

BULLETIN

Société des médecins Experts du Québec

2, Complexe Desjardins
Tour de l'Est, porte 3000
Montréal (Québec)
H5B 1G8
Tél : (514) 350 5149
Fax : (514) 350 5066
Courriel : smeq@fmsq.org

Volume 20, numéro 1

MOT DU PRÉSIDENT

Chers membres de la Société des médecins experts du Québec,
Ce numéro de mars 2003 est le premier numéro de l'année. L'an dernier, nos fidèles abonnés et lecteurs ont pu se rendre compte que nous n'avons eu qu'une seule parution. Cette situation très ponctuelle est due essentiellement à un ré-aménagement au niveau du secrétariat de la Société. En effet, madame Nicole Bélisle nous a quittés en mai 2002 pour relever de nouveaux défis. Heureusement pour nous, son expertise irremplaçable demeure disponible car madame Bélisle continue d'œuvrer au sein d'une association de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Nous lui souhaitons bien entendu tout le succès qu'elle mérite dans sa nouvelle orientation.

Le secrétariat de la SMEQ est assuré depuis le mois de juin 2002 par madame Mariette Cloutier, conjointement avec l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec. Nous sommes heureux de travailler avec madame Cloutier qui saura répondre à toutes vos questions.

En ce qui concerne le Bulletin, il reprendra un rythme normal de parution soit de trois à quatre numéros par année dès cette année. Le docteur Claude-Aimé Plante continuera de faire paraître des chroniques qui sont toujours très pertinentes. Certains membres nous envoient des textes et c'est avec plaisir que nous les publierons. Nos pages sont ouvertes à tous ceux qui veulent nous adresser des textes. L'édition du journal sera assurée par madame Nicole Bélisle qui s'est offerte pour continuer cette tâche qui nous tient tous à cœur.

Je profite de l'occasion pour remercier sincèrement le docteur Claude-Aimé Plante d'avoir participé pendant de longues années aux travaux du comité de déontologie et du comité de l'éducation médicale continue de la SMEQ en plus de ses tâches au comité du Bulletin. Il anime aussi un Club de lecture à plusieurs de nos rencontres scientifiques. Je le remercie chaleureusement au nom de tous les membres pour cette implication de tous les instants.

Le docteur Roméo Lafrance a aussi décidé de prendre une retraite largement méritée et se retire du comité de rédaction du Bulletin. Le docteur Lafrance a été le maître d'œuvre du Bulletin pendant près de dix ans et nous lui exprimons notre profonde gratitude pour sa contribution exceptionnelle.

Georges L'Espérance, MD

ORGANISATION DE TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE :

MODÈLES ÉTIOLOGIQUES

**Michel Vézina, professeur
Département de médecine sociale et préventive – Université Laval*

Le travail a connu au cours des dernières décennies de profondes transformations tant dans son contenu que dans son organisation et dans les conditions d'emploi. Les modifications du contenu du travail sont à placer en relation avec la croissance du secteur des services et le développement de nouvelles technologies qui ont amené de nouvelles contraintes physiques et cognitives, liées notamment à l'informatisation et à l'automatisation. En somme, il y a moins de travail exigeant physiquement mais davantage de travail exigeant au plan psychologique et émotionnel (Marmot et al., 1999). Au chapitre de l'organisation du travail et des conditions d'emploi, les mutations se sont caractérisées surtout par une intensification du travail et une précarisation des emplois qui s'imposent à travers de nouveaux modes de gestion caractérisés notamment par un contrôle plus serré de la productivité individuelle et collective et par la recherche d'un fonctionnement avec le minimum d'effectifs. Ainsi, des enquêtes américaines ont montré, par exemple, qu'entre 1977 et 1997 la proportion des travailleurs qui ont rapporté qu'ils devaient « travailler très vite » est passée de 55 % à 68 %. De plus, au cours de la même période, la proportion de ceux qui ont mentionné qu'ils n'avaient « jamais assez de temps pour terminer leur travail » est passée de 40 % à 60 % (Bond et al., 1998). En Europe, les contraintes de temps ont aussi considérablement augmenté. Ainsi, le fait d'avoir à « travailler très vite » ou d'avoir des « échéanciers serrés » durant au moins un quart du temps de son travail est passé respectivement de 48 % à 56 % et de 50 % à 60 % entre 1990 et 2000 (Merlié et Paoli, 2001).

Parallèlement à ces bouleversements, est apparu une augmentation des incapacités de travail de courte et de longue durée liées à des troubles psychiatriques, (Vézina, 1992; Stansfeld et al., 1995-A; Vézina, 1998; Karthumen, 1995). À ce chapitre, il est important de noter que, de 1990 à 1997, le nombre de réclamations acceptées à la CSST comme des lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique a presque doublé passant de 530 à 994

pour des déboursés annuels passant de 1,5 à 5,1 millions de dollars; alors qu'au cours de la même période, le nombre total annuel de réclamations à la CSST passait de 207 127 à 119 914, soit une diminution de presque de moitié (Convergence, 1999). De même, quand on analyse les causes d'absence du travail pour de longue durée et indemnisées au Québec par les compagnies privées d'assurance salaire, on constate que de 30 % à 50 % d'entre elles sont attribuables à des problèmes de santé mentale alors que ce pourcentage n'était que de 18 % en 1990 (Ranno, 2000). Enfin, l'analyse des résultats des trois enquêtes générales sur la santé et le bien-être de la population québécoise réalisées entre 1987 et 1998, montre clairement que l'incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale au Québec a presque doublé au cours de cette période passant de 7 % à 13 %, que les femmes sont plus touchées que les hommes et que le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne pour ces problèmes a plus que triplé de 1992 à 1998 (Vézina et Bourbonnais, 2001).

Ces constatations sont à placer en relation avec les résultats des recherches épidémiologiques qui montrent qu'il existe des liens étroits entre certaines dimensions de l'organisation du travail et les problèmes de santé mentale. Ainsi, deux modèles ont été largement utilisés au cours des dernières décennies, pour documenter les dimensions causales de cette relation. Il s'agit du modèle de la Demande-Autonomie au Travail de Karasek et celui du Déséquilibre : Efforts/Récompenses de Siegrist.

A) Le modèle Demande-Autonomie au Travail (Karasek)

Le modèle Demande-Autonomie au Travail repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail qui se caractérise par une combinaison de demandes psychologiques élevées et d'une autonomie décisionnelle faible augmente le risque de développer un problème de santé physique ou mentale (Karasek, 1979 ; Karasek et Theorell, 1990).

Les demandes psychologiques font référence à la quantité de travail à accomplir, de même qu'aux exigences mentales et aux contraintes de temps liées à ce travail. Ces dimensions sont mesurées par un

questionnaire qui évalue si le sujet perçoit qu'une quantité excessive de travail lui est demandée, qu'il doit travailler très fort, que son travail est très mouvementé, qu'il doit se concentrer intensément pendant de longues périodes, qu'il reçoit des demandes contradictoires, que sa tâche est souvent interrompue avant d'être terminée, qu'il a suffisamment de temps pour faire son travail, que son travail exige d'aller très vite et enfin qu'il est souvent ralenti dans son travail parce qu'il doit attendre que les autres aient terminé le leur. L'autonomie décisionnelle réfère à la capacité de prendre des décisions au sujet de son travail mais surtout à la possibilité d'être créatif et d'utiliser et de développer ses habiletés. Ainsi le concept d'autonomie comprend deux composantes qui, comme le souligne Périlleux (1998), sont liées puisqu'elles engagent toutes les deux la question de la maîtrise du processus de travail. L'une se situe au plan de l'autorité (i.e. avoir la liberté de décider comment faire son travail ou avoir de l'influence sur la façon dont les choses se passent au travail) ; l'autre se situe plutôt au plan de l'accomplissement de soi au travail (i.e. faire preuve de créativité, avoir un travail varié, qui exige un niveau élevé de qualifications, qui permet d'apprendre des choses nouvelles et de développer ses habiletés personnelles).

Depuis 1980, le modèle de Karasek a eu une influence considérable sur les recherches portant sur les déterminants psychosociaux de la santé qui sont liés au travail. Sauf quelques exceptions¹, la majorité des études, dont plusieurs longitudinales, ont montré l'existence d'une association entre les composantes du modèle de Karasek et les maladies cardiovasculaires, surtout en regard de la faible autonomie décisionnelle². La Tension au Travail telle que définie par le modèle de Karasek a également été associée à des problèmes de santé mentale, notamment la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la consommation accrue de médicaments à visée psychoactive³. De

¹ (Alterman et al, 1994 ; Hlatky et al, 1995 ; Reed et al, 1989 ; Streenland et al, 1997).

² (Alfredsson et al, 1982 ; Alfredsson et al, 1985 ; Bobak et al 1998 ; Bosma et al, 1997 ; Haan, 1988 ; Hall et al, 1993 ; Hammar et al, 1994 ; Johnson et Hall, 1988 ; Johnson et al, 1989 ; Johnson et al, 1988 et 1996 ; Karasek et al, 1981 et 1988 ; Lacroix et Haynes, 1987 ; Theorell et al, 1987 ; Niedhammer et al, 1998-a).

³ (Karasek 1979 ; Bourbonnais et al, 1996 ; Niedhammer et al, 1998-b ; Braun et Hollander, 1988 ; Landsbergis, 1988 ; Bourbonnais et al, 1995 ; Landsbergis et al, 1992 ; Bourbonnais et al,

plus, une exploitation récente des données d'une enquête longitudinale réalisée auprès d'un échantillon représentatif de salariés français de 1990 à 1995 indique clairement qu'une situation de travail qui se caractérise par une forte demande de travail et une faible autonomie s'accompagne d'un risque accru de problèmes de santé mentale (Derriennic et al, 2002).

B) Le modèle de Déséquilibre : Efforts/Récompenses (Siegrist)

Le modèle du Déséquilibre : Efforts/Récompenses a été proposé par Siegrist à la fin des années 1980 (Siegrist et al., 1986, 1990 ; Siegrist, 1996). Le modèle repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail, qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses, s'accompagne de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique.

L'effort élevé peut provenir de deux sources : l'une extrinsèque et l'autre intrinsèque. L'effort extrinsèque est lié aux contraintes de temps, aux interruptions fréquentes, aux nombreuses responsabilités, à l'augmentation de la charge, à l'obligation de faire des heures supplémentaires et aux efforts physiques exigés. L'effort intrinsèque, appelé ultérieurement surinvestissement, traduit les attitudes et les motivations liées à un engagement excessif dans le travail. Cet engagement peut être lié au sens du devoir ou à un besoin inné de se dépasser ou encore à l'expérience auto-gratifiante de relever des défis ou de contrôler une situation menaçante. Cette composante liée au profil de personnalité représente un ajout au concept de demande du modèle de Karasek. Le surinvestissement se mesure par le besoin d'approbation, la compétitivité et l'hostilité latente, l'impatience et l'irritabilité disproportionnée et l'incapacité à s'éloigner du travail (Niedhammer et Siegrist, 1998).

Les faibles récompenses peuvent prendre trois formes principales : un salaire insatisfaisant, le manque d'estime et de respect au travail (incluant le faible soutien et le traitement injuste) et enfin l'insécurité d'emploi et les faibles opportunités de carrière (incluant les perspectives de rétrogradation et un travail qui ne correspond pas à la formation).

Alors que la dimension Autonomie décisionnelle est centrale dans le modèle de Karasek, c'est le concept de réciprocité sociale qui est capital dans le modèle de Siegrist : c'est-à-dire la possibilité d'avoir accès aux avantages légitimes auxquels on est en droit de

1998 ; Stansfeld et al, 1995 ; Moisan et al, 1999 ; Sauter et al, 1990).

s'attendre, compte tenu de l'effort fourni au travail. Ce modèle repose sur les théories sociologiques du self et de l'identité qui soulignent l'importance de la continuité des rôles sociaux fondamentaux dans la construction de l'estime de soi et du sens de maîtrise et d'efficacité chez l'individu (Mead, 1934 et Schutz, 1962-1964).

Le modèle du Déséquilibre : Efforts/Récompenses a été validé par quatre études dont trois prospectives⁴. Les résultats montrent principalement un risque accru de cardiopathies ischémiques chez les cols bleus, les cadres intermédiaires et les employés de l'administration publique. Chez les cadres intermédiaires, en plus d'une augmentation de l'absentéisme, on a aussi noté un risque accru d'hypertension artérielle et d'augmentation des lipides athérogènes et du fibrinogène. Chez les employés de l'administration publique, on a de plus observé une augmentation de l'indice pondéral et des problèmes de sommeil, ainsi qu'une probabilité accrue de divorces et de séparations (Ferrie et al., 1998). Cette étude réalisée auprès des fonctionnaires londoniens a permis également de comparer les modèles de Karasek et de Siegrist en termes d'effets prédictifs sur les cardiopathies ischémiques. On a ainsi pu montrer que le modèle Déséquilibre : Efforts/Récompenses et la dimension autonomie décisionnelle du modèle de Karasek avaient des effets indépendants, ce qui va dans le sens d'une complémentarité des deux modèles dans l'identification des situations de travail pathogènes (Bosma et al., 1998). Ces mêmes conclusions émergent des résultats d'une récente étude prospective de la mortalité des travailleurs finlandais d'une entreprise du secteur de la métallurgie (Kivimäki et coll., 2002). Basée sur un suivi de 28 ans, cette recherche a montré que les travailleurs exposés à une demande de travail élevée et à un faible niveau d'autonomie (modèle de Karasek) avaient un risque de mortalité cardiovasculaire plus de deux fois plus élevé que ceux qui n'étaient pas exposés à ces contraintes. De plus, les travailleurs exposés à un déséquilibre effort-récompense (modèle de Siegrist) avaient un risque correspondant de 2.4 fois plus élevé. Ces risques sont statistiquement significatifs après ajustement pour contrôler l'effet de l'âge, du sexe, de la catégorie professionnelle, du tabagisme, de la sédentarité, de la tension artérielle, du cholestérol et de l'indice de masse corporelle.

PLAUSIBILITÉ BIOLOGIQUE

⁴ (Siegrist et Peter, 1994 ; Siegrist et al, 1991; Peter et Siegrist, 1997; Bosma et al, 1998; Siegrist et al, 1997).

Les mécanismes biologiques qui pourraient expliquer le lien entre ces dimensions de la l'organisation du travail et les maladies cardiovasculaires et mentales sont de deux ordres : l'un indirect et l'autre direct. Le mécanisme d'action indirecte serait médiatisée par des facteurs de risques connus, tels que l'hypertension artérielle⁵, l'hyperlipidémie⁶ ou encore des comportements à risque tels que le tabagisme ou la sédentarité⁷, alors que l'action directe passerait par une augmentation de l'activité du système neuro-endocrinien constitué de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (Härenstam et Theorell, 1988). La stimulation soutenue du système nerveux autonome serait liée à la peur, la colère et l'irritation que ces conditions de travail provoquent. Pour Siegrist, ces sentiments négatifs ne sont pas nécessairement conscients, surtout s'ils sont le fait d'une expérience quotidienne qui se répète de façon chronique (Siegrist, 1996).

En s'inspirant des données issues des recherches sur le stress, on peut montrer qu'une situation de stress chronique peut s'accompagner d'effets dommageables pour la santé dus à la sécrétion prolongée des neuro-transmetteurs amenant un état d'hyperadrénergisme et d'hypercortisolisme (McEwen, 1998). Ainsi, quand les facteurs de stress sont répétitifs, incontournables ou chroniques, la réponse au stress peut se prolonger, produisant alors des symptômes physiologiques et mentaux inadaptés qui forment le syndrome de la dépression (Teboul, 1997).

CONCLUSION

Dans une perspective Darwinienne, on peut penser que l'intensification du travail résultant d'abord de la révolution industrielle puis plus récemment des nouvelles formes d'organisation du travail, n'a laissé que très peu de temps à la race humaine pour adapter ses réactions de défense physiologiques d'abord conçues pour faire face à des stress aigus mettant en jeu la vie ou l'intégrité physique des individus. En attendant que l'être humain soit davantage en mesure de faire face à des situations de stress chronique où l'activation physiologique n'est pas suivie d'une période de rémission appropriée, il nous faut reconnaître qu'une importante fraction des pathologies mentales et cardiovasculaires est

⁵ (Schnall et al, 1990 ; Laflamme et al, 1998 ; Cesana et al, 1996 ; Curtis et al, 1997 ; Light et al, 1992 ; Theorell et al, 1991 ; Van Egeren, 1992).

⁶ (Theorell et al, 1987 ; Prossie Wamala et al, 1997).

⁷ (Johansson et al, 1991 ; Hellersted et Jeffery, 1997 ; Green et Johnson, 1990).

attribuable au travail. D'ailleurs, d'autres pathologies tels l'asthme et la surdité par exemple peuvent être reconnues comme maladies professionnelles, même si on sait que la susceptibilité individuelle peut jouer un rôle dans la survenue de ces lésions.

1) BIBLIOGRAPHIE

Alfredsson, L., Karasek, R., Theorell, T., 1982; « Myocardial infarction risk and psychosocial work environment: an analysis of the male Swedish working force », *Soc. Sci. Med.* ; 16 : 463-467.

Alfredsson, L., Spetz, C.-L., Theorell, T., 1985; « Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses ». *Int. J. Epidemiol.*; 14 (3) : 378-388.

Alterman, T., Shekelle, R.B., Vernon, S.W., 1994; « Decision latitude, psychologic demand, job strain, and coronary heart disease in the Western Electric Study ». *Am. J. Epidemiol.*; 139 (6) : 620-627.

Bobak, M., Hertzman, C., Skodova, Z., Marmot, M., 1998 ; « Association between psychosocial factors at work and nonfatal myocardial infarction in a population based case B control study in Czech men », *Epidemiol* ; 9 : 43 B 47.

Bond, J.T., Galinsky, E., Swanberg, J.E., 1998, « The 1997 national study of the changing workforce ». *New York (NY) : Families and work Institute, cité dans : Theorell, T., « How to deal with stress in organizations ? – a health perspective on theory and practice », Scand. J. Work Environ Health, 1999; 25 (6, special issue) : 616-624.*

Bosma, H., Marmot, M.G., Hemmingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., Stansfeld, S.A., 1997; « Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study ». *Br. Med. J.*; 314 (7080) : 558-565.

Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. et Marmot, M., 1998 ; « Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease », *Am. J. Public Health* ; 88 : 68 B 74.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Moisan, J., Vézina, M. , 1995; « Organisation du travail et santé mentale chez les cols blancs ». In : Plaisir et souffrance: dualité de la santé mentale au travail. Cahiers scientifiques de l'ACFAS : 141-158, vol 81.

Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M. et Moisan, J., 1996 ; « Job strain and psychological distress in white collar workers », *Scand. J. Work Environ. Health* ; 22 : 139 B 145.

Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G, Vézina, M., 1998 ; « Job strain psychological distress and burnout in nurses », *Americ. J. of Ind. Med* ; 34 : 20 B 28.

Braun, S. et Hollander, R.B., 1988 ; « Work and depression among women in the Federal Republic of Germany ». *Women Health* ; 14 : 3 B 26.

Cesana, G, Ferrario, M., Sega, R. et al., 1996 ; « Job strain and ambulatory blood pressure levels in a population based employed sample of men from northern Italy », *Scand. J. Work. Environ. Health* ; 22 : 294 B 305.

Convergence, 1999; « Les problèmes de santé mentale : une des principales causes d'absences prolongées au travail », Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, vol. 15, no 4, p. 3.

Curtis, A. B., James, S. A., Raghunathan, T.E., Alcser, K. H., 1997 ; « Job strain and blood pressure in african Americans : The Pitt county study », *Am. J. Public Health* ; 87 : 1297 B 1302.

Derriennic, F., Vézina, M. et Monfort, C., 2002; « Réactions émotionnelles et organisation du travail », ch. 10, p. 163-174, in : « Stress au travail et santé psychique », sous la direction de Neboit, M. et Vézina, M., Ed. Octares, 310 pages.

Ferrie, J. E., Shipley, M. J. Marmot, M. G., Stansfeld, S. A., et Smith, G. D., 1998 ; « An uncertain future : The health effects of threats to employment Security in white-collar Men and Women », *Am. J. Public Health* ; 88 : 1030 B 1036.

Green, K. L. et Johnson, J. V., 1990 ; « The effects of psychosocial work organization on patterns of cigarette smoking among male chemical plant employees », *Am. J. Public Health* ; 80 : 1368 B 1371.

Haan, M.N. ,1988; « Job strain and ischaemic heart disease: an epidemiologic study of metal workers ». *Ann. Clin. Res.*; 20 : 143-145.

Hall, E.M., Johnson, J.V., Tsou, T.-S., 1993; « Women, occupation, and risk of cardiovascular morbidity and mortality ». *Occupational Medicine*; 8 (4) : 709-719.

Hammar ,N., Alfredsson, L., Theorell, T., 1994; « Job characteristics and the incidence of myocardial infarction ». *Int. J. Epidemiol.*; 23 (2) : 277-284.

Härenstam, A.B., Theorell, T., 1988; « Work conditions and urinary excretion of catecholamines BA study of prison staff in Sweden ». *Scand. J. Work Envir. Health* ; 14 : 257 B 264.

Hellerstedt, W. L., Jeffery, R. W., 1997; « The association of job strain and health behaviours in men and women » ; *Int. J. Epidemiol.* ; 26 : 575 B 583.

Hlatky, M.A., Lam, L.C., Lee, K.L., et al., 1995; « Job strain and the prevalence and outcome of coronary artery disease ». *Circulation*; 92 (3) : 327-333.

- Johansson, G, Johnson, J. V. et Hall, E. M., 1991; « Smoking and sedentary behavior as related to work organization » ; *Soc. Science Med* ; 32 : 837 B 864.
- Johnson, J.V., Hall, E.M., 1988; « Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population ». *Am. J. Public Health*; 78 (10) : 1336-1342.
- Johnson, J.V., Hall, E.M., Theorell, T., 1989; « Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population ». *Scand. J. Work Environ. Health*; 15 : 271-279.
- Johnson, J., Stewart, W., Hall, E., Fredlund, P., Theorell, T., 1996; « Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men ». *J. Public Health*; 86 (3) : 324-331.
- Karasek ,R.A., Jr., 1979; « Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign », *Adm. Sci. Quaterly*; 24 : 285-308.
- Karasek, R.A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., Theorell, T., 1981; « Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a Prospective study of Swedish men ». *Am. J. Public Health*; 71 (7) : 694-705.
- Karasek, R.A., Theorell, T., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Pieper, C.F., Michela, J.L., 1988; « Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US health examination survey (HES) and the health and nutrition examination survey (HANES) ». *Am. J. Public Health*; 78 (8) : 910-918.
- Karasek, R.A., Theorell ,T., 1990; « Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life », New-York: Basic Books.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Ruhinäki, H., Vahtera, J., Kirjonen, J., 2002, « Work Stress and Risk of Cardiovascular Mortality : Prospective cohort study of industrial employees », *BMJ*, 325 ; 857-860.
- LaCroix, A.Z., Haynes, S.G., 1987; « Gender differences in the health effects of workplace roles ». In: Barnett RC, Biener L, Baruch GK, eds. *Gender and stress*. London: The Free Press: 96-121.
- Laflamme, N., Brisson, C., Moisan, J., Milot, A., Mâsse, B et Vezina, M., 1998; « Job strain and ambulatory blood pressure among female white-collar workers ». *Scand. J. Work Environ. Health* ; 24 (5) : 334 B 343.
- Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., Deltz, D., Friedman, R. T. P., 1992; « The patterning of psychological attributes and distress by "job strain" and social support in a sample of working men ». *J. Behav. Med.*; 15 (4) : 379-405.
- Landsbergis, P. A., 1988; « Occupational stress among health care workers : a test of job demands-control model » ; *J. Organ. Behav.* ; 9 : 217-239.
- Light, K. C., Turner, J. R., Hinderliter, A.L., 1992; « Job strain and ambulatory work blood pressure in healthy young men and women ». *Hypertension* ; 20 : 214 B 218.
- Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., Feeney, A., 1999;** « *Health and the psychosocial environment at work* », dans : "*Social determinants of health*", ed. by M. Marmot et R. G. Wilkinson, Oxford University Press, p. 105-131.
- McEwen, B., 1998;** « *Protective and damaging effects of stress mediators* », *N. Engl. J. Med.*, 338 : 171-179.
- Mead, G.H. (1934). « Mind, self and society ». University of Chicago Press. Cité dans Siegrist, 1996.
- Merlié, D., Paoli, P., 2001;** « *Ten years of working conditions in the European Union* », *Summary, European Foundations for the impoverishment of Living and working Conditions, Dublin, Ireland*.
- Moisan, J., Brisson, C., Bourbonnais, R. Gaudet, M., Vézina, M., Vinet, A., Grégoire, J. P., 1999; « Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers », *Am. J. Pub. Health* (sous-presse).
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., David, S., Bugel, I. et Landre, M. F., 1998-a; « Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France », *J. Epidemiol Community Health* ; 52 : 93 B 100.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I., David, S., 1998-b; « Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort » ; *Scand. J. Work Environ Health*, 24 (3) : 197 B 205.
- Niedhammer, I., et Siegrist, J., 1998; « Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardio-vasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/» @ ; *Rev. Epidém. et Santé Publ.* ; 46 : 398 B 410.
- Pérelleux, T. 1998; « L'autonomie est-elle encore un idéal d'émancipation dans le travail ? », *Travailler*, 1 : 17 B 39.
- Peter, R. et Siegrist, J., 1997; « Chronic work stress, sickness absence and hypertension in middle managers : general or specific sociological explanations? », *Soc. Sci. Med.*; 45 : 1111 B 1120.
- Prossie Wamala, S., Wolk, A., Schenck B Gustofsson, K., Orth B Gomer, K., 1997; « Lipid profile and socioeconomic status in healthy middle aged women in Sweden », *J. Epidemiol. Comm. Health* ; 51 : 400 B 407.
- Ranno, J.P., 2000;** « *Santé mentale et stress au travail* », *Vice présidence, opérations vie et groupe invalidité* , *Sun Life, Montréal, Canada*.
- Reed, D.M., LaCroix, A.Z., Karasek, R.A., DeWolfe, M., MacLean, C.A., 1989; « Occupational strain and the incidence of coronary heart disease ». *Am. J. Epidemiol.*; 129 (3) : 495-502.

Sauter, S.L., Murphy, L.R., Hurrell, J.J. Jr., 1990; « Prevention of work-related psychological disorders » - A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *American Psychologist*; 45 (10) : 1146-1158.

Schnall, P. L., Pieper, C., Schwartz, J. E. et al., 1990; « The relationship between job strain, workplace diastolic blood pressure and left ventricular mass index ». *JAMA* ; 263 : 1929 B 1935.

Schutz, A. (1962-1964). « Collected papers » (vol. 1-3). The Hague, The Netherlands: Nijhoff. Cité dans : Siegrist, 1996.

Siegrist, J., Siegrist, K. et Weber, I., 1986; « Sociological concepts in the etiology of chronic disease : the case of ischemic heart disease », *Soc. Sci. Med.*, 22 : 247 B 253.

Siegrist, J., Peter, R., Junde, A., Cremer, P. et Siedel, D., 1990; « Low status control, high effort at work and ischemic heart disease : prospective evidence from blue-collar men », *Soc. Sci. Med.* ; 31 : 1127 B 1134.

Siegrist, J., Peter, R., Georg, W., Cremer, P. et Seidel, D., 1991; « Psychosocial and biobehavioral characteristics of hypertensive men with elevated atherogenic lipids », *Atherosclerosis* ; 86 : 211 B 218.

Siegrist, J. et Peter, R., 1994; « Job stressors and coping characteristics in work-related disease : issues of validity », *Work Stress* ; 8 : 130 B 140.

Siegrist, J., 1996; « Adverse health effects of High Effort low-Reward Conditions », *Journal of occupational health psychology* ; 1 : 27 B 41.

Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P. et Seidel, D. 1997; « Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men », *J. Internal Med* ; 242 : 149 B 156.

Stansfeld, S. A., North, F. M., White, I., et Marmot, M. G., 1995; « Work characteristics and psychiatric disorders in civil servants in London », *J. Epidemiol. Community Health* ; 49 : 48 B 53.

Stansfeld, S., Feeney, A., Head, J., Canner, R., North, F. et Marmot, M., 1995-A; « Sickness absence for psychiatric illness : The Whitehall 2 study », *Soc. Sci. Med.*; 40 : 189-197.

Strenland, K., Johnson, J., Nowlin, S., 1997; « A follow-up study of job strain and heart disease among males in the NHANES1 population ». *Am. J. Indust. Med.*; 31 : 256-260.

Teboul, E., 1997 ; « Dépression majeure : quand la réponse au stress se détraque », *Le Clinicien*, octobre 1997, p. 109-118.

Theorell, T., Hamsten, A., de Faire, U., Orth-Gomer, K., Perski, A., 1987; « Psychosocial work conditions before myocardial infarction in young men ». *Int. J. Cardiol.*; 15 : 33-46.

Theorell, T., de Faire, U., Hohnson, J., Hall, E., Perski, A., Stewart, W., 1991; « Job strain and ambulatory blood pressure profiles ». *Scand. J. Work Environ. Health* ; 17 : 380 B 385.

Van Egeren, L. F., 1992; « The relationship between job strain and blood pressure at work, at home and during sleep ». *Psychosomatic Med.* ; 54 : 337 B 343.

Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A. et Laurendeau, M-C., 1992; « Pour donner un sens au travail », Ed. G. Morin, Québec.

Vézina, M., 1998; « La santé mentale au travail: peut-il y avoir place à la lésion professionnelle? » *Le médecin du Québec*, 33 (4) : 113-116.

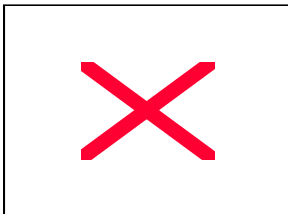
Vézina, M. et Bourbonnais, R., 2001; « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale », chapitre 12 de : « Portrait social du Québec », Institut de la statistique du Québec, collection les conditions de vie, p. 279-287.

- **Conférence prononcée devant les membres de la SMEQ lors du colloque annuel 2001**



La Société des médecins experts du Québec, par son exécutif, offre nos plus sincères condoléances au docteur Marc Goulet, chirurgien orthopédiste, qui a eu la douleur de perdre soudainement son fils. La SMEQ tient à exprimer au docteur Goulet et à sa famille toute notre solidarité dans cette douloureuse épreuve.

La Société des médecins experts du Québec, par la voix de son exécutif, tient à présenter à toute la famille et à ses proches et amis nos plus sincères condoléances pour le décès du docteur Jacques Cantin, chirurgien général survenu le 2 décembre 2002.



*Claude-aimé Plante, m.d., chirurgien orthopédiste
Membre du Comité de rédaction*

LE PARTAGE DE COÛT : CONTRIBUTION DU MÉDECIN EXPERT

L' article 329 de la LATMP. se lit comme suit : dans le cas d'un travailleur déjà handicapé lorsque se manifeste sa lésion professionnelle, la Commission peut, de sa propre initiative ou à la demande d'un employeur, imputer tout ou partie du coût des prestations aux employeurs de toutes les unités.

L'employeur qui présente une demande en vertu du premier alinéa doit le faire au moyen d'un écrit contenant un exposé des motifs à son soutien avant l'expiration de la troisième année qui suit l'année de la lésion professionnelle.

De ce fait, le législateur transfère le fardeau de la preuve à l'employeur. La preuve étant de nature médicale, nombre d'employeurs, après avoir subi un premier échec tant au bureau médical de la CSST que suite à une révision administrative, font appel à un médecin expert.

Lors de son témoignage devant la Commission des lésions professionnelles, le médecin expert devra démontrer par une preuve médicale prépondérante :

- l'existence du handicap avant l'événement qui a causé la lésion professionnelle ;
- la relation entre le handicap et la lésion professionnelle :
 - soit en jouant un rôle déterminant dans la genèse de la lésion professionnelle ;
 - soit en prolongeant la période de consolidation bien au delà de la norme bio-médicale reconnue ;
 - soit en aggravant les conséquences inhérentes à la lésion professionnelle ce qui a pour effet d'augmenter les frais de réparation.

Selon la nouvelle politique d'imputation de la CSST et selon l'interprétation élargie de la notion de handicap qui prévaut actuellement à la CLP, il n'est pas obligatoire de prouver que la condition personnelle pré-existante était symptomatique dans les jours ou les semaines précédant l'événement ; il suffira au médecin expert de démontrer que cette condition personnelle pré-existante constituait une réelle déficience physique causant une dysfonction segmentaire qui a contribué soit :

- à l'apparition du syndrome douloureux actuel (vg. Un spondylolisthésis instable avec entorses lombaires à répétition depuis quelques années) ;
- prolonger bien au delà de la norme bio-médicale reconnue la période de consolidation (en tenant compte toutefois de certains paramètres comme l'âge, le sexe, le conditionnement physique, etc.) ;
- augmenter la gravité de la lésion professionnelle (vg. Luxation récidivante de l'épaule survenue à la suite de traumatisme plutôt anodin chez un individu qui avait déjà subi antérieurement une luxation de l'épaule à titre de condition personnelle et qui en raison de récurrences subséquentes, a nécessité trois interventions chirurgicales sur l'espace de 18 mois) ;
- augmenter considérablement les frais de réparation (vg. Spondylolisthésis aigu traumatique sur une ancienne spondylose connue mais jusque là asymptomatique et dont le traitement a nécessité quatre opérations en deux ans de traitement).

Lorsque le médecin expert aura pu démontrer par une preuve médicale prépondérante que les deux conditions sont remplies à savoir :

- l'existence préalable de handicap ;
- la relation entre ce handicap et la lésion professionnelle ;

il pourra suggérer une imputation partagée entre l'employeur actuel et l'ensemble des employeurs et le partage suggéré pourrait aller de 5 % à 95 % selon l'importance du handicap et son effet sur les conséquences de la lésion professionnelle par rapport à l'évolution normalement attendue.

*Autopsie d'un jugement de la Cour Suprême du Canada (Québec) **

LA COUR SUPRÊME REJETTE LE POURVOI DE L'APPELANT CONTRE UNE DÉCISION DE LA COUR D'APPEL QUI CONCLUAIT :

« Malgré les fautes commises par l'intimé, l'accident était la cause juridique des blessures qui ont abouti à la paraparésie de l'appelant. »

« La Cour d'appel souscrit à la théorie des experts de l'intimé selon laquelle c'est à l'endroit et au moment de l'impact que s'est produite la contusion médullaire qui a déclenché une série de phénomènes physiologiques qui ont abouti à la paraparésie. »

BREF RÉSUMÉ DES FAITS :

Victime d'un accident de la circulation dans lequel il a été heurté par une automobile, le demandeur est transporté par ambulance dans un hôpital régional. Il y est d'abord évalué et stabilisé par l'urgentologue qui diagnostique des fractures ouvertes aux deux jambes et des saignements à la tête. Quelques heures plus tard, il est pris en charge par un chirurgien orthopédiste qui en plus des fractures ouvertes des deux jambes prend note aussi de la possibilité d'une fracture stable du corps vertébral de D7, laquelle n'est pas un empêchement à une opération d'urgence pour traiter les fractures ouvertes des jambes.

L'évolution post opératoire immédiate est normale et deux jours plus tard, l'état du patient s'est suffisamment amélioré pour permettre une autre opération à la jambe.

Suite à la deuxième opération, une infirmière de service note dans la soirée que le patient est incapable de bouger ses jambes et ses orteils, que l'on croit être la conséquence d'une atteinte du nerf sciatique. Le patient subit une troisième opération une semaine plus tard. L'évolution se fait apparemment sans particularité et le chirurgien orthopédiste qui doit s'absenter, délègue le suivi du patient à un confrère orthopédiste.

Ce n'est qu'une fois sorti de l'hôpital et à l'occasion d'une visite de contrôle à la clinique externe d'orthopédie, que l'on constate après l'ablation du plâtre à la jambe droite que le patient a des spasmes, ce qui est un symptôme de paraplégie spastique. Une

consultation est demandée en neurologie et la paraplégie spastique est confirmée et le neurologue consultant associe cette paraplégie spastique à une contusion médullaire.

Aucune radiographie du dos n'est prise à ce stade. Des examens complémentaires plus spécifiques faits ultérieurement et incluant une myélographie révèle la présence d'une fracture de D8 avec subluxation de 9mm de D8 sur D9.

En rétrospective on constate par une analyse plus poussée des radiographies prises après l'accident que cette fracture de D8 était visible mais que la subluxation n'était alors que de 3mm. Une décompression chirurgicale est suggérée et c'est alors que le patient demande à être transféré dans un autre hôpital où il est évalué par un neurochirurgien qui décide de ne pas intervenir.

Le diagnostic final retenu est celui d'une paraparésie, type de parésie qui atteint la motricité des membres inférieurs mais ne prive pas de sensibilité.

La question posée est donc de déterminer quand s'est produite la contusion médullaire à l'origine de la paraparésie.

TÉMOIGNAGES DE DIFFÉRENTS MÉDECINS EXPERTS

Lors de leur témoignage devant la Cour Supérieure, les experts du réclamant prétendent que l'intimé, en raison de la fracture soupçonnée au niveau de D7 et de la violence de l'impact ainsi que la persistance de douleurs dorsales aurait dû faire un examen plus poussé de l'état de la colonne après la première opération d'urgence, ce qui lui aurait permis de découvrir la véritable fracture luxation de D8-D9. Ils soutiennent que l'intimé a commis une faute en ne procédant pas aux examens neurologiques requis et à l'examen du dos, compte tenu des moyens disponibles comme des radiographies ou scanographies plus localisées.

Un des experts, neurochirurgien, a déclaré qu'il est généralement nécessaire après l'admission au service des urgences, de faire les examens fréquents pour évaluer la détérioration ou l'amélioration de l'état.

Les experts de l'intimé pour leur part n'ont pas contesté le fait que des radiographies, scanographies plus localisées pouvaient être faites mais que rien n'indiquait à l'intimé que ces examens devaient être faits.

DÉCISIONS

Le juge de première instance conclut d'abord que l'examen des radiographies avec un radiologue n'aurait pas révélé de fracture luxation D8-D9 puisque le radiologue a lui-même témoigné qu'il ne pouvait la voir sur les radiographies du 11 août 1986. De même, on ne peut reprocher à l'intimé de ne pas l'avoir vue.

Par ailleurs, suite à ces constatations cliniques, l'intimé a diagnostiqué une atteinte du sciatique alors qu'il a été démontré qu'il s'agissait en fait d'un cas de paraparésie résultant d'une contusion à la moelle épinière.

Le juge de première instance a indiqué que la théorie des experts de l'intimé semblait plus probable et que même dans le cas contraire, le tribunal est en présence de deux théories médicales opposées concernant la causalité entre lesquelles il ne lui appartient pas de trancher. Une fois la cause entendue devant la Cour Supérieure, durant le délibéré, le juge de première instance tombe malade et doit être remplacé par un confrère qui a dû rendre décision sur la base de la preuve médicale prépondérante.

Le nouveau juge de première instance conclut que l'intimé n'a pas commis de faute et qu'on ne peut lui reprocher de ne pas avoir diagnostiqué une contusion médullaire au lieu d'une atteinte du sciatique. Il juge aussi que l'appelant ne s'est pas acquitté du fardeau de la preuve, c'est-à-dire de démontrer la causalité. La décision en portée en appel.

Après examen des faits, la Cour d'Appel conclut que le juge de première instance a fait erreur dans l'analyse de la faute en se posant la mauvaise question pour déterminer si une faute a été commise. Pour déterminer si un professionnel a commis une faute, il faut se demander si le défendeur s'est comporté comme un autre professionnel raisonnablement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances. La Cour d'Appel reproche aussi au juge de première instance de ne pas avoir pris position dans le débat scientifique sur la causalité.

Les experts de l'appelant supportaient la thèse que c'est à la suite des nombreux déplacements et

mobilisations en présence d'une fracture instable qui sont à l'origine de la contusion médullaire alors que les experts de l'intimé soutiennent la thèse que c'est plutôt au moment de l'impact violent que la contusion médullaire s'est produite laquelle a déclenché une série de phénomènes physiologiques qui ont abouti à la paraparésie.

La Cour d'Appel conclut que le juge de première instance a fait erreur dans l'analyse de la faute en se posant la mauvaise question pour déterminer si une faute a été commise. Pour déterminer si un professionnel a commis une faute, il faut se demander si le défendeur s'est comporté comme un autre professionnel raisonnablement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances.

Même si l'intimé aurait dû, en raison des douleurs dorsales persistantes, faire un examen plus poussé de l'état de la colonne après la première opération d'urgence et que la faute tient au défaut de procéder aux examens neurologiques requis ainsi qu'à l'examen du dos avec les moyens disponibles, la Cour d'Appel conclut que malgré les fautes commises par l'intimé, l'accident était la cause juridique des blessures qui ont abouti à la paraparésie de l'appelant.

La Cour d'Appel souscrivait à la théorie des experts de l'intimé selon laquelle c'est à l'endroit et au moment de l'impact que s'est produite la contusion médullaire qui a déclenché une série de phénomènes physiologiques qui ont abouti à la paraparésie.

En somme, la Cour d'Appel statue que l'intimé a commis une faute, mais confirme le jugement du juge de première instance sur l'absence de lien de causalité.

POURVOI DEVANT LA COUR SUPRÊME

APPELS – MOTIFS

Une action en responsabilité civile est intentée par la victime de l'accident d'automobile relativement aux traitements de ses blessures par un chirurgien orthopédiste. Le juge de première instance conclut que le chirurgien n'a pas commis de faute et que le lien de causalité n'est pas établi. La Cour d'Appel était-elle justifiée d'intervenir dans la décision de première instance ?

La Cour Suprême du Canada peut-elle intervenir dans la décision de la Cour d'Appel ?

DÉCISION DE LA COUR SUPRÊME

LE POURVOI EST REJETÉ

MOTIFS :

« La Cour d'Appel n'a pas fait erreur en décidant de ne pas appliquer de présomption de causalité en faveur de l'appelant. Le refus de tirer des présomptions est autant une décision sur la preuve que tout autre refus ou acceptation de moyens de preuve. L'appelant avait des éléments de preuve à l'appui de sa demande. L'article 2849 (CCQ) prévoit que le tribunal ne doit prendre en considération que les présomptions graves, précises et concordantes. Ces conditions ne sont pas remplies ici. La preuve pointe dans des directions différentes et parfois opposées. La Cour d'Appel déclare à bon droit qu'il ne suffit pas de montrer que le défendeur a créé un risque de préjudice et que le préjudice s'est ensuite réalisé dans l'aire de risque ainsi créée.

La règle de la responsabilité solidaire lorsqu'il y a participation à fait collectif fautif qui entraîne un préjudice ne devrait pas s'appliquer en faveur de l'appelant. Elle ne devrait s'appliquer que dans les cas où il est véritablement impossible de déterminer l'auteur du délit, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. »

**Claude-Aimé Plante, m.d.
Membre du Comité de déontologie
Membre du Comité de rédaction du Bulletin*

À VENIR...

La relation expertisé/expert extrait d'une importante publication du docteur Pierre Forcier, membre émérite de la SMEQ.

Les plaintes en expertise médicale, analyse exhaustive du sujet, docteur Richard Clermont, président du comité de déontologie de la SMEQ.

Hommage à feu le docteur Georges Bélanger, un membre fondateur de la SMEQ.

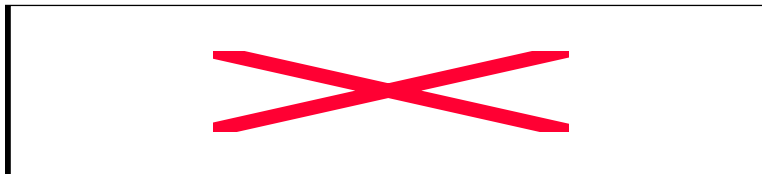
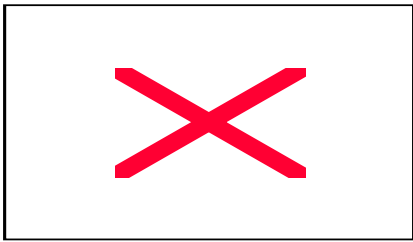
Attention au contenu d'une expertise, recommandations du docteur Georges L'Espérance, président de la SMEQ.

Le cours de médecine d'assurance et d'expertise offre maintenant une formation tant pour les médecins faisant de l'expertise médico-légale que pour les médecins conseils de compagnie d'assurance ou de gros employeurs. Le curriculum s'échelonne sur trois ans avec un cours de deux à trois heures que l'on peut consulter sur internet, sur CD ou sur vidéocassette. Ceci assure une grande flexibilité du cours. Les inscriptions se font de janvier à juin annuellement.

Pour vous inscrire :

Téléphone (514) 343-7606
Télécopieur : (514) 343-7074
www.intelligences.com/assurexpertise.html

François Sestier, responsable du cours
francois.sestier@umontreal.ca



*Claude-Aimé Plante, m.d., chirurgien orthopédiste
Membre du Comité de déontologie*

LE MÉDECIN EXPERT FACE À LA DOULEUR CHRONIQUE

John Dryden écrivait : « car le bonheur que l'humanité peut ressentir ne provient pas du plaisir mais de l'absence de douleur ».

Croire ou ne pas croire à la douleur chronique est l'une de plus graves responsabilités qui incombe au médecin expert ! Comment le médecin expert peut-il demeurer objectif et croire en une entité qui est difficilement objectivable en l'absence de signes cliniques objectifs de pathologie ? Le médecin expert est souvent confronté à ce genre d'entité où il y a une nette disproportion entre l'importance de la symptomatologie subjective et la pauvreté des signes cliniques objectifs !

Quelle attitude doit-il donc prendre ou peut-il prendre face aux multiples syndromes de douleur chronique non spécifique dans les tissus mous comme les syndromes myofasciaux, la fibromyalgie, la lombalgie chronique non spécifique pour n'en nommer que quelques-uns ? Ces diagnostics sont pourtant reconnus (DSM IV Axis 1) par l'American psychiatric Association.

Comment peut-il évaluer l'aptitude à reprendre un travail donné chez un individu souffrant de douleur chronique ? Quelle est l'importance du « catastrophisme » par rapport aux autres facteurs ?

Clarks et al ont présenté à la réunion annuelle (1997) de la Société canadienne pour le traitement de la douleur un « poster » illustrant que l'inaptitude au travail chez des cas de douleur chronique était d'origine multi-factorielle et non pas seulement fonction de la douleur et de la pathologie. Les autres concluent : « This study demonstrates that the helplessness component of catastrophising is most strongly related to disability ». (Pain Research & Management, vol. 2 no. 1, p. 62).

Ellen N. Thompson, dans un éditorial de Pain Research & Management (vol. 2, no. 4, p.195) écrit sous le titre « Back Pain : Bankrupt Expertise and new Directions : « Bankrupt Experts operate with the faulty assumption that pain not seem on X rays or scans, not cured by surgery, was nonorganic, equalling « psychosomatic » or « psychogenic » (which in many jurisdictions is noncompensable) ».

L'auteur ne croit pas non plus que les signes de non organicité de Waddell sont utiles dans l'appréciation de la douleur.

Face à la douleur chronique, le médecin expert ne peut qu'adopter une attitude à la fois d'humilité face à celui qui souffre et à la fois de fermeté face au fraudeur en tentant de demeurer le plus objectif possible dans son analyse.

Les textes publiés dans ce Bulletin ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la Société des médecins experts du Québec.

Le Comité de rédaction vous invite à lui soumettre vos commentaires et textes pouvant intéresser la Société.

COMITÉ DE RÉDACTION

Mme Nicole Bélisle – Docteurs Roméo Lafrance –
Marc Launay – Claude-Aimé Plante, Hubert Wallot

2, Complexe Desjardins, Tour de l'Est, porte 3000
Montréal (Québec) H5B 1G8

Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
ISSN 0835-4723

Téléphone (514) 350-5149
Télécopieur (514) 350-5066
Courriel smeq@fmsq.org

BULLETIN

Société des médecins Experts du Québec

2, Complexe Desjardins
Tour de l'Est, porte 3000
Montréal (Québec)
H5B 1G8
Tél : (514) 350 5149
Fax : (514) 350 5066
Courriel : smeq@fmsq.org
Volume 20, numéro 2

UNE PLAINTÉ À MON SUJET...!?

Les plaintes en expertise médicale

INTRODUCTION

La mission de la Société des médecins experts du Québec, tel que stipulé dans l'article II des règlements, mentionne : «*Elle favorise la qualité des services d'expertise médicale fournis par les membres de la Société*» (1). Or, il appert que depuis quelque temps, on a possiblement observé un nombre accru de plaintes exercées à l'endroit des membres de la Société et de la médecine d'expertise en général. La formulation d'une plainte contre un médecin expert soulève la pertinence d'un tel geste ou d'un problème quelconque en regard de la qualité de l'expertise médicale. Cette problématique ayant été portée à l'attention du Conseil d'administration de la Société, on a confié au Comité d'éthique et de déontologie le mandat d'éclaircir la situation. Les objectifs plus spécifiques étaient, d'une part, de connaître l'importance et la nature exacte du phénomène et, d'autre part, de fournir aux membres des moyens pour éviter les plaintes dans la mesure du possible, avec comme conséquence une amélioration de la qualité de l'acte médical que constitue une expertise. L'exercice comportait donc un double volet, soit celui de l'information, soit celui de l'amélioration de la qualité.

MÉTHODES

Pour faire suite au mandat du Conseil d'administration, le président du Comité d'éthique et de déontologie accompagné d'un membre du Conseil ont sollicité une rencontre avec le syndicat du Collège des médecins du Québec.* En plus de communications téléphoniques, deux rencontres formelles ont été tenues, l'une au Collège des médecins et l'autre dans les locaux de la SMEQ (en présence des membres du Comité de déontologie).

Les questions suivantes ont été formulées afin de répondre au mandat qui avait été confié :

1. Quel est le nombre annuel des plaintes adressées au CMQ en relation avec la médecine d'expertise?
2. Y a-t-il augmentation depuis les dernières années?
3. Quelles spécialités sont les plus souvent en cause?
4. Quels sont les principaux objets des plaintes?
5. Quel est le devenir d'une plainte adressée au CMQ?
6. Quelle est la proportion des plaintes faites à l'endroit des membres de la SMEQ?

7. Diverses questions d'ordre général.

Ces diverses questions ont été préalablement soumises au CMQ et le docteur Jean-Claude Fortin, syndic-adjoint, nous a très gracieusement fourni les diverses statistiques et renseignements qui font l'objet du présent rapport. Ces différents paramètres et statistiques ont été tirés de la banque de données tenue par le CMQ.

DÉFINITIONS

Il importe d'apporter des précisions quant aux définitions des différents termes utilisés dans le présent article, pour assurer une compréhension exacte. Essentiellement, il s'agit des termes que le bureau du syndic du CMQ utilise lors de la réception, de la prise en charge et du suivi d'une plainte à l'égard d'un médecin.

Médecine d'expertise

Les statistiques présentées et discutées concernent «la médecine d'expertise.» La définition retenue par le Collège des médecins se retrouve dans le document publié en 1997, intitulé «Le médecin en tant qu'expert» (2). On y retrouve : «Pour le Collège des médecins du Québec, le médecin qui agit en tant qu'expert doit avoir des connaissances de niveau élevé acquises par l'étude et l'expérience, être mandaté pour évaluer avec objectivité une situation relevant de son champ de compétences et fournir une opinion en toute indépendance.» «Le statut d'expert est attribué à un médecin par le requérant; généralement, ce statut doit être reconnu par la partie adverse et le tribunal s'il s'agit d'une contestation juridique.» Par ailleurs, on retrouve plus loin : «Quant au médecin dont les services sont retenus par une entreprise à titre de conseiller (appelé aussi médecin d'entreprise ou médecin contrôleur), il peut, malgré ce fait, agir à titre de médecin expert.» Dans les statistiques qui sont fournies, on peut donc retrouver un certain nombre de plaintes qui ont été adressées dans le cadre d'évaluation par un médecin contrôleur; cependant, bien que ce nombre ne soit pas précisé, il semble qu'il soit minime. Les membres de la SMEQ ne sont pas identifiés de façon particulière.

Les plaintes

Pour le bureau du syndic du CMQ, le terme *plainte* est réservé à la plainte déposée devant le Comité de discipline et ne correspond pas à sa signification

courante. Par définition, la réception «d'une plainte» porte l'appellation de : «demande d'enquête.» Suite à cette «demande d'enquête», le syndic prend connaissance de l'objet et des circonstances de celle-ci. S'il y a allégation d'un manquement quelconque, elle est alors jugée «majeure ou importante» et fait l'objet d'une «enquête»; à ce moment, on demande au médecin en cause de fournir des informations (dossier, explications, circonstances, etc.) pour établir les faits. Si elle est jugée «mineure», elle fait alors l'objet d'une «intervention»; elle est alors réglée immédiatement par une simple intervention écrite adressée au médecin et/ou au plaignant. Comme exemple d'une demande d'enquête faisant l'objet d'une «enquête», on pourrait citer l'allégation de brutalité de la part d'un médecin; par ailleurs, une simple «intervention» serait faite à la suite d'une plainte reliée à une attente de trente minutes avant d'entrer dans le bureau du médecin. Le choix entre une enquête ou une intervention est laissé à la discrétion et au jugement du syndic. A noter qu'un plaignant peut lui-même s'adresser directement au Comité de discipline (plainte privée), auquel cas il devra supporter sa preuve.

1) Suivi d'une plainte

Suite à une «intervention», le dossier est alors clos. Lorsqu'il y a enquête, la plainte pourra être «non retenue» et on avertit alors le médecin concerné ainsi que le plaignant que : «La décision est de ne pas porter une plainte au Comité de discipline.» Ce libellé qui apparaît un peu négatif est utilisé pour respecter la terminologie légale du Code des professions. D'autre part, la plainte pourra être «retenue», soit jugée fondée selon la nature de faits, la gravité des manquements, le caractère récidivant, la qualité de la preuve, etc., et donnera lieu à une action par le bureau du syndic, laquelle dépendra du problème : la plainte pourra être «retenue sans discipline» ou faire l'objet d'une citation disciplinaire. Dans une correspondance adressée au plaignant, on l'informe de la décision du syndic et de la possibilité de demander au Comité de révision du CMQ un avis relatif à celle-ci, en vertu de l'article 123.3 du Code des professions. Il s'agit d'un mécanisme d'appel imposé par le Code des professions qui s'applique autant aux enquêtes formelles qu'aux interventions, donc à toute demande d'enquête ou le syndic a décidé de ne pas déposer de plainte disciplinaire.

2) Comité de révision

Le comité de révision est formé de deux médecins et d'un représentant(e) du public. Suite à l'évaluation du dossier par le Comité de révision, une des quatre solutions suivantes est retenue :

1. Maintenir la décision du syndic de ne pas déposer de plainte disciplinaire;
2. Demander un complément d'enquête;
3. Suggérer une inspection professionnelle;
4. Soumettre la plainte au Comité de discipline.

Types de plaintes

Le syndic regroupe l'ensemble des plaintes soumises en cinq grandes catégories :

1. Comportement;
2. Réglementation;
3. Qualité de l'exercice;
4. Inconduite sexuelle;
5. Autres.

Le volet *comportement* concerne principalement un problème allégué, relié à l'attitude du médecin : par exemple, allégation d'agression physique ou psychologique, examen alors que le médecin est en état d'ébriété, allégation d'arrogance, etc.

Le volet *réglementation* peut couvrir plusieurs champs d'application, comme un aspect financier (conflit d'intérêt, facturation déraisonnable, etc.), le droit du patient ou de l'expertisé dans le cadre d'une expertise (v.g. violation du secret professionnel, confidentialité, etc.), ou divers autres aspects (conservation de dossier, publicité intempestive ou trompeuse, etc.).

Le volet *qualité de l'exercice* concerne précisément un manque allégué à la pratique médicale reconnu (v.g. observation ou examen incomplet, débordement du champ de compétence, contestation de l'opinion diagnostique et des conclusions d'un médecin expert dans le cadre d'une expertise médicale, etc.).

Le volet *autres* comprend l'entrave à l'action du syndic. Les volets 4 et 5 représentent, heureusement, des exceptions rares.

ÉTAT DE LA SITUATION

1. Demande d'enquête (plainte) concernant l'ensemble des médecins membres du CMQ.

En 1995-96, il y eut 1146 demandes d'enquête dont 566 (49%) ont fait l'objet d'une enquête et 580 (51%) d'une seule intervention. En 2000-01, on compte 1695 demandes d'enquêtes, alors qu'on en retrouve 1740 en 2001-02, soit une augmentation de 50% en l'espace de cinq ans, dont 676 et 741 enquêtes (40% et 42%) respectivement. Il est intéressant de noter que le nombre absolu d'enquêtes n'a augmenté que de 25% pendant cette période. La proportion des enquêtes par rapport aux demandes totales a diminué de façon non significative de 7%, demeurant donc à peu près stable (Tableau 1).

2. Demande d'enquête concernant la médecine d'expertise.

En 1995-96, il y eut un total de 25 demandes d'enquête en rapport avec l'expertise médicale, soit 2% du nombre total des demandes. De ce nombre, quatre (16%) ont nécessité une enquête, alors que 21 (84%) n'ont fait l'objet que d'une intervention seule. Pendant 2000-01, on note 130 demandes d'enquête, soit 8% du total; 101/130 (78%) ont fait l'objet d'une enquête formelle et 29/130 (22%) d'une intervention seule. Il s'agit d'une augmentation de 62% du nombre d'enquêtes effectuées en l'espace de cinq ans, alors qu'il n'y a qu'une augmentation de 6% du nombre de demandes d'enquête par rapport au total. En 1995-96, l'expertise médicale ne faisait l'objet que de 1% du total des enquêtes; en 2000-01, elle représente 15% (tableau II).

3. Règlement des enquêtes concernant la médecine d'expertise.

En 1995-96, les quatre «enquêtes» n'ont pas été retenues. En 2000-01, 69/101 des enquêtes (69%) n'ont pas été retenues alors que 32/101 (31%) ont été retenues «sans discipline» i.e. considérées fondées sans être dirigées au Comité de discipline, mais faisant l'objet de commentaires, mises en garde ou recommandations (incluant la possibilité d'une visite d'inspection professionnelle) de la part du syndic (tableau III).

4. Disciplines médicales soumises à une enquête en médecine d'expertise.

En 2000-01, le nombre d'expertises par spécialité médicale était le suivant (total de 101 enquêtes) : orthopédistes 37, psychiatres 15, neurochirurgiens 14, neurologues 3, autres spécialités 12, et omnipraticiens 20. Il faut souligner que depuis 1996-97, on note plus ou moins la même proportion pour chaque discipline (dossiers CMQ).

5. Type (nature) des plaintes motivant une enquête en médecine d'expertise.

De 1999 à 2002, la qualité de l'acte médical suscite la majorité des demandes d'enquête, soit 52% du total, alors que le comportement semble également important représentant 38%. Ces résultats s'appliquent autant pour la médecine d'expertise en général que pour les membres de la SMEQ. La réglementation est beaucoup plus rare et ne comporte que 10% des enquêtes. Il faut souligner que le moment d'une plainte par rapport à la prise de connaissance d'une expertise médicale n'est pas précisé, mais est pris en considération dans l'analyse des faits par le syndic (tableau IV).

6. Enquête et membre de la SMEQ.

Depuis les trois dernières années (1999-2002), le nombre total d'enquêtes effectuées est relativement stable et représente un pourcentage d'environ 42% (40 – 43%) du total des demandes d'enquêtes (plaintes reçues). Les enquêtes effectuées en rapport avec la médecine d'expertise varient de 14, 15 et 9% pour chacune des années respectives, les membres de la SMEQ représentant environ 50% de ce nombre. Les conclusions de ces enquêtes ayant été «retenues» par le syndic, semblent avoir diminué de façon significative en 2001-02 (tableau V).

7. Règlement des enquêtes concernant les membres de la SMEQ.

Pour les trois dernières années, il existe une assez grande variation quant au règlement des enquêtes : en 1999, 22% ont été retenues, en 2000-01, 40%, et en 2001-02, 12% seulement (tableau V).

8. Décision du comité de révision et du syndic.

En 2001-02, pour la médecine d'expertise, on a noté 25 demandes de révision exigées par les plaignants. Dans 23 dossiers, la décision du syndic a été maintenue, i.e. les conclusions de l'enquête ont été retenues et le dossier est clos. Un cas fait l'objet d'une inspection professionnelle et l'autre nécessite un complément d'enquête par le syndic.

Récemment, aucun dossier n'a fait l'objet d'une citation disciplinaire par le syndic. Cependant, au cours des six dernières années, il y eut deux citations disciplinaires suite à un avis du Comité de révision. Dans l'un de ces dossiers, la plainte a été rejetée, alors que l'autre plainte est encore devant le Comité de discipline (sub judice). Trois plaintes ont été logées à titre privé au comité de discipline : l'une a été retirée, l'autre rejetée, et la dernière a fait l'objet d'une réprimande.

COMMENTAIRES

Il importe tout d'abord de souligner que la compréhension et la définition des termes sont importantes dans l'interprétation des chiffres qui sont soumis.

Il est intéressant de noter que le nombre total de demandes d'enquête (plaintes) a augmenté depuis les cinq ou six dernières années, alors que le nombre d'enquêtes a aussi augmenté, mais de façon beaucoup moins importante; leur proportion du nombre total a légèrement diminué, mais de façon non significative, de sorte qu'on peut conclure qu'il y a stabilité à ce sujet. Plusieurs causes peuvent possiblement expliquer ce phénomène, comme, par exemple, l'arrivée de nouvelles lois, une plus grande demande pour effectuer des expertises, des modifications dans les relations de travail, une diminution de la «tolérance» des compagnies d'assurance, des règles nouvelles ou modifiées à la SAAQ ainsi qu'à la CSST, une augmentation du nombre des poursuites d'ordre médical, etc. Il n'existe pas de données bien documentées permettant d'identifier une ou des causes précises. En parallèle avec cette augmentation en chiffres absolus, le nombre des demandes d'enquête en rapport avec la médecine d'expertise a également augmenté de 6%, alors que le nombre d'enquêtes effectuées en chiffres relatifs a augmenté de façon considérable (62%). La médecine d'expertise représente entre 10% à 15% du total des enquêtes effectuées. Il est possible (probable?) que la distribution du nombre d'enquêtes concernant chaque

discipline médicale correspondre à la réalité, soit la prévalence du nombre de demandes d'expertises pour chacune d'elle. Il n'existe pas de chiffre pour nous informer du nombre total de médecins spécialistes ou omnipraticiens pratiquant la médecine d'expertise.

Il n'est pas surprenant que ce soit la qualité de l'acte médical qui fasse l'objet le plus fréquemment de demandes d'enquête. Un rapport défavorable à un expertisé contribue très probablement à gonfler ce volet et à augmenter également le nombre total des demandes d'expertises. Un aspect soulevé depuis peu de temps concerne la pertinence de certaines informations personnelles contenues dans le rapport d'expertise. Le chiffre relativement important de 38% des demandes d'enquête ayant trait au comportement du médecin soulève évidemment la perception par l'expertisé du déroulement de l'examen; il va de soi que la relation patient-médecin avec empathie n'existe pas lors d'une expertise médicale. L'attitude «neutre», les questions parfois incisives du médecin expertiseur peuvent prêter à des interprétations négatives de la part de l'expertisé. Il en va de même de certaines manœuvres effectuées lors de l'examen physique, pouvant causer de la douleur; il s'agit d'une autre circonstance pouvant prêter à une interprétation négative de l'expertisé. Ce volet incite donc le médecin expertiseur à la prudence.

Les expertises médicales effectuées par les membres de la SMEQ constituent environ 50% des demandes d'enquêtes en médecine d'expertise depuis les trois dernières années. Le nombre des membres de la Société se situe aux alentours de 160; cependant, nous ne connaissons pas le nombre total des médecins non membres qui effectuent de l'expertise médicale pour un tiers. Il est impossible d'interpréter ce chiffre à sa juste valeur; cependant, il faut retenir qu'un nombre significatif de rapports d'expertises fait l'objet d'une demande d'enquête. Il est intéressant de souligner que le nombre d'enquêtes retenues pendant la dernière année a diminué de façon significative de 40% à 12% (pour les membres de la SMEQ).

CONCLUSION

La médecine d'expertise semble prendre de plus en plus de place dans la diversité des actes médicaux. Dans ce contexte, il est probable que ce simple fait explique en bonne partie l'augmentation du nombre de demandes d'enquêtes (plaintes) en rapport avec la production de rapports d'expertises médico-légales. Malgré le fait que le nombre d'enquêtes faisant suite à des demandes soit plus élevé dans le cadre de la médecine d'expertise qu'en général, les dossiers retenus semblent avoir diminué dans la dernière année. Par ailleurs, il est intéressant de noter que les conclusions du syndicat sont maintenues dans la plupart des cas soumis au Comité de révision. Il va de soi que des demandes d'enquêtes (plaintes) adressées au CMQ continueront dans le futur, en particulier en rapport avec la qualité de l'expertise et/ou le comportement du médecin expertiseur; dans la plupart des cas, il s'agit sans doute d'une manifestation de l'insatisfaction de l'expertisé devant les conclusions retrouvées dans le document d'expertise. Néanmoins, il faut retenir un enseignement de la lecture de ces différentes statistiques : le respect de la personne, la rigueur, l'indépendance, l'honnêteté, la prudence, l'objectivité, la pertinence, la confidentialité, le respect de l'opinion d'un confrère constituent des attributs essentiels à l'expertise médicale, contribuant à l'excellence de celle-ci et, en corollaire, diminuant l'incidence des plaintes. Il faut également rappeler le nouveau Code de déontologie du CMQ qui contient des dispositions spécifiques relatives à la médecine d'expertise.

***Richard Clermont, M.D., FRCPC,
CHUM – Hôtel-Dieu.***

1. Règlements, Société des médecins experts du Québec. Article 2.
2. Le médecin en tant qu'expert. Aspects déontologiques et réglementaires. Collège des médecins du Québec. Janvier 1997.

Note : La SMEQ tient à remercier le docteur François Gauthier, syndic du CMQ, et, particulièrement, le docteur Jean-Claude Fortin, syndic-adjoint, pour leur participation et contribution.

TABLEAU I

DEMANDES D'ENQUÊTES (TOTALES)

Tous les médecins	1995-96	2000-01	2001-02	Variation
Demandes d'enquêtes	1146	1695	1740	+ 50%
• Enquêtes	566	676	741	+ 25%
• Interventions	580	1019	999	
Enquêtes/demandes	566/1146 (49%)	676/1695 (42%)	741/1940 (42%)	- 7%

TABLEAU II

MÉDECINE D'EXPERTISE EN GÉNÉRAL

Médecine d'expertise	1995-96	2000-01	Variation (1995-01)
Nombre de demandes d'enquête	25	130	
- Rapport au total	25/1146 (2%)	130/1695 (8%)	+ 6%
Nombre des enquêtes	4	101	
- Rapport aux demandes	4/25 (16%)	101/130 (78%)	+ 62%
- Rapport au total des enquêtes	4/566 (1%)	101/676 (15%)	+ 14%

TABLEAU III

RÈGLEMENT DES ENQUÊTES (MÉDECINE D'EXPERTISE)

Enquêtes	1995-96	2000-01	Variation
Non retenues	4/4	69/101	
Retenues	0/4 (0%)	32/101 (32%)	+ 32%

TABLEAU IV

ENQUÊTES (MÉDECINE D'EXPERTISE)

Disciplines	Nombre d'enquêtes	(2000-01)
SPÉCIALITÉS		(80%)
• Orthopédie	37	
• Psychiatrie	15	
• Neurochirurgie	14	
• Neurologie	3	
• Autres spécialités	12	
OMNIPRATICIENS	20	(20%)
TOTAL	101	(100%)

Nature des plaintes	Pourcentage (1999-2002)
• Qualité de l'acte médical	52%
• Comportement	38%
• Réglementation	10%

TABLEAU V

ENQUÊTES ET MEMBRES DE LA SMEQ

Nombre d'enquêtes	1999-2000	2000-01	2001-02
CMQ (total)	717	676	741
% des «demandes» (totales)	44% (717/1634)	40%(676/1695)	43%(741/1740)
Médecine d'expertise (%) (en général)	98/717 (14%) 1	01/676 (15%)	71/741 (9%)
Membres SMEQ (#)	45	50	40
SMEQ / Médecine d'expertise	45/98 (46%)	50/101 (50%)	40/71 (56%)
SMEQ - retenues (#)	10 - (22%)	20 (40%)	5 (12%)
SMEQ – non retenues (#)	35	30	35

Les textes publiés dans ce Bulletin ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la Société des médecins experts du Québec.

Le Comité de rédaction vous invite à lui soumettre vos commentaires et textes pouvant intéresser la Société.

COMITÉ DE RÉDACTION

Mme Nicole Bélisle – Docteurs Roméo Lafrance –
Marc Launay – Claude-Aimé Plante, Hubert Wallot

2, Complexe Desjardins, Tour de l'Est, porte 3000
Montréal (Québec) H5B 1G8

Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
ISSN 0835-4723

Téléphone (514) 350-5149
Télécopieur (514) 350-5066
Courriel smeq@fmsq.org

Le 27 février 2003, le docteur Georges Bélanger est décédé des suites d'une pathologie cérébrale aiguë.

Le docteur Bélanger fut un des membres fondateurs de la Société des Médecins experts du Québec qui le nomma membre Émérite en 1998. Il fut aussi, entre autres réalisations, secrétaire-trésorier de l'Association des neurochirurgiens du Québec pendant 20 ans et a largement contribué à la structurer.

Toujours impliqué dans la vie professionnelle et désireux d'aider ses collègues, il a fondé il y a 25 ans le Fonds des professionnels du Québec afin que les médecins spécialistes se dotent d'un fonds de retraite qui leur appartiendrait en propre. Il a aussi été très actif sur la scène municipale de Verdun, où il laisse le souvenir d'un homme humaniste et généreux de son temps, en plus d'avoir toujours été très impliqué dans la progression de l'hôpital de Verdun.

La Société des médecins experts du Québec perd un membre émérite dont les conseils furent toujours appréciés.

Le souvenir du Docteur Georges Bélanger restera à jamais gravé non seulement dans la mémoire des médecins experts ainsi que des neurochirurgiens, mais aussi de tous ceux qui ont eu à travailler avec lui pour la création et le développement du Fonds des

professionnels du Québec, ainsi que dans sa communauté de Verdun où il fut très impliqué. Il a su garder au fil des années l'image d'un homme dynamique et innovateur, mais avant tout d'un être des plus attachants.

La Société des Médecins Experts du Québec tient à rendre un hommage particulier au Dr Bélanger par la présentation de cet encart spécial. Vous trouverez ci-joint un court texte de présentation du Dr Bélanger lors de son intronisation comme Membre Émérite de la Société, suivi de l'essentiel du texte de l'allocution prononcée par Madame Marie-Claude Lavallée, amie de la Fondation du Centre hospitalier de Verdun, lors des funérailles célébrées le vendredi 7 mars 2003 en la cathédrale St-Antoine de Longueuil. Nous remercions Mesdames Colette Tougas-Bélanger et Lavallée de l'autorisation de reproduire ce texte ainsi que le Fonds des Professionnels qui assure la publication de cet encart.

Que la famille reçoive de la part de tous les membres de la SMEQ l'expression de nos sincères condoléances. Que son épouse et complice, Colette, trouve ici l'expression de notre profond respect pour tout ce que le Docteur Bélanger a pu accomplir avec son aide et son soutien indéfectibles.

*Georges L'Espérance, neurochirurgien
Président de la Société des Médecins experts du Québec
Septembre 2003*

Docteur Georges Bélanger, MD, neurochirurgien
Membre émérite 1998
Société des médecins experts du Québec

« L'homme jeune, eut-il quatre-vingts ans, est un perpétuel insatisfait, prêt à remettre en cause ce qu'il a découvert le matin, à démolir sa maison pour la reconstruire : bref, à casser pour refaire, à quitter pour repartir.. »

Georges Mathé

Deuxième d'une famille de huit enfants, le docteur Bélanger voit le jour à Lachute. Issu d'une famille modeste que le malheur frappe sous forme d'un accident de voiture qui laissera le père handicapé, sans assurance-maladie ni assurance-chômage, tous les enfants doivent travailler pour payer leurs études. C'est ce que fera le docteur Bélanger en travaillant entre autres dans un garage, puis comme peintre en bâtiments et finalement pour une maison funéraire.

Il obtiendra son doctorat en médecine de l'Université de Montréal en 1958, puis effectuera sa résidence en neurochirurgie à l'hôpital Notre-Dame de 1958 à 1964. Il pratiquera la neurochirurgie à l'hôpital Sainte-Justine puis à l'hôpital Charles Lemoyne, mais surtout au centre hospitalier de Verdun où il sera membre actif de 1963 jusqu'à sa retraite en 1996 alors qu'il fut nommé membre honoraire. Il y sera tour-à-tour : secrétaire-trésorier du conseil des médecins et dentistes, directeur du département de chirurgie de 1974 à 1986, directeur des services professionnels par intérim en 86-87. Enfin, il est membre de la Fondation hospitalière de Verdun dont il fut président de 1989 à 1991. Dans ses tâches hospitalo-administratives, on le retrouve aussi chef du service de neurochirurgie de l'hôpital Charles Lemoyne de 1971 à 1974 et directeur des services professionnels de l'hôpital Villa Médica de 1991 à 1996.

Son activisme social est tout aussi éclectique et c'est ainsi qu'il sera membre du comité protecteur et de la fondation des Mutins de Longueuil. Reconnu pour son implication dans son milieu de vie, il sera nommé Citoyen honoraire de la cité de Verdun en 1992.

Son intérêt universitaire fut constant. D'abord nommé président du conventum 1953-1958 de la faculté de médecine, il sera président de l'association des étudiants en médecine de l'université de Montréal, puis co-fondateur de l'association des internes et résidents de la Province de Québec. Professeur adjoint de clinique du département de chirurgie de l'Université de Montréal de 1974 à 1986, il sera membre du sous-comité pédagogique en neurochirurgie de l'Université de 1974 à 1980. De 1991 à 1994, il a parrainé la campagne de levée de fonds de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

De 1984 à 1990, il sera membre du comité consultatif du programme de formation en administration de la santé de la faculté de médecine de l'université de Montréal. De 1982 à 1986, il sera membre du comité de consultation et de réflexion sur les urgences du CRSSS.

De 1970 jusqu'en 1990, il fut secrétaire-trésorier de l'Association des neurochirurgiens du Québec. Membre de plusieurs associations et sociétés savantes, il fut entre autres directeur de la Société de neurochirurgie de langue française et membre du comité de traumatologie de la World Federation of Neurological Societies.

Enfin, tous nous le connaissons comme co-fondateur de Comité de placement du Régime d'épargne-retraite des médecins spécialistes, devenu depuis le Fonds des professionnels. Il en fut le président depuis 1978 et en est maintenant Président honoraire à vie.

Bien entendu, il fut membre fondateur de la Société des médecins experts du Québec et c'est à ce titre que je me fais le porte-parole de tous les membres de la Société pour souligner une carrière exceptionnelle et fort bien remplie, au service de la collectivité, tant sociale que médicale. Vous me permettrez aussi d'associer à cette reconnaissance son épouse, Madame Colette Tougas.

Mesdames et Messieurs membres de la Société des Médecins experts du Québec, je vous invite à accueillir chaleureusement le docteur Bélanger et son épouse, afin de lui remettre le titre de membre émérite de la Société des Médecins experts du Québec.

Georges L'Espérance, MD, Président
Club St-Denis, le 7 novembre 1998

*Hommage présenté par Madame Marie-Claude Lavallée
Vendredi 7 mars 2003
Cathédrale St-Antoine, Longueuil*

Homme de défis, homme engagé, homme d'action, homme de tous les combats, le Dr Bélanger était avant tout un humaniste.

- C'est cet amour pour l'humanité qui lui a fait choisir la médecine, comme on choisit le sacerdoce. Plusieurs d'entre vous, autant les équipes soignantes que les malades, peuvent en témoigner.
- C'est par générosité et conviction morale qu'il s'est impliqué dans une multitude de fondations et d'associations caritatives.
- C'est aussi pour inculquer le droit au respect et à l'équité qu'il a été membre fondateur de la Société des médecins experts du Québec.
- On a souvent attribué au Dr Bélanger une réputation d'expert financier, mais c'est essentiellement pour éviter que les médecins, et éventuellement d'autres professionnels, achètent des lopins de lune qu'il a participé à la mise sur pied du Fonds de retraite et de placement des Professionnels, une vaste structure financière qui gère les plans de retraite et les finances de différents groupes professionnels.
- Gestionnaire charismatique, on dit de lui que le directeur général ne pouvait pas administrer l'hôpital (de Verdun) sans sa bénédiction. Nous en avons d'ailleurs un témoignage de M. David Levine :

« Cela fait maintenant 21 ans que nous nous connaissons et vous avez joué un rôle majeur dans ma carrière de gestionnaire dans le domaine de la santé. Ma compréhension du milieu et surtout du rôle du corps médical vient en grande partie de vos conseils.

« Je ne suis pas le seul directeur général qui ait bénéficié de votre présence et amitié et je sais que mon ami, Claude Desjardins, exprimerait les mêmes sentiments que les miens. J'ai une photo dans mon bureau, de vous habillé en rabbin et de moi habillé en médecin, et je n'oublierai jamais votre sens de l'humour.

« Votre rôle dans le développement de l'hôpital, la création de la Fondation, l'obtention du premier scanner, les innovations de l'urgence et votre soutien pour l'hôpital à domicile, sont seulement quelques éléments d'une longue liste d'accomplissements, mais pour moi, c'est surtout votre amitié et votre appui que je n'oublierai jamais.

« Merci beaucoup Dr Bélanger, tu as été et tu resteras toujours pour moi une grande source d'inspiration. Georges, je t'aime ».

Et c'est signé David Levine

Son implication universitaire fut constante. Il est président du conventum de 1958 de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, dont la 45^e réunion aura lieu le 10 mai prochain.

Membre de plusieurs associations et sociétés savantes, il fut entre autres directeur de la Société de neurochirurgie de langue française.

Il a reçu, en 1993, la Médaille commémorative du 125^e anniversaire de la Confédération du Canada en reconnaissance d'une contribution significative au bien-être de ses compatriotes et de sa communauté.

La Fondation hospitalière de Verdun a honoré le Dr Georges Bélanger en 1998 en remerciement pour son extraordinaire contribution au développement de l'hôpital et de la fondation.
La Société des médecins experts du Québec lui a conféré le titre de membre émérite en 1998.

L'Association des médecins de langue française du Canada lui a attribué le prix des médecins de cœur et d'action en 2000.

Et les membres du conseil d'administration du Fonds des professionnels et du Groupe FPQ l'ont élu président honoraire à vie pour son dévouement, sa générosité, sa vision et pour l'ensemble de son œuvre.

- Georges Bélanger a aussi été un ami, comme en fait foi ce témoignage :

« Mon grand Ami,

« Un poète a dit « mais la vie sépare ceux qui s'aiment, tout doucement, sans faire de bruit... » mais, du bruit, Dieu sait que tu en as provoqué pendant toutes ces années : tu en as remué des gens et des choses; tu as créé, tu as bâti.

« Et, surtout, tu as forgé des amitiés indéfectibles. Bien malgré toi, peut-être, tu découvres un calme bien mérité, même s'il ressemble peu à ton tempérament hyperactif. Je penserai à toi, quand je contemplerai les couchers de soleil de Trois-Pistoles.

« Je me rappellerai ta fidélité en amitié, quand les oies blanches feront un détour entre mon île et ton chalet sur la butte.

« Et je n'oublierai pas tout ce que nous avons partagé au fil des ans, de joies, de peines et d'émerveillement.

« Toi, qui de tes derniers regards implorais ce grand repos, dors en paix.

« Ceux qui te survivent sont tellement fiers de toi, et ils t'aiment pour toujours.

« Georges, mon ami, mon grand frère, salut! »

Et c'est signé Pierre Leclerc

« P.S. Colette et les enfants, je suis présent à votre tristesse et je partage avec vous les plus beaux souvenirs ».

- Il a enfin et surtout été un époux, un père, un beau-père et un grand-père, pour Colette, pour Jean et Nathalie, Louise et Gaëtan, Stéphanie et François-Emmanuel, Marie-Georges et Sébastien, pour Jean-Philippe, Catherine-Anouk, Laurence, Renaud, Nicolas et Annick.

REMERCIEMENTS

- Nous remercions monsieur le curé et la paroisse de la co-cathédrale Saint-Antoine-de-Padoue.
- Vous avez entendu, à l'orgue, Hélène Trépanier, la cousine de Colette et de Georges.
- Albert Huibers, lui aussi cousin, dirige la chorale de Saint-Bruno.
- Josée Roy, mezzo-soprano, une amie intime, a encore une fois enchanté la famille.
- Le ténor est Jean Verreau, dont Georges a plus d'une fois apprécié le chant.
- Et enfin, Claude Corbeil, basse-baryton de renommée internationale, est venu des États-Unis expressément pour lui offrir le Gethsémani, le don ultime.

La Société des Médecins experts remercie le Fonds des Professionnels d'avoir rendu possible la publication de cet encart spécial