

LE SPÉCIALISTE

DÉJÀ 15 ANS



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Vol. 16 n° 4 – Décembre 2014

LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES LE CASSE-TÊTE DES NEUROLOGUES

L'ÉTERNEL RECOMMENCEMENT

PAGE 7

L'IMPORTANCE DE LA RIGUEUR

PAGE 12

DR DENIS SASSEVILLE

PAGE 38

UN VOYAGE À L'ÉTRANGER ? QUELQUES CONSEILS DE SOGEMEC POUR VOUS Y PRÉPARER (PAGE 41)

Sogemec
ASSURANCES

L'OFFRE EXCLUSIVE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

GRÂCE À L'OFFRE EXCLUSIVE, PROFITEZ DE TOUS LES OUTILS NÉCESSAIRES À LA GESTION DE VOTRE CABINET:

- Forfait transactionnel adapté à votre réalité, à tarif compétitif
- Solutions de financement complètes à taux avantageux
- Tarification préférentielle pour vos solutions de paiement
- Solutions de gestion de la paie fiables et adaptées
- Et bien plus!

desjardins.com/fmsq



Pham



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



Desjardins

Coopérer pour créer l'avenir

Bien **+** que des tarifs
de groupe exclusifs

pour l'assurance de votre entreprise



Sogemec 



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Vous êtes propriétaire d'une clinique ou d'un cabinet privé?
En tant que membre de la Fédération des médecins
spécialistes du Québec, bénéficiez d'un tarif de groupe
exclusif et de protections adaptées à vos besoins.

Commencez à économiser

1 866 350-8282

Du lundi au vendredi, de 8h à 20h

sogemec.lapersonnelle.com/entreprise-fmsq

La bonne combinaison.



RBC Banque Royale

LES VOYAGEURS ONT LA LIBERTÉ DE CHOISIR LEUR COMPAGNIE AÉRIENNE

À titre de Voyageur^{MC}, vous pouvez échanger vos points RBC Récompenses[®] contre des billets d'avion auprès de plus de 130 compagnies aériennes[~]. Alors, pourquoi vous limiter à quelques-unes seulement quand vous disposez d'un si grand choix ? Vivez l'Expérience Voyages^{MC} dès aujourd'hui et libérez-vous des restrictions de compagnies aériennes concernant l'échange de points.

Faites une demande de carte Visa Infinite[‡] Voyages^{MC} RBC[®] et recevez 15 000 points de bienvenue à l'adhésion[†]. Rendez-vous à rbc.com/voyages ou composez le 1 800 769-2511.

LES VOYAGEURS ONT LE CHOIX



©/™ Marque(s) déposée(s) de la Banque Royale du Canada. RBC et Banque Royale sont des marques déposées de la Banque Royale du Canada. ‡ Toutes les autres marques de commerce sont la propriété de leurs détenteurs respectifs. ~ Sous réserve des disponibilités. † Pour recevoir les 15 000 points RBC Récompenses en prime qui figureront sur votre premier relevé, nous devons avoir reçu et approuvé votre formule de demande au plus tard le 31 mars 2015. Les titulaires de carte supplémentaires, ainsi que les titulaires existants de cartes de crédit assorties de primes-voyages RBC Banque Royale, qui présentent une demande de carte Visa Infinite Voyages RBC ou effectuent un transfert vers celle-ci pendant la période d'admissibilité, ne sont pas admissibles à la présente offre. La présente offre ne peut être jumelée à aucune autre offre. Pour connaître l'intégralité des conditions et des restrictions applicables au programme RBC Récompenses, veuillez consulter le site www.rbc recompenses.com ou composer le 1 800 769-2512.

LE SPÉCIALISTE EST PUBLIÉ QUATRE FOIS PAR ANNÉE
PAR LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC.

COMITÉ ÉDITORIAL
D^r Harold Bernatchez
D^{re} Karine Tousignant
M^{re} Sylvain Bellavance
Nicole Pelletier, ARP
Patricia Kéroack, réd. a.

ÉDITRICE DÉLÉGUÉE
Nicole Pelletier, ARP, directrice
Affaires publiques et
Communications

RESPONSABLE DE L'ÉDITION
Patricia Kéroack, réd. a.
conseillère en communication

RÉVISION
Annie Dallaire
Angèle L'Heureux

GRAPHISME
Dominic Armand

PUBLICITÉ
France Cadieux

IMPRESSION
Impart Litho

TIRAGE
14 500 exemplaires

POUR NOUS JOINDRE

RÉDACTION
☎ 514 350-5021
☎ 514 350-5175
✉ communications@fmsq.org

PUBLICITÉ
☎ 514 350-5274
☎ 514 350-5175

✉ fcdieux@fmsq.org
🌐 magazinelespecialiste.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
4^e trimestre 2014
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1206-2081

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social. 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 ; gastro-entérologie ; génétique médicale ; gériatrie ; hématologie ; hématologie et oncologie pédiatrique ; immunologie clinique et allergie ; maladies infectieuses ; médecine communautaire ; médecine d'urgence ; médecine d'urgence pédiatrique ; médecine de l'adolescence ; médecine de soins intensifs (adulte ou pédiatrique) ; médecine du travail ; médecine interne ; médecine maternelle et foetale ; 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 ; pneumologie (adulte ou pédiatrique) ; psychiatrie ; radio-oncologie ; radiologie diagnostique ; rhumatologie 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. Tous droits réservés. Le contenu ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

LES ANNONCEURS DE CETTE ÉDITION :

- Desjardins 2
- La Personnelle 3 et 10
- RBC Banque Royale 4
- Financière des professionnels 6
- ims I brogan 8
- Septentrion 11
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec 14
- Evenko 15
- Club voyages Berri 16
- Telus 18
- Sogemec Assurances 40
- MultiD 44

SOMMAIRE

- 7 L'ÉDITORIAL DE LA PRÉSIDENTE
L'éternel recommencement



- 9 LES ACTUALITÉS

- 12 LES ACTUALITÉS FÉDÉRATIVES

- 14 QUESTION DE DROIT

- 16 EN MANCHETTES

- 37 DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

- 38 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC
D^r Denis Sasseville



- 39 FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS

- 41 SOGEMEC ASSURANCES

- 42 THE PRESIDENT'S EDITORIAL
Back to the Drawing Board... Again

- 43 SERVICES AUX MEMBRES
Avantages commerciaux

- 19 DOSSIER

COMMOTIONS CÉRÉBRALES

- 20 MAUX DE TÊTE



- 23 TENIR TÊTE

- 24 BOXE



- 25 HOCKEY

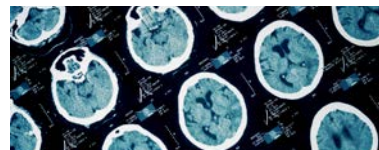


- 27 SOCCER

- 28 FOOTBALL



- 30 EFFETS À LONG TERME



- 32 TABOU



- 34 JEU D'ENFANT



Recommandé par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Les solutions REER
performantes de
Financière des professionnels

- Gamme de 15 fonds d'investissement
- Gestion privée

Qui se ressemble s'assemble. C'est pourquoi Financière des professionnels a été créée en 1978 par et pour les médecins spécialistes du Québec. Nos conseillers en gestion de patrimoine connaissent précisément votre réalité professionnelle et parfois même personnelle. Ils peuvent ainsi vous offrir les meilleures solutions d'épargne-retraite et de gestion du patrimoine adaptées à vos besoins.

**Venez rencontrer l'un de nos conseillers
avant le 2 mars 2015 pour faire le bilan
de votre santé financière.**



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de Financière
des professionnels depuis 1978

www.fprofessionnels.com
Montréal 1 888 377-7337
Québec 1 800 720-4244
Sherbrooke 1 866 564-0909

Financière des
professionnels
Gestionnaire de patrimoine

D^{re} Diane Francoeur

L'ÉTERNEL RECOMMENCEMENT

La dernière du ministre de la Santé : le projet de loi n° 10. Un concentré de pouvoirs pour le ministre et un vide inégalé pour les professionnels de la Santé qui œuvrent dans le réseau !

Cet « ouvrage » a été préparé sans consultation; pire, c'est une œuvre personnelle. Le projet de loi n° 10 sera-t-il adopté sous le bâillon? Sinon, pourquoi avoir exigé la tenue d'une consultation à la vitesse grand V, sans respect pour les groupes « invités »? Si oui, tous pourront constater la nouvelle façon de gouverner « majoritairement ». Et le ministre pourra enfin régner sur le réseau de la santé.

Sérieusement, qu'y a-t-il derrière cette hâte? Pourquoi chaque ministre de la Santé doit-il toujours laisser sa marque, à peine élu? D'où vient cette impulsion à défaire sans compromis tout ce qui semble faire entrave à la vision ministérielle de la gouvernance? À moins que la question ne soit plutôt : pour qui? Dans quel objectif? Au fait, qui croit (ou a envie de croire) que les pouvoirs que s'arroge le ministre seront transitoires? Il n'y a pas de loi transitoire. Il y a ce qui est écrit, voté et publié. Tous devront vivre avec ce fait, et, au premier chef, les heureux élus des CISSS... en espérant qu'il ne s'agira pas de membres recyclés du parti... si la tendance se maintient. Proposer un tel chambardement législatif sans se donner la peine de définir davantage les nombreux règlements qui viendront aura au moins eu comme effet de rallier tout le milieu de la santé contre ce projet de loi! Et tout le monde ne peut avoir tort. Une fois adopté, rebâtir sur les cendres après avoir tout détruit sur son passage n'est pas associé à une garantie de résultats. Au contraire.

J'insiste : qu'ont en commun tous les titulaires du ministère de la Santé? Pourquoi ont-ils tous tenté de rebâtir ce réseau à leur image? Pourquoi cet empressement à défaire et à

refaire en fonction des échéances électorales? La complexité du réseau demande plus : elle commande une vision à très long terme, où tous les acteurs auront des responsabilités et seront imputables de leurs actions. Personne n'a réussi à bâtir sur un sol chancelant. On a beau corriger les charpentes, délester les structures, stopper certaines activités : quand le bâtiment est fragile à sa base, rien n'y fait.

Il y a longtemps que notre ministre n'a pas travaillé dans un hôpital. Je ne reconnais pas le milieu qu'il décrit, où les médecins ne pensent qu'à faire de l'argent et ne s'occupent pas des patients. Même si nous sommes d'accord à couper dans les structures administratives qui ne donnent pas de soins aux patients, nous sommes loin de penser que les hôpitaux du Québec sont remplis d'incompétents. Et quand on a la volonté, ou la prétention, de changer les choses, on sait bien que tendre la main et impliquer les gens sera plus réaliste que de les abaisser et de les menacer. Comprendons-nous bien : rallier les gens et respecter leurs expertises n'excluent pas le fait de les rendre imputables. Si le ministre veut discipliner les acteurs du réseau, il doit commencer par lui-même en freinant ses élans.

Pas besoin d'être contre la vertu pour souhaiter un système performant, accessible et efficace! Cet objectif de performance ne se fera pas sans coûts, et le ministre le sait. En fait, nous le savons tous. Si les médecins spécialistes travaillent plus, ils verront plus de patients, prescriront plus d'examen, de médicaments et feront plus de chirurgies. Un patient en attente ne coûte rien dans la colonne des dépenses. Il faut avoir la mémoire

bien courte pour ne pas se rappeler que l'Annexe 38 avait été négociée pour reconnaître les pratiques plus lourdes (notre version) et acceptée pour diminuer la productivité (version du MSSS). Cela dit, elle a quand même coûté 40 millions de dollars.

Les médecins spécialistes travaillent, et nous allons le démontrer. À malin, malin et demi! Tenez-vous prêts! Nous ne laisserons rien passer qui nous empêchera d'exercer notre pratique dans le seul but de garantir des votes...

L'année 2014 a été exceptionnelle! Ou, devrais-je dire, exceptionnellement troublante depuis l'élection du gouvernement Couillard et l'arrivée du nouveau ministre de la Santé... Suis-je la seule à avoir la désagréable impression que cette année sera garante de la prochaine?

De son côté, la Fédération a aussi connu une année exceptionnelle, mais, cette fois, on peut la qualifier d'exceptionnellement stimulante par les défis auxquels nous avons dû faire face. Je profite de ces lignes pour vous remercier tous et toutes de votre appui, de vos encouragements, de vos propositions et commentaires constructifs. Je sais pertinemment combien le fait de rallier les gens à la cause permet de grandes choses. Merci à mon conseil d'administration, à nos directrices et directeurs ainsi qu'à tout notre personnel qui, cette année encore, ont répondu à l'appel comme jamais!

Je vous offre mes meilleurs vœux du temps des fêtes! Santé et Paix.



CONCOURS PRIX IMS BROGAN 16^e ÉDITION

Deux bourses de 3 000 \$ à gagner

DESCRIPTION DU CONCOURS

Le Conseil consultatif d'information sur la santé d'IMS Brogan a créé les Prix IMS Brogan pour souligner les travaux de médecins et pharmaciens concernant l'utilisation clinique efficace des médicaments. Ces prix représentent une valeur totale de 30 000 \$ qui est répartie de la façon suivante :

- à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) deux prix de 3 000 \$ à chaque fédération pour un article sur l'utilisation appropriée des médicaments;
- aux pharmaciens, par l'entremise de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), deux prix de 3 000 \$ chacun pour un article sur l'utilisation appropriée des médicaments;
- à chacune des quatre facultés de médecine, un prix de 2 000 \$ à un étudiant pour la meilleure note en pharmacologie;
- aux facultés de pharmacie (Université de Montréal et Université Laval), deux prix de 2 000 \$ aux étudiants méritants pour un stage à l'extérieur du Québec.

OBJECTIFS

- de souligner la contribution exceptionnelle d'un médecin spécialiste à la formation professionnelle continue;
- de reconnaître la qualité et le caractère innovateur de l'article soumis;
- d'apprécier l'impact de cet article sur la pratique quotidienne des médecins spécialistes.

DESCRIPTION DES PRIX DÉCERNÉS

Deux bourses de 3 000 \$ seront décernées à deux médecins spécialistes (ou deux groupes de médecins) s'étant distingués par l'excellence de leur article sur l'utilisation efficace de médicaments, à titre d'exemple :

- importance de l'observance du traitement médicamenteux;
- meilleur traitement dans le cas d'une maladie donnée;
- revue de l'utilisation de médicaments dans un contexte clinique;
- utilisation efficace de médicaments les uns par rapport aux autres dans un contexte clinique.

RÈGLEMENTS

L'auteur principal (premier auteur) de l'article doit être un médecin spécialiste membre d'une association affiliée à la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Tout article original paru dans une revue pharmaceutique ou médicale spécialisée (excluant les entrevues et articles de journaux) au cours de l'année civile (de janvier à décembre 2014) peut être soumis à condition qu'il appartienne à l'une des catégories précisées ci-dessus. De plus,

- les traductions, adaptations ou reproductions d'articles ne sont pas admissibles;
- les articles acceptés pour publication mais non encore publiés ne sont pas admissibles;
- les articles en deux parties comptent pour un seul texte;
- si un article a été rédigé par plus d'un auteur, le prix sera remis à l'auteur principal, défini comme l'auteur désigné dans le manuscrit, responsable pour la correspondance.

SÉLECTION DES ARTICLES

Les articles seront soumis par leurs auteurs qui devront les faire parvenir, **avant le 31 janvier 2015**, au directeur de l'Office de développement professionnel de la **Fédération des médecins spécialistes du Québec**, 2 Complexe Desjardins, porte 3000, C.P. 216, succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8. Ils seront ensuite évalués par un comité de sélection mis sur pied par l'Office et composé d'un représentant de chacune des quatre facultés de médecine du Québec.

Le directeur de l'Office communiquera à IMS Brogan le nom des auteurs des deux articles retenus comme étant les meilleurs. IMS Brogan remettra officiellement le prix lors d'une conférence de presse.

SUR LA SCÈNE POLITIQUE

DU CÔTÉ DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Le projet de loi n° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, a été présenté le 25 septembre par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Conformément à l'article 146 du Règlement de l'Assemblée nationale, la Commission de la santé et des services sociaux a entrepris une ronde de consultations particulière et des auditions publiques sur ce projet de loi, le 20 octobre. Ce premier jour, la Fédération était invitée à comparaître devant les parlementaires pour livrer ses commentaires et observations et déposait un mémoire. Celui-ci peut être consulté sur le portail de la Fédération sous l'onglet « La médiathèque ».

Au terme de cette ronde de consultations, qui a pris fin le 13 novembre, 64 groupes ou individus ont été entendus en autant d'heures. Le projet de loi doit cependant franchir d'autres étapes avant son adoption finale. Son principe doit être entériné par l'Assemblée nationale. Il doit ensuite retourner en commission pour l'étude détaillée des 165 articles qu'il comporte ; à cette étape, des modifications ou des amendements au texte législatif peuvent être déposés et votés. Enfin, il doit revenir devant l'Assemblée pour l'adoption finale. Au moment d'écrire ces lignes, le principe du projet de loi n'avait pas encore été adopté. Rappelons que ce dernier doit être effectif à compter du 1^{er} avril prochain.

Une autre pièce législative était à surveiller. Le projet de loi n° 15, Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État, a été présenté le 9 octobre par le ministre responsable de l'Administration gouvernementale et de la Révision permanente des programmes et président du Conseil du trésor. Comme l'indiquent les notes explicatives, ce projet de loi « établit des règles de gestion et de contrôle des effectifs des organismes publics visant principalement à suivre et à encadrer leur évolution. Plus particulièrement, il permet au Conseil du trésor et au ministre responsable de chaque organisme public d'obtenir des renseignements concernant l'effectif des organismes, notamment par des mécanismes de dénombrement et de planification. Le projet de loi prévoit également la mise en place de mesures de contrôle du niveau d'effectif d'organismes publics applicables à l'égard de chaque période déterminée par le Conseil du trésor ».

Ce projet de loi a fait l'objet d'une courte ronde de consultations particulières par les membres de la Commission des finances publiques, les 30 et 31 octobre et le 4 novembre. Quatorze groupes ou représentants d'organismes ont été entendus. Le principe a été adopté, le 6 novembre, et il a été déferé à la Commission des finances publiques pour l'étude détaillée, le 11 novembre. Il devrait être entériné d'ici la fin de la présente session, le 5 décembre. Les travaux reprendront le 10 février 2015.

DU CÔTÉ DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

Présenté par Russ Hiebert, député de Surrey-Sud-White Rock-Cloverdale, le projet de loi C-377, Loi modifiant la Loi de l'impôt sur le revenu (exigences applicables aux organisations ouvrières), a franchi l'étape de la première lecture au Sénat le 17 octobre et poursuit son cheminement en seconde lecture. Une fois toutes les étapes franchies devant le Sénat, il sera de retour devant la Chambre des communes pour son adoption finale. Rappelons que ce projet de loi avait fait l'objet de plusieurs amendements lors de son premier passage devant la Chambre haute, ce qui avait forcé son retour en case départ devant les parlementaires de la Chambre des communes. Advenant son adoption, ce projet de loi pourrait forcer les syndicats à rendre publiques de nombreuses informations de nature financières, dont « un état indiquant les versements effectués au bénéfice des cadres, des administrateurs, des fiduciaires, des employés dont la rémunération est supérieure à 100 000 \$ ».

MESSAGE IMPORTANT

**AVEZ-VOUS
ACTIVÉ
VOTRE
COMPTE ?**



Pour accéder au portail sécurisé de la FMSQ et de la plateforme d'apprentissage en ligne ; pour obtenir des documents tels vos reçus fiscaux ; ou pour obtenir des informations réservées aux membres de la Fédération, vous devez vous inscrire afin d'activer votre compte.

Si ce n'est pas encore fait, n'attendez plus !

fmsq.org



Faites vite !
La promotion se termine
le **31 décembre 2014.**

**Un petit répit...
une GRANDE CAUSE !**



**CETTE ANNÉE, SOUTENONS LA
CAUSE DES AIDANTS NATURELS.**

Pour contribuer, vous n'avez qu'à
demander une soumission d'assurance
auto, habitation ou entreprise.

Pour chaque soumission complétée
d'ici le 31 décembre 2014,
La Personnelle et Sogemec verseront

10\$ à la **Fondation de la FMSQ.**

**VOILÀ UNE MAGNIFIQUE FAÇON D'APPUYER LA CAUSE DES AIDANTS NATURELS,
UNE CAUSE QUI REJOINT, À CE JOUR, PLUS D'UN MILLION DE QUÉBÉCOIS.**

**DEMANDEZ VOTRE SOUMISSION
et aidez-nous à soutenir
la Fondation de la FMSQ.**

1 866 350-8282

sogemec.lapersonnelle.com/fondation

Sogemec



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.

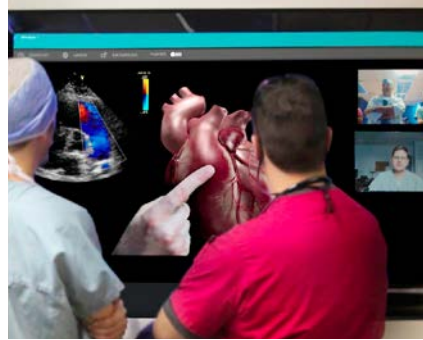
UNE SOLUTION NUMÉRIQUE NOVATRICE

Le 5 novembre dernier a été lancée une toute nouvelle technologie :

Reacts (*Remote Education, Augmented Communication, Training, and Supervision*). Reacts est une plateforme numérique de communications collaboratives qui veut réinventer les façons d'interagir à distance. Créée par D^r Yanick Beaulieu, cardiologue intensiviste à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et professeur adjoint de clinique au Département de médecine de l'Université de Montréal, Reacts

visé à faciliter la collaboration virtuelle dans le secteur de la santé, mais aussi en ingénierie, en avionique, en musique, en éducation, etc. Pour mener son projet à terme, D^r Beaulieu a mis sur pied une entreprise et s'est entouré d'une équipe tout aussi passionnée que lui.

La plateforme propose des fonctionnalités pour optimiser



l'interactivité et rendre les communications virtuelles plus réelles. Les professionnels de la santé peuvent ainsi fournir des soins à distance, enseigner et superviser des collègues ou d'autres professionnels... d'où l'appellation d'hyperprésence.

Reacts est conçue pour répondre aux exigences de performance et de sécurité les plus élevées, et ce, peu importe l'industrie ou le secteur de travail. Exit la visioconférence

traditionnelle, les transferts d'information par réseaux non protégés et autres outils encore largement utilisés, mais dont « la vie » est largement dépassée.

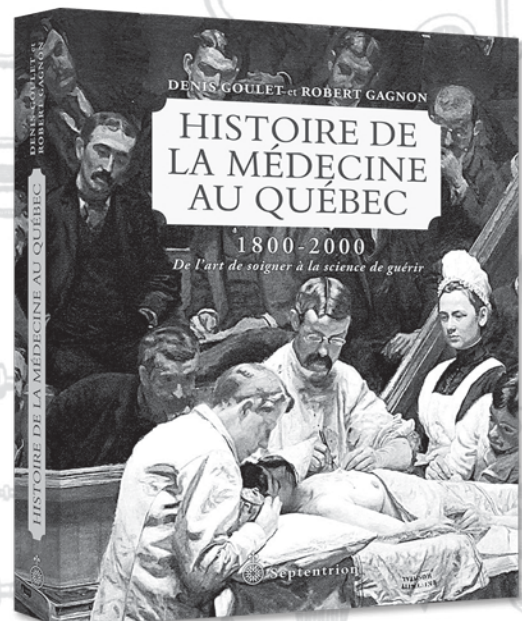
COMMENT ÇA FONCTIONNE ?

La plateforme sécurisée Reacts intègre des outils permettant de faire de la visioconférence de type téléprésence, du partage et du transfert de fichiers, du travail collaboratif, de l'évaluation des compétences, du partage d'application et d'écran, tout en intégrant des outils comme la réalité augmentée et la superposition d'images.

Reacts permet aussi d'enregistrer, d'annoter, de générer des listes de contrôle (*checklists*) ainsi que de produire des rapports permettant donc de mieux standardiser et documenter les rencontres virtuelles.



Deux ouvrages de référence sur l'histoire de la médecine



SEPTENTRION.QC.CA



PAR SIMON BLANCHARD, MBA, CFA
GESTIONNAIRE PRINCIPAL – PLACEMENT
FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS – FONDS D'INVESTISSEMENT

Comparatifs de placement

L'IMPORTANCE DE LA RIGUEUR

Lors d'une rencontre fédérative, un confrère est venu à ma rencontre en me montrant deux documents : l'un étant le bulletin *Dialogue* de la Financière et l'autre, la revue *Santé Inc.* Il a ouvert les deux documents pour me montrer un tableau comparatif de rendement de fonds ; les chiffres différaient dans certains tableaux. Après en avoir discuté autour de lui, ce collègue se demandait si ses avoirs sont bien gérés avec notre filiale.

Il n'en fallait pas plus pour que je décide d'aller au fond des choses, au bénéfice des clients de la Financière, mais aussi de l'ensemble des médecins spécialistes. J'ai donc demandé des explications au principal intéressé. Les gestionnaires de la Financière connaissaient déjà la réponse et ont accepté d'ouvrir grand leurs livres afin d'expliquer clairement ce qui ne l'était peut-être pas. À la lecture du texte suivant, vous serez en mesure de conclure que notre filiale fait largement le poids comparativement à ses concurrentes !

Bonne lecture,

Diane Francœur, M.D.

Présidente du conseil d'administration de la Financière des professionnels

En sciences de la santé comme en sciences de la gestion, des résultats probants ne peuvent être obtenus que par des méthodes d'analyse précises et objectives des données recueillies. À plusieurs reprises dans le passé, et encore récemment, en septembre 2014, la publication *Santé inc.* a présenté des tableaux de rendements comparatifs des fonds d'investissement des Fonds FMOQ, de Services aux médecins MD et de la Financière des professionnels. Ces présentations comportent souvent des vices de forme importants que seul un lecteur averti pourrait relever. Pour étayer une analyse sur des arguments solides et en assurer la crédibilité, il est impératif que certaines règles de l'art soient respectées. Nous partageons ici quelques règles incontournables d'une démonstration rigoureuse.

RÈGLE N° 1

S'assurer que tous les chiffres de rendements et autres statistiques couvrent les mêmes périodes pour l'ensemble des produits présentés.

- Dans le tableau publié en septembre par *Santé inc.*, les rendements et les statistiques des fonds de Service aux médecins MD et de la Financière des professionnels couvrent des périodes se terminant le 31 juillet 2014, tandis que ceux de Fonds FMOQ résultent de périodes équivalentes, mais se terminant le 25 juillet 2014.
- Une légère différence de seulement quatre jours ouvrables peut avoir un impact matériel sur les rendements. Sur cette courte période, le marché boursier canadien, tel que mesuré par l'indice S&P/TSX, a perdu 0,74% alors que le marché boursier américain (S&P 500) reculait (en dollars canadiens équivalents) d'un significatif 1,65%! Pour illustrer notre propos, le tableau ci-dessous démontre comment les rendements des indices ont pu varier substantiellement sur une période d'un, de trois et de cinq ans, selon la date de terminaison de ces périodes. On peut y observer que le rendement sur une période d'un an (selon que cette période se termine le 25 ou le 31 juillet) varie de 0,8%

pour le S&P/TSX et de 1,8% pour le SP 500. Ces écarts se reflètent non seulement dans les classes d'actifs, mais aussi, à différents niveaux, dans les fonds équilibrés, la plupart de ceux-ci étant à leur tour investis dans des actions canadiennes et américaines.

RÈGLE N° 2

Bien identifier la méthode comparative et les sources utilisées.

- En présentant les rendements de divers fonds, le tableau de la publication *Santé inc.* utilise comme référence des « indices de comparaison ». Cette méthodologie est tout à fait acceptable, sauf que les « indices » employés dans le tableau ne sont pas des indices reconnus sur les marchés boursiers, mais plutôt le fruit d'une simple opération mathématique consistant à faire la moyenne du rendement des fonds de la catégorie du classement Morningstar présentée. Il est impératif de bien préciser la méthode comparative utilisée pour assurer une juste compréhension des résultats.

	Rendement 1 an			Rendement 3 ans			Rendement 5 ans		
	au 25 juillet	au 31 juillet	Écart	au 25 juillet	au 31 juillet	Écart	au 25 juillet	au 31 juillet	Écart
S&P/TSX	25,66%	26,45%	- 0,79%	7,96%	8,99%	- 1,03%	10,76%	11,07%	-0,31%
S&P 500	25,65%	23,82%	1,83%	21,75%	21,95%	- 0,20%	17,45%	17,03%	0,42%

Source : Bloomberg

RÈGLE N° 3

Dresser un tableau clair et bien structuré pour en faciliter la comparaison par le lecteur.

- Pour limiter le risque de comparer des éléments non congruents, l'organisme CIFSC (Canadian Investment Funds Standard Committee) a défini un certain nombre de catégories pour les fonds d'investissement offerts au public. La firme Morningstar, qui répertorie et classe les fonds de l'industrie, utilise ces classifications.
- Il faut noter que, au niveau de la classification, le fait qu'une appellation de fonds contienne le mot « équilibré » ne détermine pas automatiquement sa catégorie; sa concordance aux critères de classification constituant plutôt l'élément décisif. À titre d'exemple : le Fonds équilibré des professionnels est classé dans la catégorie Morningstar « fonds équilibrés canadiens neutres ». Selon le CIFSC, les critères de cette classification sont les suivants : le fonds doit investir au moins 70 % de son actif en titres canadiens, et de 40 à 60 % de son portefeuille en actions. Les fonds correspondant à ces critères, outre le Fonds équilibré des professionnels, sont MD Revenu équilibré précision et FMOQ Omnibus.
- Il existe cependant plusieurs classifications de fonds dans la grande famille des fonds équilibrés. Ainsi, la catégorie « fonds actions mondiales équilibré », tout en faisant partie de la famille des fonds équilibrés, a pour critères des fonds qui investissent au moins 70 % de leur actif en titres étrangers et de

60 à 90 % de leur portefeuille en actions. À l'évidence, le profil de risque et les objectifs de placement de cette classe de fonds sont très différents de ceux des « fonds équilibrés canadiens neutres » et, en aucun cas, des fonds appartenant à ces deux catégories ne peuvent être comparés pour ce qui est de leur rendement. Pour des fins comparatives, il est essentiel de regrouper les fonds selon leur catégorie respective : la justesse de l'information et sa compréhension sont alors respectées, et l'on évite les conclusions malencontreuses.

- Une autre méthode comparative des familles de fonds consiste à évaluer le pourcentage des fonds d'une même famille qui est égal ou qui se situe au-dessus de la médiane de la catégorie concernée. L'objectif est alors de déterminer si une famille de fonds réussit, en moyenne, à surpasser

la concurrence ou au moins à l'équivaloir. Le tableau ci-dessous fournit des exemples.

Le manque de standardisation dans les méthodes de présentation des résultats de placement ne fait qu'ajouter à la confusion du public et peut véhiculer des messages inexacts. Dans un environnement où la gouvernance et l'éthique gagnent du terrain et où des organismes tels que le CFA Institute ont défini des standards de présentation des résultats, il incombe aux différents intervenants de les observer rigoureusement. Quand vient le temps de tirer des conclusions d'un exercice comparatif impliquant plusieurs éléments, une rigueur minimale est toujours requise pour tirer des conclusions logiques et indéniables.

FONDS COMMUNS DE PLACEMENT

Classements Morningstar ¹ au 31 août 2014	3 mois	1 an	2 ans	3 ans	5 ans
Financière des professionnels					
Nombre de fonds	14	14	12	12	11
% des fonds égal ou supérieur à la médiane ²	79%	93%	83%	75%	64%
Fonds FMOQ					
Nombre de fonds	8	8	7	7	7
% des fonds égal ou supérieur à la médiane ²	63%	75%	57%	86%	57%
Services aux médecins MD					
Nombre de fonds	21	21	21	19	13
% des fonds égal ou supérieur à la médiane ²	52%	62%	81%	47%	39%
1. Source : Morningstar					
2. Le pourcentage des fonds égal ou supérieur à la médiane se calcule en relation avec la catégorie pertinente. Au 31 octobre 2014, Morningstar répertoriait 8 fonds de la FMOQ qui avaient au moins 12 mois d'existence, 21 de Services aux médecins MD et 14 de la Financière des professionnels.					

Un placement peut donner lieu à des courtages, des commissions de suivi, des frais de gestion et autres frais. Veuillez lire le prospectus avant de faire un placement. Chaque taux de rendement indiqué est un taux de rendement total composé annuel historique, qui tient compte des fluctuations de la valeur du portefeuille et du réinvestissement de toutes les distributions, et qui ne tient pas compte des commissions d'achat et de rachat, des frais de placement ni des frais optionnels ou de l'impôt sur le revenu payables par un investisseur qui auraient pour effet de réduire le rendement. En ce qui concerne les rendements des approches de Financière des professionnels – Gestion privée inc., il s'agit d'un rendement théorique basé sur un portefeuille modèle. Le taux de rendement est calculé selon la méthode de Dietz modifiée; la comparaison entre les indices peut varier en fonction de la taille du portefeuille, du moment auquel la transaction est effectuée et de l'objectif du mandat. Les titres des fonds ne sont pas assurés par la Société d'assurance-dépôts du Canada. Un portefeuille comprend généralement des titres qui ne sont pas assurés ou garantis; leur valeur fluctue souvent et leur rendement passé n'est pas indicatif de leur rendement dans l'avenir. Veuillez lire le prospectus avant d'investir.

Les opinions exprimées sont basées sur notre analyse et interprétation de ces renseignements et ne devraient en aucun cas être considérées comme une recommandation ou une invitation à acheter nos produits. Veuillez consulter votre conseiller.



PAR M^{re} SYLVAIN BELLAVANCE | DIRECTEUR
AFFAIRES JURIDIQUES ET NÉGOCIATION – FMSQ

QUESTION DE DROIT

PERCEPTION ET RÉALITÉ

Dans ma chronique de juin, je vous faisais part de l'état des négociations avec le gouvernement et je vous indiquais que, si la tendance se maintenait, il fallait prévoir un affrontement prochain. Qu'est-il donc survenu pour que nous puissions finalement annoncer la conclusion d'une entente entre la Fédération et le MSSS?

Depuis cette annonce, plusieurs ont partagé leurs opinions sur le résultat de cette négociation. Comme à l'habitude, le jeu de la perception et de la réalité s'est mis à l'œuvre. Il est toujours des plus captivants d'assister à cet éternel combat entre le domaine des perceptions et celui de la réalité. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à reprendre diverses citations connues qui sont parues au fil des siècles : pour certains, « les apparences sont trompeuses » ; aussi, « sur l'apparence est bien fou qui se fonde » ; ou encore, « les sens abusent souvent la raison par de fausses apparences » ; pour d'autres, au contraire, « les apparences plus que les réalités gouvernent le monde ; il est donc aussi important de connaître les choses en apparence que de les connaître réellement » ; « la perception est la réalité ».

Les opinions sur le résultat de notre entente ne divergent pas de ces tendances. Pour certains, le ministre de la Santé a réussi à faire plier les médecins alors que, pour d'autres, les concessions obtenues de ses pairs

ne sont pas à la hauteur des attentes. Qu'en est-il vraiment ? Étant d'abord et avant tout un adepte de la réalité, je vous répondrai en vous faisant état de huit réalités bien concrètes qui ont marqué cette négociation.

1- LE GOUVERNEMENT A RENIÉ SA PAROLE

Il s'agit là sans conteste de la première des réalités. Entre le moment où le ministre de la Santé, Philippe Couillard, a signé l'Entente avec les médecins spécialistes en 2006, le moment où l'aspirant premier ministre a affirmé en campagne électorale qu'il allait respecter les ententes conclues, et le moment final où le premier ministre a exigé une réouverture de ces ententes, il y a eu beaucoup d'évolution ! Cette dure réalité démontre malheureusement à quel point la signature de l'État a perdu de sa valeur, ce qui est inquiétant dans une société libre et démocratique.

2- LA FÉDÉRATION A ACCEPTÉ DE CONTRIBUER À L'EFFORT BUDGÉTAIRE

Les médecins spécialistes et la Fédération qui les représente auraient pu, dès le départ, dire qu'il n'en était pas question, qu'ils avaient une entente signée et qu'on devait la respecter intégralement. Compte tenu du contexte budgétaire difficile et du fait que le gouvernement a annoncé que tous seront appelés à contribuer, la Fédération a accepté d'être parmi les premiers groupes à faire certains sacrifices.

3- LES DEMANDES DU GOUVERNEMENT ÉTAIENT INACCEPTABLES

Dès le départ, la position du gouvernement était inacceptable, car non seulement souhaitait-il reporter les augmentations dues sur une période de quinze ans, mais que la majeure partie des sommes soient versées après son mandat actuel. La Fédération a toujours refusé cette approche, malgré l'obstination du gouvernement.

4- UNE LOI SPÉCIALE AURAIT EU DES CONSÉQUENCES MAJEURES

Devant le refus de la Fédération d'acquiescer à ses demandes, le gouvernement a commencé à brandir la menace d'une loi spéciale. Pour la Fédération, le choix était clair : une loi spéciale ne serait à l'avantage de personne et aurait pour effet de détruire pour une longue période la collaboration entre l'État québécois et ses médecins. Il n'était toutefois pas question de céder au chantage et de se faire imposer une entente inacceptable.

5- LES MÉDECINS SE SONT TENUS DEBOUT

Le 17 septembre, la Fédération a tenu un point de presse. Accompagnée de membres du conseil d'administration et de présidents de plusieurs associations, D^{re} Francoeur a dénoncé l'attitude du ministre de la Santé et transmis un message clair d'unité et de cohésion du corps médical : à défaut, pour le gouvernement, de modifier sa

MESSAGE AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES

Nous tenons à informer nos collègues spécialistes qu'à compter de janvier 2015, seuls les médecins membres de la FMOQ et les résidents en médecine familiale recevront la version papier du *Médecin du Québec*. Cette initiative s'inscrit dans notre virage vert.

Les médecins qui désirent continuer à recevoir notre revue pourront s'abonner à la version papier ou à la version intégrale téléchargeable moyennant des frais, en communiquant par courriel avec M^{me} Lise Francoeur à lfrancoeur@fmoq.org. Ils pourront aussi s'inscrire aux post-tests de la section de formation continue afin d'obtenir des crédits de formation de catégorie 1. Notre revue est également accessible en ligne au www.lemedecinduquebec.org.

LE MÉDECIN DU QUÉBEC

QUESTION DE DROIT

position, aucune entente n'était possible. Cette conférence de presse a été un point marquant des négociations. Les médecins spécialistes se sont tenus debout.

6- LE GOUVERNEMENT A MODIFIÉ SA POSITION

Dans les jours suivants, la position du gouvernement a été modifiée radicalement. Alors que, pendant des mois, les négociations ont produit peu de résultats, les rencontres qui ont suivi ont non seulement permis de réduire la période d'étalement, mais d'assurer que les augmentations dues aux médecins spécialistes soient mises en place plus rapidement et pendant la durée du mandat du gouvernement. Qui plus est, le gouvernement acceptait de prendre certains engagements concernant le renouvellement de l'Entente, qui expire le 31 mars 2015.

7- LES OBJECTIFS DE LA FÉDÉRATION ONT ÉTÉ ATTEINTS

Ce revirement de position du gouvernement a permis à la Fédération d'atteindre les objectifs qu'elle s'était fixés, soit de permettre la mise en place d'augmentations tarifaires en 2015-2016, d'assurer que l'ensemble des augmentations dues soit versé au cours de la durée du mandat de l'actuel gouvernement, et d'obtenir un engagement de celui-ci sur les négociations entourant le renouvellement de l'Entente qui doivent débiter sous peu. Le 25 septembre, l'Assemblée des délégués entérinait à 97% l'entente conclue avec le gouvernement, appuyant ainsi de façon claire le travail accompli par la présidente de la Fédération, son conseil d'administration et l'équipe de négociation.

8- UNE ENTENTE EST TOUJOURS SATISFAISANTE POUR LES DEUX PARTIES

Il s'agit là d'une règle de base en négociation. Bien souvent, deux parties sont forcées de s'entendre et de faire des compromis pour y arriver. La réalité de cette négociation n'est pas différente. La Fédération a consenti à faire certains sacrifices et le gouvernement, certains compromis. Néanmoins, la conclusion d'une entente indique que les deux parties en sont arrivées à une solution qu'elles estiment satisfaisante pour chacune d'elle. Rassurez-vous, je ne mets pas ici mes « lunettes roses ». Si ce n'était le cas, la Fédération n'aurait pas signé cette entente.

Ces réalités étant abordées, quelles sont maintenant vos perceptions face au résultat de cette négociation? Pour moi, elles sont claires : les médecins ont agi de façon exemplaire en contribuant à l'effort d'assainissement des finances publiques. Mais ils l'ont fait de façon mesurée et en s'assurant que le gouvernement actuel respecte ses engagements plutôt que de les reporter sur le dos des gouvernements futurs. Cette négociation se conclue donc de façon positive non seulement pour chacune des parties, mais également pour notre système de santé et la poursuite de la collaboration essentielle qui doit prévaloir entre l'État québécois et ses médecins. Il reste à s'assurer que le gouvernement valorisera cette collaboration dans les autres dossiers qui impliquent les médecins, dont le projet de loi n° 10!



présente plus de 3000 événements musicaux, familiaux et sportifs partout au Québec.

Une référence en divertissement corporatif à l'échelle locale et internationale ainsi que plusieurs sites événementiels pour la tenue de vos événements spéciaux.



Organisation, production et coordination de soirées corporatives et privées

Nombreuses salles de spectacles et événementiels en location

Vaste répertoire de conférenciers [Anciens Canadiens], maîtres de cérémonie, spectacles privés, humoristes, djs, orchestres

Réservation de loges pour soirées privées au Centre Bell

LE TOUT SOUS UNE SEULE ADRESSE !

Valérie White | 514 925-2124 | vwhite@evenko.ca
Chargée de projet, événements corporatifs

PRIX ET RÉCOMPENSES

PRIX DU COLLÈGE ROYAL

Deux médecins spécialistes québécois ont été honorés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Il s'agit de :



D^{re} Dominique Hanna, dermatologue au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont, qui a été nommée Spécialiste de l'année pour la région 4 (le Québec). D^{re} Hanna est présidente de l'Association des dermatologistes du Québec et professeure agrégée à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.



D^{re} Isabelle Houde, néphrologue au CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec, qui a été reconnue Mentor de l'année pour la région 4. D^{re} Houde est professeure agrégée à la Faculté de médecine de l'Université Laval et spécialiste de la transplantation rénale. Elle a d'ailleurs participé à la création de la Société québécoise de transplantation, un lieu de rencontre et d'échange pour les professionnels impliqués en transplantation d'organes et de tissus.

RECONNAISSANCE HONORIFIQUE DE L'ACR



D^r Jean-Pierre Pelletier, rhumatologue au CHUM et cotitulaire de la Chaire en arthrose de l'Université de Montréal, a reçu le Master de l'American College of Rheumatology, une distinction honorifique qui souligne sa contribution exceptionnelle au domaine de la rhumatologie. D^r Pelletier a consacré sa carrière à la compréhension des mécanismes de destruction des articulations et du processus de vieillissement du système musculo-squelettique. Ses recherches ont conduit à de nombreuses découvertes, notamment pour le diagnostic et le traitement de l'arthrose.

PRIX DE L'AROQ



Lors de son congrès annuel, l'Association des radio-oncologues du Québec a remis le prix Jean-Bouchard à **D^{re} Marie Larochelle**, du CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec, afin de souligner l'ensemble de sa carrière et son implication en radio-oncologie au Québec. Ce prix est remis tous les deux ans à un radio-oncologue qui s'est démarqué au cours de sa carrière par son leadership, son expertise et son implication dans sa sphère d'activité.

PRIX DU CHUS

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a souligné lors de son gala annuel des Prix d'excellence du conseil d'administration, l'apport de ses professionnels au rayonnement de l'institution. Parmi les récipiendaires, notons que :



D^r Jean Verreault, chef médical du Programme-clientèle en imagerie médicale et chef du Service de médecine nucléaire, a reçu le prix Carrière.



Le prix Mentorat a été remis à **D^r Jean-Paul Praud**, chef du Service de pneumopédiatrie et directeur de l'axe mère-enfant du Centre de recherche du CHUS.



D^{re} Marie-France Langlois, endocrinologue et chercheuse au Centre de recherche du CHUS, a reçu le prix Rayonnement.



D^{re} Béлина Carranza-Mamane, obstétricienne-gynécologue et chercheuse au Centre de recherche du CHUS, a reçu le Prix de la relève.

CIRCUITS ET SÉJOURS DÉCOUVERTES 2014-2015

transat
Découvertes

Réservez avant le 20 juin 2015 et économisez jusqu'à 540\$ par couple!*

ASIE
AFRIQUE
MOYEN-ORIENT
AMÉRIQUE LATINE
EUROPE

Club Voyages Berri
920 Boulevard de Maisonneuve Est
1 888 732-8688
www.berri.clubvoyages.com

*Ces économies reflètent la promotion Réservez tôt de 150\$, la promotion Paiement comptant de 60\$ et la promotion Client fidèle de 60\$ par personne si réservé avant le 20 juin 2015. Nos promotions ne s'appliquent pas aux circuits «Marché de Noël à Prague», «Marché de Noël en Alsace» et «Noël à Prague», aux séjours découvertes/longs séjours, séjours voés et hôtels, Minidécouvertes et Découvertes balnéaires non rattachées à un circuit. Applicable seulement si vous payez votre voyage en espèces ou par chèque au moment de la réservation. ††Applicable si vous avez voyagé avec Transat Découvertes, Vacances Transat ou Nalours au cours des deux dernières années. Transat Découvertes est une division de Transat Tours Canada Inc. et est titulaire d'un permis du Québec (n° 825121). Consultez votre conseiller Club Voyages Berri pour les détails et conditions. md/mc Marque déposée/de commerce d'AIR MILES International Trading B.V., employée en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et Transat Distribution Canada Inc. Titulaire d'un permis du Québec.

PRIX DE L'APC

Lors de son congrès annuel, l'Association des psychiatres du Canada a souligné la contribution exceptionnelle des psychiatres et d'autres professionnels à la santé mentale des Canadiens.



D^r Vasavan Nair, psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, a reçu le prix John M. Cleghorn d'excellence et de leadership en recherche clinique pour souligner ses contributions à la recherche dans les domaines de la psychopharmacologie, de la psychiatrie gériatrique et du vieillissement.



D^r Daniel Saint-Laurent, psychiatre à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, et Véronique Wilson, Ph. D. et ergothérapeute, se sont classés en troisième place pour leur affiche, *Interprofessional Teamworking and Healthcare Professionals-Patient Partnership*.

PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



D^r Pierre Marsolais, interniste intensiviste et coordonnateur du Centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, a reçu le prix Reconnaissance de carrière Persillier-Lachapelle. Ce prix lui a été remis afin de souligner son engagement exceptionnel pour la cause du don d'organes.

PRIX EN IMAGERIE MÉDICALE



La Bourse d'excellence Maurice Dufresne 2014, créée en 2011 en l'honneur du fondateur de nombreuses cliniques de radiologie, a été remise cette année à **D^r Dominique Márton**, radiologiste et pionnier du diagnostic pédiatrique. D^r Márton est un expert reconnu pour différencier les cas de blessures accidentelles des cas de maltraitance chez les jeunes enfants.

NOUVELLES PARUTIONS

LES ACTEURS NE SAVENT PAS MOURIR : RÉCITS D'UN URGENTOLOGUE



Depuis 25 ans, **D^r Alain Vadeboncœur**, chef du Service de médecine d'urgence de l'Institut de Cardiologie de Montréal, en a vu de toutes les couleurs : il a vu des fins violentes, il a vu des personnes revenir de la mort, il a sauvé des vies in extrémis, il a été confronté à de coriaces malades imaginaires,

mais, surtout, il a accompagné la douleur de ceux qui perdaient un proche et la joie de ceux qui l'échappaient belle.

UN MÉDECIN SE CONFIE



D^r Serge Daneault, médecin spécialiste en santé communautaire œuvrant en soins palliatifs depuis 25 ans, a publié un plaidoyer pour l'humanisation des soins. Écrit sous forme de lettres adressées à des médecins, des infirmières ou à des patients, il commente divers aspects entourant la souffrance des

grands malades dans l'univers des services de santé actuels.

LA MÉNOPAUSE AU JOUR LE JOUR



D^r Réjean Savoie, gynécologue obstétricien et professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, a publié avec Gemma Aucoin-Gallant, Ph. D., *La ménopause au jour le jour*, un guide qui réunit les informations issues des recherches

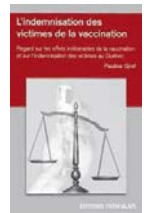
les plus récentes sur la question en plus de donner des conseils et des outils de suivi pour les femmes.

DICTIONNAIRE DE PÉDIATRIE WEBER



D^{rs} Jean Turgeon, Catherine Hervouet-Zeiber, Philippe Ovetchkine, Anne-Claude Bernard-Bonnin et Marie Gauthier, pédiatres au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, ont mis à jour le *Dictionnaire de pédiatrie Weber*, un ouvrage utilisé et reconnu par les professionnels de la santé pour son approche thérapeutique en pédiatrie. Ce guide offre des solutions pratiques aux problèmes les plus souvent observés en clinique.

L'INDEMNISATION DES VICTIMES DE LA VACCINATION



D^{re} Pauline Gref, pédiatre et inspecteur à la Direction de l'amélioration de l'exercice au Collège des médecins du Québec, a publié *L'indemnisation des victimes de la vaccination : regard sur les effets indésirables de la vaccination et sur l'indemnisation des victimes au Québec*. Ce livre traite des problématiques entourant certains effets indésirables (bien que rares) pouvant survenir après l'administration d'un vaccin. Le Québec s'est doté, en 1988, d'un programme unique au Canada visant l'indemnisation sans égard à la faute ; malgré ses avantages indéniables, des insatisfactions quant à l'application de ce régime subsistent.

ERRATUM

Dans l'édition de septembre, le livre *Médicaments d'urgence en pédiatrie* a été écrit par l'anesthésiologiste D^{re} Edith Villeneuve et non la rhumatologue du même nom.

Votre forfait des Fêtes est arrivé!



60\$^{*}/mois

Forfait voix illimitée

- Appels locaux **illimités**
- **250** mins interurbains au Canada
- Messages texte et photo **illimités**
- Données incluses : **3 Go**

Vous êtes un médecin incorporé?
Contactez-nous pour connaître nos forfaits
« Médecins Inc. » avantageux.

Pour commander, utilisez la ligne exclusive à la FMSQ : **1 866 673-5080**

Visitez **TELUSMD.com** pour obtenir plus de détails sur nos offres personnalisables.



*Cette offre est valide jusqu'au 31 décembre 2014. TELUS se réserve le droit de retirer ou de modifier cette offre en tout temps et sans préavis. Certaines conditions s'appliquent. Sur présentation d'une carte de membre valide. Ces tarifs sont uniquement disponibles dans la mesure où l'entente entre TELUS et la FMSQ demeure en vigueur. Cette offre ne peut être jumelée à aucune autre offre. Les frais d'itinérance et d'autres services payés à l'utilisation ne sont pas inclus. TELUS et le logo TELUS sont des marques de commerce utilisées avec l'autorisation de TELUS Corporation. © 2014 TELUS.

LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

LE CASSE-TÊTE DES NEUROLOGUES

Les nombreux débats entourant les commotions cérébrales dans le sport attirent les médias. Au cours des dernières années, plusieurs sociétés médicales ont pris position et publié des recommandations sur le sujet, à tel point qu'il est devenu un véritable enjeu de santé publique.

Des données récentes de la littérature médicale rapportent des conséquences graves sur la santé neurologique de sportifs professionnels ayant subi plusieurs commotions cérébrales. Ces études ajoutent aux préoccupations grandissantes de la communauté scientifique et médicale. Mais le sujet des commotions cérébrales ne touche pas que les sportifs professionnels ; les jeunes sont tout aussi à risque. Et c'est pour protéger ceux-ci que les neurologues du Québec ont décidé d'un commun accord de prendre position et de demander la mise en place d'actions durables de prévention.

Le 30 janvier 2014, la ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MELS) formait un groupe de travail dont le mandat consiste à faire un état de la situation concernant les commotions cérébrales et à proposer des avenues de nature à améliorer la situation sur le plan tant de la prévention et de la détection que du suivi. Même si l'Association des neurologues du Québec ne faisait pas partie de ce comité, les docteurs Marc Girard (président de l'Association), Patrick Cossette et Stéphane Ledoux, accompagnés du neuropsychologue Louis De Beaumont, ont déposé un rapport dans lequel ils formulent diverses recommandations pour contrer cet important problème de santé publique. Dans ce dossier éditorial, Le Spécialiste présente de grands éléments de ce rapport.

L'Association des neurologues du Québec est catégorique : **il y a urgence d'agir, pour la santé de nos jeunes.**

D^r Patrick CossetteD^r Marc GirardD^r Stéphane Ledoux

Louis De Beaumont, Ph. D.

QUAND LE SPORT CAUSE DES MAUX DE TÊTE

La commotion cérébrale est un syndrome clinique qui consiste en une altération de la fonction du cerveau induite par un coup direct ou indirect à la tête¹. Les manifestations cliniques impliquent le plus souvent un trouble transitoire de la mémoire et de l'orientation et parfois une perte de conscience.

Le terme « traumatisme craniocérébral léger » (TCCL) est habituellement utilisé pour décrire le phénomène dont la physiopathologie est sensiblement la même, mais survenant dans d'autres contextes que celui du sport. Aux fins de ce dossier éditorial traitant essentiellement du contexte sportif, les termes « commotion cérébrale » ou « commotion » seront utilisés.

accru de commotions cérébrales^{1,3}. Les études récentes concernant les commotions cérébrales dans le sport scolaire organisé démontrent également que le football et le hockey sur glace sont associés à la plus forte incidence^{4,5}. La fréquence exacte des commotions cérébrales dans les sports de contact est difficile à établir de façon précise. Elle est probablement sous-estimée, car des taux jusqu'à cinq fois supérieures aux données publiées ont été observés lorsqu'un médecin observateur était présent⁶. Des études récentes ont montré un taux alarmant de commotions cérébrales associées au hockey et au football, variant entre 5 et 20 % des joueurs pour une seule saison⁷.

Au-delà de cette période, un petit nombre d'athlètes expérimentent des symptômes à la phase chronique⁹.

- Finalement, certaines manifestations tardives, attribuables aux commotions cérébrales et aux traumatismes répétés à la tête, ont été observées plusieurs années après l'arrêt de l'exposition à ces facteurs.



LA SURVENUE D'UNE PREMIÈRE COMMOTION CÉRÉBRALE EST UN FACTEUR DE RISQUE IMPORTANT POUR LA SURVENUE DE COMMOTIONS ADDITIONNELLES^{1,10,11}, ET LES FEMMES PRÉSENTENT UN RISQUE ACCRU DE COMMOTIONS^{1,12}.

MANIFESTATIONS AIGÜES ET CHRONIQUES DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Les manifestations principales des commotions cérébrales consistent en des céphalées, des troubles visuels, de l'hypersensibilité à la lumière, des étourdissements, des nausées, des troubles de l'équilibre, des troubles de la mémoire, ainsi que des difficultés d'attention et de concentration.

Les athlètes multicomotionnés sont également plus à risque de subir des symptômes plus sévères et plus prolongés à la suite d'une autre commotion cérébrale^{13,14}. Mais le principal risque des traumatismes craniocérébraux répétés s'avère le syndrome du second impact (SSI)^{15,16}. Le SSI est dû à un œdème cérébral (gonflement anormal du cerveau) qui survient lorsqu'un athlète subit un coup à la tête avant la disparition des symptômes aigus d'une commotion cérébrale. Bien que le SSI soit rare, les conséquences sont souvent catastrophiques, allant de séquelles neurologiques permanentes au décès de l'athlète¹⁷. Ces cas de SSI ont grandement influencé le développement des recommandations relatives à la gestion du retour au jeu des athlètes touchés par une commotion cérébrale.

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estiment que les traumatismes crâniens légers liés aux sports touchent entre 1,6 et 3,8 millions d'individus par année aux États-Unis¹. Selon les données consolidées de l'Institut canadien d'information sur la santé, les sports et les activités récréatives venaient au troisième rang des principales causes d'hospitalisation pour traumatisme cérébral au Canada en 2003-2004². Les sports de contact ou à risque de collisions, comme le football, le rugby, le hockey, la crosse et le soccer, sont associés à un risque

- La phase aiguë se caractérise par un intervalle de récupération variant de 7 à 10 jours qui survient chez près de 80 à 90 % des athlètes commotionnés, bien que cette période puisse perdurer, particulièrement chez les enfants et les adolescents⁸.
- La phase subaiguë réfère généralement aux trois mois suivant l'accident, au cours desquels certains sujets touchés par une commotion cérébrale présenteront des symptômes post-commotionnels prolongés.

LE CASSE-TÊTE DES NEUROLOGUES

RISQUES À LONG TERME ASSOCIÉS AUX COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Les données épidémiologiques suggèrent que les footballeurs professionnels retraités ayant subi trois commotions cérébrales ou plus au cours de leur carrière présentent cinq fois plus de risques de développer des troubles cognitifs légers (*Mild Cognitive Impairment*), lesquels augmentent par un facteur de dix le risque de développer un tableau clinique apparenté à la maladie d'Alzheimer¹⁸.

**LES FOOTBALLEURS PROFESSIONNELS RETRAITÉS
AVANT SUBI TROIS COMMOTIONS CÉRÉBRALES
OU PLUS AU COURS DE LEUR CARRIÈRE
PRÉSENTENT CINQ FOIS PLUS DE RISQUES DE
DÉVELOPPER DES TROUBLES COGNITIFS LÉGERS**

Des risques accrus de développer une maladie neurodégénérative, incluant la maladie d'Alzheimer, un syndrome parkinsonien et la sclérose latérale amyotrophique, ont aussi été observés chez les joueurs de football professionnels retraités¹⁹. Également, en comparaison avec leurs homologues non commotionnés, les anciens athlètes universitaires sexagénaires ayant des antécédents de commotions cérébrales subies durant la vingtaine présentent un profil de déclin cognitif et de lenteur d'exécution motrice²⁰. L'apparition de ces symptômes cognitifs latents caractérise une pathologie appelée encéphalopathie chronique d'étiologie traumatique (ECT).

Initialement décrite en 1928 par Martland sous le nom de démenche pugilistique²¹, en raison de son association avec la pratique des sports de combat, l'ECT a maintenant été observée chez des athlètes pratiquant d'autres sports de contact tels que le hockey sur glace, le football américain et le soccer²²⁻²⁴. Des études sur les cerveaux de patients décédés dans un contexte d'ECT ont montré que cette pathologie est une entité distincte des autres processus neurodégénératifs, à la fois aux plans clinique et neuropathologique^{25,26}.

RISQUES ASSOCIÉS AUX TRAUMATISMES SOUS-COMMOTIONNELS

Les lésions neuropathologiques typiques de l'encéphalopathie chronique d'étiologie traumatique ont également été observées dans le cerveau d'athlètes ayant été impliqués dans des sports de contact, mais sans histoire de commotions cérébrales²². Ces observations suggèrent que des traumatismes cérébraux sous-commotionnels répétés puissent être impliqués dans le développement de l'ECT.

L'utilisation d'accéléromètres intégrés aux casques protecteurs a permis de documenter la fréquence et la force des traumatismes cérébraux associés aux sports de contact, notamment au football et au hockey. Ces études ont montré des fréquences de plusieurs centaines d'impacts de plus de 25 g par année, c'est-à-dire 25 fois la force gravitationnelle mesurée sur le cerveau, dont plus de la moitié surviennent à l'entraînement²⁷⁻²⁹.

Ces données ont démontré que les épisodes de commotions cérébrales ne représentent qu'une infime partie des forces d'impact transmises au niveau cérébral dans les sports de contact. Ces impacts répétés surviennent en grande partie à l'entraînement. De plus, les forces d'impact observées lors des traumatismes sous-commotionnels sont souvent comparables à celles subies lors des commotions cérébrales.

**LES JOUEURS AYANT REÇU UN NOMBRE ET
UNE FORCE PLUS ÉLEVÉS DE COUPS À LA TÊTE
PRÉSENTAIENT DES LÉSIONS CÉRÉBRALES,
AINSI QU'UNE DIMINUTION DE LA
PERFORMANCE DANS LES TESTS
NEUROPSYCHOLOGIQUES.**

L'utilisation d'accéléromètre a montré un lien possible entre des altérations du fonctionnement cognitif et l'exposition à des impacts sous-commotionnels répétés au hockey et au football chez les joueurs n'ayant pourtant subi aucune commotion durant la saison. Les joueurs ayant reçu un nombre et une force plus élevés de coups à la tête présentaient des lésions cérébrales ainsi qu'une diminution de la performance dans les tests neuropsychologiques³⁰⁻³². Ces données récentes de la recherche suggèrent donc que les traumatismes sous-commotionnels répétés pourraient altérer le fonctionnement du cerveau et éventuellement mener à l'ECT.

UN REPORTAGE QUI CAUSE UNE VÉRITABLE COMMOTION

En janvier 2014, l'émission *Enquête* de Radio-Canada diffusait un reportage sur les commotions cérébrales dans le sport. La journaliste a suivi quelques équipes de football scolaire et a relevé à l'aide de senseurs placés dans les casques de protection des joueurs le nombre de coups reçus et de commotions avérées.

Quelques mois après la diffusion du reportage, Football Québec présentait un plan d'action dans lequel elle modifiait même ses règlements. À titre d'exemple, pour diminuer les blessures à la tête, il est désormais interdit de plaquer un joueur à la tête si celui-ci est en position vulnérable. Elle a revu et rendu obligatoire une formation en secourisme d'une vingtaine d'heures, fourni une nouvelle série d'outils pédagogiques pour les entraîneurs, les parents et les joueurs, et finalise la conception d'un registre électronique des commotions cérébrales. Le site Internet de Football Québec contient d'ailleurs, depuis octobre 2014, une section entière dédiée aux commotions cérébrales. L'organisation attend maintenant les résultats des travaux du groupe de travail mandaté par le gouvernement. (PK)

STRATÉGIES DE PRÉVENTION

Dans sa revue intitulée *Summary of evidence-based guideline update : evaluation and management of concussion in sports : report of the Guideline Development Subcommittee¹*, l'American Academy of Neurology dresse les conclusions suivantes :

- Les casques protecteurs réduisent, mais n'éliminent pas complètement les risques de commotions cérébrales et d'autres traumatismes crâniens plus sévères au hockey, au rugby et au football ;
- Il n'y a pas d'évidence qu'un type particulier de casque protecteur prévient davantage les commotions ;
- Les protecteurs de tête flexibles utilisés au soccer et au basketball n'ont pas été démontrés utiles ;
- Les protecteurs buccaux ont été montrés utiles pour la protection des traumatismes dentaires, mais pas pour les commotions cérébrales ;
- Il n'y a pas suffisamment d'évidence qui permet de faire des recommandations à savoir si l'âge ou un niveau de compétition donné influencent le risque de commotion pour un athlète¹.

Des programmes de prévention des blessures et de réduction du risque de blessures ont été mis en place au hockey (par exemple, les programmes STOP et Fair Play), mais il n'y a pas de bénéfices démontrés de ces mesures³³. Malgré les changements de réglementations qui interdisent les mises en échec à la tête dans les ligues de hockey élite, la fréquence des commotions n'a pas diminué, elle aurait possiblement augmenté³⁴.



LE SPORT, OUI MAIS...

En tant que professionnels de la santé, nous sommes ici devant un défi et une problématique de santé publique importants. D'un côté, les différents organismes de la santé font la promotion de l'activité physique pour les enfants, ce qui constitue un objectif important afin de prévenir les maladies chroniques comme l'obésité, le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires. La pratique d'une activité sportive entraîne également d'autres effets bénéfiques sur le développement des enfants et des adolescents tels que la confiance en soi, le dépassement, la discipline, la camaraderie et l'apprentissage du travail d'équipe. De l'autre côté, certains sports de contact augmentent de façon dramatique le risque de commotions cérébrales qui peuvent avoir des conséquences graves sur la santé neurologique à court terme et à long terme chez de jeunes athlètes qui sont parmi les plus en santé de notre société.

Malheureusement, on constate une certaine inertie de la part de notre société et de nos fédérations sportives à adopter des mesures concrètes visant à prévenir les commotions cérébrales. Même si la prévalence des commotions cérébrales et leurs répercussions sont reconnues, et ce, depuis plusieurs années, la population en général et

les athlètes y ont accordé encore relativement peu d'attention³.

Plus récemment, les effets graves à long terme qui ont été décrits chez des athlètes professionnels ayant subi des commotions cérébrales multiples ont fait les manchettes, ce qui a amené une prise de conscience populaire. Ce qui est encore plus préoccupant, c'est que des athlètes amateurs n'ayant jamais évolué à un niveau professionnel ont également été diagnostiqués avec une encéphalopathie chronique traumatique²⁶.

L'Association des neurologues du Québec croit que les effets cumulatifs et à long terme des commotions cérébrales sont maintenant bien démontrés et qu'il y a suffisamment de données pour s'inquiéter également des traumatismes sous-commotionnels. De ces données, il se dégage une urgence d'agir et de mettre en place des mesures afin de protéger nos jeunes sportifs. Dans cet esprit, plusieurs organisations médicales ont publié des recommandations en vue de prévenir et de mieux prendre en charge les commotions cérébrales dans les sports.

Ces recommandations ont mené à la mise en place de programmes nationaux de surveillance et de prise en charge aux États-Unis, mais elles tardent à s'établir au Canada. L'Association déplore que ces recommandations médicales n'ont pas été appliquées au Québec. Conséquemment, il est impératif d'établir une politique énergétique afin de réduire la prévalence des commotions cérébrales chez nos jeunes athlètes. En particulier, il faudra mieux encadrer et réglementer les sports à haut risque tels que le football, le hockey et le soccer.

UN COMITÉ QUI TARDE À DÉPOSER SES RECOMMANDATIONS

Malgré la rediffusion en octobre dernier du reportage d'*Enquête*, au moment d'aller sous presse, le rapport du groupe de travail mis sur pied par la ministre de l'Éducation, attendu pour la fin juillet, n'est pas encore disponible.

Fait intéressant à noter, selon les documents déposés lors de l'étude des crédits 2014-2015 du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le Groupe de travail sur les commotions cérébrales dispose d'un budget de 104 000 \$ dont la majorité est utilisée afin de couvrir des frais d'honoraires. Le comité est composé des personnes suivantes : M^e Lynda Durand ; l'ancien joueur des Alouettes Mathieu Proulx ; le thérapeute du sport Philippe Fait ; le médecin de famille D^r Pierre Frémont ; le neuropsychologue Dave Ellemberg ; et Madame Luce Mongrain, directrice adjointe de l'Académie Les Estacades, une école secondaire offrant la concentration sport-études. (PK)

TENIR TÊTE AUX COMMOTIONS

Il y a des risques inhérents à la pratique de la majorité des sports, mais certains présentent des risques accrus de commotions cérébrales, notamment en raison de la vitesse du jeu ainsi que des risques de collisions ou de chutes.

Malgré tous les efforts afin de rendre ces sports plus sécuritaires, nous ne pourrions éviter complètement ce que nous convenons d'appeler une blessure accidentelle. En revanche, la pratique de certains sports implique des contacts associés à un haut risque de causer des commotions cérébrales; on parle notamment, en premier lieu, des sports de combat, où les coups à la tête sont permis et parfois

encouragés (comme dans la boxe et les arts martiaux mixtes). On peut également penser aux sports de contact tels que le football, le rugby, le hockey et la crosse, où les contacts physiques, parfois violents, sont directement permis dans les règlements. Dans les sports de contact, on peut difficilement parler de blessures « accidentelles » puisque les collisions, parfois à haute vitesse, ne sont pas uniquement tolérées, elles

sont encouragées, ce qui laisse présager une fréquence élevée de commotions cérébrales.

Après avoir approfondi tous les aspects liés à la pratique de ces sports, l'Association des neurologues du Québec a formulé une série de recommandations qu'elle veut voir appliquées selon les divers sports tel qu'on le verra dans les pages qui suivent.

LES NEUROLOGUES RECOMMANDENT...

... d'interdire tous les sports où les coups délibérés à la tête sont permis et encouragés, et ce, avant l'âge de 18 ans. Les adultes qui pratiquent ces sports devraient être informés et accepter de façon formelle les risques inhérents à une telle pratique;

... de restreindre de façon importante, voire empêcher, les contacts physiques intentionnels à la tête dans les sports à risque, tels que le hockey, le football, le rugby et la crosse, et limiter ces contacts uniquement dans les ligues élitaires;

... d'appliquer des sanctions sévères et dissuasives en établissant le principe de tolérance zéro pour toute forme de violence, de bagarre et de tentative de blessure, particulièrement en ce qui a trait aux blessures à la tête, et ce, pour tous les sports;

... de mettre en place un comité médical pour chaque fédération sportive concernée, plus spécifiquement pour les sports à risque, tels que le hockey, le football, le rugby et la crosse. Nous sommes d'avis que ce comité devrait relever directement du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et que son mandat devrait comprendre :

1. de revoir périodiquement la littérature médicale et les standards de pratique dans la prévention et la prise en charge des commotions cérébrales pour le sport en question et en faire rapport au MELS,
2. de mettre en place un programme spécifique de formation des entraîneurs et des thérapeutes sportifs,
3. de mettre en place un programme de surveillance des commotions cérébrales avec un registre des blessures et un protocole de retour au jeu approprié,
4. de s'assurer que la réglementation et les équipements soient les plus sécuritaires possibles et conformes aux standards établis;

... d'appliquer les orientations ministérielles pour les traumatismes craniocérébraux légers (2010)³⁵. En particulier, un effort important devra être fait en collaboration avec le MSSS et le MELS afin que les commotions cérébrales qui surviennent lors d'une activité sportive soient prises en charge rapidement par un réseau de cliniques de TCC où il existe une expertise dans la gestion des traumatismes crâniens chez les sportifs;

... d'inclure une formation obligatoire de 30 minutes dans le cours d'éducation physique au secondaire sur la commotion cérébrale;

... d'appliquer immédiatement les recommandations médicales existantes déposées par les divers groupes médicaux qui se sont déjà prononcés au sujet des sports à haut risque de commotions (notamment pour la boxe et les arts martiaux).

COMMENT ÉVITER LE K.-O. ?

La boxe est l'une des disciplines sportives qui ont toujours suscité d'importantes controverses. Lors des premiers Jeux olympiques modernes, en 1896, le comité organisateur d'Athènes décide de ne pas inclure la boxe au programme, jugeant celle-ci trop dangereuse. Elle est de nouveau interdite aux Jeux de Stockholm, en 1912. La boxe fait son entrée définitive comme sport olympique en 1920³⁶.



Les risques de dommages neurologiques causés par la boxe sont bien documentés, ainsi que les risques de traumatismes oculaires et de décollement rétinien³⁷⁻³⁹. Les commotions cérébrales sont l'une des principales blessures causées par ce sport de combat, et, dans de rares cas, les coups à la tête peuvent même causer la mort.

En raison du risque de blessures crâniennes et faciales, la Société canadienne de pédiatrie s'oppose à la boxe comme activité sportive pour les enfants et les adolescents⁴¹. De son côté, l'Association médicale canadienne (AMC) considère la boxe comme un sport dangereux et recommande l'interdiction de la boxe professionnelle et amateur au Canada⁴⁰. Ces organismes recommandent que les médecins s'élèvent vigoureusement contre ce

sport auprès des jeunes et qu'ils les encouragent à participer à d'autres activités dans lesquelles les coups intentionnels à la tête ne constituent pas un élément essentiel de la discipline. Les recommandations de plusieurs autres associations médicales, notamment de l'American Medical Association, de l'American Academy of Pediatrics, de l'Australian Medical Association, de la British Medical Association et de l'Association médicale mondiale, sont unanimes quant à la boxe : à l'instar de l'AMC, elles demandent toutes l'interdiction de cette discipline sportive⁴²⁻⁴⁵.

Malgré une prise de conscience de la communauté médicale ainsi qu'une attention médiatique accrue quant aux risques associés aux commotions cérébrales, la boxe et les arts martiaux mixtes gagnent tous en popularité. L'organisation Boxing Canada a constaté une augmentation de 41% du nombre de ses membres entre 2008 (5 032) et 2013 (7 110 membres)⁴⁶. De la même façon, la fédération sportive appelée Boxe-Québec rapporte « qu'au cours des 15 dernières années, nous avons connu une hausse de popularité sans précédent. D'un peu moins de 1 000 membres en 1998, nous en comptons maintenant plus de 4 000⁴⁷ ». Dans son rapport annuel 2013-2014, la fédération rapporte la participation de 438 boxeurs de moins de 18 ans⁴⁸; aucune mention du nombre de commotions enregistré chaque année.

Les recommandations édictées par l'Association des neurologues du Québec concernant la boxe s'appliquent également dans toutes les disciplines qui intègre le combat comme élément de compétition

ou comme démonstration. Ces disciplines incluent notamment les arts martiaux mixtes, le judo, le karaté, le kick-boxing, le jujitsu, l'aïkido, le taekwondo, et plus récemment, l'arrivée des différentes formes de combat extrême. Tout comme la boxe, la majeure partie des sports de combat ont des règles qui veulent protéger l'intégrité physique lors de combats officiels sous surveillance d'un arbitre. Pourtant, ces sports encouragent ouvertement de blesser l'adversaire...

LES NEUROLOGUES RECOMMANDENT...

- ... d'encourager les adultes à participer à d'autres activités dans lesquelles les coups intentionnels à la tête ne constituent pas un élément essentiel de la pratique. Les adultes qui choisissent ces sports devraient être informés des risques inhérents à une telle activité et les accepter de façon formelle ;
- ... d'interdire, en accord avec les associations médicales canadiennes et internationales, la boxe chez les moins de 18 ans ;
- ... d'interdire tout autre sport de combat où les coups à la tête sont permis et encouragés ;
- ... d'interdire des sports où le principal objectif consiste à blesser l'adversaire.

Les références citées dans ce texte sont disponibles sur le portail de la FMSQ (fmsq.org).

QUI AIME ÊTRE MIS EN ÉCHEC ?

Le hockey est l'un des sports les plus populaires chez les enfants et les adolescents. En 2012-2013, on comptait environ 100 000 inscriptions au Québec et plus de 600 000 au Canada^{49,50}. Le hockey est un sport à haut risque de blessures, notamment en ce qui a trait aux traumatismes crâniens et aux traumatismes médullaires, qui sont près de quatre fois plus élevés chez les joueurs de hockey du secondaire que chez les joueurs de football collégiaux^{51,52}.



La mise en échec est la principale cause des commotions au hockey. Elle est aussi la principale cause de blessures chez les jeunes hockeyeurs à tous les niveaux de compétition où elle est permise, causant de 45 % à 86 % des blessures⁵³⁻⁵⁷. Dans une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association*, une équipe de recherche a constaté un risque près de quatre fois plus élevé de commotions liées au jeu chez les joueurs de niveau peewee de l'Alberta où les mises en échec sont autorisées, comparativement au taux de commotions chez les joueurs de même niveau du Québec, où les mises en échec sont interdites. Le taux de commotions sévères était également près de quatre fois plus élevé chez les joueurs de l'Alberta⁵⁸.

La catégorie à partir de laquelle la mise en échec est introduite a été l'objet de nombreux débats et de changements de réglementation. De façon générale, Hockey Canada et Hockey USA ont permis la mise

en échec à partir du niveau peewee (11-12 ans), alors que le Québec l'a retardée à la catégorie bantam (13-14 ans), et ce, dès 1978. À la suite des travaux et recommandations d'Emery et al^{33,58}, Hockey USA et Hockey Canada ont également retardé la mise en échec au niveau bantam, respectivement en 2011 et 2012.

POUR OU CONTRE LA MISE EN ÉCHEC AU HOCKEY ?

Les gens favorables aux mises en échec véhiculent des arguments que plusieurs réfutent d'emblée.

La mise en échec fait partie intégrante du hockey, qui est un sport de contact.

CONTRE. De l'avis des neurologues du Québec, cet argument ne tient pas la route, puisqu'il est possible d'interdire la mise en échec sans dénaturer le sport. La mise en échec n'est pas autorisée au hockey féminin, pourtant reconnu comme discipline olympique. De plus, la mise en échec est interdite dans toutes les catégories de jeu novice (7-8 ans), atome (9-10 ans) et peewee (11-12 ans), ainsi que dans les ligues récréatives adultes au Québec.

La mise en échec est une compétence fondamentale qui, lorsqu'elle est apprise tôt, peut prévenir de futures blessures⁵⁹.

CONTRE. Cette opinion a été véhiculée par différentes associations de hockey, notamment par Hockey Québec et Hockey Canada, malgré l'absence de données probantes à cet effet. Il a été démontré dans une étude de cohorte prospective que l'introduction de la mise en

échec à 11 ans (Alberta) ou à 13 ans (Québec) n'influe pas sur le taux de blessures plus tard (à 13-14 ans)⁶⁰. Également, les données de la littérature scientifique démontrent que la mise en échec est le principal mécanisme de blessure, tant dans les ligues mineures que dans les ligues professionnelles^{33,34,58}.

Il fait partie du mandat des associations de hockey amateur de développer des joueurs pour les équipes élites, où la mise en échec est permise.

CONTRE. Il est très probable que des changements significatifs de réglementation en vue de réduire la fréquence des commotions cérébrales seront éventuellement adoptés dans le hockey professionnel et international. En effet, en novembre 2013, une poursuite a été intentée par d'anciens joueurs de la Ligue nationale de hockey (LNH), qui allèguent que celle-ci savait ou devait connaître les risques associés aux commotions cérébrales et qu'elle n'a pas agi afin d'informer les joueurs et de réduire ces risques^{61,62}. Cette poursuite est très similaire à celle intentée par d'anciens joueurs de la Ligue nationale de football et qui a mené à des changements récents de la réglementation au football américain et canadien. En attendant des changements similaires au hockey, les recommandations médicales canadiennes devraient être mises en application. Ainsi, l'Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice recommande d'introduire la mise en échec complète seulement dans le cadre du hockey masculin « où la visée est d'atteindre des niveaux de compétitions conduisant

à des classements professionnels et internationaux », et pas avant la catégorie midget (15-17 ans)⁶³. L'Académie américaine de pédiatrie (AAP) recommande d'interdire la mise en échec chez les joueurs masculins de moins de 15 ans⁶⁴.

La Société canadienne de pédiatrie³³, en 2012, et l'Association médicale canadienne⁶⁵, en 2013, ont pris position et ont publié les recommandations suivantes : éliminer la mise en échec dans toutes les catégories de hockey masculin récréatif et compétitif non élite organisé ; et reporter l'introduction de la mise en échec dans les ligues compétitives élites masculines jusqu'à ce que les joueurs aient 13-14 ans (catégorie bantam) ou plus.

LES PROGRAMMES DE SPORT ÉLITE

Différents programmes nationaux ont déterminé qu'un athlète est considéré à un niveau élite lorsqu'il participe à des compétitions de niveau national, international ou professionnel⁶⁶. Malgré les recommandations médicales qui suggèrent de restreindre la mise en échec pour les niveaux élite, il n'existe pas de définition clairement établie pour le hockey dit « élite » au Canada.

Au Québec, on distingue deux catégories principales : le niveau récréatif (simple lettre : A, B et C) et le hockey compétitif (double ou triple lettre : CC, BB, AA, AAA). Actuellement, tous les joueurs de catégorie double lettre jouent

avec mises en échec à compter de la catégorie bantam (13-14 ans). Or, une très faible proportion des joueurs ayant évolué au niveau double lettre accédera au plus haut niveau de hockey amateur, soit la Ligue de hockey junior majeur du Québec (LHJMQ). Au total, environ 1% des joueurs de la LHJMQ seront éventuellement sélectionnés pour l'équipe nationale (Équipe Canada junior) ou pour la Ligue nationale de hockey.

En conséquence, la majorité des jeunes hockeyeurs du Québec qui sont actuellement exposés aux risques associés à la mise en échec n'ont virtuellement aucune chance de faire partie d'une équipe de niveaux national ou professionnel.



Basés sur les données probantes, il est possible de prédire que l'abolition de la mise en échec réduira considérablement les risques de blessures, de commotions et de commotions sévères.

LES NEUROLOGUES RECOMMANDENT...

... d'interdire la mise en échec dans toutes les catégories de hockey masculin récréatif et compétitif organisé, incluant toutes les ligues scolaires, civiles ainsi que celles de printemps ou d'été ;

... de reporter l'introduction de la mise en échec dans les ligues élites masculines jusqu'à ce que les joueurs aient 15 ans (catégorie midget) ou plus. La définition de hockey élite devra être restreinte aux seuls athlètes qui ont une chance raisonnable de jouer au hockey à un niveau national, international ou professionnel. Ceci inclut uniquement les catégories midget espoir, midget AAA, junior majeur, junior AAA, et universitaire ;

... de revoir les règlements qui encadrent les mises en échec et les coups à la tête dans les ligues élites et restreindre le nombre d'heures d'entraînement où la mise en échec est permise afin de minimiser les risques de commotions cérébrales ;

... de mettre en œuvre un programme d'acquisition des habiletés de mise en échec approprié dans toutes les ligues où elle est permise ;

... d'éduquer les entraîneurs, les joueurs, les parents, les écoles, ainsi que les décideurs du milieu sportif sur les signes et symptômes des blessures courantes au hockey, particulièrement pour les commotions, et les conséquences qu'elles peuvent entraîner à court et à long termes ;

... d'améliorer la surveillance des blessures afin de mieux déterminer les facteurs de risque et les mécanismes de blessures au hockey ;

... d'adopter des politiques sévères et dissuasives en établissant le principe de tolérance zéro pour toute forme de violence, de bagarre et de tentative de blessure, en particulier en ce qui a trait aux blessures à la tête, et ce, pour tous les groupes d'âge et toutes les ligues. Au besoin, favoriser l'expulsion et la suspension de tout joueur fautif ainsi que de son entraîneur-chef.

QUAND BIEN SE SERVIR DE SA TÊTE ?

Les risques de commotions associés au soccer sont bien documentés, quoique les contacts physiques ne soient pas permis¹. Les commotions survenant dans ce sport sont généralement dues à des collisions accidentelles entre deux joueurs⁸⁰. Le soccer permet que le ballon puisse être frappé avec la tête, mais, sauf pour de rares cas accidentels où le ballon peut frapper la tête d'un joueur à haute vélocité, les « têtes » ne sont généralement pas associées ou responsables de commotions cérébrales⁸⁰.

Cependant, certaines études n'ayant pas fait l'objet de recommandations médicales formelles suggèrent que les têtes à répétition, principalement avec un volume d'entraînement élevé, seraient associées à des lésions cérébrales et à certains troubles cognitifs⁸¹⁻⁸⁵.

Les références citées dans ce texte sont disponibles sur le portail de la FMSQ (fmsq.org).

L'Association des neurologues du Québec salue l'initiative de Soccer Québec (FSQ), qui s'est doté d'un comité médical afin de faire des recommandations pour la formation et la réglementation et qui, de plus, a constitué un registre des blessures.

LES NEUROLOGUES RECOMMANDENT...

- ... de suivre les règles du jeu actuelles de la FIFA qui sanctionnent d'un carton rouge (expulsion) les incidents provoquant un traumatisme crânien, comme un coup de coude porté à la tête. Ces règles devraient faire l'objet d'un rappel périodique dans toutes les ligues de soccer organisées, scolaires et civiles qui devront s'assurer d'appliquer les règlements en vigueur ;
- ... d'introduire et d'enseigner, conformément à la recommandation de la FSQ, l'utilisation de la tête pour frapper le ballon à partir de 12 ans chez les garçons et de 14 ans chez les filles ;
- ... de restreindre le nombre d'heures d'entraînement où les têtes sont permises ;
- ... d'éduquer les entraîneurs, les joueurs, les parents, les écoles ainsi que les décideurs du milieu sportif sur les signes et les symptômes des blessures courantes au soccer, particulièrement des commotions, et sur les conséquences qu'elles peuvent entraîner à court et long termes ;
- ... d'améliorer la surveillance des blessures afin de mieux déterminer les facteurs de risque et les mécanismes de blessures au soccer ;
- ... d'adopter des politiques sévères (tolérance zéro) pour toute forme de violence, de bagarre et de tentative de blessure, en particulier en ce qui a trait aux blessures à la tête.

LA TECHNOLOGIE AU SECOURS DES COMMOTIONS

Divers groupes, dont des laboratoires universitaires américains de génie biomédical, ont développé des outils de lecture des situations pouvant mener à une commotion cérébrale ainsi que des moyens de les identifier.

DES PUCES DANS LES CASQUES OU LES VÊTEMENTS

Certains systèmes permettent de calculer la force d'impact (ou vélocité) des coups reçus sur un casque protecteur : ces systèmes utilisent principalement une technologie composée de puces équipées de transmetteurs pouvant être disposées sur l'équipement d'un joueur, notamment dans la coque des casques de protection, dans les épaulettes des joueurs de football, dans des combinaisons ou des vêtements adaptés. Lors d'un impact, les senseurs en calculent la force (accélération linéaire résultante ou « g ») et transmettent en une fraction de seconde une information claire au personnel de l'équipe (entraîneur, soigneur, etc.) qui peut alors décider d'examiner l'état physique du joueur ou de le retirer si le coup est jugé violent. La transmission peut être effectuée vers un ordinateur ou un portable ou encore par une lumière disposée à l'arrière du casque.

Le coût de telles technologies varie grandement : elle peut facilement atteindre les milliers de dollars, ce qui représente pour des équipes non professionnelles une somme souvent prohibitive. Mais, déjà, certains anciens joueurs ou entraîneurs, conscients des besoins et des opportunités de marché, ont développé diverses solutions technologiques à moindre coût. Une de ces entreprises a conçu des applications pour téléphones intelligents et tablettes qui communiquent avec des senseurs adaptés et glissés dans les casques de hockey, de football, de boxe, de ski, de crosse, d'équitation ou de vélo.

DES CASQUES ANTI-COMMOTION ?

En septembre, une importante compagnie d'articles de sports a mis en marché un casque qui se veut anti-commotion. Selon l'entreprise, ce casque pourrait réduire de 15 % le nombre de commotions cérébrales grâce à sa technologie unique. Des coussins contenant une fine couche d'huile scellée sont disposés entre la coquille extérieure et la tête de l'athlète ; ils auraient la capacité d'amoinrir la rotation de la boîte crânienne, ces chocs dits plus dommageables pour le cerveau. Le 13 novembre, le Bureau de la concurrence du gouvernement du Canada a conclu que les informations véhiculées par l'entreprise dans ses publicités pouvaient induire les joueurs en erreur et a obligé celle-ci à modifier son argumentaire promotionnel et à donner la valeur de 500 000 \$ en équipement sportif à un organisme de bienfaisance qui encourage les jeunes à pratiquer du sport. (PK)

POURQUOI RISQUER LE DERNIER ESSAI ?

Le football est associé à des contacts physiques, parfois violents; les risques de commotions sont élevés et bien documentés. Le taux de commotions varie entre 0,41 et 0,67 par match du côté professionnel – 45% des joueurs vont présenter des symptômes au cours d'une seule saison^{67,68}. Lors des plaquages, les contacts constituent le mécanisme principal causant les commotions cérébrales, que ce soit à la suite d'un impact causé par le casque de l'adversaire (casque à casque – 68%), par une autre partie du corps (21%) ou par une chute au sol (11%)⁶⁷.

Il n'existe pas de recommandations médicales quant à la pratique du football avec « plaquage » (ou *tackle*) chez les enfants. Aux États-Unis, l'âge minimal pour jouer au football avec plaquage est de 11 ans, mais, à la suite de recommandations d'experts, un projet de loi présenté par le député Michael Benedetto (NY) vise à élever cet âge minimal à 14 ans⁷⁶. Au Québec, les jeunes joueurs peuvent s'inscrire au football avec contact dès 7 ans (atome). Depuis mai 2014, Football Québec a interdit les contacts impliquant la tête et a restreint les contacts contre les joueurs en position vulnérable⁷⁷. La Californie a voté une loi en ce sens

récemment : grâce aux efforts du démocrate Ken Cooley⁷¹, les jeunes du niveau secondaire ne peuvent plus jouer « contact ».

CONSIDÉRATIONS MÉDICOLÉGALES

En avril 2011, une poursuite judiciaire a été déposée à la Cour fédérale américaine au nom de sept anciens joueurs de la Ligue nationale de football (NFL). Depuis, plus de 4 500 anciens joueurs de la NFL ayant souffert de commotions cérébrales multiples au cours de leur carrière se sont joints à cette poursuite qui allègue « [...] que la NFL était au courant des évidences et des risques associés à des traumatismes craniocérébraux répétés virtuellement depuis sa création, mais [qu'elle] a délibérément ignoré et activement dissimulé cette information aux plaig nants et toutes les autres personnes qui ont participé à tous les niveaux du football organisé ». La plainte mentionne également que la NFL savait ou aurait dû savoir que les joueurs ayant subi des traumatismes craniocérébraux répétés sont à risque de développer « [...] précocement la maladie d'Alzheimer, la démence, la dépression, des déficits du fonctionnement cognitif, un ralentissement de la vitesse de l'attention et du raisonnement, des

pertes de mémoire, de l'insomnie, des sautes d'humeur, des changements de personnalité, ainsi que la maladie invalidante et latente connue sous le nom d'encéphalopathie chronique traumatique (ECT)^{69,70} ».

Un règlement a été conclu en août 2013, et la NFL contribuera pour 765 millions de dollars US afin de fournir une aide médicale à plus de 18 000 anciens joueurs. De plus, 10 millions de dollars US serviront à financer la recherche médicale ainsi que des programmes de sécurité et d'éducation pour la prévention et la prise en charge des commotions⁷². En décembre 2013, cinq anciens joueurs de la NFL ont choisi de ne pas se prévaloir de ce règlement et ont intenté une poursuite contre leur ancienne équipe⁷³.

Depuis, la NFL a pris des mesures afin d'améliorer la sécurité des joueurs, notamment en impliquant un neurologue consultant indépendant de l'équipe sur les lignes de côté à chaque match, en appliquant un nouveau protocole de retour au jeu après une commotion cérébrale et en interdisant l'utilisation du casque dans les contacts contre un adversaire ainsi que les contacts contre un joueur en position vulnérable^{74,75}.

LES NEUROLOGUES RECOMMANDENT...

- ... d'encourager les adultes et les enfants à se tourner vers d'autres activités sportives. Ceux qui pratiquent ces sports devraient être informés des risques inhérents à une telle pratique et les accepter de façon formelle;
- ... d'interdire les coups intentionnels à la tête dans toutes les catégories de football récréatif et compétitif organisé;
- ... d'éduquer les entraîneurs, les joueurs, les parents, les écoles ainsi que les décideurs du milieu sportif sur les signes et les symptômes des blessures courantes au football, particulièrement les commotions, et sur les conséquences qu'elles peuvent entraîner à court et long termes;
- ... de reporter l'introduction du contact physique à 15 ans dans les ligues élités masculines;
- ... de revoir les règlements qui encadrent les contacts physiques et les coups à la tête dans les ligues avec contacts et restreindre le nombre d'heures d'entraînement où les contacts sont permis;
- ... de mettre en œuvre un programme d'acquisition des habiletés des contacts physiques approprié dans toutes les ligues où ils sont permis;
- ... d'améliorer la surveillance des blessures afin de mieux déterminer les facteurs de risque et les mécanismes de blessures au football;
- ... d'adopter des politiques sévères (tolérance zéro) pour toute forme de violence, de bagarre et de tentative de blessure, en particulier en ce qui a trait aux blessures à la tête, et ce, pour tous les groupes d'âge et toutes les ligues.

ENTREVUE ET TEXTE DE PATRICIA KÉROACK, RÉD. A.

CHOISIR LA MÉDECINE ET LE FOOTBALL

Étudiant de 4^e année en médecine, Laurent Duvernay-Tardif est aussi joueur de football professionnel. Il vient d'être recruté par les Chiefs de Kansas City. Le Spécialiste s'est entretenu avec lui.

Ça bouge vite pour vous, on dirait ?

Tout au long de mes études, lors de mon année préparatoire et pendant mes trois premières années de médecine, j'ai joué dans l'équipe de football de McGill. En janvier dernier, j'ai eu la chance d'aller m'entraîner au Tennessee afin d'être en forme pour les tests physiques (*scouting combines*) de sélection pour la NFL. Je suis revenu à Montréal reprendre ma rotation de pédiatrie à l'Hôpital de

Montréal pour enfants. J'ai été repêché lors de ma dernière journée de stage. C'était un vendredi. Le dimanche, je partais à destination de Kansas City. Tout s'est passé très rapidement.

Quels sont vos projets en médecine ?

Je ne suis pas certain encore, mais j'ai adoré la pédiatrie et je m'y vois tellement. Ici, à Kansas City, et ailleurs aussi, les joueurs de football font beaucoup de visites dans les hôpitaux pédiatriques et je m'y sens bien, je sens que j'ai un bon contact avec les enfants et que je peux leur apporter quelque chose de positif dans leur développement.

Vous êtes étudiant en médecine, mais, en même temps, vous jouez à l'un des sports les plus à risque pour les commotions cérébrales. Est-ce logique ?

À mon avis, tout sport de contact comporte des risques et c'est vrai que le football est l'un des plus dangereux, mais, moi, je ne m'arrête pas pour ça. Je constate qu'il n'y a jamais eu autant de recherches faites dans les dernières années : on en sait plus aujourd'hui et on développe même des outils

qui peuvent améliorer la sécurité des joueurs. Je travaille avec une compagnie torontoise qui a développé un système de senseurs intégrés au casque. C'est un pas dans la bonne direction. Peut-être pas pour la NFL, mais surtout pour protéger nos jeunes et aussi pour les équipes qui n'ont pas les ressources médicales requises sur le terrain pour dire au jeune de se retirer en cas de commotion.

Je ne suis pas encore médecin, mais je sais, d'une part, qu'il est important de retirer une personne qui a eu une commotion et, d'autre part, que son retour au jeu doit être autorisé uniquement lors de la résolution complète des symptômes.

La modification des règles du jeu ne serait-elle pas plus efficace ?

La NFL a déjà fait un bon exercice en la matière : des amendes (salées – 50 à 60 000 \$US) sont prévues pour tout joueur qui fait délibérément un casque à casque. On voit déjà des résultats à cette initiative : il y a moins de commotions qu'avant. De plus, cette année, il y a un nouveau règlement pour la ligne offensive et pour la ligne défensive : les joueurs ne peuvent plus utiliser leur main pour donner un coup dans le casque de l'adversaire afin de lui faire cligner des yeux pour gagner une fraction de seconde. Tel geste est désormais automatiquement puni. Les arbitres portent plus d'attention aux coups à la tête et c'est une bonne chose ; ça ne pouvait plus continuer ainsi !

En tant que joueur de football, j'ai un peu peur d'avoir une commotion cérébrale. J'ai été chanceux jusqu'ici. Si j'avais un coup à la tête et que j'en gardais des séquelles, que ce soit à court ou à long terme, je considérerais vraiment l'arrêt du football pour revenir entièrement à la médecine. Se fracturer un bras, une jambe ou une épaule, ce sont des blessures mineures

comparativement à avoir des séquelles permanentes au cerveau à cause d'une commotion.

Avez-vous pris connaissance des dernières publications scientifiques sur les commotions ?

Oui, puisque je suis un passionné de médecine sportive, je lis beaucoup sur le sujet, particulièrement sur les ECT. Je suis au courant des risques et je ne banalise rien du tout. Je vis bien avec ces risques, mais je me donne le plus d'outils et de connaissances possibles afin de me protéger adéquatement.

Si vous étiez un parent ou même un pédiatre, quelle serait votre réaction si un jeune vous demandait votre avis sur le football ?

Le mieux est la prévention. En tant que parent, je m'attendrais à ce que l'entraîneur ait retiré mon enfant dès les premiers instants après le coup et qu'il m'appelle pour m'en informer. Puis, il faudrait que le protocole de retour au jeu soit respecté. C'est un protocole précis en six étapes et, comme parent, je voudrais qu'il soit parfaitement observé. Et si mon jeune était plus susceptible de subir des commotions, je lui trouverais un autre sport qui soit mieux pour lui et pour son développement.

Et vous, n'avez-vous jamais pensé à changer de sport ?

Oui, mais je suis un véritable passionné par le football. Il y a tellement d'avantages à pratiquer un sport, tant au niveau physique que psychologique. On apprend aussi à travailler en équipe (et c'est important en médecine). On apprend à gérer des conflits, à gagner ou à perdre. C'est tellement enrichissant comme expérience que les désavantages sont minimes comparativement aux avantages. Il y a beaucoup de positif même si certains côtés négatifs existent.





PAR LOUIS DE BEAUMONT, Ph. D.*

EFFETS À LONG TERME DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Plusieurs facteurs ont contribué à faire des commotions cérébrales du sport l'un des enjeux de santé publique de l'heure en Amérique du Nord. Le sentiment soudain d'urgence d'agir afin de contrer ce fléau, affligeant une proportion épidémique des jeunes adeptes des sports de contact, s'explique en grande partie par l'intérêt médiatique qu'ont suscité les poursuites faramineuses intentées par les associations des joueurs professionnels ainsi que par les nombreux cas de suicide rapportés chez de jeunes athlètes professionnels commotionnés subissant les contrecoups d'une carrière marquée par les commotions cérébrales répétées.



Bien que cet effort de conscientisation du public ait récemment été remarqué, une forme d'ambivalence relativement aux dangers encourus subsiste parmi les joueurs et les organisations sportives au cœur même du débat. En effet, un sondage réalisé en 2011 par l'Association des joueurs de la Ligue nationale de hockey (LNH) et l'émission *Hockey Night in Canada* (CBC) auprès des joueurs de la LNH a démontré que 98 % des répondants (n=318) s'opposaient à l'abolition des bagarres, lesquelles représentent pourtant un contexte particulièrement

propice aux commotions cérébrales. Cette ambivalence quant aux conséquences des commotions cérébrales s'explique probablement en partie par la disparition rapide des signes apparents de l'accident¹. En effet, à la suite d'une première commotion cérébrale, seuls 5 à 10 jours suffisent, chez près de 90 % des cas², pour que les symptômes post-commotionnels s'estompent et que les résultats à l'examen neuropsychologique soient normaux³.

Bien que sa physiopathologie s'apparente à celle d'un traumatisme craniocérébral léger (TCCL) d'origine non sportive (une chute par exemple)⁴, la principale caractéristique distinctive de la commotion cérébrale s'avère le risque accru associé à la multiplicité des accidents en contexte sportif, survenant parfois même dans un court laps de temps. À cet effet, les résultats d'une vaste étude épidémiologique impliquant de jeunes athlètes issus des réseaux secondaire et collégial américains révélaient que les risques de subir une commotion cérébrale au cours d'une saison sportive triplaient chez des athlètes ayant subi une commotion cérébrale plus tôt durant la même saison⁵. Or, l'intérêt clinique grandissant accordé au cumul des commotions cérébrales chez les jeunes athlètes

émerge de données convergentes indiquant que la gravité ainsi que la persistance des symptômes post-commotionnels augmentent de façon exponentielle en fonction du nombre de commotions cérébrales subies⁶.

Parce qu'elles guettent potentiellement tous les athlètes ayant subi de multiples commotions cérébrales, la pertinence clinique des trouvailles sur les effets cumulatifs des commotions cérébrales ne prend toutefois tout son sens qu'en présence des fâcheuses conséquences observées durant la phase chronique, particulièrement celles surgissant plusieurs années après la dernière commotion cérébrale. Bien que les technologies de pointe en neuro-imagerie décèlent des séquelles sous-cliniques persistantes des commotions cérébrales multiples⁷⁻¹¹, la nature exacte des dysfonctions cognitives qui s'y rattachent demeure, à ce jour, plutôt nébuleuse. Toutefois, lorsque jumelées aux effets du vieillissement, les commotions cérébrales du sport entraînent des séquelles cognitives et motrices inquiétantes, tout à fait quantifiables au plan clinique.

En premier lieu, des données épidémiologiques alarmantes suggèrent que les footballeurs professionnels retraités ayant subi trois

* L'auteur est neuropsychologue, chercheur au Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et professeur adjoint de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

LE CASSE-TÊTE DES NEUROLOGUES

commotions cérébrales ou plus au cours de leur carrière présentent cinq fois plus de risque de développer des troubles cognitifs légers, lesquels se convertissent en maladie d'Alzheimer dans près de 60 % à 80 % des cas, et ce, à l'intérieur de cinq ans¹². D'autres études ont démontré qu'en comparaison avec leurs homologues non commotionnés, les anciens athlètes universitaires sexagénaires présentant des antécédents de commotions cérébrales subies durant la vingtaine présentent un profil de déclin cognitif et de lenteur d'exécution motrice¹³. Ces altérations cognitives sont, de plus, hautement corrélées avec les anomalies sous-cliniques persistantes de la commotion cérébrale aussi objectivées chez le jeune athlète, suggérant que le processus de vieillissement est venu exposer une fragilité des fonctions cognitives que l'athlète parvenait jadis à compenser.

Une importante percée scientifique a tout récemment mis en relief un lien entre le dommage répandu de la matière blanche du cerveau et le déclin de la mémoire, des capacités d'apprentissage, de l'attention, et de

la vitesse d'exécution retrouvés chez les anciens athlètes sexagénaires ayant subi une commotion cérébrale au cours de leur vingtaine¹⁴. Chez ces anciens athlètes sexagénaires, pourtant en excellente santé et n'ayant pas subi plus de trois commotions cérébrales durant la vingtaine, le patron de dommages diffus de la matière blanche affecte de façon accentuée les régions fronto-pariétales du cerveau, lesquelles s'avèrent particulièrement vulnérables au processus du vieillissement normal¹⁴.

L'apparition des symptômes cognitifs et des moteurs latents s'avère également au cœur de l'encéphalopathie chronique d'étiologie traumatique (ECT). Autrefois réservée aux sports de combat, pour lesquels la commotion cérébrale de l'adversaire ne s'avère rien de moins que l'objectif convoité, les cas d'ECT ont été répertoriés chez des athlètes multicomotionnés pratiquant d'autres sports de contact tels que le hockey sur glace, le football américain et le soccer^{15,16}. L'ECT est une pathologie neurodégénérative du cerveau entraînant à la fois de graves

symptômes cognitifs, psychiatriques, comportementaux et moteurs. Des études sur les cerveaux de patients décédés dans un contexte d'ECT ont, par ailleurs, démontré que cette pathologie se distingue des autres processus neurodégénératifs, tels que les maladies d'Alzheimer ou de Parkinson, tant par l'aspect neuro-anatomique¹⁷ que par des caractéristiques neuropathologiques, comme un patron distinct d'accumulation de protéines TAU distribué partout au cerveau, mais de façon prédominante dans les lobes frontaux et temporaux¹⁸. De vastes études, jouissant d'un financement sans précédent, sont en cours afin d'approfondir nos connaissances à propos de la physiopathologie des commotions cérébrales du cerveau vieillissant. D'ici la parution des conclusions qui en découleront, il convient de mettre en œuvre tous les moyens dont on dispose pour protéger notre jeunesse des risques de santé encourus associés aux commotions cérébrales multiples.

Les références citées dans ce texte sont disponibles sur le portail de la FMSQ (fmsq.org).

AU QUÉBEC : VAGUE DE RECOURS EN JUSTICE

Des anciens joueurs ayant subi des commotions cérébrales dans l'exercice de leur sport se tournent désormais vers les tribunaux pour obtenir réparation. À ce jour, de nombreuses poursuites ont été intentées contre des organisations sportives, telle la Ligue nationale de hockey (LNH), mais aussi contre des établissements d'enseignement.

C'est le cas de l'Université Bishop au Québec qui est poursuivie par un ancien joueur défensif de son équipe de football (Gaiters). Dans sa poursuite, le joueur, qui réclame 9,3 millions de dollars, invoque avoir subi des dommages physiques et cognitifs permanents conséquemment à une commotion ayant entraîné un hématome cérébral lors d'un match de football disputé en 2011 contre l'équipe de l'Université Concordia. Selon un article paru dans le journal *La Presse* (9 septembre 2014), dès le début du match, le joueur d'origine manitobaine aurait reçu un violent coup à la tête. Malgré avoir informé son entraîneur de maux de tête et d'inconfort physique, ce dernier aurait forcé le joueur à retourner au jeu où il aurait reçu d'autres coups à la tête. Le joueur aurait connu d'importantes convulsions lors de la mi-temps, forçant son transfert vers l'hôpital, où il est resté deux mois dans le coma. Pendant trois ans, le joueur a dû suivre une rééducation physique importante afin de pouvoir marcher et parler à nouveau. Son état est encore aujourd'hui précaire : son côté droit est partiellement paralysé, il a des problèmes de vision, de mémoire, de motricité et, toujours selon ce qui a été rapporté dans *La Presse*, il ne sera jamais apte à travailler du reste de sa vie.

La Ligue nationale de hockey n'échappe pas aux poursuites. Parmi elles, deux Québécois lui réclament plus de 5 millions de dollars. Même si ces derniers n'ont pas officiellement joué au sein d'une formation de la LNH, ils ont tous les deux été repêchés par une des équipes professionnelles et ont participé à des camps d'entraînement et de sélection où ils affirment tous les deux avoir subi des coups et blessures à la tête sans que la Ligue ne les protège adéquatement. (PK)



FAIRE TOMBER LE TABOU

Dr J. Scott Delaney est spécialiste en médecine d'urgence et bien connu dans le monde du sport, tant amateur que professionnel. Il est aujourd'hui associé aux Alouettes, à l'Impact et assiste occasionnellement l'équipe de soins du Canadien. Il travaille aussi avec les acrobates du Cirque du Soleil ainsi qu'avec les équipes de football et de soccer de l'Université McGill. Il connaît bien les problématiques entourant les commotions cérébrales dans le sport et a publié quelques études sur le sujet. Il n'hésite pas à dire haut et fort que, chez les athlètes, ce sujet est tout simplement considéré comme tabou.

Dr Delaney, combien d'athlètes subissent réellement des commotions cérébrales ?

Parmi les athlètes universitaires que j'ai pu côtoyer, je peux facilement affirmer que, pendant une période de 12 mois, 50 à 60 % d'entre eux ont subi une commotion. Elles ne sont pas toutes diagnostiquées ou même divulguées. C'est lorsqu'on interroge les athlètes de façon confidentielle qu'ils s'ouvrent et racontent ouvertement les effets ressentis. Certains se disent gênés d'en parler, d'autres vivent dans le déni.

Du côté des joueurs de football associés à la Ligue canadienne de football, mes statistiques personnelles font état de 42% des joueurs qui ont subi une commotion dans une saison régulière. Là encore, ils ne sont pas tous diagnostiqués. Et la raison est simple : certains ne savent pas que les maux de tête, les étourdissements ou encore la vision trouble sont des symptômes de commotion ; les autres n'en parlent pas de peur d'être retirés du jeu. On diagnostique donc une petite partie des commotions, sachant qu'il y en a beaucoup plus. C'est pourquoi je les appelle les blessures cachées.

Les athlètes de haut niveau ont-ils généralement connu des commotions lors de leurs premières années d'entraînement ?

Beaucoup d'athlètes ont subi des commotions tout au long de leur développement de carrière. Certains affirment être protégés et poursuivent leur entraînement tandis que d'autres n'y portent pas

attention jusqu'à ce que ce soit trop tard ou que le retour au jeu ou à la compétition soit impossible.

Que doit-on faire ?

Il faut avant tout que l'athlète reconnaisse les signes d'une commotion et qu'il dévoile à son entraîneur ou à son médecin qu'il a peut-être subi un coup menant à une commotion. On doit absolument informer et éduquer les joueurs, les entraîneurs, les parents et tout le monde sur les impacts d'une commotion. Tous les traumatismes cérébraux doivent recevoir une attention immédiate : c'est du sérieux et il faut le faire comprendre. Les plus réfractaires sont souvent les athlètes eux-mêmes qui font fi du danger ou des conséquences probables.

Le souhait ultime est de faire signer des contrats de commotion à tous les athlètes qui évoluent dans un des sports dits de contact, à leurs parents (s'ils sont mineurs) et aux entraîneurs. Ça se fait déjà dans quelques milieux sportifs. Dans ces contrats, on dresse la liste des symptômes et de leurs conséquences. Ainsi, si les athlètes reconnaissent des signes de commotion, le contrat qu'ils ont signé les oblige à les déclarer au médecin ou à l'entraîneur. En signant le contrat, le joueur accepte d'être retiré du jeu ainsi que les termes du protocole de retour progressif au jeu. On a remarqué que faire signer ce contrat par les parents aide beaucoup, puisque, souvent, c'est le parent lui-même qui refuse de voir son jeune retiré du jeu. Donc, lorsque tout le monde signe le contrat de commotion, les règles du jeu sont claires.



Est-ce assez ?

Peut-être pas, mais c'est un bon début. N'oublions jamais que les commotions sont des blessures souvent invisibles, voire sournoises. Et les maux de tête, les étourdissements ou la vision voilée ne sont pas toujours liés à des commotions cérébrales. C'est là où le diagnostic médical est important.

La prévention est primordiale, mais il faut aussi traiter la commotion avant qu'une autre vienne aggraver les effets de la première. Malheureusement, beaucoup d'athlètes retournent au jeu ou à l'entraînement dès qu'ils sont ou

LE CASSE-TÊTE DES NEUROLOGUES

se sentent asymptomatiques. Pour certains, c'est un échec assuré, une catastrophe en sursis. Il faut savoir que le seuil de tolérance à un coup subséquent est plus faible. Si la première commotion n'est pas entièrement guérie, le joueur sera plus vulnérable, plus fragile. Qui sait ce qui arrivera lors d'une deuxième ou d'une troisième commotion ! D'où l'importance de bien informer : un programme éducatif bien suivi pourra aider à diminuer les événements indésirables et être utile à l'athlète dans son développement sportif. Dans certains cas, si l'on juge que l'athlète ne se préoccupe pas des mises en garde, on utilisera des capteurs spéciaux dans les casques protecteurs. Il faut les considérer comme des aides techniques, pas comme une panacée. Parfois, lorsqu'on est hors du terrain, certains coups peuvent nous sembler terribles, mais ne le sont pas, tandis que d'autres sont très faibles, mais causent un réel dommage.

Avez-vous l'impression que les sports deviennent extrêmes ? Est-ce un problème de société ?

On ne fait plus d'activité sportive pour le simple plaisir ou pour être entre amis ; on participe à des défis d'endurance, on pousse la machine au maximum, on veut dépasser les limites. C'est certain que des événements tels les X-Games ont eu des influences. Mais y a-t-il autant de participants à des sports dits extrêmes comparativement à l'ensemble de la population ou est-ce qu'on est juste plus habitués à ces comportements à cause des consoles de jeux vidéo, des chaînes de télévision spécialisées, etc. ? Je persiste à croire que ce sont encore une minorité de gens qui font ce genre d'activité.

Est-ce que la problématique des commotions peut causer des torts importants à certains sports ?

Quand on parle des commotions, c'est vrai qu'il y a un problème : on ne veut pas faire peur ou créer une panique qui pourrait éloigner les gens de toute forme d'activité physique. D'où l'importance de développer des programmes éducatifs bien structurés et adaptés à la pratique du sport choisi.

Les commotions sont-elles différentes chez les femmes et chez les hommes ?

On pense que les femmes sont plus susceptibles de subir des commotions cérébrales que les hommes. Les chercheurs avancent l'hypothèse que leur cou est moins fort que celui des hommes ; ce serait aussi une raison qui expliquerait la fragilité des enfants face aux commotions. D'ailleurs, c'est un des sujets de mes dernières recherches où j'ai évalué les commotions dans le soccer, le hockey sur glace et le football chez les filles et chez les garçons. Puisque la force d'impact de la balle est moindre chez la femme, les commotions le sont également. Elles sont souvent le résultat d'un coup direct à la tête, mais d'autres chocs peuvent également en être la cause. C'est ce que j'ai voulu vérifier dans une étude (voir tableau).

DR DELANEY A PUBLIÉ DEUX ARTICLES SCIENTIFIQUES CETTE ANNÉE SUR LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES.

Delaney JS, Al-Kashmiri A, Correa JA. Mechanism of injury for concussions in university football, ice-hockey and soccer. Clin J of Sport Med : 2014(5)24;3.233-7.

Delaney JS, Lamfookon C, Bloom GA, Al-Kashmiri A, Correa JA. Why University Athletes Choose Not to Reveal Their Concussion Symptoms During a Practice or Game. Clinical Journal of Sport Medicine : en attente de publication.

Au hockey sur glace, par exemple, chez l'homme, les coups d'épaule ou de coude sont de fréquentes sources de commotions tandis que, chez la femme, elles sont plus dues à la glace, à la baie vitrée ou à la bande latérale de la patinoire.

SOURCES DE COMMOTIONS CHEZ LES ATHLÈTES

	Football		Hockey sur glace		Soccer	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Tête	61	58,1	3 (2F-1M)	5,9	28 (13F-15M)	40
Épaule	11	10,5	12 (4F-8M)	23,5	5 (2F-3M)	7,1
Bras	0	0	0	0	0	0
Coude	3	2,9	8 (1F-7M)	15,7	6 (3F-3M)	8,6
Avant-bras	2	1,9	0	0	0	0
Main	0	0	0	0	0	0
Cuisse	0	0	0	0	0	0
Genou	9	8,6	0	0	3 (1F-2M)	4,3
Jambe	0	0	0	0	1 (1F-0M)	1,4
Pied	0	0	0	0	3 (2F-1M)	4,3
Tronc	1	1	1 (0F-1M)	2	2 (0F-2M)	2,9
Sol ou glace	9	8,6	7 (6F-1M)	13,8	8 (4F-4M)	11,4
Buts	1	1	2 (1F-1M)	3,9	1 (1F-0M)	1,4
Balle ou rondelle	0	0	0	0	13 (11F-2M)	18,6
Bandes latérales	n/a		13 (10F-3M)	25,5	n/a	
Bâton	n/a		1 (0F-1M)	2	n/a	
Non déterminé	8	7,6	4 (2F-2M)	7,8	0	0
Total de commotions	105 commotions		51 commotions		70 commotions	

Source : Delaney JS, Al-Kashmiri A, Correa JA. Mechanism of injury for concussions in university football, ice-hockey and soccer. Clin J of Sport Med: 2014(5)24;3.233-7.



PAR CLAUDE CYR, M.D., M. SC.
ET JONATHAN PICARD, M.D.*

Les commotions cérébrales : UN JEU D'ENFANT ?

Le diagnostic de trauma crânien mineur (TCm) ou commotion cérébrale, terme préféré par le public, est une raison de consultation fréquente de l'enfant à l'urgence¹. Ce n'est donc pas une situation réservée aux sportifs comme bien des gens semblent le croire.

Il n'existe pas de consensus concernant les critères diagnostiques du TCm et sa définition reste ambiguë. Selon l'International Consensus Conference on concussion in sports, une commotion cérébrale est définie comme étant « un processus physiopathologique complexe affectant le cerveau, induit par une force biomécanique » qui entraîne « rapidement une brève altération de la fonction neurologique qui se rétablit spontanément ». Certains ajouteront à cette définition une échelle de Glasgow entre 13 et 15 et une amnésie post-traumatique de moins de 24 heures².



Souvent médiatisés chez l'athlète de haut calibre, les TCm de l'enfant résultent le plus souvent d'une chute d'une hauteur, d'une collision ou d'un accident relié au sport. Ces accidents se produisent généralement à domicile ou à l'école et surviennent plus fréquemment chez les garçons. Plusieurs études consacrent d'ailleurs beaucoup d'attention aux TCm liés au sport chez les enfants d'âge scolaire, particulièrement pour les

sports organisés, mais très peu se sont intéressées aux enfants d'âge préscolaire.

Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, lors d'une étude effectuée entre novembre 2010 et novembre 2011, 431 enfants de 0 à 18 ans ont consulté pour un TCm confirmé. L'incidence annuelle estimée était de 12,7 par 1 000 enfants. Près de 45 % des TCm sont survenus chez les enfants de 0 à 4 ans, le plus souvent à la suite d'une chute d'une hauteur à domicile (voir tableau 1). Les TCm liés au sport étaient le mécanisme le plus fréquent chez les enfants plus vieux (10 à 17 ans) ; le hockey venant au premier rang¹ (voir tableau 2).

Souvent reconnu lors d'une perte de conscience, le TCm chez l'enfant doit être suspecté s'il survient d'autres symptômes non spécifiques tels que vertige, nausée, céphalée, changement de la vision et vomissement. Un diagnostic de TCm n'est pas toujours facile à établir, surtout chez l'enfant, puisqu'il repose exclusivement sur l'histoire et l'examen physique du patient. Cela requiert, bien entendu, des connaissances médicales, mais surtout la coopération du patient et de son entourage. Trop souvent le patient sportif ignorera les recommandations ou minimisera ses symptômes et ira même jusqu'à les cacher de peur d'être retiré du jeu.

Chez les enfants plus jeunes, les symptômes du TCm peuvent être discrets : irritabilité, pleurs inconsolables, fatigue, hypotonie³.

INCIDENCE DE TCm
PAR GROUPE D'ÂGE

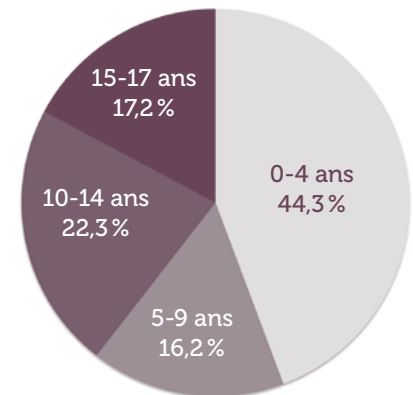


Tableau 1. Incidence de commotion cérébrale selon le sport pratiqué chez les enfants ayant consulté au CHUS entre novembre 2010 et novembre 2011.

Ces symptômes se résolvent généralement à l'intérieur de 7 à 10 jours lors d'une première commotion. Par contre, dans presque 30 % des cas, les symptômes perdurent pendant plus de trois mois (syndrome post-commotionnel) et peuvent avoir un impact important sur la qualité de vie et le développement de l'enfant en limitant sa réintégration scolaire⁴.

Récemment, plusieurs clarifications et modifications à la prise en charge ont été publiées, se soldant en un consensus quant au retour au jeu et au retour à l'apprentissage après un TCm^{2,5}. Les enfants avec TCm peuvent nécessiter une brève absence de l'école, afin d'éviter une exacerbation des symptômes ; par contre, si ceux-ci persistent plus de quelques jours, une consultation

* D^r Claude Cyr est pédiatre au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et professeur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. D^r Jonathan Picard est médecin résident en pédiatrie.

LE CASSE-TÊTE DES NEUROLOGUES

avec un spécialiste des commotions cérébrales (neuropsychologue, neuropédiatre, pédiatre) est encouragée. Il n'est toutefois pas nécessaire d'attendre que l'enfant soit complètement asymptomatique avant de permettre le retour en classe : une entrée progressive (demi-journée ou seulement certains cours) en palier de 24 heures sans exacerbation des symptômes est souvent efficace⁵. Le retour au jeu n'est pas recommandé tant que l'enfant est symptomatique ou que le retour en classe n'est pas complet, et doit se faire graduellement². Une période de 7 à 10 jours sans symptômes est recommandée avant le retour progressif au jeu. L'athlète devrait demeurer asymptomatique avant de progresser à une activité physique plus intense. Si des symptômes réapparaissent, un repos de 24 à 48 heures est recommandé ainsi qu'un retour au palier d'activité physique précédent.

TCm CHEZ LES 10-17 ANS

Sport pratiqué	Nombre
Hockey	31
Ski et planche à neige	14
Vélo	12
Soccer	10
Football	10
Rugby	5
Basketball	4
Ballon	3
Planche à roulettes (longue ou courte)	3
Équitation	2
Glisse	2
Patin	2
Baseball	1
Volleyball	1
Karaté	1
Cheerleading	1
Crosse	1
Total	103

Tableau 2. Nombre de TCm selon le sport pratiqué chez les 10-17 ans ayant consulté au CHUS entre novembre 2010 et novembre 2011.

L'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate est cruciale puisque le TCm peut engendrer des comorbidités sérieuses à court et à long termes. Le syndrome de second impact est une complication bien connue, dangereuse pour la vie de l'enfant,

mais heureusement rare. Ce syndrome se présente comme un œdème cérébral malin qui survient à la suite d'un deuxième TCm chez les patients retournant au jeu avant la guérison complète du TCm précédent⁶.

LE DEUXIÈME COUP

Le fait de subir un TCm augmenterait aussi le risque d'en subir un deuxième dans les jours suivants ; ce dernier nécessite souvent une force moindre, mais le patient prend plus longtemps à récupérer. Les commotions cérébrales répétées pourraient plus facilement causer des lésions post-traumatiques se changeant en troubles neurologiques chroniques. Contrairement à certaines croyances populaires, la plasticité cérébrale des enfants ne permet pas une meilleure récupération à la suite d'un TCm. Au contraire, les enfants plus jeunes peuvent se rétablir plus lentement. De plus, les TCm occasionnent des changements neurobiologiques fonctionnels et microstructuraux qui pourraient perturber le développement normal de l'enfant, et ce, même en présence d'imagerie cérébrale normale et d'une résolution des symptômes.

LE FAIT DE SUBIR UN TCm AUGMENTERAIT AUSSI LE RISQUE D'EN SUBIR UN DEUXIÈME DANS LES JOURS SUIVANTS ; CE DERNIER NECESSITE SOUVENT UNE FORCE MOINDRE, MAIS LE PATIENT PREND PLUS LONGTEMPS À RÉCUPÉRER.

Un TCm en bas âge peut avoir des conséquences sur le développement à long terme de l'enfant en affectant les fonctions cognitives supérieures, telles que les fonctions d'exécution, et ce, même plusieurs années après le trauma. Ceci semble même associé à des problèmes scolaires et psychosociaux^{7,8}. Une étude longitudinale a rapporté que les enfants âgés de moins de 7 ans lors du TCm performaient moins bien dans les tests neurocognitifs ajustés pour l'âge comparé aux enfants âgés de plus de 7 ans lors du TCm⁹. Les enfants d'âge préscolaire seraient donc plus à risque de souffrir de séquelles cognitives permanentes suite à un TCm.

L'utilisation d'un test neuropsychologique peut être utile afin d'orienter le retour au jeu et à l'école des adolescents². Chez l'enfant plus jeune, le recours à ce genre de test est plus compliqué puisque son développement cognitif dynamique rend difficile l'interprétation.

CONCLUSION

Malgré le peu d'études sur la prise en charge des commotions cérébrales chez l'enfant, il est clair que le repos physique et cognitif immédiatement après un TCm constitue la pierre angulaire de la prise en charge. Ceci comprend tout sport bien entendu, mais aussi la lecture, le temps d'écran, la fréquentation de l'école, sans oublier le « textage ». La réinstauration progressive de celui-ci se fait au fur et à mesure que les symptômes s'améliorent.

Dans le cas des commotions cérébrales chez l'enfant, il est important d'adopter une approche préventive. C'est particulièrement vrai dans le cas des commotions cérébrales récentes, parce que le cerveau est très vulnérable à ce moment. La prévention des commotions cérébrales et des traumatismes crâniens est particulièrement efficace lorsque les parents et les jeunes athlètes reçoivent une formation appropriée et que les règles de sécurité, dans un contexte tant familial que sportif, sont respectées. Les TCm reliés au sport chez les enfants d'âge scolaire ont reçu beaucoup d'attention. Plusieurs programmes ont été mis sur pied à des fins de prévention primaire des TCm liés aux sports tels que *Pensez d'abord Hockey Intelligent* et *Actifs et en sécurité – La trousse à outils de commotion* (parachutecanada.org).

Enfin, puisque les commotions cérébrales sont habituellement des blessures invisibles, il est impératif d'apprendre aux enfants l'importance d'avertir les personnes qui les entourent. Cela aidera à bien outiller parents et enfants afin d'éviter les complications et les récurrences.

Les références citées dans ce texte sont disponibles sur le portail de la FMSQ (fmsq.org).

NOUVEAUTÉ

PLATEFORME D'APPRENTISSAGE EN LIGNE DE LA FMSQ

Un outil créé par et pour vous!



Lancée officiellement
le 21 novembre 2014,
la plateforme offre :

- La possibilité de suivre gratuitement des formations donnant droit à des crédits de sections 1, 2 et 3 dans le cadre du programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada avec une possibilité d'automatisation de l'enregistrement dans MAINPORT des formations en section 1 ;
- Un environnement d'apprentissage social et collaboratif en ligne ;
- Un système de gestion des apprentissages ;
- La possibilité d'enregistrer vos formations suivies dans vos contextes (associatifs ou autres) et de suivre l'évolution de votre portfolio d'apprentissage et de développement ;
- Et beaucoup plus.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Une visite s'impose : fmsq.org/plateforme



PAR DR SAM J. DANIEL | DIRECTEUR
OFFICE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL – FMSQ

NOUVEAU CODE D'ÉTHIQUE EN PRÉPARATION

Savez-vous qu'au Québec, il existe un code d'éthique qui régit l'organisation des activités de développement professionnel continu (DPC) ?

En effet, en 2003, le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) a publié un premier guide sur le code d'éthique du DPC à l'intention des organisateurs, des organismes, et des personnes-ressources. Une nouvelle version de ce code d'éthique sera bientôt adoptée, à la suite d'une refonte de l'ancien code. Cela aura certainement un impact sur nos activités de DPC. L'organisation de nombreuses activités de développement professionnel continu tant individuelles que collectives touche la majorité des spécialistes, d'autant plus que le DPC représente une composante professionnelle obligatoire qui aide le médecin à se maintenir à jour afin de dispenser la meilleure qualité de soins possible.

UN PEU D'HISTOIRE

En 1975, à la suggestion du Collège des médecins du Québec, les organismes intéressés par la formation médicale continue ont créé un organisme de concertation, le Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (CEMCQ). Le CEMCQ est un organisme sans but lucratif qui a développé au fil des années un consensus sur de nombreuses questions d'intérêt relatives à l'EMC. Depuis novembre 2005, le CEMCQ a changé d'appellation pour Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM). Celui-ci regroupe des représentants des organismes suivants : le Collège des médecins du Québec, l'Université de Montréal, l'Université Laval, l'Université de Sherbrooke, l'Université McGill, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Association des médecins de langue française du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège québécois des médecins de famille et le Groupe de travail en formation professionnelle continue de Rx&D.

LE NOUVEAU CODE

Dès l'adoption du nouveau code d'éthique, l'Office de développement professionnel (ODP) de la FMSQ organisera plusieurs activités de formation à l'intention des médecins spécialistes. Après une période de transition d'un an, toute activité de DPC au Québec devra respecter tous les éléments de ce nouveau code. Nous vous donnons ici un aperçu de ses grandes lignes, mais, attention, il est toujours possible que des modifications soient apportées d'ici son adoption finale. Nous avons ciblé pour vous les éléments qui touchent le plus aux demandes d'accréditation que nous recevons à l'ODP.

L'ORGANISATION

Les organisateurs d'activités de DPC doivent être conscients des biais, positifs et négatifs. Ils doivent s'assurer que leurs activités de DPC ne sont pas indûment influencées par ceux-ci et qu'elles sont exemptes de tout biais inapproprié. Les biais commerciaux ne seront pas tolérés. Aussi, on ne peut jamais associer le nom d'une entité commerciale à une portion du programme (en jargon DPC : *tagging*).

Les organisateurs doivent adopter une comptabilité transparente permettant à tous les intervenants d'être informés des sources de revenus et de l'allocation des dépenses, lesquelles doivent être approuvées par l'organisateur de l'activité.

Les honoraires des personnes-ressources (conférenciers, modérateurs, facilitateurs, membres de comités) doivent toujours être versés par l'organisateur de l'activité de DPC.

LE CONTENU

Le contenu de toute activité de DPC doit être objectif, équilibré et conçu de façon à ce que les diverses hypothèses et opinions reconnues puissent être exposées. Il doit comprendre des informations scientifiques ou autres

pouvant contribuer à améliorer la pratique des participants.

Afin d'éviter les biais commerciaux, l'utilisation des noms génériques est à privilégier. S'il y a utilisation du nom commercial, le nom générique doit toujours l'accompagner.

Tout document (incluant texte, tableau, figure, etc.) doit respecter les lois et règlements de la propriété intellectuelle, notamment le droit d'auteur.

Il est souhaitable que les personnes-ressources fournissent aux participants une liste de références leur permettant de pousser plus loin leur apprentissage.

L'ÉVALUATION

Toute activité de DPC doit évidemment comporter une évaluation. Le formulaire d'évaluation doit aborder le respect du Code d'éthique, la divulgation par le présentateur de ses conflits d'intérêts et la présence de biais commercial durant l'activité. Le formulaire d'évaluation doit inclure l'hyperlien vers le Code d'éthique du CQDPCM.

En attendant la version finale du code, écrivez-nous pour obtenir plus de détails. Vous pourrez aussi consulter la plateforme de DPC sur le portail de la Fédération pour connaître tous les changements à venir et, pourquoi pas, suivre une formation sur le sujet.

PARLANT DE PLATEFORME

Si vous avez manqué le lancement de la nouvelle plateforme de DPC le 21 novembre 2014, il n'est pas trop tard pour aller la visiter... au contraire, le tout ne fait que commencer ! Cette plateforme est un outil développé par la Fédération afin de soutenir les besoins en DPC des associations et des médecins spécialistes du Québec.



PAR PATRICIA KÉROACK, RÉD. A.

MAÎTRE DE LA (RÉ)ACTION

Tel le fin limier qui ne ménage rien pour trouver le coupable, notre « grand nom » doit parfois se livrer à un examen approfondi des habitudes de vie de ses patients, des lieux, des méthodes ou des outils de travail afin d'identifier la cause ou l'origine de leur mal. S'il ne trouve pas la réponse dans son bureau ou dans son laboratoire, il se rendra sur les lieux afin de trouver l'origine d'une réaction dermatologique. Et puisque chaque cas est différent, il faut recommencer à chaque patient.

Dans sa Gaspésie natale, Denis Sasseville passait des heures à jouer avec son jeu de chimie. Il savait qu'il ferait une carrière scientifique. Son père, un arpenteur-géomètre, voulait qu'il suive ses pas, mais il n'aimait pas les mathématiques. Il affectionnait particulièrement la chimie, la physique et la biologie. Cependant, la médecine le fascinait davantage, il y avait là tant à découvrir.

Diplômé de médecine de l'Université Laval, il réalise que son champ d'intérêt est large : il veut tout approfondir même s'il est attiré vers les sciences plus visuelles qu'opérationnelles telles la dermatologie ou la radiologie. La solution : il passe quelques années en Abitibi à faire de la médecine générale. Après trois ans, arrive l'appel de la dermatologie. McGill l'accepte sur-le-champ. Certificat en poche, D^r Sasseville reprend la route de la Gaspésie, où, pendant neuf ans, il devient seul dermatologue à Rivière-du-Loup. Mais le milieu académique lui manque et il décide de revenir à Montréal à l'invitation d'un collègue qui lui offre un poste à la clinique des dermatites de contacts. Le moment était parfait : il réintégrait le milieu universitaire, plus stimulant pour la recherche, et, dans une sphère d'activité qui, il le sentait, allait le passionner. Pourquoi ? Parce que soigner les dermatites de contacts demande beaucoup de minutie, un souci constant du détail, souvent des enquêtes approfondies, mais aussi des connaissances plus étendues : il faut s'intéresser aux procédés industriels, aux produits naturels, aux composés

chimiques, à la botanique et aux autres causes de réactions cutanées. Malheureusement, ces connaissances n'étaient pas enseignées telles quelles et il a dû tout apprendre par lui-même. Déjà passionné d'horticulture – son premier jardin contenait pas moins de 55 variétés de rosiers – il ne lui restait qu'à connaître les autres sources de contamination.



D^r Denis Sasseville
Dermatologue

UNE SCIENCE QUI SE PEAUFINE

La science des dermatites de contacts est singulière. La procédure d'investigation est plus compliquée : les tests demandent jusqu'à trois visites par semaine, parfois plus, certaines réactions prenant plus de temps à se manifester. D^r Sasseville ne laisse rien au hasard : tous les contacts, même les plus anodins peuvent être source d'irritation. Au cours des 25 dernières années, D^r Sasseville a développé des méthodes et outils de travail pour connaître les nouveaux produits naturels (par ex. herbe à la puce), et de synthèse (maquillage, produits de conservation ou de stabilisation, colorants, médicaments, métaux, teintures, gouttes oculaires, caoutchouc, etc.). La création de fiches d'identification, de questionnaires et de tests cutanés a amélioré le travail et la capacité d'accueil de sa clinique.

Passionné par les cas compliqués, il en profite pour faire avancer les connaissances en publiant des articles scientifiques et en participant à des comités de pairs. « Je fais partie de trois groupes internationaux de recherche, l'un est le North American Contact Dermatitis Group qui accueille 15 spécialistes, dont deux collègues canadiens. Un autre groupe est le GERDA ou Groupe d'étude et de

recherche en dermato-allergologie et le dernier, l'International Contact Dermatitis Research Group. Ce sont tous des groupes d'au plus 20 chercheurs qui, sur invitation, se réunissent pour échanger et publier leurs derniers travaux. Avec ces trois groupes, ça me permet de voir ce qui se fait en Amérique et en Europe. Être au sein de ces groupes de chercheurs me permet de voir les tendances, les allergènes émergents et ceux qui disparaissent. »

Transmetteur de passion, aussi reconnu pour la qualité de son enseignement, D^r Sasseville est initiateur d'une activité fort courue et appréciée dans le cursus médical : il organise, l'été, une journée d'identification des végétaux au Jardin botanique de Montréal. Les étudiants et les résidents ont l'occasion d'apprendre à reconnaître certaines plantes toxiques, leur culture, les interactions avec d'autres plantes et avec des produits de synthèse. D^r Sasseville a participé au développement du *fellowship* en dermatite de contact où quelques candidats ont déjà reçu leur titre. Il espère que ces derniers pourront rouvrir les cliniques ayant dû fermer au fil des ans.

Il se dit fier de pouvoir intervenir directement dans un processus compliqué. Parfois, c'est de revoir l'organisation du travail, ou d'éduquer les travailleurs sur la manipulation des produits. De réussir à guérir les dermatites de contacts, de redonner de la qualité de vie aux patients qui, en crises, passent un temps fou à l'urgence. Trouver comment leur donner une meilleure qualité de vie n'a pas de prix ! Mais certains cas ne seront jamais résolus : soit que la source n'est pas identifiable ou que le traitement soit devenu impossible, la dermatite étant devenue chronique.

D^r Sasseville a encore une multitude de projets en tête : « Ma carrière est loin d'être terminée. Je veux continuer à former d'autres dermatologues pour qu'ils prennent le flambeau lorsque je quitterai la pratique. À ce moment je pourrai dire mission accomplie ! »



PAR MATHIEU HUOT, M. FISC., PL. FIN.
FISCALISTE ET PLANIFICATEUR FINANCIER

LE MEILLEUR MOMENT POUR PLANIFIER VOTRE RETRAITE, C'EST MAINTENANT!

Les médecins spécialistes poursuivent généralement de longues et passionnantes carrières dans leur domaine de spécialisation. La retraite reste toutefois une réalité à laquelle il est essentiel de bien se préparer pour en retirer une satisfaction maximale. Avez-vous déjà commencé à planifier la vôtre? La question revêt une importance nouvelle quand on considère que, avec l'augmentation considérable de l'espérance de vie, cette période peut maintenant durer plusieurs décennies. Il est encore trop fréquent de voir des professionnels qui, à l'approche de leur retraite, se retrouvent mal outillés pour l'affronter sereinement. Selon un sondage effectué en 2013, seuls 17% des Québécois se disent très confiants en voyant venir la retraite, un pourcentage qui est en baisse constante depuis dix ans. Et, bien sûr, toujours selon cette étude, la principale source d'inquiétude des futurs retraités est le manque d'argent.

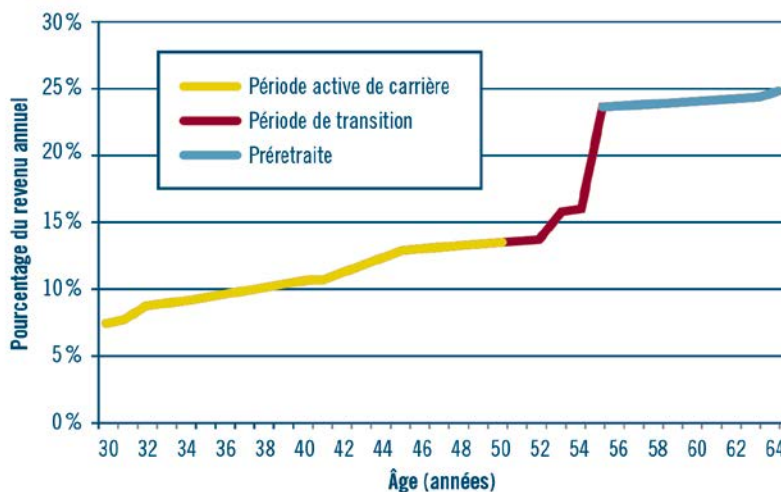
LA PROJECTION DE RETRAITE : UN OUTIL PRÉCIEUX

Détenir un plan financier en prévision de la retraite est certainement l'arme la plus efficace pour lutter contre les tracasseries financières. Grâce à des modèles mathématiques et financiers, votre conseiller en gestion de patrimoine peut effectuer une projection de vos placements à différentes périodes dans le futur. Vous pourrez ainsi constater l'évolution de vos avoirs et déterminer s'ils seront suffisants pour répondre à vos besoins personnels et familiaux. Si les résultats ne sont pas concluants, votre conseiller pourra alors vous proposer des correctifs qui assureront l'atteinte de vos objectifs. Plus tôt vous aborderez la question de la retraite avec votre conseiller, et plus il sera facile d'ajuster votre situation, si nécessaire.

POUSSER L'ANALYSE PLUS LOIN

Préparer votre retraite, c'est bien plus qu'une simple projection de votre situation financière dans un avenir plus ou moins rapproché. Il faut aussi analyser en profondeur les aspects fiscaux, légaux et successoraux, et déterminer les stratégies les plus efficaces pour optimiser votre situation.

Taux d'épargne annuel moyen requis durant la période active



Sur le plan financier, plusieurs questions se posent et demandent une analyse pour trouver la meilleure réponse :

- Puis-je me prévaloir du fractionnement de revenu de pension?
- Comment dois-je décaisser mes placements?
- Qu'advient-il de ma compagnie une fois que je serai retraité?
- Quand dois-je faire ma demande de rente de retraite à la Régie des rentes du Québec?
- Est-il pertinent de repousser le paiement de la pension de la Sécurité de la vieillesse?

N'OUBLIEZ SURTOUT PAS VOTRE TESTAMENT

Une planification complète et bien pensée doit inclure des considérations légales et successorales. Pour réduire l'anxiété ressentie relativement aux manques potentiels à la retraite, il est nettement préférable d'essayer d'anticiper les imprévus. L'analyse en profondeur de votre testament et de votre mandat en cas d'incapacité fait partie de ces mesures. Chaque situation est unique et il ne faut pas croire que la rédaction de ces documents soit une tâche aisée. Que vous souhaitiez faire des legs à des enfants mineurs, que vous viviez

au sein d'une famille recomposée ou que vous vouliez faire des dons à des organismes de bienfaisance, une rédaction appropriée s'impose. En prenant le temps de déterminer le contenu de votre mandat et de votre testament, et en faisant appel à des spécialistes pour en assurer la réalisation, vous aurez la certitude que vos volontés seront respectées.

AVEZ-VOUS PENSÉ À PROTÉGER VOS HÉRITIERS?

Tout au long de votre retraite, les actifs financiers que vous aurez accumulés durant votre vie active seront utilisés progressivement pour combler vos dépenses annuelles. Différentes planifications au moyen de l'assurance vie pourraient permettre à vos héritiers éventuels de ne pas subir les contrecoups d'une érosion progressive de ces actifs. Cet aspect relativement important de votre succession est certainement à prendre en considération.

Si vous avez amorcé votre réflexion et êtes prêt à planifier les différentes étapes qui vous guideront vers l'indépendance financière à la retraite, communiquez avec votre conseiller de la Financière et profitez de son expertise en gestion de patrimoine!

JE SUIS UN MÉDECIN ASSURÉ PAR SOGEMEC

SOGEMEC vous comprend le mieux puisqu'il fait partie de vous depuis plus de 35 ans.

Une filiale de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, conçue par des médecins pour des médecins : Voilà pourquoi nos protections suivront parfaitement vos besoins ainsi que ceux de chacun des membres de votre famille.



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

TOUS VOS PRODUITS D'ASSURANCES

Vie
Invalidité
Frais généraux
Maladies graves
Soins de longue durée

Médicaments
Maladie
Dentaire
Entreprise
Automobile et habitation

CONTACTEZ-NOUS : 1 800 361-5303
information@sogemec.qc.ca

Sogemec
ASSURANCES 

UNE FORCE CONSEIL
CRÉÉE PAR VOUS, POUR VOUS



PAR CHANTAL AUBIN
DIRECTRICE, ADJOINTE AU DIRECTEUR GÉNÉRAL,
COURTIER EN ASSURANCES DE DOMMAGES

SOGEMEC ASSURANCES

UN VOYAGE À L'ÉTRANGER ? DES CONSEILS POUR VOUS Y PRÉPARER

Une semaine dans le Sud, un trekking de deux mois au Népal, un voyage éclair à Paris. Quelles que soient la destination et la durée de votre séjour, il importe de bien le planifier afin d'éviter les mauvaises surprises en cours de route et à votre retour. Voici quelques précautions à prendre afin de partir en toute quiétude.

METTEZ VOTRE MAISON À L'ABRI

Il n'y a rien de plus tentant pour les cambrioleurs qu'une demeure inoccupée pendant plusieurs jours. Pour les éloigner, donnez à votre maison un air habité : faites déneiger votre entrée et faites ramasser tout ce qui est déposé à votre porte (courrier, journal, sac publicitaire, etc.). Installez une minuterie automatique pour régler l'éclairage et allumer une radio – un moyen efficace et peu coûteux de dissuader les voleurs. Ne laissez rien traîner autour de la maison qui permettrait à quelqu'un de pénétrer – une échelle, par exemple. Avant de partir, veillez à ce que les portes et les fenêtres soient verrouillées et le système d'alarme activé.

Pour prévenir les dégâts d'eau, coupez l'alimentation principale : les dommages causés par l'eau peuvent être exclus de votre assurance si les lieux demeurent inoccupés trop longtemps. De plus, pensez à débrancher tous vos appareils électriques pour prévenir les incendies.

Informez un voisin de confiance de votre départ et remettez-lui le numéro de téléphone d'un de vos proches avec qui il pourra communiquer au besoin. Demandez-lui également de venir inspecter les lieux régulièrement. Si vous partez pour un séjour prolongé, avisez également votre assureur.

RASSEMBLEZ VOS DOCUMENTS DE VOYAGE

Pour tous les documents qui comportent une date d'expiration, y compris les cartes de crédit, assurez-vous que celle-ci survienne longtemps après votre retour. Faites

une photocopie de vos documents importants : passeport, visa, billet d'avion... Donnez-en une copie à l'un de vos proches, avec votre itinéraire et les coordonnées des hôtels où vous séjournerez. Glissez-en aussi une copie dans votre valise séparément des originaux. Procurez-vous une deuxième carte de guichet automatique en cas de perte ou de démagnétisation.

Si vous prévoyez conduire, un permis de conduire international peut s'avérer très pratique, même s'il n'est pas toujours obligatoire. Comme ce permis est multilingue, il peut faciliter les échanges avec les autorités locales advenant que vous deviez le présenter.

Enfin, pensez à tout ce qui touche vos besoins médicaux : preuves de vaccination, médicaments, ordonnances.

NE PARTEZ PAS SANS ASSURANCE VOYAGE

Même si vous ne quittez le pays que pour quelques jours, une assurance voyage adaptée est un incontournable. Elle peut vous éviter des dépenses astronomiques si vous avez besoin de soins d'urgence à la suite d'un accident ou d'une maladie. Elle peut aussi couvrir d'autres aspects importants : interruption du séjour, rapatriement, assistance juridique, perte de bagages, etc.

Le régime d'assurance médicaments et maladie de la FMSQ-Sogemec Assurances inclut cette importante protection. Si vous avez adhéré à un régime autre que celui de Sogemec, vérifiez s'il inclut cette protection. Certaines cartes de

crédit comportent également une protection d'assurance voyage : vérifiez avec l'émetteur de votre carte si une telle garantie est offerte et les conditions qui y sont reliées.

GARDEZ LE CONTACT

Avant de partir, dressez une liste sur papier des numéros de téléphone de vos proches et des autorités à contacter en cas d'urgence. Ne vous fiez pas uniquement à votre cellulaire !

Le gouvernement du Canada met à la disposition des voyageurs un site informatif très pratique : voyage.gc.ca. Vous y trouverez notamment une carte imprimable pour noter les coordonnées d'urgence du bureau du gouvernement du Canada dans le pays où vous vous rendez. Le gouvernement canadien recommande également à toute personne voyageant à l'étranger de s'inscrire sur ce site avant son départ. Cette inscription a pour but de garder un lien avec les Canadiens afin de leur fournir de l'aide en cas d'urgence (ex. : catastrophe naturelle, troubles civils) ou pour les informer d'une urgence familiale au Canada.

Notre équipe est là pour répondre à vos questions, alors n'hésitez pas à nous contacter pour toutes questions en lien avec les assurances, nous nous ferons un plaisir de vous répondre.

Bon voyage... en toute tranquillité !

Sogemec Assurances
1 800 361-5303
information@sogemec.qc.ca



Dr Diane Francœur

BACK TO THE DRAWING BOARD... AGAIN

The Health Minister's latest: Bill 10.
A concentration of powers for the Minister
and an unequalled vacuum for the network's
health professionals!

This "work" was prepared without consultations; worse, it's a personal creation. Will Bill 10 be adopted under a gag order? If not, why have insisted on having consultations at top speed, without any respect for the "invited" groups? And if it is so, everyone will be able to see the new way of governing with a "majority." And the Minister will finally be able to reign over the healthcare network.

Seriously, what's behind all this hurry? Why does each Minister of Health have to leave his mark when he's barely been elected? Where does this impulse to undo, without compromise, everything that seems to hinder the ministerial vision of governance come from? Unless the question is rather: for whom? With what aim? In fact, who believes (or wants to believe) that the powers the Minister is grabbing for himself will be temporary? There is no temporary law. There is what is written, voted on and published. Everyone will have to live with this fact and, on the front ranks, the lucky ones elected to the CISSSs... while we hope they won't be made up of recycled members of the party... if the trend is maintained. Proposing such a legislative upheaval without making the effort to more clearly define the numerous regulations that will follow, will at least have had the effect of rallying the entire healthcare sector against this bill! Everyone can't be wrong. Once adopted, rebuilding on top of ashes after having destroyed everything along the way is not a guarantee of success. On the contrary.

I insist: what do all who have held the title of Minister of Health have in common? Why have they all tried to rebuild the network to suit their own image? Why this hurry to undo and redo according to election deadlines? The complex nature of the network requires more: it needs a very long-term vision, where all the actors will have responsibilities and will be accountable for their actions. No one has ever succeeded in building on shaky ground. You can try to fix the framework, reduce the load on the structure, stop certain activities, but when the foundations of the building are fragile, nothing will work.

It's been a long time since our Minister worked in a hospital. I don't recognize the setting he describes where physicians think only of making money and don't look after patients. Even if we agree to cut back the administrative structures that don't provide care to patients, we are far from thinking that hospitals in Quebec are filled with incompetent people. And when there's a will, or a pretence, of changing things, we all know that holding out a hand and involving people is more effective than pushing them down and threatening them. Let's be clear, rallying the people and respecting their expertise does not exclude the possibility of making them accountable. If the Minister wants to discipline the actors in the network, he needs to start with himself by curbing his own impulses.

It is not unreasonable to wish for a productive, accessible and effective system! This objective of performance will not be reached without costs and the Minister knows it. In fact, we all know it. If medical specialists work more, they will see more patients, prescribe more tests

or medications, and perform more surgeries. A waiting patient doesn't cost anything in the expense column. One has to have a shortened memory to forget that Schedule 38 had been negotiated to recognize weightier practices (our version) and that it was accepted to reduce productivity (the MSSS version). That being said, it still cost \$40 million.

Medical specialists do work and we shall prove it. Two can play this game. Get ready! We won't let anything go through that will stop us from practising our profession for the sole aim of guaranteeing votes...

The year 2014 has been exceptional! Or should I say, it's been exceptionally troubling since the election of the Couillard government and the arrival of the new Minister of Health... Am I the only one with the disagreeable impression that this year will be followed by another one of the same?

As for the Federation, we have also had an exceptional year, but in our case we can say it was exceptionally stimulating because of the challenges we have had to face. I would like to take advantage of these last few lines to thank you one and all for your support, your encouragement, your suggestions and your constructive comments. I fully appreciate, for having lived it, how rallying people to a cause allows us to accomplish great things. My thanks go to the members of our Board, to our directors and managers as well as to all our personnel who, again this year, answered the call as never before!

I wish you all the best for the Holiday period! Health for you and yours and Peace on Earth.

SERVICES AUX MEMBRES

AVANTAGES

COMMERCIAUX



Nos filiales et partenaires méritent votre confiance.

Vous gagnez à les découvrir !

Pour tout savoir sur les avantages commerciaux réservés aux membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et pour connaître nos nouveaux partenaires commerciaux, visitez le portail de la FMSQ au fmsq.org/services.

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



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

NOS FILIALES

Financière des
professionnels

fprofessionnels.com
1 888 377-7337

Sogemec
ASSURANCES

sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES DE SERVICES

laPersonnelle

sogemec.lapersonnelle.com
1 866 350-8282

MULTID

multid.qc.ca
1 800 363-3068

GRUPE SOLUTION

groupesolution2.com
1 877 795-9399

Desjardins

desjardins.com/fmsq
1 800 CAISSES

TELUS

telusmd.com
1 866 673-5080

RBC

rbcbanqueroyle.com/sante
1 800 807-2683

clubvoyages
Berri

berri.clubvoyages.com
1 888 732-8688

evenko.ca

evenko.ca
514 925-2124

IL NE MANQUE
QUE VOUS!

NOS PARTENAIRES HÔTELIERS

HÔTELS
Fairmont

fairmont.com
1 800 441-1414

Hôtel Rimouski

hotelrimouski.com
1 800 463-0755

DOMAINE
CHÂTEAU-BROMONT

chateaubromont.com
1 888 276-6668

ESTEREL
RESORT

estrimont.ca
1 800 567-7320
esterel.com
1 888 378-3735

MANOIR VICTORIA
MANOIR SAINT-SAUVEUR

manoir-victoria.com
1 800 463-6283
manoir-saint-sauveur.com
1 866 482-5449

HYATT
REGENCY
MONTREAL

montreal.hyatt.ca
1 800 361-8234

CENTRE DE CONGRÈS
ET D'ÉPOSITIONS
DU LEVIS

centrecongreslevis.com
1 888 838-3811

71
SAINT
PIERRE

hotel71.ca
1 888 692-1171
auberger.qc.ca
1 888 692-1171

HÔTELS VILLEGIA

hotelsvillegia.com
1 877 845-5344

HILTON
WORLDWIDE
Québec - Montréal - Lac-Leamy

fr.hiltonworldwide.com
514 305-1155

LE MASSIF
DE CHARLEVOIX
MONTAGNE . HÔTEL . TRAIN

lemassif.com
1 877 536-2774

Château
Mont-Sainte-Anne
CHATEAUMSA.COM

chateausa.com
1 866 900-5211

AUBERGE
CODEFROY
HOTEL - SPA - GOLF

aubergerodefroy.com
1 800 361-1620

TRYP
QUÉBEC
HOTEL PUR
VIEUX-LA-VILLE

hotelpur.com
1 800 468-3261

DELTA
HÔTELS ET VILLEGIATURES

1 888 890-3222



DÉCOUVREZ
LA NOUVELLE
**FACTURATION
WEB & MOBILE**

MULTID
en ligne

propulsé par **3xacte**

www.multid.ca

et bien
PLUS >

DÉCOUVREZ
**UNE MULTITUDE
D'AVANTAGES**

MULTID

PREND EN CHARGE **TOUT**
CE QUI TOUCHE LA GESTION
ADMINISTRATIVE DE VOTRE
PRATIQUE MÉDICALE :

- ✓ Facturation médicale
- ✓ Gestion des entrées et sorties de fonds (comptabilité)
- ✓ Optimisation fiscale
- ✓ Accompagnement à l'incorporation

1.800.363.3068

partenaire:

Financière des
professionnels

