



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

# LE SPÉCIALISTE

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Vol. 12 n° 2 – Juin 2010

LA « FILIÈRE »

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

**Offre  
exclusive  
aux nouveaux  
membres**

voir texte p.42

**Sogemec**  
ASSURANCES 

# LIPITOR<sup>MD</sup>

## Des indications qui s'appuient sur des preuves

**LIPITOR ORIGINAL,<sup>†</sup>  
TOUJOURS REMBOURSÉ PAR LA  
RAMQ ET LES ASSUREURS PRIVÉS**



### LIPITOR<sup>®</sup>

**est indiqué pour réduire le risque d'IM et d'AVC** chez l'adulte atteint de diabète de type 2 et d'hypertension n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant d'autres facteurs de risque<sup>††</sup>.

AVC

**48 %**

de réduction du risque relatif démontrée\*  
RRI<sup>‡</sup> = 0,52 (IC à 95 % de 0,31 à 0,69)  
RRA<sup>†</sup> = 1,3 % d'AVC  
p = 0,016



### LIPITOR<sup>®</sup>

**est indiqué pour réduire le risque d'IM** chez l'adulte hypertendu ne présentant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant au moins trois autres facteurs de risque coronariens<sup>§§</sup>.

### INFARCTUS DU MYOCARDE

**36 %**

de réduction du risque relatif démontrée<sup>††</sup>  
RRI<sup>‡</sup> = 0,64 (IC à 95 % de 0,50 à 0,83)  
RRA<sup>†</sup> = 1,1 % d'IM non mortel et de maladie coronarienne mortelle<sup>§§\*\*</sup>  
p = 0,0005

§ LIPITOR n'est pas indiqué pour la prévention de la maladie coronarienne mortelle.  
\*\* Les résultats n'étaient pas concluants chez les femmes, en raison du faible nombre d'événements.



### LIPITOR<sup>®</sup>

**Chez les patients atteints d'hypercholestérolémie**

### HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

Jusqu'à **60 %**  
**(39% - 60%)**

de réduction du C-LDL démontrée<sup>††</sup> dans tout l'intervalle posologique

†† Chez les patients de l'essai CARDS qui étaient atteints de diabète de type 2, mais non de MCV, et qui présentaient au moins un des facteurs de risque suivants : antécédents d'hypertension, rétinopathie, albuminurie et tabagisme.

\* Essai comparatif avec placebo, mené à double insu auprès de 2 838 patients atteints d'un diabète de type 2, répartis de façon aléatoire pour recevoir un placebo (n = 1 410) ou 10 mg de LIPITOR (n = 1 428). Les patients n'avaient pas d'antécédents de maladie cardiovasculaire, présentaient des taux initiaux de C-LDL ≤ 4,14 mmol/L et de TG ≤ 6,78 mmol/L, et étaient atteints d'au moins un des troubles suivants : rétinopathie, albuminurie, tabagisme et hypertension artérielle. Les paramètres principaux de l'étude étaient les suivants : accident coronarien aigu, revascularisation coronarienne ou accident vasculaire cérébral. Réduction du risque relatif de 37 % (IC à 95 % de -52 % à -17 %), p = 0,001. Accident vasculaire cérébral : réduction du risque relatif de 48 % (IC à 95 % de -69 % à -11 %).

† RRA = réduction du risque absolu

‡ RRI = rapport des risques instantanés

§§ Chez les patients hypertendus de l'étude ASCOT-LLA n'ayant pas de maladie coronarienne mais présentant au moins trois des facteurs de risque coronariens suivants : âge égal ou supérieur à 55 ans, sexe masculin, tabagisme, diabète de type 2, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire, hypertension

ventriculaire gauche, certaines anomalies de l'EKG, microalbuminurie ou protéinurie, rapport CT/C-HDL ≥ 6 et antécédents familiaux de coronaropathie précoce.

† Essai comparatif avec placebo, mené à double insu auprès de 10 305 patients souffrant d'hypertension et recevant un traitement antihypertenseur, répartis aléatoirement pour recevoir LIPITOR à 10 mg (n = 5 168) ou un placebo (n = 5 137). Les patients n'avaient pas d'antécédents d'infarctus du myocarde, avaient un taux de CT ≤ 6,5 mmol/L et présentaient au moins trois des facteurs de risque cardiovasculaire suivants : hypertension ventriculaire gauche, autres anomalies spécifiques, visibles à l'électrocardiogramme, diabète de type 2, artériopathie périphérique, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire, sexe masculin, âge : 55 ans ou plus, microalbuminurie ou protéinurie, rapport CT/C-HDL ≥ 6, ou antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce. Paramètre principal : IM non mortel et mortalité d'origine coronarienne. Taux initiaux moyens de C-LDL et de C-HDL : 3,4 et 1,3 mmol/L.

†† Rapport des risques instantanés = 0,64 (IC à 95 % de 0,50 à 0,83)

†† Selon deux études multicentriques, comparatives avec placebo, menées en double insu pour évaluer la réponse en fonction de la dose chez des patients atteints d'hypercholestérolémie légère ou modérée (types IIa et IIb de Fredrickson), au cours desquelles les sujets ont reçu une seule dose quotidienne de LIPITOR durant six semaines.

LIPITOR (atorvastatine calcique) est indiqué comme adjuvant aux changements du mode de vie, y compris l'adoption d'une diète, pour réduire les taux trop élevés de CT, de C-LDL, de triglycérides, d'apolipoprotéine B (apo B) et le rapport cholestérol total (CT)/C-HDL de même que pour accroître le taux de C-HDL dans les cas d'hyperlipidémie et de dyslipidémie, lorsque la réponse au régime alimentaire et à d'autres interventions non médicamenteuses n'est pas satisfaisante, y compris :

- l'hypercholestérolémie primitive (type IIa);
- l'hyperlipidémie combinée (ou mixte; type IIb), dont l'hyperlipidémie familiale combinée, indépendamment de la fraction lipidique en cause (cholestérol ou triglycérides);
- la dysbétalipoprotéinémie (type III);
- l'hypertriglycéridémie (type IV); et
- l'hypercholestérolémie familiale (homozygote et hétérozygote). En présence d'hypercholestérolémie familiale homozygote, LIPITOR devrait être utilisé comme adjuvant à des traitements tels que l'aphérese des LDL, ou en monothérapie si on ne peut avoir recours à ce type de traitement.

Come adjuvant à une diète, afin de réduire les taux de CT, de C-LDL et d'apolipoprotéine B chez les garçons et les filles (après l'apparition des premières règles) de 10 à 17 ans atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote si, après l'essai d'une diète, le taux de C-LDL demeure :

- a. > 4,9 mmol/L (190 mg/dL); ou
- b. > 4,1 mmol/L (160 mg/dL) en présence de l'un ou l'autre des éléments suivants : antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce;
- au moins deux autres facteurs de risque cardiovasculaire chez l'enfant.

Avant d'instaurer le traitement par LIPITOR, il faut exclure les causes secondaires d'élévation des lipides plasmatiques (p. ex., diabète mal équilibré, hypothyroïdie, syndrome néphrotique, dysprotéinémies, maladie obstructive du foie et alcoolisme) et dresser un bilan lipidique pour mesurer le CT, le C-LDL, le C-HDL et les TG. Pour les patients dont le taux de TG est < 4,52 mmol/L (< 400 mg/dL), le taux de C-LDL peut être estimé au moyen de l'équation suivante :

$$C-LDL \text{ (mmol/L)} = CT - [(0,37 \times TG) + C-HDL]$$

$$C-LDL \text{ (mg/dL)} = CT - [(0,2 \times TG) + C-HDL]$$

Pour les patients dont le taux de TG est > 4,52 mmol/L (> 400 mg/dL), cette équation donne des résultats moins précis; les taux de C-LDL doivent alors être déterminés directement ou par ultracentrifugation.

Les patients dont la triglycéridémie est élevée (> 2,2 mmol/L [200 mg/dL]) ou très élevée (> 5,6 mmol/L [500 mg/dL]) peuvent avoir besoin d'un traitement hypotriglycéridémiant (fibrate, niacine ou acide nicotinique), seul ou en association avec LIPITOR.

Généralement, un traitement d'association avec un dérivé de l'acide fibrique doit être amorcé avec prudence après en avoir soupesé les risques et les bienfaits

(voir les rubriques MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS, Effets musculaires, Interactions pharmacocinétiques, et INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES de la monographie).

On observe le plus souvent l'hypertriglycéridémie chez les patients atteints d'un syndrome métabolique (obésité abdominale, dyslipidémie athérogène hypertriglycéridémie, présence de particules de LDL petites et denses et faible taux de C-HDL), insulino-résistance avec ou sans intolérance au glucose, hausse de la tension artérielle et présence de facteurs thrombogènes ou inflammatoires).

Quand on prescrit un médicament, on doit veiller également à favoriser et à maintenir les changements du mode de vie à des fins thérapeutiques (réduction de l'apport en gras saturés et en cholestérol, perte de poids, augmentation de l'activité physique, augmentation de l'apport en fibres).

Prévention de la maladie cardiovasculaire

LIPITOR est indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde chez l'adulte hypertendu n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant au moins 3 autres facteurs de risque coronarien, notamment : âge égal ou supérieur à 55 ans, sexe masculin, tabagisme, diabète de type 2, hypertrophie ventriculaire gauche, certaines anomalies de l'EKG, microalbuminurie ou protéinurie, rapport CT/C-HDL égal ou supérieur à 6 et antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce.

LIPITOR est aussi indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (AVC) chez l'adulte atteint de diabète de type 2 et d'hypertension n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant d'autres facteurs de risque, notamment : âge égal ou supérieur à 55 ans, rétinopathie, albuminurie ou tabagisme. LIPITOR est indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde chez les patients présentant des signes cliniques de maladie coronarienne.

De très rares cas de rhabdomyolyse associée à une insuffisance rénale aiguë consécutive à une myoglobulinurie ont été signalés en rapport avec LIPITOR et d'autres inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase.

Le risque de myopathie, définie par des douleurs ou une faiblesse musculaires accompagnées d'une augmentation du taux de créatine kinase (CK) à plus de 10 fois la limite supérieure de la normale, devrait être pris en considération chez tout patient qui présente une myalgie diffuse, une sensibilité ou des faiblesses musculaires et/ou une élévation marquée de la CK. Il faut enjoindre les patients de signaler immédiatement toute douleur, sensibilité ou faiblesse musculaires inexpliquées, surtout si ces signes sont accompagnés de maux de tête ou de fièvre. Il faut mesurer le taux de CK chez les patients qui présentent des signes ou des symptômes évoquant une myopathie. Il faut mettre un terme au traitement par LIPITOR en cas de diagnostic possible ou certain de myopathie ou d'augmentation marquée du taux de CK.

Consulter les renseignements thérapeutiques pour obtenir l'information complète sur les mises en garde, les précautions ainsi que la posologie et l'administration.

Moins de 2 % des patients ont abandonné leur traitement pour cause d'effets indésirables attribuables à LIPITOR. Les effets indésirables les plus courants, survenus chez ≥ 1 % des patients, ont été les suivants (vs placebo) : constipation (1 % vs 1 %), diarrhée (1 % vs 1 %), dyspepsie (1 % vs 2 %), flatulence (1 % vs 2 %), nausées (1 % vs 0 %), céphalées (1 % vs 2 %), douleur (1 % vs < 1 %), myalgie (1 % vs 1 %) et asthénie (1 % vs < 1 %). Les effets indésirables signalés chez

≥ 1 % des garçons et des filles (ayant déjà eu leurs premières règles) de 10 à 17 ans ont été les douleurs abdominales, la dépression et les céphalées.

LIPITOR est contre-indiqué durant la grossesse et l'allaitement, en présence d'une maladie du foie évolutive ou d'élévations persistantes et inexpliquées du taux sérique de transaminases dépassant 3 fois la limite normale supérieure, ou d'une hypersensibilité à un ingrédient de la préparation.

Les taux de lipides doivent être mesurés périodiquement et la posologie de LIPITOR modifiée, au besoin, d'après les taux ciblés recommandés dans les directives. La dose initiale recommandée de LIPITOR est de 10 ou de 20 mg, 1 fois par jour, selon la réduction du taux de C-LDL que l'on souhaite obtenir. Chez les patients ayant besoin d'une forte réduction du taux de C-LDL (supérieure à 45 %), le traitement peut être amorcé à la dose de 40 mg, 1 fois par jour. La posologie de LIPITOR doit être individualisée en fonction des taux de C-LDL et de TG et du rapport CT/C-HDL avant le traitement, de manière à parvenir aux valeurs lipidiques recommandées à la plus faible dose nécessaire pour atteindre le taux cible de C-LDL. La dose initiale chez l'enfant est de 10 mg/jour; la dose maximale recommandée est de 20 mg/jour.

La prudence s'impose chez les patients gravement hypercholestérolémiques qui présentent aussi une atteinte rénale grave, qui sont âgés ou qui reçoivent en concomitance de la digoxine ou des inhibiteurs de la CYP 3A4.

La fonction hépatique doit être évaluée avant l'amorce du traitement et à intervalles réguliers par la suite. Une attention particulière doit être accordée aux patients ayant des taux sériques de transaminases élevés; chez ces patients, les mesures doivent être répétées plus rapidement et effectuées plus fréquemment par la suite.

Si l'augmentation des taux d'alanine aminotransférase (ALAT) ou d'aspartate aminotransférase (ASAT) montre des signes de progression, notamment en cas d'augmentation persistante à plus de 3 fois la limite supérieure de la normale, il faut réduire la dose de médicament ou cesser le traitement.

À l'instar d'autres inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, LIPITOR doit être utilisé avec précaution chez les patients qui consomment de l'alcool en quantités substantielles et/ou qui ont eu des antécédents de maladie du foie.

Références : 1. Colhoun HM et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS) multicentre, randomized, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-96. 2. Sever PS et al. for the ASCOT investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial - Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre, randomized, controlled trial. *Lancet* 2003;361:1149-58. 3. Monographie de LIPITOR (atorvastatine calcique), Pfizer Canada Inc., juillet 2009.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé<sup>™</sup>

©2010  
Pfizer Canada Inc.  
Kirkland (Québec)  
H9J 2M5  
M.C. de Pfizer Inc, Pfizer Canada Inc., licencié  
LIPITOR<sup>®</sup>, Pfizer Ireland Pharmaceuticals  
Pfizer Canada Inc., licencié



**LIPITOR<sup>MD</sup>**  
atorvastatine calcique  
comprimés  
**puissance digne de confiance<sup>MC</sup>**

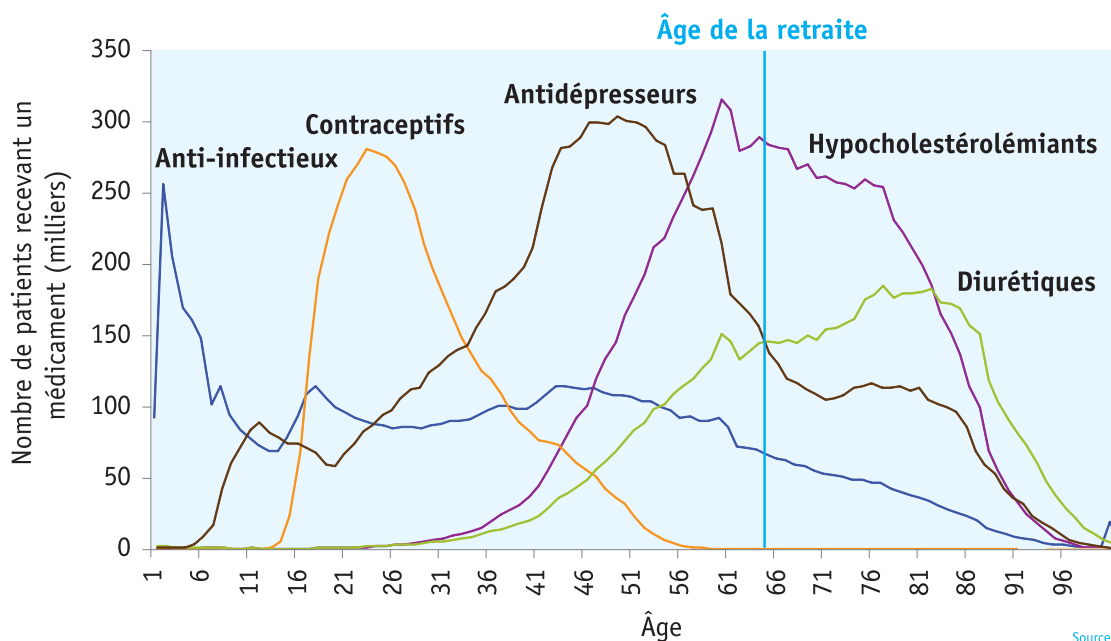
Veillez consulter le résumé des renseignements posologiques à la page 44.

# Classes thérapeutiques les plus prescrites au Canada selon l'âge des patients

**Méthodologie :** En interrogeant sa base de données longitudinales, IMS a examiné les ordonnances de plus de 20 millions de Canadiens sur une période donnée.

Les classes thérapeutiques d'importance au cours de la vie des Canadiens varient selon l'âge des patients (la ligne bleue verticale reflète typiquement l'âge de la retraite à 65 ans).

Le graphique ici-bas représente les ordonnances totales pour les cinq classes thérapeutiques les plus prescrites au Canada au moment de l'analyse.



Source : IMS Health

» Contactez-nous sans frais au **1-888-400-4672**



**ims**



RBC Banque Royale®

# La croissance, ça se discute !

Les conseils financiers les plus utiles à la croissance de votre pratique sont les conseils financiers spécialisés. RBC® met à votre service des directeurs de comptes spécialistes du secteur de la santé. Ils vous aideront à chaque stade de développement de votre cabinet en vous fournissant des solutions sur mesure afin de stimuler la croissance de votre pratique.

De plus, comme membre de la FMSQ, vous pouvez bénéficier d'un forfait bancaire privilège donnant droit à des économies et à une tarification avantageuse exclusive.

**NOUVEAU :**  
**Un avantage exclusif s'ajoute à votre forfait FMSQ: le compte d'affaires gratuit.\***

Pour parler à un spécialiste du secteur des professionnels de la santé, visitez [rbcbanqueroyale.com/profsante](http://rbcbanqueroyale.com/profsante).

De plus, informez-vous sur le forfait bancaire privilège offert aux membres de la FMSQ, en composant le **1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683)**, rendez-vous à la succursale la plus près de chez vous, ou consultez le dépliant détaillé sur le site [www.fmsq.org](http://www.fmsq.org) dans la section **SERVICES AUX MEMBRES**.

**Une banque de conseils  
pour vous guider.<sup>MC</sup>**



\* Des conditions s'appliquent

® Marques déposées de la Banque Royale du Canada. RBC et Banque Royale sont des marques déposées de la Banque Royale du Canada. <sup>MC</sup> Marques de commerce de la Banque Royale du Canada.

# SOMMAIRE

- 7 MOT DU PRÉSIDENT**  
La nécessaire cogestion
- 8 NÉGO 2010**  
Les négociations sont lancées
- 11 ACTUALITÉS**  
Tournée des régions 2010
- 12 ACTUALITÉS**  
Des gardes en établissement de 16 heures :  
Pourquoi, mais surtout pourquoi pas !
- 14 EN MANCHETTES**
- 18 SERVICES AUX MEMBRES**  
Avantages commerciaux

## 19 EN COUVERTURE

### DOSSIER

#### LA « FILIÈRE » MSSS

- Le Ministère et organismes .. 22
- L'évolution budgétaire ..... 23
- Les effectifs du réseau .... 32
- Le portrait des agences ... 34



## 38 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

D<sup>r</sup> Guy Sauvageau, de l'infiniment grand à l'infiniment petit

## 39 DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le développement professionnel continu : au Québec et ailleurs

## 41 SOGEMEC ASSURANCES

## 43 GROUPE FONDS DES PROFESSIONNELS

## 46 WORD FROM THE PRESIDENT

What about Joint Management?

## LE SPÉCIALISTE

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

### COMITÉ ÉDITORIAL

D<sup>r</sup> Bernard Bissonnette  
D<sup>r</sup> Raynald Ferland  
D<sup>re</sup> Diane Francœur  
M<sup>re</sup> Sylvain Bellavance  
Nicole Pelletier, ARP, directrice  
Patricia Kéroack, conseillère  
en communication

### ÉDITRICE DÉLÉGUÉE

Nicole Pelletier, ARP

### RESPONSABLE DE L'ÉDITION

Patricia Kéroack

### RÉVISION

Angèle L'Heureux

### ASSISTANTE DE PRODUCTION

Geneviève Roberge

### GRAPHISME

Dominic Armand

### TRADUCTION

Anne Trindall  
Annette Grimaïla

### IMPRESSION

Transcontinental Interweb

### PUBLICITÉ

France Cadieux

### TIRAGE

13 000 exemplaires

### POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

### DÉPÔT LÉGAL

2<sup>e</sup> trimestre 2010  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 1206-2081

### POUR NOUS JOINDRE

#### RÉDACTION

Téléphone : 514 350-5021  
Télécopieur : 514 350-5175  
Courriel : communications@fmsq.org

#### PUBLICITÉ

Téléphone : 514 350-5274  
Télécopieur : 514 350-5175  
Courriel : fcaidieux@fmsq.org  
Internet : www.magazinelespecialiste.com

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

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



CCAB audite les envois faits aux médecins spécialistes et résidents, soit pour un total de 10 676 copies (décembre 2009). La FMSQ distribue aussi plus de 1 000 copies aux chercheurs, titulaires des Facultés de médecine du Québec, aux gestionnaires des agences, des établissements et du réseau de la santé au Québec.

Les articles portant signature n'engagent que leur auteur.



Sources Mixtes  
Groupe de produits issu de forêts bien gérées et d'autres sources contrôlées.  
www.fsc.org Cert. no. SPP-COC-00992  
© 1996 Forest Stewardship Council

## LES ANNONCEURS DE CETTE ÉDITION :

- Pfizer ..... 2 et 44
- IMS Health ..... 3
- Banque Royale ..... 4
- Groupe Fonds  
des professionnels ..... 6
- La Personnelle ..... 10
- Immobilier Isabelle  
Altendorfer ..... 11
- ASSS du Bas-Saint-Laurent .. 14
- Collège des médecins  
du Québec ..... 15 et 40
- Club Voyages Berri ..... 16
- CSSS de l'Hématite ..... 17
- Sogemec Assurances ..... 42
- Valeant Canada ..... 45 et 48
- Services aux médecins MD .... 47



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

# Une offre de service

# 4 volets

en

qui fait de nous  
**la référence en finance**  
des professionnels québécois

**Montréal**  
1 888 377-7337

**Québec**  
1 800 720-4244

**Sherbrooke**  
1 866 564-0909

[www.groupefdp.com](http://www.groupefdp.com)

**groupe fonds des  
professionnels**

**Grandir  
en confiance**

Gestion privée\* · Fonds d'investissement · Planification financière

\*Membre - Fonds canadien de protection des épargnants

## Fonds d'investissement

### Une famille de fonds diversifiés en pleine croissance

Pour vous : des fonds diversifiés dans toutes les grandes catégories d'actifs pour profiter des meilleures occasions sur tous les marchés, et des conseillers aux membres pour vous aider à choisir ceux qui répondent à vos exigences.

## Gestion privée

### Bien au-delà de la création d'un portefeuille

La gestion discrétionnaire, c'est un mandat confié à une équipe de gestionnaires spécialisés pour faire fructifier vos actifs selon vos besoins spécifiques. Cette approche, entièrement orientée vers la prospérité du client, démarque notre offre de services.

## Planification financière

### Équipe multidisciplinaire et approche rigoureuse

Notre équipe de planification financière est formée de spécialistes en planification financière, en actuariat, en notariat et en fiscalité. Elle travaille avec votre conseiller aux membres pour dresser un plan d'action personnalisé et structuré pour l'atteinte de vos objectifs financiers et offre aussi des mandats spécifiques.

## Jeunes professionnels

### Une équipe axée sur votre réussite

Que vous soyez à l'université, en stage ou en début de carrière, nos conseillers peuvent vous fournir de précieux outils et conseils pour le développement de saines habitudes financières. Tirez parti de services conçus pour vos besoins particuliers par notre équipe dédiée aux jeunes professionnels.

Actionnaire de Groupe Fonds des professionnels depuis 32 ans



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

DR GAÉTAN BARRETTE



## La nécessaire cogestion

Le 16 avril dernier, la FMSQ déposait ses demandes et propositions en vue de la prochaine entente avec le gouvernement du Québec. Les grandes lignes de notre dépôt vous sont d'ailleurs exposées dans ce numéro en pages 8 et 9 et au moins deux éléments devraient vous surprendre : 1) sur le plan des mesures de nature organisationnelle, la cogestion et 2) sur le plan de la rémunération, le maintien de notre position.

**D'**abord, la cogestion. C'est un concept nouveau. En réalité, c'est un prolongement de la problématique des tâches médico-administratives que bon nombre d'entre vous effectuez déjà, et ce, trop souvent bénévolement ; ce dernier point fait lui-même l'objet d'une demande spécifique. En effet, il est grand temps que ces tâches soient rémunérées à leur juste valeur, ce qui n'est évidemment pas le cas actuellement. Pourtant, peut-on imaginer le réseau actuel laissé à lui-même sans notre impact ? Car là est la question ! Et j'irai même plus loin : avons-nous l'opportunité de nous impliquer maximale dans la gestion « terrain » de nos services et départements ? Non. Et c'est bien malheureux. Car, dans un monde où l'on se targue de viser efficacité et imputabilité, n'est-il pas surprenant et décevant qu'on ne s'assure pas de bénéficier du maximum d'implication de ceux qui ont la plus grande influence sur la chose médicale ? Pourtant, telle est la situation actuelle.

Nous croyons que le médecin doit reprendre son rôle de chef de file, d'organisateur et de responsable de l'organisation locale et globale des soins. Ce n'est qu'à cette condition que le réseau domptera ses démons budgétaires pour assurer à la population des soins de première qualité. Quand nous disons « locale », nous référons aux chefs de services et de départements, alors que, quand nous disons « globale », nous référons à la gestion hospitalière. En effet, non seulement n'êtes-vous pas rémunérés correctement – parfois pas du tout – pour ces tâches, mais jamais n'êtes-vous impliqués dans la gestion globale de l'hôpital. En fait, il y a souvent des tables des chefs de département, mais jamais n'avez-vous accès à l'étage de la direction des finances ou de la direction générale elle-même. C'est précisément à cet étage que s'adresse le concept de cogestion.

Cogestion signifie que les décisions se prennent conjointement, et ce, dans l'intérêt de tous. Cela signifie alors que le corps médical est consulté et responsabilisé. Il ne s'agit pas pour ce dernier d'en venir à gérer au quotidien les cuisines et l'entretien ménager. Il s'agit de créer un contexte où les orientations prises par l'administration de même que leurs conséquences soient convenues, décidées et planifiées en s'assurant de prendre en

compte tous les impacts sur la pratique médicale et, par conséquent, l'accès et la qualité des soins offerts à la population.

Je dis souvent à la blague – presque pas – que la cogestion a déjà existé au Québec et qu'elle y a fait largement ses preuves en milieu hospitalier : c'était le temps des religieuses. Bien sûr, la situation n'était pas la même, mais les hôpitaux étaient gérés serrés et le travail des médecins respecté et valorisé. C'était jadis. Aujourd'hui, chaque jour nous fournit un nouvel exemple de ce qui peut arriver de pire. De fait, je vous invite à lire le dossier présenté dans cette édition du Spécialiste. Un exercice qui devrait faire réfléchir tous nos lecteurs sur la gestion de notre système public de santé au cours des dernières années.

Prenons un exemple récent, encore tout chaud. Un hôpital prévoit rénover son urgence. Des plans modernes sont proposés et acceptés, plans selon lesquels chaque espace est organisé en cubicule, et chaque cubicule dispose d'un lavabo et d'une toilette. Gros bon sens, conviendrez-vous, surtout à l'heure où la transmission de germes multirésistants est un problème majeur, particulièrement dans les urgences. Or, il y a quelques jours, dans le cadre de la chasse aux coupures lancée par le gouvernement dans son récent budget, cet hôpital a reçu la consigne, pour économiser 600 000 \$ - soit environ 1 % du budget total du projet, de modifier ses plans et ainsi d'éliminer les toilettes et les lavabos de tous les cubicules!!! Oui, nous sommes bel et bien en 2010! Alors, question : un médecin cogestionnaire aurait-il laissé passer ça ? J'ose croire que non.

Sur le plan de la rémunération, la situation nous apparaît on ne peut plus critique. D'ailleurs, vous savez que la FMSQ a débuté une tournée des régions pour vous informer de la situation actuelle et des enjeux auxquels nous faisons tous face. Cette tournée est importante et vous devez y participer. Venez assister à ces réunions, et vous y apprendrez l'énormité du piège que le gouvernement vous tendra dans les prochains mois, ainsi que la façon de l'éviter.

Venez nombreux à nos rencontres et bonne lecture,

Syndicalement vôtre!





## Les négociations sont lancées

**L**e 16 avril dernier, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a déposé à la table de négociation ses demandes en vue du renouvellement de l'Entente MSSS-FMSQ qui se terminait le 31 mars 2010. Dans le cadre de son dépôt, la Fédération a souhaité aborder divers aspects du système de santé québécois et non seulement la rémunération. Les médecins spécialistes québécois occupent une place centrale dans le système de santé; leur collaboration et leur expertise doivent être mises à profit à tous les niveaux.

La Fédération poursuit actuellement une tournée du Québec pour rencontrer les médecins spécialistes et les conscientiser à l'importance de la ronde de négociation qui débute et dont les enjeux sont cruciaux pour l'avenir de la médecine spécialisée. Les médecins doivent se mobiliser pour ne pas perdre les gains récemment obtenus.

Le présent article vise à dresser un tableau général des demandes déposées par la Fédération, lesquelles s'inscrivent sous les trois grands thèmes suivants :

### 1) Consolider les efforts entrepris

La Fédération a insisté sur les effets positifs qui se font sentir lorsque le gouvernement collabore avec les médecins spécialistes. Ainsi, après deux conflits importants, en 2002 et en 2006, l'Entente de 2007 a permis d'améliorer le climat de travail et de poser des gestes concrets pour l'amélioration du système de santé.

Au cours des trois dernières années, différentes mesures positives ont été introduites pour améliorer notre système de santé. Celui-ci souffre toutefois toujours de plusieurs maux et la Fédération insiste donc sur la nécessité de consolider les efforts entrepris et de continuer à mettre en place les mesures nécessaires pour renforcer notre système de santé. Les Québécois doivent pouvoir compter sur un système de santé fort, fiable et qui répond à leurs attentes. Le contexte économique actuel ne peut servir de prétexte à de nouveaux bouleversements tels ceux qui ont eu cours à la fin des années 1990 et qui ont entraîné la diminution des services aux patients, réduit l'accessibilité, augmenté le temps d'attente et favorisé l'exode et la pénurie de médecins. Les médecins spécialistes n'accepteront pas un retour en arrière et le dépôt de la Fédération insiste sur cet aspect.

### 2) Renforcer le réseau de la santé

Comme ils l'ont fait par le passé, les médecins spécialistes souhaitent collaborer à l'amélioration du système de santé québécois. Dans cette optique, la Fédération propose un renouvellement de l'Entente qui met l'accent sur 17 différentes mesures qui ont pour effet de favoriser l'accessibilité et la qualité des soins. Ces mesures se résument comme suit :

**Améliorer l'organisation des soins** : Il faut modifier les façons de faire, et ce, notamment en impliquant davantage les médecins spécialistes à tous les niveaux dans la gestion du système de santé.

**Augmenter le nombre de résidents en médecine** afin de bien planifier la relève médicale nécessaire pour assurer les services à la population tout en maintenant une formation de qualité.

**Revoir les règles de fixation des plans d'effectifs médicaux (PEM)** : Depuis trop longtemps, les principes à la base des PEM sont bafoués et il importe de corriger le tir. Les PEM doivent être fixés en fonction des besoins de la population et non de considérations politiques. L'élaboration des PEM doit cesser d'être effectuée de façon à prendre les médecins en otage, mais plutôt en leur permettant de s'installer là où les besoins se trouvent. Il importe également d'appliquer les PEM avec une plus grande flexibilité de façon à reconnaître la réalité de la pratique à temps partiel pour plusieurs médecins.

**Augmenter l'enveloppe budgétaire** afin d'assurer la rémunération des nouveaux médecins spécialistes qui commencent à exercer chaque année.

**Poursuivre l'implantation du plan d'amélioration d'accessibilité** : L'Entente de 2007 a prévu un budget de 240 millions de dollars sur 6 ans afin de mettre en place 24 mesures distinctes. Or, il importe de devancer l'application de ce plan et le budget consacré à ces mesures de façon à les instaurer le plus rapidement possible.

**Répondre aux défis contemporains de la société** : La Fédération demande la mise en place d'une autre enveloppe budgétaire distincte afin de s'attaquer à des problématiques spécifiques telles les maladies chroniques, la lutte contre le cancer, la prise en charge aux soins intensifs et la réduction de délais d'attente dans plusieurs secteurs.

**Assurer le financement des milieux hospitaliers** afin que les établissements disposent des ressources nécessaires permettant aux médecins d'exercer leur profession de façon adéquate et que le gouvernement n'impose pas aux établissements des restrictions budgétaires qui pourraient entraîner des quotas ou des limitations de services à la population.

**Valoriser les activités de garde** afin de mieux reconnaître l'importance de ces activités et le rôle des 1 500 médecins spécialistes qui assurent une couverture de garde à chaque jour.

**Assurer un financement adéquat des cliniques médicales** : L'apport de ces cliniques au réseau de la santé est essentiel. Or, les cliniques ne bénéficient pas du financement nécessaire afin d'assurer leur viabilité et il importe de mettre en place une composante technique pour les soins dispensés en clinique afin de compenser les frais de fonctionnement.

**Améliorer les conditions de pratique en anatomopathologie** afin de répondre à la pénurie d'effectifs et la surcharge de travail dans cette spécialité.

**Faciliter la pratique de la médecine en régions** en améliorant l'ensemble des mesures visant à favoriser autant l'installation et la rétention de médecins en régions que le support et le remplacement aux médecins établis.

**Reconnaître la croissance de la demande en soins spécialisés** en augmentant l'enveloppe budgétaire de façon à reconnaître tous les nouveaux services dispensés par les médecins spécialistes ainsi que la productivité accrue au cours des dernières années.

**Assurer la tarification des nouveaux services qui sont offerts à la population** en raison des progrès de la médecine et des développements technologiques.

**Instaurer un programme de maintien et de développement des connaissances** pour appuyer les médecins spécialistes dans leurs efforts de formation continue, et ce, en offrant à tous les médecins une compensation pour chaque demi-journée de ressourcement.

**Reconnaître le travail médico-administratif** pour favoriser l'implication des médecins dans la gestion clinique et administrative, et ce, en valorisant et en assurant la rémunération de ces activités.

**Favoriser la recherche médicale** en poursuivant la mise en place des mesures instaurées et en favorisant la carrière de chercheur boursier.

**Valoriser les activités d'enseignement** en reconnaissant le rôle essentiel des médecins spécialistes à cet égard et en rémunérant adéquatement l'ensemble des tâches d'enseignement clinique qu'ils effectuent.

Comme vous pouvez le constater, la Fédération prend donc l'initiative de proposer des mesures spécifiques qui ont toutes des conséquences positives sur le système de santé.

### **3) Assurer le maintien de l'objectif de rémunération concurrentielle**

Il s'agit là d'un des enjeux majeurs de la négociation actuelle et le discours de la Fédération est clair. Dans l'Entente de 2007, le gouvernement a reconnu la nécessité d'assurer une rémunération concurrentielle aux médecins spécialistes québécois et a convenu d'un plan de redressement de la rémunération qui s'échelonne sur une période de huit ans, soit de 2009 à 2016. Au terme de cette période, l'écart de rémunération avec la moyenne canadienne, qui était de 50 à 55 % au 1<sup>er</sup> avril 2007, sera réduit entre 10 et 15 %. Ceci représente le résultat des batailles successives qui ont été menées par les médecins en 2002 et en 2006 et qui ont permis de corriger les iniquités des 20 dernières années. Cette bataille a été gagnée par les médecins et le gouvernement a convenu de ce redressement.

Les médecins spécialistes ne demandent rien de plus. Toutefois, il n'est aucunement question de perdre les acquis de la dernière entente. Les médecins spécialistes n'accepteront pas un retour en arrière. Les négociations de 2010 ne sauraient entraîner à nouveau une augmentation des écarts de rémunération.

Afin de s'assurer du maintien de l'engagement pris par le gouvernement, la Fédération propose une façon de faire simple, efficace et qui évite toute confrontation inutile. Nous proposons ainsi une formule d'indexation automatique de la rémunération des médecins spécialistes québécois qui s'appliquerait selon l'augmentation moyenne obtenue par les médecins spécialistes des autres provinces canadiennes. Dans ce contexte, les médecins spécialistes québécois seraient traités de façon équivalente à leurs confrères hors Québec.

Le contexte économique actuel est pancanadien et ne saurait servir encore une fois de prétexte pour traiter les médecins spécialistes québécois de façon inéquitable. En acceptant le même sort que celui qui serait réservé aux médecins des autres provinces, les médecins spécialistes québécois sont ainsi prêts à toutes les éventualités.

Il faut à nouveau insister sur le fait que cette formule assure le maintien des objectifs qui ont été consacrés lors de la dernière négociation et acceptés par le gouvernement. Toute augmentation inférieure à celle consacrée aux médecins canadiens aurait pour effet d'annihiler les principes reconnus dans la dernière entente et de rehausser les écarts de rémunération. Le combat des dernières années aura ainsi été vain et remettra à nouveau en question l'avenir de la médecine spécialisée au Québec. Il n'est pas question d'accepter un tel recul. Les médecins spécialistes doivent être conscients de l'enjeu dans cette négociation et être mobilisés à cette fin.

De plus, la Fédération demande la mise en place d'un programme de congé parental adapté aux médecins spécialistes. De tels programmes existent dans l'ensemble des autres provinces ainsi que pour les médecins omnipraticiens québécois.

En conclusion, dans le cadre de la négociation qui débute, la Fédération et l'ensemble des médecins spécialistes québécois agissent de façon responsable et raisonnable en réitérant au gouvernement leur offre de collaboration pour l'amélioration du réseau de la santé. Ils proposent à cet égard différentes mesures spécifiques qui ont pour objectif de favoriser l'accessibilité et la qualité des soins. En ce qui a trait à leur rémunération, les médecins spécialistes ne demandent rien de plus que le respect des principes de la dernière entente. Afin d'y parvenir et d'éviter les confrontations inutiles, ils proposent une façon simple et efficace d'y arriver, soit une formule d'indexation automatique.

Les négociations sont lancées. La position des médecins spécialistes québécois est inattaquable et tous doivent être mobilisés pour la défendre. Les représentants du MSSS n'ont toujours pas réagi à nos propositions et nous continuerons à vous tenir informés des développements de cette importante négociation.



# Votre Fédération fait de vous quelqu'un de privilégié



POUR VOS ASSURANCES AUTO ET HABITATION,  
PROFITEZ DE TARIFS PRÉFÉRENTIELS ET D'UNE VALEUR SÛRE À TOUS POINTS DE VUE

## PROTECTIONS EXCLUSIVES

Grâce au partenariat entre La Personnelle et Sogemec Assurances, vous avez droit à des **protections bonifiées exclusives** telles que l'avenant 25c qui vous permet d'augmenter la couverture de certains de vos biens.

- Bénéficiez d'une **protection de 10 000 \$** pour vos biens se rapportant à vos activités professionnelles.
- Obtenez une **protection de 100 000 \$** en cas de perte ou de vol de vos œuvres d'art.

Offrez-vous le privilège de comparer dès aujourd'hui!

Demandez une soumission :

**1 866 350-8282**  
[sogemec.lapersonnelle.com](http://sogemec.lapersonnelle.com)



**Sogemec**  
ASSURANCES  
[www.sogemec.qc.ca](http://www.sogemec.qc.ca)



**laPersonnelle**<sup>MD</sup>  
Assurance de groupe auto et habitation

## Tournée des régions 2010



Dans le cadre du dépôt des demandes pour le renouvellement de l'entente avec le gouvernement, la Fédération - son président, des membres de son conseil d'administration et des directeurs - a entrepris une tournée afin de rencontrer les médecins spécialistes dans plusieurs villes du Québec. Ainsi, la première rencontre a eu lieu le mardi 11 mai au Centre hospitalier universitaire de Montréal - Hôpital Notre-Dame devant une centaine de spécialistes. Si, lors de la dernière entente, la FMSQ a obtenu plusieurs gains notamment au chapitre de la réduction de l'écart avec la moyenne canadienne, la mobilisation des membres y fut pour beaucoup; la présente négociation qui s'amorce pourrait solliciter les médecins spécialistes cette fois encore. L'information étant à la base de l'action, le docteur Barrette considère qu'il est primordial que les médecins spécialistes comprennent bien les enjeux en cause cette année.

Au total, le docteur Barrette visitera une vingtaine de lieux, principalement des centres hospitaliers.



### Prochaines rencontres

#### En français

Lundi 7 juin	18 h	Boucherville	Hôtel Mortagne
Mardi 8 juin	18 h	Trois-Rivières	CHRTR
Jeudi 10 juin	16 h 30	Chicoutimi	CSSSC
Vendredi 11 juin	12 h	Sept-Îles	CHRSI (Visioconférence pour Baie-Comeau)
Lundi 14 juin	17 h	Montréal	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mercredi 16 juin	12 h	Sherbrooke	CHUS - Hôtel-Dieu

#### En anglais

Mardi 15 juin	12 h	Montréal	CUSM - Hôpital Royal Victoria
Mardi 15 juin	17 h	Montréal	CUSM - Hôpital général de Montréal
Jeudi 17 juin	12 h	Montréal	Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

## Immobilier Isabelle Altendorfer



**Isabelle Altendorfer**  
Courtier immobilier agréé  
514 816-6447

### ST-LAURENT (PRÈS DE SARAGUAY)

Secteur recherché, maison chaleureuse 4 + 1 chambres à coucher, 2 + 1 salle de bain, cuisine et salle-à-manger à aire ouverte avec vue sur un magnifique jardin avec piscine chauffée. Grande salle familiale au sous-sol, beaucoup de rangement. À voir absolument!

**599 000 \$**

#### MAISON À VENDRE



### OUTREMONT

Bien situé, près de la rue Bernard, à quelques rues du Métro Outremont, charmant condo avec cachet, environ 1 100 p.c., 2 chambres à coucher, un bureau, salon double, planchers de bois, beaucoup de rangement, grand balcon.

**329 000 \$**

#### CONDO À VENDRE





**Yann Dazé, M.D.**  
Président, Fédération des  
médecins résidents du Québec

## Des gardes en établissement de 16 heures

# Pourquoi, mais surtout pourquoi pas !

### Pourquoi changer un système qui fonctionne ?

Pourquoi les médecins résidents souhaitent-ils réduire le nombre d'heures consécutives de garde en établissement de 24 à 16 heures ? La question est présentement sur toutes les lèvres. L'arbitrage en cours soulève des inquiétudes tant sur le plan pédagogique et organisationnel que sur le plan de la sécurité du médecin résident et du patient. Les uns craignent que le temps de formation ne doive être prolongé pour permettre l'atteinte des objectifs du Collège royal. Les autres soutiennent que l'exposition aux cas sera inadéquate en raison de la réorganisation des horaires, du fait que certains programmes ne pourront couvrir les gardes parce qu'il n'y aura pas assez de médecins résidents et que l'augmentation du nombre de transferts entraînera plus d'erreurs médicales. Nous sommes d'avis qu'après 16 heures de garde, les erreurs s'accumulent de façon importante, ce qui compromet la sécurité des patients. Mais, pourquoi changer ? Tous les médecins l'ont fait et ils ne sont pas morts ! Où est le problème ?

### La petite histoire du grief sur les horaires de garde

En mai 2007, un médecin résident déposait un grief à l'endroit du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) soutenant que le fait d'obliger des médecins résidents à faire des gardes de 24 heures contrevient aux chartes canadienne et québécoise des droits et libertés. Quelques mois plus tard, le grief était porté en arbitrage par l'Association des résidents de McGill (ARM) avec l'appui unanime des délégués de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). Devant une telle charge contre un article négocié de bonne foi il y a une vingtaine d'années, et compte tenu des évidences scientifiques récentes selon lesquelles les gardes dépassant 16 heures consécutives engendrent un nombre important d'erreurs médicales, la FMRQ se devait de poursuivre la démarche amorcée par ce médecin résident afin de s'assurer que son entente collective ne contrevient pas aux chartes. Des requêtes en Cour supérieure et en Cour d'appel pour contester la juridiction de l'arbitre, M<sup>e</sup> Jean-Pierre Lussier, d'entendre cette cause ont repoussé le début des audiences. L'arbitrage a finalement commencé le 26 avril 2010, presque trois ans jour pour jour après le dépôt du grief.

### La médecine factuelle (*evidence-based medicine*) et les experts, ça sert à quoi ?

De plus en plus d'études témoignent des effets délétères des gardes de 24 heures sur les fonctions cognitives, la performance et la santé des médecins résidents. Des études similaires chez les médecins spécialistes démontreraient probablement un pourcentage d'erreurs médicales dues aussi à la fatigue.

Comme médecins, nous nous appuyons sur la médecine factuelle pour nous guider dans notre pratique. Or, aujourd'hui, malgré toute l'évidence scientifique recueillie par diverses études, on continue de penser que les gardes de 24 heures n'ont pas d'impact significatif sur la santé des médecins et des patients.

Chacun a en mémoire une situation où lui ou un collègue s'est endormi à un feu rouge ou a eu un accident de la route après une garde. Une personne qui n'a pas dormi pendant 24 heures présente un état cognitif similaire à quelqu'un dont le taux d'alcoolémie est de 0,1, soit un taux dépassant la limite permise au Québec pour conduire. Malgré cela, un médecin résident poursuivra parfois son travail au-delà des 24 heures pour faire le transfert des patients et, pour finir, il prendra sa voiture pour retourner chez lui. Dans cet état, on ne peut pas légalement conduire une auto, mais on peut tenir un scalpel !

Plusieurs tentent de minimiser l'impact des gardes de 24 heures en affirmant que, souvent, les médecins résidents peuvent dormir durant leurs gardes. « C'est encore pire », a souligné Roger Godbout<sup>1</sup>, un des témoins experts interrogés dans le cadre de l'arbitrage. Le professeur Godbout a présenté toute une liste de difficultés engendrées par la privation de sommeil. Selon lui, « une seule nuit sans sommeil entraîne un traitement moins structuré de l'information, interfère avec la capacité de mettre en mémoire du matériel appris juste avant la nuit, diminue la capacité des individus en lien avec les processus alloués à l'identification des détails. Seule la mémoire des lieux et des personnes semble mieux résister au manque de sommeil ». Roger Godbout soutient que le manque de sommeil peut entraîner des pertes de mémoire à court terme, une sensibilité accrue à la distraction, des problèmes d'apprentissage de mémoire implicite (réflexes), un allongement des temps de réaction, une diminution des capacités d'attention automatique et une possibilité accrue de somnolence. Il trouve d'ailleurs étrange que l'on débâte d'un grief visant à démontrer que les gardes de 24 heures sont délétères pour la

santé et dangereuses pour la sécurité des patients, alors que, pour tous les chercheurs en privation de sommeil, c'est une évidence basée sur des données scientifiques reconnues depuis longtemps.

Certains pourraient soutenir que les études de Roger Godbout ne concernent pas les médecins résidents spécifiquement. Les conclusions des études du Dr Charles Czeisler<sup>2</sup>, le deuxième témoin expert entendu dans le cadre de l'arbitrage du grief sur les gardes de 24 heures, sont encore plus angoissantes. D'après ces études, « les médecins résidents sont 2,3 fois (168 %) plus à risque d'être impliqués dans un accident d'automobile après une garde de 24 heures », sans parler des autres automobilistes qui pourraient être impliqués dans ces accidents. « Ils ont aussi deux fois plus de chances d'avoir des manques d'attention durant leurs gardes, ils font 36 % plus d'erreurs médicales et près de six fois plus d'erreurs de diagnostic sérieuses (464 %) que lorsqu'ils font des gardes de 16 heures ». Cela fait d'ailleurs plus de 40 ans que les chercheurs ont démontré que la privation de sommeil avait des effets délétères sur l'être humain.

Les études du Dr Czeisler ont aussi démontré qu'après 24 heures consécutives de travail, un médecin résident sur cinq avoue avoir fait une erreur médicale liée à la fatigue durant sa première année de résidence. Un sur 20 rapporte avoir fait une erreur médicale liée à la fatigue qui a entraîné le décès du patient. Charles Czeisler note que le risque de faire de telles erreurs est augmenté de 300 %, lorsque les médecins résidents font des gardes de 24 heures. Quant aux erreurs liées au nombre plus grand de transferts, elles sont grandement compensées par les bénéfices liés à la limitation des gardes à 16 heures.

Les études du Dr Czeisler ont d'ailleurs servi récemment de base aux travaux de l'Institute of Medicine (IOM), un organisme indépendant qui conseille le gouvernement américain en matière de politiques de santé. En janvier 2009, l'IOM publiait un rapport recommandant qu'on limite les gardes en établissement sans sommeil à 16 heures.

Pour certains, comme aucune étude scientifique n'a été faite auprès de médecins résidents québécois ou canadiens, on ne peut appliquer ces principes ici. Pourtant, aux dernières nouvelles, la physiologie du sommeil était la même partout sur la planète, à moins que les Américains ne soient différents des autres. Si nous pouvons nous fier aux avancées scientifiques de nos voisins du Sud sur le plan des connaissances et des technologies médicales, si nous croyons qu'il faut envoyer nos jeunes médecins poursuivre des formations complémentaires (*fellowships*) dans les grandes écoles de médecine américaines, comme Harvard, pourquoi sommes-nous aussi sceptiques face à des études menées par des chercheurs réputés lorsqu'il s'agit des horaires de garde ?

<sup>1</sup> Roger Godbout, Ph.D., est directeur du Laboratoire de recherche sur le sommeil humain à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et psychologue coordonnateur de la Clinique spécialisée d'évaluation diagnostique des troubles du sommeil.

<sup>2</sup> Charles Czeisler, M.D., Ph.D., est professeur émérite et chercheur à l'Université Harvard.

## Les gardes de 16 heures, ça existe déjà

Les gardes de 16 heures ne sont pas une vue de l'esprit. Jetez un coup d'œil autour de vous et vous constaterez qu'il y a plusieurs services qui ont mis sur pied des modèles de garde en établissement de 16 heures. On en retrouve en anesthésiologie et en médecine interne et, aux urgences, les quarts de travail ne dépassent pas 12 heures. Il n'y a pas qu'au Québec où les gardes de 16 heures existent. Même aux États-Unis, il y a des hôpitaux qui ont adopté des gardes de 16 heures maximum en établissement.

## Il faut organiser le travail différemment

« Les jeunes médecins sont paresseux. Les générations X, Y, etc. ne veulent plus travailler. » On entend souvent ce type de propos. Mais, est-ce vraiment de la paresse que de vouloir être en mesure de bien soigner nos patients en évitant au maximum les situations qui pourraient engendrer des erreurs médicales graves ? Les médecins résidents ne veulent pas réduire le nombre total d'heures de travail, ils veulent simplement les réorganiser, de telle sorte que leur capacité d'apprentissage et de rétention ainsi que la qualité des soins qu'ils dispensent soient à leur maximum, ce qui n'est sûrement pas le cas actuellement.

Alors, les gardes en établissement devraient-elles être de 24 ou de 16 heures ? Le débat est lancé. La FMRQ a pris position en faveur des gardes de 16 heures et nos demandes syndicales reflètent cette volonté.

### Quelques articles sur les gardes en établissement

Czeisler AC. The Gordon Wilson lecture: work hours, sleep and patient safety in residency training. *Transaction of the American Clinical and Climatological Association*. 2006;117;159-88.

Czeisler AC. Medical and genetic differences in the adverse impact of sleep loss on performance: ethical considerations for the medical profession. *Transactions of the American Clinical Climatological Association*. 2009;120;249-85.

Lockley WS, et al. When policy meets physiology. The challenge of reducing resident work hours. *Clinical orthopaedics and related research*. 2009 August(449);118-27.

Fédération des médecins résidents du Québec. Heures de travail et horaires de garde en 2009. *Bulletin* 2009;32(1).

Forest G, Godbout R. Sleep deprivation: attention and memory changes. In: Kushida CA, ed. *Sleep deprivation: basic science, physiology, and behavior*. New York: Marcel Dekker, 2005: p.199-222.

Godbout R. Le sommeil normal et pathologique: neuropsychologie et neuropsychiatrie. In: Botez-Marquard T, Boller F, eds. *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2005: p.317-32.

Institute of Medicine of the National Academies. *Resident duty hours: enhancing sleep, supervision and safety*. Washington, D.C.: Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety, 2009.



# EN MANCHETTES

## Prix et distinctions

### Des médecins psychiatres honorés pour leur travail

Lors d'une soirée gala, l'Association des médecins psychiatres du Québec a remis ses prix annuels soulignant l'excellence en santé mentale. La cuvée des prix 2010 a notamment reconnu le travail de quatre médecins psychiatres.

### Prix Camille-Laurin de la réalisation de l'année



Le collectif formé des docteurs Pierre Lalonde, Alain Lesage et Luc Nicole est lauréat du Prix de la réalisation de l'année pour la publication du recueil *La psychiatrie en question*

– *Choix de textes en hommage au professeur Frédéric Grunberg.* Les trois psychiatres travaillent à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

### Prix Heinz E. Lehmann d'excellence en psychiatrie



Le docteur Vasavan Nair, psychiatre chercheur à l'Hôpital Douglas, a reçu le prestigieux prix Heinz E. Lehmann d'excellence en psychiatrie pour souligner sa contribution exceptionnelle à l'avancement et au rayonnement de la profession.

### Erreur sur la personne – Édition de mars 2010



Dans l'édition de mars 2010, nous avons annoncé que le D<sup>r</sup> Michel G. Bergeron, microbiologiste, était le tout premier récipiendaire du Prix de l'ambassadeur du français en médecine Jacques-Boulay. Or, le prix a plutôt été décerné au D<sup>r</sup> Michel Bergeron, néphrologue. Nous sommes désolés de cette méprise et voulons rendre à César ce qui lui appartient vraiment. Voici donc le « bon » D<sup>r</sup> Bergeron, le tout premier lauréat de ce prix. Encore une fois, félicitations!

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

Majoration du salaire de 25 à 30 %

Les CSSS du Bas-Saint-Laurent

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

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

Informez-vous par courriel  
[anne.levesque.asss01@ssss.gouv.qc.ca](mailto:anne.levesque.asss01@ssss.gouv.qc.ca)

## IMS Health Canada récompense les travaux de médecins spécialistes

Les lauréats des prix IMS Canada 2009 ont été remis pour reconnaître la contribution de pharmaciens, étudiants et médecins du Québec à l'éducation de leurs pairs. Les lauréats ont été reconnus pour la publication d'articles sur la consommation appropriée de médicaments. Deux médecins spécialistes sont parmi les gagnants. Il s'agit de :



D<sup>re</sup> Francine M. Ducharme, pédiatre au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, pour son article « Preemptive Use of High-Dose Fluticasone for Virus-Induced Wheezing in Young Children », publié dans le *New England Journal of Medicine*, vol. 360, No.4, January 22, 2009.



D<sup>re</sup> Ana Carceller, également pédiatre au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, pour son article « Lack of Effect on Prematurity, Birth Weight, and Infant Growth from Exposure to Protease Inhibitors In Utero and After Birth ». L'article a été publié dans *Pharmacotherapy*, Volume 29, Number 11, 2009.

Le comité de sélection était formé de membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et de membres de chaque faculté universitaire de médecine et de pharmacie.

## La FMSQ (encore) récompensée par la SQPRP



Le dossier de bonification du futur CHUM a permis à l'équipe des Affaires publiques et des Communications de remporter un prix PLATINE, la plus haute distinction, dans la catégorie Gestion des enjeux et de crise, remis par la Société québécoise des professionnels de relations publiques. Rappelons qu'un premier prix avait été récolté l'an dernier par la FMSQ pour le dossier du CHUM; ce prix avait été remis par la Société canadienne de relations publiques (SCRPP).



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

# AVIS D'ÉLECTION

Les membres du Collège des médecins du Québec sont priés de noter qu'il y aura, le **mercredi 6 octobre 2010**, élection des administrateurs des régions électorales suivantes :

- MONTRÉAL – huit administrateurs
- MONTÉRÉGIE\* – un administrateur
- LAVAL – un administrateur

Tout candidat doit être membre du Collège et être inscrit au tableau de l'ordre au moins quarante-cinq (45) jours avant la date fixée pour la clôture du scrutin. Nul ne peut être candidat dans une région donnée s'il n'y a pas son domicile professionnel. La date et l'heure de clôture du scrutin sont le **mercredi 6 octobre 2010 à 16 h**.

Les candidatures doivent être proposées par transmission d'un bulletin signé par le candidat et par au moins cinq (5) membres du Collège ayant leur domicile professionnel dans la région électorale dans laquelle le candidat se présente.

Les bulletins de présentation doivent être reçus par le secrétaire adjoint au plus tard le **jeudi 2 septembre 2010 à 16 h**.

**Pour obtenir des bulletins de présentation, vous pouvez consulter le site Web du Collège ([www.cmq.org](http://www.cmq.org)) ou vous adresser à :** M<sup>e</sup> Christian Gauvin  
Secrétaire adjoint  
Collège des médecins du Québec  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) H3H 2T8

\* Conformément au Règlement divisant le territoire du Québec aux fins des élections au Bureau du Collège des médecins du Québec, en vigueur depuis le 18 avril 1996, il y a eu élection d'un des deux administrateurs de la région de la Montérégie en 2008 et il y aura élection du second administrateur de cette région en 2010.



## Une vidéo à l'intention des professionnels de la santé



Québec-Transplant a produit une vidéo qui veut répondre aux multiples questions des professionnels de la santé au sujet de la transplantation d'organes. Traitant de sujets tels que l'identification de donneurs potentiels, l'approche aux familles, le maintien du donneur d'organes et le don d'organes après décès cardiocirculatoire, la vidéo se veut un outil de discussion et de prise de décision.

Le scénario de la vidéo est singulier. Utilisant l'analogie à notre sport national, le hockey, trois médecins spécialistes, le Dr Michel Lallier, chirurgien transplanteur, le Dr Pierre Marsolais, interniste-intensiviste, et le Dr Stephen Langevin, anesthésiologiste-intensiviste, présentent des extraits d'une partie amicale où sport et concepts sont discutés dans le vestiaire et sur la glace. L'entraîneur de l'équipe de hockey, un vrai pro de la mobilisation de ses troupes, vous fera certainement sourire. La vidéo, d'une durée d'une vingtaine de minutes, est disponible au [www.desavantagenumerique.org](http://www.desavantagenumerique.org).

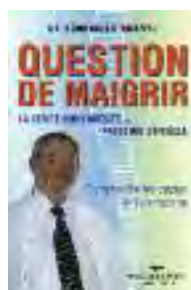
## Nouvelles parutions

### Prévenir les retards de développement, c'est possible!



Au cours des dernières décennies, plusieurs causes du handicap et des retards de développement ont été découvertes, principalement au plan scientifique. Que l'on soit praticien, professionnel ou parent, il est important d'obtenir toutes les informations nécessaires afin de prendre les décisions éclairées tout en tenant compte des éléments et enjeux cliniques, éthiques et sociaux. Le livre *Handicaps et retards de développement*, publié chez Béliveau Éditeur, a été écrit par une équipe multidisciplinaire franco-québécoise (généticien, pédopsychiatre, psychologue, néonatalogiste et autres). L'ouvrage veut diffuser de l'information sur les causes susceptibles d'engendrer un handicap ou un retard de développement chez l'enfant et faire connaître au personnel médical ainsi qu'aux parents les actions préventives à adopter avant, pendant et après la naissance de l'enfant.

### Question de maigrir La vérité sur l'obésité... pandémie du siècle



Bien des gens veulent perdre du poids. Malheureusement, ils se font souvent bernier par des régimes miracles. L'obésité, dont les conséquences sur la santé sont connues depuis l'Antiquité, a pris des proportions pandémiques. Conséquences de ce fléau : des maladies chroniques et coûteuses pour les systèmes de santé. Ce guide, à l'intention des patients, dresse un portrait des informations sur la perte de poids et des conséquences de l'obésité. Il apporte une lumière sur les succès et les échecs liés aux méthodes de perte de poids.

L'auteur, le docteur Dominique Garrel, est une sommité en la matière. Endocrinologue, professeur titulaire et directeur du département de nutrition de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et chercheur au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), il est l'auteur de plusieurs articles scientifiques et de livres sur la nutrition. Selon le Dr Garrel, « au niveau sociétal, la tâche est immense. Il faut en finir avec les préjugés dont sont victimes les patients porteurs d'une maladie visible comme l'obésité. Il faut changer les mauvaises habitudes : sédentarité, aliments hypercaloriques pauvres en nutriments et accessibles en tout temps à un prix modique et le stress permanent. Le développement de la chirurgie bariatrique a prouvé les bienfaits considérables de l'amaigrissement ».

LS

**ITALIE**  
GROUPE ACCOMPAGNÉ

 **VACANCES transat**

 **club voyages**



Du 23 au 30 septembre  
**2599\$**

**EXPÉRIENCE CULINAIRE ET DÉGUSTATION DE VINS EN TOSCANE**  
**Groupe exclusif FMSQ**

- 9 jours • 7 nuits
- 17 repas • 11 inclusions

**Inclusions :**  
• 3 cours de cuisine, suivis de 3 dîners • 3 dégustations de vins et plus...

Consultez les **CONSEILLERS-SPÉCIALISTES** de votre agence partenaire.

Appellez-nous pour toutes les inclusions et détails!

920, boul. de Maisonneuve E.  
**514 288-8688**

 **club voyages**  
Berri

Départs garantis avec un nombre minimal de passagers requis. Départs de Montréal. Le port des bagages, les pourboires et les dépenses personnelles ne sont pas inclus dans le prix annoncé. Prix par personne en occupation double, incluant les taxes et rabais applicables. Prix en vigueur au moment de l'impression et valable pour les nouvelles réservations, sous réserve de disponibilité. Pour les détails et conditions générales, veuillez vous référer à la brochure Europe 2010-2011 de Vacances Transat. Vols effectués sur les ailes d'Air Transat. Vacances Transat est une division de Transat Tours Canada Inc. et est titulaire d'un permis du Québec (N° 825121). Club Voyages est une division de Transat Distribution Canada Inc. Permis N° 753141 au Québec. Siège Social : 300, rue Léo-Pariseau, bureau 1601, Montréal, Québec H2X 4B3. Prix excluant le 3,50\$/1000\$ de services touristiques achetés représentant la contribution des clients au Fonds d'indemnisation des clients des agents de voyages.

## De bonnes nouvelles de la filiale Sogemec Assurances

### Une nouvelle venue au C.A.

Sogemec Assurances est heureuse d'accueillir au sein de son conseil d'administration madame Esther Gadoua, administratrice indépendante. Depuis le 24 mars, la composition du nouveau conseil d'administration de Sogemec est la suivante :

### Conseil exécutif

D<sup>r</sup> Gilles Robert, président  
D<sup>r</sup> François Neveu, vice-président  
Paul-André Malo, trésorier  
Esther Gadoua, administratrice  
M<sup>e</sup> Maurice Piette, secrétaire

### Administrateurs

D<sup>r</sup> Gaétan Barrette, président FMSQ  
Claude Lamonde, président Optimum Gestion de Placement  
D<sup>r</sup> Jean Simard  
D<sup>r</sup> Jean Talbot

### Invités

D<sup>r</sup> Yann Dazé, président FMRQ  
François P. Granger, ing, président Réseau IQ  
Myriam Auclair, présidente FMEQ  
D<sup>r</sup> Sébastien Toussaint, président AMLFC

### Ce n'est pas tout!

Le nouveau conseil d'administration n'est pas la seule grande nouvelle chez Sogemec. En effet, Sogemec a récemment atteint le cap magique des 10 millions de dollars de primes avec La Personnelle, ce qui fait que Sogemec Assurances est désormais entrée dans la cour des grands. Sogemec Assurances gère maintenant plus de 8 000 contrats, soit plus du double depuis le changement de cap en assurances générales effectué en 2002. À cette date, Sogemec avait décidé d'offrir des produits d'assurance automobile, habitation et des assurances commerciales, le tout à prix compétitifs. Fait important, le taux de renouvellement se maintient à 99 %, le meilleur dans le marché.

Notre filiale fait désormais partie d'un groupe restreint de joueurs majeurs de l'industrie de l'assurance. Une raison de plus pour s'en réjouir et pour joindre les rangs.

**Sogemec**  
ASSURANCES



## Êtes-vous disponible 2 fois par année pour 1 à 2 jours ?


**LAISSEZ-VOUS SÉDUIRE  
PAR LA BEAUTÉ DE NOTRE RÉGION**

**Joignez-vous à notre équipe médicale.  
Nous avons besoin  
d'un consultant en dermatologie !**

Contactez : Lise Bouchard,  
assistante du DSP  
418 287-3280 poste 231  
lise\_bouchard@ssss.gouv.qc.ca

Centre de santé et de services sociaux  
de l'Estrie

Lise Bouchard, F.R.S.S.  
(formation) Québec, C.C.P. 118



### Le 5<sup>e</sup> Tournoi de golf des fédérations médicales au profit de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec

**Lundi 26 juillet 2010  
Club de golf Le Mirage à Terrebonne  
Inscrivez-vous sans tarder !**

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

**Merci à nos commanditaires**

groupe fonds des professionnels

FONDS FMOQ

Deloitte Parizadeau Morris Mackenzie

Sogemec ASSURANCES

BCP ims

- Association des optométristes du Québec
- Association canadienne de protection médicale
- La Capitale assurances et gestion du patrimoine
- Desjardins Sécurité financière
- Fiducie Desjardins
- Fiera Capital inc.
- Gestion globale d'actifs CIBC inc.
- Industrielle Alliance
- Investissements SEI
- La Personnelle, assurance de groupe auto et habitation
- Sheer Rowlett & Associés et New Star Canada Inc

Informations et formulaires d'inscription disponibles sur le site Internet de votre fédération :

[www.fmsq.org](http://www.fmsq.org) [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org) [www.fmrq.qc.ca](http://www.fmrq.qc.ca) [www.fmeq.qc.ca](http://www.fmeq.qc.ca)

# PUBLICITÉ

Vous voulez rejoindre  
les médecins spécialistes  
du Québec ?

SUR LE  
**BULLETIN ÉLECTRONIQUE**



SUR LE  
**SITE INTERNET**



Demandez notre carte  
des tarifs dès maintenant :  
[fcadieux@fmsq.org](mailto:fcadieux@fmsq.org)  
514 350-5274



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

# SERVICES AUX MEMBRES DE LA FMSQ AVANTAGES COMMERCIAUX

## NOS FILIALES



**Groupe Fonds des  
professionnels**  
[www.groupefdp.com](http://www.groupefdp.com)



**Sogemec Assurances**  
[www.sogemec.qc.ca](http://www.sogemec.qc.ca)

## NOS PARTENAIRES



**Courtier immobilier agréé**  
SERVICES IMMOBILIERS RÉSIDENTIELS (VENTE OU LOCATION)  
514 816-6447



**Hyatt Regency Montréal**  
[www.montreal.hyatt.ca](http://www.montreal.hyatt.ca)



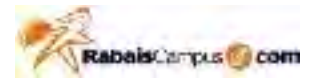
**Club Voyages Berri**  
514 288-8688



**Groupe Solution**  
COURTIER AUTOMOBILES ET CAMIONS  
[www.groupesolution2.com](http://www.groupesolution2.com)



**Hôtels Fairmont**  
[www.fairmont.com](http://www.fairmont.com)



**Rabais Campus**  
ABONNEMENTS  
[www.rabaiscampus.com](http://www.rabaiscampus.com)



**laPersonnelle**

**La Personnelle**  
[www.sogemec.lapersonnelle.com](http://www.sogemec.lapersonnelle.com)



**Park'n Fly**  
Service de stationnement  
[www.parknfly.ca](http://www.parknfly.ca)



**RBC Banque Royale**  
[www.rbcbanqueroyle.com/sante](http://www.rbcbanqueroyle.com/sante)

**Serez-vous  
le prochain partenaire  
de la FMSQ ?**

Pour tout savoir sur les avantages commerciaux  
réservés aux membres de la FMSQ,  
visitez le [www.fmsq.org/services](http://www.fmsq.org/services)



# LA « FILIÈRE »

La santé et les services sociaux occupent une portion de plus en plus importante du budget du gouvernement du Québec. En excluant le service de la dette, les 28 milliards de dollars qui lui seront consacrés en 2010-2011 représentent 45 % de l'ensemble des dépenses de l'État. À elle seule, la santé dispose d'une enveloppe de plus de 17 milliards de dollars représentant environ 27 % du budget du Québec. Avec le vieillissement de la population notamment, cette proportion ira fort probablement en augmentant.

Dans le contexte économique que l'on connaît (retour des déficits et objectif fixé de recouvrer l'équilibre financier d'ici 2013-2014), le ministre des Finances du Québec a consacré un pan entier à la santé dans son discours sur le budget du 30 mars dernier, accompagné d'un fascicule intitulé *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. L'objectif poursuivi par ce dernier est d'**accroître l'efficacité et la productivité du réseau**.

Même si plusieurs solutions ont déjà été identifiées dans les rapports Clair (2000), Ménard (2005), Castonguay (2008) et, plus récemment encore, par les membres du Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques, le gouvernement souhaite initier rapidement une *démarche globale d'optimisation des processus de travail à réaliser dans chaque établissement, revoir le mode d'allocation des ressources financières, assouplir les règles et les structures, réviser la gouvernance, rationaliser les infrastructures technologiques et informatiques* (Discours sur le budget 2010-2011). Un autre grand brassage d'idées s'annonce.

Parlant justement d'idées... Dans le cadre de sa campagne *L'expertise a un prix*, la Fédération des médecins spécialistes du Québec a mis de l'avant neuf mesures économiques pouvant générer plus de deux milliards de dollars afin de rééquilibrer les finances publiques en haussant les revenus sans impacts notoires et négatifs pour l'ensemble des contribuables. Deux de ces mesures ont d'ailleurs été reprises dans le budget, soit l'introduction d'une redevance sur l'eau utilisée comme intrant ou dans les procédés industriels et la révision du régime des droits miniers.

Si, pour le ministre des Finances, il est temps de passer à une nouvelle étape avec notre réseau de santé, nous avons jugé opportun de présenter le portrait actuel du réseau de la santé au Québec. Toujours utile de savoir d'où l'on part pour mieux décider où l'on doit aller comme société.



**Richard-Pierre Caron**  
Conseiller principal  
Affaires publiques et Communications, FMSQ



# LA « FILIÈRE »\* MSSS

En collaboration avec  
Patricia Kéroack et Nicole Pelletier, ARP

En raison de ses multiples composantes et facettes, de ses nombreuses ramifications administratives et de la quantité impressionnante de personnes qui le composent, le réseau public de santé est éminemment complexe à saisir. D’aucuns le qualifient de véritable « monstre bureaucratique ». Et pour cause ! On traite toujours du réseau de santé en l’abordant sous un angle particulier (temps d’attente, pénurie de personnel, crise dans les urgences, etc.), mais rarement dans sa globalité. Pourtant, ce n’est pas faute d’outils puisque, chaque année, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ses différents services et composantes – dont les agences ou les organismes qui en dépendent, publient une foule de documents desquels on peut tirer une quantité impressionnante de renseignements de tous ordres : financiers, organisationnels, structurels, etc.

**B**ien que largement accessibles, ces informations sont à ce point disparates et éparpillées – notamment en raison du nombre de sources qui les produisent, qu’il devient presque impossible de se faire une juste représentation de l’ensemble. Prises séparément, ces informations sont difficilement conciliables et on y perd facilement son latin. Bien que les informations soient normalisées sous certains aspects, la manière de les présenter varie énormément d’une organisation à l’autre, ce qui ajoute à la difficulté d’embrasser le tout.

À quoi servent les milliards de dollars qui sont investis chaque année dans le réseau de la santé ? Comment cet argent est-il réparti, dépensé ? Lorsqu’on analyse l’évolution des crédits alloués au réseau de la santé, quels postes budgétaires, quels programmes ont connu les augmentations les plus marquées dans le temps ? Dans quelles proportions ? Selon quel rythme ? Comment sont utilisées les ressources financières d’une façon globale, sur le plan des programmes nationaux et sous l’angle régional ? Qu’en est-il des ressources humaines ? Comment se répartissent-elles et dans quelles proportions ? Quels types d’emplois ont connu les plus importantes augmentations au cours des dernières années ? Quelle est la structure du réseau ? Quels enseignements doit-on tirer de ces informations ? Voilà autant de questions auxquelles vous trouverez réponse dans ce dossier thématique.

**AVANT QUE LE GOUVERNEMENT N’ENTREPRENNE CETTE ÉNIÈME RÉFLEXION VISANT À IDENTIFIER LES AVENUES PROPICES À LE RENDRE PLUS « PERFORMANT », IL CONVIENT DE PRÉSENTER LE RÉSEAU PUBLIC DE SANTÉ SOUS UN ÉCLAIRAGE NOUVEAU, DANS UNE PERSPECTIVE GLOBALE. UN EXERCICE QUI, NOUS SEMBLE-T-IL, N’A JAMAIS ÉTÉ RÉALISÉ JUSQU’À PRÉSENT.**

**À VOUS DE TIRER VOS PROPRES CONCLUSIONS...**

En gestation depuis bientôt trois ans à la FMSQ, le modèle de compilation des données que nous avons développé donne des résultats saisissants. Pour réaliser ce « puzzle », il aura d’abord fallu réunir et conserver ces informations depuis 2005-2006 – certaines depuis 2000-2001, les choisir, les trier, les séquencer, les agencer et les amalgamer. D’un strict point de vue méthodologique, le processus de sélection, de compilation et de saisie des données a été vérifié par une firme externe lors de la phase de développement de la matrice initiale. Enfin, cette dernière a été peaufinée pour pouvoir y consigner l’ensemble des données et en extraire les résultats qui vous sont présentés dans cette édition. Pour les fins de l’exercice, les nombres et les pourcentages ont été arrondis pour faciliter la lecture.

## \* Linguistique à l’imparfait

Chaque numéro, l’équipe du magazine *Le Spécialiste* s’efforce de vous présenter des textes qui sont exempts de toute forme de calques, d’anglicismes ou d’expressions fautives.

Dans la présente édition, l’occasion était trop belle pour ne pas utiliser un jeu de mots qui comportait une erreur linguistique évidente. Vous aurez compris que la « filière » ne réfère pas au classeur. Il s’agit d’un anglicisme évident, mais dans le cas du réseau du MSSS, remonter la filière peut aussi avoir plusieurs significations. La tentation était trop forte... Nous n’avons pu y résister et avons commis la faute, et ce, en toute connaissance de cause.

Faute avouée... pardonnée ?



## Les sources documentaires

Les données utilisées sont produites ou fournies par le MSSS. L'exercice qui est fait ici réfère à des données provenant de sources uniformes pour éviter tout biais possible. En d'autres mots, nous comparons des pommes avec des pommes et des oranges avec des oranges. Les données proviennent principalement de quatre sources :

- La base de données *Éco-Santé Québec 2009* pour les données sociodémographiques afférentes à chaque région sociosanitaire, pour certaines catégories de ressources humaines et pour les données et statistiques relatives aux lits dressés\* et aux places selon l'unité de service ;
- *Info-Sérhum*, le bulletin d'information sur les ressources humaines et institutionnelles publié chaque année par le Service du développement de l'information (SDI) du MSSS ;
- *Info-Contour*, le bulletin d'information présentant le contour financier des programmes services et des programmes soutien du MSSS, publié conjointement et chaque année par la Direction de l'allocation des ressources et le SDI ;
- Les rapports annuels de gestion produits par les agences de la santé et des services sociaux ; les rapports annuels de gestion produits par le MSSS, les organismes budgétaires ou autres que budgétaires placés sous la responsabilité de ce dernier.

En ce qui concerne le volet budgétaire global du réseau, les données proviennent exclusivement des budgets de dépenses du Secrétariat du Conseil du trésor – les crédits des ministères et organismes, adoptés annuellement par l'Assemblée nationale du Québec. Ceux-ci ont été compilés à partir de 2000-2001.

## Quelques précisions et notes méthodologiques

Les données produites et publiées par le MSSS sont toujours en décalage par rapport à l'année où elles sont publiées, qu'il s'agisse des rapports annuels ou des différents bulletins d'information. En fait, la mécanique fiscale gouvernementale fait en sorte qu'une année financière commence toujours en avril d'une année pour se terminer en mars de l'année suivante : deux années se chevauchent donc invariablement. Cette mécanique impose l'utilisation de deux années de référence au lieu d'une seule.

Les bilans ne s'effectuant qu'une fois l'année financière terminée, une publication parue en juin 2010 ne fera donc pas état des données de 2009 (l'année précédente), mais de celles de 2008.

En fonction de certains éléments que nous avons choisis d'analyser, les données utilisées sont celles de 2005-2006 à 2007-2008. Au moment de compiler les résultats, certaines données plus récentes n'avaient pas encore été publiées ou mises à jour par le MSSS pour l'année 2008-2009, notamment celles ayant trait à l'évolution de certaines catégories d'effectifs en régions. D'autres informations plus récentes sont utilisées lorsque jugées pertinentes.

Bien qu'une autre appellation qu'agence subsiste encore pour certaines des 18 régions sociosanitaires dont le Nord du Québec (Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James), le Nunavik (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James / Public Health Department of the Cree Health Board), de manière à alléger les textes et commentaires, le terme « agence » sera utilisé pour désigner toutes les instances régionales.

Les données relatives au nombre de personnes qui occupent des postes au sein du réseau correspondent au nombre défini par l'unité de mesure utilisée par le gouvernement, soit l'équivalent temps complet (ETC). Un ETC équivaut à 1 826,3 heures rémunérées sur une base annuelle. C'est l'unité de quantification des postes que nous avons utilisée. Il est à noter que le nombre de postes réels ne correspond pas au nombre d'ETC puisque l'on retrouve davantage de postes réels que de postes ETC (comme le démontrent les graphiques 18, 19 et 20).

Toutes les sources utilisées sont publiques et accessibles dans les sites Internet des organismes concernés. Toutes les sources et informations pertinentes ainsi que les liens peuvent être consultés sur le site Internet de la Fédération au : [www.fmsq.org](http://www.fmsq.org).

\*Voir lexicque p. 37

For which documents are available in English only...

Même le MSSS en perd son latin : ETP ou ETC? Les deux termes réfèrent à la même définition et sont utilisés indifféremment. On trouve donc une définition d'équivalent temps plein (ETP) dans le lexique du MSSS, mais dans ses sources d'information interne, on réfère toujours à l'acronyme ETC...

### Ce qu'ils ont dit...

« Comme dirait Capitaine Clarence Oueur :  
Y a-t-il un pilote dans l'avion ? »

– Dr Gaétan Barrette, président de la FMSQ



## Le Ministère et ses organismes

En 2009-2010, le Ministère comptait à lui seul 680 personnes, dont 67 cadres, 404 professionnels et 209 fonctionnaires répartis dans 88 directions.

Voir l'organigramme du MSSS reproduit en pages 24-25

De son côté, la Régie de l'assurance maladie du Québec comptait 1 128 personnes, dont 69 cadres, 460 professionnels et 599 fonctionnaires.

Neuf organismes budgétaires ou autres que budgétaires\* relèvent directement du MSSS. Il s'agit de :

- L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS)
- Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE)
- Le Conseil du médicament
- L'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
- La Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)
- La Corporation d'urgences-santé
- Héma-Québec
- L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)



Depuis 2006-2007, ces 9 organismes se sont vus attribuer des crédits cumulatifs de près de 43 milliards de dollars.

En 2008-2009, ces 9 organismes employaient 4 983 personnes. Il est à noter que la plupart des rapports annuels sont muets quant au nombre de cadres. Parmi ceux qui embauchent le plus de personnel, on retrouve au premier rang Héma-Québec (1 323 personnes), suivi de la Corporation d'urgences-santé (1 182 personnes) puis de la RAMQ (1 128 personnes). Ensemble, ces organismes cumulent quelque 158 unités de gestion\* et 24 instances-conseils\*. L'enveloppe budgétaire des 9 organismes se situe à hauteur de 9,8 milliards de dollars pour 2010-2011, une hausse de 39 % par rapport à 2006-2007.

Quelques observations factuelles. De tous ces organismes, avec 27 personnes à son emploi, l'AÉTMIS récolte la part du lion :

son budget a cru de 97 % en 5 ans, passant de 3,1 millions de dollars en 2006-2007 à 6,1 millions de dollars en 2010-2011. Le budget du Commissaire à la santé et au bien-être, qui emploie 14 personnes, a augmenté de 68 %, passant de 1,7 million à 2,9 millions de dollars. Par comparaison, le budget de la RAMQ a augmenté de 37 % au cours de la même période. Un autre élément d'intérêt à souligner : l'enveloppe de la Corporation d'hébergement du Québec a connu une diminution globale de 35 %.

Pourrait-on voir ici un lien avec la création de l'Agence des PPP ?

**EN RÉSUMÉ, LE MINISTÈRE MÊME, SES ORGANISMES-CONSEILS\* ET SES AGENCES (2 807 PERSONNES) EMPLOYAIENT 8 470 PERSONNES EN 2008-2009... SOIT L'ÉQUIVALENT DU NOMBRE DE MÉDECINS SPÉCIALISTES QUE L'ON RETROUVE AU QUÉBEC EN 2010.**



### Ce que gère ou chapeaute le MSSS

- 18 agences de la santé et des services sociaux (créées en décembre 2003 en remplacement des régies régionales) ;
- 95 centres de la santé et des services sociaux (créés en juin 2004 à la suite de la fusion des établissements) ;
- 304 établissements, dont 194 publics et 110 privés ;
- 1 748 installations ou lieux physiques (résultat de la subdivision des 304 établissements) ;
- 270 000 personnes, toutes professions confondues, soit 7 % de la population active du Québec.

\*Voir lexique p. 37

\*Voir lexique p. 37

\*Voir lexique p. 37

Confusion ou omission?! Selon les données publiées dans le rapport de gestion du MSSS, il y a 9 organismes budgétaires ou autres que budgétaires qui relèvent du MSSS.

Or, selon le site Internet du MSSS ([www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)), il faut ajouter 2 entités : le Bureau des projets du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du CHU Sainte-Justine ainsi que le Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.



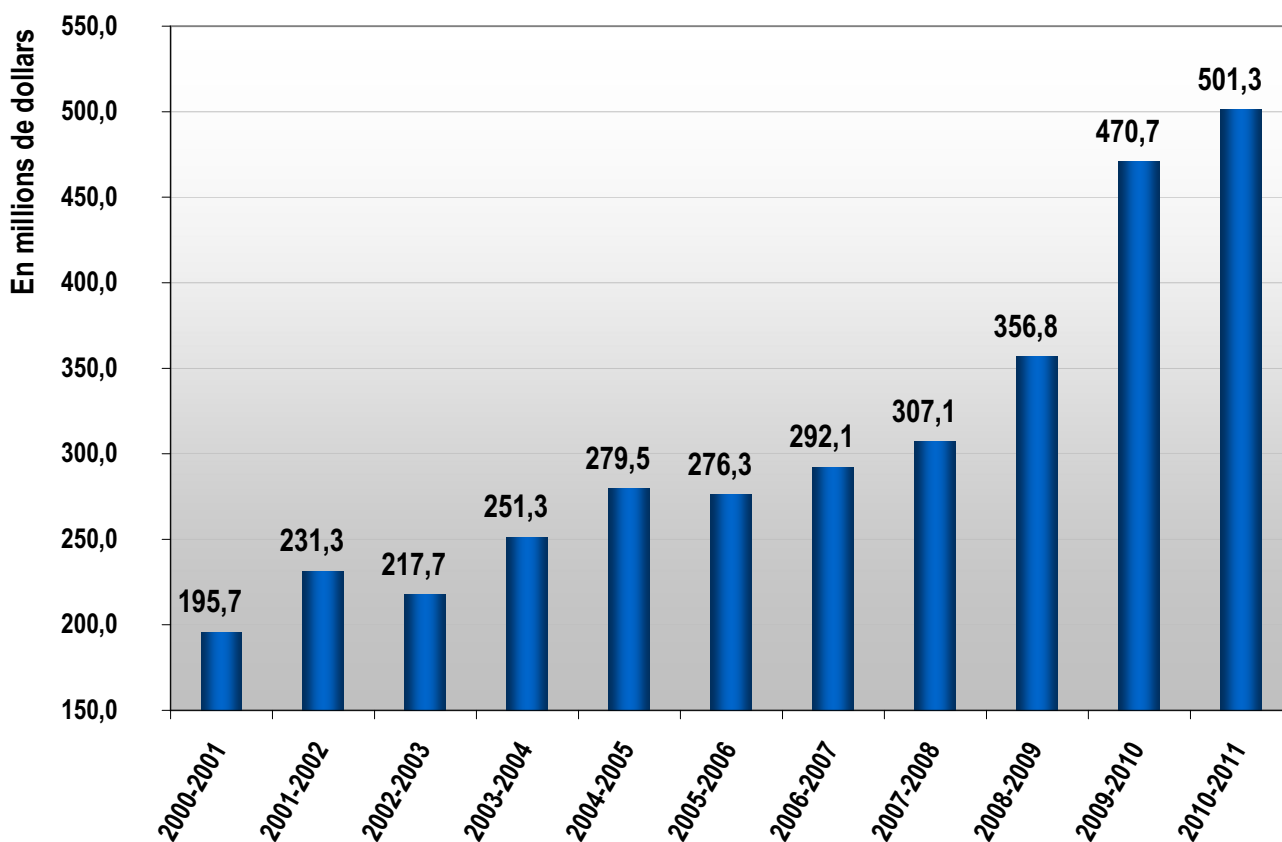


## L'évolution budgétaire du MSSS et de ses différents programmes

Une compilation des informations relatives aux programmes du MSSS, tirées du budget de dépenses (crédits) des ministères et organismes publié par le Secrétariat du Conseil du trésor, a permis de réaliser ce portrait de l'évolution budgétaire des programmes.

**Nos constatations :** L'enveloppe dédiée au Programme 1 « Fonctions nationales » a cru globalement de 156 %, passant de 195,7 millions de dollars en 2000-2001 à 501,3 millions de dollars en 2010-2011, avec une hausse significative entre 2008 et 2010. Ce programme sert principalement à défrayer les coûts afférents à la direction et à la gestion ministérielle, au financement des organismes-conseils et aux activités nationales (les activités nationales sont, entre autres, constituées des contributions gouvernementales au Fonds de l'assurance médicaments, du programme d'intervention pour l'hépatite C, des services hospitaliers hors Québec et des autres crédits de transfert).

Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 1, Fonctions nationales, total des programmes



### Ce qu'ils ont dit...

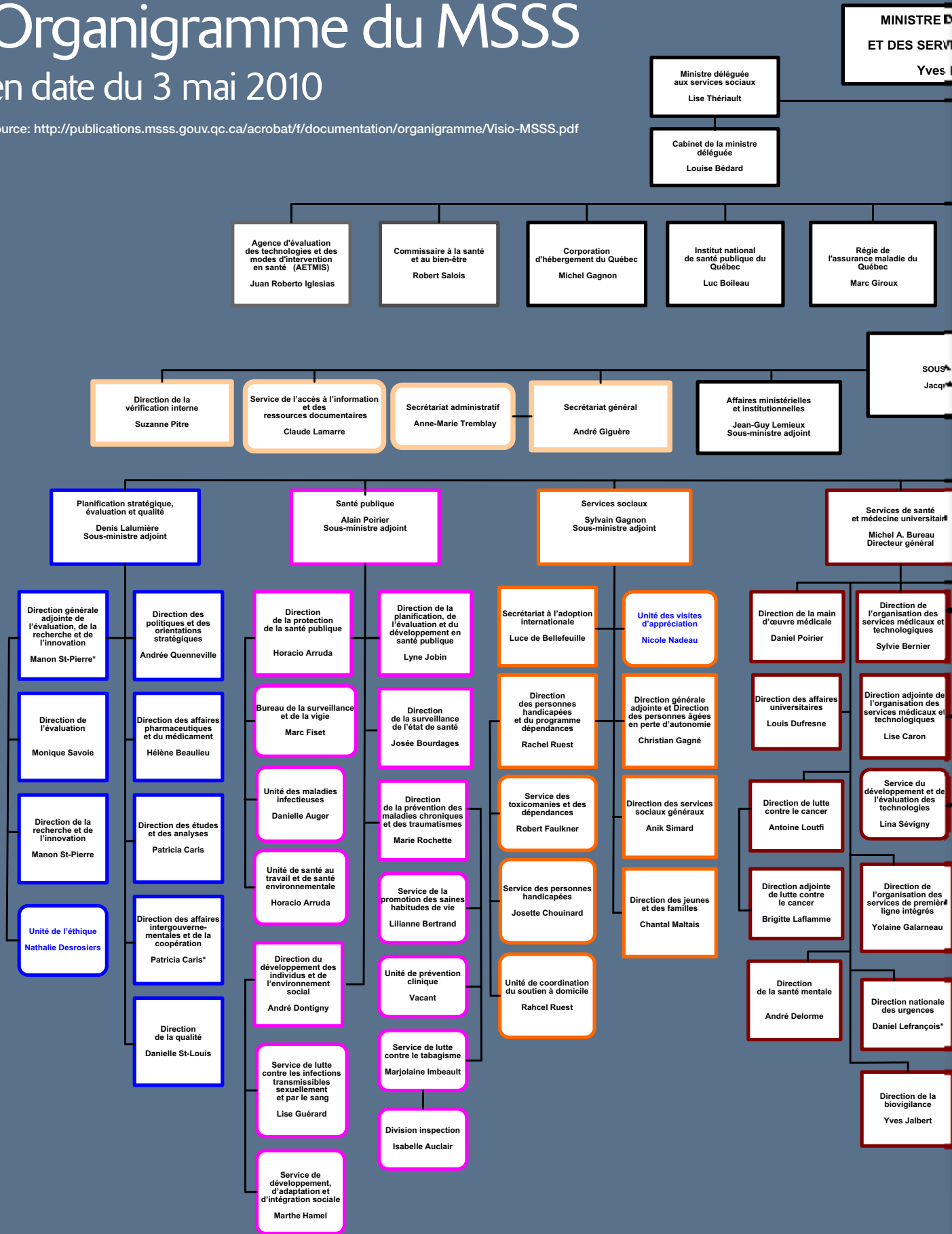
« C'est assez spectaculaire de voir l'état tentaculaire du ministère de la Santé. Si on avait voulu tout mettre les organigrammes qui existent au ministère de la Santé, il aurait fallu aller jusqu'au Salon rouge... »

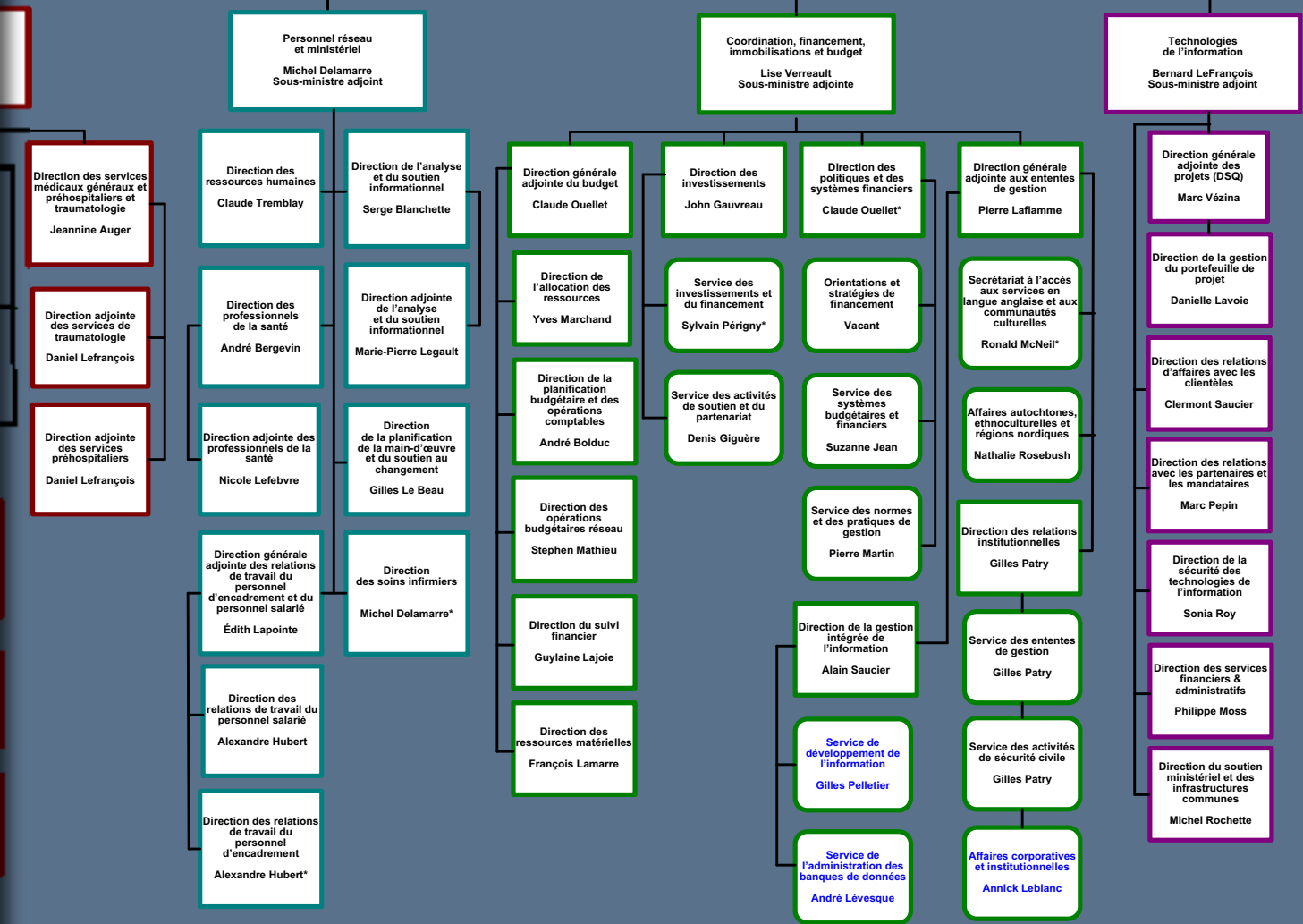
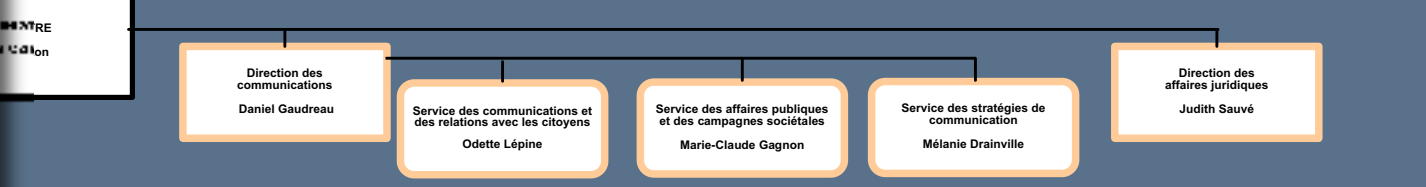
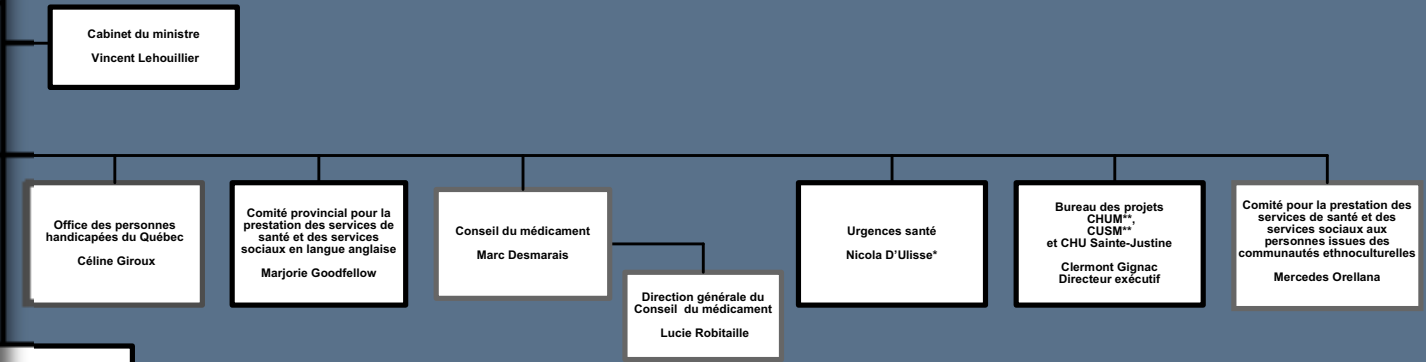
- Gérard Deltell, chef de l'Action démocratique du Québec

# Organigramme du MSSSS

en date du 3 mai 2010

Source: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/organigramme/Visio-MSSS.pdf>





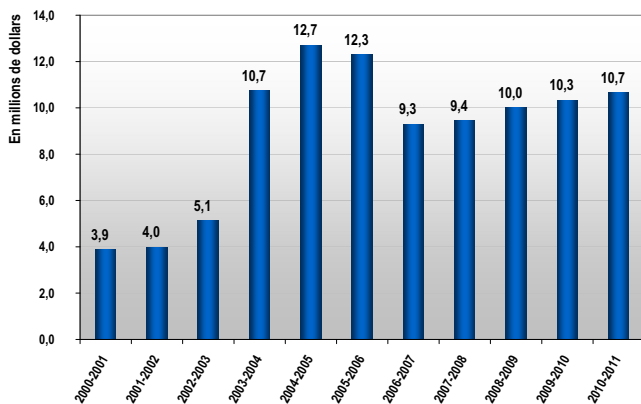
<b>DIRECTION</b>	<b>SERVICE</b>	<b>Situation de gestion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* par intérim</li> <li>* Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)</li> <li>* Centre universitaire de santé McGill (CUSM)</li> </ul>
------------------	----------------	-----------------------------	---



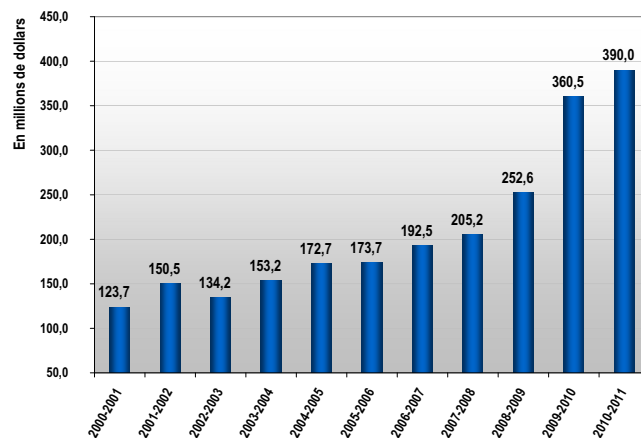
## 📁 L'évolution budgétaire du MSSS et de ses différents programmes (suite)

Lorsque ventilée, l'enveloppe dédiée au volet « Organismes-conseils » a augmenté de 174 %, passant de 3,9 millions à 10,7 millions de dollars avec une hausse significative entre 2003-2004 et 2005-2006 (graphique 2); celle dédiée au volet « Activités nationales » a fait un bond de 215 %, passant de 123,7 millions à 390,0 millions de dollars (graphique 3). Enfin, l'enveloppe dédiée au volet « Direction et gestion ministérielle » a cru de 48 %, passant de 68,1 à 100,6 millions de dollars au cours de cette période avec une pointe en 2004-2005 (graphique 4).

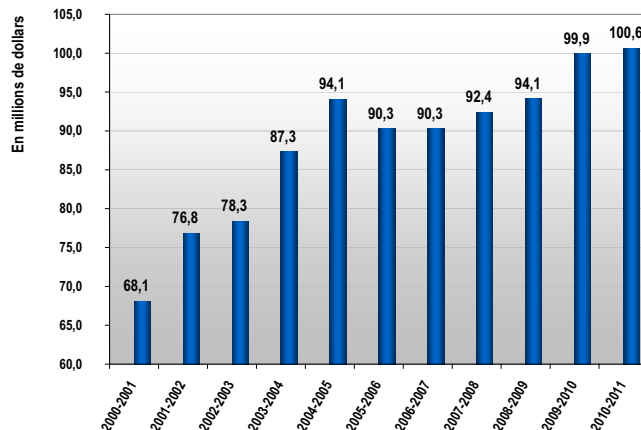
Graphique 2 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 1, Fonctions nationales, volet « Organismes-conseils »



Graphique 3 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 1, Fonctions nationales, volet « Activités nationales »



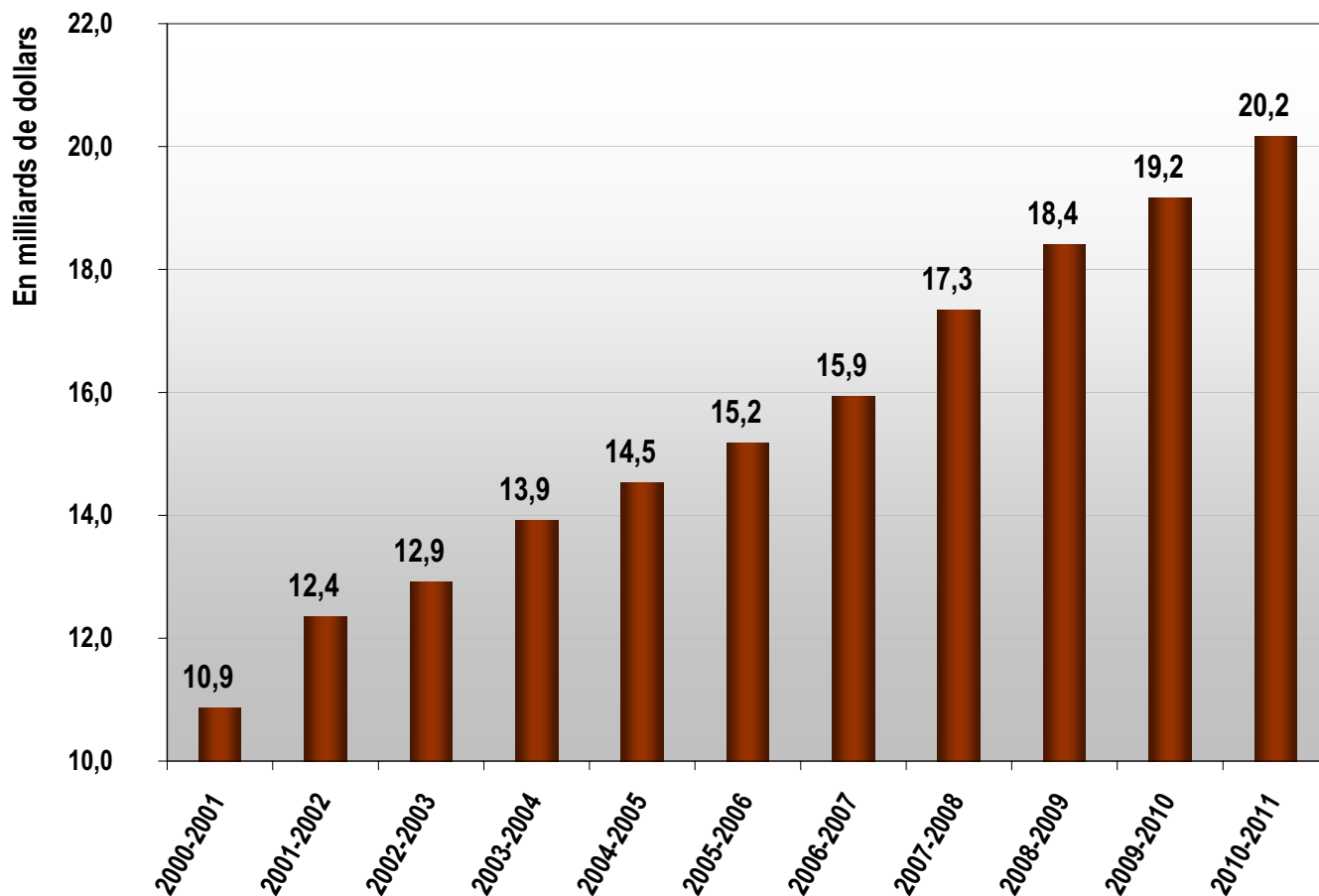
Graphique 4 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 1, Fonctions nationales, volet « Direction et gestion ministérielle »





Le budget dévolu au Programme 2 « Fonctions régionales » a globalement cru de 86 %, passant de 10,9 à 20,2 milliards de dollars. Le Programme 2 sert, entre autres, au financement des agences, des établissements privés et publics et des organismes communautaires, à la santé publique, au système de sang, au transport ambulancier et à défrayer les coûts d'achat pour les vaccins et les produits biologiques.

### Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 2, Fonctions régionales, total des programmes



#### Ce qu'ils ont dit...

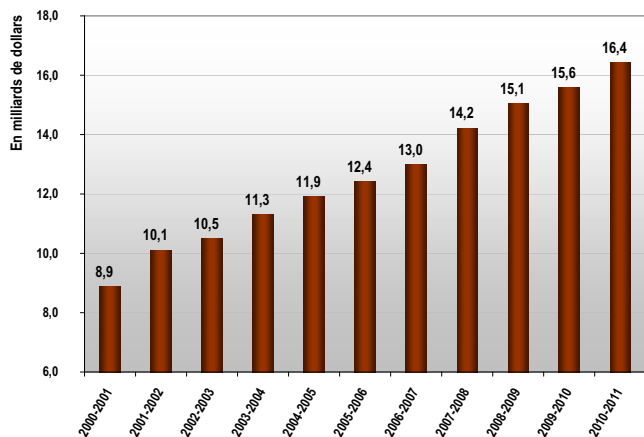
« Quand le gouvernement a décidé de regrouper les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux en une seule structure, qui s'appelle les CSSS, ils [les libéraux] nous avaient promis qu'il y aurait moins de bureaucratie. Or, les chiffres démontrent que, depuis 2002-2003, il y a une augmentation de 17 à 19 % du nombre de cadres dans le réseau de la santé. »

- Bernard Drainville, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé

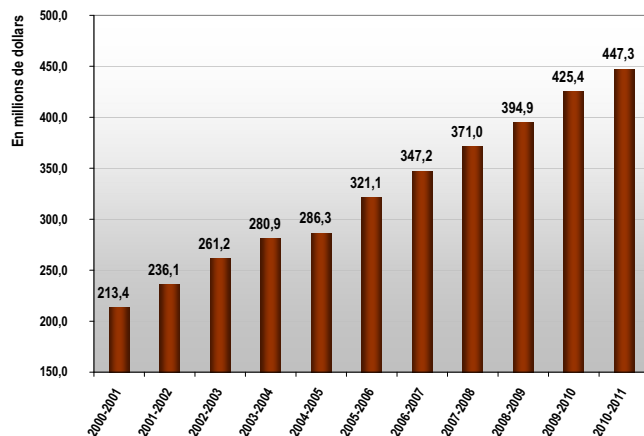


L'enveloppe dédiée au volet « Financement des établissements de santé et de services sociaux » a connu une croissance de 85 % au cours de cette période, passant de 8,9 à 16,4 milliards de dollars (graphique 6). L'enveloppe « Soutien aux organismes communautaires » a bondi de 110 %, passant de 213,4 à 447,3 millions de dollars (graphique 7). Le budget dédié aux « Activités connexes » a cru de 104 % allant de 1,2 à 2,4 milliards de dollars (graphique 8) et celui réservé au « Service de la dette » de 55 %, soit de 479,6 à 742,2 millions de dollars (graphique 9).

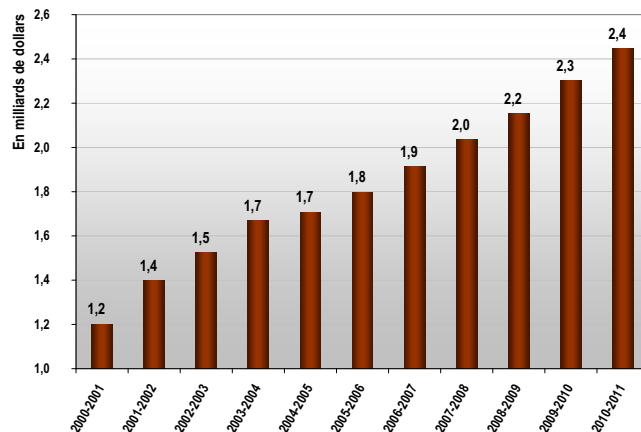
Graphique 6 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 2, Fonctions régionales, volet « Financement des établissements de santé et de services sociaux »



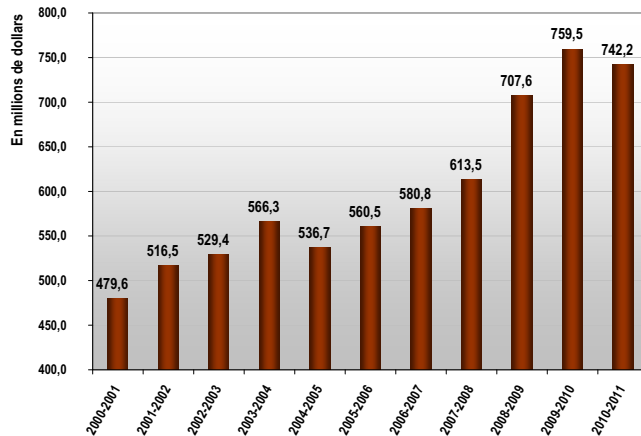
Graphique 7 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 2, Fonctions régionales, volet « Soutien aux organismes communautaires »



Graphique 8 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 2, Fonctions régionales, volet « Activités connexes »



Graphique 9 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 2, Fonctions régionales, volet « Service de la dette »

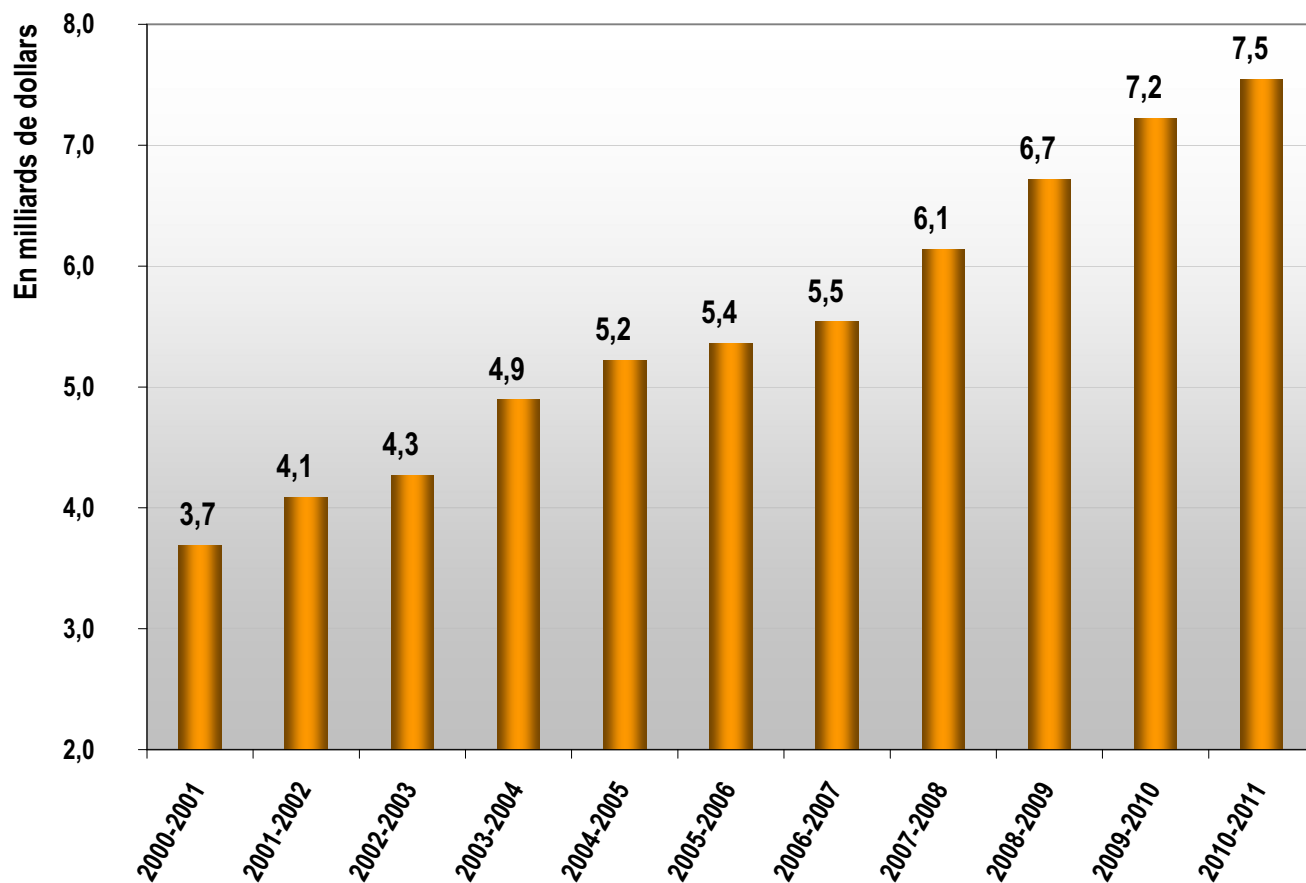


En dépit du fait qu'il représente 13,2 millions de dollars, nous avons choisi de ne pas nous attarder au Programme 3 « Office des personnes handicapées du Québec » pour deux raisons. D'abord, cette enveloppe a été amputée de son contenu en 2006-2007 et demeure à peu près similaire depuis – elle se situait alors à 11,7 millions de dollars, mais surtout parce que les sommes dédiées à l'aide aux personnes handicapées (transport, hébergement, soutien à la famille et maintien à domicile) sont noyées dans le dédale du Programme 2 sous la rubrique « Activités connexes ».



Le total des sommes allouées au financement du Programme 4 « Régie de l'assurance maladie » a augmenté de 104 % ; de 3,7 milliards de dollars en 2000-2001, l'enveloppe est passée à 7,5 milliards de dollars en 2010-2011.

Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 4, Régie de l'assurance maladie, total des programmes



Ce qu'ils ont dit...

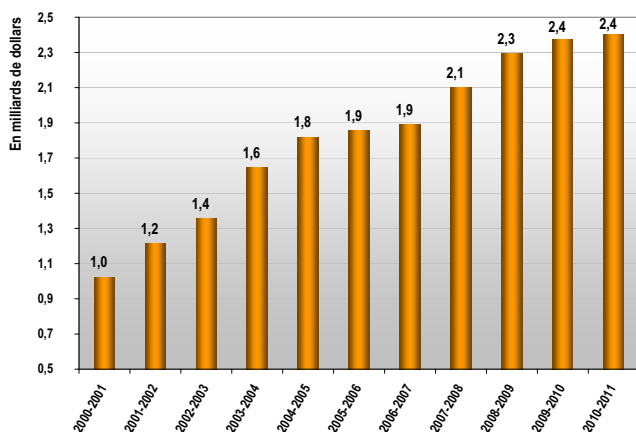
« On a des économies d'échelle à faire en gaspillant moins dans l'administration, la bureaucratie de nos hôpitaux, dans le recours au privé... »

- Amir Khadir, député de Mercier, Québec Solidaire



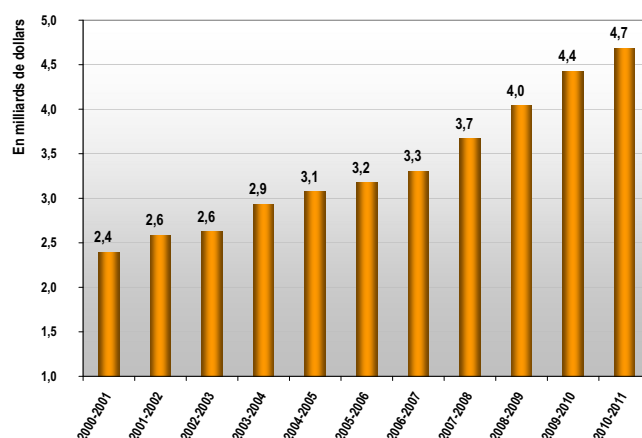
Le budget dédié au volet « Services pharmaceutiques et médicaments » est celui qui a connu la croissance la plus marquée à 135 %, passant de 1,0 à 2,4 milliards de dollars (graphique 11). Enfin, le budget dédié au volet « Administration et gestion des programmes » a cru de 74 %, passant de 60,6 à 105,3 millions de dollars au cours de la même période (graphique 12).

Graphique 11 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 4, Régie de l'assurance maladie, volet « Services pharmaceutiques et médicaments »

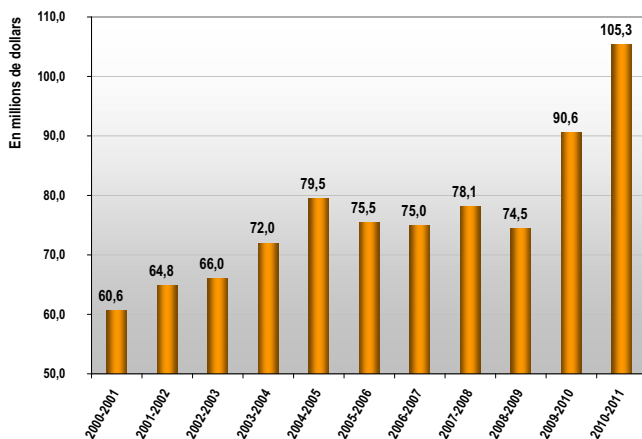


Le volet « Services médicaux » du Programme 4 a connu une croissance de 96 % entre 2000-2001 et 2010-2011, passant de 2,4 à 4,7 milliards de dollars (graphique 13). Contrairement au volet « Administration et gestion des programmes », qui connaît une croissance non négligeable de 74 %, cette enveloppe sert essentiellement à rémunérer celles et ceux qui donnent des soins à la population.

Graphique 13 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 4, Régie de l'assurance maladie, volet « Services médicaux »



Graphique 12 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, Programme 4, Régie de l'assurance maladie, volet « Administration et gestion des programmes »



Apportons quelques précisions concernant l'enveloppe dédiée au volet « Services médicaux ». D'abord, ce volet ne comprend ni les services dentaires, ni les services optométriques; ceux-ci constituent des postes budgétaires distincts. Cette enveloppe comprend l'ensemble des modes de rémunération de tous les médecins, incluant la médecine de laboratoire et la rémunération des médecins résidents dans le cadre de leur programme de formation.

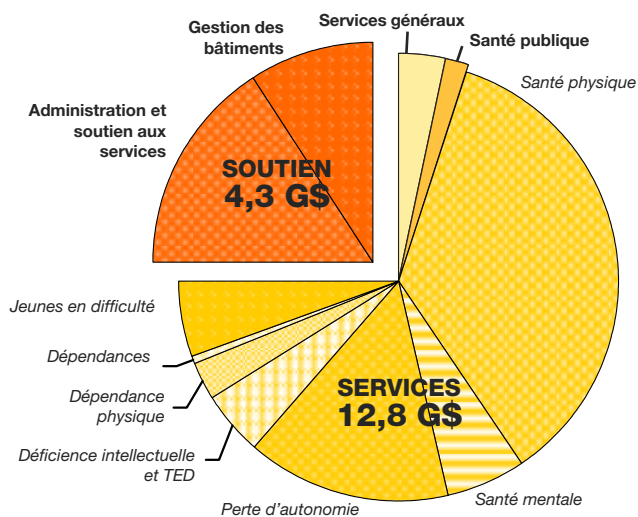
Entre 2000-2001 et 2008-2009, les effectifs médicaux ont augmenté globalement de 12,6 % au Québec ce qui, en corollaire, s'est traduit par une croissance naturelle de l'enveloppe allouée à la rémunération. À la suite de l'entente intervenue en 2006 entre les fédérations médicales (FMSQ et FMOQ) et le gouvernement, l'écart de rémunération entre les médecins du Québec et ceux du reste du Canada a commencé à être comblé. Enfin, d'un strict point de vue démographique, la population du Québec s'accroît et vieillit et l'espérance de vie augmente. Ces phénomènes combinés commandent davantage de soins, d'interventions et de suivis, ce qui se traduit par une augmentation du nombre d'actes médicaux et, *in extenso*, de l'enveloppe de rémunération des médecins.



## Répartition interne des 17 milliards de dollars dédiés exclusivement à la Santé

Une fois que les crédits budgétaires sont alloués, le Ministère procède à la répartition interne des sommes en fonction de ses priorités et de ses besoins. Selon les données publiées dans le bulletin *Info-Contour* (mars 2010), en 2008-2009, la Santé à elle seule disposait d'une enveloppe de 17,2 milliards de dollars. L'administration et le soutien aux services et la gestion des bâtiments accaparaient 25 % du budget global, soit 4,3 milliards de dollars. Les services généraux et la santé publique accaparaient ensemble 886 millions de dollars, soit 5 % du budget global. Enfin, le Ministère a identifié sept problématiques particulières auxquelles il a alloué près de 70 % du budget global, soit 11,9 milliards de dollars.

Détails de la répartition des sommes allouées aux programmes de services et de soutien :



### Services

Services généraux	597,3 millions de dollars
Santé publique	289,1 millions de dollars
Problématiques particulières	
<i>Santé physique</i>	6,1 milliards de dollars
<i>Santé mentale</i>	1,0 milliard de dollars
<i>Perte d'autonomie</i>	2,6 milliards de dollars
<i>Déficience intellectuelle et TED</i>	790,0 millions de dollars
<i>Dépendance physique</i>	481,6 millions de dollars
<i>Dépendances</i>	89,2 millions de dollars
<i>Jeunes en difficulté</i>	972,8 millions de dollars

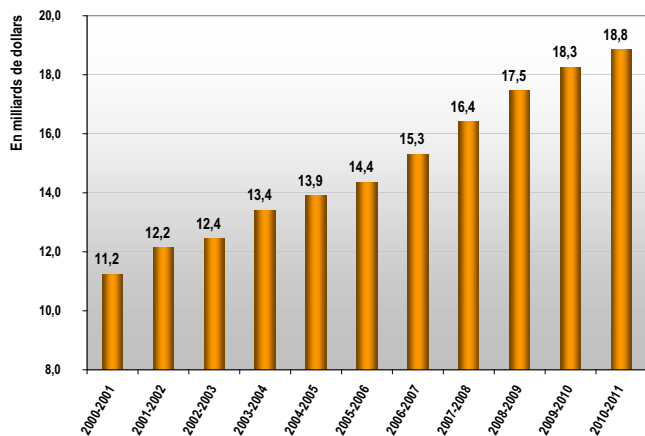
### Soutien

Administration et soutien aux services	2,7 milliards de dollars
Gestion des bâtiments	1,6 milliard de dollars

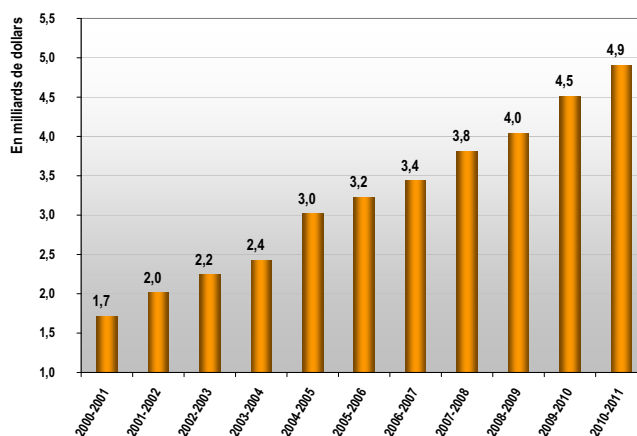
Dans le langage des crédits, une supercatégorie de dépenses consiste à présenter une même information budgétaire vue sous l'angle spécifique de la rémunération, du fonctionnement, des transferts, des immobilisations, des prêts et placements, et ce, incluant les effectifs en ETC. Or, lorsque l'on compare les dépenses effectuées vues sous l'angle des supercatégories, deux éléments ressortent en particulier.

L'enveloppe dédiée à la « Rémunération » a connu une croissance de 68 %. Elle était de 11,2 milliards de dollars en 2000-2001 pour se situer à près de 18,8 milliards de dollars en 2010-2011 (graphique 14). L'enveloppe liée au « Fonctionnement du réseau » (l'ensemble des dépenses autres que salariales) est en hausse de 186 %, passant de 1,7 à 4,9 milliards de dollars (graphique 15).

Graphique 14 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, par catégorie de dépenses, volet « Rémunération »



Graphique 15 : Évolution des dépenses du MSSS de 2000-2001 à 2010-2011, par catégorie de dépenses, volet « Fonctionnement du réseau »





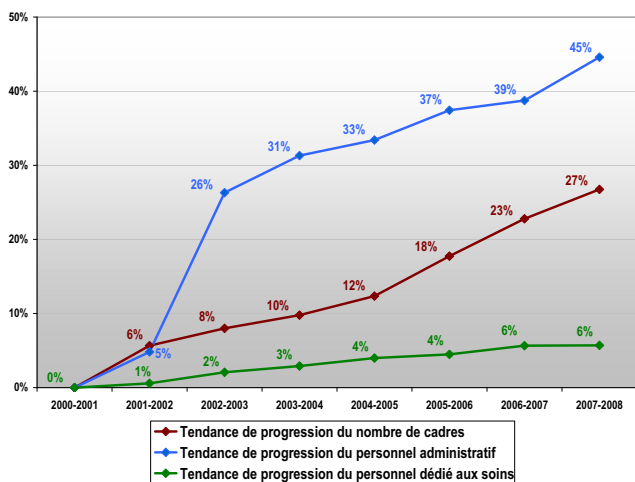
## Les effectifs du réseau

En consultant les différentes publications officielles relatives aux données portant sur les catégories de personnels, excluant les médecins, des variations importantes ont été constatées selon les sources.

En 2007-2008, l'ensemble du réseau, excluant les médecins, comptait 256 271 personnes. Quelque 8,9 milliards de dollars ont été versés en salaires et en avantages sociaux, dont 853 millions de dollars aux cadres, le salaire moyen de ces derniers atteignant 78 127 \$.

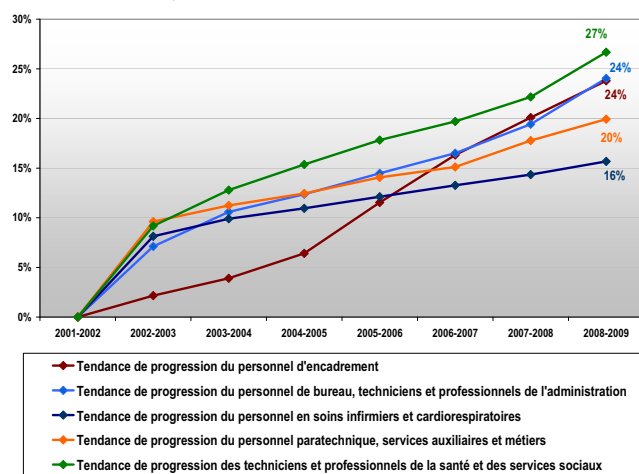
De 2000-2001 à 2007-2008, le nombre de cadres du réseau a augmenté de 27 %, passant de 8 670 à 11 328 ; le personnel dédié uniquement à l'administration a augmenté de 45 %, passant de 58 730 à 84 918. Enfin, le personnel dédié uniquement aux soins n'a augmenté que de 6 %, passant de 101 630 à 107 427 personnes (graphique 16).

Graphique 16 : Évolution du nombre de cadres, du personnel administratif et du personnel dédié aux soins de 2000-2001 à 2007-2008 pour l'ensemble du Québec



Du côté des établissements du réseau, voici les principaux faits saillants relatifs aux effectifs. Entre 2001-2002 et 2008-2009, 2 177 personnes se sont ajoutées au personnel d'encadrement, une catégorie en progression de près de 24 %. Quelque 6 126 personnes se sont ajoutées à la catégorie « personnel de bureau, techniciens ou professionnels de l'administration », une hausse de 24 %. On trouve 10 164 personnes de plus dans la catégorie « personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers », en hausse de 20 %. La catégorie « personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoire » a augmenté de près de 16 % avec un apport de 7 951 personnes. Finalement, quelque 9 235 personnes s'ajoutaient à la catégorie « techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux », en augmentation de près de 27 %. Nous traiterons spécifiquement des effectifs des agences dans la section qui leur est dédiée.

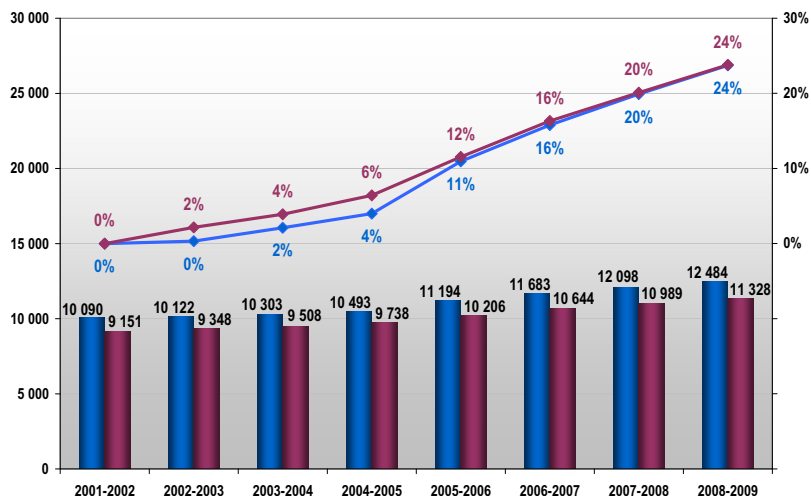
Graphique 17 : Progression des effectifs de l'ensemble des établissements de santé de toutes les régions du Québec de 2001-2002 à 2008-2009



### Ce qu'ils ont dit...

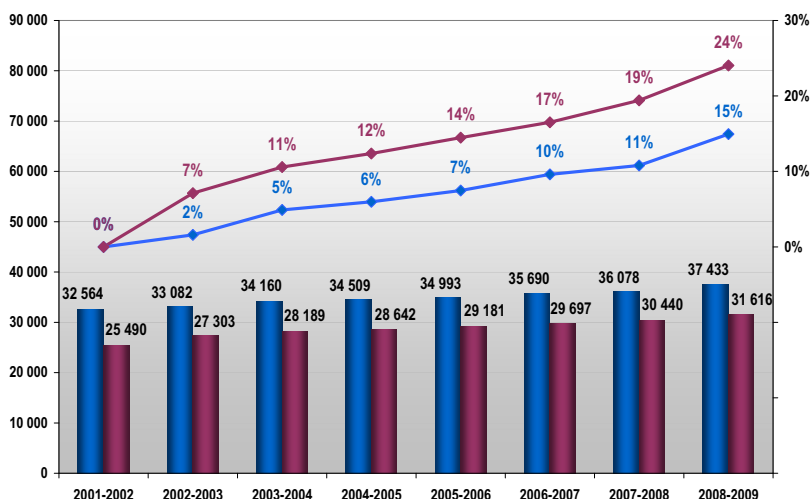
« Le MSSS compte 7 fois plus d'employés que le premier employeur privé du Québec, le Mouvement Desjardins. On mesure facilement la complexité inouïe de cette monstruosité. »

- Pierre Duhamel, chroniqueur économique, Canal Argent



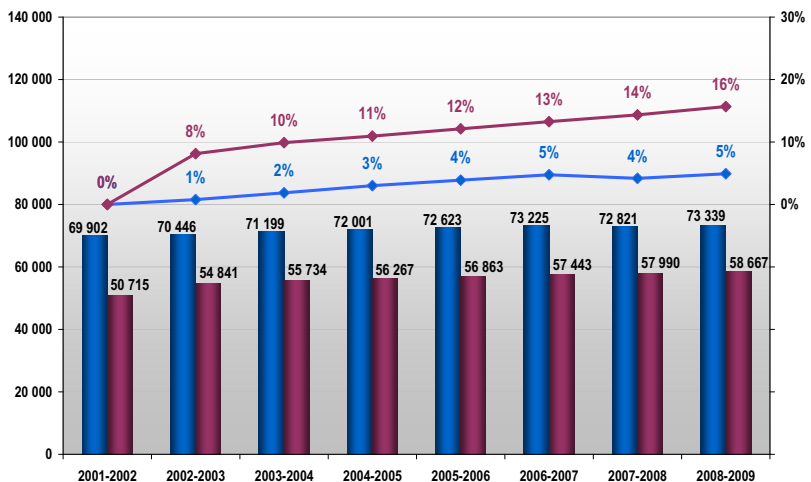
Graphique 18 : Comparaison entre le nombre de postes réels et le nombre de postes ETC du personnel d'encadrement pour l'ensemble des établissements des régions du Québec et leur évolution depuis 2001-2002

■ Nombre de postes  
 ■ Nombre d'emplois ETC  
 ◆ Tendance de progression du nombre de postes  
 ◆ Tendance de progression du nombre d'emplois ETC



Graphique 19 : Comparaison entre le nombre de postes réels et le nombre de postes ETC du personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration pour l'ensemble des établissements des régions du Québec et leur évolution depuis 2001-2002

■ Nombre de postes  
 ■ Nombre d'emplois ETC  
 ◆ Tendance de progression du nombre de postes  
 ◆ Tendance de progression du nombre d'emplois ETC



Graphique 20 : Comparaison entre le nombre de postes réels et le nombre de postes ETC du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoire pour l'ensemble des établissements des régions du Québec et l'évolution de ceux-ci depuis 2001-2002

■ Nombre de postes  
 ■ Nombre d'emplois ETC  
 ◆ Tendance de progression du nombre de postes  
 ◆ Tendance de progression du nombre d'emplois ETC

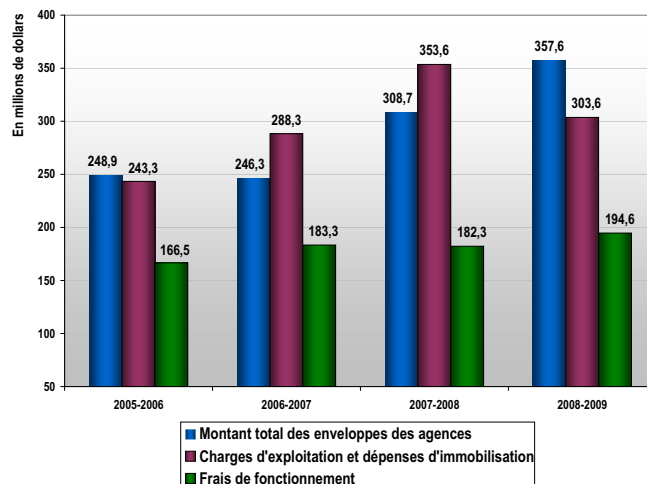


## Le portrait des agences

D'abord, un bref survol budgétaire réalisé en compilant les données fournies dans les différents rapports annuels produits par les agences depuis 2005-2006.

En 2008-2009, l'enveloppe des agences, qui sert essentiellement à payer les frais de fonctionnement, les charges d'exploitation et d'immobilisation et « certaines activités régionalisées » est en hausse de près de 44 % depuis 2005-2006, passant de 248,9 à 357,6 millions de dollars, et ce, en excluant les sommes dédiées aux établissements et aux organismes communautaires. La portion servant à défrayer les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisation est en hausse de 25 % depuis 2005-2006, passant de 243,3 à 303,6 millions de dollars. La portion du budget servant aux frais de fonctionnement, qui était de l'ordre de 166,5 millions de dollars en 2005-2006, se situe à 194,6 millions de dollars en 2008-2009, en hausse de 17 % (graphique 21).

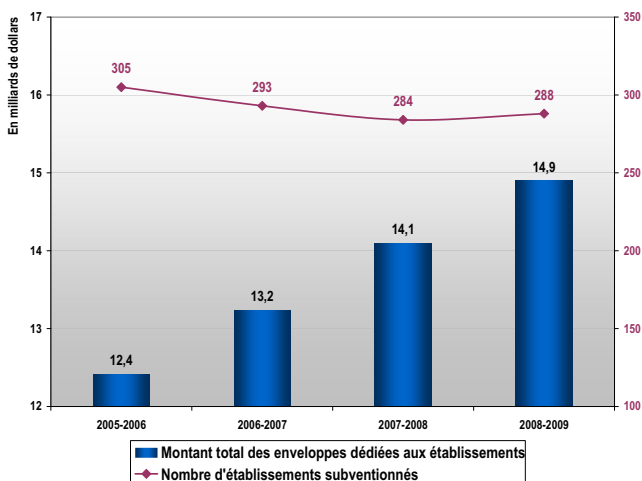
Graphique 21 : Évolution des charges d'exploitation, des dépenses d'immobilisation et des frais de fonctionnement des agences pour l'ensemble des régions



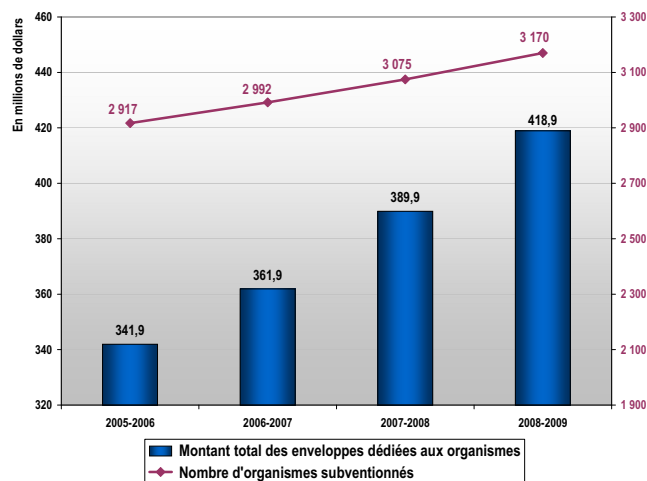
Le budget des agences comporte également les sommes dédiées aux établissements et aux organismes communautaires. Ces montants sont inclus dans l'enveloppe régionale signifiée à l'agence par le MSSS. De ce côté, l'enveloppe dédiée aux établissements était de 12,4 milliards de dollars en 2005-2006 pour 305 établissements. Elle se situe à 14,9 milliards de dollars en 2008-2009 pour 288 établissements, en progression de 20 % (graphique 22).

Entre 2005-2006 et 2008-2009, le nombre d'organismes communautaires a cru de manière constante, tout comme l'enveloppe dédiée à leur financement. En 2005-2006, le réseau comptait 2 917 organismes communautaires subventionnés. Quatre ans plus tard, on en comptait 253 de plus, soit 3 170, une augmentation de près de 9 %. Au cours de cette période, l'enveloppe dédiée au financement a cru de plus de 22 %, passant de 341,9 à 418,9 millions de dollars (graphique 23).

Graphique 22 : Évolution du nombre d'établissements subventionnés et de l'enveloppe budgétaire qui leur est dédiée pour l'ensemble des régions



Graphique 23 : Évolution du nombre d'organismes subventionnés et de l'enveloppe budgétaire qui leur est dédiée pour l'ensemble des régions

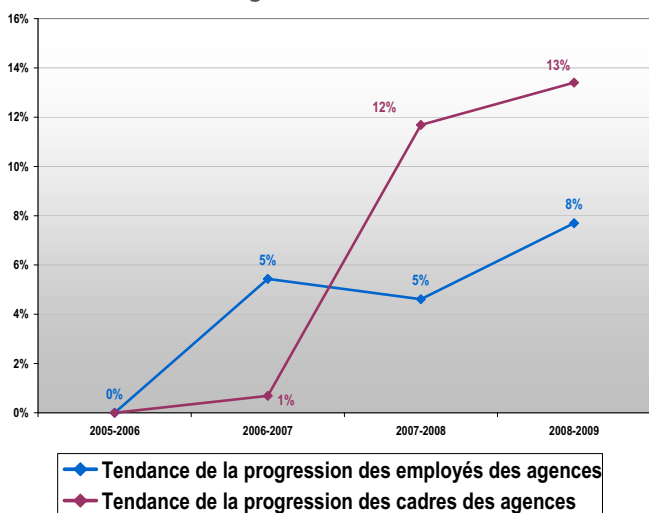




## Les effectifs des agences

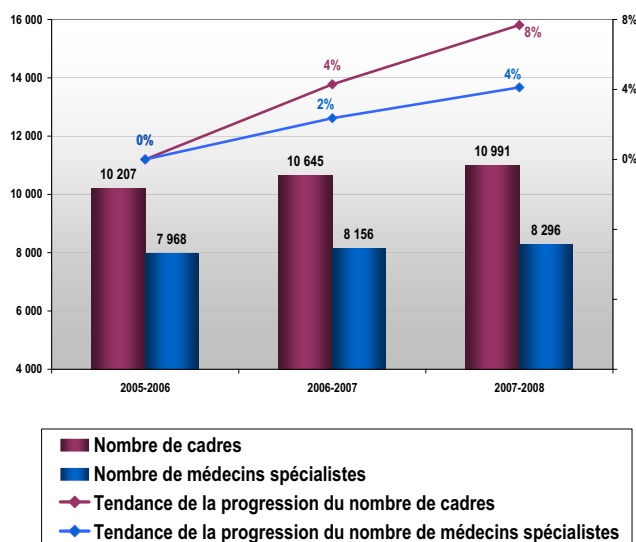
En 2008-2009, les agences avaient à leur emploi quelque 2 807 personnes comparativement à 2 551 en 2005-2006; une progression des effectifs de 10 %. Le nombre de cadres des agences est en hausse de 13 % depuis 2005-2006, passant de 291 à 330; une tendance similaire à celle que l'on observe dans l'ensemble du réseau (graphique 24).

Graphique 24 : Évolution des effectifs des agences pour l'ensemble des régions de 2005-2006 à 2008-2009



Afin d'illustrer l'ampleur du phénomène, nous avons comparé l'évolution du nombre de cadres à celle du nombre de médecins spécialistes pour l'ensemble des régions. En trois ans, le nombre de médecins spécialistes a augmenté de 4 % comparativement à 8 % pour le nombre de cadres (graphique 25).

Graphique 25 : Évolution comparée du nombre de médecins spécialistes et de cadres pour l'ensemble des régions de 2005-2006 à 2007-2008



Nous avons effectué un décompte de l'ensemble des unités administratives et des instances consultatives (par exemple, le Forum de la population, une instance consultative) à partir des organigrammes des agences contenus dans les rapports annuels. Ce décompte nous donne l'ampleur des ramifications de ces « mini-ministères régionaux ». En progression depuis 2005-2006, comme tout ce qui relève de l'administration, on dénombrait 199 unités de gestion et 146 instances différentes pour l'ensemble des agences.

Un mot sur l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM). En 2008-2009, en incluant les effectifs de la Direction de la prévention de la santé publique, l'ASSSM embauchait, au total, quelque 655 employés, dont 73 cadres, soit presque autant que le MSSS même. Son organigramme présentait quelque 30 unités de gestion différentes ainsi que 10 instances.

### Ce qu'ils ont dit...

« ... Oui il y a beaucoup de bureaucratie, mais on l'a coupée au cours des années. On est passé de plus de 1 000 établissements à 225... »

- Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux



## La desserte en soins et en services

Enfin, voici ce que nous révèlent les données d'Éco-Santé Québec 2009 en ce qui concerne la desserte et l'utilisation des services en 2007 pour les catégories de soins qui retiennent le plus souvent l'attention du grand public et des médias. Ces données, les plus récentes disponibles, sont celles pour l'ensemble du Québec.

### Soins généraux et spécialisés

15 709 lits dressés  
 83,6 % de taux d'occupation  
 732 007 usagers  
 4 795 636 journées d'hospitalisation  
 6,6 jours de séjour moyen des usagers

### De ce nombre, les soins physiques de courte durée comprennent :

14 724 lits dressés  
 83,5 % de taux d'occupation  
 721 447 usagers  
 4 487 695 journées d'hospitalisation  
 6,2 jours de séjour moyen des usagers

### Hébergement et soins de longue durée

40 652 lits dressés  
 98,1 % de taux d'occupation  
 69 765 usagers  
 14 552 085 journées d'hospitalisation  
 208,6 jours de séjour moyen des usagers



## Le jeu des ratios

Nous nous sommes amusés au jeu des ratios. Une simple opération mathématique qui consiste à diviser un ensemble de population par le nombre d'individus formant un sous-groupe donné. Aux fins de notre jeu, nous avons utilisé la population totale du Québec en 2007-2008, le nombre total de médecins spécialistes, le nombre total de médecins omnipraticiens, le nombre total de cadres du réseau, le nombre total de personnes uniquement dédiées aux soins et le nombre total d'employés administratifs. Voici des résultats qui en disent long...

En 2007-2008, au Québec, on retrouvait...

**1** médecin spécialiste pour **921** habitants  
 médecin omnipraticien pour **983** habitants  
 cadre du réseau de la santé pour **695** habitants  
 employé administratif du réseau de la santé pour **90** habitants  
 employé dédié aux soins pour **71** habitants



## Pour s'y retrouver dans le jargon administratif du MSSS

La terminologie utilisée ici vous rebute un peu? En préparant ce dossier, nous aussi nous sommes butés à l'herméticité du jargon administratif. Nous avons cherché des définitions ou explications pour faciliter la compréhension à la lecture de certains « concepts ». Lorsqu'aucune source d'information officielle n'est

indiquée, nous avons pris la liberté de tenter d'expliquer quelques termes en fonction de nos recherches d'informations.

### Instances

Les *instances* comprennent les différents comités (commission, table ou forum) qui gravitent et ont pour mission de conseiller les présidents-directeurs généraux ou les conseils d'administration des agences. À titre d'exemple, ont été classés et comptabilisés sous cette rubrique les éléments suivants : comité de vérification (finances), comité de vigilance et de la qualité (services), comité consultatif (pour préciser les enjeux stratégiques), commission infirmière régionale, commission multidisciplinaire régionale, département régional de médecine, comité régional sur les services pharmaceutiques, Forum de la population, table des chefs de département, etc. La teneur et le nombre de ces instances s'expriment différemment d'une agence à l'autre.



### Lits autorisés, au permis, dressés et gérés

Selon le MSSS, les *lits au permis* sont ceux qui ont été autorisés et qui apparaissent au permis d'exploitation de l'établissement. Un certain nombre de lits peuvent avoir été autorisés, sans toutefois apparaître actuellement au permis d'exploitation. Les *lits dressés* sont ceux qui sont dotés en personnel et prêts à recevoir un usager. Enfin, les *lits gérés* sont ceux pour lesquels le système régional d'hébergement peut effectuer des admissions.

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Nous avons demandé au MSSS plus de précisions sur ces définitions et voici la réponse obtenue : le vocable *lits dressés pour des soins généraux et spécialisés* (SGS) a été remplacé par le vocable *lits dressés pour des soins de santé physique et de gériatrie* (SSPG). Maintenant, le vocable SGS sert à désigner les lits **autorisés au permis** de l'établissement plutôt que les lits **dressés**, c'est-à-dire ceux, parmi les lits au permis, qui sont **dotés en personnel et prêts à recevoir un usager**.

Les *lits dressés pour des soins physiques de courte durée* (SPCD) sont un sous-ensemble des *lits dressés pour des soins de santé physique et de gériatrie*.

Le nombre de lits dressés SPCD est le résultat d'un calcul qui élimine, parmi les lits dressés SSPG, ceux qui ne montrent pas au moins 15 départs par année. Ce calcul est effectué dans le but d'éliminer les lits qui ne sont pas réellement des lits de soins de courte durée au sens de la durée de séjour du patient qui l'utilise.

Mieux, n'est-ce pas ?

### Organismes budgétaires ou autres que budgétaires

Sont considérées comme des *organismes budgétaires ou autres que budgétaires*, les personnes désignées ou nommées par le gouvernement ou par un ministre, avec le personnel qu'elles dirigent, dans le cadre des fonctions qui leur sont attribuées par la loi, le gouvernement ou le ministre et qui sont respectivement énumérées aux annexes 1 et 2.

Source : **Loi sur l'administration financière** (L.R.Q., chapitre A-6.001, chapitre 1, article 2) <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/>

### Organismes-conseils

La mission des *organismes-conseils* consiste à conseiller le ministre, à donner ou produire des avis, des études, des rapports, selon leurs compétences et sphères d'activité. Règle générale, le mandat, le rôle et la mission de ces organismes sont contenus dans leur loi constitutive.

### Structure budgétaire

La *structure budgétaire* actuelle, présentée dans le *Budget de dépenses* (autrefois nommé *Livre des crédits*) depuis 1996-1997, comprend maintenant trois paliers principaux, soit les missions, les portefeuilles et les programmes. Elle remplace l'ancienne structure à quatre paliers : missions, domaines, secteurs et programmes.

La structure compte maintenant six missions : Santé et Services sociaux, Soutien aux personnes et aux familles, Éducation et culture, Économie et environnement, Gouverne et justice, ainsi que Paiement de la dette. Le second palier de la structure, les portefeuilles, correspond aux différents ministères. Dans le cas de la mission Santé et Services sociaux, le portefeuille et la mission se confondent, car on n'y retrouve qu'un seul ministère, le MSSS. Quant aux programmes du MSSS, ils sont au nombre de quatre : Fonctions nationales, Fonctions régionales, OPHQ et RAMQ.

Source : **Secrétariat du Conseil du trésor**

### Unités de gestion

Les *unités de gestion* résultent de la teneur et de la composition des différentes activités administratives d'une agence. Règle générale, une unité de gestion est placée sous la responsabilité d'un cadre (directeur, directeur adjoint) et regroupe un certain nombre d'employés (techniciens, comptable, professionnels, adjoints administratifs, etc.). À titre d'exemple, ont été classés sous cette rubrique les éléments suivants : la direction générale, la direction des affaires médicales, la direction de la gestion des ressources, la direction des ressources informationnelles, la direction des communications, etc. La teneur et le nombre de ces unités de gestion varient d'une agence à l'autre, selon la taille de celle-ci.



# LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

Patricia Kéroack  
CONSEILLÈRE EN COMMUNICATION

**D<sup>r</sup> Guy Sauvageau**

## De l'infiniment grand à l'infiniment petit

**J**eune, Guy Sauvageau entretenait une véritable passion pour les dinosaures. Cette passion allait faire jaillir en lui l'idée de poursuivre ses études en médecine. D'abord fou de biologie et des sciences adjacentes, c'est le goût de comprendre le fonctionnement complet de « la machine » qui l'a guidé dans cette voie. Notre grand nom de la médecine réalise qu'un lien existe bel et bien entre les dinosaures et la médecine.

Pendant son parcours en médecine, il a du mal à s'imaginer en pratique générale active. Un stage de travail changera tout. Dès sa première année d'étude, grâce à l'obtention d'une bourse, il découvre ce qu'est de travailler en laboratoire. Cette expérience passionnante l'amène à poursuivre une maîtrise en immunovirologie, et ce, parallèlement au cursus médical. C'était bien avant l'implantation des programmes combinés de M.D.-Ph.D. C'est au laboratoire de recherche du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine que Guy Sauvageau passera toutes ses vacances et congés scolaires.

Devenu adepte du microscope au fil de ses stages, il démontre, lors de ses études médicales, le même intérêt pour son outil préféré et ses applications. Pendant ses stages cliniques en médecine interne, il découvre et approfondit sa compréhension du rôle des globules rouges et blancs ainsi que celui des cellules souches (CS). « Je trouvais fascinant qu'on puisse injecter des CS, tout comme on fait une transfusion sanguine, et, qu'en une ou deux semaines, les cellules injectées recréent la moelle et régénèrent le sang. En moins de deux semaines, le patient voyait sa moelle régénérée et pouvait retourner à la maison. C'était les premiers balbutiements de la transplantation de moelle. »

Aujourd'hui, les CS ont moins de secrets pour les chercheurs ; on connaît la méthode pour les isoler et les purifier avant de pouvoir les utiliser (chez l'humain, on pense que seulement une cellule sur environ cent mille est une cellule souche). Mais il reste beaucoup de chemin à parcourir. Dans les prochaines années, l'utilisation des CS permettra entre autres de réaliser davantage de greffes puisqu'on aura résolu divers problèmes que ce soit de compatibilité, de croissance ou de multiplication cellulaire. D<sup>r</sup> Sauvageau admet qu'une véritable course est lancée en recherche médicale pour mieux comprendre et développer l'utilisation des CS ; et il fait partie de ces chercheurs. Depuis qu'on sait que les CS se multiplient et peuvent régénérer d'autres cellules et tissus, les chercheurs veulent en maîtriser tant le mécanisme que les interactions. « Dans mes travaux, je tente de trouver le facteur responsable de la multiplication des CS. J'entrevois que d'ici peu de temps, on aura trouvé cette réponse. »

D<sup>r</sup> Sauvageau pense que les CS joueront sous peu un rôle pour la tolérance immune. Le chercheur voit déjà l'utilisation des CS pour éviter un rejet d'organe qui arrive souvent à moyen terme, même

si le greffé prend des immunosuppresseurs toute sa vie. « On pourra prélever de la moelle osseuse chez le donneur, multiplier les CS et ensuite la donner au receveur. Même avec une petite quantité de CS, on pourrait rendre tolérant l'organe qui a été transplanté. »



D<sup>r</sup> Guy Sauvageau

D<sup>r</sup> Sauvageau entrevoit beaucoup d'autres applications avec les CS. Comme on peut déjà les modifier génétiquement, on peut donc imaginer pouvoir un jour produire des produits sanguins *ex vivo* et cesser de toujours dépendre de donneurs. La recherche permettra également d'offrir des solutions à plusieurs maladies, dont les maladies auto-immunes.

S'il se dit fier du travail accompli jusqu'ici, D<sup>r</sup> Sauvageau voit l'immensité des travaux à poursuivre. Mais sa plus grande réussite est la création d'un centre de recherche même s'il dit n'être qu'un des fondateurs. Depuis plusieurs années, il voulait développer un lieu de mise en commun des activités de recherche en oncologie. Las de constater que les chercheurs travaillaient en silo, il voulait créer un espace où le travail collaboratif permettrait de découpler les applications de recherche et développement. Déterminé à créer ce centre, il réunira plusieurs spécialistes de renom et pourra convaincre l'Université de Montréal de chapeauter l'organisation. L'Institut de recherche en immunologie et en oncologie (IRIC) voit le jour officiellement en 2005 ; de 4 chercheurs, l'équipe compte aujourd'hui plus de 400 personnes. L'IRIC est devenu un centre équipé de la plus haute technologie disponible et offre des services spécialisés pour des équipes de recherche. L'IRIC a déjà quelques découvertes à son actif en plus de brevets et de prix de recherche.

Nommé directeur scientifique de l'IRIC lors de sa création, D<sup>r</sup> Sauvageau en assume aussi la direction générale depuis 2006. Pour lui, le travail ne fait que commencer : les possibilités de commercialisation de produits et de recherche fondamentale sont infinies. Convaincu que la recherche permettra d'éradiquer le cancer, « la bataille est de taille, il faut beaucoup de soldats et d'organisation et surtout, il faut investir aux bonnes places. Si les dernières années ont apporté beaucoup de développement, on doit arrimer les connaissances académiques avec le développement industriel. Les entreprises doivent aujourd'hui se fier aux travaux académiques des grands chercheurs ».

D<sup>r</sup> Sauvageau est aussi un grand amateur de plein air ; on peut le croiser le matin à vélo entre la maison, son bureau et l'hôpital. Pour lui, la médecine est et doit demeurer une passion. D<sup>r</sup> Sauvageau sait qu'il peut faire une différence et c'est, selon lui, vrai également pour tous les médecins spécialistes. « Il suffit de garder cette passion bien vivante. »





# DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Gilles Hudon, M.D.

DIRECTEUR DES POLITIQUES DE SANTÉ ET DE L'OFFICE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

## Le développement professionnel continu : au Québec et ailleurs

En février 2011, la Direction des études médicales du Collège des médecins du Québec visitera l'Office de développement professionnel et les 34 associations affiliées à la FMSQ pour une visite d'agrément en éducation médicale continue et développement professionnel continu (ÉMC/DPC). Pour cette visite quinquennale d'agrément d'une durée de 4 jours, chacune des associations disposera d'environ 45 minutes pour présenter aux médecins visiteurs ses réalisations des 5 dernières années en termes d'activités de développement professionnel continu.

La préparation de cette visite d'agrément par les associations s'étale sur plusieurs mois et permet de faire une synthèse, de réfléchir sur leurs succès et leurs échecs, de penser à une planification stratégique pour les cinq années à venir, le tout aboutissant à la rédaction d'un document de présentation qui sera exposé aux médecins visiteurs pour, en fin de compte, être discuté avec eux.

### Quelles activités rapporter ?

Les activités éducatives de groupes viennent immédiatement à l'esprit : congrès scientifiques annuels, colloques, symposiums, ateliers de toutes sortes ou week-end de mise à niveau à la suite d'un congrès effectué en pays étranger sont bien évidemment des activités valables. Mais pour une association professionnelle, le DPC est plus que cela et ne se limite pas à des activités académiques. Ainsi, la participation à la rédaction ou à la diffusion de lignes directrices ou de guides de pratique, l'établissement de critères de qualité pour des examens de laboratoire, l'établissement d'un nombre minimal d'interprétations d'examen à effectuer dans le cadre d'un programme de dépistage sont des interventions que nos associations professionnelles affiliées posent fréquemment, mais oublient trop souvent d'inclure dans le compte rendu de leurs activités de développement professionnel, alors que ce sont possiblement les interventions les plus valables en termes d'impacts sur l'amélioration de la qualité des soins aux patients. La finalité du développement professionnel continu est en effet l'amélioration continue de la qualité des soins aux patients, pas l'accumulation de crédits de formation.

Au cours des deux dernières décennies, la notion d'ÉMC, fondée essentiellement sur les connaissances ou le savoir de l'apprenant, a progressivement évolué vers la FMC (formation médicale continue), fondée sur le savoir-faire, pour enfin aboutir au DPC, englobant le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

Pour s'en convaincre, on n'a qu'à se rappeler la définition du DPC selon le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins : *Le développement professionnel continu consiste en toute démarche d'un médecin dans le but d'acquérir, de maintenir ou de parfaire ses connaissances, habiletés ou attitudes. Le développement professionnel continu consiste en une action individuelle ou collective, basée sur un besoin ou un intérêt, qui s'inscrit dans le cycle des apprentissages et qui vise à améliorer la qualité des soins offerts à la population.*

### La France va plus loin

Après neuf mois de débats parlementaires, la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) a été adoptée en France le 24 juin 2009. Cette loi comportait plusieurs points litigieux pour les médecins, mais a été plutôt bien accueillie au chapitre du DPC, dont le cadre d'application dépasse largement celui du Québec.

Selon la Loi HPST, *le développement professionnel continu (DPC) a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la*

**3<sup>e</sup> JFI**  
FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Journée de formation interdisciplinaire

**Palais des congrès de Montréal**

**LE VENDREDI 19 NOVEMBRE 2010**

Réservez cette date à votre agenda !

**Sogemec**  
ASSURANCES

groupe fonds des professionnels

# DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (SUITE)

sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La Loi HPST définit et rend obligatoire le DPC pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens et préparateurs en pharmacie, ainsi que pour les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens, etc. Toutes les professions de santé, 20 au total, sont concernées. Cette définition dépasse donc largement le domaine des connaissances et des activités académiques.

## Les obligations des médecins, les engagements de l'État

Par loi, l'État français impose aux médecins et détermine les modalités selon lesquelles les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu... Mais l'État prend également des engagements. Il crée un organisme gestionnaire du développement professionnel continu... qui enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires. L'État décrète que les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de DPC... Il demande à l'organisme gestionnaire du DPC d'assurer la gestion financière des actions de DPC et le charge de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés participant aux actions de DPC. Une contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au DPC est prévue par la loi. Enfin, il est prévu que l'organisme gestionnaire du DPC gèrera les sommes affectées au DPC pour l'ensemble des professions de la santé.

Ici, il est intéressant de voir que l'État français s'implique à deux niveaux dans le financement du DPC : le financement des activités elles-mêmes et l'indemnisation des médecins participant à ces activités. Cet engagement est en ligne avec les demandes de l'Union

européenne des médecins spécialistes qui exige depuis longtemps que, dans tous les pays où existe un système public de soins de santé, le financement du développement professionnel continu soit inclus dans la rémunération des médecins par financement de l'État. Ceci reflète les demandes de l'Office de développement professionnel de la FMSQ, à savoir que les frais de ressourcement pour les médecins spécialistes soient bonifiés, qu'ils soient accessibles à tous et à tous les jours de la semaine.

## Conclusion

Le DPC n'est pas une mode passagère. Il fait déjà partie et fera de plus en plus partie de nos vies professionnelles. En fin de compte, le résultat souhaité est l'amélioration continue de la qualité des soins aux patients et non les simples acquisitions de connaissances ou participations à des activités académiques, quoique ces dernières fassent intégralement partie du DPC. Le DPC tel que nous le connaissons au Québec et au Canada est de haut niveau, de loin préférable à ce qui se passe aux États-Unis d'Amérique, pays qui a plutôt opté pour des examens coercitifs et uniformes de recertification, ne tenant pas compte de la pratique surspécialisée de la majorité des médecins spécialistes après quelques années en exercice.

La visite d'agrément quinquennale est une bonne occasion de faire le point sur les activités professionnelles de nos associations, lesquelles ont, en général, été louangées lors de la visite d'évaluation en 2006. Il faut maintenant s'assurer de maintenir et même d'améliorer les conditions favorables au développement professionnel continu.

LS

## Références

On peut consulter la liste complète des références citées dans cet article à la page 49.

## DEUX FORMULAIRES, UNE SEULE ÉTAPE AVEZ-VOUS RENOUVELÉ VOTRE COTISATION ?

**Votre inscription et le paiement de votre cotisation doivent être reçus au Collège des médecins du Québec au plus tard le 30 juin 2010, à 17 h.\***

Le formulaire à remplir chaque année est maintenant scindé en deux parties. Les informations relatives au renouvellement de la cotisation ont été regroupées sur un formulaire (Avis de cotisation) alors que les questions ayant trait notamment aux activités professionnelles, à la cession de dossiers et aux déclarations légales ont été regroupées sur un deuxième formulaire (Déclaration annuelle).

**L'inscription en ligne : sécuritaire, rapide et facile**  
**Effectuez votre renouvellement en ligne et évitez ainsi tout retard : [www.cmq.org](http://www.cmq.org)**

**Renseignements : 514 933-4087 ou 1 888 633-3246**

\* Une pénalité de 250 \$ sera exigée pour tout défaut de paiement de votre cotisation dans les délais.





**Caroline Morel**  
Directrice, développement  
des affaires

## Comment désigner le bénéficiaire de votre assurance vie pour protéger vos proches ?

**La désignation d'un bénéficiaire prend toute son importance lors de l'adhésion à une assurance vie. Vous rappelez-vous avoir procédé à la nomination d'un bénéficiaire de vos polices d'assurance? Votre bénéficiaire est-il bien protégé et recevra-t-il la totalité de l'indemnité ?**

**M**alheureusement, plusieurs croient qu'il suffit de désigner le nom d'une personne à titre de bénéficiaire pour que celle-ci soit bien protégée. Mais la réalité est, croyez-le, bien différente. La nomination d'un bénéficiaire est complexe; il est donc important d'en comprendre le mécanisme légal.

### Patrimoine déficitaire : attention !

Supposons l'exemple suivant. Vous venez de faire votre testament et vous avez nommé votre conjoint comme légataire universel de la totalité de vos biens. De plus, afin d'assurer sa sécurité financière advenant votre décès prématuré, vous prévoyez le désigner à titre de bénéficiaire de votre assurance vie. À cette fin, vous inscrivez à titre de bénéficiaire sur vos polices : « mes héritiers ». Votre conjoint, étant seul héritier de vos biens, devrait donc recevoir la totalité de la prestation d'assurance au moment de votre décès. Mais est-ce vraiment le cas ?

Selon la loi, l'expression « héritiers » ou toute autre expression analogue telle que « succession », « ayants cause », « liquidateurs » ou « représentants légaux », employée lors de la désignation du bénéficiaire, n'équivaut pas à une véritable désignation de bénéficiaire. En d'autres mots, l'emploi de l'un de ces termes équivaut à laisser en blanc l'espace du formulaire réservé à la nomination du bénéficiaire. Par conséquent, à votre décès, le produit de l'assurance sera remis à votre succession avec, pour conséquence, une possibilité pour le liquidateur de celle-ci d'utiliser le montant reçu pour le paiement de vos créanciers. Si, à votre décès, votre patrimoine est déficitaire, votre conjoint pourrait ainsi se voir privé de la prestation d'assurance !

Si, au contraire, votre conjoint est clairement identifié comme bénéficiaire (en employant par exemple son nom) sur votre police, vous vous assurez que le produit de l'assurance ne fera pas partie du patrimoine de votre succession. Par conséquent, votre conjoint, qui est également héritier, pourra renoncer à une succession déficitaire et avoir néanmoins droit à la prestation qui sera alors à l'abri de toute saisie de la part de vos créanciers.

### Pour la protection de vos enfants mineurs

Toutefois, dans certaines circonstances, il peut être avantageux, pour la protection de vos héritiers, de ne pas procéder à la nomination d'un bénéficiaire. C'est le cas notamment lorsque



vous succession est solvable et que vous voulez avantager par testament vos enfants mineurs. En procédant ainsi, à votre décès, c'est le liquidateur ou les fiduciaires nommés dans votre testament qui administreront vos biens dont fait partie le produit de l'assurance, et ce, selon les pouvoirs que vous leur avez conférés. Vous pouvez ainsi, dans votre testament, prévoir la délivrance de vos biens à chacun de vos enfants lorsqu'ils auront atteint l'âge de 21 ou 25 ans, par exemple. Ce choix n'est pas possible si vous nommez vos enfants à titre de bénéficiaires de la prestation d'assurance. Dans ce dernier cas, vos enfants auront accès à la totalité de la prestation dès l'âge de 18 ans !

De plus, si vos enfants sont nés d'une union antérieure, le fait de ne pas procéder à la nomination d'un bénéficiaire vous permet de choisir la ou les personnes qui administreront le produit de votre assurance avant qu'il soit remis à vos enfants. Ainsi, vous vous assurez que cette somme d'argent importante échappe à l'administration par votre ex-conjoint, mère ou père de vos enfants.

### Consulter des experts

La notion de désignation de bénéficiaire est donc complexe. En parler à votre conseiller en sécurité financière ou à votre notaire est la meilleure chose à faire. Ces derniers sauront vous prodiguer des conseils judicieux et vous guider pour votre meilleure protection et celle de vos héritiers.



**Carole Carrière**  
Conseillère en sécurité financière

## Nouveaux membres de la FMSQ

# Souscrivez à un régime d'assurance sans preuve médicale

Vous venez de terminer votre résidence. **Félicitations!** Comme vous le savez, vos assurances prévues par l'Entente entre la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) prendront fin le 1<sup>er</sup> juillet prochain.

### Uniquement pour vous

À titre de nouveau médecin spécialiste, la FMSQ, par l'entremise de sa filiale, Sogemec Assurances, vous offre d'adhérer à ses programmes d'assurance vie, d'assurance invalidité et d'assurance frais de bureau, et ce, sans preuve médicale. Vous devez cependant souscrire **dans les 90 jours** suivant la fin de votre résidence.

#### MONTANTS SANS PREUVE MÉDICALE\*

Moins de 35 ans	3 000 \$	assurance invalidité
	3 000 \$	assurance frais de bureau
	100 000 \$	assurance vie

\* Pour les 35 ans et plus, communiquez avec nos conseillers pour connaître les montants admissibles sans preuve médicale.

### Protection adaptée à votre profession

Depuis plus de 30 ans déjà, la Fédération des médecins spécialistes du Québec travaille en étroite collaboration avec sa filiale, Sogemec Assurances, pour vous offrir les meilleurs produits d'assurances, de même que les protections les mieux adaptées à votre profession.

### Un seul courtier

Sogemec Assurances est le seul courtier à vous offrir les programmes d'assurances de la FMSQ qui comprennent également l'assurance médicaments, maladie, auto et habitation ainsi que les produits individuels de l'ensemble des compagnies d'assurances. Communiquez dès maintenant avec les conseillers de Sogemec Assurances. Nous connaissons vos besoins!

**Sogemec ASSURANCES** POUR TOUS VOS BESOINS D'ASSURANCES

Grâce au **SERVICE PRÉFÉRENCE**

**SOGEMEC ASSURANCES ÉVOLUE AVEC VOUS**

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

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



Pascal Lavigueur  
Conseiller aux membres  
et planificateur financier

En collaboration avec  
Nathalie B. Poisson, notaire

## Un tout nouveau service pour simplifier une étape difficile

**La mort d'un proche est une expérience éprouvante à tous les niveaux. Ajoutez à cela le fardeau de devoir régler la succession... Ceux qui l'ont vécu peuvent en témoigner : liquider une succession peut paraître simple à première vue, mais, selon les circonstances, cela s'avère souvent beaucoup plus compliqué à l'usage. C'est d'ailleurs un souci que la majorité des gens voudront éviter à leurs héritiers en prévoyant des mesures pour simplifier la tâche aux liquidateurs désignés.**

C'est dans cette optique que Groupe Fonds des professionnels (Le Groupe) offre maintenant à ses clients un nouveau service, l'**Assistance dans la liquidation d'une succession**. Dans le respect de la mission qui nous est confiée par nos actionnaires, ce service vous est offert selon des honoraires très avantageux.

### Une équipe à votre service

Le Groupe vous propose, entre autres, un service d'assistance au liquidateur qui pourrait vous être d'une grande utilité, que vous soyez nommé liquidateur d'une succession, ou que vous désiriez offrir une aide au liquidateur désigné par votre testament. C'est toute l'expertise d'une équipe multidisciplinaire qui sera mise à contribution pour aider votre famille à la suite de votre décès, ou pour vous aider après le décès de l'un de vos proches, lors du règlement de la succession.

En tant que liquidateur d'une succession, vous pourrez bénéficier de services d'assistance et, selon les étapes prévues et vos besoins, choisir ceux qui vous sont requis. Pour votre propre succession, vous pourrez prévoir un service d'assistance au liquidateur en signant un contrat de type « préarrangements successoraux » qui déterminera les différentes tâches pour lesquelles votre liquidateur pourra profiter de notre aide.

### Le rôle du liquidateur

Le rôle de liquidateur pourrait représenter un défi majeur pour vos proches et, sans doute, une tâche à ne pas assumer seul. De nombreuses responsabilités incombent au liquidateur qui, à défaut de remplir ses fonctions correctement, s'expose à des recours de la part des héritiers et/ou créanciers de la personne décédée.

À titre d'exemple, le Code civil du Québec prévoit que le liquidateur doit faire un inventaire des biens de la succession

et publier un avis de clôture d'inventaire dans un journal et au Registre des droits personnels et réels mobiliers. En l'absence d'inventaire, les héritiers seront responsables des dettes de la succession au-delà de la valeur des biens conférés par cette succession. Si le liquidateur décide d'omettre l'inventaire, il doit en obtenir la dispense par un consentement unanime de tous les héritiers. Le liquidateur qui néglige de dresser cet inventaire pourrait encourir le blâme des héritiers dans le cas où, des années après le décès, une réclamation légalement valable serait retenue contre la succession, obligeant alors tous les héritiers à déboursier le montant total de cette réclamation à même leurs actifs personnels.

La prudence est de rigueur avant d'entreprendre les procédures reliées à une liquidation successorale, car des gestes posés peuvent entraîner une acceptation tacite de la succession avec, pour conséquence, l'engagement de la responsabilité des héritiers envers les dettes de la personne décédée.

### Un soutien professionnel

Le liquidateur doit bien connaître les obligations et responsabilités rattachées à sa tâche : le service d'assistance au liquidateur de Groupe Fonds des professionnels lui permet de s'adjoindre une équipe multidisciplinaire qui l'informerait et le guidera tout au long du processus de règlement successoral. Cette assistance est bénéfique pour le liquidateur, mais protège également les héritiers.

Notre nouveau service d'**Assistance dans la liquidation d'une succession** vous assure la tranquillité d'esprit puisqu'une personne impartiale, loyale et respectueuse assistera votre liquidateur, ou vous assistera vous-même, si vous êtes nommé liquidateur, et ce, à des coûts très compétitifs.

N'hésitez pas à communiquer avec votre conseiller aux membres pour obtenir de plus amples renseignements sur ce service.



**LIPITOR**<sup>MD</sup>  
atorvastatine calcique  
comprimés



## RÉSUMÉ DES RENSEIGNEMENTS POSOLOGIQUES



## CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS

**CLASSE THÉRAPEUTIQUE :** Régulateur du métabolisme des lipides

### INDICATIONS ET USAGE CLINIQUE

#### Hypercholestérolémie

LIPITOR<sup>MD</sup> (atorvastatine calcique) est indiqué comme adjuvant aux changements du mode de vie, y compris l'adoption d'une diète, pour réduire les taux trop élevés de CT, de C-LDL, de triglycérides et d'apolipoprotéine B (apo B) dans les cas d'hyperlipidémie et de dyslipidémie, lorsque la réponse au régime alimentaire et à d'autres interventions non médicamenteuses n'est pas satisfaisante. En présence d'hypercholestérolémie familiale homozygote, LIPITOR devrait être utilisé comme adjuvant à des traitements tels que l'aphérese des LDL, ou en monothérapie si on ne peut avoir recours à ce type de traitement; comme adjuvant à une diète, afin de réduire les taux de CT, de C-LDL et d'apolipoprotéine B chez les garçons et les filles (après l'apparition des premières règles) de 10 à 17 ans atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote si, après l'essai d'une diète, le taux de C-LDL demeure :

- a.  $\geq 4,9$  mmol/L (190 mg/dL); ou
- b.  $\geq 4,1$  mmol/L (160 mg/dL) en présence de l'un ou l'autre des éléments suivants :
  - antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce;
  - au moins deux autres facteurs de risque cardiovasculaire chez l'enfant.

LIPITOR fait aussi augmenter le taux de cholestérol HDL et, ce faisant, diminue les rapports C-LDL/C-HDL et CT/C-HDL chez les patients atteints d'hypercholestérolémie primitive ou d'hyperlipidémie combinée (mixte). Selon les données compilées à partir de 24 essais cliniques comparatifs, LIPITOR a fait augmenter le taux de C-HDL de 5 à 7 % chez des patients atteints d'hypercholestérolémie primitive et de 10 à 15 % chez des patients atteints de dyslipidémie combinée.

#### Prévention de la maladie cardiovasculaire

- LIPITOR est indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde chez l'adulte hypertendu n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant au moins 3 autres facteurs de risque coronarien, notamment : âge égal ou supérieur à 55 ans, sexe masculin, tabagisme, diabète de type 2, hypertrophie ventriculaire gauche, certaines anomalies de l'ECG, microalbuminurie ou protéinurie, rapport CT/C-HDL égal ou supérieur à 6 et antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce.
- LIPITOR est aussi indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (AVC) chez l'adulte atteint de diabète de type 2 et d'hypertension n'accusant aucun signe clinique de maladie coronarienne, mais présentant d'autres facteurs de risque, notamment : âge égal ou supérieur à 55 ans, rétinopathie, albuminurie ou tabagisme.
- LIPITOR est indiqué pour réduire le risque d'infarctus du myocarde chez les patients présentant des signes cliniques de maladie coronarienne.

#### CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité à un des composants du produit (*pour connaître la liste complète des ingrédients, voir la monographie*). Hépatopathie évolutive ou élévations persistantes inexplicables du taux sérique de transaminases dépassant 3 fois la limite supérieure de la normale.

L'utilisation de LIPITOR au cours de la grossesse n'a pas été documentée. LIPITOR ne devrait être administré aux femmes en âge de procréer que si les probabilités de conception sont extrêmement faibles et après qu'on ait informé ces femmes des risques du traitement. Si une patiente tombe enceinte pendant le traitement par LIPITOR, il faut cesser l'administration du médicament et avertir la patiente des risques auxquels le fœtus est exposé.

Chez la rate, les concentrations d'atorvastatine dans le lait sont comparables à celles du produit dans le plasma. On ignore si le produit est excrété dans le lait chez la femme. Étant donné le risque d'effets indésirables chez le nouveau-né, les femmes qui prennent LIPITOR ne doivent pas allaiter.



## RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INNOCUITÉ

### MISES EN GARDE

**Effets musculaires :** De très rares cas de rhabdomyolyse associée à une insuffisance rénale aiguë consécutive à une myoglobinurie ont été signalés en rapport avec LIPITOR et d'autres inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase.

**Effets hépatiques :** Si l'augmentation des taux d'alanine aminotransférase (ALAT) ou d'aspartate aminotransférase (ASAT) montre des signes de progression, notamment en cas d'augmentation persistante à plus de 3 fois la limite supérieure de la normale, il faut réduire la dose de médicament ou cesser le traitement. À l'instar d'autres inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, LIPITOR doit être utilisé avec précaution chez les patients qui consomment de l'alcool en quantités substantielles et/ou qui ont des antécédents de maladie du foie. La fonction hépatique doit être évaluée avant l'amorce du traitement et à intervalles réguliers par la suite.

### PRÉCAUTIONS

Avant d'instaurer un traitement par LIPITOR, il faut essayer de maîtriser l'hyperlipoprotéïnémie à l'aide d'un régime alimentaire approprié, d'exercice physique et d'une réduction pondérale chez les patients qui ont un excès de poids, et de traiter, s'il y a lieu, les autres troubles médicaux sous-jacents.

La prudence est de mise chez les patients atteints d'hypercholestérolémie grave qui présentent aussi une insuffisance rénale grave, qui sont âgés ou qui suivent un traitement concomitant par la digoxine ou des inhibiteurs de la CYP 3A4.

Utilisation chez la femme enceinte : LIPITOR est contre-indiqué au cours de la grossesse.

Pour obtenir de l'information additionnelle sur les mises en garde et les précautions, consulter la rubrique Renseignements supplémentaires sur le produit.

### EFFETS INDÉSIRABLES

LIPITOR est généralement bien toléré. Les effets indésirables ont habituellement été légers et transitoires. Au cours des études cliniques comparatives (avec placebo et avec d'autres hypolipémiants) menées

auprès de 2 502 patients, le traitement a dû être interrompu chez moins de 2 % des patients en raison d'effets indésirables attribuables à LIPITOR. Sur ces 2 502 patients, 1 721 ont été traités pendant au moins 6 mois, et 1 253, pendant 1 an ou plus.

Les effets indésirables qui sont survenus à une fréquence supérieure ou égale à 1 % chez les participants aux études cliniques sur LIPITOR comparatives avec placebo et dont le lien avec le traitement était possible, probable ou certain sont les suivants : constipation, diarrhée, dyspepsie, flatulence, nausée, céphalées, douleurs, myalgie et asthénie.

Pour déclarer un effet indésirable, composer le 1-866-234-2345.



## ADMINISTRATION

### POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

**Hypercholestérolémie primitive et dyslipidémie combinée (mixte), y compris l'hyperlipidémie familiale combinée :** La dose initiale recommandée de LIPITOR est de 10 ou de 20 mg, 1 fois par jour, selon la réduction du taux de C-LDL que l'on souhaite obtenir. Chez les patients ayant besoin d'une forte réduction du taux de C-LDL (supérieure à 45 %), le traitement peut être amorcé à la dose de 40 mg, 1 fois par jour. La dose maximale est de 80 mg par jour.

**Dyslipidémies graves :** Il peut être nécessaire d'administrer LIPITOR à des doses plus élevées (jusqu'à 80 mg/jour).

**Hypercholestérolémie familiale hétérozygote chez les enfants (de 10 à 17 ans) :** La posologie initiale recommandée de LIPITOR est de 10 mg par jour, et la posologie maximale recommandée est de 20 mg par jour.

**Prévention de la maladie cardiovasculaire :** Pour la prévention secondaire de l'infarctus du myocarde, la posologie optimale va de 10 à 80 mg d'atorvastatine, 1 f.p.j.



## RÉFÉRENCE DE L'ÉTUDE

1. Friedewald WT et al. *Clin Chem* 1972;18(6):489-502.

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE PRODUIT

### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

*Veillez consulter la monographie de LIPITOR pour connaître les mises en garde relatives aux aspects suivants :* interactions pharmacocinétiques; effets musculaires (particulièrement myalgie, myopathie et, dans de très rares cas, rhabdomyolyse); augmentation des taux sériques de transaminases; augmentation des taux de Lp(a); augmentation de la concentration plasmatique d'atorvastatine chez les patients hypercholestérolémiques traités aux doses élevées; dysfonctionnement endocrinien; effets hépatiques (y compris l'administration aux patients dont la fonction hépatique peut être compromise); administration aux patients ayant des antécédents d'insuffisance rénale; syndrome d'hypersensibilité.

### POPULATIONS PARTICULIÈRES

**Utilisation chez l'enfant :** On a évalué l'innocuité et l'efficacité de LIPITOR chez des patients de 10 à 17 ans (n = 140) atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote dans le cadre d'un essai comparatif de 6 mois mené auprès de garçons adolescents et de filles ayant déjà eu leurs premières règles. Dans l'ensemble, les marges d'innocuité et de tolérabilité observées étaient semblables dans le groupe traité par LIPITOR et dans le groupe placebo. Les doses supérieures à 20 mg n'ont pas été étudiées chez cette population de patients.

LIPITOR n'a eu aucun effet sur la croissance et la maturation sexuelle des garçons ou des filles. Les effets du médicament sur le cycle menstruel n'ont pas été évalués.

Il importe de recommander une méthode contraceptive efficace aux adolescentes qui prennent LIPITOR.

On a évalué pendant 1 an le traitement par LIPITOR, à une posologie allant jusqu'à 80 mg/jour, auprès de 8 enfants atteints d'hypercholestérolémie familiale homozygote.

L'innocuité et l'efficacité de LIPITOR chez l'enfant n'ont pas été déterminées en contexte de prévention de l'infarctus du myocarde.

**Utilisation chez la personne âgée :** D'après les données cliniques accumulées auprès d'adultes âgés de 70 ans ou plus (n = 221) avec des doses de LIPITOR pouvant atteindre 80 mg par jour, l'innocuité et l'efficacité de l'atorvastatine chez cette population seraient comparables à celles observées chez les patients âgés de moins de 70 ans. L'évaluation pharmacocinétique de l'atorvastatine chez les patients de plus de 65 ans indique une augmentation de l'ASC. Par mesure de précaution, il faut administrer au départ la dose la plus faible. Les patients âgés peuvent être plus prédisposés à la myopathie.

**Insuffisance rénale :** Les concentrations plasmatiques de LIPITOR et l'efficacité de ce médicament dans la réduction du taux de C-LDL chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée sont comparables à celles qui ont été observées chez les patients dont la fonction rénale est normale. Cependant, comme plusieurs cas de rhabdomyolyse ont été rapportés chez des patients ayant des antécédents d'insuffisance rénale de gravité inconnue, il faut administrer la dose la plus faible de LIPITOR (10 mg par jour) à ces patients, par mesure de précaution et jusqu'à ce que de plus amples essais soient effectués en présence de maladie rénale. Il est recommandé d'administrer avec prudence la dose la plus faible chez les patients atteints d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 mL/min [ $< 0,5$  mL/s]).

### INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

L'atorvastatine est métabolisée par l'isoenzyme 3A4 du cytochrome P450. L'administration concomitante d'inhibiteurs de la CYP 3A4, comme certains antibiotiques macrolides (y compris l'érythromycine et la clarithromycine), les immunosuppresseurs (cyclosporine), les antifongiques azolés (c.-à-d. itraconazole, kétoconazole), les inhibiteurs de la protéase ou l'antidépresseur néfazodone, risque d'augmenter les concentrations plasmatiques des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, y compris LIPITOR. La prudence est de mise lors de l'administration concomitante de ces agents. L'administration concomitante d'atorvastatine et d'un inducteur de l'isoenzyme 3A4 du cytochrome P450 (p. ex., l'éfavirenz ou la rifampine) peut entraîner des baisses variables des concentrations plasmatiques d'atorvastatine. **Pour obtenir les renseignements complets sur les interactions médicamenteuses établies ou possibles et sur les interactions médicament-aliment, consulter la monographie.**

Selon les rapports de pharmacovigilance, le gemfibrozil, le fenofibrate, d'autres fibrates ainsi que la niacine (acide nicotinique) administrée à des doses hypolipémiantes peuvent accroître le risque de myopathie lorsqu'ils sont administrés en concomitance avec des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, probablement parce qu'ils peuvent provoquer une myopathie en monothérapie. Par conséquent, ce genre de traitement d'association doit être entrepris avec prudence.

L'administration concomitante de jus de pamplemousse risque d'augmenter les concentrations plasmatiques des inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase, y compris LIPITOR. Une consommation équivalant à 1,2 litre par jour a donné lieu à une ASC de l'atorvastatine 2,5 fois plus élevée.

### SURDOSAGE

Il n'existe pas de traitement spécifique pour le surdosage par l'atorvastatine. En cas de surdosage, administrer un traitement symptomatique et les mesures de soutien nécessaires. Étant donné la forte capacité de liaison de l'atorvastatine aux protéines plasmatiques, l'hémodialyse ne devrait pas augmenter sa clairance de manière significative.

### FORMES POSOLOGIQUES

LIPITOR (atorvastatine calcique) est offert en comprimés dosés à 10, 20, 40 et 80 mg.

Pour obtenir la monographie de LIPITOR, composez le 1-800-463-6001 ou rendez-vous sur le site [www.pfizer.ca](http://www.pfizer.ca)



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

©2010

Pfizer Canada Inc.  
Kirkland (Québec)  
H9J 2M5

M.C. de Pfizer Inc, Pfizer Canada Inc, licencé  
LIPITOR<sup>MD</sup>, Pfizer Ireland Pharmaceuticals  
Pfizer Canada Inc, licencé

Membre



## RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES CONCERNANT LA PRESCRIPTION

## CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS

**CLASSE THÉRAPEUTIQUE :** Agent antiémétique

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

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

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

## RENSEIGNEMENTS SUR L'INNOCUITÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

Téléphone sans frais : 1-866-234-2345      Télécopieur sans frais : 1-866-678-6789  
Courriel : [cadrmpp@hc-sc.gc.ca](mailto:cadrmpp@hc-sc.gc.ca)  
Par la poste : Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments (PCSEIM)  
Santé Canada, Localisateur d'adresse : O2O1C2  
Ottawa, ON K1A 1B9

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

## ADMINISTRATION

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

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

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

## RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS SUR LE PRODUIT

### EFFETS SECONDAIRES SIGNALÉS APRÈS LE DÉBUT DE LA COMMERCIALISATION :

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

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

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

### TRAITEMENT :

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

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

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

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

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

### STABILITÉ ET RECOMMANDATIONS D'ENTREPOSAGE

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

### FORMES POSOLOGIQUES OFFERTES

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

Capsules de CESAMET 0.5 mg : chaque capsule de gélatine dure no4, corps blanc et calotte rouge opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3102 » sur le corps, contient 0,5 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 50 capsules.

Capsules de CESAMET 0.25 mg : chaque capsule de gélatine dure no4, corps blanc et calotte rouge opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3103 » sur le corps, contient 0,25 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 50 capsules.

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

Dernière révision : 2 juin 2008.

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



# WORD FROM THE PRESIDENT

Dr. GAÉTAN BARRETTE

## What about Joint Management?

On April 16, the FMSQ filed its demands and proposals concerning the next agreement with the government of Quebec. Our submission is outlined in this issue (see p. 8-9) and at least two aspects of it will no doubt surprise you: joint management with regard to organizational measures, and the maintenance of our stand with regard to our remuneration.

**F**irst of all, joint management. This is a new concept. In actual fact, it is an extension of the problem of the medico-administrative duties that a good number of you already carry out, only too often on a voluntary basis. That itself is the subject of a specific demand. It is high time that such duties should be paid at their true value, which is obviously not the case right now. However, just imagine if the present network were left to its own devices without our input! Because that, in fact, is the nub of the question! And I would even go further: Do we have an opportunity of involving ourselves to the maximum extent possible in the “field” management of our services and departments? No, we do not, and this is most unfortunate. In a world that boasts of aiming for efficiency and answerability, isn't it surprising and disappointing that no attempt is made to gain the input of those who have the greatest impact on medical matters. Yet this is the situation today.

We believe that physicians should reclaim their role as leaders responsible for organizing care on a local and overall basis. Then, and only then, will the network be able to control its budgetary demons and ensure patients receive first-class care. By “local”, we mean service and department heads, whereas “overall” refers to hospital administration. Not only do you not receive compensation appropriate to such work – and sometimes none at all – but you are never involved in the overall administration of your hospitals. Department head groups are not uncommon, but you never have a say at the level of financial or general administration. This is precisely what is covered by the concept of joint management.

Joint management means that decisions are taken together, in the best interests of all. It means that the medical community is consulted and made answerable. It is not a question of the daily management of kitchens and housekeeping. It is a question of creating a context where the administration's decisions and their consequences are planned, agreed and implemented, all the while ensuring that their full impact with regard to medical practice is taken into account and, consequently, patients' access to care and its quality.

I often joke – well, perhaps not – that joint management used to exist in Quebec and more than proved its worth in hospital settings; but that dates back to the time of the nuns. The situation was obviously not the same, but hospitals were tightly managed and physicians' efforts were respected and valued. That was then. Now, every day brings a new example of the worst that can occur. In fact, I urge you to read the special report contained in this issue of *Le Spécialiste*. It should provide all our readers with food for thought regarding the management of our public health system over the past few years.

Let's just take a recent example, fresh off the press. A hospital planned to renovate its emergency department. Modern plans were put forward and accepted: the space was organized into cubicles, each with its own sink and toilet. You would agree that this would seem basic common sense, particularly today when the transmission of multiresistant germs is a major problem, especially in the ER. Well, just a few days ago, as part of the cost-cutting campaign contained in the government's recent budget, this same hospital was directed to modify its plans and eliminate toilets and sinks from all cubicles in order to save \$600,000, or 1% of the total budget for the project!!! And we are sitting here in 2010! One question: would a joint management physician have let that pass? I choose to believe not.

With regard to remuneration, we consider that the situation could not be more dire. As you know, the FMSQ has begun a tour of the regions to tell you about the current situation and the stakes we all face. This tour is important, and you must take part in it. Come to the meetings and you will learn about the egregious trap the government will be setting up over the coming months, as well as the way to avoid it.

Come one, come all. And enjoy the read.

Yours in solidarity!

LS



**Le choix n° 1 des médecins  
au Québec!**

**J'AI TOUT SIMPLEMENT  
LA MEILLEURE SOLUTION**

**Pour ma facturation**

### **Gérez facilement votre facturation**

Cumulant plus de 25 ans d'expertise en facturation au Québec, **Services aux médecins MD** a développé la solution la plus simple et la plus efficace sur le marché : **facturation.net**. À mi-chemin entre un logiciel et une agence de facturation, notre service de facturation médicale c'est :

- ▲ un système sécurisé en ligne et inégalé au Québec qui vous permet d'entrer vos données de facturation en un rien de temps;
- ▲ un produit adapté à votre pratique;
- ▲ un support technique et des conseils d'experts;
- ▲ l'assurance de pouvoir optimiser votre revenu.

**1 866 332-2638**

Pour plus d'information, consultez également  
**facturation.net**

**SERVICES AUX  
MÉDECINS**  
COMPAGNIES DE L'AMC



## Références du dossier (page 19-33)

### Sources et documentation

Secrétariat du Conseil du trésor, Budget de dépenses de 2000-2001 à 2010-2011 inclusivement. Volume II : crédits des ministères et organismes, volume III : plans annuels de gestion des dépenses des ministères et organismes.

Lien : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/>

Rapports annuels de gestion de 2005-2006 à 2008-2009 des Agences de la santé et des services sociaux des régions suivantes : Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale Nationale, Mauricie-Centre-du-Québec, Estrie, Montréal, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Rapports annuels de gestion des autorités responsables des territoires socio-sanitaires suivants, lorsque disponibles : Nunavik, Nord-du-Québec et Terres-cries-de-la-Baie-James.

Lien : <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Rapports annuels de gestion 2005-2006 à 2008-2009, Ministère de la santé et des services sociaux.

Lien : <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Rapports annuels de gestion 2005-2006 à 2008-2009, Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Lien : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/>

ÉCO Santé, Québec 2009 : données démographiques de 2000 à 2008, nombre de médecins (1991 à 2008), nombre de médecins spécialistes (1991 à 2008), nombre de médecins omnipraticiens (1991 à 2008), personnel dédié aux soins (1991 à 2007), lits dressés et places selon l'unité de service (données de 2007).

Lien : <http://www.ecosante.fr/>

INFO-SÉRHMUM : Bulletin d'information concernant les ressources humaines et institutionnelles du système socio-sanitaire québécois. Direction générale adjointe aux ententes de gestion, direction de la gestion intégrée de l'information, service du développement de l'information (SDI), Ministère de la Santé et des Services sociaux. Publications de juin 2007, mai 2008 et mai 2009.

INFO-CONTOUR : Bulletin d'information présentant le contour financier des programmes-services et des programmes-soutien du Ministère. Direction générale adjointe aux ententes de gestion, direction du suivi de gestion et de l'analyse, service du développement de l'information (SDI), Ministère de la Santé et des Services sociaux. Publications de mars 2010.

Statistiques et indicateurs, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Site Internet.

Lien vers ces trois sources : <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Source : Secrétariat du Conseil du trésor, Budget des dépenses 2010-2011 Volume II, crédits des ministères et organismes. Québec : Conseil du trésor, 2010. p169.

Lien : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/>

### Notes d'information supplémentaires

« **Provenance des données budgétaires présentées dans les sections « Caractéristiques des Agences » et « Caractéristiques des réseaux régionaux », Matrice de compilation des données portant sur les Agences de la santé**

Les informations sont extraites des documents intitulés : « État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits ». Ces documents officiels du MSSS sont fournis aux Agences et intégrés à leurs rapports annuels de gestion.

Détails des inscriptions :

- Le montant inscrit sous la rubrique « Enveloppe des Agences » correspond au « Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale » (L.02);
- Le montant inscrit sous la rubrique « Budget total régional » correspond au « Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R »;
- Le montant inscrit sous la rubrique « Établissements subventionnés / enveloppes dédiées » correspond au montant inscrit à la ligne « Allocations aux établissements »;
- Le montant reporté au tableau sous la rubrique « organismes subventionnés / subventions versées » correspond au montant identifié à la ligne « Allocations aux organismes communautaires »;
- Les montants inscrits sous la rubrique « Fonctionnement » sont ceux figurant dans les documents « **Fonds d'exploitation** », intégrés aux rapports de gestion. Ils combinent le total des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations des activités principales et des activités accessoires;
- Les montants inscrits sous la rubrique « Activités régionalisées » sont ceux figurant dans les documents « **Fonds des activités régionalisées** », intégrés aux rapports de gestion. Ces montants correspondent aux charges d'exploitation et aux dépenses d'immobilisation;
- La rubrique « Total des charges » est constituée de la somme des rubriques « Fonctionnement » et « Activités régionalisées ».

#### Deux cas spécifiques : Capitale nationale et Montréal

Ces deux régions socio sanitaires desservant non seulement leur bassin respectif de population mais également plusieurs ou l'ensemble des régions du Québec, des crédits compensatoires additionnels leur sont alloués par le MSSS.

## Le développement professionnel continu : au Québec et ailleurs

### Références de la page 39

1. Meder JF. Le DPC : où en sommes-nous ? Le Bulletin de la Société française de radiologie. 2010 Mars;(31);15.
2. Journal officiel de la République Française. Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
3. Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins. [www.cemcq.qc.ca](http://www.cemcq.qc.ca)
4. Hudon G. Le développement professionnel du médecin : un concept en évolution – de l'éducation médicale continue (ÉMC) au perfectionnement professionnel permanent (PPP). Le Spécialiste. 1999 Octobre;1(3);10.
5. Hudon G. Le développement professionnel des médecins : à quel coût et qui doit payer la note ? Le Spécialiste. 2004 Septembre;6(3);10.
6. Visite d'agrément en éducation médicale continue (ÉMC) : plus qu'une simple formalité. Le Spécialiste, 2005 Septembre;7(3);23-4.
7. Union européenne des médecins spécialistes. Déclaration de Bâle – Politique de l'UEMS sur le développement professionnel continu, 20 octobre 2001.

# RECONNAISSEZ-VOUS VOTRE PATIENT?



## UN TRAITEMENT D'APPOINT S'IMPOSE

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

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

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

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

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

<sup>†</sup> IMS Health Canada: Canadian CompuScript Audit, données mensuelles, janvier 2005 à mai 2009, prescriptions totales distribuées.

Les effets secondaires les plus fréquents du nabilone et leur incidence observée dans le cadre d'essais cliniques sont les suivants : somnolence (66,0 %), vertige (58,8 %), agitation psychologique (38,8 %), sécheresse de la bouche (21,6 %). Veuillez consulter la monographie de produit pour une information complète sur les mises en garde, les précautions, les effets secondaires et la posologie<sup>1</sup>.

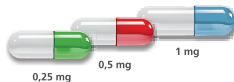
nabilone  
**CESAMET**<sup>MD</sup>  
Régulateur de symptômes

**VALEANT**  
Valeant Canada Limitée / Limited



Service à la clientèle 1-800-361-4261

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



Voir le sommaire posologique à la page 45