

## Fiscalité

### enfin, les médecins peuvent s'incorporer

**D**EPUIS LE 22 MARS, les médecins peuvent enfin créer des sociétés par actions. « C'est un heureux dénouement dans un dossier qui stagnait depuis des années et qui a demandé beaucoup d'efforts », affirme le **D<sup>r</sup> Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Depuis 2004, la Fédération a fait des pressions auprès des ministres de la Justice et de la Santé, soulevé la question dans des commissions parlementaires et effectué différentes démarches pour faire avancer ce dossier piloté par le Collège des médecins du Québec.

Le nouveau droit à l'incorporation est ainsi une victoire. Mais qu'apporte-t-il ? « Le gain est uniquement d'ordre fiscal », précise le **D<sup>r</sup> Dutil**. Mais il peut se traduire par d'intéressants avantages financiers. Ainsi, le taux d'imposition d'une société par actions est de 21,12 % pour les premiers 400 000 dollars de revenu actif, alors que celui du particulier monte à plus de 40 % lorsque son revenu dépasse 170 000 \$. Une différence appréciable.

« La société par actions permet également un report d'impôt », indique **M<sup>me</sup> Claudette Lanthier**, comptable fiscaliste et planificatrice financière aux Fonds d'investissement FMOQ. L'argent accumulé dans la société par actions



D<sup>r</sup> Renald Dutil



M<sup>me</sup> Claudette Lanthier

pourra être retiré, par exemple, à la retraite, moment où les revenus sont souvent moins élevés. Et en plus, l'argent peut être récupéré sous forme de dividendes, bénéfices dont le taux d'imposition est inférieur et atteint au maximum 36 %.

Comment fonctionnera une société par actions détenue par un médecin ? Les revenus de ce dernier, par exemple de 200 000 \$ par année, seront comptabilisés dans la nouvelle entité. Cette société pourra verser au médecin un salaire, disons de 100 000 \$, pour lui permettre de contribuer à son régime enregistré d'épargne retraite. Sur la somme de 100 000 \$ qui restera dans la société, il faudra déduire des frais divers d'environ 5000 \$ et quelque 20 000 \$ pour les impôts, mais un montant d'environ 75 000 \$ pourra être conservé.

La société par actions offre également un autre avantage : le fractionnement du revenu. Le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* permet aux conjoints, aux parents et aux parents par alliance du médecin de détenir

des actions dans la société. Grâce à ces dispositions, ce dernier peut retirer des sommes sur lesquelles il n'a été imposé qu'à 21,12 %.

« Il pourrait, par exemple, être avantageux pour le médecin de verser à ses enfants de 18 ans

et plus un dividende jusqu'à concurrence de 20 000 \$. Ils n'auront pas à payer d'impôt, grâce au crédit d'impôt pour dividendes, s'ils n'ont pas d'autres revenus. Cela peut constituer un moyen de financer leurs études. La même formule peut également s'appliquer à un conjoint qui n'a peu ou pas de revenu », explique M<sup>me</sup> Lanthier. Le médecin doit toutefois rester l'actionnaire principal de la société.

Mais la société par actions n'est pas avantageuse pour tous les médecins. Elle ne présente aucun intérêt pour celui qui a besoin de tous ses revenus. Ainsi, l'omnipraticien ou le spécialiste qui se verse un salaire et retire le reste sous forme de dividendes ne bénéficiera d'aucun avantage fiscal. « Il faut qu'il reste suffisamment d'argent dans la société pour en accumuler et, éventuellement, vivre à partir des dividendes quand on décidera de la liquider, par exemple, au moment de la retraite. »

Un point est essentiel si l'on désire créer une société par actions : bien la constituer dès le départ. « On peut avoir des actions de différentes catégories pour chaque membre de la famille pour répondre à différents besoins. Le médecin devra donc décider comment il va sortir de l'argent de sa société », explique M<sup>me</sup> Lanthier. Elle conseille aux médecins intéressés de consulter un professionnel comme un comptable ou un fiscaliste pour évaluer l'opportunité de s'incorporer, puis de rencontrer un avocat pour mettre en place la structure.

### **Obligations légales**

Sur le plan légal, le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* impose plusieurs obligations au médecin qui se constitue en société par actions. « Il doit non seulement s'assurer lui-même, mais aussi assurer sa société contre les éventuelles fautes ou négligences qu'il pourrait commettre en exerçant sa profession au sein de cette entité », explique M<sup>e</sup> Pierre Belzile,

directeur des Services juridiques de la FMOQ.

La société par actions doit également être approuvée par le Collège des médecins du Québec. « Le médecin doit y envoyer tous les documents constitutifs de la société créée. » À défaut de remplir cette condition, le médecin ne sera pas autorisé à exercer sa profession au sein de la nouvelle entité.

Le dossier de l'incorporation des médecins traîne depuis 2003, rappelle l'avocat. Déjà, en 2001, le projet de loi 169 permettait aux ordres professionnels d'établir des règlements pour

encadrer l'exercice de leur profession en société. Deux ans plus tard, le Collège des médecins du Québec publie un premier règlement dans la *Gazette officielle du Québec*. En 2004, coup de théâtre. Des poursuites contre des pharmacies, une enquête du syndic de l'Ordre des pharmaciens sur une ministre également pharmacienne et certains articles de journaux créent des remous. Le ministre de la Justice demande alors à l'Office des professions du Québec de se pencher sur les relations commerciales entre médecins et pharmaciens. Ce




Photo : Emmanuèle Garnier

M<sup>e</sup> Pierre Belzile

dernier recommandera de retarder l'approbation du projet de règlement sur l'exercice de la profession médicale en société jusqu'à ce que le code de déontologie des médecins comprenne les modifications qu'il propose.

« Les médecins ont fait l'objet d'un traitement différent des autres professionnels dans la mesure où l'on a retardé constamment l'adoption du règlement sur l'exercice de la profession médicale en société, estime M<sup>e</sup> Belzile, qui s'est occupé du dossier à la FMOQ. Nous avons cependant fait constamment pression pour que cette mesure soit adoptée. »

Pour consulter le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, voir la *Gazette officielle du Québec* du 7 mars 2007 au [www.publicationsduquebec.gouv.gc.ca](http://www.publicationsduquebec.gouv.gc.ca). 

## Des omnipraticiens à la grandeur du Québec

### les hôpitaux font des gains au détriment des cabinets

Quand verra-t-on les effets de la nouvelle croissance des effectifs médicaux ? En 2005-2006, le nombre de généralistes a bien augmenté de 104 au Québec. Cependant, les services de première ligne en ont à peine profité. Les cabinets médicaux et les CLSC n'ont fait un gain net que de 21 équivalents à temps plein (ETP), révèle la dernière édition du document *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : Évolution des effectifs et des profils de pratique*, réalisé par M<sup>me</sup> Isabelle Savard, qui était alors conseillère en politiques de santé à la FMOQ et le D<sup>r</sup> Jean Rodrigue, alors directeur de la Planification et de la Régionalisation.

Où sont allés les omnipraticiens supplémentaires ? La majorité, 68, se sont dirigés vers le secteur hospitalier. Le nombre de médecins qui y consacrent l'essentiel de leur pratique ne cesse d'augmenter. En 2005-2006, 113 généralistes de plus ont fait de l'hôpital leur principal lieu d'exercice. Le pouvoir d'attraction de ces centres est tel que depuis 2000-2001 ils ont accaparé la quasi-totalité des ajouts d'omnipraticiens.

Cette attirance s'explique par plusieurs facteurs. Les hôpitaux offrent aux omnipraticiens des ressources techniques et spécialisées, permet le travail en équipe multidisciplinaire et un meilleur horaire de travail. D'autres éléments pourraient également jouer, comme les exigences des nouvelles activités médicales particulières et la difficile conciliation entre la famille et le travail, surtout quand le médecin pratique dans plusieurs secteurs.

Cet engouement pour la pratique hospitalière se fait surtout au détriment des cabinets privés. Le nombre total d'omnipraticiens exerçant

dans des cliniques n'a augmenté que de sept depuis 1999-2000. À cette époque, 77 % des généralistes avaient des activités dans un cabinet privé. En 2005-2006, leur pourcentage n'était plus que de 70 %.

Néanmoins, les omnipraticiens québécois ont une pratique polyvalente. Ils exercent ainsi souvent en première ligne, pratique qui devient de plus en plus importante avec les années, et aussi dans un hôpital ou un centre hospitalier de soins de longue durée.

### Une pénurie difficile à résorber

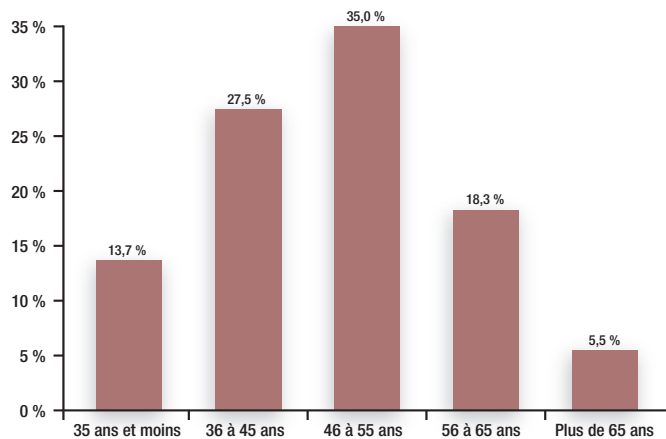
Les ajouts annuels de médecins seront-ils suffisants ? Selon l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux, les besoins en soins de la population augmenteraient de 1 % par année. En 2005-2006, le gain net de 104 généralistes n'a constitué qu'un ajout de 1,4 %. Une hausse donc à peine suffisante. En 2005-2006, le Québec comptait 7641 généralistes, correspondant à 7303 ETP. Selon certaines données, il manquerait 800 omnipraticiens, dont au moins 600 dans les services de première ligne.

En outre, le vieillissement (*figure*) et la

(Suite à la page 12) >>>



Figure. Répartition des médecins omnipraticiens selon les groupes d'âge en 2005-2006



\* Médecins ayant gagné plus de 1 \$ durant l'exercice financier

◀◀◀ (Suite de la page 3)

féménisation des effectifs médicaux se poursuivent. La moyenne d'âge des généralistes atteint maintenant 48 ans et les femmes, qui travaillent en moyenne moins d'heures que les hommes, constituent dorénavant 45 % des généralistes. « Ces deux phénomènes conjugués en inquiètent plusieurs. Serons-nous en mesure de répondre aux besoins de la population québécoise, même avec les augmentations importantes des étudiants en médecine des dernières années ? », demande le document.

Les pénuries les plus graves sévissent dans les régions intermédiaires et éloignées. Tant en ce qui concerne l'ensemble des services médicaux que ceux de la première ligne. Toutefois, en 2005-2006, les nouveaux omnipraticiens se sont répartis de manière relativement équitable entre les régions universitaires, périphériques, intermédiaires et éloignées, mais leur faible nombre n'a pas permis d'améliorer la situation. Il semblerait toutefois que toutes les régions parviennent maintenant à mieux retenir les jeunes médecins.

L'analyse du document *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec* a été réalisée à partir de la banque de données de la FMOQ, issue des fichiers de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cette dernière permet d'obtenir par secteur d'activités tout ce que les omnipraticiens ont facturé dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec qu'ils soient rémunérés à l'acte, à tarif horaire, à honoraires fixes ou à forfait.

On peut consulter le document dans le site de la FMOQ au [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org) (gestion de la pratique ? gestion régionale ? effectifs médicaux). ☞

### **La pratique en première ligne plus encouragée en 2006-2007**

Les tendances en faveur de la pratique hospitalière qui se sont dessinées en 2005-2006 pourraient changer en 2006-2007. Depuis 2006, plusieurs organismes, comme la FMOQ, n'ont pas ménagé leurs efforts pour encourager les omnipraticiens à exercer en première ligne. « Certains départements régionaux de médecine générale (DRMG) ont également joué un rôle très actif », tient à souligner le **D<sup>r</sup> Jacques Ricard**, directeur de la Régionalisation et de la Planification à la FMOQ. Ainsi, dans certaines régions, les DRMG ne retenaient que les candidats qui avaient l'intention de pratiquer en première ligne, soit dans un cabinet privé, soit dans un CLSC, pour remplir les postes de leur plan régional d'effectifs médicaux. ☞

## **PREM des spécialistes la FMSQ et la FMRQ dénoncent les nouvelles règles**

Les médecins résidents et spécialistes s'opposent aux nouvelles règles des plans d'effectifs médicaux (PEM) de 2007. Au cours d'une conférence de presse, ils ont dénoncé les répercussions qu'elles auront sur l'accès aux soins dans les milieux universitaires et sur la qualité de la formation de la relève médicale.

Cette année, l'installation des nouveaux diplômés de certaines spécialités est soumise à de dures restrictions. En pédiatrie, par exemple, aucun nouveau pédiatre-généraliste ne pourra s'installer dans une région universitaire. En anesthésiologie et en radiologie diagnostique, seuls les départs dus à l'attrition seront remplacés dans les villes universitaires, de manière générale. En hématologie-oncologie, peu importe le nombre de spécialistes qui partiront, les deux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) de Montréal n'auront droit qu'à trois nouveaux postes chacun, celui de Québec qu'à quatre et celui de Sherbrooke qu'à un.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a ainsi resserré les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en faveur des zones plus éloignées. « En toute équité pour les populations de toutes les régions du Québec, nous devons éviter que le remplacement de l'attrition dans les régions universitaires et périphériques n'absorbe une trop grande partie



D<sup>r</sup> Gaétan Barrette

Photos : Emmanuèle Garnier

des prochaines cohortes disponibles de médecins spécialistes », a expliqué le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Philippe Couillard**, dans ses lettres aux différentes agences de la santé et des services sociaux.

Le **D<sup>r</sup> Gaétan Barrette**, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, appréhende les conséquences de ces changements. « Que donne le fait de diminuer les ressources d'un centre comme l'hôpital Sainte-Justine pour envoyer des pédiatres en périphérie dans une situation de crise ? Lorsqu'un enfant d'une région périphérique aura besoin d'être transféré à Sainte-Justine, il n'y aura personne pour le recevoir parce que les ressources ne seront pas là. Prendre un anesthésiste et un radiologiste et les enlever



*D<sup>r</sup> Harold Olney*

du milieu universitaire où, de toute façon, vont venir les patients, c'est une diminution de l'offre de service de ces régions-là. Mais ces milieux-là traitent aussi la province de Québec au complet. » Comme les représentants de chacune des quatre spécialités touchées par les nouvelles mesures, le **D<sup>r</sup> Harold Olney**, membre du comité exécutif de l'Association des hématologues-oncologues du Québec, était présent à la conférence de presse. « Il ne faut pas déshabiller les universités pour habiller les régions », estime-t-il. À Montréal, où l'on retrouve la majorité des patients souffrant de cancers, la situation est précaire. « Les listes d'attente s'allongent. Chaque semaine nous avons à faire des choix déchirants. On commence déjà à décider quel patient on peut voir et lequel on ne peut pas voir. C'est inadmissible d'encore diminuer les offres de services. Notre Association préconise comme politique de favoriser les pôles. On ne peut pas avoir une personne dans une région qui soit polyvalente,

### **PEM et PREM**

#### **PEM**

Les plans d'effectifs médicaux indiquent le nombre de médecins qui peuvent exercer dans un centre hospitalier. Ce plan mentionne le nombre de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes par spécialité.

#### **PREM**

Il existe un plan régional d'effectifs médicaux pour chacune des 18 régions sociosanitaires du Québec. Le PREM des spécialistes est constitué des PEM de toutes les spécialités. Pour la médecine générale, le PREM comprend non seulement les médecins qui pratiquent dans les établissements de soins, mais aussi ceux qui exercent dans les cabinets privés.

compétente dans tous les domaines et qui réponde à tous les besoins de ce territoire. Il faut un groupe, un noyau. Le problème c'est que tous les noyaux sont en train de fondre et de crouler sous le fardeau additionnel des patients plus âgés dont les traitements deviennent plus longs. »

### **L'attrition dans les grands centres**

Pourquoi le MSSS a-t-il pris une telle décision ? Le manque de spécialistes a causé des crises dans différentes régions, explique-t-on au Ministère. Et dans la pénurie globale de médecins dont souffre le Québec, les zones universitaires et périphériques ont relativement bien tiré leur épingle du jeu. « Au cours des cinq dernières années, ces régions ont recruté de 75 % à 80 % de tous les finissants dans les spécialités de base. Quand on compare cela à notre objectif de 50 %, elles ont eu des années de bonnes récoltes », fait valoir le **D<sup>r</sup> Michel Bureau**, directeur général des services de santé et de médecine universitaire au MSSS.



*D<sup>r</sup> Michel Bureau*

L'attrition dans les centres universitaires peut sembler, par ailleurs, vertigineuse. En anesthésiologie, par exemple, chaque année, il y avait une douzaine de départs. L'an dernier, leur nombre a doublé. Les grandes

viles ont été les plus touchées. « C'est un phénomène nouveau. Est-ce une tendance ?



M. Daniel Poirier

Va-t-elle aller en s'accéléralant ? », se demande **M. Daniel Poirier**, directeur de la main-d'oeuvre médicale au MSSS. Le problème est d'autant plus inquiétant qu'il n'y a qu'une vingtaine de finissants par année. « Il est facile d'imaginer une situation où l'attrition permettrait à une très grande majorité des nouvelles cohortes de ne s'installer que dans les régions universitaires. »

Avec leur important bassin de spécialistes, les grandes villes seraient davantage capables de maintenir le même niveau de services sans nouveaux renforts, estime le Ministère. « Montréal a fait le plein de pédiatres généraux depuis longtemps, donne comme exemple le D<sup>r</sup> Bureau. Le directeur souligne d'ailleurs que les nouvelles restrictions des PREM en pédiatrie ne s'appliquent pas aux pédiatres spécialisés.

« Quand un enfant a un cancer, il a besoin d'un pédiatre-oncologue et il n'y en a qu'à Montréal. Mais il faut qu'il y ait des pédiatres généraux dans des villes comme Rouyn-Noranda pour suivre le patient quand il revient de Montréal, pour dépister le cancer dès le départ et pour traiter l'enfant quand il a d'autres maladies. »

### **La relève médicale touchée**

La FMSQ et la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) s'inquiètent, par ailleurs, des fâcheuses conséquences que les

nouveaux PEM pourront avoir sur la formation de la relève médicale. Les étudiants n'ont jamais été aussi nombreux dans les facultés de médecine. « Ces cohortes doivent recevoir l'enseignement d'un nombre suffisant de médecins spécialistes. Toutes les facultés de médecine vous diront que si les ressources ne sont pas au moins remplacées, il y a des gens qui ne seront pas formés ou pas formés

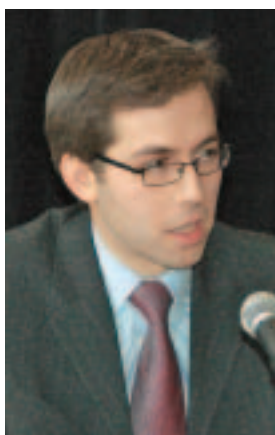
adéquatement », avertit le D<sup>r</sup> Barrette.

Président de la FMRQ, le D<sup>r</sup> **Martin Bernier** est particulièrement préoccupé par la limitation du jumelage chez les spécialistes entre nouveaux diplômés et futurs retraités. « Depuis quelques années, il était de pratique courante que les médecins sur le point de prendre leur retraite s'entendent avec des médecins qui allaient entrer en pratique pour que ces derniers aient l'occasion de faire une formation surspécialisée et de revenir au moment coïncidant avec le départ à la retraite. »

Cette entente va devenir plus difficile. Le médecin qui va prendre sa retraite doit démissionner le 30 novembre de l'année en cours pour que le jumelage soit possible. Et le nouveau médecin, même s'il va suivre une formation complémentaire, doit compter dans le PEM de l'hôpital qui lui offre un emploi à son retour. Pendant tout ce temps, le poste sera vacant.

« Ce poste peut faire l'objet d'un remplacement temporaire, tel que le prévoit la loi », souligne toutefois M. Poirier. Et il y a, en outre, la possibilité de recourir au mécanisme de dérogation. « Dans la situation où le départ à la retraite a lieu avant la date de retour du candidat en formation complémentaire, nous allons faire preuve d'ouverture. Il faut cependant que la formation s'inscrive dans un plan d'organisation académique où le vice-doyen aux Affaires postdoctorales et l'agence de la santé et des services sociaux interviennent. »

Le D<sup>r</sup> Olney, lui, craint que toutes ces nouvelles contraintes ne fassent fuir les futurs hématologues-oncologues. « Si l'on perd la relève, ce sera un désastre », prédit-il. Le document du MSSS sur les PREM soulève d'ailleurs le problème. Certains partenaires du Ministère lui ont fait valoir que « les résidents de cette discipline sont peu nombreux et fortement convoités par des établissements à l'extérieur du Québec. En effet, certains poursuivent actuellement une formation complémentaire à l'extérieur du Québec et pourraient choisir de ne pas revenir si la gestion des PREM devenait trop contraignante. »



D<sup>r</sup> Martin Bernier

Néanmoins, la recommandation de limiter le nombre de postes est pour l'instant retenue, soutient le document.

### Reconnaître la pénurie

Est-il justifié de limiter la proportion de nouveaux postes dans les milieux universitaires à 50 % pour en réserver 50 % aux régions ? La FMSQ et la FMRQ remettent en question cette orientation. Le nombre de finissants en médecine est trop faible. « Les cohortes de médecins qui obtiennent leur diplôme à l'heure actuelle sont très petites. Il n'y a pas de mesures mur à mur qui vont permettre de régler les problèmes. Il faut donc cibler, essayer d'éteindre les feux autant que possible, ne pas fragiliser les équipes en place et assurer une formation de qualité », prône le D<sup>r</sup> Bernier.

Mieux vaut regarder la situation en face, estiment les deux fédérations. « Il serait temps, comme l'a d'ailleurs mentionné le président du Collège des médecins du Québec il y a quelque semaine, que le ministre de la Santé informe clairement la population que le problème des effectifs médicaux ne se réglera pas avant au moins une dizaine d'années. Bon nombre de situations vont donc perdurer », soutient le D<sup>r</sup> Barrette. 📞

## L'hôpital de Lachine reste ouvert !

Francine Fiore

En dépit du fait que l'hôpital de Lachine reste ouvert, les médecins de cet établissement sont mécontents et réclament le retour immédiat des ambulances à l'urgence. Les cliniciens dénoncent également le démantèlement du service de soins intensifs qui sera transformé en service de soins intermédiaires, ainsi que la disparition du service de chirurgie générale.



D<sup>r</sup> Paul Saba

« Nous sommes prêts à recevoir des ambulances amenant trois cas instables par jour », dit le D<sup>r</sup> Paul Saba, président de la table sectorielle de l'hôpital de Lachine.

Le rapport du D<sup>r</sup> Abraham Fuks, qui propose que les établissements de Lachine et de LaSalle soient réunis au sein d'un seul centre hospitalier, a été accueilli favorablement par le ministre de la Santé et des Services

## Une marche d'une heure une initiative de l'association de Laval

L'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL) organise le dimanche 6 mai l'événement « Moi j'bouge » pour inciter les patients à marcher pendant une heure en compagnie de leur médecin. L'activité à laquelle sont conviés tous les médecins de la région, leur famille, leur personnel et leurs patients se déroulera de 10 h à 11 h au Centre de la nature de Laval. Pour promouvoir l'événement, l'AMOL a envoyé aux médecins une épinglette à porter sur leur blouse et des cartes d'invitation à remettre aux patients. L'association suggère également aux omnipraticiens et à leur personnel de porter le 2 mai un chandail avec le logo « Moi j'bouge » pour rappeler que l'événement aura lieu quatre jours plus tard. C'est la deuxième année que l'AMOL organise cette activité.

Pour s'inscrire : Infoactif 450 668-2121 📞



sociaux, **M. Philippe Couillard**, mais moins par les médecins de l'hôpital de Lachine.

Selon les recommandations du rapport, le pavillon de Lachine disposerait de services ambulatoires, d'une urgence et d'une trentaine de lits de soins de courte durée. On y trouverait également un bloc opératoire spécialisé en otorhinolaryngologie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en traitement de l'obésité et en opération de la cataracte. Le Centre hospitalier de Lachine offrirait également des services spécialisés en cardiologie, en oncologie, en hématologie, en dialyse et en pneumologie, ainsi que des services de réadaptation et de gériatrie.

Le pavillon de LaSalle, quant à lui, conserverait son mandat actuel relativement aux activités médicales, aux services gynécologiques et au soutien obstétrique. Les salles d'opération seraient maintenues et le volume d'interventions chirurgicales d'un jour pourrait être augmenté. De même,

on pourrait y offrir une plus grande variété de services pédiatriques, en collaboration avec l'Hôpital de Montréal pour enfants. Quant aux activités de médecine familiale, elles pourront être accrues de façon harmonisée dans les deux pavillons.

Les médecins de l'hôpital de Lachine souhaitent que leur centre, le seul francophone dans l'ouest de l'île de Montréal, obtienne un statut particulier et échappe à la fusion afin que la population soit desservie adéquatement. « Nous devons vraiment obtenir notre autonomie, soutient le D<sup>r</sup> Saba. Mais on va nous transformer en mégaclinique affiliée à l'hôpital de LaSalle, ce qui nous inquiète beaucoup. On ne reconnaît pas l'importance de la mission de l'hôpital de Lachine. » Le médecin demeure quand même optimiste. « J'ai noté une certaine ouverture de la part du ministre, dit-il. Nous sommes prêts à discuter. » 🍷

## **Le Dîner annuel de la Fondation OLO – Le 16 mai 2007**

### **Une recette pour des bébés en santé**

*Cette fête printanière rassemble plus de 425 convives du milieu des affaires et de la santé pour aider la Fondation dans son importante mission : contribuer à la santé des bébés à naître en offrant œufs, lait, jus d'orange et suppléments vitaminiques aux femmes enceintes dans le besoin. C'est une intervention simple qui contribue directement à la santé des bébés. Tous les médecins omnipraticiens, particulièrement ceux qui exercent en périnatalité, conviennent de l'importance de cette mesure de prévention. C'est pourquoi la FMOQ endosse cette cause avec ferveur.*

*Le D<sup>r</sup> Renald Dutil, président de la FMOQ et membre du comité d'honneur du dîner OLO, vous invite à participer au succès de cet événement.*

*Vous pouvez vous procurer des billets ou réserver une table au nom de votre entreprise ou de votre clinique. Toutefois, si vous ne pouviez vous libérer, la Fondation OLO se fera un plaisir d'accepter votre contribution sous forme de don.*

#### **Dîner OLO**

*Mercredi, 16 mai 2007 à 11 h 45 – Édifice du Marché-Bonsecours, Montréal*

*225 \$ par personne – Informations et formulaire disponibles sur le site Internet de la FMOQ : [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org)*

