

LE SPÉCIALISTE

LE MAGAZINE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

Vol. 15 n°4 | Décembre 2013

**COMBATTRE
L'ENNEMI
INVISIBLE**

**ASSURANCE
CONDO :
CE QU'IL FAUT
SAVOIR**

Voir texte p. 36



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

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

Sogemec
ASSURANCES 

L'OFFRE EXCLUSIVE POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES



PROFITEZ D'AVANTAGES ADAPTÉS À VOTRE RÉALITÉ, INCLUANT :

- Un forfait transactionnel complet à 125 \$ par année
- Des taux réduits sur plusieurs produits de financement
- Une gamme complète de solutions financières pour votre clinique
- Plusieurs autres avantages

desjardins.com/fmsq



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC



Desjardins

Coopérer pour créer l'avenir



CONCOURS PRIX IMS BROGAN 15^e ÉDITION

Deux bourses de 3 000 \$ à gagner

DESCRIPTION DU CONCOURS

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

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

DESCRIPTION DES PRIX DÉCERNÉS

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

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

RÈGLEMENTS

L'auteur principal (premier auteur) de l'article doit être un médecin spécialiste membre d'une association affiliée à la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Tout article original paru dans une revue pharmaceutique ou médicale spécialisée (excluant les entrevues et articles de journaux) au cours de l'année civile (de janvier à décembre 2013) peut être soumis à condition qu'il appartienne à l'une des catégories précisées ci-dessus. De plus,

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

SÉLECTION DES ARTICLES

Les articles seront soumis par leurs auteurs qui devront les faire parvenir, **avant le 31 janvier 2014**, au directeur de l'Office de développement professionnel de la **Fédération des médecins spécialistes du Québec**, 2 Complexe Desjardins, porte 3000, C.P. 216, succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G8. Ils seront ensuite évalués par un comité de sélection mis sur pied par l'Office et composé d'un représentant de chacune des quatre facultés de médecine du Québec.

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

ims | brogan

UNE UNITÉ D'IMS



RBC Banque Royale



Obtenez un financement d'équipement *avant* même d'effectuer un achat.

Si votre clinique achète régulièrement de l'équipement, obtenir le bon équipement au bon moment et au bon prix est essentiel.

Alors, que diriez-vous :

- d'obtenir du financement au moment où vous en avez besoin ?
- de bénéficier du taux d'intérêt que vous méritez ?
- d'éviter d'avoir à remplir une demande à chaque achat ?

C'est maintenant possible grâce à la Marge Achat-Équipement RBC^{MC}

Vous connaîtrez le montant de crédit auquel vous aurez accès pendant l'année, ainsi que vos options de crédit-bail et de financement à terme. Mieux encore, vous pouvez l'établir à l'avance, afin qu'elle soit toujours disponible en cas de besoin.

Ouvrez une Marge Achat-Équipement RBC dès aujourd'hui
Composez simplement le **1 855 361-3666** ou visitez le
www.rbc.com/equipement

Une banque de conseils
pour vous guider^{MC}



MC

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

COMITÉ ÉDITORIAL

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

ÉDITRICE DÉLÉGUÉE

Nicole Pelletier, ARP, directrice
Affaires publiques et
Communications

**RESPONSABLE
DE L'ÉDITION**

Patricia Kéroack, réd. a.
conseillère en communication

RÉVISION

Annie Dallaire
Angèle L'Heureux

GRAPHISME

Dominic Armand

PUBLICITÉ

France Cadieux

IMPRESSION

Impart Litho

TIRAGE

14 000 exemplaires

POUR NOUS JOINDRE

RÉDACTION

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

PUBLICITÉ

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

🌐 magazinespecialiste.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

4^e trimestre 2013
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1206-2081

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des médecins spécialistes membres des associations affiliées, sur le plan économique, professionnel, scientifique et social. La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe les spécialités suivantes : anatomopathologie; anesthésiologie; biochimie médicale; cardiologie (adulte ou pédiatrique); chirurgie cardiaque; chirurgie colorectale; chirurgie générale; chirurgie générale oncologique; chirurgie générale pédiatrique; chirurgie orthopédique; chirurgie plastique; chirurgie thoracique; chirurgie vasculaire; dermatologie; endocrinologie et métabolisme; gastro-entérologie; génétique médicale; gériatrie; hématologie; hématologie et oncologie pédiatrique; immunologie clinique et allergie; maladies infectieuses; médecine communautaire; médecine d'urgence; médecine d'urgence pédiatrique; médecine de l'adolescence; médecine de soins intensifs (adulte ou pédiatrique); médecine du travail; médecine interne; médecine maternelle et 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.

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

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

LES ANNONCEURS DE CETTE ÉDITION :

- Desjardins 2
- IMS-Brogan 3
- RBC Banque Royale 4
- Financière des professionnels 6
- Telus 8
- Club voyages Berri 10
- La Personnelle 12
- Sogemec Assurances 36
- Groupe Conseil Multi-D 40

SOMMAIRE

- 7 L'ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT**
Amenez-en des projets!
- 9 LE MOT DE LA VICE-PRÉSIDENTE**
PEM pour les non-initiés et les rêveurs!
- 10 LES ACTUALITÉS**
- 13 QUESTION DE DROIT**
- 15 EN MANCHETTES**
- 17 LES ACTUALITÉS FÉDÉRATIVES**
- 18 DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU**

DOSSIER

19

COMBATTRE L'ENNEMI INVISIBLE

- Prévention des infections nosocomiales **20**
- Surveillance au quotidien **23**
- Antibio-gouvernance **26**
- Crise du H1N1 **30**



33 LES GRANDS NOMS DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

D^r Stanley Nattel, cardiologue

35 FINANCIÈRE DES PROFESSIONNELS

36 SOGEMEC ASSURANCES

38 PRESIDENT'S EDITORIAL

Bring on the Bills!

39 SERVICES AUX MEMBRES

Avantages commerciaux

Recommandé par la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Les solutions REER
performantes de la Financière
des professionnels

- Gamme de 15 fonds d'investissement
- Gestion privée

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

**Venez rencontrer l'un de nos conseillers
avant le 28 février 2014 pour faire le
bilan de votre santé financière.**

FORMULE
AMÉLIORÉE
Pour mieux dormir



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Actionnaire de la Financière
des professionnels depuis 1978

www.fprofessionnels.com

Montréal 1 888 377-7337
Québec 1 800 720-4244
Sherbrooke 1 866 564-0909

Financière des
professionnels
Gestionnaire de patrimoine

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 gamme 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.



L'ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT

DR GAÉTAN BARRETTE

Amenez-en des projets!

Trois projets de loi (PL) auront marqué notre société en 2013. Le PL 52 (aide médicale à mourir), le PL 60 (la fameuse charte) et, le PL non encore numéroté (la supposée assurance autonomie). Trois projets de loi, trois ministres, trois approches. Un cours de politique. Un exposé de ce dont une société est capable.

D'abord et avant tout, le PL 52. Reconnu comme un exemple de ce que devrait être la politique, il est le résultat de l'action d'une ministre, Mme Véronique Hivon, qui, peu importe l'issue de l'éventuel vote final, a mené une action avec patience et intelligence, et avec le plus grand respect du sujet, du public et des parlementaires. Il fallait suivre les séances de la commission parlementaire pour le constater. J'y ai vu une profonde compréhension d'un sujet complexe par une ministre qui s'est fait une opinion qu'elle a défendue avec la plus grande détermination. Un exemple, je disais. Sans doute trop rare.

Puis, le PL 60. Autre ministre, autres mœurs. Ici, pas d'études préliminaires, plutôt des sondages internes. Pas de réflexions d'experts. Pas d'état des lieux. Pas d'études d'impact. Pas de PL formel au début, mais une série de fuites savamment orchestrées. Finalement, un PL plus rigide encore que ce qui avait été présenté lors des fuites! Que doit-on ici souligner? D'aucuns ont parlé de manipulation de l'opinion, d'autres de pur électoralisme. La détermination y était. Pour le reste, dont la manière... En plus, il y a cette manie empruntée aux Conservateurs de M. Harper selon laquelle on transforme tout projet de loi en une version omnibus profitant au passage pour faire passer ce qui serait impossible autrement. Ici, ce sera le fantasme de tout gouvernement, à savoir celui de retirer le statut de professionnel autonome aux médecins. Le ministre dira que ce n'est que pour l'application de cette Loi. Cela ne rend pas moins inacceptable la manœuvre.

Enfin, l'assurance autonomie. Un amalgame entre les deux. Pas de projet de loi formel, mais un simple, très simple livre blanc. Le sujet est connu, les analyses maintes fois faites par tous les gouvernements depuis 15 ans. Toujours les mêmes recommandations. Mais ici, on arrive avec un titre ronflant, une « assurance » pour une problématique bien réelle – le vieillissement de la population – et une des solutions bien connues : le maintien à domicile. Pourtant, dans son rapport du 5 juin dernier, le Vérificateur général du Québec (VG) a bien lu et commenté la situation. Les actions du gouvernement sont là, mais mal coordonnées, mal gérées, mal appliquées. Alors, pourquoi ne pas commencer par là? D'abord bien faire ce que l'on fait avant de créer de nouvelles structures et d'engager de nouvelles dépenses.

Trois ministres, trois projets de loi, trois approches. La société est-elle bien servie?

TROIS MINISTRES, TROIS PROJETS DE LOI, TROIS APPROCHES. LA SOCIÉTÉ EST-ELLE BIEN SERVIE?

Dans le cas du PL 52, oui! Ici, la classe politique s'est levée et a transposé en projet de loi, ce qui, à l'évidence, reflète l'évolution de la pensée de la majorité. Or, il s'agit d'un sujet on ne peut plus délicat, profond et, on l'oublie, lié à la culture religieuse de cette même majorité. Nous l'avons dit, ceci a été mené de main de maître. Bravo!

Dans le cas du PL 60, on verra! Pourtant, ce PL traite d'un sujet AUSSI lié à la culture religieuse, donc, par définition tout aussi délicat, profond. Mais ici, il a été choisi d'opposer celle de la majorité à celle de la minorité. Pas de gants blancs. Un durcissement en finale. On dira aussi pour transposer dans la loi, l'évolution de la pensée de la majorité.

Dans le PL 52, le bénéfice va à chaque citoyen, un par un, et ne cause jamais de préjudices à l'autre. Dans le PL 60, le bénéfice est plus flou, défensif, plutôt dans la préservation de l'héritage identitaire de la majorité et il cause un préjudice, aussi minime soit-il, à l'autre. Le débat demeure encore ouvert. Heureusement!

Quant au non-PL sur l'assurance autonomie, c'est bien ce qu'il est. Un superbe exercice d'enfoncement de portes ouvertes. Nous n'en dirons rien de plus pour le moment, car tout a déjà été dit par le VG et par Claude Castonguay, qui, en commission parlementaire, le 19 novembre dernier, considérait ce PL comme n'étant « pas vraiment nécessaire » et qu'il n'était pas « un vrai régime d'assurance ». Toujours selon M. Castonguay : « Vous n'avez pas de cotisation, ce qui veut dire que le régime va être financé uniquement par des transferts de budgets. Il n'y a pas de capitalisation. (...) et nous savons que les transferts intergénérationnels, c'est la chose à éviter! »

Ah! Quand on veut passer à l'histoire!

Rôle d'année, somme toute! Qui vérifie encore une fois ce que nous savons tous : l'être humain est capable du meilleur et du pire.

Vivement 2014!

Syndicalement vôtre!

Une offre exclusive
aux membres de la
FMSQ



Besoin de changement?



Remplacez votre appareil plus souvent
avec les nouveaux forfaits TELUS sur 2 ans

TELUS aide les professionnels de la santé à être plus efficaces en leur fournissant des services et des outils technologiques adaptés à leurs besoins. Prenez avantage des nouveaux forfaits de la FMSQ et remplacez vos appareils plus souvent*.

www.TelusMD.com

telusmd@mobilenetcanada.com

1-866-673-5080 pour plus de détails



**FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC**

 **MOBILENET**
COMMUNICATION INC.

 **TELUS**

** Crédit d'activation offert pour une durée limitée pour nouvel abonné seulement, avec nouvelle mise en service de 2 ans. Avec les nouvelles ententes de 2ans vous pouvez renouveler votre entente après 2 ans et bénéficier des rabais disponibles lié a votre renouvellement. Les clients Telus et Koodo existants ne sont pas éligibles au crédit d'activation. Cette offre ne peut être jumelée à aucune autre offre. Les taxes et les frais pour les services payables à l'usage sont en sus. Les appels interurbains sont ceux faits du Canada vers le Canada seulement. Certaines conditions s'appliquent. Le forfait mensuel corporatif inclus les frais de réseau. Le frais d'activation de \$35.00 n'est pas applicable. Ces tarifs sont uniquement offerts dans la mesure où l'entente entre TELUS et l'Entreprise visée par l'offre demeure en vigueur.

Le client doit présenter une preuve d'emploi ou une carte de membre valide.



LE MOT DE LA VICE-PRÉSIDENTE

D^{RE} DIANE FRANCOEUR

Gestion des effectifs médicaux

PEM pour les non-initiés et les rêveurs !

En cette période difficile de gestion des effectifs médicaux, il est malheureux de constater que les médecins spécialistes n'ont que très peu de connaissances des règles de gestion des effectifs médicaux, et ce, jusqu'au moment où leur équipe ne devienne en péril... Incursion dans le merveilleux monde des plans d'effectifs médicaux (PEM).

Les temps ont changé, les règles aussi : fini le temps où un beau curriculum vitae suffisait... il faut maintenant planifier! Les ressources hospitalières sont loin d'être illimitées et le chômage médical n'est pas à l'agenda, ni pour nous ni pour le MSSS. De plus, je ne vous apprends rien en vous rappelant que le Québec est vaste et que les citoyens sont en droit d'avoir des soins de qualité dans chacune de ses régions. Sur le terrain ce qui semble causer le plus de frictions présentement, est le grenouillage local lié à l'interprétation de chacune des obligations de garde par rapport aux accès privilégiés aux plateaux techniques. Cette gestion, parfois dite « féodale », de l'acquis éternel ne tient plus toujours la route, surtout lorsque l'on discute d'un minimum requis afin de facturer un *per diem*...

POUR MAINTENIR NOS ÉQUIPES EN SANTÉ

Fini les occasions en or, vous devez vous attendre à ce que les résidents vous talonnent, et ce, dès leur 3^e année. Ils ont compris qu'il n'y aura pas de chômage, mais des postes moins glorieux que d'autres. Ils ont surtout compris qu'avec l'entente concernant les arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM), tout poste non comblé sera sollicité par un « collègue français » qui aura fraîchement terminé son stage d'acclimatation et qui est **vraiment** au courant de tous les postes disponibles au Québec. Fini le temps où l'on comblait à deux médecins les PEM à trois. Fini le temps où l'on protège les horaires de salle d'opération. Les PEM sont, en général, définis par vous et avec vous ; à part quelques promesses dites « électorales », vos associations nous ont confirmé que ces PEM correspondaient aux besoins populationnels.

CE QU'IL FAUT SAVOIR ET RETENIR

Si vous avez des besoins particuliers que les PEM ne peuvent couvrir, sachez qu'il existe d'autres options. Les dérogations aux PEM en sont une pour régler les crises ponctuelles ou imprévues. Toutefois, vos dossiers doivent être raisonnables, bien préparés et surtout justifiés. À la FMSQ, tous les mois, nous défendons de tels dossiers lors du comité de gestion des effectifs médicaux spécialisés (COGEMS) et nos interventions sont souvent couronnées de succès.

Même le plus beau des curriculums vitae de recherche ne garantit pas un poste à nos *fellows* qui sont du genre « kamikazes ». Ils le savent et ils seront déçus. Nous sommes prêts à vous aider à défendre les chevauchements de fin et de début de carrière, mais il y aura une date de départ pour le futur retraité (ordinairement après six mois de jumelage). Avec les mystérieux délais de certaines agences, on risquerait d'avoir un bris de service avant d'avoir le nouvel avis de conformité...

UN DEMI-POSTE, UN RÊVE ÉVEILLÉ ?

Vous rêvez de travailler à mi-temps pour prendre soin de bébé ou pour vaquer à d'autres occupations ? Les postes à temps partiel sont à l'horaire des séances de négociation, mais toujours au stade du balbutiement. À l'heure actuelle, il est impossible d'offrir cette occasion sans garantir une couverture complète de tous les services disponibles, et ce, dans toutes les régions du Québec. Nous sommes toutefois bien conscients qu'une telle réorganisation pourrait en soi représenter une solution élégante à ce que certains voient comme du chômage médical potentiel puisque l'heure n'est pas au développement de plateaux techniques dans les établissements hospitaliers malgré l'ensemble des promesses faites à la couronne de Montréal, le 450.

Pour l'instant, la seule façon de travailler à demi temps se retrouve à l'Annexe 35 qui, soit dit en passant, n'est jamais utilisée même si celle-ci est en application depuis 1995 et qui stipule que : « le médecin spécialiste qui désire occuper un demi-poste doit se soumettre au plafonnement global des gains de pratique équivalent à la moitié des gains de pratique moyen des trois dernières années ou à la moitié du revenu moyen net de sa spécialité s'il débute sa pratique. Tout surplus sera rémunéré à 5 % du montant ». Le demi-poste emballe, certes, mais le plafond du **revenu global**, lui, ralentit les ardeurs...



Visitez le site du ministère de la Santé et des Services sociaux pour connaître les différentes règles relatives à la gestion des PEM-PRM.
msss.gouv.qc.ca
(Organisation des services/plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)/ Médecine spécialisée)

Viser la plus haute marche du podium

Un défi pour médecins spécialistes

Dans quelques semaines, nos espoirs olympiques seront à Sotchi (ou Sochi) pour les XXII^{es} Jeux olympiques et les XI^{es} Jeux paralympiques d'hiver. Pour les athlètes, ces jeux sont l'aboutissement d'un travail de toute une vie ; un parcours parsemé d'embûches dont font partie celles de la santé.

Derrière chaque athlète gravite une équipe entièrement dévouée pour l'aider dans sa quête de l'excellence sportive. Ce sont des entraîneurs, des psychologues, des kinésiologues, des physiothérapeutes et d'autres thérapeutes du sport, des gestionnaires... et aussi des médecins spécialistes.

L'athlète de haut niveau n'est pas un patient comme les autres. Chaque geste qu'il pose, chaque aliment qu'il ingère, chaque décision qu'il prend doivent l'être en fonction de ses résultats, pour l'amener à se dépasser, pour lui, pour son équipe et pour le pays qu'il représente.

Soigner un athlète n'est pas une sinécure : le chirurgien orthopédiste Jacques Desnoyers l'a bien expliqué dans un article publié dans Le Spécialiste en juin 2008. « Traiter un athlète de pointe est certes plus long, plus compliqué, mais combien motivant (...) Si le médecin n'est pas prêt à faire cet effort dans sa pratique, il ne doit pas s'occuper des athlètes de pointe. » Dans sa carrière, D^r Desnoyers a côtoyé et traité plusieurs Olympiens, notamment pour l'équipe féminine de ski de descente de France.

UN CENTRE MÉDICAL SPÉCIALISÉ

Le seul centre médical officiellement reconnu par le Comité olympique canadien est situé à Calgary, mais l'idée d'un centre d'expertise québécois commence à faire son chemin au sein de la communauté sportive. Ainsi, dans les locaux de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) se trouve le Centre d'évaluation des athlètes en santé cardiorespiratoire. Mais le centre n'a aucune reconnaissance officielle... pour l'instant !



D^r Paul Poirier
Cardiologue

Tout a commencé il y a quelques années quand la doctorante en kinésiologie Julie Turmel a démontré combien les athlètes étaient mal desservis. Le cardiologue Paul Poirier, un ancien du PEPS, œuvrait déjà auprès des équipes des Remparts et du Rouge et Or de concert avec la kinésiologue. Ensemble, ils ont poursuivi la réflexion et publié plusieurs articles scientifiques sur

l'évaluation de certaines pathologies chez les athlètes de pointe, commençant ainsi ce qui allait devenir plus tard le Centre d'évaluation des athlètes de Québec.

D^r Poirier a évalué nombre d'athlètes dans sa pratique médicale. Quatre d'entre eux participeront officiellement aux prochains jeux à Sotchi. D'autres s'y ajouteront peut-être, puisque la sélection finale sera dévoilée en janvier 2014. Le travail d'évaluation est particulier. Un athlète n'est pas un patient normal : il faut s'ajuster à son horaire déjà très chargé, adapter les outils de diagnostic à son niveau et, dans certaines circonstances, trouver un moyen de recréer une performance sportive dans un milieu hospitalier.

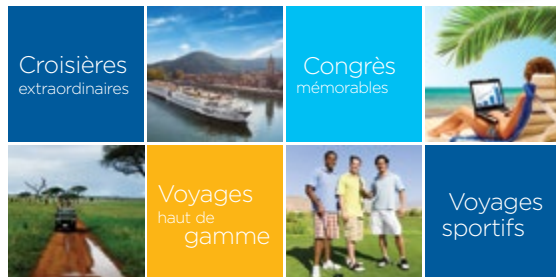
D^r Poirier n'est pas le seul médecin spécialiste à effectuer ce travail d'évaluation. C'est toute une équipe multidisciplinaire composée de spécialistes en pneumologie, en oto-rhino-laryngologie, en radiologie, en chirurgie orthopédique et vasculaire qui s'est formée et qui s'affaire autour de ces athlètes. Par exemple, les athlètes peuvent être vus principalement pour de l'asthme ou d'autres problèmes pulmonaires, pour la survenue de contraction des cordes vocales à l'effort maximal, etc. Selon la pathologie vécue par l'athlète, une personne-ressource au sein de l'équipe veille à trouver le meilleur professionnel pour son cas.

POUR ATHLÈTES DE POINTE

Ce centre ne s'adresse qu'à des athlètes de haut niveau et des budgets dédiés sont déjà prévus pour ces athlètes par le Comité olympique et par d'autres organismes de sport d'élite. Ces montants couvrent les frais des examens spéciaux créés pour eux tandis que la RAMQ couvre le volet médical dit « normal ». Les tests spéciaux demandent souvent de recréer certaines conditions dans lesquelles les athlètes doivent performer et se dépasser. Il faut donc prévoir le climat, l'altitude, les distances, les cris de la foule, la pression, etc.

club  **voyages**
Berri

agence partenaire
de la FMSQ



Consultez nos spécialistes à votre service !

Réservez un forfait vacances avant le 28 février 2014 et courez la chance de gagner un week-end pour deux au Mont-Tremblant*

Club Voyages Berri

920 Boulevard de Maisonneuve Est

1 888 732-8688

www.berri.clubvoyages.com



*Consultez votre conseiller Club Voyages Berri pour les détails et conditions. SM 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. Titulaire d'un permis du Québec.

Les athlètes ont aussi la particularité d'avoir des horaires dignes des chefs d'État. Ils passent de grandes périodes d'entraînement à l'extérieur : il faut donc les voir lorsqu'ils sont disponibles, à des heures non conventionnelles et qui n'entrent pas en conflit avec les entraînements ou les compétitions. Et le Centre voit à ne jamais interférer avec l'horaire ou le fonctionnement des cliniques normales de l'IUCPQ.

UNE PRATIQUE PARTICULIÈRE

D^r Poirier a appris à composer avec ces « cas rares » qui ont une tout autre vision de la maladie ou des problèmes de santé. Ils sont habitués à pousser la machine sans se plaindre du moindre petit bobo. Pour le médecin, il peut donc être difficile et long de trouver la problématique de santé, celle qui risque de bouleverser la vie de l'athlète. Chaque cas est différent et demande une attention particulière. Il faut être à la fois précis, mais surtout directif. Le médecin doit savoir que la vérité sur certains problèmes de santé n'est pas toujours exprimée par l'athlète qui a peur d'être exclu ou déclassé.

Les médecins doivent aussi tenir compte de facteurs exogènes : la pression des commanditaires, de l'entraîneur, des autres membres de l'équipe; le calendrier d'entraînement et de compétitions internationales; le décalage horaire, etc. Ces informations prennent autant de place lors de l'anamnèse avec l'athlète et le médecin doit savoir comment composer avec ces facteurs extracorporels!

Même si le médecin sait ce qui est bon pour son patient, il doit apprendre qu'il en est autrement avec un athlète. Par exemple, le médecin pourrait être tenté de dire : « arrête de t'entraîner quelques jours, le temps que l'enflure se résorbe », alors que la plus importante compétition arrive à grands pas et que la séquence d'entraînement s'intensifie de jour en jour. Le médecin doit apprendre à négocier la modulation de la séquence d'entraînement pour permettre à l'athlète de se reposer tout en conservant ses acquis.

UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

Si plusieurs sont portés à faire un lien direct entre la performance des athlètes canadiens aux Jeux olympiques et le suivi médical qui leur est offert, on reconnaît que nos athlètes sont mal desservis comparativement aux services offerts aux athlètes du bloc de l'Est ou aux athlètes américains, par exemple. N'y a-t-il pas d'ailleurs une expression populaire qui dit : « Qui veut la coupe doit y mettre l'effort ! »



D^r Simon Gagnon
ORL

Cette sphère d'activité médicale a aussi de bons côtés. Pour certains, côtoyer les plus grands du sport olympique est un plaisir qui n'a pas son égal ailleurs. Pour d'autres, c'est une façon de poursuivre des activités de recherche qui n'auraient pu voir le jour autrement. À titre d'exemple, l'oto-rhinolaryngologiste Simon Gagnon vient de mettre sur pied un protocole de recherche : les résultats permettront d'aider toute personne aux prises avec une rare pathologie qui, jusqu'ici, n'a pu être décelée que chez certains athlètes de pointe.



Sur la scène politique

DU CÔTÉ DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

La Chambre des communes n'a repris ses travaux que le 4 novembre dernier avec le discours du Trône. Une courte session donc, qui doit prendre fin le 13 décembre. Après avoir été adopté avec amendements par le Sénat, le 26 juin dernier, le projet de loi C-377, Loi modifiant la Loi de l'impôt sur le revenu (exigences applicables aux organisations ouvrières), est de retour devant la Chambre. Il a été rétabli de la session précédente. Sera-t-il adopté avant la fin de la présente session? Difficile de faire une prédiction au moment d'écrire ces lignes, mais, advenant le cas, il retournera devant la Chambre haute, comme nous l'avions d'ailleurs indiqué dans notre précédente édition.

La ronde de pétitions portant sur l'avortement sexosélectif a repris de plus belle. Ces pétitions réclament l'intervention du Parlement pour condamner la discrimination contre les filles exercée au moyen de l'avortement sexosélectif et l'interdiction de ce type d'avortement au Canada. Au titre des porteurs de pétitions, on retrouve entre autres Léon Benoît et Mark Warawa, figures bien connues pour leur position pro-vie. Rappelons que Mark Warawa, député conservateur de Langley, avait tenté de faire adopter la motion M-408 par la Chambre des communes en avril dernier. Sa motion avait été bloquée par deux sous-comités parlementaires qui avaient alors indiqué que l'avortement relevait de la compétence des provinces.

DU CÔTÉ DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Les consultations particulières et les auditions publiques portant sur le livre blanc au sujet de la création d'une assurance autonomie ont débuté le 23 octobre et ont pris fin le 20 novembre dernier. Pendant cette ronde, la Commission de la santé et des services sociaux a entendu une soixantaine d'organismes et reçu une cinquantaine de mémoires. La Fédération a finalement choisi d'attendre le dépôt d'un projet de loi pour faire valoir son point de vue sur le sujet. Même si un projet de loi était déposé, il ne cheminerait vraisemblablement pas au cours de la présente session, qui prendra fin le 6 décembre prochain.

Enfin, le projet de loi n° 60, Charte affirmant les valeurs de laïcité et de neutralité religieuse de l'État ainsi que d'égalité entre les femmes et les hommes et encadrant les demandes d'accommodement, a été déposé le 7 novembre dernier. La Fédération, qui a réagi par voie de communiqué, entend aussi se faire entendre sur la question lors des auditions publiques qui se dérouleront à compter du 14 janvier prochain.



En tout temps, La Personnelle vous offre ce qu'il y a de mieux.



Sogemec ASSURANCES 
www.sogemec.qc.ca



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

Enfin des assurances auto et habitation
qui ne nous laissent pas figer sur place.

- Tarifs de groupe exclusifs • Multiples économies
- Service d'indemnisation jour et nuit • Protections flexibles

OBTENEZ VOS TARIFS DE GROUPE EXCLUSIFS
1 866 350-8282
sogemec.lapersonnelle.com



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.

PAR M^e SYLVAIN BELLAVANCEDirecteur
Affaires juridiques et
Négociation – FMSQ

Signature des documents de facturation

Récemment, les représentants de la Régie de l'assurance maladie du Québec (la « Régie ») nous ont fait part de certaines problématiques de conformité concernant la facturation des médecins spécialistes. Le 22 octobre, la Régie transmettait également une *Infolettre* aux médecins spécialistes et aux omnipraticiens afin de les informer du renforcement de ses mesures de contrôle concernant les signatures de divers documents de facturation. Nous tenons à aborder cette question afin d'éviter toute problématique pour les médecins spécialistes.

Nous avons été informés que ce renforcement du contrôle de la Régie découle de commentaires et de demandes reçus de la part du Vérificateur général du Québec (VGQ), lequel aurait constaté un taux de conformité insatisfaisant concernant les exigences relatives à la signature des documents de facturation. Déjà en 2011 et en 2012, la Régie avait effectué divers rappels aux professionnels de la santé, à leurs mandataires et aux établissements de santé afin d'insister sur les exigences concernant la signature obligatoire de ces documents. L'action récente de la Régie s'explique par les résultats mitigés de ces rappels, ce qui entraîne maintenant une action plus musclée et porteuse de conséquences pour les médecins qui ne se conforment pas aux exigences. En effet, la Régie nous a informés que 60 % des documents de facturation vérifiés ne satisfaisaient toujours pas aux exigences de signatures. Parmi les éléments de non-conformité, on peut retrouver notamment la signature par un mandataire non autorisé par le médecin ou par l'établissement, la mention du numéro de l'agence de facturation en lieu de la signature, la signature électronique ou même l'absence complète de signature.

Le Règlement sur les formules et relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie prévoit les obligations des médecins et des établissements de santé relativement à la production des demandes de paiement et d'autres documents de facturation. Ainsi, l'article 19 prévoit qu'un *professionnel accrédité doit toujours consigner dans un document de facturation dûment complété les renseignements requis en vertu de l'article 31 et signer lui-même ce document*. En vertu de l'article 20, il doit *conserver le document de facturation pendant une période de 5 ans... et aussi s'assurer que ce document est disponible pour vérification et inspection par toute personne autorisée par la Régie*. Pour les médecins rémunérés à honoraires fixes, au salariat, à honoraires forfaitaires ou à la vacation, il est prévu que le document de facturation doit également contenir la signature d'une personne dûment autorisée par l'établissement où le professionnel a fourni le service pour lequel il présente le relevé d'honoraires. Le Règlement prévoit également la nécessité de signatures, même lorsque les documents sont transmis de façon électronique ou sur support magnétique.

Afin d'éviter des refus de paiement, il importe donc que le médecin s'assure du respect de ces exigences. Puisque la grande majorité des médecins utilisent les services d'agences de facturation, il est donc essentiel d'intervenir auprès d'eux à ce sujet. Lorsque vos documents sont signés par un mandataire que vous désignez, assurez-vous de transmettre à la Régie le formulaire *Mandat autorisant un tiers à signer les relevés d'honoraires et les demandes de paiement* (n° 3005). En ce qui a trait à la signature du représentant dûment autorisé par l'établissement, c'est à l'établissement lui-même qu'appartient l'obligation de remplir le formulaire *Registre des signataires autorisés pour un établissement du réseau de la santé* (n° 1907) et de le faire parvenir à la Régie. Néanmoins, et afin d'éviter tout ennui, il serait utile de vérifier que l'établissement a bien rempli ses responsabilités à cet égard, particulièrement lorsqu'une nouvelle personne est identifiée afin de contresigner vos demandes de paiement.

Alors que les mesures de vérification effectuées par la Régie jusqu'à maintenant n'ont pas entraîné de conséquences importantes pour les médecins qui présentaient des documents non conformes, l'*Infolettre* du 22 octobre 2013 spécifie que la Régie entend désormais adopter des mesures plus drastiques pour ceux qui ne se conforment pas aux exigences de facturation. Ainsi, la Régie indique que des mesures seraient entreprises, pouvant aller jusqu'à la suspension temporaire du droit du médecin rémunéré à tarif horaire, à la vacation, au *per diem* ou pour le mode de rémunération mixte, de facturer par télécommunication. De nouveaux avis administratifs ont été rajoutés afin d'aviser un tel médecin de la suspension de son droit de facturer par télécommunication. Ce médecin n'aura ainsi d'autre choix que de présenter une facturation papier où devront se retrouver les signatures requises à défaut de quoi il y aurait refus de paiement. Par conséquent, il est donc important d'intervenir auprès de votre agence de facturation afin de vous assurer du respect de ces exigences et d'éviter toute problématique qui pourrait en résulter.



M^e Jean-Marie Larivière est décédé le 6 novembre. Depuis près de 25 ans, M^e Larivière a agi comme procureur et conseiller juridique de la FMSQ. Ardent défenseur de la cause des médecins spécialistes, il a représenté la Fédération avec succès devant les tribunaux et a également joué un rôle de premier plan dans divers dossiers, dont la réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en 1990. C'était un homme brillant et compétent, d'une grande générosité, respectueux et humaniste.



PAR M^e MÉLANIE FILION
 Avocate
 Affaires juridiques et
 Négociation – FMSQ

Programme fédéral de santé intérimaire

Changements à connaître

En juin 2012, Citoyenneté et Immigration Canada a apporté plusieurs modifications au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), occasionnant des changements aux avantages offerts aux bénéficiaires. Le PFSI offre une protection de soins de santé temporaire à certaines personnes non assurées par un régime provincial alors qu'elles sont en attente d'une décision en matière d'immigration ou qu'elles se réinstallent au Canada.

Par le passé, ces personnes bénéficiaient d'une couverture de services de santé de base semblable à celle offerte dans le cadre d'un régime provincial d'assurance maladie. De plus, elles bénéficiaient d'une couverture de soins pharmaceutiques, de soins dentaires, de soins de la vue, de services d'ambulance et d'appareils d'aide à la mobilité semblable à celle habituellement offerte dans le cadre d'un régime provincial offert aux prestataires d'aide sociale.

Depuis le 30 juin 2012, les produits et les services auxquels une personne admissible au PFSI a droit sont plus limités. En plus des couvertures pour la visite médicale d'immigration au sens du Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés et pour les personnes détenues par l'Agence des services frontaliers du Canada, le PFSI prévoit maintenant trois types de couvertures distinctes :

- 1-La « couverture de soins de santé » applicable essentiellement lors de la dispensation de soins urgents ou essentiels ;
- 2-La « couverture de soins de santé élargie » applicable à un très faible pourcentage de patients ;
- 3-La « couverture de soins de santé pour la santé et la sécurité publique » applicable essentiellement lors de la dispensation de soins nécessaires pour prévenir ou traiter une maladie présentant un risque pour la santé publique ou pour traiter un état préoccupant pour la sécurité publique.

De plus, le ministre peut accorder une couverture personnalisée pour des raisons exceptionnelles et impérieuses à certaines personnes admissibles.

FACTURATION DES SERVICES MÉDICAUX AUPRÈS DE LA CROIX BLEUE MEDAVIE

La Croix Bleue Medavie est l'organisme responsable des demandes de remboursement relatives au PFSI. La couverture d'un patient varie en fonction de son statut d'immigration. Le médecin doit donc vérifier l'admissibilité du patient au PFSI et la couverture à laquelle il a droit avant de lui fournir des services. Les médecins peuvent effectuer cette vérification par l'intermédiaire d'un site web sécurisé à l'adresse suivante : fournisseur.medavie.croixbleue.ca ou par téléphone auprès du service à la clientèle de la Croix Bleue Medavie.

Il est nécessaire de vérifier l'admissibilité du patient lors de chaque consultation ou à chaque jour d'hospitalisation puisque son statut d'immigration peut être modifié à tout moment.

Les services et les produits assurés diffèrent d'une situation à l'autre dépendamment de la couverture à laquelle le statut d'immigration du patient correspond. Vous trouverez, sur le site web de la Croix Bleue Medavie, les informations pertinentes au sujet des avantages de chacune des couvertures de soins de santé, des montants maximums couverts, de la limite de fréquence du service et de la nécessité d'une préautorisation. Plusieurs tableaux explicatifs sont également disponibles à titre de référence.

Après s'être assuré de l'admissibilité du patient au PFSI et du type de couverture à laquelle celui-ci a droit, le médecin doit facturer à la Croix Bleue Medavie les services médicaux couverts en tenant compte des montants maximums prédéterminés.

FACTURATION DES SERVICES MÉDICAUX AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

Puisque les services et les produits couverts par le PFSI s'avèrent maintenant plus limités, certains ne peuvent pas être facturés à la Croix Bleue Medavie, bien que le patient soit admissible au PFSI. Dans ces cas, la RAMQ offre une couverture visant à compléter celles offertes par le PFSI afin de garantir une couverture équivalente à celle prévue pour les résidents du Québec en vertu de la Loi sur l'assurance maladie et de son règlement d'application. Pour bénéficier de cette couverture complémentaire de la RAMQ, le patient doit évidemment être admissible au PFSI et résider au Québec.

Selon une infolettre émise par la RAMQ, les réclamations pour des services médicaux concernant un patient qui bénéficie de la « couverture de soins de santé » ou de la « couverture de soins de santé élargie » doivent d'abord être soumises à la Croix Bleue Medavie. En cas de refus de paiement de la part de celle-ci, elles doivent être transmises à la RAMQ.

Les services médicaux pour un patient bénéficiant de la « couverture de soins de santé pour la santé et la sécurité publique » doivent être facturés directement à la RAMQ sans les soumettre au préalable à la Croix Bleue Medavie si ces services ne sont pas compris dans cette couverture.

Finalement, les médecins doivent transmettre d'emblée à la RAMQ les réclamations pour les services qui suivent, ceux-ci n'étant plus couverts par le PFSI : les soins en matière de contraception, l'interruption volontaire de grossesse, toute méthode de stérilisation (ou leur inversion) et l'examen de santé préventif.

Sources :

- Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés, DORS/2002-227
- Loi sur l'assurance maladie, L.R.Q., c. A-29; Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, RRQ, c. A-29, r.5
- Régie de l'assurance maladie du Québec (ramq.gouv.qc.ca)
- Croix Bleue Medavie (fournisseur.medavie.croixbleue.ca)
- Citoyenneté et Immigration Canada (cic.gc.ca)

PRIX ET RÉCOMPENSES

PRIX DU QUÉBEC



D^r Phil Gold, immunologue au CUSM – Hôpital général de Montréal, a reçu le prix Wilder-Penfield pour souligner son apport à la médecine par la découverte des propriétés de l'antigène carcinoembryonnaire, une découverte faite conjointement avec D^r Samuel O. Freedman (qui a reçu le prix Armand-Frappier en 1998 à cet effet). D^r Gold a été notre Grand nom de la médecine au Québec dans l'édition de mars 2010.

PRIX DE L'ANQ



D^r Frederick Andermann, neurologue au CUSM, a reçu le prix Reconnaissance lors du congrès annuel de l'Association des neurologues du Québec. Ce prix souligne la contribution exceptionnelle d'un neurologue québécois à l'avancement de la spécialité de la neurologie ainsi que l'inspiration que le récipiendaire suscite auprès de ses collègues neurologues.

PRIX DU CMC

Le Conseil médical du Canada a décerné le Prix de service distingué D^r Louis-Levasseur à **D^r Ramses Wassef**, chirurgien général au CHUM – Saint-Luc et vice-doyen associé à la vie étudiante et facultaire. Ce prix annuel souligne la collaboration à l'accomplissement de la vision et de la mission du CMC.



Photo: CMC

PRIX DE L'AMHOQ



Pour souligner sa contribution remarquable à l'hématologie, **D^r Claude Perreault**, hématalogue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, a été honoré par l'Association des médecins hématalogues et oncologues du Québec qui lui a décerné le titre de membre émérite de l'Association.

DISTINGUISHED CAREER AWARD



D^r Yves Fradet, urologue au CHU de Québec et chercheur, a reçu le Distinguished Career Award de la Société internationale d'urologie pour souligner l'ensemble de sa carrière tant clinique que d'enseignement.

PRIX DE LA SCC



D^r Ernesto Schiffrin, interniste et chef du département de médecine de l'Hôpital général juif de Montréal, a reçu le Prix d'excellence en recherche de la Société canadienne de cardiologie. Ce prix a été remis lors du Congrès canadien sur la santé vasculaire tenu à Montréal. De plus, le 19 octobre dernier, D^r Schiffrin a été élu au titre de président d'Hypertension Canada.

PRIX DE RECHERCHE CLINIQUE



Les Directeurs de pédiatrie du Canada (Paediatric Chairs of Canada) ont remis le prix Leadership académique pédiatrique en recherche clinique 2013 au **D^r Sylvain Chemtob**, pédiatre au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Ce prix est remis à un pédiatre qui a su briller par son activité clinique, son enseignement et son leadership.

PRIX DU CRCQ



Le Club de recherches cliniques du Québec a remis ses prix annuels aux chercheurs qui ont fait avancer la recherche au Québec. Parmi ceux-ci, le Prix du mentor scientifique 2013 a été décerné à **D^r Marek Rola-Pleszczynski**, immunologue clinique et allergologue au CHUS. Le prix souligne la contribution d'un professeur à la formation de la relève scientifique.

PRIX DE LA SCFR

La Société canadienne-française de radiologie a remis ses récompenses annuelles.



Le prix Albert-Jutras a été décerné à **D^r Laurent Garel**, radiopédiatre au Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine. Ce prix souligne la carrière remarquable d'un radiologiste fortement impliqué dans son milieu, en imagerie ou dans des champs connexes. D^r Garel est un pionnier de la radiopédiatrie interventionnelle.



D^{re} Patricia Noël, radiologiste au Centre hospitalier universitaire de Québec, a reçu le prix Bernadette-Nogrady, qui souligne une contribution exceptionnelle au développement de la radiologie tout en ayant moins de 11 années de carrière.



C'est **D^r André Boisjoly**, radiologiste à la Cité-de-la-Santé de Laval, qui a été désigné lauréat du prix Personnalité SCFR. Ce prix souligne son implication hors du commun au sein de l'organisme Double sens en effectuant, depuis 2008, plusieurs séjours de travail humanitaire au Bénin.



La lauréate du Prix d'innovation et d'excellence D^r Jean-A.-Vézina est **D^{re} Hedvig Hricak**, chef du département de radiologie du Memorial Sloan-Kettering Cancer Institute de New York. Ce prix désire souligner son énorme contribution à la sphère de l'imagerie oncologique, tant gynécologique que prostatique.

PRIX DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF

Lors de son assemblée générale annuelle, la direction de l'Hôpital général juif a remis des prix à des employés, à des bénévoles et à des médecins exceptionnels pour souligner le caractère hors du commun de leurs services. Lors de cet événement, quatre médecins spécialistes ont été honorés, soit :



D^r Mark Lipmann, néphrologue, a reçu le prix Excellence en médecine. Ce prix est décerné à un médecin, véritable source d'inspiration par sa prestation de soins exceptionnels, ses vastes connaissances de la médecine, la qualité de son enseignement, ses capacités supérieures et sa disponibilité envers ses collègues de l'Hôpital.



le prix Excellence en gestion médicale. Ce prix est remis à un médecin qui a assumé d'importantes responsabilités en matière de gestion à l'Hôpital général juif tout en contribuant largement aux missions liées à l'enseignement et à la recherche de l'Hôpital et de la Faculté de médecine de l'Université McGill.



D^r Mark J. Eisenberg, cardiologue, a reçu, quant à lui, le prix Excellence en recherche psychosociale ou clinique, afin de souligner sa contribution à améliorer les soins et les traitements par ses idées et projets en recherche clinique.



Finalement, **D^{re} Elizabeth M. MacNamara**, biochimiste, a été honorée du prix Excellence en gestion. Ce prix reconnaît le leadership, l'efficacité et la vision d'un gestionnaire médical au sein de son service.

D^r Marc Afilalo, spécialiste en médecine d'urgence, a reçu

PRIX D'EXCELLENCE DU CHUS

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a remis ses prix annuels soulignant l'engagement et l'excellence au sein de l'établissement. Parmi les récipiendaires, trois médecins spécialistes ont été honorés. Il s'agit de :



D^r André Carpentier, endocrinologue, chercheur et directeur de l'axe Diabète, obésité et complications cardiovasculaires au Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel et professeur à l'Université de Sherbrooke, a reçu le Grand Prix d'excellence.



D^{re} Thérèse Côté-Boileau, chef du Service de pédiatrie, a reçu le prix Excellence 2013 – Carrière.



D^{re} Ghislaine Houde, chef du Service d'endocrinologie, a reçu le prix Excellence 2013 – Personnalité.

PRIX DU CIRSE



D^r Gilles Soulez, radiologue et directeur du département de radiologie-radio-oncologie-médecine nucléaire au CHUM-Notre-Dame, a reçu le 2013 Award of Excellence and Innovation in Interventional Radiology. Décerné par la Cardiovascular and Interventional Radiology Society of Europe (CIRSE), ce prix souligne le caractère exceptionnel de recherches effectuées dans le domaine de la radiologie d'intervention. Les travaux de D^r Soulez portent sur le développement d'un nouvel agent embolisant et sclérosant récemment breveté.

NOUVELLES PARUTIONS



LES RAISONS D'ESPÉRER

D^r André Robidoux, chirurgien oncologique et chercheur au CHUM, et professeur titulaire de chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, a publié **Les raisons d'espérer : ce que la recherche nous apprend sur le cancer du sein**. Ce livre, paru aux Presses de l'Université de Montréal, veut expliquer au grand public la maladie et ses traitements.



PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER

Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke a mis à jour son guide à l'intention des intervenants et des proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. **D^{re} Paule Hottin**, gérontopsychiatre à l'Institut universitaire de gériatrie, a participé à la rédaction de ce guide qui propose diverses stratégies pouvant s'adapter à une personne selon l'évolution de sa maladie.

GOOD NEWS!
 Le **Spécialiste** is available in English.
 Have a look at fmsq.org

JFI 2013 : une autre édition teintée de succès

La 6^e Journée de formation interdisciplinaire (JFI) de la FMSQ, dont le succès ne fait plus de doute, a eu lieu le vendredi 15 novembre 2013. Quelque 850 participants étaient présents et ont assisté à l'une ou à l'autre des 27 sessions de la journée. Lors de son allocution, le président de la FMSQ, Dr Barrette, a souligné que la participation à la JFI 2013 représentait près de 10 % des médecins spécialistes, réunis pour discuter de

problématiques communes à diverses spécialités et susciter de nouvelles façons de travailler en interdisciplinarité.

Cette année, pour la première fois, l'Office de développement professionnel de la FMSQ a remis des prix honorant les pionniers, les bâtisseurs et les innovateurs qui ont fait avancer le développement professionnel continu (DPC) par la mise en œuvre de processus, de ressources ou d'outils éducatifs.

Ainsi, lors du repas du midi, près d'une vingtaine de prix ont été attribués aux personnes suivantes :

D^r Pierre Arcand, chef du Service d'ORL du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine;

D^{re} Andrée Boucher, vice-doyenne au développement continu des compétences professionnelles de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;

D^r Craig Campbell, directeur du développement professionnel continu au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada;

Mme Linda Crelinsten, directrice adjointe, The Arnold and Blem Steinberg Medical Simulation Centre;

D^r Jean-Pierre Farmer, directeur et fondateur du Département de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital de Montréal pour enfants;

W. Robert J. Funnell, Ph.D., Eng., du Département de génie biomédical de l'Université McGill;

D^r François Goulet, directeur adjoint de la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec;

Mme Lise Guindon, ex-adjointe de l'Office de développement professionnel de la FMSQ;

D^r Gilles Hudon, ex-directeur des Politiques de la santé et de l'Office de développement professionnel de la FMSQ;

D^r André Jacques, conseiller au président-directeur général du Collège des médecins du Québec;

D^{re} Anne-Marie MacLellan, secrétaire adjointe et directrice de la Direction des Études médicales au Collège des médecins du Québec;

D^r Sarkis Meterissian, vice-doyen de l'enseignement médical des 2^e et 3^e cycles de la Faculté de médecine de l'Université McGill;

Mme Céline Monette, directrice générale de Médecins francophones du Canada;

Mme Nicole Pelletier, ARP, et toute son équipe de la direction des Affaires publiques et des Communications de la FMSQ;

D^r Robert L. Thivierge, direction du Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;

Le projet PRÉVENIR (D^r Daniel Garceau et son équipe);

Le projet de DPC : L'évaluation en équipes interdisciplinaires de l'application d'un protocole d'hémorragie massive par la simulation;

Professeur Bernard Fraysse, président de la Société mondiale d'ORL;

Professeur E.N. Garabédian, chef du Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale pédiatrique de l'Hôpital Necker Enfants-malades et coordonnateur du Centre de référence des malformations ORL rares.



Les récipiendaires des prix du développement professionnel continu de la FMSQ. D^r Craig Campbell était absent pour la prise de photo.

Dans son allocution, le directeur de l'Office de développement professionnel, D^r Sam J. Daniel, a fait l'annonce de quelques nouveaux projets qui verront le jour sous peu, et ce, pour l'ensemble des médecins spécialistes. Parmi ceux-ci, un guide complet du DPC sera publié à l'hiver 2014.

La 7^e édition de la JFI de la FMSQ aura lieu le 21 novembre 2014. Les différents comités de planification sont déjà à l'œuvre et un sondage auprès des membres aidera à peaufiner la préparation des prochaines thématiques.



PAR SAM J. DANIEL, M.D.
 Directeur
 Office de développement
 professionnel – FMSQ

Intégrer des activités d'évaluation à votre DPC

La recherche en développement professionnel continu (DPC) démontre clairement que la capacité des spécialistes à évaluer de manière précise leurs propres connaissances, compétences et rendements, sans indicateurs externes, est limitée. Elle montre aussi que les stratégies d'évaluation comportant des données accompagnées de rétroaction sont plus susceptibles de modifier le rendement et d'améliorer les effets chez les patients que d'autres formes de développement professionnel continu. C'est en partie pour cela que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) exige maintenant de chaque associé, et ce, à compter des cycles du programme de Maintien du certificat (MOC) qui débuteront le 1^{er} janvier 2014 ou après, d'obtenir au moins 25 crédits de formation en section 3 dans un cycle quinquennal. De plus, l'évaluation des compétences dans la pratique est une attente qui revêt de plus en plus d'importance autant pour les organismes de réglementation que pour la population.

SECTION 1
Activités
d'apprentissage
collectif

SECTION 2
Activités
d'autoapprentissage

SECTION 3
Évaluation

Un commentaire qui revient souvent chez nos membres est la difficulté pour certains de trouver des activités d'évaluation : pour ceux-ci, « 25 crédits, c'est beaucoup ! » Rappelons-le : il s'agit d'une exigence dans un cycle de cinq ans et non d'une exigence annuelle. Dans la section 3, comme la pondération est fixée à trois crédits par heure, cela se traduit par environ huit heures et demie d'évaluation durant un cycle quinquennal.

Les activités d'évaluation offrent aux spécialistes un processus leur permettant de recevoir des données et des rétroactions afin de cerner les domaines à améliorer et d'établir des plans d'apprentissage appropriés. Elles peuvent être classifiées en des activités d'évaluation des connaissances ou des activités d'évaluation de la performance.

LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

Selon votre spécialité, il existe plusieurs activités d'auto-évaluation agréées conçues pour répondre aux normes pédagogiques et déontologiques établies. Ces programmes doivent évaluer le candidat et donner une rétroaction avec une explication basée sur des données probantes. Une liste de tous les programmes agréés d'auto-évaluation se trouve sur le site Internet du CRMCC dans la section 3 de Mainport. Si vous n'y trouvez pas le programme d'auto-évaluation auquel vous participez, écrivez au CRMCC. S'il est jugé admissible, il sera ajouté dans Mainport.

LES PROGRAMMES D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE

L'évaluation de la performance peut avoir lieu dans un environnement simulé ou dans un environnement de pratique réel d'un médecin (évaluation du rendement individuel), d'un groupe (évaluation du rendement de plusieurs spécialistes) ou encore d'une équipe médicale interprofessionnelle (évaluation du rendement collectif).

DES EXEMPLES CONCRETS

L'Office de DPC de votre Fédération est maintenant agréé afin d'accréditer des activités de section 3, et celles-ci sont admissibles au ressourcement au même titre que les activités de section 1. Lors de leur congrès annuel, plusieurs associations commencent à intégrer des activités de section 3 qui donnent droit à trois crédits par heure de participation : par exemple, un atelier où les participants sont évalués selon leur performance à pratiquer une procédure ou une technique ; ou un atelier avec un patient standardisé, ou une simulation de scénarios cliniques.

Le CRMCC et l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) sont parmi les organismes qui offrent gratuitement plusieurs programmes d'auto-évaluation agréés. Les modules de bioéthique du CRMCC sont accessibles sur leur site Internet et, puisqu'ils portent sur l'éthique dans le domaine médical, ils s'avèrent utiles pour tous les spécialistes.

Le temps que vous passez à examiner vos évaluations annuelles d'enseignement ou les évaluations faites par votre chef de département fait partie des heures consacrées à examiner vos données, à y réfléchir et à recueillir des commentaires auprès de vos pairs. Ceci comprend les évaluations que vous recevez au cours de l'année après avoir enseigné à des étudiants en médecine, à des résidents ou à des médecins exerçant la profession, dans un cadre officiel de formation médicale continue.

Il existe plusieurs programmes d'évaluation du rendement, d'évaluation à 360° ou à tout autre type de démarche d'évaluation en milieu de travail en lien avec les domaines d'exercice de la profession, y compris la communication, les capacités de leadership ou de gestion. Un exemple de ces programmes, qui prend de plus en plus d'ampleur au Québec, est celui du patient partenaire qui permet de fournir une rétroaction afin d'améliorer divers aspects d'une pratique. Les heures que vous consacrez à examiner vos données et à y réfléchir comptent au titre de la section 3.

Rédigez-vous des articles dans des revues scientifiques dont les soumissions sont révisées par un comité de pairs ? Le temps passé à prendre connaissance des commentaires reçus de vos pairs donne droit à trois crédits par heure au titre de la section 3.

Soumettez-vous votre pratique à des vérifications de dossiers ou d'autres formes d'évaluation de l'exercice de la profession axées sur le rendement ? Notez que, dans ce volet, il existe des balises établies comme celle par exemple d'un minimum de dix dossiers avec trois mesures différentes d'évaluation. Ces activités donnent également droit à des crédits au titre de la section 3.

En conclusion, les possibilités d'intégrer des activités d'évaluation à votre développement professionnel continu sont abondantes. L'Office de DPC accrédite présentement plusieurs projets soumis par vos associations médicales affiliées. Nous développons aussi des outils qui seront mis à votre disposition sur notre portail au cours des prochains mois.

Les microbes sont partout dans nos vies. Ils prolifèrent dans tous les milieux : dans l'air, dans l'eau, dans nos aliments, dans notre corps. Mais encore faut-il différencier les bons des mauvais microbes ! Si certains peuvent nous tuer, d'autres assurent notre survie.

Depuis l'arrivée des antibiotiques et d'un arsenal complet d'outils et de moyens de désinfection, on a tenté de vaincre les microbes à tout prix. Cette bataille a cependant démontré plusieurs effets néfastes tant pour l'humain que pour son environnement. Aujourd'hui, on constate que la médication est contrecarrée par le développement de diverses antibiorésistances.

Et que dire des lingettes nettoyantes, des savons antibactériens, des gels désinfectants, des mousses et solutions hydro-alcooliques et des autres produits bactéricides, virucides ou fongicides ? Sont-ils vraiment nécessaires, efficaces ? Depuis les éclosions massives de la dernière décennie (grippe A H1N1, SRAS, ERV, SARM, *C. difficile*, etc.), ces produits ont connu des succès (commerciaux) sans précédent. En 2009, lors de la pandémie de grippe, les ventes de gels antibactériens, à elles seules, ont fait un bond de 44 % (un marché évalué à 22 millions de dollars au Canada selon le groupe Nielsen). Rapidement, des études ont rapporté de nombreuses limites à leur utilisation. Certains produits ne protègent pas contre toutes les bactéries, tous les virus, tandis que d'autres participent à l'augmentation de la résistance. Devant cette offensive marketing, on ne peut reprocher au consommateur de chercher à protéger sa santé !

Dans les centres de soins, il n'y a pas de place à l'erreur. Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec, de l'INSPQ, a publié l'avis *Sélection des solutions hydro-alcooliques en milieux de soins*, un avis dans lequel il évalue l'efficacité de ces solutions et formule diverses recommandations quant à l'utilisation et aux concentrations à privilégier dans les unités de soins.

Où en est-on aujourd'hui dans la prévention des infections ? Quels sont les outils et programmes disponibles dans les centres hospitaliers ? Que doit-on retenir des éclosions, des crises et des pandémies passées ? Que doit-on apprendre à ajuster dans la pratique quotidienne de la médecine ? Le Spécialiste a demandé à quelques médecins de répondre à ces questions.

COMBATTRE L'ENNEMI INVISIBLE



PAR LISE-ANDRÉE GALARNEAU, M.D.
Microbiologiste-infectiologue*

Prévenir les infections nosocomiales

Un investissement qui rapporte

Le vieil adage qui dit « mieux vaut prévenir que guérir » est toujours d'actualité dans le domaine de la prévention des infections nosocomiales. Les avancées technologiques en médecine sont responsables d'une prolongation de l'espérance de vie, mais la clientèle est maintenant plus vulnérable aux infections nosocomiales incluant les diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) ainsi qu'aux infections à des bactéries multirésistantes. Les patients sont exposés à davantage d'interventions, de médications immunosuppressives, ainsi qu'à des antibiotiques à large spectre d'activité.

Les bactéries multirésistantes aux antibiotiques, tel le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), en plus d'augmenter la durée du séjour hospitalier et la morbidité des usagers, entraînent des coûts élevés pour le système de santé. Selon l'étude de Simor, effectuée en 1992 en Ontario, les coûts liés à cette bactérie étaient de 1 400\$ pour un patient porteur, de 14 000\$ pour une infection et de 28 000\$ pour une bactériémie.

Depuis les années 2000, des investissements majeurs ont été faits en prévention des infections avec des succès retentissants. Concrètement, les données des programmes de surveillance ont démontré une diminution de 50 % des bactériémies à SARM (625 bactériémies à SARM en 2004, comparativement à 299 en 2012) et l'incidence des infections à DACD d'origine nosocomiale a également diminuée de 40 % (6 350 patients en 2004 et 3 797 patients en 2012). L'évaluation des économies réalisées est d'environ 11 M\$ pour les bactériémies à SARM. Considérant que les bactériémies ne représentent que 10 % des infections à SARM, nous pouvons estimer que les coûts évités pour l'ensemble de ces infections seraient de 50 M\$.

En estimant des coûts comparables aux infections à SARM pour les DACD, l'économie réalisée est d'environ 36 M\$. Ces infections évitées contribuent à l'amélioration de la qualité et, par conséquent, à l'accessibilité aux soins.

Une étude réalisée en Colombie-Britannique a évalué la rentabilité d'un investissement dans un programme régional en prévention des infections, d'une durée de quatre ans. L'année de l'implantation, les coûts étaient supérieurs aux gains. Par contre, déjà l'année suivante, le programme s'autofinçait. Par la suite, pour les années 3 et 4, les retours sur investissement étaient trois fois supérieurs aux coûts! Ce programme fut donc un investissement rentable.

* L'auteure est microbiologiste-infectiologue au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. Elle est également présidente du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ PEUT-IL FAIRE PLUS ?

Très certainement! D'ailleurs, depuis les débuts de la surveillance, le nombre d'infections à SARM n'a cessé de diminuer. Cependant, au cours des deux dernières années, le nombre d'infections à DACD a augmenté de 12%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le SARM se transmet principalement par le personnel qui va d'un patient à l'autre en omettant parfois les mesures préventives dont, on ne le dira jamais assez, l'hygiène des mains. Le *C. difficile*, quant à lui, en plus de pouvoir se transmettre par le personnel, peut l'être également par l'environnement et le matériel de soins partagé s'ils sont mal désinfectés. Dans une optique de compressions budgétaires, il est tentant de réduire les investissements en hygiène et en salubrité, ce qui peut avoir des conséquences onéreuses. Comme l'a dit Louis Pasteur, il y a des microorganismes invisibles à l'œil nu, mais pouvant rendre malade... Aujourd'hui, cela s'applique aussi à l'environnement de travail.

LES MÉDECINS PEUVENT-ILS FAIRE PLUS OU MIEUX ?

Très certainement! En novembre 2013, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) lancera la *Campagne québécoise des soins sécuritaires* qui nécessitera une implication médicale. Cette campagne s'inspire de la campagne américaine qui s'intitule *100 000 vies sauvées*, lancée en 2004, ainsi que de la campagne canadienne intitulée *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* inaugurée en 2005.

Les objectifs de la campagne canadienne qui ont été retenus pour cette présente campagne sont la prévention des infections associées aux cathéters centraux, aux sites opératoires, aux pneumonies sur ventilateur et aux bactéries multirésistantes.

Au Québec, nous avons cru important d'ajouter deux volets qui étaient absents de la campagne canadienne : le premier concerne la prévention des infections urinaires, étant donné qu'il s'agit de l'infection que l'on retrouve le plus fréquemment dans les établissements de soins de santé; et le second, la prévention des infections des accès veineux en hémodialyse.

Ces campagnes sont basées sur des ensembles de pratiques exemplaires (*bundle*). Il s'agit de différentes mesures qui, lorsqu'elles sont appliquées simultanément, ont démontré une certaine efficacité dans la réduction du taux des infections nosocomiales.

La priorisation des programmes se fera en fonction des problématiques spécifiques vécues par chaque établissement de santé, par exemple la fréquence et la sévérité des infections.

L'HYGIÈNE DES MAINS

Selon les données de la campagne canadienne de l'hygiène des mains, au moins 50 % des infections nosocomiales pourraient être évitées par la simple pratique de l'hygiène des mains aux bons moments. Malheureusement, les taux de fidélité moyens rapportés dans la littérature concernant le personnel soignant varient autour de 40 %.

En plus de respecter l'hygiène des mains et les précautions lors d'isolement, vous pourrez tous faire une différence par votre contribution aux différentes stratégies de prévention proposées, selon votre champ d'expertise.



La campagne canadienne de l'hygiène des mains (2009), qui est adaptée de celle de l'Organisation mondiale de la santé (2005), propose quatre moments-clés où l'on doit la pratiquer en milieu de soins, soit :

- Avant le contact avec le patient et son environnement ;
- Avant une intervention aseptique ;
- Après un contact avec des liquides organiques ;
- Après le contact avec le patient et son environnement.

PARLONS PRÉVENTION...

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX CATHÉTERS CENTRAUX

Au Québec, le programme de surveillance obligatoire des bactériémies associées aux cathéters centraux (SPIN-BACC), pour l'année 2012-2013, a rapporté 197 infections sur cathéters centraux aux unités des soins intensifs (USI) parmi les 67 unités de 10 lits ou plus participant à ce programme. Il est important de souligner une diminution significative, mais somme toute faible, et ce, surtout dans les centres de soins universitaires.

Par contre, les données du programme de surveillance des bactériémies nosocomiales survenant dans tout l'hôpital, auquel ont participé 64 des quelque 85 établissements de soins aigus, avant même que ce programme ne devienne obligatoire, indiquent pour la même année (2012-2013) 609 bactériémies sur cathéters centraux, dont une majorité survenant hors des USI dans une clientèle ambulatoire, particulièrement en hémodialyse et en chimiothérapie.

L'impact des bactériémies sur cathéters a été évalué par nos voisins du Sud. Ceux-ci estiment un taux de décès attribuables de 4 à 20 %, une prolongation du séjour hospitalier de 7 jours et des coûts variant de 3 700 à 29 000 \$ par épisode infectieux, ce qui correspond à 500 à 4 000 décès annuellement. Le taux d'infections dans les unités appliquant les mesures de prévention était de 2 à 6 fois moindre que dans les autres unités qui ne les appliquaient pas. Certains centres ont même réussi à atteindre dans leur USI des taux de BACC de ZÉRO de façon soutenue sur une période de deux ans. L'ensemble de pratiques cliniques ayant démontré leur efficacité pour prévenir les BACC est constitué d'ensembles d'insertion et de soins.

ENSEMBLE D'INSERTION

- Hygiène des mains
- Précautions barrières maximales (appelé kit PBM), plus particulièrement le champ stérile recouvrant le patient
- Aseptie cutanée à la chlorhexidine dans l'alcool à 2 % et alcool isopropylique à 70 %
- Sélection optimale du type de cathéter et du site d'insertion

ENSEMBLE DE SOINS

- Évaluation quotidienne pour savoir si le cathéter est toujours requis
- Accès aseptique aux lumières de cathéter
- Soins liés au site d'insertion et entretien des tubulures

BACTÉRIÉMIES ASSOCIÉES AUX ACCÈS VEINEUX EN HÉMODIALYSE

Au Québec, en 2012-2013, on rapporte 218 bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse parmi les 42 unités d'hémodialyse participant à ce programme de surveillance, obligatoire depuis avril 2012. Le taux d'incidence global pour l'ensemble des différents accès veineux est de 0,46 par 100 patients par période financière. Les taux sont doublement élevés pour les cathéters centraux permanents, comparativement aux patients ayant une fistule artérioveineuse native ou synthétique. Quoique les taux d'infections soient moindres chez les patients porteurs de fistules, ce ne sont que 45 % des patients hémodialysés qui en bénéficient, comparativement à 80 % aux États-Unis (en 2012) et à 74 % en France (en 2011). Cependant, par rapport aux années précédentes, on note une diminution statistiquement significative de 9 % du taux d'infection dans ce secteur spécialisé, au Québec.

Nous pourrions atteindre des taux moindres avec davantage de patients porteurs de fistules et une amélioration des techniques de soins des cathéters et de ponction des fistules artérioveineuses, tel que décrit dans l'ensemble des pratiques exemplaires des bactériémies sur cathéter adapté pour l'hémodialyse.

INFECTIONS URINAIRES

L'infection urinaire est la complication infectieuse la plus fréquente dans nos milieux de soins.

En 2012-2013, le programme de surveillance du Québec rapporte, parmi les 64 centres participants, 2 797 bactériémies, dont 524 sont attribuables à une infection urinaire. Cependant, ce nombre ne représente qu'une mince proportion des patients infectés, car ce n'est que 8 à 12 % des patients atteints d'infection urinaire qui auront une bactériémie secondaire.

Par ailleurs, 12 à 16 % de la clientèle hospitalisée aura besoin d'une sonde urinaire et présentera un risque quotidien de 5 % d'acquérir une bactériurie. Les études démontrent que dans 50 % des cas la sonde serait présente pour des indications non justifiées. Les morbidité et mortalité attribuables à l'infection urinaire sont limitées, mais leur fréquence élevée en fait, encore aujourd'hui, un problème substantiel touchant tous les types de clientèles.

Les mesures pouvant réduire les infections urinaires sont les suivantes :

- Respect des indications reconnues pour l'installation de sonde ;
- Technique adéquate d'installation et d'entretien ;
- Révision quotidienne de l'indication de la sonde ;
- Protocole de retrait automatique en période postopératoire.

INFECTIONS DES SITES OPÉRATOIRES

Les infections des sites opératoires (ISO) surviennent chez 2 à 5 % des patients opérés. Aux États-Unis, on estime qu'annuellement, cela représente près de 500 000 infections. Malheureusement, aucune donnée canadienne n'est disponible. Ce type d'infections est associé à une prolongation moyenne du séjour hospitalier de 7 jours, avec un risque de décès de 2 à 11 fois plus élevé que chez les patients non infectés, et ce, sans oublier que c'est aussi une cause de réadmission. De plus, les ISO sont responsables de 70 % des décès en situation postopératoire : le coût attribuable par infection oscille entre 11 000 et 35 000 \$.

Au-delà de l'administration d'une prophylaxie adéquate lorsqu'elle est indiquée, d'autres facteurs doivent être considérés pour la prévention des ISO.

Les mesures pouvant réduire les ISO sont : 1) l'administration appropriée de l'antibioprophylaxie (bon choix, bon dosage, temps opportun et durée adéquate) ; 2) l'asepsie cutanée à l'aide de chlorhexidine à 2 % dans l'alcool à 70 % ; 3) l'épilation appropriée du site opératoire, lorsqu'indiquée ; et 4) le contrôle de la glycémie périopératoire chez les patients diabétiques ou qui présentent un risque (glycémie matinale < 10 mmol/L).

PNEUMONIES ASSOCIÉES AUX VENTILATEURS

Les pneumonies acquises sur ventilateur (PAV) sont l'une des infections les plus fréquentes aux USI. Ce type d'infection, survenant chez 10 à 20 % des patients ventilés, est associé à des taux de mortalité substantiels si le traitement est retardé ou inapproprié. Au Canada, on retrouve annuellement près de 4 000 PAV, avec des coûts attribuables de 46 millions \$.

Les mesures pouvant réduire la PAV sont : 1) l'élévation de la tête de lit du patient de 30 à 45 degrés en l'absence de contre-indications ; 2) l'évaluation quotidienne de la disposition à l'extubation ; 3) l'utilisation de la sonde endotrachéale avec drainage des sécrétions sous-glottiques intégré ; et 4) les soins buccaux et la décontamination orale au moyen de la chlorhexidine.

La mise en place, au Québec, de programmes structurés de prévention des infections nosocomiales appuyés par les directions des établissements a déjà commencé à porter fruit.

Nul doute que l'élaboration des ensembles de pratiques exemplaires proposés dans la campagne pour les différentes infections, ainsi que la mesure de la conformité aux processus proposés par les équipes soignantes, sont de bons moyens d'y parvenir. Le rôle du médecin dans l'implantation de ces mesures est crucial et votre implication fera la différence. Les programmes de surveillance mis en place continueront de mesurer les progrès accomplis ensemble.

Tout bon planificateur financier vous confirmerait qu'il est rentable d'investir dans la prévention des infections en raison des coûts, des décès et des séquelles évités; de l'amélioration de la qualité des soins; de la diminution de la durée de séjour; et d'une augmentation de l'accessibilité aux soins de santé... si ce jargon médical était assimilable au jargon financier. Mais pour être rentable, comme pour tout placement, quel qu'il soit, vous devez avant tout investir : vous devez VOUS investir!



PAR CHARLES FRENETTE, M.D.
Microbiologiste-infectiologue*



La surveillance au quotidien

Au Québec, la prévention des infections nosocomiales est devenue un sujet incontournable au cours des dix dernières années, et ce, depuis la crise du *C.difficile*. Dans la plupart des milieux de soins hospitaliers, de nombreux programmes de prévention ciblés sont maintenant mis en place par des équipes et des professionnels spécialisés. Ces programmes ont vu le jour après certains événements malheureux : souvenons-nous notamment de la crise du SRAS à Toronto, des éclosions de *C. difficile* au Québec, et des autres formes d'infections nosocomiales.

QUATRE COMPOSANTES STRUCTURELLES DANS UN PROGRAMME DE PRÉVENTION EFFICACE

METTRE EN PLACE LES BONNES RESSOURCES

Avoir un nombre suffisant de professionnels en prévention des infections formés et qualifiés dans ce domaine. Peu de personnes sont actuellement formées au Québec, et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec a reconnu l'importance de ce domaine en créant une nouvelle spécialité pour répondre à ce besoin. Majoritairement composés d'infirmières, ces groupes de personnes deviennent de véritables partenaires dans votre centre hospitalier. Au Québec, le ratio recherché dans un centre de soins aigus est de 1 professionnel pour 100 à 133 lits.

IDENTIFIER UN BON CHEF D'ÉQUIPE

Identifier le médecin qui sera responsable de toute la coordination et de l'évaluation de la mise en œuvre du programme dans le milieu hospitalier. La plupart du temps, ce sont des microbiologistes infectiologues que l'on retrouve à cette fonction. Dans le cas des petits centres hospitaliers qui n'auraient pas de microbiologiste en poste, on désigne un autre médecin, qu'il provienne de la santé communautaire, de la médecine interne ou encore qu'il soit directeur des services professionnels. Dans plusieurs centres hospitaliers, cette fonction est presque devenue un travail à temps plein puisqu'il faut analyser les infections nosocomiales, leurs causes et les facteurs potentiellement modifiables qui peuvent entraîner une réduction de celles-ci.

PASSER AUX ACTES

Faire la surveillance de la survenue des infections nosocomiales est l'élément principal et incontournable de la prévention des infections en milieu hospitalier : en effet, que faut-il prévenir si l'on ne connaît pas nos principales sources d'infections? C'est là le point le plus important, puisqu'il permet d'apprécier la performance, mais aussi d'apporter les correctifs nécessaires. Tout doit donc être documenté de façon systématique et objective, et ce, dans chacun des milieux de soins. On distingue deux types de surveillance : la première qui documente les infections elles-mêmes (*outcome*) ; et la deuxième qui documente l'application ou non des mesures de prévention présentes pour prévenir ces infections (hygiène des mains, prophylaxie chirurgicale, nécessité de sondes urinaires, couverture vaccinale contre l'influenza, etc.).

ÉVALUER

Rapporter les résultats de cette surveillance sous forme de taux d'incidence ou de fréquence à tous ceux qui sont concernés par ces infections et par leur prévention : par exemple, on rapportera au chirurgien le taux d'infection de site opératoire, ou l'on calculera le taux d'infection au *C. difficile* d'un centre hospitalier, le nombre de bactériémies à SARM, et ce, afin de pouvoir se comparer à soi-même et à des centres hospitaliers de même nature, etc.

Les modalités de rapports sont propres à chacune des institutions, à périodes prédéterminées : certaines à toutes les périodes, d'autres une fois par année. Les résultats sont rapportés aux acteurs locaux, régionaux et enfin provinciaux.



* L'auteur est microbiologiste et infectiologue au CUSM et responsable, depuis 2007, des programmes de prévention des infections pour l'ensemble des établissements du CUSM.

SIX PROGRAMMES OBLIGATOIRES DE SURVEILLANCE POUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le premier programme, lancé en 1998, concerne la surveillance de toutes les bactériémies nosocomiales.

Ce type de bactériémies nosocomiales représente le spectre le plus sévère représentant de 10 à 15 % de toutes les infections nosocomiales. On dit que ces infections ne sont que la pointe de l'iceberg! De programme volontaire à l'origine, il est devenu obligatoire en septembre cette année. Au Québec, on dénombre annuellement près de 3 000 cas de ces infections dans les centres de soins aigus. Cette surveillance s'avère également très utile pour suivre l'évolution de la résistance bactérienne dans nos milieux hospitaliers puisqu'ils en sont un foyer majeur.

Le deuxième programme s'intéresse au Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM).

Ce programme est en place depuis 2003 et demande une déclaration périodique du nombre de bactériémies à staphylocoque aureus au Québec, nosocomiale ou non, sous forme agrégée. Dans le rapport, on ventile les sources selon leur origine : nosocomiale ou communautaire. Ce programme nous a permis de constater une réduction marquée des bactériémies causées par le SARM au Québec qui sont passées de près de 800 annuellement en 2003, à seulement 300 en 2012, et ce, grâce entre autres aux programmes de prévention des milieux hospitaliers.

Le troisième programme, un sous-programme du premier volet, s'applique aux bactériémies associées aux cathéters centraux aux soins intensifs.

Il met l'accent sur la cause la plus fréquente des bactériémies nosocomiales à l'endroit où le risque est le plus élevé. Au cours des 10 dernières années, les taux de bactériémies sur cathéters ont pu baisser de 40 à 60 %

grâce entre autres à l'introduction de « bundles de prévention » et à un inventaire complet de ces outils installés dans une unité de soins intensifs.

Le quatrième programme, mis en place en 2004, concerne le C. difficile et les diarrhées associées au C. difficile.

Il consiste en une déclaration, à toutes les périodes financières, du nombre de cas documentés par l'institution. Les cas sont documentés selon leur origine : ambulatoire, nosocomiale ou communautaire, selon une définition commune pour tous. Le Québec a été le premier à se doter d'un tel programme et est devenu un modèle pour ce genre de surveillance tant au Canada qu'à l'échelle mondiale.

Le cinquième programme concerne les bactériémies associées aux accès veineux en hémodialyse.

Depuis 2010, les 40 unités d'hémodialyse au Québec rapportent mensuellement le nombre de bactériémies chez leur clientèle. Les taux d'infection sont calculés par 100 patients-mois et ont permis de mettre en évidence la faible utilisation de fistules au Québec en comparaison avec d'autres pays. Malheureusement, l'utilisation de cathéters pour la dialyse est associée à un taux d'infection trois fois plus élevé que celle des fistules.

Le dernier programme concerne l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV).

Chaque centre hospitalier déclare le nombre de nouveaux cas identifiés ERV dans leur population hospitalisée ainsi que le nombre d'infections causées par ce microbe.

Les résultats individuels et combinés de ces programmes sont analysés au niveau local, régional et provincial, et des recommandations, que ce soit du point de vue des méthodes ou de l'amélioration de la surveillance, sont effectuées par le groupe de Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) qui relève du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Vous pouvez obtenir ces résultats sur le site de l'INSPQ (inspq.qc.ca) et voir comment vous vous comparez aux autres.

LE TRAVAIL AUPRÈS DES MÉDECINS

La tendance est mondiale : les médecins sont encore très réfractaires au lavage des mains!

Dans un article publié dans le quotidien belge l'*Avenir*, un rapport de l'Institut scientifique de santé publique révèle que « seulement 61 % des médecins se désinfectent les mains avant de toucher un patient, contre 79 % des infirmières, 77 % des aides-soignantes et 71,6 % des kinésithérapeutes ». Ce rapport a été publié à la suite des cinq campagnes de sensibilisation menées dans les hôpitaux depuis 2005. Ces campagnes avaient le but bien avoué de diminuer le nombre d'infections nosocomiales. On peut se demander si elles ont eu l'impact désiré. Selon D^{re} Anne Simon, microbiologiste et coordinatrice médicale de la qualité et de la sécurité du patient aux Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles, il faut blâmer la formation médicale à la base. Selon elle, jusqu'à il n'y pas si longtemps, les étudiants en médecine n'entendaient jamais parler d'hygiène des mains. Pourtant, il est bien connu que les mains des travailleurs de la santé sont la principale source de transmission des pathogènes hospitaliers.

D^r Frenette a commenté l'article en ajoutant : « Il est toujours étonnant de constater par exemple qu'un chirurgien va tout le temps pratiquer l'hygiène des mains avant d'effectuer une chirurgie, mais souvent moins de 50 % des occasions à l'extérieur de la salle d'opération. Cependant, des progrès ont été notés à l'échelle mondiale dans plusieurs institutions où ce sujet est devenu une priorité organisationnelle. À cet égard, les médecins devraient être les modèles à suivre et servir d'exemple dans notre système de santé. »

Source : lavenir.net



DES RECOMMANDATIONS DURABLES

Chaque programme mis en place dans les centres hospitaliers est soigneusement suivi et analysé tant par les équipes en place que par le comité de surveillance provincial. Les données sont analysées et comparées entre elles. Par exemple, en 2005, les premiers résultats concernant la surveillance du *C. difficile* ont amené le comité à faire des recommandations claires quant aux lignes directrices pour la prévention de cette bactérie. Parallèlement, un guide contenant les lignes directrices pour la prévention du SARM en milieu hospitalier a été rédigé en 2006. Prochainement, le Cinq et l'INSPQ feront la promotion et l'application des mesures de prévention pour le lavage des mains et pour la prévention des infections sur cathéters.

Ces dernières années, la surveillance ne se limite plus aux événements seuls, mais aussi aux processus, et ce, pour vérifier si les centres hospitaliers appliquent les mesures recommandées. Pour ce faire, des sondages ont été effectués auprès des équipes de prévention au sujet des méthodes en place concernant le *C. difficile*, les cathéters et le SARM, et l'on essaie de faire la corrélation entre les mesures de prévention appliquées et le taux d'infection dans les centres hospitaliers.

Les travaux du réseau provincial de surveillance des infections nosocomiales sont une référence importante pour les équipes de prévention en centres hospitaliers : avec les équipes de formation, elles font un travail remarquable.

LE MICROBIOME

Depuis sa « découverte officielle », le microbiome humain est rapidement devenu la nouveauté dont tous les scientifiques du monde parlent. Les recherches ont démontré que le corps humain contient plus de bactéries que de cellules. On pense que les microorganismes qui nous composent, ce que l'on appelle notre microbiota, principalement dans le tube digestif et sur la peau, ont une influence directe sur la façon dont on va développer des maladies.

Or, selon les explications données par le microbiologiste Karl Weiss : « le seul endroit où l'on retrouve des corps étrangers est le tube digestif ; le reste est stérile. À cet endroit, les microbes qui s'y retrouvent stimulent et maintiennent le système immunitaire. Une théorie, qui a vu le jour en même temps que la crise du *C. difficile*, a démontré que ce sont les microbes contenus dans la flore intestinale qui seraient responsables du développement de plusieurs maladies telles que l'obésité, le diabète, certaines maladies inflammatoires du système digestif, etc. » Donc, beaucoup de maladies seraient liées à l'impact de ce microbiota sur la flore intestinale des individus.

Le *microbiota* soulève donc beaucoup de questions. À tel point que la *National Institutes of Health* a consacré des centaines de millions de dollars à un méga projet mondial de recherche, le *Human Microbiom Project*. Les potentiels de recherche sont énormes ; certains affirment même que les recherches vont résoudre bien plus que l'on ne peut espérer, notamment pour le cancer.

Le séquençage génomique des microbes est en cours et toutes les informations recueillies pour chacune des bactéries sont entreposées dans une base de données de recherche dont une grande partie est déjà accessible aux chercheurs du monde entier.

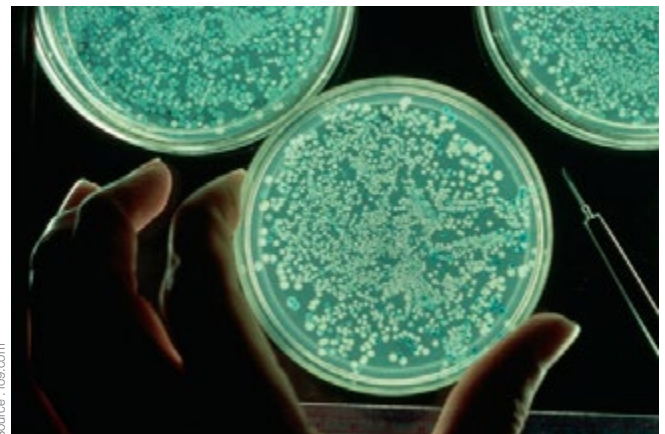
OUI, C'EST POSSIBLE (YES, WE CAN!)

Depuis mon arrivée au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), il y a déjà de cela six ans, certains de nos programmes ont été couronnés de succès. Mais ce ne fut pas une tâche facile. D'abord, en nous comparant aux autres centres hospitaliers du Québec, nous avons réalisé que les taux d'infection étaient très élevés, particulièrement en ce qui concerne le nombre de bactériémies à SARM et de bactériémies sur cathéters.

Ces deux points ont donc rapidement été ciblés comme priorités organisationnelles pour la réduction des infections nosocomiales. En cinq ans, en appliquant les recommandations émises dans les lignes directrices, nous avons vu une réduction de 50 % de ces taux.

**ON NE RÉPÉTERA
JAMAIS ASSEZ
L'IMPORTANCE
ÉLÉMENTAIRE DU
LAVAGE DES MAINS.**

Bien sûr, on ne répétera jamais assez l'importance élémentaire du lavage des mains. Si seulement les professionnels de la santé prenaient le temps de regarder d'un peu plus près les données et se mettaient à la place des patients, on verrait déjà une grande amélioration, et ce, juste du point de vue comportemental. On note, depuis quelque temps, que de plus en plus d'audits sont effectués dans les hôpitaux pour s'en assurer.





PAR KARL WEISS, M.D.
Microbiologiste-infectiologue*

L'antibiogouvernance

Pourquoi s'en préoccuper ?

La résistance aux antibiotiques constitue, comme chacun le sait, un défi grandissant depuis plus de deux décennies à l'échelle planétaire et cela n'épargne bien sûr pas le Québec. De nombreux efforts ont été faits pour contrôler et utiliser de façon adéquate les agents antimicrobiens dans la communauté. Cet effort a porté fruit au Québec, qui est la province canadienne avec le plus faible taux de consommation d'antibiotiques à l'extérieur de l'hôpital (une moyenne de 471 prescriptions par 1 000 habitants comparée à une moyenne canadienne excluant le Québec de 652 prescriptions par 1 000 habitants en 2007)¹.



L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), avec la collaboration de la FMSQ et de ses associations médicales affiliées, a joué un rôle clé dans l'élaboration, la publication et la diffusion de guides thérapeutiques et de politiques. La politique de diffusion de ces guides, mise en place dans le cadre de l'épidémie de *Clostridium difficile* qui a affecté le Québec au milieu des années 2000, a

eu un impact significatif et mesurable en ce qui concerne le nombre d'ordonnances et les coûts qui y sont associés. Cette consommation extérieure à l'hôpital représente plus de 75 % de l'utilisation totale des antibiotiques, mais elle s'adresse surtout à la population générale, adulte et pédiatrique, qui présente souvent une condition infectieuse relativement bénigne, passagère et qui ne menace pas la vie du patient.

La consommation intrahospitalière, elle, implique des patients hautement plus à risque de morbidité accrue et de mortalité. Par ailleurs, à cause des changements médicaux des dernières années : vieillissement démographique ; augmentation des procédures invasives ; augmentation des disponibilités de certaines interventions à un plus grand nombre de patients (hémodialyse, traitements de chimiothérapie, etc.) ; nouvelles thérapies immunosuppressives, les populations à risque de se voir prescrire un antibiotique et donc d'avoir des complications en lien avec cette intervention ont augmenté.

De plus, le développement et la mise en marché de nouveaux antibiotiques ont connu un ralentissement important depuis le début des années 2000, et ce, pour plusieurs raisons économiques et par choix stratégiques de l'industrie pharmaceutique. Ce ralentissement est devenu inquiétant, à tel

point que la Société américaine de maladies infectieuses (IDSA) a lancé un vaste programme du nom de 10 x '20 : dix nouvelles molécules antibiotiques d'ici 2020, et ce, principalement dirigées contre les bactéries gram-négatives, le nouveau champ de bataille du monde de la résistance².

Avec l'arrivée de nouveaux défis en regard de la résistance bactérienne, il est impératif de conserver ses armes thérapeutiques le plus longtemps possible. En fait, on pourrait résumer la situation de la façon imagée suivante : les antibiotiques sont parfois mal utilisés dans les hôpitaux, cela a un impact direct sur les patients et la société. Donc, en intervenant et en améliorant l'utilisation des antibiotiques, il y aura une amélioration de la qualité des soins avec des bénéfices humains, économiques et de santé publique.

LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE MALADIES INFECTIEUSES (IDSA) A LANCÉ UN VASTE PROGRAMME DU NOM DE 10 X '20 : DIX NOUVELLES MOLÉCULES ANTIBIOTIQUES D'ICI 2020, ET CE, PRINCIPALEMENT DIRIGÉES CONTRE LES BACTÉRIES GRAM-NÉGATIVES, LE NOUVEAU CHAMP DE BATAILLE DU MONDE DE LA RÉSISTANCE

DÉFINITION DE L'ANTIBIOGOUVERNANCE

L'antibiogouvernance (*antibiotic stewardship* dans la littérature médicale) est un concept global qui permet une gestion saine, efficace, économique et proactive de la prescription antibiotique à l'intérieur d'un centre hospitalier^{3,4,5}. C'est un concept relativement nouveau qui est apparu au milieu des années 1990 avec l'arrivée grandissante de certaines bactéries plus résistantes (SARM, ERV, bactéries gram-négatives multi-résistantes). Les antibiotiques (incluant les antifongiques et les antiviraux) représentent environ 15 % des coûts totaux du budget de la pharmacie, mais leur utilisation a un impact majeur sur l'émergence de résistance aux antibiotiques et sur la survenue de complications potentielles associées telles que la colite à *C. difficile*, par exemple.

* L'auteur est microbiologiste-infectiologue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et professeur titulaire de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

L'ANTIBIOGOUVERNANCE EST UN CONCEPT GLOBAL QUI PERMET UNE GESTION SAINTE, EFFICACE, ÉCONOMIQUE ET PROACTIVE DE LA PRESCRIPTION ANTIBIOTIQUE À L'INTÉRIEUR D'UN CENTRE HOSPITALIER

Il faut toujours se rappeler que lorsque l'on prescrit un antibiotique à un patient, c'est la seule classe de médicaments que l'on s'autoprescrit, car il faut penser à l'impact global de l'utilisation d'une molécule donnée sur l'écologie bactérienne de notre environnement. Le tout se résume à comment notre prescription d'un antibiotique en particulier favorisera ou pas avec le temps sa perte d'activité. Tout abus se solde par une perte d'efficacité, mieux vaut donc en faire une utilisation plus parcimonieuse.

Un programme d'antibio-gouvernance regroupe donc l'ensemble des moyens humains et matériels qui doivent être mis en place afin d'améliorer, de suivre, d'évaluer, de contrôler et d'ajuster la prescription antibiotique au sens large à la grandeur de l'institution. Le mot programme prend toute sa signification dans la nécessité d'avoir un impact transversal touchant toutes les spécialités médicales et impliquant diverses structures de l'hôpital (laboratoire de microbiologie, prévention des infections, informatique, direction générale, direction de l'enseignement dans les structures universitaires...)^{3,6}.

INDICATEURS GÉNÉRAUX D'UN PROGRAMME D'ANTIBIOGOUVERNANCE

- Création d'une équipe multidisciplinaire dirigée par un médecin ayant une formation spécialisée en maladies infectieuses et en microbiologie médicale;
- Instauration d'un contrôle du formulaire hospitalier;
- Lignes directrices institutionnelles;
- Processus de mesure de la consommation d'antibiotiques;
- Mesure et diffusion des niveaux de résistance de divers pathogènes à l'intérieur de l'institution;
- Programme d'intervention et de mise en place d'une politique intrahospitalière.

IMPACT DE L'UTILISATION INAPPROPRIÉE D'ANTIBIOTIQUES

On peut bien sûr se poser la question : pourquoi un programme d'antibio-gouvernance ? Dans les faits, comment se traduit de façon concrète une utilisation non optimale des antibiotiques ? À titre d'exemple, la prescription initiale d'un antibiotique considéré adéquat dans les pneumonies nosocomiales, y compris celles acquises sur ventilateur, a un impact direct sur la mortalité des patients (le même adage s'applique au choc septique). De plus, la vitesse d'administration de la première dose d'antibiotique lors d'un choc septique a une incidence directe sur le taux de mortalité.

Les exemples d'un impact direct de la prescription d'antibiotiques sur le risque de résistance abondent. On peut mentionner à titre d'exemple que l'utilisation des carbapénèmes augmente le risque de voir surgir des entérobactéries résistantes à cette classe de l'ordre d'un facteur multiplicatif de 15. Cette résistance est d'autant plus problématique que l'arrivée de souches très résistantes (entérobactéries productrices de carbapénémases) chez des patients jeunes et sans comorbidité particulière risque de compliquer grandement le traitement d'une banale cystite chez une jeune femme.

L'exemple de la résistance due à la souche NDM-1 (*New Delhi metallo- β -lactamase*) décrit parfaitement le phénomène auquel nous sommes confrontés. Dans la plupart des pays, on peut obtenir un antibiotique sans prescription médicale. Par ailleurs, on retrouve sur le marché beaucoup de produits antibiotiques contrefaits provenant de nombreux pays d'Asie, du Moyen-Orient et d'Amérique du Sud : ce sont souvent des molécules de mauvaise qualité, sous-dosées et dont la simple présence du composé actif est mise en doute. L'utilisation abusive de ces molécules dans le sous-continent indien associée à une très forte pression démographique ont favorisé l'arrivée d'entérobactéries très résistantes dans la population générale, l'eau ayant fort probablement joué un rôle dans leur dissémination.

Par ailleurs, les voyages d'agrément, d'affaires ou de tourisme médical ont aussi contribué à ramener ce type de pathogènes dans notre environnement. La présence de ces bactéries dans la culture d'urine d'une jeune femme en bonne santé est problématique, mais gérable ; toutefois, la présence croissante de ces germes dans une population de patients hospitalisés et à risque de complications est une tout autre histoire. De plus, ces bactéries ont la capacité de transmettre leur résistance à d'autres bactéries, ce qui augmente les risques associés à leur présence et à la dissémination très rapide dans une institution, avec toutes les conséquences d'une éclosion bactérienne.

Une étude a démontré que l'augmentation de la mortalité des patients hospitalisés est directement attribuable à la résistance aux carbapénèmes parmi les souches de *Klebsiella pneumoniae* en comparaison des souches sensibles⁷. L'augmentation de la résistance des souches de *Pseudomonas aeruginosa*, des germes souvent impliqués dans les infections nosocomiales à différentes classes d'antibiotiques (céphalosporines, carbapénèmes, fluoroquinolones), a été mise en relation directe avec la consommation de ces agents dans les institutions hospitalières.

Un autre effet peu étudié, mais suspecté est la consommation de soins attribuables aux effets secondaires des traitements antibiotiques. Une étude américaine a répertorié 142 000 visites sur une année dans les urgences en relation directe avec la prescription d'antibiotiques en externe ou suivant le départ des patients d'un centre hospitalier.

INSTAURATION D'UN PROGRAMME D'ANTIBIOGOUVERNANCE

Les programmes d'antibiogouvernance sont nés sous la pression de l'arrivée constante de nouvelles souches bactériennes résistantes (SARM, ERV) et de l'émergence des colites à *C. difficile* sur plusieurs continents, particulièrement l'arrivée de la souche NAP1, souche qui a touché massivement le Québec au début des années 2000. Cette souche a la particularité de contenir certains facteurs de virulence additionnels et de résister aux fluoroquinolones, ce qui lui a conféré un avantage d'adaptabilité en comparaison à certaines autres souches de *C. difficile*. Elle a aussi été associée à une morbidité (colectomie) et à une mortalité accrue, et ce, dans un contexte où l'âge moyen de la population hospitalisée tend à augmenter.

La Californie a introduit une loi (*Senate Bill 739, Chapter 126, 28 Sep. 2006*) instaurant l'obligation pour les hôpitaux de soins aigus de mettre en place un programme plus exhaustif de surveillance de l'utilisation des antibiotiques. Avec cette loi, il n'y a aucune dérogation possible. Ces programmes, de plus en plus repris par d'autres juridictions en Amérique du Nord et en Europe, comportent un certain nombre d'interventions qui visent à minimiser l'impact de la mauvaise utilisation des antibiotiques^{3,5}. Notre voisine l'Ontario vise la mise en place systématique d'un très large programme hospitalier de surveillance de prescriptions d'antibiotiques.

Le milieu hospitalier se prête par ailleurs mieux à une gestion plus stricte de la consommation d'antibiotiques du fait que l'expertise médicale est présente, le contrôle de la distribution des agents par la pharmacie est facile et la population est captive. En 2007, dans la foulée de la crise du *C. difficile*, le Québec a été assez innovateur en publiant un document très exhaustif sur le sujet de la surveillance, mais aucune suite sérieuse n'a été donnée

à cette publication⁶. Seules quelques institutions ont mis en place, localement et de leur propre initiative, des embryons de programme de surveillance.

Ce qui a considérablement changé notre environnement de pratique c'est la création d'une nouvelle pratique organisationnelle requise (POR), à compter de janvier 2013, par Agrément Canada (section gérance des antimicrobiens). Cet organisme a instauré, comme outil d'évaluation et d'accréditation des hôpitaux offrant des soins de courte durée à des usagers hospitalisés, l'obligation d'avoir un programme d'antibiogouvernance. Agrément Canada utilise une grille d'évaluation où quatre composantes sont considérées comme principales et une comme secondaire.

TESTS DE CONFORMITÉ DU PROCESSUS D'ÉVALUATION D'AGRÈMENT CANADA	
Principal	Existence d'un programme d'antibiogouvernance à l'intérieur de l'institution
Principal	Nécessité de hiérarchisation des interventions pour la mise en œuvre du programme
Principal	Programme interdisciplinaire incluant la participation de médecins microbiologistes-infectiologues, de pharmaciens, d'administrateurs et du support informatique
Principal	Multiples interventions pour favoriser l'utilisation adéquate des antibiotiques (vérification, rétroaction, formulaire d'antimicrobiens, formation, lignes directrices, formulaires d'ordonnance)
Secondaire	Évaluation et partage des résultats du programme

Adapté du document d'Agrément Canada (Pratiques organisationnelles requises (POR), utilisation des médicaments, gérance des antimicrobiens, janvier 2013, disponible au : accreditation.ca .

MESURER LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES

Comment peut-on comparer l'utilisation et la consommation des agents antimicrobiens d'un centre hospitalier à un autre, d'un pays à un autre, d'un continent à un autre ? Il existe peu de mesures reconnues.

La littérature médicale comprend un ensemble de mesures hétéroclites, pas toujours facilement disponibles, s'appliquant parfois moins bien à la population pédiatrique et qui doivent, aux fins de comparaison, être standardisées. Les principales unités de mesure utilisées retenues sont les DDD (pour *Defined Daily Dose* ou dose journalière définie) telles que définies par le système de classification ATC/DDD de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ou ATC (pour Anatomique Thérapeutique Chimique) (whocc.no).

On attribue une valeur DDD spécifique à chaque molécule : par exemple, pour les fluoroquinolones couramment utilisées, une DDD de ciprofloxacine orale correspond à 1 g; une DDD de lévofloxacine à 500 mg; et une DDD de moxifloxacine à 400 mg. Pour un agent antimicrobien, le nombre de DDD est calculé de la façon suivante :

1. Nombre de DDD = quantité consommée en grammes / DDD de l'OMS pour chaque molécule (en grammes);

2. Pour chaque antibiotique, on obtient une valeur de DDD / 1 000 jours-présence :

- en divisant le nombre obtenu en (1) par le nombre de jours-présence par unité de soins ou pour tout l'hôpital, et ce, par période administrative ou encore par année,
- on multiplie ensuite cette valeur par 1 000.

Le calcul doit se faire sur une base d'utilisation totale des antibiotiques et par classe. Il faut savoir que d'autres mesures de la consommation d'antibiotiques existent; elles sont complémentaires les unes aux autres. Mentionnons, à titre d'exemple, le nombre de jours de thérapie (DOT : *days of therapy*) et la durée de la thérapie (LOT : *length of therapy*). D'autres indicateurs, tels que les dépenses en termes de dollars et les données d'achats, peuvent également être compilés à titre indicatif.

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aimerait que tous les établissements utilisent la même mesure pour pouvoir effectuer des comparaisons intrahospitalières. L'outil, bien qu'incomplet, pourrait donner au ministère certaines indications générales...

Les médecins microbiologistes-infectiologues sont au cœur du dispositif à mettre en place dans les centres hospitaliers de courte durée. Ils doivent, en collaboration avec les différents départements médicaux et celui de pharmacie, implanter un ensemble de procédures de vérification, de surveillance et de formation, toutes idéalement mesurables, et ce, dans le but d'optimiser la prescription antibiotique. La création d'une équipe médecin-microbiologiste-pharmacien qui intervient directement auprès des patients est le moyen ultimement le plus efficace. Bien que cela puisse donner l'impression de jouer le rôle d'une « police des antibiotiques », le but n'est aucunement de juger ou d'imposer une pensée particulière d'intervention médicale, mais bien d'offrir les meilleures solutions possibles pour le bien du patient. Ces interventions ne doivent en aucun cas se substituer à une consultation en bonne et due forme en microbiologie, mais sont un complément pour des ajustements particuliers propres à chaque patient.

Une simple règle mnémotechnique à retenir peut se résumer par les quatre B : **B**on antibiotique, **B**onne dose, **B**onne durée, **B**onne voie d'administration.

Dans un but d'amélioration continue de la qualité des soins, l'Association des médecins microbiologistes-infectiologues du Québec (AMMIQ) désire jouer le rôle de locomotive et d'instituer, dans un proche avenir et à la grandeur du Québec, les programmes d'antibiogouvernance. Ce projet, nécessitant la collaboration de tous, est aujourd'hui un incontournable dans la sphère de la pratique médicale en Amérique du Nord. Le Québec doit, à l'instar des autres juridictions, mettre rapidement en place ces structures et jouer un rôle de premier plan en utilisant l'expertise disponible qui lui a permis d'être cité comme exemple pour la consommation d'antibiotiques dans la communauté.

RÉSUMÉ DES PROCESSUS DE L'ANTIBIOGOUVERNANCE

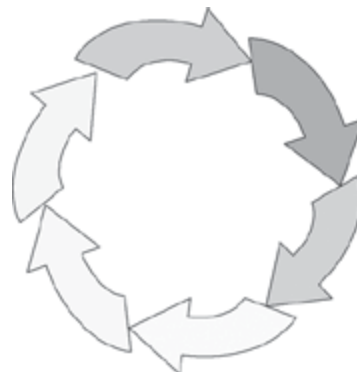
Choisir les antibiotiques à surveiller

Mesurer les résultats

- Consommation des antibiotiques (DDD)
- Observation des critères d'utilisation
- Incidence de l'infection à *C. Difficile*/résistance
- Résultats sur les patients

Transmettre l'information aux prescripteurs

- Immédiatement par téléphone ou en personne
- Par écrit à l'ensemble des prescripteurs



Faire connaître les mesures éducatives

- Présentations
- Communiqués
- Guides d'utilisation
- Lignes directrices

Effectuer des révisions concernant l'utilisation ou la surveillance des antibiotiques sur une base régulière

- Pharmacie
- Microbiologie-infectiologie

Déterminer les critères d'utilisation des antibiotiques

- Comité de surveillance de l'usage des antibiotiques
- Pharmacie
- Microbiologie-infectiologie
- Autres services concernés

Tiré de : Cadre de référence relatif à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier. 30 avril 2007. INESSS.

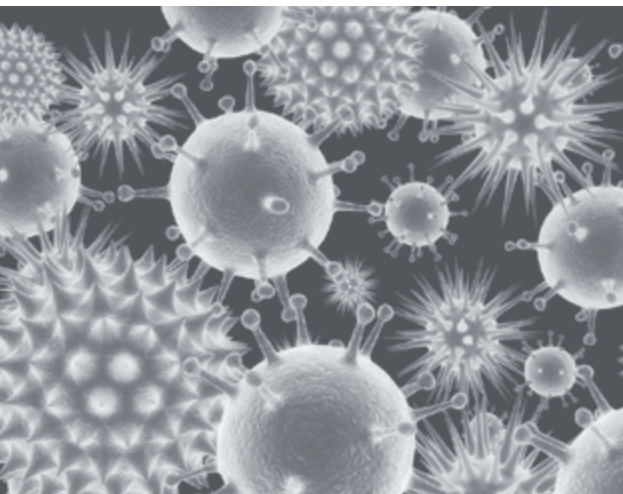
RÉFÉRENCES

- 1 Weiss K, Blais R, Fortin A, et al. Impact of a multipronged education strategy on antibiotic prescribing in Quebec, Canada. *Clinical Infect Dis* 2011;53(5):433-9.
- 2 Boucher HW, Talbot GH, Benjamin DK, et al. 10X20 progress – development of new drugs active against Gram-Negative bacilli : an update from the IDSA. *Clinical Infect Dis*, advanced access, published April 17 2013. cid.oxfordjournals.org/content/early/2013/04/16/cid.cit152.full.pdf+html
- 3 Dellit TH, Owens RC, McGowan JE, et al. IDSA/SHEA guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *CID* 2007;44:159-77.
- 4 Fishman N. Antimicrobial stewardship. *Am J Med* 2006;119(6 suppl 1): S53-61.
- 5 Policy statement on antimicrobial stewardship by the SHEA, IDSA, and the PIDS. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2012;33(4):322-7.
- 6 Cadre de référence relative à l'usage optimal des anti-infectieux et au suivi de l'utilisation de ces médicaments en milieu hospitalier. Québec : INESSS, 2007. Disponible à : inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/Etudes/CdM-Cadre-anti-infectieux-200810.pdf
- 7 Patel G, Huprikar S, Factor SH, et al. Outcomes of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* infection and the impact if antimicrobial and adjunctive therapies. *Infect Control and Hosp Epidemiol* 2008;29:1099-106.

Crise du H1N1

Différentes vues pour un meilleur futur

Il y a cinq ans, la planète entière tremblait sous la menace d'une nouvelle pandémie destructrice. Le virus grippal A(H1N1) avait alors été identifié comme un descendant de quatrième génération du virus de la grippe espagnole qui avait fait, en 1918, jusqu'à 70 millions de morts sur la planète. Résultat d'une rare combinaison épidémiologique, le nouveau virus d'origine porcine s'est amalgamé avec des souches virales aviaires et humaines, certaines provenant d'Amérique du Nord, d'autres d'Europe et d'Asie.



Le premier cas a été détecté au Mexique et les premiers rapports émis par ce pays ont été alarmants quant à la sévérité du virus. Devant l'ampleur de nouveaux cas et l'incapacité à circonscrire le virus, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a rapidement mis en application un plan d'action et de surveillance mondial. Si tout laissait craindre le pire, la fameuse crise rouge, la pandémie de niveau 6, n'a pas eu lieu, mais les leçons à en tirer sont encore largement discutées aujourd'hui. Y a-t-il réellement eu pandémie? Les mesures étaient-elles excessives? Comment cette crise a-t-elle été vécue et gérée au Québec?

Plusieurs se sont penchés sur la crise et sa gestion depuis 2009. D'ailleurs, à la demande de la ministre de la Santé du Canada, un comité du Sénat canadien a formulé une vingtaine de recommandations en vue d'une éventuelle crise (rapport disponible sur le site du Sénat au parl.gc.ca).

Le Spécialiste s'est entretenu avec quatre médecins spécialistes qui ont été interpellés en vue de la crise, pour savoir ce qui s'est passé et ce qui pourrait être retenu pour... une prochaine fois!



D^{re} MARIE GOURDEAU
Microbiologiste-infectiologue

AUX PREMIÈRES LOGES

D^{re} Gourdeau était bien placée lors de la crise de 2009. Alors présidente du Comité provincial sur les infections nosocomiales (CINQ), elle était de tous les comités, restant toujours à l'affût des informations provenant de l'étranger. D^{re} Gourdeau en garde plusieurs enseignements qu'elle a d'ailleurs

présentés lors des Journées de formation interdisciplinaire de la FMSQ en 2011.

Selon D^{re} Gourdeau, il faut prendre le temps de planifier et de prévoir le pire. Il se trouvera toujours des gens pour se plaindre, pour trouver que le réseau de la santé en fait trop ou pas suffisamment. Si les médias et les pouvoirs publics ont, d'après elle, été alarmistes, il fallait réagir comme tous les pays l'ont fait. « Nous avons eu (au Québec), d'excellents résultats

sur le plan de l'immunisation. Et on oublie aussi de mentionner le succès de la collaboration interdisciplinaire (santé publique, infectiologie, épidémiologie, soins intensifs, chirurgie, etc.). Si la crise s'est finalement bien passée, c'est parce que les gens sur place, les médecins et le personnel se sont mobilisés. »

Il y aura toujours des menaces de maladies infectieuses respiratoires graves. Actuellement, il y a un coronavirus qui provient de la péninsule arabique et un autre qui provient de la Chine. Il faut donc que les médecins qui reçoivent des patients ayant voyagé dans ces pays pensent immédiatement à les dépister dès le triage. La vigilance est donc toujours de mise.

Si demain matin une nouvelle éclosion arrivait, serions-nous prêts? « Il faut rester vigilants et se préparer à toute éventualité. D'ailleurs, la Santé publique effectue une vigie constante de la situation. Le bon côté de la crise est qu'on voit maintenant qu'il y a une culture de la prévention : beaucoup de médecins ont développé le réflexe de placer en isolement les cas qui pourraient s'avérer infectieux et c'est très bien. »



D^{re} MARISA TUCCI
Pédiatre

DEVANT LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

Lors de la crise, D^{re} Tucci était chef de service des soins intensifs. Elle était aux premières loges, en situation de préparation à la grande panique! Mais cette préparation ne s'est pas faite sans heurts. La problématique vécue par D^{re} Tucci avait plusieurs volets : l'espace

physique était là et fin prêt, mais le matériel médical manquait dramatiquement. Si les événements avaient pris la proportion attendue, le personnel de l'hôpital peinait à voir comment il aurait pu accueillir tant de patients dans les espaces et avec les équipements alors disponibles, et surtout, avec les pénuries de personnel anticipées. La priorisation des cas est donc devenue l'élément-clé pour D^{re} Tucci.

« L'hôpital a rapidement mis sur pied un comité de travail pour dresser un plan stratégique et opérationnel. Le plan détaillait l'ensemble des actions en cas de pandémie : le personnel, la distribution des tâches, les réaffectations de personnel entre unités, la division physique et géographique des locaux entre les zones contaminées et les zones non-contaminées, les listes de garde pour les médecins, les questions éthiques à savoir qui aurait des soins, le mode de priorisation, et quoi encore. On a réalisé qu'il manquait beaucoup de personnel et d'équipements comme des ventilateurs. Ça a été réglé par le ministère pour le Québec entier », explique-t-elle. Ainsi, D^{re} Tucci s'est concentrée sur l'organisation générale des services de soins intensifs.

L'exercice fait pour le SRAS était déjà un bon point de départ. Mais ce fut trop peu pour une aussi grande pandémie (annoncée). « Je me rappelle que la communication risquait d'être un gros problème. Au moment où on allait se placer en mode URGENCE, comment allait-on pouvoir transmettre adéquatement l'information aux patients, au personnel, aux familles, et ailleurs? On voyait mal comment tout allait s'orchestrer. Mais il y avait aussi le volet de communication interne : qui allait décider et indiquer au bloc opératoire d'arrêter d'opérer, de changer la vocation d'une unité pour en faire une dite contaminée, etc? Il manquait de clarté, de transparence dans les actions à entreprendre... »

LES PATIENTS ET LE PERSONNEL

Pendant la crise, on a beaucoup parlé des soins aux patients, mais rien n'a été fait au sujet du personnel de l'hôpital pédiatrique, un endroit où l'anxiété est vécue différemment. D^{re} Tucci se souvient que beaucoup de travailleurs sentaient qu'on ne leur accordait pas d'importance. Qui allait s'occuper de la santé du personnel soignant? Qu'arriverait-il s'il y avait pénurie de personnel? Pourquoi n'avait-on pas pensé les prioriser dans la séquence de vaccination? Comment allait-on composer avec du personnel de remplacement ou en provenance d'autres unités? « À un moment donné, il y a eu des décisions, mais ça a trop tardé. La planification provenait généralement de l'administration du centre hospitalier sans réelle concertation avec le personnel soignant. Des décisions ont été prises par des gens qui n'avaient pas l'expérience terrain adéquate pour ce genre de situation : je voyais mal comment ils allaient réussir à convaincre les médecins et les travailleurs du bien-fondé de leurs décisions. »

D^{re} Tucci est d'avis que cette crise a permis de voir ce qui n'allait pas, ce qui pouvait être amélioré et simplifié au besoin!



D^r MARTIN LESSARD
Anesthésiologiste

DEVANT LES SCÉNARIOS SUR PAPIER

Lors de la crise, D^r Martin Lessard n'avait aucune fonction hospitalière, mais avait un rôle de leadership : il était chef de la division des soins intensifs adultes à l'Université Laval, un poste administratif, sans charge clinique ni appartenance à

un hôpital. Il présidait la Table provinciale de concertation réunissant les différents chefs de service de soins intensifs du RUIS de l'Université Laval. « Pendant cette crise, ma responsabilité était de planifier les ressources en soins intensifs adultes pour le RUIS Laval. Je devais gérer une liste de garde d'intensivistes et de consultants à même les unités de niveau 1 de la Ville de Québec, et ce, pour l'ensemble du territoire de l'Est du Québec. »

D^r Lessard se souvient bien de l'urgence de la situation : « Au début, c'était un peu chaotique, ça a pris un peu de temps pour débroussailler le tout. À la fin de l'exercice, on était fin prêt du

côté des soins intensifs. Si, par contre, la vraie pandémie avait eu lieu, les choses auraient été bien différentes. »

Il faut souligner qu'une mise à niveau du parc d'équipement avait préalablement été effectuée pour que chaque lit de soins intensifs soit équipé d'un ventilateur. D^r Lessard a participé à l'achat regroupé de ces items pour les centres hospitaliers de sa juridiction. Puis, le ministère a fait de même pour tout le Québec.

UN PLAN CLAIR, UNE STRATÉGIE GLOBALE

Dans la planification du scénario de crise, plusieurs freins ont été détectés. « On a beau faire les plus belles simulations, si le matériel de base n'y est pas... Multiplier par cinq ou par dix, le nombre de lits en soins intensifs partout au Québec? C'est impensable et irréalisable. »

Dans un contexte plus global, plusieurs groupes ont demandé au ministère d'avoir en mains des algorithmes décisionnels clairs pour déterminer et préciser l'offre de service. Cette demande était faite principalement pour des raisons éthiques, mais aussi pour la planification et la dispensation des soins : dans un cas de

débordement, devant plusieurs personnes, quel patient doit-on prioriser, sur quelle base, comment aviser la famille, etc. « Un tel outil est important parce qu'on ne veut pas que le médecin, une fois sur le terrain, devant les familles, ait à prendre une telle décision sans lignes directrices claires. Un document contenant de grandes lignes vagues n'aide en rien le médecin qui est devant quelques patients et qui doit prendre rapidement une décision. Ce n'est pas facile à faire ; les impacts sont grands et importants : c'est avant tout une décision de société. »

D^r Lessard a retenu de cette crise l'importance pour le Québec de créer un réseau de soins intensifs adultes à l'image du réseau de traumatologie créé en 1994 : des soins intensifs adultes de

niveau 1, 2 et 3 comme les centres primaires, secondaires et tertiaires de traumatologie avec des centres de stabilisation, des critères de transfert et des ressources propres à chacun.

Si une nouvelle pandémie frappait le Québec demain matin, D^r Lessard est catégorique : « il faudrait tout recommencer. D'abord, parce qu'on n'a pas conservé la planification de 2009, puis parce que les centres hospitaliers n'ont peut-être pas tous respecté la demande du ministère pour le maintien du parc de ventilateurs. Malheureusement, le réseautage provincial en soins intensifs de niveau 1, 2 et 3 n'a pas été effectué et les corridors de transferts ne sont toujours pas établis. »



D^r KARL WEISS
Microbiologiste-infectiologue

DEVANT LES CAMÉRAS

Cette crise, D^r Weiss s'en souvient bien puisqu'il était souvent au premier plan, devant les caméras pour expliquer et vulgariser ce qui était rapporté tant dans les médias que sur la rue. Il était bien placé pour voir arriver la première vague de l'épidémie qui a été ressentie

dès le printemps 2009. À ce moment, trois hôpitaux de la région montréalaise ont constaté une nette augmentation de cas : l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital général juif de Montréal et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Les autres centres hospitaliers ont aussi vu des cas, mais dans une moindre mesure.

Cette première vague a envoyé des signaux clairs aux autorités de santé. Elle a demandé une implication plus grande de la part du personnel médical pour composer avec l'augmentation de la charge clinique, les demandes médias, les nombreuses réunions notamment pour la planification, et plus. Si bien qu'à l'arrivée de la deuxième vague, les professionnels de la santé étaient déjà mieux préparés.

Les autorités de la Santé publique, par souci de transparence, ont tenu des points de presse tous les jours ou presque pour faire état de la situation dans les centres hospitaliers et les centres de vaccination ou pour faire état de la surveillance de l'épidémie. Cette information relayée avec insistance par certains médias, a quelque peu contribué à créer de l'incertitude, parfois de la panique, souvent de l'incompréhension quant à la situation globale. C'est là que D^r Weiss répondait aux questions, même les plus élémentaires.

« En 2009, avec les informations qui circulaient dans les médias, tout le monde s'attendait à une épidémie aussi importante que celle de la peste moyenâgeuse ou celle de la grippe espagnole. Une épidémie où, dans l'imaginaire populaire, l'on aurait eu à incinérer des corps par milliers, dit-il. On s'attendait à des désastres en termes de pertes de vies, mais heureusement rien de tout ceci n'est arrivé. »

Alors, que s'est-il passé au juste ? Sachant quel était le virus en cause, tous les yeux se sont tournés vers la prévention et le traitement de la grippe. La demande pour un vaccin antigrippal a été telle que c'est elle qui a « créé » la pandémie. « Malheureusement, il faut le dire, il y a eu un certain cafouillage au niveau de la vaccination. Pour le reste, le réseau de la santé était fin prêt : on savait comment réagir. On avait déjà vu des cas, on savait comment donner les immunoglobulines, les antiviraux et autres médicaments. C'était déjà bien rodé. »

UN RÉSEAU FIN PRÊT

D^r Weiss est d'avis qu'un pays occidental aux méthodes bien structurées peut se désorganiser rapidement devant une situation difficile si l'on n'a pas une approche très organisée, voire militaire, quant à la gestion de désastres majeurs. Pour illustrer ses propos, il explique que les administrateurs peuvent gérer des cliniques connaissant une augmentation sensible du taux d'achalandage lié aux pics d'influenza, mais quand le tout prend de l'ampleur, qu'il faut gérer l'ensemble, ça met beaucoup de pression sur le système et il importe d'agir avec ordre et méthode.

Selon D^r Weiss, le problème qui a été vécu en a essentiellement été un de gestion, de disponibilité et de distribution des vaccins. « Quand les premiers vaccins sont arrivés, ça a été une situation difficile pour tout le monde. Le ministère de la Santé voulait que tous les patients soient vaccinés dans un point de service précis : les CLSC. Or, les patients vulnérables ou immuno supprimés se trouvaient, pour la plupart, déjà hospitalisés ou suivis de près par un centre hospitalier. C'est là qu'ils auraient dû recevoir leur vaccination. Pourquoi obliger ces patients déjà fragilisés à se déplacer vers d'autres lieux quand tout peut être centralisé ? »

L'histoire rapporte qu'en 1918, la grippe, qui n'avait d'espagnol que son nom, a fait près de 70 millions de morts. À cette date, le virus de l'influenza n'avait pas encore été formellement isolé : il n'y avait ni antibiotiques ni antiviraux ni méthode diagnostique. Le virus a été isolé en 1930.

D^r Weiss est catégorique : « Si c'était à refaire, je souhaiterais une meilleure organisation en termes de vaccination. Des points de vaccination auraient dû se trouver partout et les autorités de la Santé publique auraient dû voir à libérer des antiviraux et moins exercer de peur sur les populations. »



PAR PATRICIA KÉROACK

Comprendre jusqu'à la source

Lorsqu'il est question de fibrillation atriale (aussi appelée fibrillation auriculaire), immédiatement le nom de Dr Stanley Nattel vient à l'esprit tant pour ses travaux de recherche que pour sa vision et ses précieux enseignements. La notoriété de ce cardiologue dépasse largement les frontières du Québec : ses travaux sont reconnus tout autour de la planète.

Dr Nattel n'a aucun souvenir du pays où il est né (Israël) : sa famille ayant émigré au Québec alors qu'il avait à peine un an et demi. Montréal est rapidement devenu son nouveau port d'attache, une ville qu'il ne quittera plus sauf pour aller parfaire sa formation aux États-Unis. Son affection pour Montréal est réelle et profonde. C'est ici qu'il a décidé d'y établir sa vie, sa famille et son travail. Pour y rester, il a d'ailleurs décliné des offres pourtant très intéressantes. « Pas question de quitter Montréal, encore moins de quitter l'Institut de Cardiologie de Montréal », nous dit-il avec conviction.

Dès ses premières années à l'école, le jeune Stanley se découvre une passion pour les sciences. Il découvre aussi la collaboration et l'entraide. Ce travail d'équipe est, pour lui, source de motivation : il aime expliquer, démontrer, se mesurer et apprendre de ceux qui l'entourent. Mais devant choisir entre la physique, qu'il affectionne particulièrement, et la médecine, il préfère cette dernière pour l'interaction avec les gens, et pour la possibilité de les aider et de résoudre leurs problèmes.

Pendant sa formation médicale, il découvre la cardiologie : sa destinée se précise chaque jour. D'un côté, il aime les soins aigus, la vitesse et la minutie des actions nécessaires pour sauver la vie des gens, puis, de l'autre, il découvre la physiologie cardiaque et l'électrophysiologie, plus mathématique et structuré, plus près de la physique.

Pendant son stage en cardiologie, il collabore à des projets de recherche, puis fait un passage du côté de la pharmacologie clinique à l'Hôpital général de Montréal. Ce sera déterminant. Il verra l'incidence des médicaments pour traiter les problématiques cardiaques. Pour approfondir cette sphère d'activité, il part faire un *fellowship* à l'Université de l'Indiana, reconnue pour son expertise en électrophysiologie. Même si, pendant son *fellowship*, il garde des liens constants avec son *alma mater*, il se demande s'il restera aux États-Unis ou s'il reviendra à Montréal, une fois sa surspécialité terminée. Mais son attachement pour le Montréal cosmopolite, où parents et amis habitent encore, l'emportera. L'Hôpital général de Montréal lui offre alors un poste en pharmacologie clinique et cardiologie.

En 1987, l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) lui fait une offre qu'il ne peut refuser ! Pionnier de recherche clinique et fondamentale en électrophysiologie à l'Hôpital général de Montréal, l'ICM l'invite à développer le volet de recherche fondamentale. Il accepte et ne quittera plus cette institution. « L'ICM regorge de grands noms et de grands espoirs en recherche. Le sentiment d'appartenance est très développé et la collégialité se fait sentir à tous les niveaux, de la cuisine aux



DR STANLEY NATTEL

Cardiologue

laboratoires de recherche, contrairement à d'autres endroits renommés pour leur compétitivité, comme ce que l'on retrouve aux États-Unis. C'est un centre reconnu de par le monde et il n'y a pas d'égal ailleurs ! À l'Institut, nous recherchons toujours l'excellence et voulons le meilleur pour nos patients, et tout le monde travaille en ce sens », nous dit-il sereinement.

UN DOMAINE QUI FAIT DES PAS DE GÉANT

L'électrophysiologie cardiaque est un domaine qui a grandement évolué au cours des dernières années. Les défibrillateurs et autres dispositifs sont devenus encore plus sophistiqués, les techniques d'ablation du tissu arythmogène progressent énormément : la compréhension du rôle des canaux ioniques cardiaques et du remodelage tissulaire dans le développement de l'arythmie, aussi. Dr Nattel aime expliquer que les arythmies ne sont plus conçues aujourd'hui comme étant des accidents électriques isolés, mais bien qu'elles sont fonction d'une physiopathologie globale du cœur. L'utilisation de la pharmacologie et le recours à l'ablation ont aussi changé : on intègre maintenant beaucoup plus la prévention dans l'arsenal de traitement.

L'ÉLECTROPHYSIOLOGIE CARDIAQUE EST UN DOMAINE QUI A GRANDEMENT ÉVOLUÉ AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES. LES DÉFIBRILLATEURS ET AUTRES DISPOSITIFS SONT DEVENUS ENCORE PLUS SOPHISTIQUÉS : LA COMPRÉHENSION DU RÔLE CARDIAQUE ET LE REMODELAGE TISSULAIRE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE L'ARYTHMIE, AUSSI.

Dr Nattel se spécialise particulièrement dans la fibrillation atriale, un domaine qui le passionne et le transporte en notions de toutes sortes dès que la porte est un tant soit peu entr'ouverte. Cette sphère d'activité offre de nombreux défis liés à la pharmacologie. Et les approches ablatives ont ouvert de nouvelles perspectives de traitement.

Malgré les pas de géant effectués en médecine personnalisée, la pharmacologie personnalisée est encore limitée. Les connaissances sont toujours imparfaites, la notion de la physiopathologie actuelle et l'approche existe et prendra une place grandissante dans l'avenir. « Quand je traite un patient avec une fibrillation atriale, à l'urgence ou dans mon bureau, je prends beaucoup en considération la physiopathologie probable pour effectuer mon choix de médicaments, de traitement et même pour faire de la prévention, etc. Mais ce rôle va évoluer dans le futur. On fait des pas de géant en ce sens, ne serait-ce qu'au niveau de la technologie. D'ici dix ans, on aura accès à plus de traitements personnalisés que ce qu'il est possible d'imaginer aujourd'hui. J'aime bien m'imaginer en devin pour voir les médecins de l'an 2025 dire combien les traitements dispensés dans les années 2010 étaient primitifs! » dit-il en riant.

POURUIVRE LA RECHERCHE

Divers mécanismes de la fibrillation atriale sont étudiés dans les laboratoires de D^r Nattel, notamment, pour évaluer les morbidités et mortalités dans des modèles *in vivo*, pour identifier de nouvelles cibles thérapeutiques, pour approfondir de nouveaux canaux de transport de courant ionique atrial, pour évaluer le rôle du remodelage atrial, et bien d'autres.

Ses travaux ont d'ailleurs été reconnus par les plus grandes équipes de recherche au monde. Il est constamment invité à donner des cours et à faire des présentations magistrales lors de congrès internationaux. Sa renommée lui a valu de nombreux prix et récompenses de carrière. Elle ouvre également la porte à de nouveaux projets scientifiques, permettant de connecter les travaux d'éminents chercheurs du monde entier. À titre d'exemple, D^r Nattel est le coordonnateur nord-américain de l'Alliance européenne-nord-américaine contre la fibrillation auriculaire. Avec un confrère européen, D^r Dobromir Dobrev, tous deux travaillent sur un projet de recherche portant sur le rôle du calcium dans la fibrillation auriculaire, au niveau de la génétique, de la biologie moléculaire et de la cellule. Les deux chercheurs sont accompagnés dans leurs travaux par une douzaine de chercheurs provenant de la France, des Pays-Bas, des États-Unis et de l'Allemagne.

D^r Nattel entretient également une collaboration étroite avec la prestigieuse Faculté de médecine de l'Université de Harbin de Chine, où il se rend chaque année. Cette collaboration lui a valu en 2012 d'être nommé professeur honorifique. Plusieurs des *fellows* qui sont passés par son laboratoire à l'ICM occupent des postes importants à cette université.

La liste ne fait que commencer puisqu'il a d'autres collaborations avec des chercheurs de partout au monde : Hollande, Chine, Israël, États-Unis, Italie, Espagne, Angleterre, Suède, Danemark, Japon, Hongrie (où il vient de recevoir un doctorat honorifique de l'Université de Szeged pour l'ensemble de ses travaux), etc.

RESTER PROCHE DE SES PATIENTS

D^r Nattel a beau être parmi les plus grands chercheurs au monde, il reste profondément attaché à ses activités cliniques et il continue à se poser les mêmes questions à l'arrivée de tout nouveau patient : Pourquoi ? Comment ?

Dans son travail, il a souvent vu des patients qui arrivaient à l'urgence avec certains symptômes cardiaques. Sur place, les médecins trouvaient le traitement approprié pour stabiliser leur condition. Mais, à long terme, ce traitement devenait souvent sans effet et les patients revenaient à l'urgence avec les mêmes symptômes. Cette situation se retrouve dans plusieurs sphères d'activité en médecine. Et c'est ce genre de problématique clinique qu'affectionne particulièrement D^r Nattel. C'est pourquoi il cherche toujours à comprendre la physiopathologie derrière la présentation clinique. Il constate que les symptômes sont généralement associés à des facteurs pourtant bien présents, mais dissimulés, parfois difficiles à retracer. Cette approche est à l'opposé de la méthode de travail par algorithme. Elle prend du temps, de la minutie et beaucoup de recherche.

ET DE SES ÉTUDIANTS... POUR LE FUTUR DE LA SCIENCE

Très engagé sur le plan de l'enseignement universitaire, D^r Nattel est associé à la fois à l'Université McGill et à l'Université de Montréal. Principalement chargé de la formation postdoctorale des résidents et des *fellows* en milieu hospitalier, il enseigne aussi les principes de l'électrophysiologie aux étudiants de médecine. La compréhension globale du traitement sur une base mécanistique étant pour lui plus importante, il fonde son enseignement sur cette approche qui intègre la recherche, les données les plus à jour, mais surtout la compréhension globale avant toute intervention ponctuelle.

D^r Nattel veut inculquer à ses élèves le réflexe du questionnement : toujours se demander comment aller plus loin, comment pousser sa réflexion au-delà des limites du connu, du confort. Avec lui, pas question de faire uniquement du « par cœur », ni de se baser uniquement sur le diagnostic différentiel. Les algorithmes décisionnels doivent comprendre plus que des notions médicales et pharmacologiques : ils doivent aussi être accompagnés de notions de prévention et d'une foule d'autres facteurs que les médecins doivent adapter à chaque individu.

D^r NATTEL VEUT INCULQUER À SES ÉLÈVES LE RÉFLEXE DU QUESTIONNEMENT : TOUJOURS SE DEMANDER COMMENT ALLER PLUS LOIN, COMMENT POUSSER SA RÉFLEXION AU-DELÀ DES LIMITES DU CONNU, DU CONFORT. AVEC LUI, PAS QUESTION DE FAIRE UNIQUEMENT DU « PAR CŒUR », NI DE SE BASER UNIQUEMENT SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Son approche de recherche, il la dit « translationnelle », c'est-à-dire qu'elle fait le lien entre le côté dit fondamental et le volet appliqué, soit les conséquences cliniques. Cette approche, il a su la conserver intacte tout au long de sa carrière et il s'est efforcé de la transmettre à son entourage, à ses étudiants et lors de ses présentations qu'il fait à travers le monde. Pourtant, cette approche est aux antipodes de la définition initiale faite par les chercheurs désireux que soient séparées les activités de recherche fondamentale et de clinique. Par ses travaux, ses réussites et sa ténacité, D^r Nattel a réussi à prouver le contraire.



PAR MATHIEU HUOT,
M. FISC., PL. FIN.
Fiscaliste et planificateur
financier

Joindre l'utile à l'agréable

De nombreux médecins ont fait le choix d'incorporer leur pratique professionnelle pour diverses raisons : fractionnement de revenu dans l'unité familiale, report d'impôts en laissant une partie des revenus dans la société à des fins d'investissement, et autres considérations. D'autre part, certains médecins n'ont tout simplement pas incorporé leur pratique professionnelle parce qu'ils ne pouvaient profiter des avantages fiscaux potentiels qui en auraient découlé. Je m'adresse donc, aujourd'hui, à ces médecins.

La constitution d'une société par actions comporte des coûts annuels supplémentaires. Prendre la décision d'incorporer votre pratique implique que vous pouvez rentabiliser ces coûts supplémentaires grâce aux avantages fiscaux que peut procurer l'incorporation. Nous avons évalué qu'en épargnant plus de 50 000\$ par année dans la société, l'avantage fiscal que génère le report d'impôts est suffisant pour justifier l'incorporation de la pratique professionnelle. Toutefois, avant d'épargner dans la société, il est préférable de maximiser d'abord les abris fiscaux tels que le REER (plafond de cotisation de 23 820\$ en 2013) et le CELI (plafond de contribution de 5 500\$ en 2013). Pour certains médecins spécialistes, l'épargne personnelle annuelle se limitait aux cotisations REER et CELI; ils n'avaient donc pas la possibilité d'épargner davantage dans une société. Les nouvelles hausses de tarification pourraient fournir une belle occasion de changer cette situation.

Dans l'exemple suivant, nous avons simulé l'avantage annuel possible de l'incorporation pour un médecin de 50 ans désirant prendre sa retraite à l'âge de 67 ans. Nous avons présumé que le médecin en question maximisait ses cotisations à son REER et à son CELI, et qu'il disposait d'une somme supplémentaire de 50 000\$ à investir dans sa société.

Exemples de l'avantage annuel	Résultats
Économie fiscale annuelle	28 124\$
Épargne supplémentaire annuelle	25 124\$
Actifs nets supplémentaires à la retraite*	134 783\$
Actifs nets supplémentaires à la retraite en dollars d'aujourd'hui*	92 333\$
Avantage annuel de l'incorporation*	5 431\$

* En supposant la liquidation des actifs.

Vous remarquerez que l'incorporation de la pratique professionnelle aura permis d'accumuler une somme supplémentaire de près de 135 000\$. En dollars d'aujourd'hui, cela représente un avantage annuel de plus de 5 000\$. Il est très important de préciser que cette analyse tient compte d'un déboursé annuel supplémentaire de 3 000\$ pour les frais d'incorporation, afin de refléter les coûts reliés aux déclarations de revenus de la société, aux résolutions annuelles, etc.

À titre informatif, l'avantage grimpe à plus de 9 000\$ par année si l'épargne annuelle dans la société est de 80 000\$. Cet exemple n'évalue que l'avantage du report d'impôts (l'épargne conservée dans la société). Si votre situation familiale vous permet également de fractionner une partie de vos revenus avec votre conjoint(e) ou vos enfants majeurs¹, l'avantage annuel peut augmenter d'autant plus rapidement.

Toujours à titre informatif, si la personne avec qui vous désirez fractionner ne gagne aucun revenu, il est possible de lui verser une somme de près de 14 000\$ en dividende sans qu'elle ait à payer aucun impôt ni charge sociale. De plus, il serait même possible de lui verser jusqu'à plus de 43 000\$ en dividende tout en n'ayant aucun impôt ni charge sociale à déboursé au fédéral, et en acquittant environ 3 000\$ en impôts et charges sociales au provincial. Le fractionnement de revenu est donc une stratégie très efficace lorsque la situation l'indique. Il est possible de verser des dividendes à un membre de la famille en l'intégrant à l'actionariat de l'entreprise, ou par l'intermédiaire d'une fiducie familiale dont le membre est bénéficiaire.

Mais ce n'est pas tout! Une fois incorporé, plusieurs stratégies connexes permettent d'optimiser encore davantage la rentabilité de l'exercice de votre profession par le biais d'une société par actions :

- Détention des polices d'assurance vie par l'entremise de la société;
- Possibilité de déduire des frais de bureau à domicile;
- Choix de votre rémunération (salaire, dividende);
- Optimisation fiscale des placements;
- Autres mesures : Régime de retraite individuel, résolutions fiscalement avantageuses, investissement dans une société de gestion, etc.

Une analyse approfondie par une équipe spécialisée en la matière devient essentielle afin d'optimiser toutes les possibilités, selon votre situation. L'équipe de la Financière des professionnels possède tous les outils pour évaluer en profondeur l'avantage fiscal de l'incorporation de votre pratique. Communiquez avec votre conseiller pour en savoir plus!

¹ Il n'est pas avantageux fiscalement de verser un dividende à un enfant mineur.



PAR CHANTAL AUBIN

Directrice et adjointe
au directeur général
Courtier en assurance
de dommage

Assurance pour les copropriétés

Mieux comprendre les particularités

Lorsqu'un sinistre survient dans un immeuble en copropriété, cela peut parfois occasionner des maux de tête aux intervenants impliqués : assureurs, syndicats, copropriétaires. Au départ, il faut savoir qu'une copropriété nécessite deux types de contrat d'assurance. L'un est souscrit par le syndicat des copropriétaires et l'autre, par chaque copropriétaire, individuellement.

Déterminer quel contrat d'assurance s'appliquera lors d'un sinistre n'est donc pas toujours aisé. Voici quelques pistes pour vous aider à y voir plus clair.

LE CONTRAT D'ASSURANCE DU SYNDICAT DES COPROPRIÉTAIRES

Tout syndicat est tenu légalement de souscrire une telle assurance, qui couvre principalement le bâtiment lui-même, c'est-à-dire :

- les parties à usage commun (corridors, murs, ascenseurs, etc.);
- les parties communes à usage exclusif (balcons, aires de stationnement privées, etc.);
- les parties privatives (chaque unité d'habitation telle que construite à l'origine).

Une garantie existe pour le contenu, soit les biens meubles appartenant au syndicat (ex. : outils, chaises dans le hall d'entrée,

etc.). De plus, le syndicat est couvert pour sa responsabilité civile et une protection optionnelle est offerte pour celle des administrateurs et des directeurs de l'immeuble.

LE CONTRAT D'ASSURANCE DU COPROPRIÉTAIRE

Si la « structure » dans laquelle vous habitez est protégée par l'assurance de votre syndicat, il en va tout autrement pour vos meubles, vêtements, vaisselle; bref, pour tous vos biens personnels. D'où la nécessité de vous procurer une assurance habitation pour copropriétaire occupant, qui couvre vos biens, tant sur les lieux assurés qu'à l'extérieur, ainsi que votre responsabilité civile. Ce contrat contient également d'autres garanties propres aux copropriétés.

Améliorations aux parties privatives – Les installations d'origine de votre unité d'habitation sont couvertes par le contrat de votre syndicat. Mais si vous ou un propriétaire précédent avez fait des rénovations importantes – ex. : changer le comptoir de mélamine par du granit –, la valeur de ces améliorations doit être couverte par votre propre assurance personnelle afin qu'en cas de sinistre, vous soyez indemnisé en conséquence. Il importe donc d'aviser votre assureur de toute amélioration qui a été apportée.

D'autre part, advenant que l'assurance de votre syndicat ne suffise pas à couvrir un sinistre assuré par son contrat, c'est le contrat de chaque copropriétaire qui devra couvrir la différence.

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

SOGEMEC ASSURANCES
filiale de la



FÉDÉRATION
DES ASSOCIÉS
DES ASSURÉS
DU QUÉBEC

Il en va donc de votre intérêt d'exiger une attestation d'assurance de vos administrateurs chaque année. Et si vous croyez que la couverture est insuffisante, vous devez leur faire part de vos préoccupations.

Frais de subsistance – Cette garantie couvre vos frais de subsistance supplémentaires ainsi que la valeur locative en cas d'un sinistre couvert qui rendrait votre habitation inutilisable ou si les autorités civiles en interdisaient l'accès.

Clause de répartition – À la suite d'un sinistre touchant les parties communes, et en cas d'absence ou d'insuffisance des assurances de votre syndicat, ce dernier pourrait exiger une cotisation spéciale de tous les copropriétaires comme prévu dans votre déclaration de copropriété. Cette répartition est couverte par votre contrat d'assurance copropriétaire occupant en tant que garantie complémentaire.

LA CONVENTION D'ADHÉSION DU BAC : UN ATOUT POUR TOUS

Le 1^{er} janvier 2009, le Bureau d'assurance du Canada (BAC), en collaboration avec les assureurs, a publié la *Convention d'adhésion pour le règlement des sinistres en copropriétés divisées* et le *Tableau du partage de l'indemnisation*. Bien que l'adhésion à cette convention soit facultative, la plupart des assureurs l'ont signée, incluant La Personnelle, car elle permet réellement d'accélérer et de faciliter le traitement des réclamations. Le tableau du BAC comprend une vingtaine de rubriques très détaillées qui permettent d'établir clairement qui paie quoi.

Quelques exemples de partage d'indemnisation tirés du tableau du BAC

Contrat d'assurance du syndicat	Contrat d'assurance du copropriétaire
Accessoires de salle de bain d'origine (bain, douche, lavabo, toilette)*	Accessoires de salle de bain si amélioration*
Armoires de cuisine d'origine	Armoires de cuisine si amélioration
Ascenseurs, balcons à usage privé, chauffe-eau	Chauffe-eau (si loué ou si amélioration)
Murs, portes d'accès à l'immeuble, dans les locaux communs et dans les parties privatives	Portes de la partie privative si amélioration
Revêtements de sol d'origine	Revêtements de sol si amélioration
Systèmes de canalisation, de chauffage, de climatisation	Frais de subsistance supplémentaires, d'entreposage et de déplacement des biens du copropriétaire
Escaliers, locaux communs (cave, cours, garage, jardin, passages, stationnements, voies d'accès)	Accessoires, ornements et luminaires si amélioration
Nettoyage et peinture de la partie privative et des améliorations	
Accessoires, ornements et luminaires d'origine	

*Les dommages causés aux biens à l'origine du sinistre étant exclus.

CONDO LOUÉ À UN TIERS

Vous êtes propriétaire d'un condo et avez décidé de le louer. Bien que ce soit la responsabilité de votre locataire d'assurer ses propres biens, il est important qu'à titre de copropriétaire vous déteniez minimalement une assurance qui vous offrira une protection en responsabilité civile de même qu'une protection pour les améliorations aux parties privatives. Idéalement, votre assurance devrait également vous couvrir pour les pertes de loyers ainsi que pour vos biens meubles (si le condo est loué meublé).

UN ENGAGEMENT DANS L'INTÉRÊT DES COPROPRIÉTAIRES

La Personnelle, le plus important assureur de groupe au Québec, a adhéré à la Convention du BAC dès son entrée en vigueur.

Cet engagement entraîne une collaboration avec les autres assureurs dans le but d'effectuer les réparations des dommages de façon diligente et efficace. Le respect des règles édictées par le BAC permet un traitement plus rapide de vos réclamations. Cela illustre bien l'importance que La Personnelle accorde au service de ses assurés.

En conclusion, il est important d'aviser l'administrateur de votre syndicat des copropriétaires dès qu'un sinistre survient puisque la réclamation pourrait relever en partie ou en totalité de l'assurance du syndicat.

Pour obtenir plus de détails ou pour demander une soumission d'assurance auto, habitation ou entreprise, composez le 1 866 350-8282 ou encore visitez sogemec.lapersonnelle.com.

Les garanties énumérées dans ce texte ne sont ni exhaustives ni complètes et ont été résumées pour en abrégier le contenu. Nous vous référons à votre contrat pour tous les détails, les montants et le texte complet.



PRESIDENT'S EDITORIAL

DR GAÉTAN BARRETTE

Bring on the Bills!

Three Bills will have had an impact on our society in 2013. Bill 52 (end-of-life care), Bill 60 (the famous Charter), and a still unnumbered Bill (the so-called autonomy insurance). Three Bills, three Ministers, three approaches. A lesson in politics. What a society is capable of: a demonstration.

To start at the very beginning: Bill 52. Already recognized as an example of what politics should be, it is the result of the efforts of one Minister, Mme Véronique Hivon who, no matter what the final vote will decide, has seen this project through with patience, intelligence and the greatest respect for the subject, the public and parliamentarians. One had to have followed the parliamentary committee's sessions to see it. I saw a profound understanding of a complex subject by a Minister who arrived at an opinion she defended with the greatest determination. An example, I said. Probably too rare.

Then, there is Bill 60. Another Minister, another set of mores. In this case, there were no preliminary studies, only internal polls. No consultation with experts. No stock-taking. No impact study. Not even a formal Bill at the beginning, just a well-orchestrated series of leaks. Finally, a Bill even more rigid than what had been revealed through the leaks! What needs to be highlighted here? Some have spoken of manipulating public opinion, others of pure electioneering. But, there was determination. As for the rest, including the manner... In addition, there's this mania, borrowed from Mr. Harper's Conservatives, through which every project becomes an omnibus Bill that is used to carry through what would otherwise be impossible. In this case, it's every government's wet dream, to remove the status of self-employed professionals from medical doctors. The Minister will claim that it's only for the application of this Law in particular. The manoeuvre is no less unacceptable for all that.

Finally, autonomy insurance. A blend of the other two. Not a formal Bill, but a simple, very simple white paper. The subject is well-known, the analyses done and redone by all administrations for the last 15 years. Always the same recommendations. But here, we are presented with a grand-sounding title, an "insurance" for a very real problem - population aging - and one of the well-known solutions: home care. And yet, in his report last June 5th, the Auditor General of Quebec had read the situation and commented on it. The government's actions are there, but they are badly coordinated, badly managed, badly applied. So, why not start there? Begin by doing well what we already do before creating new structures and incurring new expenses.

Three Ministers, three Bills, three approaches. Is society well served?

**THREE MINISTERS,
THREE BILLS,
THREE APPROACHES.
IS SOCIETY
WELL SERVED?**

In the case of Bill 52, yes! Here, the political class stood up and transposed into a Bill the way in which the majority's thinking has evolved, in all evidence. However, this is a subject of extreme delicacy, both profound and, we must not forget, linked to the religious culture of this same majority. We said it and repeat, this Bill reveals the hand of a master. Bravo!

In the case of Bill 60, we'll see. And yet, this Bill deals with a subject that is ALSO linked to religious culture and, thus, by definition is just as delicate, just as profound. But here, it was decided to confront that of the majority to that of the minority. No white gloves. A hardening of attitudes, finally. It will also be said here that it was to transpose into law the way in which the majority's thinking has evolved.

In Bill 52, the benefits are for the citizen, one by one, and never causing harm to another. In Bill 60, the benefits are harder to define: they're defensive and aim to preserve the heritage identifying the majority. It does cause prejudice, no matter how minimal, to the other. It's a good thing the debate is still open!

As for the non-Bill on autonomy insurance, that's what it is in reality. What an excellent exercise of stating the obvious. We don't need to belabour the point for the moment, since everything has already been said by the Auditor General and by Claude Castonguay during the parliamentary committee, last November 19th, when he stated that the Bill was "not really necessary" and that it wasn't a "real insurance plan." Also according to Mr. Castonguay: "There is no contribution, which means that the plan would be financed solely through budgetary transfers. There would be no capital built-up (...) and we know that intergenerational transfers are to be avoided at all costs!"

Ah! When we want to make our mark on history!

A strange year, all in all! It confirms once again what we all know: human beings are capable of the best and the worst.

I can't wait for 2014!

In all solidarity!



SERVICES AUX MEMBRES

AVANTAGES COMMERCIAUX



Nos filiales et partenaires méritent votre confiance.

Vous gagnez à les découvrir !

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

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



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
SPÉCIALISTES
DU QUÉBEC

NOS FILIALES

Financière des
professionnels

fprofessionnels.com
1 888 377-7337

Sogemec
ASSURANCES

sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES

laPersonnelle

sogemec.lapersonnelle.com
1 866 350-8282

DELTA
HÔTELS ET ALLEGATURES

1 888 890-3222

GROUPE SOLUTION

groupesolution2.com
1 877 795-9399

ESTRIMONT
ESTÉREL
RESORT

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

HÔTEL
MANOIR VICTORIA
HÔTEL
MANOIR SAINT-SAUVEUR

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

HYATT
REGENCY
MONTREAL
CENTRE-VILLE

montreal.hyatt.ca
1 800 361-8234

Desjardins

desjardins.com
1 800 CAISSES

evenko.ca

evenko.ca
514 925-2124

71
SAINT
PIERRE

hotel71.ca
1 888 692-1171
auberge-st-pierre.com
1 888 268-1017

HÔTELS
Fairmont

fairmont.com
1 800 441-1414

Marriott
MONTREAL
CHATEAU CHAMPLAIN

montrealchateauchampain.com
1 800 200-5909

DOMAINE
CHATEAU-BROMONT

chateaubromont.com
1 888 276-6668

clubvoyages
Berri

berri.clubvoyages.com
1 888 732-8688

TELUS

telusmd.com
1 866 673-5080

RBC

rbcbanqueroyale.com/sante
1 800 807-2683

FOUR POINTS
CENTRE DE CONGRÈS
ET D'ÉVÉNEMENTS

centrecongreslevis.com
1 888 838-3811

Multi-D
FIDI

multid.qc.ca
1 800 363-3068

HÔTELS VILLEGIA

hotelsvillegia.com
1 877 845-5344

HILTON
WORLDWIDE

fr.hiltonworldwide.com
514 305-1155

LE MASSIF
DE CHARLEVOIX

lemassif.com
1 877 536-2774

Château
Mont-Sainte-Anne
CHATEAUMSA.COM

chateaumontsainteanne.com
1 866 900-5211

Hôtel Rimouski

hotelrimouski.com
1 800 463-0755

IL NE MANQUE QUE VOUS !



Docteur, libérez-vous.

Nos spécialistes attachent toutes les ficelles pour vous.

Multi-**D**
FIDL

Fier partenaire:



www.plusdetemps.ca
1-800-363-3068