

LE SPÉCIALISTE



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Vol. 17 n° 4 – Décembre 2015

LES TROUBLES ALIMENTAIRES **COMPORTEMENTS À RISQUE**

POURQUOI CE N'EST PAS SIMPLE ?

PAGE 7

LE PROJET SYRA

PAGE 18

D^R DOMINIQUE GARREL

PAGE 34

TOUT SAVOIR POUR BIEN ASSURER MA RÉSIDENCE SECONDAIRE (PAGE 36)

Sogemec
ASSURANCES

L'OFFRE EXCLUSIVE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

UNE MARGE DE CRÉDIT AVANTAGEUSE POUR NAM

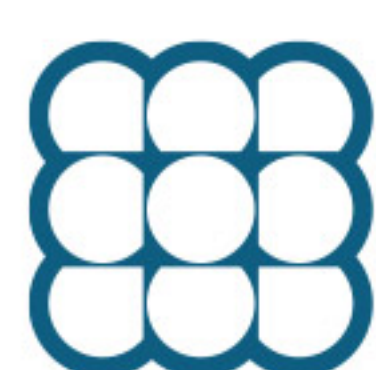


ASTUCIEUX

EN ADHÉRANT À L'OFFRE
EXCLUSIVE, PROFITEZ D'UNE
MARGE DE CRÉDIT RÉPONDANT
À VOS BESOINS SPÉCIFIQUES:

- Taux d'intérêt avantageux de 2,70 %¹
- Options de remboursement flexibles
- Aucuns frais de gestion

desjardins.com/fmsq



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



Desjardins

Coopérer pour créer l'avenir



CONCOURS PRIX IMS BROGAN 17^e ÉDITION

Deux bourses de 3 000 \$ à gagner

DESCRIPTION DU CONCOURS

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

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

OBJECTIFS

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

DESCRIPTION DES PRIX DÉCERNÉS

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

- importance de l'observance du traitement médicamenteux;
- meilleur traitement dans le cas d'une maladie donnée;

- revue de l'utilisation de médicaments dans un contexte clinique;
- utilisation efficace de médicaments les uns par rapport aux autres dans un contexte clinique.

RÈGLEMENTS

L'auteur principal (premier auteur) de l'article doit être un médecin spécialiste membre d'une association affiliée à la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Tout article original paru dans une revue pharmaceutique ou médicale spécialisée (excluant les entrevues et articles de journaux) au cours de l'année civile (de janvier à décembre 2015) peut être soumis à condition qu'il appartienne à l'une des catégories précisées ci-dessus. De plus,

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

SÉLECTION DES ARTICLES

Les articles seront soumis par leurs auteurs qui devront les faire parvenir, **avant le 31 janvier 2016**, au directeur de la Direction du développement professionnel continu de la **Fédération des médecins spécialistes du Québec**, 2 Complexe Desjardins, porte 3000, C.P. 216, succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8. Ils seront ensuite évalués par un comité de sélection mis sur pied par la Direction.

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



RBC Banque Royale

Le Forfait privilège RBC : une offre remarquable à un coût très avantageux !

Comme membre de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), vous pouvez bénéficier de l'un des plus avantageux forfaits de services bancaires du marché. Grâce à notre offre remarquable, vous économisez et obtenez d'intéressantes bonifications sur vos prêts.

La FMSQ et RBC Banque Royale : un partenariat privilégié

RBC Banque Royale® entretient une relation d'affaires privilégiée avec les membres de la FMSQ en offrant depuis 1995 un ensemble complet de services bancaires spécialement adapté aux médecins spécialistes.

Le Forfait bancaire privilège RBC

Petit prix. Grande valeur.

Le Forfait bancaire privilège RBC vous en donne plus pour votre argent.

Forfait bancaire VIP RBC® : Obtenez une réduction sur les frais mensuels de ce forfait, soit une économie annuelle de 235 \$. En plus de recevoir un service prioritaire, vous pouvez notamment effectuer un nombre illimité d'opérations, accéder aux Services bancaires mobiles¹ RBC®, et choisir l'une de nos cartes de crédit de prestige sans frais annuels.

Carte Visa Infinite⁺ Voyages^{MC} RBC® : Cette carte vous donne la possibilité d'accumuler de précieux points RBC Récompenses® et de les échanger contre des billets d'avion pour le vol de votre choix, sur n'importe quelle compagnie aérienne, sans période d'interdiction ni restriction de sièges.

À titre de client élite, profitez d'avantages de voyage exclusifs tels que des surclassements gratuits (selon les disponibilités) et des tarifs privilégiés lorsque vous effectuez vos réservations. Qui plus est, vous pouvez compter sur la carte Visa Infinite Voyages pour vous fournir la couverture d'assurance dont vous avez besoin et voyager en toute tranquillité d'esprit.

Et ce n'est pas tout ! Conscients de la valeur de votre temps, nous vous invitons à tirer parti d'un service de conciergerie haut de gamme, une gracieuseté de Visa Infinite. Un simple appel téléphonique vous permet d'obtenir de l'aide en tout temps, où que vous soyez. Que ce soit pour organiser une sortie, réserver une bonne table, acheter des billets pour des événements spéciaux, la conciergerie Visa Infinite peut répondre à pratiquement toutes vos demandes.

Marge de crédit Royale® : Accédez à des fonds facilement et rapidement, grâce à une marge de crédit qui vous est offerte au taux préférentiel, soit le plus bas taux du marché.

Pour en savoir davantage sur nos solutions et services conçus pour répondre à vos besoins personnels :

- composez le 1 800 80 SANTÉ (1 800 807-2683)
- passez à la succursale la plus près de chez vous

Une banque de conseils
pour vous guider^{MC}



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

COMITÉ ÉDITORIAL

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

ÉDITRICE DÉLÉGUÉE

Nicole Pelletier, ARP, directrice
Affaires publiques et
Communications

RESPONSABLE DE L'ÉDITION

Patricia Kéroack, réd. a.
conseillère en communication

RÉVISION

Annie Dallaire
Angèle L'Heureux

GRAPHISME

Dominic Armand

PUBLICITÉ

France Cadieux

IMPRESSION

Imprimerie F.L. Chicoine

TIRAGE

14 500 exemplaires

POUR NOUS JOINDRE

RÉDACTION

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

PUBLICITÉ

☎ 514 350-5274
✉ 514 350-5175
✉ fcadieus@fmsq.org
🌐 magazinelespecialiste.org

Fédération des médecins

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

POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

DÉPÔT LÉGAL

4^e trimestre 2015
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1206-2081

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social. La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe les spécialités suivantes : anatomopathologie ; anesthésiologie ; biochimie médicale ; cardiologie (adulte ou pédiatrique) ; chirurgie cardiaque ; chirurgie colorectale ; chirurgie générale ; chirurgie générale oncologique ; chirurgie générale pédiatrique ; chirurgie orthopédique ; chirurgie plastique ; chirurgie thoracique ; chirurgie vasculaire ; dermatologie ; endocrinologie et métabolisme ; endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité ; gastro-entérologie ; génétique médicale ; gériatrie ; gérontopsychiatrie ; hématologie ; hématologie et oncologie pédiatrique ; immunologie clinique et allergie ; maladies infectieuses ; médecine communautaire ; médecine d'urgence ; médecine d'urgence pédiatrique ; médecine de l'adolescence ; médecine de soins intensifs (adulte ou pédiatrique) ; médecine du travail ; médecine interne ; médecine interne générale ; médecine maternelle et foetale ; médecine néonatale et périnatale ; médecine nucléaire ; médecine physique et réadaptation ; microbiologie médicale ; néphrologie ; neurochirurgie ; neurologie ; neuropathologie ; obstétrique et gynécologie ; oncologie gynécologique ; oncologie médicale ; ophtalmologie ; oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale ; pathologie générale ; pathologie hématologique ; pathologie judiciaire ; pédiatrie ; pédiatrie du développement ; psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie légale ; pneumologie (adulte ou pédiatrique) ; psychiatrie ; radio-oncologie ; radiologie diagnostique ; rhumatologie et urologie.

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

Les articles portant signature n'engagent que leur auteur. Tous droits réservés. Le contenu ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

LES ANNONCEURS DE CETTE ÉDITION

• Desjardins	2
• ims health brogan	3
• RBC Banque Royale	4
• Financière des professionnels	6
• La Personnelle	8 et 12
• Telus	16
• Ministère de la Santé et des Services sociaux	24
• Sogemec Assurances	37
• MultiD	40

SOMMAIRE

7 L'ÉDITORIAL DE LA PRÉSIDENTE

Pourquoi ce n'est pas simple ?



9 LES ACTUALITÉS FÉDÉRATIVES

13 EN MANCHETTES

17 DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

18 PARLONS FACTURATION

19 QUESTION DE DROIT

34 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

D^r Dominique Garrel



35 FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS

36 SOGEMEC ASSURANCES

38 THE PRESIDENT'S EDITORIAL

Why Isn't It Simple?

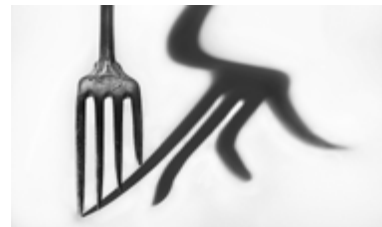
39 SERVICES AUX MEMBRES

Avantages commerciaux

21 DOSSIER

LES TROUBLES ALIMENTAIRES : COMPORTEMENTS À RISQUE

22 TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



25 TROUBLES ATYPIQUES



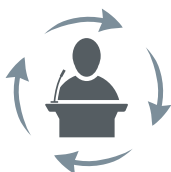
27 PERTE DE POIDS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

29 RÉPERCUSSIONS ENDOCRINIENNES



32 CHIRURGIES BARIATRIQUES





TOURNÉE
de conférences
2016

RÉTROSPECTIVE, PERSPECTIVES ET STRATÉGIES FINANCIÈRES

LES ENJEUX :

LA CHINE, LE PÉTROLE ET
LES POLITIQUES MONÉTAIRES

UN RENDEZ-VOUS ANNUEL UNIQUE!

Nos experts partagent avec vous leur point de vue et leur vision stratégique de la conjoncture mondiale.

- / Comment la croissance économique de la Chine affecte-t-elle les prévisions des marchés?
- / Quel est l'impact du bas prix du pétrole sur les économies canadienne et mondiales?
- / Quel effet la normalisation de la politique monétaire américaine aura-t-elle sur les rendements?

DÉTAILS ET INSCRIPTION

fprofessionnels.com/perspectives



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de Financière
des professionnels depuis 1978

GESTION DE VALEURS

Dr^e Diane Francœur

POURQUOI CE N'EST PAS SIMPLE ?

Le ministre tour de contrôle : il est partout, se mêle de tout et veut tout contrôler. Un personnage avec qui nous n'avons pas le choix de vivre... pas simple ! Il a encore beaucoup de projets dans ses cartons pour 2016, ce ne sera pas simple, non plus.

Sa prochaine initiative : le financement à l'activité. Vous pouvez toutefois vous immuniser contre cette attaque : reprenez le contrôle de votre hôpital blessé et fragilisé par la Loi 10. Sans effort, point de salut ! Si vous ne l'avez déjà fait, il est vraiment temps de vous positionner comme médecin : ne manquez aucune réunion de service, de département ou de CMDP. Comme chef, assurez-vous de bien comprendre la dynamique du budget, des achats, de l'évaluation des coûts opérationnels, et ce, pour être en mesure d'évaluer le financement de chacun des épisodes de soins dans lesquels vous êtes impliqués. Qui mieux que vous connaît la réalité et la complexité des soins que vous dispensez ? Vous ne laisserez quand même pas cela uniquement dans les mains d'un gestionnaire administratif ?

Vous trouvez que j'exagère ? Demandez aux collègues de radio-oncologie qui ont été mis à ce régime minceur depuis le printemps 2014 et qui doivent conjuguer avec le fait que seul le premier quartile du coût est pris en compte dans l'évaluation budgétaire, peu importe ! Nous devons nous préparer, car ce sera le prochain lapin que le ministre sortira de son chapeau. Et, comme chaque fois, nous serons visés lorsque le fait sera accompli. Lorsque nous aurons une meilleure idée de ce qui s'en vient, nous essaierons de prévoir des séances de formation afin de vous fournir les outils nécessaires pour que vous deveniez des incontournables de ce financement, qui risque de vous limiter dans votre pratique s'il ne tient pas compte de toutes vos réalités.

Difficile de garder le cap à travers toutes ces accusations publiques qui nous font passer pour des voleurs et des profiteurs... D'un côté, les

chroniqueurs, les analystes, les commentateurs et les éditorialistes qui n'ont jamais à faire la preuve de ce qu'ils avancent. De l'autre, les partis d'opposition, Diane Lamarre en tête, qui se gargarisent de tout ce qu'ils peuvent ajouter, voire inventer, pour nous faire passer pour des escrocs. Ce que la politique partisane peut faire ! Facile de donner son opinion, quand ce qu'on pense n'a aucune incidence sérieuse, quand on n'a rien à prouver ! Pas mal plus difficile de donner une opinion médicale lourde de conséquences sur la vie d'un patient lorsqu'il n'y a pas de bonnes réponses, d'annoncer la mort à venir ou la triste fatalité. Mais, moi, je ne changerais pas ma place de médecin spécialiste avec quiconque !

Nous n'avons pas besoin de démontrer la spécificité de la médecine spécialisée, nous livrons ! En plus de ce qui est notre quotidien, pensons aux chirurgies de pointe et aux travaux de recherche publiés par nos pairs québécois. Nous offrons une qualité de soins qui fait envie ailleurs, vous le savez et le constatez dès que vous sortez du Québec pour des congrès internationaux. Il est toutefois temps que ce dénigrement cesse. Référez ces bien-pensants à cette excellente série télévisée, *De garde 24/7*, qui met la pratique médicale en perspective. J'en profite, en votre nom, pour remercier et féliciter chaudement nos collègues qui ont généreusement ouvert leur quotidien, leur expertise, leurs doutes, leurs émotions, leur tête et, surtout, leur cœur. Tout le monde en parle (sans jeu de mots), les commentaires sont dithyrambiques (à raison), les téléspectateurs sont émus (on les comprend), les chroniqueurs en redemandent (nous aussi). Alors, c'est quoi le problème ? Lequel de tous ceux qui se réclament défenseurs du public aurait envie de prendre la place de ces médecins, ou en serait même capable, dans un des épisodes ?

Parlant d'expertise, un mot sur notre récente Journée de formation interdisciplinaire. Quelle belle journée ! Plus de 1 000 médecins spécialistes ensemble, soucieux d'acquérir de nouvelles connaissances et de rester au fait dans leur spécialité, pour devenir encore meilleurs. Je veux d'ailleurs féliciter les trois récipiendaires de prix d'excellence en transfert des soins, une VRAIE démonstration de collaboration et d'interdisciplinarité.

Ceci est mon dernier éditorial de l'année 2015. Une année difficile, mais comme dit à Nietzsche : « ce qui ne nous tue pas, nous rend plus fort ! Même si l'année 2016 ne présage rien de positif, nous sommes forts ! » Merci à mon équipe : les membres du conseil d'administration, les directrices et directeurs, les membres du personnel de la Fédération, les délégués, les présidents et le personnel des associations !

Pour 2016, je me permets de rêver que Gaétan Barrette rangera son bâton et réalisera que la collaboration avec les médecins est le meilleur moyen de faire des choses positives pour le système public de santé, que Diane Lamarre rangera sa cassette bassement partisane et verra enfin les médecins comme une plus-value pour le Québec, que les détracteurs des médecins, tous confondus, cesseront de critiquer pour le plaisir d'être lus, vus ou entendus et réaliseront que si c'était simple, ça se saurait !!!

Je vous souhaite de très joyeuses fêtes ! Après les événements de Paris, réalisons encore plus que la famille est irremplaçable... Prenez-en bien soin, surtout quand vous n'êtes pas de garde.



Ensemble,

La Personnelle et Sogemec Assurances vous donnent accès à des tarifs de groupe exclusifs et des protections personnalisées pour vos assurances auto, habitation et entreprise

La Personnelle : l'assureur de groupe choisi par Sogemec Assurances pour la FMSQ

Obtenez vos tarifs de groupe exclusifs!

1 866 350-8282

sogemec.lapersonnelle.com



Sogemec
ASSURANCES



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.

SUR LA SCÈNE POLITIQUE

DU CÔTÉ DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Présenté le 28 novembre 2014, le projet de loi n° 20, Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, a finalement été adopté sans recourir au bâillon le 10 novembre dernier avec 63 voix pour, 48 contre (aucune abstention). Depuis le 26 mai, après 28 séances, la Commission de la santé et des services sociaux aura consacré plus d'une centaine d'heures à l'étude détaillée de ce projet de loi. Plus d'une centaine d'amendements ont été déposés par le ministre, notamment ceux ayant trait aux frais accessoires. Plus d'une trentaine d'amendements en provenance des oppositions ont également été présentés, débattus puis rejetés par le parti ministériel.

Le 5 novembre dernier, la Commission de la santé et des services sociaux a amorcé l'étude détaillée du projet de loi n° 44, Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, dont le principe a été adopté le 23 septembre. Ce projet de loi pourrait être adopté avant la fin de la présente session parlementaire prévue le 4 décembre.

Un nouveau projet de loi a été présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 22 octobre dernier : le projet de loi n° 66, Loi portant sur les activités funéraires. Il s'agit pratiquement du même projet de loi qu'avait présenté son prédécesseur, Yves Bolduc, en 2012. Ce projet de loi était « mort » au feuillet en raison du déclenchement des élections.

Les travaux de l'Assemblée nationale reprendront le mardi 9 février 2016.

DU CÔTÉ DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

Le nouveau gouvernement Trudeau a été assermenté le 4 novembre dernier. Les travaux commenceront le 3 décembre prochain.

OUTILLER LES MÉDECINS EN GESTION



De gauche à droite : D' Louis Godin (FMOQ), Toby Messier, Philippe Gauthier et Joel Neves Briard, tous trois d'OMÉGA ainsi que D' Diane Francoeur (FMSQ).

Cette année, un groupe d'étudiants en médecine a fondé l'organisme sans but lucratif OMEGA (pour l'organisation médicale étudiante en gestion des affaires), afin d'offrir une panoplie de conférences pour que chaque futur médecin soit convenablement outillé et puisse devenir un leader en gestion de la santé. Ces conférences veulent enrichir la formation professionnelle existante : elles touchent les domaines de l'organisation, de l'administration de la santé, du leadership médical, du droit de la santé et des finances personnelles et organisationnelles.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec, à l'instar de la FMOQ, s'est associée au projet qui comporte une série de 44 conférences faites aux 4 campus universitaires. La Fédération fournira des conférenciers et experts reconnus dans leur sphère d'activité.

Parmi les formations disponibles, OMEGA offre un projet de « shadowing » où un étudiant est exposé au quotidien d'un médecin gestionnaire, ainsi qu'un projet de simulation en gestion où les étudiants auront l'occasion de mettre à profit leurs apprentissages.

Avis de nomination

La présidente du conseil d'administration de Sogemec Assurances inc, filiale de la FMSQ, D^{re} Diane Francoeur, est heureuse d'annoncer la nomination de madame Chantal Aubin à titre de directrice générale, et ce, en date du 1^{er} décembre 2015.



Possédant une solide expérience dans le domaine de l'assurance, ayant occupé un poste de direction pour un assureur pancanadien, M^{me} Aubin s'est jointe à l'équipe de Sogemec en décembre 1997 d'abord à titre de directrice, administration des régimes. Elle occupait depuis janvier 2014 le poste de directrice, adjointe au directeur général.

Par son expertise, son leadership, ses valeurs et son grand souci de la qualité des services offerts, M^{me} Aubin contribuera à la poursuite de la croissance de Sogemec Assurances.

Sogemec
ASSURANCES

LA 8^e ÉDITION DE LA JFI : UN SUCCÈS

Pour la première fois depuis sa création en 2008, la Journée de formation interdisciplinaire de la FMSQ s'est tenue à Québec.

Acette occasion, près de 1 050 participants ont assisté à l'une des formations offertes parmi un choix de 10 sessions associatives et 12 sessions fédératives.

Lors du petit-déjeuner, la présidente, D^{re} Diane Francoeur, a remis les prix d'excellence en transfert des soins et les prix Gilles-Hudon. Cette année, la cuvée fut exceptionnelle. De nombreux dossiers de candidature ont été étudiés par le jury, qui a attribué non pas deux prix pour le prix d'excellence en transfert des soins, mais trois.

RÉCIPIENDAIRES DES PRIX D'EXCELLENCE EN TRANSFERT DES SOINS

PROJET D'APPROCHE INTERPROFESSIONNELLE D'OPTIMISATION DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES AU CHUM (OPTIMAH)



D^{re} Annik Dupras,
interniste et gériatre au
Centre hospitalier
universitaire de Montréal,
instigatrice et
co-responsable du projet
d'approche interprofessionnelle
d'optimisation des soins aux
personnes âgées au CHUM
(OPTIMAH).

OPTIMAH est une approche de soins hospitaliers mieux adaptée à la personne âgée comprenant une série d'actions préventives et thérapeutiques de nature organisationnelle et clinique. L'équipe est composée de gériatres, d'infirmières spécialisées, de nutritionnistes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'audiologistes, d'orthophonistes, de pharmaciens, de gestionnaires cliniques et d'administrateurs. Depuis 2007, l'approche OPTIMAH a été déployée graduellement dans

les trois urgences ainsi que dans toutes les unités hospitalières du CHUM. Des experts internationaux en gériatrie¹ ont reconnu OPTIMAH comme l'une des rares initiatives concrètes de prévention de la dépendance iatrogénique chez les aînés dans des services de spécialités non gériatriques.

TRANSITION EN ADULTE DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE DE CROHN ET DE COLITE (TRACC)



D^{re} Dominique Lévesque,
gastro-entérologue
pédiatrique, CUSM
Hôpital de Montréal pour
enfants et fondatrice du
projet TRACC.

TRACC est un programme qui favorise la transition des patients atteints de la maladie de Crohn et de la colite ulcéreuse. Le programme améliore la prise en charge des patients pédiatriques lorsque ceux-ci deviennent adultes. Une des réussites les plus importantes du programme TRACC a été la mise sur pied d'une journée d'éducation pour les adolescents et leurs familles. On y présente un programme d'éducation à la transition riche, innovateur et dynamique ainsi que des ateliers uniques. La journée d'éducation en sera à sa troisième édition montréalaise, le 2 avril 2016.

PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE LA CLINIQUE ANTIDOULEUR DU CHUM



**D^{re} Maria Grisell
Vargas-Dreyer,**
anesthésiologiste,
responsable du
programme en
collaboration avec
une équipe multidisciplinaire.

La Clinique antidouleur du CHUM, par son programme d'éducation thérapeutique, offre aux patients des outils favorisant la prise en charge de leur santé. Les patients apprennent à acquiescer et à conserver des compétences qui les aident à vivre de façon optimale avec leur maladie, diminuant ainsi leur isolement. Le programme a eu un impact important dans la vie des gens en augmentant leur niveau d'activité physique et leur temps de loisir, en les aidant à pratiquer des activités de relaxation, et en leur faisant prendre conscience du lien entre leur douleur et leur humeur. Le programme a permis à l'équipe de mieux partager sa vision du patient, d'identifier ceux qui nécessitent une prise en charge individuelle à long terme et de transmettre à un nombre significatif de participants des notions de base qui, autrement, auraient dû être présentées individuellement.



¹ Lafont C, Gérard S, Voisin T, Pahor M, Vellas B. Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés? Cah. Année Gériontol. 2011;3(1):6-26.

RÉCIPIENDAIRES DU PRIX GILLES-HUDON



Dr Bernard Lespérance,
hémato-oncologue à
l'Hôpital du Sacré-Cœur
de Montréal et professeur
agréé de clinique à
l'Université de Montréal.

Dr Lespérance a commencé sa carrière en 1989 et a contribué de façon soutenue à l'enseignement, au perfectionnement des méthodes d'enseignement de son service et au développement du cours de sciences hématologiques du programme de médecine de l'Université de Montréal. En 1999, il a été le cofondateur du Groupe d'études en oncologie de Québec, un organisme à but non lucratif dont le mandat est de faciliter et de promouvoir la communication et la coopération des différents professionnels impliqués dans le diagnostic, l'investigation, la recherche et le traitement des différentes formes de cancer.



Dr Richard Lessard,
médecin spécialiste en
santé publique et
médecine préventive, ex
directeur de la Direction
de santé publique
de Montréal.

Dr Lessard a contribué au développement du programme de formation en ligne de section 3 *Pour influencer, bâtir un consensus : le cas du pont Jacques-Cartier*, disponible sur la plateforme d'apprentissage en ligne de la FMSQ. Tout au long des six mois de développement de cette activité de DPC, Dr Lessard a multiplié les occasions de transfert d'expertise. Il a su établir les standards de collaboration qui se sont développés entre les unités de DPC des associations et la direction du DPC. Ce modèle collaboratif de haut niveau permet maintenant à la FMSQ de développer des formations de grande qualité et d'offrir des formations novatrices.



LE SAVIEZ-VOUS?

La direction du Développement professionnel continu de la FMSQ vous offre des webinaires accrédités en section 1 sur des sujets d'actualité. Par exemple, en 2015, un webinaire sur le programme du maintien du certificat et un autre sur l'approche basée sur les compétences ont été offerts. Si vous avez manqué l'un de ces webinaires, vous pouvez les réécouter en tout temps; ils sont entièrement disponibles sur la plateforme de DPC de la FMSQ.

Vous trouverez aussi sur la plateforme des cours en ligne gratuits accrédités en section 1, 2, et 3, accessibles 24 heures par jour, 7 jours sur 7, également des lignes directrices, des documents cliniques et diverses ressources.

N'hésitez pas à nous faire connaître vos suggestions pour de futures formations à dpc@fmsq.org.

PLATEFORME D'APPRENTISSAGE EN LIGNE DE LA FMSQ

1 AN DÉJÀ!

Soulignant la première année d'existence de la plateforme d'apprentissage de la FMSQ, le directeur du Développement professionnel continu, Dr Sam J. Daniel, a tenu à souligner les 10 formations les plus populaires en remettant aux formateurs un certificat de mérite. Ces formations sont :

MIEUX GÉRER SON TEMPS (S3)

Dr François Goulet

DIAGNOSTIC DE L'APNÉE DU SOMMEIL (S2)

Dr Kateri Champagne

LES HABILITÉS DE GESTION D'UN CHEF DE DÉPARTEMENT (S1)

Dr Michèle Drouin et
Dr Diane Francoeur

TRAITEMENT DU REFLUX CHEZ L'ENFANT (S3)

Dr Véronique Morinville

UNE TOUCHE DE FIÈVRE – ÉTUDE DE CAS (S1)

Dr Rosie Scuccimarri

MODULES D'APPRENTISSAGES ACPM – TENUE DES DOSSIERS MÉDICAUX : ANATOMIE D'UNE POURSUITE (S2)

Dr Lorraine LeGrand Westfall

IMAGERIE CÉRÉBRALE CHEZ LE PATIENT EN SOINS CRITIQUES (S3)

Dr Donatella Tampieri

LA GROSSESSE... UNE HISTOIRE DE CŒUR : DYSPNÉE, PALPITATIONS ET SYNCOPE (S2)

Dr Florence Weber et
Dr Nadine Sauvé

POUR INFLUENCER, BÂTIR UN CONSENSUS : LE CAS DU PONT JACQUES-CARTIER (S3)

Dr Richard Lessard

L'INVALIDITÉ AU TRAVAIL : MIEUX L'ÉVALUER POUR MIEUX AIDER (S1)

Dr Martin Tremblay



Grâce à Sogemec Assurances, vous pouvez économiser plus avec La Personnelle

Vous êtes propriétaire d'une clinique ou
d'un cabinet privé?

Ensemble, La Personnelle et Sogemec Assurances
vous donnent accès à des tarifs de groupe exclusifs
et des protections personnalisées pour votre
assurance entreprise.

Obtenez vos tarifs de groupe exclusifs!



1 866 350-8282

sogemec.lapersonnelle.com/entreprise-fmsq

Sogemec
ASSURANCES



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.

PRIX ET NOMINATIONS

LA SOCIÉTÉ ROYALE DU CANADA HONORE DEUX CHERCHEURS EN NEUROLOGIE



Dr Alexandre Prat, neurologue au CHUM et chercheur au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, a été admis

au Collège des nouveaux chercheurs et créateurs en arts et en science de la Société royale du Canada. Dr Prat a permis de redéfinir les fondements moléculaires, cellulaires et fonctionnels de la barrière hémato-encéphalique. Sa recherche est à l'origine de thérapies originales et prometteuses pour le traitement de la sclérose en plaques.

La Société royale a également élu le titulaire de la chaire James McGill en neurologie et neurochirurgie, psychiatrie et génie biomédical de l'Institut neurologique de Montréal, Pr Alan Evans. Ses travaux ont permis de cartographier le cerveau humain. Il a redéfini le rôle de la neuroimagerie en développant des techniques et des outils maintenant utilisés partout au monde.

PRIX DU QUÉBEC



Dr Michel Chrétien, endocrinologue, membre associé de l'Institut de recherches cliniques de Montréal où il a fondé le Laboratoire de

neuroendocrinologie moléculaire, a reçu le prestigieux prix Wilder-Penfield 2015. Ce prix souligne la contribution exceptionnelle d'un chercheur à sa sphère d'activité.

PRIX DU Y DES FEMMES



Dr Cara Tannenbaum, gériatre à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) du CISSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, a

obtenu le prix Femme de mérite du Y des femmes, catégorie Santé. Dr Tannenbaum dirige la clinique de continence urinaire de l'IUGM et est professeure à la Faculté de médecine et à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

HOMMAGE POSTHUME DE L'ANQ



Lors de son congrès annuel, l'Association des neurologues du Québec a rendu un hommage posthume au **Dr Raymond**

Robillard, le fondateur de la FMSQ. C'est la fille unique du Dr Robillard, Anne, qui a accepté le prix en mémoire de son père.

PRIX DE L'ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA



Dr Paule Hottin, psychiatre à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, a reçu le prix de l'Académie canadienne de psychiatrie

gériatrique. Ce prix souligne l'apport exceptionnel d'un de ses membres à la psychiatrie gériatrique.

RECONNAISSANCE DES FONDATEURS DE LA FQC



La Fondation québécoise du cancer a honoré ses deux membres

fondateurs par la création de deux fonds de dotation de 100 000 \$ chacun. Les fondateurs, **Dr Pierre Audet-Lapointe**, obstétricien-gynécologue, et **Dr Michel Gélinas**, radio-oncologue, sont tous les deux retraités de la pratique médicale, mais poursuivent encore leur travail auprès de la Fondation qu'ils ont créée afin d'offrir du soutien aux personnes atteintes de cancer. Ce tandem a fait l'objet d'une chronique des Grands noms de la médecine au Québec dans notre édition de mars 2009.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RECHERCHES CLINIQUES



Dr Ernesto L. Schiffrin, interniste, chef du Département de médecine à l'Hôpital général juif de Montréal et professeur à l'Université

McGill, a reçu le prix du scientifique émérite 2015, l'un des prix les plus prestigieux remis par la Société. Ce prix souligne les contributions importantes de Dr Schiffrin à de nouvelles connaissances, son expertise,

l'innovation et ses efforts de recherche en hypertension. En tant que récipiendaire de ce prix, Dr Schiffrin a été invité à présenter certains aspects de sa recherche au cours du congrès annuel de la SCRC à Toronto en novembre dernier. Rappelons que Dr Schiffrin a été le Grand nom de la médecine au Québec dans notre édition de décembre 2010.

PRIX HIPPOCRATE 2015



Cinq psychiatres œuvrant à la Clinique Notre-Dame des Victoires, une entité de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, docteurs **Roch Hugo**



Bouchard, Xavier Devriendt, Sophie L'Heureux, Anne-Pierre Bouffard et Marc-André Roy ont reçu le prix



Hippocrate 2015 afin de souligner l'interdisciplinarité entre médecins et pharmaciens. Cette clinique communautaire se spécialise dans le traitement de jeunes



adultes marginaux qui ont perdu contact avec la réalité. La clinique offre aussi le programme Suivi intensif dans la communauté en



intervention précoce (SIIP), qui assiste des jeunes psychotiques directement sur le terrain. Le prix Hippocrate est remis par les Éditions Multi-Concept inc.

PRIX LANE ANDERSON 2014



Dr François Reeves, cardiologue au CHUM – Hôtel-Dieu et professeur à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, a été finaliste pour le prix

Lane Anderson 2014, un prix prestigieux remis par la Fitzhenry Family Foundation, honorant les auteurs des meilleurs livres scientifiques écrits au Canada au cours de la dernière année. Dr Reeves est l'auteur de *Planète cœur : santé cardiaque et environnement*, paru aux Éditions MultiMondes. Ce livre démontre notamment à quel point un environnement malsain peut conduire à des maladies du cœur.

PRIX DU CQDPCM



Le Conseil québécois du développement professionnel continu des médecins a remis son Prix de l'innovation pédagogique en DPC 2015 au projet *The Self-Directed Learning Compass (SDLC): A free online continuing professional development tool* de



l'équipe composée de M^{me} Francesca Luconi, Ph. D. (auteure principale) et de D^r Ivan Rohan (un des co-auteurs).

PRIX LA RECHERCHE



D^r Sébastien Jacquemont, médecin généticien et chercheur au CHU Sainte-Justine, a reçu le prix La Recherche 2015 remis par le magazine scientifique *La Recherche*. Ce prix, qui récompense ce qui se fait de meilleur en recherche en neurosciences dans la Francophonie, lui a été décerné pour souligner l'excellence de l'article *A higher mutational burden in females supports a female protective model in neurodevelopmental disorders* qu'il a publié en 2014 dans la revue scientifique *American Journal of Human Genetics*.

CRÉDIT : AMÉLIE PHILBERT

PRIX DES IRSC



D^r Jean-Claude Tardif, cardiologue, directeur scientifique du Centre de coordination des essais cliniques et directeur du Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal, a reçu le prix du conférencier émérite des Instituts de recherche en santé du Canada. Ce prix lui a été remis lors du Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire 2015.

PRIX DE L'APQ

L'Association des physiatres du Québec, qui fête ses 50 années d'existence, a souligné la contribution exceptionnelle de deux de ses membres lors de son congrès annuel.



D^r Richard Leclaire, anciennement du CHUM et aujourd'hui retraité, a reçu le prix Michel-Dupuis. Ce prix reconnaît la carrière exceptionnelle d'un physiatre en musculo-squelettique.



D^r Jean Fleury, de l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, a reçu le prix Gustave-Gingras. Ce prix reconnaît la carrière exceptionnelle d'un physiatre s'étant grandement démarqué quant au volet réadaptation de la profession.

NOUVELLES PARUTIONS

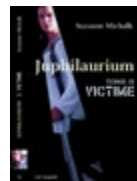
ÉTHIQUE CLINIQUE : UN GUIDE POUR ABORDER LA PRATIQUE



D^{rs} Annie Janvier et Antoine Payot, tous deux néonatalogistes au CHU Sainte-Justine, professeurs agrégés au Département de pédiatrie de la Faculté de médecine de l'Université

de Montréal et codirecteurs du programme de formation universitaire de 2^e cycle et du microprogramme en éthique clinique, ont publié *Éthique clinique*. Ce guide permet d'approfondir la question des enjeux spécifiques de la clinique, et ce, selon différentes approches (courants philosophiques et éthiques, liens entre éthique et droit, notions complexes de pluralisme des valeurs ou de qualité de vie). Ce guide est le premier d'une série de trois.

JUPHILAURIUM, TOME 2 : VICTIME



Le second tome de la trilogie médico-policière *Juphilaorium* écrite par D^{re} Suzanne Michalk, anesthésiologiste à l'Hôpital Santa Cabrini, est maintenant

disponible. Racontant l'histoire rocambolesque de D^{re} Élane Johnson, ce roman recoupe la médecine, le suspense et l'actualité dans un rythme endiablant.

LA FINANCIÈRE SOUTIENT LES PROCHES AIDANTS

Lors du deuxième Tour 360 de Financière des professionnels, 15 cyclistes ont parcouru des distances variant de 45 à 75 kilomètres pour soutenir les efforts de la Fondation de la FMSQ. Cette année, c'est un montant de 1 000 \$ qui a été amassé par les participants afin de financer des projets de répit pour les proches aidants. Merci en leurs noms !



L'INNOVATION EN SANTÉ : RÉFLÉCHIR ET AGIR



D^r Fabrice Brunet, cardiologue et président-directeur général du CHUM et du CHU Sainte-Justine, avec une quinzaine de collaborateurs, a publié *L'innovation en santé : Réfléchir et agir*. Ce recueil se veut un guide pratique : il vise l'amélioration de la performance des organisations du milieu de la santé et de ses acteurs en présentant le processus global de l'innovation mais aussi des concepts, des méthodes et des outils pratiques.

LE CANCER DE LA PROSTATE



Au Canada, un homme sur sept risque de développer un cancer de la prostate. Pour répondre aux questions qui ne cessent d'affluer sur le sujet, **D^r Fred Saad**, urologue au CHUM –

Notre-Dame, et **D^r Michael McCormack**, urologue au CHUM – Saint-Luc, ont mis à jour, pour une quatrième fois depuis 2004, leur livre *Le cancer de la prostate*. Cette nouvelle édition, revue et augmentée, intègre les nouvelles connaissances et avenues de recherche sur la question.

ÉDITION DU 50^e ANNIVERSAIRE



Sous la direction du directeur du département, **D^r Emmanuel Stip**, la revue *Santé mentale au Québec* a consacré un numéro complet afin de souligner le

cinquantième anniversaire du Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. D'une première cohorte de 3 résidents à ses débuts, ils seront bientôt 65 à compléter leur formation spécialisée. En tout, c'est plus de 600 psychiatres qui ont effectué leur formation à l'Université de Montréal.

EN ROUTE VERS LE 50^e ANNIVERSAIRE DE LA FMSQ

Dans quelques jours, plus précisément le 14 décembre, la FMSQ fêtera son cinquantième anniversaire. Acteur important du système public de santé et pour l'organisation des soins dispensés à la population, la Fédération est aujourd'hui devenue incontournable dans le paysage québécois.

Pour souligner ce passage, la FMSQ a préparé une édition hors série du magazine *Le Spécialiste*, que vous recevrez le ou autour de la date anniversaire. Ce numéro évoquera des faits saillants de l'histoire de la Fédération pour vous la faire connaître davantage à travers un demi-siècle de réalisations. Une édition à conserver !

En attendant de recevoir votre exemplaire, sauriez-vous répondre aux questions suivantes ?

1. Qui sont les associations fondatrices de la FMSQ ?
2. Qui étaient premier ministre et ministre de la Santé en 1965 ?
3. En quelle année votre association médicale s'est-elle affiliée à la FMSQ ?

Réponses :

1. Dix associations médicales ont signé la requête de constitution de la FMSQ : anesthésiologistes, psychiatres, ORL, neurochirurgiens, pédiatres, chirurgiens cardiovasculaires et thoraciques, internistes, radiologistes, physiatres et neurologues.
2. Jean Lesage (Libéral), Eric W. Kierans.
3. Vous trouverez ces dates et bien plus dans l'édition hors série.



MESSAGE IMPORTANT

AVEZ-VOUS ACTIVÉ VOTRE COMPTE ?



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

Si ce n'est encore fait,
n'attendez plus !
fmsq.org

Des offres sans fil irrésistibles



TELUS et la FMSQ vous offrent des forfaits mobilité exclusifs pour le temps des fêtes

Économisez dès aujourd'hui avec les forfaits sans fil avantageux de TELUS



1-855-310-3737



TELUSMD.COM



TELUS se réserve le droit de retirer ou de modifier cette offre en tout temps et sans préavis. Certaines conditions s'appliquent. Sur présentation d'une carte de membre valide. Ces tarifs sont uniquement disponibles dans la mesure où l'entente entre TELUS et la FMSQ demeure en vigueur. Cette offre ne peut être jumelée à aucune autre offre. Les frais d'itinérance et d'autres services payés à l'utilisation ne sont pas inclus. TELUS et le logo TELUS sont des marques de commerce utilisées avec l'autorisation de TELUS Corporation. © 2015 TELUS.



PAR SAM J. DANIEL, M.D. | DIRECTEUR
DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU – FMSQ

LE NOUVEAU CODE D'ÉTHIQUE DU CQDPCM

Pensez-vous organiser un cours, un congrès, un événement éducatif ou un symposium? Le faites-vous déjà? Savez-vous qu'un nouveau code d'éthique entrera en vigueur en janvier 2016? Ce code doit être respecté pour toute activité de développement professionnel continu (DPC) qui se tient au Québec, peu importe si la planification de cet événement se fait par une société savante ou par une organisation nationale ou internationale.

En effet, le Code d'éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) a préséance sur tout autre code de DPC, au Québec. Le but de ce code est de s'assurer que les activités de formation sont avant tout conçues pour aider les médecins à acquérir des connaissances ou des compétences, à les maîtriser ou à les parfaire en vue d'améliorer la qualité des services offerts aux patients. Il s'assure du fait que les activités de DPC sont planifiées, réalisées et gérées dans un but de formation qui répond aux besoins des apprenants et qu'elles ne servent donc, en aucun temps, à promouvoir un produit ou un service particulier. Ainsi, ni les organisateurs, ni les apprenants, ni les personnes-ressources ne doivent se trouver en situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel. Le Code vise également à prévenir toute ingérence d'un organisme subventionnaire dans le contenu scientifique d'une activité de formation.

QUELQUES GRANDES LIGNES DE CE NOUVEAU CODE

L'APPROCHE

Une approche méthodique doit être respectée dans toute activité de DPC : celle-ci doit inclure l'identification de la clientèle cible, une analyse des besoins répondant aux besoins de formation (perçus et non perçus) de cette clientèle, la définition d'objectifs d'apprentissage spécifiques correspondant aux besoins établis, l'utilisation de méthodes d'enseignement permettant l'atteinte de ces objectifs et favorisant l'interaction, et l'évaluation de l'activité

de DPC par les organisateurs ainsi que par les participants.

LES COMITÉS RESPONSABLES

Le Code prévoit que deux types de comités sont responsables d'une activité de DPC. Il s'agit du comité scientifique et du comité organisateur.

Le comité scientifique doit être complètement indépendant. Son rôle est de s'assurer du respect de l'approche méthodique en DPC. Il a le pouvoir décisionnel absolu et exclusif quant au contenu, à l'approche pédagogique et au choix des personnes-ressources (conférenciers, modérateurs, animateurs, panélistes, membres du comité scientifique, membres du comité organisateur, etc.). Le comité scientifique doit être conscient des biais, positifs et négatifs, que pourraient avoir les personnes-ressources ou les organismes subventionnaires. Il doit s'assurer que les contenus de l'activité de DPC sont objectifs, bien équilibrés, et que les diverses hypothèses et opinions reconnues puissent être exposées. Il doit contribuer à améliorer la pratique des participants et être libre de toute influence ou de tous biais inappropriés. Les organisateurs et les personnes-ressources sont tenus de divulguer aux participants toute affiliation financière et organisationnelle, et ce, dès le début de l'activité de DPC.

Le comité organisateur est responsable de la planification, de la réalisation et de la gestion d'une activité de DPC. Il interagit avec le comité scientifique et a un droit d'interrogation et de suggestion, mais n'a aucun pouvoir décisionnel en ce qui concerne le contenu ou les personnes-ressources de l'activité.

LE PROGRAMME

Le programme d'une activité de DPC doit préciser l'organisation responsable de l'activité, la clientèle cible, les objectifs de l'activité, le contenu ainsi que le format des présentations, les membres du comité scientifique et du comité organisateur, les personnes-ressources ainsi que les organismes subventionnaires. Par souci de transparence, la contribution

financière de toutes les organisations, qu'elles soient à but lucratif ou non, doit être indiquée sur le programme. Toutes les sociétés commerciales commanditaires doivent être indiquées au même endroit, en même temps, en utilisant la même dimension et la même police de caractères, et ce, sans logo.

L'association d'une partie ou de la totalité d'une activité de DPC (incluant le déjeuner), d'un conférencier ou du matériel distribué avec une société subventionnaire est proscrite.

LE REPAS

Tout repas intercalé dans une activité de formation fait partie de l'activité et peut être offert aux participants ou inclus dans les frais d'inscription. Toutefois, le repas ne doit pas avoir préséance sur l'activité de formation. De plus, le coût des activités sociales (à l'exception des repas intercalés dans les activités de formation) doit être entièrement assumé par les participants. Ces activités sociales doivent aussi être raisonnables.

LA RÉMUNÉRATION

Une rémunération peut être versée aux personnes-ressources d'un programme de DPC. Elle doit cependant provenir de l'organisation responsable de l'activité de DPC et non pas directement de l'organisme subventionnaire. Cette rémunération ne doit pas être accordée à d'autres personnes, par exemple aux membres de la famille des personnes-ressources. Un participant à une activité de DPC ne peut recevoir de compensation financière pour sa participation, sauf dans les cas où le médecin agit à titre d'employé, de délégué, ou de mandataire d'une organisation, ou bénéficie d'une allocation de ressourcement négociée avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Vous désirez plus d'information sur ce nouveau code d'éthique? Consultez le site du CQDPCM au (cemcq.qc.ca) ou assistez à l'un de nos futurs webinaires sur ce sujet.



PAR MICHÈLE DROUIN, M.D. | DIRECTRICE
AFFAIRES ÉCONOMIQUES – FMSQ

PARLONS FACTURATION

LE PROJET SYRA

Depuis quelques années, la RAMQ planche sur un projet de refonte des SYstèmes de Rémunération à l'Acte. Cette refonte deviendra réalité en 2016 et entraînera des changements significatifs à la façon de facturer des médecins spécialistes.

Voici en bref les éléments importants à connaître.

LES CONSTATS SUR LESQUELS S'EST BASÉE LA REFONTE :

- Les processus et les systèmes pour le mode de paiement à l'acte ont été conçus et mis en place au début des années 1980 ;
- Le logiciel d'évaluation des demandes de paiement (DP) n'est plus soutenu par le fabricant ;
- Le format fixe de la DP actuelle, la « castonguette », ne permet plus de répondre aux besoins de notre Entente ;
- Les limites du système actuel entraînent des délais importants dans l'application des modifications à l'Entente.

LA CLIENTÈLE VISÉE :

- Tous les médecins omnipraticiens et spécialistes, les dentistes et les optométristes.

Plus de 23 000 professionnels
gènèrent 51 millions de
demandes de paiement à l'acte !

LES RÉSULTATS RECHERCHÉS :

La RAMQ recherche pour sa clientèle professionnelle une modalité de facturation plus conviviale, un paiement définitif en une étape (abandon du prépaiement ou paiement en « 03 »), une application en ligne permettant aux médecins qui le désirent de facturer directement, sans l'intermédiaire d'un logiciel commercial de facturation. Pour les parties négociantes (MSSS et FMSQ), on prévoit une plus grande flexibilité dans l'introduction de nouvelles mesures et une diminution des délais dans l'application des modifications à l'Entente. Quant à la RAMQ, elle-même, elle verra une réduction significative du nombre d'évaluations manuelles nécessaires et un abandon de la DP papier.

QU'EST-CE QUI DEMEURE IDENTIQUE ?

- La capacité du médecin (et de son personnel) à facturer lui-même ;
- Pour le médecin, le choix de son logiciel de facturation ;
- Le choix pour le médecin de faire affaire avec une agence de facturation ;
- Le paiement aux deux semaines.

QUELS SONT LES CHANGEMENTS IMPORTANTS ?

- Une nouvelle DP électronique pouvant être complétée sans logiciel de facturation ;
- L'abandon des MODIFICATEURS uniques ou multiples* ;
- Le calcul du montant fait par la RAMQ elle-même ;
- La production de pièces justificatives sur demande seulement (plus d'envois systématiques) ;
- La disparition complète de la DP papier** ;
- Une bonification de la détection des erreurs dès l'entrée des données ;
- La possibilité d'annuler une DP et de refacturer immédiatement ;
- Un paiement toujours final (plus de prépaiement à suivre « à la trace ») ;
- Une refonte des codes explicatifs lors des refus, afin de rendre ceux-ci compréhensibles pour tous...

LES MÉCANISMES DE CONSULTATION :

La FMSQ siège à la Table quadripartite (RAMQ-FMSQ-FMOQ-MSSS) depuis le début du projet et a pu présenter ses préoccupations et discuter des enjeux touchant ses membres. Elle a, de plus, réuni des « tables d'utilisateurs », où des médecins facturant à l'acte, de plusieurs associations, ont pu échanger avec l'équipe de la RAMQ.

QUELQUES DATES IMPORTANTES

- Projet annoncé aux médecins par communiqué (mai 2015)
- Diffusion de la trousse technique aux agences (juin 2015)
- Mise en ligne de capsules vidéo d'informations aux médecins (novembre 2015)
- Changements sur le site Internet de la RAMQ
 - Guide de facturation
 - Rubriques d'actes (février 2016)
- Déploiement de l'application (1^{er} avril 2016)
- Disparition de la DP papier (31 décembre 2016)

La RAMQ travaille également avec les développeurs de logiciels, puisque la refonte nécessite pour eux des travaux importants et la mise à jour de leurs produits. Chaque développeur doit remettre un plan de déploiement par agence de facturation et doit réussir un test de conformité de son produit. La Régie élabore un plan de déploiement par semaine pour l'ensemble de la province et autorise les agences, individuellement, à transmettre leur facturation.

En conclusion, la refonte des systèmes de paiement à l'acte, à bien des égards, était devenue une nécessité. Les éléments proposés par la RAMQ nous apparaissent, dans l'ensemble, satisfaisants et, sous certains aspects, pourraient faciliter vos transactions avec la Régie. Soyez certain que nous serons vigilants afin de nous assurer que la transition d'un système à l'autre se fasse sans heurts et que, par la suite, un monitoring soit fait pendant la première année du nouveau système.

Suite en page 20



UN JOUR À SE SOUVENIR

Le 12 novembre, nous sommes parvenus à conclure une entente de principe avec le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la foulée de l'adoption du projet de loi n° 20. Au cours des derniers mois, nous avons déployé tous les efforts possibles et avons multiplié les rencontres avec les représentants du MSSS afin de conclure une entente dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins pour la population.

Nul besoin d'une loi à cet égard. Les discussions auront permis de trouver un terrain d'entente pour satisfaire aux quatre objectifs d'accessibilité prévus à la Loi et circonscrire l'application de l'article 39 du projet de loi n° 20, qui octroie des pouvoirs démesurés au ministre et qui s'avère inacceptable pour les médecins spécialistes.

Cet article octroie des pouvoirs hors de proportion au ministre de la Santé et des Services sociaux qu'il pourrait utiliser pour ne pas respecter les ententes conclues, les modifier lorsqu'elles ne sont plus à sa satisfaction et dicter de nouvelles normes. Il n'y a rien de plus éloquent pour démontrer le caractère excessif de ces pouvoirs que de citer certains des propos que le ministre a tenus lors des travaux de la Commission sur la santé et les services sociaux.

Jamais n'a-t-on vu une pareille atteinte à l'autonomie professionnelle des médecins. Jamais n'a-t-on vu un tel niveau de pouvoir entre les mains d'un seul homme, lui octroyant la possibilité de renier la parole de l'État par une simple mention sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Jamais n'a-t-on vu un tel encadrement abusif de la liberté d'exercice de la profession médicale; cette liberté qui a, depuis toujours, été garante de la qualité des soins offerts à la population, à l'abri de diktats gouvernementaux.

En permettant l'ingérence sans condition du ministre ou du gouvernement dans l'établissement des conditions et modalités de rémunération et de pratique des

médecins, la « Loi 20 » attaque également le processus de négociation collective qui a prévalu depuis toujours et qui a contribué à la mise en place de solutions concertées pour répondre aux défis de notre système de santé.

QUELQUES PROPOS DU MINISTRE DE LA SANTÉ AU SUJET DE L'ARTICLE 39

« C'est une mesure... C'est un article que je pourrais qualifier d'exception. Alors, ça, ça donne, disons, dans la catégorie pouvoir extrême, là, c'est le pouvoir extrême. Ça veut dire qu'avec cet article-là, un ministre peut tout gérer, décider où va l'argent, en fonction de tout, et peut-être exposer une multitude de travail. C'est un grand pouvoir, 39. »

« Entre de mauvaises mains, l'article 39 peut causer beaucoup de désordre. »

« Entre certaines mains, ça peut avoir des effets délétères et de perturbation du réseau. C'est trop de pouvoir. »

La nouvelle loi 20 bafoue les droits des médecins spécialistes. Mais à l'heure où les médecins sont pris à partie par une frange de la population, d'aucuns se lèvent pour dénoncer cette dérive législative. Le gouvernement s'abstient de jouer son rôle de gardien des valeurs de notre société et renie également l'histoire du Parti libéral qui a une tradition d'ardent protecteur des droits et libertés.

De leurs côtés, les partis d'opposition abdiquent leurs responsabilités et versent dans la démagogie en exacerbant plutôt le sentiment faisant des médecins les boucs émissaires des problèmes d'accessibilité aux soins, alors qu'ils subissent au contraire, eux-mêmes, tous les jours nombre de contraintes qui les empêchent de prodiguer leurs soins de façon optimale à leurs patients.

Éditorialistes et journalistes suivent la marche en s'abstenant pour la plupart, de dénoncer ce dérapage, ou d'autres l'agrémentent allègrement en renchérissant davantage. Les riches médecins n'ont pas la cote alors ils deviennent une cible facile et utile.

Ah! On aime bien notre médecin comme individu, mais le groupe auquel il appartient est moins bien perçu. Même d'autres syndicats, pourtant habituellement très prompts à dénoncer toute violation aux droits de leurs membres et le recours du gouvernement à l'imposition de lois spéciales, demeurent cois ou profitent de l'occasion pour prétendre à un certain favoritisme envers la communauté médicale.

Les augmentations de rémunération obtenues par les médecins au cours des dernières années sont alors utilisées à tort comme étant la cause des compressions budgétaires et de tous les maux de notre système de santé alors que les médecins sont les premiers à avoir été contraints d'étaler pour une troisième fois en dix ans le rattrapage auquel ils avaient eu droit. Rappelons à nouveau que ce rattrapage n'est pas le fruit d'un caprice, mais a été

déterminé après plusieurs années de négociation et suite à l'intervention d'un médiateur objectif choisi par les parties, ce médiateur ayant fait une longue carrière de haut fonctionnaire pour l'État québécois et ayant été récompensé des plus grands honneurs par la société québécoise.

Malgré toute la réalité derrière l'octroi de ce redressement de rémunération des médecins québécois, plusieurs se plaisent à poursuivre leur campagne de dénigrement à l'encontre des médecins et à les affubler de tous les maux. Que les personnes que l'on choisit d'élire démocratiquement versent dans la même démagogie est des plus navrant.

L'adoption du projet de loi n° 20 devrait être décriée par tous comme constituant une attaque sans précédent à nos valeurs démocratiques, les dispositions concernant l'encadrement de la pratique médicale ou celles concernant les pouvoirs du ministre attirent peu l'attention ou sont même saluées par certains qui, sans nul doute, s'attribuent probablement néanmoins des qualités de grands démocrates!

Les principales réactions à l'égard du projet de loi n° 20 concernent plutôt les dispositions concernant les frais accessoires qui y ont été rajoutées in extrémis par le ministre. Bien qu'il s'agisse là d'un enjeu important, on l'aborde à nouveau pour reprocher aux médecins leur mercantilisme ou pour soutenir qu'ils devraient assumer eux-mêmes ces frais. Rien de moins.

Encore une fois, la réalité est toute autre et démontre que l'existence des frais accessoires résulte d'un sous-financement des cliniques médicales qui s'explique en raison de l'évolution des technologies et d'un désengagement graduel de l'État à l'égard des frais d'exploitation des cliniques.

À l'image de la campagne de dénigrement qui sévit contre les médecins, plusieurs attribuent divers torts à la Fédération, prétendant qu'elle favorise la facturation de ces frais aux patients alors que nous avons plutôt tenté à diverses reprises d'obtenir des gouvernements successifs qu'ils financent adéquatement les activités en clinique. Or, le ministre a été clair

à l'effet que le gouvernement ne disposait pas des budgets nécessaires à cette fin. La Fédération entend néanmoins demeurer vigilante afin de favoriser l'accessibilité aux soins.

En bref, le 10 novembre, jour de l'adoption de la loi par l'Assemblée nationale, restera un jour sombre, un jour que les médecins ne doivent pas oublier. Un jour où l'État québécois aura adopté une loi odieuse et antidémocratique qui cible et ostracise les membres d'un groupe déterminé de la société en leur imposant des façons de faire et en les pénalisant s'ils ne les respectent pas. Un jour à se souvenir.

Toutefois, la conclusion de notre entente permettra de favoriser véritablement l'accessibilité aux soins pour la population, car la contribution et l'expertise des médecins spécialistes sont davantage un gage de réussite que l'application aveugle de diktats gouvernementaux. Que peu de personnes s'en inquiètent est des plus déconcertant.



LE PROJET SYRA

Suite de la page 18

Il est important pour chacun des médecins spécialistes facturant à l'acte :

1. de surveiller toutes les communications de la RAMQ;
2. de visiter régulièrement le site Internet de la RAMQ;
3. et surtout, de communiquer d'ores et déjà avec son fournisseur de logiciel ou son agence de

* ABANDON DES MODIFICATEURS

Les manuels RAMQ des médecins spécialistes comptent quelques centaines de modificateurs simples et multiples venant moduler le tarif des actes.

Dans le cadre du projet SYRA, ils disparaîtront complètement pour être remplacés par des menus contextuels, ou seront d'emblée appliqués sans qu'aucune intervention soit nécessaire.

Quelques exemples :

- Lorsque l'âge du patient vient modifier un tarif, celui-ci s'ajustera automatiquement par le biais du numéro d'assurance maladie;
- Si un acte est majoré en urgence selon un horaire précis (soir, nuit...), l'heure du service deviendra un champ à remplir;

- Si un contexte particulier peut influencer un tarif, par exemple, le fait que l'acte soit fait en salle d'opération, un menu contextuel apparaîtra.

** ABANDON DE LA DP PAPIER

L'utilisation de la DP papier a chuté de façon très importante dans les dernières années.

En 2014, 1 438 médecins spécialistes ont transmis au moins une DP papier; parmi eux, 1 164 en ont utilisé moins de 100 pour toute l'année. De plus, près de 700 de ces mêmes spécialistes l'ont utilisé uniquement pour transmettre des documents complémentaires.

Si vous avez des questions à la suite de cet article ou si vous avez des sujets que vous voudriez que l'on aborde, écrivez-nous à parlonsfacturation@fmsq.org.



LES TROUBLES ALIMENTAIRES

COMPORTEMENTS À RISQUE

VOUS AVEZ UN PATIENT INQUIET QUI NE SAIT VERS QUI SE TOURNER ET VOUS DEMANDE CONSEIL. SON HISTOIRE RESSEMBLE PEUT-ÊTRE À LA VÔTRE OU À CELLE D'UN DE VOS COLLÈGUES AVEC QUI VOUS AVEZ DÉJÀ PARLÉ. EN QUELQUES MOTS, VOICI CE QUE VOTRE PATIENT VOUS CONFIE :

18 h 30, l'heure du repas du soir. Malgré la bonne humeur qui règne à table, votre patient s'inquiète du comportement de son adolescente qui trouve toutes les excuses possibles afin de quitter rapidement la table : arrivée inopinée d'une amie, besoin d'étudier pour un examen imprévu, etc. Ce petit manège persistant éveille déjà quelques soupçons.

Votre patient craint qu'elle soit anorexique comme bien d'autres jeunes filles dont les médias font grandement mention. Il a peur. Il sait qu'à l'âge de sa fille, son corps ne cesse de changer, qu'il n'a pas vos connaissances pour vraiment voir la différence. Pourtant, son intuition lui dit qu'il doit s'inquiéter. Il vous demande : « Dois-je lui en parler ? La confronter ? Sinon, à qui, quand et comment dois-je en parler ? Et si je ne le fais pas, que peut-il arriver ? Aidez-moi, docteur ! »

Ces questions vous ont probablement déjà été posées.

Dans ce dossier, Le Spécialiste fait une incursion dans les troubles de l'alimentation... et pas seulement chez les jeunes ! Votre patient vous a parlé de son adolescente, mais il aurait pu tout aussi bien s'agir de son garçon, d'une amie, de sa sœur ou de sa mère, car les troubles de l'alimentation frappent aveuglément. Et, à tout âge.



PAR RICHARD E. BÉLANGER, M.D., FRCPC*
ET NATHALIE GINGRAS, M.D., MSC, FRCPC*

RECONNAÎTRE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Au-delà des soi-disant kilos en trop, des regards rapides vers le miroir ou des indulgences de fin de soirée se situent les troubles du comportement alimentaire. Prenant habituellement racine au cours l'adolescence, ces problèmes de santé touchent une part non négligeable de la population.

Au cours d'une vie, les risques de présenter soit de l'anorexie, soit de la boulimie ou un trouble hyperphagique (ou hyperphagie boulimique) se situeraient respectivement à 0,9%, 1,5% et 3,5% pour les femmes et 0,3%, 0,5% et 2% pour les hommes en Amérique du Nord¹. Ce sont principalement les préoccupations alimentaires, corporelles et pondérales qui caractérisent les mois et les années abimés par la maladie. Constantes et envahissantes, ces préoccupations dictent des actions telles que la restriction alimentaire, les vomissements volontaires (purgations) ou certains comportements compulsifs. Finalement, ces comportements se répercutent tous sur le fonctionnement psychologique et la santé physique. Le plus récent compendium des troubles de la santé mentale (DSM-5) décrit six troubles typiques (voir le tableau ci-dessus pour les quatre plus fréquents). Bien que non exclusifs à l'adolescence, il est rare de les voir apparaître avant la puberté ou après l'âge de 40 ans. Globalement, c'est un jeune sur 20 qui en est atteint².

Autant les cliniciens que la littérature scientifique décrivent l'accroissement de la fréquence de ces troubles, leurs débuts plus précoces et la diversification de leurs présentations. Les tendances actuelles comme l'exclusion de tout gras de l'alimentation et le culte du sport poussé à l'extrême peuvent faciliter l'enracinement de conduites

Caractéristiques des troubles du comportement alimentaire les plus prévalents

Nom	Caractéristiques
Trouble de la prise alimentaire évitant/restrictif	Désordre de l'alimentation ou des conduites alimentaires (ex. manque d'intérêt évident, évitement de certaines textures ou goût; inquiétudes autour de certaines aversions) se manifestant par une incapacité à atteindre les besoins nutritionnels et énergétiques nécessaires, en plus d'une perte de poids, de déficits nutritionnels, d'une dépendance aux suppléments, ou d'un dysfonctionnement psychosocial.
Anorexie nerveuse	Restriction relative des apports énergétiques face aux besoins menant à une limitation pondérale selon l'âge, le genre, le développement et la santé physique. Elle est associée à une peur intense de prendre du poids ou d'être incapable de corriger la situation, et à une perturbation des perceptions/du vécu face à son corps/poids.
Boulimie	Épisodes récurrents (au moins hebdomadaires) de crises de boulimie (excès alimentaire sur une période de temps limitée associé à une impression de perte de contrôle) menant à des comportements compensatoires inappropriés (ex. vomissements, exercices excessifs). L'estime de soi devient sur influencée à tort par le poids et l'apparence corporelle.
Trouble hyperphagique	Épisodes récurrents (au moins hebdomadaires) de crises de boulimie menant à une détresse marquée durant l'incident et caractérisés par plusieurs des éléments suivants : manger excessivement rapidement, jusqu'à l'inconfort, en l'absence d'appétit, seul dû à l'embarras, avec dégoût de soi/culpabilité/déprime à la suite.

Source : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth Edition. Arlington, VA : American Psychiatric Association, 2013.

malsaines dans des terreaux fertiles. Certains sports, combinant à la fois performance sportive et souci de l'apparence et du corps parfait, sont plus à risque; à titre d'exemple, on peut penser à la gymnastique, au patinage artistique et à la danse. Au cours des dernières années, plusieurs marqueurs génétiques ont été identifiés comme prédicteurs de maladie. Les gènes expliqueraient de 50 à 80% de la variance dans les études de jumeaux³. Cette vulnérabilité génétique pourrait s'exprimer, entre autres, au

niveau des traits du tempérament souvent retrouvés comme facteurs prédisposants, soit le perfectionnisme et l'inhibition. En plus, certaines maladies où l'alimentation est au premier plan telles que les maladies inflammatoires intestinales, le diabète ou les allergies alimentaires présentent une proportion plus élevée de personnes atteintes d'anorexie. Bien que, jusqu'à tout récemment, presque exclusivement féminine, cette pathologie touche de plus en plus de garçons, près d'un pour dix filles, et particulièrement dans le groupe

* D^r Bélanger est pédiatre au CHU de Québec, professeur adjoint sous octroi à la Faculté de médecine de l'Université Laval et chercheur au Centre de recherche du CHU de Québec. D^{re} Gingras est psychiatre et chef du Département de pédopsychiatrie du CHU de Québec. Elle est également professeure titulaire et directrice du Département de psychiatrie et de neuroscience de l'Université Laval.

COMPORTEMENTS
À RISQUE

des plus jeunes. Des recherches sont en cours afin de préciser certains déterminants pouvant influencer l'évolution de la maladie, la thérapeutique à favoriser ou, tout simplement, certaines particularités du contexte québécois.

L'identification d'un trouble du comportement alimentaire devrait être une priorité pour le clinicien compte tenu de sa durée souvent prolongée et de la morbidité associée. Les troubles du comportement alimentaire devraient en fait arriver en tête de liste des diagnostics différentiels de plaintes médicales courantes, en plus de faire l'objet d'un dépistage soutenu au sein des groupes à risque.

De la fatigue, une perte de poids, un sous poids sur les courbes de croissance (ou une simple stagnation en période de gain attendu), ou encore une baisse de l'humeur devraient mener le clinicien à un examen approfondi de l'alimentation, des activités physiques et des préoccupations liées au corps. Les choix alimentaires d'un individu présentant un trouble du comportement alimentaire sont habituellement dictés par des pensées concrètes, obsédantes et limitées.

On voit ainsi apparaître le décompte des calories, l'exclusion d'aliments ou de groupes alimentaires entiers, les pertes de contrôle, les critiques culinaires et les séances d'exercices répétés sans plaisirs. L'isolement, surtout autour des repas, est typique; cela peut laisser suspecter de la gêne alimentaire ou tout simplement le saut d'un repas. Tout régime devient suspect, car il peut être le point de départ de la maladie. Les séances prolongées au miroir, les pesées répétées, les références soutenues à son poids ou à celui des autres sont fréquentes. Des moments prolongés à la salle de bain devraient faire suspecter aux parents des séances de purgation. Pour ce qui est des garçons, l'intérêt marqué ou subit pour le besoin de développer une masse musculaire imposante est à surveiller.

**TIPIQUEMENT, IL N'EST PAS RARE QUE
LES PREMIÈRES VISITES MÉDICALES SOIENT
RÉALISÉES À LA DEMANDE DE L'ENTOURAGE
INQUIET DE CHANGEMENTS DRASTIQUES
OU D'UNE PERTE DE POIDS RELATIVE.**

Typiquement, il n'est pas rare que les premières visites médicales soient réalisées à la demande de l'entourage inquiet de changements drastiques ou d'une perte de poids relative. En effet, c'est rarement une démarche personnelle qui mène à la consultation, limitant souvent la portée d'un questionnaire purement individuel. Cela ne devrait jamais, par contre, décourager les intervenants de bien nommer leurs inquiétudes autour de l'émergence d'un possible trouble du comportement alimentaire. C'est aussi vrai pour le jeune ou pour l'adulte présentant un surplus pondéral. Des comportements restrictifs chez ceux-ci ont même pu être encouragés et félicités au départ. Comme la présence d'un trouble hyperphagique et de boulimie est très souvent associée à l'obésité, il est recommandé d'en tenir compte dans la prise en charge et dans le traitement des problèmes du surpoids. Une étude a démontré qu'entre 5 et 50 % des candidats à une chirurgie

bariatrique semblent présenter un trouble hyperphagique⁴.

Certains changements physiques comme la perte de cheveux ou l'absence de menstruations sont des opportunités pour le clinicien d'exposer les conséquences souvent précoces d'une restriction, même chez le jeune en surpoids. Par contre, il est extrêmement important de noter que, pour la majorité des personnes atteintes d'anorexie, l'investigation biologique toute nécessaire ne devrait pas reconforter le clinicien sur la gravité de la situation. Même dans des conditions de sous poids sévères, ces derniers sont habituellement normaux. C'est alors seulement à partir d'une bonne compréhension de ces maladies et d'une approche empathique que les professionnels de la santé réussiront à identifier

la présence d'un trouble du comportement alimentaire.

Certains seront tentés d'utiliser des questionnaires spécifiques pour les reconnaître (EAT-26, EDI). Au départ, le propre de ces conditions est souvent de nier une problématique, ce qui limite grandement la valeur de ces questionnaires. Par contre, ils peuvent être pour le clinicien

un bon outil afin de faciliter une discussion sur la présence de préoccupations et mener à une référence aux cliniques spécialisées.

RÉFÉRENCES :

1. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
2. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Joek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord* 2014; 47(6) : 610-9.
3. Helder SG, Collier DA. The genetics of eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci* 2011; 6:157-75.
et Slof-Op 't Landt, MC, van Furth EF, Meulenbelt I, Slagboom PE, Bartels M, et al. Eating disorders : from twin studies to candidate genes and beyond. *Twin Res Hum Genet* 2005;8(5):467-82.
4. Wadden TA, Faulconbridge LF, Jones-Cornille LR, Sarwer DB, et al. Binge eating disorder and the outcome of bariatric surgery at one year : a prospective, observational study. *Obesity (Silver Spring)* 2011;19(6):1220-8.

L'IMAGE CORPORELLE A LA COUENNE DURE !

Une équipe de chercheurs de l'Université Laval a étudié la corrélation entre la pratique sportive et les comportements alimentaires des jeunes filles. Les chercheurs ont voulu évaluer si la pratique d'un sport pouvait prévenir les troubles de comportement alimentaire.

Dans le cadre de leurs travaux, les chercheurs ont mené une enquête auprès de 346 filles âgées de 12 à 17 ans : 255 d'entre elles étaient des athlètes de niveau compétitif, les autres ne pratiquaient aucun sport de compétition agissant ainsi à titre de groupe témoin.

L'enquête a permis de constater que les problèmes relatifs au poids et à l'image corporelle sont les mêmes peu importe si les jeunes s'adonnent ou non à un sport de haut niveau. Parmi les résultats obtenus, quelque deux tiers des jeunes sportives ont révélé se préoccuper de leur poids, plus du tiers (38 %) ont même avoué ne pas aimer leur silhouette. Pire, 40 % du groupe des athlètes ont dit avoir tenté de perdre du poids au cours des 12 mois précédant l'enquête.



La problématique du poids et de l'image corporelle est donc un sujet qui préoccupe les adolescentes. Qu'elles aient un indice de masse corporelle normal ou non, elles trouvent à redire sur leur silhouette, voudraient être plus minces ou adoptent des comportements visant à changer leur image. Ces

comportements, ce sont principalement des restrictions alimentaires : couper le sucre ou le gras, limiter le nombre de calories ingérées, sauter des repas, diminuer la taille des portions, éviter certains aliments ou les restaurants, etc.

Les résultats de cette étude ont été publiés dans la revue *Health Behavior and Policy Review* de septembre 2015. Ces travaux permettront aux chercheurs de mettre au point un programme d'intervention visant à modifier les attitudes et les comportements des adolescentes face à leur image corporelle. Cette portion de leurs travaux sera dévoilée dans les prochains mois. (PK)

CANCER COLORECTAL

PRESCRIRE UN TEST DE DÉPISTAGE AUX 2 ANS PEUT SAUVER DES VIES

En tant que médecin, il est important de prescrire le test de dépistage du cancer colorectal Recherche de sang occulte dans les selles par méthode immunologique (RSOSi) aux 2 ans aux personnes asymptomatiques à risque moyen. C'est en effet ce test de dépistage du cancer colorectal, et non la coloscopie, qui est conseillé pour les personnes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et n'ayant pas d'antécédents familiaux ou personnels significatifs de cancer colorectal ou de polypes adénomateux.

On estime que de **10 000 à 15 000 décès** pourraient être évités si 80 % des Canadiens de 50 ans ou plus subissaient un test de dépistage au cours des 10 années à venir¹.

Pour télécharger le formulaire *Demande d'analyse de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) par méthode immunologique* et l'*Algorithme de dépistage du cancer colorectal en fonction du risque*, visitez la section du site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux sur le sujet : msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr

¹ Statistiques canadiennes sur le cancer 2011.



Santé
et Services sociaux

Québec





PAR VALÉRIE BOILY, M.D.*
ET MIMI ISRAËL, M.D.*

LE DÉFI DES TROUBLES DE CONDUITES ALIMENTAIRES « ATYPIQUES »

Qui d'entre nous ne s'est jamais senti coupable de choisir un hamburger plutôt qu'une salade de kale, ou du pain blanc plutôt que du pain brun? Qui ne s'est jamais fait conseiller de manger moins de produits laitiers afin de diminuer ses malaises intestinaux? En tant que médecin, vous a-t-on déjà demandé s'il est vrai que le sucre raffiné favorise l'inflammation? Avez-vous déjà eu à vous prononcer sur les diètes riches en protéines telles que la paléo?

Vous êtes étourdis par toutes les informations scientifiques et populaires qui circulent au sujet de l'alimentation? Nous aussi. Alors, imaginez les patients...

NOUVELLES TENDANCES DISSÉMINÉES PAR LES MÉDIAS ET PAR LE WEB

Les nouvelles tendances alimentaires mettent l'accent sur l'effet des choix alimentaires sur le poids. Elles traitent aussi des effets possibles des choix alimentaires sur la santé, la longévité et le risque de contracter certaines maladies. Plusieurs de ces tendances sont basées sur l'émergence de nouvelles percées scientifiques (par exemple, les antioxydants et la prévention du cancer). Des recommandations faites à l'origine à des gens atteints de troubles spécifiques, comme la diète sans gluten pour les patients avec maladie coeliaque, sont maintenant utilisées pour traiter des malaises abdominaux ou même pour améliorer la santé de façon globale.

Les médias et le Web jouent un rôle crucial dans la distribution d'informations alimentaires. Les patients ressentent le besoin de faire des choix judicieux. Lorsqu'ils en viennent à chercher l'information juste, ils sont confrontés à des informations complexes et contradictoires, souvent influencées par l'industrie agro-alimentaire¹.

EST-CE QUE SE PRÉOCCUPER DE SA SANTÉ PEUT MENER À UN TROUBLE ALIMENTAIRE?

Certaines situations cliniques où des patients doivent être rééduqués, outre l'obsession de la minceur, nous mènent à explorer le sujet. À titre d'exemple, une patiente a reçu un diagnostic du syndrome du côlon irritable, sans offre de traitement. Proactive, elle s'est mise à rechercher un traitement pour ses symptômes. Elle a eu recours aux probiotiques, aux produits naturels, à la diète sans lactose et, finalement, à la diète sans sucre. Elle a fondu de 40 livres. Ses économies aussi ont fondu. Mais ses symptômes, eux, sont restés.

QU'EST-CE QUE L'ORTHOREXIE?

Dans un article du magazine *Yoga Journal* paru en 1997, le médecin américain Steven Bratman a présenté le terme « orthorexie » pour décrire la fixation qu'ont certains individus quant à la qualité des aliments qu'ils consomment. Depuis, les références sur le sujet ont augmenté, surtout dans la littérature populaire.

Ce trouble débute de façon insidieuse, alors que l'individu tente de modifier son alimentation pour soulager un symptôme physique ou pour améliorer sa santé. Il évite progressivement les aliments qu'il qualifie de malsains et passe plus de temps à planifier ses repas. Il délaisse les aliments qu'il apprécie. La variété de ce qu'il consomme diminue, parfois drastiquement. L'individu ne se considère pas malade. Il ressent plutôt une supériorité morale face à ceux qui, parfois, se nourrissent d'aliments de type *fast food*.

Progressivement, l'individu s'isole et consacre un temps exagéré à rechercher et à préparer des aliments qui correspondent à ses critères. Ses proches s'irritent, puis s'éloignent de lui. Ils sont mal à l'aise de manger à ses côtés². Le concept proposé

par Dr Bratman inclut seulement les individus pour qui la fixation sur la qualité des aliments est motivée par la recherche de la santé et du mieux-être. Les individus perfectionnistes, rigides cognitivement et anxieux seraient particulièrement à risque de souffrir d'orthorexie³.

EST-CE QUE L'ORTHOREXIE EST UN TROUBLE RECONNU?

Le concept d'orthorexie présente des limitations majeures et n'a d'ailleurs pas été retenu par le groupe de travail du DSM-5. Les critères proposés n'ont pas été validés et sont basés sur l'expérience clinique. Alors, où placer la limite entre une préoccupation saine pour la santé et l'orthorexie? Les données épidémiologiques sont limitées et basées sur des critères beaucoup trop inclusifs. D'ailleurs, selon une échelle proposée par Bratman, 35 à 58% des professionnels de la santé souffrent eux-mêmes d'orthorexie².

Il n'a pas encore été démontré que l'orthorexie est une entité clinique distincte. Elle pourrait être la variante d'un autre trouble, comme le trouble obsessionnel compulsif, l'anorexie, ou même un trouble psychotique (par exemple, la peur de l'empoisonnement). Il faudra comparer son utilité clinique aux risques de stigmatiser et de traiter inutilement une nouvelle tendance alimentaire.

Pour l'instant, la présence d'un comportement dit « orthorexique » doit sonner l'alarme, d'autant plus s'il y a atteinte du fonctionnement psychosocial ou perte de poids. Dans ces cas, un diagnostic différentiel doit être mené. Celui-ci devra inclure les causes médicales, psychiatriques et une nouvelle entité diagnostique présente dans le DSM-5 : le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (ARFID).

* Dr^e Valérie Boily est psychiatre et fellow à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Dr^e Mimi Israël est psychiatre au Programme des troubles de l'alimentation et chef du Département de psychiatrie à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

QU'EST-CE QUE L'ARFID ?

Dans la version du DSM parue en 2013⁴, le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments a remplacé le trouble de l'alimentation de la première ou de la deuxième enfance. Ce remplacement vise l'élargissement des critères et l'inclusion des cas de patients qui présentent des difficultés alimentaires en l'absence de la distorsion de l'image corporelle retrouvée dans l'anorexie mentale. La difficulté alimentaire ne doit pas être secondaire ou mieux expliquée par une condition médicale ni être liée à la disponibilité des aliments ou à des pratiques culturelles et religieuses. La difficulté doit être accompagnée d'une perte de poids, d'un déficit nutritionnel, de la nécessité d'une supplémentation entérale ou orale, ou d'une altération du fonctionnement psychosocial. Le diagnostic peut inclure les patients dits « orthorexiques » qui se préoccupent de leur santé, mais ne s'y limite pas. L'émphase est mise sur les conséquences des modifications alimentaires sur la santé et sur le fonctionnement. Les patients qui évitent des aliments par dégoût ou par crainte des conséquences de leur ingestion sont inclus⁴. Chez certains, l'évitement ou la restriction découlent d'une hypersensibilité sensorielle associée ou non à un trouble autistique. Les comportements alimentaires peuvent aussi avoir été précipités par une réponse négative conditionnée (par exemple, développer la peur de manger des aliments solides à la suite d'un épisode de fausse route alimentaire).

NOTRE RÔLE EN TANT QUE MÉDECINS

Nous faisons face à un paradoxe : la prévalence de l'obésité augmente et ses conséquences sont majeures en termes de qualité de vie et de coût sociétal⁵. Nos interventions doivent en tenir compte. D'un autre côté, les messages véhiculés en faveur d'une saine alimentation déclenchent des comportements alimentaires rigides et compulsifs chez certains patients. En tant que médecins, il est important d'examiner nos propres croyances et préjugés sur la santé, la nutrition et

l'obésité. Il faudra en tenir compte lors de nos interventions cliniques. Elles pourraient en être teintées.

Le plus souvent, il est pertinent de donner des conseils alimentaires. Afin de ne pas nuire aux patients vulnérables, leur identification est cruciale. Les patients de nature anxieuse, rigide ou pour qui le contrôle est très important sont davantage susceptibles de développer une obsession alimentaire. Une attention particulière doit être portée à ceux qui ont consulté de nombreux médecins pour un même problème ou qui semblent avoir tout lu sur le sujet de leur inquiétude. Ces comportements donnent un indice de l'ampleur de leur préoccupation. Les patients avec antécédent d'un trouble mental tel qu'un trouble anxieux, un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble du spectre de l'autisme sont



aussi à risque. Si un patient semble préoccupé de façon exagérée par son alimentation, lui demander s'il peut tolérer un changement à sa diète peut être aidant : un patient qui a développé un trouble alimentaire tel que l'ARFID tolère difficilement de manger autre chose que sa diète habituelle. Il devient, dans ces moments, irritable ou apeuré.

LE DÉFI DES SYNDROMES FONCTIONNELS

Certains diagnostics peuvent nous sembler bénins, sans nécessité de prise en charge, et ce, malgré l'inconfort du patient. Prenons l'exemple d'un patient qui a développé une lenteur digestive après une infection intestinale. À la suite d'investigations négatives, on l'a informé qu'il souffrait possiblement de gastroparésie et on lui a suggéré de s'informer sur le Web. Perdant du

poids et inquiet de sa santé, le patient a suivi toutes les recommandations trouvées, pour finalement ne manger que du riz, des pommes de terre et du poisson cuit. Résultat : son poids est passé de 68 à 46 kg. Il était sous gavage lorsqu'il nous a été référé...

Actuellement, l'accès aux spécialistes de la nutrition est limité. L'utilisation du Web pour trouver des informations médicales et alimentaires augmente. Malheureusement, la qualité des sources d'information est variable et les contradictions affluent. Les patients y trouvent des réponses et un réconfort que, parfois, nous ne pouvons pas leur donner. Il nous est impossible de protéger les patients de certains conseils qui leur feront du tort. Nous pouvons, par contre, les guider vers des ressources fiables et rester à l'affût de certains signaux d'alarme, dont la perte de poids.

Peu importe l'indice de masse corporelle, une perte de poids drastique peut mener à une augmentation de l'anxiété et aussi à de l'obsession pour l'alimentation. Il est important de documenter la perte de poids, de demander au patient de quelle façon il s'y est pris et quelle est sa motivation. Revoir le patient demeure la meilleure façon d'assurer sa bonne évolution. Dans le cas d'une perte de poids importante, un traitement multidisciplinaire devra être entamé, guidé par l'élément principal ayant causé les difficultés alimentaires. Dans les cas complexes ou ambigus, la collaboration avec une équipe spécialisée dans le traitement des troubles alimentaires est justifiée, même en l'absence d'anorexie classique.

En conclusion, les troubles de conduites alimentaires sont des troubles complexes et hétérogènes. Nous suggérons d'approcher le sujet de la santé et du poids sous l'angle de l'équilibre et du bien-être et d'être à l'écoute des motivations de nos patients lorsqu'ils changent leurs habitudes alimentaires ou perdent du poids.

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



PAR MARTINE LAFLEUR, M.D.*

LA PERTE DE POIDS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

La perte de poids involontaire chez la personne âgée est un problème fréquemment rencontré dans la pratique gériatrique et souvent faussement attribuée au vieillissement normal.

Plusieurs études ont toutefois clairement démontré les conséquences néfastes que cette perte de poids peut avoir sur la morbidité, la mortalité et le déclin fonctionnel. Cette problématique comporte plusieurs défis diagnostiques, et une prise en charge multidisciplinaire est essentielle.

CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES LIÉS AU VIEILLISSEMENT

Les études observationnelles dans les pays développés ont démontré qu'en général, le poids augmente jusqu'à 50–60 ans, puis se stabilise pendant quelques années. À partir de 65 ans, on constate une lente perte de poids d'environ 0,1 à 0,2 kg par année. Une perte de poids significative ne peut donc pas être attribuée au vieillissement normal.

Avec l'âge, on constate également une augmentation et une redistribution des réserves adipeuses avec une diminution de la masse maigre, principalement la masse musculaire. La perte de masse maigre peut atteindre jusqu'à 3 kg par décennie après 50 ans. Ces changements de composition corporelle avec l'âge sont dus à plusieurs facteurs, dont la sédentarité, potentiellement réversible, et des changements hormonaux.

Plusieurs études ont démontré une diminution des apports énergétiques chez les adultes âgés de 20 à 80 ans, allant jusqu'à 30 % chez des personnes âgées en bonne santé et non institutionnalisées. L'appétit est diminué et ces personnes sont plus rapidement rassasiées après un repas. C'est ce qu'on appelle l'anorexie liée au vieillissement. Plusieurs facteurs contribueraient à ce phénomène tels que des changements neuroendocriniens, la diminution du goût et de l'odorat et des changements

gastro-intestinaux entraînant une satiété précoce. Ces facteurs font en sorte que la personne âgée aura beaucoup de difficulté à reprendre le poids perdu, d'où l'importance de la prévention.

CONSÉQUENCES DE LA PERTE DE POIDS

Chez la personne âgée, les conséquences d'une perte de poids significative sont multiples, d'autant plus que cette perte de poids se fait en grande partie aux dépens de la masse maigre. Le taux de mortalité peut atteindre 9 à 38 % à 2,5 ans surtout chez la personne âgée fragile, avec un faible poids de base et une hospitalisation récente. Il est associé à un plus grand risque de complications intrahospitalières, à une durée de séjour prolongée, à un plus grand déclin fonctionnel, à un plus haut taux d'institutionnalisation, à une diminution des fonctions cognitives et à une faible qualité de vie. Le risque d'infection et de plaies de pression est accru. La masse osseuse sera aussi diminuée, augmentant ainsi le risque de fracture de hanche. Une perte de masse musculaire excessive, appelée sarcopénie, est associée à la fragilité, aux troubles de la marche et de l'équilibre avec risques de chutes et de fractures.

PRÉVALENCE

La prévalence varie selon les critères diagnostiques utilisés, mais demeure très importante dans tous les milieux. Chez les personnes âgées vivant à domicile, la prévalence serait de 8 à 27 %. Les personnes les plus vulnérables sont celles qui reçoivent des services à domicile, présentant plusieurs comorbidités, une hospitalisation récente, un grand âge, la présence de troubles cognitifs, la perte du conjoint, un faible poids de base et le tabagisme. La prévalence est de 35 à 65 % chez les patients hospitalisés et jusqu'à 85 % chez la clientèle institutionnalisée.

CAUSES

Les cancers, les maladies gastro-intestinales non néoplasiques (dysphagie, trouble de motilité, ulcères, lithiases, ischémie mésentérique, malabsorption) et les troubles neuropsychiatriques, particulièrement la démence et la dépression, sont les causes les plus fréquentes. D'autres étiologies à rechercher sont les maladies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque et la MPOC, les désordres endocriniens et neurologiques, l'insuffisance rénale chronique, les infections chroniques ou récidivantes et les problèmes bucco-dentaires (mauvaise dentition, prothèses dentaires mal ajustées, xérostomie, etc.).

La polymédication doit être revue attentivement. En plus des nombreux effets gastro-intestinaux possibles (anorexie, nausées et vomissements, xérostomie, changements de goût et d'odorat, dysphagie, constipation), elle peut aussi causer des atteintes cognitives et interférer avec la capacité de s'alimenter.

L'achat et la préparation des aliments peuvent devenir très difficiles en présence de plusieurs pathologies (Parkinson, séquelles d'AVC, arthrite ou arthrose, atteintes visuelles), entraînant ainsi une dépendance envers des aidants ou d'autres ressources, qui sont parfois insuffisantes.

Chez les personnes ayant des atteintes cognitives, la perte de poids peut être due à des oublis de se nourrir, à de la difficulté à se procurer les aliments et à les préparer, à des idées paranoïdes en lien avec les aliments, à de la dysphagie ou à de la difficulté à s'alimenter en raison d'apraxie. Les besoins énergétiques pourraient aussi être augmentés en présence d'agitation psychomotrice ou d'errance.

Des facteurs socio-économiques, comme la pauvreté ou l'isolement social, entrent souvent en jeu chez cette clientèle vulnérable.

* L'auteure est interniste gériatre au CHUM et professeure adjointe de clinique au Département de médecine à l'Université de Montréal.

En milieu hospitalier, l'appétit est souvent diminué en raison du problème aigu ou de la douleur. Pour différentes raisons, l'accès à la nourriture est diminué. Les personnes âgées avec des atteintes motrices ou cognitives peuvent avoir des difficultés à ouvrir les emballages ou être désorganisées devant cette activité et avoir besoin de stimulation. Elles n'ont pas toujours l'aide nécessaire pour pallier ces difficultés par manque de personnel ou par non-reconnaissance du problème. Aussi, elles sont souvent à jeun pour des examens, parfois même reportés, et ces repas ne sont jamais repris.

Malgré une investigation complète, dans environ 25 % des cas, aucune étiologie précise ne sera trouvée. Ceci est probablement dû au fait que la perte de poids chez la personne âgée est le plus souvent multifactorielle et résulte plutôt de l'effet cumulatif de plusieurs facteurs. Il est donc très important de procéder à une évaluation exhaustive afin de bien identifier toutes les causes possibles.

DIAGNOSTIC ET INVESTIGATION

Il n'existe pas de lignes directrices claires pour le diagnostic et l'investigation d'une perte de poids chez la personne âgée. Basée sur des études de morbidité et de mortalité, on considère que la perte de poids est significative lorsqu'elle est d'au moins 5 % sur une période de 6 à 12 mois. Toutefois, même une perte de poids inférieure à 5 % pourrait être significative chez des personnes âgées fragiles. D'autres indices suspects de malnutrition sont un IMC inférieur à 22 et des apports alimentaires insuffisants pendant plusieurs jours.

Le dépistage et la prévention de la perte de poids chez la personne âgée sont primordiaux puisqu'il est très difficile de reprendre le poids perdu en raison des changements liés au vieillissement mentionnés plus haut. Les patients doivent donc être pesés à chaque visite médicale et régulièrement tout au long d'un séjour hospitalier.

Une anamnèse complète doit être effectuée afin de quantifier la perte de poids et rechercher tout symptôme suggérant l'une des causes mentionnées plus haut. À l'examen physique, on recherchera des signes de

maladie cardiovasculaire et pulmonaire, ainsi que d'infection chronique, des masses suspectes de néoplasie et des lésions bucco-dentaires pouvant causer de la dysphagie ou de la douleur. On objectivera aussi les conséquences de la malnutrition telles que fonte musculaire, perte de graisse sous-cutanée ou œdème.

L'investigation initiale comprendra une formule sanguine complète, une fonction rénale et hépatique, un TSH, une glycémie, une calcémie, une analyse d'urine et une radiographie pulmonaire. D'autres investigations seront faites selon les trouvailles cliniques (ex. échographie abdominale, endoscopie gastro-intestinale). Certains paramètres biochimiques, comme l'albumine ou la pré albumine, sont plutôt des marqueurs de l'état inflammatoire et sont peu spécifiques de l'état nutritionnel. De plus, ils ne sont pas très utiles pour surveiller la réalimentation.

LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION DE LA PERTE DE POIDS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE SONT PRIMORDIAUX PUISQU'IL EST TRÈS DIFFICILE DE REPENDRE LE POIDS PERDU EN RAISON DES CHANGEMENTS LIÉS AU VIEILLISSEMENT

Finalement, une évaluation nutritionnelle complète par un nutritionniste est fortement recommandée afin de compléter l'évaluation et d'amorcer la prise en charge.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge de ce problème nécessite d'abord d'identifier et de traiter les causes qui sont le plus souvent multiples. Une revue de la médication et des effets secondaires est essentielle. Ensuite, il faut s'assurer d'un accès adéquat à une bonne alimentation, et ce, en quantité suffisante. Les facteurs socio-économiques, l'isolement social, les difficultés de dentition, de mastication ou de dysphagie, les troubles visuels, auditifs ou locomoteurs, qui peuvent tous nuire à des apports suffisants, doivent être considérés. On tentera le plus possible d'éliminer les restrictions alimentaires (ex. sans sel, sans sucre...) et de favoriser

les aliments préférés et riches en énergie. De petits repas et des collations plus fréquentes seront mieux tolérés. Il peut aussi être nécessaire d'adapter les textures et les consistances, ou encore de servir des aliments faciles à manger avec les doigts chez des patients qui ont des atteintes cognitives. En milieu hospitalier, il faut porter attention aux patients laissés à jeun pour des examens et veiller à ce que les repas soient repris. Le personnel doit être en nombre suffisant pour superviser et aider aux repas si nécessaire tel qu'en présence de *délirium*, de démence ou d'atteintes motrices (AVC, parkinsonisme, arthrite). Des suppléments alimentaires pourront être ajoutés, idéalement entre les repas afin de ne pas nuire aux repas. Une augmentation de l'activité physique peut être bénéfique sur l'appétit ainsi que sur l'augmentation de la masse musculaire.

Une approche multidisciplinaire avec un professionnel tel que physiothérapeute, nutritionniste, travailleur social et, selon les cas, ergothérapeute ou orthophoniste est nécessaire pour une prise en charge globale et efficace. Tous les membres de l'équipe qui gravitent autour du patient, incluant les infirmières et les préposés, doivent réaliser que les soins nutritionnels sont tout aussi importants que les autres soins comme les médicaments. Pour ce faire, ce problème doit être clairement identifié par le médecin et devenir un objectif d'équipe. À la suite de la mise en place des différentes mesures d'interventions adaptées, il est essentiel d'en vérifier l'efficacité et de faire un suivi régulier de ce problème.

Différents agents pharmacologiques, tels que l'hormone de croissance, le dronabinol, l'acétate de mégésterol et l'ornithine oxoglutarate, ont été étudiés pour le traitement de la perte de poids. Il s'agit en général de petites études et rarement chez la personne âgée. Certaines ont démontré un léger gain de poids, mais sans effet sur la morbidité, la mortalité, l'état fonctionnel et la qualité de vie. Par contre, des effets secondaires importants ont été rapportés de sorte qu'à l'heure actuelle, aucun agent n'est recommandé.

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



PAR CÉLINE HUOT, M.D.*
ET DANIELLE TADDEO, M.D.*

RÉPERCUSSIONS ENDOCRINIENNES DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

ÉTUDE DE CAS

Aline, âgée de 19 ans, souffre d'anorexie nerveuse. Avant que le diagnostic du trouble alimentaire ne soit posé, elle avait subi une batterie de tests sanguins demandés par un autre médecin, à l'insistance de son instructeur sportif, qui s'inquiétait de sa grande minceur. Plusieurs paramètres du bilan hormonal s'avèrent hors norme. Quelles sont les anomalies pouvant être observées dans cette condition clinique ? Doit-on les traiter ?

La définition et les critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires ou troubles du comportement alimentaire (TCA) ont été revus et publiés dans le DSM-5. Ces troubles de l'alimentation incluent l'anorexie nerveuse (de type restrictif pur ou de type avec crises de boulimie, vomissements ou purgatifs), la boulimie nerveuse, l'hyperphagie boulimique, l'alimentation sélective, le pica, le mérycisme (régurgitation et remastication des aliments) et les troubles alimentaires non spécifiés (par exemple, des troubles ne répondant pas aux critères diagnostiques d'un TCA spécifique ou des comportements pouvant générer une détresse psychologique ou des répercussions physiologiques néfastes tels l'orthorexie, une fixation sur l'ingestion d'une nourriture saine, et l'hyperphagie nocturne).

L'anorexie nerveuse se caractérise par :

- une restriction volontaire des apports alimentaires et énergétiques entraînant une perte de poids excessive résultant en un indice de masse corporelle trop bas pour l'âge et le sexe ;
- une peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, même en cas de maigreur ;
- une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie) ;
- une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

La boulimie nerveuse se distingue par :

- des épisodes récurrents d'hyperphagie avec le sentiment de perdre le contrôle ;

- des épisodes récurrents « compensatoires » destinés à éviter la prise de poids (vomissements induits, utilisation de laxatifs, exercice physique intense, jeûne ou autre) ;
- des épisodes de crises de boulimie avec comportement compensatoire survenant au moins une fois par semaine pendant trois mois.

La littérature scientifique témoigne plutôt des perturbations endocriniennes associées avec l'anorexie nerveuse et la boulimie que de celles engendrées par les autres troubles alimentaires.

PERTURBATIONS HORMONALES ET ANOREXIE NERVEUSE

Bien que l'aménorrhée ait été abolie comme critère diagnostique de l'anorexie nerveuse (permettant ainsi de poser le diagnostic de cette condition chez les hommes ainsi que chez les femmes qui persistent à avoir leurs règles spontanément ou sous contraceptifs oraux), cette manifestation clinique demeure la plus représentative des dysfonctions hypothalamiques produites par les troubles alimentaires sévères. Les pics spontanés des gonadotrophines qui surviennent normalement aux 60-90 minutes, dont ceux de l'hormone lutéinisante (LH), disparaissent tant le jour que la nuit et ceux-ci reprendront d'abord la nuit (comme en début de puberté), puis le jour, avec une amplitude croissante. Les taux d'estradiol sont abaissés par diminution de la stimulation ovarienne par les gonadotrophines, et le métabolisme de l'estradiol est modifié de façon à favoriser la production de dérivés sans activité biologique intrinsèque, mais qui



agissent comme antiestrogènes. Par ailleurs, l'aromatase des androgènes surrénaliens en estrogènes (androstènedione en estrone et testostérone en estradiol) dans les tissus adipeux est diminuée en raison de la dénutrition. Chez la femme, une diminution des taux de testostérone indique ici une diminution de la production gonadique. Selon l'âge de la présentation de l'anorexie nerveuse, la dysfonction de l'axe gonadotrope (hypogonadisme hypogonadotrope d'origine hypothalamique) engendrera un retard d'apparition de la puberté, une stagnation pubertaire avec ralentissement de la vitesse de croissance et report du pic de croissance, ou une aménorrhée secondaire.

Tandis que la sécrétion nyctémérale du cortisol est maintenue, les taux sont plus élevés (pics sécrétoires accentués et demi-vie prolongée de l'hormone). Les taux d'adrénocorticotrophine (ACTH) n'étant pas très élevés, ceci porte à croire que le seuil de sécrétion pour le cortisol est

* D^{re} Céline Huot est endocrinologue pédiatrique au CHU Sainte-Justine et professeure agrégée de clinique au Département de pédiatrie de l'Université de Montréal. D^{re} Danielle Taddeo est pédiatre et directrice du programme de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine.

altéré. Paradoxalement, les taux de corticolibérine (CRH) sont élevés. Une augmentation du cortisol stimule la gluconéogenèse et diminue l'utilisation périphérique du glucose, des mécanismes adaptatifs appropriés dans les circonstances. Cette élévation des taux de cortisol ne s'accompagne pas de signes d'hypercorticisme, mais, lors de la reprise pondérale, il y a rétention de gras au niveau tronculaire par accumulation de gras viscéral. La normalisation de la sécrétion du cortisol ne requiert qu'un gain pondéral modeste.

Les taux d'insuline sont normaux, mais la sensibilité à cette hormone peut être accrue. De par son action antidiabétique au niveau du foie et des muscles lisses, l'adiponectine, une hormone sécrétée par le tissu adipeux et dont les taux sont augmentés dans l'anorexie nerveuse, pourrait être en cause.



Les modifications de l'axe thyroïdienne concernent d'abord les taux réduits de triiodothyronine (T3) et les taux augmentés du métabolite *reverse* T3 (rT3). Lorsque la dysfonction hypothalamique est plus sévère, on observe une diminution de la thyroxine (T4), les taux de thyrostimuline (TSH) étant moins souvent abaissés. Plusieurs signes cliniques de l'anorexie ressemblent à ceux de l'hypothyroïdie (peau sèche, irrégularités menstruelles, intolérance au froid, bradycardie, texture des cheveux modifiée, hypothermie, retard des réflexes ostéotendineux). Le remplacement avec thyroxine serait désastreux dans le contexte, car il accentuerait la perte de poids et de la masse osseuse.

L'anorexie nerveuse entraîne un état comparable à une résistance à l'hormone de croissance (GH) : les taux de GH sont élevés tant de base que lors des pics de sécrétion alors que ceux de l'*insulin-like growth factor-1* (IGF-1), qui est principalement sécrété par le foie après stimulation par GH, sont abaissés. Les modifications de la sécrétion de la GH résulteraient de changements dans le contrôle neuroendocrinien central (plus grande sécrétion de l'hormone de relâche de l'hormone de croissance (GHRH) et diminution du tonus inhibiteur de la somatostatine). En guise de mécanismes, on incrimine soit la diminution des taux d'IGF-1 retrouvés avec malnutrition, d'où la diminution du rétrocontrôle par l'IGF-1 au niveau hypothalamique et hypophysaire ou l'apport de l'hypoestrogénisme sur la fréquence des pics de sécrétions de GH. Une explication de la résistance à la GH repose sur la diminution des taux de la protéine liante de la GH (GHBP), une protéine codée par le même gène que le récepteur de l'hormone de croissance, donc un marqueur en cas de problème avec le récepteur de la GH, d'où insensibilité à la GH. Par ailleurs, la modulation des taux des protéines liantes de l'IGF-1 (IGFBP) dans la malnutrition pourrait influencer le taux et l'action des différentes composantes de l'axe somatotrope.

Les dérèglements hypothalamiques de l'axe gonadotrope associés aux troubles des conduites alimentaires résulteraient de modifications de médiateurs hormonaux provenant des tissus adipeux et de l'intestin. La leptine est une hormone anorexigène sécrétée par le tissu adipeux blanc et par d'autres tissus, dont l'estomac. Cette hormone est essentielle au maintien du juste poids et aide au contrôle de la satiété par divers mécanismes. En l'occurrence, elle agit avec la cholécystokinine sécrétée par le duodénum (une hormone de satiété de longue action), elle contribue à l'absorption privilégiée des protéines plutôt que des gras par l'intestin et, au niveau hypothalamique, elle stimule la sécrétion de peptides anorexigènes. Les taux sériques de leptine augmentent le jour et

diminuent la nuit. Cette hormone a un rôle grandement facilitateur de l'axe gonadotrope. Son administration a même contribué au rétablissement de la pulsativité de la LH et de l'ovulation chez certaines personnes avec aménorrhée hypothalamique. Dans l'anorexie nerveuse, les taux de base et les pics de la leptine sont abaissés. Avec le gain de poids, les niveaux sont rétablis et peuvent excéder les normes.

Le peptide YY (PYY) est sécrété par l'iléon et le colon en réponse à l'ingestion d'aliments. Ce peptide agit pour diminuer l'appétit. Les taux de PYY sont élevés dans l'anorexie nerveuse et pourraient contribuer à la réduction des apports alimentaires.

La ghréline est une hormone qui stimule l'appétit. Elle est sécrétée par les cellules P/D1 du *fundus* de l'estomac et par les cellules ϵ du pancréas. L'augmentation des taux de ghréline serait un marqueur plus précoce et reproductible que la baisse des taux de leptine dans l'anorexie nerveuse. La ghréline est également produite dans l'hypothalamus, d'où elle stimule la sécrétion de la GH.

L'OSTÉOPOROSE EST L'UNE DES COMPLICATIONS LES PLUS SÉVÈRES DE L'ANOREXIE NERVEUSE

L'interaction de la ghréline, de la leptine et du PYY avec des régulateurs importants de l'hypothalamus tels la pro-opiomélanocortine (POMC), le précurseur de l'hormone adrénocorticotrope, et le neuropeptide Y expliquerait non seulement la modulation de l'appétit, mais des impacts sur d'autres systèmes, tels le système reproductif et les os, en cas de restriction nutritionnelle importante. Bien que le dosage de plusieurs de ces hormones ne soit pas disponible sur une base clinique routinière, les modifications observées de ces médiateurs contribuent à la compréhension des dysfonctions endocriniennes des troubles alimentaires.

L'ostéoporose est l'une des complications les plus sévères de l'anorexie nerveuse. L'atteinte

osseuse est d'origine multifactorielle puisque aux carences nutritionnelles s'ajoutent les désordres hormonaux caractéristiquement retrouvés dans la condition (par exemple, la diminution des taux des hormones sexuelles, de la T3 et de l'IGF-1 ainsi que l'augmentation du cortisol).

La diminution de la masse osseuse est à l'origine de fractures de fragilité même chez les plus jeunes patients. La masse osseuse peut ne jamais revenir à la normale et le pic de masse osseuse peut ne jamais être atteint (pour les plus jeunes) même s'il y a gain de poids, traitement hormonal et supplémentation avec calcium. Rappelons que près de 45 % du contenu minéral osseux est acquis pendant l'adolescence. L'état de santé préalable, l'âge au début de l'anorexie, des facteurs génétiques et le niveau d'activités physiques influencent la sévérité de l'atteinte osseuse.

Il est important de reconnaître que le remplacement hormonal avec estrogènes ou contraceptifs seuls n'est pas efficace pour prévenir la perte additionnelle de la masse osseuse et les fractures. Dans l'hypogonadisme isolé, la résorption et la formation osseuse augmentent alors que, dans l'hypogonadisme de l'anorexie nerveuse, il y a suppression de la formation et augmentation de la résorption osseuse. La formation osseuse récupère avec la réalimentation alors que la résorption osseuse se normalise avec le retour des menstruations.

En lien avec le métabolisme osseux, les niveaux de vitamine D et de PTH sont normaux. Les taux d'androgènes sont diminués, mais leur administration ne semble pas apporter de bénéfice clair sur la santé osseuse. L'inhibition de la formation osseuse fait écho à l'augmentation du cortisol. Parmi les adipokines (ces hormones sécrétées par le tissu adipeux), les taux diminués de leptine auraient des effets variables sur l'os ; l'augmentation de l'adiponectine interférerait avec l'induction de la formation des ostéoclastes ; la diminution de la résistine stimulerait la prolifération ostéoblastique et ostéoclastique.

MESSAGES CLÉS

L'aménorrhée n'est plus un critère diagnostique requis de l'anorexie nerveuse.

Les troubles des conduites alimentaires peuvent produire divers désordres d'origine hypothalamique.

L'anorexie nerveuse se distingue de l'hypopituitarisme par des taux sériques élevés de cortisol : dans les deux conditions, on peut retrouver des taux abaissés de T3 et d'IGF-1.

Il faut distinguer les signes de l'hypothyroïdie de ceux de l'anorexie nerveuse et savoir interpréter le bilan hormonal afin de ne pas entamer indûment un traitement avec hormones thyroïdiennes chez une personne souffrant d'anorexie nerveuse.

L'atteinte de la masse osseuse demeure une préoccupation au long terme.

À ce jour, il manque encore la démonstration d'une approche thérapeutique efficace pour complètement renverser la perte osseuse.

Modifications et perturbations hormonales et troubles des conduites alimentaires

Hormones	Anorexie nerveuse	Boulimie
AXE GONADOTROPE		
LH	↓	N ou ↓
Estradiol	↓	↓
Testostérone	↓	
AXE CORTICOTROPE		
Cortisol	↑	N ou ↑
DHEAS	↓	
AXE THYRÉOTROPE		
TSH	N ou ↓	N, ↓ ou ↑
T4	N ou ↓	N ou ↓
T3	↓	N ou ↓
rT3	↑	
AXE SOMATOTROPE		
GH	↑	
IGF-1	↓	

TSH : thyrostimuline, LH : hormone lutéinisante, DHEAS : déhydroépiandrostérone, GH : hormone de croissance, IGF-1 : insulin-like growth factor-1

DÉRÈGLEMENTS HORMONAUX ET BOULIMIE

Plusieurs problèmes neuroendocriniens peuvent survenir dans la boulimie, mais généralement à un niveau moindre que dans l'anorexie nerveuse. La sévérité des dysfonctions sera plus marquée avec une histoire d'anorexie. Les facteurs de risque pour le développement d'irrégularités menstruelles sont un indice de masse corporelle bas, l'importance de la perte pondérale, les vomissements et les excès alimentaires fréquents, une augmentation du niveau d'exercice et des taux bas de T4.

Des niveaux bas de gonadotrophines et d'estradiol sont observés même chez des femmes boulimiques de poids normal. L'association entre des ovaires polykystiques et la boulimie est notable : les excès alimentaires pourraient induire un état d'hyperinsulinisme et la modification de la morphologie des ovaires alors que les ovaires polykystiques pourraient engendrer la boulimie en augmentant les niveaux d'insuline.

Les résultats du bilan thyroïdien varient dans la boulimie, démontrant tantôt des valeurs basses des composantes de l'axe thyroïdienne, tantôt une augmentation de la TSH lors de la récupération. Une valeur basse de T4 constituerait un facteur de mauvais pronostic. L'axe corticotrope peut démontrer une sécrétion normale ou augmentée de cortisol, ces observations divergentes pouvant s'expliquer en relation avec la fréquence ou l'importance des excès alimentaires. Les taux de leptine sont diminués dans la boulimie, la sécrétion d'insuline augmentée et la glycémie à jeun tend à augmenter. La densité osseuse sera altérée plus particulièrement avec une histoire d'anorexie.

Les troubles des conduites alimentaires occasionnent des dysfonctions hormonales dont le spectre est très étendu. Certaines de ces perturbations auront des effets dévastateurs à plus long terme. De ce fait, il convient ainsi de ne pas imputer la perte de poids aux anomalies décelées, mais bien de traiter le problème alimentaire sous-jacent et de prêter une attention particulière à la santé osseuse.

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



PAR ANDRÉ C. CARPENTIER, M.D.*

La chirurgie bariatrique pour le traitement du diabète de type 2 RÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE OU MIRAGE ?

Selon l'Agence canadienne de santé publique¹, se basant sur des données administratives, 2,4 millions de Canadiens, soit 6,8 % de la population, souffraient de diabète en 2011, des chiffres sous-estimant probablement la prévalence réelle d'environ 20 %.

La moitié de nos concitoyens diabétiques sont âgés de 25 à 64 ans, et l'incidence la plus élevée de cette maladie survient entre 35 et 45 ans. Le diabète est en progression rapide au Canada comme partout dans le monde : de 1999 à 2009, sa prévalence a progressé de 70 %. On estime que 3,7 millions de Canadiens souffriront de diabète en 2019. Le diabète de type 2 afflige 90 à 95 % des diabétiques traités dans notre réseau de santé. Par exemple, selon les données de l'InfoCentre du CHUS, en 2013, 94 % des patients hospitalisés (plus exactement 4 438 des 4 719) avaient un diagnostic de diabète de type 2.

**SELON LES DONNÉES DE L'INFOCENTRE DU CHUS,
EN 2013, 94 % DES PATIENTS HOSPITALISÉS
(PLUS EXACTEMENT 4 438 DES 4 719) AVAIENT
UN DIAGNOSTIC DE DIABÈTE DE TYPE 2.**

La morbidité attribuable au diabète est catastrophique et insoutenable tant pour les patients que pour la société : au Canada, cette maladie est la première cause d'insuffisance rénale, de cécité et d'amputations non traumatiques des membres inférieurs, et sa progression rapide atténue considérablement la décroissance de l'incidence des maladies cardiovasculaires au cours du dernier demi-siècle. Le taux de mortalité des diabétiques est au moins deux fois supérieur à celui du reste de la population à tout âge. Toujours selon l'Agence canadienne de santé publique, en 2009, le diabète contribuait à un décès sur dix au Canada.

Le diabète de type 2 est issu de la combinaison en proportions variables de deux problèmes métaboliques : d'abord, la résistance à l'action de l'insuline; et, ensuite, l'émoussement de la sécrétion de l'insuline en réponse au glucose². La meilleure définition physiopathologique du diabète de type 2 s'appuie sur l'intégration quantitative de ces deux phénomènes à l'aide d'un indice appelé « index de disposition » (ID) de l'insuline³. Bien que des facteurs génétiques (non modifiables) soient clairement impliqués dans la genèse de l'émoussement de la capacité sécrétoire de l'insuline, la réduction de l'ID, essentielle à la survenue du diabète de type 2, est très largement tributaire de facteurs métaboliques potentiellement réversibles et souvent étroitement liés à l'excès de gras dans les tissus maigres, associés particulièrement à l'obésité viscérale (ou abdominale). De fait, une réduction, même modeste, du poids des patients prédiabétiques ou diabétiques de type 2 amène souvent une amélioration non seulement de la résistance à l'insuline, mais aussi de l'ID et du contrôle glycémique⁴.

Dans ce contexte, il est donc prévisible que la chirurgie bariatrique puisse offrir une solution très intéressante au diabète de type 2. Au Canada, la chirurgie bariatrique est indiquée chez les sujets bien sélectionnés avec indice de masse corporelle (IMC) de 40 kg/m² ou plus ou chez les sujets avec IMC de 35 kg/m² ou plus avec comorbidité associée. Sans aller dans tous les détails, trois types de procédures sont principalement pratiquées au Québec : 1) la gastrectomie



verticale (*sleeve gastrectomy* ou gastrectomie en manchon) (GV); 2) la dérivation gastrique Roux-en-Y (DGRY); et 3) la dérivation biliopancréatique avec commutation duodénale (*biliopancreatic diversion with duodenal switch*) (DBP/CD). La première procédure remplace désormais, dans la majorité des centres, le cerclage gastrique (ou anneau gastrique). De plus, elle est strictement restrictive, c'est-à-dire qu'elle exerce son effet en restreignant l'apport alimentaire. La DGRY et la DBP/CD exercent leur action par restriction de l'apport calorique et en induisant une malabsorption des lipides alimentaires. La DBP/CD est la procédure la plus efficace pour la perte de poids, suivie de la DGRY et de la

* L'auteur est endocrinologue au CHUS, professeur titulaire de la Chaire des IRSC-GSK sur le diabète et directeur du Centre d'excellence sur le diabète, l'obésité et les complications cardiovasculaires de l'Université de Sherbrooke.

COMPORTEMENTS
À RISQUE

GV. Bien que la DBP/CD soit pratiquée de manière très sécuritaire et avec beaucoup de succès par nos collègues chirurgiens de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, cette procédure requiert une expertise chirurgicale et un suivi médical rigoureux non développés par tous les centres pratiquant la chirurgie bariatrique. Malgré son efficacité plus limitée, la



GV est en forte progression partout en raison de sa relative simplicité technique, de sa grande sécurité et de l'absence de complications liées à la malabsorption des lipides. Au Québec, près de 2 000 chirurgies bariatriques ont été prodiguées en 2012-2013, en augmentation de 147% comparativement à 2006-2007 selon un rapport récent de l'Institut canadien d'information sur la santé⁵.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la chirurgie bariatrique pour le traitement du diabète de type 2. L'étude SOS (*Swedish Obesity Study*), une étude prospective observationnelle chez 2 010 patients obèses ayant subi une chirurgie bariatrique (soit une DGRY, une GV ou l'installation d'un anneau gastrique) et 2 037 sujets traités conventionnellement⁶ a démontré une réduction significative de la

mortalité avec l'approche chirurgicale, incluant une réduction de près de 90% des événements cliniques liés au diabète. Le taux de rémission du diabète (c.-à-d. une glycémie à jeun de moins de 6,1 mmol/l sans médication antidiabétique était la définition adoptée dans cette étude) était 13 fois plus élevé à 2 ans et 6 fois plus élevé à 15 ans chez le groupe chirurgical, avec un taux de complications microvasculaires et macrovasculaires respectivement réduit de 56 et de 32%⁷. La prévention des complications avec la chirurgie bariatrique semble être plus importante chez les sujets diabétiques nouvellement diagnostiqués. Quelques études randomisées contrôlées ont par ailleurs documenté la grande supériorité, au moins à court terme, de la DGRY, de la GV et de la DBP/CD comparées au traitement médical conventionnel pour le traitement du diabète de type 2⁸.

L'effet antidiabétique de toutes les procédures chirurgicales se fait sentir en quelques jours à peine, bien avant la perte de poids importante qui survient habituellement dans les semaines qui suivent⁹. Par exemple, nous avons documenté une normalisation de l'ID et de la résistance hépatique à l'insuline cinq jours après la DBP/CD¹⁰. Cette amélioration nette de la sécrétion de l'insuline est maintenue après trois ans chez les sujets ayant subi une DGRY¹¹. Plusieurs groupes de recherche, dont le nôtre, se sont intéressés aux mécanismes par lesquels la chirurgie bariatrique exerce ses puissants effets antidiabétiques. La DGRY et la DBP/CD augmentent de manière importante, et en à peine quelques jours, les niveaux circulants postprandiaux de *glucagon-like peptide-1* (GLP-1), une hormone aux propriétés antidiabétiques importantes. Une autre hypothèse plausible suggérerait un rôle important de la restriction alimentaire rapide et soutenue pour expliquer l'effet antidiabétique rapide et important. Plusieurs études expérimentales chez l'humain ont maintenant confirmé cette dernière hypothèse et infirmé la première pour expliquer l'effet antidiabétique très rapide de la chirurgie bariatrique^{10,12}. Cependant, la restriction calorique ne peut probablement pas, à elle seule, expliquer les effets antidiabétiques à long terme de la chirurgie bariatrique.

Les gras alimentaires jouent un rôle dans le développement du diabète et de ses complications^{13,14}. Il est possible que la malabsorption des gras alimentaires plus importante dans la DBP/CD explique ses effets antidiabétiques plus considérables. Des études mécanistiques humaines sont en cours à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et au Centre de recherche du CHUS afin de vérifier cette hypothèse.

En résumé, la chirurgie bariatrique est une approche thérapeutique extrêmement efficace qui se révèle supérieure à l'approche médicale non seulement pour le traitement de l'obésité, mais également pour le traitement du diabète de type 2. Le contrôle glycémique est amélioré dès les premiers jours chez presque tous les patients et une rémission durable du diabète est induite chez une grande proportion d'entre eux. La restriction calorique importante et soutenue est le mécanisme prépondérant initial de cet effet antidiabétique, mais d'autres mécanismes jouent certainement un rôle important pour maintenir cet effet à long terme.

**LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EST UNE APPROCHE
THÉRAPEUTIQUE EXTRÊMEMENT EFFICACE QUI SE
RÉVÈLE SUPÉRIEURE À L'APPROCHE MÉDICALE
NON SEULEMENT POUR LE TRAITEMENT DE
L'OBÉSITÉ, MAIS ÉGALEMENT POUR
LE TRAITEMENT DU DIABÈTE DE TYPE 2**

Bien que des données observationnelles démontrent un bénéfice métabolique soutenu et une diminution des complications du diabète, des études avec meilleur devis sont en cours afin de mieux documenter les bénéfices à plus long terme des diverses procédures chirurgicales disponibles. Présentement, la chirurgie bariatrique s'avère une option à considérer chez tous les patients diabétiques de type 2, particulièrement ceux dont la glycémie est mal contrôlée par les approches médicales actuelles, mais qui démontrent tout de même une bonne sécrétion d'insuline.

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



PAR PATRICIA KÉROACK, RÉD. A.

LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

COGITO ERGO CURATIO*

La publication, par l'INSPQ, d'un rapport sur les conséquences économiques liées à l'obésité et à l'embonpoint démontre bien leur fardeau sur notre système de santé. Notre grand nom de la médecine a justement choisi de s'attaquer à cette problématique inquiétante, car l'obésité cause des ravages d'importance puisqu'elle est à la source d'autres pathologies comme le diabète de type 2, l'hypertension, etc. Pourtant, rien ne l'attirait vers ce genre de carrière.

Dominique Garrel aimait réfléchir. Pour comprendre, pour apprécier, pour expliquer. Il aurait aimé devenir philosophe. Pour réfléchir. Et il aurait aimé devenir médecin. Pour agir. Mais en y réfléchissant bien, s'il devenait philosophe, il ne pourrait que réfléchir, tandis que s'il devenait médecin, il pourrait agir... tout en réfléchissant ! En fait, il voulait surtout comprendre pourquoi les gens sont malades et comment faire pour les soigner. Cette préoccupation presque constante de la connaissance était fondamentale chez lui : en réfléchissant, il pouvait comprendre et... passer à l'action !

Il s'inscrit donc en médecine avec l'intention de devenir médecin de famille. Cependant, sa planification de parcours change lorsqu'il commence à faire de la recherche et qu'il y prend goût ! Puis, afin d'obtenir un poste de professeur, on lui demande d'aller se former à l'extérieur en diabétologie, ce qu'il accepte avec plaisir. Il passe par Paris, par Nancy, puis par Berkeley en Californie pour parfaire ses connaissances en nutrition et en diabète. D^r Garrel est ravi, car il connaît la recherche, ce qui n'est pas fréquent à ce moment. De retour à Lyon, il n'obtient pas le poste prévu à cause de changements structurels. Il décide donc de retourner aux États-Unis afin de passer les examens requis pour pouvoir y pratiquer. Refusant de baisser les bras, il envoie 150 CV partout en Amérique ; il passe une dizaine d'entrevues et obtient trois offres intéressantes. Mais son CV atterrit aussi sur le bureau d'un ancien collègue parisien, maintenant associé à



D^r Dominique Garrel
Endocrinologue

l'équipe de l'unité des grands brûlés de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Cette équipe recherche un endocrinologue spécialisé en nutrition.

Le travail auprès de grands brûlés n'est pourtant pas dans sa sphère d'activité principale et, ce poste semble temporaire, mais D^r Garrel se sent interpellé. Même s'il n'avait jamais vu de grands brûlés auparavant, ce poste lui permettrait d'approfondir ses recherches sur deux métabolismes, l'énergie et les protéines, fortement perturbés chez ces patients. Il accepte et obtient du financement de la Fondation des pompiers pour les grands brûlés pour constituer un laboratoire de recherche de pointe. Puis, il reçoit des IRSC une somme importante pour constituer une équipe et commencer une étude multicentrique nord-américaine sur la nutrition des grands brûlés. Aujourd'hui, avec un financement de plusieurs millions de dollars, l'équipe termine cette étude à l'échelle mondiale.

D^r Garrel, qui croyait initialement que la nutrition n'avait pas une grande incidence sur les grands brûlés, se rend compte rapidement du contraire. Non seulement est-elle importante, elle est primordiale et déterminante dans la guérison des malades. Il décide alors de poursuivre ses activités de recherche fondamentale et s'intéresse à divers mécanismes nutritionnels. L'obésité s'impose rapidement à lui : « C'est un secteur d'activité malheureusement délaissé par mes confrères déjà surchargés par le diabète et d'autres affections endocrinologiques », nous dira-t-il.

D^r Garrel consacrera une grande partie de sa carrière à la recherche sur l'obésité, déclarée véritable pandémie par l'OMS. Le travail est colossal. Il multiplie les conférences, les cours et les présentations publiques tout en poursuivant ses activités de recherche et de formation pour les professionnels de la santé. Puis, au tournant du siècle, il devient directeur du Département de nutrition de l'Université de Montréal. Là aussi, les projets sont nombreux. Internet et les réseaux sociaux permettent de diffuser rapidement de l'information, mais donnent aussi aux charlatans l'occasion de vendre du rêve à gros prix et, trop souvent, au détriment de la santé des individus.

Devant le besoin de donner une information juste et accessible, D^r Garrel crée le Centre de référence francophone sur la nutrition humaine Extenso et le site extenso.org, devenu aujourd'hui la bible sur la nutrition. Il occupe les tribunes pour expliquer les mécanismes en jeu dans l'obésité, d'abord, pour illustrer la complexité du phénomène, puis pour démystifier les croyances populaires et contrer les abus et l'escroquerie. Mais son enthousiasme lui joue des tours ! Après avoir dénoncé les pratiques abusives d'une entreprise commerciale de perte de poids, celle-ci le poursuit. « Ce procès a duré dix ans. Je l'ai gagné, même si l'entreprise en a appelé du jugement. Le juge d'appel a clos le dossier en disant : "D^r Garrel a droit d'appeler un chat, un chat" », raconte-t-il.

Après 30 ans de carrière, D^r Garrel fait un virage important : il prendra sa retraite de la recherche et de l'enseignement en 2016 pour se consacrer au volet clinique en diabète et obésité dans un GMF. Il laisse aux jeunes endocrinologues le soin de poursuivre la recherche et l'enseignement. Et son amour pour la philosophie est resté bien vivant, à tel point où il effectue actuellement des études avec un tuteur. Il aime se pencher sur la pensée dominante, la « disparition de Dieu » et les mouvances de société. De quoi cogiter encore longtemps !

* traduction personnelle de *Je pense, donc je soigne*



PAR FRANÇOIS LANDRY, CFA I
PREMIER VICE-PRÉSIDENT ET CHEF DES PLACEMENTS

FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS

GÉRER LE RISQUE EN PÉRIODE DE VOLATILITÉ

Les périodes de volatilité des marchés sont aussi redoutées des médecins spécialistes qui détiennent un portefeuille de placement, que redoutables pour les rendements. Quand la bourse semble secouée de soubresauts inexplicables, que fait Financière des professionnels (FDP) pour protéger les portefeuilles de ses clients ?

Depuis 2008, réduire la volatilité – ou écart type des rendements dans le temps – est devenu notre priorité et nous avons pris des mesures précises pour limiter son impact, notamment par le choix des gestionnaires de portefeuille, la création de nouveaux véhicules de placement et la diversification des sources de rendement.

DES GESTIONNAIRES DE CHOIX

Nous avons établi un type de profil précis des gestionnaires recherchés et, pour faire nos choix, nous utilisons des outils performants qui comptabilisent une grande quantité de statistiques et permettent une évaluation basée sur des critères spécifiques. Nous privilégions toujours un ratio de marché haussier/baissier favorable, ce qui implique un style de gestion qui protège le portefeuille quand le marché est négatif, mais qui peut aussi aller chercher du rendement en période positive.

C'est par leur approche et leurs stratégies – plus défensives ou plus agressives – que les gestionnaires de portefeuille se distinguent, et qu'ils peuvent aussi être complémentaires comme le sont, par exemple, Kleinwort Benson Investors (approche orientée croissance du dividende) et Acadian Asset Management (approche visant à minimiser la volatilité) dans notre **Portefeuille privé FDP Actions globales dividende**. Cette combinaison de gestionnaires a produit des résultats encore supérieurs à leurs performances individuelles, créant une valeur ajoutée plus élevée (de juillet à septembre 2015,

Acadian a généré une valeur ajoutée de 5,7% par rapport à l'indice de référence du fonds).

DES VÉHICULES DE PLACEMENT SOPHISTIQUÉS

La volatilité des marchés a aussi influencé notre gamme de produits. Nous avons créé différents fonds qui nous procurent une agilité accrue face aux marchés et qui utilisent des stratégies non corrélées à ces mêmes marchés afin de protéger les actifs et produire un rendement.

- Le **Portefeuille privé FDP Répartition tactique d'actifs** permet de gérer la pondération des actions et des obligations à l'intérieur même du fonds, afin de réagir plus rapidement.
- Nous avons mis sur pied des produits non conventionnels, dont le **Portefeuille privé FDP Stratégies alternatives** qui, bien que comportant des actions, est basé sur des stratégies non corrélées au marché, notamment les ventes à découvert. Ainsi, que les marchés montent ou baissent, le fonds n'est pas affecté. Ces positions « courtes » protègent dans les marchés baissiers et procurent un rendement positif.

Le principe de la vente à découvert est simple, même si son application est plus compliquée : le gestionnaire emprunte un titre pour le vendre. Quoiqu'il doive payer des honoraires et intérêts au fiduciaire qui prête le titre, il table sur le fait que le prix qu'il recevra pour le titre vendu sera supérieur à celui qu'il devra éventuellement payer pour le racheter.

- Citons encore le **Portefeuille privé FDP Marché neutre**, qui utilise également la vente à découvert comme stratégie, mais mise cette fois sur l'arbitrage entre deux titres. Non disponible aux investisseurs directement, mais partie intégrante de la stratégie du Portefeuille privé FDP Stratégies alternatives, ce fonds cherche à générer un rendement positif, indépendamment de la direction que prennent les marchés.

Notre équipe de gestion interne du fonds a produit un rendement de 7,5% depuis le début de l'année (au 7 octobre 2015) dans un marché des plus volatils.

DIVERSIFICATION DES SOURCES DE RENDEMENT

Selon le dicton populaire : « Deux têtes valent mieux qu'une ! » et c'est certainement le cas en placement. L'apport de plusieurs gestionnaires externes permet de diversifier les sources de rendement et donc de bonifier les portefeuilles. Cette approche exige une analyse approfondie des styles et compétences de chacun pour établir leur complémentarité, mais, lorsque les bonnes combinaisons sont en place, les rendements sont au rendez-vous, quelle que soit la tenue des marchés.

- Notre **Portefeuille FDP Actions canadiennes** fait appel à trois gestionnaires. À compétences égales, ces gestionnaires présentent des caractéristiques similaires, mais utilisent des façons différentes pour atteindre les résultats. Notre équipe de gestion interne privilégie une gestion dynamique soutenue par des signaux techniques pour ses choix de titres, alors que Triasima se base sur la stratégie quantitative, l'analyse des tendances et des facteurs fondamentaux, et Pyramis, un important investisseur institutionnel, utilise sa considérable recherche interne.

Dans notre approche quotidienne de la gestion des placements, et particulièrement durant les périodes de fluctuations boursières, notre objectif premier reste la réduction de la volatilité des portefeuilles de nos clients. Le risque est inhérent aux marchés, mais vos placements sont l'épargne d'une vie et nous devons les protéger. Communiquez avec l'un de nos conseillers pour en savoir plus sur les solutions de placement de la Financière.

Un placement peut donner lieu à des courtages, des commissions de suivi, des frais de gestion et autres frais. Chaque taux de rendement indiqué est un taux de rendement total composé annuel historique, qui tient compte des fluctuations de la valeur du portefeuille et du réinvestissement de toutes les distributions, et qui ne tient pas compte des commissions d'achat et de rachat, des frais de placement ni des frais optionnels ou de l'impôt sur le revenu payables par un investisseur, qui auraient pour effet de réduire le rendement. Le taux de rendement est calculé selon la méthode de Dietz modifiée. La comparaison entre les indices peut varier en fonction de la taille du portefeuille, du moment auquel la transaction est effectuée et de l'objectif du mandat. Veuillez lire le prospectus avant d'investir.

Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille.



CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR L'ASSURANCE POUR LES RÉSIDENCES SECONDAIRES

Vous possédez une résidence secondaire ou prévoyez en acheter une bientôt? Selon le type de propriété et de biens que vous possédez, et l'utilisation que vous en faites, vos besoins en matière d'assurance différeront.

VOUS LOUEZ UN CHALET OU UN CONDO POUR LA SAISON ESTIVALE OU HIVERNALE

Vous avez décidé de louer un chalet ou un condo pour la durée de la saison de ski qui débute? Vous n'avez pas besoin d'acheter une protection d'assurance supplémentaire. Votre assurance habitation vous couvrira en cas de réclamation pour la perte des biens que vous aurez emportés avec vous au chalet ou au condo (par exemple, vos vêtements, vos équipements sportifs, etc.).

Assurez-vous cependant que votre assurance responsabilité offre une couverture suffisante pour couvrir le coût de remplacement du chalet que vous louez au cas où, par malheur, vous ou un membre de votre famille seriez responsable d'un incendie.

Si vous êtes assurés par le régime de la FMSQ avec Sogemec/La Personnelle, vous devriez avoir une couverture de 2 millions \$ en responsabilité civile. Cette protection peut également être supérieure si vous avez opté pour la protection « Umbrella ». En cas de doute, communiquez avec nous pour vérifier votre couverture.

VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE D'UNE RÉSIDENCE SECONDAIRE?

Vous devez acquérir une protection d'assurance distincte pour couvrir le bâtiment, les biens qui s'y trouvent et la responsabilité civile.

TOUS RISQUES OU RISQUES DÉSIGNÉS?

La notion de résidence secondaire est très large. Elle va du pied-à-terre rudimentaire utilisé occasionnellement à la luxueuse maison de campagne que la famille occupe tous les week-ends. Pour déterminer le type de protection qui vous convient, votre

assureur doit d'abord analyser votre situation. Les trois principaux facteurs qui influenceront les protections qu'il vous proposera sont la **valeur** de la propriété, l'**accès** au lieu et la **fréquence** d'utilisation.

Par exemple, si votre résidence secondaire vaut 350 000 \$, qu'elle est desservie à l'année par une route et que vous y allez chaque semaine, votre assureur vous proposera sans doute une assurance tous risques avec valeur à neuf, du même type que celle que vous souscrivez pour votre résidence principale. Comme son nom l'indique, elle couvre la plupart des risques courants, incluant le vol et le vandalisme.

Par contre, si votre petite oasis est plutôt un camp saisonnier de pêche accessible uniquement en VTT, vous vous verrez sans doute offrir une protection de type risques désignés (sans valeur à neuf). Celle-ci couvre uniquement les risques spécifiés au contrat. De plus, vous pourriez choisir de ne pas vous assurer contre le cambriolage si la valeur de vos biens ne le justifie pas.

En résumé, assurer une résidence secondaire nécessite une analyse particulière. Votre assureur a besoin d'un certain nombre de renseignements pour analyser vos besoins et établir vos protections.

QUELS RENSEIGNEMENTS DOIS-JE FOURNIR À MON ASSUREUR AU SUJET DE MA RÉSIDENCE SECONDAIRE?

Votre assureur vous indiquera les renseignements que vous devez lui fournir, mais, pour vous préparer, voici les principales informations que vous devrez sûrement lui donner :

- Les caractéristiques de votre résidence secondaire : L'adresse, l'année de construction, les dimensions, le type de fondation de même que le type de système de chauffage, le système électrique (ampérage) et de plomberie. Ce sont des éléments que vous devez

vous assurer de connaître avant d'appeler votre compagnie d'assurance.

- Votre fréquence d'utilisation : Est-ce que vous y demeurez seulement l'été ou y allez-vous toutes les fins de semaine? À quelle fréquence dormez-vous à cet endroit?
- Le lieu : Est-ce que la route est praticable à l'année? Est-elle déneigée l'hiver? À combien de kilomètres du chalet se trouve la caserne d'incendie la plus proche? À combien de mètres se situe la borne-fontaine la plus proche?

Les réponses à ces questions permettront à votre assureur d'évaluer la situation et de bien vous conseiller.

N'OUBLIEZ PAS LES EMBARICATIONS ET LES VÉHICULES RÉCRÉATIFS

Vous possédez un bateau ou un véhicule récréatif que vous laissez en permanence à votre résidence secondaire? Veillez à le mentionner à votre assureur. Certains contrats d'assurance couvrent les embarcations et d'autres pas. Les véhicules récréatifs, eux, doivent faire l'objet d'un ajout sur votre assurance. Votre assureur saura établir la protection qu'il vous faut.

VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE D'UNE RÉSIDENCE SECONDAIRE À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC?

Bien que Sogemec ne puisse vous offrir de protection pour une résidence se trouvant à l'extérieur du Québec, nous vous recommandons, si cela n'est déjà fait, d'entrer en contact avec un spécialiste de l'assurance de la région où se trouve votre résidence pour discuter de l'achat d'une couverture d'assurance appropriée à votre situation.

Sogemec et la FMSQ vous donnent accès à des protections d'assurances de qualité. Nous vous invitons à communiquer avec un agent qui se fera un plaisir de vous renseigner sur l'assurance dont vous avez besoin pour votre résidence secondaire. Pour obtenir une soumission d'assurance auto, habitation ou entreprise, communiquez avec nous dès aujourd'hui au 1 800 361-5303.

UN DÉPART À LA RETRAITE À SOULIGNER

Le 1^{er} décembre dernier, le directeur général de Sogemec Assurances, monsieur Maurice Giroux, quittait les fonctions qu'il occupait depuis 1998.

Ayant œuvré toute sa carrière dans le monde de l'assurance, Monsieur Giroux accepte le poste de directeur des ventes au sein de Sogemec, en août 1997, et devient rapidement le directeur général de l'organisation.



Il fera équipe avec docteur Gilles Robert pour monter cette filiale de la FMSQ qui sera toujours à l'affût d'offrir des services à la hauteur des besoins des médecins spécialistes. Sur les assises solides mises en place par ses prédécesseurs, Monsieur Giroux a su poursuivre le développement de l'offre de service de Sogemec Assurances. Dans le but d'offrir toujours de meilleurs produits, son influence et ses conseils, prodigués à l'équipe ainsi qu'au conseil d'administration, ont été vraiment significatifs, et leurs retombées rejailliront encore longtemps sur Sogemec.

Homme de cœur apprécié par les membres de son équipe, il nous quitte en pleine forme.

Nous lui souhaitons, et se joignent également à nous tous ceux qui ont eu le plaisir de travailler avec lui au fil des ans, une très belle et agréable retraite bien méritée!

Madame Chantal Aubin, directrice adjointe au directeur général, lui succédera à titre de directrice générale. Madame Aubin connaît bien les enjeux et les défis qui attendent Sogemec Assurance dans les prochaines années puisqu'elle a travaillé en étroite collaboration avec Maurice Giroux pendant les 18 dernières années.

Au revoir et merci Monsieur Giroux! Bienvenue et bon succès Madame Aubin dans vos nouvelles fonctions.

- D^{re} Diane Francoeur, présidente
du conseil d'administration

JE SUIS UN MÉDECIN ASSURÉ PAR SOGEMEC

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

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



UNE GAMME DE PROTECTIONS
QUI RÉPOND À **TOUS VOS**
BESOINS D'ASSURANCES

Vie
Invalidité
Frais généraux
Maladies graves
Soins de longue durée

Médicaments
Maladie
Dentaire
Entreprise
Automobile et habitation

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

Sogemec
ASSURANCES

Une force conseil
créée par vous, pour vous



Dr Diane Francœur

WHY ISN'T IT SIMPLE?

He's the Control-Tower Minister: he's everywhere, he meddles in everything and he wants to control everything. A character we have no choice but to live with... and it's not simple! Plus, he still has a lot of projects in his files for 2016 and that's not simple either.

His next initiative is going to be activity-based financing. You can, however, get yourself immunized against this attack: just take back control of your hospital, wounded and weakened as it is by Act 10. No pain, no gain! If you haven't already done so, it's really time to position yourself as a physician: attend every meeting whether it's your service, your department or the CPDP. As head, make sure you understand the dynamics of your budget, of purchases, of how to calculate operating costs, in order to be able to estimate the value of each episode of care in which you are involved. Who better than you would know the reality and the complexity of the services you provide? Surely you won't leave all of that solely in the hands of an administrator?

So you think I'm exaggerating? Why don't you check with your colleagues in radiation-oncology who have been placed on this reducing diet since the spring of 2014 and who have to deal with the fact that only the first quartile of costs is taken into consideration to estimate the budget? No matter! We have to get ready, because that's the next rabbit the Minister will pull out of his hat. And, once again, the sights will be set on us when we're faced with a *fait accompli*. As soon as we have a better idea of what's coming, we'll try to put together training sessions so as to equip you with the tools you'll need to become indispensable in this financial exercise, which runs the risk of limiting you in your practice if it doesn't take into account all of your realities.

But, it's hard to navigate safely through all of these public accusations that try to pass us off as thieves and profiteers... On the one hand, the columnists, analysts,

commentators and editorialists who never have to prove what they proclaim. On the other, the opposition parties, with Diane Lamarre out front, who gloat over everything they can add, or even invent, to label us crooks. And that's what partisan politics does! It's easy to give one's opinion, when what one believes has no serious consequences, when there is nothing to prove! It's a lot harder to provide a medical opinion, loaded with consequences for the life of a patient, at a time when there are no good answers, when we have to announce the fatal outcome, the sad fatality. As for me, I wouldn't swap my life as a medical specialist with anyone!

We don't have to demonstrate the specifics of specialized medicine, we deliver them! In addition to what makes up our daily lives, think of the cutting-edge surgeries and research studies published by our Quebec peers. We offer a quality of care that is the envy of others. You know it and you see it, as soon as you leave Quebec for an international conference. Nonetheless, it's time for this defamation to stop. Tell these self-proclaimed right-thinkers to watch the excellent television series, *De garde 24/7*, which puts medical practice into perspective. I'd like to thank and warmly congratulate our colleagues, in both your names and mine, for their generous sharing of their daily lives, expertise, doubts, feelings, minds and, especially, hearts. Everyone is talking about it; comments are ecstatic (with reason); the audience is overwhelmed (we can see why); reporters are asking for more (as do we). So, what is the problem? Who, among all those who claim to protect the public, would want to replace these physicians, or would even be able to, in just one of these episodes?

Since we're talking about expertise, a short word on our recent Interdisciplinary Education Day. What a remarkable event! More than a thousand specialists getting together, interested in acquiring new knowledge and keeping up to date in their specialty, in order to become even better. In fact, I would like to congratulate the three recipients of prizes of excellence in the transfer of care, a REAL demonstration of cooperation and interdisciplinarity.

This is my last editorial for the year 2015. It's been a difficult year. But, to paraphrase Nietzsche, what does not kill us, makes us stronger! Even if the year 2016 doesn't herald anything positive, we are strong! I wish to thank my team: the members of the Board, our directors, the staff of the Federation, the delegates, the presidents and personnel of the associations!

For 2016, I've given myself leave to dream that Gaétan Barrette will put away his stick and realize that cooperating with physicians is the best way of making things right for the public health system; that Diane Lamarre will turn off her basely-partisan recording and will finally see physicians as an added value for Quebec; that all our detractors, of any stripe, will stop criticizing us for the pleasure of being read, seen or heard and will realize that, if it were simple, we would already know it!

I wish you all the best for the Holidays! After what has happened in Paris, let us reflect even more on how our families cannot be replaced... Take good care of yours, especially when you're not on call.

SERVICES AUX MEMBRES

AVANTAGES

COMMERCIAUX



Nos filiales et partenaires méritent votre confiance.

Vous gagnez à les découvrir !

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

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



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

NOS FILIALES

F
FINANCIÈRE DES
PROFESSIONNELS
fprofessionnels.com
1 888 377-7337

Sogemec
ASSURANCES
sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES

laPersonnelle
Assurance de groupe auto, habitation
sogemec.lapersonnelle.com
1 866 350-8282

MULTID
multid.qc.ca
1 800 363-3068

GROUPE SOLUTION
groupesolution2.com
1 877 795-9399

Desjardins
desjardins.com/fmsq
1 800 CAISSES

TELUS
telusmd.com
1 866 673-5080

RBC
rbcbanqueroiroyale.com/sante
1 800 807-2683

**HÔTEL MAISON
PREMIÈRES NATIONS**
hotelpremieresnations.ca
1 866 551-9222

evenko.ca
evenko.ca
514 925-2124

**HYATT
REGENCY**
MONTREAL
montreal.hyatt.ca
1 800 361-8234

**HÔTELS
Fairmont**
fairmont.com
1 800 441-1414

Hôtel Rimouski
hotelrimouski.com
1 800 463-0755

**DOMAINE
CHÂTEAU-BROMONT**
chateaubromont.com
1 888 276-6668

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

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

Sheraton
lecentresheraton.ca
1 888 627-7102

**CENTRE DE CONGRÈS
ET D'ÉVENTS**
centrecongreslevis.com
1 888 838-3811

71
hotel71.ca
1 888 692-1171
auberge.qc.ca
1 888 692-1171

HÔTELS VILLEGIA
hotelsvillegia.com
1 877 845-5344

**HILTON
WORLDWIDE**
Québec • Lac-Leamy
fr.hiltonworldwide.com
514 305-1155

**HÔTEL CHÂTEAU
LAURIER QUÉBEC**
ET SON TRAITER D'ÉVÉNEMENTIEL
George V
hotelchateaulaurier.com
1 877 522-8108

**Château
Mont-Sainte-Anne**
CHATEAUMSA.COM
chateauxmsa.com
1 866 900-5211

**AUBERGE
GODEFROY**
aubergegodefroy.com
1 800 361-1620

SOFITEL NOVOTEL
sofitel.com
514 285-9000
novotelmontreal.com
1 866-861-6112

**DOMAINE
HANDFIELD**
aubergehandfield.com
1 855 579-2226

HÔTEL ZERO | 1
zero1-mtl.com
1 855 301-0001

**COURTYARD
Marriott**
MONTREAL AÉROPORT
marriott.com
514 339-5333

IL NE
MANQUE
QUE VOUS !

LA FACTURATION MÉDICALE

C'EST UN UNIVERS
COMPLEXE ET EN
CONSTANT
CHANGEMENT

FAITES CONFIANCE À DES
SPÉCIALISTES



MULTID en ligne

propulsée par **\$xacte**

Pour plus d'informations, visitez le multid.ca
ou téléphonez maintenant au **1.800.363.3068**

DÉCOUVREZ
UNE MULTITUDE
D'AVANTAGES

MULTID

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

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

1.800.363.3068

Partenaire :


**FINANCIÈRE DES
PROFESSIONNELS**