

LE SPÉCIALISTE

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Vol. 14 n°3 | Septembre 2012

DÉPISTAGE :
Le Québec en
fait-il assez ?

Snowbirds,
attention
au fisc !

Voir texte p. 32



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

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

Sogemec
ASSURANCES 

Offre exclusive
aux médecins
spécialistes



Forest

Une offre à la hauteur de votre réussite

Desjardins est fier d'être partenaire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec et d'offrir à ses membres une offre exclusive leur permettant de profiter, entre autres, des avantages suivants :

Forfait transactionnel complet à 125 \$/année incluant :

- **Jusqu'à cinq comptes avec transactions illimitées**, soit un compte principal avec une gamme complète d'avantages, deux comptes additionnels en dollars CA, un compte en dollars US et un compte entreprise.
- **Une carte VISA* Desjardins OR Odysée^{MD} ou Platine** au choix, et une carte supplémentaire sur le même compte, incluant le **programme de récompenses BONIDOLLARS**.

Avec les BONIDOLLARS, c'est comme vous voulez. En effet, vos BONIDOLLARS n'expirent jamais et vous êtes libre de les utiliser comme bon vous semble, pour payer une partie ou la totalité de votre voyage. De plus, c'est vous qui choisissez où et quand vous désirez partir. Il n'y a aucune restriction de destination, de période, d'hébergement ou de mode de transport.

N'attendez plus; profitez de cette offre dès maintenant. Rencontrez un conseiller en caisse ou un directeur de comptes d'un centre financier aux entreprises Desjardins.

1 800 CAISSES
desjardins.com/fmsq

Détails et conditions sur desjardins.com/fmsq

* VISA Int. / Fédération des caisses Desjardins du Québec, usager autorisé.

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



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



Desjardins

Coopérer pour créer l'avenir

Nouveau partenariat TELUS-FMSQ pour vos communications mobiles.

TELUS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) sont fiers de vous annoncer leur nouvelle entente de service. Cette entente propose plusieurs avantages dont l'accès au réseau 4G, le plus étendu et le plus rapide* au Québec, qui permet l'itinérance dans plus de 200 pays. Ces avantages permettront d'augmenter la productivité et l'efficacité des membres. De plus, une grille de tarification concurrentielle vous est offerte.



Forfait iPhone

Forfait d'appels locaux

Tarif mensuel	25 \$
Minutes incluses	250
Messagerie textuelle illimitée	incluse
Appels entrants illimités (locaux)	inclus
Appels locaux entre abonnés TELUS illimités	inclus
Appels locaux illimités en soirée (dès 18 h) et le week-end	inclus

Forfait de transmission de données

Tarif mensuel	30 \$
Transmission de données incluse (sur iPhone et Android)	6 Go†

D'autres forfaits et types d'appareils sont disponibles. Des conditions s'appliquent.

Obtenez un forfait iPad flexible à partir de

5 \$ /mois

incluant

10 Mo

de transmission de données‡

Pour connaître les détails ou pour commander, veuillez communiquer avec un représentant TELUS au **1 855-310-3737**.

Nous croyons que cette nouvelle entente saura répondre parfaitement à vos besoins en matière de téléphonie mobile, en plus de vous faire bénéficier des ressources technologiques et des services-conseils de TELUS.



* Selon une comparaison des réseaux HSPA/HSPA+ nationaux : « le plus rapide » selon les vitesses de transmission de données testées dans des grands centres urbains du pays; « le plus étendu » selon la couverture géographique et la population desservie. † TELUS se réserve le droit de retirer ou de modifier cette offre en tout temps et sans préavis. ‡ Vous devez vous procurer le iPad auprès d'un détaillant autorisé pour profiter de ce forfait. TELUS et le logo TELUS sont des marques de commerce utilisées avec l'autorisation de TELUS Corporation. Apple, le logo Apple, iPhone et iPad sont des marques de commerce d'Apple Inc. © 2012 TELUS.



RBC Banque Royale®

La croissance, ça se discute !

Les conseils financiers les plus utiles à la croissance de votre pratique sont les conseils financiers spécialisés. RBC® met à votre service des directeurs de comptes spécialistes du secteur de la santé, qui connaissent à fond les particularités de votre marché et de votre modèle de gestion.

Vous aimeriez vous rééquiper pour agrandir ou moderniser votre clinique, tout en conservant votre fonds de roulement ? Discutez-en avec un directeur de comptes RBC spécialisé dans les soins de santé.

Grâce à son expertise approfondie, il pourra vous ouvrir de nouvelles possibilités à chaque stade de développement de votre clinique en vous fournissant des conseils financiers spécialisés et des solutions sur mesure pour vous aider à stimuler la croissance de votre pratique.

Pour parler à un spécialiste du secteur des professionnels de la santé, visitez rbcbanqueroyale.com/profsante. De plus, informez-vous sur le forfait bancaire privilège offert aux membres de la FMSQ, en composant le **1 800 80 SANTÉ** (1 800 807-2683), ou rendez-vous 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 Bernard Bissonnette

D^r Raynald Ferland

D^r Paul Perrotte

M^e Sylvain Bellavance

Nicole Pelletier, ARP, directrice

Patricia Kéroack, conseillère
en communication

ÉDITRICE DÉLÉGUÉE

Nicole Pelletier, ARP

**RESPONSABLE
DE L'ÉDITION**

Patricia Kéroack

RÉVISION

Angèle L'Heureux

**ASSISTANTE DE
PRODUCTION**

Geneviève Roberge

GRAPHISME

Dominic Armand

PUBLICITÉ

France Cadieux

IMPRESSION

Impart Litho

TIRAGE

13 500 exemplaires

POUR NOUS JOINDRE

RÉDACTION

☎ 514 350-5021 ✉ 514 350-5175

✉ communications@fmsq.org

PUBLICITÉ

☎ 514 350-5274 ✉ 514 350-5175

✉ fcadieus@fmsq.org

🌐 www.magazinelespecialiste.com

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

POSTE-PUBLICATION

Contrat de vente 40063082

DÉPÔT LÉGAL

3^e trimestre 2012
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1206-2081

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



CCAB audite les envois faits aux médecins spécialistes et
résidents, soit pour un total de 11 505 copies (décembre
2011). La FMSQ distribue aussi plus de 1 000 copies aux
chercheurs, titulaires des Facultés de médecine du Québec, aux gestionnaires
des agences, des établissements et du réseau de la santé au Québec.

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

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

LES ANNONCEURS DE CETTE ÉDITION :

- Desjardins 2
- Telus 3
- RBC Banque Royale 4
- Financière des professionnels 6
- Four Points – Centre de congrès de Lévis 9
- La Personnelle 12
- Les Entreprises Marchand 14
- Club Voyages Berri 15
- Régie de l'assurance maladie du Québec 25
- Sogemec Assurances 33
- Groupe Conseil Multi-D 36

SOMMAIRE

7 LES ACTUALITÉS

- Des médecins candidats
- La santé des médecins :
quand tout le monde en parle
- Sur la scène politique

10 LES ACTUALITÉS FÉDÉRATIVES

13 EN MANCHETTES

DOSSIER

DÉPISTAGE : LE QUÉBEC EN FAIT-IL ASSEZ ?

- Les programmes de dépistage
au Québec 17
- Dépistage prénatal de
la trisomie 21 22
- Dépistage universel des troubles
de l'audition chez les nouveau-nés 24
- Le Québec peut-il en faire plus ? 26
- Le Québec peut-il faire mieux ? 29



30 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

- D^r Jacques Pépin,
spécialiste en maladies infectieuses

32 SOGEMEC ASSURANCES

34 FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS

LA FMSQ BIEN PRÉSENTE SUR INTERNET

fmsq.org

SUIVEZ-NOUS ÉGALEMENT SUR



facebook.com/laFMSQ



@FMSQ



Notre service d'assistance dans la liquidation d'une succession

Votre temps est précieux.

La Financière des professionnels vous propose un service d'assistance dans la liquidation d'une succession, qui vous permet de vous acquitter de vos obligations en minimisant les tracas.

Fiez-vous à nos experts. Ils vous aideront à remplir votre mandat efficacement. Avec toute la vigilance nécessaire. Et sans perte de temps.

Vous pouvez aussi inclure notre service d'assistance dans votre propre succession. Renseignez-vous auprès de votre conseiller.

Être nommé liquidateur d'une succession est un gage de confiance, mais aussi une lourde responsabilité. C'est une charge exigeante et essentielle.

Le liquidateur...

doit exécuter un ensemble de tâches complexes, allant de la recherche testamentaire aux communications avec les institutions bancaires et les réclamations d'assurance vie, en passant par l'inventaire des biens et le règlement des créances.



Actionnaire de la Financière des professionnels depuis 1978



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Financière des
professionnels

Gestion privée*
Fonds d'investissement
Planification financière

*Membre - Fonds canadien de protection des épargnants

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 ainsi qu'un courtier en épargne collective inscrits auprès de l'Autorité des marchés financiers (AMF) qui gère et distribue les fonds de sa famille de Fonds, et qui offre des services – conseils en fonds d'investissement et 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. Des services de planification financière sont offerts par l'intermédiaire de Financière des professionnels inc.

www.fprofessionnels.com

Montréal 1 888 377-7337

Québec 1 800 720-4244

Sherbrooke 1 866 564-0909

PAR PATRICIA KÉROACK

Élections 2012

Des médecins candidats

Qu'ont en commun Camille Laurin, Pierre-Marc Johnson, Philippe Couillard, Victor C. Goldbloom, Henri-Séverin Béland, Marc Trudel, Joseph-Charles Taché, Joseph Godéric Blanchet, Pierre Beaubien, Albiny Paquette, Denis Lazure, John Jones Ross et David Levine? Ce sont tous des médecins qui, depuis 1791, ont été élus et ont représenté les intérêts des électeurs québécois.

D^r Gaétan Barrette n'est donc pas le premier à vouloir troquer la blouse blanche pour la politique et il n'a pas été le seul à poser sa candidature aux élections générales du 4 septembre. Au moment de mettre sous presse, voici une courte liste de médecins qui ont décidé de se présenter sous une bannière électorale. Tous clament, haut et fort, vouloir faire avancer le Québec. Certains peuvent manquer à la liste. Puisqu'il existe au total 20 partis autorisés par le Directeur général des élections, nous avons concentré nos recherches sur les 5 partis les plus connus.



Parti libéral du Québec (PLQ)	Yves Bolduc , Jean-Talon	Omnipraticien
Parti Québécois (PQ)	Réjean Hébert , Sherbrooke	Gériatre
	Gilles Aubé , Hull	Omnipraticien
Coalition Avenir Québec (CAQ)	Gaétan Barrette , Terrebonne	Radiologiste
	Hélène Daneault , Rosemère	Omnipraticienne
Québec solidaire (QS)	Amir Khadir , Mercier	Microbiologiste
	Yv Bonnier Viger , Beauce-Nord	Spécialiste en médecine communautaire
	Sylvain Couture , Ungava	Omnipraticien
Option nationale (ON)	Guillaume Langlois , Jean-Talon	Omnipraticien



**LE CENTRE DE CONGRÈS
ET D'EXPOSITIONS DE LÉVIS**

**Facile d'accès
et à proximité de tout!**

Renseignements et réservations
418 838.3811 | 1 888 838.3811
ccelevis.com

CENTRE DE CONGRÈS
ET D'EXPOSITIONS DE LÉVIS

1 000 chambres à Lévis
150 chambres sur place

Capacité de 1 000 personnes

À 15 minutes de Québec!

La santé des médecins : quand tout le monde en parle

PAR SUZANNE DESROSIERS
PAMQ

Du 25 au 27 octobre 2012, Montréal sera l'hôte de la prochaine Conférence internationale sur la santé des médecins (CISM). De la visite rare au Québec! Cet événement bisannuel est une initiative conjointe de l'American Medical Association, de la British Medical Association et de l'Association médicale canadienne en collaboration avec le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) et l'Association médicale du Québec.

Durant trois jours, le CISM réunira les experts internationaux en santé des médecins venus partager leur savoir et le fruit de leurs recherches. Près de 15 pays y seront représentés. Au total, quelque vingt ateliers, une cinquantaine de présentations de recherches auxquelles s'ajouteront des plénières et débats animés par des invités de marque.

Parmi les participants québécois (confirmés au moment d'écrire ces lignes), mentionnons les ateliers suivants :

« APPRIVOISER LES FORCES DU STRESS »

Au cours des dernières années, une accélération phénoménale des rythmes de production a créé une sollicitation jamais vue dans l'histoire de l'humanité. La réaction de stress n'en finit plus d'être déclenchée. L'adaptation est-elle toujours possible? **Par D^r Serge Marquis, spécialiste en santé communautaire**

« COMPLICATIONS ET ERREURS MÉDICALES : PASSER D'UNE CULTURE DE BLÂME À UNE CULTURE DE SÉCURITÉ »

Aucun médecin n'est à l'abri des complications inattendues ou des erreurs médicales. Pourtant, la culture médicale entretient un étonnant paradoxe : les erreurs sont fréquentes... mais inacceptables! Face à « l'insoutenable faillibilité » du médecin, peut-on, ensemble, apprendre de nos erreurs tout en faisant de son mieux pour les éviter? **Par D^{re} Sandra Roman et D^r Claude Rajotte du Programme d'aide aux médecins du Québec**

« INNÉ OU ACQUIS? »

Un débat animé par D^r Marquis Fortin sur la conciliation entre convictions personnelles, politiques institutionnelles et satisfaction au travail.

CONFÉRENCIERS DE RENOM

Des conférenciers de renom sont également attendus dont D^r Tait Shanafelt (conférence : *Trouver la motivation, l'équilibre et la satisfaction personnelle dans la pratique médicale*), D^r Richard Gunderman (conférence : *Comblant l'écart entre Savoir et Faire*) et le lieutenant-colonel Stéphane Grenier qui présentera sa conférence *Santé mentale : rétablissement et résilience*.

Nouveauté : certains ateliers seront donnés en français (la traduction simultanée est offerte lors des plénières).

Inscription en ligne

Possibilité de s'inscrire au programme complet (3 jours), à une ou à deux journées

Tarif préférentiel jusqu'au 14 septembre 2012

Tous les détails au :
<http://amc.ca/santedesmedecins>

Parmi les sujets abordés :

- Les indices pour détecter la détresse chez un confrère;
- Quatre règles d'or pour améliorer le climat en milieu de travail;
- Des stratégies de gestion pour améliorer la santé des médecins en milieu universitaire;
- Étudiants : le soutien des pairs pour contrer l'épuisement professionnel (*burnout*);
- Changements dans les habitudes de consommation d'alcool chez les médecins norvégiens;
- La thérapie cognitivo-comportementale pour réduire le stress chez les médecins;
- Savoir décoder les signes avant-coureurs d'une tempête organisationnelle;
- Conflit travail-vie personnelle et intention de quitter l'exercice de la médecine;
- Une expérience française de prise en charge de médecins en situation de *burnout*;
- Épreuve et résilience;
- La santé des médecins en milieu hospitalier;
- Être le médecin traitant d'un médecin;
- L'étude HOUPE (*Health and Organisation among University hospital Physicians in seven European countries*);
- Sondage de la FMRQ sur le mieux-être des résidents québécois;
- Épuisement : étude transversale auprès de 4 050 médecins généralistes français;
- Stress et symptômes de dépression liés au travail : une étude longitudinale de 14 ans auprès des médecins norvégiens;
- Satisfaction au travail et autonomie professionnelle chez les médecins norvégiens, américains et canadiens;
- Approche fondée sur les compétences et la psychologie pour bien gérer les transitions en cours de carrière;
- Et plusieurs autres.

Sur la scène politique

Les travaux de l'Assemblée nationale du Québec ont pris fin le vendredi 15 juin dernier et devaient reprendre le 18 septembre selon le calendrier officiel. Cependant, le déclenchement d'un scrutin général donne lieu à une nouvelle législature; les projets de loi inscrits au feuillet ont été automatiquement abrogés.

Au moment d'aller sous presse pour l'édition de juin du Spécialiste, deux projets de loi du ministre de la Santé et des Services sociaux étaient inscrits : le projet de loi n° 59, Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (DSQ) ainsi que le projet de loi n° 36, Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux en matière d'approvisionnement en commun. D'autres projets de loi ont par la suite été déposés.

Le projet de loi n° 59 a été adopté à l'unanimité le 15 juin. Soulignons, qu'à la demande de l'opposition officielle, la Commission d'accès à l'information a participé activement aux travaux parlementaires lors de l'étude détaillée du projet de loi pour éviter toute ambiguïté du texte législatif en matière de protection des renseignements personnels. Quant au projet de loi n° 36, il n'a pas cheminé.

LES AUTRES PROJETS DE LOI PRÉSENTÉS PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ

Le projet de loi n° 74, Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel, a été présenté le 15 mai et adopté à l'unanimité le 5 juin. Vivement souhaitée par l'Association des dermatologistes du Québec, cette loi interdit dorénavant l'accès aux services de bronzage artificiel offerts dans les salons de bronzage aux personnes mineures. Elle interdit aussi la publicité destinée aux personnes mineures et celle étant susceptible de créer une fausse impression sur les effets ou les dangers du bronzage artificiel sur la santé, notamment en laissant croire à l'innocuité des appareils de bronzage artificiel. Elle introduit diverses infractions de nature pénale et met en place des mécanismes d'inspection. Notons que ce sont les agences de santé et de services sociaux (ASSS) qui seront chargées de surveiller l'application de cette loi. Ajout de ressources en vue?!?

Décidément, le ministre Bolduc avait de la suite dans les idées. Après avoir lancé en Assemblée : « On ne peut pas faire mourir les patients plus rapidement », en parlant des places en CHSLD, le ministre a présenté le projet de loi n° 83 sur les activités funéraires le 12 juin. Ce projet de loi vise à instituer un nouveau régime juridique applicable aux activités funéraires, et à assurer la protection de la santé publique et le respect de la dignité des personnes décédées. Il établit un régime de permis d'entreprise de services funéraires, de permis de thanatopraxie et d'inspection afin de vérifier l'application de la loi et de ses règlements. Des dispositions réglementaires et pénales sont également prévues. Une autre nouvelle responsabilité pour les ASSS qui se verraient notamment confier la responsabilité de gérer l'attribution des permis et l'inspection des lieux.

Enfin, le projet de loi n° 84, Loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, a été déposé le 12 juin. Cet omnibus vise à ajuster, à préciser ou à prévoir certaines règles qui sont applicables dans le domaine de la santé.

CSST ET MODIFICATIONS AUX LOIS PROFESSIONNELLES SOUS LA LOUPE...

Présenté le 3 avril 2012 par la ministre du Travail, le projet de loi n° 60, Loi visant principalement la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail et son application aux domestiques, n'avait pas initialement attiré notre attention en raison de son titre. Or, de nombreuses modifications pourraient avoir des incidences sur la pratique de plusieurs spécialités médicales. Après analyse du texte, la FMSQ a manifesté son intérêt à être entendue lors des consultations particulières et les auditions publiques de la Commission de l'économie et du travail, le cas échéant.

Le 29 mai, était présenté par le ministre de la Justice le projet de loi n° 77, Loi modifiant diverses lois professionnelles et d'autres dispositions législatives dans le domaine des sciences appliquées. Ce projet de loi vise, entre autres, à apporter des modifications à la Loi médicale, à la Loi sur la pharmacie et au Code des professions afin de permettre aux médecins, aux pharmaciens et aux technologues médicaux de continuer, dans le cadre de l'exercice de leur profession, à exercer des activités dorénavant réservées aux chimistes. Ces modifications touchent notamment les spécialités suivantes : hématologie-oncologie, pathologie, génétique, biochimie médicale et microbiologie médicale.

Les projets de loi n°s 83, 84, 60 et 77 n'ont finalement pas cheminé à cause du déclenchement des élections.

Sur la scène fédérale : M-312

La seconde heure de débat sur la controversée motion M-312, qui devait avoir lieu en juin à la Chambre des Communes, a finalement été reportée à la session d'automne dont le début est prévu le 17 septembre. Jusqu'à présent, Stephen Harper et Bob Rae semblent persister à ne pas imposer la ligne de parti pour stopper cette énième tentative de rouvrir le débat sur l'avortement. Un dossier que la FMSQ continuera de suivre avec vigilance.

NON
à la motion
M-312

Au revoir Dr Hudon!



PAR RÉJEAN LAPRISE, Ph. D.

Directeur adjoint, Office de développement professionnel

J'ai rencontré Dr Hudon pour la première fois à la Nouvelle-Orléans, en janvier 2000, lors d'un congrès de l'Alliance en éducation médicale continue. Ce [très] grand monsieur, à l'allure classique et s'exprimant dans un français irréprochable, m'avait alors paru fort sympathique, très pragmatique et un tantinet taquin. Grâce à lui, fier porteur-étendard de son organisation, j'avais appris, à l'instar de beaucoup d'autres, que la FMSQ n'était pas seulement un organisme de défense des intérêts pécuniaires des médecins spécialistes, mais qu'elle avait aussi à cœur la qualité de la pratique médicale. Et lui, de son esprit vif, de démontrer un intérêt palpable pour les nouvelles tendances en formation médicale continue (FMC), une discipline en pleine ébullition qui fomentait déjà des prétentions d'influer sur la qualité des soins. Tendances d'alors qu'il essaiera plus tard de transférer au réseau de la Fédération.

À l'arrivée de Dr Hudon, le rôle de la Fédération en FMC consistait surtout à représenter les médecins spécialistes auprès des instances politiques et réglementaires. Seulement 21 des 31 associations existantes s'étaient présentées de façon volontaire pour obtenir un agrément en FMC auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ) et seulement 13 avaient réussi à satisfaire pleinement toutes les exigences, les autres obtenant un agrément partiel, conditionnel à l'amélioration de leurs façons de faire. À cette époque, le rôle des associations en FMC tenait surtout dans l'organisation d'un congrès annuel tout à fait traditionnel.

Treize années plus tard, l'ensemble des associations affiliées à la FMSQ s'est prêté à l'exercice d'agrément du CMQ de février 2012, et toutes, sauf deux, ont obtenu le plein agrément pour les cinq prochaines années, plusieurs d'entre elles obtenant même des notes exceptionnelles quant au respect de certaines normes, faisant ainsi partie de l'élite dans certains domaines!

Cette année, l'ODP a lui-même été reconnu à titre de prestataire de développement professionnel continu (DPC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ce qui en fait la première organisation provinciale agréée au Canada. Dr Hudon est d'ailleurs très fier du rapprochement qui s'est fait entre l'ODP et le Collège royal dans les dernières années, en majeure partie grâce à lui. En effet, ayant siégé pendant six ans à titre de membre du Collège sur le comité des normes et le comité de développement professionnel du Programme du maintien du certificat, il a réussi à obtenir pour la Fédération un poste permanent d'office depuis 2006, officialisant ainsi un partenariat très apprécié, d'un côté comme de l'autre.

Lorsqu'on lui demande ce qu'il retient de son passage à la FMSQ, Dr Hudon répond qu'il est fier de constater le grand changement de mentalité qui s'est opéré chez les organisateurs de FMC/DPC affiliés à la Fédération. Afin de maximiser l'impact sur la qualité des soins, la formation continue est aujourd'hui davantage centrée sur les besoins d'apprentissage des médecins et non sur la venue de conférenciers vedettes.

Il cite aussi l'intégration du personnel administratif des associations affiliées aux activités de l'ODP. Ces employés constituent en effet la mémoire institutionnelle de ces organisations. L'ODP leur offre maintenant de trois à quatre formations chaque année, selon leurs besoins, en plus d'un service de consultation et d'outils pratiques pour faciliter leurs tâches.

Dr Hudon parle aussi du formulaire de divulgation des conflits d'intérêts des conférenciers, qui est maintenant utilisé par tous les intervenants en DPC du Québec, de l'implantation des formulaires d'évaluation à lecture optique et de l'achat des télévotants qui permettent aux conférenciers de sonder les participants pendant leur présentation.

Son mandat à l'ODP aura été caractérisé par des changements profonds dans les façons de concevoir, de faire et d'organiser la formation continue au Québec. Il y a contribué directement par son implication tant à la FMSQ que comme membre et président (2002-2006) du Conseil québécois de DPC des médecins. Citons d'abord la responsabilisation du médecin quant à la nécessité de développer et de maintenir ses compétences dans tous les aspects de sa pratique. Citons ensuite l'indépendance accrue des organisateurs de DPC face aux dons de l'industrie grâce au resserrement des codes d'éthique, à l'utilisation des cotisations des membres pour la FMC et, surtout, depuis le 1^{er} avril 2012, à l'obtention d'une allocation universelle de ressourcement pour tous les médecins spécialistes.

On pourrait enfin mentionner sa contribution au rayonnement de la FMSQ, tant au niveau national qu'international, grâce à l'intégration dans la structure de l'ODP de ressources dédiées à l'innovation et à la recherche, ce qui a permis, par exemple, le développement des clubs de lecture en ligne et des Journées de formation interdisciplinaire (JFI).

Ce qu'il aimerait laisser comme message à ses collègues : « Il ne faut pas considérer le DPC comme une corvée, mais plutôt comme une nécessité agréable. Plus on acquiert des compétences et de l'expertise dans son domaine, plus on a du plaisir à faire ce que l'on fait! » À moi, son sens de l'humour et de la répartie me manqueront beaucoup. À titre d'exemple, cette phrase célèbre servie en réponse aux questions parfois douteuses des organisateurs concernant le caractère éthique de certaines demandes de l'industrie : « Mais, cher docteur, poser la question c'est y répondre! » clamait-il d'un grand sourire charmeur...



Dr Gilles Hudon a quitté la FMSQ le 30 juin 2012 pour une retraite bien méritée.

Bonne continuation, cher Gilles!



PAR BERNARD BISSONNETTE, M.D.
Secrétaire, membre du conseil d'administration

Distingué, courtois, érudit, un brin mondain. Difficile de trouver des défauts à Gilles! D'un naturel affable et engageant, il suscite respect et admiration partout où on le croise. Un héritage de sa formation classique diront certains. Et d'une curiosité insatiable avec ça. Et pas seulement pour les affaires fédératives! Gilles veut tout savoir, tout connaître, tout comprendre.

Au cours des cinq dernières années – donc depuis mon arrivée à la Fédération – j'ai eu l'occasion de le côtoyer et de collaborer, bien modestement, à ma façon, je dois avouer, avec Gilles et sa belle équipe. À l'Office de développement professionnel bien sûr, mais aussi dans le cadre des Journées de formation interdisciplinaire (JFI) annuelles, heureuse initiative, s'il en fut, de son directorat. Il y voyait l'occasion rêvée de rassembler l'ensemble de la médecine spécialisée et, du coup, de favoriser les échanges. Un esprit ouvert dans la plus grande tradition fédérative. À en juger par l'augmentation constante de l'assistance et les commentaires élogieux des membres, nul doute qu'il doit être fier de son petit... devenu grand!

Et que dire de Gilles Hudon, directeur des Politiques de la santé, sinon qu'il se sera acquitté avec la même *maestria* de sa tâche d'ambassadeur de la FMSQ auprès d'un nombre impressionnant d'organismes de toutes sortes. Cette liste d'interactions et interfaces est trop longue pour être citée ici. Sa connaissance exhaustive des dossiers m'a toujours laissé admiratif. Que de missions il se vit confier! Que de défis il releva! Et souvent à court préavis...

Ses comptes-rendus d'activités aux conseils d'administration mensuels de la Fédération étaient invariablement de petits bijoux du genre! Souci du détail, pertinence du propos, modèle de concision : c'est le secrétaire qui en atteste. Ces conseils auxquels il aura participé si assidûment s'animaient alors et des discussions souvent enflammées s'ensuivaient. Derrière sa calme façade de lord britannique, Gilles ne dédaignait pas pour autant la polémique. L'importance des grands enjeux fédératifs ne lui aura jamais échappé.

Reconnaissons-lui tout autant un remarquable don pour la réplique. Un atout de taille à la grande table du conseil. Jamais déplacé, D^r Hudon, cela va sans dire. Et toujours soucieux de résoudre le problème. « Y'a pas de problèmes, il n'y a que des solutions », se plaisait-il à nous répéter.

Souhaitons-lui la plus agréable des retraites auprès de sa Suzanne. Je ne l'imagine pas oisif un seul instant. Ses multiples intérêts, physiques ou intellectuels, sauront sans nul doute garder intactes sa vivacité d'esprit et sa belle santé.

Au nom de la FMSQ Merci Gilles!



PAR DIANE FRANCOEUR, M.D.
Vice-présidente

J'ai connu D^r Gilles Hudon à mes débuts lorsque j'étais membre du conseil d'administration de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ). À cette époque, je dois avouer que je le trouvais un peu excessif notre directeur de l'Office de développement professionnel avec ses objectifs de « DPC ». Cela fait déjà plus d'une douzaine d'années!

Avec le temps et au fil de mes implications, j'ai appris à apprécier son travail acharné pour s'assurer que les médecins puissent se garder au fait des connaissances scientifiques les plus à jour sans être à la merci de l'industrie pharmaceutique. Quel avancement!

De nos jours, nous considérons ces règles comme acquises, mais il faut avoir vu des activités similaires de DPC tenues ailleurs dans le monde pour vraiment apprécier ces nouvelles normes. Nous sommes partis de très loin. La séparation de l'industrie pharmaceutique ne s'est pas faite sans heurts, qu'on se le dise! Mais nous avons réussi et c'est vraiment tout à notre honneur. Cette quête nous a permis de nous faire reconnaître rapidement comme organisme accréditeur modèle. Cette reconnaissance se traduit aujourd'hui par la publication de plusieurs articles permettant de faire valoir notre savoir auprès d'une foule de sociétés savantes. D^r Hudon en aura été le grand artisan. Je vous invite d'ailleurs à prendre connaissance de l'ensemble des documents produits par l'Office de développement professionnel sur le portail de la Fédération au www.fmsq.org/fr/medecin/dpc/le-dpc-a-la-fmsq.

De surcroît, vous l'ignorez peut-être, Dr Hudon avait une deuxième vie à la FMSQ. Celle-là, comme directeur des Politiques de la santé. Pendant une douzaine d'années, il a été « l'ambassadeur » de la Fédération au sein d'une foule d'organismes réglementaires et gouvernementaux. Sa connaissance des dossiers et sa prestance unique ont contribué à faire de la FMSQ un partenaire privilégié dans les principaux sujets où la médecine spécialisée devait être impliquée.

Je ne peux passer sous silence le bébé de Gilles qui aura cinq ans cette année. Je parle ici des journées de formation interdisciplinaire, qu'on appelle maintenant les JFI. Ces journées destinées aux médecins spécialistes de toutes les spécialités permettent de se retrouver dans un contexte autre que syndical tout en faisant le plein de ressources dans des domaines inhabituels comme les volets financiers, l'inter professionnalisme, la gestion au sein d'une saine organisation de la pratique médicale spécialisée, etc.

Cher Gilles, je te souhaite une retraite remplie de projets à la hauteur de tes attentes. Ta rigueur nous a contaminés pour toujours... je l'espère!

Pour votre **assurance habitation**,
mieux vaut être à la bonne place.



Soyez bien chez vous avec La Personnelle. Que vous habitez une maison, une copropriété ou un appartement, notre assurance saura convenir à votre mode de vie.

DEMANDEZ UNE SOUMISSION

1 866 350-8282

sogemec.lapersonnelle.com

Sogemec
ASSURANCES
www.sogemec.qc.ca



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.

PRIX ET RÉCOMPENSES

ORDRE DU CANADA



D^{re} Francine Décary, hématologue, a été admise à titre d'Officier de l'Ordre du Canada pour souligner son apport au domaine de l'hématologie en tant que chercheuse, professeure et gestionnaire.

PRIX DE L'ACQ



Lors de son congrès annuel, l'Association des cardiologues du Québec a décerné le prix du Cardiologue émérite 2012 à **D^r Robert Primeau**. Ce prix veut souligner la carrière d'un cardiologue et sa contribution à l'avancement de la cardiologie au Québec.

PRIX DE L'AMPQ

Prix Heinz E. Lehmann d'excellence en psychiatrie



D^r Michel Lemay du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine a reçu le prix Heinz E. Lehmann en reconnaissance de sa contribution à l'avancement et au rayonnement de la psychiatrie au Québec.

Prix d'humanisme Jacques-Voyer

D^r Ronald Brown de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis a reçu le prix d'humanisme Jacques-Voyer pour souligner son implication au sein de la maison Up House, une initiative communautaire pour les Québécois.



Prix Camille-Laurin de la réalisation de l'année



Pour souligner la publication du livre *Vivre avec un adolescent mentalement souffrant*, l'AMPQ a remis le prix Camille-Laurin de la réalisation de l'année au **D^r Nagy Charles Bedwani**, de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Marque de reconnaissance



Les **D^{rs} Guy A. Blouin**, de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, **Gilles Côté**, de l'Hôpital de Maria, et **Marcel Hudon**, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ont tous trois reçu la marque de reconnaissance du travail au quotidien pour l'excellence du travail clinique au quotidien.

PRIX DE L'ARS



Après l'American Society of Clinical Oncology, c'est au tour de l'American Radium Society de récompenser le **D^r David H.A. Nguyen**, oncologue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. D^r Nguyen a reçu le Young Oncologist Essay Award pour son projet de recherche intitulé *Limited M1 Disease : A Significant Prognostic Factor for Stage IV Breast Cancer*.

HOMMAGE DE LA SICH



La Société internationale des chirurgiens de l'hypophyse, réunie à Montréal pour son congrès international, a honoré **D^r Jules Hardy**, neurochirurgien et pionnier de la chirurgie transnasale transsphénoïdale de l'hypophyse. Au cours de sa carrière, D^r Hardy a participé à plusieurs découvertes importantes et a été un acteur important dans l'implantation des techniques de microchirurgie. Son apport a été reconnu au point où la Société a créé le Jules Hardy Award, un prix voulant récompenser une carrière exceptionnelle dans le domaine de la chirurgie hypophysaire.

PRIX LEADERSHIP – MÉDECIN



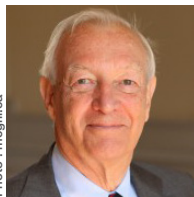
D^{re} Marie-Jeanne Kergoat, gériatre à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, a obtenu le Prix Leadership remis par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Ce prix lui a été remis pour souligner sa contribution au développement de soins offerts à la personne âgée.

PRIX DE L'ACMMSM



L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale a remis à **D^{re} Trang Dao**, chercheuse psychiatrique et véritable militante de la cause des personnes atteintes de maladie mentale, le Prix des champions de la santé mentale 2012 dans la catégorie « recherche » pour souligner sa contribution remarquable dans l'avancement de la cause de la santé mentale au Canada.

PRIX DE L'AMC



D^r Richard L. Cruess, chirurgien orthopédique, a reçu la Médaille de service 2012 de l'Association médicale canadienne en reconnaissance de sa précieuse contribution au système de santé du Canada. Le prix lui a été remis à Yellowknife, lors de l'assemblée annuelle de l'AMC.

Photo : mcgill.ca



Les plus belles portes et fenêtres d'Amérique fabriquées ici au Québec!

514.343.3335

SALLE DE MONTRE

4865 Jean-Talon Ouest,
Montréal, (Québec), H4P 1W7



www.entreprisesmarchand.com

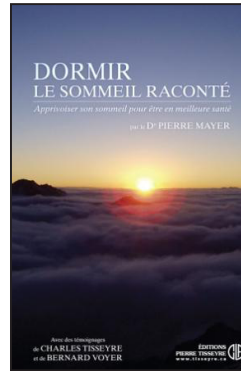
NOUVELLES PARUTIONS

LE DIABÈTE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT



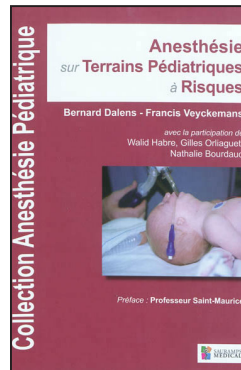
D^r Louis Geoffroy et D^{re} Monique Gonthier, tous deux pédiatres à la Clinique de diabète du CHU Sainte-Justine, ont publié *Le diabète chez l'enfant et l'adolescent*, une nouvelle version du livre paru originalement en 2003. Ce livre se veut un outil de référence francophone pour tous ceux qui interagissent auprès d'un jeune diabétique (parent, éducateur, enseignant, professionnel de la santé, etc.) et qui doivent connaître les particularités du diabète et de son traitement, et plus précisément du diabète de type 1 dont souffre la grande majorité des jeunes d'ici et d'ailleurs.

DORMIR : LE SOMMEIL RACONTÉ



D^r Pierre Mayer, pneumologue et spécialiste du sommeil au CHUM – Hôtel-Dieu, a publié *Dormir : le sommeil raconté* aux Éditions Pierre Tisseyre. Ce livre, écrit pour le grand public, vise à faire découvrir les mécanismes du sommeil et ses bienfaits pour la santé et les nombreuses maladies qui sont attribuables à un manque ou à une dysfonction du sommeil.

ANESTHÉSIE SUR TERRAINS PÉDIATRIQUES À RISQUES



D^r Bernard Dalens, anesthésiologiste au Centre hospitalier universitaire de Québec, et un collègue belge, **D^r Francis Veyckemans**, ont publié *Anesthésie sur terrains pédiatriques à risques* aux éditions Sauramps Médical. Le livre explore les diverses situations à risques (asthme, cardiopathies congénitales, maladies métaboliques, etc.), même les plus rares, et fournit les éléments permettant d'adopter une conduite rationnelle aux moindres risques pour l'enfant.

Les femmes en médecine spécialisée

Les lecteurs du *Spécialiste* se souviendront du dossier publié l'édition de mars 2012, portant sur « Les femmes en médecine spécialisée ». Aux pionnières dont nous avons déjà souligné le travail et l'engagement, nous devons ajouter **D^{re} Lise-Andrée Mercier** qui a été présidente de l'Association des cardiologues du Québec de 1986 à 1988. Merci D^{re} Mercier pour votre implication notoire!





**LE 7^e TOURNOI DE GOLF DES FÉDÉRATIONS MÉDICALES
AU PROFIT DE LA FONDATION DU PROGRAMME
D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC**

Au 7^e ciel sur les verts

L'édition annuelle, la 7^e, du Tournoi de golf des fédérations médicales au profit de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec a encore affiché complet! Pour la cinquième fois, quelque 144 participants ont pris le départ, permettant d'amasser un montant de 130 000 \$.

Les organisateurs désirent remercier les commanditaires, les participants, les donateurs et tous ceux et celles qui ont fait de cette journée l'événement incontournable de l'été. Notez déjà la date de la prochaine édition à votre agenda : le 22 juillet 2013.



Photo : Judith Gauthier

De gauche à droite : D' Louis Godin, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, D' Gaétan Barrette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, madame Laurence Bernard, présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec, D' William Barakett, président du Programme d'aide aux médecins du Québec et D' Charles Dussault, président de la Fédération des médecins résidents du Québec.

MERCI À NOS COMMANDITAIRES



- Association des optométristes du Québec



- Association canadienne de protection médicale

- La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

- Desjardins Sécurité financière

- Fiducie Desjardins

- Fiera Capital

- Gestion globale d'actifs CIBC inc.

- Industrielle Alliance

- Investissements SEI

- La Personnelle, assurance de groupe auto et habitation

- SSQ Groupe financier



Nouvelle grille graphique

Depuis 2007, date de la refonte entière du magazine Le Spécialiste, notre équipe profite de la rentrée de septembre pour apporter des changements à la grille graphique du magazine Le Spécialiste. Généralement, ces améliorations visent surtout à faciliter la lecture tout en suivant les tendances du monde du magazine. Au fil des ans, nous avons ajouté, épaissi ou supprimé des formes, changé des couleurs de sections et revu la disposition de pages du contenu éditorial. Cette édition ne fait pas exception. Cette fois, les modifications apportées vont du changement de disposition au repositionnement complet d'éléments graphiques.

De plus, le magazine est aussi disponible pour une lecture continue sur une tablette numérique. En plus de votre version papier (toujours imprimée sur du papier recyclé et respectant les principes écologiques du Forest Stewardship Council), vous pouvez maintenant télécharger votre fichier, français ou anglais, depuis le portail de la Fédération.



**Notre raison d'être
Votre bien-être**



RÉSERVEZ D'ICI LE 31 OCTOBRE ET OBTENEZ

NOTRE MEILLEUR PRIX GARANTI

POSSIBILITÉ DE CHANGER VOS DATES DE VOYAGE JUSQU'À 21 JOURS AVANT LE DÉPART*

DÉPÔT RÉDUIT À 150 \$ PLUTÔT QU'À 250 \$*

SURCLASSEMENT OPTION PLUS OU CANJET SELECT GRATUIT AVEC LES FORFAITS DISTINCTION OU EXPERIENCE**



920, boul. de Maisonneuve E.
1 888 732-8688

Vols effectués sur les ailes d'Air Transat ou CanJet. Nouvelles réservations seulement. Valable pour des départs entre le 18 décembre 2012 et le 30 avril 2013. Ne s'applique pas aux groupes, aux croisières, aux vols, à la Floride, aux forfaits dans des complexes hôteliers Sandals et Beaches ou aux circuits. Réservations effectuées avant le 31 octobre 2012 : la garantie de notre meilleur prix - si votre forfait est offert à un prix plus bas que celui que vous avez payé, la différence vous sera remboursée en ARGENT (jusqu'à 400 \$ par adulte). * Valable seulement pour les réservations faites auprès d'agents de voyages. ** Sous réserve de disponibilité. Ne s'applique pas à la sélection de siège effectuée sur le site web du transporteur aérien. Tous clients effectuant leur réservation avant le 31 octobre 2012 ne sont autorisés à changer leurs dates de voyage qu'une seule fois. Les dates de voyage peuvent être modifiées, mais le voyage doit être complété avant le 31 octobre 2013. Les changements aux dates de voyage sont sous réserve de disponibilité des hôtels et des vols. Si le prix des nouvelles dates de voyage est plus élevé, le client doit payer la différence. Aucun remboursement ne sera accordé si le prix pour les nouvelles dates de voyage est plus bas que l'original. Pour les détails et conditions générales, veuillez vous référer à la brochure Collection Sud 2012-2013 de Vacances Transat. Vacances Transat est une division de Transat Tours Canada Inc., titulaire d'un permis du Québec (n° 754241), md/mc Marque déposée/le commerce d'AIR MILES International Trading B.V., employée en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et Transat Distribution Canada Inc. Club Voyages est une division de Transat Distribution Canada Inc. Permis N° 753141 au Québec.

DÉPISTAGE :

Le Québec en fait-il assez ?

Fortes des connaissances scientifiques permettant de déceler diverses maladies et conditions génétiques, les autorités de santé publique ont mis en place, au fil des ans, divers programmes de dépistage. Ces programmes, qu'ils soient universels ou ciblés, sont disponibles selon le type de population (prénatal, néonatal, population régionale, individuel, selon des groupes d'âge, etc.).

Le Québec est reconnu pour l'implantation des programmes de dépistage chez les nouveau-nés. Le test sanguin a permis de déceler plus d'un millier de cas de porteurs d'une des trois maladies dépistées. En 2011, le MSSS augmentait de trois à quatre, le nombre de maladies dépistées par voie sanguine : la phénylcétonurie, la tyrosinémie, l'hypothyroïdie congénitale et le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCAD). Le ministère prévoit même ajouter une cinquième maladie d'ici peu, l'anémie falciforme, un projet annoncé par voie de communiqué, le 26 mars 2011.

Si des groupes contestent les programmes de dépistage, d'autres en réclament davantage... Le Québec est maintenant doté d'un programme de dépistage populationnel des maladies héréditaires fréquentes, et ce, dans certaines régions du Québec. Aux dépistages pré et postnatals, il faut ajouter les dépistages ciblés comme le dépistage des ITSS, le dépistage de certains cancers (sein, col de l'utérus, prostate, colorectal, etc.), les maladies industrielles dont l'amiantose, et autres programmes qui pourraient être requis par les autorités de santé publique.

Le Québec en fait-il assez ? Selon certains, les programmes en place sont suffisants et s'adapteront en cours de développement technologique. D'autres les considèrent nettement insuffisants, surtout si l'on compare ce qui est fait ailleurs. Pour d'autres encore, toute forme de dépistage n'a pas sa place, sauf pour de rares cas qui sont généralement confondus avec du diagnostic.

Dépister ou ne pas dépister ? Voici la question posée à des médecins spécialistes.



GUY ROY, M.D.*
Médecine communautaire

Les programmes de dépistage au Québec

Dans ce dossier thématique, Le Spécialiste veut faire le point sur les travaux effectués au Québec en matière de dépistage des cancers du sein, du colon/rectum et du col de l'utérus ainsi qu'en matière de dépistage de maladies ciblées en période néonatale et prénatale (où, ici, seul le dépistage de la trisomie 21 sera abordé). Objectif : situer le Québec par rapport à d'autres juridictions en ces matières en distinguant le dépistage selon qu'il est offert sur la base d'un programme ou de manière opportuniste.

Un programme de dépistage se caractérise par un cadre normatif (ou cadre de référence) qui décrit les objectifs poursuivis, la population ciblée, le test de dépistage et les examens de confirmation diagnostique, les activités à réaliser ainsi que les responsabilités des différents partenaires. Des normes techniques (exemple : rendement de l'appareillage), organisationnelles (exemple : délais d'accès aux services) et professionnelles (exemple : taux de référence en investigation à la mammographie de dépistage) sont édictées. Des moyens sont prévus afin de suivre dans quelle mesure ces normes sont atteintes et de corriger d'éventuels écarts : c'est l'assurance qualité. Des invitations à participer au programme sont adressées en temps opportuns à toute la population ciblée. Des corridors de services sont prévus pour confirmer la présence de la maladie chez les personnes dont le test de dépistage s'avère positif. Un responsable s'assure que le programme est offert selon les paramètres du cadre normatif ; il rend aussi compte des résultats obtenus. Un système d'information est nécessaire pour soutenir les opérations ainsi que l'assurance qualité du programme.

Sur base opportuniste, il n'y a ni cadre normatif, ni responsable de programme. Le dépistage repose davantage sur les professionnels de la santé. Des guides de pratique peuvent soutenir les professionnels dans l'offre du dépistage, dans les étapes pour confirmer la présence de la maladie et dans la prise en charge des cas confirmés. Des normes techniques, organisationnelles et professionnelles peuvent être proposées. Des mesures peuvent exister pour rappeler au médecin que le moment est venu d'offrir à un patient un test de dépistage, ou pour rappeler à un patient que le moment est venu de consulter un professionnel pour un test de dépistage. Toutefois, c'est ce dernier qui décide d'offrir (ou pas) le dépistage à ses patients, c'est lui aussi qui décide sous quels paramètres il offre le dépistage.

Depuis la création du Réseau de médecine génétique du Québec, deux importants programmes de dépistage ont été créés : le dépistage sanguin et le dépistage urinaire. Depuis 1969, dans les heures suivant la naissance, un test sanguin est fait auprès de chaque nourrisson et est analysé par le CHU de Québec. Un test urinaire est aussi fait depuis 1971 et celui-ci est géré par le CHUS. Ce dernier est effectué, sur une base volontaire, au 21^e jour du nourrisson par un échantillon d'urine prélevé sur un papier buvard. Le test urinaire permet, lui, de dépister une vingtaine de maladies métaboliques. Dans les années 1970, tous les efforts étaient concertés et les intervenants travaillaient dans un but commun. Depuis, le Réseau a été aboli et le programme de dépistage est devenu une activité isolée de laboratoire. Depuis ses débuts, des tests de dépistage ont été effectués sur 3 millions de nouveau-nés ; plus de 1 000 d'entre eux se sont avérés porteurs d'une des trois maladies dépistées.

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

Depuis le début des années 2000, toutes les femmes du Québec âgées de 50 à 69 ans sont invitées par lettre à participer au PQDCS. Ce programme offre une mammographie de dépistage tous les deux ans. Près de 300 000 mammographies de dépistage y sont réalisées chaque année et, en 2011, 58 % de la population invitée y participait. Les résultats du programme se comparent à ce qui est observé ailleurs au Canada (www.phac-aspc.gc.ca).

En 2010, le responsable du PQDCS identifiait trois priorités : l'assurance qualité, l'accessibilité au dépistage et le consentement éclairé (*Bilan 10 ans 1998-2008 – Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, disponible sur www.msss.gouv.qc.ca). En matière d'assurance qualité relative aux normes professionnelles pour la mammographie de dépistage (taux de détection des cancers, taux de

référence en investigation, etc.), un comité de travail regroupant des représentants du Collège des médecins du Québec, de l'Association des radiologistes du Québec et du MSSH est en place depuis 2009.

Aux États-Unis, le dépistage du cancer du sein est plutôt offert sur base opportuniste, alors qu'en Europe, en Australie et au Royaume-Uni notamment, des programmes phares ont été développés. Sauf quelques exceptions, les différents programmes de dépistage du cancer du sein atteignent tous des taux de participation comparables, avec un plafond de verre qui semble se situer autour de 60 %. En Europe, les programmes de dépistage présentent généralement de meilleurs résultats en matière de taux de référence en investigation suite au dépistage, tout en atteignant des taux de détection de cancer comparables à ce qu'on observe en Amérique du Nord.

* Guy Roy est médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive à la Direction générale de santé publique (DGSP), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSH).

LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les travaux pour offrir un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec s'appuient sur un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publié en 2008 (*Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec*, www.inspq.qc.ca). On y recommande le dépistage au moyen de la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) pour toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans, avec la coloscopie en confirmation diagnostique. L'Institut identifie toutefois des conditions préalables à l'offre du dépistage, notamment :

- Assurer l'accès à la coloscopie dans des délais médicalement acceptables, pour toutes les personnes qui requièrent cet examen;
- Développer des normes de qualité pour la coloscopie;
- Démontrer la faisabilité d'un programme de dépistage destiné aux personnes à risque moyen en projet de démonstration avant la mise sur pied d'un programme à l'échelle provinciale.

La capacité à remplir ces conditions devant d'abord être testée en site de démonstration, huit unités de coloscopie ont été retenues à cet effet. Les normes techniques, organisationnelles et professionnelles en coloscopie sont décrites dans les documents suivants : *Normes de qualité à atteindre en coloscopie*, *Formulaire de référence en coloscopie* (AH-702) et *Algorithmes de prise en charge et de surveillance en coloscopie*. Ces documents peuvent être consultés au www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdccr/professionnels.

Lorsqu'une unité aura démontré sa capacité à offrir la coloscopie en respect des normes d'accès et de qualité, les personnes âgées de 50 à 74 ans du territoire du CSSS du principal bassin de desserte de cette unité pourront être invitées par le responsable du programme à participer au dépistage. Cette phase devrait débuter à l'automne 2012; elle permettra de tester tous les outils du programme de dépistage et de s'assurer que le volume de demandes supplémentaires en coloscopie découlant des tests de dépistage positifs pourra être absorbé. Le programme de dépistage pourra ensuite être déployé progressivement au Québec.

Nouvel outil dans l'arsenal du dépistage du cancer colorectal

Un nouveau test a été lancé cet été : le test immunochimique fécal (FIT). Selon l'entreprise qui l'a développé et qui le commercialise, ce test présente une plus grande sensibilité que le test traditionnel de recherche de sang occulte utilisant le gaïac tout en évitant au patient une préparation préalable (évitement alimentaire). Le FIT s'ajoute à un autre outil mis au point par l'entreprise, le test sanguin Septin9. Ce dernier détecte la présence d'ADN Septin9 méthylé dans le sang, ce qui est fortement associé avec un risque élevé de cancer colorectal. (PK)

Le programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCC)



Contrairement à ce qui est véhiculé un peu partout, le PQDCC n'est pas encore formellement mis en place. Ce programme, on doit le dire, a nécessité beaucoup de travaux préparatoires. Le MSSS a choisi de commencer avec huit centres de démonstration. Ceux-ci doivent, avant d'entreprendre le programme, épurer leurs propres listes d'attente, évitant ainsi que les délais d'attente s'allongent pour les patients. Les

centres de démonstration désignés ont jusqu'en septembre 2012 pour terminer cette première phase. Ce n'est qu'à partir de ce moment que le programme de dépistage devrait commencer, mais, répétons-le, seulement pour ces huit centres désignés. La mise en place universelle du programme n'est donc pas encore chose faite pour le Québec.

N'oublions pas que nous avons, en plus, un problème organisationnel à régler : certains centres ne peuvent pas offrir ce programme (ou ne peuvent offrir plus de services) parce qu'ils n'ont pas les ressources suffisantes (physiques ou matérielles). L'arrivée du programme de dépistage a obligé la révision de l'accès à l'endoscopie au Québec.

On a beaucoup entendu parler des patients qui n'en peuvent plus d'attendre et qui vont passer leur test de dépistage dans le privé. Ce nombre n'est finalement pas si élevé que ce qu'on pourrait croire. En 2008-2009, sur les quelque 185 000 coloscopies effectuées au Québec, seulement 6 675 d'entre elles ont été faites au privé. On pourrait vraisemblablement, annuellement, augmenter de 12 000, les coloscopies faites dans le système public si les ressources (personnel, plateau technique, etc.) étaient au rendez-vous, et ce, en gardant les effectifs actuels. Imaginez maintenant de combien on pourrait augmenter avec plus d'effectifs!

POUR UNE POPULATION ASYMPTOMATIQUE ET À RISQUE MOYEN DE CANCER COLORECTAL, ON IGNORE SI LE DÉPISTAGE PAR COLOSCOPIE COMPORTE PLUS DE BÉNÉFICES QUE D'INCONVÉNIENTS.

Actuellement, les listes d'attente pour l'accès à la coloscopie regorgent de personnes à risque moyen référées pour coloscopie de dépistage, alors que la coloscopie ne rencontre aucun des critères de base devant s'appliquer à un bon test de dépistage : simple, accessible, peu coûteux, totalement sécuritaire. La coloscopie est plutôt un examen de diagnostic ou de surveillance des personnes à haut risque de cancer colorectal. Pour une population asymptomatique et à risque moyen de cancer colorectal, on ignore si le dépistage par coloscopie comporte plus de bénéfices que d'inconvénients.

Contrairement au dépistage du cancer du sein où, lorsqu'on détecte une anomalie, le cancer est déjà déclaré, le dépistage colorectal permet de dépister beaucoup de polypes qui sont en voie de devenir des cancers et de les enlever immédiatement. Il est normal de détecter 20 à 30 % de polypes chez les personnes de 50 ans et plus à risque moyen de cancer colorectal. L'important, c'est de pouvoir intervenir avant que le cancer ne se développe.

La littérature indique que toutes les personnes de plus de 50 ans devraient être dépistées, mais on n'a pas les effectifs requis pour le faire. Le PQDCC est un programme de détection de sang dans les selles. Les demandes de coloscopie sont priorisées selon une échelle graduée de P1 à P5. Nous, gastro-entérologues, avons donc la possibilité de prioriser les cas, notamment si le test de recherche de sang occulte dans les selles indique une présence de sang. Ceci signifie qu'on peut recevoir tout le monde qui en fait la demande, que la personne ait ou non du sang dans les selles.

Ce qui est un problème en soi, c'est la peur créée par l'examen, surtout la préparation requise. Il y a une nette méconnaissance des programmes de dépistage, des tests et des procédures. Les gens préfèrent parfois ne pas faire ces tests de peur d'être confrontés à un diagnostic positif. S'il était possible de démystifier ce test, patients et médecins n'auraient pas de mal à en faire la promotion. Il existe une autre technique : la coloscopie virtuelle. Malheureusement, cet examen virtuel n'est pas disponible partout. Certains disent même que, physiquement, il est plus difficile que la coloscopie puisqu'il y a une plus grande quantité d'air insufflée dans le colon pour faire l'examen.

J'ai hâte de voir le programme implanté partout au Québec. Grâce à lui, la pratique de la gastro-entérologie sera davantage standardisée et rehaussée partout au Québec.

D^{re} Josée Parent, présidente

Association des gastro-entérologues du Québec

Les programmes de dépistage du cancer colorectal offerts dans d'autres juridictions utilisent uniquement la RSOS comme test de dépistage. Partout, la capacité à offrir en temps opportun une coloscopie en confirmation diagnostique à la suite d'un test de dépistage positif a représenté un enjeu important. Actuellement, le Québec et quatre autres provinces canadiennes sont en phase de déploiement d'un programme de dépistage, alors que quatre provinces ont déployé depuis peu leur programme : l'Alberta, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse.

Au Québec, comme dans quatre autres provinces, un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles sera retenu pour le dépistage alors qu'actuellement seul le test au gâiac est disponible. Un mandat a été confié à l'Institut national de santé publique afin d'identifier les conditions qui permettraient d'offrir la sigmoïdoscopie flexible en dépistage au Québec, des données probantes appuyant maintenant cette modalité de dépistage au niveau d'une population.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

En 2005, 68,5 % des femmes du Québec déclaraient avoir eu un test de Pap dans les trois dernières années, comparativement à 72,8 % au Canada (www.statcan.gc.ca). Ce dépistage est offert sur base opportuniste au Québec. En juin 2011, l'Institut national de santé publique du Québec publiait *Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec* (www.inspq.qc.ca). On y recommande notamment d'offrir le dépistage aux femmes âgées de 21 à 64 ans actives sexuellement ou qui l'ont été dans le passé. L'intervalle entre les tests peut être étendu jusqu'à trois ans, les connaissances actuelles sur l'évolution naturelle de la maladie ne permettant plus d'appuyer un dépistage annuel.

Un groupe de travail regroupant plusieurs experts est en place afin de proposer un plan de diffusion de ces lignes directrices et d'identifier les outils nécessaires à leur appropriation. Des modalités pour favoriser l'accès au dépistage seront aussi proposées.

Le Canada se classe parmi les juridictions présentant les meilleures statistiques sanitaires au regard de ce cancer, notamment en termes d'incidence et de mortalité, et le Québec se situe en peloton de tête à cet égard parmi les provinces canadiennes (www.cancer.ca/statistiques). Le dépistage opportuniste au moyen du test de Pap offert par les médecins depuis de nombreuses années y est certainement pour quelque chose.

Au Canada, seulement deux provinces disposent d'une base populationnelle pour le recrutement des femmes et pour l'envoi des résultats du test de Pap aux participantes et à leur médecin. La mesure la plus fréquemment offerte (six provinces) est la lettre au médecin rappelant qu'un suivi est nécessaire à la suite d'un résultat de test de Pap. La plupart des provinces canadiennes offrent donc différentes mesures de soutien au dépistage opportuniste plutôt que de réels programmes de dépistage. La cytologie en milieu liquide est offerte dans quatre provinces (Alberta, Ontario, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve). Pour une synthèse des avantages de cette technologie par rapport au test de Pap, consultez *Lignes directrices pour le dépistage du cancer du col utérin au Québec*, section 3,1 (www.inspq.qc.ca).

En matière de dépistage du cancer du col, une révolution s'annonce : le test de dépistage passera de l'univers de la cytologie (test de Pap) à l'univers de la virologie (détection de la présence de l'ADN du virus du papillome humain). Bien des paramètres du dépistage devront être revus, notamment les algorithmes pour le dépistage et pour la confirmation diagnostique, avant qu'une telle modalité puisse s'appliquer à l'ensemble de la population. Le Partenariat canadien contre le cancer donne l'état des lieux dans son document *HPV Testing for Cervical Cancer Screening, Expert Panel : Summary of Evidence*, March 29, 2012, disponible au www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/hpv_testing_final.pdf.

LE DÉPISTAGE NÉONATAL SANGUIN ET URINAIRE

Depuis environ 40 ans, presque tous les nouveau-nés ont participé au dépistage néonatal, actuellement offert par le Centre hospitalier universitaire de Québec (volet sanguin) et par le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (volet urinaire). Il n'y a pas de cadre normatif pour ce dépistage bien qu'il soit offert à tous les nouveau-nés et que les responsables des laboratoires procédant aux analyses recommandent en confirmation diagnostique tout nouveau-né présentant un résultat anormal à un test de dépistage, tout en informant le médecin traitant de cette initiative. Il s'agit donc d'un modèle se rapprochant d'un programme de dépistage sans en présenter toutes les composantes.

Récemment, le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCAD) a été ajouté aux trois maladies qui étaient déjà dépistées dans le volet sanguin, la phénylcétonurie, la tyrosinémie et l'hypothyroïdie congénitale. Pour le dépistage des trois premières maladies, le prélèvement est maintenant analysé au moyen de la spectrométrie de masse en tandem (MS/MS). Par ailleurs, des travaux sont en cours afin d'ajouter le dépistage de l'anémie falciforme, à la suite du dépôt d'un rapport de l'Institut national de santé publique à ce sujet (www.inspq.qc.ca). Un rapport du même organisme est aussi attendu dans les prochains mois au sujet du dépistage néonatal de la fibrose kystique.

En mars 2009, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), devenue aujourd'hui l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), publiait un rapport intitulé *La pertinence du dépistage néonatal urinaire des erreurs innées du métabolisme réalisé au Québec* (www.inesss.qc.ca). On y recommande notamment de maintenir le dépistage néonatal pour environ la moitié des quelque 17 erreurs innées du métabolisme (EIM) dépistées sur échantillon urinaire et de transférer le dépistage de ces maladies sur échantillon sanguin, au moyen de la spectrométrie de masse en tandem.

LA LISTE DES MALADIES DÉPISTÉES EN PÉRIODE NÉONATALE VARIE GRANDEMENT ENTRE LES JURIDICTIONS, PARTICULIÈREMENT POUR LES ERREURS INNÉES DU MÉTABOLISME.

La liste des maladies dépistées en période néonatale varie grandement entre les juridictions, particulièrement pour les erreurs innées du métabolisme. Plusieurs états américains dépistent 22 EIM ou plus, l'Ontario en dépiste 21, la Colombie-Britannique, 15, et le Royaume-Uni, 2, soit la phénylcétonurie et le déficit en MCAD. Cette variabilité témoigne du manque de données relatives à la pertinence et à l'efficacité du dépistage pour la plupart de ces maladies, ainsi que de la variabilité dans la pondération des critères retenus pour identifier les maladies à dépister. Lorsque les critères relatifs à la disponibilité d'un traitement sont fortement pondérés, la liste des maladies à dépister tend à s'allonger.

Dépistage chez les nouveau-nés



Les programmes québécois de dépistage (sanguin et urinaire) semblent bien fonctionner, et ce, depuis des années, mais on pourrait ajouter d'autres tests à l'offre actuelle de services.

Le programme de dépistage auditif s'en vient, mais il reste encore beaucoup à faire. Nous, les pédiatres, demandons à ce que tous les nouveau-nés puissent être dépistés à la naissance. Notre association en a fait un dossier prioritaire depuis longtemps. Malheureusement, cela va prendre encore du temps avant que le programme ne soit disponible de façon universelle.

Le dépistage de la trisomie 21 et celui de l'anémie falciforme sont tous les deux attendus impatientement. On sait déjà qu'ils ne seront pas faits partout. Dans un monde idéal, on pourrait faire encore plus. Principalement dans le dépistage de maladies rares ou orphelines. En France, on offre systématiquement le dépistage de la fibrose kystique. Ici, le projet est dans les cartons, mais on ne sait pas encore quand et comment il sera mis en œuvre.

D^{re} Pascale Hamel, présidente

Association des pédiatres du Québec

Lorsque la pondération fait une plus large place à des critères comme la qualité des évidences démontrant l'efficacité du dépistage et les effets non souhaités possibles du dépistage, la liste tend à raccourcir.

L'INESSS a mis en place un groupe d'experts afin d'analyser notamment quelles erreurs innées du métabolisme devraient, au Québec, être ajoutées au dépistage néonatal sanguin. Le rapport est attendu au cours de la prochaine année.



LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE PRÉNATAL DE LA TRISOMIE 21

Ce programme est maintenant offert dans 16 des 18 régions du Québec. L'objectif est d'offrir au sein du réseau public le dépistage prénatal de la trisomie 21 à toutes les femmes enceintes et aux couples du Québec qui le souhaitent. Le test de dépistage comporte deux prises de sang chez la mère pendant la grossesse :

- Une première entre la 10^e et la 13^e semaine;
- Une seconde entre la 14^e et la 16^e semaine.

La participation à ce programme doit reposer sur un consentement libre et éclairé, le test de dépistage ne doit être ni perçu ni prescrit comme un test de routine. Le résultat peut entraîner le couple dans une démarche aux conséquences sérieuses, c'est pourquoi il est exigé que la participante signe au départ un formulaire de consentement lui rappelant notamment qu'elle doit avoir bien compris ce dans quoi elle s'engage.

Tout médecin qui souhaite offrir la participation à ce programme devrait consulter le site www.msss.gouv.qc.ca. La formation en ligne qu'on y retrouve sous *Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21* dans *Information pour les professionnels de la santé* est un *must*. En fait, tout le site du programme mérite une visite, le médecin y trouvera intérêt. Le cadre de référence ainsi que le dépliant d'information y sont accessibles dans la section *Documentation*. Le programme, encore trop jeune, n'a pas fait l'objet d'une publication relative à ses résultats.

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DE LA SURDITÉ CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

En février 2008, l'INSPQ déposait un rapport intitulé *Le dépistage de la surdité chez le nouveau-né : évaluation des avantages, des inconvénients et des coûts de son implantation au Québec* (www.inspq.qc.ca). Des activités de dépistage auditif étaient alors offertes dans environ le tiers des centres hospitaliers offrant des soins obstétricaux. Ces activités ciblaient surtout les nouveau-nés présentant des facteurs de risque de surdité.

En juillet 2009, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec annonçait son intention d'offrir un programme universel de dépistage de la surdité en période néonatale. Le cadre de référence est maintenant disponible et peut être consulté au www.msss.gouv.qc.ca. Plusieurs professionnels ont contribué aux travaux relatifs à ce cadre de référence. Il est prévu que ce programme se déploie de manière progressive sur une période d'environ deux ans, selon les paramètres définis au cadre de référence.

Le dépistage auditif en période néonatale est déjà offert par de nombreuses juridictions tant en Amérique du Nord qu'en Europe. Ces programmes de dépistage sont confrontés aux défis de maintenir un bon équilibre entre taux de référence en investigation et taux de détection de la surdité. L'offre des services de confirmation diagnostique, de traitement et de réadaptation à l'intérieur des délais prévus au programme représentent aussi des défis pour plusieurs juridictions.

Réaliser son test de dépistage soi-même à la maison

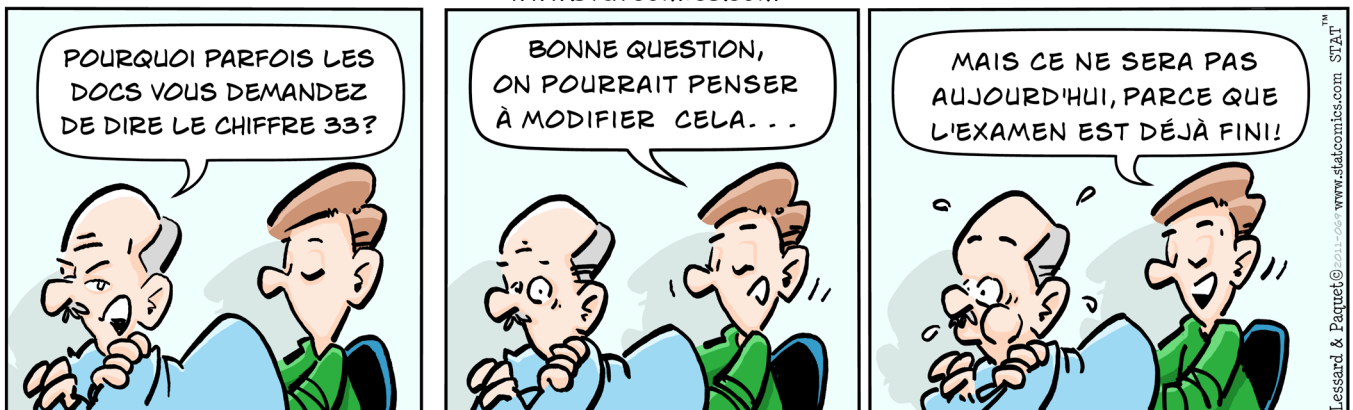
Une entreprise américaine a causé tout un tollé chez les médecins cet été en mettant en marché un test maison de dépistage du VIH. Le test, que plusieurs diront semblable à un test de grossesse, consiste en un bâtonnet avec lequel on prélève des cellules buccales. En quelques minutes, le test (d'une vingtaine de dollars) indique au sujet s'il est positif ou non. L'entreprise indique qu'en cas de positivité, il est important de poursuivre une évaluation médicale pour confirmer cette réponse. Les détracteurs du test n'ont pas manqué de souligner combien il était important d'être accompagné d'un professionnel de la santé dans cette démarche. Ceux-ci ont démontré que, devant la gravité associée à une réponse positive au test, certains candidats pourraient poser des gestes graves pouvant aller jusqu'au suicide. (PK)



L'EXAMEN DE LA PROSTATE

www.statcomics.com

STAT^{MD}





JEAN-CLAUDE FOREST, M.D.*
Biochimie médicale

Dépistage prénatal de la trisomie 21

Mettre sur pied un programme public de dépistage requiert une expertise faisant appel à de nombreuses compétences afin d'être en mesure de respecter des conditions et des normes complexes. C'est à ce défi que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est attaqué en s'appuyant sur l'expertise de plusieurs médecins spécialistes, de médecins de famille, d'autres professionnels de la santé, sans oublier la collaboration de gestionnaires et de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux œuvrant dans les agences régionales.



L'organisation d'un tel programme public a suivi un processus rigoureux. À la suite des recommandations de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS), le MSSS a créé un comité d'experts afin d'élaborer une proposition de programme de dépistage prénatal de la trisomie 21 accessible sur une base volontaire à toutes les femmes enceintes du Québec. Ce comité déposa son rapport en juillet 2004 et il s'ensuivit la mise sur pied d'un groupe de travail, puis la réalisation d'une consultation publique sur les enjeux éthiques du dépistage prénatal effectuée par le Commissaire à la santé et au bien-être. En janvier 2009, le Commissaire publia son rapport dans lequel on

retrouve un certain nombre de recommandations, entre autres, que le programme de dépistage devrait être offert aux femmes enceintes sur une base volontaire et qu'une information complète et non directive leur soit transmise. En mars 2010, le MSSS acceptait le cadre de référence du programme qui précisait les principes directeurs, les paramètres de dépistage, l'expertise professionnelle requise, les exigences de qualité et les modes d'évaluation de la performance, ainsi que les responsabilités relatives à sa réalisation. Aussi, on y précisait que les femmes désirant participer au programme de dépistage devaient signer un formulaire de consentement intégré à la requête de dépistage.

Quatre grands principes directeurs devaient guider les actions du programme : l'universalité, l'accessibilité, l'équité et la qualité des services. Afin d'assurer le respect de ces principes, la supervision de l'implantation et le suivi de la performance, un comité de coordination a été institué auquel siègent une douzaine de membres choisis pour leur expertise des divers domaines impliqués : médecins, sages-femmes, professionnels de la santé et gestionnaires. On y retrouve, notamment, trois obstétriciens-gynécologues, trois médecins biochimistes et deux médecins généticiens. De plus, ce comité est assisté d'un sous-comité « échographie et clarté nucale » présidé par une collègue obstétricienne-gynécologue et auquel siègent des médecins généticiens, un médecin biochimiste, des obstétriciens-gynécologues et un radiologiste.

Dès le point de départ, les concepteurs voulaient que ce programme soit évolutif, qu'il tienne compte des ressources professionnelles et techniques disponibles et qu'il réponde aux objectifs de performance reconnus dans les guides de pratique. C'est ainsi, qu'au démarrage, le choix s'est porté sur un programme dit « intégré », basé sur deux prélèvements sanguins, l'un au premier trimestre de la grossesse et l'autre au deuxième trimestre. La détermination de l'âge gestationnel par échographie est encouragée, sans que ce soit une exigence absolue. Cette approche permettait, d'une part, d'atteindre des objectifs de performance reconnus et, d'autre part, de tenir compte des ressources disponibles et du fait qu'un pourcentage significatif de femmes ne se présenterait pas, pour diverses raisons, au premier trimestre pour initier le programme de dépistage. Un autre élément essentiel au démarrage du programme était l'élaboration d'une information structurée (www.msss.gouv.qc.ca/dépistage-prenatal) sur le programme de dépistage à la disposition, tant des professionnels de la santé que du grand public. Grâce à une entente avec la Faculté de médecine de l'Université Laval, non seulement cette formation en ligne favorise une meilleure harmonisation des pratiques, mais elle donne également accès à l'obtention de crédits de formation continue pour ceux qui le désirent.



DÉPISTAGE : Le Québec en fait-il assez ?

Le déploiement du programme a débuté de façon progressive à l'été 2010 par le biais de projets pilotes, d'abord dans les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches, puis au CHU Sainte-Justine (CHUSJ) à l'automne 2010 pour desservir la clientèle de l'établissement. Deux laboratoires ont été désignés pour effectuer l'ensemble des tests de dépistage, soit le laboratoire du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec) et le laboratoire du CHUSJ. Travaillant en étroite collaboration, les deux milieux se répartissent à égalité de parts les responsabilités du dépistage pour l'ensemble du Québec, répondant, sur une base annuelle, à une population d'environ 85 000 femmes enceintes. Après une période de rodage exigeant une étroite collaboration entre prescripteurs, agences régionales, laboratoires cliniques locaux et laboratoires centraux, le déploiement a progressé de manière très satisfaisante dans un contexte où de nombreux éléments de logistique étaient en jeu (requêtes adéquatement remplies, prélèvements correctement exécutés, transports en temps opportun, réalisation efficiente des analyses et émission de rapports avec haut degré de célérité dans les cas de résultats anormaux). Un dialogue continu s'est établi de manière fructueuse entre chacun des intervenants. Au moment d'écrire ces lignes, le déploiement est complété pour les régions relevant du laboratoire du CHU de Québec et en bonne voie d'achèvement dans les secteurs relevant du CHUSJ où certains aspects de complexité ont dû être résolus, en particulier sur l'île de Montréal. L'Outaouais est la seule région où le programme n'est pas encore déployé. Elle est toutefois desservie en partie par le programme ontarien.

En même temps que le programme intégré se mettait en place à travers le Québec, il évoluait. C'est ainsi, qu'en août 2010, à la suite d'études effectuées par son sous-comité de la clarté nucale, le comité de coordination recommandait au MSSS l'introduction de la clarté nucale dans le programme de dépistage, tout en respectant des normes de certification et de maintien de la compétence. De plus, à l'automne 2010, on ajoutait au programme de dépistage, l'inhibine-A comme marqueur additionnel du deuxième trimestre.

Afin de donner une idée de la progression du programme de dépistage, voici quelques chiffres basés sur les statistiques des deux laboratoires responsables des analyses biochimiques. Dans le cas du laboratoire du CHU de Québec desservant un nombre potentiel de femmes enceintes évalué à 43 000 par année, le laboratoire effectue présentement environ 2 200 dépistages par mois, se traduisant donc par une participation de l'ordre de 60 % des femmes enceintes. Dans 83 % des cas, il s'agit d'un dépistage intégré sérique et, dans 20 % des cas, le calcul d'estimation du risque inclut, en plus de l'âge maternel et des marqueurs biochimiques, la clarté nucale. Neuf pour cent des rapports sont pour un deuxième trimestre seul et 8 % pour un premier trimestre (du fait qu'un spécimen au deuxième

trimestre n'a pas été reçu avant la 18^e semaine). Pour ce qui est des régions relevant du CHUSJ, la progression se fait présentement à un rythme accéléré et le nombre de dépistages est maintenant d'environ 1 500 par mois. On y retrouve un taux de clarté nucale légèrement plus élevé que dans l'exemple précédent. Pour toute la province, le taux d'échographies de datation disponible est autour de 60 %.

LE TAUX DE DÉPISTAGES POSITIFS EST PRÉSENTEMENT DE L'ORDRE DE 4,5 %, CE QUE LE PROGRAMME CROIT ÊTRE EN MESURE DE RÉDUIRE AU FUR ET À MESURE QU'IL Y AURA DIMINUTION DES DÉPISTAGES DU DEUXIÈME TRIMESTRE SEUL OU DU PREMIER TRIMESTRE SEUL (SANS CLARTÉ NUCALE) ET QU'IL Y AURA AUGMENTATION DU POURCENTAGE DE CAS POUR LESQUELS ON DISPOSERA DE LA MESURE DE LA CLARTÉ NUCALE.

Il est encore trop tôt pour produire des statistiques sur le pourcentage de cas détectés ou encore sur le taux de faux positifs dû au fait que le programme est encore jeune pour avoir toutes les informations sur les issues de grossesse. Ce sont cependant des paramètres qui font partie des critères d'évaluation de la performance prévus dans le cadre de référence du programme. Le taux de dépistages positifs est présentement de l'ordre de 4,5 %, ce que le programme croit être en mesure de réduire au fur et à mesure qu'il y aura diminution des dépistages du deuxième trimestre seul ou du premier trimestre seul (sans clarté nucale) et qu'il y aura augmentation du pourcentage de cas pour lesquels on disposera de la mesure de la clarté nucale. Présentement, le nombre d'échographistes certifiés et inscrits au tableau du programme pour l'acceptation des mesures de clarté nucale est de 100. Il est à souhaiter que ce nombre augmente de façon significative au cours des prochains mois. On peut donc conclure que, compte tenu de sa complexité, le programme se déploie progressivement, avec succès, à la grandeur du territoire québécois et que le taux de participation témoigne d'un réel besoin de la population québécoise. Ce programme va continuer d'évoluer et on voit déjà poindre à l'horizon des nouvelles approches de dépistage qui feraient l'objet d'une attention particulière de la part du comité de coordination en vue de leur implantation éventuelle si les données probantes s'avéraient positives, telle l'étude des acides nucléiques libres en circulation maternelle par l'utilisation de nouvelles technologies de séquençage.

À titre de comparaison quant à la participation à un programme de dépistage de la trisomie 21, lors du dernier congrès de l'International Society for Prenatal Diagnosis, on mentionnait qu'aux États-Unis un peu plus de 60 % des femmes enceintes participaient à un programme de dépistage de la trisomie 21 et, pour les deux tiers, il s'agissait d'un dépistage du deuxième trimestre (triple ou quadruple marqueurs).



HEMA PATEL, M.D.*
Pédiatrie

Bientôt disponible au Québec

Dépistage universel des troubles de l'audition chez les nouveau-nés



Le dépistage chez les nourrissons se fait généralement à l'aide des tests de dépistage des émissions oto-acoustiques (ÉOA) ou de la réponse évoquée auditive du tronc cérébral automatisée (RÉATCA). Ces tests non effractifs de chevet peuvent être effectués sur les nourrissons peu après la naissance par des techniciens qualifiés. Les ÉOA dépistent une déficience auditive située entre l'oreille externe et les cellules ciliées externes de la cochlée (celles-ci étant aussi incluses). C'est le premier test de dépistage recommandé pour tous les nourrissons. Le RÉATCA, d'une durée de 20 minutes, est recommandé dans le cadre d'un protocole de dépistage en deux étapes pour tous les nourrissons à haut risque (tableau 1) et pour ceux qui ont des résultats ÉOA anormaux. Le RÉATCA dépiste une déficience auditive entre l'oreille externe et le tronc cérébral, y compris une évaluation précise de la fonction du (8^e) nerf auditif crânien. Les nourrissons qui présentent des résultats anormaux au dépistage requièrent une épreuve diagnostique pour déterminer la configuration, la gravité et la nature de la perte auditive.

Nombre de médecins seraient surpris d'apprendre que la perte d'audition permanente (qui touche de 4 à 6 enfants sur 1 000 naissances) est l'un des troubles congénitaux les plus répandus et que de 1 à 3 nourrissons sur 1 000 présentent une perte d'audition sévère. L'incidence de la perte auditive dépasse de loin le taux combiné des conditions pour lesquelles on effectue un dépistage systématique sur les nouveau-nés, comme l'hypothyroïdie, la phénylcétonurie et autres erreurs innées du métabolisme. Sans test formel d'audition, les diagnostics « officiels » concernant les troubles auditifs demeurent extrêmement imprécis et la plupart des enfants ayant une perte auditive sévère non dépistée sont diagnostiqués bien après l'âge d'un an, ce qui les laisse avec une carence auditive importante, un retard de langage et une morbidité cognitive pour la vie. Les enfants touchés par une perte auditive moins grave peuvent sembler moins atteints jusqu'à l'âge scolaire, mais ils auront souvent des difficultés d'apprentissage ou de comportement.

À l'opposé, les nourrissons qui sont dépistés à la naissance, avant l'âge de 3 mois, et qui bénéficient d'une intervention avant 6 mois présentent des résultats considérablement améliorés du langage et en matière cognitive. L'ampleur de ces résultats, combinée à la précision de détection et à son faible coût (par comparaison aux coûts réels du dépistage), a incité presque toutes les régions développées du monde à mettre en œuvre des programmes intégrés de dépistage de troubles auditifs et d'intervention précoce (DUTAN : dépistage universel des troubles de l'audition chez les nouveau-nés). Comme plusieurs régions du Royaume-Uni, des États-Unis, d'Europe et d'Australie, l'Ontario utilise ce programme depuis plus d'une décennie.

Tableau 1 – Facteurs de risque de déficience auditive neurosensorielle chez le nourrisson

Antécédents familiaux de déficience auditive	
Anomalies crâniofaciales, y compris celles de l'oreille externe	
Infections congénitales, y compris la méningite bactérienne, le cytomégalovirus, la toxoplasmose, la rubéole, l'herpès et la syphilis	
Phénotype évocateur d'un syndrome sous-jacent associé à la déficience auditive	
Séjour à l'unité néonatale de soins intensifs de plus de 2 jours ou s'accompagnant de l'un des éléments suivants :	Oxygénation extracorporelle
	Ventilation assistée
	Utilisation de médicaments oto-toxiques
	Hyperbilirubinémie exigeant une exsanguino-transfusion

Des données probantes ont permis de conclure que les nourrissons dépistés dès la naissance sont diagnostiqués plus tôt et bénéficient plus rapidement d'une intervention. À titre d'exemple, en France, dans la région Champagne-Ardenne, l'âge médian du diagnostic de dépistage préliminaire est passé de 17 mois à 10 semaines à la suite de la mise en œuvre d'un programme DUTAN. De nombreuses preuves démontrent également que les enfants ayant subi une intervention précoce présentaient de meilleurs indices du langage expressif et réceptif. Les enfants qui ont eu un accès rapide et efficace à un apport auditif, à l'aide par exemple de prothèses auditives ou d'implants cochléaires, sont susceptibles d'avoir un langage normal ou quasi normal et de participer avec succès à des programmes d'enseignement réguliers.

* Hema Patel est chef de section du Service de soins ambulatoires et de l'Unité d'investigation clinique à l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Même si les bienfaits globaux du DUTAN sont de plus en plus évidents, des limites existent. La mise en œuvre exige une démarche complète et organisée qui comprend le dépistage, le diagnostic, l'intervention et le suivi. On ne peut détecter la déficience auditive de moins de 30 décibels, ni la perte progressive de l'audition. Les médecins doivent rester attentifs à l'évolution du développement des jeunes enfants et envisager l'évaluation de l'ouïe chaque fois qu'il y a un retard dans le langage ou que les parents s'inquiètent.

La mise en œuvre du DUTAN au Québec a été désespérément lente (tableau 2). Au cours de la dernière décennie, des centaines d'enfants malentendants au Québec n'ont pas pu profiter des énormes bénéfices à long terme de la détection et de l'intervention précoces, bien que la technologie et la documentation aient été aisément disponibles.

En 2009, le MSSS a décidé de mettre en œuvre le DUTAN et les attributions du programme québécois ont été publiées en juin 2012. Même si un calendrier précis n'a pas été rendu public, un programme pilote devrait être lancé prochainement, suivi d'une mise en œuvre progressive à l'échelle du Québec. Pour les médecins qui ont les enfants à cœur, cette innovation en matière de soins ne viendra jamais trop tôt.

Tableau 2 – Chronologie/historique de la mise en œuvre du DUTAN au Québec

Janvier 2001	L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec recommande publiquement le DUTAN.
Janvier 2003	L'INSPQ organise une conférence internationale pour discuter de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés.
Mars 2004	Le MSSS mandate l'INSPQ afin d'examiner les avantages et les coûts d'un programme de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés au Québec.
Novembre 2007	L'INSPQ soumet son rapport au MSSS. Peu de temps après, la Coalition québécoise pour le dépistage universel de la surdité chez le nouveau-né est mise en place et commence son lobbying auprès du MSSS pour la mise en œuvre d'un programme.
Juillet 2009	Le MSSS annonce que le Québec mettra en œuvre un programme DUTAN.
2010	Un comité de travail commence à concevoir et développer le programme.
Juin 2012	Les cadres de référence pour le programme DUTAN sont publiés.

BIBLIOGRAPHIE :

Patel H, Feldman M. Universal newborn hearing screening. Position statement of the Canadian Pediatric Society. *Paediatrics & Child Health* 2011; 16(5).

Le dépistage de la surdité chez le nouveau-né : évaluation des avantages, des inconvénients et coûts de son implantation au Québec. Québec; INSPQ (2008). 205 p.

Nelson HD, Bougatsos C, Nygren P. Universal newborn hearing screening. Systematic review to update the 2001 US Preventive Services Task Force recommendation. *Pediatrics* 2008; 122: e266-76.

Médicaments d'exception non codifiés

DEMANDER UNE AUTORISATION : UNE OPÉRATION **FACILE** !

Connaissez-vous les formulaires spécifiques ?

Plus de 90 médicaments ont leur propre formulaire, ce qui :

- simplifie le remplissage;
- permet d'avoir une demande complète en quelques minutes;
- fait gagner du temps au médecin, au patient et à la Régie.

AUTRES AVANTAGES

- ▶ Ils se remplissent à l'écran.
- ▶ Ils sont toujours à jour dans le site Internet.

Vous trouverez ces formulaires à la rubrique
« **Médicaments d'exception et Patient d'exception** »
dans la section « **Professionnels** » au

www.ramq-gouv.qc.ca



Le Québec peut-il en faire plus ?

Médecins spécialistes et gestionnaires ne semblent pas s'entendre à savoir si le Québec offre suffisamment de programmes de dépistage comparativement au reste du Canada. Le Spécialiste a posé la question à Gail Ouellette, Ph. D., généticienne-conseil et directrice générale du Regroupement québécois des maladies orphelines (RQMO), organisme regroupant parents et professionnels intéressés par la cause des maladies rares. Elle a publié de nombreuses recherches sur l'offre de service de tests de dépistage génétique dont *Dépistage des maladies génétiques chez les nouveau-nés au Québec : Où en sommes-nous en 2011?*¹ Ce document, paru en juin 2011, dresse un constat de l'offre de tests de dépistage au Québec par rapport au reste du Canada. On y indique d'emblée que le Québec affiche un grand retard. « Le Québec est au 8^e rang seulement parmi les provinces et les territoires canadiens pour ce qui est du nombre de maladies dépistées². »

En entrevue, Mme Ouellette dit s'inquiéter du fait que, malgré la formation de trois comités d'experts entre 2005 et 2009, la situation n'a presque pas changé. Cette année, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a mis sur pied un comité et son rapport est attendu sous peu. Le comité formule plusieurs recommandations, notamment sur l'augmentation de l'offre de service pour de nouvelles maladies. Ces tests de dépistage sont déjà effectués ailleurs au Canada.

L'ajout d'une 4^e maladie (le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne ou MCAD) et la mise sur pied du projet pilote pour le dépistage de l'anémie falciforme sont déjà un début. Mais il faut aussi réévaluer le travail fait par les laboratoires, revoir le cadre de référence et de gestion du programme, mettre à niveau certains équipements et technologies...

Le Regroupement québécois des maladies orphelines prône le passage à la technologie du MS/MS pour les tests qui peuvent l'utiliser. Il faut aussi repenser l'offre du dépistage urinaire. « Ces tests sont dépassés, il faut réévaluer le tout », confie madame Ouellette.

Le Québec peut-il en faire plus ? « Assurément, nous dit-elle. C'est certain qu'il manque des ressources, mais on peut en faire autant que l'Ontario et la Saskatchewan. Je comprends que c'est beaucoup de travail pour ne dépister que quelques cas par année, mais, en fin de compte, l'argent investi permet d'en sauver encore plus. On prévient des morbidités et on permet de sauver des coûts importants pour le système de santé. Pourquoi passer à côté d'un tel programme qui démontre autant de bénéfices ? »

Conditions et types	Description	
Conditions principales	Surdité	Surdité néonatale
	Endocrines	Hypothyroïdisme congénital
		Hyperplasie congénitale des surrénales (déficit en 21-hydroxylase)
	Hémoglobine (HB)	Anémie à hématies falciformes
		Drépanocytose
	Autres	Thalassémie S-bêta
		Déficit en biotidase
		Galactosémie classique
		Fibrose kystique
		Cardiopathie congénitale sévère
Immunodéficience combinée sévère humaine		
Défaut de captation de la carnitine		
Conditions métaboliques principales	Désordres : acides gras	Déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne longue
		Déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne
		Déficit en protéine trifonctionnelle mitochondriale
		Déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne très longue
		Acide glutarique type 1
		3-OH 3-CH3 acide glutarique
		Anémie isovalérique
	Désordres : acides organiques	Déficit en 3-méthylcrotonyl-CoA carboxylase
		Acidémie méthylmalonique (Cbl A,B)
		Déficit en bêta-kétothiolase
	Acidémie méthylmalonique (déficit en mutase)	
	Acidémie propionique	
	Déficit multiple en carboxylases	
Désordres : acides aminés	Acidémie argininosuccinique	
	Citrullinémie	
	Homocystinurie (par déficit en cystathionine bêta-synthase)	
	Maladie du sirop d'érable	
	Phénylcétonurie	
	Tyrosinémie type 1	
Conditions métaboliques secondaires	Désordres : acides gras	Déficit en carnitine-acylcarnitine translocase
		Déficit en carnitine palmitoyltransférase I
		Déficit en carnitine palmitoyltransférase II
		Déficit en diénoyl-CoA réductase
		Acidémie glutarique type II
		Déficit en kétoacyl-CoA thiolase à chaîne moyenne
		Déficit en L-3-OH acyl-CoA déshydrogénase à chaînes moyenne et courte
		Déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne courte
		2-méthyl-3-hydroxy acidurie butyrique
		Déficit en 2-méthylbutyryl-CoA déshydrogénase
Désordres : acides organiques	Acidurie 3-méthylglutanique	
	Acidémie méthylmalonique (Cbl C,D)	
	Déficit en isobutyryl-CoA déshydrogénase	
	Acidémie malonique	
Désordres : acides aminés	Désordres : acides aminés	Arginémie
		Défauts de la synthèse du cofacteur de la biopptéine
		Défauts de la régénération du cofacteur de la biopptéine
		Citrullinémie type II
		Hyperphénylalaninémie bénigne
		Hyperméthioninémie
		Tyrosinémie type II
	Tyrosinémie type III	
Autres désordres métaboliques	Déficit en galactose épimérase	
	Déficit en galactokinase	
Hbg	Hémoglobinopathies variantes	

1 Ce document est disponible sur Internet au mosaïque-maladies-rares.org/dépistage-neonatal-quebec.php

2 Id, p.1

DÉPISTAGE : Le Québec en fait-il assez ?

Code	Terre-Neuve/ Labrador	I.-P.-É.	Nouvelle-Écosse	Nouveau- Brunswick	Québec	Ontario	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Colombie- Britannique	Yukon	T.N.-O.	Nunavut (Kitimeot)	Nunavut (Kiviliq)	Nunavut (Baffin)
Surdité	●	✓	✓	✓	▲	✓	●	●	●	✓	●	●	●	●	●
CH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CAH						✓		▲	✓	✓	▲			✓	
S/S						✓	●			✓	✓				
S/C						✓	●			✓	✓				
S/A						✓	●			✓	✓				
BIO						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
GALT						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
CF						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
CCHD						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
SCID						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
CUD		✓	✓	✓		✓	✓		✓				✓	✓	✓
LCHAD		✓	✓	✓		✓	✓		✓				✓	✓	✓
MCAD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TFP		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
VLCAD		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GA-1		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
HMG					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
IVA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3-MCC					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cbl-A,B					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BKT					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MUT					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PROP					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MCD					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ASA					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CIT					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
HCY	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MSUD		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PKU	✓	✓	✓	✓	✓	✓	★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TYR-I					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CACT		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CPT-Ia		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CPT-II		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DE-RED					✓	✓	✓	●	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GA-II		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MCKAT					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
M/SCHAD					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SC AD					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2M3HBA					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2MBG					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3MGA					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cbl-C,D					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
IBG					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MAL					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ARG					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BIOPT-BS					✓	✓	✓	●	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BIOP-RG					✓	✓	✓	●	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CIT-II					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
H-PHE					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MET					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TYR-II	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TYR-III					✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GALE					✓	✓	✓	●	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
GALK					✓	✓	✓	●	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Var. Hgb					✓	✓	●	●	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tableau traduit et adapté par la FMSQ

Sources : Canadian Organization for Rare Disorders, Newborn Screening in Canada Status Report, May 5, 2012 et Regroupement québécois des maladies orphelines, Tableau comparatif du dépistage néonatal dans les provinces et territoires canadiens (juin 2011)

★ Requis par loi ✓ Offert systématiquement ● Offert à une population ciblée ▲ En cours d'implantation

AU PROGRAMME

JOURNÉE CONJOINTE

- Les problèmes hématologiques chez la femme enceinte : une prise en charge pluridisciplinaire
En partenariat avec les associations des anesthésiologistes, des hématologues-oncologues, des internistes, des obstétriciens-gynécologues, des omnipraticiens en périnatalité et des pédiatres
- Interface entre la santé cardiovasculaire et la santé mentale
En partenariat avec les associations des cardiologues et des psychiatres
- Les symptômes psychiatriques aigus à l'urgence : comment repérer les étiologies médicales
En partenariat avec les associations des psychiatres et des spécialistes en médecine d'urgence
- Nouveautés dans le traitement des patients atteints du mélanome
En partenariat avec les associations des dermatologues, des hématologues-oncologues, des oto-rhino-laryngologistes, des pathologistes, des radio-oncologues et des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique
- L'expertise et le médecin spécialiste : Une longue carrière fait-elle de vous un expert ?
- Pour éviter de faire la une du journal : gestes de base en réanimation
- Prendre le temps d'aller vite... en toute qualité et en toute sécurité! Le secret trop bien gardé des ordonnances collectives
- La lecture critique d'une étude randomisée contrôlée
- Les habiletés de gestion d'un chef de département / Leadership médical : par son implication, le médecin hospitalier peut améliorer sa situation et celle de ses patients
- Vos papiers s.v.p.!
Autogérer *ma* formation continue : Démarche et outils pratiques pour *m'*arrimer aux programmes de DPC du CMQ et du CRMCC
- Complications et erreurs médicales : Passer d'une culture de blâme à une culture de sécurité / Comment tendre la main à un collègue en difficulté ?
- Enhancing learning, advancing care : The Royal College's MOC Program and Mainport Web application (**English workshop**)
- Mieux apprendre pour mieux soigner : Le programme de maintien du certificat du Collège royal et l'application Web Mainport
- Time management and personal effectiveness for busy physicians (**présentation en anglais, questions en français**)
- Deux risques médico-légaux : La confidentialité et le consentement. En êtes-vous conscients ?
- Chronique de décès annoncés : Comment redonner la vie aux patients en attente de greffe
- iPad, iPhone et autres gadgets au service de notre pratique quotidienne
- La gestion du stress : Pour le médecin, le stress est à la fois le mal et la potion
- La gestion hospitalière des risques et la divulgation au patient : des aides et non des menaces
- La polymédication ou l'optimisation de la pharmacothérapie chez le patient gériatrique
- Le médecin qui dérange... / Comment annoncer une mauvaise nouvelle : La relation médecin-patient

Tarif spécial pour inscription avant le 9 octobre

**Visitez sans tarder le site de la FMSQ à fmsq.org/jfi
pour obtenir toutes les informations détaillées et pour vous inscrire!**

Cette journée est rendue possible grâce à une contribution financière de :



BRUNO MARANDA, M.D.*
Génétique médicale

Le Québec peut-il faire mieux ?

En tant que médecin généticien, je ne suis pas entièrement satisfait de l'état de la situation du dépistage néonatal offert actuellement au Québec. Nous pouvons faire plus, nous pouvons surtout faire mieux ! Les programmes en place sont issus de politiques gouvernementales datant de plus de 40 ans et non d'une planification complète, intégrée et proactive avec une vision à long terme. Il existe aussi des différences sur les plans technologiques et sur la collecte des échantillons où les deux pôles de service de dépistage offrent un service différent, soit l'un à partir du sang prélevé à 2 jours de vie à l'hôpital (CHU de Québec) et l'autre à partir de l'urine prélevée volontairement par les parents à 21 jours de vie (CHUS).

Si l'on compare le Québec avec le reste de l'Amérique du Nord et de l'Europe, nous accusons un retard significatif, ne serait-ce que pour le nombre de maladies ciblées et dépistées dans le sang au CHU de Québec. Le programme du CHU de Québec ne dépiste que quatre maladies dans le sang (phénylcétonurie, tyrosinémie, hypothyroïdie congénitale et déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne) alors que l'ensemble des provinces canadiennes et des états américains et plusieurs pays d'Europe en dépistent en moyenne une trentaine et parfois jusqu'à une cinquantaine. Est-ce que l'on joue à l'autruche ou est-ce que l'on ferme les yeux en se disant qu'on en fait autant ? L'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est vague et repose sur quelques actions ciblées.

L'implantation de la meilleure technologie pour le dépistage sanguin pose aussi problème. La spectrométrie de masse en tandem (MS/MS) est grandement implantée à Sherbrooke pour le dépistage à haut risque, le diagnostic et le suivi des patients traités, de même que pour la recherche scientifique sur plusieurs maladies métaboliques héréditaires. La possibilité de dépister par MS/MS un total de 30 maladies est offerte aux bébés nés au CHUS depuis 2010 sans que le reste de la province puisse en profiter.

Pour le programme de dépistage urinaire, le Québec a fait des bons coups : nous sommes la seule société moderne à récolter l'urine de l'ensemble de ses nouveau-nés sur une base volontaire pour un dépistage populationnel. Beaucoup d'autres pays ont essayé de faire de même sans connaître notre succès. Le prélèvement d'urine séché sur papier filtre est fait par les parents, à la maison, sur une base volontaire, et ce, depuis plus de 40 ans. Pour que le programme soit un succès,

il faut un taux élevé de participation. Depuis des décennies, la collaboration des parents au programme de dépistage urinaire se situe autour de 90 %. Un exploit reconnu partout dans le monde. Aussi, le programme de dépistage urinaire est une véritable aubaine : le coût du test par nouveau-né se situe à environ 4,50 \$ pour dépister une vingtaine de maladies différentes. Mais, si nous voulons nous assurer de dépister encore plus d'erreurs innées du métabolisme, il faudra ajouter des équipements de fine technologie à ce qui est déjà en place. De fait, il existe des maladies que l'on peut dépister de manière plus performante en utilisant l'urine plutôt que le sang. Il est donc essentiel qu'il y ait un rehaussement technologique

pour en arriver à dépister d'autres maladies qui peuvent mener à des troubles cliniques sévères chez les nouveau-nés atteints. Considérant que le Québec est une référence pour le dépistage urinaire, nous pourrions réaliser un projet pilote unique au monde si des ressources financières étaient ajoutées.

Sous un autre volet, le dépistage néonatal de l'anémie falciforme est un dossier positif en soi. Le ministère a agi en créant un comité d'étude et en mettant en place les

recommandations de ce comité. C'est un bénéfice pour la population à risque typiquement d'origine africaine ou asiatique. Par contre, on peut s'interroger sur la nécessité d'implanter le programme partout au Québec, sachant que la majorité de la population atteinte provient d'une région spécifique donnée.

Un autre dossier perdure depuis plusieurs années, soit celui du dépistage de la fibrose kystique qui n'est pas en place au Québec et pour lequel seules de vagues réflexions sont en cours. Pourtant, le programme est bien implanté ailleurs dans le monde et fonctionne bien. La position ministérielle suggère que l'on ne doit pas offrir d'emblée le test de dépistage génétique pour savoir si un couple est à risque. Or, il est connu que dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de Charlevoix une personne sur quinze est porteuse de la fibrose kystique. Ces régions bénéficient d'un programme pilote de dépistage, mais, malheureusement, ce programme pilote n'inclut pas la fibrose kystique. Ce dépistage pourrait être offert systématiquement, puisqu'un dépistage est déjà offert aux couples pour les autres maladies retrouvées régionalement (tyrosinémie, ataxie de Charlevoix, etc.), et ce, même si ces dernières sont moins fréquentes que la fibrose kystique. Je crois qu'il doit y avoir une meilleure consultation et concertation avec les différents intervenants en génétique du Québec pour qu'ils apportent leur expertise face aux orientations prises par le MSSS.



* Bruno Maranda est médecin généticien à l'Hôpital Fleurimont du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et président de l'Association des médecins généticiens du Québec.



PAR PATRICIA KÉROACK

La Terre est un village global

Très jeune, notre grand nom de la médecine rêvait de l'Afrique. Il avait découvert ce vaste continent en feuilletant des magazines tels que *Time-Life* et *National Geographic*. Il se voyait déjà aller y travailler et, avec sa volonté de fer, il y consacra une grande partie de sa carrière.

Notre grand nom de la médecine est D^r Jacques Pépin, spécialiste en maladies infectieuses au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. D^r Pépin entre à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke à l'âge de 17 ans. On dira de lui qu'il a été un élève modèle et studieux, passionné par la lecture et par tout ce qui se passe dans le monde entier.

La médecine sera un choix de carrière facile pour lui. L'Afrique connaissait de graves pénuries et avait des problématiques sanitaires bien à elle. Jacques Pépin savait que la meilleure façon d'aider ce continent mal aimé était de s'intéresser à la santé de ses habitants. Qui plus est, son père, son modèle, était lui-même médecin spécialiste en médecine interne; la génétique y fut sans doute pour quelque chose!

Outre l'Afrique où ses formations postdoctorales ont été interrompues à deux reprises pour des séjours de travail, Jacques Pépin a fait de Sherbrooke son lieu principal de vie : il y a étudié, fait sa résidence médicale et y travaille encore aujourd'hui. Seules exceptions : un séjour au Manitoba où il a effectué une spécialisation en maladies infectieuses et une année à Londres pour effectuer une maîtrise en épidémiologie.

WELCOME TO AFRICA!

Jacques Pépin découvre (enfin!) l'Afrique en 1977. C'est pour lui un choc, mais il était fin prêt et s'y acclimate rapidement. Le Zaïre (maintenant la République démocratique du Congo), sa première destination, le charme : « Les habitants sont généreux et agréables malgré leur extrême pauvreté », dit-il. L'hospitalité de la population lui rappelle ce qu'il avait lu sur le Québec rural des premières colonies. Malgré l'indigence et les difficultés de toutes sortes, les habitants ont et conservent un sens de l'humour hors du commun. D^r Pépin explique que pour apprécier son séjour en Afrique il faut avoir un certain goût de l'aventure : « La routine n'existe pas, il faut savoir s'ajuster rapidement. »

Son premier stage en Afrique sera suivi d'un deuxième, en 1979. Puis, il y passera une année complète pour le travail en 1980-1981 et trois ans de 1982 à 1985. Par la suite, loin d'abandonner son continent fétiche, il y retournera pour faire de nombreux séjours de recherche et d'intervention.

Pendant ses premières années de travail en Afrique, il fait de la véritable médecine de brousse. Puis, il s'intéresse à une maladie en émergence : la trypanosomiase africaine (maladie du sommeil). Il constate, qu'en 1980, les traitements sont les mêmes que ceux donnés à la fin des années 1920, ce qui est, à son avis, totalement insensé. Il entreprend donc des travaux pour trouver comment améliorer les traitements; un peu plus tard, il termine sa spécialisation en médecine interne et entreprend un *fellowship* en maladies infectieuses.



D^r JACQUES PÉPIN

Spécialiste en maladies infectieuses

Les premières recherches sur le SIDA sont faites vers le milieu des années 1980. À ce moment, personne n'avait encore réalisé l'impact qu'aurait cette maladie sur le système de santé et sur la planète tout entière. De l'avis de D^r Pépin, plusieurs patients qu'il a vus et traités pendant son séjour au Zaïre avaient probablement le SIDA et n'ont pu être adéquatement diagnostiqués, la maladie étant alors inconnue.

DE L'AVIS DE D^r PÉPIN, PLUSIEURS PATIENTS QU'IL A VUS ET TRAITÉS PENDANT SON SÉJOUR AU ZAÏRE AVAIENT PROBABLEMENT LE SIDA ET N'ONT PU ÊTRE ADÉQUATEMENT DIAGNOSTIQUÉS, LA MALADIE ÉTANT ALORS INCONNUE.

Dès qu'il le peut, D^r Pépin retourne travailler en Afrique. Cette fois, ce sera en Gambie, au Medical Research Council Laboratories, où il s'intéresse à l'épidémiologie d'un virus encore méconnu : le VIH. Ce virus est connu officiellement depuis le 30 juin 1981, date de la première parution scientifique à ce sujet, mais est actif en Afrique depuis au moins une cinquantaine d'années.

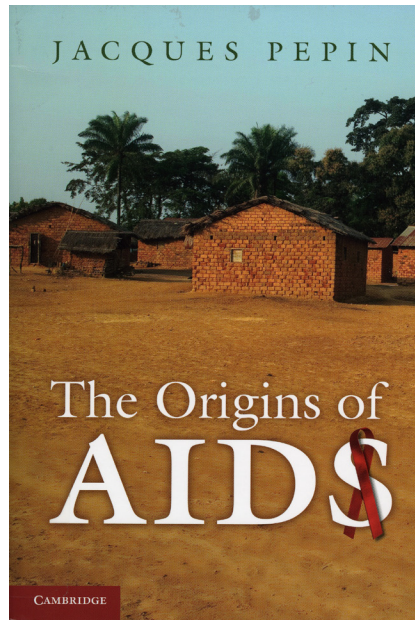
On sait alors qu'il existe deux virus : le VIH-1 et le VIH-2. D^r Pépin concentrera ses recherches sur le VIH-2, un virus moins virulent que sa contrepartie. Celui-ci permettrait la compréhension du processus de transmission du VIH-1 et du développement du SIDA, puisqu'à cette époque, une fois la maladie déclarée, les gens infectés décèdent en moins d'une quinzaine d'années.

UN TRAVAIL DE FIN LIMIER

D^r Pépin a non seulement travaillé sur le volet épidémiologique du SIDA, mais il a aussi consacré une grande partie de son temps et de ses travaux à la recherche des origines de la maladie. Le fruit de ses recherches a été publié en 2011 aux Presses de l'Université Cambridge sous le titre *The Origins of AIDS*. D^r Pépin a consacré huit ans à la recherche et à la préparation de ce livre. Il a notamment scruté les archives

médicales, militaires et universitaires des colonies françaises et belges. Il a dû jouer au détective pour trouver les éléments manquants pouvant expliquer certaines parties de l'histoire. Ses « fouilles » presque archéologiques l'ont conduit de Marseille à Aix-en-Provence, en passant par plusieurs villes de Belgique. Le livre sera bientôt traduit en japonais et Dr Pépin veut se charger de la traduction vers le français : ceci lui permettrait de l'actualiser et d'ajouter des informations et des anecdotes.

Grâce aux travaux de Dr Pépin, le monde entier a pu connaître la véritable histoire du SIDA. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il a été couronné Scientifique de l'année 2011 par la Société Radio-Canada.



Parmi elles, la fameuse controverse en 1981 voulant que ce soient des scientifiques qui auraient inoculé le virus avec des vaccins expérimentaux visant à éradiquer la polio. Les vaccins auraient contenu, selon ce qui avait été affirmé, des rétrovirus et de l'ADN de grands primates. Cette hypothèse a été exclue lorsqu'on a pu retracer des échantillons de ces vaccins expérimentaux conservés congelés. Au séquençage et à l'analyse de leur contenu, on a pu constater qu'il n'y avait pas, d'une part, de rétrovirus, et d'autre part, d'ADN de chimpanzé, mais plutôt de petits singes comme des macaques. À la lumière des informations recueillies et grâce au séquençage du génome des virus (VIH-1 et 2), on a pu établir la filiation et la provenance du virus :

un chimpanzé *Pan troglodytes troglodytes* d'Afrique centrale pour le VIH-1 et, pour le second virus, un petit singe d'Afrique de l'Ouest, le *sooty mangabey*. Les deux virus proviennent donc de souches distinctes.

GRÂCE AUX TRAVAUX DE DR PÉPIN, LE MONDE ENTIER A PU CONNAÎTRE LA VÉRITABLE HISTOIRE DU SIDA.

LES ORIGINES DU SIDA

Le virus qui est à l'origine de l'épidémie du SIDA existerait probablement depuis des centaines, voire des milliers d'années. Celui-ci aurait été présent chez les chimpanzés et c'est une inoculation percutanée qui serait à l'origine du premier cas transmis à l'humain. Selon les recherches effectuées par Dr Pépin, tout indique qu'un chasseur se serait blessé en dépeçant un chimpanzé d'Afrique centrale : le contact des produits sanguins entre l'homme et sa capture aurait été à l'origine de la transmission du virus. « Peut-être y en a-t-il eu d'autres avant qui n'ont pas déclenché de chaînes de transmission, mais le cas qui a ultimement entraîné la pandémie serait survenu vers 1921 », nous a confié le chercheur. Ce premier cas serait survenu dans une colonie française située le long du fleuve Congo.

Dr Pépin souligne que le contexte sociopolitique de cette période a également eu une grande incidence sur la transmission du virus : citons notamment les guerres civiles qui ont suivi la fin du colonialisme, les déplacements massifs de réfugiés vers des lieux plus sécuritaires (et qui ont certes entraîné une paupérisation des populations déplacées), la croissance (volontaire ou non) des grandes villes, la libéralisation de la prostitution, etc.

Les informations recueillies dans les « fouilles historiques » de Dr Pépin ont été croisées avec les données épidémiologiques disponibles. Elles ont permis d'expliquer, de soutenir ou de détruire certaines hypothèses sur l'origine de la pandémie.

ET LE SIDA AUJOURD'HUI ?

Dr Pépin estime que le VIH, toutes sources confondues, a fait de véritables ravages. Parti du centre de l'Afrique, le virus s'est rapidement propagé aux quatre coins de la planète : 60 millions d'individus ont été contaminés, 33 millions en sont morts.

Parviendrons-nous à éradiquer le SIDA ? « Pas de mon vivant ! » lance d'emblée Dr Pépin. « La seule façon de l'éradiquer sera de développer un vaccin ayant un taux d'efficacité très grand comme pour la rougeole où le taux était supérieur à 95 %. Mais pour le SIDA, c'est encore de la science-fiction. On n'est malheureusement pas plus avancé aujourd'hui qu'il y a 20 ans dans le développement d'un tel vaccin. »

Les efforts de lutte contre l'épidémie doivent donc se poursuivre. Il en est de même pour le développement de traitements et de stratégies de prévention. « Les médicaments jouent un rôle majeur et la problématique reste l'accès. La crise économique mondiale joue en notre défaveur », dit-il. Si l'argent manque, si la résistance médicamenteuse augmente, il reste toujours le travail de prévention. « On a réalisé que la circoncision masculine est un moyen de prévention important. Celle-ci diminuerait de 50 à 60 % pour un jeune homme le risque d'attraper le VIH. Évidemment, les femmes seront protégées indirectement.

À l'instar de ce que l'auteur Marshal McLuhan – que Dr Pépin apprécie –, a affirmé dans les années 1960, la Terre est devenue, aujourd'hui, un grand village global. « On voit bien, avec cette histoire, comment un problème provenant des forêts de l'Afrique centrale est devenu une pandémie à l'échelle mondiale. Comme médecins, il faut s'intéresser à ce qui se passe dans le reste du monde, à tout le moins pour les maladies infectieuses. L'histoire du VIH peut aussi arriver avec d'autres pathogènes », croit profondément Dr Pépin.



PAR CATHERINE FELBER
Directrice adjointe, développement
des affaires

Fisc américain et *Snowbirds*

Chaque année, dès que l'automne s'installe, les *Snowbirds* (qu'on pourrait appeler des touristes hivernants) nous quittent pour une destination ensoleillée. Statistiquement, 700 000 personnes quittent le Québec chaque année pendant au moins 6 mois pour aller vivre sous le soleil. Si vous êtes du groupe, soyez vigilants! Le fisc et la RAMQ vous guettent!

LE FISC AMÉRICAIN

Les lois canadiennes permettent un séjour maximum de six mois à l'extérieur du pays; certaines circonstances peuvent être prises en considération pour dépasser cette durée. Mais intéressons-nous donc aux lois américaines. Celles-ci indiquent que le séjour annuel d'un Québécois en sol américain ne doit pas dépasser 122 jours en moyenne, sinon le fisc américain peut lui exiger une déclaration de revenus... et lui réclamer des impôts sur l'ensemble de ses revenus!

Un particulier est considéré comme un résident américain s'il détient une carte verte lui permettant de travailler aux États-Unis ou encore s'il répond au *substantial presence test*. Il y a *substantial presence* en sol américain si le particulier séjourne pendant au moins 31 jours durant l'année courante **et** qu'il y réside pour un total de 183 jours échelonné sur une période de 3 ans.

Voyons le calcul de la règle des 183 jours. Il faut d'abord considérer le nombre de jours où le particulier a séjourné aux États-Unis dans la présente année, plus le tiers du nombre de jours de l'année précédente et le sixième de l'année antérieure à l'année précédente. Si ce nombre dépasse 182 jours, c'est l'échec! Utilisons, à titre d'exemple, madame et monsieur Beausoleil qui ont séjourné 123 jours en Floride en 2012, 123 jours en 2011 et 123 jours en 2010 (notons ici qu'une partie d'une journée est considérée comme une journée complète) :

Année	Jours	%	
2012	123	100 %	123
2011	123	33,33 %	41
2010	123	16,67 %	21
Total			184,5

À 184,5 jours, madame et monsieur Beausoleil seront donc considérés comme résidents américains et, par conséquent, devront payer de l'impôt aux États-Unis **sur l'ensemble de leurs revenus gagnés au cours de l'année**. Pour éviter cette déclaration fiscale, les Beausoleil, puisqu'ils séjournent de façon régulière aux États-Unis, n'auront qu'à remplir un formulaire chaque année, au plus tard le 15 juin de l'année suivante.

Le formulaire en question est le *8840 Closer Connection Exception Statement for Aliens* (à produire individuellement et non un par famille). Les Beausoleil auront évidemment maintenu un domicile fixe au Canada et conservé des liens personnels et économiques avec le pays. Advenant que les Beausoleil omettent de faire parvenir le formulaire à temps, ils n'auront aucun choix et devront payer l'impôt au fisc américain.

LA CARTE-SOLEIL

Ce n'est pas seulement le fisc américain qui nous a à l'œil... La RAMQ aussi! Pour avoir droit à votre couverture sous ce régime, **il ne faut pas quitter le Québec plus de 182 jours** dans une même année civile. Si vous vous absentez moins de 22 jours consécutifs, ceci n'est pas tenu pour compte dans le calcul.

CE N'EST PAS SEULEMENT LE FISC AMÉRICAIN QUI NOUS A À L'ŒIL... LA RAMQ AUSSI! POUR AVOIR DROIT À VOTRE COUVERTURE SOUS CE RÉGIME, IL NE FAUT PAS QUITTER LE QUÉBEC PLUS DE 182 JOURS DANS UNE MÊME ANNÉE CIVILE.

Si, en 2012, vous passez 120 jours en Floride, 90 en Europe et 15 à Calgary, la RAMQ considérera que vous avez quitté le Québec pendant 210 jours au total (on ne tient pas compte des 15 jours à Calgary) et vous risquerez de perdre, pour toute l'année, votre droit à la protection offerte par la RAMQ. Au même titre, si, dans la même année, vous passez 65 jours en Espagne, 31 jours sur la Côte d'Azur, 45 jours sur la côte amalfitaine et 45 jours en Chine, l'addition de ces séjours dépasse les 182 jours alloués.

Cependant, vous avez droit à des exceptions. Si, par exemple, vous quittez pour votre travail, vous êtes toujours couvert par la RAMQ. Vous devez alors soumettre des documents pour justifier votre absence. Il est donc recommandé de vérifier avec la RAMQ pour bien préparer votre départ (sachez que le gouvernement du Québec a conclu des ententes de réciprocité avec certains pays en matière de sécurité sociale, incluant un volet relatif à la santé).

Avant de quitter le Québec pour une longue période, plusieurs préparatifs doivent être faits judicieusement. Assurez-vous, entre autres, de souscrire à une police d'assurance voyage et annulation. Si vous en détenez une, conservez sur vous les numéros de téléphone sans frais à composer en cas d'urgence.

Sachez que Sogemec Assurances vous offre un plan conçu pour les médecins spécialistes du Québec qui comprend, pour ses adhérents et leurs personnes à charge - peu importe le nombre de voyages -, l'assurance voyage (incluant le service d'assistance-voyage et l'assurance annulation) vous offrant une protection de 182 jours, ou même plus si vous avez obtenu une prolongation de la RAMQ. Afin de mieux connaître les conditions de votre plan, n'hésitez pas à communiquer avec un conseiller de Sogemec Assurances ou visitez notre site Web.

Téléphone : 514 350-5070, sans frais : 1 800 361-5303
www.sogemec.qc.ca



PAR MAURICE GIROUX
Directeur général

Nouveaux membres de la FMSQ

Bravo et bienvenue!

Vous avez terminé votre résidence avec succès, félicitations!

Vous n'êtes pas sans savoir que la fin de la résidence rime également avec la fin de votre régime d'assurance collective. À titre de travailleur autonome, vous devez voir à vous procurer les différentes protections d'assurance nécessaires pour assurer votre sécurité financière.

Vous serez donc heureux d'apprendre que votre Fédération a négocié pour vous des régimes d'assurance de qualité pour répondre à tous vos besoins.

OFFRE EXCLUSIVE AUX NOUVEAUX MEMBRES

Afin de vous permettre de remplacer vos assurances de résident rapidement, et ainsi vous assurer une protection minimale, votre Fédération vous propose d'adhérer **sans questionnaire médical** aux protections suivantes :

Pour un revenu annuel de 340 000\$, vous pourriez recevoir 40 800\$ d'indemnité non imposable de plus que la concurrence.

- Assurance invalidité : Protection de 3 000\$/mois¹
- Assurance vie : Protection de 100 000\$¹
- Assurance médicaments, assurance voyage et annulation voyage
- Assurance médicaments, maladie, voyage et soins dentaires

¹ Pour les adhérents de moins de 35 ans. Communiquez avec nous pour connaître nos offres si vous avez plus de 35 ans.

De plus, il vous sera possible d'adhérer à des montants d'assurance plus élevés sujets à un questionnaire médical et cela en tout temps.

L'ASSURANCE INVALIDITÉ DE LA FMSQ : UNE PROTECTION ADAPTÉE À VOTRE PROFESSION

L'assurance que nous vous proposons, en plus de couvrir votre propre profession à taux très avantageux, vous offre les protections suivantes, conçues spécifiquement pour répondre aux besoins des médecins spécialistes :

- **cinq ans de plus de versements** de prestations d'invalidité que la concurrence;
- une clause de présomption d'invalidité totale **UNIQUE** pour les spécialités chirurgicales si vous subissez la **perte définitive de l'usage d'une main**;
- une protection **sans exclusions** pour les médecins qui font un *fellowship* à l'étranger;
- une limite de souscription plus élevée que la concurrence.

UN PRODUIT UNIQUE

L'assurance groupe association est un produit unique en son genre, qui a été dessiné sur mesure pour vous. Communiquez avec un conseiller de chez Sogemec Assurances au 514 350-5070 ou 1 800 361-5303 ; il pourra répondre à toutes vos questions et vous offrir VOTRE assurance groupe association.

Sogemec
ASSURANCES

POUR TOUS VOS
BESOINS D'ASSURANCES

Grâce au
SERVICE PRÉFÉRENCE

LAISSEZ LIBRE COURS À VOS PASSIONS

**SOGEMEC
ASSURANCES
ÉVOLUE AVEC VOUS**

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

POUR EN SAVOIR PLUS :
1 800 361-5303
514 350-5070 / 418 990-3946
Par courriel ou Internet :
information@sogemec.qc.ca
www.sogemec.qc.ca



PAR MARIE-JOSÉE HOUDE
Notaire

La liquidation de succession

La liquidation d'une succession est une tâche lourde de responsabilités pour la personne nommée liquidateur dont l'ampleur est souvent sous-estimée. Le présent article a pour but d'examiner les principales étapes du processus de liquidation de succession et d'expliquer le rôle du liquidateur.

La désignation du liquidateur se fait normalement lors de la rédaction du testament. Si le défunt n'a pas fait de testament ou n'a pas nommé de liquidateur dans celui-ci, la charge de liquidateur incombe aux héritiers. Ils pourront alors agir tous ensemble ou décider à la majorité de mandater l'un d'entre eux ou un tiers pour agir à ce titre.

Dans un premier temps, le liquidateur doit obtenir la preuve du décès du défunt. L'acte de décès émis par le directeur de l'État civil du Québec est le seul document authentique faisant preuve du décès d'un individu. Certains organismes ou institutions financières demandent l'original du document, d'autres n'exigent qu'une photocopie.

Ensuite, il faut vérifier si le défunt avait fait un testament. Le liquidateur commencera par chercher dans les effets personnels du défunt et dans son coffret de sûreté, mais il devra également vérifier auprès de l'organisme de Registres des dispositions testamentaires et des mandats du Québec. Ces registres contiennent tous les testaments notariés depuis le 1^{er} janvier 1961 et tous les testaments faits par des avocats depuis le 1^{er} décembre 1979. Le liquidateur pourra faire lui-même la demande en remplissant le formulaire requis ou en consultant un juriste. Sachez que la plupart des institutions financières exigent maintenant que les recherches testamentaires soient effectuées avant de traiter un dossier de succession. Dans le cas où le testament n'est pas notarié et même s'il est rédigé par un avocat, il sera nécessaire de le faire vérifier par un notaire ou par le tribunal. Cette procédure permet seulement d'établir que le testament respecte les règles essentielles à sa validité et il sera toujours possible pour un intéressé de le contester ultérieurement. Le liquidateur devra également identifier et contacter les héritiers de la personne décédée.

À la suite de l'obtention de tous ces documents, le travail peut commencer. En résumé, le liquidateur doit ouvrir un compte de succession, récupérer les sommes appartenant au défunt ainsi que celles qui lui sont dues, payer les dettes et les legs particuliers, régler les créances matrimoniales, procéder au règlement des assurances vie, dresser l'inventaire, demander les certificats fiscaux, distribuer les biens aux héritiers et faire une reddition de compte définitive.

La préparation de l'inventaire constitue sans contredit une des étapes les plus importantes dans le processus de liquidation, car il permet de déterminer si la succession est solvable ou non. C'est en consultant l'inventaire que les héritiers décideront s'ils acceptent ou refusent la succession. Les héritiers ont jusqu'à 60 jours après la fin de l'inventaire pour prendre leur

décision. Lorsque l'inventaire est terminé, le liquidateur doit en informer les héritiers et faire publier un avis au registre des droits personnels et réels mobiliers et dans un journal distribué dans la localité de la dernière adresse du défunt.

Que doit contenir l'inventaire ?

- La désignation officielle des immeubles (adresse, numéro de lot et cadastre) et leur valeur au décès;
- La description des comptes de banque, des actions, des obligations et autres valeurs mobilières, et leur valeur au décès;
- Les effets personnels de plus de 100\$ chacun;
- Les dettes (impôts, réclamations matrimoniales, prêts);
- Une récapitulation de l'actif et du passif.

Le testateur ne peut jamais dispenser le liquidateur de produire un inventaire, mais les héritiers (à l'unanimité) sont habilités à le faire. Toutefois, avant de poser un tel geste, les héritiers doivent savoir qu'ils deviennent alors responsables des dettes de la succession même au-delà de la valeur des biens qu'ils reçoivent si la succession est insolvable.

En outre, le liquidateur devra obtenir les certificats des autorités fiscales avant de remettre les biens aux héritiers. À défaut de le faire, le liquidateur peut être tenu personnellement responsable du paiement des dettes fiscales de la personne décédée jusqu'à concurrence de la valeur des biens distribués. Par contre, si le liquidateur a obtenu les certificats autorisant la distribution des biens, ce sont les héritiers qui deviennent responsables des sommes dues.

Enfin, le liquidateur doit s'assurer de produire la déclaration fiscale finale du défunt au plus tard le 30 avril de l'année suivante si le décès survient entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre, et six mois après le décès si celui-ci survient entre le 1^{er} novembre et le 31 décembre.

Le décès entraîne un impact important au niveau fiscal. En effet, une personne est réputée avoir vendu tous ses actifs à la juste valeur marchande immédiatement avant le décès même si, en fait, il n'y a pas eu de vente réelle. Il en résultera alors un gain ou une perte qui devra être rapportée dans la déclaration de revenus finale du défunt. Certaines exceptions s'appliquent, notamment pour la résidence principale et pour les actifs légués à un conjoint de fait ou marié.

Comme vous pouvez le constater, la charge de liquidateur suppose d'avoir des connaissances dans plusieurs disciplines (légales, fiscales ou administratives). La Financière des professionnels vous offre un service d'accompagnement si vous êtes nommé liquidateur d'une succession. Vous pouvez aussi prévoir nos services d'aide à la liquidation pour votre propre succession; ainsi, vos liquidateurs seront assurés de bénéficier de notre expertise le moment venu. Parlez-en à votre conseiller.

Services aux membres AVANTAGES COMMERCIAUX

Juste pour vous!

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

NOS FILIALES



www.fprofessionnels.com
1 888 377-7337



www.sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES



www.rbcbanqueroyle.com/sante
1 800 807-2683



DOMAINE
CHÂTEAU-BROMONT

www.chateaubromont.com
1 888 276-6668



www.groupesolution2.com
1 877 795-9399



HÔTEL
MANOIR VICTORIA
VIEUX-QUÉBEC

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



MANOIR
SAINT-SAUVEUR
VILLAGEUR SPA, CONGRÈS
★★★★



Desjardins

www.desjardins.com
1 800 CAISSES



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



www.montreal.hyatt.ca
1 800 361-8234



laPersonnelle

www.sogemec.lapersonnelle.com
1 866 350-8282



www.hotel71.ca
1 888 692-1171



www.telusmobilite.com
1 855 310-3737



www.fairmont.com
1 800 441-1414



www.centrecongreslevis.com
1 888 838-3811



514 288-8688
1 888 732-8688



HILTON
WORLDWIDE

514 305-1155



GOUVERNEUR
HÔTEL
PLACE DUPUIS MONTRÉAL



HÔTEL
LE CHÂTECLER

1 888 910-1111

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 site Internet de la FMSQ au www.fmsq.org/services.

www.fmsq.org

Pour information :
fcadieux@fmsq.org
ou 514 350-5274



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

POUR TRANSFORMER
VOTRE DÉPENSE DE FACTURATION
MÉDICALE EN UN INVESTISSEMENT.

Facturation médicale

Obtenez gratuitement l'analyse
de vos revenus RAMQ

*Offre d'une durée limitée

Nous avons poussé notre expertise et nos méthodes bien au-delà du traitement de la demande de paiement. Nos spécialistes étudient votre profil de pratique en analysant vos actes et visites et ciblent les interventions que vous appliquerez afin de maximiser vos revenus.

GRUPE CONSEIL

Multi-**D**
FACTURATION INFORMATIQUE
DIANE LEGAULT **FIDL**

1 800 363-3068

www.multid.qc.ca

www.fidl.ca

Fier partenaire

Financière des
professionnels

*Cette offre se termine le 31 octobre 2012. Certaines conditions s'appliquent.