

Médecins émérites 2004 deux rédacteurs en chef du Médecin du Québec

2005, année du 40^e anniversaire du *Médecin du Québec*. À l'approche de cet événement marquant pour la publication, le Conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a nommé deux rédacteurs en chef de la revue

« médecins émérites » :

le D^r Georges Boileau
et le D^r Jean-Maurice
Turgeon.

« Le statut de membre émérite reconnaît l'activité exceptionnelle d'un médecin au sein de la Fédération ou de son association. Nous l'accordons avec parcimonie », a précisé le D^r Renald Dutil, président de la FMOQ, qui a remis une plaque à chacun des deux médecins honorés.

Le Conseil de la FMOQ a nommé le D^r Boileau membre émérite « pour sa contribution notable au syndicalisme médical dans ses premiers balbutiements, pour sa contribution exceptionnelle à la promotion et à la défense de la médecine générale, pour avoir fait preuve d'un engagement total, d'une souplesse, d'une patience et d'une disponibilité incomparables. »

C'est en juin 1965 que le D^r Boileau fonde *Le Médecin du Québec* avec le D^r Gérard Hamel et le D^r Jean-Pierre Forget qui sera le premier rédacteur en chef. Trois ans plus tard, le D^r Boileau succède à ce dernier à la tête de la publication. Il la fera grandir pendant 29 ans. Le D^r Boileau, qui s'est engagé dans l'action syndicale dès le début des années 1960, a aussi été l'un des fondateurs de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Le médecin a ainsi

à son actif plus de 30 ans de syndicalisme.

« Le D^r Boileau est un érudit, un esprit fin et un politicien capable d'une grande analyse », a affirmé le D^r Dutil. Accompagné de sa conjointe, le médecin retraité était très ému de l'hommage

qui lui était rendu.

S'adressant ensuite aux 132 délégués du Conseil, il leur a rappelé : « Vous êtes « condamnés » à faire progresser l'omnipratique, les médecins omnipraticiens et les organismes représentatifs. Le tout au service des gens d'ici. »

L'importance de la formation continue

Quand le D^r Boileau prend sa retraite, c'est un médecin de Rimouski, président de

l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent, qui lui succède comme rédacteur en chef du *Médecin du Québec*. Le nouveau responsable occupe aussi le poste de directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ.

Le D^r Turgeon a marqué *Le Médecin du Québec* de son sceau. Déjà, au milieu des années 1980, il avait doté la publication d'un comité de rédaction scientifique qu'il a présidé de 1985 à 1996. Pendant ce mandat, il a été l'instigateur de l'importante section de formation continue de la revue. En tant que rédacteur en chef, il dirigera *Le Médecin du Québec* de 1996 à 2001.

Sur le plan syndical, le D^r Turgeon a eu une longue carrière. Pendant 32 ans, il a participé à la vie de la Fédération à titre soit de directeur général adjoint, soit de délégué du Conseil.



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Jean-Maurice Turgeon et D^r Georges Boileau

Il s'est rapidement rendu compte qu'un organisme comme la FMOQ devait s'occuper de la formation postdoctorale de ses propres membres et est passé à l'action.

« Pour son engagement profond et sa contribution considérable à sa précieuse région de Rimouski, pour avoir joué un rôle syndical extraordinaire autant à l'échelle locale, que régionale ou provinciale, pour son apport incommensurable à la formation médicale continue et pour son énergie et son enthousiasme constants », le Conseil de la FMOQ a fait entrer le médecin de Rimouski dans son temple de la renommée.

Le D^r Turgeon, qui était également accompagné de sa conjointe et de ses deux enfants, a tenu à remercier le Conseil qui lui a octroyé le titre de médecin émérite. « J'aimerais partager cette distinction avec toutes les personnes animées par le même idéal et les mêmes valeurs que moi et qui m'ont apporté un soutien inestimable ». 🗣️

Assemblée générale de la FMOQ les négociations vont bientôt commencer

Le 18 décembre dernier, le Conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), qui tenait son assemblée générale, s'est penché sur d'importants enjeux. Plusieurs dossiers concernaient des demandes que la Fédération déposera ce mois-ci dans le cadre du renouvellement de son Entente générale : la prise en charge et le suivi des patients, l'écart de rémunération entre les médecins du Québec et ceux du reste du Canada, la création d'un réseau d'accessibilité et le mentorat.



D^r Renald Dutil

Toutefois, dans l'immédiat, les omnipraticiens profiteront d'abord de la nouvelle entente relative à la garde en disponibilité. Entrant en vigueur dès le 1^{er} février, l'accord négocié par la FMOQ porte sur la rémunération des gardes en disponibilité effectuées dans un établissement de soins, un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), un centre de réadaptation (CR) et un centre de santé et de services sociaux (CSSS).

« Cette entente n'impose pas en soi de nouvelles gardes, mais coordonne davantage celles qui existent déjà et s'adapte à la nouvelle organisation du réseau », a précisé le D^r Renald Dutil, président de la FMOQ. En outre, les nuits de semaine, les fins de semaine et les jours fériés, les généralistes auront droit à un forfait quotidien de 51,90 \$ pour huit heures de garde. Cette mesure est valable pour différentes clientèles :

- les personnes hébergées dans un CHSLD et dans un centre de réadaptation ;
- les bénéficiaires du programme de maintien à domicile ;
- les personnes inscrites dans un GMF susceptibles d'avoir besoin de services 24 heures sur 24 ;
- les patients du réseau local pouvant requérir des services jour et nuit, selon le département régional de médecine générale
- les personnes hospitalisées ;
- les patientes des services d'obstétrique.

Grâce à la nouvelle entente, les forfaits de gardes en disponibilité seront accordés non seulement aux omnipraticiens pratiquant dans un département clinique de médecine générale, mais aussi à ceux des unités de psychiatrie. « Auparavant, les omnipraticiens exerçant en psychiatrie n'étaient pas toujours rémunérés pour leurs gardes. On profite de cette nouvelle entente pour régler cette question », a précisé le D^r Dutil.

Les forfaits de 51,90 \$ seront alloués par le comité paritaire sur la base des critères déjà établis pour les gardes en disponibilité. Il sera, par ailleurs, possible pour les médecins de cumuler plusieurs gardes.

Écart de rémunération avec le reste du Canada

La négociation du renouvellement de l'accord-cadre des omnipraticiens portera sur plusieurs

dossiers, dont le redressement de leur rétribution pour combler l'écart qui les sépare de leurs collègues du reste du Canada. Dans la lettre d'entente 138, le gouvernement s'était engagé à corriger la différence de rémunération.

Les médecins spécialistes, pour leur part, viennent de publier un rapport où ils concluent que l'écart entre leur rétribution et celle de leurs confrères des autres provinces s'élève à 44 %. Le gouvernement, lui, l'établit plutôt à 10 %. « Les spécialistes en font un enjeu majeur, et pour nous il ne sera pas moins important », a soutenu le président de la FMOQ.

Les travaux destinés à établir le manque à gagner des omnipraticiens sont toujours en cours, mais devraient être terminés en mars. L'exercice est cependant complexe. Il existe 10 méthodes pour comparer les revenus annuels moyens, qui donnent souvent des résultats différents. Le gouvernement, de son côté, désire pondérer l'écart obtenu par des facteurs comme la productivité des médecins et la richesse collective qui sont moins élevées au Québec. « La FMOQ n'acceptera pas ces facteurs de pondération et exigera le respect de la lettre d'entente 138 », a averti le D^r Dutil.

Le programme de gestion de fin de carrière sera également un autre dossier difficile. « Cette question fera partie des négociations du renouvellement de l'Entente », a promis le D^r Dutil. Les travaux techniques sont en cours.

Réseau d'accessibilité montréalais et CMA

De grands problèmes d'accès aux soins médicaux et aux tests diagnostiques sévissent à Montréal. La Fédération désire négocier pour la métropole une entente particulière portant sur un réseau d'accessibilité aux soins principalement constitué de centres médicaux associés. Il s'agirait d'une ou de plusieurs cliniques médicales, d'un groupe de médecine de famille, d'un CLSC ou d'une unité de médecine familiale qui offrirait une gamme complète de services de médecine générale tous les jours de l'année ainsi qu'un plateau technique aux omnipraticiens du territoire pour les tests urgents.



Photos : Emmanuelle Garnier

(Suite à la page 10) >>>

Quelques délégués au Conseil de la FMOQ

◀◀◀ (Suite de la page 3)

Les CMA, qui seraient ouverts 14 heures par jour la semaine et 9 heures par jour le week-end, devraient offrir un service de prise en charge et de suivi ainsi que des consultations sans rendez-vous. Ces centres bénéficieraient de services infirmiers, d'un soutien administratif et informatique ainsi que de services diagnostiques. Ils offriraient cependant plus que des services de médecine générale, notamment des gardes médicales aux clientèles vulnérables et des services de liaison avec les médecins du territoire et le centre de santé et de services sociaux.

Il faudrait toutefois que les omnipraticiens travaillant dans les CMA en dehors des heures habituelles disposent de certains avantages. « Nous allons négocier des incitatifs rattachés à l'offre de services les fins de semaine, les jours fériés et le soir de 18 h à 22 h. Pendant ces périodes, les médecins pourraient obtenir un supplément à leur rémunération habituelle et exclure des plafonds trimestriels les revenus gagnés pendant ces heures », a précisé le président de la FMOQ.

Les CMA s'inséreront dans un dossier plus large qui est celui des réseaux d'accessibilité aux soins que veut créer la FMOQ à l'échelle du Québec.

Mentorat

Désirant aider les jeunes omnipraticiens qui commencent leur pratique, la Fédération souhaite mettre sur pied un programme de mentorat. Les nouveaux diplômés qui le désirent pourraient ainsi être épaulés par des généralistes expérimentés. « Ils auraient un appui dans les stratégies de prise en charge et de suivi des clientèles », a indiqué le D^r Renald Dutil.

Le projet présente des avantages pour toutes les parties. En effet, le jeune médecin aura la

possibilité d'améliorer son expertise en médecine générale et de mieux s'ajuster à la pratique du milieu, la région où il travaille aura plus de chances de le voir rester, et le mentor pourra mettre à profit son expérience.

La FMOQ compte négocier au cours du renouvellement de son accord-cadre des incitatifs pour tous les participants à ce projet. Le mentor pourrait être rémunéré à forfait ou à tarif horaire ou encore par un code de parrainage s'il travaille en obstétrique. Le nouveau diplômé, lui, pourrait obtenir des allocations de mentorat pour des activités individuelles et de groupe.

La prise en charge et le suivi des patients

La prise en charge et le suivi des patients constitueront l'une des priorités de la Fédération au cours de ses négociations avec le gouvernement. « Au cours de ma tournée des associations, c'est la question qui a été mise de l'avant dans toutes les assemblées », a expliqué le D^r Dutil.

La FMOQ va ainsi demander que le suivi et la prise en charge de la clientèle fassent partie des activités médicales particulières (AMP) prioritaires au même titre que le travail à l'urgence ou les soins aux patients hospitalisés. De même, la Fédération voudrait que les plans d'effectifs régionaux tiennent compte des besoins en médecine familiale.

Le D^r Dutil a d'ailleurs présenté au Conseil la position du Collège des médecins du Québec sur le rôle du médecin de famille. Un groupe de travail de l'organisme a estimé que « la principale responsabilité d'un médecin de famille est la prise en charge et le suivi d'une clientèle déterminée ». Aux yeux de ce comité, « chaque médecin de famille doit assumer sa part de prise en charge et de suivi de clientèle quel que soit son champ principal d'activité clinique ».

Groupes de médecine de famille

Dans le dossier des GMF, la Fédération et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) continuent à négocier un nouveau mode de rémunération pour les médecins participants. Le Ministère a remis à la FMOQ un document de travail dans lequel il propose notamment que

Augmentation de la cotisation syndicale

Le Conseil de la FMOQ a accepté, sur la recommandation du Bureau, de hausser la cotisation syndicale qui passera donc de 870 \$ à 960 \$. À cette somme s'ajoutera, comme d'habitude, un montant de 25 \$ pour le Programme d'aide aux médecins du Québec. La contribution totale d'un membre s'élèvera ainsi à 985 \$ pour l'année 2004-2005. La portion de la cotisation remise aux associations, qui était de 174 \$, augmentera à 180 \$.

Bureau 2004-2005 de la FMOQ



Président
D^r Renald Dutil



1^{er} vice-président
D^r Louis Godin
(Côte-du-Sud)



2^e vice-président
D^r Marc-André Asselin
(Montréal)



Secrétaire général
D^r Claude Saucier
(Laval)



Trésorier
D^r Yves Langlois
(Richelieu-Saint-Laurent)



1^{er} administrateur
D^r Michel Lafrenière
(Québec)



2^e administrateur
D^r Jacques Desroches
(Yamaska)



3^e administrateur
D^r Robert Benguerel
(Gaspésie)



4^e administrateur
D^r Sylvain Dion
(CLSC)

Photo : Emmanuèle Garnier

la moitié de la rétribution des médecins vient du paiement à l'acte et l'autre d'un forfait.

Toutefois, certaines des propositions du document ministériel sont inacceptables pour la FMOQ. Le MSSS désire, par exemple, que le montant du forfait varie selon la fidélité du patient inscrit.

Les offres du Ministère, décevantes pour la FMOQ, viennent s'ajouter à d'autres aspects frustrants du dossier. La Fédération est ainsi excédée par la lourdeur administrative que doivent subir les omnipraticiens des GMF.

« Si le Ministère continue à semer des embûches administratives, ce projet ne se développera pas et plusieurs groupes de médecins vont se retirer », a averti le D^r Dutil.

Le président de l'AMCLSC entre au Bureau

L'assemblée générale de la FMOQ s'est clôturée par l'élection des membres du Bureau. Après de nombreuses années de loyaux services, la D^{re} Raymonde Vaillancourt, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens



D^{re} Raymonde Vaillancourt

L'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) a été très active pendant l'année 2003-2004. C'est ce qui se dégage du bilan des 12 derniers mois qu'a dressé son président, le D^r Marc-André Asselin, à l'assemblée générale de l'Association au cours de laquelle il a été réélu.

de l'Estrie, ne s'est pas représentée comme première administratrice. Le Conseil a donc élu comme nouvel administrateur, le D^r Sylvain Dion, président de l'Association des médecins de CLSC du Québec. Le mandat de tous les autres membres du Bureau a été renouvelé. 🗳️

Assemblée de l'AMOM une année 2003-2004 chargée



Dr Marc-André Asselin

L'AMOM a ainsi participé aux audiences publiques sur la Loi 25 concernant les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Elle a également organisé un colloque pour ses délégués, portant entre autres sur le rôle du médecin de famille. Les représentants de l'association ont parallèlement rencontré différents groupes d'omnipraticiens pour bien comprendre leur situation : des médecins pratiquant dans des CLSC, des groupes

de médecine de famille (GMF), des unités de médecine familiale (UMF) et de futurs centres médicaux associés (CMA) ainsi que des chefs de départements cliniques de médecine générale.

Un budget pour rémunérer les médecins des CMA

Le dossier des centres médicaux associés, sur lequel travaille l'AMOM depuis des années, semble enfin avancer. Ces supercliniques offrirait des services de laboratoire, d'échographie, de radiographie et disposeraient d'infirmières de liaison pour entrer en contact avec les médecins de la collectivité. Ces centres, aux horaires étendus, seraient ouverts 365 jours par année. Actuellement, 13 cliniques montréalaises sont prêtes à se lancer dans le projet.

Mais s'il faut un budget pour les différents services d'imagerie et de laboratoire, il en faut également un pour rémunérer le travail supplémentaire des omnipraticiens. « C'est un gros contrat. Il va falloir valoriser le médecin qui travaille dans un CMA », a soutenu le Dr Asselin.

La FMOQ va proposer au gouvernement une entente particulière pour ces centres. « Il faudra négocier des avantages pour les omnipraticiens qui s'engageront à assurer des services médicaux à des heures étendues. Il est encore trop tôt pour dire quelle forme prendront ces incitatifs », a expliqué le Dr Renald Dutil, président de

la Fédération, qui terminait sa tournée du Québec par l'assemblée de Montréal.

CLSC, UMF et GMF

L'AMOM tente actuellement de venir en aide aux médecins de CLSC, dont 150 comptent parmi ses membres. « Plusieurs n'ont pas de secrétaire ou n'en ont qu'une seule pour l'ensemble des omnipraticiens de l'établissement. Les médecins doivent souvent eux-mêmes aller chercher leurs dossiers, faire le classement, etc. », a déploré le président de l'AMOM.

L'Association a un plan à proposer aux omnipraticiens des CLSC. À la fin d'octobre, un délégué de l'AMOM qui pratique au CLSC Verdun Côte Saint-Paul, le Dr Michel Dallaire, a présenté à des généralistes de différents CLSC la manière dont lui et ses collègues ont réussi à obtenir l'embauche d'une secrétaire à temps plein. « Les médecins de CLSC ont été intéressés par cette démarche. Nous allons offrir ce protocole et notre aide aux omnipraticiens de chaque CLSC en 2005 », a affirmé le Dr Asselin.

Le président et ses collègues ont également rencontré les responsables des unités de médecine familiale au cours de l'année. Ces derniers étaient inquiets au sujet des activités médicales particulières (AMP). « Nous avons réussi à obtenir un certain nombre d'heures d'AMP pour leurs équipes. Je suis cependant préoccupé par l'avenir, parce qu'il faudra trouver de nouveaux médecins-professeurs. »

En ce qui concerne les groupes de médecine familiale (GMF), le dossier progresse lentement. Actuellement, il y a en huit dans la métropole. « Il

(Suite à la page 137) >>>



Photos : Emmanuelle Garnier

occasionner des effets des glucocorticostéroïdes à action générale, comme l'hypertension et l'inhibition de la fonction surrénalienne.

POSSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Il n'existe pas de données sur l'emploi de SYMBICORT (budesonide/fornato de formotrol dilués) comme médicament de secours dans le traitement d'une crise d'asthme aigüe. Il est crucial d'en informer les patients et de leur prescrire à cette fin un agoniste β_2 à action rapide. Les patients doivent consulter un médecin s'ils remarquent que leur bronchodilatateur à action rapide utilisé pour soulager leurs symptômes devient moins efficace ou s'ils ont besoin de plus d'inhalations que d'habitude. Prendre régulièrement deux fois par jour SYMBICORT fournit une bronchodilatation 24 heures sur 24 et peut remplacer la prise régulière d'un bronchodilatateur à action rapide administré par inhalation ou par voie orale (comme le formotrol, la terbutaline ou le salbutamol). Les agonistes β_2 à action rapide doivent servir uniquement à soulager les symptômes de l'asthme aigüe (voir PRÉCAUTIONS). Le patient doit savoir que, pour produire un effet optimal, SYMBICORT doit être pris régulièrement, même en l'absence de symptômes.

Possologie recommandée - Quand un patient commence à utiliser SYMBICORT, on doit d'abord ajuster sa dose jusqu'à ce qu'elle réalise efficacement ses symptômes. On la réduit ensuite à la dose la plus faible qui permette de maintenir la maîtrise des symptômes. La possologie de SYMBICORT doit être individualisée en fonction de la gravité de la maladie. On doit réévaluer régulièrement l'état des patients pour s'assurer que leur possologie de SYMBICORT reste optimale. Le tableau suivant regroupe les doses cliniquement équivalentes de SYMBICORT et de PULMICORT plus (CZEZ TURBUHALER) :

SYMBICORT TURBUHALER	PULMICORT TURBUHALER plus CZEZ TURBUHALER
SYMBICORT 100 TURBUHALER	PULMICORT TURBUHALER (100 µg de budesonide par dose mesurée) plus CZEZ TURBUHALER (8 µg de formotrol par dose mesurée)
SYMBICORT 200 TURBUHALER	PULMICORT TURBUHALER (200 µg de budesonide par dose mesurée) plus CZEZ TURBUHALER (8 µg de formotrol par dose mesurée)

Adultes et adolescents (de 12 ans ou plus) : 1 ou 2 inhalations de SYMBICORT 100 TURBUHALER, 1 ou 2 fois par jour. La dose d'entretien quotidienne maximale recommandée est de 4 inhalations.

ou
1 ou 2 inhalations de SYMBICORT 200 TURBUHALER, 1 ou 2 fois par jour. La dose d'entretien quotidienne maximale recommandée est de 4 inhalations. Chez les adultes et les adolescents, la possologie initiale recommandée est de 1 ou 2 inhalations de SYMBICORT 200 TURBUHALER, 2 fois par jour. Durant les périodes d'aggravation de l'asthme, la dose peut être augmentée temporairement jusqu'à un maximum de 4 inhalations de SYMBICORT 100 TURBUHALER ou de SYMBICORT 200 TURBUHALER, 2 fois par jour. SYMBICORT n'est pas recommandé présentement chez les enfants de moins de 12 ans en raison du manque de données cliniques sur ce groupe d'âge. Il n'est pas nécessaire d'ajuster la dose chez les personnes âgées.

Il n'existe pas de données sur l'emploi de SYMBICORT en présence d'insuffisance hépatique ou rénale. Comme le budesonide et le formotrol sont principalement éliminés par biotransformation hépatique, ce peut provoquer une augmentation de l'exposition dans les cas de cirrhose du foie grave.

REMARQUE : SYMBICORT est réservé à l'inhalation orale. Comme les médicaments de SYMBICORT sont administrés vers les poumons lors de l'inhalation, il est important de faire un profond inspiration vivement et profondément par l'embout buccal. Le patient peut ne pas goûter les médicaments si ne ressentir le contact lorsqu'il se sert de SYMBICORT, en raison de la petite quantité de médicaments délivrée.

FORMES PHARMACEUTIQUES DISPONIBLES

SYMBICORT TURBUHALER (budesonide/fornato de formotrol dilués) est offert en deux concentrations :

SYMBICORT 100 TURBUHALER (100 µg de budesonide/fornato de formotrol dilués par dose), et SYMBICORT 200 TURBUHALER (200 µg de budesonide/fornato de formotrol dilués par dose). SYMBICORT 100 TURBUHALER et SYMBICORT 200 TURBUHALER sont disponibles en inhalateurs de 60 ou de 120 doses.

SYMBICORT TURBUHALER contient aussi du lactose, qui agit comme médicament placebo. La quantité ajoutée ne devrait normalement causer aucun problème aux personnes intolérantes au lactose.

SYMBICORT TURBUHALER n'est pas rechargeable et doit être jeté quand il est vide.

Monographie fournie sur demande.

Références :

1. FitzSimons JJ, Sears MR, Boaler P, et al. Adjustable maintenance dosing with budesonide/formoterol versus asthma exacerbations compared with traditional fixed dosing: A five-month multicentre Canadian study. *Can Respir J* 2002;16:427-434.

2. Monographie de Symbicort® Turbuhaler®, AstraZeneca Canada Inc. Toronto 2003.

www.astrazeneca.ca www.symbicort.ca



Image: Symbicort® Turbuhaler® sur le site Web de AstraZeneca Canada Inc.

◀◀◀ (Suite de la page 12)

semble clair que les médecins de Montréal attendent de voir ce qui va se passer. Ils sont en général réticents à l'idée d'inscrire des patients », a expliqué le D^r Asselin qui a discuté avec des médecins de ces groupes.

Les chefs de départements cliniques de médecine générale, que les représentants de l'Association voient tous les ans, étaient cette année plongés dans les fusions de départements et de conseils de médecins, dentistes et pharmaciens. « Le Ministère n'a pas donné de règles claires sur la manière de procéder pour réaliser ces fusions », a constaté le D^r Asselin.

Les priorités de 2005

Beaucoup de travail attend l'AMOM au cours de l'année qui s'amorce. Le D^r Asselin va tenter

d'établir des contacts avec les responsables des nouveaux centres de santé et de services sociaux.

« Nous voudrions savoir comment chacun entend organiser les soins et travailler avec les médecins du milieu. » Parallèlement, le président aimerait organiser des petits-déjeuners-rencontres avec les médecins de cabinets privés pour discuter des changements qu'entraînera la création des CSSS.

En 2005, l'Association va également continuer à suivre les dossiers concernant les CMA et les GMF. En ce qui concerne le soutien administratif aux CLSC, le projet est sur le point d'être lancé. Et, pour finir, l'AMOM songe à organiser un colloque des délégués qui porterait sur les modèles d'organisation des soins. « Il faut qu'on harmonise nos points de vue sur les GMF, les CMA et les CSSS. »

ERRATUM

Une erreur de parenthèses s'est glissée dans l'article de la chronique d'assurance de novembre 2004 intitulé « L'importance d'assurer sa résidence et ses biens à leur juste valeur » (*Le Médecin du Québec*, volume 39, numéro 11, pp. 115-6).

Formule du calcul de l'indemnité payable à l'assuré

[Montant de la protection souscrite	÷	(Valeur totale des biens assurés	×	Pourcentage prévu au contrat]	×	Valeur de la perte subie	=	Indemnité payable
-------------------------------------	---	----------------------------------	---	-------------------------------	---	--------------------------	---	-------------------

Prenons un exemple.

- Vous avez souscrit une protection de 150 000 \$.
- Le coût de reconstruction de votre maison est de 300 000 \$.
- Le pourcentage de couverture imposé par votre contrat est de 80 %.
- Enfin, la perte que vous avez subie s'élève à 150 000 \$.

Soit :

[150 000 ÷ (300 000 × 80 ÷ 100)] × 150 000 = 93 750 \$

Au lieu de toucher une indemnité de 150 000 \$, vous ne recevrez que 93 750 \$.