

ACTUALITÉ M.D.

Collège des médecins du Québec | N° 5 - Mai 2025



Distinctions du Collège

Ces médecins qui nous inspirent



Place du privé en santé:
des faits et des chiffres
pour y voir plus clair

5 pistes d'action
pour rehausser la
pertinence des soins

CA du Collège:
de nouvelles voix
à découvrir

Dans cette édition

3 Mot du président

Actualités

4 Distinctions du Collège – Ces médecins qui nous inspirent

Pratiques professionnelles

10 Place du privé en santé: des faits et des chiffres pour y voir plus clair

15 5 pistes d'action pour rehausser la pertinence des soins

Portrait

19 Le Dr Norbert Dion: l'oncologie à échelle humaine

Enjeux

24 Les patients partenaires, un apport unique aux soins de santé

29 Droit à l'avortement: ne baissions pas la garde!

Focus

34 Questions de gestion – Le plan stratégique et d'action *Destination 2027*

36 CA du Collège: de nouvelles voix à découvrir



Suivez-nous en tout temps sur le Web et les médias sociaux



Publication du Collège des médecins du Québec

1250, boul. René-Lévesque O., Bureau 3500
Montréal (Québec) H3B 0G2
514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN | cmq.org

Conception

Direction des communications et des affaires publiques

Des commentaires?

Écrivez-nous: communications@cmq.org

Mot du président

Chères lectrices, chers lecteurs,

C'est avec grand plaisir que je vous présente ce nouveau numéro de notre webzine, riche en réflexions, en rencontres et en perspectives sur le monde médical.

Dans un contexte de transformation de notre réseau de la santé et des services sociaux, il est plus que jamais essentiel de prendre un temps d'arrêt pour analyser ensemble les enjeux qui nous touchent de près et les défis qui nous attendent en tant que société. Pour ce faire, nous donnons la parole à des acteurs de changement, qui sont sur le terrain au quotidien.

Des dossiers d'actualité

Dans ce numéro, nous vous proposons un tour d'horizon de plusieurs thèmes de l'heure qui nous interpellent et nous mobilisent: la place du privé en santé, la pertinence des soins, le droit à l'avortement — des sujets complexes qui demandent rigueur, nuance et font appel à l'engagement social. À travers des faits, des pistes d'action concrètes et des regards experts, nous souhaitons alimenter une réflexion commune et éclairée.

L'humain à l'avant-scène

Au fil de ces pages, vous ferez également la rencontre de médecins passionnés, qui façonnent l'avenir en santé. En tête d'affiche, les huit lauréates et lauréats des Distinctions du Collège 2024 sont mis à l'honneur dans cette édition. Vous découvrirez également le parcours du Dr Norbert Dion, chirurgien orthopédique oncologue animé de profondes valeurs humanistes.

De plus, Claudia Houle et Karina Prévost, deux patientes partenaires, partagent leur précieuse expérience, mise au service du réseau de la santé. Le Collège des médecins croit fermement en la richesse de ces collaborations et a été l'un des premiers ordres professionnels au Québec à intégrer des patients partenaires dans ses comités et groupes de travail. Des récits inspirants, qui valent le détour!



Une fenêtre sur le Collège

Pour mieux comprendre ce qui guide les actions de notre ordre au quotidien, découvrez aussi la vision stimulante du Dr Pierre Gfeller, directeur général du CMQ, à propos de *Destination 2027*, notre toute nouvelle planification stratégique. Enfin, apprenez à connaître les cinq nouveaux membres de notre Conseil d'administration, un conseil dynamique qui innove pour assurer la protection du public.

Vous souhaitez échanger avec nous sur ces thèmes ou d'autres questions d'intérêt?

Écrivez-nous à communications@cmq.org.

Bonne lecture!

Mauril Gaudreault, M.D.

Distinctions du Collège Ces médecins qui nous inspirent

Chaque année, par la remise de Distinctions, le Collège des médecins du Québec souligne la contribution hors du commun de médecins engagés et visionnaires. Le 10 avril dernier, huit d'entre eux ont été honorés par leur ordre professionnel. Chapeau à ces lauréates et lauréats, pour qui soigner est non seulement une vocation – c'est d'abord une passion!



ACTUALITÉS





David Fortin, M.D.

Distinction de la présidence

«Ce qui m’inspire au quotidien, c’est la grande résilience de mes patients et de leurs familles. Lorsqu’on travaille dans un domaine où, la majorité du temps, les personnes ne vont pas guérir de leur maladie, notre boulot est de prolonger leur vie, bien sûr, mais aussi de maximiser leur qualité de vie. Pour ce faire, il faut savoir s’adapter à la réalité de chaque individu. J’espère transmettre à mes patients et à leurs proches toute mon empathie, et qu’ils puissent me percevoir comme un bon accompagnant.»

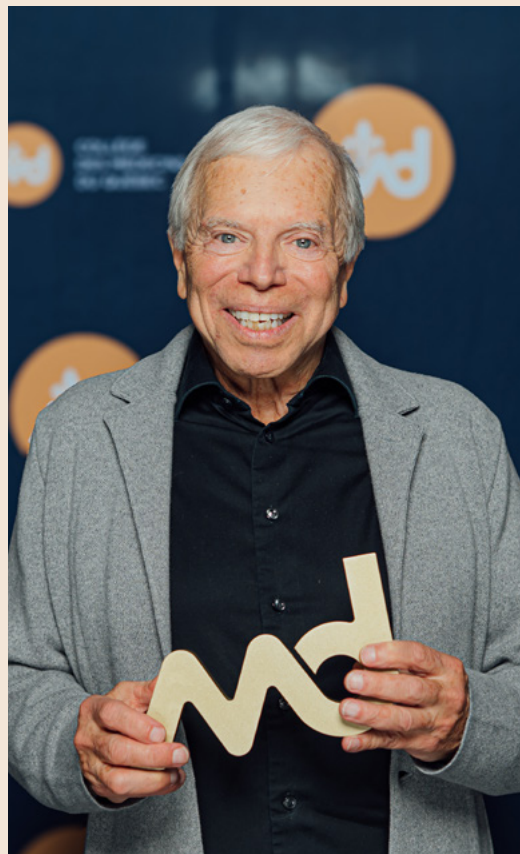
Le Dr Fortin est neurochirurgien, neuro-oncologue, chercheur et professeur à l’Université de Sherbrooke, où il dirige un laboratoire de recherche sur les tumeurs cérébrales. Il a notamment introduit au pays la chimiothérapie intra-artérielle avec ouverture de la barrière hémato-encéphalique, une technique avant-gardiste ayant permis de prolonger la vie de nombreuses personnes atteintes d’un cancer du cerveau. Pédagogue investi et admiré, le Dr Fortin fut sacré meilleur professeur de la Faculté de médecine et des sciences de la santé à 6 reprises. Respectueux des autres, extrêmement compétent et dévoué, il est une source d’inspiration et un modèle d’excellence.

Bernard Magnan, M.D.

Distinction de la présidence

«Ma grande chance est de travailler avec une équipe de professionnels dévoués: infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleuses sociales... Ensemble, nous mettons tout en œuvre pour offrir à nos patients et à leurs familles les meilleurs soins possibles et le soutien dont ils ont besoin. Malgré toute la souffrance que l’on voit au quotidien, c’est cette cohésion au sein de l’équipe qui nous permet d’aller plus loin, pour les patients.»

Le Dr Magnan pratique la médecine de famille avec rigueur et passion au Centre Saint-Lambert, où il travaille auprès d’une patientèle âgée. Grâce à son attitude hautement professionnelle et profondément humaine, il sait gagner la confiance de ses patients et de leurs proches, qu’il considère comme de véritables partenaires de soins. Convaincu des vertus de l’interdisciplinarité, ce clinicien sollicite régulièrement l’avis de ses collègues issus de divers horizons professionnels, encourageant ainsi une collaboration fructueuse. Son dévouement et son savoir-être exceptionnel en font un modèle au sein de la profession.



Claudiel Pétrin-Desrosiers, M.D.

Distinction, catégorie Relève

« Je rêve que nous fassions plus confiance, collectivement, à notre capacité d'accomplir de grandes et belles choses, ensemble. Nous devons changer le narratif dominant qui nous enchaîne un peu trop au statu quo, et qui nous force à aborder les questions écologiques d'un angle purement individuel. Nous avons besoin de beaucoup de créativité, de lucidité, de cohésion sociale... et de rêves pour réussir la transition socio-écologique. Je fais le pari que la santé peut nous donner le levier supplémentaire requis pour accélérer les profonds changements de nos modes de vie, qui sont nécessaires. Après tout, il ne sera jamais trop tard pour sauver des vies ou améliorer notre qualité de vie. »

La Dre Pétrin-Desrosiers est médecin de famille au GMF-U du CLSC Hochelaga-Maisonneuve de même que professeure et responsable de santé planétaire au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. Présidente de l'Association québécoise des médecins pour l'environnement, elle vulgarise avec brio les enjeux relatifs aux changements climatiques. Elle a récemment publié un premier ouvrage, *Santé planétaire*, qui expose sa vision.



Mathieu Pelletier, M.D.

Distinction, catégorie Rayonnement

« Durant mes études, beaucoup d'enseignants m'avaient recommandé de ne pas choisir la médecine familiale. Accordant trop d'importance à ces commentaires, je me suis d'abord dirigé vers une autre spécialité. Toutefois, dès ma première journée de résidence en médecine familiale, j'ai su que c'était là ma place, puisqu'il s'agit de la spécialité qui traite l'être humain dans sa globalité, de la naissance à la mort. Je suis extrêmement fier de ma profession aujourd'hui. »

Médecin de famille au GMF-U du Nord de Lanaudière, le Dr Pelletier exerce dans différents contextes, notamment à l'urgence, en CHSLD et auprès de la communauté Atikamekw de Manawan, avec qui il a tissé des liens de confiance durables. Passionné par le transfert des connaissances, il s'investit auprès de la relève en tant que professeur et mentor. Il est éditeur pour la plateforme de formation continue TopMF et blogueur pour le magazine *Profession Santé*.



Georges-Étienne Rivard, M.D.

Distinction, catégorie Excellence

«La médecine est un merveilleux domaine, tant pour sa dimension humaine que scientifique fondamentale, mais il faut l'aimer et ne ménager aucun effort pour apprendre de plus en plus. À défaut d'un tel engagement, tout le bonheur du métier est perdu.»

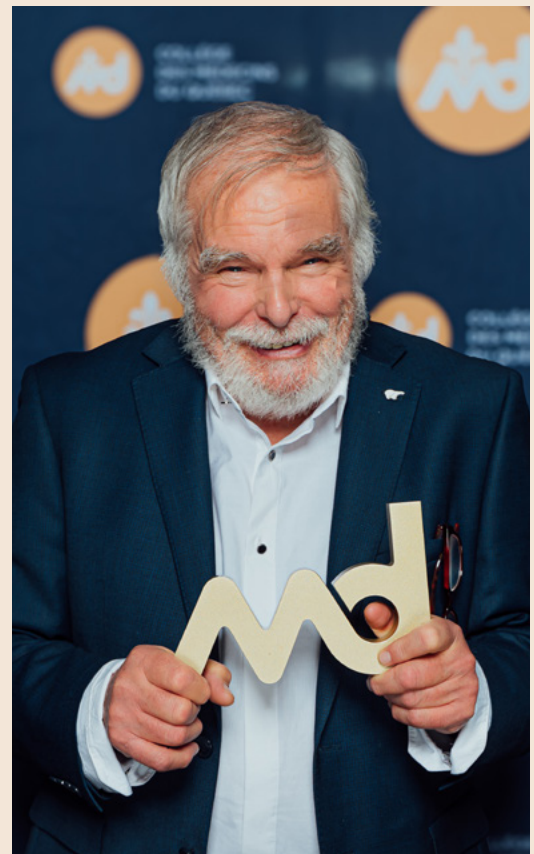
Depuis plus de 50 ans, le Dr Rivard œuvre auprès d'enfants atteints de cancers hématologiques et de troubles de l'hémostase. Au CHU Sainte-Justine, ce clinicien et chercheur passionné a contribué à la création d'un laboratoire clinique d'hémostase de classe mondiale. On lui doit également la découverte du « syndrome plaquettaire du Québec », une forme rare d'hémorragie congénitale. Toujours actif, il dirige le Centre québécois pour le traitement des patients avec inhibiteurs, où il répond aux appels d'urgence de nuit.

Thierry Petry, M.D.

Distinction, catégorie Humanisme

«Ce qui me motive le plus, c'est de verticaliser les gens, au sens vertébral et métaphorique. Plusieurs des patients que je rencontre ont 75 ans ou plus. En raison de leurs problèmes à la colonne vertébrale, certains ne peuvent plus marcher, sont en chaise roulante ou se déplacent avec des marchettes. Lorsqu'on arrive à les remettre debout, à leur redonner une certaine autonomie dans leurs déplacements, c'est fantastique.»

Fondateur de la Clinique de la douleur de l'Hôpital de Gaspé, le Dr Petry œuvre comme anesthésiologiste dans la région depuis 40 ans, en plus d'avoir régulièrement dispensé des soins à l'Hôpital de Kuujuaq durant deux décennies. Aux côtés de Médecins Sans Frontières, il a effectué 26 missions dans des pays frappés par des crises humanitaires. Ce globe-trotteur a également été médecin d'expédition dans le Grand Nord québécois et a atteint le pôle Sud en autonomie totale avec son partenaire, Bernard Voyer.



Hélène Long, M.D.

Distinction du public

«J'ai initialement choisi l'endocrinologie parce qu'il s'agit d'une spécialité intellectuellement stimulante avec une panoplie de maladies rares et passionnantes. Mais les raisons qui font que j'exerce encore mon métier avec plaisir, malgré la morosité ambiante et les conditions de travail de plus en plus difficiles, ce ne sont pas les maladies rares, mais bien les humains qui doivent vivre avec des pathologies chroniques fréquentes comme le diabète. Ce sont eux qui me motivent à donner le meilleur de moi-même afin de mériter leur confiance. »

Interniste et endocrinologue au CISSS de Laval et au Centre régional du diabète de Laval, la Dre Long se passionne pour le volet pédagogique de son travail, tant auprès des personnes vivant avec le diabète qu'auprès de la relève et de ses collègues. Ayant contribué à la mise sur pied d'une clinique d'endocrinologie et grossesse dans sa région, elle a aussi été membre associée du service d'endocrinologie du CHUM durant 5 ans. Sa grande compétence, ses suivis attentifs et son intérêt sincère pour l'humain lui ont valu l'estime et la confiance de sa patientèle.



Martin Plaisance, M.D.

Distinction, catégorie Coup de cœur

«Avant tout, je pense que les médecins doivent avoir le désir sincère d'aider et la capacité de s'adapter à des situations variées pour effectivement parvenir à aider le plus souvent possible. Pour ma part, j'aime beaucoup mes deux principaux rôles: clinicien et professeur. Autant avec les patients qu'avec les étudiants, il y a là l'occasion d'être utile. C'est très gratifiant et encore plus agréable quand j'arrive à faire sourire mes interlocuteurs préoccupés.»

Néphrologue au CHU de Sherbrooke depuis 25 ans, le Dr Plaisance a contribué à la mise sur pied d'un programme d'hémodialyse de nuit à domicile. Reconnu comme un clinicien accessible, humain et à l'écoute, il s'est tôt intéressé aux soins de fin de vie et fut parmi les premiers à prodiguer l'aide médicale à mourir dans sa région. Dans son rôle de professeur à l'Université de Sherbrooke, il se passionne notamment pour les questions éthiques. Enfin, ce bénévole de longue date pour la Fondation canadienne du rein a choisi de se départir d'un rein, un geste témoignant d'un altruisme hors du commun.

Place du privé en santé : des faits et des chiffres pour y voir plus clair

Les soins de santé dispensés dans le secteur privé sont en croissance au Québec, alors que plus de 800 médecins pratiquent désormais hors du réseau public. Faut-il s'en inquiéter? Le privé contribue-t-il à désengorger le réseau public ou, au contraire, prive-t-il ce réseau de précieuses ressources humaines et financières?

Cette question était au cœur du webinaire tenu par le Collège des médecins du Québec (CMQ) le 17 mars dernier. En compagnie de la journaliste et animatrice Marie-Claude Lavallée et de panélistes aux expertises diversifiées, l'enjeu fut analysé sous tous ses angles, notamment à la lumière de données fraîches, découlant d'un sondage tenu auprès des médecins et du grand public. Retour sur les temps forts de ce grand rendez-vous, auquel se sont inscrits plus de 3000 médecins.

Place du privé en santé : les 6 principes directeurs du CMQ

Pour le Dr Mauril Gaudreault, président du CMQ, le webinaire représentait une belle occasion de mieux expliquer les raisons ayant conduit le Conseil d'administration du Collège à adopter, à l'automne 2024, des principes directeurs sur la place du privé en santé. Face au développement rapide de l'offre de services de santé dans le secteur privé, les membres du CA, dont plusieurs sont des médecins actifs sur le terrain, avaient alors exprimé leurs préoccupations, et tous avaient conclu à l'urgence de tenir un débat de fond sur cet enjeu.

En tant qu'ordre professionnel veillant à la protection du public, le CMQ prône un système de santé et de services sociaux public et universel. Jugeant que la santé mentale et physique est un droit fondamental, et que tous les citoyens québécois ont droit, sans discrimination, à des soins de santé et à des services sociaux de qualité, gratuits, en temps opportun, le CA a choisi d'adopter les principes directeurs suivants.

Le Collège des médecins du Québec...

1. Prône un système de santé et de services sociaux public et universel, accessible pour tous les citoyens, sans discrimination, et dans les délais appropriés à leur état de santé;
2. Demande que l'expansion du secteur privé en santé soit suspendue, tant et aussi longtemps qu'un encadrement professionnel et juridique plus rigoureux ne sera pas mis en place;
3. Demande que les soins privés existants soient rigoureusement régulés et encadrés par le gouvernement;
4. Est d'avis que le financement des services offerts au privé doit demeurer totalement public et n'occasionner aucun déboursé supplémentaire de la part du citoyen;
5. Juge que les entités tierces (personnes morales) auxquelles les médecins peuvent s'associer dans l'exercice de leur profession doivent être encadrées professionnellement et juridiquement;
6. Rappelle l'importance du contrat social existant entre les médecins et la société, duquel découlent des responsabilités individuelles et collectives pour l'ensemble des membres de la profession, sans exception aucune.

Ce positionnement sur la place du privé en santé vise à préserver la gratuité et l'accessibilité du système public, et à offrir de meilleures conditions de pratique au personnel soignant. Il ne s'agit pas d'éliminer le privé, mais de l'encadrer pour notamment réduire l'écart des honoraires versés pour un même service; pour baliser les conditions et les modalités des soins et services offerts au privé; et pour réguler les changements de statut des médecins.



« Le Collège n'est pas contre le privé, mais contre le fait qu'il soit mal encadré. Les deux systèmes doivent être complémentaires, et cet encadrement doit être public. »

- Dr Mauril Gaudreault, président du CMQ

« Une tendance à la hausse »

Les chiffres le confirment: le recours au privé pour obtenir des soins gagne en popularité dans la province. C'est l'un des constats les plus marquants ressortis d'un sondage SOM, mené au début mars 2025, à la demande du CMQ. Ce coup de sonde a notamment révélé qu'environ 1 personne sur 4 (26 %) au Québec avait consulté un médecin au privé au cours des 12 mois précédents. Un bond significatif de 12 % depuis 2022.


On y apprenait également que, durant la même période, plus de la moitié de la population qui avait connu un souci de santé (54 %) s'était abstenue de consulter un médecin alors qu'elle aurait souhaité le faire. Trois années auparavant, cette proportion se situait à 40 %. Selon Vincent Bouchard, vice-président marketing chez SOM, la difficulté d'obtenir un rendez-vous, ou encore la simple perception que ce serait trop difficile, faisait en sorte que les gens avaient renoncé à consulter.

« Même les personnes qui ont un médecin de famille jugent que l'accès aux médecins de famille est difficile. »

- Vincent Bouchard, vice-président marketing, SOM

Il faut dire que les problèmes d'accessibilité sont largement reconnus, tant par la population que par les médecins. Les deux groupes s'entendent d'ailleurs sur le fait qu'on doit favoriser une participation accrue des professionnels de la santé autres que les médecins pour améliorer l'accès aux services. Pour les médecins, l'assouplissement des règles en lien avec les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les activités médicales particulières (AMP) fait aussi partie des mesures incontournables à mettre en place.





« Il faut remettre le patient à l'avant. Il ne faut pas avoir peur de se questionner. »

- Christian Dubé, ministre de la Santé

« La montagne est haute »

Présent sur le plateau du webinaire, le ministre de la Santé, Christian Dubé, s'est dit « peu surpris » par les résultats du sondage, qui concordent avec les constats que fait Santé Québec. L'amélioration de l'accès aux soins représente le nerf de la guerre, alors que la réforme du réseau de la santé se déploie en plein contexte de resserrement budgétaire. D'ailleurs, le ministre l'avoue d'emblée : « dans l'état actuel, le système de santé n'est pas soutenable », engloutissant quelque 60 milliards de dollars annuellement.

À celles et ceux qui soutiennent que Santé Québec ne livre pas les résultats attendus, le ministre répond qu'il faut laisser la chance au coureur, alors que la nouvelle société d'État ne compte que quelques mois d'existence : « Les gens ont raison d'être impatients, mais il ne faut pas lâcher, même au moment où c'est difficile. » Il évoque au passage différentes mesures à venir pour désengorger le réseau, notamment la mise en place de la plateforme « Votre Santé », qui facilitera la prise et l'annulation de rendez-vous médicaux, pour contrer le fléau des « no-show » qui privent la population de quelque 400 000 plages de consultations chaque année. Il annonce également l'entrée en vigueur prochaine d'un règlement qui permettra à une personne, après un certain délai d'attente au public, de se tourner vers le privé pour obtenir certaines interventions médicales.

L'heure est-elle venue de lancer une vaste consultation publique, ou même de tenir des états généraux sur la santé au Québec ? Christian Dubé dit n'être « pas fermé à l'idée » et soutient que la population est prête à ce que l'on change les façons de faire.

Pour freiner l'exode de ressources vers le secteur privé, le ministre soutient qu'il faut rehausser les conditions d'exercice au public, afin de rendre ce secteur « plus attractif ». Bonne nouvelle : il annonce la mise en place imminente d'un système « beaucoup plus performant et souple » que celui des PREM, jugé trop contraignant par une majorité de médecins.

Le point de vue des médecins*

Avez-vous déjà songé à quitter le réseau public pour le privé ?

OUI 45 % NON 55 %

Avez-vous confiance en Santé Québec pour réussir sa mission ?

OUI 24 % NON 75 %

* Sondage éclair mené auprès des médecins participant au webinaire.

Vers un « système à deux vitesses » ?

Le chercheur Olivier Jacques a fourni plusieurs exemples bien documentés permettant de défaire certains mythes entourant le privé en santé. À la lumière d'études réalisées dans divers pays, voici certains des constats rapportés par l'expert :

- Aucune étude n'a pu démontrer que l'existence d'un réseau privé de soins de santé réduisait la liste d'attente au public, surtout lorsque les médecins ont accès aux deux réseaux. Puisque la même main-d'œuvre se trouve répartie entre les deux systèmes, le nombre total d'heures de soins dispensés n'augmente pas.
- Le secteur privé a tendance à sélectionner des patients dont l'état de santé est meilleur ou exige peu de suivis (personnes peu malades ou qui ne souffrent pas de maladie chronique), laissant au réseau public le fardeau des cas plus complexes.
- La compétition entre les deux secteurs pour les mêmes ressources humaines tend à faire grimper le coût de la main-d'œuvre.

Le chercheur dénote également que, même si la privatisation des soins ou des hôpitaux peut entraîner une réduction de la facture à court terme, celle-ci ne dure pas. De plus, comme le réseau privé n'est pas accessible aux personnes vulnérables, la coexistence de deux systèmes accroît les inégalités sociales et fait chuter le niveau de satisfaction des usagers à l'égard du réseau public.

Selon M. Jacques, notre système de santé se situe à la croisée des chemins. Plus le privé prendra de l'expansion, plus les compagnies d'assurance voudront proposer une couverture pour ces services. Les gens plus aisés financièrement se tourneront alors de plus en plus vers le privé, ce qui continuera de drainer les ressources du réseau public. Et puisqu'une proportion d'usagers ne voudra pas payer en double, c'est le réseau public qui écoperait. Souhaitons-nous ce système à deux vitesses ? Des choix de société s'imposent.

Le privé, plus présent ici qu'ailleurs

À l'échelle nationale, le Québec serait la province qui, avec la Saskatchewan, régule le moins la place du privé sur son territoire. On compte actuellement 848 médecins non participants au régime public québécois. Ce nombre, en croissance rapide, fait contraste avec le reste du pays, où l'on ne dénombre au total que 18 médecins non participants. En 2003, l'Ontario a d'ailleurs choisi d'interdire aux médecins la possibilité de se désaffilier du réseau public, tout en autorisant ceux qui l'étaient déjà à le demeurer. Quelque 20 années plus tard, cette province ne comptait plus que 14 médecins exerçant hors du réseau public.



**« Il faut agir maintenant.
Plus le privé va se développer, plus on va l'utiliser,
et plus il sera difficile à régler. »**

- Olivier Jacques, chercheur et professeur adjoint à l'École de santé publique de l'Université de Montréal

La « spirale » du privé

Puisque la protection du public, « c'est aussi l'accès aux services », l'avocat Marco Laverdière, directeur général et secrétaire de l'Ordre des optométristes du Québec, estime qu'il est tout à fait pertinent que les ordres professionnels prennent position sur cet enjeu. D'ailleurs, la volonté de consolider les services offerts au public et de protéger la pratique professionnelle dans ce secteur existe partout au pays, comme en atteste la [Loi canadienne sur la santé](#).

Pour ce chercheur, associé à la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé, l'exode vers le privé auquel on assiste au Québec entraîne une « spirale négative ». Les médecins qui travaillent au public se retrouvent moins nombreux pour répondre aux contraintes et aux problèmes du réseau, ce qui en amène d'autres à songer à quitter le navire... d'où l'effet de spirale, qu'il juge préoccupant.

Il précise d'ailleurs que le gouvernement possède déjà des leviers, sur le plan légal, pour stopper la désaffiliation des médecins, mais qu'il a choisi d'autres véhicules, dont le [projet de loi n° 83](#). Alors que le taux de désaffiliation des médecins de famille se situe autour de 5 % et que celui des autres médecins spécialistes est d'environ 3 %, Me Laverdière estime que le moment est venu de tenir ces débats et de faire des choix pour protéger le réseau public.

Notamment, les allers-retours qu'effectuent certains médecins entre les deux systèmes, pouvant aller jusqu'à 9 fois par année, sont problématiques. Cette alternance entre les statuts entraîne des préoccupations déontologiques, dont le risque qu'un médecin dirige ses propres patients du réseau public vers le privé. Selon le chercheur, la première mesure à mettre en place est de « fermer l'écoutille » qui mène au privé, au moyen d'un encadrement juridique adéquat.



Quels que soient les points de vue exprimés, tous s'entendent sur le fait qu'il y a urgence de se questionner sur les impacts découlant de la coexistence des secteurs public et privé dans le domaine de la santé.

Pour sa part, le CMQ est convaincu qu'un meilleur encadrement du secteur privé se traduira par un nivellement par le haut, c'est-à-dire par un accès plus rapide à une médecine de qualité pour l'ensemble de la population. ■



Envie de voir ou de revoir ce webinar ?
Visionnez-le dans son intégralité ici.



5 pistes d'action pour rehausser la pertinence des soins

Au Canada, près du tiers des tests, traitements et interventions médicales prescrits seraient superflus¹. Comment offrir des soins de qualité tout en faisant moins, mais mieux? Le Dr René Wittmer, médecin de famille et président de Choisir avec soin Québec, propose 5 pistes concrètes pour soigner avec justesse et pertinence.

Un soin, un traitement ou un test est jugé non pertinent lorsqu'il comporte plus de risques que d'avantages, voire aucun avantage réel pour la personne concernée. Ce problème, présent partout dans le monde, est au cœur de la campagne nationale Choisir avec soin qui, depuis 2014, formule des recommandations visant la réduction des examens et des traitements inutiles.

Au Québec, cette campagne est portée par un comité interdisciplinaire composé de médecins de diverses spécialités, d'une pharmacienne et d'une infirmière praticienne spécialisée en première ligne. Président du comité directeur, le Dr René Wittmer alimente la réflexion avec une multitude d'exemples et de données probantes, tout en déconstruisant plusieurs idées reçues. Avec lui, nous avons exploré 5 pistes concrètes pour des soins plus judicieux.

1 Multiplication des tests et des traitements: se poser les bonnes questions

Aucun professionnel de la santé ne commence sa journée avec l'intention de prescrire des soins inutiles. Pourtant, certains gestes sont posés par réflexe. «Ça m'arrive aussi, admet le Dr René Wittmer. Ce n'est jamais mal intentionné, mais il faut parfois prendre un pas de recul et se demander: est-ce que ce test ou ce traitement apporte réellement quelque chose au patient?»

Ce type de remise en question est une clé essentielle lorsqu'on parle de pertinence des soins – autant pour les cliniciens que pour les patients. Pour favoriser cette réflexion, Choisir avec soin propose 4 questions pour aider les patients à engager la discussion avec leur professionnel de la santé:

1. Ai-je vraiment besoin de cet examen, de ce traitement ou de cette intervention?
2. Quels sont les côtés négatifs?
3. Y a-t-il des options plus simples ou plus sécuritaires?
4. Que se passe-t-il si je ne fais rien?

L'objectif: arriver à un consensus en proposant des alternatives aux examens, lorsqu'ils sont futiles. «Par exemple, si un patient souffre de maux de dos depuis quelques jours et qu'il ne présente pas de critères d'alarme, il est préférable de proposer quelques semaines d'observation et de traitement conservateur, puis de se revoir avant de procéder à des examens d'imagerie », illustre le Dr Wittmer. Dans bien des cas, on évitera ainsi des examens superflus.



¹ Données de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Dans cette quête de pertinence, la technologie peut aussi jouer un rôle. L'intelligence artificielle, par exemple, pourrait à terme aider les cliniciens à faire des choix plus judicieux, tout en leur faisant gagner du temps. « Un système d'IA pourrait notamment faire des rappels importants au médecin ou l'alerter lorsqu'un test n'est pas recommandé pour une situation donnée », explique le Dr Wittmer. Mais il nuance aussitôt : l'IA pourrait aussi conduire les professionnels à multiplier les investigations futiles. Tout dépendra de la façon dont ces outils intelligents seront développés. Comme toujours, en médecine, la vigilance reste de mise.

Quelques outils d'aide à la décision partagée, conçus pour les cliniciens

- [PEER Decision Aids](#)
- [GP Evidence](#)
- [Care That Fits](#)
- [Outils d'aide à la décision de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa](#)



3 Un diagnostic est-il toujours utile ?

S'il constitue un repère essentiel pour les médecins, le diagnostic peut aussi avoir un impact psychologique important sur la personne qui le reçoit. Le recours à cette étiquette est-il toujours nécessaire ? Pour le Dr René Wittmer, tout est dans la façon de le communiquer. « En musculosquelettique, par exemple, dire à une personne qu'elle a une hernie discale ou de l'arthrite peut l'amener à réduire son niveau d'activité physique, par peur d'aggraver son état. Cette crainte de bouger est ensuite très difficile à défaire. » Utiliser des termes plus accessibles et moins alarmants – comme « entorse lombaire » – peut parfois mieux servir la personne. « Il ne s'agit pas de mentir, mais d'éviter un vocabulaire qui peut générer inutilement de l'angoisse. Dire à quelqu'un que son dos est *fini* ne l'aidera certainement pas à se remettre en mouvement. »

² INESSS, « [Portrait de la polypharmacie et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées au Québec](#) », 13 mai 2024.

Le poids des mots

L'effet des mots dépasse le simple étiquetage médical. En pédiatrie, une étude sur le reflux chez les nourrissons a démontré que le simple fait d'apposer un diagnostic formel poussait davantage les parents à réclamer une médication – même lorsque les conseils donnés restaient les mêmes. « L'étiquette de reflux gastro-œsophagien laissait entendre qu'il s'agissait d'une condition grave nécessitant un traitement, alors qu'il s'agit d'un phénomène physiologique courant, qui a tendance à se résorber avec le temps », précise le Dr Wittmer.

Autre exemple : celui de l'ostéoporose. Une étude a montré que des femmes à qui l'on annonçait une densité osseuse plus faible rapportaient ensuite une moins bonne qualité de vie, et cessaient parfois certaines activités, par peur de se blesser – alors que l'exercice est l'un des meilleurs moyens de prévention des fractures.

En dire trop, est-ce parfois pire qu'en dire trop peu ? Tout dépend du contexte, mais une chose est certaine : les mots choisis ont un pouvoir réel, et souvent sous-estimé.

4 Pédale douce sur la médication

Le Québec décroche le titre peu enviable de « champion de la polypharmacie » au pays. En 2022, environ un tiers des personnes de 65 ans et plus ont réclamé au moins 10 médicaments différents en une seule année – une des proportions les plus élevées au Canada. Pire encore, plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus prenaient au moins un médicament jugé potentiellement inapproprié parmi 4 catégories ciblées (inhibiteurs de la pompe à protons, benzodiazépines, antipsychotiques et sulfonyles)².

Parler d'un problème de santé publique n'est donc pas exagéré. Au-delà de la quantité d'ordonnances, certaines classes de médicaments, comme les somnifères et les psychostimulants, sont plus prescrites au Québec qu'ailleurs.

Or, la surprescription comporte de lourdes conséquences, tant sur le plan médical que social. On sait, par exemple, que les aînés qui consomment un cocktail de médicaments sont plus à risque de chuter, d'être hospitalisés, ou de subir les effets néfastes d'une interaction entre les médicaments.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Éviter la cascade médicamenteuse

« Avant de prescrire un nouveau médicament, il faut d'abord faire le ménage parmi ceux que la personne prend déjà », rappelle le Dr Wittmer. Les symptômes apparus récemment pourraient-ils être des effets secondaires d'un traitement en cours ?

Ce réflexe permet d'éviter la cascade médicamenteuse : on prescrit un médicament pour corriger les effets indésirables d'un autre, puis un autre encore, et ainsi de suite. « Prenons les anti-inflammatoires : ils peuvent faire grimper la tension artérielle. Le réflexe pourrait être de vouloir ajouter un antihypertenseur. On se retrouve donc avec une deuxième substance qui vise à enrayer les effets indésirables de la première. Autre scénario : un médicament qui réduit les facultés cognitives d'une personne âgée et la rend plus confuse. On soupçonne alors, à tort, un trouble cognitif comme l'Alzheimer, ce qui mène à une nouvelle prescription inutile. »

Certains médicaments sont essentiels, malgré leurs effets secondaires. Mais prendre conscience du lien de cause à effet constitue déjà un premier pas. « Heureusement, avec le travail interdisciplinaire, on arrive à faire beaucoup plus et mieux en matière de gestion des médicaments, en collaboration avec nos collègues pharmaciens et pharmaciennes », ajoute le Dr Wittmer.

Prescrire de l'information

Si la solution à un problème de santé ne vient pas toujours en comprimés, d'autres avenues peuvent être explorées. Informer, conseiller, expliquer sont parfois les interventions les plus puissantes. À cet effet, [des ordonnances non pharmacologiques](#) peuvent maintenant être remises, que ce soit pour une infection virale ou de l'insomnie, par exemple. Celles-ci fournissent différentes pistes d'autosoins et des précisions quant aux signaux à surveiller et aux actions à poser, le cas



échéant. « C'est une belle façon d'outiller le patient sans qu'il reparte les mains vides, tout en évitant une prescription inutile », souligne le Dr Wittmer.

5 Mieux communiquer, pour mieux soigner

Bref, toutes ces pistes d'action convergent dans la même direction : miser sur une meilleure communication. Pour le Dr Wittmer, quelques minutes passées à échanger avec le patient représentent un investissement rentable. Elles permettent notamment de mieux cerner les besoins, les valeurs et les priorités de la personne devant soi. « On suppose parfois à tort ce qui est important pour la personne, sans lui poser la question, souligne-t-il. Pour certains, l'objectif est de vivre de façon autonome à la maison. Dans ce cas, la qualité de vie prime sur la longévité. »

Nos propres biais cognitifs peuvent aussi influencer la façon dont on communique et prescrit. Des études montrent que les professionnels de la santé ont souvent tendance à surestimer les bénéfices des traitements et à minimiser leurs risques, ce qui peut teinter la discussion avec les patients.

« Apprendre à reconnaître ses propres biais est essentiel, affirme le Dr Wittmer. Cela nous aide à être plus nuancés dans nos propos, à mieux écouter, et à ne pas projeter nos préférences sur le patient. Ce que moi, je voudrais, n'est pas nécessairement ce que cette personne souhaite. » ■

Déclaration de Montréal sur les soins de santé pertinents

Lancée en 2024 par le Collège québécois des médecins de famille, la [Déclaration de Montréal sur les soins de santé pertinents](#) a déjà été endossée par 33 organisations, dont le Collège des médecins du Québec. Son ambition : faire rayonner les principes de pertinence, de qualité et d'accessibilité des soins à travers tout le réseau de la santé et des services sociaux.

Dernière avancée en date : les hôpitaux et cliniques qui se distinguent par leurs efforts pour implanter une culture de pertinence peuvent désormais obtenir la désignation « Choisir avec soin ». Une reconnaissance concrète pour des milieux qui s'engagent à faire mieux, sans en faire plus. [Tous les détails ici.](#)

Le Dr Norbert Dion : l'oncologie à échelle humaine

Il a accompagné des milliers de personnes dans leur traversée du cancer. Plus d'une fois, ses interventions chirurgicales, dont certaines d'une complexité remarquable, ont sauvé des vies. S'intéresser à l'être humain, au-delà du protocole, telle a toujours été son approche. Pratiquant une médecine centrée sur la personne et ses besoins, le Dr Norbert Dion nous ouvre aujourd'hui les portes de son univers.

La route l'ayant conduit vers l'oncologie n'était pas tracée d'avance. Toute une série de «clins d'œil de la vie», comme il aime les nommer, ont mené le Dr Norbert Dion sur cette voie, qu'il n'a jamais regretté d'avoir empruntée. Après quelque 25 années passées auprès des patients en oncologie à l'Hôtel-Dieu du CHU de Québec-Université Laval, il a toujours le feu sacré. «C'est un travail où j'ai le sentiment de faire œuvre utile. Oui, ce sont parfois des heures de fou. Mais j'en retire de belles leçons de vie, de résilience», affirme-t-il d'emblée.

Entre les diagnostics, les traitements et le suivi de tumeurs bénignes et malignes du système musculosquelettique, son quotidien n'a rien de routinier. Le chirurgien orthopédiste oncologue se spécialise notamment dans le traitement des sarcomes, ces tumeurs malignes rares qui se logent dans les tissus mous ou osseux, dans des sites extrêmement variés du corps humain. « On peut opérer dans une main, un genou, le faire conjointement avec d'autres collègues pour des tumeurs impliquant le bassin ou la colonne, faire des reconstructions de toutes sortes... C'est cette variété qui m'attirait dans ce domaine: je ne voulais pas être limité à une seule articulation », nous raconte-t-il. Il intervient également dans les cas de métastases osseuses, surtout les plus complexes.

Alors que la majorité de son temps est consacrée à l'oncologie, on peut aussi le croiser à l'Hôpital Saint-François d'Assise, où il fait partie du système de garde en orthopédie générale, comme ses autres collègues orthopédistes. À l'Enfant-Jésus, on le sollicite à l'occasion pour des cas de chirurgies exceptionnelles. Enfin, pour certains sarcomes ou tumeurs chez les enfants et les adolescents, il œuvre au Centre mère-enfant Soleil. Et c'est sans oublier ses activités d'enseignement universitaire et de mentorat auprès de la relève.

Prendre le temps... quand tout nous pousse à faire vite

Malgré son horaire chargé, le Dr Dion a une seule priorité et c'est la personne qui se trouve devant lui, au moment présent. Dans une société qui nous incite à aller toujours plus vite, le clinicien a plutôt à cœur de faire mieux. «Je comprends qu'il faut voir des patients, mais ce qui compte pour moi, c'est de m'assurer que la personne qui quitte mon bureau a eu réponse à ses questions.»



Le Dr Norbert Dion, aux côtés de précieux collègues, de gauche à droite: les Drs Philippe Bouchard (colorectal), Annie Arteau (orthopédiste oncologue), Céline Roberge (plasticienne), Raymond Labbé (chirurgie vasculaire et thoracique), Jean-Marc Lépine (chirurgie spinale) et Marc Bouchard (orthopédiste).

Pour le spécialiste, le temps consacré à expliquer et à démystifier la procédure ou la maladie permet de mieux préparer les patients à différentes éventualités. Cette approche s'inspire de celle du Dr Henri-Louis Bouchard, un mentor qui l'a influencé en début de carrière: «C'était un humain exceptionnel. Il prenait le temps de s'asseoir avec les patients, de jaser avec eux. J'ai beaucoup appris de son savoir-être.» Ce modèle, il l'incarne aujourd'hui auprès de résidents en orthopédie, à qui il transmet ces mêmes valeurs.



Membres de l'équipe des sarcomes musculosquelettiques du CHU de Québec :

1^{re} rangée, de gauche à droite : Les D^{res} Nathalie Lessard et Isabelle Germain, radio-oncologues ; Marie-Christine Lebel et Véronique Gagnon, infirmières-pivots. 2^e rangée, de gauche à droite : Les Drs Vincent Castonguay, Christopher Lemieux, hémato-oncologues ; le Dr Norbert Dion, chirurgien orthopédiste oncologue ; les Drs Nicolas Marcoux et Maxime Chénard-Poirier, hémato-oncologues.

Écoute et empathie

Au-delà du savoir-faire que requiert le travail chirurgical, la pratique en oncologie fait largement appel au savoir-être. Selon le Dr Dion, l'écoute est la principale qualité requise chez un médecin oncologue. « Je trouve difficile de voir des gens fonctionner selon des protocoles A, B, puis C, sans tenir compte de la personne s'y rattachant. Les protocoles sont importants, mais ils ne sont pas coulés dans le béton. Parfois, il faut moduler notre approche selon ce que le patient veut, et pour cela, il faut prendre la peine de le lui demander. Sa réponse pourrait nous surprendre. »

La première fois qu'une de ses patientes, relativement âgée, lui a exprimé le souhait de ne pas être opérée, ce refus fut difficile à accepter pour le chirurgien. « On se remet d'abord en question... Est-ce que j'ai dit la mauvaise chose ? Est-ce que j'ai mal expliqué ? Puis, on comprend qu'il ne s'agit pas de cela. La personne a simplement jugé que, pour elle, cette option n'était pas acceptable. Qu'elle préfère vivre avec les conséquences possibles de ne pas subir d'opération. »

« J'essaie de traiter les patients comme j' imagine que je voudrais être traité. Et comme je souhaiterais que mes proches le soient. »

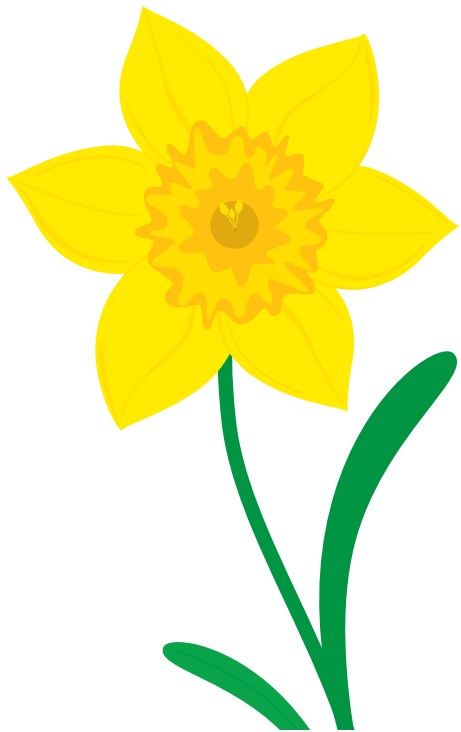
- Dr Norbert Dion

Outre l'écoute, l'empathie est une autre qualité essentielle pour exercer dans ce domaine. « Le patient doit sentir qu'on est avec lui et que l'on comprend que sa situation est difficile. » Faire preuve d'empathie, c'est aussi utiliser les bons mots et s'assurer d'être bien compris.

Tracer une ligne

Le fait de se rendre disponible émotivement pour des personnes parfois très souffrantes peut toutefois être exigeant. Certains cas sont particulièrement émouvants, notamment ceux de jeunes parents ou d'enfants. L'empathie peut alors devenir un piège conduisant à l'épuisement.





*Ce n'est pas de votre faute
si vous êtes obligé d'annoncer
des mauvaises nouvelles aux gens,
des maladies aux noms latins
et des guérisons impossibles.
Faut vous détendre. Vous décontracter.
Vous n'êtes pas Dieu le Père.
Ce n'est pas vous qui commandez
à la nature. Vous êtes juste réparateur.
Faut lever le pied, docteur, relâcher
la pression et ne pas vous donner
trop d'importance, sinon vous n'allez pas
pouvoir continuer ce métier longtemps.*

Éric-Emmanuel Schmitt, *Oscar et la dame rose*

Or, pour le clinicien, être empathique ne signifie pas de porter sur ses épaules la souffrance de chaque personne, mais plutôt de se montrer bienveillant et sensible. «Je peux être empathique à la tristesse de la personne devant moi, sans forcément pleurer avec elle.» Le médecin et l'humain ne font qu'un, mais il importe de tracer une limite. «Il faut pouvoir se dire: cet événement est malheureux, mais je suis en santé, je vais bien. Cela permet aussi de relativiser nos petits malheurs», ajoute-t-il.

Le médecin aime bien relire à l'occasion un passage du roman *Oscar et la dame rose* d'Éric-Emmanuel Schmitt qui, à ses yeux, résume parfaitement son rôle. Il n'hésite pas à partager avec les résidents cette lecture qui fait du bien!

« Vais-je m'en sortir? »

Travailler en oncologie, c'est composer avec des nouvelles difficiles, de l'incertitude, et des pronostics parfois sombres. Fréquemment, le Dr Dion est amené à répondre à des questions délicates. «Les gens veulent savoir s'ils vont guérir. D'autres se préoccupent de l'impact de la chirurgie sur leur capacité de fonctionner et de réaliser leurs activités quotidiennes. D'autres encore, une fois la chirurgie réalisée, craignent une récurrence.»

Aborder ces questions exige de la sensibilité et du tact. La clé, selon lui, est de moduler son discours en fonction de ce qu'exprime la personne. «Il n'y a pas de recette unique. Certains patients veulent connaître tous les détails. D'autres préfèrent en savoir le moins possible. Aussi, de plus en plus, il y a des différences culturelles à respecter. C'est à nous, le personnel soignant, de nous adapter, de modifier nos façons de communiquer.»

Ces patients que l'on n'oublie pas

La possibilité de tisser des liens à long terme avec les patients est précieuse pour le chirurgien, et c'est ce que lui permet son rôle. Pour les personnes chez qui on a retiré une tumeur maligne, les suivis dureront 10 ans, alors que, pour celles qui ont une endoprothèse, le suivi peut s'échelonner sur 20 ans et plus. Le fait de constater l'évolution de ces gens, dont les perspectives de survie ont pu jadis être compromises, touche une corde sensible chez le médecin.

«Il y a quelques semaines, une patiente que j'avais opérée à la jambe à l'âge de 19 ans est venue à son rendez-vous. Elle a maintenant 40 ans et elle était accompagnée de son fils de 17 ans. C'était touchant de voir que cet adolescent avait envie de vivre ce moment avec sa mère.»

PORTRAIT

Un autre moment magique se produit chaque fois qu'un jeune patient se présente pour la toute première fois à un suivi, sans ses parents. « Tout à coup, on découvre vraiment la personne, le jeune adulte en devenir, avec des projets d'études, et parfois même le rêve de fonder une famille. Immanquablement, à la fin de ces rencontres, je dis au jeune à quel point ça me rend fier de voir où il est rendu aujourd'hui. »

Ces « petits événements marquants », comme il les appelle, nourrissent l'âme de ce médecin, lui-même père de 4 enfants.

23 heures dans la vie d'un chirurgien

Outre l'aspect humain, les défis techniques liés à certaines interventions ont également marqué le chirurgien orthopédiste au fil du temps. Le Dr Dion se souvient entre autres d'une chirurgie extrêmement complexe qu'il a orchestrée pour une patiente d'une quarantaine d'années. « Elle a malheureusement développé une complication liée à son traitement de sarcome. Les options étaient limitées, et je ne savais pas trop comment j'allais m'y prendre pour réussir l'opération. »

Ce cas l'a habité pendant un moment, jusque dans son sommeil. Puis, un matin, il s'est réveillé avec une stratégie en tête. « J'ai rassemblé mes collègues dans une salle pour leur exposer mon plan. Autour de moi se trouvaient ma collègue orthopédiste oncologue, un uro-oncologue, une gynéco-oncologue, un chirurgien colorectal, une chirurgienne plastique et un chirurgien vasculaire. Le plan était risqué, mais c'était la dernière chance. » Tous se sont finalement ralliés au scénario, de même que la patiente, à qui l'on a pris soin d'expliquer en détail la procédure.

L'intervention aura duré 23 heures au total. Durant presque une journée entière, le temps semblait suspendu dans cette salle d'opération, transformée en un ballet parfaitement coordonné, où chaque spécialiste entrait en scène et aidait ses pairs. Heureusement, l'histoire se termine bien. « Cette patiente est aujourd'hui rétablie. Elle est la personne la plus résiliente que j'ai rencontrée », affirme celui qui n'oubliera jamais cette journée.

Apprendre des autres

Que ce soit à l'étape du diagnostic, du traitement ou de la chirurgie, le Dr Dion travaille en équipe avec des médecins issus d'une multitude de spécialités: radiologie, pathologie, radio-oncologie, hémato-oncologie,

chirurgie générale, plastique, colorectale, vasculaire, thoracique... Il s'agit d'une fabuleuse occasion de perfectionner son art. « C'est de l'éducation médicale continue », résume-t-il.



En salle d'opération, entre le professeur et médecin suisse Bruno Fuchs et la Dre Annie Arteau.

Autres maillons essentiels de cette chaîne, le personnel infirmier et le personnel de réadaptation font partie de ses proches collaborateurs. « Tous les lundis, je m'assois avec la physiothérapeute, l'ergothérapeute, et l'assistante ou l'infirmière-chef de l'étage, puis nous révisons ensemble nos cas de patients hospitalisés et nous discutons de notre plan pour la semaine. » La rencontre peut durer entre 5 et 30 minutes, selon les points à l'ordre du jour. À cela s'ajoutent des contacts réguliers avec l'infirmier-coordonnateur d'orthopédie-oncologie et l'infirmière-pivot, que ce soit dans l'évaluation de dossiers de patients, la coordination des soins ou le suivi périopératoire et à plus long terme.

Pour le médecin, rien de plus normal que ces échanges, qui contribuent à tisser un sentiment d'appartenance et à faire en sorte que chaque membre de l'équipe se sente considéré.

Le Québec compte au total **8 chirurgiens orthopédistes oncologues**. Cette poignée de spécialistes œuvre au CHU de Québec-Université Laval (Hôtel-Dieu), au Centre universitaire de santé McGill et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Afin d'assurer un traitement optimal, la majorité des cas de sarcomes sont pris en charge dans l'un ou l'autre de ces établissements.

Vaincrons-nous le cancer un jour ?

C'est un fait bien documenté... le nombre de cancers est en augmentation d'année en année au Québec. Or, une partie de cette hausse est attribuable, en toute logique, à la longévité. «L'augmentation de l'âge moyen est le premier facteur qui explique la hausse de cas, déclare l'oncologue. En excluant l'âge, l'augmentation existe tout de même, mais elle est moins marquée.»

Heureusement, les progrès scientifiques fournissent des armes de plus en plus avancées pour lutter contre ce fléau, nous redonnant ainsi un sentiment d'espoir collectif. Or, comme le souligne à juste titre le Dr Dion, la recherche, surtout menée par des compagnies privées, s'intéresse d'abord aux types de cancers dont la prévalence est élevée au sein de la population, comme le cancer du sein ou de la prostate. D'autres types de cancers, notamment les sarcomes, qui représentent à peine 1 % des cas, bénéficient de budgets de recherche beaucoup plus modestes et font principalement l'objet de travaux en milieu universitaire.

«La recherche est importante, mais il faut aussi que de l'argent soit injecté dans les soins à domicile, les soins palliatifs, les soins de fin de vie. Ces soins se sont beaucoup améliorés en 30 ans, mais il faut continuer. Car la réalité, c'est que la médecine n'aura pas toujours la réponse. Et lorsque nous n'avons plus la réponse, il faut éviter à tout prix que les gens se sentent abandonnés. Le système doit continuer de les soutenir, avec une offre de soins différente », poursuit-il avec réalisme et lucidité.

«Lorsqu'un patient se sent abandonné, c'est un échec pour notre réseau de la santé.»

- Dr Norbert Dion



Le Dr Norbert Dion est chirurgien orthopédiste oncologue au CHU de Québec-Université Laval depuis près de 25 ans. Professeur à l'Université Laval, il est notamment responsable de la division d'orthopédie au sein du Département de chirurgie. En 2023, le Collège des médecins a décerné au Dr Dion la Distinction de la présidence pour souligner son expertise remarquable en chirurgie orthopédique, la qualité exceptionnelle des soins qu'il prodigue à sa clientèle et son approche centrée sur l'humain.

Un message d'espoir

Alors, que dire à une personne qui reçoit aujourd'hui un diagnostic de cancer? Essentiellement, le Dr Dion lui livrerait un message d'espoir. «Nous avons au Québec d'excellents soins de santé, il y a plein d'équipes compétentes qui font du bon boulot. Je dirais donc à cette personne qu'elle sera bien prise en charge. On ne la laissera pas tomber.»

À l'heure de la réforme en santé, au moment où le mot d'ordre est de *faire plus avec moins*, le Dr Dion émet toutefois cette mise en garde: «Nous avons de grosses structures, de gros CHU, nous essayons de centraliser les rendez-vous. Le danger est qu'on perde de vue le patient. Il ne faudrait surtout pas dépersonnaliser les soins.» Voilà qui, pour lui, résume l'essentiel. «Si nous sommes là, c'est pour servir les patients. Ne l'oublions pas.» ■

Chaque jour,
le Québec recense en moyenne
**185 nouveaux cas
de cancer***.



Ce nombre augmente d'année en année, notamment en raison du vieillissement et de l'accroissement de la population.

Le cancer est la cause de mortalité
numéro 1 dans la province,
se plaçant devant les maladies
cardiovasculaires.

* donnée tirée du Registre québécois du cancer (2023)

Les patients partenaires, un apport unique aux soins de santé

Lorsqu'il est question de leur santé, les patientes et patients doivent être les premiers concernés! Depuis plusieurs années, le Collège des médecins du Québec (CMQ) travaille main dans la main avec des patients partenaires. Leur point de vue unique permet de replacer la personne au centre de l'expérience de soins.

Une vue à 360 degrés du réseau

Au Québec, la contribution des patients partenaires est devenue incontournable pour repenser les soins. En donnant la parole aux patients, qui sont aux premières loges de leur parcours de soins, on parvient à mettre en lumière des aspects qui se retrouvaient autrefois dans l'angle mort des équipes soignantes.

Qu'il soit question d'accéder aux soins, de naviguer dans le réseau, des effets d'une médication au quotidien ou des facteurs de réussite d'un traitement, les patientes et patients détiennent un savoir complémentaire à celui des professionnels de la santé. On appelle celui-ci le «savoir expérientiel». Plus précisément, on peut classifier ce savoir en 6 types, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Développé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 2010, le «modèle de Montréal» est à l'origine de ce nouveau paradigme dans lequel les patientes et patients s'engagent activement dans leur parcours de soins. Ce modèle part du principe que les savoirs expérientiels des personnes vivant avec la maladie sont

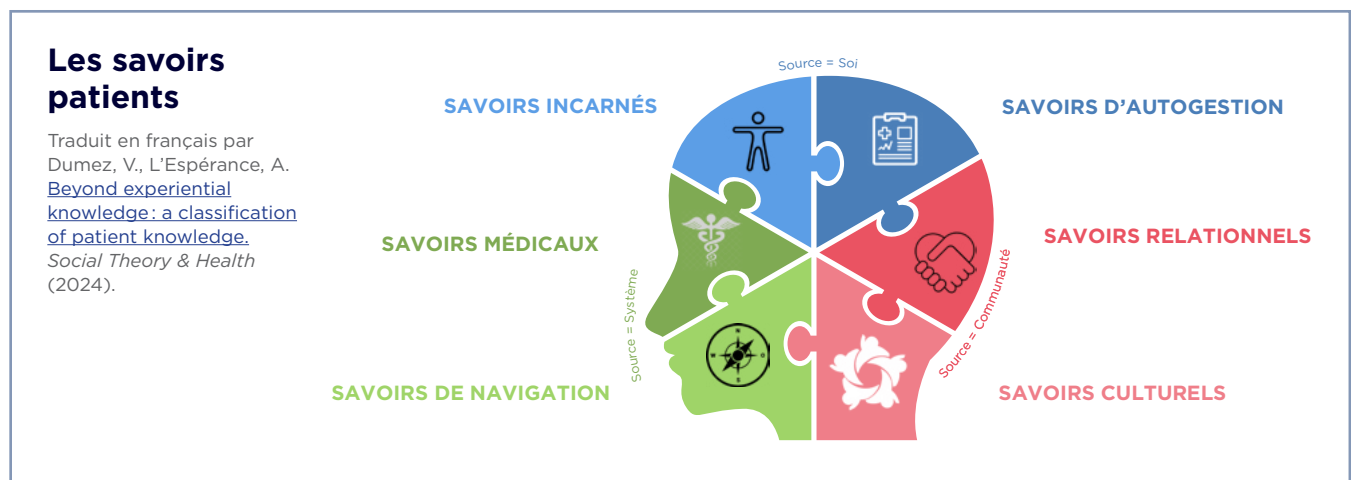
complémentaires aux savoirs scientifiques des spécialistes de la santé. En 15 ans, l'approche a fait boule de neige dans le réseau.

Le Collège des médecins y croit. C'est pourquoi il a été parmi les premiers ordres professionnels au Québec à inclure des patients partenaires dans ses comités et groupes de travail.

« Pour nous, le patient est un membre à part entière de l'équipe interprofessionnelle », déclare d'emblée le Dr Mauril Gaudreault, président du CMQ.

À l'heure actuelle, des patientes partenaires (toutes des femmes) siègent à 4 comités et groupes de travail d'envergure au CMQ :

- Télésanté et intelligence artificielle;
- Éthique clinique;
- Responsabilité sociale et développement durable;
- Collaboration en santé.



De qui parle-t-on au juste ?

Tout patient peut être partenaire de ses soins dans la mesure où il participe activement à la prise de décisions le concernant et se responsabilise face à sa santé.

L'expression « **patient partenaire** » désigne par ailleurs des patientes et patients spécifiques qui sont recrutés, puis formés, afin que leur expertise soit mise à profit dans le réseau. En plus de participer à leurs propres soins et à leur rétablissement, ces personnes :

- Œuvrent à la formation des futurs professionnels de la santé au sein des universités;
- Siègent à des comités de gestion ou d'orientation;
- Contribuent à des travaux de recherche (par exemple, à la collecte de données, au recrutement de sujets ou à la rédaction de rapports).

À la rencontre de Claudia Houle, patiente partenaire

Lorsqu'en 2017, l'occasion s'est présentée de siéger au comité sur les activités médicales partageables du CMQ (maintenant le comité sur la collaboration en santé), Claudia Houle était dubitative. « Au départ, je me suis dit : *Dans quoi se sont-ils embarqués ?* [rires] » Reconnue pour son franc-parler, cette patiente partenaire en a long à dire sur le système de santé. À sa grande surprise, ses interventions ont toujours été bien reçues autour de la table, voire encouragées. « Ce que je disais n'était pas toujours facile à entendre pour les médecins, mais on m'écoutait ! »

Le parcours de soins de Claudia débute à l'âge de 14 ans. À la suite d'un diagnostic de diabète de type 1, elle développe un trouble alimentaire durant l'adolescence, puis divers autres problèmes de santé pour lesquels elle sera suivie au fil des années. « Mon CV de patiente est bien garni », résume-t-elle avec une pointe d'humour. Dès lors, elle constate que le climat dans lequel sont dispensés les soins n'est pas toujours optimal. « À l'époque, les professionnels détenaient l'information et ne la partageaient pas avec les patients. Je devais aller fouiller à la bibliothèque pour comprendre mon état. »

Une fois à l'université, elle termine un baccalauréat en psychologie, puis poursuit ses études en nutrition. En classe, elle lève souvent la main pour faire valoir le point de vue des patients. « Un jour, une professeure invitée nous a parlé d'un patient en dialyse qui refusait d'avouer qu'il était responsable de son état. Ces propos m'ont bouleversée. Le patient n'a pas à s'excuser auprès du professionnel de la santé. Plusieurs facteurs ont fait en sorte qu'il se retrouve là. »

Claudia sera l'une des premières personnes recrutées lors de l'ouverture du Bureau du patient partenaire à l'Université de Montréal en 2010. Dans ce rôle, elle contribue notamment à la formation des futurs professionnels de la santé.

« Les soignants ont la responsabilité de créer un climat de confiance avec les patients, afin que ceux-ci se sentent libres de s'exprimer et aient envie de collaborer. »



- Claudia Houle,
patiente partenaire

En 2019, forte de son expérience au sein du comité sur la collaboration en santé, elle devient membre du groupe de travail sur la télésanté du CMQ. « Lorsque la télésanté s'est déployée à grande échelle durant la pandémie, la règle était que les patients ne pouvaient réclamer de voir leur médecin en personne si celui-ci jugeait que ce n'était pas nécessaire. Ce principe me dérangeait. Un soir, j'ai envoyé un courriel au groupe de travail pour expliquer les multiples raisons qui pouvaient faire en sorte qu'un patient souhaite voir son médecin en personne : sujet délicat, besoin de proximité ou d'être rassuré, aucun espace à la maison pour se confier, etc. Le groupe s'est montré réceptif et la consigne du CMQ a été modifiée », relate-t-elle.

Aujourd'hui nutritionniste au CHU Sainte-Justine, elle vit les 2 côtés de la médaille, soit la perspective de la clinicienne et celle de la patiente. «Des *no-show* [personnes qui ne viennent pas à leur rendez-vous], j'en ai beaucoup à l'hôpital. Mais ce n'est pas toujours le patient qui est à blâmer. Parfois, c'est le médecin qui a dirigé cette personne vers une nutritionniste sans s'assurer que c'était bien ce qu'elle voulait.»

Comprendre les subtilités de la relation clinicien-patient est son dada, et c'est un angle qu'elle souhaite continuer à développer en tant que patiente partenaire.

Un précieux son de cloche sur des questions d'actualité

Pour le CMQ, il est primordial de prendre le pouls de la population, afin de mieux remplir son mandat de protection du public. «Comme médecin et comme ordre professionnel, il ne faut jamais présumer que l'on sait ce que pensent les patients ou ce dont ils ont besoin», affirme la Dre Isabelle Tardif, directrice générale adjointe et secrétaire du CMQ.

En adoptant son [énoncé de position sur l'équité, la diversité et l'inclusion](#) au printemps 2023, le CMQ s'est engagé à lutter contre toute forme d'oppression qui engendre des inégalités. «Cela signifie que tous les types de savoirs doivent être valorisés, dont les savoirs traditionnels et expérientiels des patients», ajoute la Dre Nathalie Duchesne, médecin-conseil au CMQ.

Cette dernière illustre ce principe avec un exemple bien concret, celui des enjeux relatifs à la santé des personnes trans et non binaires. «C'est bien beau d'interviewer les médecins pour savoir comment ils vivent cette réalité, mais il faut parler à des patients. Et c'est ce que nous avons fait.» Les opinions recueillies ont influencé la position que le CMQ a défendue au printemps 2024 devant le Comité de sages sur l'identité de genre, mis sur pied par le gouvernement du Québec.

Un autre exemple récent : celui de la place accordée au privé en santé. Le [positionnement](#) du CMQ, rendu public à l'automne 2024, découle d'une importante démarche consultative. «Nous avons parlé à des experts et procédé à différentes consultations, notamment auprès de patients partenaires », relate la Dre Tardif.

Des retombées concrètes

Non seulement les patients sont de plus en plus consultés, mais ils collaborent à la création de certains outils pédagogiques au CMQ.

C'est le cas de la [formation de base en sécurisation culturelle des soins de santé](#) (FBSCSS), lancée en 2024. Concrètement, cet atelier invite les médecins à prendre conscience des iniquités qui peuvent engendrer de la discrimination dans les soins de santé. Or, pour le CMQ, élaborer une telle formation sans sonder les patients était impensable. La Dre Duchesne a donc fait appel à des personnes aux expertises et profils diversifiés pour s'assurer de couvrir tous les angles.

Une fois la formation élaborée, l'atelier fut présenté à un groupe de patients partenaires afin de s'assurer qu'il répondait bien à l'objectif initial. «Nous sommes fiers de dire que cette formation n'est pas l'œuvre du Collège uniquement : elle a été cocréée avec plusieurs partenaires, dont les patients eux-mêmes», affirme la Dre Duchesne.

Maintenant que la formation est lancée, il restera à mesurer son impact sur le terrain. «Or, la seule personne qui peut dire si elle est sécurisée culturellement, c'est la patiente ou le patient», rappelle la médecin. Comme ce type d'évaluation ne s'est jamais fait en sécurisation culturelle des soins de santé, de nouvelles méthodes seront à créer.



À la rencontre de Karina Prévost, patiente partenaire



Karina Prévost était âgée de 3 ans lorsque ses parents ont appris qu'elle avait la fibrose kystique, une maladie génétique. Une fois le diagnostic reçu, d'innombrables consultations médicales, hospitalisations et opérations se sont enchaînées. « Je compare mon parcours de soins à un gros sac de roches que j'ai longtemps traîné sur mes épaules », confie-t-elle.

Au fil du temps, elle a pu observer le réseau de la santé sous toutes ses coutures et le voir évoluer: «Lorsque j'étais petite, la médecine était beaucoup plus paternaliste. Mes parents et moi nous assoyions devant le médecin et nous l'écoutions parler. Plus tard, on a commencé à me demander mon opinion, mon ressenti. De mon côté, j'ai eu envie de m'intéresser à ce que je vivais. » Les choses n'étaient pourtant pas parfaites et une certaine frustration s'accumulait avec les années. «Parfois, j'affirmais des choses factuelles comme: *Ce médicament me donne la nausée...* On me répondait: *Non, ça ne se peut pas.* On niait ce qui était pourtant ma réalité.»

Il y a une dizaine d'années, Karina a trouvé un donneur pour une transplantation bipulmonaire. Six mois après avoir subi une greffe, l'occasion s'est présentée de devenir patiente partenaire, un rôle qu'elle occupe désormais à temps plein. Surtout impliquée en recherche au départ, elle a ensuite donné des formations et collaboré à divers projets, dont la rédaction de 3 chapitres d'un manuel sur la prise de décision partagée, publié par l'Université d'Oxford. « Tout cela donne un sens à ce que j'ai vécu. J'ai maintenant le sentiment de contribuer à la société. »

Faire œuvre utile, c'est aussi l'impression qu'elle retire de sa participation au comité de responsabilité sociale et développement durable du CMQ. « C'est un énorme privilège d'en faire partie. J'y apporte la vision d'une

personne parmi d'autres qui a beaucoup navigué dans le système, qui y a vu plusieurs injustices et qui est sensible à ces enjeux. C'est un leurre de penser que tout le monde vit la même expérience dans le réseau. » Elle croit qu'en dénonçant les situations qui doivent l'être, les patients partenaires contribuent à une conscientisation qui amènera les futurs médecins à se mettre plus souvent dans la peau des patients.

Finie l'époque du « Pour nous, sans nous »

« Pour nous, sans nous », c'est l'expression qui résume le fait de décider ce qui convient aux patients, sans les

consulter. Pour Karina Prévost, il faut se départir une fois pour toutes de cette logique. « Il y a eu beaucoup d'améliorations dans le réseau, mais on vit encore plein d'aberrations. Par exemple, j'ai dû subir une opération récemment. Lors du suivi, le médecin a décrété que j'étais guérie alors que je ne pouvais pas marcher... J'ai dû trouver mes propres façons de me réhabiliter. Il restait

des trous dans mon parcours de soins, car on ne m'a pas demandé quels étaient mes besoins. »

Claudia Houle croit également qu'il reste du chemin à parcourir et des domaines à défricher. « Il faut développer davantage le partenariat dans les soins directs aux patients. Aussi, il faut s'assurer qu'on utilise les patients partenaires à bon escient. Si c'est simplement pour cocher une case ou fournir un sceau d'approbation à la fin d'une recherche ou sur un rapport de comité, ce n'est pas une vraie collaboration. »

Bref, il y a fort à parier que ce mouvement, qui a levé dans les voiles, continuera de prendre de l'ampleur. Pour Karina Prévost, la prochaine étape serait de faire reconnaître officiellement le principe de partenariat patient par le gouvernement québécois. Quant à Claudia Houle, elle lance cet objectif ambitieux: « Tant que le patient ne se sentira pas comme un partenaire en mettant le pied dans un hôpital, il restera du travail à faire. » ■

« Le professionnel doit être capable d'écouter ce que dit la personne devant lui, même lorsque cette réalité n'est pas agréable à entendre. »

Karina Prévost, patiente partenaire

Quelques initiatives du CMQ auxquelles ont contribué des patients partenaires

L'article « [Patient, expert de sa vie avec la maladie et partenaire de ses soins](#) », qui clarifie et valorise ce rôle.

La [foire aux questions sur les téléconsultations](#), conçue à l'intention du public.

Le [Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice](#), dont une patiente partenaire fut membre à part entière aux côtés du CMQ et de divers partenaires du réseau.



Des références pour creuser le sujet



Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public

Le [Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public](#) œuvre à faciliter l'intégration des patients partenaires dans le système de santé et cherche continuellement à innover pour amener le concept encore plus loin.

Le [Bureau du patient partenaire](#) de l'Université de Montréal favorise l'émergence de solutions de partenariat, qu'il s'agisse d'enseignement, du volet thérapeutique ou de recherche, pour améliorer l'expérience vécue par la patientèle de même que l'efficacité des soins.



À la recherche d'informations claires et crédibles en matière de santé ?



InfoCMQ est l'infolettre grand public du Collège des médecins du Québec qui vulgarise les enjeux sociaux en santé!

ABONNEZ-VOUS



Droit à l'avortement : ne baissons pas la garde !

Au Québec, un consensus entoure l'idée que les femmes ont le droit de disposer de leur corps et de prendre leurs propres décisions en matière de santé reproductive. Or, à l'heure actuelle, des reculs observés dans le monde en matière de droit des femmes, dont celui à l'avortement, nous rappellent à quel point ces acquis sont fragiles. Comment faire en sorte que toutes, dans la province, aient accès à des soins aussi essentiels? Coup d'œil sur un enjeu toujours contemporain.

L'avortement, un acte médical et un droit

Décriminalisé depuis 1988, l'avortement est un soin de santé reconnu au Canada. Le droit à l'avortement n'y est pas encadré par une loi, mais s'appuie sur la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui garantit le « droit à la vie, à liberté et à la sécurité de la personne ».

Il existe deux méthodes d'interruption volontaire de grossesse (IVG). La première, celle par instruments (ou avortement procédural), est réalisée par un médecin, en clinique ou en centre hospitalier. La deuxième, celle par médicaments (ou avortement médical) requiert la prise de deux médicaments, d'abord le Mifépristone, puis le Misoprostol de 24 à 48 heures plus tard. C'est ce qu'on appelle communément la pilule abortive.

Selon le stade de la grossesse et les conditions médicales, il peut arriver qu'une seule de ces méthodes soit une option. En revanche, pour la plupart des femmes qui en sont au premier trimestre de leur grossesse, les deux options sont possibles. Il s'agit alors d'une question de préférence individuelle. Afin de pouvoir faire un choix éclairé, toute femme est en droit d'obtenir de l'information détaillée sur ces options. Or, l'accès aux deux méthodes demeure variable selon les régions.

Un accès inéquitable et encore précaire

Dans la province, il existe une quarantaine de points de service qui pratiquent des IVG ou servent de points d'entrée pour recevoir des soins. Leur répartition géographique est toutefois inégale. Quant aux délais d'attente, ils varient, pouvant parfois dépasser 2 ou 3 semaines.

« L'attente est toujours difficile à vivre une fois que la décision est prise, mais c'est encore plus difficile lorsque les patientes ressentent des symptômes de grossesse », décrit la Dre Geneviève Bois. Cette médecin de famille, qui exerce principalement à Whapmagoostui, une communauté crie située dans le Nord-du-Québec, maintient également une pratique complémentaire en santé reproductive et milite de longue date pour l'accessibilité à ces soins.



Quelques chiffres



À travers le monde,
77 pays
autorisent
l'avortement.



Au Canada, environ
1 femme sur 3
aura un avortement
au cours de sa vie.



La très grande majorité des
avortements sont pratiqués
**au 1^{er} trimestre
de grossesse.**

Comme bien d'autres, elle déplore notamment que certaines régions ne disposent d'aucun, sinon d'un seul ou de deux points de service. La région de la Capitale-Nationale, par exemple, n'en a qu'un. Dans certaines villes ou régions, les points de service n'effectuent des IVG qu'une ou deux demi-journées par semaine. À Montréal, l'offre est répartie entre plusieurs cliniques.

La Dre Bois prend régulièrement la parole publiquement pour dénoncer ces iniquités. Dans une lettre ouverte qu'elle a cosignée avec plus de 400 médecins, elle évoque le « parcours de combattante » de certaines femmes pour obtenir des services auxquels elles ont droit¹. Jusqu'à 6 rendez-vous sont parfois exigés pour obtenir une IVG, ce qui peut représenter tout un casse-tête logistique, particulièrement pour des femmes en situation de vulnérabilité.

Ces médecins réclament notamment que soient implantées des normes minimales d'accès aux services d'avortement. « À l'heure actuelle, personne au Québec n'a la responsabilité de s'assurer qu'il existe un accès minimal, par exemple un point de service accessible à 100 km à la ronde dans chaque région, ou que les services ne sont pas offerts seulement une demi-journée ou deux par semaine, et en 4, 5 ou 6 rendez-vous », explique-t-elle.

Zoom sur la pilule abortive au Québec

Ayant l'avantage de pouvoir être réalisée là où la personne le désire, au moment souhaité, l'IVG par médicaments peut améliorer l'accès à l'avortement en offrant plus d'options, plus de confidentialité et en réduisant les problématiques liées aux déplacements vers les points de service.

Développée en France au début des années 1980, la pilule abortive n'a fait son entrée au Canada qu'en 2017, puis au Québec l'année suivante. Or, cette option thérapeutique a tardé à s'y implanter. Les Québécoises auraient recours à celle-ci dans une proportion d'à peine 17 %, comparativement à 72 % en France, 53 % aux États-Unis et 32 % en Ontario. La Dre Bois nuance toutefois ces données : « Un pourcentage élevé d'avortement par médicaments montre parfois un grave problème d'accès à l'avortement procédural, et un pourcentage très bas peut dénoter un manque d'accessibilité à l'avortement par médicaments. Il faut voir plus loin que les chiffres. »

En 2022, un groupe de travail interdisciplinaire formé par le Collège des médecins du Québec (CMQ) a revu les normes de pratique entourant la pilule abortive et assoupli les directives en place. Certaines obligations ont été levées, dont celle d'effectuer une échographie, celle de restreindre l'IVG par médicaments aux gestations de 63 jours ou moins et celle, pour les médecins, de suivre une formation spécifique. Dorénavant, il revient à chaque clinicien de s'assurer qu'il détient les compétences et connaissances nécessaires pour prescrire cette médication.

La Dre Bois a activement participé aux travaux du CMQ. « C'est forcément une bonne nouvelle. Moins de restrictions, ça ne peut qu'améliorer l'accès, mais ça ne règle pas tout. Pour offrir un réel choix aux femmes en matière d'IVG, les deux méthodes [par instruments et par médicaments] doivent être disponibles partout sur le territoire, en temps opportun », nuance-t-elle.

¹ « [Priorité à l'accès aux services d'avortement et de santé reproductive](#) », *Le Devoir*, 19 septembre 2023.

Contraception gratuite... une partie de la solution?

Au Canada, on estime que 40 % des grossesses sont non planifiées. La moitié des femmes qui ont recours à une IVG le feraient en raison de l'échec de leur méthode de contraception. Pour la Dre Bois, les enjeux de l'accès à l'avortement et à la contraception doivent être abordés de front. «Le vrai libre choix, ça implique entre autres d'avoir accès aux moyens de contraception que l'on désire, sans barrière logistique ou financière», affirme-t-elle.

Or, les méthodes de contraception les plus efficaces sont souvent les plus coûteuses. Par exemple, le coût d'un implant contraceptif ou d'un stérilet avoisine les 400 \$. Au Québec, les assureurs, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), remboursent une partie de cette somme, mais pour certaines femmes, la différence à payer demeure inabordable ou le délai de remboursement représente un sérieux obstacle. «Je rencontre régulièrement des patientes qui me disent vouloir un stérilet ou un implant, mais qui n'en ont pas les moyens à ce moment », relate la médecin.

Plusieurs estiment que la gratuité de la contraception fait partie de la solution. Cette mesure, dont l'efficacité est bien documentée, a été adoptée en Colombie-Britannique et l'est partiellement en Ontario (pour certains groupes, dont les jeunes de 25 ans ou moins). Au Québec, des pétitions visant l'instauration d'un programme d'accès gratuit à la contraception recueillent un vif appui. Celle de la députée Ruba Ghazal a obtenu plus de 95 000 signatures à l'automne 2024. Forte de cette mobilisation collective, l'élue a poursuivi sur cette lancée en déposant, le 7 mai 2025, un projet de loi visant à rendre la contraception gratuite au Québec.



Ruba Ghazal



Cette mesure bénéficierait autant à la population qu'aux finances de l'État, puisque le coût direct des grossesses non désirées au Canada est évalué à 320 millions de dollars par année².

Des droits menacés dans le monde

À l'heure actuelle, le Québec et le Canada font figure de chefs de file en matière de juridiction pro-choix. Cette posture enviable ne saurait pourtant être tenue pour acquise, alors que le droit à l'avortement est en péril dans de nombreux pays. Depuis la dernière décennie, on observe notamment des reculs préoccupants au sud de la frontière canadienne.

En juin 2022, lorsque la Cour suprême des États-Unis a invalidé l'arrêt *Roe c. Wade*, elle a ainsi balayé un jugement qui protégeait le droit à l'avortement à l'échelle nationale depuis 1973. Désormais, il revient à chaque état d'autoriser, de limiter ou d'interdire l'avortement sur son territoire. À ce jour, une dizaine d'états ont interdit les IVG, dont le Texas et la Louisiane, obligeant des cliniques à fermer. Dans d'autres états, comme le Wyoming et l'Ohio, des textes visant à interdire ou à restreindre l'avortement font l'objet de contestations devant les tribunaux³. En Europe, des reculs ont également été notés en Hongrie et en Italie.

Au Canada, le débat sur le droit à l'avortement est périodiquement ravivé par des groupes militants. Comme ailleurs dans le monde, des mouvements anti-choix y sont à l'œuvre et déploient différentes initiatives et tactiques, dont le dépôt de projets de loi. En 2008, un projet de loi intitulé *Loi sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels* fut même adopté en Chambre en seconde lecture, puis rejeté par le Parlement. Quantité d'autres initiatives ont été bloquées au fil des ans.

² Amanda Black et coll., « [The Cost of Unintended Pregnancies in Canada: Estimating Direct Cost, Role of Imperfect Adherence, and the Potential Impact of Increased Use of Long-Acting Reversible Contraceptives](#) », *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada*, décembre 2015.

³ Fatoumata Sillah et Dorian Jullien, « [États-Unis: Quels états ont interdit l'avortement? Dans lesquels son accès a-t-il été étendu? Le droit à l'IVG état par état](#) », *Le Monde*, 24 avril 2024.

À ce jour, au pays, « toute personne a le droit de prendre des décisions concernant son propre corps, et personne ne devrait être obligé de mener une grossesse non désirée ou dangereuse⁴ ». De plus, selon l'article 223.1 du *Code criminel du Canada*, « un enfant devient un être humain lorsqu'il est complètement sorti, vivant, du sein de sa mère », ce qui signifie que le fœtus n'a pas d'existence légale (ou de personnalité juridique) au Canada. Le géniteur ou les parents d'une mineure de plus de 14 ans n'ont donc aucun droit sur l'issue de la grossesse.

Il n'en demeure pas moins que, face à un climat d'incertitude politique et à une société de plus en plus polarisée, la vigilance est de mise. Aucun pays n'est à l'abri d'un recul en matière de droit des femmes.



Un plan d'action québécois

C'est sur cette toile de fond que Québec a dévoilé, en novembre 2024, un nouveau [plan d'action](#) visant à « réaffirmer le droit fondamental des Québécoises de choisir de poursuivre ou d'interrompre une grossesse ».

Ce plan, échelonné sur 3 années, vise 3 grands objectifs :

- Informer la population en ce qui concerne le libre choix et lutter contre la désinformation.
- Améliorer l'accès aux services d'avortement sur l'ensemble du territoire, et humaniser les soins.
- Faciliter l'accès à de l'information fiable ainsi qu'aux services en matière de contraception.

Le gouvernement y affiche notamment son intention de soutenir la création de nouveaux points de service d'IVG, de permettre la prescription de la pilule abortive par un plus grand nombre de professionnels de la santé et de déployer un service de télésanté afin d'améliorer l'accès.

« C'est une belle assise, ça montre un désir d'engagement du gouvernement, commente la Dre Bois. Mais, comme toujours, le diable se cache dans les détails : il faut voir comment ce sera déployé et si on fait vraiment des gains en matière d'accès. »

Comme beaucoup d'autres, elle espérait que seraient inclus dans ce plan la gratuité de la contraception et l'avortement sans frais pour toutes les femmes, ayant ou non la couverture de la RAMQ. « Plein de gens au Québec n'ont pas de carte valide ! Des étudiantes ou des travailleuses, des gens entre deux statuts ou dont la carte a expiré, entre autres. D'ailleurs, pourquoi cette carte devrait-elle expirer ? » À ses yeux, trop de barrières administratives limitent encore l'accès aux soins de santé. « La santé, ce n'est pas un privilège, c'est un droit ! », conclut-elle avec conviction.

Interruptions de grossesse forcées, tout aussi inacceptables

Respecter l'autonomie corporelle des femmes, c'est reconnaître leur droit de choisir... quel que soit ce choix. Tout comme aucune femme ne devrait être contrainte de mener à terme une grossesse non désirée, aucune ne devrait se voir imposer un avortement. La déontologie médicale est claire à ce sujet : aucun examen, traitement ou intervention ne peut être effectué sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée.

En 2022, un rapport de recherche, publié par les chercheuses Suzy Basile et Patricia Bouchard⁵, a levé le voile sur des cas de stérilisations et d'interruptions de grossesse imposées à des femmes des Premières Nations et Inuit, au Québec depuis 1980. Ces interventions auraient été réalisées à l'insu des patientes, ou au terme de pressions exercées par le personnel médical.

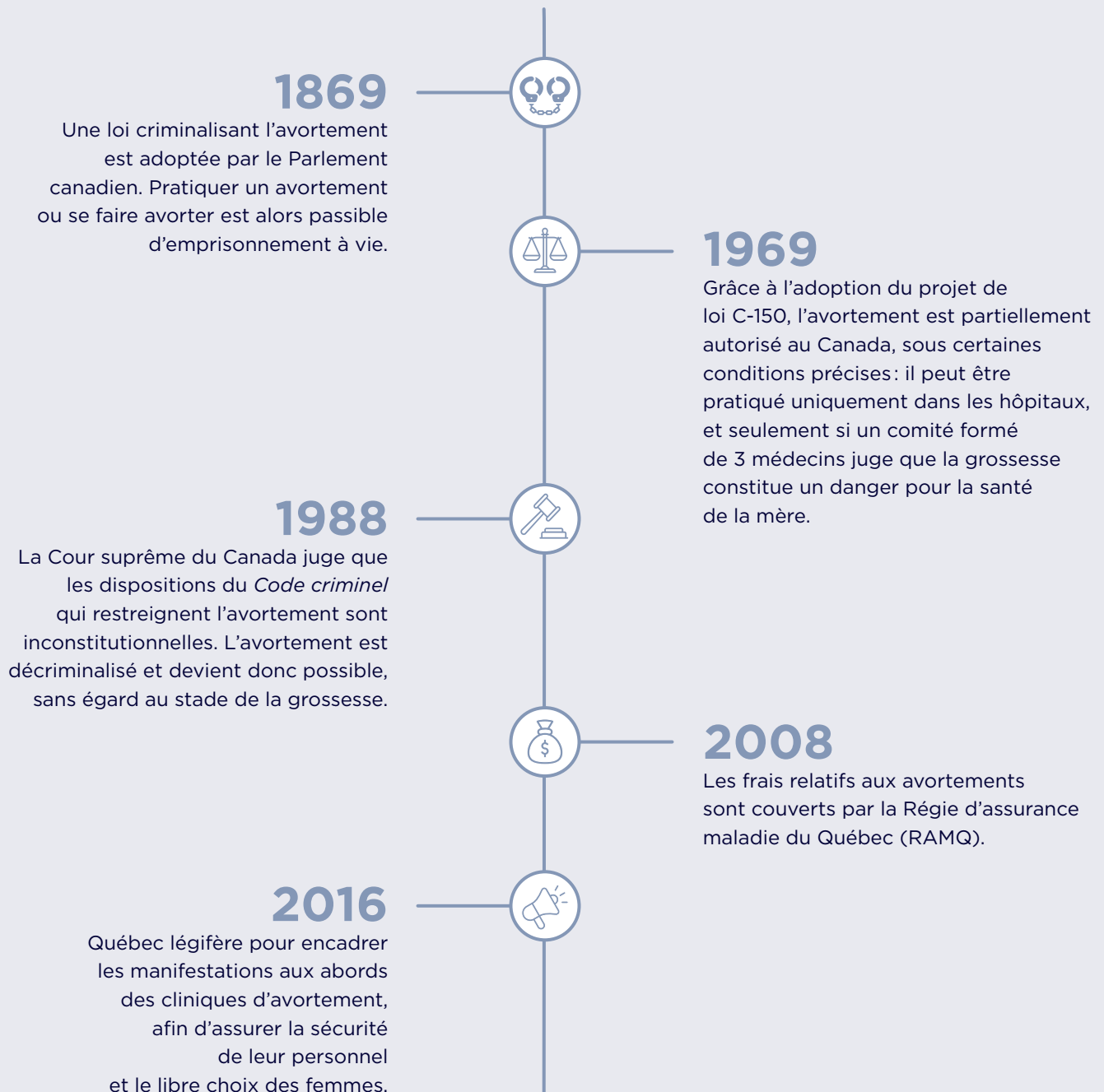


Après avoir vivement condamné ces pratiques, le CMQ a uni ses efforts à ceux des acteurs du milieu pour élaborer un [plan d'action](#) concret. Celui-ci mise notamment sur la formation et la sensibilisation, afin d'assurer à toutes les femmes – qu'elles soient immigrantes, racisées, issues de milieux défavorisés ou encore qu'elles souffrent de problèmes de santé mentale – l'accès à des soins de qualité, respectueux et pleinement consentis. ■

⁴ Page [Avortement au Canada](#), consultée le 24 février 2025.

⁵ Suzy Basile et Patricia Bouchard, [Consentement libre et éclairé et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec](#), rapport de recherche, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2022.

Avortement - Un survol en 5 temps



À voir!



Le documentaire [Libres de choisir](#), réalisé par Élise Ekker-Lambert et Julie Boisvert, met en lumière le travail de médecins (dont la Dre Geneviève Bois) et d'infirmières qui œuvrent dans les cliniques d'avortement, de même que les puissants témoignages de femmes qui racontent leur expérience.

Questions de gestion

Le plan stratégique et d'action *Destination 2027*

Puisque le *Virage 2023* a été pris avec succès par le CMQ et que les transformations ainsi apportées au fonctionnement de l'organisation ont permis au Collège de gagner en agilité, en visibilité et en proximité, le temps est venu de fixer les objectifs du prochain triennat.

En compagnie du Dr Pierre Gfeller, directeur général de l'ordre, examinons les grands enjeux, chantiers et priorités de [Destination 2027](#), boussole du CMQ dans les mois et années à venir. Ancré dans la continuité et la stabilité, mais aussi dans la modernité, ce nouveau plan stratégique et d'action aidera à consolider les acquis du Collège, à le rapprocher de la population et de son membrariat, en plus de le propulser vers l'avant.

Consulter pour mieux comprendre

Comme le rappelle souvent le président du CMQ, le Dr Mauril Gaudreault, «l'initiation d'un nouveau plan stratégique est une démarche sérieuse, pointue et rigoureuse». Le pouls des différentes parties prenantes doit être pris pour que des constats soient dressés et des solutions futures, envisagées.

«En amont de l'élaboration de *Destination 2027*, nous avons lancé une vaste consultation, la deuxième de l'histoire du Collège, explique le Dr Gfeller, directeur général. Grâce à la firme SOM, nous avons pu mesurer la perception de notre ordre professionnel auprès d'environ 2 000 personnes, médecins comme membres du public. Nous avons aussi sondé notre personnel (60 personnes), nos partenaires externes (20 personnes) et notre Conseil d'administration. Si bien que, de janvier à mars 2024, nous avons ainsi pu mesurer les perceptions quant à la mission du Collège, à sa vision et aux attentes à son endroit.»

Un constat s'est imposé d'emblée : 1 membre sur 5 a la conviction que le Collège est là pour le bien des médecins ; le public, lui, qui constitue pourtant le cœur de sa mission, ne se sent pas protégé par le CMQ. Pour que la population québécoise perçoive mieux les efforts déployés par l'ordre pour veiller à sa sécurité, pour gagner aussi la confiance des médecins et pour favoriser la reconnaissance des employés de la permanence qui contribuent à sa mission, le Conseil d'administration a confié au comité de direction le mandat de lui proposer un plan stratégique pour la période comprise entre 2024 et 2027.

«Nous avons analysé les données et estimé que la formulation de notre mission devait être clarifiée, que notre nom – souvent mal compris – pouvait porter à confusion, mais que nos valeurs, elles, suscitaient toujours l'adhésion du plus grand nombre, précise le directeur général. Nous nous sommes donc retroussé les manches et au terme d'une série de rencontres et de journées de réflexion, nous avons élaboré le plan stratégique *Destination 2027*, que le CA a adopté à l'unanimité en septembre dernier.»

Destination» 2027

Une mission précisée, des valeurs inchangées

Par souci de précision, et à la suite d'une réflexion, il a été décidé de modifier légèrement la devise décrivant la mission du Collège. «Car c'est un fait : le CMQ n'offre pas de soins de santé à proprement parler à la population, convient le Dr Gfeller. Dire que nous protégeons le public en veillant à une médecine de qualité est plus juste.»



Les valeurs auxquelles adhère l'ordre sont par ailleurs toujours claires et d'actualité, tant aux yeux de la population que des partenaires d'affaires et de la communauté médicale. «Comme mentionné par le président dans ses allocutions, le Collège croit fermement en l'engagement, en l'intégrité, en la rigueur, au respect et en la collaboration. D'ailleurs, annonce le directeur général, l'accent sera beaucoup mis dans les années à venir sur la collaboration, sachant qu'elle est porteuse de belles réussites et d'avancées dans le domaine de la santé. On n'a qu'à penser à la collaboration interprofessionnelle qui, au sein du réseau public, permet d'optimiser des parcours de soins et d'accompagner au mieux la patientèle, tout en améliorant l'accès.»

Chantiers et priorités de *Destination 2027*

D'ici à la fin de l'année 2027, le CMQ articulera ses initiatives autour de trois chantiers majeurs : un public qui se sait protégé, des médecins qui ont confiance et une organisation qui innove. Découleront de ces chantiers 10 priorités stratégiques visant à rehausser la confiance du public, à affirmer le leadership d'influence du CMQ, à améliorer ses interactions avec la population, à développer plus à fond ses relations avec les médecins membres, à susciter l'adhésion de ceux-ci à la responsabilité sociale de la profession, à redéfinir le rôle du CMQ dans le maintien des compétences médicales, à reconnaître l'apport du personnel à la mission du CMQ, à actualiser son modèle organisationnel, à favoriser la collaboration interne et à optimiser l'environnement technologique de l'ordre. Une trentaine d'actions spécifiques permettront de concrétiser les ambitions du plan

stratégique *Destination 2027*. D'ordres tactique et opérationnel, ces actions mettront à contribution chacune des directions du Collège.

«Nous voulons, en somme, être **près** du public, des médecins, du personnel et de nos parties prenantes, mais aussi **prêts** à contribuer à l'accès à des soins de santé de qualité, à générer un impact durable au Québec et à transformer nos façons de faire, résume le Dr Pierre Gfeller. Grâce à un plan de navigation détaillé, stratégique et bien structuré, nous sommes confiants d'y parvenir et de donner ainsi lieu à des changements aussi bénéfiques que durables. Ce que nous visons, c'est qu'en 2027, le Collège soit connu et respecté de la population du Québec; qu'il travaille plus étroitement à la réalisation de sa mission de protection du public, en étroite collaboration avec les médecins; et qu'il veille enfin, avec ses partenaires, à promouvoir un accès universel à des soins pertinents et de qualité, partout sur le territoire.»

Le CMQ s'emploiera donc à répondre aux différents besoins liés à sa mission en privilégiant une approche clientèle dans toutes les actions qu'il mène, tant auprès du public que du membrariat et de son personnel. Il fournira aussi tout le soutien nécessaire aux médecins pour qu'ils intègrent la notion de responsabilité sociale à leur pratique, une notion chère au Dr Gaudreault, qui en a d'ailleurs fait un des principes sur lesquels est ancrée sa présidence au Collège.

Des défis stimulants

Dans un contexte de restructuration du réseau de la santé et des services sociaux québécois, les défis qui attendent le CMQ sont majeurs, mais d'aucune façon inatteignables. «Des moyens, technologiques et organisationnels, seront pris pour nous permettre de les relever, note le Dr Gfeller. Pensons, entre autres, à l'implantation interne d'un mode de gestion de projets et à l'embauche d'une personne à titre de gestionnaire de projets corporatifs, qui verra à chapeauter l'ensemble des chantiers et à épauler les équipes dans la réalisation de tous leurs projets respectifs.»

À l'intérieur même du Collège, mais aussi auprès d'instances gouvernementales, de médias et de groupes de travail pilotés par d'autres organisations québécoises à vocation médicale, le CMQ porte la voix du public et de ses membres avec pragmatisme et vision. Le plan stratégique et d'action *Destination 2027* lui servira de carte routière pour les trois années à venir, en lui permettant de garder le cap et d'arriver à bon port. ■

CA du Collège : de nouvelles voix à découvrir

Au jour le jour, le Conseil d'administration du Collège établit les grandes orientations de l'ordre, veille à son bon fonctionnement et s'assure du respect de sa mission. L'automne dernier, cinq nouveaux membres ont rejoint les rangs de ce CA dynamique et engagé. Qui sont ces recrues? Quelle expertise ou perspective unique apportent-elles à la table? Faites connaissance avec ces nouveaux visages, qui contribuent à façonner l'avenir du Collège des médecins du Québec.



Élyse Berger Pelletier, M.D.
Médecine d'urgence



Valérie Lamarre, M.D.
Pédiatrie, maladies infectieuses



Guy Morissette, M.D.
Médecine de famille



Cécile Tremblay, M.D.
Microbiologie-infectiologie



Guy Versailles
Représentant du public

La mission du Collège des médecins du Québec (CMQ) est de «protéger le public en veillant à une médecine de qualité». Concrètement, qu'est-ce que ça signifie pour vous?

Élyse Berger Pelletier

Cela signifie de s'assurer d'un équilibre entre l'offre et la demande, afin que la santé globale de notre population s'améliore: en contribuant à l'élaboration d'une offre minimale pour tous, en participant à l'éducation populationnelle, en soutenant la communauté médicale et en se positionnant comme un leader au sein des ordres professionnels en santé.

Valérie Lamarre

J'y vois deux volets. Le premier est de remplir les rôles classiques et incontournables du CMQ, soit de veiller à ce que:

- la médecine soit exercée par des personnes ayant les qualifications et compétences nécessaires, et qui maintiennent et développent leurs compétences;
- cette pratique respecte notre code de déontologie et les normes réglementaires.

Cela doit s'accompagner d'un souci constant que les conditions d'exercice permettent une pratique humaniste et inclusive.

Le deuxième volet concerne le bon fonctionnement du système de santé. Une pratique médicale, même exemplaire, ne mènera pas aux résultats de santé que la population est en droit d'espérer si l'organisation des soins n'est pas optimisée. Il faut donc veiller à ce que le système en place fonctionne.

Guy Morissette

Pour moi, cela dépasse la notion de guides et de consensus des sociétés savantes. Cela rejoint plutôt comment, en tant que soignant, on réussit à s'adapter aux attentes spécifiques de la population en matière de santé et de bien-être, et à quel point on s'engage à déployer les mesures nécessaires pour y parvenir. En fait, c'est allier la connaissance et l'approche.

Cécile Tremblay

Une médecine de qualité est une médecine compétente, humaine, rigoureuse, bienveillante et, surtout, qui s'exerce dans un environnement favorisant cette qualité de soins. Donc, protéger le public inclut de se positionner sur l'organisation du système de santé, dans la mesure où celle-ci affecte la qualité des soins.

Guy Versailles

D'une part, la défense la plus rigoureuse possible du professionnalisme dans la pratique médicale. Il s'agit là de l'aspect « défensif ».

D'autre part, la recherche constante d'améliorations possibles aux structures et aux pratiques, aussi bien en médecine que pour l'ensemble des sciences de la santé, à travers une approche interprofessionnelle. Il s'agit de l'aspect « prospectif », par lequel le CMQ contribue à l'évolution de la société.

FOCUS

Quels enjeux de santé vous indignent ou vous inquiètent ?

Elyse Berger Pelletier

Plusieurs enjeux m'inquiètent, le principal étant le choc démographique, actuel et à venir, face à un système de santé qui a peu évolué sur le plan de son organisation depuis l'arrivée de la RAMQ dans les années 1970. Alors que les besoins s'annoncent exponentiels, le défi sera de taille pour tous les médecins du Québec.

Valérie Lamarre

- Le désengagement et le découragement de plusieurs soignants.
- Les parcours complexes, alambiqués même, pour arriver aux soins nécessaires.
- L'absence de couverture universelle des médicaments en dehors de l'hôpital.
- La mauvaise utilisation des ressources humaines, tant chez les médecins que chez les autres professionnels de la santé, ce qui mène à de graves problèmes d'accessibilité.

Guy Morissette

- La grande fragilité de l'accès aux soins de première ligne et aux services de proximité en santé.
- La planification de la transformation inévitable de l'offre de services de santé, en lien avec le vieillissement de la population.
- L'incertitude quant à l'accès, pour la population, à l'ensemble des options de soins de fin de vie.

Cécile Tremblay

La persistance de maladies qui seraient évitables par des programmes de prévention complets à long terme, particulièrement celles touchant les populations vulnérables, comme les ITSS, incluant le VIH, l'hépatite C et la toxicomanie.

Guy Versailles

L'effritement graduel du caractère universel, accessible et gratuit de notre système de santé menace l'un des progrès les plus importants réalisés par la société québécoise depuis la Révolution tranquille. On ne réalise pas à quel point notre système de santé est précieux; il faut le faire évoluer pour en maintenir les principales caractéristiques.

Selon vous, laquelle de vos expertises ou de vos expériences peut être profitable au sein du CA ?

Elyse Berger Pelletier

Certainement mon bagage de médecin urgentiste, de directrice médicale et des services professionnels, et de directrice médicale nationale du préhospitalier.

Valérie Lamarre

Puisque je travaille en maladies infectieuses, je connais tous les secteurs et départements de l'hôpital. J'ai également beaucoup de liens avec des médecins d'autres milieux et avec la Santé publique. C'est une pratique spécialisée, mais qui demeure très large et permet de comprendre le parcours des patients.

Par ailleurs, j'ai été présidente du CMDP [conseil des médecins, dentistes et pharmaciens] du CHU Sainte-Justine pendant plus de 4 ans. Ce rôle m'a permis d'acquérir une excellente connaissance des rouages de l'évaluation et de la qualité de l'acte, des enjeux de discipline, de déontologie et d'organisation des soins. Je siège également au CA du CHU Sainte-Justine depuis 2022.

Enfin, sur une note plus personnelle, j'ai vécu auprès de mon conjoint, lui-même médecin, une expérience de proche aidante qui m'a beaucoup appris sur les relations patient-famille-soignant, sur les parcours parfois impossibles qu'il faut emprunter pour obtenir des soins, sur l'importance des personnes proches aidantes, sur la nécessité de discuter des enjeux de fin de vie et de tant d'autres sujets qui entourent la pratique médicale. Accompagner mon conjoint, aujourd'hui décédé, à travers toutes ces tribulations a été extrêmement révélateur.

Guy Morissette

Ma connaissance approfondie des enjeux de la première ligne, en interface avec les services spécialisés, tant du point de vue administratif que clinique.

Cécile Tremblay

La rigueur scientifique, qui me vient entre autres de mon parcours de recherche.

Guy Versailles

Mon expérience de communicateur dans divers contextes professionnels me permet de cerner rapidement les enjeux centraux, d'identifier les parties prenantes et leurs propres enjeux, et de définir des approches constructives par lesquelles il est possible d'arriver à des solutions satisfaisantes.

FOCUS

Comment prenez-vous soin de votre santé ?

Elyse Berger Pelletier

Je tente de trouver un équilibre qui comprend ma famille, ma passion pour le réseau de la santé et mes habitudes de vie! J'ai des amis, une famille en or, et je ris tous les jours!

Valérie Lamarre

Heureusement, mes patients et leurs familles se conforment plus que moi aux bonnes pratiques pour rester en santé! Je prends soin de la mienne en profitant des plaisirs de la vie, ce qui inclut d'exercer un métier extraordinaire.

Guy Morissette

En recherchant cet équilibre incontournable entre les obligations de toute nature et la détente.

Cécile Tremblay

En m'entourant des personnes que j'aime, en particulier de mes petits-enfants.

Guy Versailles

Je marche à chaque occasion qui m'est donnée, à la campagne, mais surtout en ville. Je préfère marcher un ou deux kilomètres que de prendre le métro.



Les membres du CA et la haute direction du Collège des médecins du Québec

Rangée du haut: Dr Pierre Guérette, M. Guy Versailles, Dre Isabelle Tardif (directrice générale adjointe et secrétaire), Dre Cassandre Latourelle-Théberge, Dre Valérie Lamarre, Dr Mauril Gaudreault (président), Dr Pierre Gfeller (directeur général), Mme Thérèse Martin, M. Sylvain Beaudry et Mme Nathalie Pierre-Antoine.

Rangée du bas: Dre Amélie Coutu, Dr Simon Patry, Dre Cécile Tremblay, Dre Élyse Berger Pelletier, Dr Guy Morissette, Dre Guylaine Larose, Dre Chantal Vallée et Dre Nathalie Saad (vice-présidente).

Quelle expression aimez-vous ou dites-vous souvent ?



Il y a toujours une solution!

- Elyse Berger Pelletier



Le mieux est l'ennemi du bien.

- Valérie Lamarre



Ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain!

- Cécile Tremblay



Il y a toujours plus de deux côtés à une médaille.

- Guy Morissette

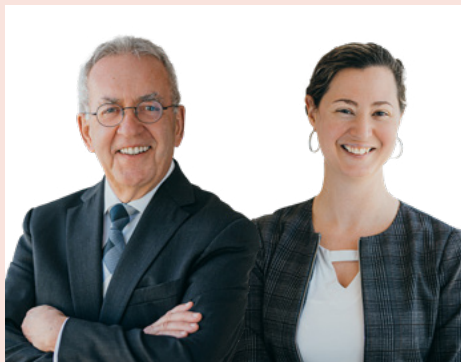


«À vaincre sans péril, on triomphe sans gloire.»

(Le Cid de Corneille, acte 1)

- Guy Versailles

CA du Collège... 5 faits à connaître



Un duo solide et engagé

Président du Conseil d'administration depuis 2018, le Dr Mauril Gaudreault, médecin de famille, y fait équipe avec la Dre Nathalie Saad, pneumologue, qui assure la vice-présidence.

Des prises de position solides

Ces dernières années, le CA s'est positionné sur des enjeux majeurs, à portée sociale: aide médicale à mourir, place du privé, télémédecine, collaboration interprofessionnelle, racisme systémique en santé, qualité de l'air, accès aux soins, etc. Ces positionnements reflètent les valeurs qui guident l'ensemble de ses actions: engagement, rigueur, collaboration, intégrité et respect.

Des fonctions de gouvernance

Le CA adopte le budget, établit des politiques de gouvernance transparentes, assure l'intégrité des mécanismes de contrôle interne et veille à la pérennité de l'ordre.

Un rôle stratégique

Le CA joue un rôle stratégique en veillant à la mission première du Collège, soit la protection du public. Pour ce faire, il exerce certains pouvoirs prévus au [Code des professions](#):

- Admission à la profession (permis, inscription, évaluation des compétences);
- Règlementation de la pratique (encadrement de l'exercice, contrôle de la compétence et de l'intégrité professionnelle);
- Lutte contre l'exercice illégal et l'usurpation du titre de médecin.

Un souci de représentativité

Le Conseil d'administration compte actuellement 10 femmes et 6 hommes. Parmi ces membres, on compte 12 médecins élus et 4 personnes nommées par l'Office des professions du Québec pour représenter le public. De plus, conformément aux règles applicables à tous les ordres professionnels du Québec, au moins un membre doit être âgé de 35 ans ou moins lors de son élection.

Vous souhaitez en savoir plus? [Consultez cette page.](#)



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

On veut ***vous*** lire!

Vous souhaitez...

Réagir à l'un de nos articles ?

Proposer un sujet en lien avec des enjeux
actuels en santé ?

Nous soumettre un projet d'article ?

Écrivez-nous! communication@cmq.org 