



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

LE SPÉCIALISTE

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Vol. 11 n° 2— Juin 2009



TÉLÉMÉDECINE LE QUÉBEC EST-IL PRÊT ?

- CONSTATS
- PROJETS
- RÉMUNÉRATION

L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie!
Votre médecin spécialiste

**Du nouveau
chez Sogemec
Assurances**

voir texte p. 12



1298735-69028736-789



Nous recherchons sans cesse de nouvelles solutions.

Nos efforts ciblent la recherche et le développement de traitements novateurs pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les maladies relatives à la génétique humaine et aux systèmes gastro-intestinal et rénal.

Les gens étant au cœur de nos préoccupations, nous améliorons la qualité de vie des patients, de leur famille et des aidants. L'engagement de nos employés nous permet de faire la différence en matière de santé pour les Canadiens et leurs communautés.



Shire Canada inc.

2250, boul. Alfred-Nobel
Bureau 500
Saint-Laurent (Québec) H4S 2C9

514 787-2300
www.shire.com



Faire partie de La FMSQ a ses avantages



SAMSUNG OMNIA^{MC}



TÉLÉPHONE INTELLIGENT
BLACKBERRY^{MD} STORM^{MC} 9350



SANYO PRO 700

25\$
/mois¹

En tant que membre, vous obtenez :

- 250 minutes en tout temps
- Minutes additionnelles à tarif décroissant
- Appels interurbains au Canada à 10 ¢ la minute
- Centre de messages Express
- Facturation détaillée, Renvoi d'appel, Conférence à trois² et Appel en attente
- Frais d'activation de 35 \$ annulés

Bell

Pour activer votre appareil, communiquez avec un de nos spécialistes au 1 800 361-0040.
Numéro de référence : 106866495

Offert aux membres de la FMSQ avec une nouvelle activation dans le cadre d'un contrat d'une durée min. de 3 ans. Sujet à changement sans préavis. Offert avec les appareils compatibles, dans les zones de couverture du réseau numérique principal et (ou) du réseau mobile haute vitesse de Bell Mobilité, là où la technologie le permet. Chaque forfait (minutes ou volume) est facturé sur une base mensuelle et les minutes pour toute utilisation (données ou voix) sont locales dans les zones de couverture de Bell Mobilité ; sinon, des frais d'interurbain et d'itinérance (y compris des taxes étrangères) peuvent s'appliquer. (1) D'autres frais, tels que, sur une base mensuelle, 9-1-1 (75 ¢), accès au réseau qui ne sont pas des frais du gouvernement (8,95 \$/mois) s'appliquent. Avec tout téléchargement, des frais d'utilisation d'Internet mobile de 5 ¢/Ko s'appliquent si vous n'êtes pas déjà abonné au service Internet mobile illimité et des frais peuvent s'appliquer pour le contenu. Des frais de résiliation anticipée s'appliquent. Modifiable sans préavis et ne peut être combiné avec aucune autre offre. Taxes en sus. D'autres conditions s'appliquent. (2) Utilisation simultanée du temps d'antenne pour chaque appel. Les familles de marques, d'images et de symboles relatifs à BlackBerry et à RIM sont la propriété exclusive et des marques de commerce de Research In Motion Limited, usager autorisé. Samsung Omnia est une marque de commerce de Samsung Electronics Co. Ltd. et de ses sociétés affiliées.



Votre Fédération fait de vous quelqu'un de privilégié



POUR VOTRE AUTO ET VOTRE HABITATION, PROFITEZ DES PRIVILÈGES
QUE VOUS OFFRE UN ASSUREUR D'EXCEPTION

**BONNE NOUVELLE POUR
LES NOUVEAUX MEMBRES**

Grâce au partenariat entre La Personnelle et Sogemec Assurances, vous avez droit à une assurance de groupe auto et habitation qui inclut des tarifs préférentiels et un service exceptionnel. Découvrez pourquoi quelque **4 300 membres de la FMSQ** sont assurés à La Personnelle.

Demandez une soumission :

1 866 350-8282 • sogemec.lapersonnelle.com



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Sogemec
ASSURANCES
www.sogemec.qc.ca



laPersonnelle^{INC.}
Assurance de groupe auto et habitation

SOMMAIRE

7 MOT DU PRÉSIDENT
Le projet de loi n° 34... il faut corriger le tir !

8 ACTUALITÉS
Rapport annuel

9 ACTUALITÉS
L'éducation du patient et l'observance au traitement

11 EN MANCHETTES

15 ACTUALITÉS
Plus de 2 000 chercheurs canadiens dénoncent les coupures budgétaires du gouvernement Harper

17 EN COUVERTURE
DOSSIER
Télémédecine
Le Québec est-il prêt ?

- Constats 18
- Projets 19, 20, 25 et 26
- Rémunération 23



28 SERVICES AUX MEMBRES
Avantages commerciaux

29 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC
Dr Denis Marleau, précurseur de l'hépatologie au Québec

30 DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU
De l'importance de l'unité de DPC d'une association affiliée et de son responsable

32 DANS LE MONDE MÉDICAL
L'étude CaMos

34 SOGEMEC ASSURANCES

36 GROUPE FONDS DES PROFESSIONNELS

37 WORD FROM THE PRESIDENT
Bill 34 – and the need to change its aim

LE SPÉCIALISTE

Le Spécialiste est publié quatre fois par année par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

COMITÉ ÉDITORIAL

Dr Bernard Bissonnette
Dr Raynald Ferland
Dr Diane Francœur
M^e Sylvain Bellavance
Nicole Pelletier, ARP, directrice
Patricia Kéroack, conseillère en communication

ÉDITRICE DÉLÉGUÉE

Nicole Pelletier, ARP

RESPONSABLE DE L'ÉDITION

Patricia Kéroack

RÉVISION

Angèle L'Heureux

GRAPHISME

Dominic Armand

TRADUCTION

Anne Trindall (JP Coty & Ass.)

IMPRESSION

Impart Litho

PUBLICITÉ

France Cadieux

TIRAGE

12 000 exemplaires

POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

DÉPÔT LÉGAL

2^e trimestre 2009

Bibliothèque nationale du Québec

ISSN 1206-2081

POUR NOUS JOINDRE

RÉDACTION : Tél. : 514 350-5021, Téléc. : 514 350-5175,
Courriel : communications@fmsq.org

PUBLICITÉ : Tél. : 514 350-5274, Téléc. : 514 350-5175,
Courriel : fcadieux@fmsq.org

Fédération des médecins spécialistes du Québec
2, Complexe Desjardins, porte 3000,
C.P. 216, succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8
Téléphone : 514 350-5000

Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.



CCAB audite les envois faits aux médecins spécialistes et résidents, soit pour un total de 10291 copies (décembre 2008). La FMSQ distribue aussi plus de 1 000 copies aux chercheurs, titulaires des Facultés de médecine du Québec, aux gestionnaires des agences, des établissements et du réseau de la santé au Québec.

Les articles portant signature n'engagent que leur auteur.

LES ANNONCEURS DE CETTE ÉDITION :

- Shire Canada 2
- Bell Mobilité 3
- La Personnelle 4
- Groupe Fonds des professionnels 6
- Agence de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent 8
- Sogemec Assurances .. 12 et 35
- Club Voyages Berri 13
- Collège des médecins du Québec 15
- Banque Royale 16
- Solutions Cliniques 39
- Valeant Canada 38 et 40



La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe les spécialités suivantes : allergie et immunologie ; anesthésiologie ; biochimie médicale ; cardiologie ; chirurgie cardio-vasculaire et thoracique ; chirurgie ; chirurgie plastique et esthétique ; dermatologie ; endocrinologie ; gastro-entérologie ; génétique ; gériatrie ; hématologie et oncologie ; médecine d'urgence ; médecine interne ; médecine nucléaire ; microbiologie infectieuse ; néphrologie ; neurochirurgie ; neurologie ; obstétrique-gynécologie ; ophtalmologie ; orthopédie ; oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ; pathologie ; pédiatrie ; physiatrie ; pneumologie ; psychiatrie ; radiologie ; radio-oncologie ; rhumatologie ; santé communautaire et urologie.

Planification
financière

5 conseils pour investir dans votre avenir

1. Planifiez votre coût de la vie à la retraite
2. Divisez votre fardeau fiscal familial
3. Protégez votre famille des suites de votre décès
4. Faites un don et réduisez vos impôts
5. Demandez à un de nos experts d'évaluer votre santé financière

Montréal
1 888 377-7337

Québec
1 800 720-4244

Sherbrooke
1 866 564-0909

www.groupefdp.com

Grandir
en confiance

groupe fonds des
professionnels

Gestion privée* · Fonds d'investissement · Planification financière

*Membre FCPE

groupe fonds des
professionnels

5 conseils pour investir dans votre avenir

- 1 Planifiez votre coût de la vie à la retraite**
Quel niveau de vie souhaitez-vous conserver à la retraite? Une bonne projection vous permettra de planifier longtemps à l'avance les revenus nécessaires pour y arriver.
- 2 Divisez votre fardeau fiscal familial**
Vous avez le revenu le plus élevé à la maison? Grâce au fractionnement du revenu, vous pouvez transférer une partie de votre revenu imposable à un membre de la famille, et ainsi améliorer la situation financière familiale.
- 3 Protégez votre famille des suites de votre décès**
La première étape d'une planification d'héritage consiste à dresser votre bilan successoral. Cet exercice permet d'évaluer vos besoins en assurance vie et le contenu de votre testament, et ce, afin de minimiser les impôts à payer au décès.
- 4 Faites un don et réduisez vos impôts**
En effectuant un don planifié, vous pourriez économiser encore plus puisque le taux d'inclusion des gains en capital est de 0% au lieu de 50%.
- 5 Demandez à un de nos experts d'évaluer votre santé financière**
La planification financière intégrée vise à optimiser votre situation financière et votre patrimoine. L'équipe de spécialistes en planification financière de Groupe Fonds des professionnels peut dresser un plan d'action structuré qui cible l'atteinte de vos objectifs en fonction de vos contraintes et projets d'avenir.

Actionnaire de Groupe Fonds des professionnels depuis 31 ans

FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



MOT DU PRÉSIDENT

DR GAÉTAN BARRETTE

Le projet de loi n° 34... il faut corriger le tir !

Au moment d'aller sous presse, nous préparons notre intervention devant la Commission des affaires sociales sur le projet de loi n° 34 : *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale*. Nous sommes plus que jamais préoccupés des conséquences qu'aura ce nouveau projet de loi sur la pratique médicale et l'accessibilité aux soins de santé spécialisés et surspécialisés, de concert avec les dispositions se trouvant dans la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

Depuis plusieurs années, tant les médecins spécialistes que le gouvernement se sont fixé des objectifs en vue d'une meilleure efficience de notre système de santé. Après le jugement Chaoulli, le gouvernement du Québec est allé plus loin en s'engageant à ouvrir la porte à une dispensation plus grande de soins au privé et en faveur d'une plus grande qualité des soins. De son côté, la FMSQ, favorisant un système public fort, rappelait que les cabinets de médecins pouvaient dispenser plusieurs services de manière plus efficiente et que les centres hospitaliers devraient être réservés de façon prioritaire pour la prestation de soins plus aigus nécessitant une hospitalisation.

Nous pouvions alors espérer que des mesures seraient mises de l'avant en faveur de l'atteinte de tous ces objectifs. Force est de constater que, non seulement les mesures introduites par les projets de loi n° 33 et n° 34 ne répondent pas à ces objectifs, mais qu'elles ont au contraire pour effet d'y nuire.

La FMSQ a toujours été en faveur de mesures visant une médecine en cabinet des plus sécuritaires. À cet égard, nous sommes donc disposés à collaborer à la mise en place de mesures pouvant favoriser cet objectif et sommes en accord avec les propositions élaborées dans les projets de loi n° 33 et n° 34 qui favorisent une pratique sécuritaire en cabinet.

Nous sommes toutefois en désaccord avec les mesures qui ne contribuent aucunement à une meilleure qualité ou accessibilité des soins et qui ont plutôt pour effet d'imposer des mesures bureaucratiques inutiles, de miner la collaboration des médecins, d'attaquer leurs droits et leur autonomie professionnelle, de donner des pouvoirs discrétionnaires au ministre de la Santé et de réduire l'accès de la population à nos soins médicaux.

Plusieurs des mesures prévues par les projets de loi n° 33 et n° 34 et les règlements afférents ne contribuent pas aux objectifs recherchés ou nuisent à ceux-ci. **Il est encore temps d'agir.** Le gouvernement doit retenir les orientations que nous avons exprimées et apporter les modifications requises.

À cette fin et de façon plus spécifique, la FMSQ demande :

- de revoir la liste des traitements spécialisés à la lumière des critères prévus par la loi et obtenir les intentions du ministre quant à l'accessibilité à ces services ;
- d'abroger toutes les mesures concernant l'émission de permis de centre médical spécialisé (CMS) par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Sont ainsi visés les divers articles prévus à cet effet dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que les règlements concernant la délivrance de permis de CMS. (À défaut, nous avons proposé des modifications) ;
- d'abroger l'interdiction pour les médecins participants et non-participants d'exercer dans un même centre et ainsi ne créer qu'un seul type de CMS ;
- de retirer l'obligation pour les médecins non participants ou ceux qui dispensent des services non assurés d'offrir à leurs patients tous les services préopératoires, postopératoires, de réadaptation ou de maintien à domicile et de leur donner plutôt l'obligation d'informer leurs patients et abroger en conséquence l'article 78.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ;
- d'abroger l'interdiction de dispenser en cabinet un traitement spécialisé non prévu au règlement ;
- de mettre en place une rémunération adéquate pour les traitements dispensés en CMS et en cabinet privé ;
- de mettre de côté l'adoption de mesures punitives contre les médecins ;
- de favoriser l'approche consensuelle et de revoir avec la Fédération, par le biais d'ententes négociées, toutes les mesures concernant les cliniques médicales associées.

En agissant ainsi, on évitera les processus inutiles et les résultats attendus seront davantage en lien avec les objectifs recherchés. On assurera aussi le respect des droits des médecins et l'accessibilité des patients à leurs soins. À défaut, le gouvernement portera l'odieux de remettre en question la collaboration des médecins spécialistes lesquels n'auront d'autres choix que de s'opposer par tous les moyens aux mesures contestées.

Finalement, il y a lieu de s'interroger sérieusement sur cette propension récente du gouvernement de vouloir contrôler de façon discrétionnaire la dispensation des soins en cabinet. En effet, la Fédération s'inquiète ainsi des autres ambitions du ministre de la Santé à cet égard, notamment en ce qui a trait au projet de loi portant le numéro 26 – *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée* alors que le ministre entend à nouveau se donner plusieurs pouvoirs discrétionnaires et imposer encore une fois une multitude d'exigences aux centres de procréation assistée!

Le mémoire de la FMSQ est publié sur le site Internet à l'adresse suivante : <http://www.fmsq.org/f/publications/memoires.html>





Rapport annuel

Dr Maurice Boudreault, trésorier

Lors de l'Assemblée annuelle des délégués du 19 mars 2009, ceux-ci ont accepté les recommandations du président de la Commission des finances à savoir :

1. d'approuver les états financiers de la FMSQ au 31 décembre 2008, tels que vérifiés par les comptables de la firme Raymond Chabot Grant et Thornton;
2. d'approuver les prévisions budgétaires pour l'année 2009, telles que soumises par la FMSQ;
3. de hausser la cotisation syndicale annuelle de 1 070 \$ à 1 175 \$.

Compte tenu du solde inutilisé de la cotisation spéciale de 2 000 \$ prélevée en 2006, nous continuons de donner des congés partiels de cotisation aux membres actifs. Vous vous rappellerez que, l'an dernier, nous avons amorcé cette démarche en donnant à chaque membre l'équivalent de 20 \$ à titre de congé partiel de la cotisation de 2008. Ainsi, cette année, un congé partiel de 950 \$ correspondant à un peu plus de 80 % de la cotisation annuelle de 2009 sera donné. De cette façon, chaque membre n'aura à déboursier que 225 \$ de cotisation pour sa contribution fédérative en 2009. Le solde résiduel sera utilisé en réduction de la cotisation de 2010.

Nouvelle parution de la FMSQ



Le 24 avril dernier, la FMSQ lançait le bulletin électronique *À l'effût*, dernier-né des éditions fédératives. Destiné exclusivement aux médecins spécialistes, ce bulletin contient une foule d'informations en complément du site Internet, des bulletins *FMSQ négo* et *FMSQ en bref* et du magazine *Le Spécialiste*.

Si vous ne l'avez pas reçu, c'est probablement que la Fédération n'a pas votre adresse de courriel. Vous pouvez mettre à jour vos informations en visitant le www.fmsq.org ou en contactant directement votre association médicale.

La prochaine parution du bulletin *À l'effût* aura lieu en octobre prochain.

ENVIE D'UN CHANGEMENT DE PRATIQUE ? PENSEZ AU BAS-SAINT-LAURENT...

Majoration du salaire de 25 à 30 %

Les CSSS du Bas-Saint-Laurent

Kamouraska	Les Basques	La Matapédia
Témiscouata	Rimouski-Neigette	Matane
Rivière-du-Loup	La Mitis	

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec

Informez-vous par courriel
anne.levesque.asss01@ssss.gouv.qc.ca



Philippe Boulet, M.D.*

L'éducation du patient et l'observance au traitement

Le spécialiste au cœur du travail multidisciplinaire

En cette ère où tout change à une vitesse vertigineuse, particulièrement en ce qui concerne les modes et moyens de communication, la pratique médicale fait face à de grands défis. Parmi ceux-ci, on retrouve le vieillissement de la population et le besoin d'offrir des soins de qualité malgré la surcharge de travail et les ressources parfois insuffisantes, le tout associé à des demandes grandissantes d'information et de partage des décisions par les patients et leur famille.

Il est évident que pour de nombreux patients, une connaissance insuffisante de leurs problèmes de santé et de leurs traitements se traduit en une mauvaise utilisation des médicaments, une observance déficiente et une utilisation inappropriée des ressources. Ces éléments, combinés à l'augmentation rapide des connaissances, au trop fréquent « travail en silo » où les communications entre les intervenants sont souvent minimales et les recommandations, parfois contradictoires, amènent à se demander comment développer un système de prestations de soins plus adéquat et comment mieux articuler les interventions des divers intervenants.

En 2002, Ibrahim et Major soulignaient que « partout au monde, les systèmes de santé n'ont pas donné les résultats attendus en soins de santé pour le niveau de connaissances disponibles⁹ ». Ces observations ont motivé le développement de plusieurs initiatives de transfert de connaissances afin de rendre plus efficace l'intégration des connaissances à la pratique médicale et offrir de meilleures stratégies d'intervention auprès de patients. Ces dernières peuvent grandement réduire la morbidité et la mortalité associées à plusieurs maladies en favorisant la prévention, l'éducation du patient ou sa réadaptation et la meilleure utilisation des traitements, en particulier dans le cas de maladies chroniques.

Chaque année, de nombreuses publications d'études amènent une quantité de données de plus en plus difficiles à intégrer à un plan de traitement global. Cet effort de synthèse des connaissances prend souvent la forme de consensus de traitement ou de guides de pratique, habituellement dirigés par les spécialistes du domaine, mais idéalement avec une participation des médecins de première ligne et d'autres professionnels de la santé. Ces derniers ont un rôle particulièrement important à jouer dans les programmes de dissémination et de mise en œuvre de ces guides³. Les recommandations de ces derniers, basées sur les preuves et les méthodes permettant de produire des guides de qualité, sont de

L'organisation des soins qui sont ici décrits par D^r Boulet s'inscrit très bien dans l'optique des travaux du comité sur les conditions d'exercice des médecins spécialistes. Il est encourageant de voir que de telles initiatives existent afin de répondre aux multiples besoins du côté des organisations et des médecins, et ce, pour le bénéfice des patients.

- D^r Gilles Hudon

plus en plus appliquées^{3,5}. Il existe de nombreuses difficultés dans l'application des recommandations des guides de pratique et des programmes plus efficaces de transfert et d'application des connaissances sont requis^{6,7}. Les spécialistes doivent guider de plus en plus activement les autres professionnels dans l'application des recommandations les plus à jour dans leur

domaine de la santé et les communications entre médecins généraux et spécialisés doivent être constamment améliorées.

De plus, le patient désire de plus en plus prendre part aux décisions qui le concernent et recherche sur l'Internet ou auprès de connaissances, des informations sur son problème. À cet effet, non seulement le médecin doit-il être un expert sur les problèmes de santé, mais aussi un communicateur efficace. Les interventions des divers professionnels de la santé doivent être selon la même ligne de pensée; il est reconnu que des messages contradictoires affectent énormément l'observance du patient au traitement. À cet égard, les guides de pratique offrent une base commune pour développer les interventions auprès du patient.

Une grande part des problèmes de santé de notre société pourrait être prévenue par certaines modifications de comportements ou d'habitudes. Le fléau de la cigarette affecte encore un Canadien sur cinq, la sédentarité et la mauvaise alimentation entraînent des problèmes aux répercussions majeures, tels l'obésité et le diabète. Enfin, la mauvaise observance thérapeutique et l'utilisation de « traitements » inutiles et parfois même nuisibles, n'améliorent en rien la situation.

Nous reconnaissons tous qu'il est essentiel pour le patient de s'impliquer dans les soins de ses problèmes de santé et de mieux connaître sa condition médicale, la façon de la surveiller et de la traiter^{10,11}. Non seulement peut-il en résulter une meilleure observance aux traitements, mais le patient devient un meilleur interlocuteur avec les professionnels de la santé. Il a été prouvé que, pour la plupart des maladies, une bonne compréhension de la maladie et de son traitement améliore la qualité de vie et réduit l'utilisation des soins d'urgence.

* Philippe Boulet, M.D., FRCPC, FCCP, pneumologue, Institut de cardiologie et de pneumologie de l'Hôpital Laval

Malheureusement, le praticien, surchargé de travail, n'a pas toujours les ressources ou les habiletés pour être un éducateur efficace et ne peut offrir à ses patients ces interventions, souvent longues et répétées. Il existe aussi de nombreuses barrières à la communication efficace entre le médecin et le patient ; dans ce contexte, surtout lorsque le patient doit assimiler plusieurs notions ou recommandations, un deuxième intervenant peut aider le patient à mieux assimiler ces dernières. À titre d'exemple, plus d'une centaine de centres d'enseignement font partie du RQAM, le Réseau québécois de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), et prodiguent aux patients atteints d'asthme ou de MPOC un enseignement basé sur les plus récents guides thérapeutiques (www.rqam.ca). Le RQAM offre une formation interdisciplinaire mise à jour régulièrement et des services-conseils aux intervenants du réseau de la santé en plus de favoriser le partage d'expérience pour optimiser l'autogestion de l'asthme et de la MPOC chez les personnes atteintes de ces maladies. Quelques études ont démontré les effets bénéfiques de ces interventions. Des spécialistes utilisent régulièrement ce type de ressources, mais elles sont inexistantes pour plusieurs problèmes de santé et les régions ne sont pas toutes desservies à cet égard.

Quoique l'assistance fournie soit surtout utile pour des conditions chroniques tels que les maladies respiratoires obstructives, le diabète et les maladies cardiovasculaires, de très nombreux autres problèmes de santé peuvent bénéficier de ce type d'intervention. De plus, ces interventions éducatives peuvent améliorer les interactions entre le spécialiste, le généraliste, le pharmacien et les autres professionnels de la santé impliqués dans les soins du patient. En pratique générale, les groupes de médecine familiale

(GMF) pourraient offrir un environnement favorisant cette interaction. Quelques programmes de collaboration, d'éducation médicale continue et de référence tant au spécialiste qu'aux éducateurs en santé ont déjà été développés entre des GMF et certains centres spécialisés avec des résultats très intéressants. De plus, par exemple pour le RQAM, ce dernier a offert des mises à jour aux infirmières des GMF et a aidé à assurer de meilleurs liens avec les centres d'enseignement.

Malheureusement, dans le passé, les ressources préventives et éducatives ont souvent été dissociées ou éloignées des centres de soins alors qu'il est important d'incorporer l'intervention éducative et préventive à même les soins aigus ou de longue durée. Une situation d'urgence est souvent une opportunité d'intégrer le patient et sa famille dans un programme éducatif où il pourra mieux comprendre la nature du problème, de son traitement et des mesures préventives.

Le domaine du transfert des connaissances est en pleine ébullition et ces principes doivent être perfectionnés et intégrés à la pratique médicale de façon de plus en plus efficace^{12,13}. Le praticien, tant spécialiste que généraliste, a besoin d'être soutenu dans son travail. Non seulement la présence de ressources humaines et matérielles, mais aussi parfois de simples aides à la pratique peuvent faire une grande différence quant à l'efficacité des interventions¹⁴. C'est à ces objectifs que se consacrera d'ailleurs dans les prochaines années, la nouvelle Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire de l'Université Laval, à Québec.

LS

Références

1. Canadian Institute for Health Information, Canadian Lung Association, Health Canada, Statistics Canada. Respiratory Disease in Canada. Ottawa: Health Canada, 2001.
2. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R: Global Initiative (GINA) on Asthma Program. The Global Burden of Asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004;59:469-78.
3. AGREE Collaboration Writing Group: Cluzeau F, Burgers J, Brouwers M, et al. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Safe Health Care* 2003;12:18-23.
4. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians task force. *Chest* 2006;129:174-81.
5. <http://www.cochrane.org/>
6. Boulet LP, Becker A, Bowie D, et al. Implementing Practice Guidelines: A workshop on guidelines dissemination and implementation with a focus on asthma and COPD. *Can Respir J* 2006;13 Suppl A:5-47.
7. Davis D. Clinical practice guidelines and the translation of knowledge: the science of continuing medical education. *CMAJ* 2000;163:1278-9.
8. Schattner A, Bronstein A, Jellin N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *BMC Health Serv Res* 2006 Feb 28;6:21.
9. Ibrahim J, Major J. Corruption in the health care system: the circumstantial evidence. *Aust Health Rev* 2002;25:20-6.
10. McDonald VM, Gibson PG. Asthma self-management education. *Chron Respir Dis* 2006;3:29-37.
11. Boren SA, Fitzner KA, Panhalkar PS, Specker JE. Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. *Diabetes Educ* 2009;35:72-96.
12. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
13. Boulet LP. Improving knowledge transfer on chronic respiratory diseases: a Canadian perspective. *J Nutr Health Aging* 2008;12:758s-63s.
14. Renzi PM, Ghezzi H, Goulet S, Dorval E, Thivierge RL. Paper stamp checklist tool enhances asthma guidelines knowledge and implementation by primary care physicians. *Can Respir J* 2006;13:193-7.

Prix et distinctions

Prix d'excellence de l'Association médicale du Québec (AMQ)

Lors de son congrès annuel, l'AMQ a récompensé plusieurs médecins spécialistes pour l'ensemble de leur carrière et de leurs actions au sein de la communauté médicale.



D^r Serge Beaulieu, psychiatre à l'Hôpital Douglas, a reçu le Prix du médecin clinicien enseignant qui souligne la contribution exceptionnelle d'un médecin ayant une charge d'enseignement dans une faculté de médecine. D^r Beaulieu est professeur agrégé au département de psychiatrie de l'Université McGill depuis 2003, chef médical du programme des troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité et chef médical du programme des troubles bipolaires à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.



D^r Jean L. Rouleau, cardiologue et doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, a reçu le Prix Prestige qui souligne l'excellence et la contribution à l'avancement de la médecine et de la société dans les domaines humanitaire, éthique, scientifique, socioéconomique et éducatif. D^r Rouleau a influencé toute une génération d'étudiants à titre de professeur de médecine et directeur de la cardiologie à l'Université de Sherbrooke et de directeur associé à la recherche clinique et directeur des soins intensifs à l'Institut de Cardiologie de Montréal.

Nomination

Un interniste à la présidence de l'AMQ



Lors de son congrès, les délégués de l'AMQ ont élu leur nouveau président. Il s'agit du **D^r Jean-François Lajoie**, interniste et professeur clinicien au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont. Le mandat du D^r Lajoie est d'une durée de deux ans. Il succède au D^r Jean-Bernard Trudeau.

Membres honoraires de l'AMQ

L'Association a également attribué des titres honorifiques à des médecins spécialistes qui ont plus de 65 ans, qui sont reconnus pour leurs travaux respectifs et qui sont des humanistes modèles ayant mis en pratique les buts et les idéaux les plus nobles de la profession médicale.

L'AMQ a désigné les médecins spécialistes suivants « membres honoraires » :

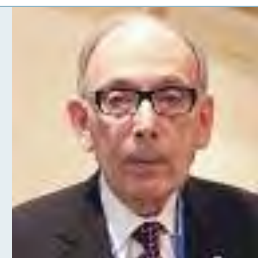


D^r Gilles Hudon
radiologie diagnostique

D^r Hudon est directeur de l'Office de développement professionnel et des Politiques de la santé à la FMSQ



D^r Michel Bureau
pneumologie



D^r Samuel O. Freedman
allergie et immunologie clinique



D^r Gilbert Pinard
psychiatrie



D^{re} Micheline Ste-Marie
gastroentérologie pédiatrique

Bourses cliniques



L'Association québécoise de la douleur chronique offre des bourses aux candidats intéressés à effectuer un stage de formation clinique en douleur chronique. L'an dernier, quelques médecins spécialistes se sont prévalus de ces bourses. Pour toute information à cet effet, consultez le www.douleurchronique.org.



La direction de Sogemec Assurances a le plaisir de souhaiter la bienvenue à Madame Catherine Boily, notaire au sein de son équipe. M^{re} Boily se joint à Sogemec Assurances à titre de Conseillère, développement des relations d'affaires.

M^{re} Boily possède plus de 10 années d'expérience en enseignement, en droit notarial et en assurances. En plus de son baccalauréat en droit et de son diplôme de 2^e cycle en droit notarial, M^{re} Boily détient un diplôme d'Études supérieures spécialisé en gestion des HEC. Sogemec Assurances tirera parti de sa vaste expérience et de sa facilité à communiquer, à vulgariser et à entretenir des relations d'affaires.

Sogemec Assurances, courtier en assurances de personnes, est une filiale de la Corporation de services de la Chambre des notaires du Québec ainsi que de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Outre les deux actionnaires, plusieurs groupes de professionnels ont fait appel à Sogemec Assurances, depuis sa création en 1978, pour offrir de l'assurance collective à leurs membres, dont : la FMRQ (Fédération des médecins résidents du Québec), la FMEQ (Fédération médicale étudiante du Québec), l'AMLFC (Association des médecins de langue française du Canada), et le RéseauQ (Réseau des ingénieurs du Québec). Aujourd'hui, l'ensemble de ses groupes totalise plus de 12 000 assurés.

EN MANCHETTES (SUITE)

Nouvelles parutions

Le trouble bipolaire



D^{re} Marie-Josée Filteau, psychiatre et chercheuse associée au Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, en collaboration avec Jacques Beaulieu, un rédacteur médical, a publié le livre *Le trouble bipolaire pour ceux qui en souffrent et leurs proches*. Cet ouvrage explore les différents aspects de ce trouble, anciennement appelé maniaco-dépression, qui touche de 1 à 5 % de la population et qui, par ses conséquences souvent mal connues, affecte également les familles et les proches de la personne atteinte.

Tous responsables de nos enfants



Dr Gilles Julien, pédiatre et fondateur du mouvement de pédiatrie sociale, publie avec son épouse, M^{re} Hélène Sioui-Trudel, un livre où ils présentent leur approche, celle où l'ensemble des besoins et des droits de l'enfant est considéré. Pour les auteurs, la clé de ce modèle repose sur une mobilisation de tous les acteurs de la communauté, créant ainsi un véritable pacte social pour l'enfance.

Mieux connaître la syncope



Deux cardiologues, la docteure Teresa Kus de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le docteur Bernard Thibault de l'Institut de Cardiologie de Montréal, ont participé à la création du DVD de formation *La syncope : enjeux médicaux et psychologiques*.

Ce DVD est un outil complet destiné à tous les intervenants actuels et futurs du secteur de la santé. Le document brosse un tableau complet du phénomène de la syncope, tant d'un point de vue médical que psychologique. Diverses approches thérapeutiques sont proposées dans ce DVD en plus d'insister sur l'importance d'intervenir en présence de comorbidité psychologique.

Pour plus d'informations sur cet outil, pour visionner un court extrait ou pour commander une copie, visitez le : <http://www.clipp.ca/servlet/dispatcherservlet?selectedContentID=12942&lang=1&action=2>.

Prix et distinctions (suite)

D^r Jean-Claude Fouron récompensé lors du Colloque annuel du Collège des médecins du Québec



D^r Jean-Claude Fouron, cardiologue pédiatrique au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine est lauréat du Grand Prix 2009 du Collège des médecins du Québec. Fondateur et directeur de l'Unité de Cardiologie Fœtale au CHU Sainte-Justine, D^r Fouron a largement contribué à la recherche, à l'enseignement et au développement de la cardiologie fœtale, et ce, tout en maintenant ses activités cliniques.

Ce prix est remis annuellement à un médecin qui s'est démarqué par son apport remarquable à l'évolution de la profession médicale et à l'amélioration de la qualité de la médecine, par son humanisme ainsi que son éthique professionnelle.

D^r Jacques Lacroix, récipiendaire du prix Letondal



L'Association des pédiatres du Québec a remis le prix Letondal au D^r Lacroix en récompense de sa contribution à la pédiatrie. D^r Lacroix est le cofondateur des soins pédiatriques du CHU Sainte-Justine, pionnier de la recherche clinique, auteur, professeur et homme d'action. Citons, parmi ses réalisations, une étude sur la transfusion des enfants hospitalisés en soins intensifs pédiatriques et un livre de référence sur les urgences et les soins intensifs pédiatriques, un ouvrage incontournable maintenant en son domaine.

Le prix Letondal a été créé en 1989 pour souligner la contribution exceptionnelle d'un pédiatre au développement de sa profession au Québec.



Le 4^e Tournoi de golf des fédérations médicales
au profit de la Fondation du Programme
d'aide aux médecins du Québec

Lundi 27 juillet 2009
Club de golf Le Mirage à Terrebonne
Inscrivez-vous sans tarder !

Votre participation au Tournoi de golf des fédérations médicales du Québec (500 \$ pour une participation individuelle, 2 000 \$ pour un quatuor) inclut l'accès au terrain de pratique, un droit de jeu au club de golf Le Mirage en formule Vegas (meilleure balle), une voiturette, le brunch, le lunch, le cocktail ainsi que le souper.

Les places sont limitées et s'envolent rapidement ! Le formulaire d'inscription et tous les détails de l'horaire de la journée sont disponibles sur notre site Internet au www.fmsq.org. Quelques occasions de commandite sont encore disponibles. Pour connaître tous les détails concernant les options, les disponibilités et les tarifs, contactez Geneviève Roberge au 514 350-5028 ou par courriel au groberge@fmsq.org.

Informations et formulaires d'inscription disponibles sur le site Internet de votre fédération :
www.fmsq.org www.fmoq.org www.fmrq.qc.ca www.fmeq.qc.ca

Merci à nos commanditaires

groupe fonds des
professionnels

FONDS
FMOQ

Dale
Parizeau
Morris
MacKenzie
CABINET DE SERVICES FINANCIERS

Sogemec
ASSURANCES

ims

W

- Association des optométristes du Québec
- BCP Consultants
- Desjardins Sécurité financière
- Fiducie Desjardins
- Fiera Capital inc.
- Gestion d'actifs CIBC inc.
- Industrielle Alliance
- Investissements SEI
- La Capitale assurances et gestion du patrimoine
- Sheer Rowlett & Associés et New Star Canada Inc.

Pour un service unique et personnalisé !

Consultez nos SPÉCIALISTES en voyages :

• Loisirs • Affaires • Congrès • Aventures

Un seul appel vous convaincra !

920, boul. de Maisonneuve Est, Montréal

514 288-8688



BERRI-UQAM

clubvoyages
Berri

TOURS CHANTECLERC vous offre le monde.

Grand tour du Portugal

départ du 04/10 au 18/10

à partir de **3639\$**

Trésors de Russie

départ du 06/09 au 19/09

à partir de **5239\$**

Vietnam Mystérieux

départ du 01/11 au 18/11

à partir de **4849\$**

Captivante Argentine

départs entre le 04/09 et

le 30/09 à partir de **7769\$**

SOLO BEC
TOURS
Membre du groupe Tours Chanteclerc.

TOURS CHANTECLERC
la qualité à tous prix.

Départ de Montréal. Les prix sont par personne en occupation double et incluent toutes les taxes de vente, les taxes et les autres frais. Pour le détail des inclusions des programmes, veuillez consulter les brochures 2009. Les prix sont en vigueur au moment de l'impression. Titulaire d'un permis du Québec. md/mc Marque déposée/de commerce d'AIR MILES International Trading B.V., employée en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et Transat Distribution Canada Inc. Prix excluant le 3,50\$/1000\$ du fonds d'indemnisation des clients des agents de voyages détaillants.



Palais des congrès de Montréal

LE VENDREDI 6 NOVEMBRE 2009

Réservez cette date à votre agenda !

Au programme : 6 thèmes

LE RÔLE DE L'EXPERT PSYCHIATRE DANS NOTRE PRATIQUE

Partenaires :

- Association des médecins psychiatres du Québec
- Société des experts en évaluation médico-légale du Québec

MALADIES HYPOPHYSAIRES

Partenaires :

- Association des médecins endocrinologues du Québec
- Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec
- Société canadienne-française de radiologie
- Association des neurochirurgiens du Québec
- Association des radio-oncologues du Québec

IMPACTS DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR LA SANTÉ DE NOS ENFANTS AU QUÉBEC

Partenaires :

- Association des pédiatres du Québec
- Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec

LA PLANIFICATION DE LA RETRAITE (POUR TOUS)

LA LECTURE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE (POUR TOUS)

COMMENT ORGANISER UNE ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE POUR LES MÉDECINS (POUR TOUS)

Cette activité est rendue possible grâce à une contribution financière de :



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

groupe fonds des
professionnels

Sogemec
ASSURANCES

Grand défi Pierre Lavoie, édition 2009

LA FMSQ dépasse son objectif !

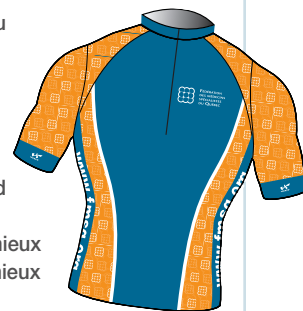


Mission accomplie ! C'est finalement 17 équipes, issues des associations médicales, qui se retrouveront sur fil de départ du 1 000 kilomètres à La Baie (Ville de Saguenay) le 12 juin prochain pour relever le Grand défi Pierre Lavoie. La FMSQ s'était donné l'objectif de faire inscrire au moins 15 équipes. Composée de 85 cyclistes, la délégation de la FMSQ représente à elle seule le cinquième de tous les participants. En termes d'appui et d'engagement personnel à l'endroit de cette cause et dans le contexte d'une toute première édition de l'événement, il s'agit d'un véritable succès ! Les médecins spécialistes du Québec auront tout simplement su faire la différence en répondant « présents » en grand nombre et tous doivent être extrêmement fiers d'avoir pris part à cette grande aventure qui vise un double objectif : amasser des fonds pour financer les activités de recherche sur les maladies orphelines et sensibiliser les jeunes et la population en général à adopter de saines habitudes alimentaires et à bouger !

Nos valeureux cyclistes seront par ailleurs très visibles tout au long du parcours puisqu'un maillot distinctif aux couleurs de la FMSQ, spécialement conçu pour l'occasion, a été offert à chaque participant.

Provenance et chefs des 17 équipes issues des associations de la FMSQ :

- Équipe FMSQ « Les Doctopus », D^r Michel Lallier
- Généticiens, D^r Jacques Michaud
- Radiologistes, D^r Frédéric Desjardins
- Orthopédistes « Les Cyclopédistes », D^r Dominique Fleury
- Chirurgiens (AQC), D^r Pierre-Yves Garneau
- Plasticiens/esthéticiens (ASCPEQ), D^{re} Michèle Tardif
- Cardiologues, D^r François Delage
- Néphrologues I, D^r Robert Charbonneau
- Néphrologues II, D^{re} Nathalie Langlois
- ORL, D^r Frédéric Hélie
- Urologues, D^r Paul Ouellette
- Anesthésiologistes « Sevo-Velo », D^r Jean Brassard
- Hémato-oncologues, D^r Raynald Simard
- Orthopédistes, D^r Jacques Desnoyers
- Orthopédistes « Vel-Os I », D^r Rémy Lemieux
- Orthopédistes « Vel-Os II », D^r Marc Lemieux
- Pédiatres, D^r Pierre Tremblay



Rappelons que le départ du 1 000 kilomètres s'effectue de La Baie le 12 juin prochain. Empruntant le Parc des Laurentides, la caravane gagnera Québec pour se diriger ensuite vers Trois-Rivières, Drummondville et Sherbrooke. Lors de cette épreuve d'endurance, les cyclistes rouleront beau temps, mauvais temps, et ce, de jour comme de nuit. Un grand *happening* se tiendra au circuit Gilles Villeneuve du parc Jean-Drapeau le 14 juin pour souligner l'arrivée des cyclistes. De là, tous les participants se dirigeront vers le Stade olympique pour la grande finale qui aura lieu en présence des 5 000 élèves qui auront remporté le défi-écoles « lève-toi et bouge » organisé dans toutes les écoles du Québec.

Plus de 2 000 chercheurs canadiens dénoncent les coupures budgétaires du gouvernement Harper

Dans son dernier budget, le gouvernement conservateur de Stephen Harper a sabré près de 150 M\$ dans les sommes dévolues à la recherche de sorte que des équipes scientifiques complètes seront touchées ou démantelées par ces compressions.

Les chercheurs provenant de toutes les sphères où se fait de la recherche scientifique (génie, physique, chimie, mathématique, etc.) questionnent ces coupes au moment où, chez nos voisins du Sud, le nouveau président a pris le chemin inverse en augmentant les budgets alloués afin de stimuler les activités de recherche et, par conséquent, l'économie générale américaine.

Le Dr Brent Richards, endocrinologue au Centre Sir Mortimer B. Davis de l'Hôpital général juif de Montréal est un des chercheurs signataires de cette lettre. Dr Richards est un Fellow boursier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) que le Canada est allé recruter au Royaume-Uni. Il travaille sur plusieurs projets de recherche clinique, notamment l'étude multicentrique canadienne sur l'ostéoporose (CaMos). Les subventions qui lui ont été accordées jusqu'ici par les organismes subventionnaires comme la Fondation canadienne pour l'innovation ou le Fonds des leaders lui ont permis d'obtenir l'appareillage, les outils et autres éléments requis pour poursuivre ses travaux de recherche. Sans les budgets, coupés par le gouvernement fédéral, il ne pourra s'assurer des services de personnel de laboratoire, ce qui pourrait grandement compromettre la suite de ses travaux.

D'autres médecins spécialistes sont aussi aux prises avec ces importantes coupures. « Quand on voit la différence entre la

direction prise au Canada pour la recherche scientifique et celle prise aux États-Unis par le président Obama, on peut se demander pourquoi on tient à rester ici. Pour nous, scientifiques, notre travail va bien au-delà de notre vie quotidienne. Les résultats de nos recherches ont des impacts partout au monde et les recherches de nos confrères ailleurs ont aussi des impacts sur nous » a souligné le docteur Richards.

Pour en savoir plus, visitez le www.dontleavecanadabehind.wordpress.com.

Alarmiste le docteur Richards ? Le 4 mai, on apprenait le départ d'un éminent chercheur en immunologie, le Dr Rafik-Pierre Sékaly. Reconnu pour ses travaux de recherche sur le VIH/Sida, Dr Sékaly a décidé de quitter le Québec à destination de la Floride où il se joindra au Vaccine and Gene Therapy Institute. Le Dr Sékaly ne part pas seul, une vingtaine de chercheurs de son groupe quitteront aussi leur laboratoire de recherche de l'Université de Montréal pour poursuivre leurs travaux en Floride.



Dr Rafik-Pierre Sékaly

Source : www.forummontreal.ca

LS



NOUVELLE MESURE Radiation pour non-paiement effective dès le 2 juillet 2009

Avez-vous renouvelé votre cotisation ?

Votre avis de cotisation accompagné du paiement doit être reçu au Collège des médecins du Québec au plus tard le **30 juin, à 17 h.**

Pour éviter tout retard pouvant entraîner la radiation au tableau des membres à compter du 2 juillet, effectuez votre renouvellement en ligne à l'aide du mot de passe qui vous a été transmis par la poste le 12 mai : www.cmq.org/fr/medecinsmembres.aspx

Renseignements
514 933-4087 ou 1 888 633-3246


COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



ORDONNANCE Dr K. H. BOUCHARD

Nom	M. Laurin	Date	
Adresse		Âge	

Une seule ordonnance par usage.

R: Vous ne connaissez pas le 9 à 5 ?
Nous non plus.

Renouvellement: 0123456

Signature du médecin: K. H. Bouchard

Adresse du médecin:

Des solutions financières spécialisées, pour vous simplifier la vie.

rbcbanqueroyle.com/profsante

IMAGINEZ. RÉALISEZ.

RBC Banque Royale®

Voici le forfait bancaire privilège RBC pour les membres de la FMSQ, alliant commodité et économies :

- › Forfait bancaire VIP RBC®, à 125 \$ par année, une économie de 235 \$
- › Carte Visa de prestige, sans frais, incluant carte de cotulaire
- › Marge de crédit au taux préférentiel
- › Taux privilégiés sur prêts hypothécaires, de plus, nos conseillers en prêts hypothécaires vous rencontrent à l'heure et à l'endroit de votre choix.

Pour en savoir plus sur le **forfait bancaire privilège pour les membres de la FMSQ**, composez le **1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683)**, rendez-vous à la succursale la plus près de chez vous, ou consultez le dépliant détaillé sur le site www.fmsq.org dans la section **SERVICES AUX MEMBRES**.



TÉLÉMÉDECINE

LE QUÉBEC EST-IL PRÊT ?

Saviez-vous que la toute première démonstration de télémedecine a été effectuée au Québec? Le 8 novembre 1994, un patient hospitalisé à l'Hôpital Cochin, dans le XIV^e arrondissement de Paris, passait un scanner à rayon X, un examen piloté à une distance de plus de 5 500 kilomètres, par le service de radiologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

La rapidité avec laquelle les sciences ont évolué au cours des dernières décennies porte à croire que la télémedecine a franchi des pas de géants, et même qu'elle est utilisée de façon courante. La technologie est de plus en plus accessible, omniprésente et intégrée aux activités quotidiennes : accès à l'Internet sur portable (ordinateur, téléphone, baladeur numérique et autres), transfert d'informations ou de données par simple clic, enregistrement ou numérisation de fichiers audio vidéo, systèmes domotiques pour la maison, etc. Partout sur la planète, il est possible de se brancher, en tout temps, afin d'accéder au cyberspace.

Qui aurait imaginé que les outils cybernétiques employés dans les films et séries de science-fiction des années 1970 seraient monnaie courante, voire dépassés aujourd'hui? Pensons aux possibilités engendrées par la miniaturisation des composants électroniques, l'arrivée de nouvelles technologies, la modélisation tridimensionnelle, etc. L'évolution technologique a aussi fait avancer celle des connaissances notamment en ce qui a trait au séquençage du génome humain et à ses applications courantes. Bref, une technologie qui permet aux gens de science de faire plus, de pousser les limites de la pratique actuelle, d'offrir encore mieux.

Mais où en sommes-nous 15 ans après la toute première utilisation de télémedecine? Nous avons posé la question à plusieurs intervenants. Pour certains, c'est l'espoir d'une nouvelle organisation de la pratique médicale, une pratique qui fait tomber les frontières et les barrières administratives; pour d'autres, c'est l'impasse, la désillusion de voir un si bel outil au centre de tracasseries administratives et juridiques. Y a-t-il une concertation possible en vue? Voici ce que Le Spécialiste propose comme réflexion dans ce dossier thématique.



Jean-Paul Fortin, M.D.
Médecin spécialiste en santé communautaire*

La télésanté au Québec : beaucoup de retard à rattraper...

L'année dernière, un article indiquait que le Québec perdait beaucoup de terrain en télésanté et suggérait des pistes de solutions¹. La situation continue de se détériorer malgré les efforts de personnes et d'équipes très motivées.

Sommes-nous dans une période que le directeur général de l'Institut du Nouveau Monde appelle « Les Années molles », soit celles de « l'incapacité qu'a la société de faire converger les énergies individuelles pour porter plus loin l'ensemble de la collectivité² » ? Il semble que oui, mais certains signaux positifs apparaissent, liés notamment à quelques projets d'envergure en préparation, une certaine restructuration au MSSS, des actions pour obtenir un portrait plus exhaustif des projets en cours, une vision un peu plus intégratrice des technologies de l'information et de la communication (TIC) et de leur utilisation ainsi qu'à une certaine reconnaissance de l'importance d'une synergie entre les acteurs des différents niveaux d'intervention (local, régional et central). Le Québec reprendra-t-il son leadership en télésanté ? C'est encore possible, mais le défi est de taille.

La télésanté

Dans son livre blanc, la Société canadienne de télésanté (SCT) décrit la télésanté comme un nouveau mode de distribution de soins, de services et d'éducation pour la santé, pouvant contribuer à améliorer l'efficacité du système de santé, l'accès et la continuité à des services de qualité, à favoriser le soutien professionnel ainsi qu'à agir sur les collaborations entre personnes, organisations et régions. La télésanté permet aussi un rôle plus actif des individus et des communautés. Ce livre blanc souligne que nous en sommes à la troisième génération de la télésanté, celle où les différentes composantes des TIC s'intègrent.

L'intégration technologique est à révolutionner les façons de faire. Pensons au cellulaire qui est au centre des stratégies de développement économique de certains pays dits émergents³. Plus de 8 milliards de cellulaires sont en circulation et dans une vingtaine de pays, le nombre de ces appareils dépasse la population totale. La diffusion des ondes cellulaires utilise un système sans fil, plus accessible et moins coûteux. Ce réseau se déploie lui aussi à une vitesse impressionnante. Et avec l'avènement du Web 3.0, de la carte sémantique, des applications d'intelligence artificielle intuitive, de la nanotechnologie et des senseurs de toutes sortes, les prochains systèmes seront véritablement transformés; une grande mobilité qui sera au cœur des services de santé du futur.

Ces développements rapides commandent aujourd'hui une vision d'ensemble de nos systèmes de santé et du rôle des TIC pour l'atteinte des objectifs cliniques et organisationnels. Mais les solutions miracles n'existent pas et l'approche doit donc être innovante et souple pour pouvoir évoluer. Sur le plan technologique, il faut rapidement considérer les liens devant exister entre télésanté, dossiers électroniques, banques de données aux fins cliniques, de gestion et de recherche, ainsi que des liens avec l'Internet. Il importe donc que les développements des TIC ne se fassent pas qu'au cas par cas ou en silo.

Les technologies devenant plus conviviales et convergentes, les silos actuels devront se transformer et la télésanté devra s'intégrer dans les pratiques, les organisations de soins et de services et les milieux de vie, notamment au domicile. La télésanté sera au cœur des initiatives de prévention, de promotion et de protection de la santé, et ce, dans le cadre de projets de plus en plus intersectoriels⁴. Elle sera utilisée par des proches aidants, des agents sociaux et des communautés pour gérer l'isolement social ou consolider des réseaux sociaux tant en régions que dans les grands centres urbains. Des alliances entre municipalités, communautés, secteurs de l'éducation, de l'environnement et autres pouvant avoir une influence sur la santé, permettront d'intégrer encore plus la télésanté dans la vie courante des individus. Soulignons que les projets les plus performants sont ceux qui ont su faire des développements qui intègrent les différentes composantes des TIC dans leurs processus cliniques et organisationnels.

L'évolution de la télésanté au Québec

La télésanté est née de la volonté et de l'initiative d'un certain nombre de cliniciens, gestionnaires et technologues passionnés et innovateurs. Ces initiatives étaient d'abord de nature clinique initiées par des médecins engagés. Les succès viennent aussi des alliances faites avec les équipes administratives et techniques de leur organisation. Elles ont pu bénéficier de supports

* Médecin spécialiste en santé communautaire, professeur titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, médecin expert à l'Institut national et à la Direction régionale de santé publique (Québec), chercheur/évaluateur au Centre affilié universitaire CSSS-Vieille Capitale, coordonnateur médical, Réseau québécois de télésanté (RQT)



financiers et autres des établissements, du gouvernement fédéral, du MSSS, de l'industrie et parfois même de contributions personnelles. Soulignons le rôle particulièrement important joué par les équipes des CHU et de quelques centres locaux, dont la compétence a d'ailleurs été reconnue pour l'un d'eux par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux.

Le réseau vit des transformations profondes depuis quelques années avec une plus grande centralisation des décisions. Pour les TIC, il y a eu la mise sur pied d'Inforoute Santé du Canada (ISC) qui a rapidement influencé les choix des provinces. Il y a eu aussi la grande priorité donnée au développement simultané du Dossier santé du Québec (DSQ) et des solutions d'imagerie médicale (PACS – *Picture Archiving and Communication System*). **Dans ce contexte de changement majeur, le réseau a eu moins de conditions favorables pour développer ou déployer la télésanté; c'est à partir de ce moment que le Québec s'est mis à perdre du terrain.**

Le démarrage était encourageant avec plusieurs projets porteurs. Un projet de télécardiologie pédiatrique avait ouvert la voie, permettant l'apprentissage de la télésanté qui se déployait et devait servir d'assise pour le développement d'autres applications. Un second projet, celui des Îles de la Madeleine, visait à mieux comprendre la réalité des sites demandeurs et de leurs besoins en soins et services, en organisation et en soutien technique. Un autre projet, celui de première ligne Thémis au Témiscamingue, ouvrait de nouvelles avenues de collaboration interprofessionnelle pour les sites plus isolés, et d'autres, comme ceux de télésoins à domicile, mettaient de plus en plus en évidence l'impact des TIC sur les soins et services et sur la place des patients et celle de leurs proches dans le processus de soins. La télé dialyse prenait la route pour s'approcher des milieux de vie (voir encadré en page 20). Pendant ce temps, se développait le Réseau mère-enfant, un projet suprarégional. Puis, des

projets de réadaptation, d'orthophonie, de nutrition et bien d'autres ont été développés dans des sites ayant déjà un historique de collaboration. Parallèlement, plusieurs services se sont développés pour les populations du Grand Nord québécois (plus de 1 500 visioconférences en 2008-2009).

La téléformation est une des applications qui a le plus progressé, faisant connaître un peu plus la télésanté aux utilisateurs potentiels. De son côté, la visioconférence est de plus en plus utilisée pour fins administratives. Malgré l'ensemble de ces réalisations, les conditions pour développer et implanter un véritable projet collectif tardent à se définir et à se mettre en place. Pourtant, une opération majeure de planification avait été lancée dès 2005, avec l'arrivée d'Inforoute Santé du Canada.

Dans le cadre de ses mandats, chacun des RUIS a planifié deux projets dont un premier dans un domaine spécifique : la télépathologie (RUIS-Laval), le programme national d'assistance ventilatoire à domicile (RUIS-McGill), les télésoins à domicile (RUIS-Montréal) et la téléassistance en soins de plaies (RUIS-Sherbrooke). Le deuxième projet, variant d'un RUIS à l'autre, comprenait plusieurs domaines d'application, dont l'une ou l'autre des disciplines suivantes : cardiologie, cancer/oncologie, psychiatrie/santé mentale, obstétrique-gynécologie, gériatrie, traumatologie et hémodialyse.

Ces projets requerraient une démarche d'organisation plus globale. Chaque RUIS a présenté sa propre vision et sa stratégie pour le développement de la télésanté sur son territoire. L'un d'eux a choisi de présenter un projet de CSSS virtuel. Pour son fonctionnement, la gouvernance devait être adaptée pour tenir compte des multiples interfaces entre les utilisateurs et les organisations ; les infrastructures humaines et techniques devaient être disponibles dans les sites demandeurs de services comme dans les sites fournisseurs. Les plans d'action et l'état d'avancement

La télémedecine en ophtalmologie



Dr Jean Daniel Arbour, président,
Association des médecins
ophtalmologistes du Québec

En ophtalmologie, les multiples avancées technologiques permettent maintenant de nouvelles applications et procédures. À l'heure actuelle, la télémedecine s'adresse surtout à l'examen de l'œil : des systèmes comprenant un microscope peuvent être reliés à un réseau d'imagerie, la lampe à fentes qui sert à l'examen de l'extérieur et de l'intérieur de l'œil, et l'ophtalmoscope indirect pour l'examen plus complet des structures oculaires internes. Pour la capture et le stockage d'images, des systèmes d'imagerie numérique peuvent être reliés à un réseau, comme ceux que l'on retrouve dans les hôpitaux, notamment : la photographie de l'extérieur et de l'intérieur de l'œil, l'échographie oculaire et l'angiographie rétinienne. On peut aussi relier au réseau d'autres appareils qui permettent d'évaluer des parties précises de

l'œil, atteintes de façon prépondérante par des maladies. À ce chapitre, on retrouve le HRT et le GDx pour l'évaluation des fibres nerveuses du nerf optique, et l'OCT pour la tomographie des structures internes de l'œil.

La télémedecine appliquée à l'ophtalmologie connaîtra bientôt un essor sans précédent avec le développement de programmes de dépistage de la rétinopathie diabétique (RD). Cette complication oculaire du diabète est aujourd'hui la première cause de cécité dans la population active des pays industrialisés. Grâce à l'imagerie numérique, il est maintenant facile de prendre des clichés du fond d'œil d'un patient (même sans dilatation pupillaire), de permettre le télé diagnostic de la RD, pour ensuite orienter le patient qui requiert un traitement vers les ressources ophtalmologiques appropriées. L'Association des médecins ophtalmologistes du Québec a déjà entamé les étapes nécessaires à l'implantation d'un tel programme de dépistage provincial de la RD et croit fermement que la télémedecine permettra à l'ophtalmologie d'augmenter de façon substantielle l'accès aux soins ophtalmologiques des patients québécois.

des projets varient selon les caractéristiques des milieux sans y avoir de planification d'ensemble entre les RUIS.

Reste à combler la vision englobant celle des quatre RUIS pour favoriser un développement harmonieux de la télésanté et assurer son intégration dans l'offre de services traditionnels en santé. Le cheminement est long ; les conditions ne sont pas encore toutes réunies pour un véritable démarrage. L'intérêt et la motivation des acteurs impliqués sont là, et la frustration aussi en raison des barrières aux développements et déploiements tels le temps requis pour les décisions, la gestion du financement disponible maintenant concentrée, la longueur des négociations sur la rémunération, le peu de ressources humaines dédiées à la télésanté, tant dans les sites demandeurs que fournisseurs, la marge de manœuvre limitée des équipes terrain ainsi que les manques d'information et de concertation.

L'ensemble des projets décrits précédemment doit démarrer, mais il ne représente qu'une partie d'un véritable projet de télésanté au Québec, un levier vers ce véritable projet. Ce serait un facteur de motivation important pour ceux qui y consacrent tant d'énergie et qui y croient toujours.

Et au Canada ?

Les malaises ressentis au Québec existent aussi ailleurs au Canada. La Société canadienne de télésanté a d'ailleurs reconnu la nécessité de promouvoir beaucoup plus activement la télésanté auprès des politiciens, des décideurs, des intervenants de la santé et de la population qui sont peu informés sur le potentiel de la télésanté, sans oublier les médias, plutôt silencieux sur le sujet⁵. S'agit-il d'un manque d'information sur la télésanté ? Est-elle perçue uniquement comme une technologie ? Est-elle dans l'ombre des dossiers électroniques ? Et quelle est l'influence de l'Inforoute Santé du Canada qui n'a pas réellement fait la démonstration que la télésanté est sa plus grande priorité ?

Avouons que le transfert de plusieurs millions de dollars du budget de la télésanté vers les dossiers électroniques a été perçu comme un signal inquiétant, et que certains craignent que l'histoire puisse se répéter. Il est certain que les millions de dollars d'ISC sont importants pour le Québec, mais on ne peut oublier que sa contribution restera marginale si l'on considère ce qu'elle ne finance pas : les dépenses récurrentes, la mise à niveau des équipements dans les établissements et l'essentiel des ressources humaines nécessaires dans les milieux spécialisés et non spécialisés. La contribution d'ISC doit donc être considérée uniquement comme un moyen de supporter les choix stratégiques de notre système de santé⁶.

Malgré tout, d'autres provinces progressent plus rapidement. Dès 2005, l'Ontario réalisait près de 32 000 téléconsultations auprès de plus de 800 médecins ; en 2008, il y en avait près de 48 000. En Alberta, 500 systèmes actifs sont en place et 23 sessions par tranche de population de 10 000 habitants sont produites. Au Nouveau-Brunswick, depuis 1998, plus de

3 000 patients ont pu, en *postop* de chirurgie cardiaque, bénéficier de télésoins à domicile et éviter des recours à l'urgence et des réhospitalisations trop rapides. Un projet similaire a été développé dans le cadre d'une stratégie de gestion des maladies chroniques. Son évaluation a permis de qualifier ce projet de modèle efficient, riche en enseignements.

Et alors ?

C'est en abordant les principaux facteurs qui influencent le développement, l'implantation, la diffusion, la pérennité et l'évolution de la télésanté que sont identifiées les conditions pour relever le défi de la télésanté. Il faut reconnaître au départ qu'il s'agit d'un défi clinique touchant les pratiques et l'organisation des soins et services avant d'être technologique. Le défi réside donc dans les transformations des pratiques cliniques et administratives, et demande une bonne connaissance et compréhension des conditions de fonctionnement du système de santé et des conditions d'adoption et d'utilisation des technologies en

Dialys – Servir les régions par autobus



Par Dr Robert Charbonneau, néphrologue, CHUQ

L'augmentation constante du nombre de patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale entraîne inévitablement une demande pour des soins de suppléance rénale dans des régions où la population est de faible densité. Les unités d'hémodialyse « satellites » ont été développées pour répondre à ce besoin.

Cependant, les patients traités en suppléance rénale sont de plus en plus vieux et souffrent de plusieurs maladies, en particulier sur le plan cardiaque. Ces patients ont besoin d'une supervision médicale plus serrée. Assurer les soins de suppléance rénale sans la présence d'un néphrologue pour ces patients peut être problématique. Les avancées technologiques rendant possible une supervision à distance de ces patients peuvent être une solution.

Au CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec, l'unité mobile d'hémodialyse « Dialys » répond à ces deux difficultés. Pour Baie-Saint-Paul et Portneuf, le nombre de patients n'était pas assez grand pour justifier la mise en place d'une unité hospitalière de suppléance rénale ; un autobus, où sont installés quelques appareils, permet de prodiguer les soins d'hémodialyse, en alternance, trois jours par semaine pour chacune des villes. Cet autobus quitte Québec chaque jour avec à son bord le personnel infirmier requis pour ces traitements. Un lien satellitaire de visioconférence permet au personnel d'entrer en contact avec le néphrologue responsable de la supervision des traitements d'hémodialyse au CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec. Le médecin peut aussi interroger les patients directement. La caméra a une résolution assez bonne pour pouvoir faire, par exemple, un examen sommaire de la fistule artérioveineuse du patient. Un stéthoscope électronique peut être aussi utilisé.

Au Centre hospitalier de Trois-Rivières, l'équipe néphrologique assure les soins de suppléance rénale pour deux unités satellites situées à Drummondville et à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Un lien de



cause. Pour ces raisons, c'est le leadership clinique qui doit dominer ; les médecins en particulier et d'autres professionnels doivent être au cœur de ces projets.

Pourquoi doit-il en être ainsi ? Parce qu'il faut pouvoir « gérer » les nouveaux partages de rôles et responsabilités entre les médecins, mais aussi avec les autres professionnels ; les impacts sur la distribution et la rétention de certains effectifs médicaux spécialisés et généralistes qui préoccupent les régions ; des changements dans l'organisation des services, comme ceux des soins à domicile, pour réagir rapidement aux premières alertes de décompensations cardiaques ou respiratoires et ainsi réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations ; etc.

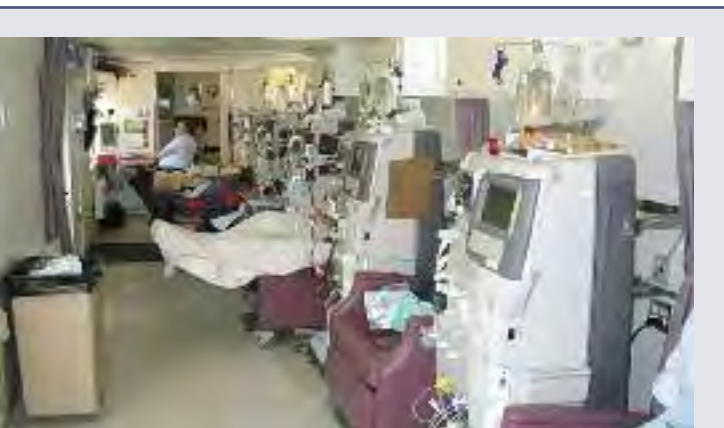
Toutes ces considérations impliquent d'assurer l'existence d'excellentes équipes de direction et de gestion, équilibrées en termes d'expertises clinique, administrative et technique, ayant une vision commune de la télésanté ainsi qu'une bonne connaissance des caractéristiques et conditions de fonctionnement des

processus cliniques et de gestion à transformer. Ces équipes doivent avoir une expérience dans la gestion des nombreuses interfaces et interrelations que la télésanté requiert entre cliniciens, équipes de soins, établissements, services généraux et spécialisés, régions, RUIS et le central. Ces équipes doivent essentiellement avoir de l'expérience « terrain ». Elles doivent savoir développer, innover, adapter et assurer les nombreux changements requis. Il devient alors important d'identifier et de supporter les milieux innovants. Il faut profiter de leur rôle de précurseur en télésanté et apprendre à partir de leurs stratégies. À cet égard, il existe une excellente expertise de recherche et d'évaluation sous-utilisée... Le Québec a la chance d'avoir, dans les CHU et quelques établissements locaux, des équipes avec lesquelles le MSSS, les Agences et les RUIS peuvent construire.

La gouvernance doit s'inspirer d'une stratégie d'ensemble, mais doit être décentralisée et supporter une organisation de type réseau.

La gestion doit s'effectuer là où l'action se passe. Une trop grande centralisation conduit à un excès de bureaucratisation et à des solutions qui, généralement, s'adaptent plus difficilement aux réalités du terrain et ralentissent la prise de décision. D'ailleurs, dans un tel contexte, certains leaders locaux se demandent si parfois il ne serait pas utile de retenir ce que Sérieyx déclare, soit : « les plus belles innovations sont des désobéissances qui ont réussi⁷ ».

CERTAINS LEADERS LOCAUX SE DEMANDENT SI PARFOIS IL NE SERAIT PAS UTILE DE RETENIR CE QUE SÉRIEYX DÉCLARE, SOIT : « LES PLUS BELLES INNOVATIONS SONT DES DÉSOBÉISSANCES QUI ONT RÉUSSI » .



télémédecine en visioconférence permet la supervision des patients et la communication avec le personnel infirmier de ces deux unités. Ce lien permet aussi d'examiner sommairement les patients. De plus, le néphrologue responsable peut consulter à distance le dossier médical et radiologique du patient.

Dans un contexte où le nombre de patients atteints d'insuffisance rénale chronique augmente constamment et que la demande pour des soins d'hémodialyse dans les régions éloignées des grands centres se fait plus pressante, la supervision des soins de suppléance rénale par télémédecine semble promise à un développement important.



Mais le rôle du MSSS est aussi essentiel. La télésanté ne peut vraiment se développer sans orientations stratégiques connues, un fonctionnement optimal des grandes infrastructures comme le RTSSS, des normes et standards pour assurer la compatibilité des systèmes, un financement suffisant et adapté qui tient compte des dépenses mais aussi des gains liés à l'utilisation de la télésanté, et des ententes de rémunération adaptée. Le MSSS doit aussi préciser ses orientations en regard des conditions de partenariats public-privé. Compte tenu de ce qui précède, il importe que les autres organisations provinciales (corporations, fédérations, syndicats) contribuent à assurer les conditions d'exercice et d'organisation optimales pour la télésanté.

L'analyse des rôles et fonctions des différents niveaux d'intervention (local, régional et central) conduit à reconnaître qu'il devrait y avoir beaucoup plus d'efforts pour favoriser des synergies entre ces niveaux plutôt que pour poursuivre le grand débat polarisé entre centralisation et décentralisation !

Des pistes pour la reprise du leadership québécois

Le Québec doit reprendre son leadership en télésanté. Outre les forces du réseau, il existe aussi des défis à relever. Retenons qu'il importe de :

- mieux faire connaître aux cliniciens, gestionnaires, décideurs, citoyens et élus, les valeurs ajoutées de la télésanté, les meilleures pratiques et les conditions optimales d'utilisation ;
- reconnaître la télésanté comme un défi d'abord clinique, mais aussi de gestion, d'organisation et de technologie ;
- s'appuyer sur des orientations stratégiques claires et connues qui reflètent une vision intégratrice des soins et services et des TIC ;
- élaborer des programmes clientèles et des plans d'action qui intègrent le volet télésanté ;
- assurer localement et régionalement, le cas échéant, la présence d'une gouvernance équilibrée (clinique, administrative et organisationnelle) et d'équipes dédiées à la télésanté ;
- répondre aux besoins définis par les demandeurs de services ;
- porter plus d'attention aux besoins locaux de première ligne ;
- investir dans les milieux reconnus pour leur habileté à innover et capitaliser sur les expertises cliniques, organisationnelles, de recherche et d'évaluation avec expérience terrain ;
- se doter d'une stratégie financière et budgétaire qui favorise le déploiement et la pérennité de la télésanté.

Ces conditions pourront se remplir s'il y a mobilisation des gens qui croient à la télésanté.

Mobilisation, maillage et gestion des savoirs

Les principaux acteurs dont dépendent le développement et l'adoption de la télésanté doivent s'engager et se mobiliser. Les médecins sont, avec les autres professionnels, au cœur du système de santé et leur intervention est essentielle pour que la télésanté se développe au Québec. Déjà, plusieurs ont été des leaders dans le domaine depuis le début de la télésanté et soulignent leur intérêt à l'utiliser davantage. Mais plusieurs autres doivent être mieux informés. Les fédérations et associations professionnelles et les médecins eux-mêmes doivent considérer la télésanté comme une priorité pour améliorer l'accès, la continuité, la qualité des services tout en se donnant des conditions optimales d'exercice dans les grands centres urbains et les régions. Les rencontres scientifiques, les conférences, les programmes de développement professionnel continu, le symposium du Réseau québécois de télésanté (RQT) sont des occasions permettant d'intégrer la télésanté dans nos pratiques courantes. Les médecins, bien informés de la valeur ajoutée et des conditions d'utilisation de la télésanté, deviendront des ambassadeurs et influenceront à leur tour les preneurs de décision, les partenaires potentiels, la population et les élus au Québec.

Le Réseau québécois de la télésanté organise un symposium visant à faire connaître la télésanté, ses projets et ses acteurs ; il favorise le partage des connaissances, des expériences et des expertises tout en établissant et consolidant des liens et des réseaux de collaboration. Il favorise aussi le dialogue avec les représentants de l'industrie. Le RQT a créé des liens étroits, des alliances et des partenariats avec des sociétés ayant des objectifs communs ou de même nature, tant au Québec qu'au Canada ou à l'étranger. Des projets conjoints se font avec la Société québécoise d'informatique biomédicale et de la santé (SoQibs), la Société canadienne de télésanté, le Club des acteurs en télésanté (CATEL) en France. Un pôle francophone de la télésanté a été créé, en association avec la Société internationale pour la télémedecine et la télésanté (ISfTeH - International Society for Telemedicine & eHealth). Avec sa vision, ses objectifs et ses activités en lien au savoir et à l'expertise, à la mobilisation d'un large éventail de personnes intéressées et par sa souplesse de fonctionnement, plusieurs considèrent le RQT comme une composante majeure du projet d'intégration des TIC dans les pratiques cliniques et dans l'organisation des soins et services. Certains suggèrent même qu'il soit compris dans une éventuelle stratégie de gestion de changement pour la télésanté.

LA TÉLÉSANTÉ EST UNE
DES COMPOSANTES
MAJEURES QUI
INFLUENCENT
L'AVENIR DE NOTRE
SYSTÈME DE SANTÉ

La télésanté est une des composantes majeures qui influencent l'avenir de notre système de santé. Elle doit se développer de façon cohérente et harmonieuse. Pour ce faire, les médecins doivent faire partie de la solution. Accordons-nous les moyens de réussir tous ensemble à relever ce défi collectif dont nous serons tous gagnants en tant que médecins, acteurs de la santé, gestionnaires, mais surtout citoyens.

LS

Références

- ¹ Fortin JP. Le Québec perd du terrain, beaucoup de terrain... Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 2008;4(1):44-6.
- ² Venne M. Pour en finir avec Les Années Molles. Le Devoir, 7 avril 2009, A-7.
- ³ Toffler A. La richesse révolutionnaire. Paris : Plon, 2007.
- ⁴ Société canadienne de télésanté. Télésanté: ce que l'avenir nous réserve. Kingston : SCT, 2007.
- ⁵ Telehealth Change Management Repository, <http://www.cst-sct.org/cm/>
- ⁶ Lamothe L, Fortin JP. Gestion du changement et L'intégration des technologies dans le continuum de soins : rapports finaux. Ottawa : Santé Canada, Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS), 2007.
- ⁷ Sérieyx A. Mettez du réseau dans vos pyramides : penser, organiser, vivre la structure en réseau. Paris : Village Mondial, 1996.



M^e Sylvain Bellavance
Directeur, Affaires juridiques



La rémunération des activités de télémedecine

Aborder les aspects juridiques de la télémedecine peut se faire sous plusieurs angles. On peut penser notamment à la définition même des activités de télémedecine, aux normes déontologiques applicables, aux éléments de responsabilité civile et professionnelle des intervenants, aux droits des patients, etc.

Or, bien que l'ensemble de ces éléments mérite d'être considéré, l'objectif du présent article est plutôt de s'attarder à la question de la rémunération des activités de télémedecine et aux problématiques légales et de négociation qui en découlent.

Est-ce un service assuré ?

Dans ce contexte, il importe de préciser que depuis le début du régime d'assurance maladie québécois, il a été prévu par règlement que « toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance » devait être considérée comme un service non assuré et, donc, non payable par la Régie de l'assurance maladie du Québec. À ce moment, ou bien le législateur québécois était loin de se douter de l'essor qu'allait prendre la télémedecine au cours des années, ou bien il n'avait pas considéré tout l'impact de cette disposition. On a sans aucun doute voulu s'assurer d'exclure la rémunération des consultations téléphoniques entre un médecin et son patient, mais la réalité est que la formulation de ce texte entraîne des conséquences beaucoup plus vastes.

DEPUIS LE DÉBUT DU RÉGIME D'ASSURANCE
MALADIE QUÉBÉCOIS, IL A ÉTÉ PRÉVU PAR
RÈGLEMENT QUE « TOUTE CONSULTATION PAR
VOIE DE TÉLÉCOMMUNICATION OU PAR
CORRESPONDANCE » DEVAIT ÊTRE CONSIDÉRÉE
COMME UN SERVICE NON ASSURÉ ET, DONC,
NON PAYABLE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE
MALADIE DU QUÉBEC

Il est difficile depuis des années d'aborder le dossier de la rémunération des actes de télémedecine avec les représentants du MSSS sans se buter à cette disposition du règlement. Il faut toutefois aussi reconnaître que les restrictions budgétaires des années 1990 ont fait en sorte de retarder bien des projets de télémedecine au Québec, ce qui n'a pas contribué à mettre la pression nécessaire afin d'aborder la question de la rémunération. Bien que divers aspects de la télémedecine faisaient l'objet de travaux, la question de la rémunération était mise en suspens dans l'intervalle. Certaines mesures de rémunération spécifiques ont été mises en place de façon ponctuelle pour certaines asso-

ciations, mais force est de constater que plusieurs activités de télémedecine n'ont pas fait l'objet de mesures particulières. Ainsi, les médecins impliqués ont souvent dû se résigner à ne réclamer que la tarification déjà prévue à l'Entente, comme si le service avait été dispensé dans le centre hospitalier et non à distance. Bien qu'il ne s'agisse pas de la façon idéale d'être rémunérés pour ces activités, les médecins devaient pallier l'absence de mesures spécifiques et s'assurer à tout le moins de recevoir cette rémunération de base.

Les travaux s'amorcent

Les années 2000 ont toutefois permis à la télémedecine de connaître une certaine évolution. Plutôt que de simplement en parler, on a pu assister à la mise en place de différents projets. Cette évolution découle notamment des investissements plus importants consentis par les gouvernements provinciaux et fédéral au niveau de l'informatisation du réseau de la santé. Des investissements ont donc été faits dans plusieurs hôpitaux afin de favoriser les consultations et l'interprétation d'images à distance.

Cette évolution s'est également fait sentir à la table de négociation bien que de façon encore très embryonnaire. En mars 2002, dans le cadre de sa proposition de renouvellement de l'Accord-cadre, la Fédération insistait sur l'importance de développer la télémedecine et de convenir des modalités de rémunération nécessaires afin de tirer avantage des nouvelles technologies. À cette fin, la Fédération demandait l'adoption d'un protocole de rémunération afin de rémunérer les activités suivantes :

1. La consultation par vidéo ;
2. L'interprétation d'épreuves ou d'images ;
3. Les activités expérimentales en développement ;
4. La garde ou la prise en charge à distance.

Départ embryonnaire qui s'est fait sur fond de conflit avec le ministre François Legault et qui a résulté en une entente sur divers points, mais non sur la mise en place de mesures précises pour la télémedecine. Par la Lettre d'entente n° 145, signée le 1^{er} avril 2003, la FMSQ et le MSSS convenaient toutefois de poursuivre les travaux entrepris au cours des derniers mois sur la rémunération de la télémedecine.

Des interventions ont alors été effectuées par la Fédération afin de conscientiser à nouveau les représentants du MSSS sur la nécessité de modifier le texte du règlement et faire en sorte que les activités de télémedecine soient considérées comme un

service assuré. Or, les années qui ont suivi ont toutefois donné lieu à un autre conflit important avec le MSSS, cette fois avec le ministre Couillard, et les communications ont été pour le moins limitées.

C'est au cours de cette période que le gouvernement a fait modifier la loi afin d'encadrer ce que l'on appelait désormais « les services de télésanté ». On a prévu qu'un établissement de santé ne pouvait offrir à un autre établissement, organisme ou personne, ou obtenir de l'un d'eux, des services de télésanté à moins d'avoir conclu une entente formelle à cet effet. On définissait alors les services de télésanté comme incluant entre autres tout service pratiqué à distance à des fins de diagnostic et de traitement, mais on excluait les consultations par téléphone.

En lien avec ces modifications, le gouvernement a par la suite modifié l'article 22(d) du règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, afin de prévoir désormais qu'était considéré non assuré « tout service fourni par correspondance ou par voie de télécommunication, sauf les services de télésanté visés à l'article 108.1 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, dont la rémunération est payable en vertu de la loi ». De cette façon, bien qu'on ouvrait une porte à la rémunération de services de télésanté, ceux-ci étaient limités à ceux offerts dans le cadre d'une entente de service devant être conclue avec un établissement.

UN BUDGET DE 240 M\$ A ÉTÉ CONSENTI POUR LA MISE EN PLACE DE 24 MESURES DE « RELATION D'AFFAIRES ». PARMI CELLES-CI, LES ACTIVITÉS DE TÉLÉMÉDECINE ONT ÉTÉ CIBLÉES, ET CE, DANS LES TROIS DOMAINES SUIVANTS : LA TÉLÉCONSULTATION, LA TÉLÉIMAGERIE ET LA CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Dans le cadre des ententes qui ont été signées avec le MSSS au cours des années 2007 et 2008, les activités de télémédecine ont à nouveau été abordées. D'abord, une enveloppe de 144,5 M\$ a été consentie afin de rémunérer diverses mesures ciblées, dont « les services médicaux dispensés via un moyen ou une technologie de télécommunication ». Cette enveloppe a toutefois été affectée finalement au financement d'autres mesures ciblées telles la garde et la rémunération universitaire. Toutefois, un autre budget de 240 M\$ a été consenti pour la mise en place de vingt-quatre (24) mesures de « relation d'affaires ». Parmi celles-ci, les activités de télémédecine ont à nouveau été ciblées, et ce, dans les trois domaines suivants : la téléconsultation, la téléimagerie et la consultation téléphonique. C'est dorénavant à partir de ce budget que seront financées les nouvelles mesures de rémunération concernant la télémédecine.

C'est donc depuis peu que les activités de télémédecine font l'objet de négociation spécifique. Dans ce cadre, la Fédération insiste sur l'importance de mettre en place une rémunération incitative pour certains actes de télémédecine, et ce, afin de tenir compte des efforts additionnels déployés par les médecins lorsque des services sont dispensés à distance.

Un premier projet fédératif ayant vu le jour récemment a été celui concernant la communauté Attikamekw de Manawan. Ainsi, un projet de télésanté entre le CSSS du Nord de Lanaudière et la communauté Attikamekw de Manawan a été mis en place afin d'offrir à distance des services de santé en obstétrique-gynécologie et en oto-rhino-laryngologie aux membres de cette communauté. Afin d'assurer la rémunération des médecins spécialistes concernés, la Lettre d'entente n° 162 a été conclue entre la Fédération et le MSSS. Cette lettre d'entente prévoit que les médecins spécialistes qui dispensent des services à distance par le biais des moyens de technologie mis en place dans le cadre de ce projet conservent le mode de rémunération qui leur est actuellement applicable au sein du Centre hospitalier régional de Lanaudière. De plus, tous les services médicaux dispensés à un patient dans le cadre de cette entente sont rémunérés selon la tarification applicable en externe et à laquelle s'ajoute une majoration de 25 % afin de tenir compte entre autres du temps additionnel devant être consacré à la dispensation de services par le biais de moyens de télécommunication. Également, la règle limitant la facturation d'une visite principale par quatre mois en externe ne s'applique pas.

En plus de cette entente, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008, des discussions sont actuellement en cours afin de permettre de développer d'autres projets de télésanté au Québec. Des échanges ont déjà débuté concernant un projet de rémunération en télépsychiatrie. Est également abordé le projet de télépathologie du RUIS de l'Université Laval, lequel vise à rendre certains services disponibles pour les hôpitaux régionaux où il y a absence de pathologistes ou qui nécessitent une seconde opinion diagnostique.

Il n'y a aucun doute que les projets de télésanté sont appelés à se développer davantage au cours des prochains mois. On ne peut que s'en réjouir, sachant que le Québec est en retard à ce niveau en comparaison avec d'autres provinces canadiennes ayant déjà mis en place des mesures de rémunération spécifiques pour la télémédecine. Tout comme ce fut le cas dans ces provinces, il importe de mettre en place des mesures de rémunération incitatives, et ce, non seulement afin de reconnaître les éléments de lourdeur associés à ces activités et la responsabilité qui en découle pour le médecin, mais également afin d'en favoriser le développement.

Si vous avez des projets de télésanté dans votre milieu, n'hésitez donc pas à les transmettre à la Fédération.



Bernard Têtu M.D.
Directeur médical,
Projet de télépathologie du RUIS-Laval



Le projet de télépathologie du RUIS de l'Université Laval

Alors que la spécialité en anatomopathologie vit une grave pénurie d'effectifs, les pathologistes n'ont jamais été autant sollicités pour participer à l'amélioration de la prestation et de la qualité de soins. Par exemple, l'introduction de thérapies beaucoup plus ciblées et individualisées en oncologie a amené les services de pathologie à adopter des modèles de comptes rendus plus structurés, mais en même temps beaucoup plus complexes à appliquer. Les programmes de lutte contre le cancer au Canada et au Québec sont en voie de faire adopter ces comptes rendus standardisés à l'ensemble des pathologistes. Tout ceci se fait dans un contexte où la spécialité peine à se renouveler. En effet, pour toutes sortes de raisons, dont le manque d'exposition au préclinique, le recrutement de nouveaux résidents s'est avéré difficile ces dernières années; l'anatomopathologie est souvent perçue comme une discipline peu technologique où le seul outil de travail est encore le microscope.

Cet intérêt accru pour l'anatomopathologie par les instances gouvernementales ces dernières années tient au rôle central du diagnostic histopathologique dans la démarche clinique. Les récents incidents impliquant notre spécialité à Terre-Neuve ainsi qu'au Nouveau-Brunswick sont la démonstration la plus éloquente de l'importance du pathologiste dans les décisions thérapeutiques.

Les chirurgiens et administrateurs des milieux hospitaliers dépourvus de pathologistes ou de laboratoire de pathologie connaissent bien les limites liées à cette lacune. Dans ces milieux, certains chirurgiens hésitent à opérer les patients porteurs d'un cancer puisqu'il est impossible d'avoir accès aux examens extemporanés qui permettent au chirurgien d'orienter son acte chirurgical. Dans d'autres milieux où les pathologistes ne sont présents que quelques jours par mois, la liste opératoire doit être adaptée en conséquence, ce qui alourdit le processus déjà complexe en soi. Dans d'autres cas, la liste opératoire doit tenir compte des vacances du pathologiste. Ceci laisse donc peu de flexibilité au système et ne permet pas de répondre aux situations imprévisibles.

De plus, devant la complexité croissante des diagnostics histopathologiques, les pathologistes en milieu universitaire se consultent régulièrement afin de bénéficier de l'expérience de collègues plus habitués avec certains types de maladies. Les pathologistes en pratique solo doivent souvent consulter des collègues en milieu universitaire pour certains cas difficiles dont le diagnostic précis peut changer radicalement l'approche thérapeutique. Les pathologistes du CHUQ, par exemple, reçoivent de nombreuses consultations de collègues de tout l'est du Québec et même d'ailleurs. Dans ces cas, les lames à examiner doivent

être livrées au consultant par courrier ou par service de messagerie, ce qui retarde d'autant l'émission du compte rendu final et le début du traitement.

La télépathologie apparaît, à cet effet, une approche innovatrice pouvant, non pas remplacer le pathologiste, mais aider à la fois les chirurgiens, les pathologistes et les gestionnaires à rendre les services de diagnostic histopathologique plus efficaces.

Le RUIS-Laval compte actuellement 48 pathologistes, répartis dans 14 établissements. La grande majorité de ces pathologistes est concentrée en milieu universitaire, alors que la plupart des hôpitaux régionaux sont desservis par 1 ou 2 pathologistes; certains n'ont accès qu'à des pathologistes dépanneurs. Tout ceci rend l'organisation des soins cliniques difficile, occasionne des ruptures de service et entraîne un isolement professionnel.

Le projet de télépathologie du RUIS-Laval propose donc :

- 1. d'assurer des services d'extemporanés à des institutions où il y a absence de pathologiste ;**
- 2. la possibilité de consulter rapidement des collègues pathologistes pour une seconde opinion diagnostique ;**
- 3. la possibilité de partager le service de garde dans les hôpitaux à effectifs réduits ;**
- 4. le retour plus rapide en région de résultats d'examens d'immunohistochimie, effectués uniquement en milieu universitaire, permettant ainsi aux pathologistes des hôpitaux régionaux de finaliser certains comptes rendus plus rapidement.**

Il est intéressant de noter par ailleurs que les rapports des deux commissions d'enquête relatives aux problèmes survenus tant à Terre-Neuve qu'au Nouveau-Brunswick recommandent précisément de donner accès aux pathologistes de leurs territoires respectifs à des services de télépathologie afin de leur permettre de se consulter plus facilement et d'améliorer ainsi la qualité des soins aux patients.

L'équipement nécessaire à la télépathologie comprend trois composantes précises : une plate-forme de macroscopie, un numériseur de lames et un système de visualisation des images. Le système de macroscopie permet la visualisation à distance et en temps réel du spécimen à examiner pendant une intervention chirurgicale. Ceci permet au pathologiste de discuter avec le chirurgien à distance afin d'orienter le choix du prélèvement à effectuer pour l'examen peropératoire. Une coupe histologique est préparée et numérisée. L'image numérisée est ensuite transmise par le RTSS vers le centre hospitalier où se trouve le

pathologiste de garde. Le système de visualisation des images comprend le matériel et les logiciels nécessaires à la distribution et à la visualisation des images associées aux lames numérisées (lames virtuelles), permettant ainsi au pathologiste à distance d'établir son diagnostic.

Il est prévu que le service de garde en extemporané pour quelques hôpitaux dépourvus de pathologistes sera assuré dans certains cas par des pathologistes de la même région et pour d'autres, par une équipe de pathologistes des différents hôpitaux universitaires de Québec. Plusieurs pathologistes agiront en tant que consultants auprès de collègues pathologistes en région. Ceci permettra donc à tous les hôpitaux en rupture de service d'avoir accès à des services de pathologie en urgence et aux pathologistes pratiquant seuls, de consulter des collègues en temps réel. Les pathologistes pourront également mieux gérer les services d'extemporanés qui pourront se faire éventuellement soit à domicile soit par des collègues qui assureront le service pendant une absence pour vacances ou maladie. En d'autres mots, la télépathologie permettra de réduire les déplacements de pathologistes qui entraînent délais et coûts supplémentaires. Nous sommes sûrs que ce réseau favorisera la rétention de pathologistes et de chirurgiens en région et en favorisera le recrutement. La télépathologie aidera également les milieux universitaires en permettant une meilleure gestion des absences dans les laboratoires satellites et en rendant la pratique plus attrayante.

Un peu d'histoire...

L'histoire de cette aventure commence au début des années 2000 avec la participation du Dr Réal Lagacé, pathologiste retraité du CHUQ, au développement d'un système de télépathologie avec l'aide d'une entreprise de Québec. Le produit final n'a malheureusement jamais vu le jour, mais cette expérience a permis à quelques pathologistes du CHUQ de se familiariser avec cette technologie. En 2004, nous avons assisté à l'instauration des RUIS comme structure d'organisation des services dans le réseau de la santé. Au même moment, Inforoute Santé du Canada annonçait des investissements majeurs pour l'informatisation de la santé à travers le pays dont un montant de 150 M\$ devait être investi plus spécifiquement en télésanté. Des comités ont alors été formés dans chacun des RUIS pour proposer des projets porteurs en télésanté au Québec. Le RUIS-Laval, avec ses expériences antérieures en télépathologie, a été choisi par le MSSS pour développer un projet ambitieux et ainsi doter plusieurs hôpitaux du territoire du RUIS-Laval d'équipements de télépathologie. Enfin, un comité d'experts, composé de 18 pathologistes des milieux universitaires et non universitaires, se réunit régulièrement par visioconférence afin de faire le suivi du projet, de s'assurer de sa pertinence et de participer à la rédaction d'un guide de procédures cliniques. Toute l'équipe de télésanté travaille en étroite collaboration et en constante synergie depuis le tout début du projet.

En juin 2005, la phase 0 du projet a débuté. En avril 2006, le premier ministre annonçait son plan d'informatisation du secteur de la santé et des services sociaux, qui incluait les applications

pour offrir les services de télésanté. En novembre 2006, le ministère de la Santé approuvait le volet clinique du projet. En janvier 2007, le projet était approuvé par le directeur du programme de télésanté d'Inforoute Santé du Canada. En décembre 2007, une rencontre regroupant les pathologistes du RUIS-Laval, le Collège des médecins du Québec, l'Association des pathologistes du Québec et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a été organisée pour discuter de l'aspect médico-légal de la télépathologie et de l'importance de procéder à une recherche évaluative prospective lors du déploiement de cette nouvelle technologie dans notre réalité clinique. En janvier 2008, le manuel d'organisation du projet de télépathologie a été officiellement approuvé par le MSSS avec un budget de 6 millions \$. En février 2009, un appel d'offres a été déposé pour le choix de la technologie et en avril 2009, nous procédions, en collaboration avec des membres de notre comité d'experts, à une évaluation clinique et technique des différents équipements et au choix final de la technologie. Nous prévoyons entreprendre le déploiement en juin 2009 et procéder à l'évaluation prospective de la technologie pour nous assurer de sa fiabilité dans notre réseau clinique. De façon concomitante, nous avons procédé à la mise en place de processus de gestion du changement et de

Le souhait de Médecins Sans Frontières

Un projet qui se réalisera sans doute un jour...



Photo : Kris Torgeson

Dr^e Joanne Liu

En septembre dernier, au Congo, un jeune homme de 23 ans a été amputé du bras et de l'épaule gauches qui étaient tous deux atteints par la gangrène. Or, le chirurgien ayant procédé à l'amputation, un médecin spécialiste en chirurgie vasculaire d'origine britannique œuvrant volontairement à l'organisation humanitaire Médecins Sans Frontières (MSF), n'avait jamais réalisé une telle amputation auparavant et savait qu'elle était très risquée. Il a donc envoyé un message

texte (SMS) demandant à un confrère de l'aider et de lui fournir quelques pistes pour réaliser cette délicate intervention médicale. Quelques heures plus tard, ce dernier lui a retourné un long message décrivant, point après point, toutes les étapes à suivre, les difficultés qui pourraient être rencontrées et des conseils médicaux.

L'opération fut un succès et l'histoire fit le tour de la planète. Du fond de l'Afrique, un médecin venait de démontrer une application non conventionnelle de la télémedecine grâce à un téléphone cellulaire!

Cette vision de l'entraide au-delà des frontières terrestres, la présidente actuelle de MSF-Canada, Dr^e Johanne Liu, en avait fait un défi et un objectif personnel. «Aujourd'hui, nous avons tous les outils en mains pour travailler de la sorte. Nous pouvons organiser



formation du personnel. Il est prévu de compléter le déploiement progressif de tous les équipements dans les 6 régions du RUIS-Laval sur une période de 18 mois avec un processus prospectif d'évaluation de la technologie et de l'acceptation par les équipes médicales.

Nous croyons que ce projet améliorera la qualité des soins sur tout le territoire du RUIS-Laval. Il aura un impact positif sur la visibilité de notre spécialité, se traduira par un meilleur recrutement de nouveaux résidents dans le programme de pathologie et par un meilleur pouvoir d'attraction de pathologistes tant en milieu universitaire qu'en région au Québec. Également, ce projet permettra de donner une image un peu plus moderne et technologique à notre spécialité. Enfin, la transmission facile d'images et d'informations pertinentes facilitera la formation continue en région et l'enseignement en milieu universitaire.

La mise en place de ce projet nécessite également l'adoption de mesures de rémunération adéquate pour les médecins spécialistes qui y participent. Les négociations ont débuté entre la Fédération et le MSSS afin de conclure rapidement une entente à cet égard.



un réseau au-delà des frontières. Il existe un puissant lien inné de collégialité auquel les médecins sont désireux de collaborer.»

Tout au long de son mandat, qui prendra fin sous peu, D^{re} Liu a jeté les bases de travail pour l'organisation d'un réseau d'entraide où chaque médecin volontaire serait couplé avec d'autres collègues. En cas de besoin, ils auraient donc accès à des confrères ou consœurs pour valider leur diagnostic, trouver des données médicales ou obtenir des conseils. Cela permettrait aussi à des médecins qui ne peuvent participer à une mission, que ce soit pour des raisons professionnelles ou personnelles, de le faire.

D^{re} Liu a d'ailleurs pu s'entretenir avec des spécialistes en la matière. La Swinfen Charitable Trust, créée en 1999, s'intéresse particulièrement à ce maillage entre médecins de pays du Tiers-monde et médecins des pays industrialisés. Cette fondation a d'ailleurs financé un projet de recherche portant sur l'utilisation des courriels dans un contexte de collaboration entre coopérants médicaux envoyés au Moyen-Orient et des collègues non coopérants¹. Pour la Fondation Swinfen, la télémedecine est un outil incontournable visant à supporter les acteurs de la santé qui ne peuvent avoir de contacts réguliers avec des pairs. Les bénéfices pour la santé des populations qui ne disposent pas des hôpitaux modernes sont également un enjeu majeur dans la mire de la Fondation, car cela permettra une meilleure utilisation des ressources disponibles sur place.

Le projet de la D^{re} Liu n'est pas encore au point ; selon elle, il reste encore beaucoup de travail à faire sur divers aspects liés, par exemple, à la responsabilité médicale, à l'organisation terrain, à la mise sur pied des équipes de travail ou encore sur les heures de garde. « Je reste cependant sûre que ce projet de télémedecine verra le jour. »

¹ J Med Internet Res 2007, vol. 9 no. 4 e30 p.1-9

Pour en savoir plus

Plusieurs documents, articles, études et sites Internet sont dévolus à la télémedecine et à ses enjeux. Voici quelques références d'intérêt traitant des enjeux de nature déontologique, juridique et de responsabilité médicale.

Enjeux déontologiques

La pratique de la médecine peut différer d'un pays à l'autre ; au Canada, plusieurs aspects déontologiques varient d'une province à l'autre. Dans un contexte où les frontières deviennent virtuelles, il apparaît donc nécessaire de poser les jalons d'une nouvelle organisation des soins.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a été un des premiers ordres professionnels à émettre, en mai 2000, une position sur l'exercice de la télémedecine. Le Collège se dit avant tout responsable des médecins, de la population et de la prestation des soins médicaux du Québec.

Vous pouvez obtenir l'énoncé de position du CMQ au http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/1B28E4682D374363B0E9F71BC25A4351.ashx?sc_lang=fr-CA&633771321308352500.

Responsabilité professionnelle

Qui est responsable au juste ? Le médecin qui a fait le diagnostic et proposé un traitement et qui est à des milliers de kilomètres du patient ou celui qui se trouve à son chevet et qui administre le traitement ? Qu'en est-il si le médecin traitant est à l'extérieur du pays et est appelé en consultation pour son propre patient ?

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) indique d'entrée de jeu que les médecins doivent encore faire preuve de prudence à cause du manque de règlements, de normes, de lignes directrices et de jurisprudence dans les activités qui sont liées à la télémedecine. L'ACPM a publié quelques articles illustrant certaines problématiques encourues et l'assistance qu'elle peut fournir à ses membres.

Deux articles à souligner :

Problèmes médico-légaux découlant des nouvelles technologies en soins de santé. https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2007/pdf/com_is0777-f.pdf

L'assistance de l'ACPM lors de poursuites en justice découlant de la pratique de la télésanté : la technologie réduit la pertinence du lieu où se trouve le médecin. http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/member_assistance/com_is0661-f.cfm

Enjeux juridiques

Le Barreau du Québec a publié un court article portant sur les enjeux juridiques et déontologiques de la télémedecine. Cette recherche de M^{re} Frédéric Pérodeau vise à cerner les enjeux majeurs découlant de cette nouvelle forme de pratique de la médecine. L'auteur cite et analyse les textes de loi, les positions officielles (par exemple, la position du CMQ) et les jurisprudences disponibles.

La télémedecine : enjeux juridiques et déontologiques

http://www.medicine.mcgill.ca/Ruis/Docs/telesante/T%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine_enjeux%20juridiques%20et%20d%C3%A9ontologiques.pdf



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

NOUVEAU !

**SUR LE SITE INTERNET
DE LA FMSQ**

Section « Inscrivez-vous ! »

**Vous organisez un événement ?
Faites-le savoir !**

(Des frais minimes s'appliquent)

Publicité

**Vous voulez rejoindre
les médecins spécialistes
du Québec ?**

Un simple coup de fil : 514 350-5274

**Demandez notre carte des tarifs
dès maintenant : fcadieux@fmsq.org**

SERVICES AUX MEMBRES DE LA FMSQ AVANTAGES COMMERCIAUX

NOS FILIALES

**groupe.fonds des
professionnels**

**Groupe Fonds des
professionnels**

www.groupefdp.com

Sogemec
ASSURANCES

**Sogemec
Assurances**

www.sogemec.qc.ca

NOS PARTENAIRES

Bell

Bell

www.bell-association.ca

club voyages
Berri

Club Voyages Berri

514 288-8688

GROUPE SOLUTION

Groupe Solution

COURTIER AUTOMOBILES ET CAMIONS

www.groupesolution2.com

HÔTELS
Fairmont

Hôtels Fairmont

www.fairmont.com

HYATT
REGENCY
MONTREAL
CENTRE-VILLE

**Hyatt Regency
Montréal**

www.montreal.hyatt.ca

laPersonnelle
Assurance de groupe auto, habitation
et entreprise

La Personnelle

www.sogemec.lapersonnelle.com

Rabais Campus
ABONNEMENTS

Rabais Campus

ABONNEMENTS

www.rabaiscampus.com

RBC

**RBC
Banque Royale**

www.rbcbanqueroyle.com/sante

PARK'N FLY

Park'n Fly

SERVICE DE STATIONNEMENT

www.parknfly.ca

**Pour tout savoir sur les avantages
commerciaux réservés aux membres de la
FMSQ, visitez le www.fmsq.org/services**



LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

Patricia Kéroack
CONSEILLÈRE EN COMMUNICATION

D^r Denis Marleau, précurseur de l'hépatologie au Québec



D^r Denis Marleau

En 1963, le Professeur T.E. Starzl de Denver au Colorado tentait la toute première greffe de foie chez un enfant de trois ans. Cette tentative échoua malheureusement, mais elle ouvrit la porte à une nouvelle discipline médicale qui, quelques années plus tard, allait réussir et donner un tout nouveau sens aux transplantations hépatiques.

«Le foie est un organe fin qui a une identité complète dans le corps. Quand le foie se dérègle, c'est l'ensemble des systèmes du corps humain qui se dérègle. À ce moment, des répercussions peuvent être ressenties sur le système neurologique, les reins, le cœur, les poumons, etc. Le foie peut aussi engendrer beaucoup de maladies infectieuses. Autrement dit, un foie malade peut avoir des répercussions multisystémiques.» Ce sont là, quelques mots soutirés au D^r Denis Marleau. Comprendre un peu ce qu'est le foie permet de comprendre qui est le D^r Marleau, un médecin complet qui, sans le dire officiellement, a un but et s'y investira toute sa vie.

Pourquoi l'hépatologie ?

L'hépatologie naît à la fin des années 1950. Les hépatologues sont alors rares, mais ceux qui débutent font rapidement avancer cette science et lui donnent ses lettres de noblesse. C'est le cas notamment du docteur André Viallet qui a travaillé aux États-Unis et en Europe. «Le docteur Viallet arrive au Québec au milieu des années 1960 avec le projet de fonder un service d'hépatologie ; il se cherche alors des gens pour l'appuyer. À ce moment, j'étais un interne. C'était un excellent vendeur ! Je voulais à tout prix faire de la médecine interne et il m'a démontré que l'hépatologie c'était de la médecine interne. C'est comme ça que tout a débuté.»

Il y a tout au plus une dizaine d'hépatologues au Québec, une surspécialité issue de la gastroentérologie ou de la médecine interne, car les deux spécialités s'intéressent au foie, à son fonctionnement et aux multiples pathologies qui y sont associées. Déterminé à devenir un spécialiste des maladies du foie (l'utilisation du mot hépatologie n'est pas encore très répandue à ce moment), le D^r Marleau entreprend un premier Fellowship en hémodynamique hépatique avec le Professeur Viallet, puis un autre à Paris avec le docteur Benhamou. Il pratique ensuite à l'Hôpital Saint-Luc ainsi qu'à l'Hôpital général de Montréal où, sous l'autorité du directeur Carl Gorecki, il effectue un troisième Fellowship, cette fois en microcirculation hépatique.

L'idée du D^r Marleau est pourtant claire : lui aussi veut réussir à transplanter des foies. Après les échecs du début des années 1960, plusieurs essais ont été faits et certains travaux ont laissé présumer que la greffe hépatique serait bientôt possible. L'utilisation de la cyclosporine, débutée en 1979 (mais dont l'utilisation ne sera autorisée qu'en 1983 par le US Surgeon General), démontre déjà des résultats extraordinaires chez les greffés. Désirant se

préparer adéquatement, il profitera d'une année sabbatique pour poursuivre une formation en épidémiologie clinique sous la direction du Professeur Feinstein, pour lequel il n'aura que des éloges. Puis, avant son retour à Montréal, il en profitera pour aller visiter des centres de transplantation hépatique américains et voir «de ses yeux» ces réussites.

De retour à l'Hôpital Saint-Luc, D^r Marleau obtiendra le droit de procéder à des travaux de recherche préparatoires dans son laboratoire ; la direction ne l'autorise qu'à travailler seulement sur de petits animaux, le laboratoire n'étant pas adapté pour en recevoir de plus gros. «Le laboratoire était situé au 3^e étage du centre de recherche. C'était difficile d'accès. Pour faire entrer les animaux, il fallait passer par des endroits où il y avait des patients. Mais, il nous est arrivé de faire des tests sur de plus gros animaux, à l'insu du directeur. En dehors des heures normales, on transportait un chien (bien couvert) sur une civière pour que personne ne s'en aperçoive !» Ce n'est qu'après avoir entièrement simulé les activités de transplantation sur les animaux (sur une longue période de temps), et après avoir simulé le tout avec tous les intervenants d'un bloc opératoire, que le D^r Marleau passera à la greffe chez un sujet humain.

Avec les années, et surtout grâce à l'apport du D^r Marleau, le Québec s'est taillé une place de choix dans les travaux de recherche en hépatologie. Le Québec est aujourd'hui le leader de la transplantation hépatique au Canada en effectuant annuellement le quart des transplantations, soit une centaine.

Hépatologue, mais aussi...

Dès que le D^r Marleau obtient ses certifications de spécialiste en médecine interne et en gastroentérologie, son cursus fait de lui un candidat idoine pour transmettre son savoir aux futurs médecins. Il commencera à enseigner dès 1972, et enseigne encore aujourd'hui aux résidents de 3^e année.

Il participe aussi au comité de promotion de l'Université de Montréal où il doit prendre connaissance et évaluer les thèses présentées pour ensuite les sanctionner. «C'est formidable, je découvre des choses ou des chercheurs dont je ne connaissais même pas l'existence. Il y a là des gens qui ont une renommée internationale à cause de leurs travaux de recherche. Je me sens vraiment au cœur de l'Université. C'est beaucoup de travail ; tous mes week-ends de janvier à avril y sont consacrés. Je reçois environ 25 dossiers par semaine dans cette période.» Au nom de toutes les personnes qui ont bénéficié des travaux réalisés au cours de la carrière de cet hépatologue émérite, nous remercions chaleureusement le D^r Denis Marleau, notre grand nom de la médecine au Québec.





D^r Gilles Hudon

DIRECTEUR,
OFFICE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

De l'importance de l'unité de développement professionnel continu d'une association affiliée et de son responsable

En mars, la direction des Études médicales du Collège des médecins du Québec (CMQ) nous transmettait les normes révisées du Comité d'agrément de l'éducation médicale continue (CAÉMC). Rappelons que le CAÉMC est un comité canadien chapeauté par l'Association des facultés de médecine du Canada et réunissant comme partenaires l'Association médicale canadienne, le Collège canadien des médecins de famille, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), la Fédération des ordres des médecins du Canada et le Collège des médecins du Québec. C'est ce comité qui édicte les normes utilisées pour les agréments des unités d'éducation médicale continue (ÉMC) et de formation professionnelle continue (FPC) des universités canadiennes et des organisations professionnelles, dont la FMSQ. Pour l'Office de développement professionnel (ODP), c'est le signal qu'il est temps de préparer la prochaine visite d'agrément des 36 unités de développement professionnel continu (DPC) de la Fédération (l'Office lui-même, les 34 associations affiliées et la Société des experts en évaluation médico-légale du Québec). À cette fin, l'Office a mis sur pied un programme de formation destiné aux responsables des unités de DPC des associations affiliées. Il s'agit d'un programme en quatre phases, comprenant chacune un thème principal, à savoir :

- La gestion des ressources humaines et des connaissances de l'unité de DPC ;
- L'analyse des besoins des membres et de la société ;
- Le développement, l'ajustement et l'évaluation d'un plan stratégique ;
- La facilitation de l'apprentissage autogéré.

Chacun de ces thèmes doit faire l'objet d'une présentation interactive lors d'une réunion du Conseil de développement professionnel de la FMSQ. Ces réunions biannuelles (en avril et octobre), auparavant des réunions d'information, ont été transformées depuis trois ans en activités de formation accréditées dans le cadre de la section I du Programme de maintien du certificat du CRMCC.

Les trois derniers thèmes seront discutés à l'automne et en 2010. Le premier thème, *La gestion des ressources humaines et des connaissances de l'unité de DPC*, a été présenté le 21 avril 2009, alors que se tenait dans les locaux de la Fédération la 104^e réunion du Conseil de développement professionnel de la FMSQ : 33 des

35 représentants des associations y participaient, de même que 20 directrices et adjointes administratives.

L'unité de DPC d'une association affiliée : une entité importante

L'unité de DPC est en effet le maillon central dans la chaîne des responsabilités que nous impose le CMQ en termes de DPC, dont le but ultime, ne l'oublions pas, est l'amélioration constante de la qualité des soins à nos patients. Les normes de l'agrément consacrent l'un de ses quatre chapitres aux normes et critères auxquels doivent se conformer les unités d'ÉMC / de FPC des organisations apprenantes, soit : *L'unité d'ÉMC / de FPC possède une structure organisationnelle et décisionnelle conçue pour satisfaire à sa mission, à ses buts et à ses objectifs ; elle veille à ce que sa gouvernance, ses opérations et ses activités satisfassent aux normes professionnelles, éthiques et juridiques acceptées ; elle possède et gère des ressources financières suffisantes pour satisfaire à sa mission, à ses buts et à ses objectifs. Cela comprend et requiert l'appui de l'organisation* (dans notre cas, c'est l'association qui est ici visée). *L'unité d'ÉMC / de FPC possède et gère des ressources humaines et administratives ; elle possède ou a accès à suffisamment de ressources en matière d'installations pour satisfaire à sa mission, à ses buts et à ses objectifs ; elle possède un système efficace pour entreposer et utiliser des dossiers sur ses processus décisionnels, ses opérations générales et la participation des apprenants. L'unité fournit aux participants de la documentation de participation le cas échéant ou sur demande.* Le CAÉMC s'attend donc à ce que toute organisation impliquée dans le DPC de ses membres s'engage à y consacrer des ressources humaines, matérielles et financières.

Il y a dix ans, certaines associations possédaient à peine un tiroir de classeur dans lequel s'accumulaient certains documents. Depuis lors, de grands progrès ont été faits et toutes les associations possèdent, à des degrés plus ou moins importants de développement, une structure digne de mention. L'une des difficultés majeures pour l'Office dans ses relations avec les unités de DPC des associations vient du changement trop fréquent des intervenants. La continuité est fondamentale dans la poursuite de tout objectif. Les adjointes administratives et directrices sont, la plupart du temps, plus longtemps à l'emploi d'une association que n'est en poste le responsable d'une unité de DPC. L'Office avait pris l'initiative, il y a maintenant plusieurs années, de donner des formations en DPC aux directrices et adjointes administratives, pour ensuite, en accord avec les médecins

responsables, les inviter à assister aux réunions de formation du Conseil de développement professionnel, ce qu'elles font en grand nombre depuis maintenant trois ans. Leur assiduité apporte un élément de continuité important à la fois dans la transmission des documents et la compréhension des responsabilités.

Par ailleurs, le taux de roulement des responsables des unités de DPC reste encore trop élevé, du moins pour plusieurs associations. Lors de la dernière réunion, la question fut posée : Combien d'entre vous étaient présents lors de la dernière visite d'agrément de 2006 ? Peu de mains se sont levées. Et en corollaire, combien d'entre vous seront présents lors de la prochaine visite d'agrément du CMQ en 2011 ? À nouveau, quelques mains, parfois hésitantes, se sont levées. Faut-il croire que devenir responsable de DPC pour son association soit une punition ? Ou au contraire, peut-on rendre la tâche agréable et formatrice, et le poste convoité ? L'expérience acquise peut être utile ailleurs en milieu hospitalier et académique et paver la voie à une promotion universitaire...

Une partie de la solution : planifier la relève

Planifier la relève, c'est développer un plan et un processus pour faire face aux changements qui surviennent lorsque des personnes occupant des postes clés partent, afin d'assurer le fonctionnement continu de l'organisation, conformément à la mission et aux objectifs actuels et futurs. En l'absence d'un tel plan, le responsable de l'unité de DPC sera souvent un volontaire désigné, peu informé sur ses rôles et responsabilités, sans grande connaissance de la discipline du DPC et des ressources disponibles : sans préparation, il se retrouve à faire un apprentissage sur le tas et une charge de travail imprévue, percevant sa nouvelle tâche comme une obligation ou une punition. Si en plus elle est assortie d'une absence de reconnaissance de ses pairs, le nouveau responsable développe vite un sentiment d'impuissance et devient rapidement enclin à l'abandon prématuré. Pour l'association, un taux de renouvellement élevé de responsable amène un recrutement difficile de membres du comité, une perte d'expertise, une perte des réseaux de collaborateurs et de partenaires, résultant en peu d'innovation pédagogique et en une perte de crédibilité. Au contraire, la planification de la relève amène stabilité et viabilité à l'organisation, avec continuité des services aux membres ; elle évite de recréer les systèmes et les processus tout en préservant les relations avec les partenaires : l'organisation est vraiment apprenante et innovante. La littérature nous enseigne que parmi les éléments facilitant un recrutement et augmentant la rétention en rehaussant l'attrait d'un poste, on retrouve la reconnaissance de la valeur du poste par les pairs, un travail stimulant qui s'insère dans une planification et un cheminement de carrière tout en assurant formation et perfectionnement. Une unité de DPC, c'est un comité de plusieurs membres qui se partagent une tâche sous la direction d'un président expérimenté, un comité où le nouveau s'intègre progressivement et acquiert les connaissances et le savoir-faire nécessaires et où le transfert des responsabilités se fait progressivement.

Que peut faire l'ODP de la FMSQ ?

Afin de bien accueillir le nouveau responsable de l'unité de DPC d'une association, l'ODP a préparé pour lui (ou elle) une description des tâches et responsabilités des membres du comité et de celles de l'association (http://www.fmsq.org/pdf/medecins/f/description_taches.pdf). L'Office a également préparé une trousse d'introduction qui contient différents documents, dont un des articles pertinents, des formulaires types et un exemplaire du *Vade-mecum en éducation médicale continue* publié par le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec. L'Office offre à chaque responsable de le rencontrer personnellement afin de le sensibiliser à ses nouvelles fonctions et lui offre en permanence un encadrement dont il peut se prévaloir en tout temps. L'Office demande à chacun des responsables d'assister à un atelier d'une journée de formation des formateurs *F-201, les quatre phases du cycle des apprentissages*, atelier offert gratuitement deux fois par an par l'ODP de la FMSQ à tous ceux et celles intéressés par le DPC (dans votre association, votre service hospitalier ou votre département universitaire).

Que peut faire l'association pour soutenir le responsable de sa propre unité de DPC ?

La description des tâches et responsabilités des membres de l'unité de DPC est assortie d'une description des responsabilités des associations elles-mêmes, afin de les guider dans le choix des membres de leur unité ou comité de DPC et de son président ou responsable. Il va sans dire que le président ou responsable en sera la principale personne ressource ; il devra impérativement être assisté d'un comité pour l'aider dans ses fonctions, composé de membres qui auront été choisis pour assurer la meilleure représentativité possible de tous les membres de l'association (milieux académique et non académique, régions urbaines, intermédiaires et éloignées) ; le nombre de membres du comité pourra varier en fonction de la taille de l'association. L'association devrait choisir avec soin le responsable de son unité de DPC. Il s'agit d'un poste qui devrait être annoncé, avec engagement de l'association de soutenir son responsable. Il est intéressant de noter que, selon un sondage que nous avons fait en février 2006, 30 % des associations avaient répondu compter au moins un membre avec une expertise en andragogie/ DPC/FMSQ ; curieusement, ces médecins ne sont pas toujours sollicités afin de participer au comité de DPC.

Les critères d'agrément du CMQ stipulent que toute association affiliée doit fournir des ressources et une structure administrative permettant à l'unité de DPC de mener à bien ses objectifs et ses buts. Mais ce n'est pas tout. C'est la reconnaissance par les pairs qui sera la plus belle récompense et le meilleur encouragement aux membres de l'unité de DPC.

Continuité et reconnaissance sont indispensables à la réussite de la mission des unités de DPC des associations.



L'étude CaMos

COLLABORATION SPÉCIALE

(Canadian Multicentre Osteoporosis Study – Étude canadienne multicentrique sur l'ostéoporose)

L'ostéoporose est une maladie du squelette qui se caractérise par une perte de la résistance des os prédisposant aux fractures. Une femme sur 4 et au moins 1 homme sur 8, après l'âge de 50 ans, souffriront d'une fracture liée à l'ostéoporose. Il est bien démontré que les fractures de fragilisation ont des conséquences directes sur la qualité de vie et sont aussi associées à une diminution de l'espérance de vie. L'étude CaMos nous permettra d'en apprendre plus sur cette maladie osseuse si fréquente.



Lancée en 1996, CaMos est une étude épidémiologique, à échantillonnage aléatoire, prospective et à laquelle participent dix centres d'études répartis dans sept provinces, dont la région de Québec, sous la direction du Dr Jacques Brown. C'est la plus grande étude canadienne jamais réalisée sur l'ostéoporose. Plus de 10 000 femmes et hommes âgés de 16 ans et plus à travers le Canada ont été enrôlés sur une base volontaire. Les principaux objectifs de cette étude sont d'obtenir des données démographiques (prévalence et incidence) sur l'ostéoporose et ses conséquences, de caractériser les facteurs de risque de la maladie et de mieux comprendre l'impact de la maladie au niveau populationnel.

Lors du recrutement, un questionnaire extensif a été administré et les participants ont eu une évaluation de leur densité minérale osseuse (DMO) par ostéodensitométrie et par ultrasons ainsi qu'une mesure du poids et de la taille. Les sujets de plus de 50 ans ont aussi eu une radiographie du rachis dorsolombaire pour évaluer la prévalence des fractures vertébrales morphométriques. Par la suite, les personnes recrutées ont continué de participer à CaMos en remplissant un court questionnaire chaque année ou un questionnaire plus complet 3, 5 et 10 ans après leur recrutement. Un des buts du suivi du ques-

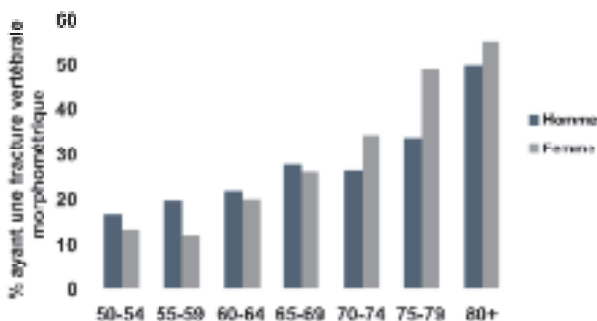
tionnaire est de s'informer de la survenue de fractures. Le diagnostic de fracture rapporté par les patients est confirmé avec la revue du dossier médical. Un contrôle de la mesure de la densité minérale osseuse par ostéodensitométrie et ultrasons, une mesure de la taille et du poids et une radiographie du rachis dorsolombaire (chez les participants de 50 ans et plus) ont été effectués après 5 et 10 ans de participation.

Menée à partir d'un échantillon aléatoire représentatif de la population canadienne et reconnue au niveau international pour sa qualité et sa validité, l'étude CaMos permet une projection à long terme sur la maladie avec un taux de rétention de près de 70 % après 10 ans de suivi. Les premières analyses et publications de cette étude permettent de mieux comprendre l'importance et l'impact de l'ostéoporose dans la population canadienne.

Des résultats issus de l'étude CaMos confirment que, chez les femmes, la ménopause est une période critique pendant laquelle la DMO diminue dans tous les os étudiés¹. Spécifiquement, on a constaté une réduction moyenne de la DMO de la hanche de 6,8 % sur 5 ans. Une diminution significative est également constatée après 70 ans, surtout dans l'os de la hanche. Chez les hommes, la réduction de la densité minérale osseuse commence plus tôt, vers 40 ans, mais elle est plus graduelle. La réduction rapide de la DMO après la ménopause est un phénomène connu, mais qui n'avait jamais été quantifié, tandis que la réduction qui survient après 70 ans est une découverte totalement nouvelle.

Une autre observation importante de cette étude est la prévalence élevée des fractures vertébrales morphométriques chez les femmes et les hommes après l'âge de 50 ans² (figure 1). Entre 50 et 54 ans, la présence d'une fracture vertébrale évaluée avec la radiographie du rachis est observée chez plus 16 % des hommes et 14 % des femmes participant à l'étude. Cette proportion augmente graduellement avec l'âge pour atteindre une prévalence de plus de 50 % après 80 ans. Une découverte intéressante a été d'observer que la prévalence des fractures vertébrales est similaire pour les deux sexes, alors que la littérature suggère que la fracture ostéoporotique est plus fréquente chez la femme.

Figure 1. Prévalence des fractures vertébrales morphométriques chez les hommes et les femmes après l'âge de 50 ans



Les chercheurs de l'étude CaMos ont aussi évalué la prise en charge de l'ostéoporose au Canada ou, en d'autres mots, l'écart diagnostique et thérapeutique de la maladie³. Au départ de l'étude, 28 % des femmes et moins de 1 % des hommes après l'âge de 50 ans avec une histoire de fracture de fragilisation recevaient un traitement pour l'ostéoporose (figure 2). Après 5 années de suivi dans l'étude, cette proportion est passée à 51 % pour les femmes et à 10 % pour les hommes, ce qui représente une augmentation de 23 % et de 9 %. Malgré l'amélioration du taux de traitement au cours des cinq premières années de l'étude, l'écart thérapeutique demeure très élevé même si les médecins ont un accès à une thérapie efficace pour réduire la récurrence des fractures. Ces résultats indiquent que la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire est sous-optimale au Canada et que cet écart thérapeutique est encore plus élevé chez l'homme.

Figure 2. Proportion des participants traités pour l'ostéoporose pendant les 5 premières années de l'étude



*HRT, bisphosphonate, raloxifene, calcitonine ou fluore

L'étude CaMos a aussi évalué l'impact de l'ostéoporose fracturaire sur la qualité de vie des patients atteints de cette maladie. Avec des échelles de mesure telles que SF-36 et le HUI (Health Utility Index), les chercheurs ont démontré que les patients qui ont souffert d'une fracture de fragilisation ont une qualité de vie nettement diminuée comparativement à une personne qui n'a pas

subi de fracture. L'impact de la fracture a été observé principalement sur la douleur et la diminution de la fonction⁴. Cette diminution de la qualité de vie des patients se compare à l'impact de l'arthrite et est supérieure à d'autres conditions telles que la maladie cardiaque et la maladie pulmonaire obstructive chronique⁵.

Jusqu'à présent, les résultats de l'étude CaMos ont aidé à informer les autorités de santé publique et à améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada. Le suivi de participants se poursuit au-delà de 10 ans et de multiples autres analyses actuellement en cours permettront de mieux caractériser les facteurs de risque de l'ostéoporose, l'évolution de la maladie et les conséquences des fractures à long terme.

LS

* Louis Bessette, M.D., FRCPC, M.Sc.

Professeur de clinique, Faculté de médecine, Université Laval
Rhumatologue, Centre hospitalier de l'Université Laval
Co-directeur, Centre de Québec, Étude CaMos

** Jacques Brown, M.D., FRCPC

Professeur de clinique, Faculté de médecine, Université Laval
Chef, Service de rhumatologie, Centre hospitalier universitaire de Québec
Directeur, Centre de Québec, Étude CaMos

Références

- Berger C, Langsetmo L, Joseph L, Hanley DA, Davison SK, Josse R, Kreiger N, Goltzman D, Tenenhouse A, CaMos Research Group. Bone mineral change as a function of age in women and men and association with the use of antiresorptive agents. *CMAJ* 2008;178(13):1660-8.
- Jackson SA, Tenenhouse AM, Robertson L, CaMos Study Group. Vertebral fracture definition from population-based data: preliminary results from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Osteoporos Int* 2000;11(8):680-7.
- Papaioannou A, Ioannidis G, Tenenhouse A, Gao Y, Berger C et al. Diagnostic and therapeutic care gap in both women and men who have been told they have osteoporosis: the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *International Osteoporosis Foundation World Congress on Osteoporosis*, Toronto, Canada, June 2-6, 2006.
- Adachi JD, Ioannidis G, Berger C, Joseph L, Papaioannou A, et al. The influence of osteoporotic fractures on health related quality of life in community dwelling men and women across Canada. *Osteoporos Int* 2001;12(11):903-8.
- Sawka AM, Thabane L, Papaioannou A, Gafni A, Ioannidis G, et al. Health-related quality of life measurements in elderly Canadians with osteoporosis compared to other chronic medical conditions: a population-based study from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Osteoporos Int* Dec 2005;16(12):1836-40. [Epub 2005 Aug18]

Suis-je bien assuré(e) avec Sogemec ?

D^{re} Diane Francœur, chef du département d'obstétrique-gynécologie, CHU Sainte-Justine

Le malheur est entré temporairement dans ma vie le 4 novembre 2006 alors qu'en route pour Kuala Lumpur, j'apprends que ma maison brûle.



Mon interlocutrice, la mère de ma gardienne, me dit qu'elle dispose de 15 minutes pour rentrer et me demande ce qu'elle doit sortir ? Je lui dis de façon chirurgicale : les bijoux sont dans le coffre, pas de problèmes, les tableaux au salon et l'argenterie du côté du frigo. Elle me répond : D'habitude, le frigo est à gauche ou à droite quand on entre ? Il est maintenant dans le tas au milieu. Nous devinons que cela va très mal...

Déjà, elle a pris les choses en main, notamment en appelant les assurances. L'équipe de sinistres est à l'œuvre et attend que le brasier soit éteint. C'est samedi, il faut rapidement retourner au Canada, mais impossible de sortir de là avant lundi ! Nous suivons le drame au cellulaire et attendons.

En pleine nuit une sirène...

Au milieu de la nuit à Montréal, on nous rappelle, car le feu a repris pendant la nuit et les pompiers sont de retour ! Cette fois, pour ne pas devoir revenir, ils démoliront tout sur leur passage : c'est un code 10-13, une alerte totale en raison des maisons mitoyennes.

Le retour

Après trois journées interminables de vols et de transferts aériens, nous arrivons finalement à Montréal en pleine nuit. La rencontre avec l'ajusteur de La Personnelle aura lieu le lendemain. C'est bizarre de se présenter devant sa maison et attendre qu'on vous ouvre le cadenas qui barricade la porte. En entrant, tout est défilé et il pleut à l'intérieur. Nous allons discuter avec le responsable

« des grosses réclamations », Monsieur J., une personne très bien qui, d'entrée de jeu, nous rassure sur le fait que nous étions bien assurés et nous informe sur les démarches à suivre, soit vendre le tout, soit reconstruire. Nous avons choisi de reconstruire, car c'était la maison de notre famille et nous ne pouvions l'abandonner de cette façon. Puis, nous avons eu droit à la parade des arnaqueurs qui vous attendent dans les marches et qui vous laissent leurs cartes en vous disant de vous méfier de la compagnie de sinistres, des assurances, etc. Monsieur J. nous avait bien averti mais nous avons dit oui à toutes ces entreprises qui nous garantissaient de récupérer ceci ou cela...

Nous nous sommes installés dans un hôtel raisonnable, en famille, le temps de trouver un appartement. Le lundi suivant, je me retrouve au centre d'un tourbillon médiatique causé par l'annonce de l'intention de mes collègues, du département d'obstétrique du CHU mère-enfant (Sainte-Justine) de ne pas renouveler leur assurance responsabilité.

Heureusement, mon conjoint prend en main le dossier de la survie familiale (trouver un appartement, acheter les livres d'écoles, habits, uniformes, etc.). Nous n'avons aucune restriction de la part de Monsieur J., qui nous a même permis de dépasser le budget pour trouver un appartement entièrement meublé qui soit assez

grand pour nos besoins. Nous nous installons en principe pour quatre à cinq mois (sans savoir que ce sera beaucoup plus long) et commençons à chercher les sous-contractants. Notre dossier est très complexe. Commencent les angoisses avec l'évaluation du contenant c'est-à-dire la reconstruction complète de notre foyer. Il nous a fallu préparer soigneusement notre dossier, trouver d'anciennes



photos et factures, pour « présenter » notre maison. Après un petit moment de désespoir et une longue conversation avec D^r Gilles Robert, président et les responsables chez Sogemec nous présentons nos dernières demandes à l'assureur. Au moment où la FMSQ arrivait à une entente de principe, nous finalisons notre contrat pour la reconstruction de notre maison. Après les gardes et le congé de Noël, a commencé une période assez moche de notre vie, celle du magasinage et des listes d'effets à se procurer. Tout était à refaire.



Vous voulez sauver des milliers de dollars ?

Photographiez tous vos biens et mettez les photos en sécurité à l'hôpital, chez un parent ou dans un coffre à la banque. Nous avons passé un temps fou à essayer de nous rappeler tout ce qu'il y avait dans chacune des pièces et à valider les

prix. Qu'est-ce qu'on en ramasse des trucs après 22 ans de vie commune ! Nous avons fait tous les magasins et avons passé l'ensemble de nos week-ends à dresser cette liste. Chaque fois il fallait être vigilants, car cela représentait d'importantes sommes d'argent. Il fallait aussi négocier avec les assurances le contenu, c'est-à-dire tous nos biens. Une fois de plus, D^r Robert a été d'une aide considérable.

Comme un malheur n'arrive jamais seul, des milliers de dollars nous passent entre les doigts. Évidemment, les travaux de reconstruction avancent à pas de tortue, rien ne sera prêt pour mai comme prévu et l'angoisse monte. Le contracteur et les sous-traitants ne respectent pas leur agenda, les vacances prévues pour déménager seront prises pour rien, ce n'est pas prêt. Les électroménagers sont livrés sans assurances et sans surveillance... l'angoisse nous ronge. Nous ne passerons pas au travers, nous allons nous séparer, nous entretuer ou tuer quelqu'un d'autre. La facture augmente à la vitesse « grand V » et le dossier n'est toujours pas finalisé.

La négociation finale

Après le déménagement forcé à la fin août (la peinture n'était pas terminée et l'assurance refusait de payer la lenteur du contracteur), nous négocions la liste finale et arrivons à la triste conclusion que notre capital assuré n'était pas suffisant. Du montant final, environ 200 000 \$ est disparu en fumée dans la compagnie de gestion et de nettoyage de nos biens. De plus, la moitié de ces biens est allée aux poubelles !

L'équation finale

Nous sommes allés au bout de notre capital assuré et La Personnelle a tout payé.

Notre montant de couverture, qui nous semblait bien généreux, n'était pas suffisant ; attention à vos petits vices cachés...

Nous sommes passés au travers... je ne sais pas comment. Nous avons la plus belle maison du Carré Saint-Louis, avec une super cuisine digne des plus belles salles d'opération, mais je retournerais volontiers en arrière pour retrouver ces deux années perdues et effacer ce cauchemar.

En conclusion, je crois sincèrement que nous sommes très bien assurés avec Sogemec. Il faut réaliser le poids de 7 999 amis qui participent au même régime d'assurance. D^r Robert a été extrêmement présent, rassurant et efficace dans notre dossier. Encore une fois, j'ai pu bénéficier de la solidarité et du pouvoir de la FMSQ !

Merci Sogemec ! Merci D^r Robert ! Merci La Personnelle !



Sogemec
ASSURANCES

POUR TOUS VOS
BESOINS D'ASSURANCES

Grâce au
SERVICE PRÉFÉRENCE

**SOGEMEC ASSURANCES
ÉVOLUE AVEC VOUS**

Avec le **SERVICE PRÉFÉRENCE** de
Sogemec Assurances, toutes vos
assurances sont pensées en fonction
de votre style de vie et de vos besoins.

POUR EN SAVOIR PLUS :
1 800 361-5303 / 514 350-5070 / 418 658-4244
Par courriel ou Internet :
information@sogemec.qc.ca / www.sogemec.qc.ca

La vérité toute simple sur l'incorporation

Depuis que les médecins ont la possibilité de s'incorporer, beaucoup d'encre a coulé. Certains croient que l'incorporation n'est pas pour eux, alors que d'autres affirment le contraire. Malheureusement, nous rencontrons encore des médecins pour qui la situation sur l'incorporation n'est toujours pas claire. Nous vous démystifions les avantages et inconvénients de l'incorporation.

Les principaux avantages

Il existe plusieurs avantages de s'incorporer, mais voici les principaux :

- 1) Le fractionnement de revenus avec le conjoint et/ou les enfants majeurs gagnant peu ou pas de revenus.

En effet, il est possible de verser à votre conjoint et/ou vos enfants majeurs, si ceux-ci n'ont pas de revenus, jusqu'à environ 38 000 \$ de dividendes de votre société à chaque personne. Selon ce scénario, ils ne paieraient qu'environ 2 000 \$ d'impôt au provincial et aucun impôt au fédéral.

- 2) L'exonération de gain en capital sur la vente des actions pouvant aller jusqu'à un montant de 750 000 \$.

Si vous pouvez vendre vos actions, vous pourriez bénéficier de l'exonération de gain en capital s'appliquant sur la vente des actions provenant d'une société exploitant une petite entreprise. Le maximum admissible est de 750 000 \$, moins toute déduction prise antérieurement sur ce genre d'actions.

- 3) Le report d'impôt.

Impôt de la société	Revenu d'entreprise jusqu'au plafond de 500 000 \$	Revenu d'entreprise de 500 000 \$ et plus	Revenu d'intérêt et de location
Fédéral	11,00 %	19,00 %	34,67 %
Provincial (Québec)	8,00 %	11,90 %	11,90 %
Total	19,00 %	30,90 %	46,57 %
Impôt du particulier	48,22 %*	48,22 %*	48,22 %*
Report d'impôt	29,22 % (48,22 % - 19 %)	17,32 % (48,22 % - 30,9 %)	1,65 % (48,22 % - 46,57 %)

* Considérant le taux d'imposition marginal maximum - revenu imposable supérieur à 126 264 \$

Si vous économisez déjà des épargnes autres que les REER, l'incorporation permet de reporter l'impôt sur les revenus gagnés et épargnés dans la société vs ceux gagnés personnellement, étant donné que le taux d'imposition des sociétés est inférieur au taux d'imposition des particuliers. Le tableau précédent démontre ce principe.

On remarque dans le tableau qu'il y a deux avantages dans le report d'impôt procuré par l'incorporation lorsque vos revenus d'entreprise sont inférieurs à 500 000 \$, une fois les dépenses déduites. Le premier avantage étant qu'il y a plus d'argent qui pourra être investi dans des placements, lorsqu'imposé à un taux de 19 % par rapport à 48,22 % (soit 29,22 % de plus). Le deuxième est que les revenus de placement dans la société seront moins imposés que s'ils étaient gagnés personnellement, si notre taux marginal d'imposition est de 48,22 %. Par exemple, les revenus d'intérêts sont imposés à 46,57 % dans la société comparativement à 48,22 % personnellement (soit 1,65 % de moins). Par la suite, lorsque des dividendes seront versés de la société afin d'encaisser les sommes accumulées dans cette dernière, vous serez imposé sur ces revenus jusqu'à un taux maximal de 36,35 %. D'où le principe du report d'impôt.

Par contre, il faut comprendre que pour que cette situation soit vraiment bénéfique, il faut profiter réellement du report d'impôt, en laissant les épargnes dans la société et que ces dernières soient relativement importantes et/ou sur une longue période pour que cela en vaille la peine par rapport aux frais de maintien de la société.

Les deux premiers avantages sont relativement facilement quantifiables comparativement au dernier. Ainsi, si vous ne vous qualifiez pas pour les deux premiers, prendre la décision de s'incorporer en fonction du troisième avantage peut s'avérer difficile. À cet effet, mieux vaut consulter que de prendre une mauvaise décision.

Les principaux inconvénients

- 1) L'administration supplémentaire que l'incorporation engendre peut s'avérer un fardeau pour certains.
- 2) Les frais d'incorporation et de maintien peuvent s'avérer élevés selon la structure de votre société. En général pour l'incorporation, les frais varient de 5 000 \$ à 10 000 \$ et les frais de maintien entre 1 000 \$ et 3 000 \$.

Au Groupe Fonds des professionnels, nous avons développé un petit questionnaire qui permettra de vous guider dans votre choix de vous incorporer ou non. Prenez quelques instants pour le compléter afin de vous guider dans votre démarche. Vous pouvez consulter ce questionnaire sur notre site Internet au : www.groupefdp.com en cliquant sur Offre de services – Planification financière – Mandat.

Puisque chaque situation est unique, les principes généraux énoncés ci-dessus pourraient ne pas s'appliquer pour vous. Votre conseiller aux membres du Groupe Fonds des professionnels peut vous guider dans votre choix en vous proposant une étude d'incorporation à faible coût. N'hésitez pas à le consulter pour tout renseignement concernant l'incorporation.



WORD FROM THE PRESIDENT

Dr. GAÉTAN BARRETTE

Bill 34 — and the need to change its aim

As we go to press, we are preparing our presentation before the Commission des affaires sociales on Bill 34, *An Act to amend various legislative provisions concerning specialized medical centres and medical imaging laboratories*. We are increasingly concerned about the consequences this new Bill will have on medical practice and the access to specialized and subspecialized care, when taken with the provisions in the *Act respecting health services and social services*.

For many years, both medical specialists and the government have set objectives designed to improve the efficiency of our health system. Following the Chaoulli decision, the Quebec Government went further by undertaking to open the door to a broader dissemination of private care and better quality care. The FMSQ, which is in favour of a strong public system, pointed out that physicians could provide many services in their offices in a more efficient manner, and that hospitals should be reserved, first and foremost, for more acute cases requiring hospitalization.

We hoped, at that time, that measures would be put forward with a view to achieving all these objectives. However, we now find that not only do the measures introduced under Bills 33 and 34 not meet the objectives, they are in fact detrimental to them.

The FMSQ has always advocated safer office medicine. We are therefore ready to cooperate on introducing such measures and agree with the proposals put forward in Bills 33 and 34 that promote safe office practice.

WE ARE, HOWEVER, IN TOTAL DISAGREEMENT WITH MEASURES THAT FAIL TO CONTRIBUTE TO THE IMPROVEMENT OF THE QUALITY OR AVAILABILITY OF CARE

We are, however, in total disagreement with measures that fail to contribute to the improvement of the quality or availability of care and, instead, tend to impose needless bureaucracy, undermine cooperation between physicians, attack their rights and professional independence, give discretionary powers to the Minister of Health and reduce the general public's access to our medical care.

A number of measures provided for in Bills 33 and 34, with their regulations, do not contribute to the stated objectives or are detrimental to them. **There is still time to act.** The government must retain the orientation we have expressed and make the necessary amendments.

To achieve this, the FMSQ more specifically asks for:

- A review of the list of specialized treatments, in light of the criteria given in the Bill, and information on the Minister's intentions concerning access to such services.
- The repeal of all measures concerning the issue of Specialized Medical Centre (SMC) permits by the Minister of Health and Social Services. These cover the various applicable sections in the *Act respecting health services and social services*, as well as the regulations governing the issue of Specialized Medical Centre permits. (If this does not occur, we have suggested amendments.)
- The repeal of the ban on participating and non-participating physicians practicing in the same centre – thus creating just one type of SMC.
- The withdrawal of the need for non-participating physicians (or those who deliver uninsured services) to provide their patients with all preoperative, postoperative, rehabilitation or home care services and, instead, require them to inform their patients – consequently repealing section 78.1 of the *Act respecting health services and social services*.
- The repeal of the ban on providing, in an office, specialized treatment not covered by the regulation.
- The introduction of adequate remuneration for treatments delivered in SMCs and offices.
- The withdrawal of the adoption of punitive measures against physicians.
- The encouragement of a consensual approach and the review with the Federation, through negotiated agreements, of all measures relating to associated medical clinics.

In this way, unproductive procedures will be avoided and the results expected will be more in line with the objectives sought. Respect of physicians' rights will also be ensured, as well as patient access to care. The alternative is that the government will find itself in the unfortunate position of jeopardizing medical specialists' cooperation, as they will have no other choice than to contest the measures in every way possible.

Finally, we have to ask ourselves some serious questions about the government's recent propensity for desiring discretionary control over care provided in doctors' offices. The Federation is also worried about the Minister of Health's other ambitions in this regard, particularly with respect to Bill 26 – *An Act respecting clinical and research activities relating to assisted procreation* – where, once again, the Minister intends to give himself a number of discretionary powers and impose a whole host of requirements on assisted procreation centres!

The FMSQ's brief (in French only) can be found on the Internet at: <http://www.fmsq.org/f/publications/memoires.html>



RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES CONCERNANT LA PRESCRIPTION

CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS

CLASSE THÉRAPEUTIQUE : Agent antiémétique

INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE : CESAMET est indiqué chez des patients adultes pour le traitement de la nausée et du vomissement aigus liés à la chimiothérapie anticancéreuse.

CONTRE-INDICATIONS : CESAMET est contre-indiqué pour les patients particulièrement sensibles à la marijuana ou à d'autres cannabinoïdes, de même que pour les patients ayant des antécédents de réactions psychotiques.

POPULATIONS SPÉCIALES : CESAMET n'est pas recommandé pour les femmes enceintes et allaitantes ni pour les enfants de moins de 18 ans, car aucune étude n'a porté sur l'innocuité du médicament chez ce type de patient. Étant donné que CESAMET élève la fréquence cardiaque en décubitus et en station debout et cause une hypotension orthostatique, des précautions particulières doivent être prises lors de l'administration du médicament à des personnes âgées ou atteintes d'hypertension ou de maladie cardiaque.

RENSEIGNEMENTS SUR L'INNOCUITÉ

MISES EN GARDE : CESAMET doit être prescrit avec une extrême précaution aux patients atteints d'un dysfonctionnement grave du foie ou ayant des antécédents de troubles affectifs non psychotiques. CESAMET est incompatible avec l'alcool, les sédatifs et les hypnotiques ou autres substances psychotomimétiques. CESAMET n'est pas recommandé pour les femmes enceintes et allaitantes ni pour les enfants de moins de 18 ans, car aucune étude n'a porté sur l'innocuité du médicament chez ce type de patient.

PRÉCAUTIONS : CESAMET détériore souvent les habiletés mentales et/ou physiques requises pour l'exécution de tâches à risque, telles la conduite automobile ou l'opération de machinerie; le patient doit en être clairement averti et se voir interdire la conduite d'une voiture ou toute autre activité dangereuse tant que persisteront les effets secondaires du nabilone.

Les effets secondaires psychotropes peuvent persister de 48 à 72 heures après l'arrêt du traitement.

Étant donné que CESAMET élève la fréquence cardiaque en décubitus et en station debout et cause une hypotension orthostatique, des précautions particulières doivent être prises lors de l'administration du médicament à des personnes âgées ou atteintes d'hypertension ou de maladie cardiaque.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES : Les interactions entre CESAMET et le diazépam, le sécobarbital de sodium, l'alcool et la codéine ont été évaluées. Les effets dépressifs de ces agents sont cumulatifs. Les fonctions psychomotrices sont particulièrement touchées par l'interaction avec le diazépam.

EFFETS SECONDAIRES : Les effets secondaires les plus fréquents du nabilone et leur incidence observée dans le cadre d'essais cliniques sont les suivants : somnolence (66,0 %), vertige (58,8 %), agitation psychologique (38,8 %), sécheresse de la bouche (21,6 %), dépression (14,0 %), ataxie (12,8 %), vision brouillée (12,8 %), perturbation des sensations (12,4 %), anorexie (7,6 %), asthénie (7,6 %), céphalée (7,2 %), hypotension orthostatique (5,2 %), euphorie (4,0 %) et hallucinations (2,0 %).

Les effets secondaires suivants ont été signalés chez moins de 1 % des patients traités au nabilone dans le cadre d'essais cliniques : tachycardie, tremblements, syncope, cauchemars, distorsion de la perception du temps, confusion, dissociation, dysphorie, réactions psychotiques et crises.

SIGNALISATION D'EFFETS SECONDAIRES SOUPÇONNÉS : Santé Canada se charge de surveillance des médicaments et recueille des renseignements sur leurs effets secondaires graves et inattendus. Si vous soupçonnez que vous avez subi une réaction aigue ou inattendue à ce médicament, vous pouvez en aviser Santé Canada par :

Téléphone sans frais : 1-866-234-2345 Télécopieur sans frais : 1-866-678-6789
Courriel : cadmp@hc-sc.gc.ca
Par la poste : Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments (PCSEIM)
Santé Canada, Localisateur d'adresse : 0201C2
Ottawa, ON K1A 1B9

NOTE : Avant de communiquer avec Santé Canada, vous devez appeler votre médecin ou votre pharmacien.

ADMINISTRATION

CHEZ LES ADULTES : La posologie de routine pour les adultes est de 1 mg ou 2 mg de CESAMET, deux fois par jour. La première dose doit être prise la nuit précédant la première administration du médicament de chimiothérapie. La deuxième dose est généralement administrée de 1 à 3 heures avant la chimiothérapie. Au besoin, l'administration de CESAMET peut se poursuivre jusqu'à 24 heures après l'administration du médicament de chimiothérapie. La dose maximale quotidienne est de 6 mg en plusieurs administrations.

Afin de permettre des ajustements dans les doses en dedans des zones thérapeutiques, des capsules de 0,25 mg et 0,5 mg de CESAMET sont disponibles. Ces ajustements peuvent s'avérer nécessaires pour les besoins individuels des patients en ce qui a trait à la réaction et à la tolérance au traitement. Le surdosage peut se produire même à des doses prescrites si des symptômes psychiatriques troublants sont présents. Dans ces cas, le patient devra être mis sous observation dans un environnement paisible et des mesures de soutien, comme la réassurance, devront être utilisées. Les doses subséquentes devront être retenues jusqu'à ce que les patients reviennent à leur état psychique initial; la posologie habituelle pourrait être ré-instaurée si l'indication clinique est maintenue. Dans de tels cas, une plus petite dose de départ est suggérée.

CESAMET est un médicament en capsules contenant du nabilone et doit être administré par voie orale uniquement.

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS SUR LE PRODUIT

EFFETS SECONDAIRES SIGNALÉS APRÈS LE DÉBUT DE LA COMMERCIALISATION :

Les réactions suivantes, listées par système physiologique en ordre décroissant de fréquence, ont été signalées depuis que CESAMET a été mis en marché. Tous les épisodes sont inclus, sans égard à l'évaluation des causes. **Système sanguin et hématopoïétique :** Leucopénie. **Système cardiovasculaire :** Hypotension et tachycardie. **Yeux et oreilles :** Troubles de la vision. **Système gastro-intestinal :** Sécheresse de la bouche, nausée, vomissements et constipation. **Système nerveux :** Hallucinations, dépression du SNC, stimulation du SNC, ataxie, stupeur, vertige, convulsions et paresthésie péri-labiale. **Effets psychiatriques :** Somnolence, confusion, euphorie, dépression, dysphorie, dépersonnalisation, anxiété, psychose et labilité émotionnelle. **États divers et mal définis :** Étourdissements, céphalée, insomnie, raisonnement anormal, douleurs thoraciques, absence d'effet et œdème facial.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DU SURDOSAGE : Signes avant-coureurs et symptômes :

Les signes avant-coureurs et les symptômes résultant d'un surdosage sont des épisodes psychotiques pouvant comporter des hallucinations, de l'anxiété, une dépression respiratoire et le coma (des cas de surdosage de plus de 10 mg/jour n'ont pas été signalés à ce jour).

TRAITEMENT :

On peut considérer qu'un surdosage s'est produit, même à la dose prescrite, si des symptômes psychiatriques incommodes sont apparus. Dans ce cas, le patient doit être gardé sous observation dans un milieu calme et des mesures de soutien, y compris rassurer le patient, doivent être prises. L'administration du médicament doit être suspendue jusqu'à ce que le patient revienne à son état psychique normal. L'administration de routine peut alors être reprise, si cela est indiqué cliniquement. Dans ce cas, une dose initiale plus faible est conseillée.

Lorsque des épisodes psychotiques surviennent, le patient doit être traité de la manière la plus conservatrice possible. Dans le cas d'épisodes psychotiques moyens et d'anxiété, un soutien verbal et un réconfort peuvent suffire. Dans les cas plus graves, une médication antipsychotique peut être utile. Cependant, l'efficacité des antipsychotiques dans le soulagement des psychoses induites par les cannabinoïdes n'a pas été étudiée de manière systématique. Leur emploi se fonde sur un nombre restreint de cas où des surdoses de cannabis ont été traitées avec des agents antipsychotiques. Compte tenu des interactions potentielles avec d'autres médicaments (c.-à-d. effets dépressifs cumulatifs sur le SNC du nabilone et de la chlorpromazine), les patients ainsi traités doivent être surveillés de près.

On doit protéger la voie aérienne du patient et maintenir la ventilation et la perfusion. Les signes vitaux du patient, les gaz sanguins, les électrolytes sériques, etc. doivent être méticuleusement mesurés et maintenus dans les limites acceptables. L'absorption du médicament dans le tractus gastro-intestinal peut être réduite par l'administration orale de charbon activé qui, dans bien des cas, est plus efficace que l'émèse ou un lavage. Il est recommandé d'utiliser le charbon au lieu de la vidange gastrique, l'administration répétée de charbon pendant un certain temps peut accélérer l'élimination de plusieurs médicaments. Il est important de protéger la voie aérienne du patient lors de la vidange gastrique ou de l'administration de charbon.

L'utilisation de diurèse forcée, de dialyse péritonéale, d'hémodialyse, d'hémo-perfusion de charbon ou de cholestyramine n'a pas été signalée. Sous un fonctionnement rénal normal, la plupart de la dose de nabilone est éliminée par le système biliaire.

Le traitement de la dépression respiratoire et du coma consiste en une thérapie symptomatique et de soutien. Des précautions particulières doivent être prises à l'égard des risques d'hypothermie. Si le patient montre des signes d'hypotension, l'emploi de fluides, d'agents inotropes et/ou de vasoconstricteurs est à envisager.

STABILITÉ ET RECOMMANDATIONS D'ENTREPOSAGE

Conserver à température ambiante contrôlée de 15-30 °C.

FORMES POSOLOGIQUES OFFERTES

Capsules de CESAMET 1 mg : chaque capsule de gélatine dure no2, corps blanc et calotte bleu opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3101 » sur le corps, contient 1 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 20 capsules.

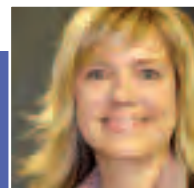
Capsules de CESAMET 0,5 mg : chaque capsule de gélatine dure no4, corps blanc et calotte rouge opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3102 » sur le corps, contient 0,5 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 50 capsules.

Capsules de CESAMET 0,25 mg : chaque capsule de gélatine dure no4, corps blanc et calotte rouge opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3103 » sur le corps, contient 0,25 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 50 capsules.

CESAMET (nabilone) est considéré comme un narcotique et assujéti aux contrôles en vigueur pour ce type de substance. Pour obtenir ce document, ainsi que la monographie complète rédigée à l'intention des professionnels de la santé, communiquez avec Valeant Canada limitée/Limited au numéro: 1-800-361-4261. Ce document a été rédigé par Valeant Canada limitée/Limited.

Dernière révision : 2 juin 2008.

Distributeur : Valeant Canada limitée/Limited, 4787 rue Levy, Montréal, Québec H4R 2P9



Le saviez-vous?

Les enquêtes de la RAMQ: comment vous en sortir?

Tel que vous le savez peut-être déjà, la RAMQ n'a pas seulement le mandat de payer votre salaire, mais également celui de veiller à ce que votre rémunération soit conforme aux lois et règlements, ainsi qu'aux ententes conclues entre les fédérations et le ministère. Pour ce faire, elle procède régulièrement à des vérifications consistant à analyser votre facturation.

Ces vérifications peuvent concerner:

- un service non conforme;
- un service non requis;
- un service faussement décrit;
- un service non assuré;
- un service non fourni.

Lors de ses enquêtes, la RAMQ procède à des analyses comparatives avec vos collègues et peut, si elle ne réussit pas à expliquer votre écart ou encore, si elle suspecte que votre service n'a pas réellement été donné ou est faussement décrit, procéder à une visite d'inspection ou vous expédier une lettre de réclamation.

Se sentant accusés plutôt qu'interrogés, la plupart des médecins deviennent anxieux et inquiets à l'idée de ces vérifications. Mais de quelle façon devez-vous réagir à ces enquêtes?

Dans un premier temps, souvenez-vous de ne jamais paniquer. En effet, selon des informations recueillies à la RAMQ, sur les 16 850 médecins en pratique active au Québec, seulement 97 dossiers individuels et 14 dossiers de groupe ont été analysés

en 2008 par la RAMQ, parmi lesquels on compte seulement 29 enquêtes et 32 visites d'inspection. Ensuite, avant de répondre trop rapidement aux demandes de la RAMQ:

- Obtenez rapidement de l'aide en vous référant à des gens compétents et compréhensifs tel que votre agent de facturation, l'ACPM, un avocat, un ami, etc.;
- Préparez-vous adéquatement;
- N'abandonnez pas. La plupart des médecins qui se défendent gagnent leur cause;
- Évitez à tout prix de sous-facturer par crainte de faire l'objet d'une enquête.

Solutions Cliniques – Facturation.net a mis sur pied une conférence sur le sujet, offerte aux médecins et aux associations, en collaboration avec un médecin qui a lui-même été victime d'une enquête personnelle et d'une enquête de groupe qui représentait tout près d'un million de dollars. Naturellement, il a non seulement survécu à ce processus, mais a également surmonté le jugement de ses pairs et amélioré la facturation de sa discipline au Québec. N'hésitez surtout pas à nous contacter pour obtenir de plus amples informations à ce sujet. Vous prémunir contre les enquêtes, c'est habituellement payant!

Du nouveau !

Consultez notre site Web pour plus de renseignements sur le sujet: www.solutionscliniques.ca/publication

Avec Facturation.net votre facturation médicale, un véritable jeu d'enfant...

Facturation.net vous débarrasse des problèmes et des erreurs qui vous font perdre temps et argent. Accessible de partout par Internet, il est le système de facturation le plus simple et le plus efficace sur le marché.

Simplifiez-vous la vie !
Téléphonez-nous dès aujourd'hui.

1 866 3FACNET (332-2638)
www.facturation.net



Un produit de

SOLUTIONS CLINIQUES
UNE ENTREPRISE DE L'AMC



RECONNAISSEZ-VOUS VOTRE PATIENT?

**CAPSULE 0,25 mg
maintenant disponible**

UN TRAITEMENT D'APPOINT S'IMPOSE

- ⚓ # 1 des cannabinoïdes oraux distribués aux patients[†]
- ⚓ 25 ans d'expérience clinique au Canada
- ⚓ Remboursé par tous les régimes provinciaux à travers le Canada, sauf l'Î.P.E[‡]

[†]Relatifs aux teneurs 0,5 mg et 1 mg. Médicament d'exception en Saskatchewan. L'innocuité et l'efficacité de CESAMET n'ont pas été établies chez l'enfant et son utilisation n'est pas recommandée dans cette population de patients.

CESAMET (nabilone) est indiqué pour le traitement de la nausée et du vomissement aigus liés à la chimiothérapie anticancéreuse.

CESAMET est contre-indiqué pour les patients particulièrement sensibles à la marijuana ou à d'autres cannabinoïdes, de même que pour les patients ayant des antécédents de réactions psychotiques.

CESAMET doit être prescrit avec une extrême précaution aux patients atteints d'un dysfonctionnement grave du foie ou ayant des antécédents de troubles affectifs non psychotiques.

[‡]HMS Health Canada: Canadian CompuScript Audit, données mensuelles, janvier 2006 à mai 2008, prescriptions totales distribuées.

Les effets secondaires les plus fréquents du nabilone et leur incidence observée dans le cadre d'essais cliniques sont les suivants : somnolence (66,0 %), vertige (58,8 %), agitation psychologique (38,8 %), sécheresse de la bouche (21,6 %). Veuillez consulter la monographie de produit pour une information complète sur les mises en garde, les précautions, les effets secondaires et la posologie¹.

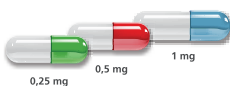
^N nabilone
CESAMET ^{MD}
Régulateur de symptômes

VALEANT
Valeant Canada limitée / Limited

CCPP

Service à la clientèle 1-800-361-4261

Référence : 1. Monographie de produit CESAMET, juin 2008.



Voir le sommaire posologique