certaines difficultés comportementales ou intellectuelles.

Cette prédiction ne fournit pas de solution miracle ni un médicament. Néanmoins, elle l'aidera à comprendre à quel point la sévérité de la mutation a une incidence sur les troubles cognitifs, les troubles sociaux et le risque d'autisme. Le clinicien pourra ensuite accompagner son patient dans son handicap et proposer des interventions visant à soutenir l'enfant et ses parents.

Compiler et analyser des milliers de données

Le D^r Sébastien Jacquemont rappelle que la découverte du premier gène qui entraîne une déficience intellectuelle et un trouble autistique remonte au début des années 1990. Pourtant, après une trentaine d'années, on ne sait toujours pas comment guérir les enfants qui ont cette mutation. Comme un fin limier, il traque l'autisme mais, chaque fois qu'il avance, il a l'impression que l'horizon recule. D'aucuns pourraient estimer que c'est décourageant mais, pour lui, c'est au contraire motivant ! Il sait que la recherche fondamentale précède forcément la recherche appliquée, et qu'il doit donc continuer sans relâche afin qu'on découvre un jour des traitements.

Pour produire le modèle statistique, le recours à la bio-informatique était indispensable. Cette nouvelle discipline met à la disposition des chercheurs des outils informatiques, car c'est humainement impossible de recouper manuellement des milliers de données. Si les méta-analyses permettent de confirmer la cohérence ou l'homogénéité des résultats statistiques de travaux antérieurs, les équipes du [laboratoire Jacquemont](#) ont plutôt effectué des méga-analyses, soit une synthèse des résultats provenant de plusieurs méta-analyses. Pour ce faire, elles se sont partagé cette tâche colossale.

Pour produire le modèle statistique, le recours à la bio-informatique était indispensable. Cette nouvelle discipline met à la disposition des chercheurs des outils informatiques, car c'est humainement impossible de recouper manuellement des milliers de données.

Une première équipe nettoie les données recueillies auprès de 500 000 personnes, principalement aux États-Unis et en Europe, parfois depuis très longtemps. Elle organise, classifie et annote l'information, repère les erreurs et élimine les données redondantes. Une fois les données « propres », elles sont transférées à une deuxième équipe, qui étudie les liens statistiques entre les mutations, les comportements, les données cognitives et les maladies psychiatriques.

Un autre groupe du laboratoire a colligé et continue de colliger des données auprès de patients vus au CHU Sainte-Justine car, malgré les milliers de données analysées, des angles morts perdurent. En effet, les patients les plus gravement affectés sont généralement absents des cohortes des recherches fondamentales. Il faut donc obtenir des informations similaires à celles présentes dans les anciennes cohortes, mais chez des patients qui souffrent de handicaps beaucoup plus lourds.

C'est précisément pour les personnes les plus atteintes que nous avons fait cette recherche. Ce n'est pas pour le plaisir de faire des statistiques ! Les patients que je vois me rappellent constamment que je dois continuer à faire de la recherche, parce que je ne sais pas encore comment les soigner, les guérir.

Québec 1000 familles

Les angles morts dont il a été question précédemment, les chercheurs du laboratoire Jacquemont tenteront de les débusquer dans le cadre de « Québec 1000 familles », un vaste projet inter-institutionnel en cours de démarrage. Chacune des familles recrutées étant constituée d'un enfant autiste, de ses deux parents et d'au moins un ou deux frères ou sœurs, elles fourniront des informations moléculaires génétiques d'une richesse inestimable.

Les nombreuses interventions actuellement effectuées auprès des personnes atteintes d'un trouble du spectre de l'autisme seront également analysées. Dans la forêt complexe des interventions qui coûtent très cher à la société, lesquelles ont un réel impact à long terme chez l'enfant? Personne ne peut vraiment le dire aujourd'hui. Le projet Q1K, comme l'appelle le D^r Jacquemont, tentera aussi de trouver réponse à cette question. Qui sait, peut-être ce projet sera-t-il celui qui mènera enfin à des essais thérapeutiques visant la découverte d'un médicament pour vaincre l'autisme...

Afin que le projet Québec 1000 familles soit mené à terme, la Fondation Marcelle et Jean Coutu a effectué un [don exceptionnel de 10 millions de dollars](#). Outre les chercheurs du CHU Sainte-Justine participeront également à ce projet collaboratif de grands chefs de file scientifiques dans le domaine de l'autisme de l'Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal), de l'Hôpital neurologique de Montréal (Centre universitaire de santé McGill), de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

« Le projet Q1K n'aurait pu être possible sans une coordination forte entre les établissements hospitaliers, les chercheurs, les fondations... Il faut une volonté politique. La recherche doit être prioritaire. »

Emprunter de nouveaux sentiers

Lorsque Sébastien Jacquemont a démarré sa résidence, trop de découvertes avaient déjà été effectuées en infectiologie, en cardiologie ou d'autres spécialités bien établies pour qu'il choisisse ces avenues : cet homme préfère emprunter de nouveaux sentiers. S'il entamait sa résidence aujourd'hui, il se dirigerait peut-être vers la psychiatrie, qu'il décrit comme une spécialité d'avenir : « C'est la dernière frontière en médecine, une discipline en plein essor, et les maladies psychiatriques sont un des plus gros problèmes de santé publique. » Il admet ne pas l'avoir perçu ainsi à l'époque. Il a donc plutôt opté pour la génétique des neurosciences, car les bases du comportement – ce qui définit l'être humain – le fascinent. La recherche et la génétique médicale lui ont paru comme un antidote à l'ennui, pour utiliser ses propres termes.

Après avoir terminé ses études médicales en France, le D^r Sébastien Jacquemont a vécu quatre ans aux États-Unis, où il a effectué un postdoctorat au [MIND Institute](#). Ce consortium se consacre à la recherche des causes et des traitements du trouble du spectre de l'autisme, du syndrome du X fragile et d'autres troubles neurodéveloppementaux. Pendant les dix années suivantes, le D^r Jacquemont a travaillé dans un hôpital universitaire général en Suisse. Comme on y recevait à la fois des adultes et des enfants, la génétique pédiatrique était reléguée loin derrière des spécialités comme la cardiologie et l'oncologie.

Malgré tout, il est devenu un spécialiste de réputation internationale des troubles neurodéveloppementaux et neuropsychiatriques tels que l'autisme et le syndrome de l'X fragile. Travailler dans un environnement où ce qu'on fait n'est jamais la priorité du moment décevait néanmoins le D^r Jacquemont. Ce qui l'a amené à plier bagage à la fin de 2014. Pourquoi avoir choisi Montréal, et pourquoi le CHU Sainte-Justine? « Sainte-Justine me permettait à la fois de faire de la médecine et d'avoir une activité de recherche extrêmement proche de l'activité médicale. C'est beaucoup plus intéressant de travailler au sein d'une équipe où ce que vous faites est perçu comme important et prioritaire. La possibilité de faire de la recherche dans un hôpital pédiatrique, ça change tout. La priorité, déjà, c'est la pédiatrie. Le neurodéveloppement également : ce que la pédiatrie gère au quotidien, ce sont les troubles du développement de l'enfant. Presque un enfant sur vingt a un tel trouble : autisme, déficience intellectuelle, troubles graves d'apprentissage, de langage, du comportement... »

Le D^r Jacquemont souligne par ailleurs que Montréal est reconnue comme une plateforme en neurosciences, ce qui représentait pour lui un atout supplémentaire. A-t-il fait le bon choix? Il éclate de rire. « On ne saura jamais ce qui serait arrivé autrement. Pour le savoir, il aurait aussi fallu vivre l'autre choix et comparer... On ne pourra jamais le savoir, mais c'était un très bon choix, parce que je suis toujours content de ma décision! »



Médecins et proches aidants

DES ALLIÉS DE LONGUE DATE

Le projet de loi n° 56, *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives*, a été adopté le 28 octobre dernier. Très engagée dans la cause de la proche aidance, notamment par le biais de sa fondation, la FMSQ a évidemment tenu à participer aux consultations de la Commission des relations avec les citoyens ayant menés à son adoption.

Bien avant la pandémie de la COVID-19, tous les jours, des proches aidants accompagnaient des patients à leurs rendez-vous à l'hôpital, en clinique ou en CHSLD. Souvent les premiers partenaires des médecins spécialistes, ils jouent un rôle indispensable dans la réussite d'une thérapie et le rétablissement optimal d'un patient, notamment en veillant à l'observance de sa médication. Grâce à cette précieuse collaboration, les médecins spécialistes sont bien placés pour reconnaître le rôle fondamental des proches aidants dans le réseau de la santé au Québec.

Ils sont aussi à même de constater de quelle façon la pandémie, les règles de distanciation et le confinement ont été particulièrement difficiles pour les proches aidants et leur famille. Plusieurs ont vécu durement ces événements : ils se sont sentis démunis devant l'anxiété de la personne aidée, tenaillés par la crainte de contaminer cette personne vulnérable, angoissés devant l'obligation de s'en distancier au plus fort de la pandémie. À l'heure où la deuxième vague redoutée frappe, il importe de mesurer le rôle de ceux qui aident et de les aider à aider. Les consignes sanitaires doivent d'ailleurs être comprises par les différents intervenants, entre autres lors d'une visite médicale. Le rôle du proche aidant à cet égard est essentiel à l'optimisation de chaque épisode de soins.

Depuis longtemps, la FMSQ a à cœur le soutien aux proches aidants. C'est pourquoi elle a créé la Fondation FMSQ dès 2012. Cette fondation a pour mission d'améliorer de façon très concrète la vie des proches aidants au Québec, dont ceux qui soutiennent un proche souffrant d'une incapacité liée à un handicap ou à une maladie permanente ou dégénérative. Les médecins spécialistes appuient directement plus de 315 projets partout au Québec, ce qui représente une contribution de près de 7 M\$ depuis sa création.

C'est donc avec intérêt que la FMSQ a suivi le dépôt du projet de loi n° 56, qu'elle a appuyé de façon générale. Elle considère en effet qu'il constitue un pas significatif en faveur d'une meilleure reconnaissance de la réalité des proches aidants et renforce de manière adéquate le soutien qui leur est apporté, même si elle croit que le gouvernement peut et doit en faire davantage.

Un projet de loi qui cible les bonnes priorités

La FMSQ a d'emblée salué l'annonce de la Politique nationale sur les personnes proches aidantes, qui énonce dans ses deux premiers principes directeurs « l'apport considérable des personnes proches aidantes » et la nécessité de « favoriser la préservation de la santé et du bien-être des personnes proches aidantes ». Cette Politique engage le gouvernement dans une démarche de soutien s'annonçant plus structurante que les actions à la pièce du passé. Elle forme un tout cohérent et démontre l'importance de la proche aidance comme modèle social au Québec.

Les orientations de cette Politique sont pertinentes et trouvent écho à certaines suggestions que la Fédération avait communiquées à la ministre des Aînés et des Proches aidants, Marguerite Blais. En effet, la FMSQ avait insisté notamment sur la nécessité de développer la formation des proches aidants pour qu'ils puissent mieux collaborer avec le personnel médical et, réciproquement, la formation du personnel médical pour qu'il comprenne mieux la réalité des proches aidants.

Cette suggestion de la FMSQ se trouve, du moins en partie, dans les orientations de la Politique nationale. De la même manière, la FMSQ est satisfaite qu'une Semaine nationale leur soit désormais consacrée, contribuant ainsi à démystifier leur rôle et leur apport sociétal. Cependant, elle aurait tout de même espéré qu'au-delà de cette Semaine, une véritable campagne de sensibilisation de la population sur le rôle et la réalité des proches aidants soit déployée et qu'une ligne téléphonique de soutien soit prévue à leur intention.

La FMSQ a apprécié l'approche des plans d'action quinquennaux. Elle a d'ailleurs salué l'engagement de reddition de compte publique pour prendre la juste mesure des progrès et des besoins en la matière. Il en est de même pour la formation d'un comité des partenaires concernés par le soutien aux personnes proches aidantes, qui fera des recommandations au gouvernement pour l'application de la Politique et la qualité de l'accompagnement des proches aidants.

Une omission de taille : les soins à domicile

Si la FMSQ a appuyé dans l'ensemble le projet de loi n° 56, elle a toutefois noté une omission de taille. Les proches aidants sont à bout de souffle, parfois dépassés par l'ampleur de leur engagement. Le projet de loi évoquait la nécessité de protéger leur bien-être. Que le gouvernement annonce la création d'un observatoire québécois de la proche aidance et d'un comité de partenaires concernés par le soutien aux personnes proches aidantes, la FMSQ ne pouvait qu'être d'accord, mais elle s'est dite étonnée de constater que le projet de loi n° 56 ne comportait aucune mention explicite de l'un des premiers leviers à activer pour faciliter la vie aux proches aidants. Il a en effet passé sous silence le développement des soins à domicile, un volet particulièrement important pour les proches aidants qui prennent soin d'un conjoint, d'un parent ou d'un enfant malade.

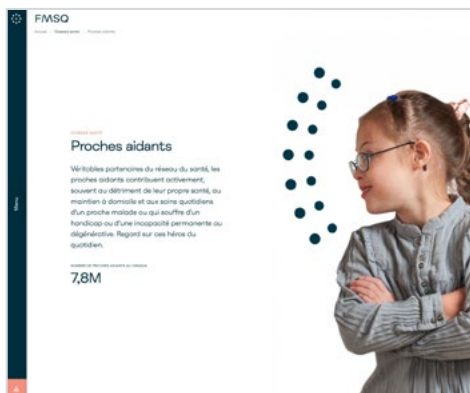
Il s'agit pourtant d'un moyen concret et incontournable pour soulager les proches aidants, mieux les appuyer et mieux les accompagner. À défaut d'établir formellement la relation de continuum entre la proche aidance et les soins à domicile, la FMSQ a dit craindre que le projet de loi n° 56 n'atteigne pas son objectif principal, qui est la reconnaissance des proches aidants. Ou, pire, qu'il ne dépasse pas le stade des bons mots et de l'encouragement.

Le gouvernement a annoncé en novembre dernier qu'il investissait 65 millions de dollars pour augmenter le volume et l'intensité des services de soutien à domicile.

Heureusement, le gouvernement a annoncé en novembre dernier qu'il investissait 65 millions de dollars pour augmenter le volume et l'intensité des services de soutien à domicile. La FMSQ juge que c'est un excellent pas dans la bonne direction.

Plus de technologies au service des proches aidants

En outre, ayant déjà évoqué la pertinence de former les proches aidants et le personnel médical sur la réalité des uns et des autres, la FMSQ aurait souhaité que le projet de loi soit précis sur cet enjeu. Mais plus encore, la FMSQ aurait aimé que le gouvernement lance des projets pilotes visant l'intégration de technologies médicales pour faciliter le travail des proches aidants. Certaines initiatives voient le jour, mais elles sont sporadiques et ne bénéficient pas de ressources financières suffisantes. La gamme d'outils technologiques destinés à être utilisés à domicile à des fins de traitement et de suivi ne cesse de s'élargir. Les possibilités sont multiples et les avantages pour les proches aidants et la personne aidée peuvent être considérables. Cette notion de projets pilotes de formation en technologie médicale à domicile devrait être incluse dans les plans d'action quinquennaux.



Consulter la section Dossiers santé sur le site web de la FMSQ.

La FMSQ croit qu'il faudrait favoriser l'échange et le partage d'informations entre les proches aidants. Un portail web comportant des informations utiles sur les ressources qui leur sont offertes, les organismes de leur milieu et leurs droits serait un outil approprié, qui contribuerait aussi à briser leur isolement.

Par conséquent, la FMSQ a avancé que le législateur aurait tout intérêt à définir des orientations claires en matière de soins à domicile. À ce sujet, plusieurs exemples de réglementations, municipales notamment, empêchent le maintien à domicile et parfois même interdisent les maisons multigénérationnelles. Il s'agit là d'un frein majeur au développement d'un espace de vie adéquat et au maintien à domicile, car l'aidé et sa famille doivent alors se tourner vers des maisons de soins beaucoup plus onéreuses autant pour l'État que pour la famille, ou encore vers des ressources communautaires qui ne sont pas pérennes.

Soutien financier à améliorer

Au-delà des mesures prévues dans le projet de loi, la FMSQ est d'avis que le gouvernement devrait se pencher rapidement sur les besoins financiers des proches aidants. Trop souvent, les crédits d'impôt et les subventions en place ont un impact limité, compte tenu des critères pour y avoir accès.

Une révision des mesures gouvernementales devrait être effectuée de concert avec l'ensemble des ministères impliqués, afin de s'assurer que les proches aidants et leur famille reçoivent le soutien financier nécessaire à l'accomplissement de leur rôle.

À ce sujet, la FMSQ a recommandé au gouvernement de réévaluer l'apport financier offert au proche aidant et d'en simplifier l'accès. Elle a également suggéré d'éviter la multiplication de petits programmes gouvernementaux ou fiscaux, qui sont complexes et coûteux à administrer. La FMSQ avait d'ailleurs proposé la création d'un guichet unique à l'échelle québécoise rassemblant tous les outils administratifs pertinents.

Une volonté réelle d'engager l'État québécois dans un meilleur soutien aux proches aidants

En résumé, la FMSQ considère que le projet de loi n° 56 reflétait une volonté réelle d'engager l'État québécois dans un meilleur soutien aux proches aidants. C'était une première, et elle ne pouvait que s'en réjouir. Toutefois, bien qu'elle ait donné son appui à son adoption, la FMSQ estime que le gouvernement aurait pu mettre en place certains leviers supplémentaires pour atteindre ses objectifs, et qu'il devrait le faire rapidement.

L'action de la Fondation de la FMSQ a permis à la FMSQ de constater l'ampleur des besoins financiers des organismes communautaires et de répit à travers le Québec. Elle reçoit plusieurs témoignages qui démontrent la grande place que les fondations occupent dans leur financement. En voici deux exemples :



Témoignage de **Suzanne Girard**, présidente et directrice générale de l'Association des proches aidants de la Capitale-Nationale :

« La contribution exceptionnelle de la Fondation de la FMSQ est inestimable pour les proches aidants. Elle permet de les soutenir dans leur lourde tâche, de maintenir un équilibre certain, de prendre un petit recul afin de mieux poursuivre l'engagement envers la personne aidée et de lui prodiguer les soins nécessaires. La contribution de la Fondation permet aux proches aidants de ne pas constamment être à bout de souffle, épuisés, isolés et vulnérables. »



Témoignage de **Diane Chênevert**, fondatrice et directrice générale du Centre Philou :

« Compte tenu de la générosité de la Fondation de la FMSQ dans les années passées, nous avons fait appel à la Fondation pour le projet de PhilouINN, un service destiné "aux parents", en enlevant un poids considérable chez les familles pour qu'elles puissent reprendre leur souffle. Le Centre Philou, c'est non seulement un milieu de vie spécialement adapté aux besoins des enfants polyhandicapés, mais essentiellement le prolongement de la famille. La Fondation de la FMSQ contribue à faire une réelle différence auprès des parents en soutenant notre service de répit 0-15 ans pour ainsi nous permettre d'offrir des séjours de répit additionnels. Nous la remercions grandement pour cet appui inestimable. »

La FMSQ est toujours heureuse de constater les impacts positifs de l'implication de la Fondation. Cet engagement démontre par ailleurs que l'État doit jouer un plus grand rôle. La FMSQ souhaite que le gouvernement bonifie et stabilise le financement des organismes qui œuvrent dans le domaine, et ce, sur une base pluriannuelle afin de pérenniser les activités de ces organisations.



Visionner les
six témoignages
d'organismes



Chantier de la pertinence

OÙ EN SOMMES-NOUS ?

La FMSQ s'intéresse depuis fort longtemps à la pertinence des actes médicaux, c'est-à-dire le fait d'offrir les bons soins, au bon moment, par les bons professionnels de la santé. Ce dossier a finalement pu se concrétiser avec la création de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) découlant du Protocole d'accord, en novembre 2019. Dans le dernier numéro du *Spécialiste*, nous abordions d'ailleurs **le début de ses opérations**. Depuis, le travail a continué d'aller bon train, et ce, malgré la pandémie de la COVID-19.

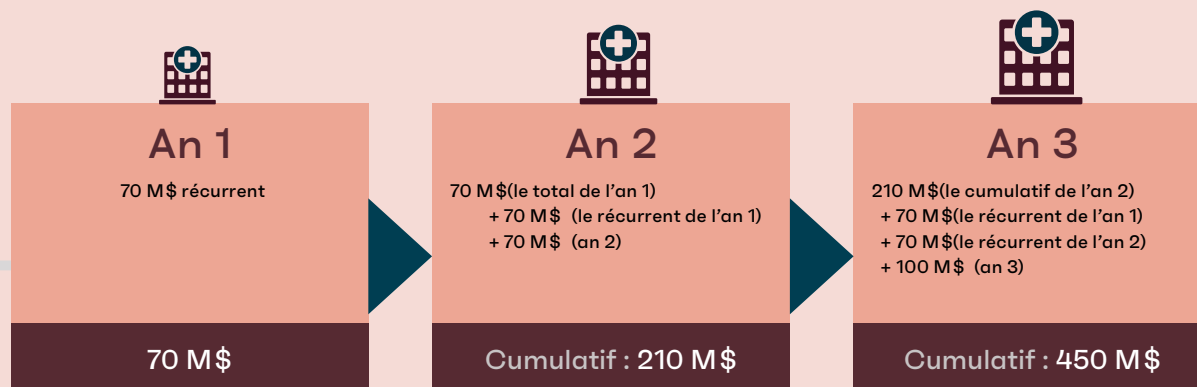
Concrètement, l'IPAM s'articule autour d'une structure de gouvernance à deux paliers, soit le Comité aviseur et le Comité de gouvernance. Le premier analyse les mesures de pertinence et les projets de réinvestissement proposés, alors que le deuxième entérine les propositions pour implantation par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En 2020, neuf rencontres des deux comités ont eu lieu. Nous sommes confiants que les mesures mises de l'avant en 2020 et 2021 contribueront à améliorer l'accès à la médecine spécialisée au Québec, tout en respectant les engagements financiers prévus au Protocole d'accord.

De son côté, la FMSQ travaille en étroite collaboration avec toutes ses associations médicales affiliées afin de proposer des mesures de pertinence à l'IPAM. À ce jour, plusieurs idées ont été rassemblées lors d'une retraite en février dernier et, depuis septembre, la cadence a été accélérée avec la sollicitation active de la contribution de chacune des associations. En effet, la FMSQ a transmis une lettre aux 35 associations leur demandant de soumettre un minimum de cinq propositions de pertinence bien documentées. Chaque spécialité apporte ainsi sa contribution, tout en s'assurant de préserver l'équité inter-associative en matière de pertinence des actes médicaux. À la fin de ce processus, plus de 150 suggestions devraient avoir été recueillies, dont plusieurs seront soumises formellement à l'IPAM. Les idées retenues devraient être mises en application le 1^{er} avril 2021.

Le schéma de travail consiste à :

- Consulter les associations afin de cibler différentes mesures
- Assurer une équité entre les associations dans la priorisation des actes
- Procéder à une évaluation à 360° des différentes initiatives
- Soumettre les documents à l'IPAM

LA FMSQ S'EST ENGAGÉE À CERNER DES MESURES QUI PERMETTRONT AU GOUVERNEMENT DE RÉALISER DES ÉCONOMIES DE 450 M\$ SUR TROIS ANS



Le Protocole d'accord prévoit que les économies générées par les mesures de pertinence seront réinvesties dans des projets d'accès à la médecine spécialisée. En 2020, les deux parties prenantes de l'IPAM (la FMSQ et le MSSS) privilégient que ce réinvestissement se fasse en priorité dans une amélioration marquée des technologies de l'information du réseau de la santé afin de faire un véritable saut sans demi-mesure dans la santé virtuelle. Il ne fait pas de doute qu'il faut moderniser les outils de prescription des tests diagnostiques – l'ère des fax devrait être enfin révolue! – et rendre plus fluide le partage de l'information clinique des patients. Il ne s'agit là que de deux exemples de ce qui est à l'étude présentement.

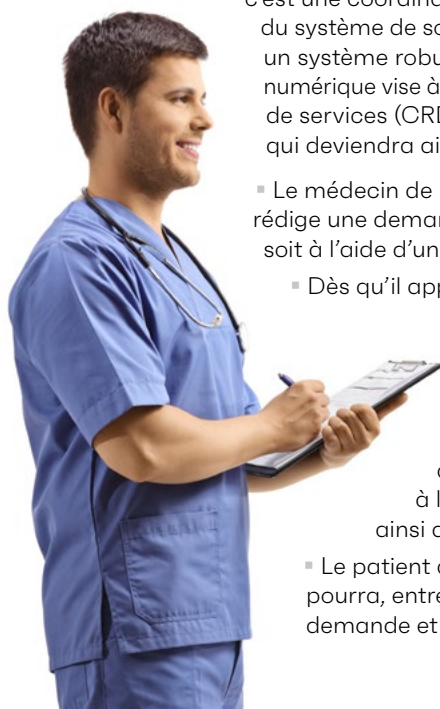
Tout le réseau de la santé, des médecins aux patients, bénéficieraient d'un meilleur dossier médical électronique et d'une amélioration des outils d'information. Au-delà de la transmission de l'information, c'est une coordination dynamique, intégrée, fluide et traçable du système de soins de santé qui est proposée. Appuyée sur un système robuste, notre vision de ce nouveau paradigme numérique vise à créer un centre de répartition des demandes de services (CRDS) numérique, pour le bénéfice du patient, qui deviendra ainsi un véritable partenaire, dans lequel :

- Le médecin de première ligne ou le médecin spécialiste rédige une demande de consultation, soit à l'ordinateur, soit à l'aide d'un système de reconnaissance vocale
- Dès qu'il applique sa signature électronique, à l'aide d'outils qui restent à développer, la demande de consultation est rapidement priorisée dans un système de gestion des rendez-vous
- Le médecin spécialiste a accès à la note du médecin de famille, à la demande de consultation ainsi qu'à l'ensemble du dossier
- Le patient devient maître de son dossier; il pourra, entre autres, suivre le cheminement de sa demande et confirmer son rendez-vous en ligne



La FMSQ souhaite être un acteur engagé dans la transformation du système de soins de santé québécois. Nous croyons ardemment dans la pérennité de notre système public de santé et considérons qu'il est crucial que les médecins spécialistes s'investissent dans sa préservation, pour le bien de tous les patients.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence l'effort colossal consenti par tous pour faire face à la pandémie de la COVID-19. Cette situation a indéniablement forcé tout le réseau à innover, à s'adapter rapidement et à changer certaines pratiques. Il ne fait aucun doute que des améliorations adoptées durant cette période de crise pourraient être pérennisées par le biais de l'IPAM.



Dans la littérature médicale, la pertinence est aussi décrite en ces termes :

Les soins de santé à bas rendement (*low value care*) sont des soins inefficients, liés à des dépenses accrues sans gain clinique pour le patient ou le système de santé. L'objectif est de mieux servir les Québécois en leur donnant accès aux soins requis par leur état de santé, démontrés efficaces et optimaux.

Qui sont les membres de l'IPAM?

- Conseil de règlement (qui intervient en cas de désaccord entre les deux parties)
 - **André Rochon**, juge retraité
 - **D^r Arvind Joshi**, obstétricien-gynécologue, pour la FMSQ
 - **Madeleine Paulin**, pour le gouvernement
- Composition de l'IPAM
 - Le président de l'IPAM est **Jacques Cotton**, ancien PDG de la RAMQ
 - Le directeur général est **Jean-François Foisy**, ancien PDG du CISSS des Laurentides
 - Cinq représentants désignés par le gouvernement :
 - **D^{re} Michèle de Guise**, vice-présidente scientifique à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
 - **D^{re} Lucie Poitras**, directrice générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique au MSSS
 - **Marie-Pierre Legault**, vice-présidente à la rémunération des professionnels à la RAMQ
 - **Vincent Lehouillier**, sous-ministre adjoint à la Direction générale du personnel réseau et ministériel au MSSS
 - **Pierre C. Dessureault**, représentant du public
- Cinq représentants désignés par la FMSQ :
 - **D^r Stéphane Ahern**, spécialiste des soins intensifs
 - **D^r Jean-Denis Roy**, anesthésiologiste et directeur des affaires professionnelles à la FMSQ
 - **D^{re} Sophie Gosselin**, spécialiste en médecine d'urgence
 - **D^{re} Corinne Leclercq**, obstétricienne-gynécologue et membre du conseil d'administration de la FMSQ
 - **Vincent Dumez**, codirecteur du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (OEPPE), représentant du public

Nous tenons à remercier la D^{re} Andrée Grignon pour sa contribution aux travaux de l'IPAM. Le D^r Jean-Denis Roy, directeur des affaires professionnelles de la FMSQ, la remplace dorénavant au sein du Comité de gouvernance de l'IPAM.



Rappel de l'article 6.2 du Protocole d'accord

- Élimination d'éléments de rémunération de base, incluant de façon non limitative des actes, suppléments, forfaits, etc.
- Recommandation de désassurer certains actes
- Fixation de conditions permettant la facturation d'un acte
- Détermination de plafonds d'actes
- Recours à tout autre changement de même nature

Qui forment les deux comités de gouvernance de l'IPAM?

- Comité aviseur
 - **D^r Stéphane Ahern**
 - **D^{re} Corinne Leclercq**
- Comité de gouvernance
 - **D^r Stéphane Ahern**
 - **D^{re} Sophie Gosselin**
 - **D^{re} Corinne Leclercq**
 - **D^r Jean-Denis Roy**



Se former en pleine pandémie

DÉFI RELEVÉ!



Présentées pour la première fois de leur histoire en édition virtuelle, les JFI de novembre 2020 avaient un important défi à relever : assurer la poursuite de la formation continue en dépit de la pandémie. En contexte de crise sanitaire liée à la COVID-19, se former est d'autant plus essentiel que les connaissances et les pratiques médicales évoluent à grande vitesse. Malgré les nombreuses contraintes engendrées par cette situation, l'événement a été un réel succès : près de 1700 professionnels de la santé ont répondu à l'appel et participé à distance à plus de 10 séances de formation.

La Direction du développement professionnel continu (DPC) a proposé une programmation numérique entièrement transformée, à la fois variée et enrichissante.

Si l'interdisciplinarité a toujours été la marque des JFI, polyvalence et agilité étaient les principales thématiques pour réinventer l'événement cette année.

Malgré les nombreux enjeux et défis imposés par la crise sanitaire, les JFI auront réussi à atteindre leurs principaux objectifs, soit se faire rassembleuses et offrir aux médecins spécialistes des contenus novateurs leur permettant à la fois d'apprendre et de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins pour l'ensemble des Québécois.

2 PANELS SUR LA COVID-19

Panel québécois

Un panel hors-série, offert en primeur le 13 novembre dernier, a marqué le début des activités. Sous forme de webinaire, il réunissait des sommités québécoises qui ont abordé divers aspects de la COVID-19 : le **D^r Horacio Arruda**, le **D^r Karl Weiss**, la **D^{re} Caroline Quach** et le codirecteur du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP), **Vincent Dumez**.



Extrait du panel Québécois

Panel international

Le panel québécois a jeté les bases pour un autre panel, tenu la semaine suivante. Cette fois, il était composé d'experts internationaux, qui ont donné leur point de vue sur la crise et discuté avec le **D^r Weiss** de leurs propres expériences : la **D^{re} Heidi Stensmyren** (Suède), la **D^{re} Guzel Ulumbekova** (Russie), le **D^r Mario Bussi** (Italie) et la **D^{re} Trish Perl-DeLisle** (États-Unis).

Les applications de traçage de la COVID-19 fonctionnent-elles mieux ailleurs qu'au Québec? Quelle est la situation en Italie? En Suède, le confinement était-il véritablement volontaire? Les problèmes auxquels la Russie et l'Europe ont dû faire face diffèrent-ils vraiment des nôtres? Autant de questions qui ont trouvé des réponses et permis de constater les similitudes et les différences liées aux enjeux qui se sont posés dans d'autres pays durant la pandémie.



D^r Mario Bussi, oto-rhino-laryngologiste et président de la Société italienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale



L'absence de coordination entre les pays européens nous a malheureusement plongés au cœur d'une seconde vague de COVID-19. La liberté de mouvement des personnes et l'absence de contrôles systématiques aux frontières, pour réguler les zones à haut risque, ont contribué à une flambée des cas à travers l'Europe.

Paradoxalement, il semble que nous n'avons guère tiré de leçons de la pandémie de la grippe espagnole du début du 20^e siècle; il n'y a pas eu d'améliorations substantielles en ce qui concerne la gestion des pays. Les nouvelles stratégies, comme le traçage de contacts, n'ont pas réussi à contrôler la propagation du virus; seul le confinement a été une mesure efficace au sein des démocraties libérales. Toutefois, le discours a été très différent dans les pays dits antilibéraux, où les limitations des libertés individuelles ont été plus facilement introduites et respectées, ce qui a conduit à des résultats durables permettant d'atténuer la portée de la seconde vague.

En ce qui a trait à 2021, le grand défi sera d'assurer une meilleure gestion des ressources de la santé publique qui tiendra compte à la fois du taux de personnes contaminées et de la propagation effective du virus dans la population. Afin de relever ce défi, il faudra assurément améliorer la diffusion des données épidémiologiques et la capacité analytique des réseaux sanitaires. Malgré la réticence entourant les risques de violation de la vie privée, il faudra promouvoir les techniques de traçage de contacts, qui aideront à contrôler le virus dans les phases suivant le confinement.

Il sera également essentiel de rétablir une bonne pratique clinique dans la prise en charge des maladies qui ne sont pas liées à la COVID-19, en particulier pour le traitement des cancers, car les retards ont déjà conduit à une dégradation évidente des résultats carcinologiques.



D^{re} Guzel Ulumbekova, présidente du conseil d'administration de l'Association des sociétés médicales pour la qualité des soins médicaux et de l'éducation médicale et directrice de l'École supérieure d'organisation et de gestion de la santé en Russie

La pandémie nous a appris qu'un bon système de santé est à la base de la protection et de la stabilité d'un pays. Toutefois, le système de santé russe n'est pas suffisamment financé et soutenu par l'État, ce qui entraîne des répercussions désastreuses telles que la pénurie de personnel et de spécialistes en soins primaires, le manque d'équipements dans les hôpitaux et, même, la pénurie de certains médicaments. Nous avons également observé un important décalage entre la gestion prévue et les actions effectuées dans nos différents systèmes épidémiologiques, sanitaires et sociaux, et ce, tant à l'échelle municipale que régionale. Pourtant, en ces moments de crise, les stratégies et les tactiques du gouvernement devraient être davantage centralisées.

Néanmoins, la crise sanitaire que nous traversons aura mis en lumière quelques aspects positifs de notre système, notamment la résilience des travailleurs de la santé et le partage des ressources. Ces traditions d'entraide remontent à l'ère soviétique et permettent d'obtenir de bons résultats dans la lutte contre la COVID-19.

Le plus grand défi auquel nous ferons face en 2021 sera l'épuisement des ressources humaines et matérielles du système de santé, alors que les vagues de la pandémie se succèdent. Les pays comptant le plus grand nombre de cas, comme les États-Unis, l'Inde et la Russie, dépendent de la fabrication d'un vaccin. Cependant, il est possible que les premiers essais ne soient pas efficaces et n'arrêtent pas la propagation du virus.

Rappelons que même dans le cas d'une évolution favorable de la situation épidémique, le système de santé sera confronté à une charge de travail supplémentaire en raison des retards dans les traitements n'étant pas liés à la COVID-19.

Malheureusement, il est à prévoir qu'en 2021, la Russie sera encore aux prises avec des crises économiques et sociales découlant de la pandémie.



Un manque de médecins, parfois un manque d'équipements de protection individuelle.

Réactions de membres de la FMSQ au panel international

« Très intéressant de pouvoir comparer les points de vue à l'international. »

« Quelle belle idée de séance de formation ! »

**« Qualité exceptionnelle !
Bravo pour le choix des conférenciers et du modérateur chevronné. »**

« Très bon survol de la COVID-19 à travers le monde. »

Le D^r Karl Weiss, conférencier lors du panel québécois et modérateur du panel international, tire quelques conclusions des échanges auxquels il a assisté.



[Vidéo 1](#)
[Vidéo 2](#)

Nos invités d'honneur!



Un rendez-vous politique

Une tradition s'est installée au cours des dernières JFI. Désormais, nous abordons des sujets politiques importants pour les membres, et les acteurs politiques et médiatiques s'intéressent à nos échanges. Ainsi, le ministre de la Santé et des Services sociaux, **Christian Dubé**, s'est adressé aux membres de notre fédération. Il en a profité pour annoncer une entente de principe entre le gouvernement du Québec et la FMSQ sur les conditions de pratique. Le directeur des Affaires professionnelles, le **D^r Jean-Denis Roy**, revient sur cette annonce à la [page 9](#).

Rappelons que le droit de négocier les conditions de pratique a été reconnu en 2018 et octroyé à la FMSQ, unique organisation habilitée à représenter les médecins spécialistes dans les négociations gouvernementales. L'entente de principe annoncée le 20 novembre représente le gain le plus important pour les médecins spécialistes. Avec des balises claires concernant les règles et les obligations qui régissent leur pratique dans les hôpitaux québécois, les médecins spécialistes pourront exercer leur rôle de façon encore plus efficace.

Deux invités de marque

Chaque année, l'équipe de planification des JFI s'efforce de diversifier le contenu et d'offrir une qualité de conférenciers hors pair. Cette année ne faisait pas exception, avec deux conférenciers de marque : **Laurent Duvernay-Tardif**, footballeur professionnel et étudiant en médecine, et le **D^r David Saint-Jacques**, astronaute de l'Agence spatiale canadienne.

Apprécié des médias, Laurent Duvernay-Tardif a traité de résilience, de stress, de travail d'équipe et de courage lors de son entrevue avec la **D^{re} Pascale Hamel**, pédiatre. « Le football est l'un des sports où il faut le plus compartimenter; je vais jouer en moyenne 65 séquences pendant un match, sur une courte période. C'est le plus grand apprentissage que j'ai fait en lien avec la médecine : il faut être capable d'apprendre de ses erreurs et de rebondir sans se laisser abattre. »



Laurent Duvernay-Tardif, footballeur professionnel et étudiant en médecine



La **D^{re} Pascale Hamel** en entretien avec **Laurent Duvernay-Tardif**.



Pour le remercier, la **D^{re} Diane Francoeur**, présidente de la FMSQ, lui a remis un cadeau aux couleurs de la FMSQ.

Le **D^r Yohann St-Pierre**, pédiatre et représentant des régions éloignées au conseil d'administration de la FMSQ, a interviewé le **D^r David Saint-Jacques**.

« La recherche en sciences de la vie et le développement de technologies médicales sont des priorités pour l'Agence spatiale canadienne. En plus de bénéficier au domaine de l'exploration spatiale en favorisant la santé physique et psychologique des équipages, ces avancées contribuent également à plusieurs priorités nationales en santé et créent des retombées positives pour tous les Canadiens. »

D^r David Saint-Jacques, astronaute de l'Agence spatiale canadienne



Le **D^r Saint-Jacques** a tracé un parallèle entre la médecine et l'exploration spatiale. [Découvrez son entrevue exclusive.](#)

[Écoutez l'entrevue du **D^r St-Pierre** sur Ici Première](#)



La **D^{re} Francoeur** en a profité pour poser une question au **D^r David Saint-Jacques**.

Séance de formation inédite!

Un échange enrichissant entre **Catherine Perrin**, animatrice et chroniqueuse à Radio-Canada, et le **D^r Alain Vadeboncoeur**, urgentologue, a servi de formation sur les bonnes pratiques pour bien répondre aux demandes des journalistes. En compagnie du **D^r Ernest Prigent**, urgentologue et représentant de la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec, les conférenciers ont parlé des questions pièges parfois utilisées par les journalistes. Ils ont raconté des anecdotes d'expériences médiatiques difficiles et, surtout, ils ont fourni des trucs extraordinaires pour bien se préparer à une entrevue.



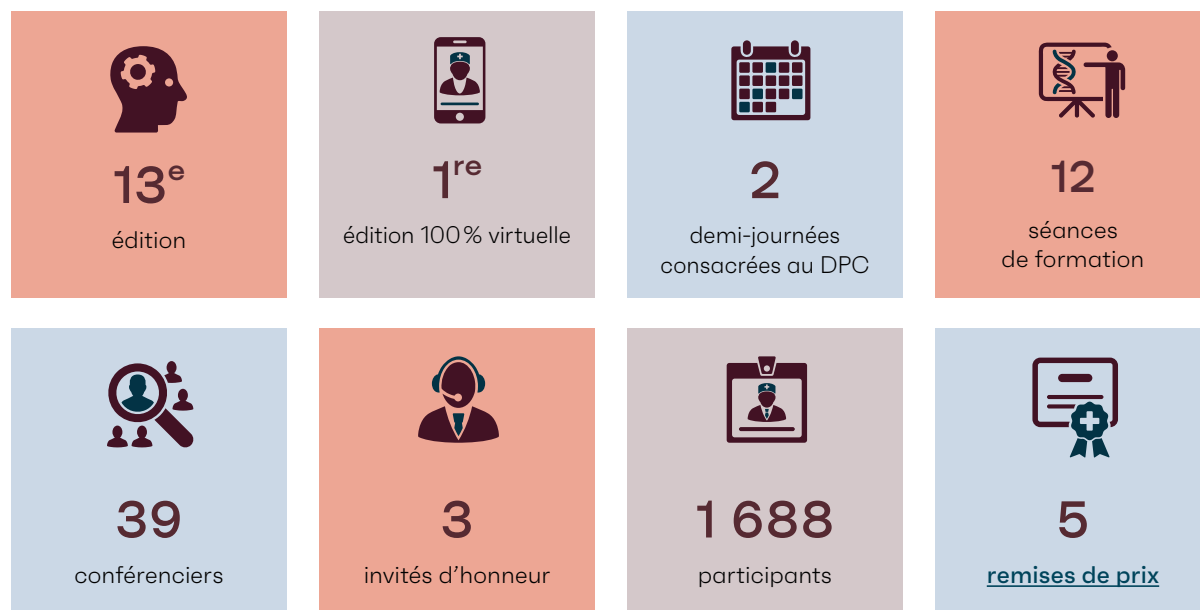
Les D^rs Ernest Prigent et Alain Vadeboncoeur ainsi que Catherine Perrin

JFI 13^e Journées de formation interdisciplinaire
FMSQ Se former pour mieux soigner!

Un média vous approche? Évitez les faux pas
3 conseils du Dr Alain Vadeboncoeur, urgentologue

1. Suis-je la bonne personne pour répondre?
2. Est-ce que je connais assez bien le sujet?
3. Go!

LES JFI 2020 EN CHIFFRES



MÉDUSE **FMSQ**

Vous n'avez pas pu assister aux JFI2020? Vous souhaitez voir ou revoir une formation donnée dans le cadre de cette 13^e édition? Rendez-vous sur MÉDUSE!



COMMENCER À EXERCER EN PLEINE PANDÉMIE

Tout au long de leurs études, les futurs médecins spécialistes essaient d'imaginer ce que sera leur vie professionnelle lorsqu'ils auront reçu leur diplôme. Personne n'avait cependant envisagé qu'une pandémie ferait partie de l'équation. *Le Spécialiste* a voulu savoir comment certains ont vécu la première vague de COVID-19 et comment ils anticipent la deuxième.

« Faire de la téléconsultation avec les patients de façon presque exclusive pendant plusieurs mois, c'était une nouveauté! » — D^r François Taschereau, néphrologue, Val-d'Or



Le D^r François Taschereau a fait ses études de médecine à Montréal, puis sa spécialité en néphrologie à Sherbrooke. Il est revenu dans son Abitibi-Témiscamingue natale pour y pratiquer comme seul néphrologue permanent. Toutefois, il n'avait pas prévu qu'à peine trois mois après son retour, une pandémie frapperait le Québec...

L'Hôpital de Val-d'Or s'y était bien préparé, mais l'établissement a enregistré moins d'une dizaine de cas de COVID-19 lors de la première vague. « Il y a eu beaucoup de planification, d'ajustements, de réunions virtuelles. En tant que résidents, nous n'avons pas l'habitude de faire de la gestion et de l'administration. Au cours de notre formation, nous consacrons tout notre temps à la médecine et aux patients. Le fait de participer à la réflexion était très intéressant. »

À titre de néphrologue, il a pris en charge la conception de protocoles pour les unités d'hémodialyse de sa région. « J'ai eu la chance de recevoir les conseils de collègues

néphrologues. Grâce à mon réseau de contacts, j'ai pu connaître les mesures instaurées ailleurs, que j'ai ensuite adaptées à notre réalité. »

Même en pleine pandémie, le D^r Taschereau et son équipe ont réussi à innover. Ils ont conçu un programme de dialyse à domicile, offrant ainsi une meilleure qualité de vie aux personnes atteintes de maladie rénale terminale. Les patients se rendent à l'hôpital une fois par mois, au lieu de trois fois par semaine, comme c'est le cas pour les traitements d'hémodialyse conventionnels.

Membre d'un comité de soins intensifs, le D^r Taschereau a été en mesure de constater que l'ensemble des médecins spécialistes et des médecins de famille se sont mobilisés. « Nous avons des réunions hebdomadaires en visioconférence avec des médecins de tous les hôpitaux de la région. Nous avons rapidement mis en place un plan régional pour faire face à la pandémie. »

« Nous espérons doubler le nombre de personnes qui recevront leur traitement à domicile dès cette année. Si jamais la deuxième vague de COVID-19 est forte, cette façon de faire réduira la pression sur notre unité d'hémodialyse. »

Les patients âgés et atteints de maladies chroniques ont eux aussi apprécié le recours à la téléconsultation. « Limiter leurs contacts à l'hôpital leur a permis de ne pas s'exposer au risque de contamination à la COVID-19. De plus, nos patients doivent parfois faire jusqu'à 200 km, aller-retour. Avec les déplacements, un rendez-vous d'une demi-heure peut représenter trois ou quatre heures au bout du compte. Les téléconsultations étaient également bien adaptées aux besoins des personnes qui, au printemps, continuaient à travailler dans les secteurs essentiels. Cette approche a contribué à restreindre l'absentéisme. J'espère que, dans certains cas, nous pourrions maintenir cette façon de faire après la pandémie! »

« Le plus inquiétant, c'est l'incertitude. Ne pas savoir combien de temps ça va durer, combien de vagues il y aura... » — **D^{re} Marie-Claude Lavigne-Albert**, chirurgienne générale, Alma



« Si je vous avais parlé il y a 10 jours, je vous aurais dit que tout allait bien », lance spontanément la D^{re} Marie-Claude Lavigne-Albert. En effet, au moment de l'entrevue, à la mi-octobre, la deuxième vague de COVID-19 frappait de plein fouet l'Hôpital d'Alma, même si la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean était encore en zone orange. Étant donné l'importance de

l'éclosion, les interventions chirurgicales et les consultations dans les cliniques externes étaient désormais interdites dans cet établissement. « Nous sommes autorisés à faire des consultations téléphoniques seulement. Tous nos patients ont leur médecin de famille. Nous travaillons donc en collaboration avec eux, et je suis convaincue que les liens que nous établissons actuellement vont rester. » Les médecins spécialistes de l'hôpital se tiennent à distance les uns des autres afin d'éviter une contagion qui compromettrait les effectifs médicaux de l'établissement.

Bien qu'il y ait eu peu de cas de COVID-19 à l'Hôpital d'Alma lors de la première vague, le travail au bloc opératoire s'était arrêté en mars 2020, conformément aux directives ministérielles. Cette période ayant été relativement courte, les chirurgiens de l'établissement n'ont pas eu besoin de faire beaucoup de téléconsultations avec leurs patients. Les horaires ont plutôt été adaptés et les rendez-vous fixés à des intervalles plus longs qu'à l'habitude, réduisant ainsi le nombre de personnes qui se croisaient dans les salles d'attente.

« Les choses changent rapidement et il faut constamment s'adapter, afin que les patients reçoivent les meilleurs traitements possible malgré les contraintes. »

« Les chirurgies électives, les endoscopies et les consultations dans les cliniques externes ont repris dès le début de juin », dit la D^{re} Lavigne-Albert, soulignant par ailleurs qu'en temps normal, les listes d'attente en chirurgie sont raisonnables à l'Hôpital d'Alma. Par conséquent, le retard a pu être rattrapé entre juin et septembre, en dépit du ralentissement causé par les vacances estivales.

Est-elle déçue de la tournure des événements, alors qu'elle n'avait commencé sa pratique qu'à l'été 2019 ? Originaire du Nouveau-Brunswick, elle aime sa région d'adoption et estime que l'interruption de mars dernier n'a pas été trop difficile, car elle n'avait pas encore de routine établie. « Mais les choses changent rapidement et il faut constamment s'adapter, afin que les patients reçoivent les meilleurs traitements possible malgré les contraintes. » Toutefois, la chirurgienne avoue être plutôt triste pour eux, lorsqu'elle doit leur annoncer le report d'une intervention chirurgicale. « Heureusement que j'ai quand même pu exercer pendant quelques mois avant que la crise commence. Aujourd'hui, le pire est de n'avoir aucune idée du moment où nous pourrions recommencer à opérer. Si seulement nous pouvions savoir que tout redeviendra à la normale d'ici quelques semaines... mais la nouvelle normalité est impossible à imaginer... »

« C'est une circonstance exceptionnelle qu'on espère ne jamais revivre au cours de notre carrière. » — **D^r Félix-Antoine Vézina**, pneumologue, Sherbrooke

Lorsque le premier ministre François Legault a annoncé qu'il mettait le Québec sur pause, en mars dernier, le D^r Félix-Antoine Vézina achevait son postdoctorat dans la capitale nationale. Il devait commencer comme pneumologue au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS) quatre mois plus tard, là où il avait fait sa résidence. Compte tenu de la suspension des différentes tâches cliniques et de recherche à Québec, il a décidé de revenir plus tôt en Estrie. « Je tenais à prêter main-forte à l'établissement. Nous ignorions totalement la façon dont la situation évoluerait, quel impact la pandémie aurait sur le système de santé... »



Les services de pneumologie et de médecine interne ont offert leur aide pour l'hospitalisation des cas de COVID-19 qui ne nécessitaient pas des soins intensifs. C'est ainsi qu'un nouveau corridor de service de la pneumologie a été organisé sur deux étages à l'Hôtel-Dieu

du CHUS, alors que le service de pneumologie était maintenu à l'Hôpital Fleurimont. Comme le D^r Vézina n'avait pas encore de patients attirés en consultation externe, il était le candidat idéal pour apporter sa contribution, de concert avec d'autres pneumologues dont les activités avaient été délestées. « En tant que spécialistes, notre travail, c'est de soigner les patients du mieux que nous pouvons en toutes circonstances, notre défi, savoir s'adapter aux contraintes. »

« Je tenais à prêter main-forte à l'établissement. Nous ignorions totalement la façon dont la situation évoluerait, quel impact la pandémie aurait sur le système de santé... »

Le D^r Vézina a opté pour la pneumologie parce que cette discipline constitue un bel amalgame de technique et de médical, une discipline appelée à traiter plusieurs maladies. Certes, les patients hospitalisés pour la COVID-19 requéraient des soins aigus, mais comme il s'agissait majoritairement de personnes âgées, les médecins ont rapidement constaté leur déconditionnement, vu qu'ils étaient longtemps alités, de telle sorte qu'ils avaient l'impression d'être en présence d'une maladie chronique. « Nous avons donc dû faire de la réadaptation, un autre aspect de ma profession qui me passionne. J'ai d'ailleurs participé à un projet de recherche avec les équipes de gériatrie, ce qui répondait à mes aspirations de voir les patients dans leur globalité. »

Le D^r Félix-Antoine Vézina et un autre pneumologue, le D^r Christophe He, étaient inquiets de constater que les aînés étaient isolés de leurs proches, à qui l'on interdisait l'accès à l'hôpital par mesure de prévention. Ils ont pris l'initiative de lancer un appel à la population et recueilli des tablettes électroniques qui ont favorisé les rapprochements virtuels entre patients et familles. Leur beau geste a été souligné dans [*La Voix de l'Est*](#).

« En gériatrie, c'est la post-pandémie qui nous préoccupe le plus. » — D^r Christian Campagna, interniste-gériatre, Rimouski

Président de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) jusqu'en juin dernier, le D^r Christian Campagna a commencé à exercer sa profession de gériatre à l'Hôpital régional de Rimouski à la mi-octobre. Il a donc vécu la première vague de la pandémie pendant sa résidence. « Déjà, au printemps, nous anticipions les retombées négatives médicales mais également

sociales de la COVID-19. Et nous avons pu le constater durant l'été : les aînés qui s'étaient isolés à la maison pour suivre les directives sanitaires ressentaient des effets secondaires comme la dépression, l'anxiété et le déconditionnement parce qu'ils n'avaient pas eu de contacts sociaux ni suffisamment bougé. La deuxième vague va imposer au système un nouveau fardeau : il faut se préparer à répondre à des besoins qui ne seront pas nécessairement liés à l'infection. Chaque spécialité aura ses propres solutions, mais en gériatrie, nous sommes loin de voir la fin de cette pandémie. Nous devons adapter notre pratique en conséquence dès maintenant. »

Dans la plupart des spécialités, la téléconsultation s'avère la meilleure solution. Ce n'est pas toujours le cas en gériatrie. D'abord parce que, souvent, les personnes très âgées connaissent peu ou pas les nouvelles technologies, ne possèdent ni tablette électronique ni téléphone intelligent. Le D^r Campagna souligne qu'il est très difficile par ailleurs d'évaluer un problème cognitif par téléphone. « Nous savons que l'entrevue et l'examen physique sont essentiels, mais on en prend pleinement conscience lorsque tout doit se faire par téléconsultation. »

Il préconise un retour rapide en clinique externe pour ces personnes à risque de complications, quitte à modifier l'environnement pour respecter les normes de prévention des infections. L'installation d'un plexiglas, par exemple, permettrait au médecin de ne pas porter de masque : « Vous n'avez pas idée du nombre de personnes âgées qui ont pris l'habitude de lire sur les lèvres pour compenser un problème d'audition. »

Le D^r Campagna recommande aux médecins et aux gestionnaires d'instaurer des mesures proactives dans les établissements sans attendre que les ordres viennent d'en haut. « Le ministère nous demande d'être autonomes. Soyons à l'affût, et proposons des solutions en harmonie avec les tendances, quitte à reculer ou à normaliser par la suite. Pour éviter un goulot d'étranglement dans quelques mois, les cliniques externes doivent se préparer dès aujourd'hui à une vague de consultations urgentes. Mon expérience à la FMRQ m'a montré qu'il est possible d'opérer des changements, mais non sans efforts. C'est compliqué, mais possible. Il ne faut toutefois pas se décourager, quand les processus sont longs ou que ça ne se passe pas exactement comme on le voudrait! »

« Vous n'avez pas idée du nombre de personnes âgées qui ont pris l'habitude de lire sur les lèvres pour compenser un problème d'audition. »



AU CŒUR D'UNE TEMPÊTE NOMMÉE COVID-19

Avril 2020. Les médias révèlent la pire des histoires d'horreur. Au CHSLD Herron, à Dorval, le nombre de décès liés à la COVID-19 monte en flèche et les conditions de vie des résidents sont pitoyables. Ébranlée, la D^{re} Julia Chabot, gériatre depuis deux ans à peine, se porte volontaire pour tenter de sauver ceux qu'elle qualifie de bâtisseurs du Québec.



J'ai été interpellée par ce que j'ai vu dans les médias et je me suis dit que je devrais pouvoir aider, compte tenu de ma formation de gériatre, même si je n'avais pas d'expertise en CHSLD.



Musicienne dans l'âme, Julia Chabot est chanteuse classique et destinée à un avenir prometteur. Un emploi d'été comme préposée aux bénéficiaires fera pourtant tout basculer (voir « De chanteuse classique à gériatre »).

La relation privilégiée qu'elle entretient alors avec les patients l'incite à s'inscrire à la Faculté de médecine de l'Université McGill. Dès son stage à l'unité de gériatrie du Centre hospitalier de St. Mary, alors qu'elle n'en est encore qu'à ses premières années d'études en médecine, elle trouve sa voie : elle sera gériatre. Cependant, jamais elle n'aurait pensé que ses professeurs deviendraient bientôt ses collègues de travail. Elle n'aurait encore moins imaginé qu'en tout début de carrière, elle se trouverait au cœur d'une cruelle pandémie qui tuerait ces aînés qu'elle aime tant.

Une aventure en CHSLD

Spontanément, la D^{re} Chabot communique avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal afin d'offrir ses services. Ce coup de fil marque le début de ce qu'elle nomme « une aventure en CHSLD au pluriel » car, après dix jours à Dorval, elle ira prêter main-forte dans d'autres établissements. Pendant sept semaines consécutives, elle stabilisera la situation dans quatre CHSLD tour à tour, passant de zone chaude en zone chaude.



Dès son arrivée au CHSLD Herron, elle prend la situation en main et évalue l'état physique et mental des résidents avec l'aide du personnel infirmier, des préposés aux bénéficiaires et des médecins, afin de déterminer les besoins et de décider qui doit être dirigé ou non vers un hôpital.

« Ce travail d'évaluation, nous l'avons fait en équipe. La pandémie a mis en lumière l'importance du travail des préposés aux bénéficiaires et du personnel infirmier, dans ces milieux de vie. Nous avons pris les décisions en collaboration avec les familles, afin que les soins proposés correspondent à leurs attentes. »

La D^{re} Chabot explique aux proches les répercussions liées au maintien de leurs aînés au CHSLD, mais aussi celles de les diriger vers un hôpital. La gériatre souligne que tout n'est pas noir ou blanc : il y a beaucoup de zones grises. Les personnes atteintes de troubles cognitifs, par exemple, pourraient vivre le transfert comme un déracinement et sombrer dans un délirium.

De chanteuse classique à gériatre

Plutôt que de se rendre à l'étranger pour ses études complémentaires, la D^{re} Julia Chabot opte pour une maîtrise en psychologie, volet recherche, à l'Université de Montréal. « Dans mon ancienne vie, j'étais chanteuse classique. J'ai décidé de mettre à profit mes connaissances et de jumeler mes deux passions, la musique et la médecine gériatrique. »

Elle s'investit dans un projet de recherche visant à mesurer l'impact de la musique sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et des musiciens bénévoles viennent jouer à l'unité de gériatrie du Centre hospitalier de St. Mary, pour le plus grand bonheur des personnes hospitalisées. « C'était la belle l'époque pré-covid », lance-t-elle.

Internet comporte de nombreuses vidéos qui montrent des patients émerger de leur léthargie en entendant une chanson particulièrement significative pour eux. Certains vont jusqu'à se souvenir des paroles. « Nous avons aussi été témoins de petits miracles. Je mentirais si je prétendais que c'était systématiquement le cas, mais je me souviens de la fille d'une patiente qui m'a dit que, le temps d'une séance de musique, je lui avais redonné sa mère d'avant la maladie d'Alzheimer. »

L'établissement prend rapidement les allures d'un « mini-hôpital », un des effets de la décision de maintenir certains résidents en CHSLD malgré leur situation. Ainsi, on commence à faire des intraveineuses, à hydrater et à donner des antibiotiques par intraveineuse à des personnes qui ont besoin de beaucoup plus de soins que ceux habituellement requis dans un milieu de vie.

À cette charge de travail s'ajoute la triste réalité des proches aidants qui ont été évincés, eux qui avaient l'habitude de donner à manger ou à boire à leurs aînés, de leur apporter une stimulation sociale essentielle et de soutenir ceux atteints de troubles de motricité ou de mobilité. Le départ bien involontaire des proches, qui jouent un rôle primordial en CHSLD, a eu les répercussions que l'on sait. La D^{re} Chabot reconnaît toutefois qu'il était également nécessaire de tenir compte des risques de contamination, aussi bien pour les résidents que pour les proches et les intervenants qui, à leur tour, auraient ensuite pu répandre le coronavirus dans leur entourage. Elle espère que la deuxième vague ne sera pas aussi forte que la première, mais si c'est nécessaire, elle ira encore une fois là où seront les besoins.

Connaissances et relation de confiance

Même si la D^{re} Julia Chabot exerce comme gériatre depuis janvier 2018 seulement, elle a osé offrir son aide en CHSLD, se sachant en mesure non seulement d'y appliquer ses connaissances, mais surtout, d'établir une relation de confiance avec les personnes âgées.

« J'ai choisi la gériatrie parce que je sentais que je pouvais avoir une relation vraiment particulière avec les patients, adopter une approche holistique, très personnalisée. Il faut se concentrer sur l'aspect médical, bien sûr, mais également tenir compte des aspects fonctionnels et psychosociaux, qui ont un impact les uns sur les autres. »

En gériatrie, précise la D^{re} Chabot, il faut absolument se concentrer sur des facteurs qui auront une incidence réelle sur la vie des patients : les troubles cognitifs; la présence de comorbidités comme l'hypertension, le diabète, les problèmes cardiaques; la médication – ce qui est approprié et ce qui l'est moins; la mobilité et les possibilités de l'améliorer; et, évidemment, ce qui importe le plus pour le patient et sa famille.

« Établir un plan de soins qui tient compte de ce que le patient aime et veut, c'est ça la beauté de la gériatrie. Je dirais même que c'est un art. »

À l'hôpital, la gériatre tient compte de l'autonomie de son patient et s'assure que son environnement sera adapté avant qu'il retourne à la maison, afin qu'il puisse continuer d'accomplir le plus de tâches possible par lui-même. Elle aime aussi travailler en équipe multidisciplinaire avec le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux, ainsi qu'avec les proches aidants.



La CPMC a pour mission de partager, de soutenir et de diffuser les meilleures pratiques en soins de longue durée, afin d'améliorer les soins et les services dans les centres d'hébergement. Elle vise à renforcer les liens entre les médecins de toutes les régions du Québec et à favoriser les échanges liés aux enjeux cliniques et de coordination vécus en CHSLD. La communauté de pratique consiste en un organe voué à l'écoute, à l'aide-conseil et au soutien des résidents et résidentes de CHSLD, des proches aidants et du personnel interdisciplinaire qui y travaille.

À peine le [site web de la CPMC](#) était-il en ligne qu'on y trouvait déjà deux documents fort utiles pour tous, conçus à partir des expériences de terrain d'équipes multidisciplinaires et de médecins-gestionnaires qui ont œuvré dans des CHSLD de Montréal durement touchés par la pandémie du coronavirus. Un guide fournit des recommandations relatives à la gestion clinico-administrative des éclosions de COVID-19 en CHSLD, et une liste de points de contrôle résume les meilleures pratiques de gestion de ces éclosions.

« La CPMC a été créée en réponse à la COVID-19, mais ce n'était que l'élément déclencheur. Nous espérons que cette communauté continuera de vivre après la pandémie, ce qui nous permettra alors de contribuer globalement à l'amélioration de la qualité des soins en CHSLD. »

Une communauté de pratique des médecins en CHSLD voit le jour

Son expérience en CHSLD a donné à la D^{re} Chabot le goût de s'engager. Il était donc tout naturel, au cours de l'été 2020, qu'elle fasse partie des membres fondateurs de la Communauté de pratique des médecins en CHSLD (CPMC), de pair avec un autre gériatre et cinq médecins de famille désireux d'avoir accès à un lieu où ils pourraient discuter de leurs expériences et de s'entraider.

« Je n'exerce pas en CHSLD, mais j'y ai vécu une expérience peu commune pendant la première vague de la pandémie, et j'apporte à cette communauté mon expertise de gériatre. Je rêve que d'autres spécialistes se joignent à nous, d'autant plus qu'ils sont nombreux à recevoir la clientèle des CHSLD. »

La D^{re} Julia Chabot en quelques clics

- [« On a réussi à stabiliser Herron »](#)
- [Refusons de laisser sombrer les aînés dans l'isolement](#)
- [Decreased risk of falls in patients attending music sessions on an acute geriatric ward : results from a retrospective cohort study](#)
- [Study on the effects of music on the health of geriatric inpatients](#)
- [Les lauréats des Prix Excelsior 2016 de la FMRQ](#)
- [Le prix Roger Dufresne 2013 de la Société québécoise de gériatrie](#)

RETRAITE : PRÉPARER L'AVENIR MAINTENANT

Le déroulement des saisons nous incite instinctivement à établir des liens avec notre propre cheminement, quelle que soit l'étape où nous en sommes. Or, la retraite est l'une des phases de la vie qui a sans doute connu les plus grands changements au cours des vingt dernières années. D'une période caractérisée par le retrait des activités professionnelles et le repli sur soi, elle s'est transformée en passage stimulant et productif vers une nouvelle perception de la vie, où chaque moment procure de nouvelles occasions de se réaliser pleinement.

Pour profiter de cette liberté, il faut cependant bien planifier. Dans cette optique, nous avons créé cette année encore un rendez-vous, virtuel cette fois, avec notre équipe de spécialistes : la **série financière Inspiration retraite** (voir l'encadré, p. 48). Cette nouvelle formule est l'occasion d'entendre des planificateurs financiers, des fiscalistes, des notaires et des experts en placements partager leurs connaissances et leur expérience afin de vous aider à amorcer une réflexion sur les prérequis d'une retraite dynamique, enrichissante et qui, surtout, répond aux aspirations de chacun.

Chaque aspect particulier de cette transition est abordé dans une optique d'optimisation.

L'aspect psychologique : passer à une nouvelle étape

Ne plus exercer une profession qui vous a motivé toute votre vie, ou encore réduire votre implication, n'est pas une banale transition, surtout si cette profession vous définissait et déterminait votre statut social. Le retrait ou la diminution de vos activités professionnelles aura des répercussions sur vous, mais aussi sur votre conjointe ou conjoint, votre famille, vos proches et votre vie sociale. En prendre conscience et apprendre à redéfinir ses rapports avec les autres sont des étapes déterminantes vers une retraite heureuse et bien entourée.

Une bonne planification : intégrer toutes les composantes

Les priorités changent à la retraite. Vos ressources financières seront utilisées différemment, pour répondre à d'autres besoins. Cependant, vous devez d'abord établir l'état de ces ressources en faisant un bilan de votre situation et en établissant votre nouveau coût de la vie. Cet exercice exige une prise de conscience de vos besoins réels et de vos sources de revenu, ce qui vous mènera ensuite à un plan d'action réaliste et bien adapté.

L'impact fiscal : un pensez-y bien

Même à la retraite, le fisc reste incontournable. Vous devrez payer des impôts sur la majorité de vos revenus, notamment sur vos retraits FEER. Il est possible de minimiser votre fardeau fiscal grâce à différentes stratégies que vous pouvez adapter à votre situation particulière, comme par exemple le fractionnement avec votre conjoint, sous certaines conditions. Les professionnels incorporés doivent également prévoir le décaissement de leur société à la retraite. Établir un plan est alors essentiel pour éviter une surcharge fiscale. Il est aussi important de prévoir la question des impôts lors de votre décès, puisqu'ils toucheront à la fois vos héritiers et votre société.

Qu'arrive-t-il à votre portefeuille de placements?

La retraite ne sonne pas le glas de vos investissements : au contraire, vous pourrez continuer à compter sur les revenus qu'ils génèrent pour financer vos activités. Avec votre conseiller, vous devrez évaluer le risque que vous êtes capable d'assumer et revoir la pondération actions-obligations de votre portefeuille ainsi que sa diversification. Des stratégies peuvent être adaptées à votre situation particulière pour minimiser les risques tout en optimisant les rendements. Dans tous les cas, une franche discussion avec votre conseiller financier vous aidera à prendre les meilleures décisions.

Inaptitude et planification successorale : prévoir en pleine connaissance de cause

Certains événements, comme une inaptitude temporaire ou permanente, deviennent plus préoccupants à l'approche de la retraite. La meilleure façon de rester serein face à ces possibilités est de s'y préparer en toute lucidité avec un mandat de protection et une procuration générale. Vous pourrez alors déterminer clairement qui s'occupera de vous et comment vos affaires seront gérées. Il en va de même pour votre planification successorale : y réfléchir calmement et prendre des décisions éclairées sur la disposition de vos biens vous permettra d'aborder la suite des choses en toute confiance.

Visionnez notre série financière
Inspiration retraite, un ensemble de six conférences réalisées avec nos experts dans différents domaines de la retraite. Faites-le à votre rythme : chaque conférence, d'une durée d'environ 30 minutes, porte sur un aspect particulier. Inscrivez-vous pour les voir au moment et dans l'environnement qui vous convient. Parlez ensuite à votre conseiller et passez à l'action !



Les assurances : revoir vos protections

Votre vie évolue, vos besoins en assurances aussi. Toutes celles qui concernaient votre profession ne seront plus nécessaires, et il serait bon de déterminer, selon votre style de vie et vos besoins familiaux, quelles protections devraient être conservées ou révisées. L'assurance peut même faire partie de votre planification successorale, selon le ou les bénéficiaires désignés.

Halte ou répit

La retraite devrait être tout aussi stimulante que l'ont été toutes les autres étapes de votre vie. Elle devrait se dérouler sans heurts et sans anxiété parce que vous aurez pris le temps d'y réfléchir, de vous renseigner et de consulter des personnes capables de vous offrir un soutien efficace et personnalisé.

Chez **fdp**, notre équipe d'experts est prête à faire cette réflexion avec vous pour trouver les meilleures solutions. Votre bien-être est notre principale préoccupation, et nous mettons toute l'intelligence financière de notre équipe à votre service. Communiquez avec votre conseiller **fdp** et parlez-lui de vos préoccupations : notre savoir-faire vous aidera à réaliser une retraite à la hauteur de vos aspirations.

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. fdp et les marques de commerce, noms et logos connexes sont la propriété de Financière des professionnels inc. et sont enregistrés ou employés au Canada. Employés en vertu d'une licence de Financière des professionnels inc.



série financière Inspiration retraite



Je m'inscris



Propulsée par



Intelligence
financière



Par Chantal Aubin

Directrice générale
Conseillère en sécurité financière
Courtier en assurance de dommages
des particuliers
Conseillère en régime
d'assurance collective

Copropriétés et assurances

LES NOUVELLES OBLIGATIONS DU SYNDICAT

Dans la dernière édition du *Spécialiste*, nous avons fait un tour d'horizon des principaux changements que l'adoption du projet de loi n° 141 a apportés au *Code civil du Québec* en ce qui a trait à l'assurance des copropriétaires. Dans ce numéro, nous traiterons des conséquences de ces changements sur l'assurance des syndicats de copropriété.

L'entrée en vigueur de cette loi adoptée en juin 2018 se fait de façon progressive, de sorte que certaines dispositions sont déjà applicables et d'autres le seront sous peu.

Voici comment ces changements affectent les copropriétaires et les administrateurs de copropriétés.

La prise en charge des réparations : une nouvelle responsabilité pour le syndicat

Après un sinistre, le syndicat de copropriété doit dorénavant prendre en charge **toutes les réparations dans l'immeuble, y compris dans les parties privatives (l'unité de chaque copropriétaire).**

Auparavant, le syndicat pouvait choisir de le faire ou non. Maintenant, il est tenu par la loi de le faire avec diligence et professionnalisme. Cependant, les dommages aux améliorations apportées aux parties privatives par les copropriétaires successifs sont de la responsabilité exclusive du copropriétaire actuel et doivent être couverts par sa propre assurance. Il en va de même pour les dommages à ses biens personnels.

Par exemple, un sinistre endommage le plancher de céramique qu'un copropriétaire a fait installer dans son unité quelques années plus tôt pour remplacer le plancher de bois flottant d'origine. L'assurance du syndicat couvrira la valeur de remplacement du plancher en bois flottant, en dollar actuel, et l'assurance personnelle du copropriétaire couvrira l'excédent pour lui permettre de retrouver son plancher de céramique.

Même si le sinistre concerne une amélioration, **le point de contact principal demeure le représentant du syndicat, puisque le syndicat est dorénavant responsable des réparations.** Cependant, la collaboration avec le copropriétaire est essentielle pour faciliter la répartition des charges et les travaux à effectuer.

Responsabilité civile des administrateurs et des dirigeants

Les administrateurs jouent un rôle clé au sein d'une copropriété. Fait étonnant, plusieurs ignorent que leur responsabilité civile pourrait être mise en cause relativement aux tâches qu'ils doivent accomplir, advenant qu'ils fassent l'objet d'une poursuite judiciaire pour une erreur, une mauvaise décision ou toute raison découlant de leurs tâches.

À compter du 15 avril 2021, tout syndicat de copropriété **devra souscrire une assurance couvrant la responsabilité civile de ses administrateurs** dans l'exercice de leurs fonctions (président, secrétaire et toute personne chargée de voir à la bonne marche de la copropriété). Cette assurance défraiera les frais liés à leur défense.

Sachez que l'assureur choisi par Sogemec offre une telle protection pour les contrats couvrant le syndicat.

Si vous êtes un administrateur, veillez à ce que l'assureur auprès duquel votre syndicat a souscrit sa police d'assurance pour l'immeuble offre cette protection.

Description des parties privatives : obligation immédiate

Tous les syndicats ont l'obligation de fournir dès maintenant une description détaillée des parties privatives de la copropriété telles qu'elles étaient à l'origine. À partir de ce document, il sera facile de distinguer clairement les améliorations apportées dans chaque unité depuis la construction de l'immeuble. Les syndicats des copropriétés constituées avant le 13 juin 2018 avaient jusqu'au 13 juin 2020 pour s'y conformer. Pour celles constituées après le 13 juin 2018, cette obligation était déjà en vigueur.

Si votre syndicat n'a pas encore produit ce document, tous les dommages à l'immeuble pourraient devoir être couverts par l'assurance du syndicat, y compris le coût de réparation des améliorations apportées par un copropriétaire à sa propre unité. L'assurance du syndicat doit donc prévoir la couverture des améliorations effectuées par les copropriétaires tant et aussi longtemps que la description des parties privatives n'a pas été faite. Par conséquent, afin d'éviter des problèmes et des dépenses inutiles, le syndicat a tout intérêt à produire cette description sans tarder, si ce n'est déjà fait.

Fonds d'auto-assurance

À compter du 15 avril 2022, tout syndicat, indépendamment de la taille de la copropriété, devra avoir constitué un fonds d'auto-assurance. Il s'agit d'un fond distinct du fonds de prévoyance et du fonds d'exploitation.

Ce fonds servira à régler les franchises. La somme à y verser doit être égale à la franchise la plus élevée parmi toutes les couvertures d'assurance souscrites par le syndicat, excluant les franchises pour les tremblements de terre et les inondations.

Valeur de reconstruction et évaluation de l'immeuble

À compter du 15 avril 2021 (ou après, si la couverture d'assurance vient à échéance après cette date), tout syndicat devra souscrire une assurance couvrant la « valeur de reconstruction » (valeur à neuf) de l'immeuble, c'est-à-dire la somme nécessaire pour reconstruire l'immeuble en entier, advenant une perte totale. Seul un évaluateur membre de l'Ordre des évaluateurs agréés du Québec peut déterminer cette valeur de reconstruction. Le syndicat est tenu de faire réaliser une nouvelle évaluation au moins une fois tous les cinq ans.

Le gouvernement du Québec n'a pas encore précisé les éléments qui seront obligatoires dans le calcul du coût de reconstruction de l'immeuble. Les taxes, les frais de déblai et les honoraires des différents professionnels participant au projet de reconstruction, entre autres, pourraient devoir être inclus.



Récupération des sommes non remboursées par l'assureur

Quand un syndicat fait une réclamation à son assureur à la suite d'un sinistre, certaines sommes pourraient ne pas lui être remboursées, notamment :

- la franchise, applicable à tout sinistre;
- l'écart entre la couverture des dommages et les dommages réels (p. ex. : si la police prévoit une limite de 100 000 \$ et que le coût des dommages s'élève à 125 000 \$, une tranche de 25 000 \$ ne sera pas couverte);
- le coût total des dommages, si le risque à l'origine du sinistre ne fait pas partie des protections comprises dans la police d'assurance (p. ex. : un tremblement de terre).

Voici comment le syndicat pourrait s'y prendre pour recouvrer ces sommes :

Si aucun copropriétaire n'est fautif

Si le syndicat répartit les sommes entre les copropriétaires à cause d'une **absence ou d'une insuffisance** de couverture, l'assurance personnelle de chacun des copropriétaires couvrira cette somme, **pourvu que leur contrat couvre le risque donnant lieu à la répartition.**

Toutefois, la police d'assurance copropriété personnelle ne couvre pas les sommes que le syndicat peut réclamer pour **rembourser la franchise**. Le syndicat devra donc utiliser le fonds d'auto-assurance pour assumer le coût de la franchise; il pourra ensuite cotiser l'ensemble des copropriétaires, si le fonds d'auto-assurance n'est pas suffisant pour couvrir la franchise.

Si un copropriétaire est fautif

Le syndicat peut réclamer au seul copropriétaire fautif la totalité des sommes qui ne sont pas remboursées par la police d'assurance du syndicat.

Par exemple, un copropriétaire oublie une cigarette allumée dans son unité, provoquant ainsi un incendie qui endommage l'immeuble. L'assureur du syndicat prend en charge les réparations, mais le syndicat doit assumer une franchise de 10 000 \$. Puisque l'incendie a été causé par un copropriétaire négligent, le syndicat pourrait lui réclamer le remboursement de cette franchise de 10 000 \$.

Dans un tel cas, c'est la protection en responsabilité civile du copropriétaire qui indemniserait le syndicat. La loi prévoit d'ailleurs que tout copropriétaire devra désormais détenir une protection de responsabilité civile d'au moins 1 million de dollars si son immeuble compte moins de 13 unités et de 2 millions de dollars s'il en compte 13 et plus.

Si vous administrez une copropriété, n'hésitez pas à consulter notre équipe d'agents en assurance entreprise, qui veillera à ce que votre couverture d'assurance soit conforme aux exigences. Vous pouvez joindre un agent d'assurance entreprise au 1 866 350-8282.



Le syndicat peut réclamer au seul copropriétaire fautif la totalité des sommes qui ne sont pas remboursées par la police d'assurance du syndicat.





Nouveau site web TOUR GUIDÉ

En septembre dernier, la FMSQ lançait son tout nouveau site web. Nouvelle grille graphique, nouvelles couleurs, contenu revisité et bonifié, tout a été mis en œuvre pour offrir une expérience améliorée à nos visiteurs, au grand public et aux médecins spécialistes.

Éclairer le grand public et faire rayonner la médecine spécialisée

La porte d'entrée de notre nouveau site web est évidemment sa section publique. Divisée en quatre grandes sections – À propos de nous, Notre profession, Dossiers santé, Salle de presse – elle permet au grand public de s'informer sur les activités de notre Fédération et ses prises de positions, tout comme sur la médecine spécialisée et les grands enjeux de santé.

La FMSQ expliquée

La section À propos de nous est en quelque sorte la carte de visite de la Fédération, voire son ADN. On y explique qui nous sommes comme organisation, notre raison d'être, notre équipe et nos différents mandats, qui vont bien au-delà de la rémunération. Connaître la Fédération, c'est aussi apprendre à connaître toutes les entités qui l'entourent et la constituent : ses 35 associations médicales, ses filiales et sa fondation.

La médecine spécialisée démystifiée

La visite se poursuit dans la section Notre profession. Ici, notre objectif était de démystifier la médecine spécialisée et de la rendre accessible. En la parcourant, le visiteur en apprendra davantage sur la formation, le rôle et le statut du médecin spécialiste. C'est aussi dans cette section que le grand public peut s'informer sur le travail de nos spécialistes : en quoi consiste le travail du pathologiste? Quel médecin spécialiste prend soin du système digestif? Qui est le président de l'Association des cardiologues du Québec? Voilà autant de questions auxquelles nous répondons dans la sous-section Nos spécialistes.



Enfin, la section Notre profession ne serait pas complète sans un tour d'horizon des organisations qui encadrent la profession médicale ainsi qu'un survol du réseau de la santé québécois.

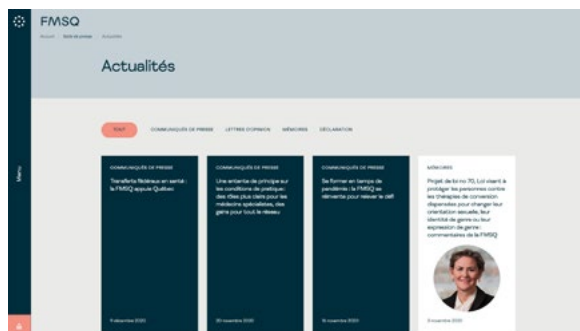
Des enjeux de santé sous la lumière de nos experts

Notre nouveau site web, c'est aussi une plateforme pour faire rayonner la médecine spécialisée dans des dossiers santé. Régulièrement mise à jour, la section Dossiers santé aborde divers sujets d'actualité et enjeux de santé. Elle offre au grand public une information de qualité, vulgarisée et accessible, sous l'éclairage de nos experts, les médecins spécialistes.

Communiquez avec nous si, comme médecin spécialiste, vous souhaitez collaborer à la rédaction d'un dossier santé.

Une salle de presse pour se tenir informé

La section publique de notre site web comprend l'incontournable salle de presse, où sont rassemblées les différentes prises de position de la FMSQ. Qu'il s'agisse de nos communiqués de presse, de nos lettres d'opinion ou des mémoires que nous avons déposés afin de partager notre point de vue sur des sujets faisant l'objet d'une consultation publique par une commission parlementaire de l'Assemblée nationale, tout s'y trouve pour être bien informé et avoir l'heure juste sur les dossiers qui font la manchette.



Outils nos médecins spécialistes et les informer sur tout ce qui touche leur pratique

Notre nouvelle plateforme web est également dotée d'un espace sécurisé, réservé exclusivement à nos membres médecins spécialistes. Cet espace est divisé en trois grandes sections : Ressources, Dossiers fédératifs, ainsi que Bien-être et services. Il contient une foule de renseignements pertinents en lien avec leur pratique et tout ce qui l'entoure. C'est aussi la porte d'entrée unique vers MÉDUSE, notre plateforme d'apprentissage en ligne.

Membres de la FMSQ? Bienvenue dans votre espace!

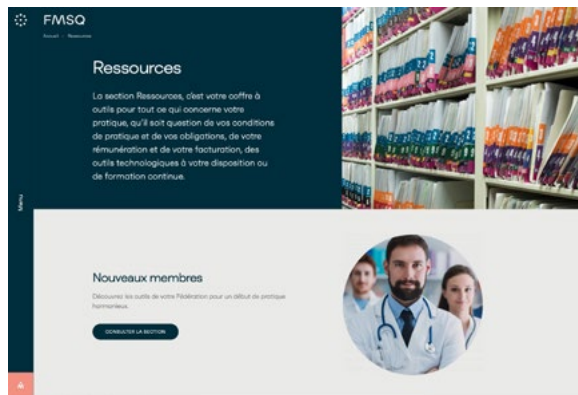
En vous connectant à l'espace sécurisé de notre site web, vous accéderez automatiquement à la page Mon compte. Vous entrerez dans un tout autre univers, un lieu axé sur vos besoins, contenant toute l'information qui vous concerne. À la fois votre page d'accueil et carrefour, Mon compte vous redirigera vers des pages d'actualité, nos grandes sections, des annonces ponctuelles et vos documents importants, comme vos reçus de cotisation annuelle.



Repérez le symbole en forme de M pour vous connecter à la section réservée aux membres de la FMSQ.

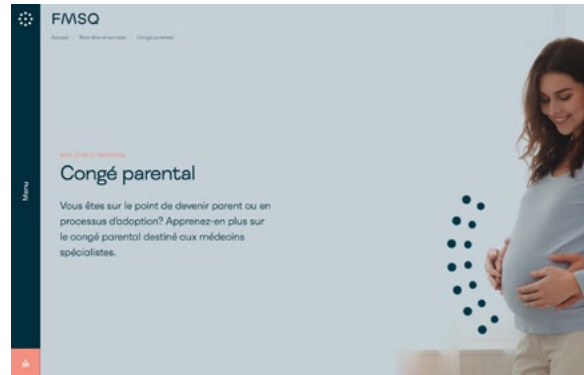
Des ressources pour tout ce qui touche votre pratique

Vous voulez savoir quelles sont vos obligations annuelles en matière de développement professionnel continu ? Vous ne savez pas comment procéder pour modifier une facture déjà soumise à la Régie de l'assurance maladie du Québec ? Vous souhaitez faire de la téléconsultation, mais ne savez pas où commencer ? La section Ressources est la section à visiter. C'est votre coffre à outils pour tout ce qui concerne votre pratique, qu'il soit question de vos conditions de pratique et de vos obligations, de votre rémunération et de votre facturation, des outils technologiques à votre disposition ou de formation continue.



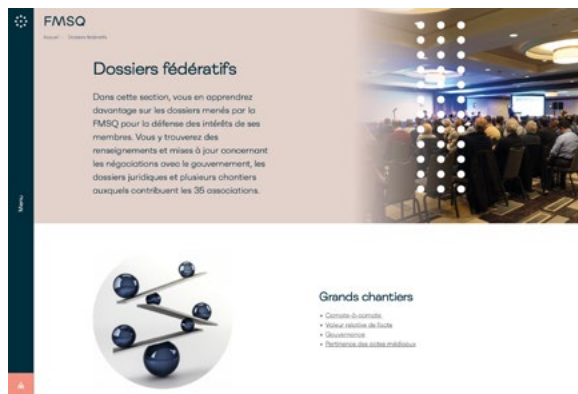
Tout ce qu'il vous faut pour prendre soin de vous et de votre famille

La pratique médicale prend assurément beaucoup de place dans votre vie, mais elle ne se résume pas qu'à ça. C'est dans cette optique que la section Bien-être et services a été conçue. Vous y trouverez toute l'information dont vous avez besoin pour prendre soin de vous et de votre famille. Que vous souhaitiez vous prévaloir d'un congé parental, obtenir de l'information sur les services du Programme d'aide aux médecins du Québec, vous renseigner sur les services offerts par nos filiales Sogemec Assurances et Financière des professionnels ou encore profiter des offres exclusives de nos partenaires, c'est la section à visiter.



Suivre les dossiers portés par votre Fédération

Poursuivez votre visite en vous rendant dans la section Dossiers fédératifs. Vous pourrez y suivre l'évolution des dossiers majeurs portés par votre fédération. Qu'il s'agisse de la pertinence des soins, du compte-à-compte, votre entente de rémunération ou les dossiers juridiques en cours, tout y est expliqué pour vous permettre de mieux comprendre ces dossiers que nous menons de front pour vous.



La pandémie et la médecine spécialisée

Une section COVID-19 a été mise en ligne afin de vous diriger au bon endroit pour trouver toute l'information dont vous avez besoin en lien avec la pandémie et la médecine spécialisée. La situation évoluant rapidement et constamment, nous mettons tout en œuvre pour vous outiller dans ce contexte de pratique particulier et vous aider à mieux vous y retrouver.



Cliquer ci-dessus pour écouter la vidéo de l'image de marque



Programme d'aide aux médecins du Québec

SE DONNER LES MOYENS D'ALLER DE L'AVANT

Saviez-vous que, chaque année, quelque 1 800 de vos collègues médecins, des gens autour de vous, font appel au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) ? Il y a fort à parier que non, et c'est tant mieux, puisqu'il s'agit d'un service confidentiel. Toutefois, ce n'est pas parce que le secret est bien gardé qu'il faut minimiser l'existence d'un tel service et ne pas en reconnaître l'importance. Au contraire, il est essentiel d'en parler et, surtout, d'en assurer la pérennité.



Le plus souvent, quand un professionnel de la santé se trouve dans un état de vulnérabilité, sa principale préoccupation sera de faire en sorte que personne ne s'en rende compte. C'est le propre du métier qu'ils exercent : toujours montrer qu'ils sont en pleine possession de leurs moyens, que rien ne les atteint. Le réflexe est tenace. Devant l'évidence d'un surmenage, d'un épuisement ou autre, d'aucuns persistent à revêtir leur costume de superhéros malgré un équilibre précaire.

Cette attitude peut fonctionner pendant un certain temps. Certains finiront par s'en sortir et retrouveront leur équilibre par eux-mêmes. D'autres arriveront plutôt à un point de rupture et perdront tous leurs repères. « Dans bien des cas, et ils sont plus nombreux que nous ne pouvons l'imaginer, le PAMQ s'avère la seule bouée de sauvetage à leur disposition, fait valoir la **D^{re} Anne Magnan**, directrice générale du PAMQ. Faire appel au PAMQ, c'est comme bénéficier d'un refuge où il est permis d'exprimer sa vulnérabilité, d'un lieu où il est possible d'enlever son costume de superhéros. Pour nous, les médecins-conseils du PAMQ qui sommes à l'écoute de ces gens, lorsqu'on les entend dire qu'un simple échange les a amenés à remettre les choses en perspective pour continuer d'avancer, il n'en faut pas plus pour nous convaincre de l'utilité du programme. »



Un modèle unique qui a fait ses preuves

La force du PAMQ réside justement dans le fait qu'il s'agit d'un programme complet de soutien offert par des pairs qui endossent le rôle de médecin-conseil. « Se retrouver dans une situation d'égal à d'égal, en présence d'une personne qui connaît bien le contexte dans lequel nous évoluons, constitue l'essence même du programme, explique le **D^r Claude Thibeault**, président du conseil d'administration de la Fondation du PAMQ et l'un des cofondateurs du programme. C'est ce qui contribue à établir le climat de complicité propice à des échanges en toute confiance, en l'absence de tout jugement. L'expérience nous prouve que les résultats ne se font pas attendre. »



En 30 ans d'existence, les occasions de démontrer l'efficacité de cette approche ont été nombreuses. « En fait, nous avons fait office de précurseurs en adoptant un modèle de soutien par les pairs, poursuit le D^r Thibeault. Nous parlons ici d'un accompagnement basé sur l'écoute et l'empathie, ce qui fait toute la différence. Avec le temps, nous avons été en mesure d'élargir notre spectre de connaissances afin de faire évoluer le programme pour couvrir toutes les dimensions du bien-être psychologique des médecins. »

Ce modèle, notamment en raison de la gamme de services offerts, donne des résultats tellement probants qu'il suscite l'intérêt de regroupements de médecins ailleurs dans le monde. Des représentants de la communauté médicale de France ont notamment fait des démarches en vue de l'implanter pour leurs propres membres.

L'accessibilité, un facteur clé de la réussite

Le contexte actuel de la pandémie exerce des pressions accrues sur le personnel médical, un fait qui n'a pas besoin d'être démontré. Le nombre de personnes qui doivent faire face à des défis de toute nature est de plus en plus élevé. Ces défis peuvent avoir une incidence sur leur bien-être psychologique. « Plus que jamais, nous nous assurons de pouvoir répondre présents en tout temps, 365 jours par année, au moment même où le besoin se fait sentir, tient à souligner la D^{re} Magnan. Le plus souvent, le temps est un facteur important, et nos médecins-conseils en sont pleinement conscients. »

Par ailleurs, comme il s'agit d'un lien de confiance entre pairs, la gratuité du service va de soi. Pour poursuivre ses activités, le PAMQ compte sur diverses sources de financement, dont les subventions provenant des diverses fédérations de médecins du Québec, auxquelles s'ajoutent les contributions de la Fondation. Il est important de rappeler que la Régie de l'assurance

maladie du Québec ne verse pas d'honoraires pour le temps que les médecins-conseils consacrent à l'accompagnement de leurs pairs. « Jusqu'ici, nous avons réussi à offrir nos services selon le modèle qui nous distingue, fait remarquer la D^{re} Magnan. Toutefois, nous sommes en quelque sorte victimes de notre succès. Les demandes d'aide sont en hausse constante et il est de plus en plus difficile d'y arriver. »

En fait, depuis 2004, les contributions de la Fondation constituent un élément essentiel à la poursuite des activités du PAMQ. « Dans le contexte actuel, la campagne de financement en cours auprès de la communauté médicale revêt une importance toute particulière, puisqu'elle servira à nous procurer l'élan nécessaire pour continuer d'avancer. En 30 ans, nous en avons fait du chemin. Forts de l'expérience acquise, nous ne pouvons tout simplement pas nous arrêter là. Tous ensemble, nous pouvons faire en sorte de nous donner les moyens d'aller de l'avant », conclut le D^r Thibeault.



UN APPUI PENDANT LA PANDÉMIE



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

Le Programme d'aide aux médecins du Québec propose aux médecins une approche qui favorise la cohésion de groupe pendant la pandémie : le soutien entre pairs.

Un groupe de soutien entre pairs réunit des personnes d'un même milieu de travail ou champ de pratique qui partagent un vécu en commun. Elles se rencontrent pour échanger leurs expériences face à des situations similaires, se soutenir et partager des solutions créatives.

➤ VOUS AIMERIEZ EN SAVOIR PLUS ?

Le Programme a créé une trousse de démarrage pour vous familiariser avec l'approche ainsi qu'une méthode pour démarrer vous-même votre groupe de soutien. Consultez-les ici : <http://www.pamq.org/fr/documentation/>

➤ VOTRE GROUPE EST PRÊT À SE LANCER ?

Pour votre première rencontre, tentez l'expérience en compagnie d'un médecin-conseil du PAMQ, qui saura vous guider et vous fournir les bases pour une démarche efficace. Pour bénéficier de ce service ou pour toute autre question, communiquez avec nous par téléphone au **1 800 387-4166** ou par courriel à l'adresse info@pamq.org.

SE RÉUNIR POUR PARTAGER, ÇA FAIT DU BIEN !



L'institution financière des médecins spécialistes

Une offre avantageuse, pensée et développée
pour vos besoins personnels et professionnels.

Faites comme plusieurs membres de la FMSQ et profitez de l'offre Exclusive.

Découvrez l'offre

Services aux membres et avantages commerciaux

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

NOS FILIALES



Intelligence
financière

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

Golf Exécutif Montréal

golfexecutifmontreal.com
514 767-1855



germainhotels.com
514 985-6069



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

Pour découvrir vos avantages commerciaux



Spécialistes de vous



Spécialistes de vous