

S

Le Spécialiste

FMSQ

Automne 2022

LE D^r MATTHIEU PELLETIER-GALARNEAU

Jeune médecin et
déjà vieux routier !



La pertinence : vers une
médecine spécialisée
pertinente et performante



La médecine du travail,
une spécialité méconnue



La Fondation de la FMSQ
plus présente que jamais
sur le terrain



Connaissez-vous la
neurofibromatose de type 1 ?



Dr. Matthieu
Pelletier-Galarneau
Médecine Nucléaire



DANS CETTE ÉDITION

10 Pertinence des actes médicaux

Vers une médecine spécialisée pertinente et performante

17 Le D^r Bernard Têtu

Pionnier de la télépathologie au Québec

3

Hospitalisation à domicile

Dans un proche avenir, près de 10 % des patients pourraient être hospitalisés à la maison si les bonnes conditions sont réunies.



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 ET PUBLICITÉ
 dapc@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
3^e trimestre 2022
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1206-2081

21

Le D^r Matthieu Pelletier-Galarneau

Recruté à titre de nucléiste par l'Institut de cardiologie de Montréal en 2017, le D^r Matthieu Pelletier-Galarneau était promu chef du service de médecine nucléaire trois ans plus tard.

25

Le clou Fassier-Duval

Le « clou qui croît avec le patient » porte le nom des deux médecins spécialistes qui l'ont conçu il y a plus de vingt ans.

32

La Fondation de la FMSQ plus présente que jamais sur le terrain

La Fondation est allée à la rencontre des nombreux intervenants de la proche aidance au Québec afin de participer aux réflexions qui forgeront le système de santé de demain.

36

Connaissez-vous la neurofibromatose de type 1?

La neurofibromatose de type 1 est une des maladies génétiques les plus communes; pourtant, elle est peu connue de la population.



Par Suzanne Blanchet, réd. a.

L'HOSPITALISATION À DOMICILE ACCROÎT LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE

Dans un proche avenir, près de 10 % des patients pourraient être hospitalisés à la maison si les bonnes conditions sont réunies.

En Alberta, en Ontario, en Colombie-Britannique, dans certains États américains et en France, des hôpitaux ont commencé à mettre en application le concept d'hospitalisation à domicile. Il ne s'agit pas de soins à domicile de première ligne, comme ceux donnés par les CLSC, mais de véritables soins hospitaliers. Dans le cadre de ce programme, les patients sont suivis par des médecins et une équipe soignante de l'hôpital. Le Québec s'apprête à adopter ce concept. De fait, au début de 2022, l'Hôpital général juif de Montréal a déjà amorcé un projet pilote, pour des patients atteints de la COVID-19, et pour d'autres clientèles (voir « Une première au Québec », p. 6).

« Si l'état du patient le permet et si les conditions sont réunies, l'hospitalisation à domicile sera proposée avec un encadrement approprié, dit le D^r Vincent Oliva. Plusieurs patients hésitent à se rendre à l'urgence, parce qu'ils ne veulent pas courir le risque d'être hospitalisés; ils préfèrent rester chez eux. » Le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec insiste : l'hospitalisation à domicile doit se faire sur une base volontaire. Aucun patient n'y sera forcé.



« On peut considérer que l'état d'un patient est stable même si un suivi régulier doit être effectué et les prescriptions doivent être adaptées au besoin. »

Des spécialités qui pourraient tirer profit de l'hospitalisation à domicile

Certains problèmes de santé se prêtent mieux que d'autres au concept d'hospitalisation à domicile. En voici quelques exemples :



Cardiologie

- Ajustement de médication, insuffisance cardiaque congestive, réadaptation cardiaque, suivi de pression artérielle, besoins en oxygène, suivi de transplantation cardiaque.



Psychiatrie

- Déploiement d'une équipe médicale interdisciplinaire avec suivi intensif 7 jours sur 7, pour un accès rapide aux personnes en crise psychiatrique, afin d'éviter les séjours hospitaliers.
- Augmentation du nombre de lits pour soins de courte durée en psychiatrie



Néphrologie

- Gestion des conséquences de l'insuffisance rénale chronique : gestion de la volémie, gestion de l'hypertension artérielle, traitement et suivi de différents troubles électrolytiques (hyperkalémie).
- Correction de l'insuffisance rénale aiguë secondaire à une contraction.
- Gestion anasarque de causes diverses une fois la cause connue.



Hémato-oncologie

- Soins palliatifs
- Maintien des patients à domicile



Chirurgie/Suivi postopératoire

- Remplacement de la hanche
- Remplacement du genou
- Hystérectomie
- Suivi de patients âgés
- Patients avec problèmes respiratoires chroniques



Gynécologie-obstétrique

- Suivi de grossesses à risques



Médecine interne

- Traitement de l'hypertension sévère
- Traitement du diabète multicompliqué

La liste pourrait s'allonger à mesure que médecins et équipes soignantes maîtriseront les tenants et les aboutissants de l'hospitalisation à domicile.

Les bons candidats

Le premier critère qui détermine si un patient est un bon candidat : le niveau de risque. Si la personne a besoin de soins intensifs ou si l'on craint que son état se détériore, on ne lui offrira pas l'hospitalisation à domicile. « On peut considérer que l'état d'un patient est stable même si un suivi régulier doit être effectué et les prescriptions doivent être adaptées au besoin », précise le D^r Oliva.

« L'hospitalisation vise l'amélioration de l'état de santé du patient. Or, il est prouvé qu'il s'améliore plus vite à la maison et que le taux de complication est plus faible. »

– D^r Vincent Oliva

L'environnement du patient entre aussi en ligne de compte. Son logement doit être salubre, il doit pouvoir manger convenablement, et la présence d'un proche aidant est indispensable. Ce dernier doit être apte à effectuer les tâches qui lui seront confiées. Il doit aussi être en mesure de comprendre le fonctionnement de l'équipement médical et des outils de communication qu'il devra utiliser. « Si le proche aidant ne croit pas pouvoir assumer ce rôle, nous ne l'imposerons pas, et le patient sera hospitalisé. » Le D^r Oliva observe néanmoins que, lorsqu'un patient est à l'hôpital, un proche aidant est souvent à ses côtés du matin au soir et se sent impuissant et inutile la plupart du temps : « Généralement, les proches préféreraient s'occuper de la personne malade à la maison. »

L'encadrement

« Les patients hospitalisés à domicile ne sont pas en danger : ils reçoivent le même monitoring que celui qu'ils auraient eu à l'hôpital », affirme le D^r Oliva. Par exemple, au lieu qu'un soignant déambule de chambre en chambre pour mesurer la tension artérielle et le taux d'oxygène dans le sang des patients, le proche effectuera ces tâches à domicile, et le personnel soignant analysera les résultats à distance. Afin d'établir un indispensable contact visuel, le médecin et l'équipe soignante communiqueront avec le patient et son proche aidant au moyen d'un téléphone intelligent ou d'une tablette électronique fourni par l'hôpital.

« Comme les moyens technologiques évoluent constamment, c'est certain qu'avant longtemps nous n'exercerons plus la médecine de la même façon. Nous devons profiter des avancées qui nous sont offertes. »

– D^r Vincent Oliva

Au-delà des économies

Selon les expériences menées à ce jour, plus de 10 % des patients seraient de bons candidats à l'hospitalisation à domicile. Est-ce à dire que 10 % des lits d'hôpitaux pourraient être vides ? Ou alors, seraient-ils comblés par d'autres patients en attente d'une hospitalisation ? Dans ce cas, où serait l'économie ? « Si l'objectif était de faire des économies, oui, il faudrait laisser les lits vides, reconnaît le D^r Oliva... mais je doute que nous fassions ce choix ! Depuis la pandémie, les médias parlent beaucoup des listes d'attente en chirurgie, mais la liste des patients qui attendent d'être traités est longue et, j'insiste, pas seulement en chirurgie. Si nous pouvons créer 10 % de capacité supplémentaire, c'est toute la population qui profitera de cette marge de manœuvre. Comme les moyens technologiques évoluent constamment, c'est certain qu'avant longtemps nous n'exercerons plus la médecine de la même façon. Nous devons profiter des avancées qui nous sont offertes. »



Les avantages pour le patient

L'hospitalisation à domicile comporte de nombreux avantages, le premier étant sans contredit l'absence de risques d'infections secondaires. Le patient peut également manger la nourriture à laquelle il est habitué, ce qui peut contribuer à son rétablissement, lire dans son fauteuil préféré, prendre l'air sur le balcon ou encore se reposer en faisant des siestes à sa convenance dans un environnement calme où l'éclairage est tamisé. Il peut aussi être actif à son propre rythme, se lever ou marcher plus facilement lorsqu'il est chez lui, et les risques de chutes sont moins élevés à domicile que dans une chambre d'hôpital. Enfin, le délirium est fréquent chez les personnes âgées hospitalisées, car elles perdent leurs repères et sont souvent désorientées. L'hospitalisation à domicile prévient ce problème.

« L'hospitalisation vise l'amélioration de l'état de santé du patient. Or, il est prouvé qu'il s'améliore plus vite à la maison et que le taux de complication est plus faible », soutient le D^r Oliva. Lorsque le médecin juge que son patient est fonctionnel à nouveau, il s'appuie sur les mêmes critères qu'il utiliserait pour lui donner son congé de l'hôpital.



Une première au Québec

L'UNITÉ VIRTUELLE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF

Atteints de la COVID-19, une vingtaine de patients de l'Hôpital général juif ont inauguré le premier programme d'hôpital à domicile au Québec, au début de 2022. Fin juillet, une cinquantaine de patients atteints d'autres maladies avaient aussi profité de ce programme.

Pendant la cinquième vague de la pandémie de COVID-19, l'Hôpital général juif – une installation du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal (CCOMTL) – a mis sur pied un programme d'hôpital à domicile. Des patients atteints de la maladie, mais dont l'état n'exigeait pas des soins intensifs, ont été les premiers Québécois à en faire l'expérience. Ils ont été triés sur le volet selon des critères de sélection rigoureux. Des critères médicaux, notamment un état de santé stable, mais aussi des critères sociaux, telles la présence d'un proche aidant

et leur capacité d'utiliser l'équipement fourni par l'hôpital. « Sans oublier la notion du consentement du patient, mais aussi celui du proche aidant, car nous voulons être sûrs qu'il se sent prêt à assumer ce rôle », explique Erin Cook, directrice adjointe à la qualité, la transformation et la performance du CCOMTL. Après avoir reçu le feu vert du médecin en ce qui a trait à l'état du patient, une infirmière dite « de transfert » effectue une évaluation pour s'assurer que tous les critères autres que médicaux sont respectés.



« Nous n'avons pas libéré de lits mais accru notre capacité d'accueil. L'objectif n'était pas d'économiser, mais d'améliorer la qualité des soins; en ce sens, nous avons atteint notre objectif. »
— Erin Cook



L'unité virtuelle

Les soins de l'« unité virtuelle » ressemblent aux soins en télésanté davantage qu'à ceux donnés dans une unité hospitalière traditionnelle.

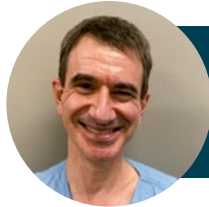
Des protocoles cliniques et des plans de traitement ont donc été établis, et un programme de formation a été offert aux infirmières cliniciennes qui souhaitaient devenir infirmières de soins virtuels.

« Les outils technologiques que reçoivent les patients visent à assurer le suivi 24/7; ils peuvent varier en fonction de leurs besoins cliniques », précise le D^r Lawrence Rudski, chef du service de cardiologie et directeur médical des soins virtuels à l'Hôpital général juif et au CCOMTL. Ainsi, certains recevront un thermomètre, une balance, un sphygmomanomètre pour mesurer la tension artérielle et un saturimètre pour contrôler la saturation du sang en oxygène. D'autres auront aussi besoin de technologies avancées, tels des capteurs de la fréquence cardiaque et respiratoire ou de la saturation d'oxygène, parfois même d'un tracé électrocardiographique en temps réel.

Disposant d'un téléphone intelligent ou d'une tablette électronique avec internet intégré fourni par l'hôpital, le patient et le proche aidant peuvent communiquer en tout temps avec l'infirmière clinicienne de l'unité virtuelle, chargée de monitorer toute l'information envoyée à distance par les appareils. Cette infirmière doit savoir interpréter l'information reçue et être en mesure de déterminer l'intervention requise pour le patient, jugeant si elle doit transmettre l'information à un médecin ou, en cas d'urgence, appeler directement le 911. Elle voit aussi à ce que la médication soit modifiée, si nécessaire, et coordonne ce qui doit l'être.

Cette façon de faire reflète la volonté de rendre la trajectoire des soins la plus fluide possible. En ce sens, Erin Cook souligne le partenariat qui a également été établi avec les équipes de soins à domicile en première ligne, même s'il s'agit *a priori* de concepts différents. Des infirmières attitrées aux soins à domicile ont reçu une formation qui leur permet d'intervenir en certaines circonstances. Ainsi, elles peuvent amorcer l'administration d'un médicament par intraveineuse à un patient en insuffisance cardiaque dont l'état requiert ce traitement, lorsque l'infirmière de soins virtuels lui assigne cette tâche.

« Bien que le patient soit hospitalisé à domicile, il peut parfois avoir besoin de traitements à l'hôpital, note le D^r Rudski. Nous prenons alors tout en charge et assumons le transport aller-retour par ambulance, par exemple s'il a besoin de radiographies ou d'une tomographie. »



« C'est terrible à dire, mais la pandémie aura été l'occasion d'innover, et il n'est plus question de reculer. » — D^r Lawrence Rudski

La pandémie a ouvert la porte à la télémédecine

La liste des problèmes dus à la pandémie est longue, très longue, mais il s'en est dégagé au moins un aspect positif : la télémédecine, qui peinait à faire son entrée dans le réseau de la santé québécois, a connu un essor considérable. « C'est terrible à dire, mais la pandémie aura été l'occasion d'innover, et il n'est plus question de reculer », estime le D^r Rudski. Il souligne que plusieurs entreprises ont conçu des plateformes et des logiciels qui continueront d'être utilisés.

L'expérience de l'hôpital à domicile menée à l'Hôpital général juif avec une vingtaine de patients atteints de la COVID-19 a rapidement débouché sur d'autres diagnostics principalement liés aux défaillances cardiaques, aux maladies infectieuses et à des problèmes pulmonaires. « Fin juillet, 73 patients avaient participé au programme, ce qui nous a fait économiser 427 jours de présence à l'hôpital. Nous n'avons pas libéré de lits mais accru notre capacité d'accueil. L'objectif n'était pas d'économiser, mais d'améliorer la qualité des soins; en ce sens, nous avons atteint notre objectif », conclut fièrement Erin Cook.



La télésanté progresse

« Avant la pandémie, peu de gens s'intéressaient vraiment à la télémédecine, sauf les *early adopters*, ceux qui ont une âme de pionniers, mais dès le début de la première vague, la majorité des médecins ont commencé à y avoir recours », rappelle le D^r Lawrence Rudski, chef du service de cardiologie et directeur médical des soins virtuels à l'Hôpital général juif et au CCOMTL. Pourtant, ce n'est pas d'hier qu'on entend parler de l'inforoute dans le domaine de la santé : il en était déjà question dans les années 1990 ! Plusieurs pays ont amorcé des projets, certains avec plus de succès que d'autres.

Guy Paré, professeur titulaire au Département des technologies de l'information de HEC Montréal et titulaire de la Chaire de recherche en santé connectée, a fait le point sur l'évolution de médecine à distance dans le magazine *Gestion HEC Montréal*, en septembre 2016. Il saluait, notamment, la création d'un des plus importants réseaux de télépathologie au monde, que l'on doit au D^r Bernard Têtu, vedette de notre rubrique Grand nom de la médecine (voir p. 17).

Dans son article intitulé « État des lieux en matière de télésanté au Québec », Guy Paré décrivait aussi la téléassistance en soins de plaies, une initiative du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et de ses partenaires du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUIS) de l'Université de Sherbrooke. Le professeur Paré a également mis en lumière les télésoins à domicile implantés par le RUIS de l'Université de Montréal « en raison du vieillissement accéléré de la population et de la hausse importante des cas de maladies chroniques qui l'accompagne ».

Enfin, l'auteur a souligné l'apport du RUIS de l'Université McGill, qui offre des soins spécialisés et surspécialisés dans le Grand Nord québécois et le Nunavik. Ce réseau a mis en place un modèle centralisé de téléexpertise qui s'étend à plus de 30 spécialités cliniques, tels la cardiologie, l'ophtalmologie, la santé mentale, la santé des femmes ainsi que les soins de plaies et de stomies.

L'hôpital à domicile s'inscrit dans cette perspective. « Des projets pilotes effectués avec le casque HoloLens de Microsoft, un ordinateur dans un casque avec réalité augmentée, nous ont permis de réaliser des procédures sophistiquées, par exemple guider à distance le remplacement percutané d'une valve aortique, couramment appelé TAVI, selon l'acronyme anglais. Alors, si on peut le faire pour des interventions aussi spécialisées, on peut certainement faire de l'hospitalisation à domicile », estime le D^r Rudski.



CULTURE JUSTE

Ça fait toute la différence pour votre pratique.

Vos responsabilités sont plus lourdes que jamais. Que diriez-vous d'une culture sûre, qui équilibre la responsabilisation du système avec la vôtre ?

Découvrez ce que la **CULTURE JUSTE** peut faire pour vous lors des **Journées de Formation Interdisciplinaire 2022**.

Exceptionnellement, les 3 cohortes débiteront la semaine du 24 octobre, alors inscrivez-vous dès maintenant.



saegis
UN MEMBRE DE LA FAMILLE ACPM





Journée internationale des femmes

Femmes médecins d'exception 2023



Faites-nous découvrir vos femmes médecins d'exception !

Chaque année, à l'occasion de la Journée internationale des femmes, la FMSQ décerne deux prix à des femmes médecins spécialistes du Québec s'étant démarquées par leurs qualités de leader. Par cette initiative, la Fédération souhaite encourager les femmes médecins à joindre les affaires associatives et publiques ou encore à occuper des postes de gestion dans le milieu de la santé.



Femme médecin d'expérience (plus de 10 ans de pratique)

Prix Irma-Levasseur

Ce prix vise à reconnaître les qualités de leadership ou de gestion d'une femme médecin ayant gravi les plus hauts échelons du milieu médical (instances syndicales, gouvernement, hôpitaux).



Femme médecin de la relève (10 ans de pratique ou moins)

Prix Marthe-Pelland

Ce prix vise à reconnaître l'engagement d'une jeune médecin dans les affaires associatives ou publiques afin d'encourager les femmes en début de carrière à viser des postes de leaders.



[En savoir plus ce concours](#)

Date limite pour soumettre une candidature : 13 novembre 2022 à 18 h

VERS UNE MÉDECINE SPÉCIALISÉE PERTINENTE ET PERFORMANTE

La Fédération des médecins spécialistes du Québec vient de produire une série de six vidéos afin de faire connaître des projets innovants sur lesquels de nombreux médecins spécialistes se sont penchés en vue d'améliorer la pertinence des actes médicaux.

L'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) a pour mandat d'identifier et d'adopter des mesures visant à restreindre ou à éliminer des actes médicaux inappropriés, rendus à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales. Il a aussi la responsabilité de voir au réinvestissement des économies afin d'améliorer l'accessibilité aux services et de moderniser la pratique de la médecine spécialisée. En quoi l'application des recommandations de l'IPAM améliorera les services rendus aux patients? Voici un aperçu.



D^r Arsène Joseph Basmadjian
Cardiologie

Cardiologie

Le docteur vous a implanté un *pacemaker* ou un défibrillateur à la suite d'un problème cardiaque. Comment pourra-t-il s'assurer que cet appareil informatisé fonctionne bien et accomplit sa tâche en tout temps? Grâce aux progrès technologiques, le cardiologue électrophysiologiste peut effectuer votre suivi à distance, si vous faites partie des 60 % de porteurs de *pacemakers* ou des 75 % de porteurs de défibrillateurs pour lesquels une consultation en personne n'est pas nécessaire. Si votre condition exige un contrôle à l'hôpital, le médecin spécialiste disposera alors de plus de temps pour vous recevoir.

Obstétrique et gynécologie

Près de 86 000 bébés sont nés chaque année au Québec depuis 2012. Les suivis de grossesse exigent une dizaine de visites au médecin, ce qui mobilise une bonne partie de la pratique des obstétriciens gynécologues, qui interviennent dans environ la moitié des accouchements. S'ils travaillent en collaboration avec des infirmières cliniciennes ou des infirmières praticiennes spécialisées, souvent appelées « IPS », ces médecins spécialistes ont alors plus temps à consacrer aux femmes qui requièrent des soins complexes pendant leur grossesse ou qui ont besoin d'un service de gynécologie autre que l'accouchement.



D^{re} Lilianne Brassard
Obstétrique et gynécologie



D^r Hoang Duong
Médecine interne

Médecine interne

Jusqu'à maintenant, avant une opération, vous deviez d'abord rencontrer un interniste et subir une batterie de tests. Désormais, si vous êtes en bonne santé, outre le problème ponctuel que vous présentez et qui requiert une intervention chirurgicale à faible risque, la contribution du spécialiste en médecine interne ne sera plus systématiquement nécessaire. À l'inverse, si votre cas est complexe, le chirurgien vous dirigera sans hésiter vers un collègue interniste qui passera en revue, avec vous, vos antécédents médicaux et les médicaments que vous prenez.

Médecine d'urgence

Habituellement, l'urgentologue est tenu de solliciter des tests, ce qui prolonge inévitablement la durée de votre séjour à l'urgence. Ainsi, vous devrez y rester quatre heures de plus en moyenne, si un examen de tomodensitométrie (*scan*) doit être effectué. Tous les tests sont-ils pertinents? Et même s'ils le sont, est-il absolument nécessaire qu'ils soient effectués pendant que vous attendez sur une civière à l'urgence? Il pourrait être plus pertinent d'attendre que vous soyez hospitalisé dans une unité. Le médecin pourrait même vous conseiller de vous présenter dans une clinique de radiographie le lendemain seulement, après s'être assuré que votre état est stable.



D^r Gilbert Boucher
Médecine d'urgence



D^{re} Claire Gamache
Psychiatrie

Psychiatrie

On ne cogne pas d'emblée à la porte d'un médecin psychiatre. Si vous êtes en détresse psychologique, vous pouvez vous présenter à l'hôpital, ou un proche peut vous y emmener. Sinon, vous pouvez vous adresser en premier lieu à un médecin de famille, qui déterminera s'il doit solliciter pour vous une requête en psychiatrie ou vous recommander un organisme communautaire qui saura vous diriger vers la ressource appropriée.

Toutefois, la véritable porte d'entrée est le volet social du service Info-Santé, que vous pouvez joindre en composant le 811. Ce volet comprend les guichets d'accès en santé mentale. Afin d'accélérer la prise en charge des personnes les plus vulnérables, les psychiatres souhaitent faire partie de cette équipe.

Radiologie

Les experts estiment que le quart des examens radiologiques ne sont pas pertinents ou apportent peu de valeur ajoutée au choix de traitement. Afin de concentrer leurs efforts sur les examens qui, eux, contribuent à l'amélioration des soins et services de santé, les radiologistes s'attaquent à la croyance qui veut que le recours à l'imagerie médicale soit indispensable en tout temps. Par exemple, si vous présentez des problèmes lombaires ou des céphalées, il se peut que le radiologiste ne vous propose pas d'examen, car de nombreuses études ont démontré que, de toute façon, aucune intervention ni aucun traitement ne sera ensuite pertinent pour ces problèmes de santé.



D^r Grégoire Bernèche
Radiologie



Votre expertise est importante! Devenez médecin désigné.

- Formation accréditée offerte par la CNESST
- Possibilité de réaliser les expertises à votre bureau, selon vos disponibilités
- Rémunération selon la complexité du dossier

Et bien d'autres avantages!

Pour en savoir plus :
cnesst.gouv.qc.ca/medecins

CNESST

Journées de
formation
interdisciplinaire

 **FMSQ**

**18 et 19
novembre
2022**

Montréal

Le patient : notre priorité



3 bonnes raisons de s'inscrire



Redécouvrir les soins d'une perspective patient grâce à la conférence de Pierre Daems, expert en expérience patient en France, et au témoignage de Marilou, qui partagera ses expériences en tant que patiente.



Continuer d'enrichir ses méthodes en restant à l'affût des meilleures pratiques avec les expertises actuelles, présentées lors de séances et d'ateliers de simulation.



Favoriser tous ensemble l'émergence de solutions novatrices et ainsi permettre de contribuer à l'amélioration des soins aux patients.



Pierre Daems
Conférencier



Chantal Lacroix
Animatrice



Marilou
Conférencière invitée

Avec pour thème « Le patient : notre priorité », nous nous sommes tournés vers un expert en expérience patient : **Pierre Daems**, membre du conseil d'administration de l'Institut français de l'expérience patient. M. Daems est certifié CCXP par l'Association professionnelle de l'expérience client (CXPA) et membre du CXPA European Leadership Council.

Au terme de sa conférence, intitulée ***Être spécialiste de ce que vivent vos patients : du soigner au prendre soin***, nous serons certainement beaucoup mieux outillés pour comprendre le point de vue de nos patients.

Deux personnalités publiques de renom et appréciées de tous apporteront à notre journée de formation un volet très humain à l'image de notre thématique. **Chantal Lacroix** animera le congrès avec la chaleureuse prestance qui lui est propre et **Marilou**, fondatrice de Trois fois par jour, artiste, entrepreneure accomplie et maman, partagera sans filtre, mais avec une grande sensibilité, ses expériences en tant que patiente, **lors du dîner le 18 novembre à Montréal**. Une entrevue qui sera certainement inspirante et marquante.

[Inscrivez-vous dès maintenant!](#)



Pour en savoir plus



Par Marie Laure Hemery, M.D.
Présidente de l'Association
des spécialistes en médecine
préventive du Québec

LA MÉDECINE DU TRAVAIL, UNE SPÉCIALITÉ MÉCONNUE



Par Martine Baillargeon, M.D.
Spécialiste en médecine
du travail

Dès l'Antiquité, des médecins signalaient des intoxications et des maladies respiratoires graves chez des ouvriers affectés à la construction des pyramides en Égypte. Hippocrate a été le premier à décrire la colique au plomb chez des ouvriers du métal et à émettre l'hypothèse d'un lien entre la santé des travailleurs et la qualité de leur environnement. Pourtant, la médecine du travail est encore une spécialité méconnue.

Depuis longtemps, les médecins du travail sont témoins des maladies liées à l'évolution des tendances sociétales, industrielles et économiques. La spécialité s'est déployée dans la plupart des pays industrialisés et en voie de développement. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada n'a reconnu la spécialité qu'en 1986, et le Collège des médecins du Québec uniquement en 2010.

L'analyse de la relation entre un état de santé et un risque présent dans un milieu de travail est au cœur de notre pratique, que ce soit pour recommander des mesures préventives, analyser les causes d'une maladie ou évaluer l'aptitude médicale à effectuer une tâche. Les principaux champs de pratique des médecins spécialistes en médecine du travail sont la prévention, la clinique et le médico-administratif. Nous pouvons exercer dans des équipes multidisciplinaires du réseau de la santé publique et dans des entreprises, en plus de réaliser des activités cliniques. Nous sommes également présents dans des organismes tels que le Tribunal administratif du travail (TAT).

Ce large éventail de pratiques est possible grâce à notre formation, qui nous a permis d'acquérir des compétences cliniques liées à la prévention, à la surveillance et au dépistage des maladies liées au travail, ainsi que des connaissances approfondies en matière d'hygiène du milieu, d'ergonomie, de toxicologie et d'épidémiologie. Notre formation porte aussi sur les lois et les règlements encadrant la santé et la sécurité du travail, et sur celles traitant de l'indemnisation des travailleurs.

La médecine du travail selon le CRMCC

Selon le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), la médecine du travail est la discipline de la médecine qui s'intéresse à la prévention et qui s'occupe de l'aspect clinique et administratif des besoins de santé des individus et des groupes par rapport à leur environnement de travail et inclut la reconnaissance, l'évaluation, le contrôle, la gestion et la réadaptation ayant trait aux maladies et aux blessures professionnelles ainsi que d'autres affections ayant une incidence sur la capacité à travailler. Elle a pour buts de promouvoir et de maintenir le degré de bien-être physique, mental et social le plus élevé pour les travailleurs de toutes les professions ; de prévenir les problèmes de santé dus aux conditions de travail ; de placer et de maintenir les travailleurs dans des environnements professionnels compatibles avec leurs capacités physiques et psychologiques.

[Source](#)

La prévention des lésions professionnelles, pierre angulaire de la spécialité

Prévenir c'est guérir, affirme le dicton. Rien n'est plus vrai dans notre spécialité. Il est essentiel de détecter précocement la présence de maladies liées au travail et d'intervenir rapidement, d'une part pour accroître les chances de guérison des travailleurs, d'autre part pour cerner les causes de leurs problèmes de santé, y remédier et éviter que d'autres en soient atteints. Par exemple, les travailleurs sont-ils exposés à des contaminants? S'ils le sont, des mesures de prévention sont-elles en place? L'objectif de cette démarche demeure de convaincre un employeur de la nécessité d'adopter les mesures requises pour réduire les risques et améliorer les conditions de travail.

Les médecins du travail sont notamment responsables d'évaluer le risque d'atteinte à la santé et de définir les actions à entreprendre pour protéger la santé des travailleurs. Ces actions, entreprises en collaboration avec l'employeur et les travailleurs, visent à améliorer les conditions de travail, à maintenir les travailleurs en santé et à favoriser la rétention des travailleurs. Malheureusement, la récente réforme de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* a remis en cause l'organisation de la santé au travail en santé publique ainsi que le rôle du médecin du travail, et les impacts de cette réforme sur la santé des travailleurs seront à évaluer.

Le volet clinique vise à intégrer les aspects cliniques et préventifs

Le médecin du travail est appelé à évaluer les risques auxquels le travailleur est exposé et à préciser le lien entre une exposition et l'atteinte à la santé. Il alerte les équipes de santé publique s'il diagnostique une maladie à déclaration obligatoire (MADO), recommande des restrictions ou un aménagement des conditions pour faciliter le retour au travail d'un employé ou prescrit un retrait du milieu de travail si la situation l'exige. Il peut également assurer l'évaluation et le suivi de travailleurs qui ont reçu un résultat positif à la suite d'une activité de dépistage menée par des médecins en prévention. Il est aussi appelé à soutenir les médecins spécialistes et de première ligne dans l'évaluation de problématiques complexes.

L'évaluation de l'aptitude médicale à exécuter un travail est un acte médical aux conséquences importantes. Le prérequis incontournable est de connaître les conditions de travail et les contraintes auxquelles le travailleur est exposé afin d'évaluer ses capacités à accomplir ce travail en fonction de son état de santé.

Ne pas chercher à établir de lien entre une atteinte à la santé et un milieu donné entraîne une sous-déclaration importante des maladies professionnelles qui peut avoir une incidence à l'échelle du Québec. En effet, faute d'avoir une vue globale, il est impossible de mesurer l'ampleur du problème des maladies d'origine professionnelle. Cancers, maladies pulmonaires granulomateuses, fibroses pulmonaires idiopathiques, asthme, maladies pulmonaires obstructives chroniques, troubles musculosquelettiques, dermatoses de contact ou irritatives, surdité et atteintes à la santé mentale sont autant d'exemples de pathologies pouvant avoir une étiologie professionnelle.

Si l'origine professionnelle d'une maladie est reconnue par la CNESST, le travailleur bénéficiera de plusieurs droits, dont l'indemnité de remplacement du revenu, l'indemnité en cas de séquelles et l'accès à des mesures de réadaptation. Les frais médicaux liés à l'investigation et à la prise en charge de cette maladie seront assumés par la CNESST plutôt que par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Un rôle de médecin-conseil

Le médecin du travail peut également jouer un rôle de conseiller auprès de divers organismes. Par exemple, dans le cadre de la *Loi modernisant le régime de santé et sécurité du travail*, entrée en vigueur à l'automne 2021, qui modifiait la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, des médecins spécialistes en médecine du travail seront appelés à siéger au sein du Comité des maladies professionnelles oncologiques. Nous sommes également appelés à participer au Comité scientifique sur les maladies professionnelles, qui a pour objectif de conseiller le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale ainsi que la CNESST. L'implication des médecins spécialistes en médecine du travail dans ces deux comités permettra de faire évoluer la reconnaissance des maladies professionnelles au Québec.



La Clinique en médecine du travail et de l'environnement du CHUM

La Clinique en médecine du travail et de l'environnement (CMTE) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) est une clinique de référence suprarégionale unique en son genre. Y sont généralement dirigés des cas complexes, tels l'intoxication (plomb, solvants, monoxyde de carbone, arsenic, métaux lourds); diverses maladies pulmonaires (asthme, pneumopathie d'hypersensibilité); des cancers (mésothéliomes, leucémies, cancers du poumon, du rein); des pathologies dont le lien avec le travail est encore peu connu (fibrose pulmonaire idiopathique, arthrite rhumatoïde en lien avec une exposition à la silice); des problématiques en émergence (exposition aux champs électromagnétiques).

L'équipe de cette clinique est souvent interpellée par des personnes inquiètes d'avoir été exposées à l'amiante lors de travaux de rénovation, par des médecins qui ont de la difficulté à interpréter des résultats d'analyse biologique de divers métaux et par des travailleurs ou des citoyens craignant avoir été exposés à des contaminants environnementaux.

La clientèle vient de partout au Québec. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les téléconsultations ont facilité l'accès aux services de la clinique du CHUM, particulièrement en ce qui concerne les régions éloignées. Cette pratique sera maintenue jusqu'à ce que d'autres cliniques semblables soient mises sur pied ailleurs au Québec.

Soutien clinique aux médecins d'autres spécialités

L'équipe médicale de la CMTE veut aussi offrir du soutien clinique aux médecins d'autres spécialités que la médecine du travail, outre le fait qu'ils peuvent y diriger leurs patients. Ils pourront bientôt trouver sur le site web de la clinique, actuellement en construction, divers outils pour faciliter l'évaluation clinique de travailleurs. Déjà disponible, le [Répertoire des risques professionnels par métier](#), conçu en partenariat avec la Direction régionale de santé publique de Montréal, vise principalement à aider les médecins cliniciens à établir un diagnostic étiologique. Ce répertoire est également destiné à tout professionnel en santé du travail qui désire mieux connaître les risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs dans un secteur d'activité ou un métier.

Par ailleurs, un projet d'offre de service-conseil téléphonique est en développement. Il aura pour but de répondre aux questions des médecins et de les soutenir dans leur prise en charge des problèmes de santé liés au travail.

Étant donné les liens étroits entre la médecine du travail et certaines spécialités telles la dermatologie et l'oncologie, la CMTE réalise des projets en collaboration avec quelques cliniciens. Par exemple, un arbre décisionnel portant sur les lésions dermatologiques dues au port des équipements de protection individuels en temps de pandémie a été conçu de pair avec des dermatologues.

Que réserve l'avenir?

L'émergence de nouveaux risques professionnels dont les impacts sur la santé sont encore peu connus, notamment celui des changements climatiques sur les travailleurs, l'exposition aux nanoparticules, la robotisation et l'utilisation d'exosquelettes ainsi que les risques liés à l'« économie verte » sont des enjeux majeurs pour notre discipline. Sans compter que l'exposition à la silice, à l'amiante, au plomb et à l'arsenic sont des risques professionnels bien connus mais toujours présents et non encore contrôlés, ce qui exige de notre part une vigilance de tous les instants pour que les travailleurs demeurent en santé. Or, le nombre de médecins spécialistes en médecine du travail est actuellement insuffisant pour couvrir tous les besoins. Au Québec, seule l'Université de Montréal offre le programme de spécialité en médecine du travail.

En l'absence d'un plan d'effectifs médicaux spécifique à la médecine du travail, malgré la reconnaissance de la spécialité au Québec en 2010, les résidents ne sont pas enclins à s'engager dans cette voie. Le manque de relève rend actuellement impossible le développement, entre autres, d'un réseau de cliniques en médecine du travail qui pourrait mieux répondre aux besoins des travailleurs et de leurs médecins. En conséquence, nous estimons que toutes les spécialités médicales devraient être sensibles à la nécessaire prévention des maladies professionnelles, maladies évitables si le lien avec l'exposition professionnelle est établi de façon précoce.



Le D^r Bernard Têtu

PIONNIER DE LA TÉLÉPATHOLOGIE AU QUÉBEC

Anatomopathologiste à l'Hôpital de Montmagny, le D^r Bernard Têtu a fait sa marque partout où il est passé. À la fin des années 2000, il a introduit la télépathologie au Québec. C'est l'une de ses nombreuses réalisations qu'il qualifie de « communautaires ». Retour sur une prolifique carrière.

« Pathologistes et chirurgiens ont dû apprendre à travailler avec un écran plutôt qu'un microscope.

Après une période d'adaptation, le concept a été implanté avec succès dans 21 hôpitaux de l'est du Québec. »



En 2003, le gouvernement du Québec créait les réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS), chacun rattaché à l'une des quatre facultés de médecine. Quelques années plus tard, le ministère de la Santé et des Services sociaux leur demandait de lui soumettre des projets en télésanté. « Le RUIS de l'Université Laval, dont j'étais alors le directeur médical, a proposé l'implantation de la télépathologie pour tout l'est du Québec, raconte le D^r Bernard Têtu. Je souhaitais en faire un projet communautaire, c'est-à-dire à visées cliniques. »

Lorsqu'un chirurgien retire une tumeur, il a recours à un pathologiste, qui procède à un examen extemporané. Il s'agit de l'examen d'un prélèvement, au cours d'une opération, dont les résultats permettent au chirurgien d'adapter la suite de son intervention. Si un pathologiste est présent dans l'hôpital, le chirurgien aura une réponse en moins d'une demi-heure et pourra poursuivre son intervention.

Malheureusement, plusieurs hôpitaux en région n'ont accès à aucun pathologiste ou qu'à un seul qui, forcément, n'est pas présent en tout temps. Le chirurgien peut alors décider de repousser l'intervention au jour où le pathologiste sera disponible, ou encore de procéder en deux étapes : il retire d'abord la tumeur, puis réopère le patient – ce qui implique une deuxième anesthésie – si l'examen du pathologiste révèle que des cellules cancéreuses sont toujours présentes. Le chirurgien peut, au contraire, décider de faire immédiatement une large excision, en espérant aller d'emblée au-delà de la tumeur et ne laisser aucune cellule cancéreuse; sinon, il devra réopérer le patient après avoir reçu en différé les résultats de l'examen du pathologiste. Si l'hôpital n'a pas accès aux services d'un pathologiste, le chirurgien sera contraint de transférer le patient là où la présence d'un tel spécialiste est assurée.

Grâce à la télépathologie, ces problèmes sont résolus. Le chirurgien reçoit une réponse avec un délai supplémentaire de quelques minutes à peine, le temps que le pathologiste numérise la lame. « Pathologistes et chirurgiens ont dû apprendre à travailler avec un écran plutôt qu'un microscope. Après une période d'adaptation, le concept a été implanté avec succès dans 21 hôpitaux de l'est du Québec. »

Pour élaborer son projet, le D^r Têtu s'est inspiré du réseau mis sur pied par le D^r Andrew Evans, un pathologiste de Toronto. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la télépathologie n'est pas destinée à servir uniquement des régions éloignées : « Le D^r Evans l'a instaurée entre deux hôpitaux situés à deux kilomètres à peine l'un de l'autre. » Les pertes de temps en déplacement sont

ainsi évitées au spécialiste qui, autrement, aurait dû se rendre sur place pour faire un examen extemporané.

« Le projet de télépathologie mené dans l'est du Québec a contribué à ce que des chirurgiens acceptent de s'installer dans certaines régions éloignées, ce qu'ils n'auraient pas nécessairement fait autrement. » Une étude de HEC Montréal confirme les avantages de la télépathologie (voir l'encadré ci-dessous).

Aucune interruption de service

Nos observations montrent qu'à la suite du déploiement de la télépathologie, aucune interruption de service n'a été enregistrée dans les hôpitaux sans pathologistes. Les chirurgiens ont noté que cette approche leur avait permis d'éviter une deuxième intervention à la suite de consultations peropératoires, et qu'elle améliorait l'accessibilité aux soins. La télépathologie a également eu un impact positif sur la capacité des hôpitaux éloignés des grands centres à recruter et à retenir des chirurgiens.

[Source](#)



« Le projet de télépathologie mené dans l'est du Québec a contribué à ce que des chirurgiens acceptent de s'installer dans certaines régions éloignées, ce qu'ils n'auraient pas nécessairement fait autrement. »

– D^r Bernard Têtu

Des affinités entre les sciences naturelles et la pathologie

Dès sa prime jeunesse, Bernard Têtu s'était intéressé aux sciences naturelles. Jamais il n'aurait imaginé qu'un jour son herbier compterait près de 1 500 spécimens et qu'il en ferait don à l'Université Laval, au terme d'une carrière de professeur dans cet établissement. Jamais non plus il n'aurait pensé que la botanique l'aurait mené à la pathologie. « Je me suis inscrit en médecine pour faire de la recherche. Aucune spécialité n'a vraiment suscité mon intérêt jusqu'à ce que je découvre la pathologie. Lorsqu'on analyse une lame, on réfléchit en faisant des comparaisons : est-ce bénin ou malin ? Si c'est malin, est-ce un sarcome, un mélanome, un carcinome ? Je trouvais que cette façon de réfléchir sur une base dichotomique s'apparentait à celle des sciences naturelles. »

Bernard Têtu a fait ses études en médecine et sa spécialité en anatomopathologie à l'Université Laval. Après une incursion d'un an à l'Université de Bonn, en Allemagne, il s'est

dirigé vers le prestigieux MD Anderson Cancer Center de l'université du Texas, à Houston, où il a approfondi ses connaissances en recherche : « C'était un milieu très stimulant et motivant, qui m'a donné la piqure de la recherche ! » Ses professeurs lui proposant des projets principalement liés à la pathologie urologique et gynécologique, il a orienté sa carrière de chercheur dans cette voie.

Au CHU de Québec à partir de 1986, le D^r Têtu s'est investi dans l'axe Oncologie. Chercheur-boursier clinicien senior du Fonds de recherche en santé du Québec de 1992 à 1999, le FRSQ à l'époque, il avait les coudées franches pour se consacrer à sa véritable passion. Par la suite, il a bénéficié de nombreuses autres subventions, grâce auxquelles il a pu se pencher sur des aspects très pointus. En voici deux exemples : les marqueurs tumoraux en pathologie urologique ou gynécologique,

avec un intérêt particulier pour le rôle du microenvironnement tumoral sur le pronostic du cancer ; les métalloprotéases produites par les cellules stromales réactionnelles de plusieurs types de cancers.

« Moi qui ai toujours travaillé dans des milieux universitaires, avec de grosses équipes, j'ai découvert ce qu'est la pratique solo dans un hôpital communautaire. Je suis à même de constater que la télépathologie brise l'isolement professionnel. »

– D^r Bernard Têtu



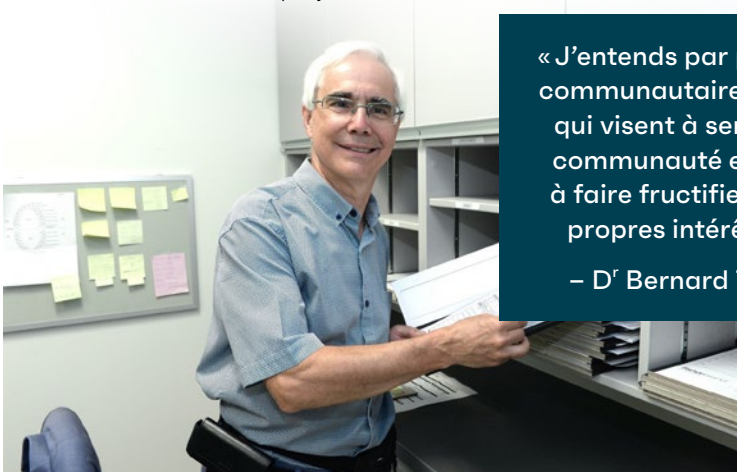
Le D^r Têtu a signé ou cosigné près de 200 articles scientifiques dans des publications révisées par un comité de lecture et prononcé plus de 450 communications, notamment 80 à titre de conférencier invité. Il a participé à la rédaction de 14 chapitres de livres, publié plus de 90 résumés et fait partie d'une équipe de chercheurs à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg pendant un an, dans le cadre d'une bourse d'échange CRM – INSERM.

Des projets communautaires

Outre l'implantation de la télépathologie dans l'est du Québec, le D^r Bernard Têtu qualifie de « communautaires » plusieurs autres de ses réalisations. « J'entends par projets communautaires ceux qui visent à servir la communauté et non à faire fructifier mes propres intérêts. »

Alors qu'il était directeur adjoint à la recherche clinique du Centre de recherche de CHU de Québec–Université Laval, il a instauré le service de [soutien méthodologie et biostatistique](#), afin d'appuyer les cliniciens et les chercheurs dans la formulation de leurs demandes de subvention. Chef du service de pathologie du CHU de Québec de 1998 à 2006, il a procédé au regroupement physique des laboratoires des trois pavillons, ce qui a généré la masse critique de pathologistes, des experts dans tous les domaines du diagnostic pathologique; ainsi, certains peuvent se consacrer à la recherche, et les résidents recevoir une formation complète en recherche clinique.

Lorsque le Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie a été créé, le D^r Têtu, en homme audacieux, a su convaincre son directeur de consacrer un étage à la pathologie. « J'y voyais l'avantage d'avoir facilement accès à des prélèvements et ainsi pouvoir créer une biobanque. » Il avait certes raison : cette biobanque de tissus frais, qui comprend aujourd'hui plus de 5 000 spécimens oncologiques, est accessible aux chercheurs fondamentaux aussi bien que cliniciens. « En intégrant tout le suivi clinique et en obtenant l'autorisation des patients, notamment grâce à la précieuse collaboration du groupe de recherche en uro-oncologie, notre biobanque a acquis une valeur inestimable, à un point tel qu'un groupe de recherche de Toronto sur le génome du cancer de la prostate nous a invités à collaborer à leur projet. »



« J'entends par projets communautaires ceux qui visent à servir la communauté et non à faire fructifier mes propres intérêts. »

– D^r Bernard Têtu

Pas si vite, la retraite!

Au lendemain de sa retraite, en 2015, le D^r Bernard Têtu a été promu au rang de professeur émérite par l'Université Laval, qui a insisté sur son imposant héritage. De fait, l'éminent chercheur a su inculquer sa passion aux étudiants et aux résidents en médecine et en pathologie à qui il a enseigné, ainsi qu'aux étudiants à la maîtrise et au doctorat pour qui il a dirigé mémoires et thèses. Il a aussi donné des cours magistraux en oncopathologie aux étudiants de médecine dentaire et aux résidents du programme de radio-oncologie.

Le D^r Têtu a été directeur du programme de résidence de clinicien-chercheur de l'Université Laval, directeur du programme de maîtrise en épidémiologie clinique, adjoint au vice-doyen aux études post-médicales, président du comité de sélection des bourses pour les résidents au vice-décanat aux études post-médicales, membre du comité d'admission en médecine ainsi que responsable de la sélection des candidats titulaires d'un Ph. D.

En prenant sa retraite de l'université, le D^r Têtu avait prévu cesser aussi sa pratique. C'est alors que l'Hôpital de Montmagny lui a demandé de faire un remplacement temporaire... qui dure encore aujourd'hui : « Moi qui ai toujours travaillé dans des milieux universitaires, avec de grosses équipes, j'ai découvert ce qu'est la pratique solo dans un hôpital

communautaire. Je suis à même de constater que la télépathologie brise l'isolement professionnel : si j'ai un cas difficile, je n'ai qu'à numériser la lame et à la soumettre à un collègue virtuel. C'est comme demander son opinion à un pathologiste dans un bureau voisin du mien, si j'étais dans un grand centre! » En somme, il vit de l'intérieur les avantages d'un concept dont il a été le pionnier au Québec, et constate que

les objectifs qu'il s'était fixés étaient les bons!



Le D^r Matthieu Pelletier-Galarneau

JEUNE MÉDECIN ET DÉJÀ VIEUX ROUTIER!

Recruté à titre de nucléiste par l'Institut de cardiologie de Montréal en 2017, le D^r Matthieu Pelletier-Galarneau était promu chef du service de médecine nucléaire trois ans plus tard. Son parcours hors du commun lui vaut, sans l'ombre d'un doute, le titre de « Relève inspirante ».

Chef du service de médecine nucléaire au Département d'imagerie médicale de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM), le D^r Matthieu Pelletier-Galarneau a déjà fait sa marque comme chercheur principal dans plusieurs projets qu'il a présentés dans de nombreuses [publications](#). [Chercheur boursier clinicien junior 1](#) du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), il est aussi titulaire d'une [subvention](#) des Instituts de recherche en santé du Canada pour des travaux de recherche sur l'imagerie de l'endocardite dont il est l'investigateur principal.

« Mon stage à l'Institut de cardiologie de Montréal a vraiment déclenché quelque chose en moi. Je savais désormais que je voulais être médecin, et que je me dirigerais en médecine nucléaire. »



En 2019, son nom figurait sur la liste des *Ones to Watch* de la Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging. L'année suivante, cette société savante américaine lui décernait le prestigieux [Young Investigator Award](#) dans la catégorie « Sciences fondamentales cardiovasculaires » pour ses recherches sur l'imagerie de la fonction mitochondriale à l'aide de triphenyl-phosphonium marqué au fluor-18.

Le Dr Pelletier-Galarneau aime partager son savoir et sa passion. Il enseigne aux étudiants en médecine de l'Université de Montréal, aux résidents en médecine nucléaire et en cardiologie à l'ICM ainsi qu'à des médecins dans des conférences, des webinaires et des congrès d'envergure internationale. Il participe aussi à l'encadrement d'étudiants au Gordon Center for Medical Imaging, un centre de recherche multidisciplinaire du Massachusetts General Hospital et de la Harvard Medical School, où des technologies d'imagerie biomédicale sont développées.

« Je n'ai pas choisi l'Université Harvard pour son prestige : je savais que je pourrais y acquérir les notions nécessaires pour faire de la recherche de pointe en cardiologie nucléaire. »

Tout a commencé par un baccalauréat en mathématiques et physique

En quête de défis après ses études collégiales, Matthieu Pelletier-Galarneau s'est inscrit au baccalauréat bidisciplinaire en mathématiques et physique de l'Université de Montréal, car il lui semblait le programme universitaire le plus difficile. Il ignorait que ce cursus lui permettrait un jour de faire de la recherche en médecine nucléaire tout en étant autonome en statistiques et en programmation.

Il a effectué deux stages déterminants pour sa carrière. Le premier, au Stanford Linear Accelerator Center, en Californie, portait sur la physique des particules. Même s'il a grandement appris de l'expérience, il a constaté que la recherche fondamentale était trop abstraite; il aurait souhaité que les résultats se traduisent par des applications concrètes. L'été suivant, un stage en physique médicale à l'Institut de cardiologie de Montréal a confirmé son intuition : il est possible d'appliquer au quotidien les fruits de la recherche. « Mon stage à l'ICM a vraiment déclenché quelque chose en moi. Je savais désormais que je voulais être médecin, et que je me dirigerais en médecine nucléaire. »

Matthieu Pelletier-Galarneau a mené de front ses études en médecine à l'Université de Montréal et une maîtrise en sciences biomédicales, plus précisément en cardiologie nucléaire. Il a ensuite fait sa résidence en médecine nucléaire à l'Hôpital d'Ottawa. « À l'époque, c'était le meilleur centre de cardiologie nucléaire au Canada. » Il soutient que l'Institut de cardiologie de Montréal est aujourd'hui l'un des plus grands centres de cardiologie nucléaire au monde, en ce qui a trait au nombre d'examen effectués.

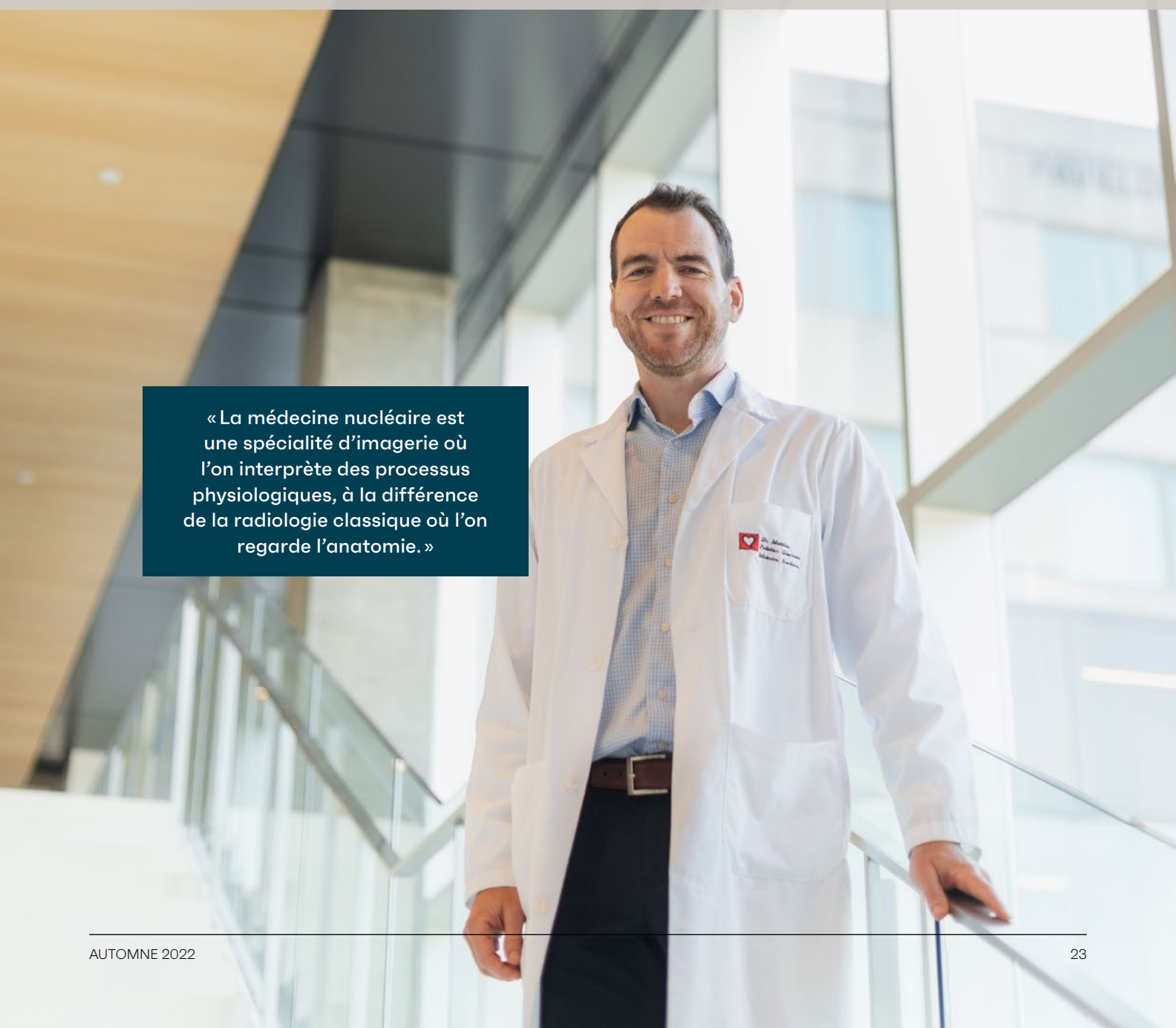
En 2016, la Fondation de l'Institut de cardiologie de Montréal lui a octroyé une [bourse du Bal du Cœur](#). Ces 50 000\$ lui ont permis de faire une surspécialisation à Boston. « Je n'ai pas choisi l'Université Harvard pour son prestige : je savais que je pourrais y acquérir les notions nécessaires pour faire de la recherche de pointe en cardiologie nucléaire avec l'appareil hybride TEP-IRM, qui combine la tomographie par émission de positons et l'imagerie par résonance magnétique. » Pendant ses études postdoctorales, il a amorcé des recherches cliniques et précliniques qui sont encore en cours là-bas.



Le clinicien des cas complexes

Le D^r Pelletier-Galarneau peut consacrer la moitié de son temps à la recherche grâce à sa bourse du FRQS; l'autre moitié est consacrée à la clinique, hormis quelques heures de gestion par semaine à titre de chef du service de médecine nucléaire. « Ma pratique est orientée vers le cardiovasculaire, soit les applications liées au cœur et aux vaisseaux. La médecine nucléaire est une spécialité d'imagerie où l'on interprète des processus physiologiques, à la différence de la radiologie classique où l'on regarde l'anatomie. » Ainsi, un nucléiste s'intéresse à la façon dont le sang perfuse le cœur, ou encore, il cherche à voir s'il y a de l'inflammation ou de l'infection, très souvent en combinant l'imagerie et des interventions pharmacologiques.

Étant un centre de soins quaternaires, l'Institut de cardiologie de Montréal offre des services surspécialisés, notamment la TEP cardiaque, à des patients d'un peu partout au Québec. D'ailleurs, plusieurs patients hospitalisés dans la région métropolitaine de Montréal y sont envoyés en ambulance pour bénéficier d'un examen spécialisé. « Nous ne recevons que des cas complexes. Il n'y a jamais de routine, encore moins en ce qui me concerne, vu que j'alterne clinique et recherche. »



« La médecine nucléaire est une spécialité d'imagerie où l'on interprète des processus physiologiques, à la différence de la radiologie classique où l'on regarde l'anatomie. »

Professeur et mentor

Aussi bien dans ses fonctions de clinicien que de chercheur, le nucléiste de l'ICM partage ses connaissances avec les étudiants et les résidents. Il enseigne aussi à des technologues la façon de capter les meilleures images possible et explique les outils utilisés en médecine nucléaire aux médecins de famille et aux spécialistes susceptibles de diriger des patients vers lui car cette spécialité est encore trop méconnue, déplore le D^r Pelletier-Galarneau. Il estime en effet qu'il est important que les médecins sachent s'ils doivent ou non les diriger vers l'ICM : « Mon objectif est de toujours offrir les bons tests aux bons patients, ce qui peut signifier aussi de ne pas leur en faire subir. Toute ma recherche est d'ailleurs orientée en ce sens. »

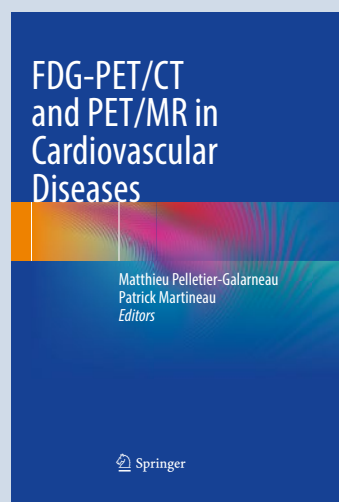
Professeur agrégé de clinique au Département de radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le D^r Pelletier-Galarneau fait partie du comité de sélection des résidents en médecine nucléaire. « Au cours des dernières années, j'ai noté que nous recevons des candidats exceptionnels, curieux et passionnés de recherche, ce qui témoigne de la santé et de la vivacité de notre spécialité, encore relativement jeune. »

Lors de son baccalauréat, et à chaque étape par la suite, le D^r Pelletier-Galarneau s'est fait un devoir de s'entourer de mentors, des personnes avec qui il continue d'entretenir des liens professionnels. « En tant qu'étudiant, il faut s'allier avec des gens qui ont des projets en cours, qui reçoivent des subventions grâce auxquelles ils peuvent former des équipes solides. Leur soutien permet de se propulser. »

Il aspire à devenir un mentor pour ses étudiants. « Je pense que je le suis déjà pour mes étudiants en recherche, mais je travaille très fort pour devenir un meilleur mentor. C'est central dans mon enseignement. Je veux reproduire ce qu'on m'a donné et qui a fonctionné. »

« Mon objectif est de toujours offrir les bons tests aux bons patients, ce qui peut signifier aussi de ne pas leur en faire subir. Toute ma recherche est d'ailleurs orientée en ce sens. »

Avec un tel emploi du temps, comment le D^r Pelletier-Galarneau réussit-il à se ressourcer ? « Ma famille est une priorité. Ma conjointe depuis 20 ans est un pilier pour moi, et je suis un papa qui s'investit beaucoup auprès de ses quatre filles âgées de trois à neuf ans. Après ma famille et mon travail, ce qui m'apporte le plus de bonheur dans la vie, ce sont mes hobbies : le vélo de route et la course à pied. C'est essentiel pour garder la forme physique et intellectuelle ! »



Se lancer dans l'édition

Les D^{rs} Matthieu Pelletier-Galarneau et Patrick Martineau sont coéditeurs de *FDG-PET/CT and PET/MR in Cardiovascular Diseases*, un manuel sur l'utilisation de la tomographie par émission de positons pour les maladies cardiovasculaires. Ils se sont entourés d'auteurs de renommée internationale; ces grands noms du domaine de partout dans le monde ont collaboré à cet ouvrage qui servira de guide d'apprentissage non seulement aux étudiants, mais aussi aux médecins moins familiers avec la médecine nucléaire.



Le clou Fassier-Duval

UNE BELLE HISTOIRE À LA FOIS SCIENTIFIQUE ET HUMAINE

Les orthopédistes François Fassier et Pierre Duval forment, avec l'ingénieur biomécanique Ariel Dujovne, un trio indissociable. Le « clou qui croît avec le patient » porte le nom des deux médecins spécialistes qui l'ont conçu il y a plus de 20 ans. Malgré le temps qui s'est écoulé, ce système télescopique intramédullaire est encore reconnu comme la norme internationale dans le traitement des enfants atteints de l'ostéogenèse imparfaite, ou maladie des os de verre.

A photograph of three men in a workshop or laboratory setting. On the left, an older man with grey hair and a blue and white checkered shirt stands with his hands on his hips. In the center, a man with a beard and glasses, wearing a dark blue blazer over a black shirt and light-colored trousers, stands with his arms crossed. On the right, a man with curly brown hair, wearing a dark blue blazer over a light-colored shirt and dark trousers, is seated on a blue office chair, holding a long, light-colored bone. The background shows industrial shelving units filled with boxes and equipment. A sign on one of the shelves reads 'PROCESS' and 'Handling for inspection'.

« Si nous n'avions pas été ensemble tous les trois, notre clou n'existerait pas. C'est ce travail d'équipe qui nous a permis d'avancer. La multidisciplinarité est à la base de la création du clou, de la même manière qu'elle est à la base de l'équipe d'ostéogenèse imparfaite du Shriners. » —
D^r François Fassier

Ostéogenèse imparfaite 101

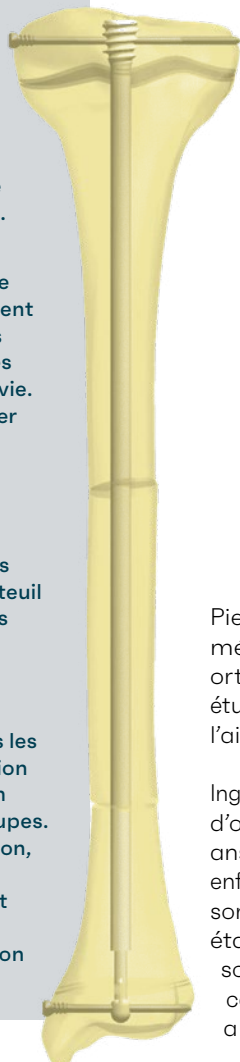
Les os des enfants atteints de l'ostéogenèse imparfaite sont fragiles, extrêmement friables par manque ou anomalie de collagène. L'incidence de cette maladie génétique est d'un cas sur 10 000 à 20 000. Garçons et filles en sont également frappés. Aucun pays n'est épargné. Le pronostic varie selon quatre types reconnus par la médecine moderne.

Type I : c'est la forme la plus légère. Les enfants ont moitié moins de collagène que la normale. Leur condition est généralement détectée vers l'âge de six ou sept ans, lorsqu'ils commencent à faire de la bicyclette et qu'un de leurs membres se fracture à cause d'une malencontreuse chute.

Type II : la gravité est telle, que les enfants ne survivent pas. Ils meurent généralement dans les premières heures ou les premiers jours de leur vie. On peut même observer des fractures chez le fœtus en faisant une échographie.

Type III : c'est la forme dite sévère. Les enfants sont contraints au fauteuil roulant, leurs membres aussi bien supérieurs qu'inférieurs sont déformés.

Type IV : regroupe tous les enfants dont la condition ne correspond à aucun des trois premiers groupes. Dans cette classification, il y a une douzaine de sous-types qui peuvent être différenciés génétiquement mais non cliniquement.



Crédit photo : Pega Medical

François Fassier est né en France, Pierre Duval au Québec, Ariel Dujovne en Argentine. Leurs routes se sont croisées à Montréal. Cette rencontre a enrichi leur parcours professionnel et changé la vie de plus de 70 000 enfants à ce jour.

Le D^r François Fassier est arrivé au Québec en 1982. Constatant son intérêt pour les maladies rares, ses collègues de l'Hôpital Sainte-Justine – comme on disait à l'époque – dirigeaient vers lui leurs petits patients atteints d'ostéogenèse imparfaite (voir l'encadré ci-contre). Recruté ensuite par l'Hôpital Shriners pour enfants du Canada, qui fournit des traitements et des services de réadaptation aux enfants présentant des problèmes neuromusculosquelettiques, il y a été chirurgien orthopédiste jusqu'à sa retraite, en janvier 2022.



D^r François Fassier

Le D^r François Fassier s'est rendu dans une vingtaine de pays – en Europe, en Océanie, au Moyen-Orient et en Amérique du Sud – pour opérer des enfants, car il voulait apporter la technologie là où les chirurgiens en avaient besoin, et il les formait sur place.

Pierre Duval a été ingénieur avant d'entreprendre ses études de médecine. Il a rencontré le D^r Fassier pendant sa résidence en orthopédie à l'Hôpital Shriners. En 1997, il en était à la fin de ses études lorsque le chirurgien orthopédiste a eu recours à lui pour qu'il l'aide à faire évoluer le design d'un implant problématique.

Ingénieur biomécanique, Ariel Dujovne a été chercheur au département d'orthopédie du Centre universitaire de santé McGill pendant cinq ans, avant de cofonder Pega Medical, « la compagnie qui aide les enfants du monde entier ». Le D^r Fassier lui a demandé de matérialiser son projet de créer un nouveau clou plus performant que celui qui était alors disponible, après avoir essuyé des refus de la part de sociétés américaines, qui ne voyaient aucun intérêt financier à le commercialiser. Une simple poignée de main entre les deux hommes a suffi pour qu'une grande aventure s'amorce.

Ariel Dujovne était conscient que la perspective de vendre 200 clous par année ne gonflerait pas les coffres de l'entreprise lavalloise, mais il estimait qu'il y allait de sa responsabilité sociale.

Le D^r Fassier insiste : « Si nous n'avions pas été ensemble tous les trois, notre clou n'existerait pas. C'est ce travail d'équipe qui nous a permis d'avancer. La multidisciplinarité est à la base de la création du clou, de la même manière qu'elle est à la base de l'équipe d'ostéogénèse imparfaite du Shriners. » Les trois associés qualifient leur histoire de scientifique et humaine, une histoire qu'ils racontent encore avec enthousiasme, 22 ans plus tard.

Il était une fois...

À ses débuts en tant que chirurgien orthopédiste pédiatrique, le D^r François Fassier utilisait le clou Dubow-Bailey. Il ne s'agit évidemment pas d'un clou du type acheté en quincaillerie, mais de tiges glissées dans les os longs et droits : le fémur, le tibia et l'humérus. « À l'époque, le clou était inséré dans l'os, mais celui-ci étant mou à cause de l'ostéogénèse imparfaite, il se déformait, et le clou passait au travers. Nous devons constamment réopérer les enfants. »

Au début des années 1990, le D^r Fassier a quitté Sainte-Justine après avoir entendu parler du [D^r François Glorieux](#), un médecin de l'Hôpital Shriners, passionné autant que lui de l'ostéogénèse imparfaite. « Il explorait un traitement expérimental aux bisphosphonates et moi, j'essayais de faire de l'enclouage. » (Voir « L'enclouage selon le *Larousse médical* ».) Aucune guérison n'étant possible, le traitement du D^r Glorieux visait plutôt à rendre les os un peu plus solides, ce qui réduisait à tout le moins les risques de fractures et facilitait la chirurgie.

Ensemble, les D^{rs} Fassier et Glorieux ont effectué la première consultation multidisciplinaire pour l'ostéogénèse imparfaite. La nouvelle s'est répandue comme une traînée de poudre. Des patients, originaires principalement des États-Unis et de l'Europe, se sont mis à affluer à l'Hôpital Shriners de Montréal. Chaque semaine, le D^r Fassier opérait deux à trois enfants atteints d'ostéogénèse imparfaite. « Ce qui est beaucoup, soutient-il. Certains orthopédistes ne verront pas un

seul cas d'ostéogénèse imparfaite de toute leur vie. Cependant, le clou Dubow-Bailey me causait pas mal de soucis. Je devais trouver une solution au taux de complication, qui variait entre 50 et 70 %. Si moi, avec une telle concentration de cas, je n'y parvenais pas, qui y arriverait ? »

Le D^r Pierre Duval enseigne aux futurs ingénieurs biomédicaux à l'Université de Sherbrooke. Il veut les familiariser avec le raisonnement clinique et les diverses réalités chirurgicales afin de favoriser la communication et les collaborations interdisciplinaires.



D^r Pierre Duval

L'enclouage selon le *Larousse médical*

Mise en place d'un clou dans un os fracturé pour maintenir solidement les fragments osseux en bonne position.

L'enclouage peut être effectué chirurgicalement « à ciel ouvert », c'est-à-dire en dégagant l'os. On peut aussi réaliser sur un os long fracturé un enclouage dit centromédullaire, le plus souvent « à foyer fermé », c'est-à-dire sans dégager le foyer de la fracture : le clou est alors introduit par une extrémité du canal médullaire de l'os. L'enclouage centromédullaire favorise la consolidation d'une fracture en conservant intactes les attaches musculaires de l'os et en préservant, par là même, son irrigation.

[Source](#)

Le chirurgien orthopédiste s'est donc installé à sa planche à dessin, traçant quelques croquis, pour vite se rendre compte qu'il devait trouver de l'aide. Il s'est souvenu d'un résident rencontré quelques années plus tôt : Pierre Duval. « J'avais besoin de quelqu'un avec un cerveau d'ingénieur pour me dire ce qu'il était possible de faire ou non. » Le D^r Duval a alors passé les quelques mois de sa dernière année de formation en chirurgie à analyser des radiographies et à effectuer des calculs, ajoutant un centimètre ici, en retirant un là, pour tenir compte des diverses contraintes anatomiques liées à l'âge et à la taille des enfants. « Nous avions pour objectif de tout paramétrer afin d'arriver à six ou sept modèles qui couvriraient la totalité des cas. J'ai beaucoup aimé ce projet, car je ne partais pas de rien. François avait déjà fait un cahier des charges, un modèle à suivre. Les complications liées à l'ancien modèle et les problèmes à régler

étaient bien documentés. » Par exemple, en raison de sa conception, le clou Dubow-Bailey implanté dans le fémur avait tendance à se déloger et à remonter dans la fesse. L'enfant devait alors subir une anesthésie au cours de laquelle le chirurgien orthopédiste replacerait le clou dans la bonne position.

Ariel Dujovne est aussi entré dans la danse. Ses compétences d'ingénieur biomécanique ne pouvaient que contribuer à la résolution des problèmes. « Il fallait absolument réduire le taux de complication, dit-il. Aucun adulte n'accepterait un taux de plus de 10 %. Un taux variant entre 50 et 70 % chez les enfants, c'était totalement inacceptable. Nous devons faire mieux. »



Crédit photo : Pega Medical



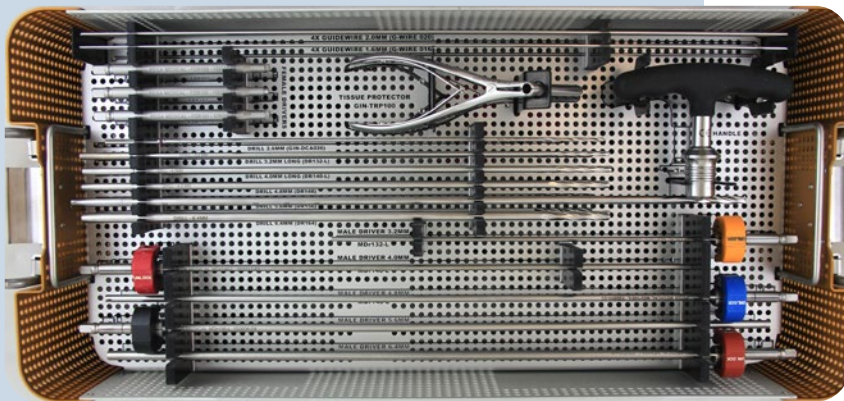
Ariel Dujovne

Ariel Dujovne était conscient que la perspective de vendre 200 clous par année ne gonflerait pas les coffres de Pega Medical, mais il estimait qu'il y allait de sa responsabilité sociale. L'entreprise lavalloise en vend maintenant 3 500 annuellement.

Un modèle de réussite

Signe de l'importance de cette invention, un clou Fassier-Duval et une notice explicative ont été insérés dans une capsule temporelle cachée, à l'intention des futurs archéologues, dans la première pierre de la construction du nouvel Hôpital Shriners pour enfants, sur le site Glen du Centre universitaire de santé McGill.

Les D^{rs} François Fassier et Pierre Duval ont reçu, en 2019, la Croix du service méritoire – division civile, de la Gouverneure générale du Canada, à titre de concepteurs d'un outil médical novateur devenu une norme internationale dans le traitement des enfants atteints d'une maladie génétique rare qui rend les os fragiles. Cette décoration reconnaît les actions exceptionnelles de personnes qui font honneur au pays.



Crédit photo : Pega Medical

L'Hôpital Shriners parlait d'un *success story*, d'un modèle de réussite, à l'occasion du dixième anniversaire de la création du clou Fassier-Duval, puis de son vingtième anniversaire. *Le Journal de Montréal* a raconté l'histoire de Kaleb, *Le Devoir* celle des jumelles Zirat, et *La Presse* a fait l'éloge de Pega Medical, observant que l'entreprise de Laval est une des rares au monde à se consacrer à l'orthopédie pédiatrique. Dans un article intitulé « 35 inventions made in Québec », *L'Actualité* a classé le clou Fassier-Duval parmi les cinq plus grandes réussites du domaine médical. La romancière américaine Jodi Picoult mentionne le clou Fassier-Duval dans *Handle with Care*, qui met en vedette une famille dont la cadette est atteinte de l'ostéogenèse imparfaite. « Ce n'est pas une biographie, mais ce livre reflète très bien la réalité, estime le D^r Fassier, même si aucun de nos patients n'a autant de complications que la petite Willow. »

Enfin, le clou Fassier-Duval!

Puis vint l'éclair de génie : une première tige serait insérée dans l'os à partir du haut du fémur et vissée au-delà de la plaque de croissance, afin que l'os puisse continuer de grandir. Une deuxième tige creuse serait ensuite glissée par-dessus la première, par la même incision, sans que l'on ait à ouvrir l'articulation du genou pour y insérer cette deuxième tige, ce qui était le cas avec le clou Dubow-Bailey.

Les efforts des deux médecins et du président de Pega Medical ayant enfin porté leurs fruits, le système télescopique IM Fassier-Duval – communément appelé « clou Fassier-Duval » – voyait le jour au tournant du nouveau millénaire. Parallèlement, le traitement aux bisphosphonates avait fait ses preuves : en rendant les os un peu moins fragiles, l'implantation du nouveau système pouvait devenir réalité.

Il était donc possible de commencer à opérer les enfants dès qu'ils pouvaient tenir debout, soit vers l'âge de 16 à 18 mois, et de faire moins d'interventions pendant leur croissance, jusqu'à la maturité de l'os, vers 14 ou 15 ans. De nombreuses opérations ont ainsi été effectuées à l'Hôpital Shriners. Restait pourtant l'objectif d'exporter la technologie dans le pays d'origine des enfants, l'incidence de l'ostéogenèse imparfaite étant la même partout dans le monde.

Le D^r Fassier s'est rendu dans une vingtaine de pays – en Europe, en Océanie, au Moyen-Orient et en Amérique du Sud – pour opérer des enfants. « J'apportais la technologie là où des chirurgiens en avaient besoin et je les formais sur place. » D'autres chirurgiens orthopédistes québécois sont aussi allés en mission dans certains pays apportant, dans leurs bagages, des clous Fassier-Duval offerts par Pega Medical. Ariel Dujovne s'inquiète toutefois au sujet de la relève : « Les chirurgiens orthopédiques pédiatriques sont peu nombreux, il manque de spécialistes dans la plupart des pays. »

Des communautés se développent

Il fallait également faire venir des chirurgiens orthopédistes à Montréal et leur enseigner l'ensemble du processus, car le traitement de l'ostéogenèse imparfaite ne se limite pas uniquement au clou. « C'est le travail de toute une équipe multidisciplinaire, observe le D^r Fassier. Il y a le diagnostic, le traitement médical et la chirurgie, mais aussi la rééducation, les problèmes dentaires, le soutien social, l'aide psychologique aux autres enfants de la famille. »

Des ateliers intensifs ont donc été mis sur pied. Pendant trois jours, des chirurgiens de l'Arabie Saoudite, de la Norvège, de la Suède, de la Corée, du Brésil et de l'Argentine, pour ne nommer que ces pays, venaient apprendre du D^r Fassier et de son équipe multidisciplinaire. Ils assistaient à des conférences sur le traitement médical, le traitement chirurgical, le traitement des déformations vertébrales et la rééducation. « Nous leur enseignons la façon de faire des consultations et d'opérer sur le fémur, le tibia et l'humérus, de manière à couvrir tous les aspects. Ils participaient eux-mêmes aux interventions. J'ai fait ça pendant plus de 15 ans », raconte le D^r Fassier. « Ils venaient chercher un ensemble de compétences, pas seulement apprendre une technique, ajoute le D^r Duval. Toute une communauté scientifique s'est développée autour du clou. » Les ateliers intensifs d'ostéogenèse imparfaite se poursuivront désormais sous la direction du D^r Reggie Hamdy, qui a pris la relève du D^r Fassier. Aujourd'hui, le clou Fassier-Duval est exporté dans plus de 75 pays et le nombre d'interventions effectuées est passé de 200 à 3 500 par année.

Les parents dont un enfant est atteint d'ostéogenèse imparfaite forment eux aussi une communauté. Grâce à Internet, ils peuvent discuter entre eux, échanger des conseils, suggérer le nom d'un médecin qui suit les traces du D^r Fassier dans leurs pays respectifs. Ils sont également soutenus par des organismes d'entraide qui se sont graduellement constitués.

Que dire des enfants, les premiers intéressés? « La maladie n'atteint pas le cerveau, souligne le D^r Fassier. Ce sont des enfants très intelligents. Lorsqu'ils ont commencé à avoir plus d'énergie grâce au traitement médical, certains ont voulu sortir de leur fauteuil roulant. Pour pouvoir marcher, ils utilisaient des béquilles ou un déambulateur... et ils se cassaient les bras, si bien que je me suis mis à opérer plus de membres supérieurs qu'inférieurs! »



Kaleb-Wolf De Melo Torres

Étroite collaboration entre chirurgiens et ingénieurs

Le D^r Pierre Duval, aujourd'hui orthopédiste à Cowansville, en Montérégie, enseigne à l'Université de Sherbrooke aux futurs ingénieurs biomédicaux. Il veut les familiariser avec le raisonnement clinique et les diverses réalités chirurgicales afin de favoriser la communication et les collaborations interdisciplinaires. Lorsqu'il leur présente le clou Fassier-Duval, il parle d'un exemple de solution d'ingénierie à un problème de santé. En guise de préambule, il leur fait visionner une vidéo sur l'histoire d'une famille aux prises avec des problèmes liés à l'ostéogenèse imparfaite. « Ils arrivent au cours dans cette émotion-là, éveillés à la dimension humaine de leur rôle et réceptifs à l'idée qu'ils doivent comprendre le processus de décision du chirurgien pour appliquer avec pertinence leur science et leur créativité. » Qui sait, un jour, un étudiant du D^r Duval inventera peut-être une solution à un autre problème médical, en collaboration avec des médecins spécialistes.

« Pour ce qui est de l'ostéogenèse imparfaite, l'avenir n'est probablement pas dans l'acier inoxydable ni la chirurgie, conclut le D^r Fassier. En attendant une solution biologique, voire une manipulation génétique, la collaboration entre chirurgiens et ingénieurs reste d'actualité. »



Retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle

Connaissez-vous les nouveautés qui vous concernent en tant que professionnels de la santé?

À compter du **6 octobre**,
des changements prévus dans
la *Loi modernisant le régime
de santé et de sécurité du
travail* entreront en vigueur
et modifieront certaines
dispositions de la *Loi sur les
accidents du travail et les
maladies professionnelles*.



Découvrez les nouveautés qui vous concernent en visitant le
preventionautravail.com/retourautravail

DC1300-890 (2022-09)

Cap sur 2023

LA FONDATION DE LA FMSQ PRÉSENTE PLUS QUE JAMAIS SUR LE TERRAIN

Depuis 10 ans, la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec contribue à améliorer concrètement les ressources de répit à travers la province. En cette année anniversaire, elle est allée à la rencontre de nombreux intervenants de la proche aidance au Québec afin de participer aux réflexions qui forgeront le système de santé de demain. Retour sur les projets de 2022, et cap sur les ambitions prometteuses de l'année à venir.

Dans une [lettre ouverte](#) publiée dans *La Presse* le 27 avril dernier, le D^r Vincent Oliva, président du conseil d'administration de la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FFMSQ), annonçait la mise en place d'un exercice d'innovation sociale avec les acteurs de la proche aidance. Près de 1,5 million de Québécois aident un proche qui nécessite des soins de santé ou une attention soutenue découlant d'un problème de santé physique ou mentale. Ces personnes consacrent plusieurs heures par semaine à un proche, parfois pendant de nombreux mois, voire des années. Les responsabilités inhérentes à leur engagement ont été lourdement perturbées pendant la pandémie de COVID-19.

Les différentes formes de soutien qu'offrent les proches aidants

- L'aide aux soins personnels et la coordination des soins médicaux et des services
- Les travaux domestiques et l'entretien de la maison
- Le transport
- Les opérations bancaires
- Les obligations légales et juridiques
- Le soutien à la participation sociale (activités sociales, sportives et culturelles, études, intégration à l'emploi, etc.)
- Le soutien émotionnel, psychologique et social



Des participants aux ateliers régionaux d'innovation sociale organisés par la FFMSQ.

Cet engagement, dont l'étendue touche à plusieurs sphères de leur vie, confère aux aidants une connaissance approfondie des besoins, des difficultés et de l'état de santé de leurs proches. Lorsqu'ils communiquent ce bagage d'informations privilégiées aux professionnels de la santé, il en résulte une meilleure prise en charge, éclairée et personnalisée, soulageant ainsi un réseau particulièrement mis à mal au cours des deux dernières années. « Ce sont des partenaires essentiels dans la triade patient-médecin-aidant », souligne le D^r Oliva.

Depuis 2012, la FFMSQ cherche constamment à renouveler son engagement auprès des acteurs de la proche aidance. Elle intervient en contribuant à améliorer les ressources à leur disposition. Le bilan de son soutien financier à des organismes québécois atteint presque 10 millions de dollars à ce jour, répartis dans plus de 400 projets. En voici deux exemples. Un des investissements a servi à la réfection du toit du Centre répit-dépannage aux 4 poches. Cet organisme de la Montérégie propose aux parents un moment de repos en offrant des séjours sécuritaires et stimulants aux enfants de plus de trois ans qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, avec ou sans handicap physique. La Maison Lémerviel Suzanne Vachon, à Québec, a bénéficié quant à elle d'une aide financière couvrant partiellement le salaire des intervenants qui prendront soin de 76 jeunes polyhandicapés et enfants gravement malades, pendant que des proches aidants profiteront d'un répit hors de leur domicile.

Une tournée d'innovation sociale

Avec l'appui de **Mangrove**, une entreprise versée en économie sociale, la Fondation a tenu quatre ateliers d'innovation sociale en Mauricie, au Saguenay, dans le Bas-Saint-Laurent et en Montérégie entre juin et septembre 2022, convergeant vers un large forum à Montréal à la fin d'octobre. Ces ateliers régionaux avaient pour but de nourrir une réflexion sur l'amélioration du réseau et de créer un espace ouvert au dialogue, où le potentiel d'une transition bénéfique pouvait être discuté entre les principaux intéressés. Les proches aidants et leurs aidés, de même que les intervenants et les organismes du réseau, ont pu comparer leurs situations respectives et concevoir des initiatives locales durables qui pourront servir le bien commun.

« Puisque nous croyons fermement que la refonte de notre système de santé passe par des initiatives locales, il était nécessaire d'aller à la rencontre des personnes qui œuvrent sur le terrain et de les inviter à participer à une réflexion visant à bâtir le réseau innovant de demain, explique le D^r Oliva. Nous croyons que de nouvelles idées émergeront de cette tournée et que des initiatives innovantes permettront d'appuyer encore plus les proches aidants, les personnes aidées et les organismes. »



Un magazine pour les aidants

Afin de souligner le chemin parcouru depuis dix ans, la FFMSQ publiera, en janvier 2023, un magazine spécial dont les organismes et les proches aidants seront à la fois le public cible et l'objet de cette tribune unique, à leur image. La Fondation souhaite ainsi donner une voix aux proches aidants, instaurant du même coup un canal d'échange d'idées propice au développement de solutions. Disponible en version numérique, il regroupera des contenus de formats variés.

Le public pourra lire ou entendre des témoignages de proches aidants et des entrevues avec plusieurs intervenants du milieu. Il s'agit d'une reconnaissance tangible à l'égard des personnes dont l'engagement influe considérablement sur la vie d'une multitude de gens, à l'extérieur autant qu'à l'intérieur du réseau. En effet, selon l'étude [Chiffrer les solidarités familiales](#), 85 % des soins aux aînés seraient assurés par des proches aidants, un engagement qui désengorge de façon appréciable le système de santé.



Au-delà des mots : un partenariat en sept chapitres

Plus tôt cette année, la Fondation de la FMSQ a soutenu la proche aidance par la voie des arts en s'alliant à L'Appui, un organisme à but non lucratif au service et à l'écoute des personnes proches aidantes, dont la visée est la préservation de leur qualité de vie.

Résultat de ce partenariat, une série documentaire en sept chapitres, *Au-delà des mots : paroles de proches aidants*, met en scène les protagonistes Édith Fournier et Michel Carbonneau, tous deux proches aidants de leurs conjoints respectifs atteints par la maladie d'Alzheimer. Ils y tracent un portrait authentique de leur aidance, avec ce qu'elle contient de joies et de peines. Le documentaire est réalisé par Josué Bertolino, qui avait déjà fait une incursion dans le milieu médical avec son film *Les messagers de l'impossible*, sorti en 2017. La série documentaire a fait l'objet d'une trentaine de projections dans plusieurs régions de la province, lui assurant ainsi un rayonnement en salle et dans des festivals régionaux. Le public aura aussi pu l'apprécier sur grand écran à la Cinémathèque québécoise à Montréal et dans le cadre du Festival du cinéma du monde de Sherbrooke.

En offrant ces projections gratuites, la FFMSQ et L'Appui ont rendu accessibles au plus grand nombre des histoires de proche aidance. Les sept chapitres de la série sont disponibles en ligne sur le [site du documentaire](#), où l'on peut trouver aussi des outils d'animation, des liens vers des ressources et des suppléments qui révèlent les dessous du tournage.



L'APPUI POUR LES PROCHES AIDANTS PRÉSENTE

AU-DELÀ DES MOTS

- Paroles de proches aidants -

APPUI-FILM.CA

AUTEURS ÉDITH FOURNIER ET MICHEL CARBONNEAU RÉALISATEUR ET DIRECTEUR PHOTO JOSUÉ BERTOLINO

SCÉNARISTE GUILLAUME CHOUINARD COMPOSITEUR ÉRIC FORGET PRODUCTEUR PRODUCTIONS VIVES

PRODUCTEUR DÉLÉGUÉ L'APPUI POUR LES PROCHES AIDANTS

Entrée gratuite

PRÉSENTÉ PAR

Appui
proches aidants

EN PARTENARIAT AVEC

 **FMSQ**





Par Ève Parenteau

Étudiante en médecine,
Université de Sherbrooke*

CONNAISSEZ-VOUS LA NEUROFIBROMATOSE DE TYPE 1 ?

La neurofibromatose de type 1 est une des maladies génétiques les plus communes ; pourtant, elle est peu connue de la population. Les personnes atteintes peuvent être porteuses de nombreuses petites masses de chair visibles sur la peau, appelées neurofibromes, qui sont caractéristiques de cette maladie. Bien qu'il s'agisse d'une maladie génétique neuro-cutanée, elle touche plusieurs systèmes du corps humain.

Confondant la neurofibromatose de type 1 (NF1) avec la variole du singe, ce virus dont on parle partout actuellement, des internautes ont lancé de fausses rumeurs dans les médias sociaux¹, d'où la nécessité de faire connaître cette maladie génétique. Bien que ses manifestations puissent être cliniquement discrètes, le risque de complications sérieuses est réel. Il importe donc de la dépister et de la diagnostiquer adéquatement afin d'assurer le suivi des possibles complications et de donner le conseil génétique approprié.

Anciennement connue sous le nom de maladie de Von Recklinghausen, la NF1 touche principalement la peau et le système nerveux, mais également d'autres organes tels que les yeux, les os, le cœur et les vaisseaux sanguins. Elle est due à une mutation dans le gène NF1, situé sur le chromosome 17. Cette mutation cause une perte de la fonction du gène, qui est la synthèse de la neurofibromine. Le rôle habituel de cette protéine est de supprimer la croissance de tumeurs en modulant l'activité d'une autre protéine nommée Ras.

Confondant la neurofibromatose de type 1 avec la variole du singe, ce virus dont on parle partout actuellement, des internautes ont lancé de fausses rumeurs dans les médias sociaux, d'où la nécessité de faire connaître cette maladie génétique.

L'absence de la neurofibromine dans la NF1 favorise la prolifération anormale de certaines cellules, qui forment alors de petites tumeurs appelées neurofibromes. Ces derniers sont composés de plusieurs types cellulaires, dont les cellules de Schwann ; ce sont des cellules gliales spécialisées qui produisent la myéline des nerfs périphériques, c'est-à-dire les nerfs autres que ceux du cerveau et de la moelle épinière. La myéline est une gaine autour du nerf qui permet d'accélérer l'influx nerveux. Les neurofibromes apparaissent le long des nerfs et sont typiques de la maladie. Ils peuvent se manifester sur la peau à l'extérieur (neurofibrome cutané ou sous-cutané) ou à l'intérieur du nerf (neurofibrome plexiforme).

La NF1 est une des maladies génétiques les plus communes : 1 personne sur 2 052 en est actuellement atteinte, et 1 nouveau-né sur 1 871 la développera². Elle se transmet sur le mode autosomique dominant, ce qui, en principe, signifie qu'il suffit qu'un seul des deux parents en soit atteint pour que l'enfant ait la maladie. Dans le cas de la NF1, toutefois, c'est vrai dans la moitié des cas seulement ; pour les autres, il s'agit d'une nouvelle mutation qui n'a pas été héritée d'un parent^{2,3,4}. Il n'est donc pas obligatoire qu'un des parents en soit atteint pour que la NF1 soit diagnostiquée.

Présentation clinique

La peau

Les manifestations sur la peau sont les principales caractéristiques de la NF1. Il y en a plusieurs types, mais les trois plus communes sont les neurofibromes cutanés, les taches café au lait et les taches de rousseur.



Neurofibromes cutanés

Les neurofibromes cutanés se situent dans le derme, tout juste sous la couche la plus externe de la peau. Ils peuvent occasionnellement être localisés dans le tissu sous-cutané. La tumeur bouge alors avec la peau à la palpation; autrement dit, la peau ne glisse pas sur la tumeur. Cette dernière peut être plate, surélevée ou pédonculée, c'est-à-dire prenant la forme d'une petite boule hors de la peau. Les neurofibromes cutanés peuvent être de la même couleur que la peau, plus foncés ou plus pâles, fermes ou d'apparence caoutchouteuse. Leur diamètre est normalement de moins de 3 cm⁴. Ils sont présents chez tous les adultes atteints de la NF1, beaucoup plus rarement chez les enfants. Les neurofibromes sous-cutanés, quant à eux, sont présents chez 15 % des adultes atteints².



Taches café au lait

Les taches café au lait sont des zones colorées et planes visibles sur la peau. On estime que 75 % des enfants et 90 % des adultes atteints de la NF1 possèdent de telles marques³. De couleur brun chocolat, elles pâlisent avec l'âge mais brunissent au soleil. Leur quantité ne reflète en aucun cas la gravité de la maladie, mais il faut absolument compter au moins six taches pour qu'elles soient retenues comme un élément contribuant au diagnostic de la NF1. Environ 10 %

de la population présente entre une et trois taches café au lait, communément appelées « taches de naissance »³. Elles peuvent apparaître partout sur le corps, sauf sur la plante des pieds et la paume des mains². La présence de taches de rousseur à des endroits atypiques, en particulier aux aisselles ou à l'aîne, est un indicateur de la NF1 qui survient à l'adolescence.

Ces trois types de manifestations cutanées ne se développent pas en tumeurs malignes. Toutefois, elles peuvent causer des soucis esthétiques ou, dans le cas des neurofibromes cutanés, de la douleur ou des démangeaisons. D'autres manifestations cutanées de la NF1, moins communes, sont les xanthogranulomes juvéniles (de petites papules orange ou dorées) et les *nevus anemicus* (des taches plus pâles que la peau, dues à une constriction des vaisseaux sanguins, qui ne deviennent pas rouges en les frottant).

Le système nerveux

Les neurofibromes plexiformes sont présents chez 50 % des sujets atteints de NF1². Ces tumeurs sont présentes dès la naissance et grossissent durant l'enfance. Elles sont bénignes mais, selon leur localisation, leur grosseur et leur forme diffuse ou nodulaire, elles peuvent se développer sur différentes structures, incluant les nerfs, ce qui peut interférer avec leur fonctionnement. La majorité des neurofibromes plexiformes ne sont pas visibles à l'œil nu; une procédure d'imagerie médicale est nécessaire pour les visualiser. D'autres neurofibromes plexiformes sont superficiels et peuvent causer une hyperpigmentation et/ou un épaissement de la peau.

Contrairement aux neurofibromes cutanés, les neurofibromes plexiformes peuvent évoluer en tumeurs malignes des gaines nerveuses périphériques. Il s'agit de la tumeur maligne la plus commune chez les gens atteints de NF1².

Médecins spécialistes recherchés!

Le Bureau d'évaluation médicale a besoin de vous.

Votre
gouvernement



- Horaire de travail flexible
- Soutien administratif complet

Cliquez pour plus d'information!



Québec





Nodules de Lisch

Les yeux

Les nodules de Lisch sont de petites tumeurs localisées dans l'iris (la partie colorée de l'œil); la grande majorité des patients atteints en ont. Ils ne sont pas visibles à l'œil nu : une lampe à fentes doit être utilisée pour les voir.

Le gliome du nerf optique est une tumeur bénigne présente chez 15% des personnes atteintes. Elle ne cause pas de symptômes dans la majorité des cas³. Non seulement cette tumeur progresse lentement, mais elle semble même régresser avec l'âge².

Autres manifestations

Bien que la neurofibromatose soit une maladie génétique neuro-cutanée, elle touche plusieurs autres systèmes du corps humain. Voici une liste non-exhaustive des autres manifestations :

	Les personnes atteintes de la NF1 peuvent présenter un déficit visuo-spatial, c'est-à-dire une difficulté à orienter des objets dans l'espace. Elles peuvent aussi présenter des problèmes de mémoire et de langage, ce qui peut entraîner des problèmes d'apprentissage. De plus, des problèmes d'attention et d'hyperactivité sont présents dans 30 à 50% des cas ² .
	La NF1 peut causer d'autres manifestations neurologiques, dont des maux de tête dans la moitié des cas et, de manière plus rare, des convulsions ou des engourdissements des deux mains et des deux pieds (une polyneuropathie).
	La NF1 peut causer une anomalie dans les cellules qui forment les os et entraîner une dysplasie osseuse. Cette dernière se produit surtout à la hauteur du tibia et de la fibula, les deux os de la jambe inférieure. Cette anomalie se présente comme une courbure anormale de l'os et peut mener à des fractures. La dysplasie peut également se produire dans l'os sphénoïde, qui forme l'orbite de l'œil, ou dans les vertèbres, causant alors une scoliose.
	On estime que de 15 à 20% des personnes atteintes présentent une hypertension artérielle, sans cause spécifique dans la majorité des cas. Des manifestations cardiaques et pulmonaires peuvent aussi survenir.
	Les femmes atteintes de la NF1 sont à risque de développer un cancer du sein. De façon plus générale, la NF1 augmenterait le risque de développer divers types de cancers chez les femmes et les hommes ⁵ .

Le diagnostic

Pour établir un diagnostic de NF1, il faut observer chez le patient au moins deux des critères établis en 1988 par l'Institut national de santé des États-Unis. Plusieurs de ces critères étant fondés sur les différentes lésions cutanées possibles, le dépistage en télédermatologie s'avère une arme de taille pour diagnostiquer la maladie de manière précoce.

- ≥ 6 taches café au lait (> 5 mm de diamètre chez les patients prépubères et > 15 mm de diamètre chez les post-pubères)
- Taches de rousseur aux aisselles ou à l'aîne
- ≥ 2 neurofibromes ou ≥ 1 neurofibrome plexiforme
- Gliome du nerf optique
- ≥ 2 nodules de Lisch
- Une lésion osseuse typique de la NF1, notamment la dysplasie osseuse de l'os sphénoïde ou du tibia
- Un parent, un enfant, un frère ou une sœur a reçu un diagnostic de NF1



Il n'existe aucun traitement définitif pour cette maladie. Ceux actuellement disponibles consistent à retirer les différentes tumeurs qui interfèrent avec la qualité de vie du patient ou qui sont malignes.

La prise en charge

Lorsque le diagnostic de la NF1 est posé, il est important d'effectuer un examen complet de la peau et des yeux, de mesurer la pression sanguine et d'effectuer un examen neurologique et développemental. Une imagerie par résonance magnétique est indispensable pour détecter des gliomes et des neurofibromes plexiformes. Il est également possible de trouver des neurofibromes plexiformes et d'améliorer le diagnostic grâce à une tomographie par émission de positons (*PET scan*).

Il n'existe aucun traitement définitif pour cette maladie. Ceux actuellement disponibles consistent à retirer les

différentes tumeurs qui interfèrent avec la qualité de vie du patient ou qui sont malignes. Tous les types de neurofibromes peuvent être enlevés de manière chirurgicale. Cette méthode est la plus commune et utilisée d'emblée. De nouvelles avenues de traitement sont également disponibles. Pour les neurofibromes cutanés, le laser à dioxyde de carbone peut être utilisé; généralement bien toléré, il permet de bons résultats cosmétiques. Cependant, ce traitement ne permet toujours pas d'enlever tous les neurofibromes⁴.

Les patients ont une nette préférence pour le traitement médical. Le selumetinib (Koselugo®), un inhibiteur de MEK, a été approuvé en avril 2020 pour le traitement des neurofibromes plexiformes⁶. Ce médicament, qui cible tous les neurofibromes, permet de freiner leur croissance et, par conséquent, de diminuer considérablement leur taille, sans toutefois les éliminer complètement⁷. Des études en cours portent sur des inhibiteurs de MEK, qui représentent une avenue prometteuse pour réduire les neurofibromes de manière significative.

Il est primordial de déceler la NF1 de manière précoce afin d'en limiter les complications et d'assurer une prise en charge adéquate. Puisque les lésions sur la peau sont les principaux signes de la NF1, la télédermatologie, jumelée au développement de différentes options de traitement, apporte l'espoir d'une bonne qualité de vie pour les patients atteints de NF1. Enfin, il faut surtout savoir que la neurofibromatose n'est pas transmissible et qu'aucun lien n'a été établi entre cette maladie et la variole du singe, qui cause certes des lésions cutanées, mais qu'il ne faut surtout pas confondre avec des neurofibromes.

*En collaboration avec la D^{re} Marie-France Rioux, neurologue, CHUS de Fleurimont, Université de Sherbrooke; le D^r Nicolas Dupré, neurologue, CHU de Québec-Université Laval, Université Laval; le D^r George Christodoulou, dermatologue, Dermatologie de l'Ouest, Université McGill et chargé de cours de dermatologie à la Faculté de médecine familiale; Mathieu Blais, Ph. D. (biologie cellulaire et moléculaire), chargé de projet au Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval.

RÉFÉRENCES

- Ouellette-Vézina H. [Vu, lu et vérifié – La désinformation s'est-elle immiscée autour de la variole simienne?](#). La Presse. 3 août 2022.
- Friedman JM. [Neurofibromatosis 1](#). 2 octobre 1998 [dernière mise à jour 21 avril 2022]. Dans Adam MP, Everman DB, Mirzaa GM et al., éditeurs. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA) : University of Washington, Seattle; 1993-2022.
- Solares I, Vinal D, Morales-Conejo M. [Diagnostic and follow-up protocol for adult patients with neurofibromatosis type 1 in a Spanish reference unit](#). Revista Clínica Española (Barc). 22 mars 2022.
- Peltonen S, Jannic A, Wolkenstein P. [Treatment of cutaneous neurofibromas with carbon dioxide laser : Technique and patient experience](#). European Journal of Medical Genetics, vol. 65, n° 1, janvier 2022. 104386.
- Landry JP, Schertz KL, Chiang YJ, Bhalla AD, Yi M, Keung EZ et al. [Comparison of Cancer Prevalence in Patients With Neurofibromatosis Type 1 at an Academic Cancer Center vs in the General Population From 1985 to 2020](#). JAMA Netw Open. 1^{er} mars 2021, 4(3):e210945.
- Center for Drug Evaluation and Research. [FDA approves selumetinib for neurofibromatosis type 1 with symptomatic, inoperable plexiform neurofibromas](#). U.S. Food and Drug Administration. FDA; 2020 [cité 26 juillet 2022].
- Vaassen P, Dürr NR, Rosenbaum T. [Treatment of Plexiform Neurofibromas with MEK Inhibitors : First Results with a New Therapeutic Option](#). Neuropediatrics. Février 2022, 53(1):52-60.



MÉDECINS SPÉCIALISTES ET ÉCRIVAINS

Ils sont de plus en plus nombreux à troquer occasionnellement le scalpel, le stéthoscope ou le microscope pour la plume ou, soyons modernes, le clavier. Voici cinq médecins spécialistes qui, sans délaisser leur profession, ont choisi de publier un livre afin de partager leurs connaissances.

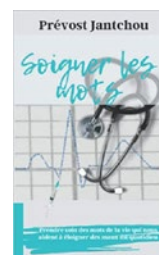


Le **D^r Nabil Fanous** est professeur agrégé au département d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la tête et du cou à l'Université McGill et chef de la division de chirurgie plastique et reconstructive faciale. Il est l'auteur de [Les règles universelles de la vie : 27 secrets pour gérer le temps, le stress et les gens](#). Une version en anglais est également disponible : [The Universal Rules of Life : 27 Secrets for Managing Time, Stress & People](#). Dans son livre, il offre de précieuses informations sur la gestion efficace du temps, l'épanouissement personnel et la voie vers la réussite professionnelle. Le D^r Fanous donne des réponses simples et intelligentes à de nombreuses questions qui ont toujours préoccupé les gens. On peut se procurer ce livre dans toutes les bonnes librairies.



Le **D^r Jean-François Hardy** est professeur émérite au Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il a publié [La gestion personnalisée du sang – Visons l'excellence dans la qualité des soins – De la théorie à la pratique](#) sous forme de livre numérique disponible en ligne. Le D^r Hardy y explique le concept de la prise en charge des patients à haut risque hémorragique qui doivent subir une chirurgie majeure. La gestion personnalisée du sang – ou GPS – n'est pas limitée à éviter les transfusions sanguines. Il s'agit plutôt d'un ensemble de mesures mises en place en pré-, per- et postopératoire pour optimiser le taux d'hémoglobine du patient, contrôler les saignements et améliorer sa santé.

Le **D^r Prévost Jantchou** est pédiatre spécialisé en gastroentérologie pédiatrique au CHU Sainte-Justine et clinicien-chercheur au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Il a profité de la réclusion imposée par la pandémie pour renouer avec son amour de l'écriture et publier un livre qui se situe à mi-chemin entre le roman et la poésie : [Soigner les mots](#). À travers les récits qui relatent des faits réels et aussi l'imaginaire d'un doux rêveur, l'auteur invite le lecteur à un voyage au cœur des mots à travers plusieurs continents. Il espère que les soins qu'il donne aux mots contribueront à éloigner certains maux des humains. On peut commander son œuvre directement chez l'éditeur.



La **D^{re} Cécile Tremblay** est microbiologiste et infectiologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. La population a appris à la connaître durant la pandémie de COVID-19, alors que les médias sollicitaient régulièrement son expertise en virologie. Ils continuent de le faire, compte tenu de la hausse du nombre de cas de varicelle simienne. La D^{re} Tremblay était donc la personne tout indiquée pour publier [Prêts pour une prochaine pandémie?](#) Sa réponse simple : il faut s'y préparer, car elle sera incontournable. L'auteure se penche sur des solutions à long terme auxquelles elle espère que la population et les décideurs adhéreront. Sans être en mesure de tout prévoir, il faut au moins envisager divers scénarios et planifier en conséquence. Disponible en librairie.



Le **D^r Alain Vadeboncoeur** est urgentologue à l'Institut de cardiologie de Montréal. Il est sûrement un des médecins spécialistes les plus présents dans la sphère médiatique. Il a signé une dizaine de livres. Son plus récent, tout droit sorti des presses : [Prendre soin – Au chevet du système de santé](#). Il considère cette publication comme sa contribution pour la réanimation du réseau de la santé québécois.

Le D^r Vadeboncoeur donne ses prescriptions en abordant une multitude d'enjeux tels l'accès aux soins, la prévention et le dépistage, l'efficacité des logiciels informatiques, les médicaments, le financement public et les ententes professionnelles. Surtout, il rappelle la mission première qui inspire tant de gens dévoués : soigner, tout simplement. En vente partout.





Actionnaire de fdp
depuis 1978

Nouveauté

Optionalité Santé et innovations médicales

Investissez dans une tendance forte et porteuse des marchés, et participez à l'évolution de votre profession!

- ◆ Diversifiée dans la recherche, le développement, la production et la distribution de produits et services en santé, médecine et sciences de la vie.
- ◆ Faiblement corrélée aux conditions économiques.

Disponible dans le
Portefeuille privé fdp Perspective



Communiquez avec un conseiller fdp pour en savoir plus sur nos solutions d'investissement.



fdpgp.ca

Un placement dans les fonds peut donner lieu à des courtages, des commissions de suivi, des frais de gestion et d'autres frais. Les titres des fonds ne sont pas assurés par la Société d'assurance-dépôts du Canada. Les organismes de placement collectif (OPC) ne sont pas garantis; leur valeur fluctue souvent et leur rendement passé n'est pas indicatif de leur rendement dans l'avenir. 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.



L'INDÉPENDANCE FINANCIÈRE AU FÉMININ

De plus en plus instruites, les femmes s'investissent dans leur carrière et s'épanouissent tant sur le plan personnel que professionnel. Ce faisant, elles découvrent une indépendance financière qui va de pair avec la reconnaissance de leurs compétences et de leurs capacités, et peut avoir une incidence sur le mieux-être de leur famille.

« Les femmes sont désormais majoritaires dans la population active, et il n'y a pas de retour en arrière possible; elles vont de plus en plus dominer le marché du travail », déclarait Mark Zandi, économiste en chef de la firme Moody's au magazine *Forbes* en janvier 2020. Dans un document interne de novembre 2021, fdp observait aussi une nette tendance à la féminisation dans le monde des professionnels – médecins, dentistes, pharmaciens, notaires ou architectes – en ce qui concerne la relève.

Nous avons demandé à **Léa Saadé**, vice-présidente régionale (Montréal-centre et Rive-Nord), Gestion de patrimoine, et à **Marisa Cobuzzi**, conseillère et planificatrice financière, de nous parler des défis que comporte cette indépendance, ainsi que des façons de la conserver et de l'enrichir.



Les femmes ont développé de nouvelles attitudes face à leurs finances. Parlez-nous de cette évolution.

L.S.

Généralement, les femmes s'occupent beaucoup plus de leurs affaires que par le passé, car elles ont compris l'importance d'être bien conseillées. Elles prennent du temps dans leur horaire chargé pour rencontrer des experts afin d'atteindre leur indépendance financière. Elles sont conscientes de la valeur de cette indépendance dans les bons moments de leur vie, comme le mariage ou la naissance de leurs enfants, mais aussi dans les moments plus difficiles, comme un divorce, le décès de leur partenaire ou une invalidité.

Les femmes savent aussi qu'elles doivent consacrer une part de leur budget à leur développement personnel et professionnel ainsi qu'à leur sécurité financière future. Elles doivent donc bien définir leurs objectifs et établir un plan de match. C'est un égoïsme sain, qui leur permet de profiter pleinement de chaque étape de leur vie.



Marisa Cobuzzi, conseillère et planificatrice financière, et Léa Saadé, vice-présidente régionale (Montréal-centre et Rive-Nord), Gestion de patrimoine

M.C.

Effectivement, les femmes sont devenues stratégiques dans leurs finances. La gestion des investissements reste le meilleur moyen d'accroître la valeur nette individuelle au fil du temps, mais la planification fiscale, les besoins en matière de sécurité des revenus aux différentes étapes de vie et la planification successorale sont aussi très efficaces dans la préservation de l'indépendance financière. Plusieurs femmes hériteront un jour de leurs parents ou de leur partenaire. Ces sommes souvent considérables joueront un rôle de premier plan en ce qui a trait à leur sécurité future.

fdp

Pour protéger leur indépendance financière, les femmes doivent prendre des décisions et entreprendre des actions. Qu'observez-vous?

M.C.

Les femmes recherchent plus activement que les hommes les services d'un conseiller financier (Pl. Fin., CFP ou CFA). Selon un article paru dans [The Voice of the Investor](#), elles accordent une importance particulière aux compétences de cette personne. Une étude réalisée par Ipsos en juin 2022 pour le compte de fdp confirme que les femmes veulent établir une relation de confiance durable, basée sur la compréhension de ce qui compte pour elles. L'expertise est primordiale, mais la qualité des échanges est tout aussi essentielle à leurs yeux.

Par ailleurs, la vie des femmes évolue. Tout au long de leur carrière, leur pouvoir économique s'accroît, et il doit être préservé en tout temps. Dans une publication de [Vanguard](#), on apprend qu'avoir recours à un conseiller financier peut ajouter environ 3% de rendement par année au portefeuille d'un client, selon sa situation et ses investissements, d'où la nécessité d'être bien entouré.

L.S.

La finance n'est plus un sujet tabou pour les femmes. L'équité financière peut être un sujet délicat dans un couple, mais pour évoluer, il est indispensable que les conjoints puissent en discuter ouvertement.

fdp

Actuellement, le stress financier peut peser lourdement sur les projets de vie et sur le bien-être mental des femmes. Comment peut-on contrôler ce stress?

L.S.

Le stress financier touche les travailleurs canadiens de tous les groupes d'âge, et il est plus flagrant encore chez les femmes. Il peut perturber les relations familiales et les capacités parentales, créer de l'anxiété à la maison comme au travail, perturber le sommeil et nuire à l'estime de soi. [Statistique Canada](#) révèle que le tiers des Canadiens soutiennent que leur stress lié à la gestion financière a augmenté en raison des répercussions économiques de la pandémie de COVID-19.



Une offre exclusive pour les médecins*

- ◆ Conseils intègres et indépendants pour vous et votre famille
- ◆ Accès à nos fiscalistes et notaires
- ◆ Honoraires de gestion avantageux

Découvrez votre offre



 Gestion privée

Signataire de:


 Principles for Responsible Investment

* Certaines conditions s'appliquent. Discutez-en avec votre conseiller. 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.

Pour traverser les périodes difficiles, un budget personnalisé doit faire partie d'un plan financier bien construit. Plus les dépenses augmentent à cause de l'inflation ou d'une situation personnelle particulière, plus il faut être vigilant. Il faut aussi penser à avoir un fonds de prévoyance de trois à six mois pour faire face aux imprévus.

Adopter les bonnes mesures au bon moment permet de préserver son indépendance financière. Ainsi, lorsque viendra le moment de la retraite, les finances seront toujours en bonne santé. Une bonne planification permet de réduire le stress et de se concentrer sur la réalisation de ses objectifs.

fdp

Souvent, les collègues de travail s'échangent de l'information financière. Quelle valeur accordez-vous à ces interactions ?

L.S.

Les finances se discutent effectivement entre collègues, amis ou conjoints. Ces informations sont basées sur des expériences personnelles ou des observations, mais seul un professionnel est en mesure de donner des conseils impartiaux.

M.C.

Il est vrai que les collègues, hommes et femmes, abordent le sujet des finances entre eux davantage qu'autrefois. Ils échangent à propos de leurs expériences personnelles et de leur capacité à construire leur carrière et leur famille. Il faut cependant comprendre que chaque personne est unique et que ses objectifs de vie le sont également. Il ne peut y avoir deux planifications financières identiques parce que le parcours de chacun est différent. La planification de ses finances doit donc, elle aussi, être personnalisée.

fdp

Quels sont les conseils à retenir absolument ?

L.S.

Établir un budget, avoir une bonne stratégie de gestion de ses dettes et développer une relation de confiance avec un conseiller financier tout au long de sa vie sont des facteurs décisifs de succès.

M.C.

Bien que l'auteur d'un article sur le blogue [les affaires](#) avouait être incapable de vérifier sa source, il semble qu'Albert Einstein aurait dit : « L'intérêt composé est la huitième merveille du monde. Celui qui peut bien le comprendre en bénéficie; celui qui ne le comprend pas le paie. » Autrement dit, la richesse se construit au fil du temps. Attendre le bon moment pour investir (quand j'aurai fini mes études, quand les enfants seront plus âgés...) a un effet négatif sur votre indépendance financière. Le temps est votre meilleur allié. Utilisez-le à bon escient.

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.



Par Chantal Aubin

Directrice générale
Conseillère en
sécurité financière
Courtier en assurances
de dommages

La cybercriminalité, un risque bien réel

DES PROTECTIONS POUR BIEN PROTÉGER VOTRE CLINIQUE

Les entreprises qui détiennent des données sur leurs clients, leurs fournisseurs ou leurs employés courent le risque d'être victimes d'un cybercriminel. Les conséquences sont alors désastreuses. Il est donc judicieux de souscrire une assurance cyberrisques.

Courriels d'hameçonnage, virus ou logiciels malveillants ne sont que quelques-uns des moyens que les cybercriminels peuvent utiliser pour accéder à vos renseignements ou à ceux de vos clients. Si votre entreprise utilise Internet dans le cadre de ses activités, elle s'expose à ces risques.

Vous avez de la difficulté à bien comprendre les diverses protections d'assurance contre le cyberrisque actuellement sur le marché? Voici trois garanties optionnelles que Sogemec vous propose pour protéger votre clinique de la cybercriminalité. Chacune offre des avantages distinctifs pour répondre à vos besoins et à la nature de vos activités.

Compromission des données

Les atteintes à la protection des données dont vous avez la garde ou le contrôle peuvent prendre plusieurs formes, dont le vol physique d'information, le piratage informatique ou la divulgation accidentelle de renseignements (numéros de cartes de crédit, d'assurance maladie ou d'assurance sociale), que ce soit lors d'un vol de dossiers ou de la perte d'un ordinateur portable, ou encore parce que votre site Web n'est pas sécurisé.

ASSURANCE CYBERRISQUES

Protégez votre cabinet
ou clinique médicale



Pour mieux vous accompagner, Sogemec vous offre maintenant deux garanties optionnelles pour vous protéger, ainsi que votre entreprise en cas de cybermenaces.

- **Compromission des données**

Si vos données électroniques ou imprimées sont perdues, volées ou publiées par inadvertance, cette garantie vous offre l'accompagnement de professionnels pour vous aider à gérer la situation et les poursuites éventuelles.

- **Attaque informatique**

En cas d'attaque informatique bloquant l'accès à vos données, systèmes d'exploitation et logiciels ou leur causant des dommages, cette garantie vous offre l'accompagnement nécessaire pour gérer la situation et vous permettra de réduire vos pertes financières.

Aucune entreprise n'est à l'abri. Communiquez sans tarder avec l'un de nos agents en assurance de dommages qui pourra vous conseiller selon vos besoins.

Nous sommes votre référence.
Faisons connaissance.

1 866 350-8282
sogemec.qc.ca



Supposons qu'en mettant à jour des logiciels utilisés par votre clinique, le responsable de vos systèmes informatiques constate une anomalie qui révèle un accès à distance non autorisé aux dossiers des patients. Le nom, l'adresse, la date de naissance et le numéro d'assurance maladie pourraient avoir été consultés et fort probablement copiés. La garantie « compromission des données » sert à protéger votre cabinet, y compris les renseignements personnels confidentiels sur vos clients, vos employés et vos fournisseurs. Elle couvre, entre autres :

- Les services d'un professionnel en technologies de l'information pour établir la nature et l'étendue de la compromission des données
- Les services d'une firme de relations publiques pour gérer la situation, ainsi que certaines autres dépenses
- La transmission de l'information au Commissariat à la protection de la vie privée du Canada, obligatoire en vertu du *Règlement sur la notification et la déclaration des atteintes à la protection des données*
- Les frais pour assurer votre défense en cas de poursuite, de règlement ou de jugement
- Les services offerts à vos clients, fournisseurs ou employés touchés, y compris les documents informatifs, l'assistance téléphonique, les alertes en cas de fraude et la gestion des cas de vol d'identité

CyberUn – Attaque informatique

Votre cabinet pourrait être victime d'un pirate qui infecterait votre système informatique à l'aide d'un virus empêchant les médecins d'avoir accès aux dossiers de leurs patients et effaçant partiellement des données. Cette attaque pourrait aussi affecter l'ensemble des activités de la clinique; ainsi, il pourrait être impossible de fixer les rendez-vous des patients ou de les confirmer.

Une telle attaque perturberait le fonctionnement de votre entreprise en causant des dommages à vos données, à vos systèmes d'exploitation et à vos logiciels. La garantie CyberUn vous aide à poursuivre vos activités si vous subissez des pertes financières à la suite d'une attaque informatique. Elle couvre notamment :

- Les services d'accompagnement offerts par des entreprises qui possèdent une expertise dans le domaine des technologies de l'information et des communications

- Les frais de remplacement des données perdues ou corrompues
- Les frais de restauration des systèmes ou de réinstallation des programmes informatiques et la suppression de tout code malveillant
- Les pertes d'exploitation et les frais supplémentaires engagés pendant que la récupération des données et des systèmes informatiques est en cours

Restauration de l'identité

En tant que propriétaire d'un cabinet, vous pourriez être victime d'un vol d'identité, c'est-à-dire que quelqu'un utiliserait frauduleusement vos renseignements d'identification personnels pour commettre des actes criminels, établir illégalement des comptes de crédit pour garantir des prêts ou conclure des contrats. Quelques mois après avoir perdu votre portefeuille, par exemple, vous pourriez constater qu'on vous refuse une demande de crédit pour des motifs qui ne correspondent pas à votre situation financière.

Avec la garantie restauration d'identité, vous bénéficiez, entre autres :

- D'un service d'assistance téléphonique
- De l'accompagnement d'un professionnel en restauration d'identité qui vous guide à travers toutes les étapes du processus
- Du remboursement de certains frais, par exemple ceux liés aux rapports d'agences de crédit

Si vous désirez discuter de ces protections ou profiter des avantages offerts aux membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, communiquez avec l'un de nos agents en assurance entreprise au 1 866 350-8282.



Par Marie-Chantale Brien, M.D.

Directrice de l'intervention,
de la prévention et de la
recherche, PAMQ

Quand l'épuisement professionnel nous guette

DE L'IMPORTANCE DE FAIRE ATTENTION À SOI

Alors que nous traversons ce qui est reconnu comme la septième vague de la pandémie de COVID-19, une certaine lassitude s'installe inévitablement. Pour plusieurs, la crise qui perdure donne l'impression d'un horizon sans véritables améliorations dans un avenir rapproché. L'épuisement ou le désengagement professionnel se cachent-ils au détour ?

Les conditions de travail demeurant difficiles, il faudra un certain temps avant de voir la pénurie de main-d'œuvre se résorber. À plusieurs égards, la crise pandémique est venue exacerber les difficultés déjà latentes depuis un bon moment. Devant une telle situation, il est normal d'éprouver un certain sentiment d'impuissance, d'avoir l'impression de ne pas être en mesure d'agir pour changer le cours des choses, les causes profondes étant hors de notre contrôle individuel. En même temps, il faut être conscient que lorsqu'un tel sentiment nous habite, nous devons faire attention de ne pas être entraîné sur la voie d'une perte de motivation qui pourrait mener jusqu'à l'épuisement professionnel. Autrement dit, devant un phénomène plus grand que soi, il ne faut pas perdre de vue l'importance de justement faire attention à soi.

Admettre que l'épuisement professionnel ou une quelconque forme de désengagement nous guette constitue un excellent point de départ. En parler peut rapidement nous amener à réaliser que nous ne sommes pas seuls à éprouver ces sentiments et qu'il est possible de poser des gestes qui nous aideront à reprendre le rythme, à retrouver notre motivation. L'automne dernier, l'Association médicale canadienne a mené un sondage auprès de 3 864 médecins,

dont près de 600 Québécois. Comme nous avions déjà plus de 18 mois de crise pandémique derrière nous, les résultats ont montré, sans véritable surprise, qu'un nombre élevé de répondants ressentaient des signes d'épuisement. Cette proportion s'élevait à plus de la moitié chez les médecins québécois.

Ce sondage révélait également que les médecins étaient nombreux à constater un recul sur le plan de l'épanouissement professionnel. La ligne est souvent mince avant que ce sentiment ne conduise à un désengagement, voire à une perte de sens. Des [travaux de recherche](#) menés auprès de médecins canadiens soulignent bien d'ailleurs que le sens du travail constitue leur première raison d'être. Or, ce sens du travail exerce un puissant effet direct sur l'engagement, allant jusqu'à augmenter la satisfaction globale et à atténuer l'épuisement.



Retrouver ou conserver le sens du travail peut ne pas paraître évident lorsqu'on est dans le feu de l'action et confronté à une surcharge de travail avec, de surcroît, un stress qui devient le lot quotidien. Dans un tel contexte, faire attention à soi pourra sembler plus facile à dire qu'à réaliser.

L'approche des petits pas

Dans le précédent numéro du *Spécialiste*, nous avons mentionné qu'il était nécessaire de bâtir la résilience sur la base d'objectifs communs, face à une situation de crise qui perdure au sein d'une équipe. Aujourd'hui, nous parlons plutôt d'une démarche personnelle axée sur le sens qu'on souhaite donner à ce qu'on fait individuellement.

Pour y arriver, il faut surtout avoir une bonne dose de réalisme et mettre toutes les chances de son côté pour réussir. Oublions les grandes résolutions qui, même à court terme, risquent d'avoir l'air de montagnes infranchissables. Optons plutôt pour l'approche des petits pas, en se limitant à des microchangements moins énergivores, et encore, pas plus de deux à la fois. Mieux vaut s'assurer de bien les intégrer à son rythme de vie et d'en apprécier la valeur avant d'en ajouter d'autres. Par exemple, on peut se donner la permission de sortir prendre l'air quinze minutes au moins une fois par jour, ou se réserver une période pour une activité qui nous fait du bien, comme écouter de la musique ou cuisiner et partager un mets réconfortant. Demander de l'aide peut aussi être la clé pour atteindre un plus grand état de bien-être. Les médecins-conseils du Programme d'aide aux médecins du Québec sauront vous aider à repérer les microchangements qu'il est possible d'adopter pour favoriser un retour à un meilleur équilibre.

Il faut cependant être conscient que conserver ou retrouver le sens du travail fait sur une base individuelle ne règlera pas nécessairement tous les problèmes. Les causes profondes des difficultés de nature organisationnelle ou structurelle seront sans doute encore présentes. Toutefois, en retrouvant un meilleur équilibre personnel, on peut davantage faire face à la situation et contribuer aux efforts pour qu'elle évolue, notamment en faisant en sorte que l'ensemble de l'équipe retrouve collectivement le sens du travail.

15^e édition

Tournoi de golf des fédérations médicales

Nous remercions chaleureusement nos partenaires et tous les participants pour leur soutien à la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec lors de la 15^e édition de ce grand rendez-vous annuel, le 25 juillet dernier.



Les partenaires :



AON | L'Association canadienne de protection médicale
Beneva | Corporation Fiera Capital | Davies
Facturation médicale Fonds FMOQ
Gestion d'actifs CIBC | Gestion privée Fonds FMOQ
Jarislowsky Fraser | Langlois Avocats | Lussier
Le Cabinet de relations publiques NATIONAL
Placements Franklin Templeton | Sogemec Assurances

FMOQ | FMSQ | FMRQ | FMEQ



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



FMSQ



Desjardins

Services aux membres et avantages commerciaux

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

NOS FILIALES



fprofessionnels.com
1 888 377-7337

Sogemec
ASSURANCES

sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES

HÔTELS *Fairmont*

fairmont.fr
1 (888) 610-7575



germainhotels.com
514 985-6069



INTERCONTINENTAL
MONTREAL

montreal.intercontinental.com
514 987-9900



hotelbirksmontreal.com
514 370-3000



dtmontreal.doubletreebyhilton.com
1 800 361-8234



desjardins.com
1 844 866-9931



tremblant.ca
1-888-738-1777

Pour découvrir vos avantages commerciaux

Vous devez être connecté sur le site web de la FMSQ avant de cliquer sur ce lien.





Spécialistes de vous