

S

Le Spécialiste

FMSQ

Été 2023



Environnement et santé,
une triste équation...

MAIS DES PISTES DE SOLUTIONS!

- Gaz anesthésiants
- Aérosols-doseurs
- Maladie de Lyme



Quand les médecins
spécialistes innovent



Médecins spécialistes
et leadership au féminin



La COVID longue
porte bien son nom



Un modèle de gériatrie sociale
pour ajouter de la vie aux années

DANS CETTE ÉDITION

3 persée : quand les médecins spécialistes innovent

Vitrine de l'innovation visant à mettre en lumière les solutions créatives que ses membres proposent

4

Environnement et santé,
une triste équation...
mais des pistes de solutions!



Le Spécialiste est publié par
la Fédération des médecins
spécialistes du Québec

LE MAGAZINE EST PRODUIT
PAR LA DIRECTION DES AFFAIRES
PUBLIQUES
ET DES COMMUNICATIONS

RÉDACTION ET PUBLICITÉ

 dapo@fmsq.org

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

DÉPÔT LÉGAL
2^e trimestre 2023
Bibliothèque nationale
du Québec
ISSN 1206-2081

17

Médecins spécialistes et leadership au féminin

Les lauréates des prix Irma-Levasseur et
Marthe-Pelland 2023 ont fondé leurs carrières
respectives sur une double passion : les
sciences pures et les sciences humaines.

24

La COVID longue porte bien son nom

Près de 15% des personnes qui ont
contracté la COVID-19 en subissent encore
les contrecoups quelques semaines ou
quelques mois plus tard, voire depuis la
première vague, au printemps 2020.

27

En avant la musique!

En avril dernier, le Doc Show a fait
sa grande rentrée dans la métropole
au profit d'Autisme Montréal.

29

Un modèle de gériatrie sociale pour ajouter de la vie aux années

La Fondation de la Fédération des
médecins spécialistes du Québec amorce
une nouvelle collaboration en gériatrie
sociale avec la Fondation AGES.

QUAND LES MÉDECINS SPÉCIALISTES INNOVENT

La Fédération des médecins spécialistes du Québec a créé *persée*, une vitrine de l'innovation visant à mettre en lumière les solutions créatives que ses membres proposent pour contribuer à l'adaptation du réseau de la santé au XXI^e siècle.

L'innovation en santé permet d'anticiper et de s'adapter à un monde en perpétuel mouvement. Elle peut prendre différentes formes dans le quotidien des médecins spécialistes, qu'ils souhaitent améliorer leur propre clinique, leur département, leur hôpital ou, plus encore, le parcours de leurs patients. « Innovation signifie parfois technologie, mais pas toujours, reconnaît le D^r Vincent Olivier, président de la FMSQ. Ce peut aussi être de nouvelles façons de faire, des actions dont nous ne sommes pas toujours informés. Nous voulons donc propager ces bonnes idées dans le but qu'elles en inspirent d'autres. »

Annoncée en décembre 2022, la vitrine de l'innovation *persée* a pour objectif de dénicher ces initiatives et de les publiciser pour que d'autres emboîtent le pas aux médecins spécialistes qui les ont initiées, l'objectif ultime étant d'assurer l'excellence des soins à la population québécoise. Cette vitrine se positionne toujours avec le patient en tête, en faveur de la multiplication des pratiques innovantes et des avancées technologiques.

Le médecin qui souhaite partager une de ses réalisations n'a qu'à remplir un [formulaire](#) qui sera ensuite analysé par un [comité consultatif](#) composé d'experts ayant pour mandat d'apprécier les projets soumis et de choisir la meilleure façon de faire rayonner ces initiatives, tant auprès de la population que des membres de la FMSQ.



La création de valeur en cinq étapes

1. **Identification** : partager la volonté des médecins spécialistes de prendre part aux changements.
2. **Valorisation** : illustrer l'apport des innovations en médecine pour les patients.
3. **Éducation** : apprendre entre médecins spécialistes et professionnels.
4. **Co-développement** : travailler avec les acteurs du réseau à l'implantation des innovations.
5. **Déploiement réseau** : faire reconnaître la FMSQ comme un leader dans l'amélioration des soins de santé au Québec.

Les grandes catégories d'innovations visées sont :

- La gestion des listes d'attente
- L'amélioration de l'accès aux soins
- Les alternatives à l'hospitalisation
- La médecine de précision
- L'amélioration de la qualité et de l'accès aux tests

La porte est aussi ouverte à la promotion d'autres types d'innovations. C'est ainsi qu'un projet soumis à *persée*, qui portait sur les gaz anesthésiants, a immédiatement trouvé sa voie de diffusion : le dossier Environnement, dans le présent numéro du *Spécialiste*. Il s'inscrit parfaitement dans la création de valeurs en cinq étapes que vise la vitrine de l'innovation.



Environnement et santé, une triste équation...

MAIS DES PISTES DE SOLUTIONS!

Citoyens comme les autres, les médecins spécialistes s'inquiètent du sort de la Terre. Ils savent que l'émission des gaz à effet de serre, l'utilisation à outrance du plastique et les activités industrielles, pour ne donner que ces exemples, ont une incidence directe sur le réchauffement climatique. Ils ne sont pas tout à fait des citoyens comme les autres, en fait, puisqu'ils sont aux premières loges pour observer les conséquences de la pollution massive sur la santé des êtres humains. Conscients que leurs propres interventions peuvent aussi avoir une incidence sur l'environnement, plusieurs ont entrepris un travail de sensibilisation et d'action, ce dossier sur l'environnement en est la preuve.

Anesthésiologie et GES

DES SOINS CARBONEUTRES SANS COMPROMIS SUR LA QUALITÉ

La crise climatique causée par les émissions de gaz à effet de serre constitue la plus grande menace à la santé humaine du XXI^e siècle, estime l'Organisation mondiale de la Santé. Paradoxalement, les systèmes de soins sont responsables d'environ 5 % de ces émissions dans le monde. Nous contribuons donc à créer les malades de demain avec nos soins d'aujourd'hui.



La mission de la vitrine innovation *persée*, créée par la FMSQ, consiste à identifier et à valoriser l'innovation en médecine spécialisée afin d'assurer l'excellence des soins à la population québécoise (voir p. 3).

La contribution des anesthésiologistes à la réduction de l'émission des gaz à effet de serre s'inscrit dans cette foulée. La démarche de ces médecins spécialistes touche trois aspects : l'économie et l'environnement, dont bénéficie toute la population, mais aussi et surtout, le bien-être des patients, car un plus grand choix et un meilleur dosage des agents d'inconscience a pour résultat que les nausées et les vomissements post-opératoires sont réduits et que le temps passé à la salle de réveil est raccourci, augmentant par conséquent la satisfaction globale des patients.

Par Stephan Williams, anesthésiologiste, et Nikola Joly, anesthésiologiste, président de l'Association des anesthésiologistes du Québec



Les solutions pour réduire considérablement les émissions de gaz à effet de serre (GES) associées aux soins de santé existent, et les médecins ont le pouvoir de participer au déploiement de ces solutions, comme le montre un travail d'enquête du comité Carboneutralité de l'Association des anesthésiologistes du Québec (AAQ).

Deux gaz utilisés en anesthésiologie, le desflurane et le N₂O, sont aussi de très puissants GES. Leur utilisation constitue le principal « point chaud » des émissions liées à la spécialité, d'autant plus qu'ils sont expulsés tels quels dans l'environnement. Dans son dernier guide d'exercice publié en 2023, la Société canadienne d'anesthésie recommande l'élimination de ces agents de la pratique, car des solutions de recharge équivalentes ou même meilleures pour le patient ont une empreinte carbone beaucoup plus faible.

Afin de mesurer et d'accélérer l'évolution des choix d'agents d'inconscience, le comité Carboneutralité de l'AAQ a recueilli, auprès des départements d'anesthésie de toute la province, les données de consommation de ces agents et le nombre d'heures en salle d'opération. Ces données ont révélé de très grandes disparités entre les hôpitaux, tant en ce qui concerne la culture de pratique que les agents choisis.

Le desflurane a été retiré du formulaire hospitalier dans certains établissements, alors que d'autres l'utilisent encore massivement. Cet agent entraîne des émissions de gaz à effet de serre jusqu'à soixante fois plus élevées par heure d'anesthésie que dans les centres hospitaliers qui ont banni son utilisation, ce qui équivaut aux émissions d'une automobile à essence sous-compacte roulant sur une distance de plus de 400 km.

Can J Anesth | Can Anesth
https://doi.org/10.1007/s12630-022-02468-0

GUIDELINES TO THE PRACTICE OF ANESTHESIA
Revised Edition 2023
Canadian Journal of Anesthesia
Volume 70, number 1

How does this edition differ from the 2022 Guidelines?
Several important content changes have been made and they are highlighted in bold in the text. Some of the more important changes include:

- The recommendation that fellowship-certified anesthesiologists engage with family physicians trained to provide anesthesia care (FPAs) to offer peer support, mentoring, and continuing education opportunities to the extent possible.
- The statement that supplemental oxygen delivery equipment must be exclusively available for the transport of patients recovering from general anesthesia and moderate/deep procedural sedation. The routine application of supplemental oxygen is recommended for these patients during transport.
- Fasting guidelines have changed. Before elective procedures requiring anesthesia, the minimum duration of fasting should be six hours after any solid containing solids. There is no longer a distinction related to the type or quantity of solid foods with respect to the duration of fasting. As always, fasting guidelines may be modified at the discretion of the physician.
- A new statement that health facilities must make access available to selective relaxant-binding reversal agents for anesthesiologists to permit immediate reversal of neuromuscular blockade induced by aminosteroidal nondepolarizing muscle relaxants when required.
- The continuous monitoring of patient core temperature is now required for cases of general anesthesia lasting greater than thirty minutes. Apparatus to measure temperature has been added to the list of monitors that must be exclusively available for all patients. Active patient warming equipment has been added to the list of equipment that must be immediately available for all patients.
- The recommendation that the total, cumulative dosages of local anesthetic medication administered to a patient (e.g., by surgeons, anesthesiologists, and acute pain/regional block services combined), be discussed by the care team and documented in the patient's health record.
- An entirely new and important section has been added to the Guidelines for the Revised Edition, 2023 entitled **Guidelines for Environmental Sustainability**. It serves to increase awareness and to draw attention to the very important leadership role that anesthesiologists can play within health facilities with respect to the mitigation of climate change and waste. It includes some specific suggestions, but not an exhaustive list, for departments and individual anesthesiologists to consider on their pathway to supporting environmental sustainability.

GUIDE D'EXERCICE DE L'ANESTHÉSIE
Édition révisée 2023
Journal canadien d'anesthésie
Volume 70, numéro 1

Comment cet énoncé diffère-t-il des Lignes directrices de 2022?
Plusieurs modifications importantes ont été apportées au contenu; elles sont soulignées en gras dans le texte. Parmi les modifications les plus importantes, citons :

- La recommandation que les anesthésiologistes certifiés aient complété leur spécialisation s'impliquent, dans la mesure du possible, auprès des médecins de famille formés pour fournir des soins anesthésiques (AMF) afin d'offrir du soutien par les pairs, du mentorat et des possibilités de formation continue.
- L'énoncé selon lequel le matériel nécessaire à l'administration d'oxygène supplémentaire doit être disponible exclusivement pour le transport des patients qui se remettent d'une anesthésie générale et d'une sédation procédurale modérée ou profonde. L'application systématique d'oxygène supplémentaire est recommandée pour ces patients pendant le transport.
- Les directives de jeûne ont changé. Avant les interventions non urgentes nécessitant une anesthésie, la durée minimale du jeûne devrait être de six heures après tout repas contenant des solides. Il n'y a plus de distinction liée au type ou à la quantité d'aliments solides en ce qui concerne la durée du jeûne. Comme toujours, ces recommandations de jeûne peuvent être modifiées à la discrétion du médecin.
- Une nouvelle déclaration selon laquelle les établissements de santé doivent rendre accessibles aux anesthésiologistes des agents de neutralisation le fait de manière effective aux relaxants musculaires afin de permettre la neutralisation immédiate du bloc neuromusculaire induit par les myorelaxants non dépolarisants aminostéroïdes lorsque requis.
- Le monitoring continu de la température centrale du patient est désormais requis pour les cas d'anesthésie générale d'une durée supérieure à trente minutes. Il est recommandé pour une anesthésie neuromusculaire de plus de trente minutes. Les appareils de mesure de la température ont été ajoutés à la liste des moniteurs qui doivent être exclusivement disponibles pour tous les patients. L'équipement de réchauffement actif des patients a été ajouté à la liste des équipements qui doivent être immédiatement disponibles pour tous les patients.
- La recommandation selon laquelle les doses cumulatives totales de médicaments anesthésiques locaux administrés à un patient (p. ex., par les chirurgiens, les anesthésiologistes et les services combinés de traitement de la douleur) soient discutées et documentées par l'équipe de soins et consignées dans le dossier médical du patient.
- Une toute nouvelle section importante a été ajoutée au guide pour l'édition révisée 2023, intitulée **Lignes directrices pour la pérennité environnementale**. Cette section a pour objectif d'accroître la conscientisation et d'attirer l'attention sur le rôle majeur de leadership que l'anesthésie peut jouer dans les établissements de santé en ce qui concerne l'atténuation des changements climatiques et du gaspillage. Elle comprend quelques suggestions spécifiques, et non une liste exhaustive, de mesures que les départements et les anesthésiologistes peuvent prendre en compte dans leur cheminement vers le soutien de la pérennité environnementale.

Dans son dernier [guide d'exercice](#) publié en 2023, la Société canadienne d'anesthésie recommande l'élimination de ces agents de la pratique, car des solutions de recharge équivalentes ou même meilleures pour le patient ont une empreinte carbone beaucoup plus faible.

14 août 2023



ASSEMBLÉE ANNUELLE
et CONFÉRENCE
2023 de l'ACPM

Le Westin Montréal 270, rue Saint-Antoine Ouest

ÉVÈNEMENT EN PERSONNE ET VIRTUEL

Inclut la séance d'information : Prendre soin des patients et de soi-même en contexte de pénurie de ressources (présentée en français, avec interprétation en anglais)

En outre, les données ont mis en évidence la présence de fuites de N₂O dans les canalisations de certains établissements. Ces fuites engendrent une consommation de N₂O beaucoup plus grande que l'utilisation clinique de l'agent, si bien que chaque heure en salle d'opération équivaut alors aux émissions d'une automobile à essence sous-compacte roulant sur une distance de plus de 1 200 km.

Améliorer le geste anesthésique tout en réduisant les coûts et les GES

Malgré des solutions de rechange intéressantes et de plus en plus disponibles, les gaz anesthésiques restent de très bons agents d'inconscience. Toutefois, à efficacité clinique égale, l'empreinte carbone varie énormément d'un gaz à un autre. Quand le desflurane et le N₂O sont utilisés pour l'anesthésie, leur impact carbone peut facilement dépasser les grandes quantités d'énergie et de matériel utilisés pendant une chirurgie.

Après avoir mesuré l'intensité des émissions de GES, l'AAQ a pu conclure qu'il est possible de réduire les émissions de plus de 99% dans certains hôpitaux tout en assurant un geste anesthésique d'une qualité égale ou supérieure et en réduisant le coût d'utilisation des agents. La fermeture des canalisations de N₂O et l'importante réduction de l'utilisation du desflurane génèrent en effet des économies financières appréciables. Ces économies peuvent être réinvesties en partie pour moderniser et améliorer le matériel utilisé en anesthésie, par exemple en intégrant le monitoring de l'électroencéphalogramme, des appareils qui réduisent au minimum les pertes de gaz anesthésique ou des pompes à perfusion avec module pharmacocinétique intégré. Ces outils permettent un plus grand choix d'agents d'inconscience et un meilleur dosage, offrant alors la possibilité de réduire les nausées et les vomissements post-opératoires ainsi que le temps passé à la salle de réveil, et augmentant par conséquent la satisfaction des patients en ce qui concerne leur anesthésie. De plus, les données recueillies sur l'utilisation des gaz anesthésiques ont permis à l'AAQ de mieux cibler les besoins en formation des anesthésiologistes pour accélérer la transition vers une pratique sobre en émission de GES.

Le défi que pose la réduction des émissions de GES ne se limite pas qu'à l'anesthésiologie. Une littérature propre à chaque spécialité a commencé à prendre forme.

En poussant plus loin la réflexion, force est de constater que le défi que pose la réduction des émissions de GES ne se limite pas qu'à l'anesthésiologie. Une littérature propre à chaque spécialité a commencé à prendre forme afin de guider les médecins dans la réduction des émissions de GES associées à leurs interventions, sans compromis sur la qualité des soins. Le travail réalisé par l'AAQ, par l'entremise de son comité Carboneutralité, peut donc servir de modèle aux autres spécialités, voire inspirer la Fédération des médecins spécialistes du Québec à poser des gestes concrets car, à l'ère de la crise climatique, éliminer les émissions de GES, c'est s'attaquer au plus grand enjeu de santé du siècle.



Impact environnemental

LES AÉROSOLS-DOSEURS AU BANC DES ACCUSÉS

L'asthme afflige 11 % de la population canadienne, la maladie pulmonaire obstructive chronique, 10 %. Leur traitement par aérosols-doseurs est aujourd'hui au banc des accusés, alors que tous et chacun tentent de réduire leur empreinte carbone. Heureusement, des solutions de rechange existent pour soigner les patients sans compromettre la qualité du traitement.

L'impact environnemental de nos gestes au quotidien occupe une place grandissante dans la conscience collective mondiale. Dans toutes les sphères d'activité, chacun essaie de diminuer son empreinte carbone, un effort qui doit tout autant s'appliquer au domaine de la santé. Or, les aérosols-doseurs utilisés dans le traitement des maladies respiratoires telles que l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) représentent à eux seuls 0,03 % de l'empreinte carbone annuelle mondiale.

Les aérosols-doseurs à base de chlorofluorocarbures (CFC) ont été remplacés par des aérosols-doseurs à base d'hydrofluorocarbures (HFC) à la suite de la signature du [Protocole de Montréal](#), en 1987. Cet accord international vise à assurer la protection de la couche d'ozone par l'élimination graduelle, à l'échelle mondiale, des substances appauvrissant la couche d'ozone. Utilisés comme produits de substitution, les HFC sont des gaz synthétiques qui représentent un potentiel de réchauffement planétaire nettement inférieurs à celui des CFC, mais ils n'en demeurent pas moins des vecteurs de gaz à effet de serre (GES). En termes d'émission équivalente en dioxyde de carbone, deux inhalations d'un aérosol-doseur à base d'HFC sont comparables aux émanations d'une voiture hybride sur une distance de deux kilomètres.

Par Laurence Désy, résidente,
et Simon Couillard, pneumologue



Il est primordial d'enseigner aux patients des techniques d'inhalation efficaces, car la majorité des gaz à effet de serre sont produits lors de la phase d'utilisation.

L'efficacité des inhalateurs à poudre sèche ou à nébulisation douce, par exemple, est similaire à celle des aérosols-doseurs tout en ayant un impact moindre sur l'environnement.

Des solutions de recharge

Des inhalateurs qui distribuent le médicament dans les voies aériennes en s'appuyant uniquement sur le débit inspiratoire du patient, sans l'aide d'un gaz propulseur, remplacent avantageusement les aérosols-doseurs. C'est le cas notamment des inhalateurs à poudre sèche et ceux à nébulisation douce; leur empreinte carbone est d'au moins dix fois inférieure à celle des aérosols-doseurs. Pourtant, plus de 70% des inhalateurs vendus aux adultes sont encore des aérosols-doseurs, alors que l'efficacité des inhalateurs à poudre sèche ou à nébulisation douce, par exemple, est similaire à celle des aérosols-doseurs tout en ayant un impact moindre sur l'environnement. Une récente étude effectuée dans un groupe de personnes ayant remplacé leur aérosol-doseur par un inhalateur à poudre sèche a en effet démontré que leur empreinte carbone avait diminué de plus de la moitié, sans impact négatif sur le contrôle de leur maladie. Si seulement 5% des aérosols-doseurs étaient remplacés chaque année par des inhalateurs à poudre sèche ou à nébulisation douce, on assisterait à une diminution de 27% des émissions de GES liées à ces appareils sur une période de dix ans.

Lorsque le médecin prescrit un inhalateur, il doit prendre en compte un certain nombre de facteurs. Ainsi, comme les inhalateurs à poudre sèche ou à nébulisation douce fonctionnent à l'aide du débit inspiratoire des patients, cette option n'est pas envisageable pour les personnes qui souffrent d'une maladie pulmonaire avancée. En effet, la faiblesse des muscles inspiratoires et l'hyperinflation pulmonaire réduisant la pression maximale inspiratoire du patient, le médicament ne serait pas propulsé de façon adéquate. Aussi, dans un contexte d'urgence, des personnes peuvent éprouver de la difficulté à fournir la puissance inspiratoire requise pour faire fonctionner le dispositif.

La préférence personnelle du patient ainsi que le coût de l'inhalateur constituent d'autres facteurs dont il faut mesurer la portée pour s'assurer de l'adhésion au traitement. Dans une étude comparant l'importance entre le coût, la facilité d'utilisation et l'impact environnemental des dispositifs, seulement 14% des répondants ont indiqué que l'empreinte carbone n'influaient pas sur leur choix d'un dispositif.

D'abord établir le diagnostic approprié

Un test objectif doit, en premier lieu, confirmer le diagnostic d'asthme ou de MPOC. Malheureusement, au cours des cinq dernières années, le diagnostic d'asthme chez le tiers des patients au Canada ne s'appuyait sur aucun test... en dépit de quoi 79% d'entre eux utilisaient des inhalateurs. C'est ainsi que des milliers de personnes contribuent à l'empreinte écologique des HFC sans pour autant être asthmatiques.

La technique d'inhalation, une grande oubliée

Outre la substitution des aérosols-doseurs par des inhalateurs à poudre sèche ou à nébulisation douce, il est primordial d'enseigner aux patients des techniques d'inhalation efficaces, car la majorité des GES sont produits lors de la phase d'utilisation. Une aérochambre jumelée à un aérosol-doseur permet d'obtenir la quantité maximale du produit sans surutilisation ni gaspillage. Le nombre total d'inhalateurs utilisés chaque année s'en trouve ainsi réduit, et la production de GES par la même occasion.

Quelque 68% des patients n'utilisent pas les aérosols-doseurs de façon appropriée, la plupart du temps parce qu'ils n'ont pas reçu un enseignement adéquat sur les techniques d'inhalation. Plusieurs de ces dispositifs n'étant pas pourvus d'un compteur de doses, contrairement à la majorité des inhalateurs à poudre sèche ou à nébulisation douce, bon nombre de patients ne sont pas en mesure de savoir quand l'aérosol-doseur est vide. Des études ont prouvé que 40% des patients continuaient de les utiliser alors que ces derniers étaient vides, ce qui peut contribuer au mauvais contrôle de leur maladie. À l'opposé, certains remplacent leur dispositif avant qu'il ne soit vide, ce qui augmente la surutilisation du produit polluant. Le médecin et son patient ont donc tout intérêt à discuter de stratégies visant à limiter les risques d'exacerbation et à optimiser leur technique d'inhalation afin de réduire la quantité de GES produite.



Contrôler à la fois l'asthme et les GES

Il ne faut pas changer les inhalateurs à tout prix au nom des GES, si cette décision signifie de sacrifier le contrôle de l'asthme. Comparativement aux asthmatiques bien contrôlés, ceux dont le contrôle est sous-optimal produisent le triple d'émission de GES. Chez les patients âgés de 12 ans et plus dont l'asthme est léger et bien contrôlé, les plus récentes [lignes directrices](#) de la Société canadienne de thoracologie indiquent que l'utilisation quotidienne de budésonide-formotérol au besoin – un inhalateur à poudre sèche – est équivalente à un corticostéroïde inhalé jumelé à un bronchodilatateur à courte action, au besoin, souvent tous deux sous forme d'aérosols-doseurs. De plus, si la maladie est mieux contrôlée, la nécessité d'une médication de secours – souvent prescrite sous forme d'aérosol-doseur – sera également diminuée. Afin de maintenir un bon contrôle de la maladie, il est important de vérifier régulièrement que les patients adhèrent à leur traitement, qu'ils utilisent une technique d'inhalation adéquate et qu'ils limitent leur exposition aux éléments causaux ou déclencheurs tel que le tabac.

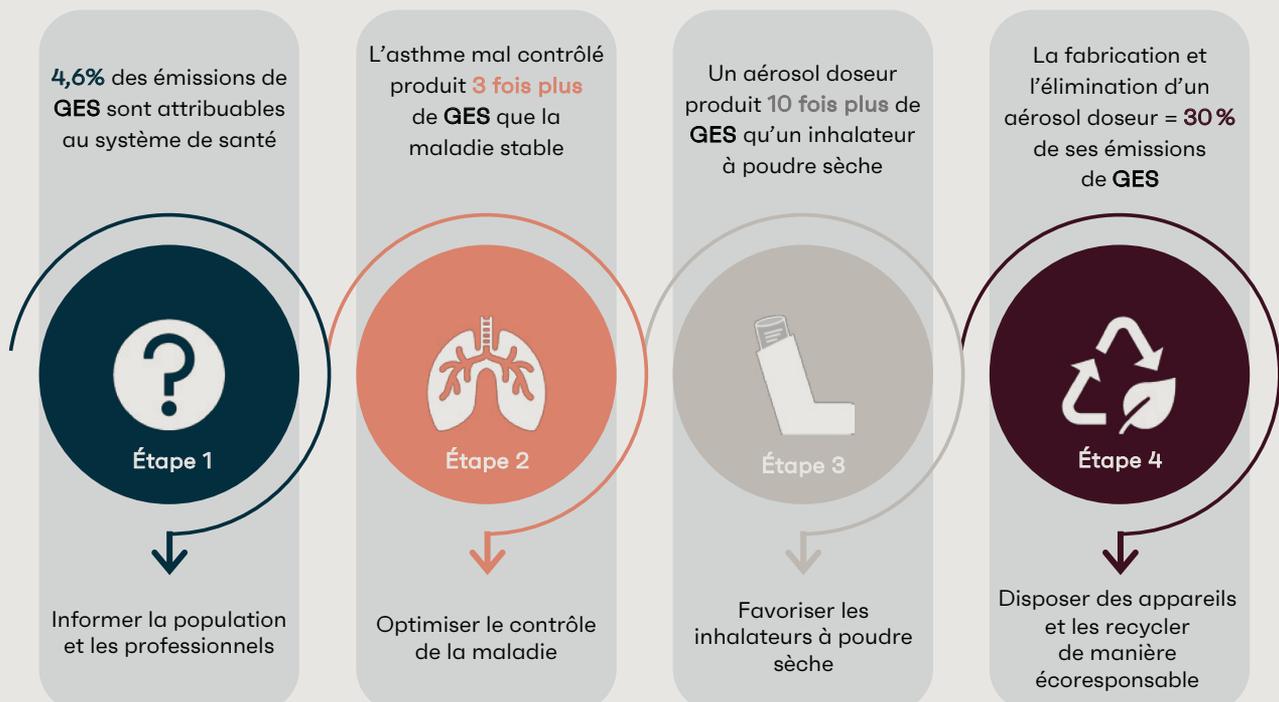
Rapporter les dispositifs inutilisés en pharmacie

L'empreinte carbone associée à la fabrication des aérosols-doseurs et à leur disposition par la suite représente 30 % de l'empreinte totale de ces dispositifs. Leur incinération et leur recyclage pourraient contribuer à réduire le potentiel de réchauffement planétaire par ces produits. Pourtant, à ce jour, aucun programme officiel ni aucune réglementation des normes de fabrication et de recyclage de ces dispositifs n'ont été établis. Afin de faciliter le processus de recyclage et d'incinération des aérosols-doseurs, certains pharmaciens à travers le Canada acceptent de les reprendre pour en disposer de manière écoresponsable.



Une empreinte démesurée

Les traitements contre l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique émettent des gaz à effet de serre (GES) responsables d'une empreinte carbone démesurée.



Source : D' Simon Couillard, pneumologue

Des programmes de sensibilisation

Quelques programmes de sensibilisation à une approche verte ont été instaurés à l'intention de la population et des professionnels de la santé. C'est le cas de [CASCADES](#), une organisation subventionnée par le gouvernement du Canada et partenaire de la Société canadienne de thoracologie, ainsi que de son pendant britannique [PrescQIPP.info](#). Ces organismes ont pour objectif de guider les différents milieux du réseau de la santé vers une « transition bas carbone ». Afin d'y arriver, ils offrent de nombreuses ressources telles que des documents d'information sur les inhalateurs, des affiches et des lettres explicatives pour les patients ainsi que des [vidéos sur les techniques d'inhalation](#).

Régulation et réglementation

Le Canada a joué un rôle important dans la lutte contre les gaz polluants, comme en témoigne son engagement lors de la signature du Protocole de Montréal. En plus des efforts fournis depuis, l'[amendement de Kigali au Protocole de Montréal](#), adopté en 2019, avait pour but de réduire au maximum l'empreinte carbone dans le monde. Cet accord consiste à imposer une réduction des HFC en les remplaçant par des hydrofluoroléfinés (HFO), associés à un potentiel de réchauffement planétaire considérablement plus faible. Ces HFO sont en cours de développement en vue d'assurer une solution de rechange aux gaz propulseurs contenus dans les aérosols-doseurs.

Enfin, une nouvelle prise de position sur les inhalateurs, qui prône une approche verte et une limitation de la production de GES, est attendue de la part de la Société canadienne de thoracologie, dans le cadre de la campagne [Choisir avec soin](#).

Le Canada et le Québec peuvent jouer un rôle de chefs de file en matière de réduction des GES dans le domaine de la santé. Pourquoi, par exemple, ne pas adopter une réglementation visant à faire graduellement disparaître les aérosols-doseurs à base d'HFC, au profit des inhalateurs à base d'HFO, comme on l'a fait pour les CFC par le passé?



Inhalateur qui distribue le médicament dans les voies aériennes en s'appuyant uniquement sur le débit inspiratoire du patient, sans l'aide d'un gaz propulseur; il remplace avantageusement l'aérosol-doseur.

Indemnisation
des victimes
d'actes criminels



Faites la différence

Devenez médecin expert de
la Direction générale de l'IVAC

CONTACTEZ :

ivac-medecinsdesignes@cnesst.gouv.qc.ca

Réchauffement climatique

LA MALADIE DE LYME, UNE ZOONOSE ÉMERGENTE

Une zoonose est une maladie transmise à l'humain par un animal. À la faveur du réchauffement climatique, la tique à pattes noires progresse vers le nord au rythme d'une cinquantaine de kilomètres par année, laissant dans son sillage un nombre croissant de cas de maladie de Lyme. Y a-t-il lieu de s'en inquiéter ?



« La moitié des personnes n'ont pas conscience qu'elles ont été piquées. »

— D^{re} Mirabelle Kelly,
microbiologiste-infectiologue

Deux des zoonoses les plus connues de notre époque sont le sida et la COVID-19. La maladie de Lyme, qualifiée de zoonose émergente, est de plus en plus souvent répertoriée au Québec, à mesure que les tiques à pattes noires envahissent son territoire. Les premiers cas ont été observés en Estrie et en Montérégie mais, selon les plus récentes [données de surveillance](#), ces parasites apparentés aux araignées ont commencé à s'établir dans d'autres régions : Lanaudière, Mauricie-Centre-du-Québec, Montréal, Outaouais, Laval et Laurentides.

De son nom latin *Ixodes scapularis*, la tique à pattes noires transmet la bactérie *Borrelia burgdorferi*. Cette dernière est responsable de la maladie de Lyme, ainsi nommée à cause des premiers cas observés en 1975 dans la ville de Lyme, au Connecticut. Une mère de famille dont l'enfant avait reçu un diagnostic d'arthrite rhumatoïde juvénile a alerté les autorités, trouvant anormal le nombre de cas similaires dans sa localité. Il a fallu quelques années avant que la maladie et sa cause soient formellement reconnues. Au Québec, le premier cas a été signalé en 2006. « Lorsque j'ai terminé ma résidence, en 2003, on disait que le cycle complet de la tique à pattes noires, de la larve à l'adulte, n'était pas encore établi au Québec », se souvient la D^{re} Mirabelle Kelly, microbiologiste-infectiologue à l'Hôpital de Granby, une installation du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

On sait avec certitude que le nombre de cas de la maladie de Lyme progresse au Québec, compte tenu de son statut de **maladie à déclaration obligatoire**; de fait, ce nombre est passé de 125 en 2014 à 709 en 2021. Trois principaux facteurs expliquent cette progression, selon la D^{re} Kelly : bien sûr le réchauffement climatique, qui favorise la migration des parasites vers le nord, mais aussi l’envahissement des milieux naturels par les humains, ce qui fragmente l’habitat des animaux. C’est ainsi que des souris à pattes blanches, un des « moyens de transport » des nymphes de tiques à pattes noires, sont piégées dans des secteurs enclavés, ce qui favorise la concentration des pathogènes. Enfin, troisième facteur, la disparition de grands prédateurs a eu pour conséquence une augmentation du nombre de chevreuils, qui constituent un « moyen de transport » de choix pour les tiques adultes.

est indolore, et il est difficile à détecter sur une peau bronzée, foncée ou poilue. Non traité, il permettra à la bactérie de se disperser dans d’autres parties du corps; on parle alors d’érythème migrant disséminé. À ce stade, le patient peut faire de la fièvre ou éprouver des douleurs musculaires.

En Amérique du Nord, la tique entraîne des problèmes d’arthrite dans 30 % des cas. Il faudra parfois quelques mois avant que les symptômes se développent, si bien que le lien n’est pas toujours facile à établir. Plus rarement, la maladie de Lyme affectera le système neurologique, sous forme de paralysie faciale ou de méningite, par exemple. Inversement, les souches de tiques qui causent la maladie en Europe et en Asie atteignent davantage le système neurologique et sont moins souvent responsables d’une arthrite.

Le médecin serait donc avisé de demander à son patient s’il s’est récemment déplacé dans une zone à risque au Québec ou s’il a fait un voyage à l’extérieur du pays. « Cet aspect est particulièrement important car, en faisant sa requête pour des tests de laboratoire, il pourra spécifier si son patient a été en contact avec une tique de souche nord-américaine, européenne ou asiatique. »

Dans 1% des cas, la forme la plus grave de la maladie de Lyme peut causer une cardite, qui se manifeste par des étourdissements, des évanouissements et un ralentissement du rythme cardiaque. Le patient sera alors sous surveillance aux soins intensifs, mais la D^{re} Kelly ne recommande pas l’installation d’un stimulateur cardiaque (*pacemaker*) permanent, car l’introduction du traitement devrait corriger la situation en 24 à 48 heures.



Des symptômes au diagnostic

Entre mai et juillet, les piqûres de tiques sont dues aux nymphes. Elles sont si petites – on dirait un grain de sable – que, souvent, on ne se rend pas compte de leur présence. Après une accalmie en août et septembre, les risques reprennent en octobre et novembre, alors que les tiques adultes se mettent de la partie. « La moitié des personnes n’ont pas conscience qu’elles ont été piquées », souligne la D^{re} Kelly. Dans la majorité des cas, elles consultent pour une éruption cutanée. Sous forme de plaque rouge, un érythème migrant apparaît généralement entre 3 et 30 jours après la transmission de la bactérie par la tique. Cet érythème peut toutefois passer inaperçu du fait que la piqûre

« Éviter de se faire piquer, c’est encore ce qui est le plus important; on ne doit pas s’empêcher de vivre, mais il faut prendre des précautions. »



Maladie de Lyme : pour vous, docteur!

- La D^{re} Mirabelle Kelly a donné récemment un [webinaire sur la maladie de Lyme](#), une formation reconnue comme activité de développement professionnel pour les médecins spécialistes et les omnipraticiens. Les médecins spécialistes qui souhaitent parfaire leur connaissance du sujet peuvent le visualiser sur MÉDUSE, la plateforme d'apprentissage en ligne de la FMSQ, et les omnipraticiens sur le portail Caducee de la FMOQ.
- L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a conçu un [outil d'aide à la décision](#) sur la prophylaxie post-exposition en prévention (PPE) de la maladie de Lyme ainsi qu'un [outil clinique](#) favorisant le dialogue entre un médecin et un patient qui s'est fait piquer par une tique et satisfaisant à l'ensemble des critères qui mènent à l'amorce d'une PPE. Une application pour téléphones intelligents est également disponible.
- L'INESSS a aussi diffusé le [Protocole médical national](#) sur l'initiation de la doxycycline en dose unique chez une personne asymptomatique à la suite d'une piqûre survenue dans un secteur géographique visé par la PPE.
- L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié un document exhaustif sur l'évaluation des critères et les recommandations de la [prophylaxie postexposition de la maladie de Lyme](#), y compris un algorithme décisionnel pour la PPE.
- Le [site web de l'INSPQ](#) aborde diverses thématiques liées à la maladie de Lyme, notamment une carte interactive des régions les plus à risque ainsi que des données sur la surveillance de la maladie.
- Le [site web du ministère de la Santé et des Services sociaux](#) regorge d'informations sur la maladie de Lyme. Le ministère a aussi publié une [liste des secteurs géographiques](#) (territoire de CLSC ou de municipalités) du Québec où la PPE de la maladie de Lyme peut être recommandée.
- Pour en savoir plus sur les agents répulsifs et leur efficacité chez les enfants, la D^{re} Kelly recommande le site web de la [Société canadienne de pédiatrie](#).

Le recours aux antibiotiques

La tique doit être retirée dès que sa présence est constatée. Par mesure de prudence, chacun devrait avoir en poche un crochet ou un lasso conçu à cette fin. «Un traitement préventif à la doxycycline s'impose dans les 72 heures qui suivent le retrait de la tique, précise la D^{re} Kelly. On peut consulter un pharmacien ou une infirmière praticienne spécialisée, car ils sont autorisés par [ordonnance collective](#) à fournir ce traitement. Dans la plupart des cas, cette dose suffit à prévenir l'apparition de l'érythème migrant. La doxycycline est toutefois contre-indiquée pendant la grossesse.»

Lorsque l'arthrite est due à la maladie de Lyme, un traitement curatif de 30 jours à la doxycycline peut être insuffisant, étant donné qu'elle se manifeste souvent plusieurs mois après l'infection. Il faudra alors un deuxième traitement, et si l'arthrite persiste, l'antibiotique sera administré par voie intraveineuse.

On sait avec certitude que le nombre de cas de la maladie de Lyme progresse au Québec, compte tenu de son statut de maladie à déclaration obligatoire.



L'envahissement des milieux naturels par les humains fragmente l'habitat des animaux, ce qui favorise la concentration de pathogènes dans des secteurs enclavés.



Le dicton « Prévenir c'est guérir » n'aura jamais été aussi vrai

« Éviter de se faire piquer, c'est encore ce qui est le plus important, affirme la D^{re} Kelly; on ne doit pas s'empêcher de vivre, mais il faut prendre des précautions. » Elle recommande de porter des vêtements clairs, non pas parce qu'ils éloignent les tiques, mais parce qu'ils facilitent leur repérage. Les adultes peuvent utiliser un chasse-moustique à base de DEET, mais ce produit n'est pas recommandé pour les enfants. « Si on veut un bon répulsif pour toute la famille, il faut opter pour l'icaridine », conseille la D^{re} Kelly.

Les amateurs de plein air et les travailleurs forestiers peuvent se procurer [des vêtements traités à la perméthrine](#), en tenant compte toutefois qu'il s'agit d'un produit neurotoxique pour les humains. Il ne faut donc pas les porter directement sur la peau. Ces vêtements sont approuvés pour les personnes de plus de 16 ans, mais déconseillés aux parents qui portent un enfant dans leurs bras ou sur leur dos, car ce dernier pourrait sucer ou mâchouiller un bout du vêtement.

Malgré toutes ces précautions, de retour à la maison, [il faut vérifier toutes les parties du corps](#) pour repérer les tiques; le jet d'eau d'une douche ne réussira pas à les décrocher. Les animaux de compagnie doivent également être inspectés : ils ne transmettent pas la maladie de Lyme, mais une tique accrochée à leur pelage peut facilement « marcher » jusqu'à un humain situé à proximité. Si le vétérinaire peut administrer un vaccin préventif à votre chien ou votre chat, aucun n'est disponible pour les humains à l'heure actuelle. « Plusieurs centres québécois sont en attente d'approbation pour participer à une étude sur la sécurité et l'efficacité d'un vaccin chez les humains, indique la D^{re} Kelly. Nous devons toutefois attendre plusieurs années encore avant qu'un tel outil préventif soit disponible. »

La tique doit être retirée dès que sa présence est constatée. Par mesure de prudence, chacun devrait avoir en poche un crochet ou un lasso conçu à cette fin.



Militer pour la santé durable

Préoccupées par les conséquences de la crise écologique sur la santé de la population québécoise, les organisations membres du [Réseau d'action pour la santé durable du Québec](#) (RASDQ) ont toutes signé la [Charte pour la santé durable du Québec](#). Cette charte s'appuie sur 10 constats scientifiques et émet 18 recommandations autour de trois axes :

- Limiter les changements climatiques et leurs conséquences sur la santé durable des Québécois, notamment par le désinvestissement des énergies fossiles et l'économie circulaire.
- Renforcer la santé durable dans nos communautés, notamment par l'investissement accru en santé publique et dans des milieux de vie favorables à la santé et à l'économie du Québec.
- Améliorer le système de santé et des services sociaux par un virage écoresponsable assorti d'un budget et de ressources bonifiées.



Le RASDQ mise sur l'éducation et la collaboration interdisciplinaire. Officiellement parrainé par l'Association pour la santé publique du Québec, il regroupe une vingtaine d'organisations, membres et partenaires, qui représentent plus de 150 000 personnes œuvrant en santé et services sociaux au Québec. Lors de l'annonce officielle de sa création, en mars 2022, le Réseau a profité de l'occasion pour souligner l'[engagement des quatre facultés de médecines québécoises](#) dans la lutte aux changements climatiques.

Pour un cabinet de plus en plus vert

En prenant soin de l'environnement, le médecin participe au concept de prise en charge globale de la santé. Dans cette perspective, il optera pour des gestes conséquents en ce qui concerne la gestion de son cabinet au quotidien.



Dans son [Guide du cabinet de santé écoresponsable](#), la D^{re} Alice Baras, chirurgienne-dentiste à Lille (France), propose des pistes de réflexion et d'actions concrètes, propres à favoriser l'intégration des considérations environnementales au cœur des pratiques de santé. Structuré en [22 fiches pratiques](#), cet ouvrage a pour objectif d'accompagner les professionnels de la santé dans leur mise en œuvre d'une pratique écoresponsable tout en leur évitant de tomber dans le piège des fausses bonnes idées.

Merci à la D^{re} Isabelle Goupil-Sormany, spécialiste en santé publique et médecine préventive, qui a attiré notre attention sur ce guide et sur le RASDQ.



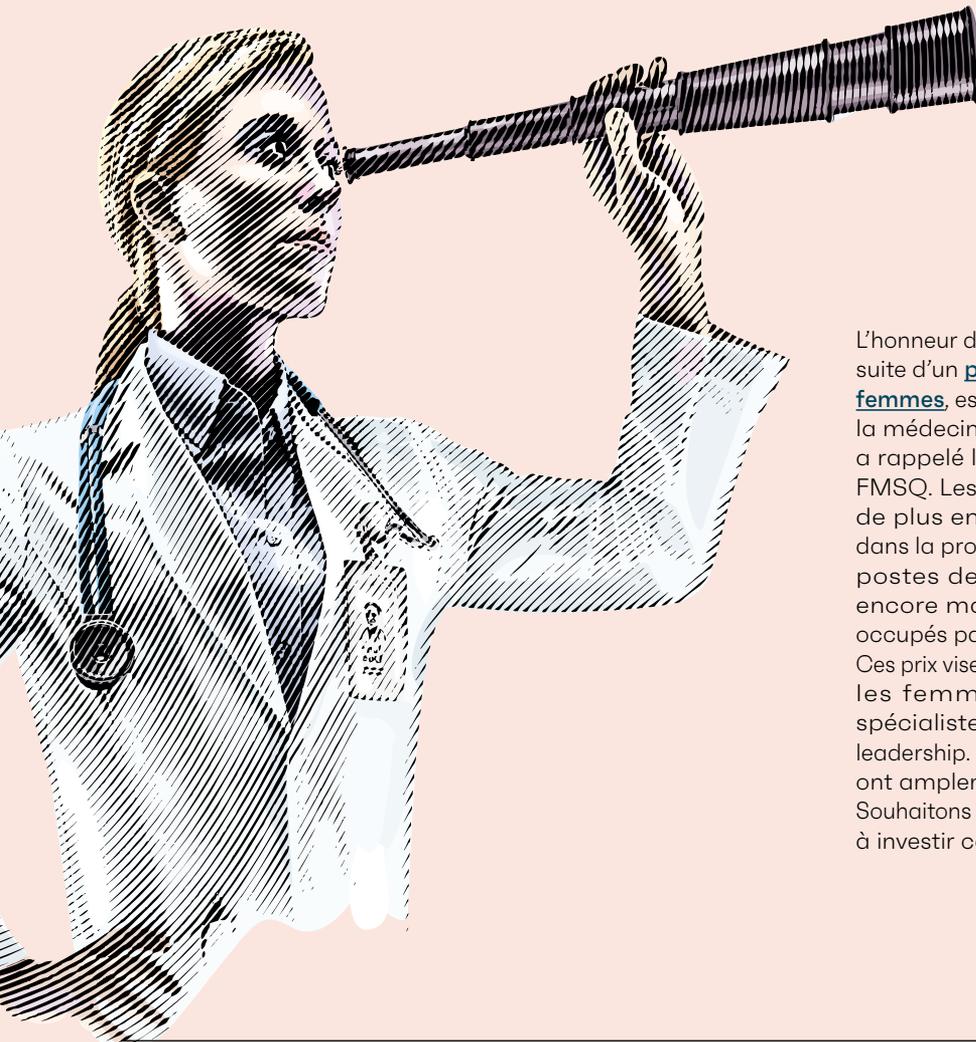


Par Suzanne Blanchet, réd. a.

Journée internationale des femmes

MÉDECINS SPÉCIALISTES ET LEADERSHIP AU FÉMININ

Les lauréates des prix Irma-Levasseur et Marthe-Pelland 2023 ont fondé leurs carrières respectives sur une double passion : les sciences pures et les sciences humaines. La D^{re} Louise Caouette-Laberge est chirurgienne plasticienne pédiatrique au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, la D^{re} Rosemarie Chénard-Soucy, psychiatre au Centre universitaire de santé McGill. Chacune à sa façon, elles ont suivi les traces de celles dont la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a donné le nom aux prix qu'elle décerne chaque année afin de souligner la Journée internationale des femmes.



L'honneur de remettre ces prix le 8 mars dernier, à la suite d'un [panel sur la santé cardiovasculaire des femmes](#), est revenu au D^r Serge Legault : « Au début, la médecine était un monde d'hommes, a rappelé le vice-président de la FMSQ. Les femmes prennent de plus en plus leur place dans la profession, mais les postes de leaders sont encore majoritairement occupés par des hommes. Ces prix visent à encourager les femmes médecins spécialistes à exercer leur leadership. Nos deux lauréates ont amplement mérité les leurs. Souhaitons qu'elles en inspirent d'autres à investir ces postes. »



MARCHER LITTÉRALEMENT DANS LES PAS D'IRMA LEVASSEUR

La D^{re} Louise Caouette-Laberge, lauréate du prix Irma-Levasseur 2023, est fière d'avoir exercé sa profession au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, cofondé précisément par la D^{re} Levasseur. La première femme médecin d'origine canadienne-française à exercer sa profession au Québec serait sûrement éblouie par la prolifique carrière de cette chirurgienne plasticienne pédiatrique.

Devenue en 1986 chef du service de chirurgie plastique de ce qui était alors l'hôpital Sainte-Justine, quatre ans à peine après avoir commencé à y exercer sa spécialité, la D^{re} Louise Caouette-Laberge était nommée « [Personnalité de la semaine](#) » de *La Presse*, en décembre de la même année, parce qu'elle avait « recollé » le bras d'un enfant. Elle s'est trouvée sous les projecteurs lorsque l'histoire du petit garçon accidenté a été largement couverte dans les médias, prélude à une carrière qui lui vaudrait de nombreux prix et l'amènerait fréquemment sur la scène internationale.

La D^{re} Caouette-Laberge s'était jointe au service de chirurgie plastique pour y développer la microchirurgie de reconstruction, ce qu'elle a fait brillamment. Brûlures, traumatismes et malformations congénitales n'ont plus de secrets pour elle, mais c'est son expertise auprès des enfants porteurs d'une fente labiopalatine – communément appelée bec-de-lièvre – qui l'a propulsée partout dans le monde. « Au Québec, nous opérons ces enfants vers l'âge de trois mois, puis nous les suivons jusqu'à la fin de leur croissance, à 18 ans. Toutes ces familles deviennent un peu notre famille élargie. J'ai même opéré des enfants de certains de mes anciens patients. »

« Je me suis vite rendu compte qu'il faut accepter des postes décisionnels. J'ai donc occupé plusieurs fonctions hospitalières au fil des ans. Ces responsabilités font aussi partie du rôle d'un médecin. »

Crédit de photos : Christian Fleury



Bien que sa principale activité soit les soins aux enfants, elle juge essentiel de s'investir sur le plan administratif afin de comprendre les enjeux et d'influer sur l'évolution de la pratique médicale. « Je me suis vite rendu compte qu'il faut accepter des postes décisionnels. J'ai donc occupé plusieurs fonctions hospitalières au fil des ans, entre autres comme gestionnaire médicale de programme, et j'ai fait partie des comités de nominations et de révision des plaintes. Ces responsabilités font aussi partie du rôle d'un médecin, un aspect de mon parcours qui m'a d'ailleurs valu un certificat de reconnaissance de la part du conseil d'administration. »

Alors qu'elle était présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, la D^e Caouette-Laberge siégeait au conseil d'administration de l'hôpital. Elle a ainsi pu compter sur l'appui de son directeur général lorsqu'elle a entrepris des démarches auprès de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) en 1996, afin de faire reconnaître la disparité des revenus entre les spécialistes qui travaillaient auprès des enfants et ceux traitant des patients adultes. « À l'époque, la rémunération des médecins spécialistes travaillant auprès des enfants était inférieure à celle de leurs collègues qui exerçaient la même spécialité auprès des adultes, au point où il était devenu impossible de recruter des spécialistes en milieu pédiatrique. De cette démarche est née la rémunération mixte dans le monde médical au Québec. »

« Ça fait plaisir de voir ses efforts reconnus, mais ces prix font surtout en sorte que les lauréates servent de modèles. Les prix encouragent d'autres femmes à faire de même. »

Leader et mentore

À l'école, la physique intéressait particulièrement Louise Caouette, mais elle s'est vite rendu compte qu'elle n'avait pas envie de passer sa vie dans un laboratoire. « J'étais passionnée de sciences, mais je voulais aussi un contact humain. Or, la médecine est la plus humaine des sciences, selon moi. » Ce contact, elle l'a trouvé non seulement auprès des enfants et de leurs familles, mais également auprès des résidents à qui elle a commencé à enseigner très tôt en carrière.

Chef de file incontestée, la D^e Caouette-Laberge a assumé la direction du programme de formation en chirurgie plastique de l'Université de Montréal et participé à plusieurs comités de la Faculté de médecine, notamment celui de la coopération internationale. Elle a aussi contribué à l'évolution de la formation en chirurgie plastique en s'investissant dans les comités d'examen et de spécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Enfin, elle a occupé plusieurs fonctions à la Société canadienne des chirurgiens plasticiens pendant de nombreuses années. Reconnaisant ses talents exceptionnels tant en mentorat qu'en leadership, l'Association médicale canadienne lui a décerné le prix May-Cohen en 2006.

Ses activités de recherche clinique l'ont amenée à partager son expertise dans des congrès locaux et internationaux ainsi qu'à publier 42 articles scientifiques. « Certains de ces articles ont eu de larges répercussions dans le domaine de la chirurgie plastique pédiatrique. Ils ont particulièrement contribué à l'amélioration de deux types de soins : ceux offerts aux enfants porteurs de la séquence de Pierre Robin ainsi que la correction chirurgicale précoce et complète des fentes labiopalatines. J'ai aussi été réviseure régulière pour *Plastic and Reconstructive Surgery*, la revue la plus prestigieuse en chirurgie plastique. »



Mission Sourires d'Afrique

Lorsque Louise Caouette s'est inscrite en médecine, un de ses objectifs était de faire un jour de l'aide humanitaire. Elle a temporairement mis cette idée de côté, après s'être mariée et avoir eu cinq enfants... dont une première grossesse pendant sa résidence. Il n'a toutefois jamais été question d'abandonner sa carrière et, quand l'occasion d'une première mission internationale en Chine s'est présentée, elle s'est jointe à l'équipe américaine qui l'avait invitée.

La D^{re} Caouette-Laberge a ensuite cofondé l'organisme sans but lucratif [Mission Sourires d'Afrique](#) et ainsi participé à des missions en Afrique francophone pour opérer des enfants porteurs d'une fente labiopalatine et former des chirurgiens locaux qui pourraient un jour prendre la relève. Chirurgiens, anesthésistes, infirmières, inhalothérapeutes et résidents se sont joints à elle bénévolement. « Avec l'appui de la Fondation Sainte-Justine, nous avons trouvé les fonds nécessaires au financement des frais afférents, y compris tout le matériel requis pour la réalisation d'opérations sur 70 enfants par mission. »

En compagnie de ses équipes de bénévoles, la D^{re} Caouette-Laberge s'est rendue au Cameroun, au Burkina Faso, au Mali et au Burundi, pour [redonner le sourire aux enfants](#) et parfois à des adultes. Elle est également allée en [Haïti](#) et en Guyane. « Deux tables étaient à la disposition de nos chirurgiens expérimentés, et une troisième servait à la formation des chirurgiens locaux. Aujourd'hui, ces derniers sont complètement autonomes. J'ai fait les démarches auprès de l'organisme international [Smile Train](#) afin que les chirurgiens que nous avons formés puissent opérer les enfants gratuitement à leur tour. »

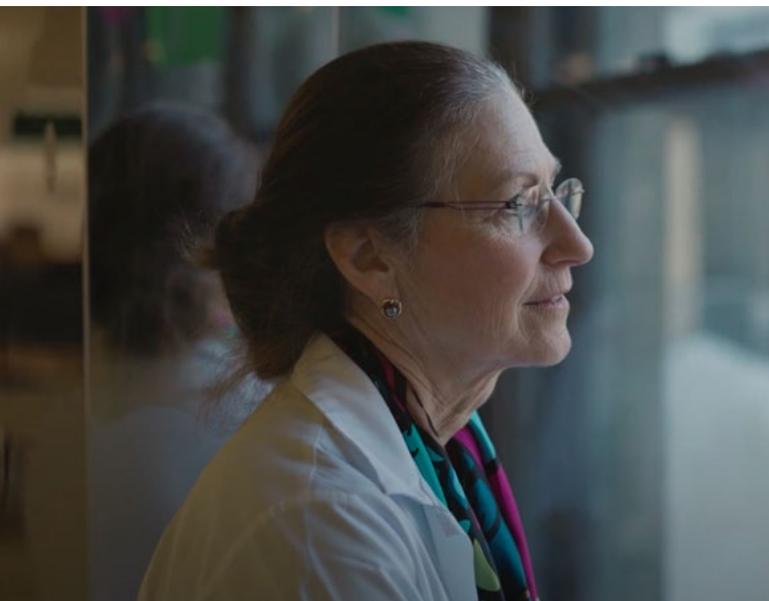
Bien que la D^{re} Caouette-Laberge prendra sa retraite en janvier 2024, elle a bon espoir que la collaboration internationale continuera à évoluer en fonction des besoins. « Je ne sais pas combien de temps je pourrai encore faire de l'humanitaire, mais personne n'est irremplaçable », confie celle qui a 43 missions humanitaires à son actif depuis 1999.

Être récompensée... pour servir de modèle

Malgré une carrière peu banale, la D^{re} Louise Caouette-Laberge est restée humble. Elle accepte néanmoins de parler des prix qu'elle a reçus tout au long de sa carrière parce qu'elle estime que ces honneurs envoient aux autres femmes médecins le message qu'elles doivent s'investir comme leaders. « Ça fait plaisir de voir ses efforts reconnus, mais ces prix font surtout en sorte que les lauréates servent de modèles. Les prix encouragent d'autres femmes à faire de même. »

Qualifiée de pionnière dans son domaine, elle a participé à l'évolution de sa spécialité sur les scènes provinciale, nationale et internationale. Le Collège des médecins du Québec a remis aux D^{rs} Louise Caouette-Laberge et Jean-Martin Laberge le [Prix d'humanisme 2013](#) pour leur travail humanitaire. En outre, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et l'Association des spécialistes en chirurgie plastique ont récompensé la D^{re} Caouette-Laberge au cours de la dernière décennie, et elle a été décorée de l'[Ordre national du Québec](#) en 2021.

Sur les ondes du poste de radio de Thetford Mines, d'où elle est originaire, un animateur lui a demandé ce qu'elle pensait de la distinction que la FMSQ venait de lui décerner. « Irma Levasseur a été la première femme à revenir à Montréal après avoir fait une formation de spécialité en pédiatrie aux États-Unis. C'est elle qui a approché Justine Lacoste pour fonder avec elle l'hôpital Sainte-Justine. Recevoir le prix Irma-Levasseur, alors que j'y ai passé toute ma carrière, c'est comme un retour aux sources, un beau coup de chapeau à l'histoire. »



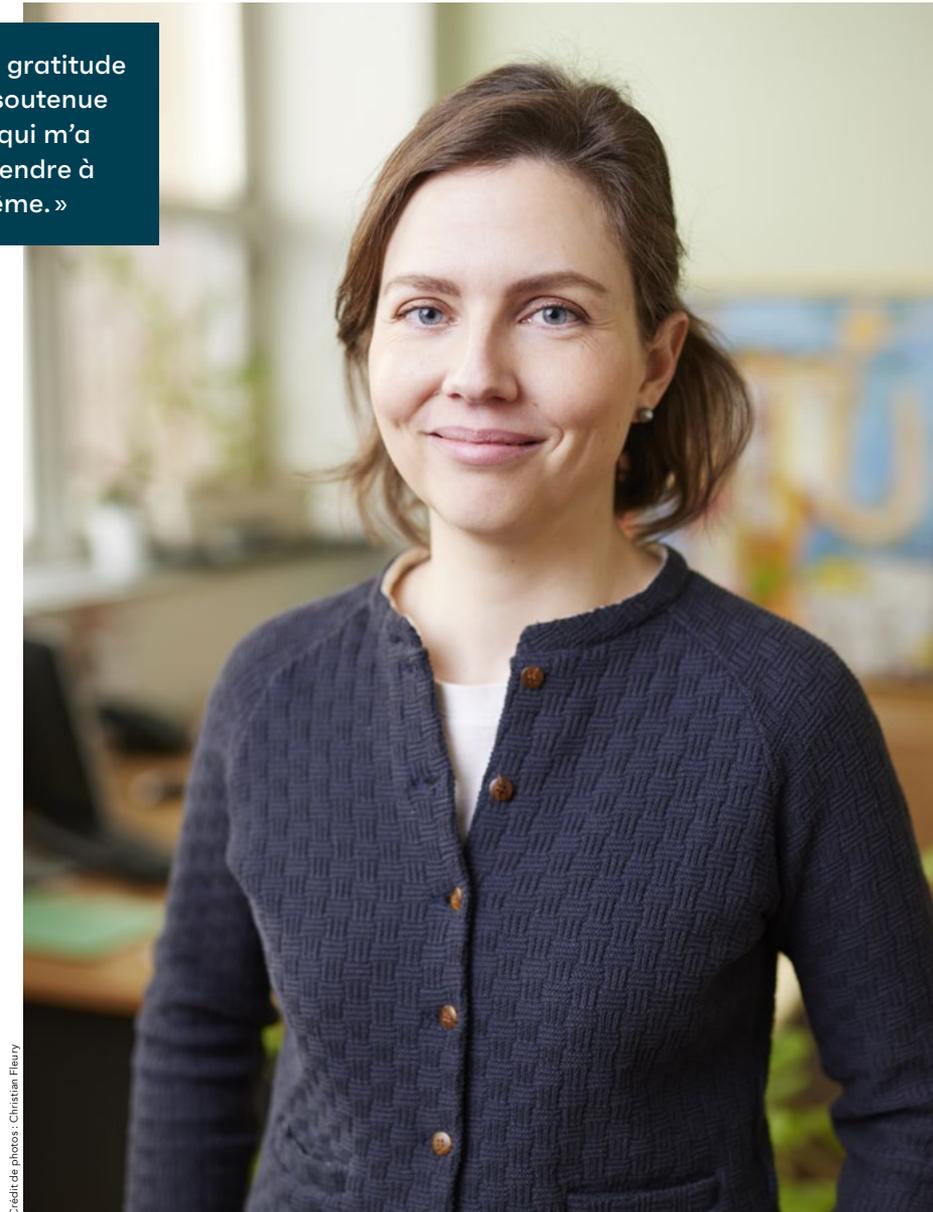
SCIENCES ET HUMANISME, UN HEUREUX ALLIAGE

La jeune Rosemarie Chénard-Soucy s’imaginait enseigner un jour la littérature mais, intéressée tant par les sciences pures que par les sciences humaines, elle a misé sur le fait que la médecine pourrait lui permettre d’allier ses deux passions. L’avenir allait donner raison à la lauréate du prix Marthe-Pelland 2023, psychiatre au Centre universitaire de santé McGill.

« J’éprouve de la gratitude pour avoir été soutenue par un milieu qui m’a permis d’apprendre à être moi-même. »

Tout comme Marthe Pelland, la première femme admise dans une faculté de médecine francophone au Québec, en 1924, la D^{re} Rosemarie Chénard-Soucy a fait preuve d’un indéniable leadership depuis le début de sa carrière. *Le Spécialiste* en a d’ailleurs fait état dans son [numéro d’automne 2021](#). Dès la fin de son stage de perfectionnement (*fellowship*) en troubles de la personnalité, la psychiatre a innové en fondant, au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), une clinique destinée aux personnes atteintes d’un ou de plusieurs troubles de la personnalité complexes, pour qui les approches traditionnelles ne donnent pas de résultats probants. « Ce n’est pas un programme de psychothérapie mais bien une clinique où je fais un réel suivi psychiatrique médical. »

Tôt dans sa carrière, elle est devenue directrice de l’enseignement aux résidents en psychiatrie du CUSM, ce qui n’est guère étonnant, la transmission des connaissances ayant été l’objectif premier de la jeune Rosemarie. Depuis, elle est directrice du stage de perfectionnement (*fellowship*) en troubles de la personnalité à l’Université McGill et directrice du module didactique d’introduction à la psychothérapie.



Crédit de photos : Christian Fleury

Enseignante très prisée des étudiants et des résidents en psychiatrie, elle a reçu les prix **Best Resident Advocate** en 2020 et **Best Clinical Supervisor Junior Residents** en 2021. Elle a aussi été en nomination à maintes reprises dans plusieurs autres catégories. Sa réputation la précède, de sorte que de futurs médecins réservent leur stage avec elle longtemps d'avance. Superviseure d'une grande générosité, déterminée et engagée, la D^{re} Chénard-Soucy prêche par l'exemple, contribuant ainsi à améliorer la qualité de la supervision dans son département.

Se référant à cet impressionnant parcours lors de la remise du prix Marthe-Pelland, le 8 mars dernier, l'animatrice Marie-Claude Barrette a demandé à la jeune psychiatre ce dont elle est la plus fière. Spontanément, elle a répondu : « La fierté n'est pas le principal sentiment qui m'anime. Je suis une passionnée de psychiatrie et de psychologie. J'aime aussi énormément l'enseignement. J'éprouve plutôt de la gratitude pour avoir été soutenue par un milieu qui m'a permis d'apprendre à être moi-même. »

« Les étudiants et les résidents, tout comme les patients d'ailleurs, apprennent plus et mieux quand ils se sentent en sécurité avec quelqu'un de chaleureux. »

Être soi-même comme femme

La D^{re} Chénard-Soucy estime qu'apprendre à être soi-même signifiait pour elle d'assumer que les caractéristiques dites féminines sont des qualités, voire des atouts, dans l'exercice de ses fonctions. « Lorsque je suis devenue patronne, j'avais un peu le pied sur le frein. Durant ma formation, on m'avait tellement appris qu'il fallait être distant et sérieux pour projeter une image professionnelle! Or, ce n'est pas du tout ma personnalité : je suis une passionnée, j'aime rire, je ris fort, j'aime me sentir proche des gens. Plus je gagnais de l'expérience en enseignement, plus je constatais qu'au contraire on peut être professionnel sans être froid. Je me rends compte que les étudiants et les résidents, tout comme les patients d'ailleurs, apprennent plus et mieux quand ils se sentent en sécurité avec quelqu'un de chaleureux, qui a un véritable intérêt pour la personne qu'ils sont. »

La psychiatre est convaincue que les femmes apportent une approche favorable dans leur milieu de travail, quel qu'il soit : « Nous pouvons et devons laisser transparaître nos qualités affectives, être chaleureuses avec les étudiants, les résidents et les collègues sans craindre qu'une certaine proximité dans nos échanges nuise à notre professionnalisme. »

Le leadership au féminin

Le fait que le prix Marthe-Pelland récompense le leadership au féminin touche particulièrement la lauréate : « J'ai fait une réflexion majeure à ce sujet au cours de mon développement professionnel. Je me suis demandé de quelle façon je pouvais prendre ma place en tant que femme, la médecine étant une discipline qui valorise le côté masculin même chez les femmes. D'ailleurs, la plupart d'entre nous sont pragmatiques. Oui, il faut avoir un esprit cartésien lorsqu'on gère des urgences ou des situations médicales délicates; avoir la tête froide est alors une grande qualité. Cependant, on peut apprendre à intégrer les principes féminins dans son rôle de médecin sans perdre les atouts des principes masculins. »

La D^{re} Chénard-Soucy reconnaît qu'au début de sa pratique elle exerçait une forme de censure, montrant le moins possible ses émotions et sa sensibilité. « Comprendre que les qualités féminines ne sont pas des défauts mais de grandes forces, particulièrement en psychiatrie, a été tout un apprentissage. Cette réflexion m'a habitée ces dernières années. Je pense avoir trouvé un certain équilibre, je suis beaucoup plus en paix avec cette idée. Je dois dire que j'ai pu évoluer dans un milieu qui a très bien accueilli cet aspect de ma personnalité. Le prix Marthe-Pelland prend donc un sens énorme pour moi. »



Apprendre de son rôle de mère

La D^{re} Chénard-Soucy soutient que la maternité l'a aidée à s'assumer comme femme dans sa profession. « Le rôle de mère a modifié ma façon d'exercer la psychiatrie et a réveillé mon côté féminin. J'ai compris qu'il y a des choses distinctives dans l'expérience d'être femme et de ce que nous pouvons apporter dans les systèmes. La maternité m'a rendue une meilleure psychiatre; par exemple, je suis devenue plus à l'aise de montrer de la chaleur. »

Lorsqu'un de ses enfants a été gravement malade, l'attitude de certaines professionnelles de la santé a aussi modifié sa perception. « En me prenant la main, une résidente m'a fait comprendre qu'il n'est pas nécessaire de se cacher pour manifester des marques d'empathie. Grâce à mon expérience de patiente et de mère, j'ai compris que nous devons nous porter à la défense de ce professionnalisme humain, chaleureux. C'est possible d'entretenir des rapports d'humain à humain et d'être connecté à la dimension affective tout en demeurant professionnel. »

« Comprendre que les qualités féminines ne sont pas des défauts mais de grandes forces, particulièrement en psychiatrie, a été tout un apprentissage. »

Prendre position sans monter aux barricades

Dès sa résidence, la D^{re} Chénard-Soucy a montré son sens du leadership en prenant position publiquement, notamment en ce qui concerne les [soins aux aînés](#). Pendant la pandémie de COVID-19, une fois que les modes de transmission du coronavirus ont été mieux connus, elle a cosigné la lettre [Soyons prudents : gardons les écoles ouvertes](#), qui a été reproduite dans plusieurs médias. « Je ne suis pas une politicienne dans l'âme, mais j'ai besoin de me prononcer quand je sens que cela sera utile, entre autres si je suis témoin de situations inacceptables. Chaque fois que je me suis exprimée ou que j'ai appuyé d'autres personnes, c'était parce que j'étais portée par l'urgence de dénoncer. »

La D^{re} Chénard-Soucy croit néanmoins que son leadership se manifeste davantage en collégialité dans son travail et, par le biais de l'enseignement, auprès des futurs médecins, qui transmettront à leur tour un esprit d'humanisme dans les soins aux patients. « Si j'arrive à les inspirer, à leur montrer l'importance d'intégrer leur sensibilité et leur intelligence émotionnelle dans leur travail au quotidien, pour moi, ce sera une grande réussite. »

La jeune femme originaire de Rivière-du-Loup avait deux passions au cégep : la littérature française et l'enseignement, mais elle aimait également les sciences. Elle avait donc hésité entre être prof de français ou médecin. « En fin de compte, je me suis dit qu'en tant que médecin je pourrais mettre à profit tous mes intérêts, puisque je pourrais quand même enseigner. La médecine allie les sciences pures et les sciences humaines. C'est encore plus vrai en psychiatrie. Aujourd'hui, je me sens vraiment sur mon X. »



LA COVID LONGUE PORTE BIEN SON NOM

Près de 15 % des personnes qui ont contracté la COVID-19 en subissent encore les contrecoups quelques semaines ou quelques mois plus tard, voire depuis la première vague, au printemps 2020. On les dit alors atteintes de la COVID longue, pour laquelle aucun traitement curatif n'existe actuellement.



Source : uaherbrooke.ca

« Aucun test ne permet d'établir clairement un diagnostic de COVID longue. Le médecin doit procéder par élimination. »
— D^r Alain Piché



Source : iram.uqam.ca

« Il était important que la clinique et la recherche soient intégrées afin que nous puissions mieux saisir en temps réel ce qu'est la COVID longue. »
— D^{re} Emilia Liana Falcone

Fin de l'urgence sanitaire internationale

« C'est avec beaucoup d'espoir que je déclare la COVID-19 terminée comme urgence sanitaire internationale », a annoncé le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

« Cela ne signifie pas que la COVID-19 est terminée en tant que menace pour la santé mondiale », a-t-il toutefois nuancé, ajoutant qu'il n'hésiterait pas à convoquer à nouveau des experts pour réévaluer la situation si la maladie « mettait notre monde en péril ».

Le ministre de la Santé du Canada, Jean-Yves Duclos, a souligné en point de presse que la COVID-19 cause toujours des décès et des hospitalisations au pays, bien qu'en moins grand nombre qu'auparavant : « Il y a les effets de la COVID longue, qui sont à la fois peu connus encore et très significatifs. »

Source

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a levé l'alerte maximale sur la pandémie de COVID-19 le 5 mai dernier. Toutefois, la fin de l'alerte maximale ne signifie pas la fin de la pandémie. De fait, le coronavirus circule toujours. Même si les conséquences de la maladie sont moindres depuis la vaccination, le risque de faire une **[affection post-COVID-19](#)** – COVID longue – est présent chaque fois que quelqu'un contracte le virus. « Il y aurait moins de risques de développer la COVID longue à la suite d'une infection avec le variant Omicron. Toutefois, étant donné que plus de personnes ont contracté la COVID-19 avec Omicron qu'avec tous les autres variants confondus, le nombre de cas de COVID longue est très élevé, en chiffres absolus », explique le D^r Alain Piché, microbiologiste-infectiologue et directeur médical de la **[clinique spécialisée pour les affections post-COVID-19](#)** au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

« **Aucun test ne permet d'établir clairement un diagnostic de COVID longue** », reconnaît le D^r Piché.

Selon Statistique Canada, 14,8 % des personnes qui ont contracté la COVID-19, qu'elle ait été confirmée ou suspectée, pourraient présenter des symptômes post-COVID-19 au-delà de douze semaines après l'infection. Les personnes gravement atteintes doivent surmonter de réelles embûches pour faire reconnaître leur invalidité. « Aucun test ne permet d'établir clairement un diagnostic de COVID longue, reconnaît le D^r Piché. Le médecin doit procéder par élimination. S'il n'a pas une bonne connaissance de cette affection, il peut penser qu'il s'agit, par exemple, de troubles neurologiques fonctionnels ou d'une autre maladie dont les symptômes ressemblent à ceux de la COVID longue. Il ne faut pas oublier que le phénomène n'existe que depuis trois ans, si bien que nos connaissances sont encore limitées, même si la recherche a déjà fait de grands pas. »

La D^{re} Emilia Liana Falcone, directrice de l'**[unité de recherche en microbiome et défenses mucosales](#)** et de la **[clinique de recherche post-COVID-19](#)** à l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM), abonde dans le même sens : « Ces patients ont besoin d'être évalués et pris en charge. Les symptômes, qui peuvent varier et même fluctuer dans le temps, commencent parfois durant la phase aiguë de l'infection ou apparaissent douze semaines ou plus après le rétablissement. Certains symptômes peuvent être simultanés et plusieurs organes atteints, d'où l'enjeu de la recherche. La découverte de biomarqueurs diagnostiques permettrait d'offrir un traitement personnalisé, alors qu'aucun traitement pharmacologique spécifique à la COVID longue n'existe à l'heure actuelle. »

Plus de 200 symptômes

Comme aucun traitement curatif n'existe actuellement pour la COVID longue, les médecins peuvent à tout le moins aider leurs patients en établissant le bon diagnostic, une tâche tout de même ardue compte tenu des multiples symptômes qui peuvent se manifester et qui s'apparentent à d'autres affections. Les victimes de la COVID longue sont majoritairement des femmes dans la jeune quarantaine en parfaite santé jusque-là : très actives, elles travaillaient, prenaient soin de leur famille, pratiquaient un ou plusieurs sports, s'investissaient dans leur communauté. Souvent, leur épisode de COVID-19 était passé presque inaperçu, et les symptômes apparentés à la COVID longue ne se sont généralement manifestés que quelques semaines plus tard, compliquant l'établissement d'un lien de cause à effet. « Les hommes atteints sont plutôt dans la soixantaine, précise le D^r Piché. Ils présentent une ou plusieurs comorbidités et ont souvent dû être hospitalisés pendant leur épisode de COVID-19, généralement aux soins intensifs. Par conséquent, dans leur cas, en présence de symptômes persistants, le diagnostic de COVID longue est facilité, bien que parfois difficile à différencier du syndrome post-soins intensifs. »

Selon les experts, plus de 200 symptômes peuvent être liés à la COVID longue. Les plus fréquemment signalés sont nombreux : fatigue chronique et incapacitante, essoufflement, toux persistante, violents maux de tête, réponse anormale et disproportionnée à l'effort, troubles de concentration, de mémoire ou de sommeil, perte du goût ou de l'odorat, douleurs dans les muscles et les articulations, anxiété et dépression.

Mieux comprendre la COVID longue

Le D^r Alain Piché a donné récemment un webinaire sur la COVID longue, une formation reconnue comme activité de développement professionnel pour les médecins spécialistes et les omnipraticiens. Les médecins spécialistes qui souhaitent parfaire leur connaissance du sujet peuvent le visualiser sur MÉDUSE, la plateforme d'apprentissage en ligne de la FMSQ, et les omnipraticiens sur le portail Caducee de la FMOQ.

En outre, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux propose des **[outils d'aide à la prise en charge](#)** qui décrivent les principales manifestations cliniques et permettent aux médecins de repérer les patients potentiellement atteints d'une affection post-COVID-19. Certains documents sont disponibles tant en anglais qu'en français. Une fiche complémentaire s'adresse aux intervenants en réadaptation.

Santé Montérégie a publié sur son portail des **[fiches d'autogestion des symptômes de la COVID longue](#)**. Destinées aux patients, elles sont disponibles en français et en anglais.

La recherche

Dès le début de la pandémie, la D^{re} Falcone a été convaincue qu'une infection au SRAS-coV-2 entraînerait des complications, si bien qu'elle a fait sa première demande de subvention pour étudier les infections post-infectieuses en avril 2020. L'infectiologue a conçu un modèle unique au Québec, qui intègre une évaluation clinique à un protocole de recherche ainsi qu'une biobanque exhaustive. Sa clinique de recherche post-COVID-19 a été mise sur pied en février 2021. Les patients qui la consultent sont systématiquement enrôlés dans un protocole de recherche, permettant ainsi à la fois une évaluation clinique détaillée et des études en recherche translationnelle et fondamentale dans son laboratoire. « Il était important que la clinique et la recherche soient intégrées afin que nous puissions mieux saisir en temps réel ce qu'est la COVID longue, une entité complexe que nous connaissions mal, souligne l'infectiologue. Le laboratoire étant à proximité, nos interactions avec les patients et notre équipe de recherche s'en trouvaient facilitées. »

Une équipe multidisciplinaire est nécessaire pour soutenir les personnes qui en sont atteintes et établir un modèle de réadaptation permettant à chaque patient d'être dirigé vers le professionnel approprié. Ainsi, un patient qui présente

une fatigue extrême ou des malaises post-effort aura besoin d'enseignement de réadaptation, à faire en physiothérapie ou en ergothérapie, afin de comprendre ses limites et de prévenir les éléments déclencheurs. En présence de troubles d'essoufflement, un intervenant fera une évaluation pulmonaire avant de lui offrir de la réadaptation respiratoire. Les patients qui se plaignent de troubles du goût ou de l'odorat sont parfois tellement perturbés qu'ils éprouvent des aversions pour certains groupes d'aliments qui mènent parfois à des carences nutritionnelles; ils bénéficieront alors des conseils d'une nutritionniste. Devant un trouble neurologique ou psychologique, il faudra faire une évaluation neuropsychologique, et les cas de dysphonie seront dirigés vers un orthophoniste.

La D^{re} Falcone soutient sans hésitation qu'une personne peut développer la COVID longue chaque fois qu'elle contracte la COVID-19, qu'elle ait été vaccinée ou non : « Les risques ne sont jamais éliminés complètement. Cependant, des études suggèrent que les personnes qui ont reçu au moins deux doses du vaccin sont moins à risque. Il en va de même pour celles qui ont reçu le Paxlovid durant les cinq jours de la phase aiguë de leur infection. Toutefois, plus souvent on contracte la COVID-19, plus le risque d'avoir la COVID longue augmente; c'est une question de probabilité. » Par

conséquent, l'infectiologue rappelle que les règles d'hygiène de base martelées par les autorités au plus fort de la pandémie constituent encore la meilleure des préventions.

Le soutien des gouvernements

Souhaitant venir en aide aux personnes aux prises avec des symptômes post-infectieux, le gouvernement du Québec a annoncé, en mai 2022, le financement de 20,5 millions de dollars en soutien à la création de [quinze cliniques spécialisées](#). Cinq centres de référence et dix cliniques satellites devaient être déployés. Un an plus tard, le [réseau des cliniques COVID longue](#) était presque entièrement fonctionnel. Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a été désigné coordonnateur réseau pour le développement des connaissances. Une part des activités de ce réseau de cliniques est effectivement intégrée à la recherche visant à mieux comprendre les symptômes post-infectieux causés non seulement par la COVID longue, mais aussi par la maladie de Lyme dans sa forme persistante.

Le gouvernement fédéral a pour sa part annoncé l'hiver dernier un investissement de 20 millions de dollars, par l'entremise des Instituts de recherche en santé du Canada, pour la création du réseau

pancanadien [Web COVID longue](#), dont la mission est de soutenir et de mener des recherches sur cette affection. La D^{re} Emilia Liana Falcone [codirigera l'équipe biomédicale](#) de ce réseau à titre de co-investigatrice principale et membre du comité directeur. Cette nouvelle fonction, qui s'ajoute à son rôle de directrice à l'IRCM et d'infectiologue au CHUM, s'inscrit dans la continuité en ce qui concerne l'amélioration des connaissances sur la COVID longue en vue d'une optimisation de la prise en charge médicale.

« Plus souvent on contracte la COVID-19, plus le risque d'avoir la COVID longue augmente; c'est une question de probabilité. »

— D^{re} Emilia Liana Falcone



EN AVANT LA MUSIQUE !

Sous l'impulsion du pédiatre Zoheir Ferdjioui, une formation musicale composée quasi exclusivement de médecins donne des concerts caritatifs au Saguenay–Lac-Saint-Jean depuis quelques années. En avril dernier, le Doc Show a fait sa grande rentrée dans la métropole au profit d'Autisme Montréal.



Parti d'Algérie il y a 16 ans pour s'installer au Québec, le [D^r Zoheir Ferdjioui](#) opte d'emblée pour le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Parallèlement à sa spécialité de pédiatre à l'Hôpital de Chicoutimi, il suit des cours de musique et se découvre une passion pour le saxophone. En 2016, avec l'appui des D^{rs} Guy Chamberland et Mélissa Tremblay, également musiciens, il décide de créer une *band* et lance une invitation par courriel à l'ensemble de ses collègues. Une douzaine de médecins répondent à l'appel, auxquels se joignent une agente administrative et un analyste informatique aujourd'hui à la retraite. Ce dernier, étant donné ses grandes connaissances en musique, devient leur directeur musical et son sous-sol, le lieu où se tiennent les répétitions.

Compte tenu de leurs obligations professionnelles, les 14 musiciens, musiciennes, chanteuses et chanteurs se réunissent par petits groupes au gré de leurs disponibilités. Même s'ils éprouvent beaucoup de plaisir à s'adonner à leur passion, rapidement, ils souhaitent monter sur les planches tous ensemble. C'est ainsi que le [Doc Show](#) commence à donner des concerts caritatifs. La [Fondation de ma vie](#) de l'Hôpital de Chicoutimi est la première à en bénéficier, suivie par plusieurs autres organismes. La formation musicale fait même la première partie des spectacles de Roch Voisine et de Marc Hervieux, dans le cadre de la Grande guignolée des médias. « Nous ne mettons pas un dollar dans nos poches... le *band* n'a même pas de compte bancaire, précise le D^r Ferdjioui. Tous les profits vont directement aux organismes qui, d'ailleurs, gèrent eux-mêmes la vente des billets. Globalement, ils ont cumulé plus de 200 000 \$ à ce jour. »

Un histoire de cœur



Les concerts remportent toujours un vif succès. Le répertoire du Doc Show est vaste; les musiciens réarrangent à leur manière des airs connus, si bien que les spectateurs se mettent spontanément à danser. La pandémie de COVID-19 les forçant à prendre une pause de la scène pendant deux ans, quelques membres du groupe enregistrent une première [composition originale](#).

Tous les profits vont directement à des organismes, qui ont cumulé plus de 200 000 \$ à ce jour.

Après avoir vécu au Saguenay-Lac-Saint-Jean pendant neuf ans, le D^r Ferdjioui et la D^{re} Amel Tnani, sa conjointe également pédiatre, déménagent à Laval avec leurs deux enfants. Néanmoins, le médecin saxophoniste retourne régulièrement dans sa « ville natale québécoise » afin de faire de la musique avec ses amis.

Sur scène pour l'autisme

En avril 2023, le Doc Show s'est produit à Montréal pour la première fois, à l'occasion du Mois de l'autisme. « Comme pédiatre, j'ai constaté que le nombre d'enfants qui présentent un trouble du spectre de l'autisme s'accroît constamment. C'est pourquoi nous avons choisi de soutenir [Autisme Montréal](#) pour l'occasion. »

Julie Champagne, directrice générale d'Autisme Montréal, confirme les observations du D^r Ferdjioui : « En 2015, un enfant sur 64 âgé entre un et dix-sept ans a reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme au Québec. En 2019, ce nombre est passé à un enfant sur 58. » Comment expliquer une telle hausse en si peu de temps? Certains ont avancé que de meilleurs diagnostics seraient en cause, mais ni le D^r Ferdjioui ni Julie Champagne n'accréditent cette thèse. « Si c'était vrai, on observerait la baisse d'autres diagnostics, telle la déficience intellectuelle, mais ce n'est pas le cas, affirme la directrice générale d'Autisme Montréal. Les causes semblent multifactorielles, probablement

liées à la fois à la génétique et à l'environnement. » Partout dans le monde, des chercheurs tentent de découvrir la clé de ce phénomène.

Autisme Montréal soutient les personnes qui présentent un trouble du spectre de l'autisme et leurs familles. L'organisme offre notamment des weekends de répit et des camps d'été tant aux enfants qu'aux adultes autistes, ainsi qu'un service de gardiennage. « Nous les accompagnons dans toutes les étapes de leur vie, que ce soit dans le réseau scolaire ou celui de la santé et des services sociaux, qu'ils soient autonomes et en quête d'un emploi, ou qu'ils aient besoin de notre appui pour défendre leurs droits. » Les fonds générés par la prestation du Doc Show aideront Autisme Montréal à poursuivre sa mission. « En somme, nous faisons du bien autrement! » conclut le D^r Ferdjioui.

Les 14 membres du Doc Show

- Karo Allaire, agente administrative (chant)
- D^{re} Marianne Breton-Thibodeau, néphrologue (chant)
- D^r Guy Chamberland, urgentologue (guitare et chant)
- D^r Ziheir Ferdjioui, pédiatre (saxophone et chant)
- Martin Gravel, retraité (multi-instrumentiste et directeur musical)
- D^{re} Nathalie Lapierre, médecin de famille (chant)
- D^r Martin Lemieux, médecin de famille (piano)
- D^{re} Marie-Philip Leroux, médecin de famille (violoncelle)
- D^{re} Véronique Lord, radiologiste (flûte)
- D^{re} Geneviève Minville, urgentologue (piano)
- D^{re} Claudia Nuncio-Naud, pédiatre (chant)
- D^r Guy Parizeault, pédiatre (batterie et chant)
- D^r Newton Pimenta, neurochirurgien (batterie et chant)
- D^{re} Mélissa Tremblay, urgentologue (violon, guitare, banjo)



UN MODÈLE DE GÉRIATRIE SOCIALE POUR AJOUTER DE LA VIE AUX ANNÉES

La Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec amorce une nouvelle collaboration en gériatrie sociale avec la Fondation AGES. Ce partenariat permettra à cette dernière de répondre aux besoins non seulement des aînés mais aussi de leurs proches aidants, en plus d'étendre ses activités au-delà de ses six régions d'intervention actuelles.

Dans une entrevue qu'il a accordée à la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FFMSQ), le D^r Stéphane Lemire, interniste-gériatre et président fondateur de la Fondation AGES, explique à quel point la gériatrie sociale communautaire est essentielle pour améliorer la qualité de vie des aînés.



Crédit photo : facebook.com/LeGeriatreSocial

La gériatrie a reçu ses lettres de noblesse dans les années 1980. Malgré le passage du temps, la spécialité demeure essentiellement campée en milieu hospitalier. Sur le terrain, le D^r Stéphane Lemire a constaté il y a longtemps à quel point l'hôpital répondait de façon limitée aux réels besoins des aînés. C'est ainsi qu'a germé l'idée de leur venir en aide dans la communauté, où la majorité d'entre eux désirent vivre le plus longtemps possible, donnant naissance à la Fondation AGES il y a dix ans.

Dès le départ, le D^r Lemire a collaboré avec l'équipe du **Service amical Basse-Ville**, une entreprise d'économie sociale à domicile, afin de prendre le pouls des besoins sur le terrain, tel que perçu par les préposés d'aide à domicile. Leur réponse était éloquent. « Le préposé constatait la dégradation de l'aîné, mais il ne savait pas vers quelle ressource se tourner », souligne le médecin.

Le premier jet de la gériatrie sociale a été l'élaboration d'un lexique et d'outils qui permettraient aux préposés de repérer la dégradation de leur clientèle et de lever des drapeaux rouges à l'intention de leurs répondants au sein de l'organisme. Le D^r Lemire prenait alors le relais, si des enjeux cliniques étaient suspectés. Au fil des expérimentations, un modèle non conventionnel a commencé à se dessiner et permis de trouver des solutions adaptées aux besoins. « Nous avons de beaux exemples de personnes qui ont retrouvé beaucoup d'autonomie et une meilleure santé malgré un déclin accéléré; certaines ont même repris leurs activités. »



La Fondation AGES dans la communauté

Grâce à cette expérience dans la communauté, la Fondation AGES a pu définir les bases de la gériatrie sociale au Québec. « Nous appliquons la même approche biopsychosociale de la santé que la gériatrie à l'hôpital mais, en intervenant dans la communauté, cette approche s'en trouve élargie, parce que le modèle développé agit sur l'ensemble des déterminants de la santé directement liés à l'état de la personne. »

L'approche s'est graduellement structurée et balisée, entre autres lors de deux forums qui ont réuni plusieurs intervenants du système de santé, de même que des aînés et des proches aidants. Ainsi, des intervenants de proximité, qui vont à la rencontre des aînés dans le cadre de leurs activités normales – préposés d'aide à domicile, coiffeurs, livreurs, membres de la famille – sont devenus des « sentinelles ». Confrontée à un problème potentiel, la sentinelle se tourne vers un « navigateur », qui fera des observations détaillées sur le terrain à l'aide de l'outil Signes AINÉES.

Les Signes AINÉES

L'outil AINÉES a été développé pour être utilisé tant dans l'évaluation initiale (identification de facteurs de risque de déclin fonctionnel) que pour le suivi quotidien (surveillance) des usagers âgés hospitalisés. L'acronyme AINÉES signifie :

- Autonomie et mobilité
- Intégrité de la peau
- Nutrition/hydratation
- Élimination
- État cognitif et comportement
- Sommeil

[Source](#)

D'abord conçu pour intervenir auprès des personnes âgées hospitalisées, cet outil est largement utilisé dans le réseau de la santé. Toutefois, il s'avère également utile dans la communauté, dans le but de déceler des problèmes de santé et prévenir leurs complications. « Un des paris que nous avons faits, se souvient le D^r Lemire, c'est d'aborder les enjeux cliniques sans avoir systématiquement recours à la personne la plus qualifiée pour donner le service, dans le respect du cadre réglementaire, bien entendu. » C'est pourquoi sentinelles et navigateurs forment une équipe à laquelle se greffe une infirmière dont le rôle est d'assurer le lien clinique pour que l'information appropriée soit éventuellement acheminée au médecin, au bout de la chaîne d'intervention. Les renseignements ainsi colligés facilitent la compréhension des enjeux et des déterminants sociaux de la santé des aînés, qu'il s'agisse de leur condition socioéconomique, de la solitude ou de la qualité de leur environnement.

Deux fondations unissent leurs forces



La Fondation AGES se consacre à la gériatrie sociale depuis 2013. Sa mission est de prévenir le vieillissement accéléré des personnes âgées et de contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie. Six projets majeurs de gériatrie sociale ont été déployés avec succès au Québec, et de nombreux projets pilotes ont vu le jour grâce au Laboratoire d'innovation en santé des aînés. Cette année, la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec a amorcé un partenariat avec la Fondation AGES. Elle lui a d'abord octroyé 25 000 \$ afin qu'elle puisse développer un volet d'autosoins pour les personnes proches aidantes; de plus, elle participera à la création et à la dissémination d'activités de formation à leur intention.

Une nouvelle collaboration avec la FFMSQ

Compte tenu que plusieurs des précieuses sentinelles sont des proches aidants, la Fondation AGES a poussé plus loin le concept des Signes AINÉES et créé [AINÉES AD-PLUS](#), qui prend en considération le bien-être de ces intervenants clés. C'est là une pierre angulaire de la nouvelle collaboration entre la Fondation AGES et la FFMSQ, dont la mission est de contribuer à améliorer de façon très concrète la vie des proches aidants.

Bien que le rôle fondamental du proche aidant soit d'être présent et disponible pour l'aîné, il doit tout autant se concentrer sur son propre bien-être afin d'éviter l'épuisement et le risque de développer des problèmes de santé. Le D^r Lemire va plus loin en affirmant qu'au-delà des services de répit, «les proches aidants ont besoin que leur maintien en santé soit facilité tout autant que celui de leur aidé». En recadrant l'évaluation globale de l'aîné pour y ajouter celle de son proche aidant, le navigateur de l'équipe pourra recalibrer efficacement les dimensions du maintien de la santé de tous.

Le LISA : un incubateur d'idées

La Fondation AGES a aussi mis sur pied le [Laboratoire d'innovation en santé des aînés](#) (LISA), qui favorise l'émergence de projets d'innovation communautaire. Le système de [prêt d'équipements adaptés](#) est un exemple de réponse concrète à un besoin local non comblé, que ni le réseau de la santé ni le milieu de la recherche ne peuvent promptement résoudre à la hauteur des besoins spécifiques individuels. «Plusieurs personnes ont des idées mais n'ont pas les ressources pour les concrétiser. Nous avons la capacité de capter ces innovations et d'aider les milieux à les faire progresser de façon formelle et structurée. C'est comme développer de petits modèles d'affaires qui peuvent être récupérés dans d'autres régions et par différents organismes.»

«C'est en travaillant ensemble sur le terrain que nous pourrions changer les choses.»

— D^r Stéphane Lemire

Se préparer au pic démographique de 2030

Actuellement, 25 % des proches aidants ont plus de 65 ans et près des deux tiers d'entre eux s'occupent principalement d'un aîné, une statistique en voie de doubler d'ici 2030. Jamais le réseau de la santé ne pourra répondre à cette demande à lui seul. «C'est en travaillant ensemble sur le terrain que nous pourrions changer les choses», conclut le D^r Lemire. Résultat d'une ambition hors norme, la Fondation AGES a été un précurseur de la gériatrie sociale au Québec. En collaboration avec la FFMSQ, elle poursuit sa mission d'aider les gens à vivre sereinement le vieillissement, en soutenant celles et ceux qui participent sans relâche au bien-être des populations les plus vulnérables.

Pour en apprendre davantage

- [Fondation AGES](#) : documents, capsules vidéo, chroniques santé, médias
- [Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale \(2019-2023\)](#)
- [Vieillir autrement](#) : documentaire réalisé par Mariane McGraw en 2022
- [Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec](#) : mission, bilan et projets





Par Claude Johnson, M.D.

Médecin-conseil
et coordonnatrice
de l'intervention

Programme d'aide aux
médecins du Québec

La culture juste

DES OUTILS CONCRETS POUR UNE ORGANISATION DU TRAVAIL PLUS HUMAINE

Dans le contexte actuel, d'aucuns reconnaissent la nécessité de revoir l'organisation du travail dans le réseau de la santé. Pour plusieurs, il s'agit de déployer des mesures pour améliorer les conditions du personnel soignant afin d'en arriver à un environnement de travail plus sain, plus humain. La question se pose : instaurer une pratique de culture juste pourrait-elle faire partie de la solution ?



« La culture juste est une philosophie, un ensemble de principes applicables au quotidien sur la façon de s'impliquer en équipe, de se tenir mutuellement responsable et de cerner et corriger les problèmes avant qu'un préjudice ne survienne. »

Avant de parler du concept de culture juste proprement dit, attardons-nous sur ce qui constitue sa dimension contraire : l'injustice. Un sentiment d'injustice peut être dévastateur pour une personne et pour son entourage. La perception d'un traitement injuste peut non seulement entraîner des répercussions néfastes du point de vue de la santé psychologique, mais induire un changement d'attitude, voire une mauvaise conduite. Lorsqu'il s'agit d'un membre d'une équipe médicale, on peut imaginer l'incidence que ce sentiment d'injustice peut avoir sur la qualité des soins, la sécurité des patients et le climat de travail.

Quelles que soient la situation et l'organisation, il est donc essentiel de faire preuve d'équité et de bienveillance, des éléments à la base même de ce que nous appelons la justice. C'est ici que la culture juste révèle toute sa pertinence.

Prévenir les incidents

Qu'est-ce que la culture juste ? Il n'y a pas de réponse simple, car elle s'appuie sur un ensemble complexe d'éléments, y compris des notions juridiques, la science des comportements humains et les systèmes organisationnels en place. [L'Association canadienne de protection médicale](#) propose la définition suivante : « La culture juste est une philosophie, un ensemble de principes applicables au quotidien sur la façon de s'impliquer en équipe, de se tenir mutuellement responsable et de cerner et corriger les problèmes avant qu'un préjudice ne survienne. » J'ajouterais que la culture juste, c'est aussi une manière d'être, de réfléchir et d'agir qui fait vivre et respirer une organisation. En somme, la culture juste propose des outils pour résoudre des problèmes, avec une approche proactive visant à prévenir des incidents avant qu'ils ne se produisent.

Se sentir en sécurité

La sécurité psychologique est un élément clé de l'instauration d'une culture juste. Selon [Amy Edmondson](#), la sécurité psychologique se définit comme « [...] un climat dans lequel chacun se sent à l'aise de s'exprimer et d'être soi-même, [...] de partager ses préoccupations et ses erreurs sans avoir peur d'être embarrassé ou de subir des représailles. » Chaque personne est ainsi plus encline à s'engager et à s'investir dans son travail.

L'un des principes de base de la culture juste consiste à reconnaître que l'erreur est humaine. Nous devons prendre conscience qu'en tant qu'êtres humains, nous sommes tous faillibles. Personne ne peut prétendre être parfait. Dans l'exercice de notre profession, nous sommes continuellement appelés à faire des choix, le plus souvent en nous appuyant sur les systèmes en place, lesquels peuvent être imparfaits. La conception même de ces systèmes peut influencer sur notre propension à commettre des erreurs ou modifier nos choix comportementaux. Par conséquent, des erreurs se produisent et de mauvaises décisions peuvent être prises.

La culture juste peut être qualifiée de culture d'apprentissage qui favorise la responsabilisation tant individuelle qu'organisationnelle.

Apprentissage et responsabilisation

Dans un environnement de culture juste, nous allons promouvoir une meilleure conception du système afin de prévenir les erreurs et d'encourager les bons comportements. Les erreurs humaines ne seront donc pas sanctionnées mais prévenues. La culture juste peut être qualifiée de culture d'apprentissage qui favorise la responsabilisation tant individuelle qu'organisationnelle. C'est alors que des mesures pourront être déployées pour améliorer la performance et assurer la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients, et ce dans un climat de travail sain.

Une culture juste n'est pas synonyme de culture sans blâme, sans imputabilité. Nous parlons plutôt d'une culture de responsabilisation, qui donne au personnel soignant l'occasion de faire valoir ses connaissances dans une perspective d'amélioration. C'est sans doute l'aspect le plus motivant d'une pratique de culture juste.



16^e édition

Tournoi de golf des fédérations médicales

au profit du Programme d'aide aux médecins du Québec

24 juillet 2023
Club de golf Pinegrove



Les partenaires :



L'Association canadienne de protection médicale
Beneva | Corporation Fiera Capital | Davies
Gestion d'actifs CIBC | Langlois Avocats
Placements Franklin Templeton
Société de services financiers Fonds FMOQ Inc.
Sogemec Assurances

Un événement des fédérations médicales
du Québec à ne pas manquer!

FMOQ | FMSQ | FMRQ | FMEQ

pamq.org/tournoi-de-golf

Concentrez-vous sur l'essentiel. On s'occupe du reste.

De l'assurance personnalisée
pour les médecins spécialistes.

 **FMSQ**

Faites confiance à Sogemec Assurances et ayez l'esprit tranquille en sachant que vous êtes bien protégés grâce au régime d'assurance auto, habitation et entreprise négocié pour vous*.

Pour vos autres besoins en assurance, découvrez la gamme complète de protections offertes par Sogemec

- Vie
- Invalidité
- Frais généraux
- Maladies graves
- Soins de longue durée
- Médicaments
- Maladie et soins dentaires
- Assurance voyage



Nous sommes votre référence. Faisons connaissance.

1 866 350-8282
(assurances auto, habitation, entreprise)

1 800 361-5303
(vie, invalidité, médicaments/maladie)

sogemec.com

Sogemec
ASSURANCES

*Une force conseil
créée par vous, pour vous*

* Le régime d'assurance auto, habitation et entreprise de Sogemec est souscrit par La Personnelle, assurances générales inc.



Par Chantal Aubin

Directrice générale
Conseillère en
sécurité financière
Courtier en assurances
de dommages

Assurance vie, habitation, auto, médicaments et autres...

NOUS AVONS CE QU'IL VOUS FAUT !

Le professionnel en début de carrière décide parfois de s'installer dans une localité autre que sa ville d'origine. Celle qui est déjà établie cherche peut-être une maison plus grande... à moins d'avoir déjà déniché la propriété de ses rêves. Bref, un changement d'adresse est l'occasion toute désignée pour repenser l'ensemble de ses besoins en assurances.

Un déménagement représente le moment idéal pour réviser ses protections et prendre connaissance des services d'assurance élaborés par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et sa filiale Sogemec Assurances à l'intention de certains groupes de professionnels.

Lorsque les besoins sont appelés à changer, les assurances le sont également, qu'il s'agisse d'une assurance invalidité, d'une assurance auto ou d'une assurance habitation et/ou hypothécaire. Avec autant de défis et si peu de temps à leur consacrer, faire appel à Sogemec permet de prendre rapidement les meilleures décisions possibles, celles qui sauront répondre à de nouvelles réalités.

Assurance médicaments : choisir parmi trois options personnalisées

Le régime d'assurance de Sogemec offre le choix entre trois programmes d'assurance médicaments qui s'étendent d'une option de base à un plan complet. Chacun peut donc choisir la protection qui correspond à ses besoins tout en se conformant à la *Loi sur l'assurance médicaments*, qui exige que toute personne établie au Québec soit couverte par une telle assurance. Attention : en vertu de la loi, le conjoint ou la conjointe ainsi que les enfants à charge doivent obligatoirement être couverts par cette protection d'assurance; c'est donc important d'y voir dès maintenant.



Assurance hypothécaire : pour la vie, l'invalidité et les maladies graves

Lorsque le représentant d'une institution financière conclut une hypothèque, il propose généralement une assurance hypothécaire visant à couvrir les paiements en cas de décès, d'invalidité ou de maladie grave. Rien n'oblige une personne à opter pour la protection offerte par le prêteur hypothécaire. Sogemec propose diverses options pour assurer les prêts hypothécaires, sans grandes complications et à un coût moindre, favorisant ainsi l'économise de centaines de dollars pendant toute la durée du prêt.

Les conseillers de Sogemec ont accès à l'ensemble des produits offerts par les grands assureurs canadiens; ils se font un plaisir d'effectuer les démarches nécessaires pour dénicher la meilleure offre sur le marché, adaptée aux besoins de leurs clients.

Unifamiliale, duplex, condo ou appartement, mais une seule adresse, celle de Sogemec

Sogemec offre différents types d'assurances habitation adaptés à la situation et au style de vie de chacun, notamment grâce à une protection « tous risques » et zéro casse-tête. Les Protections bonifiées — Avenant 25C comprennent, entre autres :

- la valeur à neuf sans obligation de remplacement
- 15 000\$ de protection pour les bijoux
- 10 000\$ pour les vélos
- ...et plus encore

Qu'en est-il de l'assurance auto?

Déménager d'un quartier à un autre, ou encore d'une grande ville à une banlieue, peut influencer sur la prime d'assurance automobile. Sogemec propose au professionnel une soumission qui lui permet de comparer ses tarifs et ses protections à ceux de son assureur actuel. Le seul fait de regrouper l'assurances auto et l'assurance habitation sous le régime de la FMSQ donne lieu à des rabais intéressants.

Des conseillers de confiance

La FMSQ a créé sa filiale Sogemec Assurances il y a 45 ans précisément pour donner à des groupes de professionnels l'accès à des conseillers de confiance, qui en ont fait leur métier et qui comprennent mieux que quiconque les enjeux personnels, professionnels et familiaux propres à chacun. Pour en tirer profit dès maintenant, il suffit de téléphoner au 1 800 361-5303 ou [par courriel](#).



Présenté par



Week-end Planification retraite

**Club Med
Charlevoix**

**29-30 septembre
et 1^{er} octobre 2023**

Places limitées!

Vous voulez planifier cette étape de vie avec des conseils précis, qui tiennent compte de votre réalité de médecin? fdp, votre gestion privée, a accompagné des milliers de professionnels à la retraite!

Le temps d'un week-end, venez consolider votre indépendance financière à l'aide d'ateliers et échanges avec nos spécialistes sur place : planificateurs financiers, gestionnaire de portefeuille, fiscaliste, notaire, comptable, spécialistes en assurances et en gestion du changement. Le tout dans un environnement inspirant et divertissant!



Inscrivez-vous dès maintenant!

www.fdpqp.ca/retraite-septembre-2023





Par Alexandre Hunault,
LL.M. Fisc., Pl. Fin.

Fiscaliste

Dons planifiés

ENGAGEMENT SOCIAL ET AVANTAGE FISCAL

Les dons planifiés sont une façon concrète de participer à l'évolution de la société vers un mieux-être, tout en permettant un avantage fiscal intéressant.

Au cours de votre carrière, certaines situations vous toucheront ou éveilleront en vous un désir altruiste. Les domaines de l'éducation ou de la recherche ainsi que diverses causes sociales ont cette capacité de susciter l'adhésion. Des facteurs personnels peuvent aussi entrer en jeu, par exemple lorsqu'un proche est confronté à des défis de santé ou d'intégration sociale. Voici un survol des différents types de dons et leurs modalités.

Planifier un don de son vivant

Avant de planifier un don de votre vivant, déterminez d'abord quelle cause ou quel organisme suscite votre adhésion. Si vous souhaitez en faire bénéficier un donataire reconnu, la somme admissible comme don vous donnera droit à un crédit d'impôt lorsque vous ferez votre prochaine déclaration de revenus. Un donataire reconnu est un organisme autorisé à émettre des reçus officiels pour des dons effectués par des particuliers, des sociétés et des organismes de bienfaisance enregistrés (OBE).

Le tableau ci-dessous illustre les crédits d'impôt qui correspondent à la somme admissible pour un don, tant au fédéral qu'au provincial. Cette somme équivaut à la valeur marchande au moment du don et comprend les dons effectués soit avant le 31 décembre de l'année financière en cours, soit au cours des cinq années précédentes, s'ils n'ont pas jamais été réclamés.

Somme admissible	Fédéral	Québec	Total
Première tranche de 200\$	15,00%	20,00%	35,00%
Plus de 200\$	29,00%	24,00%	53,00%
Revenus entre 119 910 \$ et 235 675 \$	29,00%	25,75%	54,75%
Revenu supérieur à 235 675 \$	33,00%	25,75%	58,75%

Source : Alexandre Hunault, fiscaliste chez fdp

Il y a plusieurs types de dons planifiés, notamment les dons de produits financiers tels que des actions, des créances ou droits cotés à une bourse de valeurs désignée, des actions du capital-actions d'une société de placement à capital variable des unités ou des parts de fiducie d'un fonds commun de placement ainsi que des obligations. Avant de procéder, assurez-vous que l'OBE concerné accepte de tels dons.

Planifier un don au décès

Vous pouvez aussi intégrer un ou plusieurs dons dans votre planification successorale : ce sera votre héritage aux causes qui vous tiennent à cœur. Planifiés dans votre testament, ils peuvent couvrir 100 % de votre revenu, l'année du décès, ce qui peut être très élevé, compte tenu de l'impôt applicable sur la disposition réputée de tous vos biens. Les dons planifiés peuvent être appliqués à l'année du décès, à l'année financière antérieure ou aux années financières de la succession.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les dons effectués par un particulier au moyen de son testament ou par désignation (assurance vie, REER, FERR ou CELI) sont réputés avoir été effectués au moment où le bien a été transféré à un donataire reconnu, et leur juste valeur marchande est établie lors de ce transfert.

Si la succession est assujettie à une imposition à taux progressif, le crédit d'impôt pourra être réclamé pour l'année d'imposition où le bien a été transféré ou pour une année d'imposition antérieure. Il pourra aussi être réclamé dans la déclaration de revenus que devra produire votre liquidateur pour l'année de votre décès ou pour l'année précédente. Certaines exigences administratives doivent être respectées, selon que le don est reçu immédiatement ou plus tard par le donateur reconnu, ou s'il est réparti sur plusieurs années.

Stratégies de dons au décès

Les possibilités de planifier des dons à votre décès se présentent sous forme de dons en espèces, en valeurs mobilières ou en actions d'une société privée, ou encore du don d'une police d'assurance vie. Chacun de ces types de dons présente des particularités et exige une bonne compréhension des enjeux. Par exemple, si vous êtes actionnaire d'une société privée et désirez planifier un don des actions de votre société, ce don ne peut être fait en faveur d'une fondation privée; il doit l'être pour une fondation publique ou une œuvre de bienfaisance, et vous ne devez avoir aucun lien de dépendance avec les administrateurs, les fiduciaires ou les représentants de l'entité.

Renseignez-vous pour connaître ces particularités et consultez un spécialiste du domaine afin de bien évaluer les conséquences de votre don planifié. La prudence est aussi de mise dans le cas d'un legs résiduaire à un OBE; informez-vous donc au sujet de la portée de ce legs avant de prendre une décision.

Témoigner de vos convictions

Exprimer vos valeurs ou vos convictions en planifiant un don de votre vivant ou au décès est un geste qui témoigne de votre désir d'exercer une influence positive sur la société et sur vos proches. Ses avantages fiscaux permettront d'optimiser votre geste philanthropique. Un échange avec votre conseiller financier pourra certainement vous aider à préciser vos intentions : n'hésitez pas à engager la conversation!



Financière des professionnels inc. détient la propriété exclusive de Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. et de Financière des professionnels – Gestion privée inc. Financière des professionnels – Fonds d'investissement inc. est un gestionnaire de portefeuille et un gestionnaire de fonds d'investissement, qui gère les fonds de sa famille de fonds et offre des services-conseils en planification financière. Financière des professionnels – Gestion privée inc. est un courtier en placement, membre de l'Organisme canadien de réglementation du commerce des valeurs mobilières (OCRCVM) et du Fonds canadien de protection des épargnants (FCPE), qui offre des services de gestion de portefeuille. fdp et les marques de commerce, noms et logos connexes sont la propriété de Financière des professionnels inc. et sont enregistrés ou employés au Canada. Employés en vertu d'une licence de Financière des professionnels inc.



Une offre exclusive pour les médecins*

- ◆ Conseils intègres et indépendants pour vous et votre famille
- ◆ Accès à nos fiscalistes et notaires
- ◆ Honoraires de gestion avantageux

Découvrez votre offre



Journées de
formation
interdisciplinaire

 **FMSQ**

17 novembre
Séances
principalement en
présentiel et quelques
présentations en mode
hybride (présentiel
et virtuel)

17 et 18 novembre 2023
Québec

**Inscrivez-vous
dès maintenant!**



Notre seul objectif, soigner.



L'institution financière des médecins spécialistes

Une offre pensée et développée pour
vos besoins personnels et professionnels.

Faites comme plusieurs membres de la FMSQ et profitez de l'offre Exclusive.

[Découvrez l'offre](#)



Services aux membres et avantages commerciaux

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

NOS FILIALES



fprofessionnels.com
1 888 377-7337

Sogemec
ASSURANCES

sogemec.qc.ca
1 800 361-5303

NOS PARTENAIRES

Fairmont
LE REINE ELIZABETH

fairmont.fr
1 (888) 610-7575

Fairmont
LE CHÂTEAU FRONTENAC

fairmont.fr
1 (888) 610-7575

HB
HÔTEL
BIRKS
MONTREAL

hotelbirksmontreal.com
514 370-3000


DOUBLETREE
BY HILTON™

dtmontreal.doubletreebyhilton.com
1 800 361-8234

 **Desjardins**

desjardins.com
1 844 866-9931

Pour découvrir vos
avantages commerciaux

Vous devez être connecté sur le site web de la FMSQ avant de cliquer sur ce lien.

 **FMSQ**



Spécialistes de vous