

LE SPÉCIALISTE

DÉJÀ 10 ANS

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Vol. 10 n° 1 – Mars 2008

COMPORTEMENTS EXTRÊMES

- LA QUÉRULENCE ET SES IMPACTS
- LA DANGÉROSITÉ



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

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

Découvrez les
**protections
exclusives**
offertes par
La Personnelle

voir texte Sogemec p. 38

Sylvie St-Martin
Architecte

Cliente de Groupe
Fonds des professionnels
depuis 5 ans

20 années de pratique
18 chantiers d'envergure
2 associés dans son cabinet
175 acres de terre pour jardiner

Un avenir bien planifié

Fonds d'investissement · Gestion privée* · Planification financière

*Membre FCPE





30
ans

L'avenir sourit à ceux qui le préparent. Voilà pourquoi votre conseiller aux membres chez Groupe Fonds des professionnels travaille en étroite collaboration avec nos experts en planification financière. Ensemble, ils vous aideront à établir un plan structuré en vue d'atteindre vos objectifs financiers et personnels.

De plus, comme vous êtes membre de la FMSQ, un de nos actionnaires, nos frais de gestion pour ces services sont de beaucoup inférieurs au marché. Alors, consultez-nous, et investissez dans votre avenir !

Nos actionnaires



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



Nos partenaires



Montréal
1 888 377-7337

Québec
1 800 720-4244

Sherbrooke
1 866 564-0909

www.groupefdp.com



OPTER POUR DES PRODUITS
D'ÉCLAIRAGE EFFICACES,
UN CHOIX D'AFFAIRES
RENTABLE ET RESPONSABLE.

Profitez du programme Produits efficaces – Éclairage*! En choisissant des **produits d'éclairage plus performants**, vous réaliserez d'importantes économies d'énergie, diminuerez vos coûts d'entretien et contribuerez au bien-être collectif. Consultez un distributeur participant ou un maître électricien.

Obtenez
une remise à l'achat
des produits :
c'est simple et rapide!



MIEUX
CONSOMMER

POUR MIEUX PERFORMER

www.hydroquebec.com/affaires



* Certaines conditions s'appliquent.

COMITÉ ÉDITORIAL

D^r Bernard Bissonnette

D^r Maurice Boudreault

D^r Daniel Doyle

M^e Sylvain Bellavance

Nicole Pelletier, ARP, éditrice déléguée

Patricia Kéroack, conseillère en communication et responsable des éditions

RÉVISION

Angèle L'Heureux

GRAPHISME

Dominic Armand

TRADUCTION

Anne Trindall

IMPRESSION

Impart Litho

PUBLICITÉ

France Cadieux

Tél. : 514 350-5274 ou 1 800 561-0703

Télééc. : 514 350-5175

fcadieux@fmsq.org

TIRAGE

11 800 exemplaires

POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

DÉPÔT LÉGAL

1^{er} trimestre 2008

Bibliothèque nationale du Québec

ISSN 1206-2081

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

2, Complexe Desjardins, porte 3000, C.P. 216, succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8

Téléphone : 514 350-5000 • Télécopieur : 514 350-5175
www.fmsq.org • Courriel : communications@fmsq.org

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

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

CCAB audite les envois faits aux médecins spécialistes et résidents, soit pour un total de 10 081 copies (données décembre 2007). La FMSQ distribue aussi près de 1 000 copies aux chercheurs, titulaires des Facultés de médecine du Québec, aux gestionnaires des agences, des établissements et du réseau de la santé du Québec.

Les articles portant signature n'engagent que leur auteur.

Page couverture

L'œuvre figurant en bandeau de la page couverture est de l'artiste-peintre Manon Otis. Intitulée Congrès... des spécialistes, la toile a été réalisée expressément pour la FMSQ.

Sommaire

7

Mot du président

Le rapport Castonguay : un guide de survie

9

Actualités

Entrevue avec D^r Michel Lallier, vice-président

11

Actualités

La relation d'affaires en obstétrique-gynécologie

14

Question de droit

16

Saviez-vous que...

Le Spécialiste : 10 ans bien sonnés!

18

En manchettes

23

DOSSIER Comportements extrêmes

32

Services aux membres

Avantages commerciaux

33

Les grands noms de la médecine au Québec

D^r Yves Fradet

34

Développement professionnel continu

36

Groupe Fonds des professionnels

37

Sogemec assurances

39

Dans le monde médical

La prise de poids associée aux antipsychotiques : est-ce évitable?

41

Word from the President

The Castonguay Report: a Survival Guide

Les annonceurs de cette édition :

- Association pulmonaire
- Bell Mobilité
- Cardiologie Interventionnelle Montréal
- CSST
- Énergie Cardio
- Groupe Fonds des professionnels
- Hydro-Québec
- IMS Health Canada
- La Personnelle
- RBC Banque Royale
- Sogemec
- Solutions Cliniques
- Valeant Canada

Vos besoins en assurance. Nos protections de choix.



Pour assurer votre voiture et votre résidence, Sogemec Assurances vous a négocié des **rabais de groupe** et des **protections exclusives** auprès de La Personnelle, premier assureur de groupe auto et habitation au Québec.

Appelez. Comparez. Économisez.

1 866 350-8282

www.sogemec.lapersonnelle.com

Des protections exclusives

Offert exclusivement aux médecins, l'**avenant 25c** vous permet d'augmenter la couverture de certains de vos biens à usage personnel (ex. : bijoux et objets d'art) ou professionnel (ex. : instruments et ordinateurs portables).

Informez-vous !



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Sogemec
ASSURANCES
www.sogemec.qc.ca



laPersonnelle^{MC}
Assurance de groupe auto, habitation
et entreprise



MOT DU PRÉSIDENT

DR GAÉTAN BARRETTE

Le rapport Castonguay : un guide de survie

Le mandat du groupe présidé par M. Castonguay était clair et net : s'adresser à la problématique du financement de la santé. C'est ce qu'il a fait. Non seulement en termes de sources de revenus, mais aussi en termes d'utilisation de ceux-ci. C'était légitime de sa part, car à quoi sert de parler de revenus si on ne s'assure pas que ceux-ci soient gérés correctement ?

Nous croyons que le diagnostic posé par M. Castonguay est le bon. Essentiellement, M. Castonguay constate qu'il y a inadéquation entre le rythme de croissance des dépenses publiques de santé et celle de la richesse collective du Québec, inadéquation qui mènera à un déficit annuel de 7 milliards \$ en 2017 si rien n'est fait. Pour corriger cela, il propose deux trains de mesures, l'un s'adressant aux sources de revenus, l'autre à la gestion de ceux-ci.

D'abord sur la question de la croissance des coûts en santé. Qu'y a-t-il à rajouter ? De tous les domaines publics, ici ou à l'étranger, le domaine de la santé est probablement le seul où se sont réalisées les prévisions économiques des experts et analystes, qu'ils soient gouvernementaux, universitaires ou du monde économique en général. On nous avait prédit le quart, puis le tiers, bientôt la moitié du budget de l'État et c'est arrivé. Il n'y a aucune raison de croire que les prévisions actuelles ne se réaliseront pas. Ces prévisions ont aussi toujours appelé à la prise de décisions quant au contrôle de ces dépenses et celles-là furent pour le moins rarissimes. D'où la question : quand agira-t-on ? Quand la part du budget de la santé sera de 55 % du budget de l'État ? De 60 % ? De 70 % ? D'ailleurs, quand la société québécoise se sortira la tête du sable, il faudra bien qu'elle décide d'où viendront ces sommes supplémentaires ! C'est ce à quoi s'adresse le rapport de M. Castonguay.

Du côté financement, la question n'est pas de savoir si les solutions proposées sont idéales. Il s'agit plutôt de déterminer si elles livrent la marchandise. Nous croyons que la réponse est oui. Et si oui, l'impact génère-t-il des travers tels qu'il faudrait les balayer du revers de la main ? À notre avis, la réponse est non. Au contraire, nous notons que M. Castonguay a pris bien soin de jeter toutes les balises nécessaires pour paver une voie qui évitera de tels travers et, en ce sens, ce rapport est empreint d'une grande modération. Ce rapport est en réalité un guide de survie pour le réseau public si on accepte le fait que les coûts ne pourront qu'augmenter jusqu'à excéder la capacité de payer de l'État. La mixité, dans la mesure où le service public est protégé, ne pose aucun problème ; ni la franchise qui, tel que proposé par M. Castonguay, demeure une mesure très progressive ; encore moins la reprise des points de TPS comme nous l'avions déjà proposé précédemment à plusieurs reprises ; non plus l'introduction d'assurances.

Du côté gestion, le rapport est là aussi innovateur. En réalité, qui pourrait être contre l'efficacité et la productivité ? Ou encore, l'amélioration de ce qui est maintenant convenu d'appeler « les façons de faire » du réseau ? En toile de fond, le malaise exprimé (ou non) de

la plupart des observateurs (même du Ministre) qui n'ont pas noté de changements suffisamment palpables alors que pas moins de 6 milliards \$ ont été ajoutés aux dépenses de santé depuis 2000. Mais ni le public ni les commentateurs ne réalisent que ce montant a servi en grande partie à la remise à niveau d'un réseau en disette totale depuis trop longtemps. Par exemple, près de 1 milliard \$ ont été investis durant cette période pour mettre à niveau le parc d'équipements médicaux spécialisés, 2,3 milliards \$ ont servi à éponger les déficits des hôpitaux, et combien ont servi à revampier des installations en décrépitude ? Or, il va de soi que de remettre à niveau c'est comme rénover ; au mieux, on ajoute une pièce, mais on n'a pas une nouvelle maison, celle-ci ne devenant qu'en partie conforme aux normes actuelles. Normal alors de ne pas constater de gains palpables en termes d'accessibilité par exemple.

Les dangers de ce rapport relèvent du politique, plus précisément si le politique continue à aller dans la direction de ne prendre que le facile ou le politiquement rentable, à savoir tout ce qui concerne la gestion et la productivité. Le danger est là. Rappelons-nous les suites du rapport Rochon qui ne fut appliqué qu'à moitié. S'en sont suivies 15 années de désastre. Pourtant, le rapport de M. Castonguay est clair. Peu importe le scénario, il faudra des sources additionnelles de financement. Il nous apparaît extraordinairement simpliste de penser que seules de nouvelles façons de gérer, de passer en mode « d'achat de services », ou d'augmenter la productivité permettront de freiner la croissance des coûts. Les raisons sont simples et évidentes. Depuis plusieurs années, l'État s'est doté de mécanismes lui permettant d'obtenir le plus bas coût possible notamment pour toutes les fournitures médicales. C'est aussi maintenant le cas pour les médicaments et les équipements médicaux spécialisés. Il n'y a probablement là plus aucun gain financier à obtenir. Alors si c'est le cas, peut-on vraiment penser qu'on peut aller chercher des gains à hauteur de près de 10 % (4 milliards \$) dans la productivité et la « meilleure » gestion ? Car, qui dit productivité, dit produire chaque service à un coût unitaire inférieur, mais dit aussi produire en plus grande quantité. Puisqu'on a vu que les coûts afférents à ces services sont déjà bas, est-ce à dire que les prochains gains se feront sur le dos des professionnels de la santé, dont les médecins ? C'est dans cette direction que pourrait être forcé d'aller le gouvernement.

Le rapport Castonguay étale un constat adéquat de la situation et propose des avenues qui nous apparaissent viables et celles-ci incluent **à la fois**, et non séparément, des mesures de financement et d'ordre managérial. Alors qu'il soit clairement dit que bien que nous souscrivions à de tels principes que sont ceux qui sous-tendent saine gestion et productivité, jamais il ne sera acceptable que soit remise en question l'autonomie professionnelle des médecins ni que ceux-ci fassent les frais de l'incapacité de prendre les décisions appropriées au moment adéquat quand nous atteindrons le mur inéluctable et parfaitement annoncé de l'échec financier vers lequel nous nous dirigeons quant au budget de la santé au Québec.

LS

Forfait sans fil pour les membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec



**BlackBerry^{MD} 8830
World Edition**

Réseau mondial, navigation GPS, courriels, Internet, musique et clavier QWERTY complet



**Téléphone intelligent
Treo^{MC} 700wx**

Windows Mobile^{MD}, écran tactile, courriels, musique, photos et clavier QWERTY complet



HTC 5800

Windows Mobile^{MD}, courriels, musique, photos et clavier QWERTY complet

25\$/mois*

Affaires Dynamique 250

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

1 800 361-0040



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Pour placer votre commande ou pour plus d'information sur ce forfait, les autres forfaits disponibles et les promotions en vigueur, composez le 1 800 361-0040
Numéro de référence : 106866495

Offert avec les appareils compatibles, dans les zones de couverture du réseau principal et (ou) du réseau mobile haute vitesse de Bell Mobilité, là où la technologie le permet. Des frais d'interurbain et d'itinérance (y compris impôts étrangers) peuvent s'appliquer à l'extérieur des zones de couverture de Bell Mobilité. *D'autres frais tels que, sur une base mensuelle, 9-1-1 (75 ¢/mois), et accès au réseau – qui ne sont pas des frais du gouvernement (8,95 \$/mois) s'appliquent. Modifiable sans préavis et ne peut être combiné avec aucune autre offre. Taxes en sus. Photos à titre indicatif. D'autres conditions s'appliquent. Les familles de marques, d'images et de symboles relatifs à BlackBerry et à RIM sont la propriété exclusive et des marques de commerce de Research In Motion Limited, usager autorisé. Microsoft, Windows et Windows Media sont des marques déposées de Microsoft Corporation aux États-Unis et dans d'autres pays. Les logos Palm et Treo font partie des marques de commerce ou marques déposées détenues par ou dont l'usage est exclusivement autorisé à Palm, Inc. ou à ses filiales.

La Fédération en pleine action

Le Spécialiste a rencontré, entre deux réunions, Dr Michel Lallier, vice-président de la FMSQ, pour lui demander de nous dresser un aperçu des travaux terminés et ceux en cours.

LS *Dr Lallier, quels sont les dossiers d'actualité à la Fédération ?*

ML *La vie fédérative a été très remplie au cours des derniers mois et ce n'est pas terminé. Plusieurs dossiers ont grandement avancé, d'autres doivent se conclure d'ici peu. Le revenu moyen ajusté (RMA), un dossier très important pour la FMSQ a occupé une grande place au cours des derniers mois. La Fédération a entièrement revu le modèle mathématique développé il y a une dizaine d'années. Il s'agit d'un dossier qui a soulevé les passions et demandé beaucoup de travail. Mais ce n'est pas tout. Depuis la signature de l'entente de l'automne dernier, beaucoup de points devaient être discutés, la FMSQ et le ministère devaient trouver des terrains d'entente : c'est le grand dossier des relations d'affaires. Les discussions ont été intenses ; déjà, des protocoles d'accord ont été signés et... et d'autres accords devraient être signés rapidement, à la grande satisfaction des médecins spécialistes, bien sûr !*

LS *Parlant des protocoles d'accord, la rémunération de la table des chefs, en est-il un ?*

ML *Oui et c'est un dossier finalement réglé. La FMSQ et le MSSS ont paraphé récemment un protocole d'accord afin que les membres de la table des chefs soient rémunérés adéquatement pour cette tâche administrative.*

Il faut rappeler que les tables régionales des chefs de département de médecine spécialisée ont été introduites à la suite des interventions de la FMSQ. L'objectif poursuivi était d'avoir un pendant régional aux directions générales de médecine générale pour favoriser une meilleure organisation des soins en médecine spécialisée. La mise en place des tables des chefs a d'ailleurs entraîné l'abolition des commissions médicales régionales, les CMR.

Le comité de direction de la table des chefs est aujourd'hui composé de huit à dix chefs de département dont trois sont élus par les médecins spécialistes et les autres, soit cinq à sept qui sont cooptés, c'est-à-dire nommés par les trois élus. Dès le début, dès leur création, la FMSQ a prêté assistance à chacune des tables régionales pour leur permettre de bien s'organiser et de convoquer les assemblées nécessaires à l'élection et à la nomination de leur comité de direction. Par la suite, la Fédération s'est attaquée à la rémunération des activités accomplies par les membres de la table des chefs.

LS *Qu'en est-il de cette rémunération ?*

ML *Dès le départ, il n'était pas question pour la FMSQ que les médecins membres du comité de direction soient rémunérés pour cette activité au taux horaire général prévu à l'Accord-cadre, soit 80 \$ l'heure. Comme il s'agissait d'une nouvelle activité et en gardant en tête l'objectif de la Fédération de rehausser de façon importante la rémunération des médecins spécialistes, tant au niveau clinique que médico-administratif, il était important de négocier une rémunération plus concurrentielle. Les négociations ont été longues et ardues et c'est grâce à l'insistance et à la persévérance de la Fédération que nous pouvons aujourd'hui affirmer que les objectifs ont été atteints (NDLR : voir encadré en page 10 pour les détails). Il s'agit donc d'un gain important reconnaissant l'expertise des médecins spécialistes et nous avons l'intention de poursuivre les négociations dans le même esprit pour l'ensemble des autres activités médico-administratives.*

LS *Y a-t-il d'autres dossiers qui ont progressé comme celui-ci ?*

ML *Deux autres gros dossiers ont aussi beaucoup avancé : la rémunération des milieux universitaires et la rémunération des chercheurs. Les discussions se poursuivent allègrement dans le dossier de la rémunération universitaire. Nous n'avons pas encore signé de protocole ou de lettre d'entente, mais on peut dire qu'il y a eu beaucoup d'avancées à cet effet. Tout est cependant encore en discussion, mais je peux vous affirmer que des pas de géant ont été faits.*

LS *De quoi s'agit-il au juste ?*

ML *Dans le dossier de la rémunération universitaire, la FMSQ demande à ce que cette tâche soit reconnue et rémunérée avec un tarif. C'est bien établi par tout le monde, c'est le principe fondamental de la rémunération : les activités de supervision clinique tant pour les externes que pour les résidents doivent donc... plutôt, seront tarifables.*

La FMSQ a rencontré des résidents et des « mentors » de chaque spécialité médicale pour répertorier toutes les formes



d'activités d'enseignement, d'encadrement et de formation faites sur le terrain. Une analyse comparative a été faite pour établir un profil type. Nous espérons que cette analyse mènera à la mise en place d'un dénominateur pour la détermination de la tarification applicable. Gardons en tête que c'est une enveloppe globale de 65 millions \$ qui est affectée à la rémunération universitaire. On va rester très vigilant pour s'assurer que ceux qui font de l'encadrement de stages soient rémunérés adéquatement pour cette tâche. Comment ce sera fait ? C'est à venir, mais ça ne saurait tarder.

LS D' Lallier, allez-vous procéder de la même façon pour la rémunération des activités dans les unités d'enseignement ?

ML On sait que la tâche effectuée dans une unité d'enseignement (UE) est plus lourde. Il faut donc qu'il y ait une reconnaissance de la lourdeur de cette tâche.

LS D' Lallier, quels sont les plans de la Fédération pour les cours non siglés ?

ML C'est un dossier sur lequel on travaille activement. Actuellement, la rémunération en général est effectuée selon deux formes : à l'acte ou selon la rémunération mixte. Ceux qui sont rémunérés par le forfait mixte ont déjà une reconnaissance pour les cours dispensés. Pour ceux qui ont une rémunération à l'acte, l'enseignement n'est pas rémunéré comme tel et représente donc une perte nette. L'objectif ici est que chacun soit payé pour l'enseignement dispensé.

Le dossier de la rémunération de l'enseignement comprend d'autres points comme par exemple nous étudions une problématique qui est la différenciation entre le résident et l'externe. Il pourrait par exemple, avoir une tarification modulable en fonction du niveau de l'étudiant. Mais à ce sujet, beaucoup de travail reste à faire, ce ne sont ici, que des discussions.

LS Qu'en est-il de la rémunération des chercheurs ?

ML Nous devons revaloriser la rémunération des activités de recherche effectuées par les médecins spécialistes au Québec. Dans le cadre de la dernière entente, la FMSQ a insisté sur ce point et a ainsi obtenu un investissement additionnel pouvant atteindre 20 M\$ pour la rémunération de ces activités. Déjà, les discussions avec le Fonds de la recherche en santé du Québec ont permis d'identifier diverses modalités afin d'améliorer la rémunération des médecins chercheurs. La FMSQ a relancé les discussions avec le MSSS à ce niveau et nous avons l'intention de finaliser ces modalités rapidement.

LS Parlons des dossiers des conditions d'exercice et des relations d'affaires...

ML Le comité des conditions d'exercice est maintenant un comité permanent de la FMSQ. Le comité des relations d'affaires, lui, émane directement du comité de négociation. De ce comité découlent les sous-comités des 24 mesures de relations d'affaires convenues avec le gouvernement dans nos dernières négociations.

Le comité des conditions d'exercice va interagir sur les travaux des autres comités. Ce comité travaille entre autres sur le dossier des listes d'attente, le dossier d'accès à la banque de données et sur le projet des équipes multidisciplinaires. À ce titre, un projet d'équipe multidisciplinaire en musculo-squelettique est, à l'heure actuelle, en marche à Arthabaska. L'UETMIS(*) est à évaluer ce dossier pour vérifier s'il est exportable à l'ensemble du Québec.

Un projet commun des comités conditions d'exercice et relations d'affaires est les GMS (groupe de médecine spécialisée). Déjà, deux projets sont en développement par les associations : les obstétriciens-gynécologues et les pédiatres, alors que d'autres sont en chantier.

LS J'ai entendu parler du dossier des spécialistes répondants...

ML Ça, c'est un dossier de relations d'affaires. Le ministère a démontré une volonté et une ouverture pour réviser et redéfinir le projet du psychiatre répondant. La FMSQ souhaite que le concept de psychiatre répondant, tel que défini par l'Association des psychiatres (et pour lequel tant l'Association que la FMSQ demandent une révision au ministère), que ce concept de médecin spécialiste répondant (MSR) puisse être appliqué à tous les médecins spécialistes qui veulent œuvrer en tant que MSR. Plusieurs associations sont prêtes à embarquer dans ce projet, dont les gériatres, les endocrinologues, les obstétriciens-gynécologues et les pédiatres.

Le temps nous manque et j'aurais voulu vous parler d'autres projets et dossiers comme les journées de formation interdisciplinaire, la visite des blocs opératoires et le comité des partenaires qui s'attaque au dossier de la stérilisation.

LS

Rémunération progressive des membres de la table des chefs

Membres : Le tarif horaire varie de 80 \$ à 84 \$ pour la période du 1^{er} janvier au 31 août 2007. Le tarif horaire sera augmenté de façon importante et progressive à 120 \$ au 1^{er} septembre 2007, 135 \$ au 1^{er} avril 2008 et 150 \$ au 1^{er} avril 2009. La rémunération est rétroactive au 1^{er} janvier 2007.

Président : Le tarif horaire varie de 80 \$ à 84 \$ pour la période du 1^{er} janvier au 31 août 2007. Compte tenu de l'importance de ses responsabilités, ce tarif sera de 150 \$ l'heure au 1^{er} septembre 2007, 170 \$ au 1^{er} avril 2008 et 190 \$ au 1^{er} avril 2009. La rémunération est rétroactive au 1^{er} janvier 2007.



La relation d'affaires en obstétrique-gynécologie

L'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) entend profiter de la récente entente intervenue entre la FMSQ et le MSSS pour proposer un projet d'optimisation de l'accès aux soins d'obstétrique-gynécologie au Québec. L'AOGQ est déterminée à rendre la pratique de la spécialité plus conforme à l'expertise de ses membres tout en rendant les soins plus accessibles aux Québécoises. Dans cette optique de relation d'affaires, le système public de soins serait plus efficace et efficient pour les patients, plus attrayant et plus agréable pour les médecins, et par conséquent plus avantageux pour les contribuables qui le financent.

Depuis plusieurs mois, un comité de travail de l'AOGQ s'est employé à identifier les problèmes d'accès aux soins. Parmi les solutions retenues pour favoriser l'accès aux soins spécialisés, l'AOGQ veut maximiser l'utilisation des ressources déjà existantes par la mise en application d'un nouveau modèle de fonctionnement reposant sur des protocoles de soins bien établis et faisant largement appel à des partenaires travaillant en équipe multidisciplinaire. Ce modèle de fonctionnement suppose d'abord une formation adéquate des partenaires intervenants, intégrés dans une équipe de travail cohérente et stable, et ce, dans tous les milieux, centre hospitalier universitaire (CHU), centre hospitalier affilié (CHA), centres régionaux ou cabinets.

LES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE SONT QUOTIDIENNEMENT SOLLICITÉS PAR DES URGENCES MÉDICALES ET CHIRURGICALES AUXQUELLES ILS NE PEUVENT RÉPONDRE SANS QUE D'AUTRES SERVICES NÉCESSAIRES, MAIS MOINS URGENTS, SOIENT DIFFÉRÉS OU NON RENDUS.

Situation actuelle

Les médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie sont quotidiennement sollicités par des urgences médicales et chirurgicales auxquelles ils ne peuvent répondre sans que d'autres services nécessaires, mais moins urgents, soient différés ou non rendus. Une pratique idéale pourrait changer la donne. C'est dans cet esprit que l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec propose au MSSS un mode de fonctionnement qui permettrait aux femmes du Québec d'avoir accès plus rapidement aux soins requis. Une réorganisation s'impose pour mettre le médecin spécialiste au centre d'une équipe multidisciplinaire, avec la création de groupes de médecine spécialisée (GMS) et la mise sur pied de maisons de naissance. Mais des conditions préalables doivent être remplies.



Les conditions préalables

Les cabinets des obstétriciens-gynécologues du Québec sont déjà débordés et des changements incitatifs sont nécessaires pour une augmentation de productivité. Du côté des hôpitaux, une pénurie criante de ressources humaines, financières et matérielles ne permet pas d'améliorer l'accès aux soins en obstétrique-gynécologie; mentionnons l'accessibilité à l'échographie des premier et deuxième trimestres, le dépistage prénatal et la gestion des situations urgentes.

Nous ne pouvons passer sous silence la crise actuelle quant à la difficulté d'accès à l'échographie prénatale de dépistage morphologique. Un financement ciblé immédiat s'impose pour la formation urgente de technologues spécialisés en échographie et pour l'acquisition d'appareils échographiques de qualité, qui doivent être répartis sur tout le territoire québécois, et avec la disponibilité de télétransmission pour les régions éloignées. S'imposent aussi la création et le financement de centres désignés de dépistage échographique des anomalies congénitales dans les CHU par le biais des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), incluant un service de secrétariat performant pour la gestion des rendez-vous urgents et le suivi de l'information au médecin référant.

En ce qui concerne plus spécifiquement le dépistage prénatal, il faut améliorer les analyses sanguines déjà disponibles ou prévues, et y ajouter les nouveaux marqueurs respectant les recommandations canadiennes récentes. Un personnel clérical et spécialisé dans l'interprétation de ces nouvelles données devra être prévu. Il faut également établir un mécanisme de suivi de la qualité du processus du dépistage prénatal par des groupes de surveillance. Les RUIS devraient assurer la qualité de l'acte et gérer la mise en œuvre des correctifs s'appliquant aux centres déviants, le cas échéant, en s'inspirant de la *Fetal-Medicine Foundation* (FMF). Il faut prévoir les coûts associés aux honoraires et salaires des équipes médicales des centres désignés pour garantir la formation continue.

La gestion des urgences

Le MSSS nous demande de garantir en tout temps un accès aux soins de deuxième ligne pour les patientes. Pour que soit vue dans nos cabinets déjà surchargés une patiente référée d'une salle d'urgence d'un centre hospitalier (CH), avec demande de consultation urgente (24 heures) ou semi urgente (1 semaine), il faut prévoir des périodes de disponibilité au sacrifice de rendez-vous électifs. Ce mode de fonctionnement pourrait être envisagé pour les cabinets des obstétriciens-gynécologues ayant choisi de participer à ce type d'entente et s'appliquerait aux seuls médecins assurant la garde en milieux hospitaliers.



Ce type de pratique suppose la mise en commun de nos efforts professionnels

par la création de groupes de médecine spécialisée qui, à l'instar des groupes de médecine de famille (GMF), devraient se voir accorder le financement nécessaire pour s'assurer d'un soutien autonome en ressources humaines (infirmières, personnel clérical) et matérielles (informatisation du cabinet avec accès électronique aux dossiers informatisés d'imagerie et de laboratoire, etc.). Ces cabinets seraient dotés d'un plateau technique permettant la chirurgie mineure sous sédation, avec un équipement chirurgical et de réanimation de base.

La pratique de l'obstétrique

L'amélioration de l'accès à une prise en charge de la grossesse, avec planification des tests de dépistage prénataux et identification des clientèles à risque, justifie une augmentation du nombre de professionnels de première ligne, assurant ainsi une disponibilité immédiate de l'obstétricien-gynécologue en cas de résultats anormaux et de problèmes aigus. Depuis dix ans, les obstétriciens-gynécologues assurent la prise en charge d'environ 60 % des grossesses ; environ 40 % le sont par les médecins de famille avec un faible 1 à 2 % par les maisons de naissance. Cette proportion induit du temps des spécialistes consacré à rendre des soins primaires fait en sorte que les parturientes sont vues trop tardivement pour avoir accès au dépistage ou que les soins

gynécologiques semi-urgents sont repoussés dans le temps. C'est une mauvaise utilisation de l'expertise des obstétriciens-gynécologues que de se consacrer personnellement aux soins pré, péri et post natus normaux.

Néanmoins, les obstétriciens-gynécologues devraient rester responsables du même pourcentage de grossesses, mais en partenariat avec d'autres professionnels de la santé, infirmières ou sagefemmes, en cabinet, en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou en CHA. Or, la pratique actuelle des sagefemmes au Québec est incompatible avec ce projet, qui appelle une intégration des sagefemmes diplômées dans une équipe de soins de première ligne et une modification de leur lieu actuel de pratique : les sagefemmes pourraient travailler en CH avec les équipes en place, comme cela se fait dans d'autres pays, et pourraient aider à assumer la première ligne de façon plus globale en cabinet. Le volet nutrition, prévention et préparation serait fait en collégialité par d'autres professionnels de la santé. Il nous apparaît clair que le concept actuel des maisons de naissance, soit déjà existantes, soit au stade de planification au MSSS, se doit d'être modifié en profondeur : les maisons de naissance doivent réunir tous les professionnels de la santé susceptibles d'intervenir dans le processus d'une grossesse et elles doivent physiquement être situées dans le voisinage immédiat d'un établissement où peuvent être rendus les services urgents potentiellement nécessaires.

La gynécologie et l'oncologie

Le même concept d'équipe multidisciplinaire s'applique à la pratique de la gynécologie médicale et chirurgicale, oncologique ou autre : des soins de première ligne assurés par une équipe de professionnels de santé de première ligne, en collégialité avec les médecins spécialistes, libérant ainsi les spécialistes pour répondre aux urgences et aux demandes de consultation des omnipraticiens ou autres intervenants et pour assurer les soins spécialisés de deuxième et troisième lignes.

Conclusion

En conclusion, un accès plus rapide aux soins spécialisés en obstétrique-gynécologie et une meilleure prise en charge des urgences passe par une hiérarchisation des soins. Les soins primaires peuvent très bien être rendus principalement par nos partenaires, libérant ainsi les obstétriciens-gynécologues pour assurer en temps opportun les soins spécialisés de deuxième et troisième lignes. Ceci suppose un ajout de ressources humaines (médecins omnipraticiens, infirmières, sagefemmes, technologues d'échographie et de laboratoire) et matérielles (lieux physiques hospitaliers et cabinets avec des équipements échographiques et informatiques modernes). Cette mise en commun des efforts permettra une utilisation optimale de l'expertise des médecins spécialistes en obstétrique-gynécologie avec une rémunération prenant en compte à la fois une meilleure prise en charge d'une plus grande partie de la population et une meilleure disponibilité pour les consultations urgentes.

Modifications au Règlement sur l'assistance médicale de la CSST

Pour une utilisation judicieuse des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie

La CSST vous informe que les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie donnés en clinique privée sont soumis, depuis le 22 novembre 2007, à de nouvelles normes réglementaires. Ces changements ont pour objectifs d'optimiser le recours aux soins de physiothérapie et d'ergothérapie et de réduire les risques, pour certains travailleurs, d'évoluer vers la chronicité.

Quelques précisions :

- › Ces nouvelles dispositions ne s'appliquent qu'aux traitements **prescrits à partir du 22 novembre 2007**, qu'il s'agisse d'une première prescription ou d'une reprise de traitements pour un travailleur qui avait reçu des soins avant cette date et qui doit les reprendre après une interruption (chirurgie, immobilisation, etc.).
- › La CSST ne peut autoriser la poursuite des soins de physiothérapie ou d'ergothérapie au-delà de 30 traitements ou de 8 semaines que lorsqu'elle a reçu un **avis motivé du médecin qui a charge** concernant ces traitements.
- › Le formulaire *Avis motivé du médecin qui a charge* peut être remis au travailleur par la clinique où il reçoit ses traitements. Vous pouvez également obtenir des exemplaires de ce formulaire pour les utiliser au besoin.
- › Au moment de remplir ce formulaire, vous devez tout d'abord faire part de l'appréciation du bilan fonctionnel de votre patient. Il faut y indiquer les améliorations notées, depuis le début des traitements, sur le plan de la fonction et ne pas simplement y mentionner les symptômes résiduels. Vous trouverez des exemples au verso de la page d'information qui accompagne le formulaire.
- › Par la suite, vous devez indiquer vos recommandations concernant les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie en cours ou à venir.
- › Lorsque vous recommandez la poursuite des traitements, vous devez motiver votre avis en regard des améliorations recherchées sur le plan fonctionnel, et non pas seulement des symptômes.
- › Le formulaire rempli et signé doit être retourné au physiothérapeute ou à l'ergothérapeute qui donne les traitements.
- › Idéalement, le formulaire *Avis motivé du médecin qui a charge* devrait être rempli peu avant le moment où le travailleur atteint la première des deux échéances (8 semaines ou 30 traitements).
- › Exceptionnellement, pour certaines lésions sévères, vous pouvez indiquer de façon précoce que les soins devront se poursuivre au-delà de 8 semaines ou de 30 traitements en expliquant la situation particulière.
- › Un seul avis motivé est nécessaire pour une même réclamation. Il n'y a pas d'autre avis requis une fois passé le seuil des 8 semaines ou de 30 traitements. Il n'y a donc qu'un seul avis payable pour une réclamation.
- › Ces changements ont été mis en place avec la participation et le soutien des fédérations médicales et des associations de spécialistes concernées.
- › Le formulaire *Avis motivé du médecin qui a charge*, lorsqu'il est dûment rempli, donne droit à une rémunération de 110 \$ en fonction du code d'acte 09900.

Pour toute question ou information complémentaire, vous pouvez communiquer avec un médecin-conseil du bureau régional de la CSST le plus près de chez vous.

Pour obtenir des exemplaires du formulaire, vous pouvez nous joindre au **1 866 302-CSST (2778)** ou consulter le site Web www.csst.qc.ca.



La prévention,
j'y travaille!



Déductibilité de dépenses de congrès : nouveau jugement de la Cour d'appel

Dans le cadre de l'exercice de sa profession, un médecin doit prendre à sa charge diverses dépenses afin de participer à des activités organisées par des organisations professionnelles, commerciales ou scientifiques.

Les activités sont généralement offertes sous forme de colloques, congrès, séances de formation, ateliers de perfectionnement ou de ressourcement, etc. Au cours des années, les règles régissant la déductibilité des dépenses encourues par un médecin afin de participer à ces diverses activités ont donné lieu à diverses interprétations et directives de la part des autorités fiscales, mais à peu de décisions en la matière. Or, le 10 décembre 2007, la Cour d'appel du Québec a rendu une décision qui permet de préciser davantage certaines règles. Dans ce jugement, il s'agissait de déterminer si un contribuable pouvait déduire de son revenu les dépenses afférentes à plus de deux congrès par année.

AU COURS DES ANNÉES, LES RÈGLES RÉGISSANT LA DÉDUCTIBILITÉ DES DÉPENSES ENCOURUES PAR UN MÉDECIN AFIN DE PARTICIPER À CES DIVERSES ACTIVITÉS ONT DONNÉ LIEU À DIVERSES INTERPRÉTATIONS ET DIRECTIVES DE LA PART DES AUTORITÉS FISCALES, MAIS À PEU DE DÉCISIONS EN LA MATIÈRE.

Les faits

D^r Robert Adam est un chirurgien orthopédiste qui pratique en Abitibi depuis plus de 30 ans. En vertu des dispositions de l'Accord-cadre, tout médecin spécialiste établi en région éloignée a droit à un maximum de 20 jours de ressourcement par année. Lors d'un tel séjour, le médecin spécialiste peut alors recevoir un paiement d'un montant de 375 \$ par jour de ressourcement, en plus du remboursement des frais de transport et de séjour.

Au cours de l'année 1996, D^r Adam a participé à sept activités de formation. Dans ses déclarations de revenus, il a ainsi déduit une somme totale de 12 000 \$ à titre de frais de participation à un congrès et de frais de formation.

Lors de l'analyse de sa déclaration de revenus, Revenu Québec a considéré que quatre de ses activités étaient de la formation et trois étaient des congrès. Les dépenses pour les quatre activités de formation ont été acceptées, mais en ce qui a trait

aux congrès, seulement les dépenses afférentes à deux des trois congrès ont été acceptées. Revenu Québec a justifié sa décision sur le fait que la loi fiscale prévoit un maximum de deux congrès par année. Revenu Québec a donc refusé les dépenses afférentes au Symposium annuel de l'Association d'orthopédie du Québec (AOQ) tenu à Montebello, lequel incluait à la fois des activités de formation médicale continue sur les maux de dos ainsi que la tenue de l'assemblée générale annuelle de l'AOQ. D^r Adam a contesté cette décision à la Cour du Québec.



Cour du Québec

La question à trancher consistait à déterminer la relation entre deux articles de la loi fiscale soit les articles 128 et 157 (c).

L'article 128 est la règle générale permettant à tout contribuable qui gagne un revenu d'entreprise (ce qui inclut de façon générale le revenu de profession du médecin à l'acte ou au mode mixte) **de déduire les dépenses qu'il encourt pour gagner ce revenu d'entreprise.** De son côté, **l'article 157 (c) est une règle spécifique qui prévoit qu'un contribuable ne peut déduire que les dépenses encourues pour un maximum de deux congrès par année.**

L'avocat de D^r Adam a argumenté qu'on devait d'abord déterminer si les dépenses du symposium de Montebello constituaient des dépenses admissibles en vertu de la règle générale de l'article 128. Si tel était le cas, ces dépenses pouvaient alors être déduites, et ce, malgré le maximum de deux congrès prévus à l'article 157 (c). Donc, ce n'est que dans le cas où l'article 128 ne permettait pas cette dépense que l'article 157 (c) trouve application et ainsi le maximum de déduction des dépenses de deux congrès.

De l'autre côté, les avocats de Revenu Québec argumentaient plutôt que les dispositions de l'article 128 n'étaient pas applicables et que c'était l'article 157 (c) qui devait primer. Ainsi,

une dépense de congrès ne pouvait être déductible qu'en vertu de ce dernier article, et ce, jusqu'à un maximum de deux.

Le juge Denis Lavergne de la Cour du Québec a donné raison à D^r Adam et a autorisé la dépense du symposium de Montebello. Il a conclu que l'on devait d'abord commencer par déterminer si la dépense était déductible en vertu de la règle générale de l'article 128 et seulement dans le cas contraire, appliquer ensuite l'article 157 (c) et le maximum de deux congrès qui y est prévu. Or, il s'agissait selon le juge d'une dépense déductible en vertu de la règle générale de l'article 128, et ce, principalement en raison du fait qu'il y avait un lien direct entre la dépense du symposium de Montebello et le revenu de D^r Adam, puisque ce dernier avait inclus à son revenu le montant obtenu en vertu de l'Accord-cadre pour les frais de ressourcement.

Cour d'appel du Québec

Étant en désaccord avec cette décision, Revenu Québec a décidé de porter l'affaire en appel devant la Cour d'appel du Québec. À la demande de D^r Adam, et puisque cette décision pouvait avoir un impact pour l'ensemble des médecins spécialistes, la Fédération a décidé d'intervenir afin de l'assister au niveau de la Cour d'appel.

Les résultats de cet appel ont été très positifs. Dans sa décision, la Cour rejette l'appel interjeté par Revenu Québec et maintient la décision de la Cour du Québec. Elle confirme à D^r Adam, la déductibilité de la dépense du symposium de Montebello et condamne également Revenu Québec à payer un montant de 17 208,52 \$ afin de rembourser la majeure partie des honoraires juridiques encourus dans ce dossier.

À l'instar de la Cour du Québec, les juges de la Cour d'appel confirment également qu'on doit, dans un premier temps, déterminer si la dépense est déductible en vertu de la règle générale de l'article 128. C'est donc cet article qui prime sur l'article 157 (c), lequel ne sera examiné que dans un second temps. À cet effet, les juges sont d'avis que ladite dépense du symposium est déductible en vertu de l'article 128, mais pour une raison différente que celle retenue par le premier juge de la Cour du Québec. Selon eux, il n'y a pas lieu de conclure à la déductibilité simplement en raison du fait que D^r Adam a reçu un montant de remboursement de 375 \$ par jour pour les frais de ressourcement. La Cour d'appel autorise plutôt la déduction des dépenses du symposium de Montebello, car il ne s'agit pas, selon elle, d'un congrès, mais bien d'une activité de formation. À cet égard, la Cour rejette les arguments des avocats de Revenu Québec selon lesquels un symposium est semblable à un congrès. La Cour affirme plutôt qu'on ne peut s'en remettre à la seule thématique de la réunion : on doit plutôt déterminer de quelle nature était cette réunion. À cet égard, le programme détaillé révèle que sur les cinq demi-journées du symposium, quatre sont entièrement consacrées à des cours organisés par le comité de formation médicale continue de l'AOCQ et qui portaient sur les maux de dos. La seule activité propre à un congrès se

retrouve dans la dernière demi-journée du programme, alors qu'avait lieu la tenue de l'assemblée générale annuelle de l'Association.

La Cour rejette ainsi l'argument des avocats de Revenu Québec selon lequel dès qu'il y a une activité spécifique à un congrès, il ne peut alors s'agir que d'un congrès **même si la plus grande partie de l'activité est consacrée à de la formation**. La Cour estime plutôt que l'on doit regarder le but principal ou dominant de l'activité. Étant donné que l'objectif principal du symposium était celui de dispenser de la formation, les dépenses encourues sont donc déductibles en vertu de la règle générale de l'article 128.

En conclusion

Bien que la décision de la Cour d'appel ait été favorable pour D^r Adam, il faut bien en délimiter la portée. En effet, contrairement à ce que certains pourraient croire, ceci ne signifie pas qu'un médecin n'est désormais plus touché par la règle prévoyant une limite de deux congrès par année. Toutefois, la décision de la Cour d'appel accorde maintenant beaucoup plus de flexibilité lorsqu'il est question de déterminer la nature de l'activité à laquelle un médecin participe. Ainsi, dès que le but principal et dominant d'une activité est celui de donner de la formation, les frais encourus pourraient être déductibles sous la règle générale de l'article 128, et ce, peu importe le nom donné à cette activité ou que s'y greffe de façon accessoire une activité propre à un congrès. Dans de tels cas, il n'y a pas de limite au nombre d'activités de formation qu'un médecin peut déduire de son revenu « d'entreprise » lorsque toutes les conditions sont réunies¹. Ce n'est que lorsque la nature principale d'une activité sera celle d'un congrès que la limite de deux par année pourra s'appliquer².

Les organisations syndicales, professionnelles ou scientifiques devraient donc tenir compte de ce jugement dans l'organisation de leurs activités afin de s'assurer que les médecins qui y participent ne soient pas pénalisés au niveau fiscal.



¹ Nous n'abordons pas ces autres conditions dans le présent article. Rappelons entre autres que la formation doit viser à mettre à jour une compétence existante et non à acquérir une nouvelle habileté, car à ce moment la dépense pourrait être considérée de nature capitale et non déductible.

² La question demeure toutefois ouverte lorsqu'il est démontré que le médecin tire un revenu spécifique de l'activité de congrès, notamment lorsqu'il reçoit paiement de frais de ressourcement. Nous sommes d'avis que la Cour d'appel n'a pas clairement mis de côté cet argument de la Cour du Québec et on pourrait toujours argumenter que la déduction d'une dépense de congrès est, dans ces circonstances, possible au-delà de la limite de deux.

DÈS QUE LE BUT PRINCIPAL ET DOMINANT D'UNE ACTIVITÉ EST CELUI DE DONNER DE LA FORMATION, LES FRAIS ENCOURUS POURRAIENT ÊTRE DÉDUCTIBLES SOUS LA RÈGLE GÉNÉRALE DE L'ARTICLE 128, ET CE, PEU IMPORTE LE NOM DONNÉ À CETTE ACTIVITÉ.

Le Spécialiste : 10 ans bien sonnés !

En 2008, le magazine de la Fédération des médecins spécialistes du Québec célèbre son 10^e anniversaire.



Bien que la FMSQ a publié à trois reprises, en 1997 et 1998, des feuillets d'information fédérative aussi intitulés *Le spécialiste*, le format magazine, tel qu'on le connaît aujourd'hui, a été publié pour la première fois en avril 1999. C'est donc, non seulement l'occasion de célébrer une première décennie d'information fédérative continue, mais aussi l'occasion de revenir en arrière pour mieux apprécier les progrès effectués tant au plan fédératif qu'en matière d'organisation du système québécois de santé.

En examinant le contenu des premières éditions avec un œil plutôt curieux, il est intéressant de voir l'évolution (ou le recul) de certains dossiers. Dans toutes les éditions de l'année courante, nous vous présenterons de courts extraits des sujets dont *Le Spécialiste* a traité en 1999. Ce sera également l'occasion d'ajouter un petit grain de sel dans certains dossiers toujours d'actualité.



Extrait du Vol. 1 n° 1

Prévu pour l'automne 1999

Le Québec se dote d'un plan de relève d'effectifs médicaux


Le Dr Jacques Provost, directeur des services professionnels à la FMSQ (1999) était confiant quant à la volonté des représentants des associations de médecins spécialistes de mettre en place un premier,

mais véritable, plan de relève des effectifs médicaux. Selon lui,

le MSSS a semblé très attentif aux propos des associations. Cependant, le docteur Provost reconnaissait qu'« au Québec, on continue de s'enfermer dans des stratégies de structures administratives pour tenter de justifier un système sanitaire juridique au lieu de rechercher les solutions dans un processus et une vision d'organisation des soins médicaux qui servirait de base à une planification des effectifs, répondant à des objectifs humanistes et aboutissant ainsi à l'amélioration de la santé des Québécois. »

« UN PLAN DE RÉPARTITION DES EFFECTIFS DOIT POUVOIR RÉPARTIR DES EFFECTIFS TANGIBLES. »

Dix ans plus tard, le successeur du Dr Provost, Dr Serge Lénis regrette que les choses n'aient pas avancé. « Un plan de répartition des effectifs doit pouvoir répartir des effectifs tangibles. Actuellement, on répartit de la pénurie, qu'on estime d'ailleurs à 800 médecins spécialistes en 2008. C'est non seulement impossible à gérer, mais ça ne laisse aucune latitude. Pis encore, le plan ne tient absolument pas compte du facteur humain ou d'autres considérations comme l'âge ou le sexe. Quelques exemples : deux médecins, mari et femme, qui voudraient travailler dans la même région ou le même hôpital, ou un remplacement pour cause de maladie, un congé de maternité ou une diminution des activités professionnelles pour raisons familiales ou encore à cause de l'âge, ce n'est pas toujours possible avec ce genre de planification. »



Cardiologie interventionnelle
Interventional Cardiology
Montreal

Dr Serge Doucet et Dr Jean-François Tanguay
vous invitent au plus grand Symposium de cardiologie interventionnelle canadien
où convergeront des intérêts multi-disciplinaires

www.mhi.interv.org



Extrait du Vol. 1 n° 4

La télésanté : un choix de société

Dans la rubrique Saviez-vous que..., D^r Alain Cloutier (aujourd'hui décédé), qui en 1999, en sa qualité de cardiologue-pédiatre et responsable du programme de télémédecine au CHUQ présentait la télésanté, comme un instrument essentiel à l'accessibilité des soins. « Ces nouvelles technologies de

l'information et des communications (...) sont porteuses de nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques qui feront évoluer la manière d'offrir les services et contribueront à créer un véritable réseau de services ». La multiplication attendue des nouvelles technologies de communication avancées allait offrir une solution aux grands enjeux dans le réseau de la santé : distribution des effectifs médicaux, accessibilité aux soins, accroissement des coûts. Cependant, l'auteur admettait qu'il y avait beaucoup de chemin à parcourir pour son implantation surtout en ce qui a trait à la rémunération. D^r Cloutier concluait son article en disant que « la télésanté était un choix de société, un défi collectif » auquel tous étaient conviés. Il y a 10 ans, D^r Alain Cloutier était responsable de la coordination et du déploiement du réseau de télémédecine

regroupant plus d'une douzaine de centres hospitaliers dans l'Est du Québec. Depuis ce temps, « l'évaluation faite par le Centre de Santé publique de Québec a permis de constater à nouveau l'importance d'un tel outil dans la distribution des soins de santé et d'en confirmer le potentiel économique¹. »

Aujourd'hui, le successeur de D^r Cloutier, le docteur Jean-Paul Fortin convient qu'il reste encore un bout de chemin à effectuer pour rattraper le retard du Québec en matière de télésanté. Selon le D^r Fortin : « plusieurs équipes utilisent déjà la technologie déployée sur le terrain, ce sont des champions et des visionnaires. Ils travaillent à convaincre les plus réfractaires. Le Québec dispose déjà de 350 équipements complets de visioconférence sur le RTSS². Nous attendons du financement d'Inforoute Santé pour poursuivre notre plan de développement. Les outils de télésanté sont, aujourd'hui, principalement utilisés pour des consultations, des conférences, de la formation et une foule d'autres suivis de dossiers à distance. Leurs applications multiples peuvent avoir un effet bénéfique pour toutes les équipes médicales, principalement pour les équipes œuvrant dans les régions éloignées ou pour les équipes ne disposant pas de toutes les ressources médicales en place. »



¹ Réseau québécois de télésanté, <http://www.rqt.qc.ca/fr/historique/index.asp>, consulté le 21 février 2008.

² RTSS : réseau de télécommunication sociosanitaire

Annnonce du 1^{er} CONGRÈS CANADIEN SUR LA SANTÉ RESPIRATOIRE

Une bouffée d'air frais

19 – 21 JUIN 2008

Hôtel Hilton Bonaventure • Montréal, Québec

Présenté par

SOCIÉTÉ  CANADIENNE DE THORACOLOGIE

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE
Les Professionnels canadiens en santé respiratoire

L'Alliance canadienne
sur la MPOC 

 L'ASSOCIATION PULMONAIRE

En collaboration avec :



Pour vous inscrire, veuillez consulter www.poumon.ca/crc

Arrivée à la FMSQ

Docteure Michèle Drouin devient directrice Analyse et Planification tarifaire



En poste depuis le début de l'année 2008, Docteure Michèle Drouin est à la tête d'une nouvelle direction : Analyse et Planification tarifaire. Une des fonctions de cette nouvelle direction, est d'appuyer la direction des Affaires économiques dans l'établissement de la grille tarifaire et dans l'application de la politique de répartition. La nouvelle direction occupe un rôle

central et stratégique dans l'analyse et le suivi de l'ensemble des données économiques, en collaboration avec la direction des Services actuariels et des Technologies de l'information.

Docteure Michèle Drouin est médecin spécialiste en radiologie diagnostique. Elle compte plus de quinze ans de travail clinique, ainsi qu'une solide expérience médico-administrative en tant que chef de département et présidente de CMDP. Elle a œuvré pendant dix années au sein du conseil d'administration de l'Association des radiologistes du Québec, dont six au comité exécutif en tant que secrétaire.

Consultante pendant une dizaine d'années auprès des établissements de santé du réseau, Docteure Drouin a réalisé des mandats d'analyse de performance et de révision organisationnelle pour les firmes CGO et CGI auprès de centres hospitaliers de différentes régions du Québec.

La SMEQ devient la SEEMLQ



La Société des médecins experts du Québec a changé de dénomination sociale et devient la Société d'évaluation et d'expertise médico-légale du Québec. Ce changement a été officialisé en décembre dernier lors de la réunion du conseil d'administration présidée par Dr Georges L'Espérance. La Société compte plus de 160 membres actifs qui ont été sélectionnés à la suite d'un processus précis tenant compte d'expertises effectuées au préalable. La SEEMLQ veut favoriser l'excellence en évaluation médico-légale.

Dossier de santé électronique – le ministre Couillard fait volte-face et préconise l'opting-out

Le 27 novembre dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait par le dépôt du projet de loi 70, son intention de retourner au principe de consentement tacite, c'est-à-dire du principe selon lequel « tout le monde est présumé comme consentant à la circulation des informations, à moins de s'en exclure de façon explicite ».

Selon le ministre, il s'agit là du vœu de la majorité des intervenants du réseau de la santé, notamment les professionnels de la santé et des établissements. Il a admis que la mise en place d'une mécanique de type *opting-in*, ou consentement exprimé, comme c'est le cas actuellement, constitue une mécanique qui est extrêmement complexe, lourde et coûteuse.

Dans sa dernière édition du Spécialiste, Dr Gaétan Barrette avait indiqué que la FMSQ n'hésiterait pas à « émettre une ligne de conduite à ses membres » si le gouvernement poursuivait avec le projet d'*opting-in* et pour l'ensemble des mesures coercitives envers les médecins actuellement prévues à la loi. Dr Barrette estime que le retour à l'*opting-out* est un premier pas dans la bonne direction, mais qu'il reste encore beaucoup de travail pour rendre ce dossier acceptable tant pour les médecins que pour la population. Il faut entre autres s'assurer que les médecins spécialistes soient dédommages pour tous les coûts engendrés par la mise en place du dossier électronique. La FMSQ entend poursuivre la surveillance de ce dossier qui a un impact direct sur l'organisation des soins de santé au Québec.

Par ailleurs, un projet-pilote du dossier de santé électronique devrait débuter ce printemps dans la région de la Capitale où un GMF, deux cliniques médicales, les trois hôpitaux du CHUQ et quelques pharmacies pourront tester, pendant une période de six mois, les applications du DSÉ.

GOLF!

Eh oui, il est temps de penser à la belle saison. La FMSQ vous invite à participer au 3^e Tournoi des fédérations médicales au profit du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). En 2007, cette activité a recueilli la somme de 135 000 \$ au bénéfice du PAMQ, somme très appréciée d'autant plus que les demandes d'aide et de soutien ont littéralement explosé au PAMQ.



La prochaine édition du tournoi se tiendra le 28 juillet 2008 au Club de golf Le Mirage de Terrebonne. Les organisateurs sont fiers que la Banque Royale ait accepté, cette année encore, d'être commanditaire principal de l'événement.

Vous pouvez déjà vous inscrire à cet événement qui, année après année, reste mémorable dans l'esprit de ses participants. Vous pouvez télécharger le formulaire d'inscription au www.fmsq.org.

Appels de candidatures – Prix et bourses

Le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM), qui relève du Collège des médecins du Québec, lance le *Prix de la recherche en DPC* ainsi que le *Prix de l'innovation pédagogique en développement professionnel continu 2008*.

Prix de la recherche en DPC :

Un prix de 1000 \$ sera attribué à un professionnel de la santé ou un formateur en DPC, résidant au Québec, et ayant participé en tant qu'auteur à un projet de recherche en développement professionnel continu.

Prix de l'innovation pédagogique en DPC :

Un prix de 1000 \$ est attribué à un médecin ou un groupe québécois de professionnels de la santé ou des éducateurs ayant développé **un projet innovateur en DPC** auprès des médecins. Le projet en cours ou terminé a pour objectif d'améliorer les pratiques médicales ou en formation continue.

Pour plus de détails quant à cet appel de candidatures, visitez le www.cemcq.qc.ca/fr/index_prix.cfm.

Bourses de formation clinique

L'Association québécoise de la douleur chronique offre des bourses aux candidats intéressés à effectuer un stage de formation clinique en douleur chronique. Pour toute information à cet effet, consultez le www.douleurchronique.org.

Nouvelles parutions

Psychologie du vieillissement – Comprendre pour intervenir

Publié chez Groupéditions, cet ouvrage introduit les principaux concepts, théories et modèles proposés par la recherche la plus récente en gérontologie. Il offre plusieurs exemples vécus et de nombreux points de repère pour l'intervention.

Médecine tropicale, santé internationale et santé de l'enfant immigrant

D^{rs} Selim Rashed, Louise Trudel, Tinh-Nhan Luong, et Caroline Pedneault



Ce livre veut aider à l'amélioration de la pratique médicale face aux maladies tropicales, parasitaires, virales ou bactériennes. Il comporte, en outre, une section de pédiatrie internationale, qui, en plus des troubles nutritionnels, des anémies et des maladies contagieuses, traite des situations problématiques issues de l'immigration ou de l'adoption internationale, avec les situations difficiles que doivent parfois affronter les familles. Une section laboratoire fait la description des diverses méthodes utilisées pour identifier les parasites, de même que les principales méthodes de coloration des bactéries.

LS

Erratum Le Spécialiste

Dans l'édition du magazine Le Spécialiste de décembre 2007, vous aurez peut-être remarqué une faute d'orthographe qui est apparue inopinément en page couverture, et par conséquent, dans les titres de certaines pages intérieures. Quand nous avons repéré la « bête », nous avons décidé de nous en accomoder... avec l'espoir, voire l'assurance, que vous alliez nous en excuser. Merci de votre compréhension.

PRESCRIRE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE!

Énergie Cardio appuie les professionnels de la santé afin de lutter contre la sédentarité et ainsi contribuer au mieux-être des individus.

- Contrôle de la glycémie
- Contrôle de la cholestérolémie
- Santé mentale et globale
- Contrôle de la tension artérielle
- Contrôle du poids
- et plus encore

Informez-vous,
de nouveaux outils
de prescription
sont maintenant à
votre disposition.

Plus de 70 centres au Québec

Energie Cardio

1 877 ENERGIE
www.energiecardio.com

KIM L'ESTAGE
B. Sc. Kinésiologie

514 704-4801

Conseillère en promotion de
l'activité physique auprès des
professionnels de la santé

Préparez-vous à prendre les meilleures décisions pour votre pratique

Les professionnels de la santé comparent le crédit-bail et l'achat d'équipements

Selon Dr Gary Stenzler, bon nombre de professionnels de la santé pensent que d'être un bon clinicien les maintiendra à l'avant-garde dans leur domaine. « Or, vous devez également gérer votre entreprise convenablement », déclare Dr Stenzler, propriétaire d'un cabinet de dentiste en Ontario.

Pour rester à « l'avant-garde », il faut savoir prendre les bonnes décisions en matière d'équipement - non seulement quelles pièces acquérir et quand, mais également s'il est préférable d'acheter ou de louer, et de qui.

De telles transactions peuvent avoir d'énormes répercussions sur votre pratique et vos finances. Ainsi, Dr Stenzler a négocié un crédit-bail par l'entremise de RBC Banque Royale®, qui lui a permis de réaliser d'importantes économies en versements mensuels comparativement à ce qu'offraient les concurrents.

Son conseiller, Craig Gibson, affirme que Dr Stenzler est un homme d'affaires très avisé. Mais M. Gibson, premier directeur de comptes, Professionnels de la santé RBC, ajoute que plusieurs dentistes et médecins ne sont pas aussi à l'aise avec l'aspect affaire de leur pratique, y compris avec les décisions en matière d'équipement.

Ces décisions peuvent être complexes et de nombreux facteurs entre en ligne de compte, par exemple la nécessité d'acquérir l'équipement et sa durée de vie ; il faut aussi voir aux questions financières, notamment les liquidités et les incidences fiscales.

Voici ce que les médecins et les dentistes doivent garder à l'esprit pour faire les choix les plus judicieux en matière d'acquisition.

Combien de temps durera l'équipement ?

Commencez par la sorte d'équipement.

Lucy Carvalho, associée dans le cabinet de chirurgie plastique de son mari, le docteur Charles Guertin de Montréal, envisage souvent les décisions en matière d'équipement de la même façon que lorsqu'il s'agit d'acheter une maison ou une voiture.

Certaines pièces d'équipement sont comme une maison – elles dureront longtemps et représentent un investissement solide (pensez à un fauteuil dentaire). Dans un tel cas, comme pour une maison, Mme Carvalho préfère être propriétaire.

D'autres pièces d'équipement, déclare-t-elle, sont comme une voiture – elles fonctionnent bien actuellement mais vous pourriez désirer les changer assez rapidement (pensez à un ordinateur). Tout comme dans le cas d'une voiture, où elle désire avoir le plus récent modèle, un crédit-bail est plus logique pour elle.

« La technologie change rapidement », précise Mme Carvalho, alors la décision de louer ou d'acheter repose sur le fait de savoir si l'équipement durera longtemps ou s'il deviendra rapidement désuet.

Les décisions de location ou d'achat ne sont toutefois pas toujours aussi évidentes en raison des nombreuses questions financières en jeu. Mme Carvalho et

Dr. Guertin, qui sont également tous deux comptables, le savent très bien.

« Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises solutions – mais il y a une série de pour et de contre à analyser », précise Mme Carvalho.

Liquidités et souplesse

« Il faut d'abord considérer les liquidités, ajoute Dr Stenzler. Je dispose d'une marge de crédit pour ma pratique. Je peux donc faire un achat à l'aide de cette marge, mais cela réduira mes liquidités disponibles. Le crédit-bail peut servir de solution de rechange qui me permettra de ne pas toucher à mon coussin financier. »

Une marge de crédit-bail préapprouvée peut être avantageuse, ajoute Dave Magier, vice-président, financement d'équipement RBC Banque Royale. Tout comme pour les hypothèques préapprouvées, cette marge de crédit-bail est assortie d'une valeur préétablie. Ainsi, les médecins et dentistes disposent de la souplesse nécessaire pour profiter des occasions d'achat rapidement, à leur gré et au moment propice.

Outre le montant d'argent, pensez aux autres modalités. Par exemple, vous pouvez négocier un crédit-bail pour y inclure l'entretien, les mises à niveau et d'autres services. La durée d'un crédit-bail joue également un rôle ; il serait logique de choisir un bail de cinq ans lorsque l'équipement peut durer de sept à dix ans, mais une autre solution serait plus adéquate si l'équipement risque de devenir désuet dans trois ans.

À la fin du bail, vous aurez l'option de racheter l'équipement, ou encore de le renouveler ou simplement de le retourner. Vous profitez donc d'une souplesse maximale. Si vous songez au rachat, tenez



RBC Banque Royale®

compte de ce montant dans le total de vos coûts, et pensez à la valeur de l'équipement à la fin du bail.

Dans le cas du Dr Stenzler, le coût du rachat était plus élevé que le simple petit montant qu'il aurait eu à déboursier auprès d'un autre fournisseur de crédit-bail. Par contre, les économies mensuelles, sur plus de 60 mois, compensaient grandement.

N'oubliez pas la structure de propriété de votre pratique, ajoute M. Magier. Il cite le cas d'une clinique qui compte de nombreux associés. Lorsqu'ils effectuent des rénovations à leur bureau, plutôt que d'utiliser l'argent de leur compte capital (le montant qu'ils mettent en commun comme une partie de leur investissement dans la société en nom collectif), ils louent l'équipement. Si un associé quitte la société ou s'y joint avant la fin du bail, il n'a à payer qu'une part proportionnelle de l'utilisation de l'actif.

Le crédit-bail peut également être avantageux lorsque vous essayez de nouveaux modes de traitement. Mme Carvalho et son conjoint ont loué un nouveau laser, avec option d'achat, parce qu'ils ne savaient pas comment les clients allaient réagir, et s'ils auraient suffisamment de nouveaux clients pour justifier cette dépense. Dans ce cas, la location constituait un moyen de tester le potentiel de l'équipement, sans faire un gros investissement incertain.

Toutefois, l'achat comporte également une certaine forme de souplesse, affirme Dr Stenzler. « Vous pouvez avoir un crédit-bail à long terme, et constater que l'équipement ne convient pas à votre pratique. Si vous l'aviez acheté plutôt que loué, vous pourriez le vendre dans le marché secondaire. »

Autre point à prendre en compte – « Certains professionnels de la santé préfèrent être propriétaire et avoir le contrôle de leur équipement », ajoute M. Magier.

Songez aux incidences fiscales

Les médecins et les dentistes doivent voir l'ensemble de la situation lorsqu'ils ont des

décisions à prendre au sujet de leur équipement, précise M. Magier. Disons que vous décidez d'acheter. Avec un prêt de durée standard, vous devez payer toutes les taxes (c.-à-d. la TPS et la taxe de vente provinciale) au moment de l'acquisition, et le prêteur à long terme peut également vous demander un montant forfaitaire (certains prêteurs à terme, non pas RBC, peuvent demander jusqu'à 25 %).

« Avec l'option de crédit-bail, nous pouvons fournir jusqu'à 100 % du coût, affirme M. Magier, ce qui accorde un certain répit aux liquidités, préserve votre fonds de roulement pour d'autres fins et vous permet de payer les taxes à mesure plutôt qu'au moment de l'acquisition. »

Le crédit-bail peut être avantageux du point de vue fiscal, parce que d'habitude, une part équivalant à 100 % des loyers est déductible. Par contre, lorsque vous êtes propriétaire, vous ne pouvez radier que l'intérêt, et devez déprécier l'actif sur une certaine période de temps (qui varie selon l'actif).

Il existe toutes sortes d'incidences fiscales et diverses solutions créatives s'offrent à vous lors de l'acquisition de l'équipement. Il est préférable d'en parler avec votre comptable.

Par exemple, Dr Ian McKee, un orthodontiste d'Edmonton, a décidé d'établir, avec son associé, une compagnie distincte de crédit-bail mobilier, d'acheter de l'équipement au moyen du financement fourni par RBC, et de le louer à sa pratique par l'entremise de cette nouvelle compagnie. La raison ? À titre d'orthodontiste, Dr McKee pouvait récupérer 100 % de la TPS sur ses achats, dans la mesure où il faisait l'achat par l'entremise d'une compagnie de crédit-bail distincte.

Outre l'argent, la souplesse et les taxes, les professionnels de la santé devraient également penser au temps qu'ils désirent passer à gérer le processus.

« Nous savons que pour la plupart des médecins ou dentistes, le temps est primordial, affirme M. Magier. Si leur

équipement provient de plusieurs fournisseurs, nous pouvons grouper toutes les factures en une seule transaction de crédit-bail - et nos représentants peuvent gérer le processus de financement auprès de tous les fournisseurs. »

Demander les conseils de spécialistes

Dr McKee souligne que les coûts, les taux et les termes sont tous des éléments essentiels lorsqu'on prend des décisions d'acquisition d'équipement. Mais des conseils pertinents et neutres ont encore plus d'importance.

Peu importe la façon dont vous voulez financer l'équipement, il est sage d'avoir recours à des spécialistes, qu'il s'agisse d'un avocat, d'un notaire, d'un comptable ou de votre banque.

RBC, par exemple, a des directeurs de comptes partout au Canada qui sont spécialement formés pour venir en aide aux médecins et aux dentistes et qui peuvent procéder à une analyse personnalisée pour démontrer les avantages éventuels du crédit-bail par rapport à l'achat.

« Il se trouve que RBC offre un meilleur taux d'intérêt. De plus, j'ai traité directement avec un spécialiste des soins de santé, qui connaît notre situation, conclut Dr McKee. RBC a compris toute la dynamique de ma pratique. »

POUR EN SAVOIR PLUS SUR NOS SERVICES ET SOLUTIONS POUR VOS BESOINS PROFESSIONNELS ET PERSONNELS, COMMUNIQUEZ AVEC :

Nader Guirguis, MBA, B.I.B.C.

*Vice-président,
Marché des professionnels de la santé,
RBC Banque Royale,
1 Place Ville-Marie, 8^e étage, aile Est,
Montréal (Québec) H3C 3A9.
Téléphone : 514 874-5042*

Ou visitez notre site Web
www.rbcbanque royale.com/santé

Ou composez le 1 800 80 SANTÉ
(1 800 807-2683).

Les stratégies, les conseils et le contenu de la présente publication sont offerts à titre indicatif seulement, au profit de nos clients. Les lecteurs devraient consulter leur fiscaliste, leur conseiller juridique, leur conseiller en affaires lors de la planification de l'implantation d'une stratégie ou d'une stratégie de planification fiscale afin de s'assurer que leur situation particulière fait l'objet d'un examen approprié reposant sur les derniers renseignements disponibles

® Marques déposées de la Banque Royale du Canada, RBC et Banque Royale sont des marques déposées de la Banque Royale du Canada. (02/2008) VPS45024

COMPORTEMENTS EXTRÊMES

En novembre dernier, le Colloque Pierre-Forcier 2007 présenté par la Société des médecins experts du Québec (devenue depuis la Société d'évaluation et d'expertise médico-légale du Québec) avait pour thématique la quérulence, sujet bien actuel dans notre société, mais encore peu connu. La quérulence peut avoir plusieurs implications chez les médecins spécialistes et elle se doit donc d'être comprise.

Pour les professionnels de la santé, il est important de reconnaître des individus ou des situations qui pourraient dégénérer en poursuites ou autres scénarios du genre. Le système de santé québécois permet au patient d'aller chercher une seconde opinion ou une contre-expertise. Cependant, la recherche d'une « 5^{ème} seconde opinion » ou d'une énième contre-expertise peut être un indice de quérulence.

Nul besoin d'être déclaré plaideur vexatoire pour démontrer des tendances quérulentes. L'accès démocratique à l'Internet, notamment à des sites d'informations et de vulgarisation médicales ou encore à des sites populaires où les patients sont invités à chiffrer leur appréciation et à émettre une opinion sur la qualité de service rendu par leur médecin, permet de trouver des informations de tous genres. Si les patients sont de plus en plus informés, le sont-ils « mieux » ? Ils arrivent documentés et n'hésitent pas à contredire ou à douter de l'avis du spécialiste consulté. L'absence d'accès en temps réel au dossier du patient, ne permet pas de savoir si un individu passe d'une clinique ou d'un CH à un autre dans le but d'arriver à trouver le spécialiste qui lui donnera l'avis qu'il recherche.

Certaines demandes faites au médecin sont indicatives, pour ne mentionner que l'interview devant témoin ou enregistré. On le sait, les technologies d'information et de communication permettent maintenant d'enregistrer ou de filmer secrètement un entretien, une rencontre. Un individu quérulent peut vouloir se servir de propos recueillis de telle façon comme preuves au tribunal.

Dans ce dossier spécial sur les comportements extrêmes, Le Spécialiste a demandé, d'une part, à un psychiatre d'expliquer cette pathologie complexe qu'est la quérulence. D'autre part, un juge explique le côté juridique de la quérulence. Certains patients ne sont pas quérulents, mais présentent quand même un certain danger, pour eux ou pour les autres. Le dossier présente également un article sur la dangerosité : comment reconnaître les patients dangereux, leur évaluation, les échelles de mesure, les menaces et un aperçu des traitements disponibles.

Faites-nous part de vos commentaires, nous avons toujours hâte de vous lire : communications@fmsq.org.



Par Dr Jacques Gagnon^a

La quérulence

Vous connaissez peut-être un collègue ou un ami victime d'un plaignant opiniâtre et vindicatif qui multiplie les plaintes, les poursuites et les récriminations au-delà du sens commun. C'est une source de soucis considérables aux conséquences fâcheuses pour sa santé et pour sa carrière. Souhaitons que vous ne soyez jamais sur la trajectoire d'une telle personne.

J'ai eu l'expérience de me retrouver devant une personne qui avait mobilisé des ressources considérables pour gagner sa cause, somme toute peu importante, contre son employeur. Dans cette saga judiciaire, il s'en était pris à son employeur, au président de l'entreprise, à son syndicat et aux médecins qui l'avaient évalué. Il a multiplié les plaintes auprès du Collège des médecins du Québec, plaintes qui n'avaient pas été retenues. Il avait perdu sa cause en appel après une saga judiciaire coûteuse pour toutes les parties. C'était plus que de l'entêtement; c'était de l'acharnement de celui qui voulait à tout prix gagner son point de vue, quelqu'en soit le coût.

La quérulence est un concept d'abord clinique, décrivant depuis longtemps une entité psychiatrique particulière. Nous en décrivons la nature et les caractéristiques permettant de la reconnaître et nous en donnerons quelques exemples.

Définition

La quérulence, d'abord un comportement social se manifestant par l'usage abusif des tribunaux, est explicable par le profil psychologique de la personne. Par extension, on peut y inclure des comportements similaires se manifestant hors du processus judiciaire; par exemple, des revendications auprès d'instances administratives ou politiques.

CES PERSONNES DÉVELOPPENT UN COMPORTEMENT SOCIAL ABERRANT EN REVENDIQUANT AVEC OPINIÂTRETÉ DES RÉPARATIONS ET DES EXCUSES POUR RETROUVER LEUR HONNEUR OU LEURS DROITS QU'ILS ESTIMENT PERDUS.

On a décrit les **quérulents processifs** sous le chapitre des délires chroniques systématisés (ou paranoïa), à thème de revendication, voisin des délires passionnels, des érotomaniaques et des délires de jalousie. « Ils se ruinent en procès pour faire triompher une revendication parfois dérisoire. Ils poursuivent la défense de leur honneur, de leurs droits ou de leur propriété au mépris de leurs intérêts les plus évidents. »

Ces personnes développent un comportement social aberrant en revendiquant avec opiniâtreté des réparations et des excuses pour retrouver leur honneur ou leurs droits qu'ils estiment perdus. Ils utilisent la justice, les autorités civiles et les organismes disciplinaires pour véhiculer leurs revendications.

Le fondement de leurs réclamations peut être réel ou imaginaire. Dans tous les cas, leur jugement est gravement altéré par le sentiment qu'on a voulu délibérément leur faire du tort. Les opposants deviennent rapidement leurs nouveaux ennemis qu'ils incluront dans leurs poursuites. Les policiers, les intervenants médicaux et sociaux, les avocats et même la Cour n'auront grâce à leurs yeux et pourront faire l'objet de poursuites. Ces quérulents démontrent un mépris profond à l'égard des autorités qui ne partagent pas leur point de vue, d'où les propos vexatoires qu'ils utilisent à leur égard.

N'ayant confiance en personne, le quérulent se représente seul. Il a de la difficulté à accepter une approche moins radicale que la sienne, de sorte qu'il se départit rapidement des services d'un avocat raisonnable. Il argumente à partir de prémisses fausses ou mal interprétées. Il défend opiniâtrement sa thèse, ne se laissant pas abattre par les échecs ni par les avertissements; il les perçoit plutôt comme une preuve supplémentaire que le système judiciaire ne lui a pas rendu justice. Ses demandes auprès de la cour se multiplient. Il fait appel, même à la Cour suprême, comme si sa cause était d'intérêt national.

Le quérulent intelligent se montre inventif. Il prend des détours inusités qui ont pour effet de multiplier les interventions et de retarder le processus judiciaire.

Rarement, le quérulent ira jusqu'à tuer son persécuteur. Il se défendra sans en ressentir de remords malgré sa conscience du mal, puisqu'il ne fait qu'appliquer sa justice, à défaut de confiance envers le système judiciaire. Un quérulent connu, Valery Fabrikant est l'un de ceux qui sont allés jusqu'au meurtre pour faire valoir ses droits et pour retrouver son honneur.

Profil social et psychologique

Le phénomène de la quérulence se développe surtout entre 40 et 60 ans, chez des personnes intelligentes et suffisamment instruites pour mener à bien leur mission. Ils ont souvent vécu des échecs ou des frustrations dans leur vie personnelle ou



professionnelle. La blessure narcissique est la bougie d'allumage; le processus judiciaire devient leur arène. Ils connaissent ou apprennent les notions du droit et du processus judiciaire nécessaires pour faire cheminer leurs plaintes. En dehors de leur comportement de revendication, ils peuvent paraître normaux en société, être organisés et travailleurs.

Les plus sévèrement atteints manifestent une pensée délirante structurée et sectorielle à caractère de persécution. Leur pensée paranoïaque provient d'un postulat fondamental et irréductible voulant qu'ils soient victimes d'une persécution, d'un vol ou d'une machination visant à les discréditer. Cette conviction inébranlable, malgré l'absence de preuve, altère leur jugement qui nous paraît clivé, catégorique et sans aucune nuance. Ceux-ci ne manifestent pas d'hallucinations ni ne démontrent d'atteintes cognitives.

D'autres ne manifestent pas de pensée délirante, mais présentent un profil de personnalité pathologique. Ce sera la personnalité paranoïde : froide, rigide et méfiante, avec une pensée projective suffisamment arrimée à la réalité pour nous empêcher de la qualifier de délirante.

Il y a aussi le profil narcissique : grandiose, hautain, méprisant, en quête d'admiration et de succès.

Les caractéristiques narcissiques ou paranoïaques sont presque nécessaires pour expliquer le débordement excessif du comportement revendicateur. Comme les personnes ne sont pas fabriquées à partir de nos entités nosologiques, on observera des caractéristiques mixtes de la personnalité comprenant des traits limites, histrioniques ou sociopathiques.

Un exemple

Valéry Fabrikant, né en 1940, est marié et père de deux enfants. Il était professeur agrégé en génie mécanique à l'Université Concordia. Il avait précédemment échoué dans sa demande de titularisation.

En 1992, il poursuit deux collègues pour qu'ils retirent leurs noms des articles qu'il avait publiés. Il accuse le juge Gold, chancelier de l'Université, de nommer des juges corrompus pour entendre sa cause. Le 24 août 1992, la veille d'un procès pour outrage au Tribunal, il tue quatre de ses collègues professeurs et blesse une secrétaire avec une arme à feu.

Son procès fut long et pénible, interrompu par le juge après cinq mois de manœuvres dilatoires et de langage abusif. Valéry Fabrikant fut condamné à perpétuité. Le tribunal n'a pas retenu la notion de psychose permettant de conclure à la non-responsabilité pour aliénation mentale.

LA BLESSURE
NARCISSIQUE EST LA
BOUGIE D'ALLUMAGE;
LE PROCESSUS JUDICIAIRE
DEVIENT LEUR ARÈNE.

La Cour le déclarait plaideur vexatoire en 2000, après qu'il eut multiplié les poursuites, appels et procédures futiles.

Le 5 novembre 2007, Valéry Fabrikant se présente au tribunal pour, cette fois, reprendre un procès débuté en 1992 et interrompu par la tuerie. Il demandait toujours réparation aux professeurs qu'il avait tués. Il voulait de plus

mettre en cause le juge d'un procès précédent et obtenir de lui des excuses pour l'avoir condamné. Le juge Gilles Hébert se récuse le 13 novembre, après seulement quelques jours de procès, n'en pouvant plus d'endurer les insultes et les récriminations de M. Fabrikant. Son remplaçant, la juge Nicole Morneau reprenait la cause et, après une semaine, mettait fin au procès, jugeant que cette cause était frivole et sans fondements.

Conclusion

Les personnes quérulentes souffrent d'une pathologie psychiatrique altérant leur comportement social. Ils coûtent cher à tous : à leur famille, à la société et au fonctionnement des tribunaux. La justice peut limiter les dégâts en les déclarant plaideurs quérulents (ou plaideurs vexatoires), ce qui les oblige à obtenir d'un juge, l'autorisation pour déposer une poursuite à la Cour.

La psychiatrie se sent mal équipée pour aider ces personnes souffrantes à cause de leur mode projectif de défense. Ils ne se sentent pas malades; ils se croient victimes du système. Ils sont attentifs à toute contradiction susceptible de démontrer leur postulat, c'est-à-dire que même les thérapeutes peuvent faire partie du système qui les persécute.

En théorie, une approche thérapeutique devrait s'intéresser à leur blessure narcissique qui a déclenché la tempête; s'intéresser à la personne, valoriser les comportements adaptés, éviter le piège de prendre partie au sujet du comportement quérulent. L'équipe soignante a besoin d'une cohésion à toute épreuve et d'une grande transparence.

L'usage de neuroleptiques, s'il les accepte, ne guérit habituellement pas un délire systématisé, mais dans certains cas, on peut espérer une réduction des tensions et des écarts de comportement.

Il faut assurer un bon arrimage psychiatrie-justice en réponse aux manœuvres très prévisibles de ces personnes qui transposent leur psychodrame intérieur dans une cour de justice.

LS

^a Jacques Gagnon M.D., CSPQ, FRCP est psychiatre au CH Maisonneuve-Rosemont et professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

L'encadrement juridique du plaideur quérulent

La définition de la quérulence que l'on trouve dans le *Grand Robert* de la langue française donne une idée assez juste d'un comportement troublant observable chez certains justiciables : « Tendance pathologique à rechercher les querelles, à revendiquer d'une manière hors de proportion avec la cause, la réparation d'un préjudice subi, réel ou imaginaire. » Bien qu'en chiffres absolus les justiciables quérulents soient peu nombreux, ils causent de graves inconvénients aux parties qui les affrontent en justice et ils sollicitent de manière absolument disproportionnée l'attention et les ressources des tribunaux. Une caractéristique des quérulents est qu'ils se représentent en personne, car ils ne veulent pas mandater un avocat ou ne parviennent pas à en trouver un prêt à les représenter.

Encadrement juridique du problème

Depuis 2003 au Québec, diverses dispositions réglementaires ont été adoptées pour permettre à certains tribunaux d'encadrer le comportement des justiciables qui présentent ce profil. La jurisprudence locale avait d'ailleurs devancé ces mesures réglementaires de quelques années : une affaire de 1994, *Yorke c. Paskell-Mede¹ [Yorke]*, qui fit jurisprudence, établissait que, dans l'exercice de ses pouvoirs dits « inhérents », la Cour supérieure peut prévenir au moyen d'ordonnances particulières les abus de procédure attribuables aux justiciables quérulents.

On pourrait donc penser que l'appréhension du phénomène par le droit est relativement récente, mais que le nécessaire a déjà été fait pour en contenir les manifestations les plus évidentes. La réalité n'est pas si simple.

Origines des mesures d'encadrement

D'abord, il est très probable que le phénomène, pour marginal qu'il soit sur un plan statistique, existe ici comme ailleurs depuis fort longtemps. C'est en 1887 que les tribunaux britanniques ont officialisé le type d'encadrement judiciaire qu'admettrait la jurisprudence québécoise en 1994. Un quérulent notoire, Hector William Grepe, sévissait depuis plusieurs années dans un litige civil qui s'était soldé par un premier jugement final en 1879. À plusieurs reprises après cette date, Grepe tenta de nouveau de s'adresser au tribunal pour rouvrir la même controverse. Finalement, en novembre 1887, la Cour d'appel d'Angleterre dans l'arrêt *Grepe v. Loam² [Grepe]* lui imposait d'obtenir dorénavant la permission préalable du tribunal avant d'entreprendre quelque autre procédure relative à la même affaire. La Cour réfère à un arrêt antérieur et inédit dont

on ignore la date, *Suir v. Newton*, où elle avait prononcé le même type d'ordonnance.

Quelques années plus tard, en 1896, le Parlement britannique, préoccupé par le problème des plaideurs vexatoires (parmi lesquels les quérulents sont probablement les plus nuisibles), adoptait une loi³ qui généralisait, en y apportant quelques changements, le mécanisme créé par l'arrêt Grepe. En vertu de cette loi, le Procureur général pouvait désormais saisir la *High Court* d'une demande d'ordonnance interdisant à un justiciable vexatoire de prendre une quelconque initiative judiciaire sans d'abord obtenir la permission d'un juge de la même cour. La partie harcelée par un quérulent pouvait toujours solliciter une ordonnance *Grepe*. Le Procureur général, quant à lui, pouvait de plus, intervenir à titre préventif pour empêcher que les plaideurs vexatoires multiplient les recours abusifs contre de nouvelles parties.

Modalités de solution en droit québécois

À certaines nuances près, les mesures aujourd'hui en place au Québec visent les mêmes objectifs que celles adoptées il y a plus d'un siècle en Angleterre. En premier lieu, le mécanisme des ordonnances *Yorke* est très semblable à celui des ordonnances *Grepe*. Deuxièmement, même s'il n'existe pas en droit québécois de texte semblable à la loi britannique de 1896, les tribunaux supérieurs se sont dotés par voie réglementaire de règles de régie interne qui produisent sensiblement le même résultat. Ce sont les articles 84 à 90 du *Règlement de procédure civile* de la Cour supérieure du Québec et les articles 94 et 95 des *Règles de la Cour d'appel du Québec en matière civile*.

Dans les cas extrêmes, en vertu des articles 85 (pour la Cour supérieure) et 95 (2) (pour la Cour d'appel), le tribunal peut même interdire l'accès physique à ses locaux. Cette mesure, qui sert notamment à protéger le personnel des greffes, peut sembler draconienne. C'est

mal connaître l'ampleur potentielle du problème. Les tribunaux québécois se sont sans doute inspirés, ici encore, d'un précédent britannique. En 2002, dans une affaire intitulée *Attorney General v. Ebert⁴*, la Cour d'appel d'Angleterre rendait une décision importante où elle imposait une interdiction de ce genre à un quérulent nommé Ebert. Les faits de l'espèce illustrent le caractère souvent spectaculaire du comportement quérulent. Malgré quatre ordonnances *Grepe* prononcées contre lui, et une ordonnance obtenue par le Procureur général en vertu de la loi déjà évoquée plus haut, Ebert, selon la preuve, persistait et, entre autres





démarches, avait présenté en trois ans et demi 151 demandes d'autorisation pour amorcer de nouvelles procédures judiciaires. En cours de route, il s'était comporté de manière proprement outrageante envers le personnel des greffes. Plusieurs années avant l'arrêt *Ebert* de 2002, la Cour d'appel du Québec, dans une décision de 1996 passée à peu près inaperçue⁵, avait confirmé une mesure voisine qui interdisait à un citoyen « de communiquer par fax ou par téléphone, directement ou par personne interposée, avec tout juge de la Cour supérieure du district d'appel de Québec ou avec toute secrétaire ou tout personnel de soutien des juges de la Cour supérieure, à quelque numéro de fax ou de téléphone en service au Palais de justice de Québec ».

Un instrument utile aux parties qui sont les cibles de justiciables quérulents a également été mis en place lors de l'adoption de ces mesures réglementaires. L'article 90 du *Règlement de procédure civile* de la Cour supérieure prévoit que, lorsqu'une ordonnance est prononcée, « [l]e greffier transmet copie de l'ordonnance d'assujettissement déposée à son greffe aux greffiers de tous les districts judiciaires et au juge en chef à Montréal pour inscription au registre public des cas de quérulence. »

Le site intranet du ministère de la Justice tient à jour une liste de toutes les inscriptions faites au registre; on peut aussi par ce moyen consulter les jugements rendus en application du précédent *Yorke* ou des dispositions du *Règlement de procédure civile* relatives aux plaideurs quérulents. Au 31 décembre 2007, 95 personnes ou entités étaient inscrites au registre, soit 67 hommes, 26 femmes et 2 groupements de personnes. Certains de ces justiciables faisaient l'objet de plusieurs ordonnances – jusque cinq dans un cas particulier, et parfois deux ou trois, ce qui signifie que l'intéressé s'en sera pris successivement à plusieurs parties différentes. Tout donne à penser, cependant, que cette liste ne fournit qu'un aperçu incomplet de la réalité. Il est d'expérience courante pour les juges en fonction de voir comparaître devant eux des parties qui n'ont pas d'avocat et qui présentent un profil quérulent, sans pour autant avoir déjà été déclarées telles par ordonnance de la cour. On trouve d'ailleurs des traces de ces comportements dans la jurisprudence publiée, avant comme après 1994, sans que les auteurs des recours abusifs aient fait l'objet d'une ordonnance assujettissant leur droit d'ester en justice à une autorisation préalable.

À ces mesures s'ajoutent les moyens que le droit commun met à la disposition des justiciables pour couper court à une contestation abusive ou encore remédier à ses effets préjudiciables. Il en est ainsi du rejet péremptoire, sur demande faite en vertu de l'article 75.1 du *Code de procédure civile*, des procédures manifestement frivoles ou mal fondées, du rejet péremptoire, sur demande faite en vertu de l'article 501 du même code, des appels abusifs, dilatoires ou qui ne présentent aucune chance raisonnable de succès, ainsi que des dépens frustratoires accordés à la partie victime d'un abus et des dommages et intérêts obtenus par action en justice contre la partie qui abuse de son droit d'ester.

Enfin, dans l'exercice de leurs pouvoirs inhérents ou généraux, les tribunaux de droit commun exercent sur les procédures en cours devant eux un contrôle qui permet de neutraliser certains comportements abusifs caractéristiques des quérulents⁶.

Efficacité des mesures d'encadrement

L'état du droit positif québécois a évolué de façon avantageuse depuis le milieu des années 1990. Il est donc certain que les personnes confrontées à un justiciable quérulent et forcées de se défendre sont actuellement moins démunies qu'elles ne l'étaient il y a dix ou quinze ans. Néanmoins, il leur faut s'armer de patience et essuyer plusieurs assauts avant de pouvoir tirer parti des mesures d'encadrement mises en place depuis 2003. Entre-temps, il en résulte inévitablement des tracasseries et des coûts souvent importants et qui, encore aujourd'hui, se situent au-delà du pouvoir d'intervention des tribunaux.

Tout récemment, la Cour supérieure se prononçait sur une action de Valery I. Fabrikant, celui que la même cour avait déclaré quérulent en 2000. Intentée en 1995, donc avant l'imposition de ces restrictions, l'action en question suivait son cours depuis cette date. Dans le jugement qui rejette cette action, la juge saisie du dossier remarque :

[30] [Fabrikant] agit comme quelqu'un qui, n'ayant rien d'autre à faire, se distrairait en produisant des procédures dépourvues de fondement. Il ne se préoccupe évidemment pas de leurs conséquences sur quiconque, bien au contraire. Son attitude provocante, ses ricanements et ses insultes démontrent qu'il agit intentionnellement, malicieusement et il s'en amuse carrément.

[31] L'on oublie trop souvent que les défendeurs ont aussi des droits, qu'ils sont des citoyens et des justiciables et qu'ils ont droit à la protection de la Loi et du système judiciaire. Les tribunaux ne peuvent pas les laisser à la merci des quérulents qui deviennent, dans certains cas, de véritables tortionnaires. Force est de constater pourtant que c'est ce qui se passe ici. Cela contrevient directement à l'article 7 du Code civil du Québec déjà cité.

[32] L'on a vu plus haut que la présente cause commencée il y a plus de 15 ans n'a pas la moindre chance de succès. Elle hante cependant les défendeurs depuis tout ce temps. Elle ne leur permet pas d'oublier la tuerie à laquelle s'est livré Fabrikant le 24 août 1992 à l'Université Concordia où ils étaient professeurs. L'émotion et la détresse des docteurs Sankar et Swamy pendant leurs interrogatoires par le demandeur étaient évidentes. Le plaisir que prenait Fabrikant à les voir souffrir l'était tout autant.

Une condamnation à des dommages et intérêts pour abus du droit d'ester en justice permet parfois de remédier en partie aux inconvénients de ce genre. Encore faut-il cependant que la partie condamnée – partie dont la quérulence risque d'ailleurs de se manifester en défense tout autant qu'en demande – soit en mesure d'honorer le jugement prononcé contre elle. Dans un cas comme celui-ci, rien ne serait moins sûr.

En outre, si certains tribunaux judiciaires se sont munis d'instruments juridiques spécifiques pour prévenir les effets les plus préjudiciables de la quérulence, il n'en va pas de même des tribunaux administratifs qui ne peuvent s'appuyer, eux, sur les pouvoirs « inhérents » auxquels il était fait allusion au début de ce texte. Or, une proportion très importante du corpus litigieux dans la société québécoise relève en premier lieu de ces organismes. Certains, comme la Commission des lésions professionnelles, ont de par la loi le pouvoir d'assujettir les recours abusifs à certaines conditions⁸. Mais on est encore loin des ordonnances d'encadrement qui visent, non pas le recours exercé, mais la personne du quérulent.

L'efficacité, il faut bien le dire, relative des mesures d'encadrement décrites ici appellent une réflexion plus poussée sur les causes profondes du problème qu'elles sont destinées à atténuer, voire à éliminer.

La cause immédiate du problème est un trouble de la personnalité qui dans sa forme extrême se mue en paranoïa. La quérulence relève donc au premier chef de la profession psychiatrique et il revient aux spécialistes de cette discipline d'identifier le traitement approprié.

Mais des facteurs extérieurs au sujet sont fort probablement de nature à exacerber les comportements quérulents. Tant qu'ils demeurent présents, la quérulence continue de sévir à la marge du système judiciaire. Deux hypothèses méritent une mention particulière à ce sujet.

La première est celle de l'anomie, une notion sociologique d'abord circonscrite par Émile Durkheim et explorée par lui dans *La Division du travail social* (1893) et *Le Suicide* (1897). On peut la définir comme « [une] carence temporaire d'une réglementation sociale capable d'assurer la coopération entre fonctions spécialisées, ou comme un mal procédant de l'illimitation du désir humain, de l'indétermination des objectifs à atteindre et de l'incertitude sur les espérances légitimes »⁹. Dans une thèse publiée en 1999¹⁰, un auteur explique le comportement de Valéry I. Fabrikant comme la conséquence d'une anomie institutionnelle à l'Université Concordia : en somme, ne rencontrant jamais de véritable résistance, le sujet est emporté par son appétence, puis son délire, jusqu'à ce qu'à terme il devienne dangereux.

La seconde présente certaines affinités avec la première ; elle suggère que l'incidence croissante de la quérulence devant les tribunaux judiciaires et administratifs est peut-être un effet pervers d'une volonté démontrée de faciliter l'accès à la justice. En juin 2006 se tenait à Prato, dans les environs de Florence, un colloque international sur l'accès à la justice et les plaideurs quérulents ou vexateurs. Dans une conférence prononcée à cette occasion, le président de la Cour d'appel d'Angleterre, Sir Anthony Clarke, soulignait qu'un total de 175 ordonnances avaient été prononcées jusqu'en 2006 en vertu du *Vexatious Actions Act* de 1896. Or, 88 d'entre elles étaient postérieures à 1995, année où entrait en

vigueur en Angleterre une importante réforme destinée à simplifier la procédure civile et en réduire les coûts. Le juge Clarke voyait une relation de cause à effet entre les deux phénomènes :

Simplifying procedure brings with it the obvious benefits of cost and time savings for litigants and the courts – benefits which all civil justice systems continue to spend considerable time and effort in seeking to achieve. It also has the benefit that it opens up access to the courts to those who cannot afford legal representation, or for perfectly valid reasons choose not to appoint such representatives. Those are the benefits. Unfortunately it also creates the circumstances where, with greater ease than under a more complicated regime that required the input of legal professionals before a claim could be commenced, a litigant in person (LIP) can more easily bring vexatious claims. The greater ability to bring claims gives rise to a greater ability to bring vexatious claims.

On a déjà avancé la même idée pour ce qui est du droit québécois¹¹, où une réforme de la procédure civile, d'égale importance à la réforme britannique, est entrée en vigueur en 2002.

Nul doute que d'autres facteurs tendent à exacerber le problème : ainsi, le coût croissant des services juridiques, qui pousse les justiciables à agir en personne devant les tribunaux en est très certainement un. Il serait donc illusoire de croire que la solution du problème se situe entièrement au niveau clinique.

LS

Notes

¹ [1996] R.J.Q. 1964 (C.A.).

² (1887) 37 Ch.D. 168 (CA).

³ *An Act to prevent Abuse of the Process of the High Court or other Courts by the Institution of Vexatious Proceedings, 1896* (le « *Vexatious Actions Act* »).

⁴ [2002] 2 All E.R. 789 (C.A.).

⁵ *Droit de la famille* – 2500, J.E. 96-1846 (C.A.).

⁶ Ainsi, voir *Saraffian c. SMBD — Jewish General Hospital*, J.E. 2005-24 (C.A.) et *Wozny c. R.*, J.E. 2005-802 (C.A.).

⁷ 2007 QCCS 5431.

⁸ Voir la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q., c. A-3.001, art. 429.27, ainsi que la *Loi sur la justice administrative*, L.R.Q., c. J-3, art. 115. Voir aussi, dans un mode voisin, la *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, art. 77, al. 2, 1°, le Code du travail, L.R.Q., c. c-27, art. 188, 1°, la *Loi sur la police*, L.R.Q., c. P-13.1, art. 168, 1° et l'article 143.1 du Code des professions, L.R.Q., c. C-26, entré en vigueur le 18 décembre 2007 par l'effet de la *Loi modifiant la Loi sur le Barreau* et le Code des professions, L.Q. 2007, c. 35.

⁹ Boudon, Raymond et François Bourricaud, *Dictionnaire critique de la sociologie* (2e éd.), Paris, Presses Universitaires de France, 2002.

¹⁰ Beauregard, Mathieu, *La folie de Fabrikant*, Paris, L'Harmattan, 1999.

¹¹ Morissette, Yves-Marie, « Abus de droit, quérulence et parties non représentées » (2003), 49 *Revue de droit de McGill* 23, p. 34-8.



Portrait de la quérulence en huit points

Définitions tirées de « **Abus de droit, quérulence et parties non représentées** » (2003), 49 *Revue de droit de McGill* 23, p. 30-1.

Avec l'aimable collaboration du juge Y.-M. Morissette

Premièrement, le justiciable quérulent fait montre d'opiniâtreté et de narcissisme. Si, dans une société donnée pourvue d'un système de droit parvenu à pleine maturité, chaque sujet de droit exerçait en permanence, jusqu'à la limite, la plénitude de tous ses droits subjectifs tels qu'il les perçoit avant procès, les tribunaux seraient constamment sollicités par tout le monde et il est probable que la vie en société deviendrait intolérable. Il faut laisser du jeu au droit, ce que la plupart des gens comprennent intuitivement et ce qui peut expliquer, en partie du moins, l'importance relative dans le corpus litigieux des règlements négociés avant procès. Mais ce facteur échappe au sujet de droit quérulent, pour qui la confrontation avec un juste contradicteur exacerbe le sentiment d'injustice. Toute contrariété risque donc de se traduire de sa part par une nouvelle initiative judiciaire poursuivie jusqu'au bout.

Deuxièmement, le justiciable quérulent se manifeste en demande plutôt qu'en défense — et, compte tenu de l'ampleur des moyens qu'il met en œuvre, la partie qui lui résiste risquerait elle aussi d'être taxée d'opiniâtreté si ce n'était qu'elle est contrainte, n'ayant pas le choix des moyens, de se défendre pied à pied.

Troisièmement, le justiciable quérulent multiplie les recours vexatoires, y compris contre les auxiliaires de la justice. Il n'est pas rare, en effet, que ces procédures et ces plaintes soient dirigées contre les avocats, le personnel judiciaire ou même les juges personnellement, qui font l'objet d'allégations de partialité et de plaintes déontologiques.

Quatrièmement, la répétition des mêmes questions par des recours successifs et ampliatifs, et la recherche des mêmes résultats malgré les échecs répétés de demandes antérieures, sont fréquentes. La partie quérulente négocie le plus souvent à la hausse et, si elle demande des dommages-intérêts, les sommes réclamées tendent à augmenter en cours de route et de recours en recours.

Cinquièmement, les arguments de droit mis de l'avant par le justiciable quérulent se signalent à la fois par leur inventivité et leur incongruité. Ils ont une forme juridique, certes, mais sont à la limite du rationnel. La position prise par le demandeur dans la principale affaire Byer (reposant sur une lecture extravagante d'un article de la Loi sur les assurances) ou par Fabrikant dans une de ses nombreuses affaires (invoquant une loi de 1495 passée sous le règne d'Henri VIII pour fonder un droit d'appel in forma pauperis) en sont des exemples.

Sixièmement, les échecs répétés des recours ainsi exercés par la partie quérulente entraînent à plus ou moins longue échéance son incapacité à payer les dépens et frais de justice auxquels elle est condamnée. On avait invoqué cette circonstance précise dans l'affaire Grepe v. Loam, première décision publiée en droit anglais où un justiciable fut assujéti à l'exigence d'une autorisation judiciaire préalable à l'exercice de ses recours en justice. C'est une circonstance difficile à évaluer, car elle relève plutôt de la sociologie judiciaire, mais elle mériterait d'être étudiée en profondeur.

Septièmement, la plupart des décisions adverses, sinon toutes, sont portées en appel par la partie quérulente, ou font l'objet de demandes de révision ou de rétractation.

Enfin, huitièmement, comme on l'a déjà noté, le justiciable quérulent se représente seul.

LS

Source : Yves-Marie Morissette, « **Abus de droit, quérulence et parties non représentées** » (2003), 49 *Revue de droit de McGill* 23, p. 30-1.

Voir aussi Lester, Grant, Beth Wilson, Lynn Griffin et Paul E. Mullen, « **Unusually persistent complainants** » (2004), 184 *British Journal of Psychiatry*, p. 352-6.

Le texte Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique n'est pas disponible dans la version Internet du magazine.



Coup d'œil sur...

Les inhibiteurs des récepteurs H₂ et les inhibiteurs de la pompe à protons

Les inhibiteurs des récepteurs H₂ et les inhibiteurs de la pompe à protons sont deux classes de médicaments très connues et fréquemment utilisées dans le traitement de maladies telles le reflux gastro-oesophagien (RGO) et les ulcères peptiques ou encore pour la prévention des effets gastriques néfastes reliés à l'utilisation d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens.

Bien que les IRH₂ aient fait leur apparition sur le marché canadien au tournant des années 80, la ranitidine, la cimétidine, la famotidine et la nizatidine sont encore recommandées comme traitement de première ligne pour ce qui est du reflux gastro-oesophagien léger à modéré ou récurrent et ce, dans la majorité des provinces canadiennes, dont le Québec.^{1,2}

Pour ce qui est des IPP, ils sont recommandés en deuxième ligne de traitement pour le reflux gastro-oesophagien léger à modéré au Québec³, en Colombie-Britannique⁴, en Ontario⁵, en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard lorsque les IRH₂ ont échoué⁶. Ils sont toutefois recommandés comme traitement de première ligne dans les cas de reflux gastro-oesophagien grave ou avec complications et ce, à travers le Canada.

Cependant, si l'on consulte les données de 2006 (FIGURE 1), on constate que, pour ce qui est de l'ensemble du Canada, les IRH₂ ne sont recommandés par les médecins que dans

un peu plus de 10 pour cent des cas de reflux gastro-oesophagien. Au Québec, là où l'on retrouve le taux de recommandation le plus faible, le pourcentage s'établit à un peu plus de sept pour cent.

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant d'observer que les IPP soient, partout au Canada, le traitement le plus courant pour le reflux gastro-oesophagien et la dyspepsie.

Si l'on en juge par la proportion d'initiation de nouvelles thérapies au Canada en 2006, il est à parier que les IPP auront tôt fait de rejoindre et même surpasser les IRH₂ (FIGURE 2). En effet, au Québec moins de 10 pour cent des nouvelles thérapies étaient initiées avec un IRH₂ en 2006. Il s'agit du plus faible pourcentage de toutes les provinces canadiennes. Dans l'ensemble du Canada, près de 25 pour cent des nouvelles thérapies sont initiées avec un IRH₂. Ce pourcentage augmente jusqu'à environ 50 pour cent dans les quatre provinces maritimes et en Saskatchewan. Seules l'Alberta et l'Ontario accompagnent le Québec en-dessous de la moyenne canadienne. Le Pantoloc est le traitement initial le plus souvent prescrit au Québec, alors que dans les autres provinces, les IRH₂ ont encore la cote.

Dans la même foulée, les médecins québécois sont ceux qui prescrivent le plus souvent le Pantoloc ou le Nexium en premier lieu. Les médecins québécois sont aussi moins portés que leurs collègues canadiens à se tourner vers les

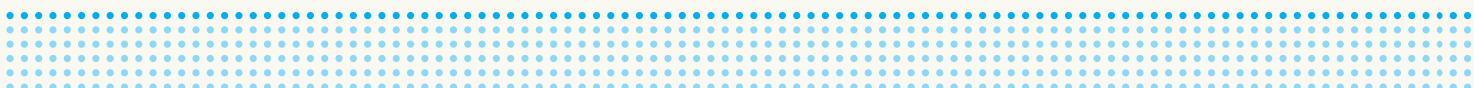
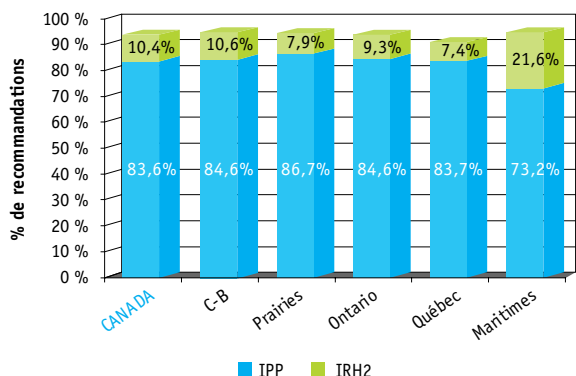


FIGURE 1

Traitements de première ligne recommandés* pour le reflux gastro-oesophagien en 2006

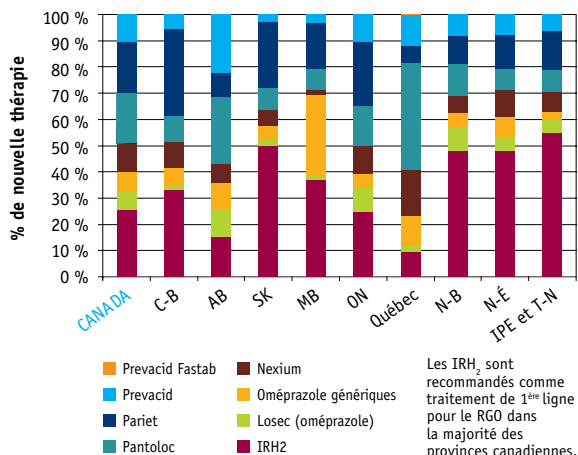


* Ne comprend pas les autres traitements pharmaceutiques recommandés par les médecins pratiquant en cabinet privé.

Source: IMS Health Canada, Index canadien des maladies et traitements

FIGURE 2

Proportion d'initiation de nouvelle thérapie d'IPP et d'IRH₂ en 2006



Source: IMS Health Canada, données longitudinales

IRH₂ lorsque vient le temps de changer le traitement de leur patient. À ce moment, les médecins québécois optent majoritairement pour le Pantoloc ou le Nexium. Ailleurs au Canada, les médecins se tournent plus souvent vers les versions génériques de l'oméprazole ou le Pariet. Il faut dire que le Québec est la seule province canadienne où tous les IPP, y compris le Pantoloc et le Nexium, sont remboursés par le régime d'assurance-médicaments publique.

Si l'on regarde du côté de la Colombie-Britannique, où, selon les recommandations du programme gouvernemental,

le Pariet doit être le premier IPP utilisé après un échec thérapeutique avec des IRH₂ ou l'oméprazole générique, on constate que les médecins de cette province favorisent grandement l'utilisation de cette molécule comparativement au Nexium et au Pantoloc.

On peut donc conclure que les pratiques dans l'utilisation des IPP et des IRH₂ varient considérablement d'une province à l'autre et que cela est sans doute relié au statut des molécules sur les différents formulaires provinciaux.

- 1 Biomed EBMA report, vol. 1 (1) 2005
- 2 Critères d'utilisation optimale concernant les IRH₂ (Conseil du médicament) 2002
- 3 Critères d'utilisation optimale concernant les IPP (Conseil du médicament) 2002
- 4 Canadian Society of Intestinal Research, The BC Pharmacare experience, January 2005
- 5 Biomed EBMA report, vol 1 (1) 2005
- 6 Listes des médicaments des différentes provinces

Pour de plus amples renseignements : 1-888-400-4672 / www.imshealthcanada.com
 Une importante source d'information, d'analyse et de consultation pour les secteurs de la santé au Canada

SERVICES AUX MEMBRES DE LA FMSQ

AVANTAGES COMMERCIAUX

NOS FILIALES

Sogemec
ASSURANCES

Sogemec Assurances

www.sogemec.qc.ca

groupe fonds des
professionnels

Groupe Fonds des Professionnels

www.groupefdp.com



laPersonnelle

La Personnelle Assurances

www.sogemec.lapersonnelle.com



RBC – Banque Royale

www.rbcbanqueroyale.com/sante

NOS PARTENAIRES



Hôtel Hyatt Regency Montréal

www.montreal.hyatt.ca



Energie Cardio

www.energiecardio.com



NOUVEAU

Bell Mobilité

www.bell-association.ca

POUR TOUT SAVOIR SUR LES AVANTAGES COMMERCIAUX
RÉSERVÉS AUX MEMBRES DE LA FMSQ, VISITEZ LE WWW.FMSQ.ORG/SERVICES

RÉPONDEZ À NOTRE SONDAGE EN LIGNE
ET AIDEZ-NOUS À IDENTIFIER VOS BESOINS !

www.fmsq.org/sondage



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

D^r Yves Fradet : l'effet multiplicateur

S'entretenir avec le D^r Yves Fradet, c'est dialoguer avec plusieurs personnes à la fois tellement il accomplit de fonctions et a de projets. Peut-être possède-t-il la pierre qui remonte le temps, a-t-il un don d'ubiquité ou simplement réussit-il à poursuivre de multiples passions solidement imbriquées entre elles et les mener toutes à bien.

Natif de Montréal, l'urologue de Québec a fondé en 1994, avec l'aide de deux investisseurs, l'entreprise DiagnoCure spécialisée dans la fabrication de tests de détection de cancers de la prostate. Aujourd'hui, D^r Fradet cumule plusieurs fonctions médico-administratives : il est chef du département de chirurgie, directeur du service d'urologie et du laboratoire d'uro-oncologie expérimentale du CHUQ Hôtel-Dieu de Québec, professeur titulaire au département de chirurgie/urologie de l'Université Laval et poursuit toujours ses activités cliniques.

Interpellé tardivement par la médecine, il mettra les bouchées doubles, faisant en un an, toutes les sciences de niveau collégial pour préparer son entrée à l'université. Mais ce sont ses stages qui seront déterminants dans sa formation médicale. Un premier stage de recherche lui fait découvrir l'immunologie, passion qu'il conserve encore aujourd'hui. Plus tard, il fera des stages en chirurgie et en urologie où un volet de travail en oncologie viendra consolider et conjuguer entre elles toutes ses passions : un véritable concours de circonstances qui sera déterminant dans sa carrière, lui qui pourtant se voyait devenir interniste.

Devenu urologue en 1981, D^r Fradet entreprendra une surspécialisation en oncologie urologique au Sloan Kettering Memorial à New York et une surspécialité clinique en oncologie avec le D^r Willet F. Whitmore Jr, l'un des pères de l'oncologie urologique. Ses travaux de recherche en cours de surspécialisation ont touché à l'immunologie tumorale, notamment sur les anticorps monoclonaux.

Professeur-chercheur-entrepreneur-clinicien-chirurgien-urologue

À ses débuts de pratique clinique, il crée un laboratoire afin de poursuivre ses activités de recherche, travaux qu'il réalise grâce à des subventions et des bourses de recherche ; il y développe entre autres, de nouveaux anticorps monoclonaux. En plus d'enseigner, D^r Fradet conjuguera aussi le travail clinique et la recherche en laboratoire afin de faire évoluer les connaissances et les outils de dépistage des cancers urologiques.

Une idée le poursuit avec insistance : lorsqu'on développe une molécule, un test, qu'on a la capacité de le reproduire et de le mettre en marché, pourquoi ne pas le faire totalement chez soi sans avoir à en vendre la propriété intellectuelle à un laboratoire étranger ? C'est avec cette fibre entrepreneuriale que le D^r Fradet a commencé

à explorer les différentes pistes, programmes offerts qui lui permettraient de mettre en marché ses tests de détection et autres molécules, à partir du Québec et en conservant l'ensemble de ses droits et propriétés intellectuelles.

Il profitera d'une plate-forme qui lui sera offerte lors du tout premier Bio-Contact, un symposium annuel de biotechnologie, réunissant plus de 1 200 chercheurs et investisseurs. C'est à cet événement qu'il rencontrera ses deux futurs partenaires et fonde l'entreprise DiagnoCure. Après avoir rédigé un plan d'affaires, l'entreprise ira chercher un premier financement privé de 6 millions \$ et poursuivra parallèlement les activités de commercialisation d'un test de dépistage du cancer de la vessie tout en menant d'autres activités de recherche. Aujourd'hui, DiagnoCure est une importante entreprise de développement de tests de détection pour les cancers de la vessie, de la prostate, du colon et du sein. Elle a établi plusieurs ententes pour la commercialisation, le développement ou l'achat de molécules, de tests de dépistage ou pour la recherche, que ce soit avec des universités, des entreprises ou des laboratoires de recherche. DiagnoCure a de plus, licencié plusieurs molécules et produits auprès d'entreprises spécifiques et est inscrite en Bourse. L'entreprise compte aujourd'hui une quarantaine d'employés, dont plusieurs Ph.D et des associés de recherche.

Ayant acquis une importante notoriété dans son champ d'expertise, il est appelé souvent à donner des conférences, à présenter ses travaux de recherche ou encore à participer à diverses rencontres réunissant les chercheurs du monde entier. Pourtant, il demeure toujours très actif au sein de son groupe clinique, dans ses activités de gestion de département tout en poursuivant ses tâches d'enseignement et de supervision de surspécialité. Il continue de pratiquer toutes ses passions qui l'animaient au début de sa carrière, l'immunologie, les greffes rénales et les chirurgies oncologiques.

Selon D^r Fradet, il reste encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine. Le Québec ne s'est pas encore doté d'un programme de dépistage du cancer de la prostate à l'instar de ce qui existe comme programme de dépistage du cancer du sein. Une meilleure connaissance et utilisation des combinaisons de traitement doit aussi être approfondie. Les tests de détection permettront de cibler avec plus de précision les traitements appropriés.

L'avenir de ses travaux est entre très bonnes mains, D^r Fradet le croit fermement. Son fils aîné est lui aussi urologue et poursuit actuellement un fellowship en Californie. Suivra-t-il les voies tracées par son père ? Sa fille est omnipraticienne et son plus jeune est ingénieur. D^r Fradet a cependant connu une dure épreuve lors du décès de son épouse, il y a trois ans, d'un cancer de l'ovaire. Une expérience de vie qui lui a confirmé la validité de ses recherches.



D^r Yves Fradet



Les travailleurs de l'ombre

Depuis quelques années, on entend beaucoup parler du développement professionnel continu (DPC) des médecins. Tout le monde s'y intéresse.

Par contre, il semble qu'on ne parle pas assez des transformations considérables qui ont eu cours dans ce domaine depuis 10 ou 15 ans, ni de l'évolution extrêmement rapide de la médecine et des soins de santé. On parle encore moins des gens qui se dédient, souvent bénévolement et dans l'ombre la plus totale, à aider leurs collègues à maintenir leurs compétences malgré tous ces changements.

D^r Alain Rousseau, un ophtalmologiste réputé, fait partie de ceux-là. À l'aube de ses 79 ans, ses contributions au niveau de la recherche, de l'enseignement universitaire et des sociétés savantes ont déjà été bien reconnues. Membre de l'Ordre du Canada, médaillé du 125^e anniversaire de la Confédération ainsi que du Jubilé de la Reine Élisabeth II, D^r Rousseau a également reçu de nombreux prix honorifiques, dont celui de la Société d'ophtalmologie du Canada pour l'ensemble des réalisations de sa carrière.



D^r Alain Rousseau

Connaissez-vous ses réalisations en DPC? Saviez-vous qu'il préside le comité de son association depuis maintenant 28 ans, et ce, malgré qu'il soit à la retraite depuis déjà 11 ans? Saviez-vous qu'il est le premier président du comité de DPC de la Société canadienne d'ophtalmologie, auquel il a consacré 5 ans, puis élaboré et dirigé le Programme de maintien du certificat de cette même société pendant ces 5 ans? Qu'il a été responsable de l'organisation des Journées ophtalmologiques de l'Université Laval pendant 27 ans et qu'il y organise encore les Journées de la recherche depuis 1997? Qu'il a contribué à l'organisation de pas moins d'une dizaine de congrès nationaux et internationaux?

La liste de ses réalisations est encore longue, mais nous avons préféré le rencontrer et vous présenter ses réflexions. Souriant comme toujours, il a bien voulu nous parler de sa vision du DPC même s'il se dit surpris et touché de toute l'attention qu'on lui porte. L'humilité des grands hommes m'étonnera toujours.

LS Que fait le comité de DPC de votre association?

AR Notre comité assure un soutien et une coordination des activités de DPC en ophtalmologie au Québec. Il est composé de représentants des régions et des quatre universités. Le comité se réunit une fois par année, ou plus souvent lorsque nécessaire. Les représentants des régions nous informent des besoins ressentis dans leurs milieux,

alors que les universitaires identifient les récentes avancées de notre spécialité, l'évolution de la technologie et les besoins non ressentis. Un plan quinquennal est déterminé selon ces besoins identifiés et celui-ci est revu sur une base annuelle. Notre rôle le plus important est sans doute de bien identifier les besoins de notre population cible pour les différentes activités qui se tiendront dans l'année à venir. On utilise alors la technique nominale de groupe pour les deux principales rencontres annuelles, soit les Entretiens Ophtalmologiques de l'Université de Montréal (EOUM), et les Journées Ophtalmologiques de l'Université Laval. La technique Delphi est aussi occasionnellement utilisée. Les résultats de ces travaux sont ensuite transmis aux comités responsables de chacune des activités qui construiront leurs objectifs pédagogiques en terme mesurable à partir de ces données. Actuellement, notre grand défi est d'élargir les champs de connaissances et d'actions des ophtalmologistes en pratique dans l'objectif de rendre plus accessible aux malades des soins plus spécialisés. Enfin, nous encourageons les visites en régions de conférenciers experts. Nous rendons la liste des conférenciers disponible à tous les regroupements de spécialistes intéressés. Nous avons d'ailleurs produit un cahier de référence dans l'organisation d'activités de FMC. On s'occupe enfin de l'agrément des activités par les universités lorsque les organisateurs locaux nous envoient leurs demandes.

LS Pourquoi y consacrez-vous autant d'énergie?

AR Parce que j'aime ça! Ce n'est pas que je n'ai pas autre chose à faire, mais je trouve ça intéressant. J'ai fait ma surspécialité dans le domaine de la chirurgie rétinienne à la Retina Foundation au Massachusetts Eye and Ear Infirmary, un endroit où l'incitatif à faire de la recherche était important, et où le volet enseignement l'était tout autant. Quand j'ai terminé ma formation, je me voyais mal ne faire que de la pratique médicale. Je me suis dit : je vais faire ma pratique de spécialiste en rétine, de la recherche clinique et de l'enseignement. J'ai obtenu un poste à l'Université Laval où j'ai d'abord démarré le programme de formation de résidents en ophtalmologie. J'ai commencé ensuite à m'intéresser à l'enseignement continu vers 1970. J'avais participé à beaucoup de congrès partout dans le monde

où j'ai été très actif et rencontré beaucoup de scientifiques. Il y avait beaucoup de choses intéressantes et je me disais : pourquoi ils ne viendraient pas le dire aux ophtalmologistes d'ici ? C'est de là que sont nées les Journées ophtalmologiques. Notre but était d'élargir le champ d'action des spécialistes dans le domaine des maladies de l'œil, de les mettre à jour sur ce qui se développait et les nouvelles avenues qui s'ouvraient. Cela a été agréable. Seulement, il faut maintenant prévoir une relève.

LS Comment décririez-vous l'évolution de la FMC dans votre association ?

AR Pour la majorité de nos activités, nous avons des objectifs pédagogiques appropriés. On essaie maintenant de modifier le format de nos activités pour y mettre plus d'interaction et diminuer le classique enseignement magistral. Je pense que les participants aiment ça. Ils veulent être actifs et on le fait de plus en plus. En 2005, dans une activité sur l'imagerie en ophtalmologie et les maladies de la rétine, on a fait des présentations de cas suivies de discussions avec l'assemblée. Il y a eu beaucoup d'interaction et ça a été formidable. On a rempli la salle tous les jours. Même à la dernière séance de la dernière journée, c'était encore plein ! Les médecins ont besoin de partager leurs problèmes.

LS Que pensez-vous du virage sur l'autogestion du DPC ?

AR Je pense que c'est très important. Il faut développer cet aspect, mais ce n'est pas évident, même pour les organisateurs. On est tous un peu de la même école ; on a une façon de faire l'enseignement depuis longtemps, avec un conférencier en avant qui projette des diapositives, et puis on s'endort. C'est aussi plus facile de recevoir passivement. Tout en évitant de faire un virage à 180 degrés, la nature humaine ayant horreur des modifications trop brusques, on pourrait changer notre approche de façon à avoir une participation plus active de l'auditoire et y intégrer l'autogestion. J'essaie actuellement de suggérer un projet ; identifier un sujet ou deux, parmi les thèmes présentés lors de nos activités annuelles, un sujet qui soulèverait des questions, peut-être existentielles à quelques participants. Par exemple, suis-je à jour dans mon approche diagnostique et thérapeutique de l'ulcère cornéen ? Cette question se soulève lors d'une présentation. Le conférencier propose un programme d'autoformation que le candidat pourra poursuivre plus tard chez lui, le tout pour rencontrer la section 3 d'autoévaluation agréée du Collège royal. La formule séminaire peut aussi devenir un stimulus d'autogestion de ses connaissances et offre l'avantage de rendre disponible un plus grand éventail de problèmes ; libre aux participants de faire un choix. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire que tout

le monde assiste à toutes les séances. C'est peut-être une autre façon de favoriser l'autogestion.

LS Comment voyez-vous l'avenir du DPC ?

AR Ce que je vois de plus important en ce moment pour notre association, c'est de répondre à la question : est-ce que l'on change réellement la pratique de nos membres ? Je ne suis pas sûr que l'on réussisse correctement. J'ai l'impression parfois que les spécialistes qui s'engagent dans un créneau ont de la difficulté à en sortir même s'il y a des besoins à l'extérieur. Mon défi numéro 1 est de trouver comment on peut changer et adapter le comportement des spécialistes aux besoins. Si on arrive à faire ça, je prends ma retraite !

LS Que conseilleriez-vous à vos collègues qui voudraient s'engager dans l'organisation du DPC ?

AR De se rappeler que le but principal restera toujours le soin au malade, que ce soit pour améliorer sa condition ou pour le guérir. Le défi de l'organisateur est d'identifier les problèmes et de trouver les meilleures façons de transmettre les questions à ses collègues, tout en leur fournissant des éléments de réponse. Bien souvent, c'est eux qui trouvent les réponses. Il s'agit donc de leur soumettre le problème.

LS Quel message aimeriez-vous transmettre aux médecins résidents ?

AR Continuez à apprendre. Le résident n'a pas fini d'apprendre quand il termine son cours : en fait, il ne fait que commencer. Ce qu'il a appris aujourd'hui, dans 10 ans, sera totalement obsolète. Ce sera complètement différent ; s'il le fait encore, c'est qu'il n'a pas fait son travail. La formation continue, c'est une capacité, une attitude et une façon de travailler qui s'acquiert pendant la résidence, et qui se réalise dans la pratique. Il faut que le résident maîtrise les données d'aujourd'hui, mais surtout qu'il apprenne à mettre en pratique les données de demain.

C'est grâce à l'engagement souvent méconnu de gens comme Dr Rousseau que le Québec peut compter sur des médecins parmi les plus compétents au monde. Je le remercie donc pour sa générosité hors du commun, et, à travers lui, remercie aussi tous les spécialistes impliqués dans les comités de DPC des associations affiliées. Je me souhate, comme patient, qu'ils continuent longtemps à nous faire bénéficier de leurs temps, leurs connaissances et leurs talents.

LS

En tant qu'actionnaire, aurai-je droit à la pension de la sécurité de la vieillesse à ma retraite ?



La pension de la Sécurité de la vieillesse (PSV) est une prestation mensuelle versée, sur demande, à la plupart des Canadiens âgés d'au moins 65 ans répondant aux exigences relatives à la résidence. Le Programme de la Sécurité de la vieillesse est financé à partir des recettes fiscales générales du gouvernement du Canada, ce qui signifie qu'aucune réserve n'est accumulée, contrairement au Régime des rentes du Québec (RRQ).

Les pensionnés actuels dont le revenu personnel net est supérieur à 64 718 \$ doivent rembourser une partie ou

l'intégralité du montant maximum prévu pour la PSV. Les montants à rembourser sont normalement déduits de leurs prestations mensuelles avant qu'elles ne soient émises. L'intégralité de la PSV est récupérée lorsque le revenu net du pensionné est d'au moins 104 903 \$.

À la retraite, la flexibilité des retraits provenant du REER ou du FERR pourrait permettre une certaine réduction de la récupération, mais n'oublions pas que les retraits minimums obligatoires dans les FERR à partir de 72 ans viendront restreindre cette flexibilité, et ce, surtout pour ceux ayant des épargnes substantielles dans leur REER.

En tant qu'actionnaire, puis-je espérer éviter la récupération de la PSV en me versant des dividendes élevés une année et rien l'année suivante ?

Pour répondre à cette question, émettons deux hypothèses :

- Revenu total imposable avant dividende = 64 718 \$
- Dividende annuel nécessaire au maintien du coût de vie = 35 000 \$

Il est donc possible de récupérer la PSV en se versant des dividendes aux deux ans. Par contre, dans notre exemple, l'avantage n'est que de 1 511 \$ sur deux ans, soit un peu plus de 14,50 \$ par semaine (de quoi vous payer une bouteille de vin convenable). Sachez que plus votre coût de vie et vos dividendes à verser seront élevés, moins l'avantage sera intéressant.

Peu importe vos besoins, sachez qu'il est préférable de préparer, plusieurs années à l'avance, les retraits à effectuer au moment de la retraite afin d'éviter la récupération de la PSV et diminuer les impôts payables.

Établir une planification financière le plus tôt possible est l'idéal. Parlez-en à votre conseiller.

	Dividendes annuels		Dividendes aux deux ans	
	Année 1	Année 2	Année 1	Année 2
RRQ	7 000 \$	7 000 \$	7 000 \$	7 000 \$
PSV	6 028 \$	6 028 \$	6 028 \$	6 028 \$
REER/FERR	51 690 \$	51 690 \$	51 690 \$	51 690 \$
Dividende ⁽¹⁾	35 000 \$	36 693 \$ ⁽²⁾	70 000 \$	0 \$
Intérêts	0 \$	0 \$	0 \$	1 351 \$ ⁽³⁾
Revenu total	99 718 \$	101 411 \$	134 718 \$	66 069 \$
Récupération PSV	- 6 028 \$	- 6 028 \$	- 6 028 \$	- 203 \$
Revenu imposable	102 440 \$	104 556 \$	146 190 \$	65 866 \$
Impôt total	- 23 697 \$	- 24 273 \$	- 36 182 \$	- 15 760 \$
Revenu net	69 993 \$	71 110 \$	92 508 \$	50 106 \$
Revenu net sur 2 ans	141 103 \$		142 614 \$	
Avantage	1 511 \$			

⁽¹⁾ Nous avons émis l'hypothèse que la totalité du dividende était non admissible.

⁽²⁾ La société ayant versé 35 000 \$ la première année au lieu de 70 000 \$, nous avons supposé un rendement d'intérêt de 6 % sur 35 000 \$ (moins l'impôt) s'ajoutant au versement de dividende de la seconde année.

⁽³⁾ Intérêt de 6 % obtenu sur l'excédent de la première année des dividendes aux deux ans par rapport aux dividendes annuels (92 508 \$ - 69 993 \$)



SOGEMEC ASSURANCES

DR GILLES ROBERT DIRECTEUR AFFAIRES ÉCONOMIQUES
ET PRÉSIDENT DE SOGEMEC ASSURANCES INC.

Sogemec Assurances inc. aujourd'hui

Le marché de l'assurance est de plus en plus compétitif, comme vous avez pu le remarquer. Vous êtes donc sollicités régulièrement.

En quoi Sogemec est-il différent des autres ?

Sogemec a pu se distinguer de la concurrence grâce à certaines particularités uniques. D'abord, nos affaires sont dictées par une éthique irréprochable. De plus, vous serez sans doute rassurés de savoir que notre conseil d'administration comprend cinq médecins spécialistes, nommés directement par votre Fédération, en plus de ceux de nos partenaires, les notaires, les ingénieurs et les médecins résidents, ce qui assure une bonne représentativité des membres et une saine gouvernance. Par contre, ce qui nous distingue vraiment de nos concurrents c'est que notre objectif premier est d'offrir un service impeccable, en toutes circonstances, notamment lors d'une réclamation et même de vous guider pour des représentations particulières.

Pour vous donner un aperçu de notre activité, nous avons réglé par l'entremise de notre assureur, 1 409 dossiers de réclamations en assurance automobile et habitation en 2007, ce qui représente

des déboursés de l'ordre de 5 578 362 \$, soit une réclamation par quatre clients ! Malgré l'ampleur de ce montant, nous avons pu conserver un très haut degré de satisfaction de notre clientèle grâce au remboursement rapide de ces réclamations. De plus, nous sommes là pour vous épauler si jamais pépin il y a.

Par ailleurs, dans le secteur de l'assurance invalidité, malgré une pression sur les primes, due au grand nombre de réclamants, nous avons pu offrir un service tout aussi irréprochable, comme en témoignent nos clients qui se disent satisfaits d'être indemnisés promptement.

Je tiens finalement à remercier les nouveaux venus qui ont joint nos rangs en ajoutant au-delà de 2 100 nouveaux contrats en 2007, pour en porter le total à 21 079.

Sogemec vous appartient. Nous sommes, avant tout, là pour vous, c'est notre raison d'être.



POUR TOUS VOS
BESOINS D'ASSURANCES

DES GESTES PRÉCIS, LES IDÉES CLAIRES

SOGEMEC

- :: VIE
- :: INVALIDITÉ
- :: MÉDICAMENTS
- :: MALADIE
- :: DENTAIRE

SOGEMEC LA PERSONNELLE

- :: AUTOMOBILE
- :: HABITATION
- :: ENTREPRISE

**:: CONTACTEZ-NOUS
1 800 361-5303**

514 350-5070 / 418 658-4244
Par courriel ou Internet :
information@sogemec.qc.ca
www.sogemec.qc.ca

Le seul courtier recommandé par :
FÉDÉRATION DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES DU QUÉBEC





Profitez des protections exclusives aux médecins spécialistes

Que l'on soit propriétaire, copropriétaire ou locataire, assurer sa résidence ou ses biens est une priorité qui mérite un examen attentif. Le montant de la prime est à considérer, bien sûr, mais aussi la qualité des protections offertes. À cet effet, certaines assurances habitation sont plus avantageuses que d'autres, comme celle offerte par La Personnelle aux membres de la FMSQ.

Vos besoins en assurance... nos protections de choix!

En plus de vous offrir une assurance habitation des plus complètes, La Personnelle vous permet de bonifier vos protections pour répondre à certains besoins particuliers. Réservé exclusivement aux membres de la FMSQ, l'**avenant 25c** regroupe une série de garanties et de protections bonifiées qui vous permettent d'augmenter le montant de la couverture d'assurance pour certains biens particuliers ou de valeur.

Des exemples concrets de vos avantages...

Vous êtes passionné d'art et vous possédez de nombreux tableaux, sculptures et peintures de vos artistes favoris? Saviez-vous que les contrats d'assurance habitation couvrent les objets d'art, mais qu'un montant d'assurance limité s'applique? Grâce à l'**avenant 25c**, la couverture de ces biens de valeur est bonifiée à 100 000 \$.

Vous utilisez un ordinateur portable à des fins professionnelles? Avenant qu'il soit volé dans votre voiture, votre contrat vous procure une protection maximale de 1 000 \$. Avec l'**avenant 25c**, la protection pour vos biens à usage professionnel passe à 10 000 \$, et ce, peu importe que le vol soit perpétré à la maison ou à l'extérieur.

Les bijoux, montres et fourrures sont des biens assujettis à une limitation de 3 000 \$ en vertu de votre contrat d'assurance habitation. En optant pour l'**avenant 25c**, la protection pour ce groupe de biens passe à 10 000 \$ en cas de perte ou de vol.

De plus, en cas de sinistre, le contrat d'assurance prévoit que vous n'avez aucune franchise à payer, mais seulement lorsque l'ensemble des biens assurés est déclaré perte totale. En ajoutant l'**avenant 25c**, vous ne payez aucune franchise pour tout sinistre de 50 000 \$ et plus, qu'il y ait perte totale ou non.

L'**avenant 25c** est offert sur une base optionnelle. Il peut donc s'avérer une option fort avantageuse pour protéger vos biens de valeur. Informez-vous!

Résumé de quelques protections bonifiées par l'avenant 25c

Exemples de biens faisant l'objet d'une limitation particulière	Protections bonifiées
Objets d'art, notamment les tableaux, peintures, dessins, gravures, estampes et lithographies (y compris leurs encadrements), les sculptures, statuettes et assemblages, ainsi que les tapis et tapisseries exécutés à la main (en cas de vol ou de perte)	100 000 \$
Biens meubles se rapportant à des activités professionnelles, notamment les livres, les outils, les instruments, les vêtements et les marchandises (sur et hors des lieux assurés)	10 000 \$
Bateaux, leurs garnitures, accessoires, équipements ainsi que leurs moteurs	3 000 \$
Remorques pour les bateaux	3 000 \$
Bijoux, pierres précieuses, perles, montres, fourrures et vêtements garnis de fourrure (en cas de vol ou de perte)	10 000 \$
Logiciels	5 000 \$
Articles en or ou en argent, ou plaqués or ou argent, et articles en étain (en cas de vol ou de perte)	15 000 \$
Cartes de crédit ou de débit (comprenant les transactions bancaires non autorisées effectuées par voie électronique, y compris Internet)	10 000 \$

Quand la force du groupe fait toute la différence

La FMSQ bénéficie d'un avantage de taille et a donc pu obtenir auprès de La Personnelle des privilèges exclusifs, comme l'**avenant 25c**.

La Personnelle est le plus important assureur de groupe auto et habitation au Québec et un des leaders canadiens. Plus de 550 organisations sont partenaires de La Personnelle, dont la FMSQ depuis six ans.

De plus, La Personnelle travaille en étroite collaboration avec Sogemec Assurances, le courtier en assurance groupe de la FMSQ, qui veille sur une base ponctuelle à ce que La Personnelle maintienne une offre des plus compétitives en matière d'assurances auto, habitation et entreprise. Cela comprend :

- des tarifs de groupe concurrentiels ;
- d'excellentes protections de base et des protections bonifiées exclusives ;
- un excellent service d'indemnisation accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Pour plus d'informations sur les protections que vous offre La Personnelle ou pour obtenir une soumission d'assurance auto, habitation ou entreprise, communiquez avec un agent certifié dès aujourd'hui : 1 866 350-8282

Vous pouvez aussi demander une soumission auto ou habitation en ligne au www.sogemec.lapersonnelle.com. Certains critères d'admissibilité s'appliquent à l'**avenant 25c**. Communiquez dès maintenant avec un agent de La Personnelle pour découvrir si vous pouvez profiter de cette offre avantageuse.



Par Jean-Philippe Chaput, MSc, Marie-Josée Poulin, MD, FRCPC et Angelo Tremblay, PhD

La prise de poids associée aux antipsychotiques : est-ce évitable ?

Les patients souffrant de troubles schizophréniques, schizo-affectifs ou bipolaires, ont des taux de mortalité et de morbidité supérieurs à ceux de la population générale, toutes causes confondues⁽¹⁾.

Leur risque d'obésité est de 3,5 fois plus élevé et celui de diabète de type 2 d'au moins 2 à 4 fois ⁽²⁾. Leurs problèmes de santé sont sous-diagnostiqués et sous-traités en raison d'un dépistage inadéquat, d'un suivi médical absent ou chaotique, d'un manque d'adhérence aux traitements, d'un manque de données étiologiques et statistiques et d'un manque de programmes cliniques adaptés à leurs besoins spécifiques ⁽³⁾. Ils ont souvent de mauvaises habitudes de vie, sont fumeurs et sédentaires, et négligents de leur santé globale. De plus, ils sont exposés à diverses médications, dont les antipsychotiques atypiques, associés à des problèmes de gain de poids et suspectés être associés à divers troubles métaboliques tels l'hyperglycémie, l'intolérance au glucose, le diabète de type 2, les dyslipidémies, les anomalies thyroïdiennes et hypophysaires (hyperprolactinémie) et la majorité d'entre eux auront à recevoir des traitements pharmacologiques sur de très longues périodes, voire la vie durant ⁽⁴⁾.

Les antipsychotiques atypiques (ou de seconde génération), médications apparues majoritairement depuis les années 90, reconnues d'efficacité égale ou supérieure à leurs prédécesseurs, peuvent tous causer des gains de poids ⁽⁵⁾. Cet effet secondaire n'est pas à sous-estimer compte tenu des nombreux risques pour la santé associés au gain de poids, altérant ainsi la qualité de vie de ces individus. Malheureusement, les études portant sur l'efficacité de programmes cliniques spécifiques visant à prévenir et traiter l'obésité et les troubles métaboliques associés chez cette clientèle sont peu nombreuses, manquent de validité, furent menées auprès de groupes restreints de patients et effectuées par du personnel peu expérimenté en psychiatrie.

Jean-Philippe Chaput est étudiant au doctorat en kinésiologie au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval et Angelo Tremblay est professeur à la Division de kinésiologie de l'Université Laval (Québec). Marie-Josée Poulin est psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale – CHRQ (Québec), chef-clinique du service Action-Santé et professeure au Département de psychiatrie de l'Université Laval.



LES RÉSULTATS ONT DÉMONTRÉ QUE LE POIDS CORPOREL AINSI QUE LE PROFIL DE RISQUE MÉTABOLIQUE CHEZ LES PATIENTS RECEVANT DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES PEUVENT ÊTRE PRIS EN CHARGE DE FAÇON EFFICACE.

Afin de pallier le manque de données scientifiques actuelles sur le sujet, nous avons récemment réalisé et publié une étude prospective qui visait à évaluer l'efficacité d'un programme clinique d'interventions comportementales axées sur le maintien d'un poids santé par l'acquisition de saines habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques régulières chez des individus ayant des troubles schizophréniques, schizo-affectifs ou bipolaires, et qui utilisent des antipsychotiques atypiques : clozapine, olanzapine, quéliatine et/ou rispéridone ⁽⁶⁾. Cette étude, la plus robuste dans le domaine jusqu'à ce jour, amène un vent d'espoir puisque les résultats ont démontré que le poids corporel ainsi que le profil de risque métabolique chez les patients recevant des antipsychotiques atypiques peuvent être pris en charge de façon efficace grâce à un tel programme.

Pour en arriver à cette conclusion, nous avons recruté 130 patients traités pour des problèmes psychiatriques à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et au Centre hospitalier Robert-Giffard (Québec) et les avons divisés en deux groupes de façon aléatoire. Dans le cas des patients inclus dans le groupe expérimental, ils étaient

invités à suivre une session de formation de 90 minutes portant sur les principes d'une bonne alimentation et sur l'activité physique. Par la suite, les patients prenaient part à deux séances hebdomadaires de conditionnement physique d'une heure pendant 18 mois. Supervisées par la kinésiologue Véronique Simard, ces séances se déroulaient dans une salle de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et comportaient des exercices aérobiques et de musculation. Afin d'évaluer l'efficacité de ce programme,

DANS UN MONDE IDÉAL, IL SEMBLE QUE CHAQUE PRESCRIPTION D'ANTIPSYCHOTIQUES DEVRAIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE D'UNE PRESCRIPTION D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

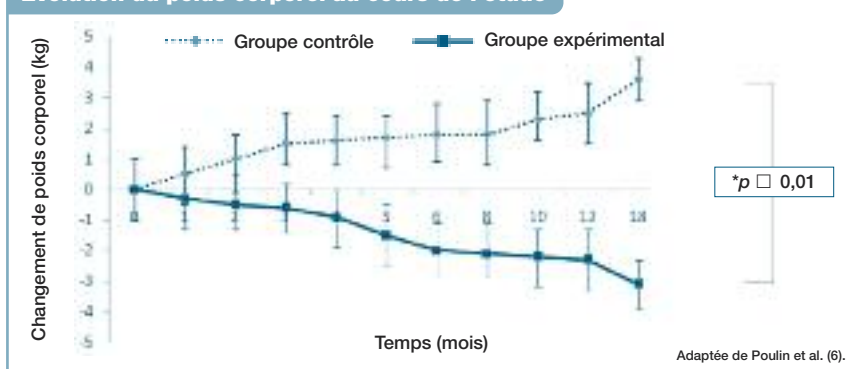
de 85 % dans les deux groupes et puisque la conformité des patients quant au programme d'activité physique a été remarquable, de tels résultats sont prometteurs. Ces résultats sont loin d'être insignifiants puisque cette étude d'envergure a permis de réduire de 75 % le facteur de risque d'être atteint par un problème cardiovasculaire chez les patients effectuant deux heures d'exercice physique par semaine pendant 18 mois en comparaison au groupe contrôle. De plus, l'effet « antidépresseur » de l'activité physique est bien connu et peut avoir un effet positif sur l'estime de soi de même que sur l'intégration sociale (7). Puisque ce type de programme ne fait pas partie intégrante des programmes de soins en psychiatrie et n'est généralement pas couvert par les programmes d'assurance santé, nous espérons que cette étude aura un impact sur l'importance attribuée à un programme de contrôle du poids conçu spécifiquement pour les patients qui prennent des antipsychotiques atypiques.

Ainsi, dans un monde idéal, il semble que chaque prescription d'antipsychotiques devrait être accompagnée d'une prescription d'activité physique.

LS

* Un tel programme est maintenant intégré dans les soins en psychiatrie au Centre hospitalier Robert-Giffard de Québec.

Évolution du poids corporel au cours de l'étude



nous avons mesuré différentes variables physiques et biochimiques auprès de ces patients et les avons comparées à celles d'un groupe témoin présentant les mêmes caractéristiques que le groupe expérimental. Tous ces patients prenaient des antipsychotiques atypiques depuis un peu plus de deux ans en moyenne et continuaient leurs suivis psychiatriques habituels auprès de leur(s) médecin(s) traitant(s). Or, au terme du suivi de 18 mois, nous avons observé une différence quant au changement de poids corporel de l'ordre de 6,7 kg entre les deux groupes, comme le montre la figure. De façon similaire, la circonférence de la taille de même que l'indice de masse corporelle (IMC) des patients du groupe témoin ont augmenté de 4,2 % et 5,5 %, respectivement, entre le début et la fin de l'étude. Leurs concentrations circulantes de mauvais cholestérol (LDL) et de triglycérides plasmatiques ont également augmenté de 14,8 % et de 12,3 %, respectivement. Par contre, les sujets qui ont pris part au programme de contrôle du poids affichaient une tendance inverse à tous les chapitres. Leur poids, leur tour de taille et leur IMC ont diminué de 4 % ou plus alors que leur taux de cholestérol HDL (hausse de 21,4 %), de cholestérol LDL (baisse de 13,7 %) et de triglycérides plasmatiques (baisse de 26,2 %) témoignaient des effets positifs du programme.

Cette démonstration est encourageante parce que la prise de poids induite par la prise d'antipsychotiques atypiques a de multiples effets pervers sur la santé : elle perturbe le profil lipidique, augmente les risques de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2, et constitue une entrave au bon suivi du traitement. De plus, puisque le taux d'adhérence observé a été

Références

1. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 212-217.
2. Allison DB, Casey DE. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 7): 22-31.
3. Poulin MJ, Cortese L, Williams R, Wine N, McIntyre RS. Atypical antipsychotics in psychiatric practice: practical implications for clinical monitoring. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 555-562.
4. Baptista T, Kin NM, Beaulieu S, de Baptista EA. Obesity and related metabolic abnormalities during antipsychotic drug administration: mechanisms, management and research perspectives. *Pharmacopsychiatry* 2002; 35: 205-219.
5. Taylor DM, McAskill R. Atypical antipsychotics and weight gain: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 416-432.
6. Poulin MJ, Chaput JP, Simard V, Vincent P, Bernier J, Gauthier Y, Lancôt G, Saindon J, Vincent A, Gagnon S, Tremblay A. Management of antipsychotic-induced weight gain: prospective naturalistic study of the effectiveness of a supervised exercise programme. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 980-989.
7. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2001; 322: 763-767.



WORD FROM THE PRESIDENT

DR. GAÉTAN BARRETTE

The Castonguay Report: a Survival Guide

The mandate of the group chaired by Mr. Castonguay was clear and straightforward: to address the problem of health financing. That is what it did, not only with regard to sources of income, but also their use. This was perfectly legitimate, because what is the point of talking about income if you do not make sure it is properly managed?

We believe that Mr. Castonguay's diagnosis is correct. Basically, he found that the collective wealth of Quebec cannot keep pace with the growth of government health expenditures and the result will be a yearly deficit of \$7 billion in 2017 if nothing is done. To correct the situation, he suggested two sets of measures: one relating to sources of income, the other to their management.

Let us first look at the increase in health costs. What really can be added? Of all the areas for which government is responsible, here or elsewhere, health is probably the only field where the economic forecasts of government and university experts and analysts, and those of the economic world in general, have come to pass. They told us health would account for 25%, then 33% and shortly 50% of the government budget, and they were right. There is certainly no reason to believe that current forecasts will not prove true. The forecasts have always called for decisions to be made to control expenditures, but the most that can be said is that this was very rarely done – which begs the question of when will action be taken? When the health budget represents 55% of government spending – or 60%, even 70%? In fact, when the population of Quebec finally stops burying its head in the sand, it will have to decide where this extra money is going to come from! That is the subject of the Castonguay report.

As far as financing is concerned, the question is not whether the solutions put forward are ideal, but whether they deliver the goods. We believe that they do. And, if so, will their impact mean that they will have to be swept aside? We do not think so. On the contrary, we note that Mr. Castonguay has been very careful to lay out all the guidelines needed so that such problems can be avoided, and the report shows a great deal of moderation in this regard. It is, in fact, a survival guide for the public system if we accept the fact that costs can only continue to rise and ultimately exceed the government's ability to pay. The mixed approach (provided that the public network is protected) bears no problem; nor does using a deductible which, as proposed by Mr. Castonguay, is still a very progressive step; a return to a higher sales tax, which we have mentioned several times in the past; and also the introduction of insurance.

The report's approach is also innovative as far as management is concerned. Who can possibly argue with productivity and efficiency? Or, alternatively, an improvement in the system's way of

doing things? As a background, the uneasiness expressed (or not) by most observers (even the Minister), who have not noted any sufficiently tangible change even though no less than \$6 billion has been added to health expenditures since 2000. But neither the public nor commentators realize that this amount has, to a great extent, been used to renovate a system that has been impoverished for too long. As an example, nearly \$1 billion has been spent during this period on upgrading specialized medical equipment, \$2.3 billion has been used to absorb hospital deficits, and how much has been spent on revamping decrepit facilities? It goes without saying that upgrading is like renovating. One room is added at best, but that does not mean the house is new because a portion of it now meets current standards. Not considering any tangible gains in terms of accessibility would then be normal.

The dangers of the report lie in the political arena, particularly if the policy is to move in the direction of only doing what is easy or politically advantageous – i.e., everything that concerns management and productivity. That is the danger. Remember what happened to the Rochon report when only half of it was put into effect. The next 15 years were disastrous. Yet Mr. Castonguay's report is clear. Whatever the scenario. Other sources of financing must be found. We find it extraordinarily simplistic to think that only new management methods, a changeover to "purchasing services", or increased productivity will halt the rise in costs. The reasons are both simple and obvious. For some years now, the government has had measures in place that enable it to obtain goods for the lowest cost possible, and this particularly applies to medical supplies. It is also the case for medications and specialized medical equipment. Probably, no financial benefit can be gleaned from this area. Under such circumstances, do we really think that we can achieve a nearly 10% gain (\$4 billion) in productivity and "improved" management? Productivity means producing a larger number of services, each at a lower unit cost. Since the related costs (to those services) are already low, does this mean that the next round of gains will be at the expense of health professionals, who include physicians? The government could move in this direction.

The Castonguay report gives a measured statement of the situation and suggests avenues that we believe to be viable and those include **together**, and not separately, management and financing measures. as a result it should be clearly understood that, although we support the principles underlying healthy management and productivity, we will never agree to physicians' professional independence being called into question nor to them being penalized because of an inability to make appropriate and timely decisions when we finally come up against the unavoidable and clearly signposted bankruptcy of Quebec's health budget.



RENSEIGNEMENTS SOMMAIRES CONCERNANT LA PRESCRIPTION

CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS

CLASSE THÉRAPEUTIQUE : Agent antiémétique

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

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

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

RENSEIGNEMENTS SUR L'INNOCUITÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ADMINISTRATION

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

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

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

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS SUR LE PRODUIT

EFFETS SECONDAIRES SIGNALÉS APRÈS LE DÉBUT DE LA COMMERCIALISATION :

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

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

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

TRAITEMENT :

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

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

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

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

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

STABILITÉ ET RECOMMANDATIONS D'ENTREPOSAGE

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

FORMES POSOLOGIQUES OFFERTES

Capsules de CESAMET 1 mg : chaque capsule de gélatine dure n°2, corps blanc et calotte bleu opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3101 » sur le corps, contient 1 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 50 capsules.

Capsules de CESAMET 0,5 mg : chaque capsule de gélatine dure n°4, corps blanc et calotte rouge opaque, portant le logo « ICN » sur la calotte et l'inscription « 3102 » sur le corps, contient 0,5 mg de nabilone, disponible en bouteilles de 50 capsules.

CESAMET est considéré comme un narcotique et assujéti aux contrôles en vigueur pour ce type de substance.

Pour obtenir ce document, ainsi que la monographie complète rédigée à l'intention des professionnels de la santé, communiquez avec Valeant Canada limitée/Limited au numéro: 1-800-361-4261. Ce document a été rédigé par Valeant Canada limitée/Limited.

Dernière révision : 15 septembre 2004.

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

RECONNAISSEZ-VOUS VOTRE PATIENT?



UN TRAITEMENT D'APPOINT S'IMPOSE

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

‡Relatifs aux teneurs 0,5 mg et 1 mg. Médicament d'exception en Saskatchewan.

^NCESAMET^{MD} (nabilone) est indiqué pour le traitement de la nausée et du vomissement aigus liés à la chimiothérapie anticancéreuse.

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

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

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

[†]IMS Health Canada : Canadian Compuscript Audit, données mensuelles, janvier 2006 à novembre 2007, prescriptions totales distribuées.

nabilone
CESAMET^{MD}
Régulateur de symptômes

VALEANT
Valeant Canada Inc. / Limited

CCPP

Service à la clientèle 1-800-361-4261

Référence : 1. Monographie de produit CESAMET, septembre 2004.



Voir le sommaire posologique