

Sont représentés au conseil de rédaction de MedActuel DPC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique



Président du conseil
Dr François Croteau

Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrini, Montréal;
Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada;
Directeur médical aux Éditions Santé Rogers Media.



Dre Johanne Blais

Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'Université Laval;
Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'Université Laval;
Professeur adjoint de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.



Dr Roger Ladouceur

Responsable du Plan d'autogestion de DPC, Collège des médecins du Québec;
Professeur agrégé de clinique du dépt. de médecine familiale de l'Université de Montréal;
Médecin de famille, Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.



Dre Francine Léger

Médecin de famille;
Chargé d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal;
Service de périnatalité du CHUM.



Dre Diane Poirier

Médecin, M.Sc.;
Chef du service des soins intensifs au CSSS Richelieu-Yamaska;
Chargé d'enseignement clinique à l'Université de Montréal;
Membre du comité de FPC de l'AMLF.

Le dialogue au rendez-vous

Comment éviter une escalade dans une entrevue médicale

Ou tout ce qu'il faut éviter pour réussir une entrevue sereine !

Claude Richard, Ph. D.*, et Marie-Thérèse Lussier, MD, M.Sc.**

Nous vous présentons un extrait d'un appel téléphonique effectué à la fin d'une longue et épuisante journée... Un vendredi en plus. Le médecin et Julie, sa patiente, ne s'entendent pas toujours très bien au sujet des traitements de celle-ci. De plus, Julie a souvent présenté des symptômes mal définis pour lesquels les investigations et les consultations n'indiquent aucune pathologie organique. Le médecin vient de recevoir le résultat de laboratoire de sa TSH qui révèle une hypothyroïdie non maîtrisée. Pourtant, selon le dossier de Julie, la prescription de Synthroid n'a pas été modifiée depuis le dernier rendez-vous de février... Même s'il est fatigué, il croit qu'il est important de joindre Julie pour l'aviser du résultat. Il soupçonne Julie d'avoir cessé de prendre son Synthroid et il veut lui rappeler l'importance de reprendre son traitement... Il soupire et compose son numéro de téléphone.



Julie : Oui, allo ?

MD : Bonjour Julie, c'est Dr Vendredi à l'appareil. Je téléphone pour discuter des résultats de votre dernière prise de sang pour la thyroïde.

Julie : Oui, j'y suis allée mardi.

MD : Je viens de prendre connaissance du résultat.

Julie : Comment c'est ?

MD : Bien, le résultat me surprend un peu. Avez-vous pris vos comprimés de Synthroid régulièrement ?

Julie : Justement, non. En fait, j'ai arrêté de les prendre il y a un mois.

Commentaire — En donnant cette information, Julie défie l'avis de son médecin. Première alerte. Le médecin doit choisir comment il va traiter cette annonce d'un comporte-

ment qui remet en question sa démarche avec cette patiente.

MD : C'est ce que je craignais en voyant le résultat de la TSH à 18. Il n'a jamais été aussi élevé depuis que nous avons commencé à vous traiter il y a quatre ans. Que s'est-il passé ?

Commentaire — Le médecin a confirmé son hypothèse... Par le passé, Julie a déjà arrêté de prendre ses hypolipémiants sans en discuter avec lui. Il ressent une certaine irritation. Il choisit la confrontation en critiquant indirectement sa patiente lorsqu'il dit qu'il craignait qu'elle ait arrêté le traitement. Cette affirmation n'apporte rien et l'insinuation est de nature à irriter la patiente.

Julie : Mon ergothérapeute m'a dit que mes douleurs aux bras pouvaient être causées par ce médicament. Alors,

comme j'avais très mal, j'ai décidé de l'arrêter pour voir si ça n'irait pas mieux.

Commentaire — Julie se justifie en référant à l'expertise d'un autre professionnel de la santé pour trouver une solution à son problème... Il y a une critique ici face au jugement du médecin : « Vous avez tort de croire que j'agis à la légère, un autre professionnel me l'a conseillé. »

La patiente ne s'excuse pas. Elle appuie plutôt sa décision par une explication. Tout est en place pour une confrontation.

MD : Et puis ?

Commentaire — Le médecin tente de maîtriser son irritation grandissante. Il saisit la critique implicite contenue dans « l'ergothérapeute a reconnu l'importance de la douleur et a suggéré une solution ».

Objectifs pédagogiques

- Être sensible aux écueils communicationnels lors de désaccords dans le traitement.
- Identifier les indices dans le discours du patient qui pointent vers une situation conflictuelle potentielle.
- Se familiariser avec des stratégies communicationnelles utiles pour éviter l'escalade et aider le médecin à rester centré sur la résolution du problème.

Mots-clés

Confrontation, escalade, désaccord, stratégie communicationnelle.

* Ph. D., membre associé de l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.

** MD, M.Sc., FCMFC, professeur agrégé, département de médecine familiale de l'Université de Montréal; membre de l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.

Julie : Après trois jours, je n'avais plus mal aux bras. Et je continue à me sentir très bien depuis que je les ai arrêtés. (Son ton est affirmatif.)

Commentaire — Elle donne une information qui a pour effet de donner raison à l'autre professionnel et qui confronte directement l'expertise de son médecin. Elle répète donc le défi à la compétence du médecin.

MD : Peut-être, mais le test de votre fonction thyroïdienne indique que, de ce côté, ça ne va pas du tout.

Commentaire — Le médecin acquiesce faiblement par « peut-être », mais décide de confronter la patiente sans reconnaître l'intérêt ni l'impact clinique de l'arrêt du Synthroid. Cette façon de faire indique dans les faits qu'il ne croit pas qu'il y ait un lien causal entre les deux événements.

Il utilise une stratégie de confrontation. Ici, l'échange aurait pu prendre une autre direction. Par exemple : « Ah oui, intéressant », pour ensuite procéder à l'exploration des observations de la patiente.

(Suite à la page 30)

Le Plan de DPC en questions

Cette semaine : **2. Le plan de DPC est-il obligatoire? page 32**

(Suite de la page 29)

Julie: Peut-être, mais moi je me sens très bien depuis que je n'ai plus ces douleurs aux bras. Et comme je suis retournée à l'école pour terminer mon secondaire, je dois écrire et je ne peux pas me permettre d'avoir mal aux bras!

Commentaire – Julie poursuit sa justification en argumentant qu'elle se sent mieux, quels que soient les résultats de laboratoire. Elle explique que le symptôme désagréable est disparu et qu'elle n'y voit aucun inconvénient apparent. Il y a même un avantage supplémentaire à cesser le Synthroid, car le travail à l'école est plus facile.

MD: Comment pouvez-vous être certaine que les douleurs étaient dues au Synthroid?

Commentaire – Le médecin continue sa stratégie de confrontation. Il pourrait reprendre les arguments de Julie et les évaluer. Il décide plutôt de la confronter en

questionnant le jugement de la patiente.

Julie: Écoutez docteur, ça n'a pas pris plus de trois jours sans Synthroid avant que les douleurs disparaissent et je n'en ai pas eu d'autres depuis. (Son ton est impatient.)

Commentaire – Julie s'impatiente devant le médecin qui nie son expérience personnelle. Elle justifie sa décision par une observation qui, selon elle, est une preuve.

MD: Avez-vous envisagé d'autres explications?

Commentaire – Le médecin refuse toujours de prendre en compte l'argumentation de Julie. Il préfère insinuer le doute en suggérant l'existence d'autres possibilités et ainsi affaiblir ses arguments.

Julie: Selon moi, c'est la seule possible.

Commentaire – Julie affirme sa solution. Dans un contexte de

relation asymétrique où le médecin est réputé avoir les connaissances requises, cette réponse de Julie indique clairement une opposition au médecin.

MD: Avez-vous fait un test pour vérifier? Par exemple, reprendre le Synthroid pour voir si les douleurs revenaient? (Le ton est plutôt sec.)

Commentaire – Le médecin affirme son autorité et son expertise. Il met Julie au défi en lui demandant si elle a procédé de façon systématique/scientifique pour confirmer son hypothèse. Il cherche à montrer qu'elle a agi de manière irréfléchie.

Julie: Non. J'étais soulagée de ne plus avoir mal et je ne voulais pas mettre en péril mes efforts pour terminer mon secondaire.

Commentaire – Julie, sans hésitation, avoue qu'elle n'a pas vérifié et indique les raisons pratiques qui ont justifié son

choix. Elle invoque un rationnel pragmatique et elle pose (implicitement) un contre-défi au médecin. Comment peut-il aller à l'encontre du bon sens et lui demander d'aller moins bien, alors qu'il est si important pour elle à ce moment-ci de sa vie de réussir son programme scolaire!

MD: À mon avis, les douleurs n'étaient pas causées par le Synthroid et vous ressentirez d'ici peu les effets du non-traitement de votre hypothyroïdie comme un ralentissement, de la constipation, des irrégularités menstruelles qui pourront eux aussi interférer avec vos capacités de vous investir à fond dans vos études.

De plus, la maîtrise de votre cholestérol devrait elle aussi s'en ressentir. Nous avons atteint notre objectif, me semblait-il...

Commentaire – Le médecin change un peu son approche en utilisant un argument d'autorité en référant à sa compétence



(« à mon avis »). Il exprime explicitement un doute (professionnel) sur la relation entre le Synthroid et la douleur aux bras. Il présente également un élément dramatique en soulignant qu'à moyen terme, cette solution peut être aussi pire que la douleur aux bras. Le médecin appuie ses doutes avec une liste des inconvénients possibles. Le médecin termine avec un élément moralisateur (du type « vous avez tout gâché ») visant à faire regretter sa décision à la patiente et à la culpabiliser.

Julie: Oui, c'est vrai, mais la douleur aux bras était trop inconfortable et quand mon ergothérapeute m'a dit que le Synthroid pouvait en être la cause, j'ai cru bon tenter ma chance. (Elle ralentit et met de l'emphase.)

Commentaire – Julie disqualifie l'argument du médecin en invoquant l'intensité de l'inconfort de la douleur aux bras. Elle invoque l'autorité de l'ergothérapeute pour la soutenir.

MD: J'aurais préféré que nous en discutions avant que vous ne cessiez votre Synthroid. Je regarde mes notes au dossier et il n'y a aucune mention de ces douleurs.

Commentaire – Le médecin adopte une autre tactique en invoquant le « bris de leur relation », lui reprochant de ne pas avoir discuté avec lui de l'arrêt du médicament. Il ajoute un deuxième reproche à savoir qu'elle ne lui a jamais parlé de cette douleur aux bras, alors qu'il y aurait eu des occasions.

Julie: C'est quand on a augmenté la dose en février dernier que j'ai commencé à ressentir des douleurs.

Commentaire – Julie disqualifie les reproches du médecin.

MD: On s'est rencontré plusieurs fois depuis... Pourquoi ne pas en avoir parlé?

Commentaire – Le médecin met l'accent sur la mauvaise foi de sa patiente: elle a eu l'occasion d'en parler et elle ne l'a pas fait.

Le médecin ignore la douleur et sa source et tente de démontrer que Julie n'a pas été une « bonne patiente ».

Julie: Je ne sais pas... Je ne savais pas qu'il pouvait y avoir un lien entre les deux. C'est elle (l'ergothérapeute) qui me l'a fait réaliser il y a un mois et je ne vous ai pas revu depuis ce moment.

Commentaire – Julie affirme qu'elle est une « bonne patiente » et qu'elle a été de bonne foi, car elle ne croyait pas qu'il y avait un lien

FAITES-EN PLUS AU BUREAU. SANS ÊTRE AU BUREAU.

Visualisez, modifiez² et communiquez vos documents par courriel avec les versions mobiles de Microsoft[™] Office Word, Excel[™] et PowerPoint[™].

Forfaits à partir de **15 \$** par mois!

SAMSUNG JACK

AVEC ROGERS, LE TEMPS JOUE EN VOTRE FAVEUR.
Le réseau le plus fiable¹ • Appareils mondiaux • Soutien technique spécialisé accessible en tout temps

rogers.com/windowsmobile_fr 1-866-273-2960 **ROGERS**

entre la douleur et le traitement par le Synthroid. Elle reprend son explication temporelle, la rapproche dans le temps et, par le fait même, tente d'annuler le reproche du médecin.

MD: Mais là, nous avons un problème. A-t-elle un diplôme de médecine pour faire des diagnostics et proposer des traitements ?

Commentaire – Le médecin s'impatiente. Il affirme que le comportement de la patiente a engendré un « problème ». Il est probablement vexé que la patiente ait agi à partir de l'opinion d'un autre professionnel qui, selon lui, n'a pas l'expertise requise et qui s'est ingéré de façon inappropriée dans leur relation.

Par cette question, le médecin attaque la crédibilité de la source de renseignement de Julie et il introduit un doute par rapport au jugement de sa patiente.

Julie: Je ne sais pas cela, mais ce que je sais, c'est que ça va mieux depuis. (Le ton monte.)

Commentaire – Julie comprend très bien la critique contenue dans l'« interrogatoire » que son médecin lui fait subir. Elle neutralise sa critique en invoquant les faits observés (personne ne peut nier qu'elle se sente mieux !) comme arguments pour appuyer son comportement.

MD: C'est temporaire. Ce n'est qu'une question de temps pour que les symptômes pour lesquels nous avons dû débiter le traitement par le Synthroid réapparaissent...

Commentaire – Le médecin recadre l'observation de Julie en en diminuant la signification (son état actuel ne sera que temporaire) et il ajoute la menace de la réapparition d'autres symptômes.

Julie: On verra. Pour l'instant, ma réussite scolaire passe avant.

Commentaire – Julie rejette les propos du médecin et elle neutralise son argument (effet temporaire) en invoquant un besoin immédiat plus urgent (celui de réussir ses cours).

Il y a impasse, la patiente ne cède rien et affirme s'en tenir à sa décision.

MD: (Après un soupir audible... le ton devient plus conciliant.) Je comprends que votre retour en classe soit très important. Avez-vous considéré reprendre le Synthroid à la dose initiale, celle d'avant l'augmentation du dosage de février? Vous alliez bien sous cette dose de 0,05 mg par jour.

Commentaire – Devant l'impasse, le médecin met un terme à sa stratégie de confrontation. Il reconnaît enfin l'importance de l'argument pour la patiente. Cette « concession » est un acte verbal d'apaisement dans cette confrontation.

Le médecin suggère une piste de solution, une option qui pourrait être un compromis entre les deux positions.

Mais il n'offre pas son opinion au sujet du lien entre le Synthroid et la douleur aux bras. Ce qui, dans le contexte de cette entrevue, pourrait être perçu comme une autre concession à la patiente. Le médecin, à tort, ne veut pas aller plus loin dans ses concessions.

Julie: Non je n'y avais pas pensé. (Le ton devient plus conciliant.)

Commentaire – Julie reconnaît la solution de rechange. Elle fait une ouverture au médecin.

MD: Pourriez-vous l'envisager ?

Commentaire – Le médecin lui demande explicitement de la considérer.

Julie: Peut-être.

Commentaire – Demi-acceptation de la considérer. Refus de Julie de se compromettre. Elle ne veut pas perdre la face en étant conciliante trop rapidement.

MD: Écoutez, moi je trouve qu'il est important que votre hypothyroïdie soit maîtrisée. J'aimerais que vous repreniez le Synthroid le plus tôt possible, au moins à la dose initiale que vous aviez tolérée.

Commentaire – Répétition de la demande en expliquant l'importance du traitement.

Julie: Je vais y penser. Il m'en reste. Est-ce que je devrais passer un autre test ?

Commentaire – Demi-acceptation, Julie refuse toujours de se compromettre, mais assure qu'elle peut recommencer si elle le décide. Elle tient la position haute et ne veut pas concéder.

Elle demande des précisions sur les conditions du recommencement.

MD: Lorsque vous en aurez pris pendant six à huit semaines, vous pourrez passer un nouveau test. D'ici là, ce n'est pas nécessaire. Vous connaissez les symptômes d'un manque de Synthroid... Vous pourrez me consulter.

Commentaire – Le médecin donne les conditions et indique la fin de l'entretien.

Julie: Merci d'avoir téléphoné docteur.

Commentaire – Julie termine avec une formule de politesse sans toutefois s'engager à recommencer la prise de Synthroid.

MD: Au revoir Julie.

Commentaire – Le médecin signale la fin de la conversation sans avoir obtenu un accord avec Julie.

Conclusion

Dans l'entretien téléphonique, les interlocuteurs sont privés de plusieurs indices non verbaux qui normalement balisent la communication. Un tel contexte de communication est associé à un risque plus élevé de communications dysfonctionnelles telles que celle qui précède. Dans cet appel de type « confrontation », le médecin aurait pu modifier le cours de l'échange en cessant de confronter sa patiente. Dans ce cas, celle-ci a « gagné » et tient à bien affirmer sa victoire avant de suivre l'avis du médecin, à ses conditions. La relation de confiance peut s'être tellement détériorée pendant la confrontation qu'il y a danger que la patiente ne reprenne pas son traitement.

Il est certain que l'histoire antérieure de la relation entre le médecin et Julie y est pour quelque chose. De plus, le contexte de l'appel téléphonique (la fatigue de fin de journée, la pression de finaliser ses dossiers avant de quitter la clinique pour la fin de semaine et ses difficultés personnelles vis-à-vis des patients qu'il juge revendicateurs) laissait entrevoir un échange difficile. Il aurait pu, dans ce cas-ci, reporter l'appel à un moment plus favorable sans pour autant mettre en danger la santé de Julie. Cela aurait d'emblée diminué les risques de confrontation.

Alors qu'il est engagé dans une conversation où l'on remet en question l'expertise médicale, le médecin aurait pu, dans ce cas, 1) reconnaître de façon explicite l'existence d'un nouveau problème et de son impact sur le quotidien de la patiente; 2) donner son opinion professionnelle par rapport au lien possible entre la médication et la douleur aux bras tout en s'engageant à vérifier l'existence d'un tel lien plutôt que de porter des jugements et ainsi créer un climat de méfiance; 3) reconnaître la mauvaise maîtrise actuelle de la fonction thyroïdienne associée à l'arrêt du Synthroid; et 4) suggérer la reprise de la médication à une dose que la patiente a déjà tolérée en attendant de documenter l'association Synthroid et douleurs. Avec cette approche, le médecin garde le cap sur la recherche de solutions (des deux problèmes) et évite la confrontation et l'escalade dans son inter-action. Il préserve sa relation thérapeutique et contribue à maintenir l'engagement de Julie dans le processus de soins.

Lorsque les aspects interactifs et émotifs prennent le dessus sur l'objectif thérapeutique, nous pouvons être conduits à des situations malheureuses. Seul un regard sur la façon dont se déroulent nos inter-actions peut nous donner la perspective nécessaire pour réorienter l'échange lorsque celui-ci n'est plus dans le meilleur intérêt du patient. ■

Lecture suggérée

Richard C, Lussier MT, Gerard F. La gestion des émotions. Chapitre 9, dans Richard C, Lussier MT (Éds), La communication professionnelle en santé. ERPI, Montréal, Qc, 2005, p. 231-267.

www.mdPASSPORT.com

Un tout nouvel univers de ressources en ligne pour les médecins

INSCRIVEZ-VOUS MAINTENANT !

SANTÉ NATURELLE

Le saviez-vous...
Affections contre lesquelles les personnes âgées utilisent souvent des PSN
Hyperplasie bénigne de la prostate
Déclin des fonctions cognitives ou troubles cognitifs
Arthrose
Infections des voies aériennes supérieures

Inscrivez-vous à www.mdPassport.com et vous recevrez GRATUITEMENT le bulletin électronique sur la santé naturelle.

2. Le Plan de DPC est-il obligatoire ?

Question : Dre Pauline Desrosiers, réponse : Dr Roger Ladouceur*

Le contexte

Le 24 janvier 2007, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a décidé :

- « d'adopter le Plan d'autogestion de développement professionnel continu (DPC) comme outil du maintien de la compétence des médecins »;
- « de rendre disponible aux médecins toute l'information pertinente à la réalisation de leur plan de DPC ».

Question

Un médecin qui n'adhère pas au plan d'autogestion de DPC du CMQ peut-il perdre son droit de pratique ? Quelles sont les conséquences s'il ne se conforme à aucun programme de DPC, ni à celui du CMQ ou de la FMOQ, ni à celui du CMFC ou du CRMCC, ou à tout autre plan reconnu ?

Réponse

Tout d'abord, il est important de réaliser que le maintien des compétences est une responsabilité morale et déontologique pour tous les médecins. Cette préoccupation n'est d'ailleurs pas nouvelle puisqu'elle est inscrite dans le serment d'Hippocrate : « J'exercerai la médecine selon les règles de la science et de l'art et je maintiendrai ma compétence. »

Dans le *Code de déontologie*, on retrouve l'obligation suivante :

« Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés. »

Code de déontologie des médecins, (2002) 134 G.O. II, 7354; art. 44

Par contre, le fait pour un médecin de ne pas se conformer au plan d'autogestion de DPC du CMQ ne peut entraîner, à lui seul, de conséquences sur son droit d'exercice ou servir de fondement à l'imposition d'une sanction, en tant que tel. L'on ne pourrait donc établir une équation automatique entre le fait de ne pas se conformer au plan d'autogestion et une limitation du droit d'exer-

cice. En contrepartie, cela ne rend pas le plan caduque, puisqu'il demeure un outil pertinent pour un médecin pour l'aider à gérer sa formation continue et l'omission d'y donner suite ou d'y adhérer pourrait servir d'indice ou être révélateur de problèmes plus profonds dans la pratique d'un médecin et avoir des conséquences négatives ou dommageables pour lui.

Quant au médecin qui n'adhère pas aux programmes de maintien de la compétence du CMFC ou celui du CRMCC, il pourrait perdre son statut de membre actif. Le CMFC exige de ses membres qu'ils soumettent un total de 250 crédits aux 5 ans. Au moins 125 de ces crédits doivent provenir d'activités de FMC approuvées (Mainpro-M1 et/ou Mainpro-C). Les autres peuvent être des activités de FMC non approuvées (crédits Mainpro-M2). Au Collège royal, les associés sont tenus d'obtenir chaque année au moins 40 unités de formation de développement professionnel continu et au moins 400 unités par cycle de 5 ans dont un maximum consacré aux activités individuelles non accréditées.

Le refus ou l'omission d'un médecin de participer à quelque forme d'activité de formation continue n'est pas sans conséquence et pourrait servir d'élément de preuve parmi d'autres au plan disciplinaire et au plan de l'inspection professionnelle, de même qu'au plan de sa responsabilité civile professionnelle. Le CMQ considère que l'absence de plan de DPC, couplé à d'autres indicateurs, pourrait conduire à une visite d'inspection professionnelle.

Enfin, il est important d'insister sur le fait que même si l'adhésion au Plan d'autogestion de DPC du CMQ ou à tout autre programme de DPC n'est pas obligatoire, le maintien de la compétence professionnelle l'est, et ce, en vertu du serment professionnel et du code de déontologie. ■



Le Plan d'autogestion de DPC est accessible sur le site Internet du CMQ.

L'atelier « Le Plan de DPC du CMQ... Facile » est disponible sur demande.

Pour information supplémentaire :

*Roger Ladouceur, MD
Médecin responsable du Plan d'autogestion du Développement professionnel continu (DPC)
Collège des médecins du Québec
Téléphone : 514 933-4441 poste 5296
Sans frais : 1 888 633-3246
Télécopieur : 514 933-4668
Courriel : rladouceur@cmq.org
http://www.cmq.org/

Messages-clés

Le plan d'autogestion de DPC du CMQ :

- n'est pas obligatoire; par contre, il est fortement recommandé d'adhérer à un programme de DPC;
- est un indicateur du maintien de la compétence professionnelle, lequel est obligatoire.



Congrès international francophone de médecine sexuelle

NOTEZ À VOTRE AGENDA!

www.amlfc-rmsq-sfms.org

Les 18 et 19 septembre 2008
Centre Mont-Royal
Montréal, Québec (Canada)

Une PREMIÈRE MONDIALE : un congrès international francophone de médecine sexuelle!

Bienvenue au premier Congrès international francophone de médecine sexuelle, qui s'adresse à tous les professionnels intéressés à la médecine sexuelle : médecins – **omnipraticiens** et **omnipraticiennes**, **médecins de famille**, **spécialistes** et non-médecins – **infirmières** et **infirmiers**, **pharmaciennes** et **pharmaciens**, **psychologues**, **sexologues cliniciens** et **sexologues cliniciennes**...

Le comité scientifique du Congrès international francophone de médecine sexuelle invite la communauté professionnelle et scientifique à lui soumettre des propositions de communications et d'affiches. C'est l'occasion de présenter vos initiatives et innovations ou vos travaux de recherche portant sur l'un des thèmes ci-dessous :

Les thèmes du congrès

1. Impact des problèmes de santé courants sur la santé sexuelle – Cancer, diabète et fonction sexuelle
2. Prévention des troubles sexuels – Désir sexuel hypoactif
3. Dysfonctions sexuelles – Maladie cardiovasculaire et dysfonction érectile
4. Nouveaux comportements sexuels – Dépendances et compulsions sexuelles

Organisateurs du Congrès international francophone de médecine sexuelle



ASSOCIATION
DES MÉDECINS
DE LANGUE FRANÇAISE
DU CANADA

www.amlfc.org



www.amsq.org



Réseau de
médecine sexuelle
du Québec

www.rmsq.com



Société
Francophone
de Médecine
Sexuelle

www.sfms.fr

Pour plus d'information, visitez le www.amlfc-rmsq-sfms.org