

LE SPÉCIALISTE



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Vol. 20, n° 3 – Septembre 2018

LE PATIENT PARTENAIRE UN TANDEM GAGNANT



QUE LA OU
LE MEILLEUR(E) GAGNE !

PAGE 7

FRAIS FACTURÉS AUX PATIENTS
LA SAGA SE POURSUIT

PAGE 9

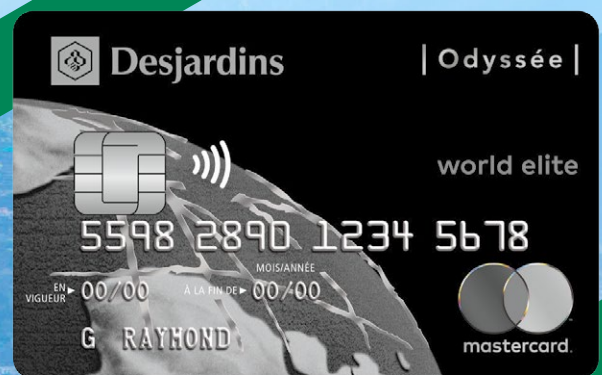
DR ANDRÉ DURANCEAU

PAGE 34

Catastrophes naturelles : vos biens sont-ils bien assurés ? (détails en page 41)

Sogemec
ASSURANCES

L'indispensable des grands voyageurs



En tant que médecin spécialiste, profitez d'un forfait transactionnel complet[†] et de la carte Odysée^{MD} World Elite^{MD} Mastercard¹ pour seulement 125 \$ par année.

desjardins.com/FMSQ

^{MD} Odysée est une marque déposée de la Fédération des caisses Desjardins du Québec.

^{MD} Mastercard et World Elite sont des marques déposées de Mastercard International inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer. Tous les financements ainsi que les demandes de carte de crédit sont sous réserve de l'approbation du crédit.

[†] Visitez desjardins.com/FMSQ pour obtenir les détails et consulter les notes légales applicables.

¹ Critères d'admissibilité pour l'adhésion à la carte Odysée World Elite : revenu annuel brut d'au moins 80 000\$ pour le détenteur principal ou de 150 000\$ pour le ménage.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



Desjardins

Galerie Claude Lafitte

Depuis 1975



Marc-Aurèle Fortin, Paysage 9 1/2" x 13 1/2" - Huile sur panneau 1938

Oeuvres de grands maîtres canadiens et européens
recherchées. Haute valeur offerte.

Évaluation verbale gratuite pour les oeuvres de
**Borduas | Ferron | Fortin | Gagnon | Krieghoff | Lemieux
Letendre | McEwen | Pellan | Riopelle | Suzor-Côté
Groupe des Sept et autres**

Claude Lafitte, votre spécialiste expert-conseil

www.lafitte.com | 514 842-1270

**DES POINTS VOYAGES INUTILISABLES
VOUS TIENNENT À L'ÉCART DES VERTS ?**

**VIVEZ L'EXPÉRIENCE
VOYAGES^{MC}.**



Ne laissez pas des points voyages inutilisables
vous empêcher de faire votre prochain voyage de golf.
Passez à la carte Voyages et choisissez la compagnie
aérienne, le vol et le départ qui vous conviennent.

LES VOYAGEURS^{MC} ONT LE CHOIX.

*Vivez l'Expérience Voyages dès aujourd'hui
grâce à 15 000 points en prime à l'adhésion[†].
Allez à rbc.com/voyages pour présenter une demande.*

Sous réserve des disponibilités. Certaines restrictions peuvent s'appliquer. Pour consulter toutes les conditions, allez à rbc.com/primessvoyages. † Pour que vous receviez la prime de 15 000 points RBC Récompenses, nous devons avoir approuvé votre demande. Les 15 000 points RBC Récompenses offerts en prime à l'adhésion figureront sur votre premier relevé mensuel. Cette offre ne peut être combinée à aucune autre offre. La Banque Royale du Canada se réserve le droit de retirer cette offre à tout moment, même après que vous l'avez acceptée. ©/MC Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada. RBC et Banque Royale sont des marques déposées de Banque Royale du Canada. ‡ Toutes les autres marques de commerce appartiennent à leur propriétaire respectif.

LE SPÉCIALISTE

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

COMITÉ ÉDITORIAL

D^{re} Sylviane Forget
D^r J. Marc Girard
M^{re} Sylvain Bellavance
Patricia Kéroack, réd. a.

RESPONSABLE DE L'ÉDITION

Patricia Kéroack, réd. a.,
conseillère en communication

RÉVISION

Françoise Pontbriand, term. a.

GRAPHISME

Dominic Armand

PUBLICITÉ

France Cadieux

IMPRESSION

Imprimerie F.L. Chicoine

TIRAGE

14 100 exemplaires

POUR NOUS JOINDRE

RÉDACTION

☎ 514 350-5021

☎ 514 350-5175

✉ communications@fmsq.org

PUBLICITÉ

☎ 514 350-5274

☎ 514 350-5175

✉ fcadieux@fmsq.org

✉ magazinespecialiste.org

Fédération des médecins

spécialistes du Québec

2, Complexe Desjardins,

porte 3000

C. P. 216, succ. Desjardins

Montréal (Québec) H5B 1G8

☎ 514 350-5000

POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

DÉPÔT LÉGAL

3^e trimestre 2018

Bibliothèque nationale du Québec

ISSN 1206-2081

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a pour mission de défendre et de soutenir les médecins spécialistes de ses associations affiliées œuvrant dans le système public de santé, tout en favorisant des soins et des services de qualité pour la population québécoise. La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe les spécialités suivantes : anatomopathologie ; anesthésiologie ; biochimie médicale ; cardiologie (adulte ou pédiatrique) ; chirurgie cardiaque ; chirurgie colorectale ; chirurgie générale ; chirurgie générale oncologique ; chirurgie générale pédiatrique ; chirurgie orthopédique ; chirurgie plastique ; chirurgie thoracique ; chirurgie vasculaire ; dermatologie ; endocrinologie et métabolisme ; endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité ; gastro-entérologie ; génétique médicale ; gériatrie ; gériatopsychiatrie ; hématologie ; hématologie et oncologie pédiatrique ; immunologie clinique et allergologie ; maladies infectieuses ; médecine d'urgence ; médecine d'urgence pédiatrique ; médecine de l'adolescence ; médecine de soins intensifs (adulte ou pédiatrique) ; médecine du travail ; médecine interne ; médecine interne générale ; médecine maternelle et fœtale ; médecine néonatale et périnatale ; médecine nucléaire ; médecine physique et réadaptation ; microbiologie médicale ; néphrologie ; neurochirurgie ; neurologie ; neuropathologie ; obstétrique et gynécologie ; oncologie gynécologique ; oncologie médicale ; ophtalmologie ; oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ; pathologie générale ; pathologie hématologique ; pathologie judiciaire ; pédiatrie ; pédiatrie du développement ; pneumologie (adulte ou pédiatrique) ; psychiatrie ; psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; psychiatrie légale ; radiologie diagnostique ; radio-oncologie ; rhumatologie ; santé publique et médecine préventive et urologie.

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

Les articles portant signature n'engagent que leur auteur ; il en est de même pour le contenu de chaque publicité. Tous droits réservés. Le contenu ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

LES ANNONCEURS DE CE NUMÉRO

• Desjardins	2
• Galerie Claude Lafitte	3
• RBC Banque Royale	4
• Financière des professionnels	6
• Clinique de rhumatologie de Montréal	11
• Sogemec Assurances	18 et 40
• MultiD	44

Sommaire

7 L'éditorial de
la présidente
Que la ou
le meilleur(e) gagne !

8 Actualités fédératives

9 Question de droit

12 En manchettes

15 Parlons facturation

17 Dans la pratique

19 Développement
professionnel continu

34 Les grands noms de
la médecine au Québec



D^r André Duranceau,
chirurgien thoracique

36 Dans le monde médical

39 Financière des
professionnels

41 Sogemec Assurances

42 The President's Editorial
May the Best One Win!

43 Services aux membres
Avantages commerciaux

23 DOSSIER

PATIENT PARTENAIRE UN TANDEM GAGNANT

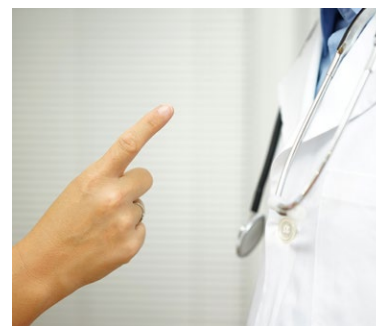
24 La petite histoire
d'un grand projet



26 Racines et moteurs
du changement en cours



30 Les principes de gestion
de crises conflictuelles
entre patients et
médecins





L'INDÉPENDANCE* FAIT NOTRE FORCE !

Créée par des médecins spécialistes afin de répondre à leurs besoins spécifiques, Financière des professionnels est une société indépendante* qui se consacre à la gestion de votre patrimoine.

Chaque jour, nous guidons des milliers de médecins spécialistes vers le meilleur choix de placements et de produits financiers en fonction de leurs objectifs, et ce, en toute impartialité.

**NOUS TRAVAILLONS À FAIRE FRUCTIFIER
VOTRE PATRIMOINE. POINT À LA LIGNE.**

ENVIE D'EN SAVOIR PLUS ?

**COMMUNIQUEZ AVEC
L'UN DE NOS CONSEILLERS.**

1 844 866-7257

fprofessionnels.com



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de
Financière des professionnels
depuis 1978

* Créée par des médecins spécialistes et gérée par cinq associations actionnaires,
Financière des professionnels est la seule société indépendante d'une institution bancaire.



GESTION DE VALEURS



D^{re} Diane Francœur

L'éditorial de la présidente

QUE LA OU LE MEILLEUR(E) GAGNE!

La campagne électorale en cours a permis de mettre en évidence plusieurs thèmes du secteur de la Santé. Plutôt que de se concentrer sur les réelles problématiques et proposer des pistes de solutions, l'attention a trop souvent été attirée sur la renégociation de notre entente plutôt que sur la recherche de véritables solutions.

Dès le début de la campagne électorale, notre position était claire : montrer à la population québécoise que notre entente comprend un important volet axé sur notre engagement envers les patients et que nous avons la ferme intention d'atteindre nos objectifs.

À cet égard, nous voulons démontrer à tous, à intervalles réguliers, que nous avons obtenu des résultats concrets et positifs. C'est ce que nous avons réussi à faire avec notre plan de jumelage en anesthésie et c'est ce que nous ferons avec l'évaluation de la 1^{re} vague du CRDS – déjà 500 000 consultations effectuées, et ce, malgré les embûches inhérentes au démarrage. Dans le cadre du déploiement de la 2^e vague, nous pourrions devenir encore plus performants en ajoutant les consultations téléphoniques et, éventuellement, les consultations électroniques. Comme nous sommes dépendants des budgets des établissements, du nombre de postes en résidence et du nombre de PEM et de leur distribution, les actions que nous mènerons en concertation avec le MSSS seront transparentes et auront un seul but : améliorer l'accessibilité des patients aux services de 2^e ligne.

Cela dit, quel style de gestion devrait adopter la future ou le futur ministre de la Santé et quelles devraient être ses qualités? D'abord, nous souhaitons que notre interlocuteur de la Santé soit manifestement ouvert à une réelle collaboration en toute transparence avec nous pour que soient réglés les problèmes d'accessibilité aux services de 2^e ligne. Les listes d'attente doivent être élaguées, des objectifs de performance doivent faire partie des tableaux de bord des conseils d'administration qui se sont vu confier la responsabilité de s'assurer de l'accessibilité aux services comme le

prévoit la «Loi 130». Comme nous l'avons dit à maintes reprises depuis le début de la campagne électorale, la collaboration a indéniablement plus de succès que la confrontation. En témoignent les résultats obtenus jusqu'ici. Le lien de confiance avec notre interlocuteur et ses équipes sera le moteur de notre efficacité à régler les problèmes et à ne pas nous laisser aspirer par la lourdeur de la centralisation.

Nous souhaitons également un ministre visionnaire qui sera proactif dans le financement du réseau, capable d'implanter un modèle de rémunération à la performance répondant aux objectifs de «qualité, performance et pertinence», notamment par un investissement local permettant l'embauche de professionnels pour bonifier les équipes en place.

Une telle démarche collaborative et transparente permettrait de mettre la table en vue de discussions constructives portant sur la rémunération. C'est d'ailleurs ce qui a été accompli en Ontario avec Cancer Care, une organisation qui a revu de fond en comble son fonctionnement et redéfini les normes de pratique avec l'ajout de budgets pour le matériel et l'ajout d'autres professionnels pour bonifier l'équipe. Cette redéfinition des nouvelles pratiques en oncologie a permis de rassurer le citoyen, qui en avait pour son argent, et les médecins spécialistes, qui réclamaient davantage d'accessibilité. Il n'y a aucune raison pour que nous ne réussissions pas, ici, à concilier ces deux enjeux. Il a clairement été démontré que la simple mesure et une comparaison de la performance peuvent améliorer les résultats jusqu'à hauteur de 30% pour des enjeux comparables. Le bon patient (pertinence), au bon endroit

(le bon professionnel) et au bon moment (accessibilité).

Il faut éviter à tout prix de nous retrouver devant une nouvelle réforme instaurée en catimini ou par l'application dogmatique de la précédente en sous-estimant ses répercussions sur le moral des troupes. Aucun gestionnaire compétent ne saurait faire fi du taux d'épuisement professionnel de 30% qui s'est abattu sur le réseau au cours des dernières années. Les équipes ont besoin de retrouver leur âme, leurs valeurs et surtout l'énergie nécessaire pour aller travailler. Un médecin sans équipe agit peu sur la santé de la population, tandis qu'un médecin appuyé par une équipe interdisciplinaire motivée peut changer les trajectoires de soins traditionnelles avec l'intégration de l'intelligence artificielle. Nous souhaitons un ministre techno qui nous permettra de mettre nos télécopieurs au rancart et d'améliorer la gestion des résultats et des rendez-vous. Nous avons besoin d'un vrai dossier médical électronique qui permette de transmettre nos ordonnances directement à la pharmacie à l'aide de logiciels de surveillance (antibiovigilance, par exemple), des aides à la prescription grâce à des organigrammes standardisés et que tous les professionnels puissent partager des données de façon confidentielle et sécuritaire.

Finalement, qu'arrivera-t-il le 2 octobre prochain? Nul ne le sait, mais notre position est ferme : nous n'avons jamais demandé à être rémunérés au-delà de la parité canadienne et avons négocié de bonne foi une entente dans laquelle il est prévu que nous rediscutions avec le gouvernement une fois les résultats de l'ICIS connus, et pas avant. Notre objectif est d'augmenter les services; pas d'avancer en arrière...

Participez à la conversation

CONNAISSEZ-VOUS LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE ?



Plus que jamais, la médecine spécialisée fait l'objet de tirs, de commentaires et de critiques. Après analyse, la majorité de ces attaques sont injustifiées et proviennent d'une méconnaissance de ce que fait le médecin spécialiste.

C'est pourquoi la FMSQ a publié *Connaissiez-vous la médecine spécialisée?*, un numéro hors série de son magazine Le Spécialiste destiné à présenter et à expliquer le travail des médecins spécialistes du Québec.

Un exemplaire de ce numéro hors série vous a été posté récemment. D'autres ont également été envoyés aux politiciens, journalistes, chroniqueurs ou éditorialistes, aux candidats inscrits à l'élection provinciale, aux PDG, aux PDGA et aux directions des communications des établissements, aux membres des conseils d'administration des CISSS et des CIUSSS, aux DSP, aux CMDP et aux hauts fonctionnaires de certains ministères.

Si vous désirez un exemplaire supplémentaire pour votre salle d'attente, par exemple, ou pour toute autre utilisation, n'hésitez pas à envoyer un courriel à communications@fmsq.org en mentionnant le nombre d'exemplaires désirés et en fournissant l'adresse postale complète.

Médias sociaux

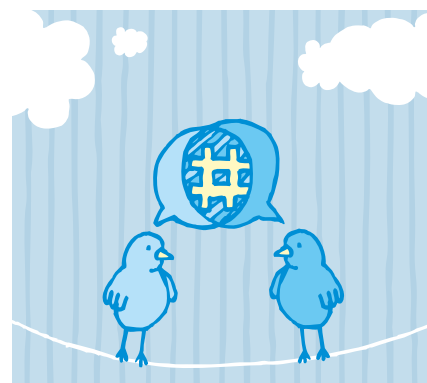
UNE NOUVELLE FORMATION JUSTE POUR VOUS

Vous avez le goût d'entrer dans l'univers des médias sociaux, mais vous ne savez ni comment ni par où commencer pour envoyer votre premier gazouillis? Qu'à cela ne tienne, la Fédération vous a préparé une mini formation qui vous permettra en quelques clics de participer, vous aussi, à la conversation.

Trois capsules vidéo et un document d'information sont offerts sur MÉDUSE, la plateforme d'apprentissage en ligne de la FMSQ, pour vous permettre de maîtriser

le b.a.-ba des communications sur les réseaux sociaux : l'inscription, le fonctionnement et la participation active. Toutes les informations contenues dans les capsules portent sur Twitter, mais elles peuvent aussi s'appliquer aux autres réseaux.

Visitez MÉDUSE dès maintenant, et vous pourrez, vous aussi, découvrir le réseau Twitter pour y faire valoir votre opinion et, pourquoi pas, devenir un influenceur et transmettre vos idées ou tout simplement regarder ce qui se passe autour de vous.





FRAIS FACTURÉS AUX PATIENTS

LA SAGA SE POURSUIT

Le dossier des frais accessoires constitue sans aucun doute l'un des dossiers ayant connu le plus de soubresauts au cours des dernières années : recours collectifs contre certaines cliniques, interventions du Collège des médecins du Québec, volte-face répétées du gouvernement pour régler la question, modifications législatives et réglementaires pour encadrer ou limiter la facturation de frais, orientations ministérielles, fournitures de produits aux cabinets, nouveaux pouvoirs de la RAMQ, et j'en passe.

Après toutes ces actions, on aurait pu croire la question réglée et les patients bien informés quant à ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas par le régime d'assurance maladie. Or, certaines statistiques récentes de la RAMQ semblent indiquer le contraire. En effet, sur toutes les plaintes recensées par la RAMQ l'an passé, plus des trois quarts étaient non fondés, ce qui montre de façon assez évidente que la situation n'est toujours pas limpide pour les patients

Une raison expliquant la confusion qui persiste découle du fait qu'il s'agit d'un dossier éminemment politique. Ceci fait en sorte que les actions de certains intervenants consistent parfois moins à clarifier objectivement une situation que de s'assurer d'endiguer toute facturation possible au patient par le médecin. On l'a constaté entre autres dans les orientations ministérielles. Ainsi, un prélèvement sanguin ou un vaccin offert dans une clinique médicale par une infirmière autonome peut être facturé à un patient, mais pas lorsque l'infirmière est à l'emploi d'un médecin. Le médecin qui infiltre un médicament ou une substance thérapeutique à un patient peut lui demander d'aller s'acheter lui-même cette substance en pharmacie, mais ne peut lui-même la vendre au patient. Ces orientations s'expliquent mal, si ce n'est qu'au nom d'un dogmatisme visant à empêcher le médecin de réclamer quelques frais à son patient quitte à compliquer la dispensation de certains soins aux patients ou d'en réduire l'accessibilité.

Récemment, la RAMQ publiait sur son site Web de nouvelles positions dans le dossier des frais facturables aux patients, et ce, dans le cadre d'une foire aux questions (FAQ) sur les frais accessoires. La publication de cette rubrique vous a sans aucun doute échappé, mais vous pouvez la consulter sur le site de la RAMQ. Nous vous invitons à en prendre connaissance afin de mieux connaître les positions de la RAMQ. Nous vous rappelons que la Régie dispose de pouvoirs très larges afin d'effectuer des récupérations ou d'imposer des amendes aux médecins.

[Un prélèvement sanguin ou un vaccin offert dans une clinique médicale par une infirmière autonome peut être facturé à un patient, mais pas lorsque l'infirmière est à l'emploi d'un médecin.](#)

Cette rubrique de la RAMQ a pour objectif de mieux informer les médecins sur les frais facturables aux patients. L'objectif est atteint dans plusieurs cas et l'on ne peut que s'en réjouir. Dans d'autres cas, cependant, les positions de la Régie sont à notre avis plutôt ambiguës, voire contraires à la Loi, ce qui entraîne davantage de confusion que de clarté. Nous souhaitons donc attirer votre attention sur deux sous-rubriques et vous indiquer la position de la FMSQ à leur égard.

Les frais administratifs

Dans cette rubrique, la RAMQ aborde notamment les deux situations suivantes :

1. Rédaction d'un rapport, d'une recommandation, d'un billet d'absence ou d'un autre type d'attestation

Selon la Régie « la rédaction d'un rapport, d'une recommandation (par exemple, un billet d'absence) ou d'une attestation ne peut pas être facturée à la personne assurée lorsqu'elle est effectuée à sa demande et liée à un service assuré rendu par un médecin participant au régime public ».

Toutefois, la Régie précise que « la rédaction d'un rapport demandé par une personne assurée pour un tiers (par exemple, un assureur, un employeur, un professionnel de la santé non participant au régime public ou la Société de l'assurance automobile du Québec) peut être facturée à la personne assurée »*.

2. Copie d'un dossier médical, copie d'images sur support numérique, rédaction d'un résumé, photocopie, télécopie et transfert d'un dossier

À l'égard de ces services, la Régie explique sa position de la façon suivante : « La copie d'un dossier médical, y compris les images, la rédaction d'un résumé, la photocopie, la télécopie et le transfert d'un dossier ne peuvent pas être facturés à la personne assurée lorsqu'ils sont liés à un service assuré rendu par un médecin participant au régime public.

► « Ces services peuvent être fournis :

- à la demande du personnel d'un établissement de santé ;
- à la demande d'un autre professionnel de la santé participant ;
- pour la prise en charge de la personne assurée, à la demande du médecin participant, par un professionnel non participant ou non rémunéré par la Régie.

« Cependant, si ces services sont demandés par une personne assurée pour un tiers (par exemple, un assureur, un employeur, un professionnel de la santé non participant au régime public ou la Société de l'assurance automobile du Québec) ou lorsque la raison de leur demande n'est pas liée à la prestation de services de santé ou que leur fourniture n'est pas requise, ils peuvent lui être facturés* ».

Réflexions de la Fédération

Ces positions de la Régie sont des plus ambiguës. En effet, aucune explication ni aucun exemple ne sont fournis pour aider à déterminer quand un frais est lié ou non à un service assuré. Dans quelles circonstances une attestation ou un rapport médical peut-il être considéré comme n'étant pas lié au service médical dont il traite ? À quel moment, un billet d'absence généralement demandé par le patient, mais requis par un tiers, devient-il des frais liés à un service assuré ? Quels critères s'appliquent pour déterminer si un service administratif est requis ou non ?

Alors que les orientations du MSSS publiées en janvier 2017 indiquaient clairement que les frais de copie de dossier, de photocopie, de copie de CD, de transfert de dossier et de télécopie pouvaient être facturés aux patients, la Régie introduit désormais un nouveau test pour ce faire, soit de s'assurer qu'ils ne sont pas liés aux services assurés !



* Consultez la FAQ du site ramq.gouv.qc.ca. Vous la trouverez sous l'onglet « Professionnels », section « Médecins spécialistes ».

Nous avons demandé à la Régie de clarifier ses positions sur les services administratifs et attendons sa réponse à ce sujet. Pour sa part, la FMOQ a déposé en juin dernier une demande en jugement déclaratoire visant à faire dissiper la confusion relative à plusieurs de ces services administratifs, y compris la question des formulaires de médicaments d'exception que la Régie juge ne pas pouvoir être facturés aux patients. Dès que nous aurons des précisions sur ces questions, nous pourrons vous en faire part. Dans l'intervalle, tous ces services administratifs (qui font toujours l'objet du Guide tarifaire suggéré par la FMSQ) doivent être pris en considération en tenant compte du contexte dans lequel ils sont facturés pour déterminer si leur facturation est permise ou interdite selon les interprétations actuelles de la Régie.

Les tests diagnostiques et le tiers autonome

Sous ces rubriques, la Régie adopte une nouvelle position à l'effet que « les tests et examens réalisés en laboratoire privé sont assurés si toutes les conditions ci-dessous sont respectées :

- ils sont liés à un processus de guérison ou de prévention d'une maladie ;
- ils ne font l'objet d'aucune exclusion de couverture et sont assurés ;

ils requièrent une quelconque intervention d'un médecin participant pour le volet technique ou l'interprétation du résultat fourni au professionnel référant* ».

Autrement, dès lors qu'une quelconque intervention d'un médecin serait requise, les frais facturés par un tiers pour la portion technique seraient considérés comme engagés aux fins de la dispensation d'un service assuré.

Cette position de la Régie s'applique pour tous les tests de laboratoire, qu'il s'agisse d'analyse de prélèvements sanguins, d'un électrocardiogramme, de tests de sommeil ou autres.

De plus, la Régie introduit le concept de tiers autonome qu'elle définit comme étant un professionnel, autre qu'un médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien, légalement autorisé à fournir des services assurés, et qui rend des services de façon autonome. La Régie soutient alors qu'« un laboratoire privé est en droit de facturer des frais à la personne assurée pour des tests diagnostiques non assurés ou ceux réalisés exclusivement par des tiers autonomes ». Ces derniers tests ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin pour le volet technique ni pour l'interprétation du résultat ne seraient alors pas des services assurés. Par ailleurs, pour être considéré comme autonome, le tiers ne doit pas, selon la Régie, être l'employé d'une clinique et doit facturer ses services directement à la personne assurée.

Réaction de la Fédération

La FMSQ a réitéré son désaccord avec ces nouvelles positions et interprétations de la Régie. Pour la FMSQ, un test de laboratoire effectué en milieu privé a toujours été considéré comme un service non assuré et facturable au patient, et ce, même s'il requiert l'intervention d'un médecin pour son interprétation. Pour nous, l'interprétation peut être réclamée à la Régie, mais la portion

Question de droit

- technique du test demeure facturable aux patients. Quant à la position de la Régie sur les tiers autonomes, elle est selon nous des plus restrictives et aucunement justifiée par la Loi.

Cette nouvelle position de la Régie est des plus déconcertantes et a des répercussions importantes en ce qui concerne l'accessibilité aux soins puisqu'elle remet en question la dispensation par les laboratoires privés de plusieurs tests qui ont de tout temps été facturés aux patients.

De plus, considérant les nouveaux pouvoirs de la Régie, cette position peut entraîner des récupérations auprès des médecins qui sont impliqués dans le service en question.

Le 19 juin 2018, la Fédération a fait parvenir à la Régie une mise en demeure lui demandant de reconsidérer sa position, ce qui a été refusé. Au moment d'écrire ces lignes, le conseil d'administration évalue les différentes options qui s'offrent à nous, dont le dépôt d'un recours juridique visant à trancher ce débat. Des négociations sont également en cours avec le MSSS afin de tarifier le volet interprétation de certains tests. **Dans l'intervalle, les médecins interprétant des tests de laboratoires demeurent donc à risque et leurs activités doivent être évaluées en tenant compte des positions de la Régie à cet égard.**

En conclusion, la saga des frais accessoires se poursuit. Certains éléments ont été clarifiés, mais la confusion demeure sur diverses questions en raison de la détermination gouvernementale à vouloir à tout prix conclure à la non-facturation de certains services. La FMSQ a toujours été en accord avec une limitation des frais facturables aux patients et leur prise en charge par le gouvernement. Toutefois, le réflexe gouvernemental d'interdire ces frais tout en ne voulant pas participer à leur financement ne fait que nuire à l'accessibilité aux soins.

Afin de bien vous aider à respecter les obligations qui vous incombent en matière de facturation aux patients, la FMSQ finalise actuellement la mise à jour de sa grille tarifaire et les renseignements complémentaires qui s'y rattachent. Les informations à cet égard seront transmises aux médecins spécialistes au cours du mois de septembre.

Nous vous invitons à en prendre connaissance attentivement afin de respecter notamment les règles applicables en matière d'affichage et de facturation. Si vous affichez déjà cette grille dans votre cabinet, il importera de la remplacer par cette nouvelle version. Si vous affichez votre propre grille, il importera de la mettre à jour, si nécessaire, en fonction de l'information qui se trouvera dans la version de la FMSQ. Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous.



DPC
DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Rejoignez le groupe Facebook
du DPC de la FMSQ

 tiny.cc/groupeDPC

 **FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**



**Clinique de
Rhumatologie
de Montréal**

514-349-3030
florian@rhumat.ca
www.rhumat.ca
150 boul. de la Cote-Vertu

**NOUS RECHERCHONS MÉDECINS
RHUMATOLOGUES NEUROLOGUES
GASTRO-ENTÉROLOGUES
ENDOCRINOLOGUES CARDIOLOGUES
ou d'autres spécialités connexes**

- Locaux entièrement neufs, modernes, adaptés pour la pratique médicale contemporaine.
- Formule clé en main : fournitures, service de secrétariat, dossier médical électronique, ligne téléphonique, courriel, marketing traditionnel et en ligne. Possibilité d'inclure la facturation.
- Modalités de location flexible (temps plein ou partiel)
- Notre équipe : 4 médecins rhumatologues, infirmière, 3 employés administratifs et un consultant TI.
- Nombre d'inscriptions de patients supérieur à la moyenne.
- Services sur place : échographie musculo-squelettique, capillaroscopie.

PRIX ET NOMINATIONS

Nominations au sein de l'Ordre du Canada

La gouverneure générale a fait l'annonce des nouvelles nominations au sein de l'Ordre du Canada.

Deux médecins spécialistes rattachés à la Faculté de médecine de l'Université McGill font partie de cette dernière vague et sont maintenant membres de l'Ordre, un titre qui souligne leurs contributions remarquables dans leur domaine de pratique.



D^r W. Dale Dauphinee, C.M., gastro-entérologue, est ainsi honoré pour sa contribution à l'enseignement de la médecine et à la formulation de normes pour l'évaluation des médecins au Canada et ailleurs dans le monde.



D^r Abraham Fuks, C.M., allergologue et immunologue clinique, est ainsi reconnu pour sa contribution à la recherche, à l'éducation et à l'aide financière aux étudiants dans le domaine de la médecine au Canada, notamment par son travail sur les dimensions éthiques des essais cliniques et sur l'incidence du langage sur les relations entre les médecins et les patients.

Nominations au sein de l'Ordre national du Québec

Deux médecins spécialistes ont été nommés Chevaliers de l'Ordre national du Québec.



D^r Fred Saad, urologue au CHUM, fondateur du laboratoire d'oncologie moléculaire en cancer de la prostate et titulaire de la Chaire Raymond Garneau en cancer de la prostate de l'Université de Montréal.



D^r Nicolas Steinmetz, pédiatre devenu conseiller au CUSM, considéré comme un visionnaire, il a participé au regroupement des cinq établissements de soins anglophones au sein d'un seul et même établissement (le CUSM), s'en faisant même un objectif de carrière.

Prix de la Faculté de médecine de l'Université McGill



D^r Sherif Emil, chirurgien général au CUSM, a reçu le prix Haile-T.-Debas 2018. Ce prix, établi en 2010, souligne les réalisations de professeurs de la Faculté de médecine de McGill ayant contribué à la promotion de la diversité en agissant comme modèle ou comme mentor, et ce, auprès des minorités visibles ou culturelles.

Prix de la JCCM



D^{re} Cynthia Xin-Ya Qian, ophtalmologiste rétinologue et chirurgienne au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, a reçu le prix ARISTA de la Jeune professionnelle de l'année, décerné par la Jeune Chambre de commerce de Montréal. Ce prix, remis chaque année, récompense le talent exceptionnel, l'innovation et l'implication de jeunes entrepreneurs et professionnels de moins de 40 ans.

Nomination au CDRV



D^r Réjean Hébert est le premier à être désigné Chercheur émérite par le Centre de recherche sur le vieillissement. Les travaux de l'ex-ministre de la Santé portent principalement sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, sur l'efficacité des services et des programmes de santé pour les aînés en perte d'autonomie, ainsi que sur le rôle des proches aidants de patients atteints de troubles cognitifs.

Prix de la FMSS

La Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke a remis le Prix de la recherche et de la création (Médecine et sciences de la santé) de l'Université de Sherbrooke pour la publication d'un article scientifique dans le *Journal of Alzheimer's Disease*. Parmi eux se trouvent quatre médecins spécialistes : **D^{re} Nancy Paquet**, spécialiste en médecine nucléaire, **D^r Christian Bocti**, neurologue, **D^r Tamàs Fülöp**, cardiologue, et **D^r Guy Lacombe**, gériatre. Les chercheurs ont utilisé une technique d'imagerie novatrice pour réfuter les connaissances présumées, proposant ainsi de nouvelles pistes de recherche, de prévention et de traitement pour l'Alzheimer.



De gauche à droite : D^r Stephen Cunnane, D^r Christian Bocti, P^r Isabelle Dionne, D^{re} Nancy Paquet, et D^r Guy Lacombe. D^r Tamàs Fülöp était absent lors de la prise de photo.

► Prix de la SAPES



©Annelie Philibert

D' Bernard Charlin, ORL au CHUM et professeur au Département de chirurgie de l'Université de Montréal, a reçu l'un des cinq Prix d'innovation pédagogique décernés par la Société pour l'avancement de la pédagogie dans l'enseignement supérieur pour ses approches novatrices qui mettent en valeur la pédagogie centrée sur l'étudiant. Fait à noter, il s'agit du premier enseignant du Québec à obtenir ce prix.

Prix de l'ACSP



CIUSSS Centre-Sud

L'Association canadienne de santé publique a décerné le Prix Robert Davies Defries 2018 à D' Richard Massé, spécialiste en médecine préventive, qui a été directeur national de santé publique du Québec et sous-ministre adjoint au MSSS, président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec et premier directeur de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Le prix Robert Davies Defries est la plus haute distinction remise par l'ACSP.

Prix de l'ACS



L'Association des communicateurs scientifiques a remis ses prix Hubert-Reeves 2018, qui reconnaissent chaque année les ouvrages de vulgarisation scientifique publiés en français, au Québec et au Canada. D' Alain Vadeboncoeur, spécialiste en médecine d'urgence à l'Institut de cardiologie de Montréal, a obtenu un prix dans la catégorie Grand public pour son livre *Désordonnances*, publié chez Lux Éditeur.

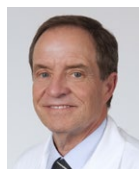
Une étoile pour D' Liu



D' Joane Liu, pédiatre et présidente de Médecins sans frontières depuis 2013 sera intronisée sur l'Allée des célébrités canadiennes, le Canada's Walk of Fame situé devant le Roy Thomson Hall, le Princess of Wales Theatre et le Royal Alexandra Theatre sur les rues King et Simcoe, à Toronto. La cérémonie se tiendra en décembre prochain.

Prix d'excellence 2018 du réseau de la santé et des services sociaux

La 35^e cérémonie des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux a souligné le travail des personnes et des équipes engagées qui améliorent les pratiques au profit des usagers, de la collectivité, mais aussi de ceux qui y travaillent.



De nombreuses équipes au sein desquelles œuvrent des médecins spécialistes ont été récompensées.

Mentionnons que le prix

Reconnaissance de carrière Persillier-Lachapelle a été remis à D' Denis Roy, cardiologue électrophysiologiste à l'Institut de cardiologie de Montréal et professeur au Département de médecine de l'Université de Montréal. Ce prix rend hommage à l'ensemble de sa carrière et reconnaît son importante contribution dans le domaine des arythmies cardiaques.

Prix de MSPC



D' Ak'ingabe Guyon, spécialiste en médecine préventive au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, a reçu le Prix de la présidente de Médecins de santé publique du Canada. Ce prix souligne la contribution exceptionnelle d'un membre des MSPC à la promotion de sa spécialité et à l'avancement de la mission de MSPC.

Prix Le patient d'abord



D' François Lamontagne, interniste intensiviste au CHUS – Hôtel-Dieu et CHUS Fleurimont, professeur et chercheur, a reçu le prix Le patient d'abord remis par la compagnie Merck Canada inc. Ce prix reconnaît la valeur des soins axés sur le patient dans la pratique clinique et en santé publique.

Prix d'excellence en enseignement

Lors de la collation des grades, l'Université de Montréal a remis des prix d'excellence à des professeurs de la Faculté de médecine.



D' André Gougoux, néphrologue désormais à retraite et professeur titulaire au Département de médecine et au Département de

pharmacologie et physiologie, a reçu le Prix d'excellence en enseignement au baccalauréat en sciences biomédicales. Ce prix est remis au meilleur professeur en 1^{re} et en 2^e année du programme.



D' Christian Lavallée, microbiologiste infectiologue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et professeur agrégé de clinique au Département

de microbiologie, infectiologie et immunologie, a reçu le Prix des années précliniques reconnaissant un professeur qui s'est distingué pour l'excellence de son enseignement auprès des étudiants de 1^{re} et de 2^e année.



D' Marianne Lepage-Saucier, radiologiste diagnostique au CHUM et professeure adjointe de clinique au Département de

radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire, a reçu le Prix Wilbrod-Bonin reconnaissant un professeur qui s'est distingué pour l'excellence de son enseignement.

► NOUVELLES PARUTIONS

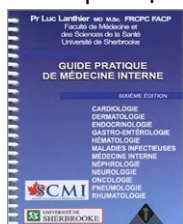
Stratégies thérapeutiques des traumas



La recherche actuelle montre l'efficacité des psychothérapies dans le traitement des troubles de stress post-traumatique. D^r Mathieu Bilodeau, psychiatre à l'IUCPQ et psychiatre militaire au sein des Forces armées

canadiennes ainsi que D^r Wissam El Hage, un collègue psychiatre du CHRU de Tours (France), ont publié un recueil dans lequel ils présentent des données cliniques et scientifiques relatives aux stratégies thérapeutiques permettant la prise en charge des patients présentant des troubles secondaires à des traumatismes psychiques.

Guide pratique de médecine interne



La 7^e édition du *Guide pratique de médecine interne*, sous la direction de D^r Luc Lanthier, spécialiste en médecine interne au CHUS-Hôtel-Dieu, est maintenant offerte en version papier et en version

électronique sous forme d'une application (iOS et Android). Écrit en collaboration avec une trentaine de médecins et pharmaciens, cette nouvelle édition revue et augmentée porte sur les principales maladies traitées en médecine interne.

Médecin de rue



D^r Jean Robert, microbiologiste infectiologue et spécialiste en médecine préventive, fondateur du Centre Sida Amitié des Laurentides et notre Grand nom de la médecine au Québec du numéro de décembre 2012, a publié

Médecin de rue, un essai qui se veut un « coup de poing sur la table de l'indifférence » de notre société à l'égard des plus démunis. Rappelons que D^r Robert a reçu un doctorat honoris causa de l'Université du Québec à Saint-Jérôme ainsi qu'une médaille du Sénat canadien pour souligner son travail auprès de ces populations marginalisées.



Le 13^e Tournoi de golf des fédérations médicales au profit de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec s'est tenu sous un soleil voilé le 23 juillet dernier au Club de golf Pinegrove à Saint-Jean-sur-Richelieu.

Sur les 126 golfeurs qui ont pris le départ, c'est l'équipe de l'Association des radiologistes du Québec qui a inscrit le meilleur pointage (59, soit 13 sous la normale). Le tournoi a permis d'amasser la somme de 117 000 \$.



De gauche à droite : D^r Christopher Lemieux, président de la FMRQ ; D^r William Barakett, président des conseils d'administration du PAMQ et de sa Fondation ; D^r Louis Godin, président de la FMOQ ; D^r Raynald Ferland, vice-président de la FMSQ et M. Patrice Levasseur-Fortin, vice-président de la FMEQ.

Les partenaires :



Association canadienne de protection médicale
Le Cabinet de relations publiques NATIONAL
La Capitale assurance et services financiers
Corporation Fiera Capital • Desjardins
Desjardins Assurances • Fiducie Desjardins
Gestion d'actifs CIBC inc. • Gestion privée Fonds FMOQ Jarislowsky
Fraser, Gestion mondiale de placements
La Personnelle • Placements Franklin Templeton
Services accessoires Fonds FMOQ • SSQ Assurance



COMME UN LENDEMAIN DE TREMBLEMENT DE TERRE

C'est avec grand plaisir que je me suis jointe à la grande famille de la FMSQ en tant que directrice des Affaires économiques. Ce changement dans ma carrière s'est effectué après de longs mois d'entrevues personnelles et techniques, y compris une évaluation psychométrique. Le processus d'embauche s'est donc avéré très rigoureux et l'exercice m'a permis de réfléchir en profondeur au virage important que je m'apprêtais à faire dans ma vie professionnelle. Il m'a aussi permis de comprendre ce qui m'attendait dans mes nouvelles fonctions, tout en me confirmant que j'avais les capacités nécessaires pour relever le défi.

Et voilà que je me présente, le 1^{er} mai, toute fraîche et dispose, aux bureaux de la FMSQ au 30^e étage du Complexe Desjardins. Tout le monde est en tenue d'affaires (adieu, le pyjama de chirurgienne), petits souliers chics (adieu, les sabots de caoutchouc pleins de sang). Les fenêtres offrent une vue plongeante sur Montréal et, étant une fille qui a le vertige, je vous jure que je m'en tenais loin. Mais surtout, l'accueil a été chaleureux, tout sourire, et mes nouveaux collègues se sont montrés sincèrement heureux de faire ma connaissance. Tous, tant à la FMSQ que dans les 35 associations médicales, m'ont reçue avec une grande amabilité.

Et là, la réalité est apparue!

Je l'avoue, j'ai eu l'impression d'arriver juste après un tremblement de terre. La fatigue et l'anxiété étaient palpables partout autour de moi. Rien de surprenant, si l'on pense à ce que ces individus venaient de traverser! Le *docteur bashing* vous a fait mal? À la FMSQ, ils baignent dedans tous les jours et de toutes les façons. Une crise n'attendait pas l'autre, que ce soit en négociation, en communication ou en relations professionnelles : l'Opération

Code rouge; la gestion de l'opinion publique; le refus de négocier de la part du gouvernement; la gestion de l'anxiété des membres, et je dois en oublier.

À travers tout cela, vos représentants ont su garder leur dignité. Ils ont sans cesse décrié les conditions de travail des travailleurs de la Santé et dénoncé la difficulté pour chacun de vous d'effectuer son travail en se concentrant sur ses patients plutôt que sur l'impossibilité d'avoir les moyens de les traiter. Ils ont défendu votre droit de demeurer des professionnels indépendants. Ils se sont impliqués sur tous les plans, visibles et invisibles, pour vaincre cette résistance au gros bon sens. L'Entente obtenue n'est pas un produit de la honte, mais la conclusion à un conflit qui durait depuis trop longtemps.

Je me joins à l'équipe après un tremblement de terre; des gens dévoués, des battants sont tombés au combat. Ceux qui restent et ceux qui sont partis peuvent être fiers et garder la tête haute. Ce sont vos héros. Je suis honorée de pouvoir me joindre à ce groupe, et je travaillerai d'arrache-pied pour mériter ma place parmi eux.

L'équipe des Affaires économiques est maintenant au complet et tous ses membres débordent d'une grande énergie motivée par le désir d'aller au-devant des problèmes. Nous avons l'intention de rester à votre écoute et de vous représenter tout en travaillant à l'amélioration de votre capacité à offrir des soins de qualité.

De grands défis se profilent devant nous : la nouvelle facturation SYRA a changé la méthode pour extraire les données statistiques; nous devons travailler fort pour trouver de nouveaux moyens d'obtenir l'information qui nous est utile et nécessaire. L'exercice du « compte à compte » est enclenché,

et nos actuaire font un travail rigoureux pour pouvoir finaliser ce cycle de rattrapage 2006-2016 qui nous amène au niveau de la rémunération canadienne. Nous quitterons enfin cette période, et pourrons envisager l'avenir avec plus de sérénité, affranchis que nous serons de cette Entente si difficile à comprendre, probablement parce que trop étalée dans le temps.

De son côté, la RAMQ est en mode révision, et il semble que cette mobilisation se prolongera dans le temps. Soyez à l'affût de nos prochains messages, afin de vous tenir au courant des événements importants.

Surveillez également les *Infolettres* publiées par la Régie. Elles ont pour but de nous informer sur des irrégularités observées lors de visites administratives dans les cabinets ou lors de l'évaluation de la facturation. Elles sont aussi une source d'information précieuse sur les activités de la RAMQ et sur les méthodes de facturation.

Finalement, la direction des Affaires économiques est fière de représenter les médecins spécialistes. Tous les jours, chacun d'entre vous offre son soutien à la population, sur les plans individuel et humain, et nous sommes conscients de l'énergie que vous consacrez à chaque patiente ou patient afin de soulager sa détresse et de contribuer à son bien-être. Nous connaissons votre engagement professionnel et reconnaissons votre dévouement envers vos patients et leurs familles.

Soyez assurés que nous sommes déterminés à aplanir les obstacles auxquels vous devez faire face dans votre quotidien et que nous mettons tout en œuvre pour paver la voie à une pratique riche en satisfactions professionnelles dans l'accomplissement de votre vocation.

Vendredi 16 et samedi 17 novembre 2018

**2 JOURS
D'ACTIVITÉS**

Au Palais des congrès de Montréal
et dans plusieurs centres de simulation à Montréal

Venez vivre une expérience unique en DPC !

Plus d'une vingtaine de nos associations médicales affiliées ont développé conjointement des séances pour répondre à vos besoins.

Plusieurs de vos séances fédératives favorites sont de retour :

- Soins avancés en réanimation cardiovasculaire (ACLS)
- La santé psychologique : les leçons de la résilience
- L'abc de la photographie médicale
- Planifier sa pratique et s'ajuster aux changements : y avez-vous pensé ?

Et plus encore :

- La légalisation du cannabis : défi professionnel, social et légal
- Utiliser efficacement et en toute sécurité le iPhone et le iPad au travail
- Le consentement éclairé... bien au-delà d'une signature
- Baser ses décisions cliniques sur des connaissances scientifiques : aiguïser son jugement
- Vos compétences émotionnelles : amies ou ennemies ?
- Êtes-vous apte à évaluer l'inaptitude ?
- Comment établir un partenariat efficace et humain avec nos patients et leurs familles ?
- L'amélioration de la qualité des avis médicaux : un processus structuré utilisé au bureau d'évaluation médicale
- Soins et adolescents : enjeux contemporains

VOTRE ÉVÉNEMENT ANNUEL QUI FAVORISE DES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DE L'EXERCICE (CRÉDITS DE SECTION 3)

Une occasion unique pour favoriser le réseautage interdisciplinaire dans un environnement dynamique et stimulant !

Assurez-vous de rester des nôtres en fin de journée vendredi le 16 novembre pour nos activités de clôture.

Consultez le portail (fmsq.org/jfi) pour connaître nos partenaires hôteliers et profiter des tarifs préférentiels qui vous sont offerts.

AUCUNE INSCRIPTION SUR PLACE

Samedi le 17 novembre, une journée exclusivement consacrée à des activités de simulation :

- | | |
|---|---|
| • Soins avancés en réanimation néonatale (PRN) | d'une pathologie de la hanche |
| • Sécurité médicale avancée en imagerie | • Cours d'échographie ciblée en situation de choc (EGLS) |
| • La prise en charge optimale de l'anaphylaxie chez l'adulte et l'enfant – Une approche interdisciplinaire (AALS) | • Le travail interprofessionnel en gestion de crise : assurer l'efficacité de l'équipe pour améliorer l'issue des soins |
| • Situations critiques et d'urgences en obstétrique et en pédiatrie : améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant | • La détresse psychologique en milieu professionnel – Vaincre le silence |
| • La réanimation cardiorespiratoire (RCR) | • Communication avec le patient « difficile » |
| • Le dépistage échographique | • Atelier de pacification de crises |
| | • Gestion des voies aériennes difficiles |

Bénéficiez des tarifs réduits en confirmant votre inscription en ligne avant le 17 octobre – fmsq.org/jfi



LE COMITÉ DES CONDITIONS DE PRATIQUE

Une avancée majeure a été réalisée lors de la dernière négociation, celle de la reconnaissance du droit de la Fédération de négocier les conditions de travail des médecins spécialistes.

Éléments de l'Entente

Le Protocole d'accord MSSS-FMSQ portant sur le renouvellement de l'accord-cadre vient reconnaître le lien direct entre nos conditions de travail et la qualité des soins offerts aux patients. En page 11, on peut lire : « Les parties reconnaissent que les médecins spécialistes québécois doivent pouvoir disposer de conditions de pratique optimales pour exercer leur profession et répondre aux besoins de leurs patients et que la qualité des conditions de pratique a une incidence sur les conditions de prestation des soins aux patients, sur l'organisation du travail des médecins et sur le niveau de rétention et de recrutement des médecins spécialistes au Québec. »

Le comité abordera, d'ici le 31 juillet 2019, les sujets suivants :

- Les règles relatives à la gestion des effectifs médicaux;
- Le guide concernant la planification des effectifs de 2015;
- Les obligations générales ou spécifiques pouvant être rattachées aux privilèges;
- Le niveau d'activités des membres actifs ou associés considérant les quatre missions sur le plan clinique, universitaire, de la recherche et du rayonnement;
- Les privilèges dans plus d'un établissement ou dans un contexte de remplacement;
- Les situations où les besoins de l'établissement peuvent être comblés par un membre détenant ou pouvant détenir un statut de membre actif;
- Les obligations de l'établissement;
- Le rôle des chefs de département dans le cadre de la LSSSS ou de la « Loi 21 »;
- Les privilèges de membres associés;
- Le rôle du COGEM découlant de la Lettre d'entente n° 129;
- Les principes directeurs pour les médecins en fin de carrière;
- La notion de postes en réseau et les conditions d'application;
- La portée géographique dans l'octroi des privilèges pour accomplir la mission de l'établissement (bris de services et services découlant du plan d'organisation);
- Toute autre question d'intérêts communs aux parties.

de nombreux problèmes soulevés dans vos milieux de travail; elles font écho aux préoccupations dont vous nous faites part. Il a été convenu de ne pas attendre la fin des travaux en 2019 pour livrer l'ensemble des recommandations, mais de prioriser certains thèmes, de faire des rapports d'étape afin de régler au fur et à mesure certaines difficultés et de statuer sur des règles claires et communes à l'ensemble du réseau.

Travaux en cours

Les travaux ont débuté en avril; les membres du comité se sont entendus sur les thématiques à prioriser pour les premières rencontres : la gestion des fins de carrière; la question des membres associés; les statuts et privilèges, y compris les obligations inter-installation; et, le remplacement et le « moonlighting ».

L'équipe de la Fédération poursuit ses analyses et ses réflexions parallèlement à ces travaux. Une réunion spéciale de la Commission des présidents (17 mai dernier) a permis d'aborder, ces sujets. Les réflexions, préoccupations et enjeux soulevés par les représentants de chacune de vos associations nous permettent de faire progresser les discussions.

De façon concrète, les parties ont convenu de former un comité conjoint portant sur les conditions de pratique.

Composition et mandat du comité

Le comité conjoint regroupe trois représentants du MSSS, dont la sous-ministre associée à la Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire; un représentant du secrétariat du Conseil du trésor et quatre représentants de la Fédération, soit D^r Raynald Ferland, M^e Sylvain Bellavance, D^r Hoang Duong, interniste et président de l'ASMIQ, et D^{re} Michèle Drouin qui coordonne les travaux du comité.

À la suite de ses travaux, le comité doit formuler ses recommandations relatives aux conditions de pratique des médecins ainsi qu'aux questions d'intérêts communs qui auront été abordées et les transmettre au ministre et à la FMSQ.

Certaines recommandations s'adresseront au MSSS, si elles concernent les politiques ou les règlements qui relèvent de sa juridiction, tandis que d'autres devront être discutées à la table de négociation et, éventuellement, être incluses dans une modification apportée à l'Entente.

Plusieurs des thèmes à aborder portent sur des interrogations et sur

Le Comité de conciliation

Le Protocole d'accord prévoit également mettre en place un comité de conciliation permanent qui se penchera sur des problèmes spécifiques et ponctuels, touchant un médecin ou un groupe de médecins. Nous en traiterons plus tard.

C'est avec beaucoup d'intérêt et d'énergie que nous nous engageons à relever ce nouveau défi. Déjà, les travaux progressent et certains consensus semblent se dégager. Nous resterons vigilants afin de défendre votre droit à des conditions de travail permettant d'offrir des soins accessibles et de qualité à vos patients.

JE SUIS MÉDECIN SPÉCIALISTE ASSURÉ PAR SOGEMEC

UN PARTENAIRE DE PLUS DE 40 ANNÉES
QUI COMPREND TOUTES VOS PRIORITÉS



Afin de souligner nos 40 années à vos côtés, tous nos clients ayant souscrit à une police d'assurance avec nous d'ici le 31 décembre 2018 deviennent automatiquement éligibles au tirage¹ de l'une des 4 cartes-cadeaux de 1 000 \$ applicables dans un établissement



RELAIS & CHATEAUX.

Sogemec est assurément votre meilleur choix pour pleinement profiter des beaux moments de votre vie et de la force de votre réseau.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

TOUS VOS PRODUITS D'ASSURANCES

Vie
Invalidité
Frais généraux
Maladies graves
Soins de longue durée

Médicaments/ass. voyage
Maladie/ass. voyage
Dentaire
Automobile et habitation
Entreprise

PARTOUT AU QUÉBEC : 1 800 361-5303 | information@sogemec.qc.ca

Sogemec 40 ans
ASSURANCES

¹ RENSEIGNEMENTS DISPONIBLES À WWW.SOGEMEC.QC.CA/MDF/CONCOURS40ANS

L'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

Vous vous demandez encore si votre plan de DPC répond bien à vos besoins. Voici une étude portant sur l'évaluation des connaissances acquises lors d'un atelier de formation sur l'amélioration de la pratique médicale. Elle a été effectuée par des membres de l'Association des spécialistes en médecine préventive du Québec : elle vous donnera certainement des informations que vous pourrez adapter à votre spécialité médicale. Je tiens à remercier D^{re} Susan Stock et ses collaborateurs, D^{re} Hélène Bélanger-Bonneau et Jeremy Labrecque, Ph. D., d'avoir accepté de partager leurs résultats et observations, et j'invite les membres des autres associations médicales à me soumettre d'autres projets qui feront avancer le DPC à la FMSQ.

– Sam J. Daniel, M.D., directeur, Développement professionnel continu – FMSQ

Évaluation des connaissances lors d'un congrès annuel

En 2016, des changements majeurs ont été apportés au maintien de la certification des médecins spécialistes et à l'amélioration de la pratique des médecins. D'une part, le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (CRMCC) a proposé une nouvelle version du référentiel de compétences CanMEDS (Frank JR et coll., 2015), dont le modèle de formation appelé « la compétence par conception ». D'autre part, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a participé au groupe de travail sur la stratégie pancanadienne pour améliorer la pratique des médecins. Ce groupe a proposé un processus de développement professionnel continu (DPC) pour les médecins qui intègre des étapes pour comprendre leur pratique, l'évaluer et déterminer leurs besoins en DPC en vue de les combler.

Lors de son congrès annuel tenu en avril 2016, le comité scientifique du congrès de l'Association des spécialistes en médecine préventive du Québec (ASMPQ) a organisé un atelier de formation sur les innovations en DPC afin de déterminer quels étaient les besoins de ces médecins spécialistes en matière d'apprentissage pour améliorer leur pratique, l'objectif étant de les combler. Cet atelier visait à aider les spécialistes en santé publique et médecine préventive ainsi que les spécialistes en médecine du travail à mieux prendre en charge leur développement professionnel continu et à répondre aux exigences en émergence en permettant l'évaluation

de leur pratique et la détermination plus précise de leurs besoins en ce sens. Les objectifs pédagogiques de cette activité étaient de :

1. Décrire les nouvelles dispositions du référentiel de compétences CanMEDS 2015, du modèle proposé par le CRMCC et appelé « la compétence par conception », et de la stratégie canadienne pour l'amélioration de la pratique médicale (APM) ;
2. S'approprier les cadres conceptuels de ces stratégies et des outils pratiques du modèle « la compétence par conception » pour évaluer la pratique des médecins et déterminer leurs besoins en DPC afin d'améliorer leurs compétences pratiques ;
3. Déterminer le rôle des principaux intervenants au sein du système d'amélioration de la pratique médicale au Québec et au Canada.

Un projet d'évaluation a été élaboré afin de mesurer les connaissances acquises.

Objectifs du projet

Évaluer les connaissances acquises lors de cette activité de formation à l'aide d'un questionnaire rempli avant et après l'activité de formation.

Méthodologie

Le questionnaire avant et après l'activité de formation

Un questionnaire de 14 questions a été envoyé aux participants afin d'évaluer quelles étaient leurs connaissances avant l'atelier. À la fin de l'activité, tous les participants

ont été invités à remplir en ligne le même questionnaire, au cours des deux semaines suivant l'activité de formation.

Les réponses au questionnaire ont été entrées dans une base de données et ont été soumises à l'analyse. Deux méthodes différentes ont été utilisées pour calculer les résultats obtenus chaque fois.

1. La première méthode (méthode 1) consistait à attribuer un point pour chaque bonne réponse à l'ensemble de chaque question, toute mauvaise réponse ne valant aucun point. Un score de « 0 » était attribué s'il y avait au moins une mauvaise réponse dans le cas d'une question à choix multiple. Le nombre maximal de points était de 14 pour 14 questions.
2. La seconde méthode (méthode 2) comptabilisait toutes les bonnes réponses et attribuait un point à chaque bonne réponse pour chacun des choix de réponse. Par exemple, la question 6 comportait 5 bonnes réponses parmi un choix de 5 réponses, la question 7 comportait 7 bonnes réponses parmi un choix de 8 réponses, tandis que plusieurs autres questions n'avaient qu'une seule bonne réponse. Un point a été attribué pour chaque bonne réponse. Le questionnaire de 14 questions comportait 35 bonnes réponses et, par conséquent, le nombre maximal de points pour la méthode 2 était de 35.

► Le total des points obtenus dans les deux cas par chaque participant a été comptabilisé selon les deux méthodes. La différence entre les résultats obtenus avant et après l'activité de formation permet de mesurer l'acquisition de connaissances. Un test *t* bilatéral permettait d'obtenir la valeur *p* de l'hypothèse nulle, selon laquelle il n'y a pas de différence dans les résultats obtenus dans les deux cas et pour un même participant.

Résultats

Participants à l'étude

En tout, 87 membres de l'ASMPQ ont assisté à l'atelier de formation et 74 ont répondu au moins une fois au questionnaire (taux de participation de 85,1%). Quant au questionnaire rempli après l'atelier, 63 y ont répondu. Après avoir éliminé ceux qui n'y ont répondu qu'une seule fois, il restait 58 participants ayant rempli le questionnaire avant et après l'atelier.

Scores obtenus selon la méthode de calcul

Selon la méthode 1, la moyenne des points obtenus pour le questionnaire rempli avant l'atelier de formation a été de 6,6 (Tableau 1 : intervalle de confiance [IC] de 95% : 6,1-7,1) et celle des points obtenus au questionnaire rempli après l'atelier a été de 8,8 (IC : 8,4-9,2). L'amélioration dans les réponses au questionnaire a été de 2,2 points (IC : 1,7-2,7 ; *p* < 0,001). Sur les 58 participants, 46 (79,3%) ont amélioré leur résultat, 6 (10,3%) ont obtenu un résultat inférieur à celui du questionnaire rempli avant l'atelier et 6 ont obtenu le même résultat avant et après l'atelier.

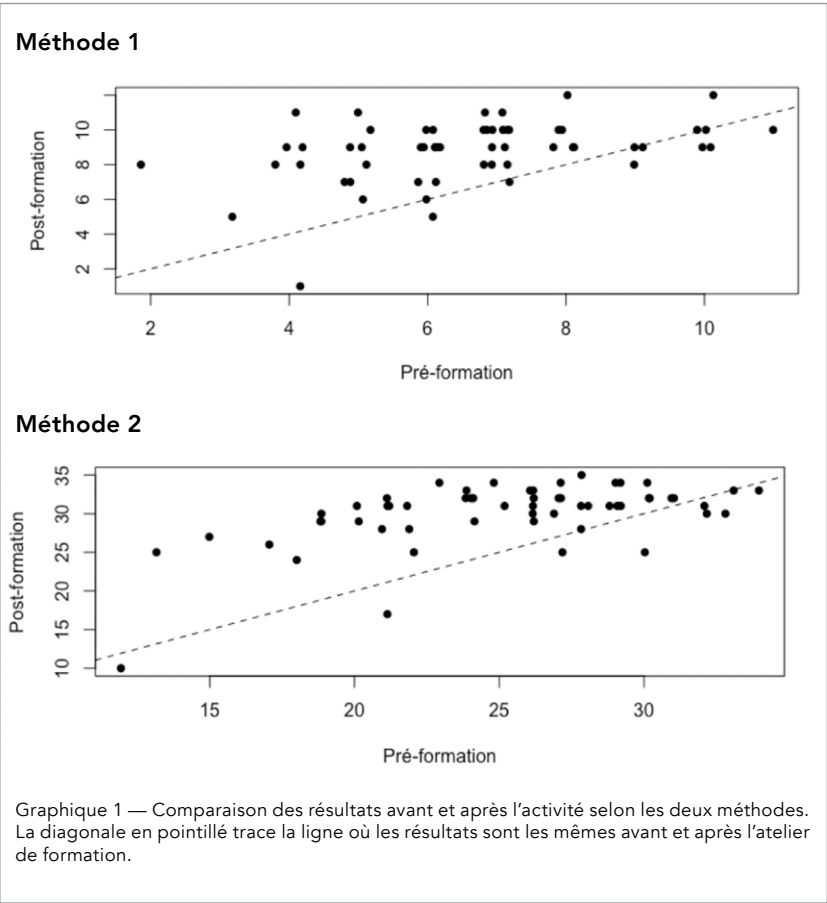
Selon la méthode 2, la moyenne des points obtenus pour le questionnaire rempli avant l'atelier de formation a été de 25,0 (intervalle de confiance [IC] de 95% : 23,8-26,2) et celle des points obtenus après l'activité a été de 30,0 (IC : 29,1-31,0). D'un questionnaire à l'autre, les points se sont améliorés de 5,0 points (IC : 4,0-6,1 ; *p* < 0,001). Parmi les 58 participants, 48 (82,8%) ont amélioré leur résultat, 8 (13,8%) ont obtenu un résultat inférieur à celui du questionnaire rempli avant l'atelier et 2 (3,4%) ont obtenu le même résultat.

Tableau 1						
Méthode	Variable	Moyenne	Médiane	Écart type	Intervalle de confiance de 95 %	Valeur <i>p</i> *
Méthode 1	Avant	6,6	6,5	1,9	6,1 - 7,1	
	Après	8,8	9,0	1,8	8,4 - 9,2	
	Différence	2,2	2,5	2	1,7 - 2,7	< 0,001
Méthode 2	Avant	25	26	5	23,8 - 26,2	
	Après	30	31	4,1	29,1 - 31,0	
	Différence	5	5	4,4	4,0 - 6,1	< 0,001

* Valeur *p* d'un test *t* bilatéral indiquant une différence statistiquement significative entre les résultats obtenus avant et après l'atelier de formation

Le Graphique 1 compare les résultats avant et après l'activité de formation selon les deux méthodes. Les participants dont les résultats se situent au-dessus de la ligne pointillée ont amélioré leurs connaissances.

Ce graphique permet de mieux visualiser le nombre de participants ayant le plus bénéficié de l'activité. Nous pouvons constater qu'après l'atelier les connaissances de la grande majorité des participants s'étaient améliorées.



Graphique 1 — Comparaison des résultats avant et après l'activité selon les deux méthodes. La diagonale en pointillé trace la ligne où les résultats sont les mêmes avant et après l'atelier de formation.

► À la lumière de ce graphique, nous pouvons constater que, selon la méthode 2, les participants qui auraient le plus bénéficié de l'activité de formation sont ceux dont les résultats étaient les moins bons avant l'activité, car les points les plus à gauche sont aussi les plus éloignés de la ligne pointillée. Pour chaque point obtenu de plus avant l'atelier, les participants se sont améliorés en moyenne de 0,6 point (IC : 0,4-0,8) et moins selon la méthode 1. Par exemple, ceux qui ont obtenu un résultat de 7 avant l'atelier se sont améliorés en moyenne de 2,0 points et ceux qui ont obtenu un point de moins avant l'activité (soit 6) se sont améliorés en moyenne de 2,6 points. Cette statistique pour la méthode 2 a une valeur de 0,5 (IC : 0,4-0,7). La plupart des participants n'ayant pas amélioré leurs résultats étaient ceux qui avaient obtenu un bon pointage avant l'activité, en partie parce que leurs résultats supérieurs étaient déjà très proches du pointage maximum, ce qui réduit les possibilités d'amélioration.

Le Graphique 2 illustre la répartition des scores obtenus avant et après l'activité de formation.

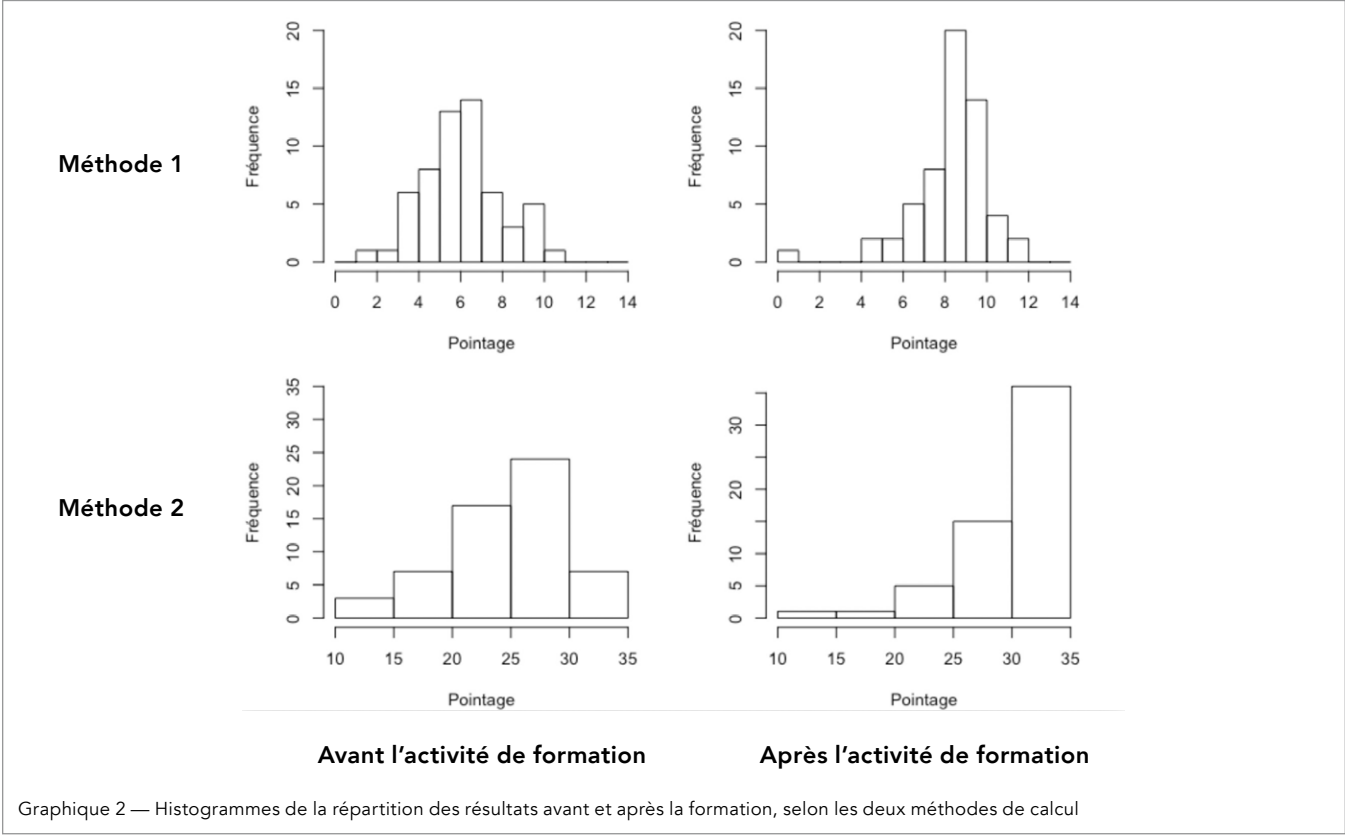


Tableau 2						
Question	Méthode 1			Méthode 2		
	Avant	Après	Différence	Avant	Après	Différence
Question 1	0,84	0,86	0,02	0,84	0,86	0,02
Question 2	0,16	0,05	-0,11	0,16	0,83	0,67
Question 3	0,69	0,59	-0,10	0,72	0,74	0,02
Question 4	0,74	0,83	0,09	0,74	0,83	0,09
Question 5	0,29	0,72	0,43	0,29	0,72	0,43
Question 6	0,28	0,83	0,55	0,14	0,96	0,82
Question 7	0,07	0,14	0,07	0,12	0,89	0,77
Question 8	0,43	0,83	0,40	0,18	0,91	0,73
Question 9	0,86	0,91	0,05	0,95	0,95	0,00
Question 10	0,03	0,12	0,09	0,13	0,52	0,39
Question 11	0,47	0,81	0,34	0,20	0,92	0,72
Question 12	0,69	0,95	0,26	0,69	0,95	0,26
Question 13	0,07	0,17	0,10	0,07	0,17	0,10
Question 14	0,95	0,88	-0,07	0,95	0,88	-0,07

Le Tableau 2 montre les réponses obtenues avant et après l'atelier de formation pour chaque question et selon les deux méthodes de calcul. Une plus grande amélioration des connaissances a été observée pour les questions 5, 6, 8, 11 et 12 (Tableau 2). Les écarts dans les résultats obtenus aux questions 2 et 7, entre l'une et l'autre méthode, indiquent que, même si les participants ont choisi plus de bonnes réponses après l'activité de formation, ils ont tout de même choisi au moins une mauvaise réponse.

► Interprétation

Cette étude sur l'évaluation des connaissances associées à ce type de formation montre qu'après l'atelier les connaissances de la grande majorité des participants s'étaient améliorées. Pour ce qui est des questions 2 et 7, les connaissances d'une importante proportion de participants ne s'étaient pas améliorées (selon la méthode 1). En ce qui concerne la question 2, nous constatons que plusieurs participants ne connaissaient pas tous les objectifs du modèle appelé « la compétence par conception » du CRMCC et, qu'après l'atelier de formation, ils n'avaient pas retenu tous les objectifs, au nombre de 5, de ce modèle. En ce qui concerne la question 7, plusieurs participants ne savaient pas qu'il y avait eu un changement dans les compétences proposées entre la première et la dernière version du référentiel de compétences CanMEDS : la compétence de « gestionnaire » a été remplacée par la compétence de « leader ».

L'une des limites de cette étude, c'est que les connaissances après l'atelier de formation sont évaluées à très court terme et que, par conséquent, nous ignorons dans quelle mesure les connaissances sont acquises à long terme. Par ailleurs, cette étude ne compte pas de groupe témoin. Il reste, toutefois, qu'il est peu probable que les améliorations relatives aux connaissances acquises grâce à l'atelier de formation et que nous avons observées soient dues au hasard ou au processus consistant à répondre au questionnaire.

Cette étude sur l'évaluation des connaissances associées à ce type de formation montre qu'après l'atelier les connaissances de la grande majorité des participants s'étaient améliorées.



CanMEDS

© 2015 THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA.
HTTP://WWW.ROYALCOLLEGE.CA/RC/SITE/CANMEDS/CANMEDS-FRAMEWORK-E.
REPRODUCED WITH PERMISSION.

De plus, cette évaluation se limite aux connaissances acquises et ne porte pas sur les effets de leur acquisition sur la pratique médicale. Il est reconnu que l'amélioration des connaissances est nécessaire, mais insuffisante pour que les comportements du médecin changent dans sa pratique (Glanz K et coll., 2008).

Lorsque les exigences du Collège des médecins du Québec en matière de développement professionnel continu seront établies de façon plus définitive, nous avons l'intention d'élaborer des outils permettant à nos membres d'évaluer leur pratique afin de mieux cibler leurs besoins personnels en DPC et ainsi favoriser de meilleures pratiques en santé

publique et en médecine du travail. Une évaluation de l'impact de l'utilisation de ces outils d'évaluation de la pratique sur les éléments de la pratique visés est envisageable.

Conclusion

L'activité de formation présentée au Congrès de l'ASMPQ en 2016 a eu des retombées positives sur les résultats d'acquisition de connaissances obtenus par les participants ayant répondu au questionnaire, peu importe la méthode de calcul du pointage. L'effet positif le plus marqué chez les participants ayant moins bien répondu au questionnaire avant l'activité de formation montre que cet atelier a bien aidé ceux qui en avaient besoin.

Par ailleurs, même si ces résultats ont un intérêt certain, il reste beaucoup de travail à réaliser pour être en mesure de soutenir les modifications à apporter à la pratique médicale et de pouvoir évaluer les changements ainsi obtenus.

Références

- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health behavior and health education : theory, research, and practice, San Francisco : Jossey-Bass, 4th edition, 2008, 552 p.
- Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. En ligne : http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework_FR_Reduced.pdf

*Les auteurs de cet article sont :

- Susan Stock, M.D., M.Sc., FRCPC, est spécialiste en médecine préventive et en médecine du travail, médecin-conseil à l'INSPQ et professeure agrégée de clinique à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.
- Hélène Bélanger-Bonneau, M.D., M.Sc., MPH, FRCPC, est spécialiste en médecine préventive au CISSS des Laurentides.
- Jeremy Labrecque, Ph. D., stagiaire postdoctoral à l'Université Erasmus MC (et candidat au doctorat à l'Université McGill lors de sa participation à ce projet).

The background of the page is a photograph showing the silhouettes of two people in a tandem kayak on a body of water. The sun is low on the horizon, creating a shimmering, golden reflection on the water's surface. The kayakers are positioned in the lower half of the frame, with their paddles raised. The overall mood is serene and collaborative.

LE PATIENT PARTENAIRE UN TANDEM GAGNANT

Pendant longtemps, le patient - celui qui recevait des soins - ne pouvait jouer qu'un rôle passif, acceptant sans discussion les soins qui lui étaient fournis et suivant à la lettre les consignes du personnel soignant. Ça se passait ainsi ici, au Québec, comme ailleurs dans le monde. La Révolution tranquille des années 1960 a fait jaillir les premiers soubresauts d'une émancipation : le patient voulait dès lors savoir, obtenir des informations sur ce qui se passait autour de lui.

Il y a cinq ans, une équipe de passionnés posait la pierre angulaire de ce qui deviendrait un mouvement visant à intégrer le patient au continuum de soins offerts par les professionnels de la santé. L'idée de ce mouvement appelé *Montreal Model* était d'amener le patient à participer activement, voire à faire équipe avec son médecin, en ce qui concerne tant le diagnostic que le plan et le suivi du traitement.

Le Spécialiste a demandé aux initiateurs de ce mouvement de revenir sur les premiers moments de ce qui est aujourd'hui la Direction collaboration et partenariat patient de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Non seulement cette entité a-t-elle changé les paradigmes entourant les soins, mais elle trouve aujourd'hui écho du côté des organismes accréditeurs et régulateurs, tels Agrément Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins du Québec et autres. À l'heure actuelle, ces derniers tentent tous de trouver le moyen d'obtenir la participation de patients au sein de leurs comités responsables de la définition des nouvelles normes ou en tant que parties prenantes lors des visites d'agrément et autres comités similaires.

C'est dire que le partenariat patient est déjà plus qu'un simple mouvement.



Par Andrée Boucher, M.D.*

Collaboration et partenariat patient

LA PETITE HISTOIRE D'UN GRAND PROJET

Un point de départ, la création du CPASS

En 2006, sous l'impulsion d'un doyen avant-gardiste, D^r Jean Rouleau, naissait le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), un carrefour innovant regroupant les forces vives de la pédagogie au sein de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Parmi les mandats de cette nouvelle structure, l'implantation de l'approche par compétences au sein du cursus médical occupait une grande place.

qui agissait à titre de consultant en design organisationnel, un rôle tout à fait différent que celui qu'il connaissait bien : celui de patient hémophile!

D'abord et avant tout, ils voulaient répondre à la question suivante, qui leur semblait fondamentale : pourquoi voulions-nous améliorer les programmes de formation en créant un centre de pédagogie, noyau de l'innovation pédagogique?

Le consensus autour de cette question s'est établi très rapidement : ils

voulaient tous s'assurer de parfaire les compétences des professionnels de la santé en matière de soins afin de mieux répondre aux besoins du patient, en permettant à ce dernier de participer aux décisions thérapeutiques et aux interventions qui le concernent, et ce, en tant que membre à part entière de l'équipe de soins. À partir de cet instant, l'implantation de l'approche par compétences au sein du cursus en médecine, la révision du programme de doctorat en médecine, la formation à la collaboration

interprofessionnelle ont été teintées par cette vision unique de l'importance primordiale du patient dans la formation de la relève chez les professionnels de la santé.

Plusieurs jalons ont marqué l'intégration graduelle du partenariat patient au sein des programmes de la faculté. L'une de ces étapes s'est

révélée capitale : l'arrivée de Vincent Dumez, invité par le doyen de la faculté, D^r Rouleau, à participer aux activités des comités stratégiques de l'Université de Montréal (notamment au conseil facultaire) et de son Réseau universitaire intégré de santé (RUIS). La création officielle du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (BEFPP) signe alors une étape déterminante pour l'inclusion de ce nouveau concept à toutes les étapes de la formation en sciences de la santé.

De nombreuses réalisations

Dès le début, plusieurs initiatives, dont la révision du cursus de médecine en y intégrant l'approche par compétences, la réforme du programme de doctorat en médecine et certains programmes des Instituts de recherche en santé au Canada, se trouvent transformées par le concept de « patient partenaire », tandis que d'autres projets sont précisément créés pour répondre au besoin de travailler en collaboration interprofessionnelle, tout en incluant le patient dans l'équipe.

Sous l'impulsion du Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle émergent des cours siglés regroupant chaque année du programme de premier cycle plus de 1 500 étudiants de 13 disciplines de la santé et des sciences psychosociales. En équipes interdisciplinaires, de petits groupes d'une dizaine d'étudiants travaillent à distance sur une plateforme d'apprentissage en ligne et participent à des ateliers en salle coanimés par des tandems patient-intervenant de



Afin de mieux définir la vision, la mission, les valeurs du CPASS et son plan stratégique, plusieurs séances de réflexion ont eu lieu en présence de tous les acteurs qui ont œuvré à sa mise en place, soit Bernard Millette, D^{re} Paule Lebel, D^{re} Andrée Boucher, D^r Bernard Charlin, Monique Chaput et d'autres. Ces rencontres étaient animées par Vincent Dumez,

► la santé. Toute une aventure que de réunir tout ce monde, mais quelle richesse dans les échanges!

En 2013, une nouvelle direction est créée au CPASS dorénavant intégré à un vice-décanat dirigé par D^{re} Andrée Boucher. La Direction de la collaboration et du partenariat patient est née de la fusion du BFEPP et du secteur de la collaboration interprofessionnelle du CPASS et a été placée sous la responsabilité conjointe de Vincent Dumez et de D^{re} Paule Lebel. Une codirection gagnante, car elle est complémentaire. Elle allie, chez l'un, la perspective vécue et éclairée du patient, ses compétences en design organisationnel, sa connaissance du réseau et son intérêt pour l'importance des arts et des sciences humaines dans la formation médicale (éthique clinique). Chez l'autre, on retrouve l'humanisme du médecin, l'expertise de l'éducatrice en matière de pratiques collaboratives depuis de nombreuses années, sa compréhension de l'approche par compétences et sa connaissance des soins et services de santé.



D^r Philippe Karazivan

Pour répondre à une demande de plus en plus pressante, l'équipe s'est agrandie avec le temps : Messieurs André Néron, Alexandre Berkesse, Luigi Flora et D^r Philippe Karazivan (aujourd'hui le co-directeur) ont été

les premiers grands collaborateurs. Toujours plus riche grâce à ces nouvelles compétences, l'équipe peaufine les concepts et les présente à l'ensemble de la communauté des intervenants en soins et services de santé. Nous devons en outre au groupe ainsi formé des documents fondateurs permettant de perpétuer et de diffuser les avantages du partenariat avec le patient. Citons en exemple le *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services* du RUIS de l'Université de Montréal, les référentiels de compétences et autres documents de base.



Que retenir de ce projet unique ? En gros, deux perspectives indissociables : celle du patient, celle du soignant. Mais, surtout, que le partenariat avec le patient a changé le paradigme de la relation thérapeutique.

Un cours d'éthique clinique pendant l'externat et la résidence en médecine intègre par ailleurs les principes fondamentaux du partenariat patient.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît rapidement l'importance de ce changement de paradigme dans les soins et soutient l'implantation du partenariat patient dans le cadre de différents projets pilotes (projets d'amélioration continue de la qualité et projets LEAN) incluant des équipes de soins de première ligne et de soins spécialisés.

En 2016, le Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) voit le jour grâce à l'obtention d'une aide du fonds des priorités de l'Université de Montréal. C'est le résultat de l'union de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et de la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et le public tenue par D^r Antoine Boivin. Les trois missions d'une faculté de médecine sont ainsi réunies par ce projet : l'enseignement, les soins et la recherche.

Que retenir de ce projet unique ?

En gros, deux perspectives indissociables : celle du patient, celle du soignant. Mais, surtout, que le partenariat avec le patient a changé le paradigme de la relation thérapeutique. La complémentarité des expériences devient une source d'enrichissement professionnel et personnel. Chacun apprend de l'autre. Les équipes travaillent mieux en collaboration si elles ont le même objectif et si leurs plans d'intervention sont en accord avec les projets de vie des patients.

Le partenariat avec le patient a changé le paradigme de la relation thérapeutique. La complémentarité des expériences devient une source d'enrichissement professionnel et personnel. Chacun apprend de l'autre.

Il reste de nombreux défis à relever avant que le partenariat avec le patient soit systématiquement implanté dans l'ensemble des milieux cliniques, mais l'avenir est prometteur.



Par Vincent Dumez, M.Sc.*

Le patient partenaire

RACINES ET MOTEURS DU CHANGEMENT EN COURS

Voilà maintenant huit ans que le programme patient partenaire, que l'on appellera plus tard de façon plus inclusive le « partenariat patient », est né à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Beaucoup de chemin a été parcouru depuis lors et nous avons multiplié les expériences d'engagement des patients avec des cliniciens, des enseignants, des chercheurs et des décideurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Chaque de ces expériences fut une occasion unique de bien comprendre la nature même des savoirs patients, d'analyser la manière de les mobiliser dans différents contextes de partenariat et surtout d'évaluer leur valeur ajoutée en matière d'amélioration et d'évolution du système de santé ici, au Québec, mais aussi au Canada et à l'international.

Avant de me lancer dans un bilan en règle de là où nous en sommes et de ce que nous pouvons entrevoir comme avenir, j'aimerais d'abord prendre le temps de replonger de manière très personnelle dans la genèse de ce concept de patient partenaire qui s'est inscrit très tôt comme une évidence dans ma vie de patient. Dès ma nomination comme responsable de ce tout nouveau programme en tant que patient, ce qui constituait une première mondiale, d'ailleurs, j'ai effectivement puisé dans ce que m'avait enseigné la vie avec l'hémophilie, mais aussi le VIH, l'hépatite et l'asthme, dans ce que m'avaient appris mes expériences au sein de systèmes de santé qui n'évoluaient pas aussi rapidement que les besoins populationnels, exigeant alors des patients une capacité d'adaptation toujours plus grande.

Dès le départ, il était évident pour moi que ce que nous allions réaliser devait avoir comme principal objectif de promouvoir une vision des soins

plus adaptée aux enjeux sociétaux du moment, une vision qui rétablirait une approche partenariale de la relation de soins aux bénéfices des patients, mais aussi de tous les intervenants de notre système. **Je pensais que cet objectif n'était pas si difficile à atteindre, car j'avais l'intime conviction que chez chaque malade et dans chaque histoire de vie avec la maladie, nous allions trouver les racines d'un partenariat de soins entre patients et professionnels. Je croyais au simple fait que le partenariat était une dynamique primordiale, profondément humaine, dont l'émergence est naturelle et qu'il fallait surtout apprendre à ne pas l'étouffer maladroitement afin de laisser les patients développer un nouveau leadership sur une vie transformée par la maladie.** Après huit ans, je crois que c'est la principale démonstration que nous sommes en train de faire, même si nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir. Mais, avant de sauter aux conclusions, revenons à la naissance de mon « intime conviction ».

Je suis un hémophile sévère de type A¹. Comme vous le savez certainement déjà, cette maladie est héréditaire et provoque une déficience majeure de la coagulation dès la naissance. Les traitements sont administrés sous forme de transfusions sanguines par injection intraveineuse de facteurs de coagulation en fonction de

la récurrence des accidents hémorragiques – deux à quatre fois par semaine dans mon cas. Les saignements dans les muscles et les articulations sont les problématiques les plus fréquentes et les plus persistantes durant l'enfance et toute la période de croissance d'une personne vivant avec l'hémophilie. L'apprentissage de la marche, les premières chutes, les jeux avec les amis et l'expérimentation des sports sont autant d'occasions de saignements divers et variés qui demandent des traitements, puis une immobilisation sur une longue période de temps.

Ceci était particulièrement vrai dans les années 1970, durant ma petite enfance, alors que ces traitements étaient moins efficaces qu'aujourd'hui et que les hémorragies avaient largement le temps de se développer avant que l'on puisse rétablir adéquatement le niveau de coagulation. Ma vie ressemblait alors à une succession sans fin de saignements et de périodes de rétablissement, de trajets hebdomadaires entre l'hôpital et la maison avec, en trame de fond, un objectif personnel très obsessif et aussi vieux que je me souviens : avoir malgré tout une « vie normale ».

Seulement voilà, une question s'est posée très tôt dans mon processus de soins et dans cette quête de normalité : comment

* L'auteur est patient et codirecteur du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public de la Faculté de médecine – Centre de recherche du CHUM de l'Université de Montréal.

► faire pour que ma famille et moi-même puissions gagner en autonomie et développer une capacité minimale d'autodiagnostic et d'autotraitement ? Dans cette question, qui se pose naturellement chez de très nombreux patients, pousse l'une des premières racines du partenariat. C'est certainement la plus vitale, car c'est celle qui porte en parallèle la dimension douloureuse et handicapante de la maladie, l'espoir d'une émancipation individuelle malgré les contraintes et la nécessité d'une adaptation forcée à un environnement qui change souvent brutalement et drastiquement. En effet, le partenariat va alors être une condition *sine qua non* pour permettre aux patients de mobiliser les multiples ressources qui vont leur permettre d'atteindre un nouvel équilibre de vie par

Le partenariat va être une condition *sine qua non* pour permettre aux patients de mobiliser les multiples ressources qui vont leur permettre d'atteindre un nouvel équilibre de vie par le biais de mécanismes naturels d'apprentissage et d'adaptation.

Par exemple, j'ai eu très rapidement conscience de chacune des parties de mon corps qui souffraient ou éventuellement saignaient à un moment ou à un autre. Chacune de mes articulations subissait l'une après l'autre, et parfois parallèlement, des épisodes hémorragiques. C'était alors chaque fois pour moi l'occasion de mieux comprendre intimement et intuitivement les différents mécanismes inflammatoires et leur logique de rétablissement.

Au fil de ces expériences, j'apprenais donc à m'adapter, à trouver les meilleures façons d'avoir moins mal, les meilleures approches pour m'adapter physiquement et mentalement, pour me libérer de l'emprise de la douleur et du handicap du moment. J'ai également appris à me protéger en reconnaissant les gestes à ne pas poser, les limites des efforts

à ne pas dépasser et les situations plus à risque qui demandaient davantage de vigilance. J'ai appris à évaluer les risques de certaines actions (notamment lorsque je faisais du sport), mais aussi à trouver les solutions à ma disposition dans le cas où ces risques se réalisaient. Mes parents et mes grands-parents sont aussi passés par le même cheminement, ce qui me permettait d'être entouré de personnes proches qui devenaient de plus en plus compétentes.

C'est donc toute la famille qui générait et partageait alors des savoirs bruts issus des bonnes et mauvaises expériences de la vie avec la maladie. Ces savoirs expérientiels constituaient donc une autre racine importante du partenariat puisque nous avons eu la chance d'avoir des équipes de soins qui les ont reconnus comme complémentaires aux leurs, comme non menaçants et conséquemment comme une forte valeur ajoutée à la réussite du processus de soins. J'ai eu effectivement la chance dans mon parcours avec l'hémophilie d'être suivi dans des cliniques de soins d'avant-garde en France, puis au Canada qui, dès les années 1970, dès mes premières expériences avec la maladie, ont su reconnaître l'importance de développer encore davantage nos savoirs expérientiels en y agrégeant des savoirs plus techniques et scientifiques. Ces cliniques ont souvent su établir de solides partenariats avec les associations de patients hémophiles qui ont collaboré largement aux processus d'éducation thérapeutique. Encore quelque chose d'assez unique pour l'époque.

Donc, grâce à l'enseignement que je recevais dans ces cliniques d'hémophilie, j'ai pu rapidement développer des réflexes d'autotraitement et d'autodiagnostic qui m'ont permis d'augmenter considérablement ma sphère de liberté et mon autonomie.

Certaines de ces cliniques, le plus souvent en collaboration avec les milieux associatifs, ont même poussé l'innovation en faisant participer des patients et des familles plus expérimentés à la formation des patients et des familles qui l'étaient moins. Ils comprenaient clairement que si la meilleure personne pour former un médecin était un médecin et que si la meilleure personne pour former une infirmière était une infirmière, il en était de même pour le patient ! Voilà une autre racine tout aussi importante du partenariat de soins : reconnaître que les patients,

le biais de mécanismes naturels d'apprentissage et d'adaptation qui relèvent simplement de la nécessité de survie dans l'hostilité. C'est pour cela que ce partenariat émergera naturellement si on ne l'étouffe pas et s'épanouira à son rythme si on le valorise minimalement.

Avec le temps, j'ai constaté aussi que ce mécanisme d'apprentissage s'est nourri d'une accumulation tacite, mais bien réelle, de savoirs à travers l'expérience de la vie avec la maladie.



► grâce à la richesse de leurs savoirs, peuvent accompagner leurs pairs en transmettant leurs savoirs de la vie avec la maladie et compléter ainsi de manière très efficace l'offre de soins.

Alors oui, mille fois oui, il est naturel pour un patient de vouloir apprendre dès qu'il en a la capacité afin de gagner en autonomie, de retrouver une certaine normalité dans son quotidien, de passer le plus rapidement possible de la survie à la vie. Alors oui, il existe bien de nombreux et riches savoirs issus de la vie avec la maladie qui se développent naturellement et qui ont une grande valeur ajoutée au sein des processus de soins si on sait les reconnaître comme tels, les mobiliser, puis éventuellement les améliorer. Eh oui, les patients peuvent transmettre facilement leurs savoirs, devenir des enseignants naturels et extrêmement efficaces pour leurs pairs, mais aussi pour les cliniciens qui les accompagnent et pour les étudiants des sciences de la santé.



L'apprentissage, la construction de savoirs et la force de la transmission sont donc toutes des racines du partenariat qu'il est vital pour les patients de faire pousser, indépendamment de leurs origines, de leur niveau d'éducation ou de leur contexte social, afin de traverser les épreuves, de se reconstruire et d'éventuellement s'émanciper à nouveau malgré la maladie, avec la maladie, à travers la maladie.

Si le contexte est le moins favorable, s'il y a une forme de réciprocité par une reconnaissance mutuelle minimale des savoirs de tous et de l'interdépendance de ces savoirs dans la réussite du processus, nous avons pu observer que le partenariat émerge naturellement, presque facilement, finalement.

C'est ce que nous avons observé avec notre incroyable réseau de plus de 200 patients qui témoignent souvent de leur obsession de créer des partenariats de soins qui s'avèrent constructifs malgré plusieurs échecs et beaucoup de frustrations. Nous l'avons aussi observé à travers la centaine d'expériences de partenariat que nous avons menées ou accompagnées, comme celles des patients formateurs auprès des étudiants des sciences de la santé, des patients engagés activement comme partenaires de réseaux de recherche prestigieux ou, encore, des patients ressources intégrés directement au sein d'équipes de soins très variées.

Finalement, nous l'avons observé à travers les témoignages des très nombreux professionnels de la santé que nous côtoyons régulièrement et qui nous décrivent leur volonté et leurs actions pour bâtir des relations de partenariat avec leurs patients malgré toutes les contraintes d'un système qui n'est pas encore suffisamment façonné pour cela.

Une première mondiale... au Québec

Le mouvement est clairement lancé ici, au Québec, qui peut d'ailleurs se considérer comme un laboratoire unique au monde en la matière, mais aussi au Canada et dans plusieurs autres endroits, dont les États-Unis et l'Europe. La science, sur le sujet, se construit aussi progressivement en multipliant les démonstrations de

succès et en déterminant les enjeux et les limites dont il est essentiel de tenir compte. Il n'est pas envisageable aujourd'hui de conduire durablement et de façon responsable un changement d'une telle ampleur sans faire en parallèle la démonstration de sa portée et de son efficacité, aussi évident peut-il paraître. C'est pour cela que l'Université de Montréal, la Faculté de médecine et le Centre de recherche du CHUM ont lancé, il y a deux ans, le Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) afin de soutenir le développement de nouvelles expériences de partenariat tout en s'assurant d'élaborer en parallèle une science des meilleures pratiques en la matière.

Nous sommes donc tous en apprentissage de nouvelles techniques, de nouvelles façons d'être et de faire. Nous sommes de plus en plus nombreux et nous sommes soutenus aujourd'hui par des mécanismes de transformation puissants pour changer de façon durable notre culture du soin.

Au Québec, un leadership clair est assumé depuis quatre ans dans la recherche en soins de première ligne par l'Unité de soutien à la recherche axée sur le patient du Québec, qui a réussi à intégrer de façon décisive les efforts des quatre RUIS du Québec en matière de partenariat patient. Il y a aussi le travail réalisé au sein du MSSS, notamment par les équipes de la qualité qui viennent de produire un cadre de référence du partenariat patient qui va aider les CISSS et les CIUSSS à déployer sur des bases communes leurs capacités en la matière. Quelques-uns de ces CISSS-CIUSSS sont déjà des leaders en matière de meilleures pratiques et peuvent facilement se comparer aux meilleurs exemples à l'échelle internationale. L'INESSS a aussi décidé récemment de renforcer l'implication des patients dans ses travaux et de consolider ses méthodes d'évaluation pour mieux y intégrer leurs savoirs. Le Collège des médecins du Québec n'a pas hésité à intégrer ►

► des patients dans plusieurs de ses comités, notamment l'important comité de vigie pour l'application de la « Loi 41 ». Je n'oublie évidemment pas la FMSQ qui s'est engagée dans le mouvement depuis plusieurs années à travers, entre autres, son comité sur la sécurité des soins et ses cours de formation professionnelle.

Dorénavant, l'objectif n'est donc plus uniquement de faire les choses pour les patients, mais plutôt systématiquement avec eux, de ne plus seulement se centrer sur eux, mais plus de travailler en partenariat avec eux.

Au Québec, je ne peux passer sous silence ce qui restera certainement l'une des grandes innovations de notre système de santé, soit le lancement à l'échelle de la province du Carnet santé. Cet outil, qui donne aujourd'hui accès aux citoyens du Québec à beaucoup de leurs données de santé, pourrait devenir un outil incomparable d'apprentissage et d'autoévaluation dépendant des développements qui y seront consacrés. Sous l'impulsion du MSSS, la RAMQ qui est responsable de la mise en place du Carnet a récemment demandé la participation de patients dans l'établissement d'une vision de l'accès à l'information de santé par les citoyens, vision qui devrait justement cadrer sa mise en place. Cette première collaboration a montré combien il est important d'obtenir la collaboration des patients quand il s'agit d'outils développés pour eux afin de s'assurer de leur efficacité et d'éviter les gaspillages.

Au Canada, il y a le changement majeur initié, il y a maintenant plusieurs années, par Agrément Canada pour intégrer des patients de façon systématique au sein de son organisation afin qu'ils contribuent à l'élaboration des nouvelles normes et standards d'agrément, mais aussi en proposant une toute nouvelle approche de patients visiteurs, expérimentée pour la première fois au Québec l'année dernière.

Il y a bien entendu aussi le leadership pionnier de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et des Instituts de recherche en santé du Canada sans oublier l'Institut canadien pour la sécurité des patients ou, encore plus récemment, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et particulièrement son équipe du développement professionnel continu. Et j'en oublie encore beaucoup. Je m'excuse d'avance auprès d'eux.

Depuis huit ans, force est de constater que les choses ont considérablement avancé. Nous avons souvent eu le privilège de participer à ces initiatives ou nous les avons observées de près. Ce que nous constatons, c'est qu'elles sont toutes là pour faire pousser les mêmes racines, les racines que je viens de vous présenter, que ce soit au niveau micro, méso ou macro afin d'orchestrer un changement culturel d'une grande ampleur. Avec mon regard de patient, je suis aujourd'hui plus optimiste que jamais, car je vois bien que c'est un changement ancré dans la réalité de la vie du patient et porté notamment par sa voix, mais surtout par ses savoirs dont on reconnaît finalement la valeur complémentaire, mais aussi transformationnelle. Imaginez une entreprise privée qui se serait définie pendant des décennies sans vraiment tenir compte de ses clients et qui soudainement s'ouvrirait à leurs idées, c'est un peu ce qui se passe actuellement. En plus, pour ses clients, ses patients, dont on commence à reconnaître aujourd'hui la valeur, le travail en partenariat est un mouvement naturel, un mouvement qui va émerger si on ne l'étouffe plus. Que demander de mieux ?

Voilà pourquoi, tout va si vite depuis quelques années. Voilà pourquoi nous nous rapprochons donc bien d'un système qui prendra racine dans la capacité d'apprentissage et les savoirs de tous les partenaires, y compris les



patients. Dorénavant, l'objectif n'est donc plus uniquement de faire les choses pour les patients, mais plutôt systématiquement avec eux, de ne plus seulement se centrer sur eux, mais plus de travailler en partenariat avec eux.

Référence

1. Histoire de vie tirée en partie de l'article de Vincent Dumez intitulé Le savoir expérientiel des patients : genèse et mobilisation à travers une histoire de vie, dans Le partenaire - Savoir expérientiel en santé mentale : un apport significatif aux multiples facettes, 2016;24(3):32-4.

Matériel complémentaire

- Dumez V. Le savoir expérientiel des patients : genèse et mobilisation à travers une histoire de vie, dans Le partenaire - Savoir expérientiel en santé mentale : un apport significatif aux multiples facettes 2016;24(3):32-4.
- Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : note de synthèse. Pratiques de formation - Analyses 2010(58-59), Saint-Denis : Université de Paris:13-94.
- Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The patient as partner in care: conceptual grounds for a necessary transition, Academic Medicine 2015;90(4):437-41.
- Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de santé, Santé publique, janvier-février 2015;27(suppl. 1):41-50.
- Coulter A. Engaging patients healthcare. 1st Edition, University of Oxford : Open University Press, 2011.
- Carman KL, Dardess P, Maurer M, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Affairs (Millwood) 2013;2(32):223-31.



Par Issam Tanoubi, M.D.¹
en collaboration avec Marie-Ève Goyer, M.D.²

Les principes de gestion de crises conflictuelles entre le patient et son médecin

LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIT « DIFFICILE »

C'est le patient qui vous consulte à la dernière minute ou qui vous consulte très souvent, celui qui vous fait soupirer lorsque vous voyez son nom sur la liste de vos patients, celui devant lequel vous vous sentez impuissant ou que vous auriez envie de diriger vers l'un de vos collègues... Tout praticien a probablement déjà éprouvé cette sensation d'être engagé dans un dialogue de sourds, dans un cul-de-sac thérapeutique.

Devant un tel patient, le médecin énumère souvent des faits et des preuves scientifiques pour tenter de dénouer la situation. S'il sent qu'il n'y arrive pas, il cherche d'autres arguments, hausse le ton et évite le regard du patient. À bout de ressources, il prononce la phrase suivante sans conviction, en même temps que son comportement non verbal le trahit : « Je comprends et respecte ce que vous croyez, mais je vous dis ce qui m'a été enseigné à l'école de médecine ! » La dynamique soignant-soigné se profile alors vers un échec. De telles situations, loin d'être caricaturales, amènent généralement le praticien à poser un diagnostic de « patient difficile ». Cette étiquette est apposée sur plus d'un patient sur dix¹, et ce, pour toutes sortes de raisons. Comment rétablir la relation de confiance ? Ou, mieux encore, comment éviter de poser le diagnostic de « patient difficile » ?

D'abord, comment reconnaît-on un « patient difficile » ?

Le patient qui se présente « avec sa liste d'épicerie », le patient impatient, le patient qui veut un résultat immédiat, le patient pessimiste, le patient irrespectueux ou le patient délirant, voire méchant, peuvent tous porter l'étiquette de « difficile »². Mais tous ces descriptifs en révèlent autant sur le soignant que sur le

soigné. Ils s'inscrivent dans notre besoin de voir les choses selon nos termes, nos règles et nos schèmes de pensée. Le diagnostic de patient difficile n'est probablement pas une façon proprement médicale d'évaluer et de juger d'une situation, mais rappelons-nous que tout patient a ses propres valeurs, ses priorités, sa réalité, ses croyances et ses objectifs, qui les uns comme les autres peuvent être plus ou moins en accord avec les nôtres. Est-ce au patient de se plier aux valeurs et aux priorités du médecin ? Le patient que le praticien a classé comme étant difficile reste tout compte fait un patient qui fait de son mieux pour optimiser sa propre qualité de vie, et qui, au moment de sa consultation, n'est pas prêt à se modeler entièrement aux attentes du médecin.

Le diagnostic de « patient difficile » devrait être considéré comme un diagnostic différentiel à évaluer et non comme un état de fait immuable.

Le diagnostic de « patient difficile » devrait être considéré comme un diagnostic différentiel à évaluer et non comme un état de fait immuable. La plupart des gens (même les soignants !), qu'ils soient patients ou non, peuvent devenir « difficiles » dans

certaines conditions ou circonstances. À partir du moment où une interaction difficile avec le patient est comprise comme contextuelle et reflète des enjeux à analyser, elle est plus facile à modifier. Il revient au médecin de réfléchir à ce qui permettrait de faciliter et de renforcer la dynamique soignant-soigné dans laquelle il se trouve et d'éviter ce qui la déstabilise.

Changer l'étiquette de « difficile », la voir comme le signe qu'il faut mieux adapter les soins à la situation du patient (voire, ne jamais avoir à l'utiliser !) passe inévitablement par une compréhension totale du contexte propre au patient, de ses priorités, de ses objectifs à court et long terme, et par une adaptation du plan thérapeutique.

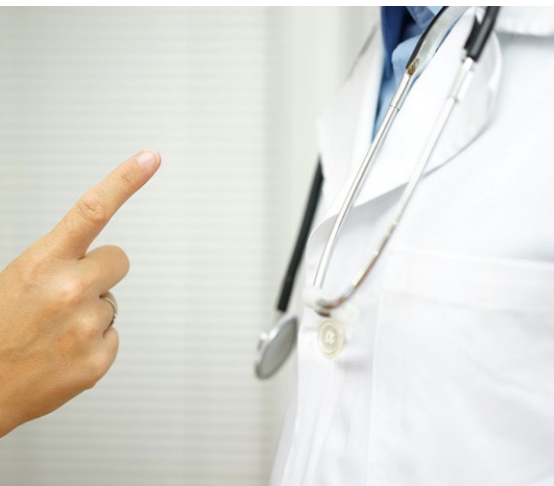
Principes de gestion de crises

Les principes de gestion de crises³ (ou *crisis resource management*) sont définis comme l'ensemble des compétences transversales du médecin qui sont nécessaires pour gérer une situation critique mettant en jeu le pronostic vital du patient⁴. Ces compétences ou principes sont actuellement enseignés et pratiqués, en grande partie, dans les centres de simulation médicale. Il est vrai que l'on parle ici de « crise médicale », mais qu'en est-il de ces principes en cas de crise conflictuelle

1 D^r Tanoubi est anesthésiologiste à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, professeur adjoint de clinique et directeur de la recherche en éducation médicale basée sur la simulation au Département d'anesthésiologie du Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques (CAAHC) de l'Université de Montréal.

2 D^{re} Marie-Ève Goyer pratique à l'Hôpital Notre-Dame et est professeure adjointe de clinique au Département de médecine familiale et médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

► avec le patient, de partenariat patient-médecin non constructif ou d'un patient qui refuse des soins. Ces situations peuvent, peut-être autant qu'une crise médicale, compromettre la qualité des soins fournis au patient, nuire à l'adhésion de ce dernier à son plan de prise en charge, voire mettre en jeu son pronostic vital.



Comprendre la colère du patient

La colère est une réaction émotive : découvrir sa source est salutaire à la relation médecin-patient. Elle indique que la perception d'un individu a été trompée, offensée ou lésée. La colère, ou encore la frustration, est une réaction au sentiment, réel ou non, d'avoir été traité d'une manière inadéquate ou injuste, que ce soit par le système de santé, un professionnel de la santé, un réceptionniste ou même par la maladie. Souvent le patient ne cherche qu'à être entendu et reconnu par celui qui le soigne. Si le praticien laisse patiemment le patient verbaliser sa colère, s'il cherche avec douceur et empathie à en élucider la cause, cette colère s'apaise souvent d'elle-même. Les causes sous-jacentes peuvent ensuite être prises en charge, tout comme le clinicien prend en charge la cause d'une maladie. Le patient difficile nécessite un traitement étiologique de sa frustration, certes, mais d'abord et avant tout, il a besoin de se sentir écouté et reçu sans jugement.

Comprendre ses propres émotions et son contre-transfert pour éviter qu'un conflit dégénère

Il suffit de quelques secondes pour exacerber un conflit ou pour éviter qu'un conflit déjà en ébullition dégénère. Il ne faut que quelques secondes pour verser de l'essence ou de l'eau sur un feu naissant, et ce, avec un résultat complètement différent. Les médecins incriminent souvent le temps qui leur manque comme facteur limitant les possibilités de résolution de conflit, mais plusieurs conflits majeurs peuvent être évités ou résolus en investissant un minimum de temps. Quand un patient se sent ignoré, qu'il a l'impression qu'on ne tient pas compte de ses besoins, qu'on ne l'écoute pas ou qu'on le blâme, sa colère ne fait qu'augmenter.

Dans ce cas, et en l'absence de contrôle de nos propres émotions, une réaction de défense peut se manifester. Traiter une personne de « non adéquate » ou de « difficile » ne peut qu'inévitablement aggraver les choses. Une agressivité verbale ou les insultes sont les outils du désespoir quand quelqu'un a l'impression d'avoir épuisé tous les moyens dits « civilisés » pour se faire écouter et se faire combler ses besoins. Le blâme infligé au patient et la honte qu'il ressent l'amèneront à protéger sa dignité et à défendre sa cause de toutes sortes de façons.

Tant qu'il ne s'agit pas d'un cas avec violence physique, le médecin doit ignorer le contenant du message qu'il reçoit de son patient et se concentrer sur le cœur de son contenu. Certes, cela n'est pas facile. Le médecin a lui aussi une prédisposition à l'autodéfense et à combattre le feu par le feu quand il se sent blâmé. Résister à l'urgence de blâmer ou de réagir impulsivement est la clé.

Exercer la neutralité, voire la bienveillance

Exercer la neutralité augmente les chances de résolution d'un conflit. Ne pas prendre personnelle une difficulté avec un patient améliore

notre écoute et notre attention.

Exercer la neutralité permet une analyse objective de la situation et augmente les chances de résolution du conflit, sans que nos mécanismes d'autodéfense et d'autoprotection nous en distraient. Le médecin doit placer ses intérêts et son égo de côté lors d'une interaction difficile avec un patient. Tant que l'orage émotif n'est pas passé, le praticien doit garder une écoute bienveillante ; c'est ce qui permettra à la tempête de se calmer.

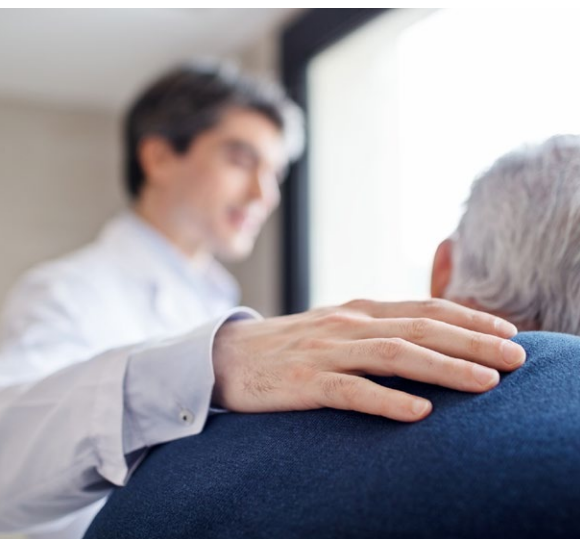
Nommer le problème

Pour nous, médecins, tenter de nommer le problème d'un patient témoigne du fait que nous nous soucions de lui, que nous voulons faire alliance avec lui plutôt que de nous en faire un adversaire. Les insultes, le ton élevé ne sont que des tentatives maladroites pour exprimer une certaine frustration. Il s'agit de tenter de travailler AVEC le patient et non CONTRE lui. Reconnaître cette frustration et faire preuve d'empathie montrent au patient que nous cherchons à le comprendre et nous mettent en position d'allié plutôt que nous instituer en juge, sans que nous ayons à être forcément d'accord avec sa frustration. Reconnaître et nommer les frustrations du patient, même en justifiant de façon calme et convaincante notre désaccord avec elles, peut s'avérer un outil beaucoup plus puissant qu'une empathie « mécanique », parfois dépourvue de sincérité.

Présenter ses excuses

Des excuses sincères sont d'excellents outils pour désamorcer une crise et pour retrouver la sympathie du patient. « Je suis désolé que... » ou « Je suis désolé de... » permettent de consoler le patient. Certains médecins restent réticents à les utiliser, peut-être par peur de les voir prises pour des aveux d'erreur et, conséquemment, par peur de représailles médico-légales. Mais tant que ces excuses ne se placent pas dans le contexte d'une pratique déviante (dans le cas d'une faute professionnelle, ou *malpractice* en anglais, d'autres considérations

► sont en jeu), ces excuses sont sans conséquences pour le médecin et extrêmement bénéfiques pour résoudre un conflit. Les excuses, même accompagnées d'une certaine culpabilité ou quand la situation est clairement hors de notre contrôle, sont un outil puissant. La capacité du praticien à s'excuser témoigne de son honnêteté et de sa compréhension de la frustration du patient, et redonne confiance à ce dernier.



L'éducation du patient

La compréhension du patient en ce qui concerne les procédures, la réalité du réseau de la santé et certains devoirs qui lui incombent est importante afin de minimiser les zones possibles de conflits avec son médecin. Encore une fois, la tâche du médecin est de lui expliquer ces responsabilités et de l'éduquer en ce sens. Cette éducation peut se faire à l'échelle globale par l'entremise des médias, à l'échelle hospitalière par des procédures locales (brochures, pamphlets) ou à l'échelle individuelle lors de la consultation. Demander au patient de prioriser ses demandes, le sensibiliser aux contraintes temporelles, l'informer de l'utilité du suivi pour répondre à toutes ses attentes, lui expliquer en quoi certaines de ses demandes peuvent ne pas être compatibles avec la sécurité sont des exemples de moyens pouvant être utilisés pour éviter un conflit.

Il est aussi extrêmement important de vérifier dans quelle mesure le patient connaît son état de santé (des connaissances souvent acquises à partir de sources numériques avec, de surcroît, un biais majeur pour ce qui est de leur compréhension), de discuter de l'évolution de la maladie du patient, d'ajuster ses attentes quant au succès ou à l'échec d'un traitement. Le praticien doit chercher à connaître toute donnée fautive qu'aurait obtenue le patient et le corriger pour éviter toute mésentente ultérieure. À cet égard, saviez-vous que le taux de littératie en santé est très faible chez les patients canadiens ? « Les chiffres montrent que 60 % des adultes et 88 % des personnes âgées au Canada n'ont pas les compétences nécessaires pour trouver, comprendre et utiliser l'information de manière à pouvoir prendre de bonnes décisions pour leur santé. Les personnes qui affichent un faible niveau de littératie en santé ont de la difficulté à comprendre et utiliser l'information sur la santé à laquelle ils sont exposés tous les jours »⁵.

Tous ces moyens permettent aussi de limiter le nombre de patients qui ne respectent pas leur traitement, un chiffre qui peut atteindre les 40 % dans le cas de certaines spécialités.

L'empathie du médecin envers son patient, mais aussi l'empathie du patient envers son médecin et acquise par sa sensibilisation, vont ensemble, améliorent la communication, engendrent une meilleure compréhension des points de vue de chacun.

La triade de la communication

Respecter la triade de la communication⁶ avec le patient est capital. Cette triade se compose d'abord d'une écoute attentive, d'une empathie verbale, autrement dit confirmer ou paraphraser ce que dit le patient pour lui montrer que nous comprenons sa situation et, physiquement, en maintenant un contact visuel et une posture

ouverte. Ensuite, le médecin doit montrer son côté humain en se présentant et en souhaitant la bienvenue au patient (par exemple, en lui serrant la main) et en lui faisant ressentir un confort physique et psychologique. Le praticien doit aussi éviter le jargon médical complexe et les questionnaires automatisés. Enfin, la quantité des informations transmises au patient est aussi capitale. Ces informations doivent être ponctuées d'encouragements et témoigner d'un intérêt sincère et d'un engagement personnel de la part du médecin. Elles doivent être fournies calmement, sans contrainte de temps. Le patient doit ressentir qu'il dispose de tout le temps qu'il lui faut avec le médecin. Le dialogue du praticien ne doit contenir aucune présomption relative au patient, à ses interrogations ou à ses inquiétudes, en dehors de celles dont le patient lui parle. Ne rien présumer, poser des questions et se montrer curieux sont souvent les moyens d'éviter certaines crises et d'en traiter ou en désamorcer d'autres.

Respecter la triade de la communication avec le patient est capital. Cette triade se compose d'abord d'une écoute attentive, d'une empathie verbale, autrement dit confirmer ou paraphraser ce que dit le patient pour lui montrer que nous comprenons sa situation et, physiquement, en maintenant un contact visuel et une posture ouverte.

Une communication efficace entre le médecin et le patient améliore la satisfaction du patient et celle du médecin. Cette satisfaction permet de diminuer les plaintes éventuelles pour faute professionnelle, et améliore la santé physique et mentale du patient. Reconnaître l'importance de la communication dans la relation médecin-patient est crucial. Une telle attitude se trouve au cœur même de la compétence du médecin. Détenteur d'un certain pouvoir sur le patient, le médecin doit accepter sa responsabilité qui consiste à trouver le moyen le plus efficace pour ►

► transmettre des informations utiles, parfois difficiles à entendre pour le patient, tout en obtenant de la part de celui-ci l'engagement de prendre en charge son traitement et ainsi aboutir à une décision concertée en matière de soins.

Certains centres hospitaliers illustrent, sous forme de bandes dessinées, des situations ou des contextes ayant mené à une interaction négative entre le patient et le médecin. Ces illustrations ont permis de comprendre les points de vue du patient et du médecin afin d'établir une empathie réciproque et efficace. Sous ces illustrations, des questions ouvertes sont posées au patient, lui permettant de réfléchir en profondeur à son interaction avec le médecin et permettant à ce dernier de mieux comprendre la situation dans laquelle se trouve le patient. Des questions comme « Que doit savoir le médecin au sujet du patient? », « Que doit savoir le patient au sujet de son médecin », « Qu'aurait pu faire le médecin différemment pour améliorer son interaction avec le patient? » ou encore « Qu'aurait pu faire d'autre le patient pour améliorer son interaction avec le médecin? » permettent d'instaurer une empathie réciproque et de la développer.

Patient ou médecin «difficile»?

Les recherches actuelles⁷ portent surtout sur les caractéristiques du «patient difficile» et rares sont les études qui documentent les caractéristiques personnelles et pratiques des médecins qui expriment des frustrations vis-à-vis de certains de leurs patients. En fait, il semble bien que, pour l'heure, les jeunes médecins qui subissent un stress extra-professionnel ou qui ont peu de compétences en communications sont plus sujets à rapporter avoir des «patients difficiles». Les médecins expérimentés ont tendance à moins signaler de «patients difficiles»,

probablement parce qu'ils ont plus d'expérience que les jeunes médecins et qu'ils font montre d'une plus grande souplesse d'esprit. Il est fort possible que le vécu ait des répercussions majeures sur les difficultés associées au processus dynamique que sont les relations médecin-patient, que ce soit pour les favoriser ou les limiter.

Il a aussi été observé que les médecins rapportent avoir plus de patients difficiles présentant des symptômes psychiques que des symptômes somatiques. Même si la majorité des médecins admettent l'extrême importance des problèmes psychiques chez un patient, il semblerait que certains praticiens seraient mieux préparés pour résoudre un problème biomédical qu'un problème psychique. La croyance du médecin en la portée psychosociale de sa pratique semble aussi être un facteur déterminant. En comparaison avec les médecins spécialistes, les médecins de famille font partie des médecins qui rapportent le moins de «patients difficiles». D'autres études s'attardent quant à elles aux effets néfastes du nombre élevé d'heures de travail sur le bien-être du médecin, sur son partenariat avec le patient et probablement aussi sur son taux de tolérance et sa souplesse d'esprit quand vient le temps de gérer une crise avec le patient.

Qu'un médecin ait étiqueté son patient comme «difficile» ne devrait pas avoir d'influence sur sa façon de le traiter. Au contraire, cette étiquette devrait l'inciter à respecter les grandes règles de la communication, à ne pas changer de comportement vis-à-vis le patient et de s'adapter à lui⁸. Étonnamment, une telle approche réduit le nombre de patients difficiles et permet de ne pas affubler plusieurs autres d'une telle étiquette.

La gestion du «patient difficile» est une expertise en soi. Elle devrait faire

partie du cursus universitaire des résidents et de tout programme de développement professionnel continu du médecin. Un enseignement par simulation et des ateliers de mises en situation avec des acteurs, comme en offre le Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques (CAAHC) lors des Journées de formation interdisciplinaire (JFI) de la Fédération des médecins spécialistes en 2017 et en 2018 peuvent s'avérer extrêmement efficaces. Prévenir ou éviter qu'un patient devienne difficile passe aussi par la création, comme c'est le cas à l'Université de Montréal, d'un partenariat en matière de soins qui offre la possibilité à des patients partenaires de travailler avec les médecins dans le cadre de la formation et de l'évaluation des futurs praticiens.

Références

1. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001;134(9 Pt 2):897-904.
2. Katz A. How do we define «difficult» patients? *Oncol Nurs Forum* 2013;40(6):531.
3. Fiester AM. What mediators can teach physicians about managing 'difficult' patients. *Am J Med* 2015;128(3):215-6.
4. Boet S, Bould MD, Fung L, et al. Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: a systematic review. *Can J Anaesth* 2014;61(6):571-82.
5. Site du gouvernement du Canada. Littérature en santé 2018. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/litterature-sante.html>.
6. Laughey W, Sangvik Grandal N, Finn G. Medical communication : the views of simulated patients. *Med Educ* 2018;52(6):664-76.
7. Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Serv Res* 2006;6:128.
8. O'Sullivan E. Dealing with the difficult patient. *Ann Emerg Med* 2015;66(5):555.

Vous aimeriez en savoir plus? La Journée de formation interdisciplinaire de la FMSQ (JFI) présentera les activités de simulation suivantes le samedi 17 novembre 2018 : Communication avec le patient «difficile» et Atelier de pacification de crises. Pour en savoir plus et pour vous inscrire, visitez le fmsq.org/jfi. Hâtez-vous, le nombre de places est limité.



Par Patricia Kéroack, réd. a.

PERPÉTUER LES CONNAISSANCES

C'est un triste événement qui forgera la vie de notre grand nom ainsi que celle de ses frères et sœurs. André Duranceau avait à peine 15 ans quand son père, un brillant avocat ayant mené une belle carrière, meurt d'une tumeur cérébrale. Tous les membres de la famille ont été témoins de ses souffrances : pendant un an, sa mère, ses frères et sœurs se sont relayés en tant que proches aidants. C'était bien avant l'assurance hospitalisation et le système public de santé que l'on connaît aujourd'hui.

Après le décès de son mari, madame Duranceau, qui avait un solide ascendant sur ses enfants, insiste pour que toute sa marmaille reçoive la meilleure éducation possible. Elle martèle sans cesse : « Vous ferez ce que vous voulez, mais vous allez étudier, jusqu'à ce que vous fassiez quelque chose ». Les sept enfants de la famille Duranceau fréquentent donc les meilleures écoles montréalaises. Aujourd'hui, trois d'entre eux sont avocats, comme leur père, et quatre sont... médecins spécialistes : Louise et Paul en chirurgie plastique, Jacques en physiothérapie et médecine du sport, André en chirurgie thoracique.

Quand un drame frappe une famille, il n'est pas rare de voir la communauté environnante donner un coup de main. Comme le jeune André n'était pas très studieux, un voisin, lui-même chirurgien thoracique, l'invite à passer un peu de temps en salle d'opération avec lui, histoire de montrer ce qu'il fait comme travail. C'est la fascination ! Son intérêt pour la science de l'œsophage se manifeste alors et ses notes bondissent, jusqu'à lui ouvrir la porte d'entrée en médecine.

En 1973, fraîchement diplômé de l'Université de Montréal en chirurgie générale, il quitte sa ville natale pour effectuer deux années additionnelles de formation au Duke's University Medical Center, à Durham

en Caroline du Nord, où il parfait ses connaissances en physiologie pulmonaire et œsophagienne et où il monte son premier laboratoire axé sur la fonction œsophagienne. Chaque cas retient son attention et ses mentors lui font comprendre que la médecine clinique est indissociable de la recherche ; que pour chaque problème, il y a une panoplie de questions à se poser avant d'en trouver la solution. L'œsophage recèle beaucoup de secrets qu'il faut percer.



D^r André Duranceau
Chirurgien thoracique

C'est galvanisé par ses nouvelles connaissances, par des techniques éprouvées et par la ferme volonté de trouver les meilleurs traitements qui soient pour les patients que D^r Duranceau revient, deux ans plus tard, à Montréal. Il décide d'ouvrir son propre laboratoire consacré à la fonction œsophagienne. Il aimerait utiliser le laboratoire mis sur pied par son collègue gastro-entérologue, feu D^r Richard Clermont, mais faute d'infrastructures suffisantes, il n'obtient pas les approbations nécessaires. Son chef de chirurgie décide de l'aider et de lui fournir l'espace et le personnel requis. Il fait presque office de pionnier, car en ces temps, les chirurgiens n'étaient pas ou très peu intéressés par la recherche. « Une chance que nous avons appris de ce qui se faisait dans les Ivy League Universities, ces grosses universités américaines où les volets recherche et médecine clinique étaient absolument indissociables », nous dit-il en riant. Avec raison, parce que de nos jours, la recherche clinique permet de mettre en pratique

les nouvelles connaissances acquises grâce à la recherche fondamentale et, par conséquent, d'offrir aux patients de meilleurs traitements et ainsi améliorer leur santé.

D^r Duranceau ne s'en est pas tenu à son travail clinique de chirurgien ; il a aussi opté pour une carrière universitaire. « La formation que j'ai reçue à Duke était digne des meilleures. D'ailleurs, on y offre l'un des programmes de chirurgie les mieux cotés aux États-Unis. Chaque année, cette université reçoit des centaines de demandes pour leur programme de formation en résidence : ils n'acceptaient qu'une quinzaine de candidats en début de formation. Cette dernière incluait cinq années de chirurgie générale, un minimum de deux années en recherche et au moins trois années de formation pour le volet cardi thoracique. Je savais qu'en y allant, je serais entouré de la crème de la crème. »

D^r Duranceau s'est largement inspiré de la philosophie et du modèle de structure départementale de Duke pour l'adapter ici. « Là-bas, les chirurgiens ne travaillaient pas individuellement ; tout était fait en fonction du département qui, lui, empochait toutes les sommes allouées à la recherche, à la rémunération, etc. Tout le monde participait sur un même pied d'égalité. Cette structure permettait de faire avancer rapidement les projets de recherche en cours. » À son arrivée au Québec, D^r Duranceau a tenté d'implanter une structure départementale similaire, sans succès. « Cette façon de faire n'est pas implantée dans notre structure universitaire ni dans notre système hospitalier », lui a-t-on affirmé.

Il n'en reste pas moins qu'il a réussi à instaurer un service de chirurgie thoracique, inspiré du concept adopté par la Duke University, mais où chaque participant pouvait décider d'investir ►

► une partie de ses revenus dans un fonds afin de favoriser les activités de recherche de l'équipe. C'est ainsi qu'avec son collègue, D^r Pasquale Ferraro, il met sur pied en 2004 la Fondation pour la recherche en chirurgie thoracique de Montréal, dont la mission consiste à favoriser la recherche et le développement en oncologie thoracique, en maladies œsophagiennes et en transplantation pulmonaire. Ce faisant, elle crée un environnement approprié et nécessaire pour le recrutement de chirurgiens thoraciques qui, à leur tour, s'investiront pour permettre de faire avancer les projets. Cette fondation a réussi à recueillir plus de douze millions de dollars dans sa première décennie d'existence, des sommes destinées à la création de chaires universitaires de recherche pour l'avancement de la chirurgie thoracique.

Au cours de sa carrière, D^r Duranceau a eu à traiter le cancer de l'œsophage, bien sûr, mais il a surtout constaté comment il évolue. Selon lui, dans notre société, ce cancer serait intimement lié au reflux œsophagien, qui lui, est souvent causé par l'obésité, la consommation d'alcool ou de tabac et par le stress. Il a été en mesure d'observer que l'œsophage, à cause de sa forme et de sa fonction, répond à deux mécanismes à la fois, l'un de défense et l'autre de réparation, les deux étant contradictoires en eux-mêmes. «L'œsophage, lorsqu'il est constamment exposé au reflux d'acide gastrique ou de bile, fait des ulcères; s'enclenche alors un processus de réparation. Cependant, puisque l'œsophage reste constamment exposé au reflux, le mécanisme de réparation se modifie. C'est la transformation métaplasique, où l'épithélium œsophagien remplace les cellules normales par des cellules cylindriques d'aspect intestinal, cardiaal et gastrique qu'on appelle l'œsophage de Barrett», explique-t-il. Ces observations ont été présentées lors de congrès internationaux favorisant l'échange de données scientifiques entre collègues du monde entier, dont des chercheurs

du Royaume-Uni, d'Allemagne et de l'Espagne, et qui ont permis de clarifier les différentes hypothèses sur l'œsophage de Barrett. «C'est justement ce type d'échanges entre professionnels des milieux universitaires qui permet de faire avancer les connaissances. À lui seul, l'œsophage de Barrett a stimulé la rédaction de plus de 2 000 publications scientifiques par année. C'est colossal!», s'exclame-t-il en terminant.

S'attaquer à la source !

Un jour, il reçoit en consultation une religieuse âgée présentant un trouble de la déglutition causé par une dystrophie oculopharyngée, une maladie génétique autosomale dominante de 13^e génération. La maladie se manifeste par une dysphagie et des étouffements, suivis de pneumonies d'aspiration, et même... la mort! Le Québec est l'endroit où l'on compte le plus de personnes atteintes de cette maladie, importée de France en 1634, probablement par deux sœurs qui ont immigré au pays.

D^r Duranceau ne connaissait absolument rien à cette maladie. Pire, il se sentait totalement impuissant devant la détresse et la souffrance de la patiente. Il a toutefois tenu à comprendre le mécanisme en cause et voulait trouver le moyen d'y remédier. Une chirurgie pratiquée sur le sphincter œsophagien supérieur a permis d'améliorer les problèmes de déglutition de la patiente. Une réussite, certes, mais qui ne réglait pas tous les problèmes associés à ce type de dystrophie. Il décide donc de poursuivre ses travaux de recherche auprès de ce type de patients en collaboration avec D^r Bernard Brais, neurogénéticien. Les échanges entre eux ont été nombreux et fructueux.

Ce ne sont pas les projets de recherche clinique qui ont manqué à D^r Duranceau, c'est le temps. Car, même aujourd'hui, il a encore beaucoup de projets en tête. La plus grande difficulté pour lui a été et reste

encore de trouver à assurer sa relève. Les bons candidats, ceux qui veulent à la fois poursuivre une carrière en médecine clinique et en recherche universitaire, ceux qui veulent faire avancer les projets de recherche et les présenter lors des plus grands congrès internationaux sont difficiles à trouver; surtout qu'il faut attendre presque une dizaine d'années avant qu'ils ne soient entièrement «fonctionnels».

Sécurité des soins

Dès le début de sa carrière, même avant son *fellowship*, celui qu'il considère comme son «plus grand» mentor, D^r Jean Fauteux, lui fait connaître d'autres aspects associés à la pratique médicale. C'est ce dernier qui lui recommande de s'intéresser à ce qui touche la protection médicale. D^r Fauteux lui suggère même d'assister aux assemblées annuelles de l'Association canadienne de protection médicale, ce qu'il fait pendant quelques années jusqu'à ce qu'on lui propose d'occuper un poste au conseil d'administration de l'Association, ce qu'il accepte. D^r Duranceau participera activement aux activités de l'association et de son conseil d'administration pendant plus d'une vingtaine d'années : d'abord comme membre du conseil, puis comme président de 2001 à 2004. Il en a tiré une véritable leçon d'administration, ce qui était tout à fait nouveau pour lui et qui lui a fait connaître des aspects de la gestion dont il ignorait tout, mais qu'il estime absolument utiles et nécessaires à tout médecin.

Plaidoyer pour une médecine universitaire

Le souhait le plus cher de D^r Duranceau est encore toujours de voir la recherche universitaire s'organiser comme il l'a vu aux États-Unis. «Si tous les acteurs du milieu, les universités, les CHU et même la FMSQ pouvaient élaborer ensemble un plan stratégique pour y arriver, je sais que ça pourrait mettre le Québec en évidence au sein de la communauté mondiale de recherche universitaire. L'Université de Toronto a mis 25 ans pour y arriver, nous pouvons le faire aussi», conclut-il.



Par Aniela Pruteanu Ignea, M.D., M. Sc.
En collaboration avec Marie-Ève Bouthillier, Ph. D.

DMA ET MULTICULTURALISME : DÉFIS ASSURÉS!

Dans le contexte nord-américain, où le respect du droit à l'autodétermination est primordial¹, plusieurs outils de communication traitant des volontés des patients existent sur le marché.

Les directives médicales anticipées (DMA) consistent en un « écrit par lequel une personne majeure et apte à consentir à des soins indique à l'avance les soins médicaux qu'elle accepte ou qu'elle refuse de recevoir dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir à des soins dans des situations cliniques précises »². Ainsi, les DMA aideraient à réfléchir et à bien mûrir les décisions, sans la pression exercée par un certain pronostic.

Les directives médicales anticipées seraient associées à une amélioration de la qualité des soins en fin de vie, à moins de décès en centres hospitaliers et à plus d'utilisation de soins à domicile^{3,4}. Elles augmenteraient les chances de recevoir des soins appropriés qui tiennent compte des préférences du patient⁵. Les proches passeraient à travers le processus de fin de vie avec moins de stress émotionnel⁶. Selon Brinkman³, de telles directives n'auraient pas d'effets psychosociaux négatifs.

Malgré les avantages qu'elles présentent, l'utilisation des DMA n'est pas répandue. Chez nous, 96 % des Canadiens pensent qu'il serait important de parler de la fin de vie avec ses proches, mais seulement 13 % ont rempli le formulaire des Directives médicales anticipées⁷. Puisqu'il y a peu de données probantes concernant leur utilité, son utilisation (tant par les professionnels de la santé que par les patients) semble être sous-optimale, le formulaire étant souvent rempli trop tard dans la trajectoire de vie.

Défis associés aux directives médicales anticipées dans un contexte multicultural

Une revue critique de littérature a permis de répertorier les défis associés aux DMA dans un contexte multicultural. En limitant la recherche aux 10 dernières années et à une seule base de données, 50 études ont été retenues, dont 13 portent sur certaines ethnies en particulier. Plusieurs thématiques se dégagent de ces études : la prévalence des DMA selon la race ou l'ethnie, les facteurs qui influencent leur utilisation, la religion ou la spiritualité des sujets, les perspectives des personnes concernées par le processus (patients, professionnels et décideurs substitués ou familles).

Les études portant sur des ethnies en particulier font ressortir les mêmes problématiques que celles dans lesquelles la culture des sujets n'est pas un critère déterminant. Ainsi, chaque groupe ethnique doit relever ses propres défis en matière de DMA⁸, mais les principaux obstacles sont semblables pour toutes les ethnies. Le processus d'acculturation de la personne qui assimile une nouvelle culture semble être un facteur prédictif d'une meilleure connaissance de l'existence des DMA⁹ et du remplissage du formulaire. L'appartenance à certaines ethnies semble avoir une portée limitée.

Selon les études qui ont évalué la prévalence des DMA en fonction de la race ou de l'ethnie^{10, 11, 12, 13, 14}, en comparaison avec les *Noirs*,

les *Blancs* auraient davantage tendance à remplir le formulaire de DMA et à vouloir décider des soins qu'ils souhaitent recevoir en fin de vie. Cependant, la plupart de ces études ont classé les participants dans les catégories *Blancs* et *Noirs*, sans donner de détails sur leur origine ethnique, leur culture, leur degré d'acculturation. Or, l'identité culturelle d'une personne est un concept plus vaste, qui ne se résume pas seulement à sa race. Un membre d'une minorité ethnique réussit mieux sur le plan psychologique et socioculturel s'il est en mesure de combiner son identité ethnique avec celle du pays où il réside¹⁵. Ainsi, les études qui ont classé leurs résultats par race sans évaluer la véritable identité culturelle du sujet ont un biais d'échantillonnage, et l'application pratique de leurs conclusions s'en trouve limitée dans la pratique médicale. Mentionnons l'existence de deux cultures dominantes : celle de « l'Ouest » (certains pays d'Europe, d'Amérique et d'Océanie) qui valorise davantage l'autonomie, l'individualisme, l'indépendance, et celle de « l'Est » (Asie, Afrique) qui favorise plutôt la famille, le collectivisme, l'interdépendance. Selon Ke¹⁶, cette différence dans les valeurs individuelles influencerait l'idée qu'on se fait des objectifs des soins en fin de vie, mais elle ne les définit pas dans l'absolu.

Les pistes de réflexion et les solutions pour la pratique médicale ont été groupées en fonction des cinq étapes de la « Planification préalable des soins »¹⁷ :

1 L'auteure est pédiatre, chef intérimaire du département de pédiatrie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et chargée d'enseignement clinique à l'Université de Montréal.

2 Marie-Ève Bouthillier, Ph. D. est cadre responsable du Centre d'éthique du CISSS de Laval et membre du Bureau de l'éthique clinique de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

► 1- Réfléchir

Pour favoriser l'utilisation des DMA, il faut d'abord augmenter la connaissance qu'en ont les patients. Il serait utile d'offrir des interprètes et de traduire divers outils (affiches, vidéos, sites Web, etc.). Cependant, les DMA peuvent être un concept étranger sur le plan culturel, et la sensibilisation de certaines communautés ethniques nécessite une compréhension de leurs valeurs, pas seulement une traduction des outils¹⁸. Selon Battaglini¹⁹, l'efficacité d'une intervention dépend de la réceptivité de la population ciblée. Ainsi, les professionnels doivent comprendre comment le patient envisage les soins de fin de vie et le sens à donner aux DMA par chacun, peu importe sa culture ou son ethnie.

Il faut aussi déboulonner les mythes véhiculés dans certaines cultures, comme celui de la peur d'être abandonné qui viendrait après avoir rempli le formulaire des DMA²⁰. À cet égard, la participation active du public, par des représentations et de la sensibilisation auprès de différentes communautés et des dirigeants (à l'église, à la bibliothèque, aux divers centres publics), semble être une avenue prometteuse⁸.

2- Se renseigner

L'une des façons de favoriser l'utilisation des DMA serait de proposer de discuter des DMA lors des visites annuelles. À cet égard, quelques défis et pistes ont été soulevés par les cliniciens :

- Leur connaissance des DMA : à améliorer par l'éducation continue; pouvoir consulter des personnes-ressources qui peuvent répondre à des questions complexes;
- Le changement de culture : comprendre l'utilité des DMA; avoir la volonté d'ouvrir les discussions;
- Le travail en équipe : favoriser l'interdisciplinarité;

- Le temps : aborder les discussions en plusieurs visites; organiser des suivis selon les besoins de la personne concernée;
- La rémunération : concevoir des forfaits pour les discussions sur les DMA en concertation avec les régimes d'assurance publics ou privés.

Cette approche soulève de nouvelles questions sur lesquelles de futures recherches pourraient se pencher, par exemple : l'âge pour aborder le sujet des DMA et en discuter, la communication efficace si la langue ou la culture font barrières (le refus, notamment, de discuter de la fin de vie en raison de valeurs ou de croyances).

3- Décider

Les choix à faire en remplissant un formulaire des DMA nécessitent idéalement la consultation des proches. Pour plusieurs, la famille est une valeur sacrée qui ne doit pas être ignorée par le personnel soignant. En contexte de maladie, le fardeau psychologique et socioéconomique des familles est significatif et similaire pour toutes les races, toutes les ethnies. La sensibilisation des patients en ce qui concerne les discussions sur les DMA avec leurs proches ou leurs amis permettrait d'améliorer leur utilisation. Pour favoriser ces conversations difficiles, parfois considérées taboues, il faut offrir des outils de communication adaptés aux valeurs et aux besoins des diverses communautés.

4- Discuter

Imposer le principe nord-américain de « l'autonomie » individuelle dans les décisions est inacceptable. Cette obligation pourrait défavoriser l'utilisation des DMA et augmenter l'impasse avec les équipes soignantes. Les intervenants devraient se montrer ouverts à l'accompagnement des patients qui doivent décider de leurs DMA, ainsi que celui de leurs proches.



Pour améliorer les discussions au sujet des DMA en contexte multiculturel, les cliniciens doivent être mieux formés en communication avec les communautés culturelles. Une culture ne se définit pas en fonction d'un lieu ni d'une quelconque apparence : elle suppose beaucoup de différences individuelles et, parfois, se croise avec d'autres cultures. Faire partie d'une ethnie en particulier ne signifie pas nécessairement qu'une personne partage les mêmes valeurs que les autres membres de la même ethnie ou qu'elle a toujours la même vision de sa trajectoire de vie ou de ses objectifs en matière de soins en fin de vie. En cherchant les défis associés aux DMA de chaque culture ou ethnie, on limite l'apprentissage continu des soignants relativement à chaque personne et, par le fait même, la personnalisation des soins. Le concept d'humilité culturelle, présenté par Tervalon²¹ en 1998, propose un processus de réflexion sur soi et d'autocritique à l'aide duquel le professionnel peut essayer d'instaurer un certain équilibre dans la relation soignant-soigné. Nous pensons que la promotion de ce concept est une voie plus porteuse que celle d'une formation portant sur une ethnie en particulier.

► 5- Consigner

L'utilité des DMA augmente avec :

- La consignation des directives à l'aide d'un formulaire facilement accessible (par exemple, sur Internet), sans frais, avec la possibilité de le remplir en présence d'un professionnel ;
- L'accès rapide aux données du formulaire par les cliniciens au moment d'un événement de santé imprévu ;
- La possibilité d'y apporter facilement des changements lorsqu'un événement vient modifier la vision de la fin de vie.

Le développement d'outils accessibles sur Internet est l'une des solutions pour répondre aux besoins de la population. Dans ce cas, les sites Web devraient être interactifs pour aider les patients à préciser leurs valeurs et les membres de leurs familles à se préparer au rôle de décideur substitut. Ils faciliteraient la communication des objectifs de soins aux cliniciens²². Leur contenu devrait être revu avec le concours de représentants des différentes cultures ou ethnies pour pouvoir l'adapter à leurs valeurs. Des mécanismes administratifs devraient assurer une transmission facile, efficace et en temps réel des DMA.

Conclusion

Les directives médicales anticipées sont reconnues dans la littérature comme étant l'un des moyens permettant de respecter l'autonomie de la personne en fin de vie, d'offrir des soins appropriés et de limiter le gaspillage des ressources. Holt²³ souligne l'ingéniosité de certains patients pour transmettre leurs dernières volontés (souvenez-vous de la photo d'un homme qui s'était fait tatouer la mention « ne pas réanimer » sur la poitrine ; cette image a rapidement fait le tour du monde et fait beaucoup réagir). L'accès rapide aux DMA par les soignants prouverait leur utilité, tout en assurant le respect de l'autonomie d'une personne qui n'est plus en mesure d'exprimer ses volontés.

Références

1. Dans cette partie, je m'inspire particulièrement de Du Pont-Thibodeau A, Relation patient-médecin, dans *Éthique clinique. Un guide pour aborder la pratique*, de Janvier A, Payot A (dir.), Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine, 2015 :99-106
2. Tiré du *Portail santé mieux-être du gouvernement Québec*. Directives médicales anticipées. Consulté en ligne le 24 août 2017 : <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/directives-medicales-anticipees/>
3. Brinkman-Stoppelenburg A, et al. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 2014;28(8):1000-25.
4. Bischoff KE, et al. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults, *Journal of the American Geriatrics Society* 2013;61(2):209-14.
5. Silveira MJ, et al. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death, *New England Journal of Medicine* 2010;362:1211-18.
6. Vandervoort A, et al. Quality of dying in nursing home residents dying with dementia - Does advanced care planning matter? - A nationwide postmortem study. *PLoS One*, 2014;9(3):e91130.
7. The way forward: an integrated approach to palliative care. HPC Integration 2014. Consulté en ligne le 24 août 2017 : <http://hpcintegration.ca/media/56049/TWF%20double%20survey%20infographic%201pg.pdf>
8. Carr D. Racial and ethnic differences in advance care planning: identifying subgroup patterns and obstacles. *J Aging Health* 2012;24(6):923-47.
9. Dobbs D, et al. Awareness and completion of advance directives in older Korean-American adults. *Journal of American Geriatrics Society* 2015;63:565-70.
10. Bullock K. The influence of culture on end of life decision making. *Journal of Social Work in End-of-Life et Palliative Care* 201 ;7(1):83-98.
11. Huang IA, et al. Racial and ethnic differences in advance directive possession: role of demographic factors, religious affiliation, and personal health values in a National Survey of Older Adults. *Journal of Palliative Medicine* 2016;19(2):149-56.
12. Johnson RW, et al. Differences in level of care at the end of life according to race. *American Journal of Critical Care* 2010;19(4):335-43.
13. Reynolds KS, et al. End-of-life care in nursing home settings: do race or age matter? *Palliative and Supportive Care* 2008;6(1):21-7.
14. Rich SE, et al. Discussion as a factor in racial disparity in advance directive completion at nursing home admission, *J Am Geriatric Society* 2009;57(1):146-52.
15. Dans cette partie, je m'inspire particulièrement de Kymlicka W. *État actuel du multiculturalisme au Canada et thèmes de recherche sur le multiculturalisme canadien 2008-2010*. Ministère de citoyenneté et immigration Canada 2010, page 10. Consulté en ligne le 20 octobre 2017 : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/cic/Ci96-112-2010-fra.pdf
16. Ke LS, et al. Experiences and perspectives of older people regarding advance care planning: A meta-synthesis of qualitative studies, *Palliative Medicine* 2016;31(5):394-405.
17. Site web « Parlons-en ». Qu'est-ce que la planification préalable des soins? Consulté en ligne le 1^{er} novembre 2017 : <http://www.planificationprealable.ca/quest-ce-que-la-planification-prealable-des-soins/>
18. Dans cette partie, je m'inspire particulièrement du *Guide de mise en œuvre de la planification préalable des soins au Canada. Étude de cas de deux autorités sanitaires*, publié par Santé Canada en mars 2008, pages 27-30. Consulté en ligne le 20 novembre 2017 : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/palliat/2008-acp-guide-pps/acp-guide-pps-fra.pdf
19. Enjeu 10 : Le partenariat : convergence de visions et de savoirs dans Gravel S, Battaglini A (dir.). *Culture, santé et ethnicité vers une santé publique pluraliste*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Direction de santé publique de Montréal-Centre : 2000, page 117.
20. Johnstone MJ, et al. Ethics and advance care planning in a culturally diverse society. *J Transcultural Nursing* 2009;20(4):405-16.
21. Tervalon M, et al. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care for the Poor and Underserved* 1998;9(2):117-25.
22. Chiarchiaro J, et al. Reengineering advance care planning to create scalable, patient- and family-centered interventions, *JAMA* 2015;313(11):1103-4.
23. Holt GE, et al. An unconscious patient with a DNR tattoo, *NEJM* 2017;377(22):2191-3.



Par André Sirard, M. Sc., CFA, ASC, Adm. A.
Président et chef de la direction

INDÉPENDANTE ET ENGAGÉE

Financière des professionnels est une société indépendante, qui met son expertise au service des médecins spécialistes depuis 40 ans maintenant. Filiale de la FMSQ, elle s'inscrit en tant que référence intègre et impartiale pour la gestion de leur patrimoine. Alors que le monde financier subit de profondes et rapides mutations, la Financière conserve son autonomie et reste plus que jamais fidèle à sa mission auprès des médecins.

Un ADN unique

D'emblée, ce qui différencie la Financière, ce sont ses origines. Elle a été créée par des médecins spécialistes dans le but de répondre aux besoins de protection et de services-conseils de leurs collègues, dans un contexte financier incapable de répondre à leurs attentes. Son parcours singulier est basé sur la défense des intérêts des médecins et la promotion de conseils impartiaux. Cette particularité s'est affirmée encore davantage au fil du temps : nous sommes la seule société indépendante qui se consacre entièrement à la gestion de patrimoine pour les médecins spécialistes et leurs familles. Nous les connaissons, nous les côtoyons et nous sommes à leur écoute, mettant toute notre expertise à leur disposition pour la réalisation de leurs projets et de leurs rêves.

L'offre que nous avons développée est en lien direct avec la phénoménale évolution qu'a connue votre profession : d'une simple planification de retraite au départ, elle comprend aujourd'hui une foule de services pour répondre à la complexité grandissante de vos besoins familiaux et d'affaires, ainsi qu'aux situations variées que vous pouvez vivre dans votre vie personnelle et professionnelle.

Un CA qui fait toute la différence

Un facteur clé : le conseil d'administration, dont la présidence est assurée par la présidente de la FMSQ et auquel siègent des représentants des actionnaires de la Financière. Cette situation encourage des échanges directs sur les exigences de la pratique médicale, les besoins qui y sont reliés et les enjeux de carrière. Ensemble, nous cherchons des solutions concrètes pour répondre à ces défis.

Écouter, mais surtout agir

Parce que nous sommes à votre écoute, nous avons augmenté notre accessibilité et nos services :

- / En mettant à votre disposition cinq succursales dans différentes villes du Québec, en plus du siège social situé à Montréal;
- / En augmentant le nombre de nos fiscalistes et notaires, ainsi que leur disponibilité dans tous nos bureaux;
- / En développant un solide réseau de partenaires experts et intègres, ainsi qu'un ensemble de services adaptés aux situations que vous vivez actuellement dans votre pratique et votre vie personnelle. Parmi ces services, mentionnons :

- Nos solutions de financement pour les médecins en affaires, pour vos besoins en début et en développement de carrière;
- Notre accompagnement dans votre démarche d'incorporation, afin de déterminer le cadre d'affaires qui correspond exactement à vos besoins;
- Nos services spécialisés en notariat ou en fiscalité, pour les médecins dont la situation requiert une expertise particulière;

- Notre volet de planification successorale, dont la variété de services personnalisés est adaptée à la complexité de votre patrimoine;
- Brio, la marge de crédit étudiante qui mise sur une gestion responsable de l'endettement.

Comprendre pour mieux agir

Parce que la FMSQ veut encourager une meilleure compréhension du domaine financier par ses membres, notre volet éducatif s'enrichit sans cesse de nouvelles propositions et nos « rendez-vous » se multiplient sous forme de conférences, d'ateliers, de formations accréditées (UFC) ou de webinaires. Pour voir venir les événements de votre parcours professionnel et personnel, et savoir comment y réagir, la formule des « Week-end » a été développée et, que ce soit pour la retraite ou le début de pratique, ces rendez-vous répondent à un important besoin d'information à des étapes spécifiques de votre parcours.

Quant à la technologie, omniprésente dans votre pratique et dans votre vie personnelle, elle a aussi envahi le monde financier. Pour la Financière, le virage technologique est une occasion sans précédent de se rapprocher des médecins et de les rejoindre là où ils sont, afin de leur assurer un service rapide et personnalisé.

Indépendante et engagée, la Financière l'a été dès sa fondation. Indépendante des institutions financières existantes, engagée envers sa clientèle. Elle le demeure toujours aujourd'hui et vous invite à découvrir comment elle peut vous accompagner vers votre réussite.

JE SUIS MÉDECIN SPÉCIALISTE

et pour mes assurances auto,
habitation et entreprise,
Sogemec Assurances est
le choix qui s'impose



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

SOGEMEC et la FMSQ
ont négocié pour vous un
régime d'assurance auto,
habitation et entreprise*.

Pour vos autres besoins en assurance,
découvrez la gamme complète de protections
offertes par Sogemec

- Vie
- Invalidité
- Frais généraux
- Maladies graves
- Soins de longue durée
- Médicaments
- Maladie
- Dentaire



Nous sommes votre référence. Faisons connaissance.

1 866 350-8282
sogemec.qc.ca

Sogemec 40 ans
ASSURANCES

*Une force conseil
créée par vous, pour vous*

* Le régime d'assurance auto, habitation et entreprise de Sogemec est souscrit par La Personnelle, assurances générales inc.



Par Chantal Aubin

Directrice générale

Conseillère en sécurité financière

Courtier en assurance de dommage des particuliers

Vos biens sont-ils bien assurés ?

CATASTROPHES NATURELLES (1^{re} PARTIE)

C'est un fait : le nombre de catastrophes naturelles a considérablement augmenté sur la planète au cours de la dernière décennie. La moyenne des réclamations liées aux catastrophes naturelles, qui s'élevait à 600 millions de dollars avant 2010, dépasse maintenant le milliard de dollars par année.

Même si personne n'est à l'abri d'une catastrophe naturelle, vous pouvez en minimiser les impacts sur vos biens grâce à une bonne couverture d'assurance habitation. Jetons un coup d'œil aux protections généralement offertes par les assureurs et sur la nouveauté introduite dans le régime d'assurance auto et habitation négocié par Sogemec et la FMSQ.

Tremblements de terre

Selon un sondage mené par SOM pour le Bureau d'assurance du Canada, seuls 14% des Québécois pensent que leur résidence pourrait subir des dommages à cause d'un séisme¹.

Pourtant, le Québec risque bel et bien de subir un séisme. L'ouest du Québec, le Bas-Saint-Laurent et la région de Charlevoix-Kamouraska sont les trois régions les plus vulnérables². Rappelez-vous le séisme de magnitude 5,9 qui a secoué le Saguenay le 26 novembre 1988 causant de nombreux dommages matériels et des glissements de terrain à des centaines de kilomètres de l'épicentre. L'ancien hôtel de ville de Montréal-Est a d'ailleurs subi d'importants dommages lors de cet événement.

Bien que la majorité de la population vive dans une zone à risque, à peine 3%³ des foyers souscrivent un avenant contre les tremblements de terre. Le sondage mené par SOM a révélé que 38% des personnes interrogées se pensent déjà couvertes alors qu'elles ne le sont pas. La confusion vient peut-être du fait que la plupart des contrats d'assurance habitation comportent

la garantie *Incendie, explosion et fumée à la suite d'un tremblement de terre* (avenant 22b) – une garantie dont la portée est limitée, car elle ne couvre pas l'effondrement du bâtiment ni les fissures causées par les mouvements du sol (avalanche, glissement de terrain, etc.) résultant d'un tremblement de terre.

Pour bénéficier d'une telle protection, il vous faut l'avenant Tremblements de terre (22a), qui peut facilement être ajouté à votre contrat d'assurance habitation de Sogemec, d'autant plus que les membres de la FMSQ profitent d'un tarif exclusif.

Tornades, ouragans et grêle

Le Québec est touché par environ 6 tornades par année⁴.

La bonne nouvelle, c'est que la plupart des contrats d'assurance habitation couvrent les dommages causés par les tornades, les ouragans et la grêle, au même titre que les autres couvertures de base généralement offertes, comme le vol ou le vandalisme. Vous n'avez donc pas à déboursier de montant supplémentaire pour vous protéger dans l'éventualité où le vent emporterait votre toiture ou si la grêle fait voler les vitres de vos fenêtres en éclat.

Quelques

protections complémentaires

Avec le régime d'assurance de Sogemec, les membres de la FMSQ peuvent se procurer un avenant exclusif : l'avenant 25c qui regroupe une série de protections bonifiées permettant d'augmenter le montant de la couverture pour certains biens particuliers ou de

valeur. Parmi les nombreuses composantes de l'avenant 25c, deux sont généralement associés aux catastrophes, soit **les frais de subsistance** si vous devez quitter votre maison pour respecter un ordre d'évacuation en raison d'un risque couvert (ex. : logement à l'hôtel) et les **frais de déblai des arbres et arbustes** à la suite de dommages causés par le vent, la grêle, la glace ou la neige.

Les catastrophes naturelles frappent sans prévenir et peuvent générer un stress intense. Si vous vivez un tel drame, un contrat d'assurance habitation comportant toutes les protections appropriées peut vous aider à traverser la tempête beaucoup plus sereinement. Communiquez avec notre équipe dès maintenant pour en discuter au 1 800 361-5303.

Le régime d'assurance auto, habitation et entreprise de Sogemec est souscrit par La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer. Les clauses et modalités relatives aux protections décrites sont précisées au contrat d'assurance, lequel prévaut en tout temps.

Références

1. Le Journal de l'assurance, en ligne : <https://journal-assurance.ca/article/seuls-14-des-quebecois-pensent-que-leur-residence-pourrait-subir-des-dommages-a-cause-dun-seisme/>
2. Chambre de l'assurance de dommages, en ligne : <http://www.chad.qc.ca/fr/membres/pratique-professionnelle/industrie-enjeux-et-specialites/catastrophes-naturelles-et-environnement/423/les-tremblements-de-terre-au-quebec>
3. Le Journal de l'assurance, en ligne : <https://journal-assurance.ca/article/seuls-14-des-quebecois-pensent-que-leur-residence-pourrait-subir-des-dommages-a-cause-dun-seisme/>
4. <http://www.monclimatmasante.qc.ca/public/tornades.aspx>



Dr Diane Francœur

The President's Editorial

MAY THE BEST ONE WIN!

The current election campaign has highlighted several themes for the health sector. Rather than focusing on the real problems and proposing potential solutions, attention is too often drawn to the renegotiation of our agreement instead of on the search for real solutions.

From the very start of this campaign, our position has been clear: to show to the population of Quebec that our agreement includes an important aspect based on our commitment to patients and that we have the firm intention of reaching our goals.

In this regard, we want to show everyone, at regular intervals, that we have obtained concrete and positive results. It's what we have succeeded in doing with our pairing plan in anesthesiology and what we will do with the evaluation of the first CRDS wave – there have already been 500,000 consultations, and this in spite of the obstacles inherent in a start up. Within the framework of the deployment of the second wave, we could become even more efficient by adding telephone consultations as well as, perhaps, electronic ones. As we are dependent on institution budgets, on the number of residency positions, and on the number of PEMs and their distribution, the actions we will take jointly with the MSSS will be transparent and will have only one aim: to improve patient access to 2nd line services.

This being said, what management style should the future Minister of Health adopt and what should his or her qualities be? To start with, we hope that our Ministry of Health counterpart will be clearly open to a true and fully transparent collaboration with us so that the problems of access to 2nd line services can be settled. Waiting lists have to be cut back; performance goals must be on the control panel of Boards of Directors who have been given the responsibility of ensuring accessibility to healthcare services as

provided for by Bill 130. As we have said many times since the start of the election campaign, collaboration is undeniably more successful than confrontation. Just look at the results obtained so far. The relationship of trust with our counterpart and his or her teams will be the moving force behind our effectiveness in settling problems and in not letting ourselves be overcome by the weight of centralization.

We also hope we will have a Minister with a vision, who will be proactive in financing the network and able to implement a performance-based remuneration model which will meet the objectives of "quality, performance and pertinence", in particular a local investment that would allow professionals to be hired to improve existing teams.

Such a collaborative and transparent approach would set the table with a view to constructive discussions regarding remuneration. This is what has been accomplished in Ontario with Cancer Care, an organization that reviewed operations from top to bottom and redefined standards of practice with the addition of budgets for equipment and for the addition of other professionals to fill out the teams. This redefinition of new practices in oncology has reassured both the clients that they are getting their money's worth, and the medical specialists who were asking for increased access. There is no reason for us not to succeed as well and to reconcile these two stakes. It has clearly been demonstrated that simply measuring and comparing performances can improve results by up to 30% for comparable stakes. The right patient (pertinence), at the

right place (the right professional) at the right time (accessibility).

We have to avoid at all price finding ourselves faced with a new reform implemented in secrecy or through the dogmatic application of the previous one by underestimating its repercussions on the morale of the troops. No competent manager would ignore a burnout rate of 30% which the network has experienced these last few years. The teams need to recover their spirit, their values and especially the energy needed to go to work. A physician without a team can have little impact on the health of the population, while a physician supported by a motivated interdisciplinary team and the use of artificial intelligence could change the trajectories of traditional care.

We hope for a technologically-competent Minister who will allow us to discard our fax machines and improve the management of results and appointments. We need a real digital medical record system that allows us to send our prescriptions directly to pharmacies with the help of surveillance software (antibiovigilance, for example), prescription support thanks to standardized flowcharts and the capacity for all professionals to share data confidentially and securely.

Finally, what will happen next October 2nd? No one can say. But our position is firm. We have never asked to be remunerated above Canadian parity and we negotiated an agreement in good faith which provides for renewed discussions with the government once the results of the CIHI analysis are known, and not before. Our objective is to increase services; not to retreat...



SERVICES AUX MEMBRES AVANTAGES COMMERCIAUX

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

OUVERT À UN NOUVEAU DÉFI PROFESSIONNEL ?

Consultez régulièrement la page d'accueil
du portail de la FMSQ pour prendre
connaissance des appels de candidatures.
Une seule adresse à retenir : fmsq.org.

NOS FILIALES



40^{ANS}

fprofessionnels.com
1 888 377-7337



sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES



multid.ca
1 800 363-3068



desjardins.com/fmsq
1 800 CAISSES



rbcbanqueroyale.com/sante
1 800 807-2683

HÔTEL **ZERO** | 1

zero1-mtl.com
1 855 301-0001



HÔTELS VILLEGIA

hotelsvillegia.com
1 877 845-5344



HYATT
REGENCY[®]
MONTRÉAL

montreal.hyatt.ca
1 800 361-8234



CENTRE
DES CONGRÈS
DE QUÉBEC

convention.qc.ca
1 888 679-4000

HÔTELS



fairmont.com
1 800 441-1414



Quintessence
RESORT HOTEL SPA & RESTAURANT
TREMBLANT SUR LE LAC

hotelquintessence.com
1 866 425-3400

Pour tout savoir sur les avantages commerciaux réservés aux médecins spécialistes
et pour connaître nos nouveaux partenaires commerciaux, visitez le fmsq.org/services.

Pour plus d'information :
fcadieux@fmsq.org
ou **514 350-5274**



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

7

BONNES RAISONS

pour annoncer
dans Le Spécialiste

1. Le Spécialiste est LA référence en médecine spécialisée au Québec.
2. Le Spécialiste est reconnu pour la qualité de ses contenus. En 2016, il a reçu deux prix importants, l'un remis par la Société canadienne des relations publiques et l'autre par la Société québécoise des professionnels en relations publiques.
3. Le Spécialiste est le seul magazine qui s'adresse exclusivement à tous les médecins spécialistes œuvrant dans le réseau public de santé du Québec.
4. Le Spécialiste est aussi distribué aux résidents en médecine spécialisée, aux professeurs et aux chercheurs des quatre facultés de médecine du Québec, ainsi qu'aux gestionnaires et à plusieurs intervenants du réseau de la santé.
5. Le Spécialiste est à portée de main, partout où vous êtes ! Il est entièrement reproduit sur le portail de la FMSQ. Tous les articles et toutes les annonces publicitaires sont offerts en version dynamique pour une lecture directe à l'écran ou en version téléchargeable pour une lecture sur un appareil ou une tablette numérique.
6. Le Spécialiste est également offert en anglais sur le portail de la FMSQ.
7. Le Spécialiste est déjà le choix d'annonceurs de prestige, dont les filiales et les principaux partenaires de la FMSQ.

PRATIQUE SIMPLIFIÉE. FINANCES SOIGNÉES. MÉDECINS COMBLÉS.

Les médecins ont enfin de quoi se réjouir.
Financière des professionnels et MultiD unissent
leurs forces pour soigner votre gestion et vos finances.

Vous êtes bien entouré à chaque étape de votre vie
professionnelle et personnelle.

Nos services intégrés et complémentaires
vous évitent bien du stress et vous font
sauver du temps et de l'argent.

GUIDE DE FACTURATION MÉDICALE ADAPTÉ À VOTRE SPÉCIALITÉ

Téléchargez-le gratuitement
à multid.ca



FACTURATION MÉDICALE
GESTION COMPTABLE
DÉCLARATION D'IMPÔTS

Prendre soin de ce qui compte



GESTION DE PATRIMOINE
PLACEMENTS
PLANIFICATION FINANCIÈRE

1 800 363.3068
multid.ca

1 844 866.7257
fprofessionnels.com