

ACTUALITÉ M.D.

Collège des médecins du Québec | N° 4 - Mai 2024

Venir exercer
la médecine
au Québec



Intelligence artificielle
et soins de santé

Regards croisés sur
la médecine de famille

Huit médecins inspirants
à l'honneur

Dans cette édition

Mai 2024

3

Mot du président

4

Venir exercer la médecine au Québec

12

Et si l'intelligence artificielle rendait les soins plus humains ?

19

Distinctions du Collège :
médecins à l'honneur !

23

Retraite progressive des médecins :
un guide pour assurer la transition

24

Mordu de sport et de médecine

30

De quoi sera fait l'avenir
de la médecine de famille ?

36

Sur la table de travail du directeur général

40

Développement professionnel et remédiation :
parce qu'on ne finit jamais d'apprendre !

Mot du président

Chères lectrices, chers lecteurs,

Je suis fier de vous présenter cette quatrième édition de notre webzine, conçu à la fois pour le public et les médecins. *Actualité M.D.* ouvre une réflexion et enrichit la conversation sur divers thèmes d'actualité ayant un impact sur la pratique de la médecine au Québec et, ultimement, sur votre santé. Plusieurs sujets ont retenu notre attention dans ce numéro printanier.

Venir exercer la médecine au Québec

Le sujet n'est pas nouveau... Le CMQ a souvent été accusé de freiner l'intégration des médecins diplômés à l'international venus exercer au Québec. Or, ce n'est pas le cas. Au contraire, au cours des dernières années, nous avons posé plusieurs actions afin de simplifier les démarches menant à l'obtention du permis. Il faut également rappeler que plusieurs volets de ce parcours ne relèvent pas du tout des ordres professionnels. En compagnie de la Dre Marie-Josée Bédard, directrice des études médicales, nous démystifions ce processus et y posons un regard humain grâce aux récits des Drs Iglésies-Grau, Chailloux et Bensaidane.

Intelligence artificielle en santé : faut-il s'inquiéter ?

L'arrivée de l'IA inspire autant d'espoir que de crainte, mais chose certaine, cette révolution technologique aura un impact sur les soins de santé. Les Drs Nathalie Saad et Pierre Guérette, membres du Conseil d'administration du Collège et du groupe de travail sur la télésanté et l'IA, abordent avec lucidité ces questions.

Nos lauréates et lauréats à l'honneur

Encore cette année, nous avons réservé une place de choix dans ce webzine aux lauréates et lauréats des Distinctions du Collège. La remise de ces récompenses constitue un moment de fierté, qui rejaillit sur toute la profession. Deux nouvelles catégories ont vu le jour lors de cette édition : la Distinction du public et la Distinction Coup de cœur. Celles-ci s'ajoutent aux catégories Excellence, Humanisme, Rayonnement, Relève, sans oublier les Distinctions de la présidence. Félicitations à ces médecins, qui sont pour plusieurs des modèles !

Quand la médecine rencontre le sport

Dans un tout autre registre, nous nous rendons sur le terrain de football en compagnie du Dr Vincent J. Lacroix, médecin-chef des Alouettes de Montréal. Une incursion dans son quotidien nous fait découvrir par la même occasion l'univers fascinant de la médecine sportive.

Médecine de famille et avenir

La baisse d'attractivité de la médecine de famille auprès de la relève est préoccupante et appelle à une sérieuse réflexion. Les points de vue des Drs Charbonneau, Pelletier, Picotte et Thommeret-Carrière, quatre médecins de famille œuvrant dans autant de régions du Québec, soulèvent des pistes de diagnostic et de traitement afin de revaloriser cette spécialité essentielle.

Quant aux médecins de famille qui songent à prendre une retraite progressive, c'est désormais chose possible grâce à un nouveau guide que nous vous présentons ici.

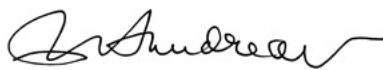
Coup d'œil sur nos activités

Enfin, cette publication nous permet de vous offrir une vue privilégiée sur les dossiers qui nous mobilisent. Dans ce numéro, le Dr Pierre Gfeller, directeur général, fait état de trois sujets prioritaires pour le CMQ cette année. C'est l'occasion d'en apprendre davantage sur nos principes de gestion, sur le chantier de modernisation du système professionnel qui a cours au Québec, ainsi que sur un projet pilote mené à la Baie James avec les adjoints au médecin, ces intervenants qui œuvraient jusqu'à maintenant sur les bases militaires au Québec.

Enfin, vous ferez la connaissance de la Dre Marie-France Pelland, qui vous propose un tour guidé de la Direction du développement professionnel et de la remédiation.

J'espère que ces articles sauront capter votre intérêt et amener la réflexion plus loin. Faites-nous part de vos commentaires à communications@cmq.org.

Bonne lecture !



Mauril Gaudreault, M.D.



Venir exercer la médecine au Québec

Au Québec, plus de 10 % des médecins en exercice ont obtenu leur diplôme ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis. Ils sont venus d'Algérie, d'Espagne, de la France et de quelque 70 autres pays, avec le souhait de s'épanouir professionnellement en sol québécois. Quels chemins doivent-ils emprunter pour y parvenir? Quel rôle joue le Collège des médecins dans ce processus? Pour nous éclairer, voici les explications de la Dre Marie-Josée Bédard, directrice des études médicales au Collège des médecins du Québec (CMQ), ainsi que le témoignage de trois médecins ayant vécu ce parcours.

UN PARCOURS MÉCONNU

Quelle que soit la profession, amorcer une carrière dans un autre pays représente tout un défi, et cette démarche est méconnue en médecine. Au cours des dernières années, le CMQ a posé plusieurs actions visant à simplifier le processus d'admission à l'exercice pour les diplômés internationaux en médecine, afin que soient reconnues plus rapidement leurs qualifications et leurs compétences. En moyenne, l'ordre professionnel accepte annuellement 187 demandes d'équivalence d'un diplôme obtenu hors du Canada¹.

L'ordre professionnel des médecins n'est toutefois responsable que d'une portion du processus, alors que d'autres étapes relèvent plutôt du gouvernement et des facultés de médecine. «Ce mécanisme demeure souvent méconnu ou mal compris», soutient la Dre Marie-Josée Bédard. C'est pourquoi le CMQ redouble d'efforts pour informer les diplômés internationaux en médecine, via les médias notamment, dans l'objectif de dissiper la confusion qui règne dans la population et de mieux orienter les candidats au permis.

10 %

Au Québec, un médecin sur dix a obtenu son diplôme ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis.

15 %

Au cours de la dernière année, 15 % de l'ensemble des permis délivrés par le CMQ l'ont été à des diplômés internationaux en médecine².

¹ Moyenne basée sur les cinq dernières années.

² Données compilées du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024.

DEUX VOIES POSSIBLES VERS LE PERMIS

À l'heure actuelle, il existe deux voies d'accès pour les diplômés internationaux en médecine souhaitant exercer au Québec : celle du permis régulier et celle du permis restrictif. Ces deux voies suivent des trajectoires distinctes.

Pour un coup d'œil rapide sur ce processus, consultez la vidéo «Diplômés internationaux en médecine» conçue par le CMQ.

1. LA VOIE «RAPIDE»

Certains médecins exerçant activement leur profession peuvent accéder à une voie dite «rapide», menant à l'obtention d'un permis restrictif.

Le nombre de places disponibles pour accueillir ces médecins au sein du réseau demeure toutefois limité. C'est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui détermine les besoins en effectifs médicaux dans toutes les régions du Québec et qui autorise les médecins à travailler dans un établissement donné. Voici un survol des principales étapes.



1 Parrainage

(responsable: MSSS)

Afin de pouvoir présenter une demande de permis restrictif au CMQ, les médecins doivent être parrainés par un établissement de santé. Le service Recrutement Santé Québec du MSSS gère ce processus et s'assure que la personne candidate répond à un besoin qui ne peut être comblé par un médecin du Québec. Les fédérations médicales (FMOQ, FMSQ, FMRQ) sont également consultées dans ce processus.

2 Comité d'admission à l'exercice

(responsable: CMQ)

Par la suite, le CMQ se charge de constituer, d'analyser, puis de soumettre le dossier professionnel du médecin au comité d'admission à l'exercice. Ce comité d'experts, composé de plusieurs médecins (dont un diplômé à l'international) et d'un membre du public, est responsable de reconnaître la formation postdoctorale et d'autoriser la tenue du stage.

3 Stage

(responsables: CMQ et établissement de santé)

Le médecin doit ensuite effectuer un stage de trois mois en milieu clinique. Ce stage se déroule dans un établissement autre que celui qui offre le parrainage. « Il ne s'agit pas d'un stage de formation, mais bien d'un stage visant à évaluer sa capacité de s'adapter et d'exercer dans sa spécialité, en contexte québécois », précise la Dre Bédard.

4 Démarches d'immigration

(responsable: gouvernement)

En parallèle, la personne candidate doit entreprendre des démarches d'immigration. Celles-ci sont d'une complexité variable, selon la situation de la personne. Le ministère de l'Immigration est notamment sollicité pour la délivrance du permis de travail, essentiel pour effectuer le stage et ultimement travailler au Québec.

5 Obtention du permis

(responsable: CMQ)

Au terme des trois mois, le maître de stage procède à l'évaluation du candidat et formule une recommandation. Le dossier est alors de nouveau soumis au comité d'admission à l'exercice, qui statuera sur l'attribution d'un permis restrictif.

Ce permis est assorti de restrictions portant sur trois aspects :

- › le lieu de pratique (le médecin peut uniquement exercer en établissement);
- › les actes autorisés;
- › la durée (le permis est valide pour une année, puis renouvelable annuellement).

Après cinq ans, le permis restrictif peut être converti en permis régulier, sans avoir à passer l'examen de certification du Québec.

Le CMQ se charge de tous les aspects de l'organisation du stage : recrutement du maître de stage, formation de celui-ci, lien avec les établissements, soutien au candidat et au maître de stage, etc. « Les médecins au Québec sont souvent sursollicités par la clinique, l'enseignement, et leurs multiples engagements. Cela peut être un défi de trouver des maîtres de stage ainsi que des milieux de stage », soutient la Dre Bédard.

Cinq membres du personnel administratif et une médecin-conseil œuvrent à ce processus et s'assurent d'offrir un service personnalisé. Une agente rencontre le candidat avant la tenue du stage afin de répondre à ses questions. Puis, le premier jour du stage, une autre rencontre est organisée en compagnie de la personne candidate, de deux membres de l'équipe du CMQ et du maître de stage, afin d'officialiser les objectifs et le déroulement de l'activité.

Au cours des cinq dernières années, le CMQ a délivré 332 permis restrictifs à des diplômés internationaux en médecine.

ENJEUX

2. LA VOIE « RÉGULIÈRE »

Empruntée par les médecins qui ne sont pas admissibles au permis restrictif ou qui préfèrent refaire une formation au Québec, cette voie comporte plusieurs étapes. En voici un survol.

Réussite des examens et reconnaissance de l'équivalence du diplôme M.D.

(responsables: **CMQ** et Conseil médical du Canada)

La personne candidate doit réussir les examens du Conseil médical du Canada, qui servent à évaluer sa maîtrise de connaissances médicales de base. De cette étape découle la reconnaissance de l'équivalence du diplôme M.D., accordée par le CMQ.

Jumelage

(responsables: CaRMS et universités québécoises)

En vue d'être admise dans un programme postdoctoral (résidence) offert par l'une des quatre facultés de médecine québécoises, la personne candidate doit postuler auprès du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Lors de l'attribution des postes en résidence, les médecins diplômés à l'international font partie du même contingent que les finissants des facultés de médecine québécoises.

Programme de résidence

(responsables: universités québécoises)

Une fois admise dans un programme de résidence, la personne candidate suivra la même formation que les diplômés québécois (d'une durée qui varie entre deux et six ans, selon la spécialité choisie) et passera les mêmes examens de certification au terme de sa formation.

Obtention du permis

(responsable: **CMQ**)

Le permis régulier ainsi obtenu est le même que celui des autres diplômés du Québec.

Au cours des cinq dernières années,
le CMQ a délivré 342 permis réguliers
à des diplômés internationaux en médecine.

EN RÉSUMÉ... QUI FAIT QUOI?

Le Collège des médecins du Québec

- › Procède à la reconnaissance des équivalences du diplôme M.D.;
- › Valide les examens de connaissances médicales de base, lorsque requis;
- › Valide les compétences des candidats;
- › Organise les stages d'évaluation ou d'adaptation (pour les candidats au permis restrictif);
- › Délivre les permis d'exercice dans les 60 spécialités médicales reconnues au Québec.

Les universités québécoises

- › Gèrent les admissions dans les facultés de médecine et les programmes de résidence. Les places sont contingentées et déterminées par décret gouvernemental.

Le gouvernement du Québec

- › Détermine les postes de médecins à combler selon un plan d'effectifs médicaux (PEM) et un plan régional d'effectifs médicaux (PREM);
- › S'assure ainsi d'une répartition équitable des ressources, tant sur le plan géographique que sur le plan des spécialités médicales;
- › Organise, via le service Recrutement Santé Québec, le parrainage entre la personne candidate et l'établissement parraineur.

À CHAQUE MÉDECIN SON PARCOURS

Derrière chaque demande de permis, il y a un parcours unique et une histoire à raconter. Ces médecins venus d'ailleurs écrivent une nouvelle page de leur vie au Québec. Pour plusieurs candidats, le processus menant à l'obtention du permis est émotif et correspond à un moment charnière de leur parcours. Trois médecins nous font part de leur expérience.

UNE HISTOIRE DE CŒUR... AVEC LE QUÉBEC

Cardiologue formé en Espagne, originaire de la Catalogne, le Dr Josep Iglésies-Grau est arrivé au Québec il y a trois ans. « J'ai choisi le Québec parce que je me passionne pour la prévention cardiovasculaire. Un médecin avec qui je collaborais à New York m'a parlé du centre ÉPIC de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM). On m'a proposé un entretien d'embauche pour un fellowship³, et c'est ainsi que je suis entré au pays. » La pandémie ayant complexifié son arrivée, il lui a fallu plus d'une année de démarches avant de pouvoir poser ses bagages à Montréal.



Dès son arrivée au Québec, le Dr Iglésies-Grau a œuvré en recherche, notamment dans le cadre d'une maîtrise en sciences biomédicales réalisée à l'Université de Montréal. « Je m'intéresse à la rémission des facteurs de risque. Mes recherches tentent de démontrer qu'on peut renverser certaines conditions dites chroniques (diabète, hypertension, cholestérol élevé) grâce à des changements aux habitudes de vie », raconte le chercheur passionné, qui a appris le français à Montréal.

Enthousiasmé tant par son milieu de travail que par la culture et l'hospitalité québécoises, le cardiologue songe alors à s'établir à long terme au Québec. « À la suggestion de mes patrons et après mûre réflexion, j'ai décidé d'entreprendre les démarches afin de rester ici », raconte-t-il.

Ayant pu amorcer officiellement sa pratique en tant que jeune patron à l'ICM en janvier 2024, il admet que le chemin pour y parvenir n'était pas de tout repos. Au fil des mois, il a documenté les étapes de son parcours, composées de multiples démarches administratives menées auprès de son université, des instances gouvernementales, des fédérations médicales et du CMQ. « C'est un long processus et c'est pourquoi j'ai cru utile de tout noter, afin d'aider de futurs candidats », résume le médecin, qui a consacré près de deux années à cet objectif.

« C'est un long processus et c'est pourquoi j'ai cru utile de tout noter, afin d'aider de futurs candidats. »

— Dr Josep Iglésies-Grau

Patience et résilience

Aux dires du Dr Iglésies-Grau, les médecins qui songent à immigrer au Québec doivent comprendre que le processus est chapeauté par plusieurs instances. Il estime que les candidats gagneraient à recevoir un document complet, détaillant les options possibles selon leur situation, avec les noms des personnes-ressources à contacter dans les différentes organisations à chacune des étapes. « Je me suis rendu compte que personne dans mon hôpital ne connaissait en détail le processus, raconte le cardiologue. J'ai dû poser beaucoup de questions. »

Afin de faciliter l'arrivée des candidats internationaux, il croit que l'accès à des cours de français en ligne (axés sur le jargon médical employé sur le terrain) serait utile. La tenue de conférences ou de webinaires pourrait aussi aider les futurs candidats à mieux comprendre les voies d'accès et leur permettrait de poser leurs questions en amont.

Par ailleurs, l'aspect monétaire lui apparaît comme un facteur non négligeable. Les démarches administratives entraînent des frais substantiels, sans oublier les frais de scolarité qui sont à déboursier pour certains fellows, alors que leur rémunération est modeste. « Pour ma part, j'ai été privilégié. J'avais le soutien d'un grand hôpital et de mes patrons et collègues. »

Même s'il évoque différents obstacles législatifs et administratifs vécus en cours de route, il considère néanmoins que le Québec est une excellente terre d'accueil. « Je me suis tout de suite senti bien parmi les Québécois et les Québécoises », assure-t-il.

³ Formation complémentaire permettant aux médecins de se spécialiser dans un domaine pointu, en lien avec leur programme de résidence.

DE LA RÉGION PARISIENNE... À VALLEYFIELD

Déjà à l'époque où elle étudiait la médecine, la Dre Cécilia Chailloux caressait le rêve de s'établir un jour au Québec : « Au moment où j'ai passé mon internat, j'avais entendu parler de l'entente Québec-France⁴, alors je savais qu'il y avait des possibilités. »

Médecin de famille ayant une surspécialisation en médecine d'urgence, elle exerce d'abord sa profession durant une



Dre Cécilia Chailloux

dizaine d'années en région parisienne. Puis en 2020, avec son conjoint qui travaille alors comme ambulancier, elle prend la décision de concrétiser son projet d'immigration et s'y engage activement. « Nous étions tellement motivés, nous étions prêts à aller dans n'importe quelle région. Nous nous étions même dit : s'il faut aller au Nunavut quelques années, on le fera ! », se souvient-elle.

Son profil ayant été validé par Recrutement santé Québec, la Dre Chailloux se retrouve sur une liste d'attente pour un parrainage. Or, les mois passent et elle n'est contactée par aucun établissement. Elle décide alors de prendre les choses en main et envoie un courriel à toutes les Directions régionales de médecine générale (DRMG) afin de se présenter, en espérant trouver un milieu pour la parrainer.

Elle obtient plusieurs réponses en provenance de l'Outaouais et de la Montérégie, entre autres. « J'ai finalement trouvé un poste à Candiac et j'ai même rencontré la responsable médicale du CLSC qui souhaitait me recruter. Nous nous sommes rendues très loin dans le processus. Il ne manquait plus que la signature du ministère. » Lorsque la réponse ministérielle arrive enfin, c'est la déception : « Le parrainage a été refusé. Essentiellement, on m'a répondu que si je voulais venir au Québec, il fallait aller à Valleyfield. Ce fut difficile à accepter au départ, car je me projetais déjà dans le poste que j'avais trouvé. »

Deux autres collègues françaises, arrivées au même moment qu'elle, ont vécu sensiblement la même expérience. C'est donc à Valleyfield que les trois médecins de famille se sont finalement posées, à quelques mois d'intervalle.

« On y est très bien. En tant que médecins, nous bénéficions de meilleures conditions au Québec qu'en France, et les patients sont plus respectueux à notre égard », relate-t-elle.

L'étape déterminante du stage

Avant d'amorcer ce nouveau chapitre professionnel au CLSC de Valleyfield, la Dre Chailloux a dû réussir un stage de trois mois, comme la plupart des candidats au permis restrictif. Celui-ci s'est déroulé à Lachute. « C'était bien organisé. La responsable de stage avait bien prévu les activités. Les personnes avec qui j'étais en contact au CMQ et les intervenants du CISSS ont toujours fourni des réponses rapides à mes questions », affirme-t-elle.

Toutefois, la médecin de famille ne s'en cache pas : les quatre mois d'attente précédant la confirmation de la tenue du stage ont été parmi les plus stressants du parcours. « Il faut s'organiser avec notre employeur français sans savoir exactement quand on va partir. Dans notre cas, nous devions vendre notre maison, et il fallait aussi penser à notre fille de 3 ans. Comme on ne savait pas dans quelle région aurait lieu le stage, on ne pouvait se projeter dans l'avenir. »

« Les maladies sont les mêmes, mais la prise en charge et le fonctionnement du système de soins sont très différents. Il y a énormément de choses à assimiler. »

— Dre Cécilia Chailloux

En soi, le stage a constitué pour elle une expérience intense et exigeante, mais formatrice. En effet, s'initier à un nouveau système de santé requiert une bonne dose d'adaptation : « Les maladies sont les mêmes, mais la prise en charge et le fonctionnement du système de soins sont très différents. Il y a énormément de choses à assimiler », explique-t-elle. De surcroît, se retrouver en situation d'évaluation, alors qu'on pratique la médecine depuis plusieurs années, ajoute à la pression : « On ne peut s'empêcher de penser que notre futur est en jeu », confie la Dre Chailloux.

En dépit des hauts et des bas vécus durant ces démarches, il ne fait aucun doute pour la médecin que le jeu en valait la chandelle. « Si c'était à refaire, je le referais », conclut celle qui compte entreprendre les démarches pour obtenir sa résidence permanente.

⁴ Signé en 2009, l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) des qualifications professionnelles des médecins vise à favoriser la mobilité de la main-d'œuvre médicale entre le Québec et la France.

LE CHIRURGIEN DEVENU MÉDECIN DE FAMILLE

D'origine algérienne, le Dr Soufiane Bensaidane s'est établi au Québec il y a 20 ans avec son épouse et leurs jeunes enfants. Il cumulait alors 10 années d'expérience comme chirurgien dans son pays d'origine. N'étant pas admissible à la voie menant au permis restrictif, il entreprend alors le processus conduisant au permis régulier.

Il obtient sans problème la reconnaissance de son diplôme par le CMQ après la réussite des examens requis. Il lui reste ensuite à refaire sa résidence en chirurgie afin de pouvoir exercer sa profession au Québec. Et c'est à ce moment que son élan est freiné : « J'avais postulé au CaRMS dans trois spécialités médico-chirurgicales. Malheureusement, je n'ai été accepté dans aucun des programmes », se remémore-t-il.

Cherchant un « plan B », le Dr Bensaidane se tourne alors vers le marché du travail. Il déniché un emploi de formateur pour une agence de placement d'infirmières, desservant des régions éloignées. C'est dans ce contexte qu'il est appelé à voyager dans le Grand Nord. Du même coup, il y découvre l'univers de la médecine familiale dans toute sa versatilité. Cette expérience sera déterminante dans sa décision de se réorienter vers le programme de résidence en médecine de famille à l'Université Laval.



Dr Soufiane Bensaidane

« J'ai dû faire le deuil de ma spécialité, la chirurgie générale, mais je dois dire que si j'avais connu la médecine de famille à cette époque, je n'aurais pas postulé en chirurgie », avoue-t-il. Ce revers du destin a donc entraîné un dénouement heureux pour le médecin, qui conserve un beau souvenir de ses deux années de résidence au GMF-U Laurier, pour lequel il travaille encore à ce jour.

Des programmes contingentés

Par rapport à ce qu'il a connu, le Dr Bensaidane estime que le processus est désormais plus simple pour les médecins voulant s'établir au Québec : « Il y a 20 ans, l'information était difficile à trouver, le processus d'équivalence était plus compliqué, et l'on exigeait davantage d'examen. Aujourd'hui l'information est plus accessible et le processus d'équivalence me semble plus clair. »

À ses yeux, le principal frein pour les diplômés internationaux en médecine qui empruntent la voie « régulière » demeure l'accès limité aux postes de résidence, surtout dans les spécialités autres que la médecine de famille. Les places étant contingentées, les quatre facultés de médecine admettent au total une soixantaine de diplômés internationaux en formation postdoctorale annuellement.

« Plusieurs programmes sont réticents à accepter des médecins formés ailleurs, à cause d'expériences passées de résidences plus exigeantes ou plus longues, comparativement aux médecins qui ont fait leurs études au Canada. Cela s'explique par une adaptation difficile dans un système de formation et d'évaluation inconnu pour eux », avance le Dr Bensaidane.

Les quatre universités québécoises organisent une semaine de préparation à la résidence pour tous les diplômés hors Canada et États-Unis acceptés dans un programme. De plus, un stage d'acclimatation de quatre semaines leur est offert avant le début de leur résidence. « Cela demeure toutefois insuffisant. Une meilleure préparation en début de résidence est nécessaire », estime le médecin et professeur de clinique.

« J'ai dû faire le deuil de ma spécialité, la chirurgie générale, mais je dois dire que si j'avais connu la médecine de famille à cette époque, je n'aurais pas postulé en chirurgie. »

— Dr Soufiane Bensaidane

La mise sur pied, il y a une dizaine d'années, du Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé (CEDIS), en partenariat avec le MSSS, représente la volonté du gouvernement de mieux intégrer les médecins formés à l'étranger. Cet organisme leur offre notamment un soutien pour préparer leur candidature à une place en résidence et les aider à se préparer aux entrevues de sélection. « Nous avons remarqué que les résidents en médecine familiale qui ont passé avec succès leur stage d'évaluation CEDIS sont mieux préparés à la résidence », se réjouit le Dr Bensaidane tout en ajoutant que le nombre de places au CEDIS demeure limité.

Désormais membre du comité d'admission à l'exercice du CMQ, le Dr Bensaidane peut y partager son expérience et contribuer à l'amélioration continue du processus. À l'Université Laval, il a également cofondé le Groupe d'intérêt des diplômés internationaux en médecine, qui offre un soutien à celles et ceux venus poursuivre leurs études en médecine au Québec. « Ce sont des gens qui viennent jouer leur carrière ici. Je le sais, car je suis passé par là. La possibilité d'exercer leur profession repose sur une résidence de deux à six années. Ils veulent performer et sont capables de le faire, mais parfois, ils font face à des préjugés ou ils rencontrent d'autres candidats qui n'ont pas réussi. Je leur explique qu'ils sont capables et que s'ils ont les compétences, il n'y a rien à craindre. Le fait pour eux de discuter avec un médecin étranger, devenu professeur, leur donne de l'assurance. »

QUEL A ÉTÉ VOTRE PLUS GRAND «CHOC PROFESSIONNEL» EN ARRIVANT AU QUÉBEC?

Pour moi, ce fut l'absence d'un système hiérarchique, où le chef de service fait la pluie et le beau temps et prend toutes les décisions cliniques. Au Québec, chaque médecin est libre de choisir la conduite qu'il juge la plus utile pour son patient. Chaque médecin est son propre patron en quelque sorte...

— Dr Soufiane Bensaidane

Les notes médicales sont écrites à la main. Je n'ai jamais vu une telle chose en Europe, où j'ai travaillé dans plusieurs milieux. Puisqu'il n'y a pas actuellement de système informatique partagé au Québec, on rencontre souvent des patients sans avoir pu prendre connaissance des notes à leur dossier. À mon avis, il y a là un enjeu pour la sécurité des soins offerts aux patients.

— Dr Josep Iglésies-Grau

Le terme « choc » est un peu fort, mais il y a certainement des différences. Par exemple, l'aide médicale à mourir n'est pas administrée en France, donc c'était une pratique nouvelle pour moi. Aussi, les délais pour obtenir certaines consultations ou subir des examens sont plus longs. Attendre six mois pour passer une IRM... on ne voit pas cela en France.

— Dre Cécilia Chailloux



« Les attentes de la population québécoise en regard des soins qu'elle reçoit sont élevées. Le CMQ a pour mission de protéger le public, et c'est pourquoi il faut s'assurer de la qualité de la pratique médicale offerte au Québec. »

— Dre Marie-Josée Bédard



POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION

Le CMQ est très conscient de l'importance de favoriser l'accueil des diplômés internationaux en médecine (DIM), particulièrement dans un contexte de pénurie des ressources médicales au Québec. « Nous cherchons activement des moyens novateurs pour permettre à ces médecins d'œuvrer dans le système de santé, surtout dans des secteurs où les besoins sont marqués, comme en médecine familiale », affirme la Dre Bédard.

Au cours des dernières années, des initiatives visant à faciliter les démarches d'obtention du permis ont été mises en place, que ce soit par la publication de vidéos informatives ou par l'ajout de ressources humaines afin d'accélérer le traitement des demandes.

Au-delà de l'accès au permis, le CMQ souhaite améliorer l'intégration et l'encadrement offerts aux DIM. « Nous sommes à réfléchir à une intégration plus personnalisée, qui pourrait inclure des ateliers et des formations. On pense aussi à une forme de mentorat pour accompagner ces médecins une fois arrivés dans leur milieu. »

UN BILAN POSITIF

Bien que le processus demeure perfectible, la Dre Bédard estime que le Québec peut être fier de son bilan en ce qui concerne l'accueil des DIM : « Le Québec a été innovateur, et ce, depuis longtemps », souligne-t-elle en rappelant que le permis restrictif existe ici depuis 1970. « Chaque année, nous accueillons entre 70 et 75 diplômés internationaux en médecine via la voie du permis restrictif dans nos 60 spécialités offertes au Québec, ce qui n'est pas le cas ailleurs au pays. »

Jusqu'à tout récemment, les autres provinces canadiennes accueillaient principalement des médecins de famille. On note toutefois certaines avancées, par exemple en Alberta, où l'éventail de spécialités accessibles aux DIM a été élargi.

DE NOUVELLES AVENUES

Le CMQ demeure attentif aux initiatives d'autres pays. « La Nouvelle-Zélande offre un modèle très intéressant, cite en exemple la Dre Bédard. Le pays accueille beaucoup de médecins formés à l'étranger (dont plusieurs originaires du Royaume-Uni). Ces médecins exercent sous supervision pendant des périodes plus ou moins longues. »

Alors que le CMQ avait toujours fait le choix d'accueillir des médecins pouvant exercer de façon autonome, sans supervision, il est à analyser comment ces autres modèles pourraient s'appliquer au contexte québécois.

Élargir l'accès demeure toutefois un enjeu délicat. Des questions éthiques entrent notamment en ligne de compte, puisque l'accueil d'un plus grand nombre de médecins diplômés à l'international pourrait signifier un exode des ressources médicales dans leurs pays de provenance, où les besoins sont possiblement encore plus grands.

En somme, chaque mesure envisagée doit être soupesée, analysée avec rigueur et examinée sous tous les angles. « Les attentes de la population québécoise en regard des soins qu'elle reçoit sont élevées. Le CMQ a pour mission de protéger le public, et c'est pourquoi il faut s'assurer de la qualité de la pratique médicale offerte au Québec », conclut avec justesse la Dre Bédard. ■

Et si l'intelligence artificielle rendait les soins plus humains ?

Les avancées en intelligence artificielle se succèdent à une vitesse effrénée. Elles laissent entrevoir un monde de possibilités en médecine... mais génèrent la crainte que celle-ci soit déshumanisée. Comment faire en sorte que le progrès technologique soit réellement au service des humains et de leur santé ? Tour de la question avec des médecins interpellés par ces enjeux.

LE FUTUR, C'EST MAINTENANT... OU PRESQUE !

Après Internet, l'intelligence artificielle (IA) sera la prochaine grande révolution technologique vécue dans nos sociétés modernes. Bien qu'au Québec, le recours à l'IA en soit encore à ses balbutiements dans les milieux de soins, celle-ci pourrait connaître un véritable essor en médecine d'ici quelques années à peine.

« L'intelligence artificielle a fait des pas de géant au cours des dernières années... et on sous-estime ses capacités actuellement », avance le Dr Pierre Guérette, médecin d'urgence et membre du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec (CMQ). Adeptes de nouvelles technologies, il suit avec beaucoup d'intérêt l'évolution fulgurante de ce domaine.

Pneumologue et vice-présidente du Conseil d'administration du CMQ, la Dre Nathalie Saad voit d'un œil positif l'arrivée de l'IA : « Considérant à quel point les pathologies deviennent complexes, à quel point on individualise les traitements pour le cancer, par exemple, je pense que nous arrivons à une ère en médecine où il importe d'avoir un soutien, afin d'offrir le meilleur traitement possible à chaque personne. »

Face à l'arrivée de l'IA, les ordres professionnels ont un rôle crucial à jouer : s'assurer que son utilisation demeure appropriée et sécuritaire pour le public. C'est dans cet objectif que le CMQ a notamment constitué un groupe de travail sur la télésanté et l'intelligence artificielle, dont font partie les Drs Guérette et Saad. Place au futur de la médecine !



Dr Pierre Guérette

Intelligence artificielle (IA) :

Reproduction artificielle des facultés cognitives de l'intelligence humaine, dans le but de créer des systèmes ou des machines capables d'exécuter des fonctions relevant normalement de celle-ci¹.



Dre Nathalie Saad

1 Tiré de la définition de l'Office québécois de la langue française.

LA PUISSANCE DE L'IA AU SERVICE DE LA SANTÉ

L'IA possède une prodigieuse capacité d'analyse, lui permettant de traiter une quantité phénoménale de données et d'en dégager une tendance. Voici quelques-uns des domaines en santé où ses étonnantes facultés sont à faire leurs preuves.

Rapidité d'analyse et aide au diagnostic

Utilisée en imagerie médicale, l'IA accélère et facilite le diagnostic de certains cancers, comme celui du poumon, du sein ou de la peau. En ophtalmologie, à partir d'une simple photo, l'IA peut détecter des cas de rétinopathie diabétique, une complication du diabète qui peut conduire à la cécité. Par ailleurs, dans certains hôpitaux, on confie dorénavant à des robots l'analyse d'échantillons microbiologiques.

Des trouvailles étonnantes

Au moyen de l'IA, une équipe de recherche de l'Université de Leeds au Royaume-Uni a pu établir un lien entre de petites modifications repérées au niveau des vaisseaux sanguins de la rétine et un risque élevé d'infarctus du myocarde. Une révolution dans le dépistage des maladies cardiaques!

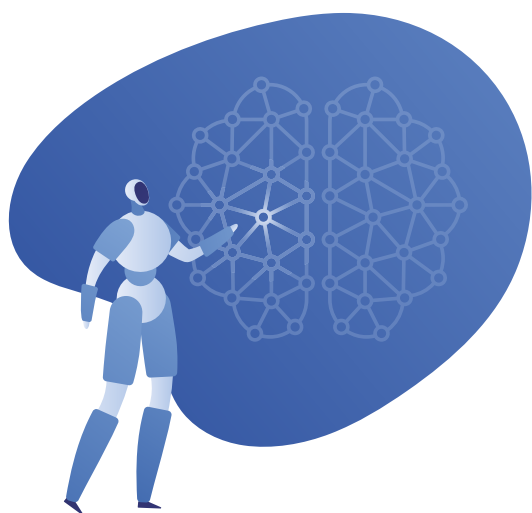
Une gestion optimisée, pour moins d'attente

Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), un algorithme est actuellement testé, notamment dans le but de mieux organiser les effectifs nécessaires à l'urgence et d'accélérer l'admission de certains patients. Pour la gestion des rendez-vous, certaines cliniques médicales québécoises utilisent désormais un algorithme afin de mieux prioriser et orienter les personnes en attente d'une consultation.

Le saviez-vous? Des études² ont démontré que les systèmes d'intelligence artificielle (SIA) étaient plus efficaces que l'humain pour prédire, parmi le nombre de personnes admises à l'urgence, celles qui allaient être hospitalisées aux soins intensifs. Il n'y a qu'un pas à franchir pour imaginer une meilleure gestion des lits ou des salles de chirurgie, et une répartition optimale des effectifs grâce à l'IA!

Une alliée en santé publique

L'utilisation de données par proxy³ (comme celles fournies par une montre intelligente) s'avère utile pour prévenir des éclosions de maladies infectieuses. Par exemple, des équipes de recherche américaines ont pu déceler à distance des cas de COVID-19, notamment à partir de données sur la fréquence cardiaque recueillies par des montres intelligentes.



2 Voir notamment : RAITA, Y. et al. « Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models », *Critical Care*, 22 février 2019, vol. 23, n° 1, p. 64.

3 Données médicales fournies par des appareils non certifiés.

ENJEUX

DE GRANDS ESPOIRS

Dans la mesure où son usage est balisé par un cadre sécuritaire, l'IA comporte plusieurs avantages, tant pour les médecins que pour les patientes et patients. Voici certains des gains espérés avec l'IA.

Un filet de sécurité pour les patients... un copilote pour les médecins

Tout d'abord, l'IA pourrait contribuer à rendre les soins plus sécuritaires. Le Dr Guérette donne pour exemple les analyses en radiologie : « Un être humain peut avoir eu une mauvaise nuit, être fatigué... C'est rassurant pour le patient de savoir qu'il y aura ce deuxième regard de l'IA. »

Celui-ci perçoit la machine comme un copilote, dont le rôle est d'assister le médecin dans le diagnostic ou le choix d'un traitement, ou encore de l'alerter d'un détail négligé. Même son de cloche du côté de la Dre Saad : « L'IA est un outil qui nous permet de regarder une situation à la lumière d'un algorithme. C'est une aide à la décision, au même titre que les lignes directrices en médecine. »

Une priorisation accélérée des cas... mais jamais sans surveillance

Reprenons l'exemple de la radiologie. Si l'IA permet au radiologue d'écarter dans un premier temps les radiographies jugées normales pour se concentrer d'abord sur des images signalées comme anormales, on peut alors espérer accélérer le diagnostic et l'amorce de traitement. « Si l'IA permet de prioriser les cas anormaux, on ressort gagnant. Mais ce processus n'évacue en rien la nécessité de faire valider toutes les images par un professionnel à moyen terme », précise la Dre Saad.

C'est d'ailleurs l'une des craintes les plus fréquentes : celle de voir l'IA remplacer l'humain. Sur ce point, la Dre Saad est catégorique : « L'IA ne remplacera pas le jugement clinique, l'habileté, ni les connaissances médicales et scientifiques. Mais on peut certainement bénéficier de l'intégration d'outils qui nous permettent d'arriver à des plans de traitement, des diagnostics de façon plus efficace et de façon plus personnalisée. Cela dit, le regard critique et le jugement professionnel sur les résultats doivent demeurer. »

Bref, ce n'est pas demain que les médecins se retrouveront sans emploi. « Bien au contraire, on ne manquera pas de travail, mais on assistera à une mise en commun des capacités, qui permettra d'offrir un service de meilleure qualité », estime le Dr Guérette.

Une médecine personnalisée... à condition d'avoir des données

Autre avantage de l'IA : sa capacité de traiter et de croiser les données, ce qui lui confère un point de vue plus complet d'une situation. Grâce à l'IA, la médecine pourrait prendre en compte des milliers de caractéristiques propres à une personne, en vue de lui offrir des traitements mieux adaptés. Le Dr Guérette demeure toutefois prudent à ce niveau : « Cela suppose que l'IA aurait accès à une grande quantité de données, dont le profil génétique complet de la personne, l'historique de sa prise de médicaments, et bien plus encore. »

Visiblement, le réseau de la santé n'en est pas là encore. Au Québec, les informations en santé se retrouvent actuellement dispersées dans différentes bases de données, au cœur de systèmes informatisés qui ne communiquent pas entre eux. Un défi de taille attend la province sur le plan du rattrapage technologique. La réforme actuelle du réseau de la santé est certainement l'occasion d'actualiser et d'uniformiser les outils technologiques, pour profiter pleinement des gains d'efficacité promis par l'IA.

Moins de paperasse... plus d'interaction humaine

La médecine se complexifie, la bureaucratie aussi. Outre les nombreux formulaires à remplir, la prise de notes durant les consultations constitue un irritant, alors que l'écran s'interpose souvent entre le médecin et son patient. Des percées en IA pourraient résoudre ce problème, faire épargner du temps aux cliniciennes et aux cliniciens, et permettre à ceux-ci de focaliser toute leur attention sur la personne devant eux !

Selon un rapport publié par la Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, les médecins québécois, toutes spécialités confondues, consacraient près de 4,4 millions d'heures par année à des tâches administratives jugées superflues⁴.

4 Fédération canadienne de l'entreprise indépendante,
« Les patients avant la paperasse », janvier 2023.



Imaginons ceci... Bientôt, lors d'une consultation médicale, un SIA pourra analyser le dialogue entre le médecin et son patient, si ce dernier y consent. Une note, à valider par le médecin, sera générée au dossier à partir des informations recueillies par le système. Une fois le diagnostic et le traitement établi par le médecin, le SIA engendrera toutes les actions nécessaires au suivi, sans que personne ne touche à un clavier. « On gagnera alors beaucoup de temps ! », s'enthousiasme le Dr Guérette.

Le médecin d'urgence utilise dorénavant la dictée vocale pour sa prise de notes et constate déjà des gains appréciables. « De 5 à 7 minutes requises pour rédiger une note à la main, on passe à environ 2 minutes grâce à l'assistance vocale. Ça me permet de voir quelques patients de plus dans ma journée. »

Bref, en libérant le médecin des aspects mécaniques de son travail, celui-ci pourra se concentrer sur des tâches à valeur ajoutée. « C'est certainement plus stimulant que de se battre contre un fax », ironise le Dr Guérette, en rappelant que l'invention du télécopieur date de... 1843.

LES BÉMOLS

Si l'IA prend des allures de couteau suisse, elle possède justement son côté tranchant. Voici certaines des appréhensions souvent évoquées à son sujet. Pour le CMQ, plusieurs aspects méritent réflexion et encadrement.

Protection des données personnelles... faut-il s'inquiéter ?

Les SIA appliqués à la santé permettent l'accès aux données personnelles. C'est certainement un enjeu qui préoccupe nombre d'utilisateurs. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) prend d'ailleurs la question au sérieux. Récemment, elle effectuait une mise en garde à cet effet⁵, en évoquant la nécessité d'un « cadre légal solide [...] pour sauvegarder la vie privée ».

La Dre Saad partage cette inquiétude : « Plusieurs aspects demeurent flous actuellement : comment est traitée l'information entrée dans le système ? À qui appartient cette information ? Où est-elle conservée ? Ce sont des questions que tout médecin devrait se poser lorsqu'il utilise un nouvel outil clinique. Or, avec l'IA, c'est beaucoup moins clair. Il est donc plus difficile de s'assurer qu'on a bien suivi les règles, qu'on respecte la confidentialité des données. »

Représentation de la diversité

Un autre revers potentiel de l'IA est le manque de représentativité de la diversité des populations dans ses modèles d'analyse, ce qui peut conduire à « des préjugés, des inexactitudes et même des échecs », selon l'OMS. Celle-ci prône le recours à des réglementations qui assureront que les données d'entraînement de l'IA tiennent compte du genre et de l'origine ethnique des personnes, afin que l'ensemble soit représentatif.

Quelles sont vos sources ?

Connaissez-vous le phénomène de la boîte noire (*black box*) ? C'est le principe selon lequel on obtient un résultat, sans toutefois pouvoir expliquer comment on y est parvenu. Il s'agit d'une autre grande préoccupation entourant l'usage de certains SIA : un contenu est généré, sans que l'on puisse comprendre le raisonnement derrière ni consulter les sources à l'appui.

C'est là où la rigueur intellectuelle et le jugement professionnel s'imposent. « C'est bien d'avoir la réponse, mais ensuite il faut trouver la référence, et valider que celle-ci est fiable », rappelle le Dr Guérette.

Le mot d'ordre : pensée critique. Comme pour tout article scientifique, la même grille d'analyse s'impose avec l'IA : « Cette suggestion est-elle pertinente pour ce patient ? Ce médicament est-il reconnu pour cette pathologie ? Est-ce un traitement valide ? C'est notre responsabilité en tant que professionnels de se questionner », ajoute-t-il.

Heureusement, les SIA se raffinent sans cesse et, de plus en plus, parviennent à expliquer leur raisonnement, ce qui ultimement peut en faire des sources d'apprentissage pour les professionnels.

« L'IA ne remplacera pas le jugement clinique, l'habileté, ni les connaissances médicales et scientifiques. »

— Dre Nathalie Saad



5 Organisation mondiale de la Santé, « L'OSM préconise une utilisation sûre et responsable de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé », 16 mai 2023.



CHATGPT EST-IL FIABLE POUR DISCUTER SANTÉ ?

Gratuit, accessible, il peut répondre en quelques clics à presque toutes nos interrogations. Mais ChatGPT mérite-t-il notre confiance lorsqu'il est question de santé ?

Une équipe de recherche⁶ a mis l'outil au défi en lui soumettant 50 questions fréquentes au sujet des vaccins contre la COVID-19. Celui-ci a fait plutôt bonne figure, ayant fourni des réponses jugées globalement adéquates, bien que parfois incomplètes.

En revanche, les résultats d'une autre étude⁷ sont beaucoup plus mitigés. Environ 25 % des réponses fournies par ChatGPT au sujet de médicaments ont été jugées satisfaisantes, alors que les autres étaient inexactes ou incomplètes. De plus, certaines des sources citées en référence étaient... inexistantes.

« Au final, estime le Dr Pierre Guérette, les mises en garde jadis formulées à l'égard de Docteur Google s'appliquent toujours : lorsque notre santé est en jeu, tournons-nous vers les véritables experts en la matière ! »

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS

La responsabilité humaine est centrale dans le développement de l'IA. Autrement dit, pour chaque décision suggérée par l'IA, un être humain doit rendre des comptes. Par conséquent, un médecin pourrait-il être blâmé pour une erreur provenant du SIA qu'il emploie ? La réponse simple est oui ! Il lui appartient de valider les décisions et les actions générées par le système, puisqu'il y va de sa responsabilité professionnelle.

« Le poids de la responsabilité professionnelle repose sur le médecin. C'est une situation délicate, d'autant plus que les règles ne sont pas encore claires et que plusieurs questions demeurent sans réponse », relate la Dre Saad.

« Lorsque notre santé est en jeu, tournons-nous vers les véritables experts en la matière ! »

— Dr Pierre Guérette

6 SALAS, A., et al., « Chatting with ChatGPT to learn about safety of COVID-19 vaccines – A perspective », *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, septembre 2023, vol. 19, n° 2.

7 ASHP News Center, « Study Finds ChatGPT Provides Inaccurate Responses to Drug Questions », 5 décembre 2023.



UN GROUPE DE TRAVAIL À L'ŒUVRE

Mis sur pied par le CMQ en 2018, le groupe de travail sur la télésanté et l'intelligence artificielle se penche actuellement sur une multitude de questions soulevées par les avancées technologiques, et vise à fournir aux médecins québécois des balises pour naviguer de façon sécuritaire dans ces domaines en mouvance.

Sur l'IA, plusieurs questions se posent encore :

- › Se pourrait-il un jour qu'un médecin soit tenu responsable de ne pas avoir utilisé un SIA ?
- › Comment s'assurer d'obtenir un consentement éclairé de la personne quant à l'usage de ses données recueillies par un SIA ?
- › Quelle devrait être la durée de conservation de ces données ?
- › Comment choisir le bon outil et éviter tout conflit d'intérêts ?
- › Dans quelle mesure une personne devrait-elle pouvoir repérer, en consultant son dossier, les SIA qui ont été utilisés pour lui fournir des soins ?

Bien qu'elles semblent hypothétiques aujourd'hui, ces questions deviendront une réalité demain, et plusieurs angles morts surgiront en cours de route.

UNE FICHE CONÇUE POUR TOUS

Le groupe de travail du CMQ est à concevoir une fiche visant à sensibiliser à la fois les médecins et le grand public aux aspects déontologiques et éthiques entourant le recours à l'IA en médecine. « Il est tout aussi important pour les patientes et les patients de s'informer, afin de comprendre les enjeux », affirme la Dre Saad.

La fiche précisera notamment les règles à respecter par les médecins pour la tenue des dossiers. Ainsi, de la même façon que le médecin doit documenter les raisons qui l'amènent à poser un certain diagnostic, celui-ci devra justifier le fait qu'il soit en accord ou en désaccord avec un raisonnement proposé par un SIA, s'il a recours à un tel outil.

« L'idée est de porter un regard critique, afin d'en arriver à une utilisation judicieuse de l'IA. Il reste beaucoup de questions à se poser, mais ultimement la prise de décision revient aux professionnels, quelle que soit la réponse obtenue d'un SIA », précise la Dre Saad.

En somme, une médecine plus humaine grâce à l'IA, est-ce pour demain ? La Dre Saad demeure optimiste, mais prudente : « Je pense que c'est ce à quoi on devrait aspirer ; toutefois, il faudra un peu de temps pour trouver ce juste équilibre permettant de tirer les avantages de l'IA et d'obtenir une plus-value au chevet du patient. Si l'on atteint cet objectif, on aura fait bon usage de l'IA en santé. » ■

POUR UN DÉVELOPPEMENT RESPONSABLE DE L'IA

Initiée par l'Université de Montréal, la Déclaration de Montréal est une « œuvre collective » ayant pour objectif de mettre le développement de l'IA « au service du bien-être de tout un chacun ». Elle propose un cadre éthique pour un développement inclusif, équitable et écologiquement soutenable de l'IA à l'échelle internationale.

Pour plus de détails, consultez la [page Web](#).

LES 10 PRINCIPES DE LA DÉCLARATION DE MONTRÉAL

1. Bien-être
2. Respect de l'autonomie
3. Protection de l'intimité et de la vie privée
4. Solidarité
5. Participation démocratique
6. Équité
7. Inclusion de la diversité
8. Prudence
9. Responsabilité
10. Développement soutenable



Distinctions du Collège

MÉDECINS À L'HONNEUR!

Le 11 avril dernier, la profession médicale brillait de tous ses feux lors de la remise des Distinctions annuelles du Collège des médecins du Québec. Cette année, huit médecins se sont démarqués tant par leurs réalisations professionnelles que par leurs qualités humaines.

«Au-delà du simple savoir, c'est le savoir-faire et surtout le savoir-être qui contribuent à faire de nous de bons médecins, respectés par nos pairs et en qui les patients ont confiance. Chers lauréats et lauréates de cette soirée, notre société a besoin de modèles de rôle aussi passionnés et inspirants que vous.»

— Dr Mauril Gaudreault, président du CMQ





LAURÉATE, CATÉGORIE RELÈVE

Dre Cam-Tu Emilie Nguyen

Neurologue pédiatrique

- › Seule neurologue spécialisée en maladies neuromusculaires au CHU Sainte-Justine, la Dre Nguyen mène une course contre la montre pour déceler et traiter l'amyotrophie spinale chez les tout-petits, avant que ceux-ci ne développent des symptômes irréversibles.
- › Créatrice du Programme de traitement de l'amyotrophie spinale, elle a réalisé avec son équipe plus de 200 traitements qui ont changé la vie d'enfants gravement malades.

« Durant ma résidence, mon mentor, le Dr Michel Vanasse, m'avait confié que l'aspect qu'il trouvait le plus difficile de son travail était d'annoncer à une famille un diagnostic de maladie grave pour laquelle il n'y avait aucun traitement. Il avait ajouté que j'arrivais dans ce domaine au bon moment, alors que nous allions connaître une véritable révolution thérapeutique qui permettrait, beaucoup plus souvent, de proposer des traitements efficaces. C'est exactement ce qui s'est produit! Grâce à la recherche, nous pouvons aujourd'hui offrir à un nombre grandissant de familles un espoir réaliste que leur enfant puisse bénéficier d'un traitement qui améliorera sa condition. »

— Dre Cam-Tu Emilie Nguyen

LAURÉAT, CATÉGORIE RAYONNEMENT

Dr Alain Vadeboncoeur

Médecin d'urgence

- › Urgentologue, professeur et chercheur, le Dr Vadeboncoeur est aussi un communicateur passionné. À l'écran, au théâtre, à l'écrit, dans les médias sociaux... il multiplie les façons de partager ses connaissances avec le public.
- › Avec son discours crédible, fondé sur les données probantes, et son message axé sur la prévention, il a su gagner l'estime de ses pairs et la confiance de la population.

« Le rôle de médecin peut s'étendre à une foule de domaines variés, touchant toutes les sphères de l'activité humaine. Il convient de les explorer, parce qu'on n'est jamais meilleur médecin que lorsqu'on sort régulièrement de la médecine. Il est important de prendre régulièrement ses distances avec la pratique pour y réfléchir, en discuter, écrire sur le sujet, échanger avec des personnes issues d'autres domaines, bref nourrir cette pratique par une réflexion continue, parfois critique, mais toujours stimulante. »

— Dr Alain Vadeboncoeur





LAURÉAT À TITRE POSTHUME, DISTINCTION DU PUBLIC

Dr David Fecteau

Pédiatre

- › Le Dr Fecteau s'est mérité la confiance et l'estime de sa patientèle grâce à son empathie et à son approche humaine, teintée de patience et de bienveillance.
- › Dévoué, professionnel et disponible, ce « docteur de cœur » savait adapter son langage pour discuter d'égal à égal avec ses jeunes patients. Toujours, il trouvait le temps nécessaire pour écouter, pour expliquer, pour encourager, pour soigner.

« Je suis envahi par un double sentiment : celui d'une grande tristesse face au départ subit de notre fils David, et celui d'une grande fierté pour l'orientation qu'il a donnée à sa carrière. Il était dédié, engagé auprès de ses patients. Il démontrait un grand intérêt à connaître l'autre, à comprendre sa réalité pour mieux l'aider. C'est pour sa famille et ses proches un grand honneur de recevoir en son nom la Distinction du public. Comme l'a écrit Jean d'Ormesson : *Il y a quelque chose de plus fort que la mort...* C'est la présence des absents dans la mémoire des vivants. David, tu resteras dans nos mémoires pour ce que tu as offert, ce que tu as donné, ce que tu as semé. »

— Dr Claude Fecteau, au nom du Dr David Fecteau

LAURÉAT, CATÉGORIE HUMANISME

Dr Luc Cossette

Psychiatre

- › Psychiatre au CSSS de Lac-Saint-Jean-Est, le Dr Cossette croit en l'importance, pour chaque personne, de reprendre un certain pouvoir face à sa santé et de participer activement à son mieux-être.
- › Il a créé la Fondation Vivre ma santé mentale, dont l'objectif est d'offrir une avenue de rétablissement différente aux personnes vivant avec un problème de santé mentale, en se basant sur leur réalité et leurs besoins plutôt que sur des idées préconçues.

« Je remercie le Collège des médecins, qui contribue ainsi à mettre en lumière la Fondation Vivre ma santé mentale qui, pour moi, représente un rêve de longue date. Cette fondation, j'ose le dire, permet de changer des vies... voire de sauver des vies! Je suis fier du temps et de l'énergie alloués pour ainsi aider des personnes souffrant de différentes psychopathologies. Évidemment, créer et faire croître une fondation de cette ampleur ne se fait pas seul. J'ai la chance d'être entouré de personnes exceptionnelles qui croient en l'humain. Et comme je le dis souvent, lorsque l'humain appuie l'humain, il n'y a absolument rien d'impossible! »

— Dr Luc Cossette





LAURÉAT, CATÉGORIE EXCELLENCE

Dr Laurent Mottron

Psychiatre

- › Sommité internationale en matière de recherche sur l'autisme, le Dr Mottron se distingue par sa contribution à l'avancement des connaissances sur le cerveau autistique, ses méthodes d'intervention thérapeutiques novatrices et l'impact de ses découvertes sur le bien-être des personnes autistes.
- › L'excellence de ses travaux, menés en collaboration avec des chercheuses et chercheurs autistes, et ses prises de position sociétales ont fait évoluer le regard que nous posons sur l'autisme.

« Je salue l'ouverture dont fait preuve le Collège des médecins en honorant un médecin qui, depuis 35 ans, s'évertue à démontrer... que l'autisme n'est pas une maladie ! J'estime pourtant que les médecins font partie des catégories de professionnels qui ont le plus à dire et à faire dans ce domaine. La formation médicale, alliée à la recherche et à une bonne dose d'altruisme, a un rôle capital à jouer dans l'évolution de notre compréhension de l'autisme et de l'être humain. »

— Dr Laurent Mottron

LAURÉAT, DISTINCTION COUP DE CŒUR

Dr Bertrand Routy

Hémato-oncologue

- › Chercheur infatigable, le Dr Routy se passionne pour le développement de traitements en oncologie et aspire à faire augmenter l'espérance de vie des personnes vivant avec un cancer.
- › Reconnus à l'international, les travaux de son équipe ont mis en lumière le rôle insoupçonné du microbiome en oncologie, ouvrant ainsi la voie à de nouvelles avenues thérapeutiques.

« Ce prix est un pan de fierté pour mon équipe de recherche au CRCHUM, mais surtout un encouragement à continuer notre combat contre le cancer. En moins de 10 ans, nos travaux ont permis de montrer le rôle clé du microbiome dans la réponse aux inhibiteurs du point de contrôle immunitaire, notre découverte de la dysbiose liée aux antibiotiques a changé la pratique médicale en oncologie et, finalement, les résultats positifs de nos études cliniques modifiant le microbiome en combinaison avec l'immunothérapie ont ouvert une nouvelle voie thérapeutique. »

— Dr Bertrand Routy





DISTINCTION DE LA PRÉSIDENTE

Dr Norbert Dion

Chirurgien orthopédiste

- › Chirurgien orthopédiste oncologue, le Dr Dion travaille auprès de personnes atteintes de cancer, avec le souci de leur offrir des soins personnalisés, adaptés à leurs besoins.
- › Minutieux et systématique, il a réalisé des interventions chirurgicales remarquables qui ont changé la vie de ses patients, toujours en priorisant cette approche humaine qui est au cœur de sa pratique.

« J'ai une pensée pour tous mes collègues médecins et chirurgiens ainsi que pour tous les professionnels de la santé et les membres du personnel à L'Hôtel-Dieu de Québec et dans les autres milieux où je travaille. Pour moi, travailler en équipe n'est pas difficile, j'adore cela. Et l'oncologie me permet de le faire au quotidien. »

— Dr Norbert Dion

DISTINCTION DE LA PRÉSIDENTE

Dre Geneviève Auclair

Médecin de famille

- › Œuvrant au Nunavik depuis près de 17 ans, la Dre Auclair ne ménage aucun effort pour offrir les meilleurs soins de santé possibles à la population locale et défendre ses droits, notamment en exposant les besoins criants de cette région.
- › Cheffe du Département régional de médecine générale, elle est responsable du recrutement de médecins au Nunavik, où sévit une pénurie de main-d'œuvre chronique. Le manque de ressources, humaines et matérielles, fait partie des défis qu'elle affronte au quotidien.

« Je veux exprimer ma gratitude envers mes patientes et mes patients. Ils ont été mes guides, me laissant en cadeau certains de mes apprentissages les plus puissants sur l'art de la médecine. Ils sont pour moi une source d'inspiration, par leur résilience et leur sagesse.

En terminant, je nous souhaite, comme société, d'être plus inclusifs, ouverts d'esprit, mais surtout moins tolérants envers les inégalités sociales. »

— Dre Geneviève Auclair



Retraite progressive des médecins : un guide pour assurer la transition

Au Québec, près du quart des médecins ont 60 ans et plus. Les départs à la retraite sont de plus en plus nombreux, et cette vague pourrait prendre de l'ampleur. En cette ère de pénurie de main-d'œuvre, comment inciter certains médecins à prolonger leur vie professionnelle ? Un nouveau guide a été conçu pour accompagner les médecins de famille qui souhaitent opter pour une retraite progressive.

Lorsqu'on est médecin, prendre sa retraite n'est pas une mince affaire. Trouver entre autres des collègues à qui confier le suivi de ses patients et leurs dossiers peut s'avérer ardu. Plusieurs raisons sont en cause, notamment la surcharge de travail au sein des équipes et le manque de relève.

Dans le contexte de pénurie actuelle, la possibilité de garder des médecins plus longtemps en exercice fait partie des solutions pour assurer une accessibilité aux soins. C'est d'ailleurs l'une des pistes qui est ressortie du rapport du Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice, publié par le Collège des médecins du Québec (CMQ) en 2022.

En effet, certains médecins souhaitent ralentir la cadence, sans cesser définitivement d'exercer leur profession. Or, comment continuer de suivre 1000 patients ou plus dans un contexte de retraite progressive ?

L'an dernier, dans leur déclaration annuelle au CMQ, plus de **800** médecins ont indiqué qu'ils envisageaient de cesser définitivement d'exercer la médecine d'ici 2025.

54 % des médecins croient que des mesures visant à les inciter à prolonger leur pratique seraient très pertinentes pour améliorer l'accès aux soins.

Un outil pour faciliter la transition

Le CMQ, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) viennent d'élaborer un guide qui permettra aux médecins de famille d'envisager une diminution de leurs heures de travail, dans le respect de leurs obligations déontologiques. Cet outil d'aide à la décision pourrait aussi servir à des médecins souffrant d'une maladie ou de contraintes de santé les empêchant de travailler à temps plein.

Une deuxième phase des travaux est envisagée avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le MSSS, afin d'élargir la réflexion aux médecins d'autres spécialités.

« Il faut s'assurer qu'aucun patient ne tombe "entre deux chaises". Nous avons travaillé de concert avec la FMOQ et le ministère afin de bien délimiter les prérequis et de mettre en place les structures nécessaires, pour que le transfert de la patientèle fonctionne. »

— Dre Isabelle Tardif,
directrice générale adjointe
et secrétaire du CMQ



Assurer une continuité des soins

L'outil mis en place vise à établir une procédure pour le transfert de certains patients, que ce soit vers les Guichets d'accès à un médecin de famille (GAMF) ou grâce à un arrimage entre cliniques d'un même territoire. L'objectif est de rendre tout ce procédé plus uniforme et fluide. Le médecin doit fournir un certain nombre d'informations et indiquer le délai dans lequel il pense que la personne doit être réévaluée ou suivie.

Cet outil permettra de diriger les patients vers le bon GAMF, en fonction de leur lieu de résidence. En attendant de se voir attribuer un nouveau médecin de famille, les patients pourront s'adresser au Guichet d'accès à la première ligne (GAP) pour des besoins ponctuels.

REPENSER L'ACCÈS AUX SOINS

Pour en savoir davantage sur les pistes de solutions avancées par le CMQ en matière d'accessibilité aux soins, consultez le rapport du Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice. Ce document découle d'une importante consultation menée auprès de partenaires, de médecins et du grand public.

Mordu de sport et de médecine

Médecin-chef des Alouettes de Montréal depuis 28 ans, le Dr Vincent J. Lacroix est une figure de proue de la médecine du sport au Québec. Ayant également œuvré auprès des Canadiens de Montréal, il se montre toujours aussi passionné par le sport... et par son champ d'exercice. Le temps d'un entretien, il nous entraîne dans son quotidien, là où l'ordinaire côtoie parfois l'extraordinaire !



Dr Vincent J. Lacroix

AU SERVICE DES ALOUETTES

En près de trois décennies aux côtés des Alouettes, le Dr Vincent J. Lacroix a eu le privilège de soulever quatre fois la coupe Grey avec l'équipe montréalaise. « Ce sont toujours des moments très excitants, mais c'est surtout le sentiment de contribuer au succès des athlètes qui apporte satisfaction », avoue-t-il.

En tant que médecin-chef des Alouettes, le Dr Lacroix compare son rôle à celui d'un médecin d'entreprise, dont le mandat est de s'occuper d'une « grande famille » composée de tous les membres du personnel. Au-delà des 45 joueurs en uniforme (dont une dizaine seulement sont originaires du Québec), ce sont près de 70 joueurs qui sont rattachés à l'équipe. Au camp d'entraînement, ils sont parfois jusqu'à 95 athlètes provenant d'ici et d'ailleurs, à la recherche d'un contrat professionnel.

C'est une réelle passion pour le sport qui anime ces athlètes, puisque les salaires sont loin d'être comparables à ceux qu'on trouve au hockey professionnel. « Au football canadien, le salaire moyen d'un joueur de première année est d'environ 60 000 dollars canadiens, pour une période de 6 mois. Souvent, les joueurs ont un deuxième emploi. Ça fait des gens plutôt terre-à-terre », constate-t-il.

L'ÉQUIPE... DERRIÈRE L'ÉQUIPE

Être la ressource médicale pour tout ce beau monde, c'est du sport ! Heureusement, toute une équipe œuvre aux côtés du Dr Lacroix : un thérapeute du sport en chef, des physiothérapeutes, trois ou quatre médecins (habituellement des médecins de famille formés en médecine du sport) et deux orthopédistes qui procèdent à des chirurgies diverses (épaule, genou, etc.).

Le premier rôle de l'équipe médicale est de dépister, lors du camp d'entraînement, les pathologies chez les athlètes et d'aider ainsi le gérant et l'entraîneur-chef à bâtir une équipe solide. « Par exemple, un joueur qui aurait subi deux chirurgies au genou et qui n'aurait pas encore terminé sa réhabilitation risque de ne pas intégrer l'équipe puisqu'il est à haut risque de se blesser à nouveau », explique le Dr Lacroix.

Une fois l'équipe constituée, les joueurs bénéficient d'un soutien médical tout au long de l'année. Dès le début de la saison, certains joueurs auront des blessures musculaires ou articulaires. « Il peut s'agir d'une fracture ou d'une déchirure ligamentaire. Parfois, une chirurgie est nécessaire et il faut voir comment se passe la réadaptation. Nous sommes là pour les suivre au quotidien. »

Outre les blessures classiques liées au sport, les motifs de consultation sont variés : une appendicite, une pierre au rein, une infection urinaire, des problèmes dentaires... Selon la situation, des membres de l'équipe de l'Hôpital général de Montréal, à laquelle est rattaché le Dr Lacroix, seront sollicités. Et c'est sans oublier les conjointes des joueurs, qui ont accès à une obstétricienne-gynécologue au besoin.

S'OCCUPER DE SANTÉ MENTALE

Les problèmes de santé mentale chez les joueurs sont aussi dans la mire de l'équipe médicale. Chez ces jeunes hommes, âgés de 22 à 36 ans, on peut retrouver des cas de schizophrénie, de bipolarité, de dépression chronique ou encore des problèmes de dépendance. L'équipe médicale se charge alors d'orienter les joueurs vers les ressources appropriées. La Ligue canadienne de football (LCF) met également à la disposition des joueurs une ligne téléphonique confidentielle où se confier. « Parfois les joueurs ont simplement besoin de partager leurs inquiétudes. La plupart d'entre eux se retrouvent loin de la maison et ne parlent pas français. Ils peuvent se sentir isolés ou traverser des moments difficiles », rappelle le Dr Lacroix. Dans ces cas, l'empathie et l'écoute constituent les meilleurs remèdes.



UNE RELATION DE CONFIANCE

Le Dr Lacroix se fait un devoir de rendre visite aux joueurs des Alouettes au minimum une fois par semaine. « Pour développer une relation de confiance avec les athlètes, il faut être présent. On ne peut pas se limiter à assister aux parties ou être là seulement lorsque les caméras tournent. » S'il n'est pas sur place lors des matchs, d'autres collègues prennent le relais. Lors des déplacements, la formation est toujours accompagnée par l'un des médecins de l'équipe. « La saison est tellement courte... chacune des 18 parties est importante. »

Au-delà des moments euphorisants de victoire, c'est surtout le privilège d'accompagner les joueurs dans la prise de décisions charnières qui anime le Dr Lacroix. « Cette année, on a des joueurs qui vont accrocher leurs souliers. C'est dur pour eux, car ils se définissent par ce travail. Certains sont promis à de belles deuxièmes carrières, mais ils vous diront que ce ne sera jamais comparable à être sur le terrain, adulé par des milliers de personnes. »

Pour les guider, le Dr Lacroix mise sur la transparence et la franchise. « Il faut bien expliquer les choses et présenter tous les risques et bénéfices de continuer à jouer ou non. J'espère que j'atténue un peu la difficulté de faire ce choix, et surtout que je les rassure sur le fait qu'ils prennent la bonne décision. »

Les membres de l'équipe médicale à la suite de la victoire des Alouettes lors du match de la 110^e Coupe Grey, en 2023, à Hamilton.

1^{re} rangée (de gauche à droite): Jamie Handfield, Tristan Castonguay (thérapeute-chef), Sarah Bérubé-Bouchard et Julie Lamoureux.

2^e rangée : les Drs Mickey Moroz, Claudine Després, Luc Payette, Mark Burman, Jason Ostroff et Vincent J. Lacroix.

(Étaient absents sur la photo : les Drs Penny-Jane Baylis et Paul-André Martineau.)

LA PETITE HISTOIRE...

Issu d'une famille de sportifs, Vincent J. Lacroix a pratiqué le ski et joué au basketball durant sa jeunesse. À McGill, où il a fait des études en anatomie, puis en médecine, il a été entraîneur adjoint de l'équipe de basketball masculine, les Redmen, pendant cinq ans. Encore aujourd'hui, il joue au tennis et s'entraîne régulièrement. Bref, du sport, il en mange. Pourtant, rien ne le prédestinait à devenir médecin du sport, un domaine qui n'existait pas au Québec lorsqu'il a terminé ses études en médecine.

Revenons au début des années 1990. Fraîchement diplômé en médecine, Vincent J. Lacroix s'oriente vers l'obstétrique-gynécologie. Ses stages de résidence sont stimulants. Il aime l'adrénaline que cette spécialité lui procure, le plaçant tour à tour face à des événements heureux comme un accouchement, puis à des cas complexes de cancers dévastateurs. Emballé par son expérience, il se heurte toutefois aux horaires atypiques et à la privation de sommeil qu'entraînent les longues périodes de garde. « C'est là où j'ai compris à quel point j'avais besoin de mon sommeil », se remémore-t-il.

Le choix de la médecine familiale s'impose alors, une option qui lui permettra de continuer à faire de l'obstétrique. À cette époque, il s'implique toujours auprès des Redmen : « Comme j'étais devenu médecin, les joueurs me demandaient souvent conseil, que ce soit pour une blessure au genou ou une foulure à la cheville. Mais puisqu'on n'enseigne pas la kinésiologie ou la physiothérapie dans les cours de médecine, je ne savais pas comment les aider. »



Le Dr Lacroix discute sur les lignes de touche avec le receveur étoile et membre du Temple de la renommée de la LCF, Ben Cahoon.

Une idée germe

Réalisant alors à quel point il aime s'occuper des athlètes, mais combien certaines connaissances lui font défaut, le Dr Lacroix se met en tête de créer un programme d'une année de formation supplémentaire, conçu pour les résidents en médecine de famille et centré sur toutes les facettes de l'activité physique. C'est ce qu'on appelle dorénavant un *fellowship*. Il n'existe alors que deux programmes en médecine du sport dans tout le pays, à Vancouver et à Edmonton. Au Québec, tout est à créer... Le principal obstacle ? Trouver les fonds nécessaires pour monter et pérenniser un tel programme.

La rencontre avec un philanthrope, Edmond Ricard, sera déterminante pour la suite. Souhaitant contribuer à l'essor de la médecine du sport, cet homme déterminé, atteint d'un cancer du rein, recueillera un million de dollars qu'il versera à la Fondation de l'Hôpital général de Montréal. Les intérêts générés par ce fonds permettront de financer le *fellowship* et d'assurer l'autonomie du programme.

Naissance d'un programme québécois

C'est ainsi que le Dr Lacroix a mis sur pied, dès 1994, le programme de médecine du sport de l'Université McGill, une première au Québec ! Il sera lui-même le premier finissant du programme. Depuis, les autres universités québécoises ont emboîté le pas. On retrouve aujourd'hui des programmes de médecine du sport et de l'exercice dans les facultés de médecine des universités de Montréal, de Sherbrooke et Laval.

Au cours de cette année de formation intensive, la résidente ou le résident prend en charge des consultations à la clinique universitaire, assiste à des événements sportifs, suit des cours et effectue des stages. La clinique de médecine du sport s'implique activement auprès des quelque 800 athlètes qui forment les différentes équipes sportives de McGill. Que ce soit au basketball, à la natation ou au hockey, ces athlètes sont soumis à un examen de préparticipation, puis bénéficient d'un suivi médical, d'une supervision lors des entraînements, de conseils pour optimiser leurs performances et de traitements en cas de blessures.

Plusieurs diplômées et diplômés des programmes en médecine du sport sont recrutés par des équipes sportives professionnelles. D'autres évoluent au sein des équipes olympiques ; d'autres encore font rayonner leur bagage de connaissances dans leur milieu de travail (hôpital, clinique, GMF ou autre), au service de populations variées.

LE RETOUR AU JEU

Le Dr Lacroix a également développé un fort intérêt pour les questions éthiques entourant le retour au jeu. « Aider le joueur à effectuer un retour au jeu sécuritaire, dans un contexte où sa performance ne sera pas affectée négativement, où il ne risque pas d'aggraver une blessure et où il pourra être utile à son équipe, c'est ce qui me motive le plus. »

Parfois, l'entraîneur voudra qu'un joueur retourne rapidement sur le terrain, alors que l'équipe médicale juge qu'il n'est pas encore suffisamment rétabli de sa blessure. C'est là où le médecin doit faire preuve de doigté, afin de gérer cette situation avec le gérant, l'entraîneur, ou même l'athlète qui espère participer à un match important... Trouver un terrain d'entente est parfois difficile. « Nos connaissances médicales sont mises de l'avant pour protéger le joueur, car on doit toujours envisager le pire scénario. Au final, nous tentons d'arriver à un consensus, pour le bien de l'athlète. »

LES RISQUES DU SPORT

Le football a la réputation d'être un sport dangereux. Mythe ou réalité ? Pour le Dr Lacroix, comme dans tout sport, le danger existe au football. Or, il estime que les risques sont moindres au football qu'au hockey. « Les joueurs de football se frappent très fort, mais leur maturité physique les avantage. » Aussi, les joueurs des lignes offensives et défensives ont tous à peu près le même gabarit et se percutent généralement les uns les autres. Ceux qui courent le plus grand risque sont les porteurs de ballon. En dépit de leur masse plus modeste, ils circulent parmi des joueurs au gabarit plus imposant et subissent des chocs plus violents lors d'un impact. Pour preuve, la carrière d'un porteur de ballon ne serait que d'environ trois ans, comparativement à huit ou dix ans pour les joueurs de ligne.

Au hockey, ce sont surtout les équipements qui, aux yeux du Dr Lacroix, constituent le plus grand risque, qu'il s'agisse des projectiles (rondelles), des bâtons ou des lames de patins. « La rondelle est projetée à des vitesses extraordinaires, elle est dure et surgelée pour qu'elle glisse encore plus vite. Malheureusement, plusieurs joueurs ne portent pas de visière complète, ce qui les place à risque d'une blessure au visage ou au cou. » Un tel choc peut avoir de graves conséquences, hélas.



Les Drs Scott Delaney, Vincent J. Lacroix et Penny-Jane Baylis après la victoire des Alouettes lors de la 97^e édition de la Coupe Grey à Calgary.

ET LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES ?

Selon le Dr Lacroix, le travail de sensibilisation des dernières années porte ses fruits : « On explique aux joueurs qu'ils ne doivent pas hésiter à venir nous voir s'ils soupçonnent avoir des symptômes de commotion cérébrale. En effet, un joueur ne devrait jamais retourner au jeu s'il souffre de symptômes persistants à la suite d'une commotion cérébrale. » Dans la LCF, on impose un protocole de retour progressif à l'activité physique qui dure environ sept jours, le tout sous supervision médicale. L'an dernier, on recensait 50 cas de commotions cérébrales dans la Ligue, dont 29 subies lors de matchs. Chez les Alouettes, quatre joueurs ont eu des commotions cérébrales l'an dernier, ce qui est peu, étant donné le nombre d'heures passées sur le terrain lors des matchs et des pratiques durant la saison.





UN AUTRE RYTHME AU HOCKEY

Ayant cumulé près de 15 années de service auprès des Canadiens de Montréal, le Dr Lacroix conserve des souvenirs marquants de cette période. De 1993 à 2003, il a occupé le poste de médecin adjoint du Tricolore, puis a effectué un retour au sein de l'organisation, cette fois en tant que médecin-chef, de 2013 à 2016.

Aux côtés du Dr David Mulder, il a traité des cas mémorables, dont celui de l'ailier droit Trent McCleary, victime d'un tir frappé à la gorge qui aurait pu lui coûter la vie, ou encore les lacérations subies par un autre ailier droit, Donald Audette, dont le poignet gauche fut accidentellement coupé par une lame de patin. C'est aussi l'époque où le capitaine Saku Koivu a combattu un cancer. Des moments marquants, tant pour le personnel médical que pour les joueurs et les partisans.

La composition de l'équipe médicale entourant les Canadiens est assez similaire à celle entourant les Alouettes. On y compte notamment plusieurs médecins, des chirurgiens orthopédistes et des thérapeutes du sport. « Il y a moins de joueurs à traiter qu'au football, mais le nombre de matchs est beaucoup plus élevé », précise le Dr Lacroix. « De plus, lors des séries éliminatoires, l'horaire se dessine au fur et à mesure. On ne sait qu'à la toute dernière minute contre qui l'équipe jouera, et cela peut demander de se déplacer à New York ou même sur la côte Ouest. Ça chamboule un horaire lorsqu'on est médecin. »

Bref, il se remémore ces années comme une période de grande intensité, dont il conserve de bons souvenirs : « Il y a du bon monde au hockey, même si la pression y est très forte. J'y ai développé de belles amitiés avec certains joueurs, et j'y ai côtoyé des mentors extraordinaires », conclut-il.

DU SPORT D'ÉLITE AU... TROTTOIR ENNEIGÉ!

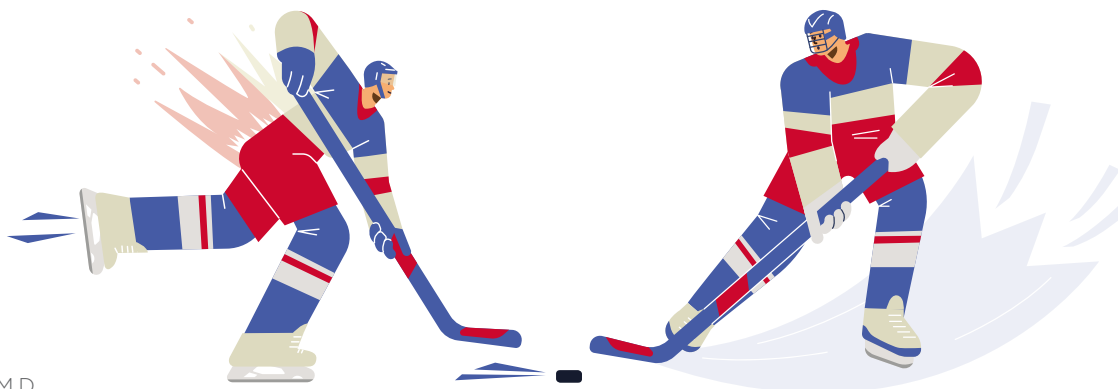
Le travail auprès d'athlètes olympiques ou d'équipes professionnelles constitue certainement une facette excitante de la profession, mais ce n'est pas la seule. En parallèle de ses activités avec les Alouettes, le Dr Lacroix continue de travailler à l'urgence d'un hôpital et en clinique. Il est aussi professeur adjoint au Département de médecine de famille et codirecteur du programme de médecine du sport à l'Université McGill.

« Quand je travaille à l'urgence, je vois toutes sortes de cas : une personne plus âgée qui s'est fracturé la hanche en glissant sur un trottoir mal déglacé, une autre qui s'est foulé la cheville en tombant d'un escabeau. » Les commotions cérébrales sont aussi monnaie courante et se produisent dans une variété de contextes : « Cela peut résulter d'un accident de voiture, d'une chute en ski, ou simplement du fait de s'être cogné la tête sur le coin d'une armoire... »

En clinique, il suit des patientes et des patients souffrant de diverses pathologies (lombalgie, problème à l'épaule ou au genou, etc.) qui ne requièrent pas de chirurgie à court terme, ce qui permet de réduire la charge de travail de ses collègues orthopédistes.

Le Dr Lacroix est également cofondateur et directeur médical des cliniques AXiO, où il travaille en interdisciplinarité avec des infirmières, des physiothérapeutes, des ostéopathes et des nutritionnistes afin de répondre à différents besoins. « Les gens viennent nous consulter pour obtenir un bilan de santé, pour être accompagnés dans un projet de remise en forme ou encore pour se préparer à un défi sportif », cite-t-il en exemple.

D'ailleurs, il tient à déboulonner le mythe voulant que la médecine du sport soit réservée à l'élite. « On travaille avec des athlètes, mais c'est aussi pour tout le monde ! » Les gens plus sédentaires sont, rappelons-le, tout aussi à risque de se blesser au quotidien ou de souffrir de troubles musculosquelettiques.



COMMENT PRÉVENIR LES BLESSURES ?

Si le Dr Lacroix avait un conseil à donner au public, ce serait le suivant : « On ne se met pas en forme en pratiquant son sport. » Vous avez bien lu. En fait, le médecin propose plutôt de cibler d'abord des exercices qui aideront notre corps à se préparer adéquatement à la pratique du sport qui nous intéresse.

« Depuis quelques années, des gens décident du jour au lendemain d'essayer le *pickleball* (tennis léger). J'ai vu tellement de blessures liées à ce sport depuis les deux dernières années, c'est incroyable ! Les gens jouent sur une surface dure, n'ont pas développé leurs réflexes, et sont à risque de se casser un poignet ou de se déchirer un tendon d'Achille... Je leur suggère de s'entraîner un peu avant. » Être capable de réagir vite, de sauter, de courir sur de courtes distances... tout cela se développe. Et c'est ainsi qu'on évite de vilaines blessures.

BOUGER, C'EST LA SANTÉ !

Que ce soit auprès d'athlètes ou de monsieur et madame Tout-le-Monde, la médecine du sport mise avant tout sur les saines habitudes de vie : dormir suffisamment, bien s'alimenter et faire de l'activité physique.

Il n'existe pas de remède miracle, mais l'activité physique possède de nombreux bienfaits, qui sont bien documentés, avec très peu d'effets secondaires. « Faire baisser la tension artérielle, perdre du poids, mieux dormir, diminuer le stress, maintenir une bonne santé mentale, prévenir les maladies du cœur, le diabète et certains cancers, diminuer certains risques durant la grossesse... tout cela est possible en faisant de l'exercice », illustre le Dr Lacroix.

De plus en plus, les médecins osent prescrire l'activité physique à leur patientèle, tant de façon curative que préventive. C'est cette approche que va continuer de défendre Vincent J. Lacroix qui, à l'aube de la soixantaine, prêche par l'exemple en réservant chaque jour à son agenda du temps pour bouger. « Le mouvement, c'est la santé ! », résume le médecin. Voilà, tout est dit ! ■



Abonnez-vous
à **InfoCMQ**

ABONNEMENT



L'infolettre au service du public

De quoi sera fait l'avenir de la médecine de famille ?

À l'ère de l'élargissement des pratiques professionnelles en santé, à l'aube d'une nouvelle réforme du réseau, face à d'imposants défis démographiques et en regard des promesses de l'intelligence artificielle... où se situe la médecine de famille en 2024 ? Pour tâter le pouls, *Actualité M.D.* est allé à la rencontre de médecins de famille qui portent un regard éclairant sur leur spécialité. Quatre médecins. Quatre régions. Quatre points de vue sur une profession en évolution.

LA PAROLE AUX MÉDECINS DE FAMILLE



Dre Chantal Charbonneau

Directrice du GMF-U de La Sarre, elle exerce la médecine de famille depuis 14 ans.



Dr Frédéric Picotte

Médecin au GMF-U de Shawinigan, il exerce la médecine de famille depuis 14 ans.



Dr Mathieu Pelletier

Médecin au GMF-U du Nord de Lanaudière et professeur titulaire de clinique à l'Université Laval, il exerce la médecine de famille depuis près de 20 ans.



Dre Anne-Sophie Thommeret-Carrière

Médecin au CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, travaillant en itinérance et médecine des toxicomanies, elle exerce la médecine de famille depuis 8 ans.

1. Qu'est-ce qui vous a attiré vers la médecine de famille ?



Mathieu Pelletier

La polyvalence et le volet humain ! J'apprécie que la pratique puisse se modifier au fil du temps et s'adapter à notre personnalité. Pour ma part, j'ai fait de la médecine d'urgence pendant plusieurs années, puis j'ai amorcé une pratique auprès des communautés autochtones, ce qui est devenu pour moi une passion. Depuis peu, je soigne également des personnes âgées en CHSLD. En parallèle, j'ai toujours suivi des patientes et patients à mon bureau. Je me sens privilégié d'accompagner ces personnes au fil de leur vie.



Frédéric Picotte

Au moment de choisir une spécialité, j'hésitais entre plusieurs options. Pour faire mon choix, j'ai décidé d'aller rencontrer des médecins plus âgés afin de voir si l'étincelle était toujours dans leurs yeux. Les médecins de famille m'ont semblé être ceux qui « vieillissaient » le mieux, qui conservaient la flamme pour leur profession. En fait, j'ai l'impression que la pratique en médecine de famille se bonifie avec le temps, un peu comme le bon vin... Il est possible de varier les types de pratique au cours de sa carrière. J'aime cette flexibilité. Le fil conducteur demeure le lien avec le patient, un lien qui perdure et se solidifie avec les années.

2. Qu'aimez-vous le plus de votre travail ?



Anne-Sophie Thommeret-Carrière

Par-dessus tout, c'est l'interdisciplinarité. J'aime travailler en équipe avec d'autres professionnels, ce qui permet d'offrir des soins plus complets et humains. Récemment, nous avons hospitalisé un homme pour un sevrage d'alcool. Ayant un trouble neurocognitif, il n'était pas en mesure de retourner vivre chez lui de manière autonome et il était en attente d'une relocalisation. Après quelques semaines, il nous a demandé l'autorisation de faire des sorties temporaires de l'unité. Nous nous sommes concertés, et c'est ma collègue ergothérapeute qui l'a accompagné dans la planification de ses sorties extérieures, mais également dans la gestion de sa consommation d'alcool, comme ce dernier n'avait pas l'abstinence comme objectif. Nous avons donc pu amorcer la réadaptation de ce patient et répondre à ses demandes, tout en préservant sa sécurité. Pour moi, le travail d'équipe permet cette innovation, au profit de la patientèle.



Frédéric Picotte

J'aime le travail d'équipe au quotidien avec des IPS, des infirmières cliniciennes et des infirmières auxiliaires. Je les implique le plus possible dans les dossiers, leur transmet un maximum de connaissances et, surtout, je leur fais confiance. Lorsqu'elles ont besoin de mon avis, j'accepte de tout mettre sur pause pour me rendre disponible en temps opportun. Ainsi, mon expertise est utile, mais je peux aussi déléguer une partie de la charge administrative.



Chantal Charbonneau

Comme beaucoup de collègues, c'est la mixité de pratique et la possibilité de la moduler selon nos intérêts et au gré des étapes de vie également. Pour ma part, j'apprécie également de pouvoir m'impliquer dans le volet administratif depuis quelques années.

3. À l'ère de l'élargissement des pratiques professionnelles, comment percevez-vous le rôle du médecin de famille ?



Mathieu Pelletier

Je vois d'un œil très positif la collaboration interprofessionnelle et l'élargissement des pratiques. De plus en plus, les pharmaciens offrent une impressionnante gamme de services à la population. Les psychologues et travailleurs sociaux, même s'ils ne sont pas assez nombreux dans le réseau, ont aussi un rôle important à jouer. Au quotidien, on travaille étroitement avec les infirmières et on collabore avec les IPS. Dans ce nouvel écosystème, le médecin de famille est appelé à devenir un expert de la complexité en première ligne (quel que soit l'âge du patient ou sa problématique – physique, mentale, chronique). Ça ne veut pas dire être le chef de la première ligne, toutefois. Il faut bien définir les rôles, tant du médecin que de l'IPS, et bien redessiner la trajectoire, pour éviter de créer des silos.



Anne-Sophie Thommeret-Carrière

Je conçois le rôle du médecin de famille comme celui d'un chef d'orchestre capable d'une vision d'ensemble et de coordonner les multiples intervenants au dossier d'un patient. À la clinique itinérante où je travaille, les infirmières et les IPS-SM* ont une autonomie de pratique impressionnante. Cela constitue une grande richesse et ne menace en rien le rôle du médecin de famille, souvent interpellé dans des cas plus complexes socialement ou médicalement. Le rôle du médecin de famille est également, selon moi, de rester à l'affût des innovations et des avancées scientifiques, de proposer des projets de développement clinique et de travailler à abolir les silos en santé pour servir le plus efficacement et intelligemment possible nos patientes et patients.

* IPS-SM: infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

4. Quel est le plus grand irritant dans votre pratique ?



Chantal Charbonneau

Le premier irritant, c'est la charge administrative ! J'ai l'impression qu'elle augmente avec les années. Il y a désormais plus de formulaires à remplir et certains se sont complexifiés. Le second irritant, c'est la difficulté d'obtenir en temps opportun certains examens ou consultations pour nos patients.



Mathieu Pelletier

C'est clairement l'informatique pour moi. Dans ma vie personnelle, la technologie facilite mon quotidien. Pourtant, au travail, j'ai souvent l'impression que les outils informatiques nous nuisent, car ils sont désuets. Par exemple, la clé USB qui permet de se brancher au DSQ* n'est plus compatible avec les plus récents modèles d'ordinateurs. C'est sans compter l'abondance de plateformes auxquelles on doit se connecter, avec des mots de passe qui changent continuellement. La qualité des soins dépend de plus en plus de la qualité des outils informatiques... il est temps que le ministère s'attaque à ce problème. L'autre irritant majeur, c'est le temps passé à remplir des formulaires, des dossiers. On nous dit qu'il faut voir plus de patients, mais si on commençait par amoindrir certains irritants, on pourrait certainement en soigner davantage.

* Dossier santé Québec (DSQ) : plateforme destinée au partage sécuritaire de renseignements de santé entre les organismes et intervenants autorisés.

5. Nommez un changement concret, applicable à court terme, qui pourrait faire une différence dans votre quotidien et pour votre patientèle.



Mathieu Pelletier

La réduction de la paperasse ! Si le ministère décrétait qu'à partir de maintenant, les médecins sont considérés comme des ressources limitées et qu'il faut utiliser leur temps judicieusement, il pourrait décider que ce sont

aux employeurs de payer pour les certificats médicaux et travailler avec ses partenaires gouvernementaux à simplifier, voire abolir certains formulaires. Pour cela, ça prend une volonté commune.



Frédéric Picotte

Il faut revoir certains gestes qui n'ont pas de valeur thérapeutique, dont les tests de dépistage qui, au mieux, n'allongeront la vie d'une personne que de quelques mois. Il serait plus payant de miser sur les habitudes de vie qui, elles, peuvent faire une réelle différence en permettant de gagner de 12 à 14 ans d'espérance de vie. Il reste beaucoup d'éducation à faire auprès de la population. Si l'on donne aux gens les bons outils, si on leur présente les bonnes données, cela peut faire boule de neige et avoir un réel impact.



Chantal Charbonneau

C'est peut-être difficile en contexte de pénurie de personnel, mais il faudrait miser encore davantage sur la collaboration interprofessionnelle, en ayant un meilleur ratio médecin-infirmière que ce qu'on voit actuellement en GMF. Par exemple, si on formait des trios en jumelant une infirmière clinicienne et deux médecins, on améliorerait le suivi des patients pour certaines maladies chroniques, on accélérerait la communication de certains résultats d'analyses, et on répartirait mieux la charge administrative. Ce serait pertinent et aidant.

6. Au cours des dernières années, la médecine de famille a connu des difficultés de recrutement. Selon vous, qu'est-ce qui cause le problème d'attractivité de votre spécialité auprès de la relève ?



Frédéric Picotte

Certaines campagnes politiques ont misé sur l'idée que les médecins de famille étaient paresseux, qu'il fallait leur « serrer la vis ». Pourtant, sur le terrain, j'ai toujours vu des personnes dévouées et travailleuses. Certains médecins de famille assument une tâche hospitalière importante, ce qui fait qu'ils sont moins dédiés à la première ligne. Or, pour un jeune médecin, c'est un atout de pouvoir choisir la pratique qui l'intéresse, que ce soit de travailler à l'urgence ou de réaliser des accouchements. Les jeunes veulent avoir une latitude et une qualité de vie. Toutefois, le message politique se résume souvent à : « tu vas prendre en charge plus de patients, tu vas travailler plus ! » et on ajoute à cela des contraintes au niveau des AMP* et des PREM** qui limitent les choix... Je crois que tout ce processus réglementaire a beaucoup nui à la spécialité.

* Activités médicales particulières

** Plans régionaux d'effectifs médicaux

Anne-Sophie Thommeret-Carrière



Pendant mes études, on nous vendait la médecine familiale comme une discipline aux multiples possibilités, allant des accouchements jusqu'aux soins de fin de vie. On nous disait que nous aurions la chance de trouver la pratique qui nous conviendrait parmi cette mer de possibilités. Cependant, la réalité est tout autre et la médecine de famille comprend de plus en plus de contraintes administratives, ce qui peut refroidir de futurs résidentes et résidents.

On parle également constamment des guichets d'accès aux médecins de famille dans les médias et de la pression pour les vider. De plus, le discours à l'endroit des médecins de famille est souvent très dur dans l'espace public québécois. Inévitablement, cela a un impact sur l'attractivité de cette spécialité. C'est également une pratique où la prise en charge comporte une certaine lourdeur dans certains contextes, ce qui peut créer un sentiment d'isolement. Ces réalités peuvent faire peur aux étudiantes et étudiants. Je pense qu'il faut davantage les mettre en contact avec des médecins de famille enseignants durant leur parcours de formation. Il manque actuellement de modèles de rôle dans les universités.

UNE SPÉCIALITÉ BOUDÉE

Au pays, on dénote une baisse de l'attractivité de la médecine de famille depuis 10 ans. Alors que 36 % des diplômés en médecine choisissaient d'emblée la médecine de famille en 2013, cette proportion avait fondu à 30 % en 2023.

En 2024, 17 % des postes en médecine de famille étaient toujours vacants après le premier tour du Service de jumelage des résidents (CaRMS).

7. Comment pourrait-on mieux valoriser la médecine de famille ?



Chantal Charbonneau

Pour la relève, il faut davantage de modèles de rôle positifs. Si les étudiants qui viennent en stage ne rencontrent que des médecins de famille qui ont l'air fatigués, cela ne va pas les encourager ou les inspirer. Pour ce qui est du regard que porte la société sur les médecins de famille, je pense que la majorité des gens qui nous consultent sont heureux du service qu'ils reçoivent et comprennent l'importance de notre rôle. D'un autre côté, le discours ambiant n'est pas toujours valorisant et on a parfois l'impression que le gouvernement veut seulement que les médecins fassent du « débit », pour améliorer les statistiques. Il faut reconnaître l'expertise du médecin de famille et l'ampleur de sa tâche pour comprendre qu'on ne peut résumer cela seulement à « faire du débit » si l'on veut faire du bon travail.

Frédéric Picotte



Être médecin de famille, c'est le plus beau métier du monde, mais il faut que ce soit plus *glamour*. Il faut changer le discours ambiant, mettre en valeur la profession et surtout lui redonner sa flexibilité. On doit diminuer l'incertitude, enlever certaines restrictions, car cela ne cadre pas avec les valeurs de nos jeunes médecins.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

8. Le programme de résidence en médecine de famille, d'une durée de deux ans, vous semble-t-il toujours adéquat ?



Mathieu Pelletier

Il n'est clairement plus adapté. Les temps ont changé, et pourtant c'est le même programme qu'à l'époque où les médecins de famille travaillaient en solo, essentiellement en cabinet et au sans rendez-vous, soignaient des maladies de base et demandaient beaucoup de consultations en spécialité. Depuis, la société a changé : on travaille désormais en équipe, de nouveaux soins sont apparus comme l'aide médicale à mourir, et de nouvelles réalités sont abordées, que ce soit l'identité de genre, les clientèles vulnérables ou la santé autochtone. De plus en plus de résidentes et résidents sentent le besoin de poursuivre leur formation après la résidence, et les programmes de compétences avancées se multiplient. Par ailleurs, plusieurs compétences ont dû être ajoutées au programme de deux ans, qui devient de plus en plus dense. Cela conduit parfois à des échecs de stages. Or, qui est responsable de cet échec ? Est-ce la ou le stagiaire ? Ou est-ce le programme de formation qui n'est tout simplement plus adéquat ? Selon moi, une réforme de ce programme s'impose.

Chantal Charbonneau



Je pense que la majorité des résidentes et résidents qui terminent leur programme de deux ans se sentent prêts à travailler. Certains choisiront de prolonger un peu leur formation, et c'est parfait ainsi. Il existe plusieurs programmes de formations plus spécifiques pour celles et ceux qui veulent développer une pratique plus nichée, bien que l'accès à ces programmes soit parfois restreint. D'un autre côté, la somme de connaissances et de compétences à acquérir est en constante augmentation. Ajouter une année au programme de résidence permettrait de couvrir des notions qu'on acquiert actuellement en pratique. Je ne suis toutefois pas convaincue que d'allonger le programme soit la bonne option. Si on prolonge la résidence d'un an, il ne restera qu'une différence de deux ans avec la plupart des autres spécialités. Une étudiante ou un étudiant n'aurait alors qu'à faire deux années de formation supplémentaires pour obtenir une rémunération significativement plus élevée. Parler d'argent en médecine, c'est tabou encore, mais je pense que c'est un facteur non négligeable sur le plan du recrutement.

DURÉE DE QUELQUES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE AU QUÉBEC

- › Pédiatrie **4 ans**
- › Psychiatrie **5 ans**
- › Gériatrie **5 ans**
- › Radiologie **5 ans**
- › Cardiologie **6 ans**
- › Médecine de famille **2 ans**

9. D'ici 10 ans, en regard de l'évolution technologique et démographique, comment la médecine de famille devra-t-elle s'adapter ?



Frédéric Picotte

D'abord, il faudra miser sur la prévention : les gens doivent bouger davantage ! Plus la maladie chronique va s'installer, plus ce sera difficile d'assurer des soins pour tout le monde.

Ensuite, nous aurons besoin de plus de soins à domicile. Pensons au potentiel avec nos montres intelligentes... Grâce à des données recueillies à distance, il sera possible de donner des congés plus précoces, d'éviter certains

déplacements à l'hôpital pour des évaluations et de permettre à des personnes âgées de rester plus longtemps dans leur milieu de vie.

Enfin, bien sûr, il faudra investir dans les équipes (médecins, infirmières, physiothérapeutes, etc.), revaloriser les emplois en santé et offrir plus de flexibilité dans les horaires afin que le réseau redevienne un milieu attractif pour les plus jeunes.

10. Le recours à l'intelligence artificielle (IA) vous semble-t-il prometteur dans votre spécialité ?



Anne-Sophie Thommeret-Carrière

Oui, l'usage de l'IA me semble prometteur pour le repérage, le triage, voire le diagnostic de certaines pathologies courantes en médecine familiale. Il faudra toutefois faire preuve de vigilance face aux possibles biais racistes, sexistes, homophobes ou transphobes des algorithmes et éviter de tomber dans les dérives du surdiagnostic. Cela dit, ma spécialité en est une où l'on peut parfois soigner les gens uniquement avec des mots. Nos patients ont souvent vécu plusieurs traumatismes et ne peuvent guérir qu'en étant en contact avec d'autres humains bienveillants et sincères. Je pense donc que l'IA aura ses limites et que la médecine familiale restera toujours une discipline essentiellement humaine.



Mathieu Pelletier

Il faut voir les côtés positifs de l'IA. Elle ne va pas détruire la médecine familiale ni remplacer les médecins, mais elle amènera certainement la profession à se transformer. Dans notre clinique, nous utilisons actuellement un système d'IA qui aide nos agentes administratives qui répondent aux appels téléphoniques à diriger chaque patient vers le bon professionnel. Ce n'est pas parfait, mais d'ici 10 ans, ce sera la norme. L'IA pourra aussi bientôt nous aider à obtenir rapidement les données scientifiques requises, en les arrimant à celles au dossier du patient. Par exemple, elle me fournira de l'information sur le traitement de la pneumonie, mais en l'appliquant au cas d'une personne de 55 ans, allergique à la pénicilline et qui a déjà deux autres maladies. Cela aidera le médecin, sans pour autant remplacer le jugement clinique. D'ailleurs, il y a plein de sphères où l'IA ne pourra pas nous remplacer. Personne ne veut être accompagné dans la mort par une IA, ni lors d'un accouchement ou d'une maladie. Bref, j'ai la conviction que les médecins de famille sont là pour rester.

Chantal Charbonneau



On entend actuellement parler de systèmes d'IA où l'ordinateur écoute la conversation avec le patient et rédige une note médicale. Je pense qu'un tel outil pourrait nous faire gagner beaucoup de temps... si c'est bien fait ! Cela dit, je ne crois pas que les médecins de famille puissent être remplacés par une IA, car une portion de jugement clinique doit demeurer. En revanche, pour des tâches plus répétitives ou mécaniques (par exemple : comparer un nouveau résultat de test avec un ancien, faire des rappels pour certains examens périodiques, remplir ou expédier un formulaire), ce sera très aidant !

10 777

C'est le nombre de médecins de famille au Québec, soit **47 %** de l'ensemble des médecins actifs dans la province.

50 ans

C'est l'âge moyen des médecins de famille québécois.



Actualités du Collège

Sur la table de travail du directeur général

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) est arrivé au terme de son Virage 2023, une période de transformation majeure au cours de laquelle l'ordre professionnel a gagné en agilité, revu son approche auprès des médecins, pris sa place dans l'espace médiatique et accentué sa mission de protection du public.

À l'aube du prochain exercice de planification stratégique 2024-2027, son directeur général, le Dr Pierre Gfeller, entrevoit une période de stabilité et de consolidation des changements réalisés. Or, même dans la stabilité, l'ordre professionnel continue d'avancer et d'innover. Voici trois grands dossiers qui mobilisent le CMQ cette année.

PROTÉGER ADÉQUATEMENT LE PUBLIC MALGRÉ LES DÉFIS FINANCIERS

Comme plusieurs organisations, le CMQ a connu son lot de défis en matière de gestion et de finances ces dernières années. «En mars 2023, nous avons terminé l'année budgétaire avec un déficit de 2 millions de dollars, soit environ 4 % de notre budget total de 52 millions», explique d'emblée le Dr Gfeller.

Différents facteurs contribuaient alors à fragiliser les revenus de l'ordre professionnel, dont le ralentissement global de l'économie et la conjoncture démographique, ayant entraîné une stagnation du nombre de membres. En parallèle, le déploiement du plan stratégique Virage 2023, visant notamment à rehausser la qualité des services offerts au public, avait entraîné un accroissement marqué des effectifs du CMQ (d'environ 20 %) en quelques années. Et c'est sans compter les investissements requis en technologie pour s'adapter au télétravail durant la pandémie.

Un an plus tard, le directeur général constate fièrement le retour à l'équilibre budgétaire. Pour y parvenir, l'organisation a misé sur diverses pistes de solutions, qui avaient été énoncées dès l'automne 2022. En voici un tour d'horizon.

«La croissance de nos effectifs était justifiée pour assurer le déploiement du Virage 2023. Dorénavant, nous avons les ressources nécessaires pour mener à bien l'ensemble de nos activités et remplir notre mission.»

— Dr Pierre Gfeller

Rationaliser les activités

Au cours de la dernière année, la structure des dépenses a été revue au CMQ et un moratoire sur l'embauche a été mis en place. «La croissance de nos effectifs était justifiée pour assurer le déploiement du Virage 2023. Dorénavant, nous avons les ressources nécessaires pour mener à bien l'ensemble de nos activités et remplir notre mission», affirme le Dr Gfeller.

De plus, toutes les activités réalisées au CMQ ont été passées au peigne fin. L'ordre professionnel en est à se délester d'activités jugées non essentielles à sa mission. Également par souci d'efficacité, le nombre de représentants du CMQ au sein de divers comités a été resserré.

Diversifier les revenus

Outre cet exercice rigoureux, une stratégie de diversification des revenus a été mise en place. Essentiellement, l'objectif est de réduire la dépendance de l'ordre professionnel à la cotisation de ses membres, comptant pour environ 80 % de ses revenus.



Pour ce faire, le Dr Gfeller et son équipe ont entrepris une évaluation des coûts de revient des différents services fournis par le CMQ et procèdent à un ajustement des tarifs dans plusieurs secteurs d'activités. Ainsi, le CMQ a introduit le principe d'utilisateur-payeur, en fixant le tarif de chacun de ses services en fonction de leur coût réel, que ce soit pour l'organisation d'un stage, ou encore lors d'une démarche d'enquête ou d'inspection professionnelle, par exemple.

Explorer de nouvelles opportunités d'affaires

Une réflexion sur l'occupation des bureaux du CMQ est aussi à l'ordre du jour. En 2015, le CMQ avait signé un bail à long terme, à un prix avantageux, le liant à l'immeuble du 1250 René-Lévesque à Montréal. C'était une pratique courante à l'époque dans le secteur commercial. Or, depuis la pandémie, l'univers immobilier du centre-ville a été bouleversé par le télétravail. Après deux années de travail à distance, l'ordre professionnel a adopté en 2023 un mode de fonctionnement hybride. « Cette formule fonctionne bien et tout indique qu'elle est là pour rester », affirme le Dr Gfeller.

L'utilisation des espaces professionnels doit donc être repensée et le CMQ n'exclut pas la possibilité de sous-louer une partie de ses locaux. « On pense qu'il est possible de se délester d'une partie de notre superficie, sans qu'il y ait d'impact sur notre fonctionnement. Il faudra toutefois avoir une certaine affinité professionnelle avec le futur locataire », ajoute-t-il.

Réviser les pratiques salariales

D'autres pistes sont explorées, dont la révision des politiques de rémunération, en s'inspirant des meilleures pratiques de gestion.

« Dans notre organisation, les salaires suivent une courbe bimodale : il existe une première courbe de rémunération pour les médecins et les gestionnaires, et une deuxième courbe pour les autres membres du personnel. Or, comme l'inflation affecte davantage les salariés de la deuxième courbe, il y aurait possibilité de moduler l'indexation des salaires, afin de tenir compte de cette réalité », cite en exemple le Dr Gfeller.

Mentionnons par ailleurs que la haute direction ainsi que les membres du Conseil d'administration ont donné l'exemple en gelant leur rémunération pour l'année en cours. Un geste qui démontre leur engagement et leur solidarité.

Un regard optimiste

Alors que l'opération de redressement budgétaire s'avère une réussite, le Dr Gfeller tient à souligner les efforts concertés des différentes directions et le soutien du Conseil d'administration dans cette démarche.

Dans ses objectifs de gestion, le directeur général vise une stabilisation à long terme de la hausse de la cotisation annuelle des médecins, malgré les soubresauts de l'économie qui influent sur les coûts d'exploitation. Ultimement, ce maintien d'une saine gestion financière permettra au CMQ de poursuivre sa mission de protection du public, pour de nombreuses années à venir.

CONTRIBUER À LA MODERNISATION DU SYSTÈME PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS

Outre la poursuite de ses objectifs administratifs et financiers, le directeur général participe aussi aux réflexions entourant l'avenir du système professionnel québécois. Ainsi, le CMQ suit de près le chantier de la ministre responsable des ordres professionnels, Sonia Lebel, visant notamment une révision du *Code des professions*.

Adopté il y a 50 ans, en 1973, le *Code* a subi plusieurs modifications, mais sa structure d'encadrement est restée la même. Or, les professions sont plus nombreuses et l'offre de services professionnels a grandement évolué. « Tous s'entendent pour dire que la société a beaucoup changé et qu'il est temps d'y jeter un œil », estime le Dr Gfeller.



Le principal constat ? Le public saisit mal la mission des ordres professionnels. « À la question “Est-ce que le public se sent protégé ?”, la réponse est malheureusement non. D’ailleurs, une grande partie de la population ignore que les ordres professionnels existent pour protéger le public, et non leurs membres », se désole le Dr Gfeller. À l’inverse, certains professionnels croient que leur ordre a pour mandat de défendre leurs intérêts. La confusion est généralisée.

Ce chantier est une collaboration entre la ministre Lebel, l’Office des professions et le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), qui représente les 46 ordres professionnels québécois. « Nous participons activement à toutes les démarches, bien conscients des transformations professionnelles survenues dans d’autres provinces et qui pourraient survenir ici aussi », précise le Dr Gfeller.

Élargissement des pratiques professionnelles

En parallèle de ce chantier, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mène une démarche visant l’élargissement des pratiques professionnelles. Partie prenante de cette démarche, l’Office des professions pilote plus spécifiquement les travaux portant sur l’élargissement du diagnostic à d’autres professionnels de la santé. Le CMQ y est proactif, aux côtés du CIQ et d’autres ordres professionnels.

L’Office a choisi, dans un premier temps, d’aborder la question pour le volet de la santé mentale et a constitué un comité d’experts. Autour de la table, on retrouve des psychologues, des infirmières et infirmiers, des sexologues, des conseillères et conseillers en orientation, des orthophonistes ainsi que des médecins. « On discute notamment de situations où il y aurait un avantage à ce que d’autres professionnels puissent poser un diagnostic », relate le Dr Gfeller.

Au cours des dernières années, le CMQ a toujours fait preuve d’ouverture à l’égard de l’élargissement des pratiques professionnelles. « Bien sûr, des conditions s’imposent, nuance le directeur général. Pour un même acte, un même diagnostic, il faut que la formation, les critères d’évaluation et les obligations déontologiques soient équivalents. » Il s’agit donc d’assurer une harmonisation entre les différentes professions autorisées à réaliser une même activité professionnelle.

Le volet sur la santé mentale progresse bien, et tout porte à croire que la démarche livrera ses premiers fruits d’ici la fin de 2024. Par ailleurs, des élargissements en lien avec le rôle des pharmaciens sont à l’étude et pourraient se matérialiser avant la fin de l’année.

METTRE À PROFIT LA DIVERSITÉ D’EXPERTISE

Un autre dossier abondamment discuté au CMQ est celui de l’ouverture à de nouvelles professions gravitant autour des médecins. Cette importante réflexion, menée par le Conseil d’administration du CMQ, se fait à la lumière d’analyses poussées, réalisées à l’interne. Entre autres, on étudie la possibilité de mettre à contribution des personnes formées en médecine, mais qui ne répondent pas aux critères classiques menant à l’obtention d’un permis d’exercice.

« Jusqu’à maintenant, le CMQ favorisait l’utilisation de permis réguliers ou restrictifs », explique le Dr Gfeller.

Il faut savoir qu’au Québec, la grande majorité des médecins possèdent un permis régulier. Pour les médecins qui souhaitent exercer au Québec et qui ont obtenu leur diplôme en médecine ailleurs qu’au Canada ou aux États-Unis, l’obtention d’un permis régulier exige plusieurs étapes. Entre autres, il faut obtenir la reconnaissance de l’équivalence de ce diplôme, ce qui requiert la réussite d’examens, puis être admis à un programme de résidence dans l’une des quatre facultés de médecine québécoises, ce qui représente une formation supplémentaire de deux à six ans.

Les permis restrictifs permettent à des médecins diplômés à l’international, qui exercent activement la médecine, de venir pratiquer au Québec moyennant la réussite d’un stage de trois mois et un parrainage par un établissement. Ce type de permis impose au médecin une restriction quant au lieu d’exercice, dans sa spécialité. Or, de plus en plus, il existe une ouverture au CMQ pour la délivrance de permis restrictifs à des médecins diplômés à l’international qui possèdent une expertise pointue. Ce type de permis restreint alors la pratique du médecin à certains domaines précis de sa spécialité.

« Bien sûr, des conditions s’imposent. Pour un même acte, un même diagnostic, il faut que la formation, les critères d’évaluation et les obligations déontologiques soient équivalents. »

— Dr Pierre Gfeller

Une ouverture aux associés cliniques

Actuellement, le CMQ évalue la possibilité de permettre à des médecins qui n'ont pas une formation globalement équivalente à celle offerte au Québec d'offrir des services cliniques au sein du réseau de la santé. Une telle voie existe dans d'autres juridictions, et ces diplômés en médecine sont appelés des associés cliniques. Les associés cliniques sont des praticiens autonomes, qui travaillent sous la supervision d'un médecin ayant un permis régulier.

Vu les problèmes d'accessibilité aux soins que connaît actuellement le Québec, ce scénario mérite réflexion. Cela répond également à une volonté du CMQ d'offrir à des médecins diplômés à l'international la possibilité de travailler dans le domaine pour lequel ils ont été formés. Suivant de près l'évolution de cette démarche, le Dr Gfeller croit qu'une orientation quant à de nouvelles voies d'accès à la profession médicale pourrait être soumise prochainement au Conseil d'administration. « Et vu la réflexion en cours sur l'élargissement des pratiques, il n'est pas exclu de mettre d'autres professionnels à contribution pour remplir une partie de l'offre de services et améliorer l'accessibilité », ajoute-t-il.

Un projet pilote avec les adjoints au médecin

Parmi les autres options sur le radar du CMQ, il y a la mise à contribution des adjoints au médecin, des intervenants détenant une formation universitaire qui s'apparente à celle de base en médecine. Les adjoints au médecin pratiquent sous supervision médicale et ont une autonomie négociée et convenue par contrat avec un médecin superviseur.

Le rôle d'adjoint au médecin s'est d'abord développé aux États-Unis dans les années 1960, puis au Canada, au sein des Forces armées. Certains de ces intervenants, qui ont œuvré en zone de guerre, ont des compétences marquées qui peuvent s'avérer fort utiles dans les salles d'urgence, ou dans des milieux de soins en région éloignée, où sévit une pénurie chronique de personnel.

On compte au Canada quatre programmes de formation universitaire et environ 1000 adjoints au médecin en exercice dans les réseaux publics. Au Québec, toutefois, cette profession n'est actuellement pas reconnue, sauf pour les adjoints au médecin œuvrant sur les bases militaires. En revanche, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan l'ont intégrée à leur système de santé. ■

« Il n'est pas exclu de mettre d'autres professionnels à contribution pour remplir une partie de l'offre de services et améliorer l'accessibilité. »

— Dr Pierre Gfeller



DES ADJOINTS AU MÉDECIN À LA BAIE JAMES

Le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James a mis sur pied un projet pilote visant l'intégration de 10 adjoints au médecin à ses équipes multidisciplinaires.

L'objectif est d'améliorer la continuité des soins de première ligne et leur accessibilité, dans un contexte où la pénurie de personnel soignant occasionne régulièrement des ruptures de services.

Parmi les bénéfices escomptés, on espère voir :

- › Un gain d'efficacité de 30 % pour les médecins
- › Une réduction de la charge de travail de l'équipe clinique
- › Une diminution du nombre de consultations à l'urgence pour des problèmes non urgents
- › Une diminution des délais d'accès aux services médicaux non urgents

S'assurant de la protection du public, le CMQ suit de près l'évolution de ce projet et participera à son évaluation, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux. Un dossier à suivre!



Développement professionnel et remédiation : parce qu'on ne finit jamais d'apprendre !

Pédagogue dans l'âme, la Dre Marie-France Pelland croit fermement en l'efficacité de la formation continue afin de rehausser la qualité des soins offerts au public. Récemment nommée à la tête de la Direction du développement professionnel et de la remédiation du Collège des médecins du Québec (CMQ), elle nous fait découvrir ce domaine qui la passionne !

La Direction du développement professionnel et de la remédiation (DDPR) est peu connue du grand public, puisque ses services sont offerts aux médecins. Essentiellement, elle s'occupe de tout ce qui concerne le développement professionnel continu (DPC) des médecins, un mandat qui se décline en différents volets.

Au total, une vingtaine de personnes œuvrent à la DDPR, dont cinq médecins, deux analystes, une cheffe de l'administration, une coordonnatrice et plusieurs agentes affectées à ses divers secteurs d'activités. « J'aime que nous réfléchissions ensemble sur les façons d'offrir le meilleur service possible aux médecins qui ont besoin de notre expertise », affirme la Dre Pelland, qui tient les rênes de la DDPR depuis l'automne 2023.

DE LA FORMATION CONTINUE POUR TOUS LES MÉDECINS ACTIFS

Afin d'assurer des soins de qualité à la population, la DDPR veille à l'application du Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins, en vigueur depuis 2019. Ce *Règlement* exige que les médecins actifs cumulent au moins 250 heures de formation continue par période de 5 ans, dont au minimum 125 heures d'activités de DPC reconnues et 10 heures d'activités d'évaluation de l'exercice reconnues.

Ce cadre réglementaire vise d'abord la protection du public : « La formation continue permet de s'assurer que les médecins demeurent compétents et suivent les nouvelles recommandations de prévention et de traitement, par exemple. Cela fait partie de la mission du Collège », explique la Dre Pelland.



Dre Marie-France Pelland

Ce type de règlement n'est d'ailleurs pas l'apanage du CMQ. Les 46 ordres professionnels du Québec ont la responsabilité de favoriser le développement de leur profession respective et peuvent en faire l'objet d'un règlement¹.

« Les médecins comprennent l'importance de se former et d'être à jour », soutient la Dre Pelland, qui estime que cette culture de l'amélioration continue est bien implantée au sein de la profession. D'ailleurs, le *Code de déontologie des médecins*, qui constituait la référence en matière d'obligation de DPC avant l'adoption du *Règlement*, stipule clairement que le médecin doit « développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés² ».

1 Pour en savoir davantage, consultez la page « Ordres professionnels » du site de l'Office des professions du Québec : <https://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels>.

2 Tiré de l'article 44 du *Code de déontologie des médecins*.

Ouvrir ses horizons

En plus de se tenir à jour, la formation continue permet d'ouvrir ses horizons. La Dre Pelland en sait quelque chose : « Lorsque je pratiquais comme médecin de famille, j'avais tendance à privilégier les congrès en périnatalité, car c'est ce qui m'intéressait d'emblée et ce dans quoi j'étais à l'aise. »

Un jour, un collègue lui propose d'opter pour un congrès en ORL-ophtalmologie. La suggestion ne l'emballa pas d'entrée de jeu, mais elle se laisse convaincre. « Ce fut l'un des congrès les plus formateurs auxquels j'ai assisté. Sortir de sa zone de confort nous fait évoluer comme cliniciens. »

Le pouvoir de l'autocritique

Le *Règlement* prévoit certaines heures consacrées à l'évaluation de l'exercice professionnel, une démarche qui amène les médecins à poser un regard critique sur leur pratique. Aux yeux de la Dre Pelland, cette introspection est l'un des outils les plus puissants en formation continue : « En tant que professionnels, se remettre en question est essentiel. En réfléchissant sur nos incertitudes, en lien avec notre pratique, nous pouvons tirer des apprentissages qui seront bénéfiques, tant pour nous que pour nos collègues ou nos patients. »

Sur le plan personnel, l'autoévaluation aide à cerner ses forces et ses faiblesses : « Par exemple, si je réalise que la gestion de conflits est difficile pour moi en tant que médecin gestionnaire, je peux cibler des formations qui vont m'aider à développer des compétences à ce niveau », illustre-t-elle. Sur le plan clinique, il est d'autant plus important de reconnaître ses limites et d'aller chercher l'expertise nécessaire.

Un bilan après cinq ans

La fin de l'année 2023 a marqué l'aboutissement du premier cycle de cinq ans depuis l'entrée en vigueur du *Règlement*. Pourrait-on faire mieux en ce qui concerne son suivi et son application ? « Certainement ! », affirme la Dre Pelland. À la demande du Conseil d'administration du CMQ, un groupe de travail a d'ailleurs formulé des recommandations de changements à apporter dans la prochaine version du *Règlement*.

DES ACTIVITÉS DE PERFECTIONNEMENT CONÇUES POUR LES MÉDECINS

Un autre volet central des activités de la DDPR consiste en l'organisation d'activités de développement professionnel, de perfectionnement et de remédiation pour certains médecins.

Remédiation : Dispositif pédagogique mis en place après évaluation [...] pour combler des lacunes, corriger des apprentissages erronés. (Le Robert)

Ces activités répondent à une variété de besoins :

- › mise à jour des connaissances dans des domaines particuliers ;
- › acquisition d'une compétence nouvelle afin de réorienter ou de bonifier sa pratique (par exemple, un médecin d'urgence qui souhaite amorcer une pratique en cabinet) ;
- › mise à niveau ou correction de lacunes dans la compétence d'une ou d'un médecin en exercice ;
- › mise à jour de la compétence lors d'un retour à la pratique après une absence prolongée.

Portant sur diverses thématiques et d'une durée variable, les activités de perfectionnement et de remédiation prennent diverses formes : ateliers, tutorats ou stages chapeautés par des pairs. Chaque année, la DDPR organise quelque 300 activités de perfectionnement, ce qui tient l'équipe fort occupée.

LES ATELIERS DU CMQ... TOUJOURS POPULAIRES

Saviez-vous que le CMQ dispense près de 70 séances d'ateliers annuellement ? Couvrant une douzaine de thèmes, ces activités de formation touchent principalement aux volets déontologiques et éthiques de la pratique médicale.

Une nouveauté à surveiller en 2024 : la formation de base en sécurisation culturelle des soins de santé. Cet atelier abordera les principes d'équité, de diversité et d'inclusion sous l'angle de la pratique médicale. On y réfléchira sur le racisme, le colonialisme et les formes d'oppression subies par différentes communautés.

Pour un aperçu des différents ateliers offerts par le CMQ, visitez la page Ateliers et webinaires de son site Web.

PAS TOUJOURS UN CHOIX...

Certains médecins s'inscrivent volontairement à une activité de perfectionnement, notamment dans le but d'élargir ou de changer leur domaine d'exercice. Pour d'autres médecins, la participation à une activité de perfectionnement leur est suggérée ou imposée, sur la base de lacunes observées dans leur pratique lors d'une inspection professionnelle ou d'une enquête menée par le CMQ.

Lorsqu'une lacune est constatée, la DDPR collabore de près avec la Direction de l'inspection professionnelle (DIP) afin de déterminer la meilleure méthode pédagogique à employer, selon la situation. C'est ensuite au responsable de l'inspection professionnelle d'approuver le choix d'activité et d'en aviser le médecin.

La plupart du temps, les médecins acceptent d'emblée la proposition de suivre un atelier, un stage ou un tutorat. En cas de refus, il revient au comité d'inspection professionnel (CIP) de trancher et, si nécessaire, d'imposer l'activité de perfectionnement, avec ou sans limitation de l'exercice professionnel.

DES STAGES ET TUTORATS « SUR MESURE »

Le CMQ mise de plus en plus sur l'approche pédagogique auprès des membres: « Une activité de perfectionnement permet de bien accompagner les médecins afin qu'ils aient une pratique contemporaine et sécuritaire », précise la Dre Pelland.

Lors d'un stage, le médecin adopte une posture semblable à celle d'un résident en médecine, se rapportant à un superviseur. Quant au tutorat, il consiste plutôt en un accompagnement individuel. Les périodes de tutorat sont l'occasion de revoir avec le médecin ses notes de dossiers, de discuter de certains cas ou encore d'effectuer des simulations. Dans certains cas, il y aura une observation directe, sur le lieu de travail du médecin. « Chaque activité est personnalisée et adaptée aux besoins du médecin, il n'y a pas de format unique », explique la Dre Pelland.

L'approche semble profitable, puisque la majorité des participantes et participants se disent satisfaits au terme de l'expérience. Dans la plupart des cas, lorsque les activités découlent d'un processus d'inspection professionnelle, on observe d'ailleurs une amélioration de la pratique lors des visites de contrôle.

LES ENTREVUES ORALES STRUCTURÉES

Chaque année, la DDPR organise par ailleurs une trentaine d'entrevues orales structurées (EOS), une méthode d'inspection professionnelle qui fait appel à différents scénarios et contextes simulés. Utilisées depuis 1990 en médecine de famille, les EOS se sont graduellement développées dans d'autres spécialités: radiologie, psychiatrie, pathologie, dermatologie, anesthésiologie et médecine d'urgence. Pour chacune des EOS, le CMQ fait appel à deux médecins experts, issus de la spécialité concernée.

Lors des EOS, on utilise des vignettes cliniques (cas) pour évaluer certains aspects de la pratique du médecin. Par exemple, en radiologie ou en dermatologie, il peut s'agir de présenter des images au médecin afin de s'assurer qu'il pose le bon diagnostic. En médecine de famille, la vignette peut prendre la forme d'une mise en situation, dans laquelle une comédienne ou un comédien jouera le rôle du patient. À partir d'un script bien défini, le « patient simulé » interagira avec le médecin en lien avec différents problèmes de santé (état dépressif, douleur au genou, maux de tête, etc.).

Plusieurs de ces EOS sont réalisées dans les bureaux du CMQ. Pour l'anesthésiologie et la médecine d'urgence, les EOS se dérouleront dans un centre de simulation, en ayant recours à des mannequins. C'est ainsi qu'on évaluera la capacité du médecin à reconnaître et à prendre en charge certaines urgences médicales. Enfin, en pathologie, certaines portions de l'EOS sont réalisées sur le lieu de travail même du médecin.

« Nous sommes en voie de réaliser notre 500^e EOS cette année! », lance avec fierté la Dre Pelland, qui a contribué au développement de ces outils d'évaluation. Son équipe organise les EOS, qui relèvent cependant du directeur de l'inspection professionnelle, le Dr Anas Nseir.

Appel aux médecins: le CMQ est toujours à la recherche de nouveaux maîtres de stage et tuteurs, dans une variété de spécialités. Voilà une belle occasion de soutenir une ou un collègue en partageant vos connaissances! Ce rôle vous intéresse? Pour en savoir davantage, écrivez à activite-perfectionnement@cmq.org.

UN SUIVI ADMINISTRATIF EN CAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ

La DDPR gère également le *Programme de suivi administratif des médecins ayant des problèmes de santé physique ou mentale susceptibles de compromettre l'exercice professionnel de la médecine*. De diverses natures, ces problèmes de santé physique ou mentale ont en commun leur impact potentiel sur la protection du public. Sur une base volontaire, le médecin qui adhère à ce programme confidentiel autorise le CMQ à communiquer régulièrement avec son médecin traitant, afin de confirmer qu'il est toujours apte à exercer la médecine. En place depuis 25 ans, le programme fait l'objet d'une réévaluation, pour bien répondre aux besoins du terrain.

SE FORMER POUR ÊTRE EN PHASE AVEC LA SOCIÉTÉ

Chose certaine, tant que la médecine et la société évolueront, les besoins de perfectionnement et de formation demeureront présents. «Au cours des prochaines années, les médecins devront être sensibilisés à des principes émergents dans la société tels que la responsabilité sociale, l'équité, la diversité et l'inclusion et la sécurisation culturelle», mentionne la Dre Pelland.

C'est sans compter les défis qui attendent les médecins sur le plan de l'évolution technologique, avec les nouvelles responsabilités qui découleront de l'usage de l'intelligence artificielle, par exemple. Bref, on ne finit jamais d'apprendre... et c'est tant mieux! ■



POUR MIEUX CONNAÎTRE... LA DRE MARIE-FRANCE PELLAND

- › Elle a exercé la médecine de famille pendant près de 20 ans au GMF-U Bordeaux-Cartierville et pratiqué en obstétrique à l'Hôpital du Sacré-Cœur.
- › Elle a évolué dans le milieu universitaire en tant que professeure adjointe de clinique et leader pédagogique au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l'Université de Montréal.
- › Arrivée au CMQ à titre d'inspectrice en 2016, elle se joint à l'équipe de la remédiation et des EOS en 2018, puis devient directrice du développement professionnel et de la remédiation en 2023.

En quoi le fait d'avoir pratiqué la médecine de famille durant une vingtaine d'années teinte-t-il votre approche en tant que directrice?

J'étais passionnée par mon travail de médecin de famille et d'enseignante, tout comme je le suis par mon rôle de gestionnaire. Je crois que l'expérience clinique est très importante pour comprendre les défis vécus par les médecins sur le terrain.

Quelle activité de formation continue vous a été la plus utile?

J'ai suivi la formation ICLEM (Institut canadien de leadership en éducation médicale) qui a été déterminante dans mon parcours. Je cumulais une dizaine d'années de pratique à l'époque. Cette formation m'a aidée à me projeter dans l'avenir et à établir un plan de carrière. J'y ai beaucoup appris sur l'efficacité, la communication, la résolution de conflits et l'implantation de changements, entre autres.

De quel accomplissement êtes-vous la plus fière?

Avec des collègues de l'Université de Montréal, j'ai contribué à la création du programme de formation Relève Leadership, destiné aux médecins pressentis pour occuper des postes de gestion. Ayant coanimé certaines activités de ce programme pendant près de 10 ans, j'y ai rencontré des gens passionnés qui m'ont exprimé à quel point la formation leur avait été bénéfique, en plus de recevoir une rétroaction très positive de certains directeurs de département.

SUIVEZ-NOUS EN TOUT TEMPS SUR LE WEB ET LES MÉDIAS SOCIAUX



@CMQ_org



@CMQofficiel



collegemedecinsquebec



@cmq_org

ON VEUT VOUS LIRE!

Vous souhaitez...

Réagir à
l'un de nos
articles?

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

Nous soumettre
un projet
d'article?

Écrivez-nous!

communications@cmq.org

Publication du Collège des médecins du Québec

1250, boul. René-Lévesque O.

Bureau 3500

Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél.: 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

cmq.org

Rédaction et édition

Direction des communications et des affaires publiques

Graphisme

Idéaliste et Direction des communications et des affaires publiques

ISSN 2816-9808



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC