

Colloque Gérard-Hamel – II

des outils pour les médecins intéressés par le syndicalisme

Le Colloque Gérard-Hamel, qui a eu lieu les 31 mai et 1^{er} juin sous le thème Se renouveler dans la continuité, était destiné à former les médecins intéressés par l'action syndicale. Une partie importante de ce congrès consistait en des ateliers conçus pour leur fournir des outils : Comment aider un collègue qui fait l'objet d'une enquête ? Comment rédiger une lettre d'opinion dans les journaux ? Qu'en est-il de la cogestion des AMP et des PREM ? Les sujets étaient nombreux : les sites Web, le bulletin d'association, la facturation, les ententes négociées, le plan d'autogestion de développement professionnel continu, etc.

Mais le Colloque a également été l'occasion de discuter d'idées nouvelles. M. Joseph Facal, professeur à l'École des hautes études commerciales de Montréal, par exemple, a non seulement parlé de la génération Y (voir le numéro de juillet), mais aussi des problèmes que doivent maintenant surmonter le Québec et son système de santé. M^e François Chapados, ancien négociateur en chef de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), a fait le bilan pour sa part des moments marquants de la FMOQ et indiqué les défis qui l'attendent maintenant.

Le Québec à l'heure des choix !

Francine Fiore

Dans une allocution très appréciée des participants du Colloque Gérard-Hamel, **M. Joseph Facal**, professeur à l'École des hautes études commerciales de Montréal, a insisté sur la situation financière précaire du Québec et sur la nécessité de faire des choix de société, notamment dans le domaine de la santé.

« Les services publics sont sous-financés, affirme M. Facal. On ne peut nier cette évidence. Souvent, nous entendons dire que pour préserver les hôpitaux et les écoles, il faudrait réduire les autres dépenses. Mais, ces dépenses représentent tellement peu. Il n'y a plus de marge de manœuvre. Quatre portefeuilles accaparent 80 % du budget de l'état, soit la santé, l'éducation, la dette et l'aide sociale. Les dépenses de santé

augmentent plus rapidement que l'ensemble des recettes et des dépenses du gouvernement. »

Selon M. Facal, le financement du système de santé exige de nouveaux

modèles. « Il faut démontrer que la cohabitation du privé et du public est une chose possible comme c'est le cas en France, estime-t-il. Mais quel sera le coût de l'assurance privée ? Et sera-t-elle accessible à tous ? »

À son avis, il faudra déterminer collectivement ce que le Québec peut se payer ou non et si tous les services de santé doivent être assurés collectivement en tout temps. La gestion de l'assurance médicaments devra, elle aussi, être



M. Joseph Facal

Photos : Emmanuèle Garnier

repensée. Par exemple, il faudra déterminer quels médicaments doivent être couverts ou non. « Dès maintenant, le Québec doit se créer un bas de laine pour faire face à la hausse des dépenses, suggère M. Facal. Pour remplir cette caisse, il faudra établir une taxe. Ce débat n'a jamais vraiment eu lieu. Il devra se faire au Parlement, mais également ailleurs. La FMOQ est bien placée pour apporter une contribution à cette réflexion. »

Travailler plus et plus longtemps

Aux yeux de M. Facal, le Québec de 2007 est une société sous haute tension faisant face à des défis considérables, mais ayant des acquis de taille. Peignant malgré tout un tableau plutôt positif de la situation du Québec, il affirme qu'on y trouve une qualité de vie enviable, une économie diversifiée et une main-d'œuvre relativement qualifiée. « Nous sommes des chefs de file en hydroélectricité, en aéronautique, en biotechnologie, en recherche et développement et en capital de risque », fait remarquer l'ancien politicien.

Affichant le taux de chômage le plus bas en trente ans, le Québec d'aujourd'hui a par contre la plus forte dette du Canada, soit 43 % du produit intérieur brut (PIB). « Au Québec, le PIB est inférieur de 6300 \$ à celui de l'Ontario, indique M. Facal. Mais cet écart se réduit considérablement. Il est passé de 30 % en 1960 à 16 % actuellement. »

Pour stimuler la création de la richesse au Québec, M. Facal mise sur un plus grand nombre de personnes au travail, une augmentation de la productivité par heure travaillée et un plus grand nombre d'heures travaillées par personne. « L'un des plus grands défis au Québec est le déclin démographique, avertit-il. En 2030, la population en âge de travailler va diminuer de 5 % au Québec alors qu'elle augmentera de 17 % dans le reste du Canada et de 20 % aux États-Unis. »

Les tendances qui se dégagent des statistiques sont sombres. En 1971, le Québec comptait huit travailleurs pour un retraité. En 2007, il y a cinq travailleurs pour un retraité et en 2030 on verra deux travailleurs pour un retraité. « Le nombre de personnes 65 ans et plus doublera en 25 ans, précise monsieur Facal. Il devient prioritaire de les maintenir au travail. Il faut donc décourager les retraites hâtives. Mais 75 % des Québécois sont contre le report de l'âge

de la retraite. » L'une des solutions qu'il envisage est de laisser le libre choix aux travailleurs et de ne pas imposer légalement la retraite à ceux qui veulent continuer à travailler. « Il faut que les représentants du gouvernement, des institutions, du patronat, des syndicats et du milieu communautaire se rencontrent afin d'établir un plan d'action. Pour stimuler la croissance économique, il faut investir dans l'éducation, la technologie et les infrastructures, resserrer la gestion des dépenses publiques, réorganiser le système de santé, diminuer la dette, régler le déséquilibre fiscal, financer les services publics autrement, combattre l'évasion fiscale, encourager la natalité et mieux gérer l'immigration. »

Les grands moments de la FMOQ et ses prochains défis

Francine Fiore

Négociateur en chef de la FMOQ depuis la fondation de l'organisme, **M^e François Chapados** a toujours été sur la ligne de front aux côtés des différents présidents qui ont défendu les droits des médecins omnipraticiens ainsi que leurs conditions d'exercice et de rémunération.

« M^e Chapados a été un témoin privilégié de l'évolution de la Fédération, a expliqué le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, en présentant le conférencier. Pour comprendre le présent et façonner l'avenir, il faut connaître ses racines. C'est en faisant connaissance avec l'histoire de la FMOQ et de tout ce qu'elle a réalisé dans le passé que les jeunes médecins pourront en saisir la philosophie profonde. » M^e Chapados a ainsi effectué un retour en arrière au bénéfice des participants et leur a rappelé quelques-uns des grands moments qui ont marqué l'existence de leur syndicat.

Naissance du syndicalisme médical

« La fondation de la FMOQ, en 1963, fut un modèle et a inspiré l'ensemble du mouvement syndical au Québec. Elle a notamment ouvert la voie à la syndicalisation des médecins spécialistes.

La FMOQ est également à l'origine du syndicalisme paramédical pour des professions comme la médecine dentaire, l'optométrie, etc. Vous devez donc être très fiers de votre Fédération et de ses fondateurs », a indiqué M^e Chapados aux omnipraticiens.

La première Entente générale entre la FMOQ et le gouvernement du Québec a été signée en 1966 dans le cadre du Régime d'assistance médicale. L'entente suivante, qui est arrivée à échéance en 1972, n'a cependant été renouvelée qu'en 1976. Sa signature est survenue à la suite du premier mouvement de contestation des omnipraticiens, en 1975. « Rappelons qu'à l'époque, l'Entente de 1976 a dû être approuvée par les Commissions anti-inflation, tant à Québec qu'à Ottawa », a précisé M^e Chapados.

Grand maître du syndicalisme médical au Québec, le D^r Gérard Hamel, élu en 1965, était alors aux commandes de la FMOQ. Le mouvement syndical médical québécois reposait, et repose encore, sur de grands principes auxquels ce président croyait fermement. Il s'agit de quatre droits fondamentaux : le droit d'association, le droit de représentation, le droit de négociation et le droit de contestation. « Dans les années 1960, le D^r Hamel était presque le seul au Québec à parler du droit d'association en ce qui concerne les professionnels, précise l'avocat. Sur ce plan, il a joué un rôle de pionnier. »

L'un des premiers grands dossiers auquel s'est intéressée la Fédération a été la question de l'assurance maladie sur laquelle s'est penchée la Commission Castonguay-Nepveu. À la suite du rapport du groupe de travail, le régime universel a été adopté en 1970. « La Fédération a accepté cette mesure, parce que l'omnipraticien est un médecin très proche de ses patients et que le régime d'assurance proposé était une nécessité sociale », a indiqué M^e Chapados.

Passé, présent et futur

À travers les décennies, les gains qu'a faits la FMOQ concernant les conditions de travail des omnipraticiens et leur place dans le système de santé ont été acquis au prix de multiples combats. Ils sont le résultat d'un travail d'équipe acharné sous la

direction de trois présidents tenaces et animés du même feu sacré : le D^r Gérard Hamel, le D^r Clément Richer et le D^r Renald Dutil.

Dès le départ, le D^r Hamel a estimé que la FMOQ devait intervenir principalement à la table de négociation, mais aussi devant les commissions parlementaires qui étudient les divers projets de loi, et être présente au sein des instances décisionnelles. Cela explique la présence du président de la FMOQ au Conseil d'administration de la RAMQ, a révélé M^e Chapados. « De tout temps, le D^r Hamel a exigé que l'application de l'Entente ne soit pas laissée exclusivement à la discrétion de la RAMQ, mais que la Fédération puisse aussi participer à la mise en œuvre de l'accord-cadre. »

La Fédération a, par ailleurs, toujours cru en la nécessité d'avoir une solide organisation médicale dans les établissements de soins et a consacré de grands efforts à la création d'un département de médecine générale dans le milieu hospitalier. « La Fédération considérait que les omnipraticiens et leur syndicat avaient l'obligation de se faire respecter, tout d'abord en se respectant eux-mêmes et en respectant leurs patients », a indiqué M^e Chapados.

La présidence du D^r Richer, commencée en 1981, a, quant à elle, été marquée par la loi 91, la première que le gouvernement adoptait contre les médecins omnipraticiens. « Ce fut également la période de la grande bataille concernant l'organisation syndicale en CLSC, a rappelé M^e Chapados. Créés en 1972, ces derniers devaient avoir une mission médicale. Ce n'est toutefois qu'en 1987 que le rapport Brunet a confirmé cette vocation. Il aura fallu attendre quinze ans. » C'est également sous la présidence du D^r Richer, qu'en 1983 une innovation importante est apparue dans le domaine de la négociation : l'instauration d'un régime de négociation permanente.

Quelles seront les répercussions de la loi 33 ?

En 1995, le D^r Renald Dutil succède au D^r Richer. Dès son arrivée, il ne ménage aucun effort afin de

(Suite à la page 12) >>>



Photo : Emmanuèle Garnier

M^e François Chapados

◀◀◀ (Suite de la page 3)

permettre à la Fédération et aux omnipraticiens de faire face aux nouvelles réalités, dont la pénurie d'effectifs médicaux, les problèmes concernant la prise en charge et le suivi des patients vulnérables, le vieillissement de la population, et ce, tout en travaillant à l'amélioration des conditions d'exercice et de rémunération des médecins omnipraticiens. En outre, la présidence du D^r Dutil aura été marquée par une nouveauté importante à laquelle la FMOQ a travaillé : la création des départements régionaux de médecine générale.

Que réserve l'avenir ? La FMOQ doit s'approprier à affronter les grands changements qui s'annoncent, a expliqué M^e Chapados. « En regardant de près les dispositions de la loi 33 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, nous ne pouvons faire autrement que de nous poser de nombreuses questions », a prévenu l'avocat. Par exemple, les groupes de médecine de famille, les cliniques-réseau et les cabinets médicaux conserveront-ils longtemps leur autonomie avec l'apparition des centres de santé et de services sociaux et la création des réseaux de soins ? Quelle sera l'évolution prochaine du Régime d'assurance maladie ? Quelle sera la place de l'assurance privée et des cliniques privées ? L'informatisation des cabinets influencera-t-elle la pratique médicale ? Enfin, les nouvelles modalités de financement du régime risquent-elles d'avoir des répercussions sur le travail des médecins ?

Selon l'ancien négociateur en chef, la FMOQ et les omnipraticiens ont le devoir de poursuivre leur mission tout en continuant à concilier, avec intelligence, la négociation et le rapport de force. Quant à lui, il demeurera tout près afin d'apporter au besoin son expérience et ses connaissances. ☞

Aider un médecin faisant l'objet d'une enquête

Francine Fiore

Un inspecteur de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou un syndic adjoint du

Collège des médecins s'annonce. Que doit faire l'omnipraticien ? Surtout ne pas s'affoler et trouver de l'aide, notamment auprès d'un médecin de son association syndicale et éventuellement auprès de sa société d'assurance.

Primordial, le rôle du médecin aidant a été au cœur de l'atelier intitulé Assister un collègue lors d'une enquête. Animée par M^e **Christiane Larouche**, avocate à la FMOQ, et le D^r **Yves Langlois**, trésorier de la FMOQ, cette rencontre a permis aux participants de définir le rôle du médecin aidant et d'établir la conduite du clinicien qui fait l'objet d'une enquête.

S'il est préférable de consulter un avocat dans une telle situation, la présence d'un médecin accompagnateur est essentielle. « La personne qui fait l'objet d'une enquête a parfois l'impression que l'avocat, n'étant pas médecin, ne comprend pas toujours la pratique médicale ou les dossiers des patients », indique M^e Larouche.

Trucs et astuces

Au cours de cet atelier, certains trucs et astuces ont jailli des discussions afin d'aider le médecin qui fait l'objet d'un contrôle à sortir de l'impasse. Tout d'abord, il doit demeurer calme, éviter tout comportement agressif et se montrer prêt à collaborer avec les enquêteurs ou le syndic adjoint. Il doit également démontrer qu'il ne présente aucun risque pour le public et faire preuve d'autocritique. « Il est difficile de condamner un médecin qui a un bon jugement et accepte de faire un examen de conscience rigoureux », précise l'avocate.

En général, le médecin soumis à une investigation



M^e Christiane Larouche et le D^r Yves Langlois animant l'atelier

Photo : Emmanuèle Garnier

reçoit un avis écrit. Il doit y répondre immédiatement et demander des précisions sur l'objet de l'enquête.

« Le médecin ne doit pas hésiter à communiquer avec les instances responsables de l'enquête afin d'obtenir des explications, recommande M^e Larouche. S'il n'est pas d'accord avec le contenu de cette lettre, il doit le mentionner et expliquer son point de vue. »

Par ailleurs, le Collège peut retirer ou laisser une lettre de plainte dans le dossier professionnel du médecin. Cette lettre peut donc faire partie intégrante du dossier lors d'un transfert de poste. Il est donc préférable que le médecin réponde par écrit au Collège concernant cette plainte et demande que sa réponse soit versée au dossier afin que les deux versions de l'affaire y apparaissent.

Soutien complet

Sans contredit, une inspection ou une enquête engendre une certaine détresse psychologique chez tout clinicien. Le médecin aidant se révèle alors une personne-ressource des plus précieuses. Il apporte un soutien psychologique et professionnel au médecin au cœur de l'enquête et devient également un observateur de tout ce qui se passe. Bien que rarement appelé à agir en tant qu'intervenant, le médecin accompagnateur peut avoir à témoigner en tant qu'expert médical à la demande de l'avocat.

Toutefois, le médecin aidant doit adopter un comportement respectueux, demeurer objectif, intervenir sur les bons éléments et ne pas défendre l'indéfendable. « Il doit rendre service au médecin qui fait l'objet d'une investigation en lui disant la vérité en cas de vrai problème », soutient le D^r Langlois. De même, le médecin aidant ne doit pas répondre à la place du médecin qui fait l'objet d'un contrôle. Il doit demeurer à l'écart du domaine des avocats et ne pas invoquer des principes de loi.

Afin de se préparer à la visite des enquêteurs, le médecin aidant et le médecin faisant l'objet de l'enquête doivent se rencontrer régulièrement. Ensemble, ils doivent réviser les dossiers des patients. « La tenue de dossier constitue un élément fondamental, indique le D^r Langlois. La moindre prescription doit y être inscrite. Même si elle peut être sommaire, la note au dossier après chaque visite du patient n'en demeure pas moins importante. Lors de la visite de l'enquêteur, le médecin doit expliquer

dans ses mots le contenu du dossier. Il doit également faire une liste des dossiers concernés et prendre des notes qui pourront lui servir si jamais l'affaire va plus loin. Il ne faut pas oublier que le comité d'inspection du Collège peut obtenir le profil de facturation du médecin de la RAMQ. »

Par ailleurs, la régie ou le Collège peuvent invoquer la confidentialité lors de la discussion d'un cas précis et demander au médecin aidant de s'absenter. Ce dernier peut accepter de se retirer pendant la discussion du cas, mais demander d'être présent à toutes les autres étapes de la rencontre. Il ne faut pas oublier que le soutien apporté par un collègue à un médecin dans le besoin fait partie des valeurs médicales et est assorti d'un code de déontologie.

Intervenir dans la presse

Francine Fiore

Au cours d'un atelier intitulé *Rédaction d'un article d'opinion*, le D^r **Claude Rivard**, omnipraticien au CSSS Pierre-Boucher, et M^{me} **Marie Ruel**, conseillère aux communications à la FMOQ, ont donné des conseils pratiques pour exprimer ses opinions dans la presse.

Dans un premier temps, les animateurs ont expliqué qu'une lettre d'opinion est celle qu'une personne fait parvenir à un journal ou à une revue afin d'exprimer un point de vue concernant une nouvelle, un événement, une situation déjà connue ou que l'on souhaite faire connaître au public. « Il s'agit d'un genre journalistique différent du reportage, du compte rendu, de l'analyse, de l'enquête ou de l'éditorial. Ce qui le distingue, c'est qu'il est le seul à prêter voix à un membre du lectorat », a précisé M^{me} Ruel.

Révélaient les grandes règles de rédaction, les animateurs ont souligné ce qu'il faut faire et ne pas faire. Par exemple, ils ont mentionné l'importance de couper dans les mots et non pas dans les idées. Ainsi, la lettre d'opinion doit être très courte et comporter au plus de 500 à 700 mots. Précise et concise, elle ne doit comprendre qu'une seule idée par paragraphe. L'auteur doit faire preuve de respect,

ne pas insulter, critiquer, insinuer, prétendre, dénigrer, discréditer, blâmer, accuser, encenser, excuser ou flatter qui que ce soit.

« Il faut reconnaître ce qui est bon, vrai ou bénéfique dans la situation décrite et ne pas tout rejeter en bloc, a précisé le D^r Rivard. Il faut être nuancé, s'en tenir aux faits, éviter de prêter des intentions à quiconque ou de penser à la place des autres. Il ne faut pas chercher absolument à avoir raison, mais plutôt tenter de trouver des solutions au problème dont il est question. »

L'ABC du journalisme

D'entrée de jeu, une lettre d'opinion doit susciter l'intérêt des lecteurs, notamment par un titre accrocheur. Dès l'introduction, l'auteur doit énoncer le sujet dont il veut parler et établir sa position concernant la situation décrite ainsi que le contexte.

Rappelant l'ABC du journalisme, le D^r Rivard a fait part à l'auditoire des questions essentielles auxquelles la lettre doit répondre. Comme pour un article, il s'agit de qui, quoi, où, quand et pourquoi ? « Tout simplement, la lettre d'opinion doit faire ressortir ce qu'il y a de plus important », résume le D^r Rivard.

Les arguments utilisés doivent être limités, ainsi que les statistiques qui peuvent devenir ennuyeuses si elles sont trop nombreuses. L'animateur a également rappelé qu'il faut recourir à des arguments fondés sur des faits facilement vérifiables provenant de sources faisant autorité. Des témoignages, des résultats de sondages, de recherches, des recommandations d'experts, des lois, des règlements, etc. seront les bienvenus afin d'étoffer le texte. La conclusion résumera le

Photos : Emmanuèle Garnier



Le D^r Claude Rivard animant l'atelier

propos et réaffirmera l'opinion de l'auteur. Elle peut même se terminer par une question.

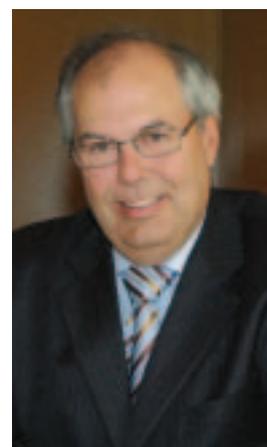
Par ailleurs, les animateurs suggèrent de faire relire la lettre par un tiers avant de l'expédier à la publication concernée. Pour finir, il est préférable de communiquer avec l'éditeur de la page d'opinion afin d'évaluer l'intérêt que peut susciter la lettre ainsi que ses chances de publication. 📧

AMP et PREM quels sont les recours de la profession médicale ?

Quel pouvoir ont les médecins sur les activités médicales particulières (AMP) et les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) ? Les omnipraticiens ne peuvent y échapper : ces règles sont inscrites dans la loi. Cependant, en tant que groupe, ils ont une marge de manœuvre pour intervenir, corriger des décisions ou influencer les règles de gestion.

L'une des structures qui permet aux omnipraticiens d'exercer une importante influence au plan local est les départements régionaux de médecine générale (DRMG). « Ces départements sont constitués de médecins élus par leurs pairs qui ont à faire des recommandations concernant les PREM, à gérer ces plans, à gérer les AMP et à déterminer quelles seront les activités prioritaires », a expliqué le D^r Louis Godin, premier vice-président de la FMOQ, à l'atelier sur la gestion des AMP et des PREM, dont il était l'un des animateurs. Le DRMG a plusieurs autres pouvoirs utiles : il peut tenir compte de la situation particulière d'un médecin, tout comme décider d'appliquer ou non des sanctions.

Les omnipraticiens, par leurs représentants, peuvent également intervenir à un niveau supérieur. Les AMP, par exemple, sont gérées par un comité



D^r Louis Godin

paritaire formé de représentants non seulement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), mais aussi de la FMOQ. « Le but de la Fédération est d'influencer le Ministère au sujet des règles de gestion, de régler avec lui des questions particulières et de pouvoir intervenir pour défendre des médecins », a précisé le D^r Godin.

En ce qui concerne les PREM, un autre comité FMOQ-MSSS, appelé COGEMO (Comité de gestion des effectifs médicaux en omnipratique), a été mis sur pied par les lettres d'entente 114 et 158. Son rôle est d'évaluer les besoins en effectifs médicaux et de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet des PREM et des règles de gestion. « C'est là que sont également discutés les cas particuliers et les dérogations », a indiqué le D^r Godin. Mais le COGEMO n'est qu'un comité consultatif. C'est le ministre qui, en dernier ressort, fixe les objectifs de croissance des régions et, par conséquent, les PREM.

« Il faut toujours garder à l'esprit que les AMP et les PREM sont issus de la loi. Leur création n'a pas été négociée par la Fédération. Le gouvernement a pris ces mesures pour régler les problèmes de répartition des effectifs sur le territoire et ceux d'activités médicales dans les établissements de soins. Ce n'est qu'une fois que les AMP et les PREM ont été inclus dans la loi que la FMOQ a pu discuter avec le ministère de leurs règles de gestion », a souligné le D^r Godin.

Que désire maintenant la Fédération ? En ce qui concerne les AMP, elle souhaite un assouplissement de leurs règles pour que le système de santé puisse mieux faire face aux problèmes actuels. La prise en charge et le suivi des patients, par exemple, ne sont que rarement reconnus comme une activité prioritaire, même si le MSSS admet leur importance. Pour ce qui est des PREM, il faudrait que le gouvernement tienne davantage compte de la situation particulière de certaines régions et sous-régions. « Il faut faire attention aux règles qui doivent être appliquées uniformément dans tout le Québec, parce que les situations sont très différentes d'une région à l'autre. Il faut espérer qu'un jour on n'ait plus besoin de PREM ni d'AMP. Mais de manière réaliste, ce ne sera pas la semaine prochaine. » ☞

Renfort en médecine interne et en pédiatrie des résidents peuvent avoir un permis temporaire

Les quelque 200 médecins résidents québécois qui ont réussi l'examen du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) en médecine interne et en pédiatrie peuvent maintenant pratiquer au Québec comme internistes ou pédiatres grâce à un permis temporaire, s'ils ont terminé leurs quatre premières années de formation.

« Ce changement dans nos règlements permet à environ 186 résidents en médecine interne et à un certain nombre de résidents en pédiatrie de venir donner un coup de main à temps partiel et sous supervision dans nos hôpitaux pour dépanner pendant leur dernière année », a expliqué le D^r Yves Lamontagne, président du Collège des médecins du Québec. Auparavant, ces jeunes médecins n'étaient autorisés à pratiquer qu'après leur cinquième année, contrairement à leurs collègues du reste du Canada qui pouvaient exercer après quatre ans.

Ces jeunes cliniciens viennent augmenter le nombre de médecins qui arrivent en renfort. Cette année, 484 nouveaux médecins sont devenus membres du Collège des médecins du Québec. Juste avant le 1^{er} juillet, 125 nouveaux médecins de famille et 77 jeunes spécialistes ont été assermentés. Et au cours de l'année, le Collège a accordé 282 permis, dont le septième à des diplômés de l'extérieur du Canada et des États-Unis.

« Cet ajout qui amène un total de quelque 700 médecins possibles, nouveaux médecins et



D^s Yves Lamontagne, Martin Bernier et Gaétan Barrette

(Suite à la page 80) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 15)

médecins résidents en médecine interne et en pédiatrie, permettra, je l'espère, d'offrir à la population de meilleurs services médicaux et pallieront en partie, et non pas totalement, la pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la santé », a affirmé le D^r Lamontagne. Le changement a été possible grâce à la collaboration de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Pratiquer au Québec plutôt que dans les autres provinces

Le D^r **Martin Bernier**, président de la FMRQ, fait lui-même partie de ceux qui peuvent maintenant recevoir un permis temporaire. Résident en cardiologie, il est à la fin de sa quatrième année de formation et vient de passer son examen de médecine interne. « La médecine interne, qui est une spécialité en tant que telle au Québec, constitue aussi un tronc commun pour plusieurs spécialités médicales. La certification du CRMCC va désormais me permettre d'obtenir un permis de médecine interne pour donner des soins pendant que je termine ma formation en cardiologie. »

La nouvelle mesure était nécessaire. Le D^r Bernier a vu ces dernières années plusieurs résidents, leur certificat du CRMCC en poche, aller travailler comme médecins dépanneurs dans les provinces voisines. « Cela n'a pas de sens quand on est dans une situation de pénurie. » Cependant, même si quelque 200 résidents peuvent dorénavant pratiquer avec un permis temporaire, rien ne garantit que tous se prévaudront de cette possibilité.

Le seul obstacle qu'il reste à régler pour faciliter l'arrivée des médecins résidents est la correction d'une petite aberration administrative. Pour avoir un permis au Québec, un résident diplômé en médecine interne doit d'abord obtenir un permis dans une autre province canadienne pour qu'on lui octroie l'équivalent québécois. « C'est une contradiction qui relève du Code des professions. C'est un problème qui doit être corrigé rapidement. C'est la prochaine étape à laquelle on veut s'attaquer », précise le D^r Bernier.

Président de la FMSQ, le D^r **Gaétan Barrette**, se réjouit lui aussi de la nouvelle mesure. « La seule restriction que l'on va demander, c'est que les résidents soient autorisés à pratiquer à l'extérieur des hôpitaux universitaires et ne puissent faire ce travail dans le centre où ils sont formés. La mesure est faite pour offrir des services supplémentaires à la population. » ☞

Université de Sherbrooke

prix d'excellence en médecine familiale

Francine Fiore

Trois prix d'excellence ont été remis à des résidents de médecine familiale lors de la Journée annuelle de la recherche clinique et de l'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel, tenue à l'Université de Sherbrooke en juin dernier.

Les D^{rs} **Daniel Chouinard**, **Mathieu Laliberté** et **Olivier Normandin**, de l'Unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital Charles-LeMoine, ont reçu le prix de la recherche pour leur projet intitulé *Traitement du choc anaphylactique pédiatrique en milieu clinique, comparaison de l'approche de vingt-neuf sites en Montérégie*.

Par ailleurs, deux prix ont été accordés à des projets portant sur l'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel. Dans cette catégorie, les D^{rs} **Nancy Brisson**, **Caroline Blanchet**, **Guillaume Michaud**, **Frédéric Simard**, **Valérie Leclerc** et **Audrey Villeneuve**, de l'UMF de Chicoutimi, ont obtenu une récompense pour *Le suivi du diabète de type 2 est-il adéquat à l'UMF de Chicoutimi ?*

De même, les D^{res} **Lucie Brault**, **Ève Paulhus-Gosselin** et **Marie-Catherine Pronovost-Normand**, de l'UMF de l'Hôpital Charles LeMoine, ont reçu un prix pour *Atteignons-nous la cible ? Le diabétique et la tension artérielle*.

Ces travaux d'érudition sont la conclusion d'une formation obligatoire pour les résidents en médecine familiale. « Ils se familiarisent ainsi avec la recherche et sont en mesure de mieux comprendre la littérature médicale. Ils font également l'apprentissage de l'évaluation de la qualité de l'exercice », souligne la D^{re} **Yanouchka Labrousse**, de l'UMF de l'Hôpital Charles LeMoine et membre du sous-comité d'enseignement formel de la recherche en médecine familiale à l'Université de Sherbrooke. ☎

Les successions

Questions de loi, questions de choix



Si vivre est parfois difficile, mourir n'est pas de tout repos non plus. Alors qu'elles tentent de survivre au deuil et au chagrin qui les affligent, de nombreuses personnes sont aux prises avec un méli-mélo d'obligations et de problèmes parfois difficiles à régler. Souvent, elles ne savent pas comment s'orienter dans ce dédale administratif et financier ni vers qui se tourner pour s'en sortir. Comme dans bien des cas, mieux vaud prévenir que guérir. Bien sûr, faire son testament n'a rien de réjouissant, mais la préparation détaillée d'une succession évitera de nombreux ennuis aux héritiers.

Dernier-né des guides pratiques de la Collection Protégez-Vous et Éducaloi¹, *Les successions : questions de loi, questions de choix* a été rédigé en collaboration avec des avocats, des notaires, des thanatologues, des assureurs et des planificateurs financiers. Rien n'est laissé au hasard. Les auteurs expliquent comment régler une succession ou une liquidation, faire un testament ordinaire et aussi un testament biologique, la manière de protéger ses proches, dont les enfants mineurs, etc. De même, ils précisent ce qui se passe lorsqu'une personne décède à l'étranger ou est victime d'un crime, en cas d'intervention du coroner, d'autopsie, etc.

Les aspects de la vie quotidienne à régler, comme les abonnements, les cartes de crédit, les assurances, les dettes, le bail, l'impôt sur le revenu, l'inventaire patrimonial sont également passés en revue et expliqués dans les moindres détails. Par ailleurs, une section est consacrée à la préparation du mandat en cas d'incapacité, son homologation devant le tribunal et devant le notaire, ainsi que le rôle du Curateur public du Québec. Ce livre présente de nombreux tableaux faciles à consulter et est parsemé de belles illustrations en couleurs.

Les Éditions Protégez-Vous, Montréal, 2007, 160 pages, 9,95 \$.

1. Éducaloi est un organisme d'information juridique sans but lucratif destinée à la population. Renseignements : www.educalo.qc.ca